

Karolina Malinska

Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży z padaczką i bólami głowy

Rozprawa doktorska

Promotor pracy: prof. dr hab. n. med. Barbara Steinborn

Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

W Poznaniu

Poznań 2014

Mojemu Promotorowi

Pani prof. dr hab. n. med. Barbarze Steinborn

Składam serdeczne podziękowania

Za cenne uwagi i wsparcie

Romanowi,

Mamie,

Klaudii i Anastazji

dedykuję tą pracę

Przyjaciołom

z Szpitala Średzkiego

oraz Kliniki Neurologii Wieku Rozwojowego

im. H. Święcickiego

Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

dziękuję za pomoc w realizacji pracy.

SPIS TREŚCI

Wykaz używanych skrótów.....	-4-
1. WSTĘP.....	-5-
1.2. HOLISTYCZNE I INTERDYSCYPLINARNE PODEJŚCIE DO TEMATU ZDROWIA.....	-5-
1.3. KSZTAŁTOWANIE SIĘ DEFINICJI ZDROWIA NA PRZESTRZENI DZIEJÓW W KRAJACH KULTURY ŚRÓDZIEMNOMORSKIEJ.....	-8-
1.4. „NA ŚWIECIE NIE MA CHORÓB” – FILOZOFIA DEFINIOWANIA ZDROWIA PRZEZ CHIŃCZYKÓW.....	-11-
1.5. WSPÓŁCZESNA DEFINICJA ZDROWIA I JEJ INTERDYSCYPLINARNY KONTEKST.....	-12-
1.6. ZDROWIE FIZYCZNE I SUBIEKTYWNE – KSZTAŁTOWANIE SIĘ PODEJŚCIA DO ZDROWIA U DZIECI I MŁODZIEŻY.....	-16-
1.7. DETERMINATY BIOLOGICZNE ZDROWIA.....	-18-
1.8. DETERMINATY PSYCHOSPOŁECZNE ZDROWIA SUBIEKTYWNEGO.....	-23-
1.9. MODEL EKOLOGICZNY R. JESSORA (1991) JAKO PUNKT WYJŚCIA W ROZWAŻANIACH NAD WYSTĘPOWANIEM ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY....	-26-
1.10. DZIECKO ZDROWE A DZIECKO CHOROBY NA PADACZKĘ.....	-35-
1.11. DZIECKO ZDROWE A DZIECKO Z ROZPOZNANYMI BÓLAMI GŁOWY.....	-41-
1.12. DZIECKO CHOROBY NA PADACZKĘ/ Z OBJAWAMI NAWRACAJĄCYCH BÓLÓW GŁOWY W GRUPIE ZDROWYCH DZIECI A KSZTAŁTOWANIE POSTAW ZDROWOTNYCH.....	-43-
2. CEL PRACY.....	-49-
3. MATERIAŁ I METODA.....	-50-
3.1. MATERIAŁ.....	-50-
3.2. METODA.....	-51-
3.3. KRYTERIA WŁĄCZENIA DO GRUP BADANYCH.....	-53-
3.4. ANALIZA STATYSTYCZNA.....	-54-
4. WYNIKI.....	-55-
4.1. UNIEJSCOWIENIE KONTROLI – KONTROLA WEWNĘTRZNA.....	-55-
4.2. UMIEJSCOWIENIE KONTROLI – WPŁYW INNYCH.....	-59-
4.3. UMIEJSCOWIENIE KONTROLI – PRZYPADKÓW.....	-63-
4.4. PODSUMOWANIE	-67-
5. INWENTARZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH.....	-68-
5.1. PRAWIDŁOWE NAWYKI ŻYWIENIOWE.....	-70-

5.2. ZACHOWANIA PROFILAKTYCZNE.....	-74-
5.3. POZYTYWNE NASTAWIENIE PSYCHICZNE.....	-78-
5.4. PRAKTYKI ZDROWOTNE.....	-83-
5.5. WSKAŹNIK ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH.....	-87-
5.6. PODSUMOWANIE.....	-91-
6. DYSKUSJA.....	-93-
7. WNIOSKI.....	-110-
8. STRESZCZENIE / SUMMARY.....	-111-
9. SPIS TABEL.....	-116-
10. SPIS WYKRESÓW.....	-118-
11.SPIS RYCIN.....	-119-
12. BIBLIOGRAFIA.....	-120-
13. BIBLIOGRAFIA – ŹRÓDŁA INTERNETOWE.....	-127-
14. SPIS ANEKSÓW.....	-128-

WYKAZ UŻYWANYCH SKRUTÓW

- AWAL - model ewolucyjnej rzeczywistości
- C – grupy badawcze chłopcy w wieku 14-17 lat
- D – grupy badawcze dziewczęta w wieku 14-17 lat
- EEG - elektroencefalografia
- HBSC - Health Behaviour in School – aged Children - zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej
- HLC - Children's Health Lotus of Control Scale – Child HLC – Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia
- ILAE - Internationale League Against Epilepsy – Międzynarodowa Liga
- IZZ - Inwentarz Zachowań Zdrowotnych
- MR - rezonans magnetyczny
- NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
- NHP - Nottingham health profile - kwestionariusz pomiaru problemów ze zdrowiem
- OUN - ośrodkowy układ nerwowy
- PET - pozytonowa tomografia emisyjna połączona z tomografią komputerową Przeciwpadaczkowa
- SPECT - tomografia emisyjna pojedynczych fotonów
- TK - tomograf komputerowy
- UE - Unia Europejska
- WHO - Światowa Organizacja zdrowia

1. WSTĘP

1.2. Holistyczne i interdyscyplinarne podejście do tematu zdrowia.

Pojęcie zdrowia w literaturze przedmiotu doczekało się wielu różnych opracowań. W niniejszej pracy chciałabym przyjrzeć się tematyce zdrowia w ujęciu holistycznym i interdyscyplinarnym. Jako punkt wyjścia moich rozważań przyjmuję potoczne znaczenie terminu zdrowie, gdyż od takiej to właśnie postaci ewoluowało ono przez wieki, doczekawszy się bardziej złożonych wyjaśnień. Starożytni musieli również zakładać, że zdrowie to pewna właściwość organizmu, która przejawia się stanem zadowolenia, można by rzec też, że zapewnia szczęście człowiekowi – przynajmniej w dużej części. Objawem tego, że człowiek jest zdrowy jest brak choroby, tzn. że człowiekowi nic nie dolega, nic go nie boli. Holizm będący jednym z filarów moich rozważań z jednej strony jest teorią rzeczywistości, która zakłada, że świat stanowi całość hierarchicznie złożoną z licznych całości niższego rzędu z drugiej zaś jest poglądem, według którego wszelkie zjawiska społeczne tworzą układy całościowe, podlegające swoistym prawidłowościom [1]. Współcześnie holizm można odnaleźć w teorii integralnej Kena Wilbera, który używa terminu holony. Termin ten K. Wilber zapożyczył od Arthura Koestlera [2]. Sednem teorii integralnej jest zaś to, całkiem podobnie jak w holizmie, iż wszystko, co istnieje, jest nie tylko całością, ale również częścią większej całości. Holon to paradoksalnie całość = część. Odnosi się to do atomów, molekuł, organizmów, ludzi, ale także do liter w słowie, słów w zdaniu, zdań na stronie, itd. Holony są pogrupowane w holarchie, czyli gniazdowe uszeregowania holonów, gdzie każdy „mniejszy” holon znajduje się wewnątrz holonu „większego”, w odróżnieniu od hierarchii, gdzie kolejne elementy znajdują się „nad” lub „pod”. K. Wilber zauważył ponadto, że istnieją cztery nieredukowalne do siebie holarchie, które dotyczą czterech nieredukowalnych do siebie „części” każdego holonu. Mianowicie odnoszą się do jego wnętrza i powierzchni i to zarówno w jego indywidualnych, jak i zbiorowych aspektach. Tak powstał model ewoluującej rzeczywistości, który otrzymał nazwę All Quadrants All Levels – AWAL. Obejmuje on cztery ćwiartki: behawioralną, intencjonalną, kulturową i społeczną. Przytaczam nie bez przyczyny ten model, gdyż zakładam, podobnie jak filozof Wilber, że świat podlega rozwojowi, a zatem i ludzie podlegają pewnym prawidłowościom tego rozwoju. Stąd też moje kolejne przekonanie, że kształtowanie się definicji zdrowia na przestrzeni dziejów musiało się zmieniać. Inaczej na zdrowie spoglądał Platon, inaczej Rousseau, a jeszcze inaczej współcześni. Na bazie myśli Wilbera oraz poglądów Becka, Cowana i Graves’a [1]

opracowałam własną Spirale Rozwoju (ang. Spiral Dynamics) (tab. 1), dzięki której można będzie zlokalizować pogląd na temat zdrowia w konkretnym czasie - poziomie, holonie.

Tabela 1. Spirala Rozwoju.

	POZIOM - HOLON	Charakterystyka
Turkusowy – Holistyczny	Kolektywny indywidualizm <i>Początek 30 lat temu</i>	Świat to precyzyjnie zrównoważone, powiązane ze sobą siły. Dążenie: pokój w świecie, którego rozum nie może ogarnąć. Podejście: głębokie otwarcie na wielowymiarową transracjonalną percepcję.
Żółty – Integralny	Światocentryzm <i>Początek 50 lat temu</i>	Świat to skomplikowane systemy, grożące zawaleniem się. Dążenie: integralna synteza. Podejście: wspieranie strumieni ewolucji, integracja różnorodności w sposób wybiórczy.
Zielony – Wrażliwy	Socjalna demokracja, społeczeństwo informacji <i>Początek 150 lat temu</i>	Świat to wspólne środowisko naturalne całej ludzkości. Dążenie: ciepłe relacje międzyludzkie. Podejście: ocena rozmaitych poglądów, słuchanie, dążenie do zgody, docenianie potrzeby grupy.
Pomarańczowy – Osiągający	Demokracja kapitalistyczna <i>Początek 300 lat</i>	Świat jest pełen alternatyw i sposobności. Dążenie: przyjemność materialna. Podejście: doskonalenie się, wyznaczanie celów, osiągnięcie, mierzenie sukcesów.

Niebieski – Zasada / rola	Państwo - naród <i>Początek 5000 lat temu</i>	Świat jest pod opieką świętej mocy i ma swój cel. Dążenie: ostateczny spokój. Podejście: przestrzeganie wspólnych zasad, nie wychodzenie poza swoją rolę.
Czerwony – Impulsywny	Feudalne imperium <i>Początek 10 000 lat</i>	Świat jest bezwzględny i nieprzyjazny. Dążenie: bohaterski status, moc, chwała. Podejście: współdziałanie z silniejszymi, branie tego, czego się chce.
Purpurowy – Magiczny	Szczep <i>Początek 50 000 lat temu</i>	Świat jest tajemniczy i przerażający. Dążenie: bezpieczne życie. Podejście: zwracanie się do bogów, mocy, odprawianie rytuałów.
Béżowy – Instynktowny	Grupa łowców / zbieraczy <i>Początek 100 000</i>	Świat to stan natury i instynktu. Dążenie: jedzenie, woda, ciepło, schronienie. Podejście: poszukiwanie tego, co jest potrzebne do przeżycia.

Holizm łączy się też niejednokrotnie z emergentyzmem, przeciwstawia się natomiast redukcjonizmowi, przybierającemu postać indywidualizmu metodologicznego lub atomizmu. Jako przykład teorii, w której podejście holistyczne jest wyraźnie widoczne, wskazać można socjologię E. Durkheima lub funkcjonalizm. Do tematyki zdrowia chcę także podejść z uwagi na interdyscyplinarność tematu. Chcę też zidentyfikować powinowactwo przedmiotowo-problemowe idących w poprzek (także: poniżej, powyżej) istniejących granic dyscyplin, z drugiej zaś - uchwycić historyczny proces kształtowania i transformacji pojęcia zdrowia.

1.3. Kształtowanie się definicji zdrowia na przestrzeni dziejów w krajach kultury śródziemnomorskiej.

W krajach z kręgu kultury śródziemnomorskiej na pojmowanie pojęcia zdrowia miały i mają nadal (!) duży wpływ poglądy Hipokratesa (460-377 p.n.e.) – uznanego ojca medycyny. Hipokrates wygłaszał myśli i wprowadzał w życie zasady swoich nauk, według których dobre samopoczucie, czyli zdrowie oraz złe samopoczucie czyli choroba, zależą od równowagi pomiędzy tym co nas otacza i na nas oddziałuje (wiatr, temperatura, woda, gleba) a indywidualnym sposobem życia, czyli odżywianiem, zwyczajami seksualnymi, pracą i odpoczynkiem. Innymi słowami - równowaga zewnętrzna pomiędzy człowiekiem i jego otoczeniem, ma wpływ na jego równowagę wewnętrzną [3]. Zestawienie kształtowania się pojęcia zdrowia na przestrzeni dziejów zestawiono w poniższej tabeli nr 2:

Tabela 2. Kształtowanie się pojęcia zdrowia.

Platon [5]	Zdrowie jest funkcją doskonalenia stylu życia oraz kulturowej relatywizacji diety;
Plutarch	Zdrowie to stan, dla którego zasadnicze znaczenie ma aktywność fizyczna, praca i stan wolności;
Stoicy [6]	Sposób życia w zdrowiu i radzenie sobie w chorobie, są miernikami poziomu kultury. Piękno i cnota stanowią jedność - muzyka, gimnastyka, taniec i poezja służą ciału i duszy. W leczeniu najważniejsza jest dieta, a następnie leki oraz chirurgia;
Średniowiecze	Zdrowie to nie tylko nieobecność choroby, lecz zdolność znoszenia różnych przypadłości; choroba to zaś swoisty „test” religijny lub skutek grzechu. Wiara w bezwartościowość egzystencji ziemskiej determinuje troskę o zdrowie.
Paracelsus	Zdrowie jest dawane przez naturę, lecz musi być stale zdobywane. W związku z tym nie istnieje terminus mortus, a czas śmierci zależy wręcz od człowieka [6].

J. Struppius	Zdrowie to wartość społeczna; rozprawa Struppiusa mówiąca o reformach sprzyjających zdrowiu jest uznawana za jedną z pierwszych rozpraw na temat zdrowia publicznego [7].
Wiek XVII i XVIII	Filozofowie i lekarze wieku Oświecenia uznali potrzebę zachowania zdrowia przez wszystkie klasy społeczne, a zwłaszcza przez klasy mające szczególne znaczenie dla społeczeństwa i kraju. Leibniz (1646-1716) proponował tworzenie systemu publicznej opieki zdrowotnej [8], Fryderyk Hoffman (w 1710 r.) sugerował zaś, że przyjęcie właściwego stylu życia pozwoli na uniknięcie przedwczesnej śmierci i wszelkiego rodzaju chorób. Narodziny pojęcia polityki zdrowotnej przypadają zatem na wiek XVIII. Właśnie w tych czasach Benjamin Franklin (w 1762 r.) opublikował swoją pracę Zdrowie to bogactwo (ang. Health is wealth), w której postuluje uzupełnienie publicznej opieki zdrowotnej polityką uznawania odpowiedzialności jednostki za jej stan zdrowia, nie ograniczając jednak jej autonomii.
2 poł. XVIII wieku	W drugiej połowie XVIII wieku Touseaud stwierdza, że cywilizacja i rządy są odpowiedzialne za naruszanie naturalnego stanu człowieka. Franz Anton Mai's, utrzymywał, że rząd może zapewnić tylko warunki zewnętrzne, jednostka zaś musi przyjąć odpowiedzialność za siebie samą. Rousseau (1712-1778) na pierwszym miejscu w utrzymaniu zdrowia stawiał siły natury i dlatego zalecał dbałość o rozwój fizyczny, postrzegając zdrowie jako coś więcej aniżeli tylko przeciwieństwo choroby [9]. Scherf (1790 r.) stwierdził wprost, że zdrowie nie jest nieobecnością choroby, lecz siłą i zdolnością ciała o największym stopniu perfekcji. Jest stanem, który pozwala również duszy dążyć do doskonałości.
Wiek XVIII/XIX	W czasach Romantyzmu i niemieckiego Idealizmu, a więc na przełomie XVIII i XIX wieku, metafizyczne ujmowanie człowieka jednoczyło nadal jego naturę i ducha, mimo wzrastającej specjalizacji i empiryzmu naukowego. Podstaw tej koncepcji dostarczyła filozofia Schelling'a (1775-1854). Wyrażał on pogląd, że choroba jest składową życia i stanowi zmianę propozycji zasad życiowych, podczas gdy zdrowie jest równowagą tych zasad. Hegel (1770-1831) chorobę określał jako stan pozwalający wskazać na charakter organizmu człowieka, który jest po prostu nosicielem bakcyła śmierci, a zdrowie jest tylko

	<p>przejściową harmonią. Niemniej, idea Romantyzmu doceniała wartość choroby jako środka do oceny wartości osobniczej chorującego. W związku z tym uważano nawet, że medycyna powinna być nauką</p>
Wiek XIX	<p>Maks Pettenkofer (1818-1901) pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie środowiska w jakim żyje człowiek; czynniki te badał i interpretował (badania wody, gleby i powietrza pod względem fizycznym, chemicznym i bakteriologicznym). Dał więc podstawy współczesnej higienie.</p>
Wiek XIX/XX	<p>Rudolf Virchow (1821-1902) – w Medizinische Reform, pisze, że „lekarze są naturalnymi adwokatami biedy, a medycyna jest dziedziną polityczną, tak więc polityka jest niczym więcej jak medycyną na szeroką skalę”. Duży wpływ na pojęcie zdrowia mają odkrycia bakteriologiczne Louisa Pasteura (1822-1895), Roberta Kocha (1843-1910).</p>
Wiek XX	<p>1947 - Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ustala definicję zdrowia: Zdrowie jest to pozytywny stan fizyczny, umysłowy i społeczny, a nie tylko nieobecność choroby lub niepełnosprawności.</p> <p>1998 – Zdrowie jest podstawowym prawem człowieka niezbędnym do rozwoju społecznego i gospodarczego; pokój, schronienie (mieszkanie), wykształcenie, bezpieczeństwo społeczne, komunikacja między ludźmi, żywność, dochody, stabilny eko-system, przestrzeganie praw człowieka i równości służą zapewnieniu zdrowia (Window on World Health” Brussels, Belgium, Ministry of Health</p>

1.4. „Na świecie nie ma chorób” – filozofia definiowania zdrowia przez Chińczyków.

Chińczycy, jak pisze Lisowski [2i] sądzą, że nie ma na świecie chorób. Są tylko ludzie, którym brakuje potrzebnej energii zawartej w otoczeniu. Dolegliwość fizyczna to zaś wołanie o pomoc. Lekarze medycyny oficjalnej pojmują człowieka zupełnie inaczej niż lekarze chińscy. Ci pierwsi lokalizują szybko chory organ i przepisują lekarstwa. Według medycyny chińskiej choroba stanowi tylko pewną manifestację stanu organizmu. Mimo że jest konkretnie umiejscowiona, jej przyczyna może znajdować się daleko poza ciałem fizycznym. Źródło wszystkich zaburzeń tkwi w zachwianiu równowagi energetycznej organizmu. Dlatego leczenie powinno być całościowe i dotyczyć wszystkich sfer - począwszy od emocjonalnej, która najbardziej oddziałuje na naszą fizyczność. Nieprzypadkowo mówi się, że choroba powstaje najpierw w psychice. Aby uniknąć chorób, według Chińczyków trzeba zmienić nie tylko styl życia, ale także sposób pojmowania świata. Na zdrowie wpływa nie tylko sposób i jakość odżywiania, ale także sposób myślenia. Dobroć, miłość, życzliwość to najważniejsze rzeczy w dążeniu do osiągnięcia zdrowia. Zdrowie to także równowaga między dwoma energiami, które Chińczycy nazywają jin i jang.



Rycina 1. Piktogram jin i Jang [3i].

Jin to płyny wewnętrzne i tkanki ludzkie. Ta energia chłodzi, nawilża i odżywia. Jang natomiast to energia, ciepło, aktywność i produktywność. Według Chińczyków leczenie ciała jest nierozdzielnie związane z leczeniem ducha. Zdrowie to nie tylko brak choroby. To przede wszystkim zdolność funkcjonowania w bardzo skomplikowanym systemie składającym się z wielu ogniw - ludzi, problemów życia codziennego i czynników zewnętrznych, takich jak powietrze i woda. To właśnie dlatego filozofia chińska nie mówi o jednostce jako takiej, lecz przedstawia człowieka jako część grupy społecznej - rodziny lub społeczeństwa. Chorobę z kolei definiuje się jako utratę zdolności adaptacyjnych organizmu.

1.5. Współczesna definicja zdrowia i jej interdyscyplinarny kontekst.

Szewczyk w swoim artykule [10] pisze, że w tradycyjnym znaczeniu zdrowie jest rozumiane jako stan fizjologiczno-biologiczny; za zdrowego uważa się człowieka, którego organizm funkcjonuje w zakresie norm uznanych za prawidłowe. Za chorego uważa się zaś człowieka, którego funkcjonowanie organizmu nie mieści się w obrębie tych norm. Stopień zgodności z normą jest określany przez profesjonalnego eksperta, którym jest lekarz. Jeżeli tej zgodności brak, to jednostka zostaje uznana za osobę chorą. W przedstawionym ujęciu, zdrowie jest równoznaczne z brakiem choroby, a decyzja o kwalifikującym przypisaniu człowieka do odpowiedniego stanu nie leży w kompetencjach diagnozowanej jednostki. W myśl tego poglądu znajdowanie się człowieka w stanie zdrowia lub choroby może być definiowane w kategoriach obiektywnych i subiektywnych. Ten podział powstał jako wynik zaobserwowanych rozbieżności między ocenami eksperckimi a subiektywnymi ocenami osób zgłaszających dolegliwości. Wg Szewczyka [10] inna koncepcja rozumienia zdrowia jest wynikiem powszechnie zaakceptowanej propozycji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która uznaje, że zdrowie to pozytywny stan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności, w innym tłumaczeniu zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania. Definicja ta uwzględnia holistyczne podejście do zdrowia oraz pozytywne jego aspekty (dobre samopoczucie – „dobrostan”, a nie tylko brak choroby). To holistyczne i interdyscyplinarne postrzeganie problematyki zdrowia zaowocowało powstaniem wielu różnych definicji, z których na szczególną uwagę zasługują poniższe.

- **Talkot Parsons [11]** - znany socjolog, postrzega człowieka w kategorii zachowań jednostki pełniącej w swym codziennym życiu szereg ról społecznych; w takim podejściu do człowieka – zdrowie to - wg Parsonsa, wykazywanie przez jednostkę optymalnej umiejętności efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji; zatem za osobę zdrową uważa się w świetle tej teorii osobę mogącą te role wypełniać bez zakłóceń, a za chorą - taką osobę, której stan uniemożliwia pełne wywiązywanie się z tych ról.
- **Rene Dubos [12]** - uważa, że zdrowie to możliwość wykorzystania wszelkich możliwości – w ścisłym związku z tym, co jest kochane – ziemią i wszystkimi jej cudownościami; zatem zdrowie wg Dubosa to zespół tych cech, które umożliwiają

ludziom uzewnętrznianie swych zdolności kreatywnych i osiągnięcie szczęścia w procesie przystosowania się do przyszłości;

- **Maciej Demel [13]** - uznaje zaś za zdrowie - poziom sprawności funkcji ustrojowych w stosunku do środowiska (tzw. potencjał adaptacyjny), sztuka panowania nad własnym ciałem i psychiką;
- **Kazimierz Dąbrowski [14]** - określa zaś „składową” definicji WHO - zdrowie psychiczne, jako zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania i odkrywania coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego”;
- **Irena Heszen-Niejodek i Annabel K. Broome [15]** - piszą zaś, że zdrowie to dostępna energia - ogólna zdolność do sprostanania wymaganiom i osiągnięcia celów życiowych, przy jednoczesnym uchronieniu się od chronicznego braku równowagi; zdrowie jest więc rozumiane jako poziom koncepcji życiowej jednostki;
- **Zofia Słońska i Małgorzata Misiuna [16]** - ujmują natomiast zdrowie jako poddającą się zmianom zdolność zarówno do osiągnięcia szczytu własnych fizycznych, psychicznych, społecznych możliwości, jak i pozytywnego reagowania na wyzwania środowiska; zdrowie nie jest celem samym w sobie, lecz środkiem umożliwiającym człowiekowi takie wykorzystywanie istniejących możliwości, aby życie ludzkie stało się lepsze, bogatsze, pełniejsze”;

Przedstawione definicje zdrowia stanowią, jak podaje Żybura [4i] zaprzeczenie statystycznych jego ujęć – obok dynamiki uwypuklono w nich element twórczy oraz zaznaczono powiązania zdrowia z procesem wartościowania. W najnowszych dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podkreśla się, że zdrowie jest:

- wartością, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz zmieniać środowisko i radzić sobie z nim,
- zasobem (bogactwem) dla społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny; tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturalne, rozwijać się, osiągać odpowiedni poziom jakości życia,
- warunkiem (środkiem) codziennego życia (a nie jego celem), umożliwiającym lepszą jego jakość, koncepcją, eksponującą korzyści (dobre samopoczucie, sprawność fizyczna), a nie negatywne skutki (choroby i zaburzenia).

Na zdrowie można spojrzeć dwojako: w kategoriach jednostki (pojedynczego człowieka) lub w kategoriach zbiorowości lub środowiska. Brzeziński i Korczak [17] twierdzą, że zdrowie to

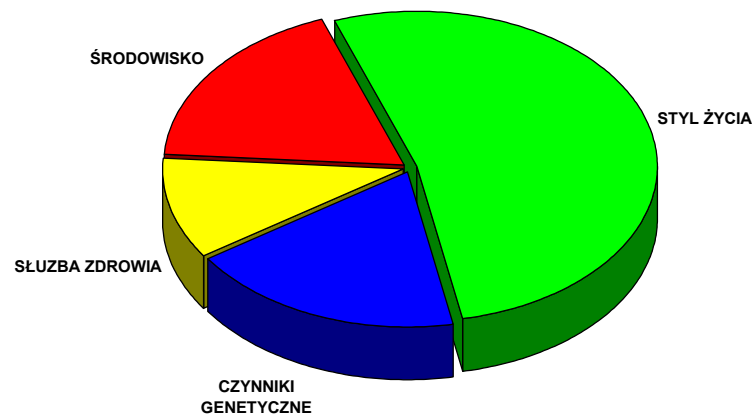
stan dynamicznej równowagi między populacją a otoczeniem, zapewniającym jej możliwość przetrwania i rozwoju dzięki korzystnemu ukształtowaniu cech biologicznych jednostek oraz pomyślnych zmian w środowisku. Sokal [18] z kolei sądzi, że zdrowiem należy nazwać wszystkie „aspekty zdrowotne” środowiska człowieka, w tym także działania zmierzające do poprawy jakości tego środowiska. Kształtowanie się pojęcia zdrowia trwa więc nieustannie od tysiącleci. W psychologii zdrowie rozumiane jest jako jedna z wartości wyznaczających cele aktywności człowieka. Zdrowie i choroba są traktowane odrębnie, zdrowie jako wartość pozytywna, a jego przeciwieństwo – choroba – jako wartość negatywna.

Rozumienie zdrowia jako wartości dostarcza podstaw do wyjaśnienia mechanizmów podejmowania przez ludzi działań prozdrowotnych. W Unii Europejskiej (UE), co raz więcej też mówi się o zdrowiu w ujęciu społecznym i ekonomicznym. Zdrowie jest we współczesnej Europie rozumiane jako wartość i zgodnie z postanowieniami traktatowymi - UE musi dążyć do podwyższania poziomu zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom i określania źródła zagrożeń dla zdrowia ludzi. W związku z tym na szczeblu UE podejmuje się próby zintegrowania wszystkich dziedzin związanych ze zdrowiem. Poprzez strategię na rzecz zdrowia UE przyczynia się do poprawy zdrowia publicznego w Europie i tym samym uzupełnia działania państw członkowskich, jednocześnie w pełni szanując ich kompetencje w zakresie organizowania i świadczenia usług opieki zdrowotnej. Strategia zdrowia UE dotyczy przede wszystkim wzmacniania współpracy i koordynacji, usprawniania wymiany popartych dowodami informacji i solidnej wiedzy oraz wspierania procesu decyzyjnego na szczeblu krajowym. W tym celu UE opracowuje kompleksowy system informacji zdrowotnej, aby zapewnić powszechny w państwach Unii dostęp do rzetelnych i aktualnych informacji na najważniejsze tematy związane ze zdrowiem oraz podstawę do wspólnej analizy czynników mających wpływ na zdrowie publiczne. UE pragnie również wzmocnić zdolność szybkiego reagowania na zagrożenia dla zdrowia. Dlatego pracuje na rzecz wzmocnienia nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych. Kolejne cele to zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości opieki zdrowotnej dla usprawnienia transgranicznej opieki zdrowotnej oraz ułatwienia swobodnego przepływu pracowników medycznych i pacjentów. Polityka w dziedzinie zdrowia jest szczególnie ściśle powiązana z polityką ochrony konsumentów. Priorytet w tej dziedzinie stanowi bezpieczeństwo produktów i usług, w tym bezpieczeństwo żywności i szybkie alarmowanie w związanych z nim sprawach. Istnieją też inne obszary mające szczególne znaczenie dla zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo i higiena pracy ma na celu zapewnienie ochrony przed zagrożeniami w miejscu pracy, wypadkami w pracy i chorobami zawodowymi. Osiągnięcie

wysokiego poziomu ochrony zdrowia wymaga także, aby działania w dziedzinie ochrony zdrowia szły w parze z działaniami na rzecz ochrony środowiska. Rozwój technologii oraz programy na rzecz społeczeństwa informacyjnego obejmują również kwestie związane z systemem opieki zdrowotnej oraz zdrowiem publicznym.

1.6. Zdrowie fizyczne i subiektywne – kształtowanie się podejścia do zdrowia u dzieci i młodzieży.

Obecnie istnieje wiele różnych prób klasyfikacji czynników, które wpływają na zdrowie człowieka. Przez długie lata XX wieku uważano, że zdrowie w największym stopniu zależy od służby zdrowia. Na początku lat 70-tych M. Lalonde [19], ówczesny minister zdrowia Kanady zaproponował schemat „pól zdrowia”, w którym wyróżnił 4 podstawowe grupy czynników, wpływających na zdrowie.



Rycina 2. Pola zdrowia według M. Lalonde [19].

1. Styl życia (ok. 50% „udziału”)
2. Środowisko fizyczne i społeczne (ok. 20%)
3. Czynniki genetyczne (ok. 20%)
4. Organizacja opieki medycznej (ok. 10%)

Podjęcie to wpłynęło na zmianę polityki zdrowotnej i stworzyło podstawę rozwoju promocji zdrowia. Obecnie zwraca się uwagę, że w największym stopniu na zdrowie ludzi wpływają czynniki społeczno-ekonomiczne, a wśród nich m.in.: dochody, status społeczny, poziom wykształcenia, wsparcie społeczne. Od tych czynników zależy też, czy styl życia ludzi, może sprzyjać zdrowiu. W literaturze przedmiotu można się spotkać z terminem determinanty zdrowia. Są to dane opisujące warunki zdrowotne, w jakich żyje dana społeczność.

Determinanty zdrowia, poza uwarunkowaniami genetycznymi (biologicznymi), stanowią mogą bezpośrednio lub pośrednio przyczyny występowania chorób, urazów, dolegliwości czy zgonów. W tym rozumieniu bezpośrednimi determinantami zdrowia są: żywienie, palenie tytoniu, zaopatrzenie w zdrową wodę, ekspozycja na zakażenie, zaś determinantami pośrednimi: warunki makroekonomiczne i społeczno – demograficzne, wykształcenie, czy środowisko w najszerszym tego słowa znaczeniu [20]. W ostatnich latach zwrócono też szczególną uwagę na wykorzystanie w ocenie stanu zdrowia wskaźników subiektywnych [21]. Podejście to było również wykorzystywane w Polsce, w badaniach stanu zdrowia ludności w latach 1996 i 2004 [22]. Jest ono szczególnie przydatne dla oceny zdrowia młodzieży, gdyż:

- pozwala na opisanie zdrowia i samopoczucia z perspektywy samej młodzieży;
- lepiej charakteryzuje zdrowie całej populacji niż wskaźniki umieralności i zachorowalności,
- istnieje związek między samooceną zdrowia i zadowoleniem z życia, a podejmowaniem wielu zachowań ryzykownych.

Ciekawe badania na temat samooceny zmian dokonujących się wraz z dorastaniem przeprowadziły Wojnarowska i Mazur. Na zadane badanej młodzieży pytanie: „Czy uważasz, że twoje zdrowie jest bardzo dobre, dobre, takie sobie, złe?” (Pytanie to pochodziło z międzynarodowego kwestionariusza HBSC) - badaczki uzyskały różne odpowiedzi [23].

Zdecydowana większość (80,5%) młodzieży uważała, że jest zdrowa i bardzo zdrowa. Jedynie 2,4% ankietowanych oceniło, że ich zdrowie jest złe. Chłopcy zdecydowanie lepiej postrzegali swoje zdrowie: dwukrotnie częściej niż dziewczęta uważali, że ich zdrowie jest bardzo dobre (odpowiednio 36,3% i 17,6%) ($p < 0,001$). Nie stwierdzono różnic w samoocenie zdrowia zależnych od wieku. Młodzież mieszkająca na wsi nieco lepiej oceniła swoje zdrowie niż ich rówieśnicy w miastach ($p < 0,05$). Stwierdzono natomiast istotne statystycznie różnice ($p < 0,01$) w samoocenie zdrowia młodzieży w różnych typach szkół. Odsetek oceniających swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre był najmniejszy wśród chłopców w zasadniczych szkołach zawodowych, a wśród dziewcząt w liceach ogólnokształcących.

1.7. Determinanty biologiczne zdrowia.

Okres dorastania jest szczególną fazą w rozwoju człowieka i budzi zainteresowanie wielu badaczy. W okresie tym pomimo zasadniczo stałej sytuacji zewnętrznej następują duże zmiany wewnętrzne, spowodowane przemianami biologicznymi wynikającymi z wchodzenia w okres dojrzałości fizjologicznej oraz rosnącymi wymaganiami psychospołecznymi związanymi ze wzrostem zakresu samodzielności i umiejętności decydowania oraz wynikającymi z tego zmianami w zakresie obrazu siebie, społecznej percepcji jednostki oraz hierarchii wartości. Jest to okres, w którym rośnie liczba doświadczeń osobistych i społecznych, co powoduje formułowanie się nowych wzorców relacji interpersonalnych. Rozwijają się nowe umiejętności pozwalające na kształtowanie się poczucia własnej kompetencji w osiągnięciu nowego statusu społecznego. Wiąże się to z rozwojem możliwości osiągnięcia nowych celów i kształtowania nowych zachowań. W okresie tym zachodzą zasadnicze zmiany w zakresie poczucia tożsamości osobistej i społecznej. Koniecznością staje się konfrontacja możliwości wewnętrznych jednostki i zewnętrznych propozycji, w wyniku czego ustala się centralna orientacja życiowa jednostki, jej wybiórczy i świadomie zaakceptowany sposób istnienia w świecie. Okres dorastania należy dodatkowo podzielić na różne stadia rozwojowe, charakteryzujące się odmiennymi zachowaniami i skłonnością do zachowań z obszaru ryzyka. W ujęciu Blosa [24] wyróżnia się następujące fazy:

- **preadolescencja** - zaznacza się tu wyraźnie dojrzewanie fizyczne i związane z tym narastanie napięć popędowych (wzrost zachowań agresywnych). Pojawia się wrogość chłopców do dziewcząt, zaś dziewczęta preferują zachowania typowe dla chłopców (okres między 9-11 rokiem życia);
- **wczesna adolescencja** - w tym okresie zaczyna się proces oddzielania nastolatków od rodziców, pojawiają się lęki, samotność i skłonność do izolacji, ponad relacje z dorosłymi preferowane są relacje z rówieśnikami (okres między 10-12 rokiem życia);
- **pełna adolescencja** - nasilają się tendencje do uniezależnienia się od rodziców. Przy podejmowaniu decyzji ważniejsi stają się rówieśnicy. Następują gwałtowne zmiany w sferze życia emocjonalnego, pojawiają się intensywne, labilne emocje. Młodzież przejawia w zachowaniu arogancję, buntowniczość i lekceważenie autorytetów. Wzmacniają się mechanizmy obronne, doskonali racjonalizacja, intensyfikuje wymiar życia heteroseksualnego (okres między 12-17 rokiem życia);

- **późna adolescencja** - następuje konsolidacja życia psychicznego, zakończeniu ulega proces identyfikacji psychoseksualnej. W dążeniu do pełnego partnerstwa zmianie ulegają relacje z rodzicami i rówieśnikami (okres między 17-20 rokiem życia);
- **okres poadolescencyjny** - następuje pełna konsolidacja ról społecznych i wyboru stylu życia. Pojawia się poczucie siły, umożliwiające podejmowanie działań w celu realizacji planów. Stabilizuje się poczucie osobistej godności i szacunek do samego siebie (zazwyczaj powyżej 20 roku życia) [24].

Powyższe etapy to typowy przebieg faz rozwoju, różnice w tym przebiegu mogą być spowodowane głównie: silnymi wpływami kulturowymi i społecznymi, specyfiką rodziny i rodziców oraz indywidualnymi doświadczeniami i potrzebami danej jednostki. Okres dorastania to dla każdego nastolatka czas wielkiej aktywności, poszukiwań i eksperymentowania z nowymi umiejętnościami i zachowaniami. Pojawiają się nowe potrzeby, nowe prawa i obowiązki oraz nowe cele do realizacji.

Do podobnych wniosków doszła też Zawadzka [25], która badała dwie grupy – młodzież zdrową i chorą. Według niej 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%. Zaskakujący był fakt w tych badaniach, że grupa młodzieży (12%, czyli 63 osoby), która miała diagnozę choroby przewlekłej, i oceniła swój stan na bardzo zdrowy jest grupą o stosunkowo dobrym przystosowaniu się do życia z chorobą. Korelacja stanu zdrowia subiektywnego od obiektywnego wykazała zależność istotną statystycznie, choć siła związku była słaba ($r_c = 0,24$). Płeć w badaniach Zawadzkiej [25] również była czynnikiem różnicującym samoocenę zdrowia badanej młodzieży. W grupie zdrowych, dziewczęta mniej korzystnie oceniały zdrowie niż chłopcy. Dziewczęta koncentrowały ocenę swojego stanu zdrowia głównie na kategorii: zdrowy – 66,8%, a następnie na nie bardzo zdrowy – 17,2%, z kolei chłopcy koncentrowali 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 postrzegali w tych badaniach 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 płęć Zawadzka [25] wykryła zależność istotną statystycznie, a

korelację słabą ($r_c = 0,11$ i $r_c = 0,15$). Wiek badanych nie różnicował znacząco samooceny zdrowia w grupie młodzieży chorej. Rozkład był zbliżony we wszystkich grupach wiekowych i nieistotny statystycznie. Natomiast w grupie młodzieży zdrowej Zawadzka [25] odkryła, że jest istotna zależność, choć słaba ($r_c = 0,18$) i to przesuwają się od oceny bardzo zdrowy do nie bardzo zdrowy wraz z wiekiem badanych. W kategorii bardzo zdrowy największy odsetek był młodzieży 14 i 15-letniej, a w kategorii nie bardzo zdrowy największy 17 i 18-latków. We wszystkich grupach wiekowych wyniki kumulowały się (60,5% - 71,2%) w kategorii zdrowy. Tak więc, należy przypuszczać, że starsza młodzież (17 - 18 lat) ocenia swoje zdrowie bardziej krytycznie, często konfrontując je z wyborem rodzaju szkoły, zawodu, pracy, założeniem rodziny. Zawadzka [25] postuluje, że 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 wg Zawadzkiej [25] różnicuje samoocenę zdrowia badanej młodzieży w stopniu znaczącym statystycznie zarówno w grupie młodzieży chorej, jak i młodzieży zdrowej. Wojnarowska i Mazur [26] zwróciły też uwagę na fakt zmian w wyglądzie dorastającej młodzieży, gdyż jest ona bardzo zainteresowana swoim wyglądem. Częstym zjawiskiem jest niezadowolenie z własnego wyglądu, sylwetki i budowy ciała. Wśród 15-latków 54% chłopców i 78% dziewcząt chciałoby coś zmienić w swoim ciele (np. budowie, wyglądzie). Można sądzić, że podobnie uważa młodzież starsza. Niezadowolenie z własnego wyglądu, zwłaszcza na tle lansowanych przez mass media „ideałów” ciała kobiecego i męskiego, może obniżać poczucie własnej wartości u młodych ludzi oraz być przyczyną poszukiwania różnych, nie zawsze korzystnych dla zdrowia sposobów „poprawiania” swego wyglądu. Kiedy badanej młodzieży zadano następujące pytanie: „Co sądzisz o swoim wyglądzie?” Z kategoriami odpowiedzi: wyglądam bardzo dobrze, wyglądam dobrze, wyglądam raczej przeciętnie, nie wyglądam dobrze, wyglądam źle. (pytanie to pochodziło z międzynarodowego kwestionariusza HBSC), to prawie 60% młodzieży uważało, że wyglądam dobrze lub bardzo dobrze. Chłopcy istotnie lepiej oceniają

swój wygląd niż dziewczęta ($p < 0,001$), młodzież 18-letnia lepiej niż 16-letnia. Odsetki uczniów, którzy uważali, że wyglądają bardzo dobrze lub dobrze były nieco większe w mieście niż na wsi, ale różnice nie były istotne statystycznie. Tylko 8,3% młodzieży uważało, że nie wygląda dobrze lub wygląda źle. Częściej oceniały tak niekorzystnie swój wygląd dziewczęta niż chłopcy. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w spostrzeganiu swego wyglądu przez uczniów w zależności od typu szkoły ($p < 0,001$); najbardziej zadowoleni ze swego wyglądu byli uczniowie zasadniczych szkół zawodowych i techników, najmniej było zadowolonych w liceach profilowanych i ogólnokształcących, dotyczyło to chłopców i dziewcząt. Z badań mniej konwencjonalnych na uwagę zasługują badania Stępień [5i], przeprowadzonej na grupie gimnazjalistów, a których to inspiracją były głównie doniesienia Woynarowskiej i Mazur [26]. Swoimi badaniami Stępień [5i] objęła uczniów trzecich klas gimnazjalnych (30 dziewcząt i 30 chłopców), w wieku 15-16 lat z Gimnazjum Nr 4 w Dąbrowie Górniczej. W badaniach zastosowano kwestionariusze: „Czy jesteś zdrowy?” i „Czy jesteś chory?”, oraz NHP. Kwestionariusz ankiety „Czy jesteś zdrowy?” dotyczył zagadnień określenia obecnego stanu zdrowia, oraz postawy wobec zdrowia, zaś „Czy jesteś chory?” - zagadnień związanych z objawami chorobowymi. NHP natomiast dotyczył problemów z którymi boryka się człowiek w życiu codziennym; są to : energia, ból, reakcje emocjonalne, zaburzenia snu, wyobcowanie społeczne, oraz ograniczenia ruchowe. Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników kwestionariuszy Stępień [5i] stwierdziła, że dla 43,3% badanej młodzieży zdrowie jest bardzo ważne. Porównując różnice między płciami nauczycielka zauważyła, iż znacznie więcej dziewcząt (53,3%) troszczy się o zdrowie, od chłopców (33,3 %). 48,3% - prawie połowa ankietowanych jest zupełnie zdrowa. 14 dziewcząt (46,6%) i 15 chłopców (50%) podobnie poświęca czas na zachowanie zdrowia i sprawności fizycznej, nie są oni w tym jednak wytrwali. 17 % chłopców (co stanowi 8 % badanej młodzieży) nie przywiązuje wystarczającej wagi do swojego zdrowia, a niewielkim kosztem mogliby znacznie poprawić swoją sytuację. 3% uczniów nadmiernie zamartwia się o swoje zdrowie (dziewczęta (3%) tak samo jak chłopcy (3%), słysząc o objawach jakiejś choroby natychmiast je u siebie odnajduje).

Analiza kwestionariuszy NHP wykazała w następujących obszarach:

1. Energia

93,3 % badanych nie ma problemów z energią życiową, nie uskarża się na brak sił i ciągle zmęczenie.

2. Ból

Znacznie więcej chłopców (90%), niż dziewcząt (70 %) nie zgłasza żadnych dolegliwości bólowych.

3. Reakcje emocjonalne

Cechą charakterystyczną procesu dojrzewania jest burzliwy przebieg rozwoju emocjonalnego. Młodzież cechuje : skłonność do zmiany nastroju, ambiwalencja uczuć, nasilenie lęków społecznych. U badanej młodzieży (83,4%) przeważają emocje dodatnie.

Emocje o znaku ujemnym czyli uczucia przykre: zdenerwowanie, rozdrażnienie, przygnębienie występują u znacznego odsetka młodzieży, zarówno u dziewcząt (13,3%), jak i chłopców (20,1%).

4. Zaburzenia snu

Zdecydowana większość dziewcząt (80%) i chłopców (73,3%) nie ma trudności w zasypianiu.

5. Wyobcowanie społeczne

Główne problemy zdrowotne w okresie dojrzewania wiążące się ze zdrowiem psychospołecznym uwarunkowane są przyczynami: przemianami fizjologicznymi, zmianami relacji z członkami rodziny i rówieśnikami, nowymi zdaniami edukacyjnymi.

91,6 % badanej młodzieży (96,6% dziewcząt i 86,6% chłopców) jest dobrze zintegrowana społecznie.

1.8. Determinanty psychospołeczne zdrowia subiektywnego.

Bardzo ciekawie przedstawia się raport, „Zdrowie subiektywne oraz zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych” [27] opracowany pod kierunkiem Oblacińskiej, który w dużej mierze jest podstawą moich rozważań o zdrowiu młodzieży w kontekście jej rozwoju, a także był inspiracją do tego, by przypomnieć sobie model ekologiczny R. Jessora (rozdział 3).

Jak wiadomo młodzież w okresie dojrzewania płciowego i dorastania charakteryzuje pobudzenie i chwiejność emocjonalna. Towarzyszą im różnorodne objawy somatyczne i stany emocjonalne. W przytoczonym raporcie możemy odczytać, że w grupie 15-latków 31% chłopców i 47% dziewcząt odczuwa dwie lub więcej spośród ośmiu analizowanych dolegliwości. Dolegliwości tych nie należy lekceważyć. Mają one związek z przystosowaniem do szkoły, a także zachowaniami ryzykownymi, choć trudno jednoznacznie ocenić co jest przyczyną, a co skutkiem. Młodzież zapytano: „Jak często w ostatnich 6 miesiącach odczuwałeś/łaś wymienione niżej dolegliwości: bóle głowy, bóle brzucha, bóle pleców, przygnębienie, rozdrażnienie lub zły humor, zdenerwowanie, trudności w zasypianiu, lęk (niepokój), silne zmęczenie lub wyczerpanie?” z kategoriami odpowiedzi: prawie codziennie, częściej niż 1 raz w tygodniu, prawie w każdym tygodniu, prawie w każdym miesiącu, rzadko lub nigdy. Pytanie to pochodziło z międzynarodowego kwestionariusza HBSC. Ciekawy jest fakt, że aż jedna trzecia badanych uczniów zgłaszała częste występowanie (prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu) zdenerwowania (38,5%), silnego zmęczenia i wyczerpania (34,5%) oraz rozdrażnienia lub złego humoru (28,7%) (tab. 2.2). Co piąty uczeń odczuwał często przygnębienie, bóle głowy, a także trudności w zasypianiu. Wszystkie analizowane dolegliwości i stany emocjonalne istotnie częściej występowały u dziewcząt niż chłopców, a niektóre z nich ponad dwukrotnie częściej (bóle głowy, przygnębienie, bóle brzucha, lęk (niepokój)). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w występowaniu omawianych dolegliwości u uczniów mieszkających w mieście i na wsi. Jedna trzecia młodzieży zgłaszała występowanie mnogich dolegliwości (3 lub więcej); dwukrotnie częściej dziewczęta (44,6%) niż chłopcy (22,2%) – $p < 0,001$. Odsetek uczniów z mnogimi dolegliwościami był podobny w mieście i na wsi.

Zainteresowanie psychologicznymi determinantami zdrowia i choroby wynika, jak piszą autorzy badań [27], z holistycznego traktowania człowieka jako jednostki biopsychospołecznej oraz przyjęcia polietiologicznej koncepcji chorób somatycznych.

Czynniki emocjonalne, powodując zmiany czynnościowe w pracy układu wegetatywnego, endokrynnego czy immunologicznego odgrywają znaczącą rolę w etiologii wielu zaburzeń somatycznych. Sprzężenie negatywnych stanów emocjonalnych, nieprawidłowej ekspresji emocji, zaburzeń zachowania oraz zaburzeń czynnościowych organizmu jest najbardziej widoczne u dzieci i młodzieży. Badania, dotyczące związków czynników psychospołecznych z powstawaniem chorób somatycznych wiążą się przede wszystkim z tematyką stresu. Trzy podstawowe nurty badań nad psychospołecznymi uwarunkowaniami zaburzeń somatycznych skupiają się wokół czynników osobowościowych, sytuacyjnych oraz behawioralnych. W badaniach uczniów szkół ponadgimnazjalnych, którzy byli objęci badaniem [27], uwzględniono samopoczucie psychiczne i stres psychologiczny oraz zachowania typu A, jako czynniki mogące stanowić potencjalne źródło zagrożenia dla zdrowia młodzieży. Samopoczucie psychiczne, traktowane zwykle jako jeden ze wskaźników zdrowia psychicznego, jest stanem subiektywnym, zdeterminowanym różnorodnymi czynnikami (zarówno wewnętrznymi jak i zewnętrznymi). Dobre samopoczucie psychiczne umożliwia sprawne funkcjonowanie w otoczeniu społecznym, uzyskiwanie satysfakcjonujących osiągnięć i rozwój osobowości. Stresowi z kolei przypisuje się rolę w powstawaniu dyskomfortu psychicznego, zaburzeń zachowania, trudności z przystosowaniem społecznym oraz w etiologii chorób psychicznych i psychosomatycznych. W psychologii pojęcie „stres” używane bywa w trzech znaczeniach: jako stan psychiczny, sytuacja, lub relacja pomiędzy jednostką, a otoczeniem. Współcześnie stres definiuje się najczęściej jako zakłócenie równowagi pomiędzy zasobami czy możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia [28]. Relacja ta oceniana jest przez jednostkę jako przekraczająca jej zasoby lub zagrażająca tym zasobom i dobrostanowi. Młodzież w okresie dorastania narażona jest na wiele czynników stresujących w środowisku szkolnym, rówieśniczym czy rodzinnym. Wyniki przeprowadzonym w tym aspekcie badań były następujące:

Prawie 40% młodzieży odczuwało podwyższony poziom stresu psychologicznego; dotyczyło to 51% dziewcząt i 29% chłopców ($p < 0,001$). Badani zgłaszali trudności i obniżenie samopoczucia w zakresie:

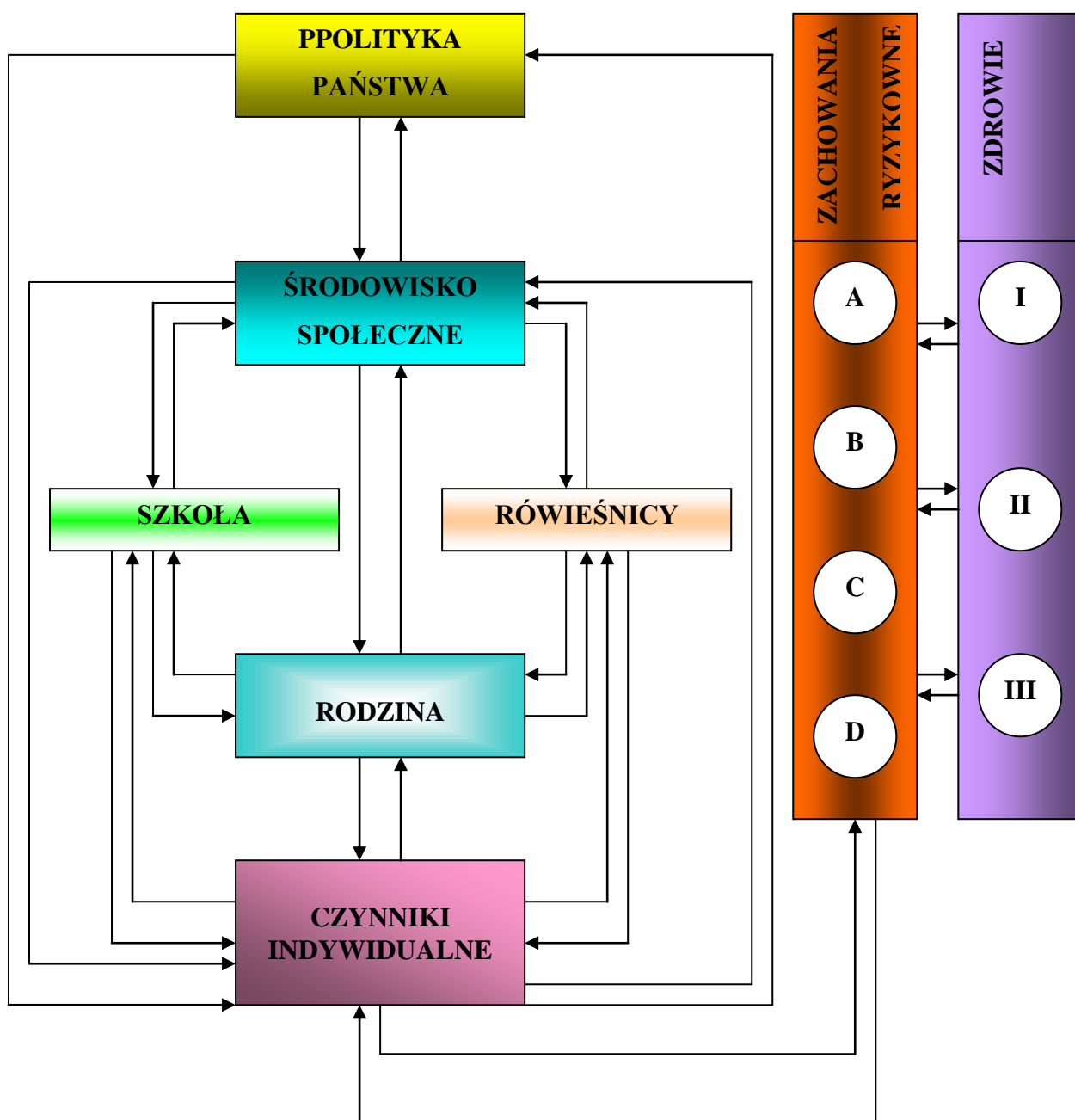
- zdolności koncentracji: 24% badanych, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), młodzież mieszkająca w mieście w porównaniu z mieszkającą na wsi ($p < 0,05$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,001$);
- odczuwania, że to, co robili było pożyteczne: 18% badanej młodzieży, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,05$);

- zdolności stawiania czoła swoim problemom: 19% badanych, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$);
- zdolności podejmowania decyzji: 14% badanych, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,05$);
- względnego poczucia szczęścia: 25% badanych, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), młodzież mieszkająca w mieście niż na wsi ($p < 0,01$);
- zdolności cieszenia się zwykłymi codziennymi zajęciami: 23% badanych, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), młodzież mieszkająca w mieście niż na wsi ($p < 0,001$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,05$);
- snu: 25%, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,01$);
- stałego przemęczenia: 35%, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), młodzież mieszkająca w mieście niż na wsi ($p < 0,05$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,001$);
- zdolności pokonywania trudności: 28%, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), młodzież mieszkająca w mieście niż na wsi ($p < 0,01$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,01$);
- poczucia bycia nieszczęśliwym i przygnębnionym: 30%, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), młodzież mieszkająca w mieście niż na wsi ($p < 0,01$);
- wiary w siebie: 23%, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$);
- myślenia o sobie jako o kimś bezwartościowym: 21%, częściej: dziewczęta niż chłopcy ($p < 0,001$), dziewczęta 18-letnie w porównaniu z 16-letnimi ($p < 0,01$).

W badaniach wykazano także zależność pomiędzy odczuwaniem podwyższonego poziomu stresu psychologicznego a typem szkoły ($p < 0,001$). Podwyższony poziom stresu najczęściej zgłaszali uczniowie liceów ogólnokształcących (44,7%) i profilowanych lub zawodowych (42,8%), rzadziej uczniowie techników (32%), a najrzadziej – uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (30,4%). We wszystkich typach szkół dziewczęta częściej odczuwały podwyższony poziom stresu niż chłopcy, różnice te były wyraźnie mniejsze w szkołach zawodowych. W zasadniczych szkołach zawodowych odsetki dziewcząt i chłopców, odczuwających podwyższony poziom stresu, były porównywalne; w liceach profilowanych różnica ta była prawie dwukrotna - na niekorzyść dziewcząt.

1.9. Model ekologiczny R. Jessora (1991) jako punkt wyjścia w rozważaniach nad występowaniem zachowań zdrowotnych u dzieci i młodzieży.

Pomiar zdrowia subiektywnego, o którym pisałam w poprzednim rozdziale, uzasadniają następujące przesłanki: zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 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 zdrowotnymi [29]. Zadowolenie jako satysfakcja z własnego życia będzie wpływać więc na samopoczucie, funkcjonowanie w środowisku oraz będzie determinować przyszłą jakość życia młodzieży. Zadowolenie z pozytywnej samooceny zdrowia sprzyjać będzie kreatywności, motywacji do nauki, rozwijaniu zainteresowań, pozytywnym relacjom w społeczności szkolnej, co dla szkoły powinno być priorytetem w edukacji. Według Ostrowskiej ludzie planują na ogół swoje życie i rozważają różne możliwe opcje dla swoich prozdrowotnych wyborów [30]. Takie ujęcie może przybierać szczególne znaczenie w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W 1991 roku R. Jessor [31] zaproponował tzw. model ekologiczny, który wyjaśnia związek między czynnikami środowiska i indywidualnymi, a zachowaniami i zdrowiem młodzieży. Model ten może stanowić dobry punkt wyjścia w rozważaniach nad występowaniem zachowań zdrowotnych. Jessor za pomocą swojego modelu tłumaczy, jaki jest wpływ czynników psychospołecznych w okresie dzieciństwa i dorastania na występowanie zachowań ryzykownych u młodzieży i jej zdrowie.



Rycina 3. Model ekologiczny R. Jessora [32].

A – używanie substancji psychoaktywnych

B – nieprawidłowe odżywianie się i mała aktywność fizyczna

C – wypadki wynikające z zachowań ryzykownych i przemoc

D – ryzykowne zachowania seksualne

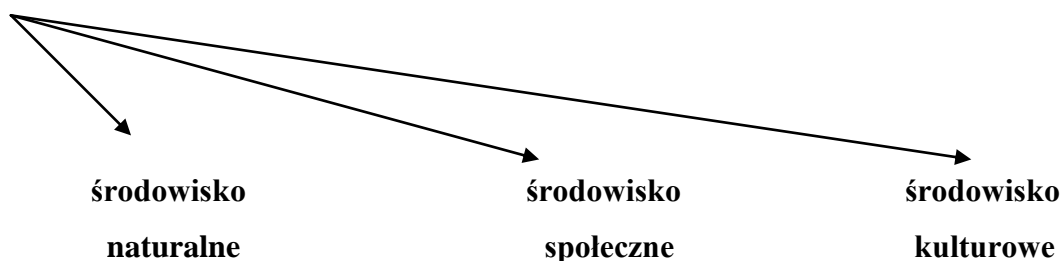
I – zdrowie fizyczne

II – zdrowie psychiczne

III – zdrowie społeczne

Jessor [32] zwraca dużą uwagę na podejmowanie zachowań ryzykownych, które jest charakterystyczną cechą okresu dorastania, związaną z realizacją zadań rozwojowych tego okresu życia: poszukiwaniem własnej tożsamości, autonomii, sprawdzaniem swoich możliwości i sposobów radzenia sobie z trudnościami, pełnieniem nowych ról społecznych itd. Dla wyjaśnienia przyczyn tych zachowań Jessor rozpatruje to w wielu aspektach i poziomach (ryc. 3). Oprócz teorii Jessora znane są inne: model społeczno-ekologiczny Kumpfer i Turnera [32], teorie pierwotnej socjalizacji Oettinga i Donnermeyera [33] i starszy model Jessorów [31].

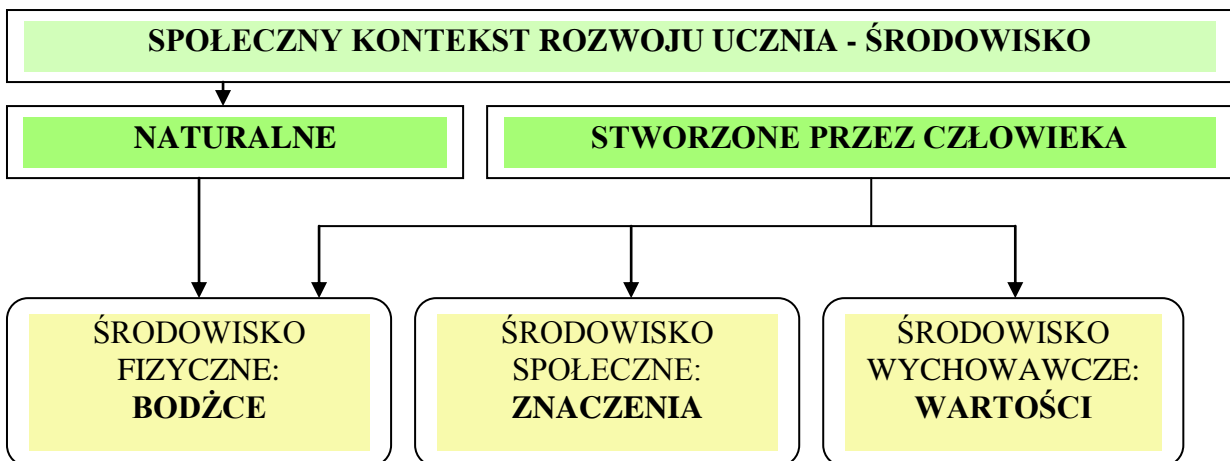
Jessor w swoim modelu (ryc.3) zwraca uwagę na środowisko społeczne jako czynnik determinujący zdrowie. Obecnie czynnikiem środowiskowym w zachowaniu zdrowia i kształtowaniu postaw prozdrowotnych przypisujemy dużą rolę. Zwykle też samo środowisko definiujemy je jako zespół warunków i czynników osobowych i materialnych, powstających w wyniku współdziałania ludzi odgrywających główną rolę w kształtowaniu się osobowości społecznej dzieci i młodzieży. W naukach społecznych terminem *środowisko* określa się krąg osób, rzeczy i stosunków otaczających człowieka w jego życiu indywidualnym i zbiorowym. Radlińska [34] uważa, że środowisko jest zespołem warunków względnie stałych, podczas gdy otoczenie jest zmienne. W aspekcie środowiska grupy, która jest przedmiotem niniejszego opracowania – mamy na myśli ucznia. Okoń [35], znany polski pedagog, za środowisko uważa całość procesów ekologicznych, ekonomicznych, politycznych, społecznych, kulturowo-oświatowych i instytucjonalnych - w ich wzajemnych związkach i zależnościach. Uogólniając wyżej wymienione poglądy, można stwierdzić, że środowisko to zespół warunków otaczających ludzi, a uwzględniając różnorodne rodzaje bodźców środowiskowych mających wpływ na zdrowie pojęcie środowiska należy rafniej podzielić na trzy komponenty:



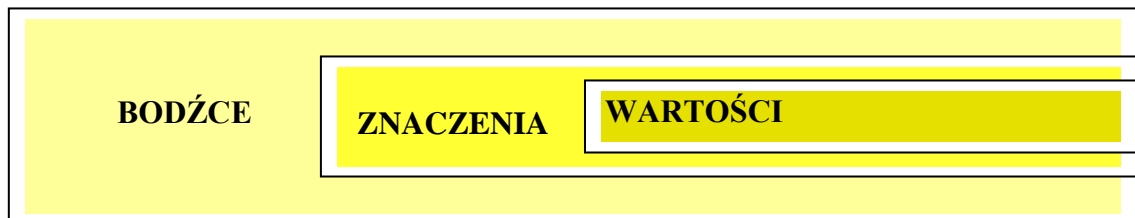
Skorny [36] pisze natomiast, że środowisko tworzy istniejący układ składników otoczenia, z którymi dzieci i młodzież wchodzi w różne interakcje i wyróżnia:

- *środowisko bioklimatyczne*, które wywiera wpływ na funkcjonowanie organizmu człowieka;
- *środowisko fizyczne*, które może oddziaływać na efektywność ludzkiej działalności;
- *środowisko społeczne*, to ludzie, z którymi dany osobnik ma bezpośrednio styczność i wchodzi z nimi w interakcje.

Wymienione przeze mnie rodzaje środowiska ze sobą nierozzerwalnie powiązane. Środowisko naturalne stanowi niezbędne warunki życia społecznego, a więc i tworzenia dóbr kultury. W sposób jednoznaczny oddziałują one na formy i kierunki ogólnej aktywności społecznej i znajdują odbicie w kulturze. Działalność wychowawcza najsilniej jest związana ze środowiskiem społecznym i kulturowym. Są one jednocześnie źródłem przeżyć psychicznych młodego człowieka. Warto też wspomnieć, że wśród wielu składników środowiska społecznego należy dodatkowo wyróżnić środowisko wychowawcze, które tworzą poszczególne osoby lub zespoły ludzkie wpływające na rozwój psychiczny i kształtowanie osobowości dzieci i młodzieży. Środowisko wychowawcze stanowi część środowiska życia i wpływa bardzo silnie na występowanie zachowań zdrowotnych. Środowisko to tworzą osoby, grupy społeczne i instytucje pełniące zadania wychowawcze zachęcające dzieci i młodzież do przyswajania wartości społecznych (w tym postaw prozdrowotnych).

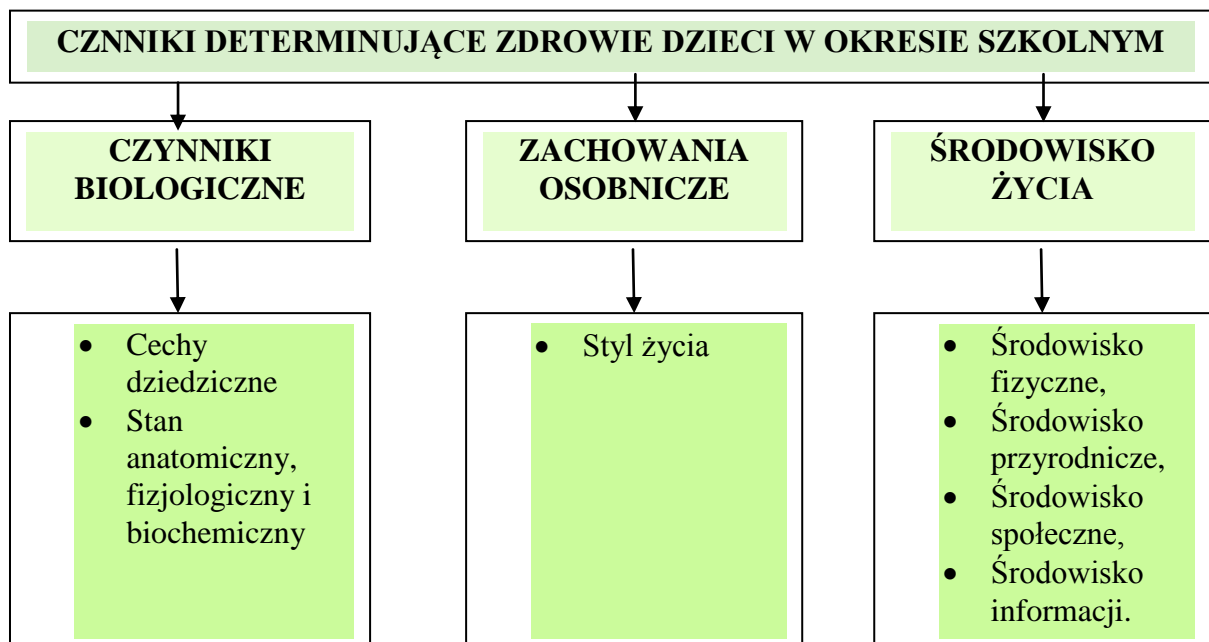


Rycina 4. Społeczny kontekst rozwoju ucznia – środowisko.



Rycina 5. Wzajemne relacje między środowiskami w kontekście rozwoju dziecka w okresie szkolnym.

Można śmiało postawić hipotezę, że środowisko kształtuje wieloaspektowo rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży i jedną z podstawowych determinant ich zdrowia.



Rycina 6. Czynniki determinujące zdrowie.

Zaproponowany przez ze mnie model ekologiczny Jessora [31] jest też dobrym punktem wyjścia w rozważaniach nad występowaniem zachowań zdrowotnych u dzieci i młodzieży, które są związane z promocją zdrowia. Promocja zdrowia jest obecnie „modnym” terminem. W znaczeniu potocznym za promocję zdrowia uważa się mówienie o zdrowiu i działaniach, które prowadzą do zachowania zdrowia. W ujęciu naukowym promocja zdrowia to system określonych działań mających na celu kształcenie u ludzi zachowań zdrowotnych, stylu i warunków życia sprzyjających dobremu samopoczuciu i poprawie zdrowia [37]. Dzisiaj promocja zdrowia obejmuje nie tylko służbę zdrowia, ale przede wszystkim wszelakie działania międzysektorowe. Kamieniem milowym w rozwoju promocji zdrowia była Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku. Powstała tam tzw. Karta Ottawska stała się swoistego rodzaju „konstytucją” promocji zdrowia i jest dla niej trwałym dokumentem o podstawowym znaczeniu, mimo że po konferencji w Ottawie, odbyły się jeszcze trzy konferencje promocji zdrowia również o zasięgu ogólnościwiatowym, w Adelajdzie, w Sundsvall i w Dżakarcie. W Karcie Ottawskiej [38] wymienia się pięć współzależnych działań, które winny być podejmowane równocześnie, aby stworzyć strategię promocji zdrowia. Są to:

- określenie zdrowotnej polityki społecznej,
- tworzenie środowisk wspierających zdrowie,
- reorientacja świadczeń zdrowotnych.
- wzmacnianie działań społecznych,
- rozwijanie umiejętności osobniczych,

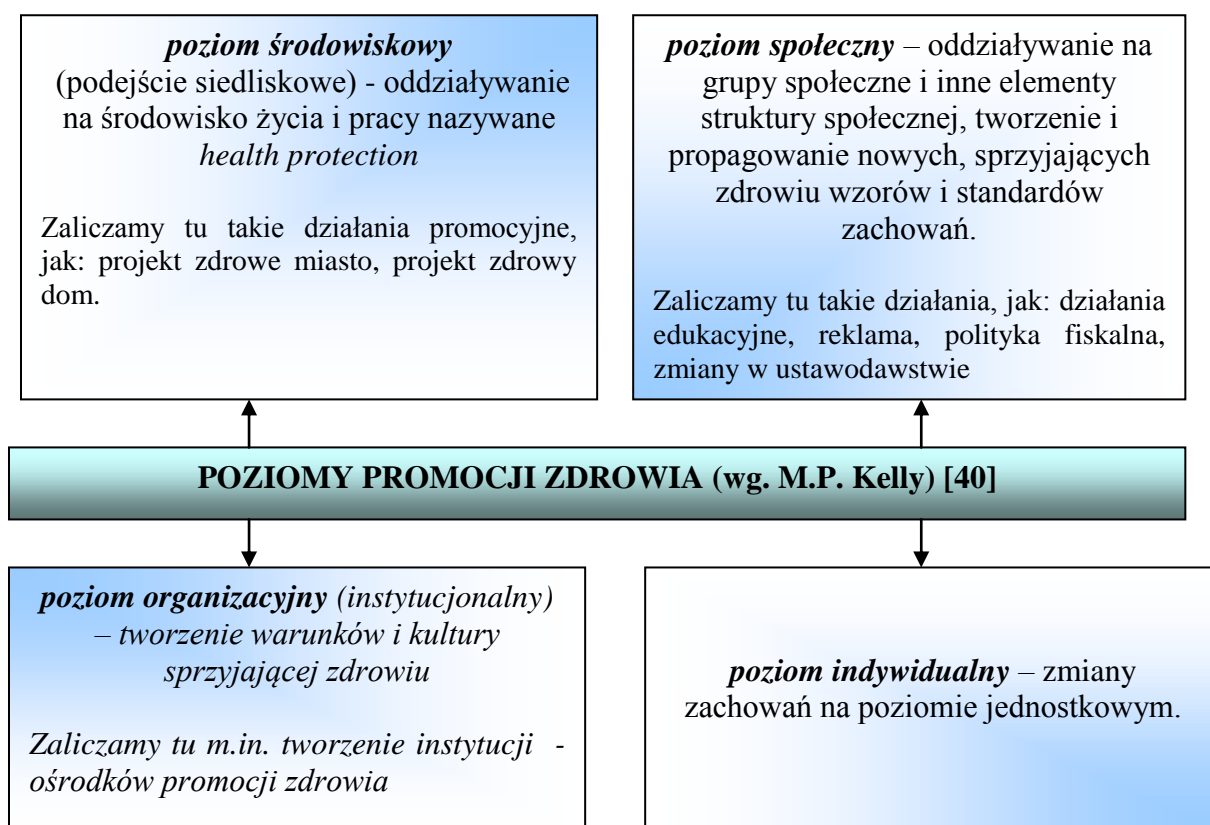
Z praktycznego punktu widzenia, na szczególną uwagę zasługują trzy pierwsze zagadnienia. W tym aspekcie, jak podaje Narodowy Fundusz Zdrowia na swojej stronie internetowej [6i], poprawa stanu zdrowia ludności jest zawsze obserwowana tam gdzie ma miejsce kombinacja czterech czynników: wzrostu gospodarczego, wyrównanej dystrybucji dochodów, znacznego inwestowania w edukację i spójności społecznej.

Aktualnie też istnieje siedem zjawisk, na które promocja zdrowia powinna reagować i pilnie podjąć odpowiednie działania. Są to:

- *w miejscu zamieszkania* - wobec istnienia niepokonanego wzrostu urbanizacji i zmniejszania się terenów uprawnych;

- **w rodzinie** - w związku ze zmianami w strukturze rodziny, odpowiedzialności i w zakresie ról członków rodziny;
- **w pracy** - w obliczu pojawiania się nowych wzorców, nowych zagrożeń, konkurencji;
- **w zakresie starzenia się** - ze względu na wydłużanie się czasu życia i rozwój zależności od innych ludzi;
- **w zakresie przemocy** - z uwagi na rosnącą agresję, konflikty oraz w trosce o ich ofiary, uciekinierów;
- **w obszarze rynku** - biorąc pod uwagę ostry zwrot ku postawom konsumpcyjnym, prywatyzacji świadczeń;
- **w zakresie porozumiewania się** - w warunkach rewolucyjnych zmian w przekazywaniu informacji i powstawaniu nowych technik uczenia się.

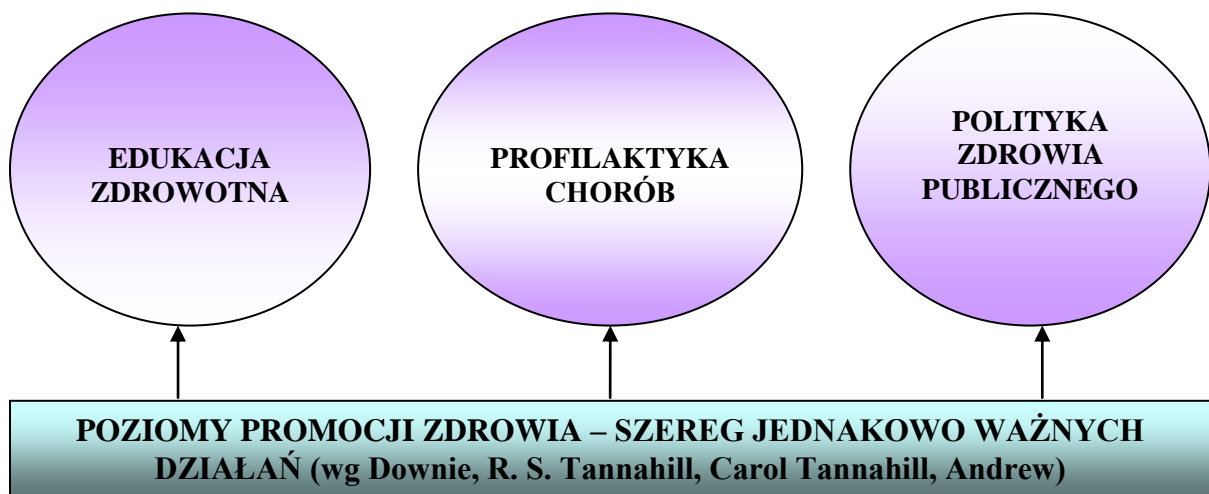
Promocja zdrowia to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. Dlatego zdrowie należy rozpatrywać w kategoriach zasobu, na którym człowiek opiera się w swoim codziennym życiu, a nie traktować jako cel, do którego zmierza. Zdrowie to koncepcja pozytywna kładąca nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak i na sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i społecznym. W związku z tym odpowiedzialność za rozwinięcie działań promocyjnych dla zdrowia spada nie tylko na służbę zdrowia lecz spoczywa ona również na tych wszystkich dziedzinach aktywności społecznej, które wywierają wpływ na zdrowy styl życia i szeroko pojmowane dobre samopoczucie wszystkich członków społeczeństwa [61]. Leger [39], zwraca uwagę na różne poziomy promocji zdrowia.



Rycina 7. Poziom środowiskowy i społeczny.

Ciekawą koncepcję promocji zdrowia zaprezentował też znany polski antropolog - Malinowski [41]. Według niego promocja zdrowia jest poszukiwaniem dróg i sposobów kształtowania zdrowia jednostkowego i populacyjnego. Zatem poziomami promocji zdrowia wg niego jest znalezienie, określenie (zdrowego obrazu życia, kryteriów zdrowia, sposobów podnoszenia poziomu zdrowia), wzmacnianie zdrowia.

Downie, R. S. Tannahill, Carol Tannahill, Andrew w swoim podręczniku pt.: Health Promotion [42] proponują używania promocji zdrowia jako terminu obejmującego edukację zdrowotną oraz różnego rodzaju działania organizacyjne i środowiskowe. Tak więc, promocja zdrowia to szereg zróżnicowanych jednakowo ważnych działań obejmujących oprócz edukacji zdrowotnej również profilaktykę chorób i działania z zakresu organizacji służby zdrowia, wchodzących w skład polityki zdrowia publicznego.



Rycina 8. Poziom promocji zdrowia.

Główne kierunki działań w promocji zachowań prozdrowotnych zostały określone w Karcie Ottawskiej [38]. Oznacza to, że wszelkie działania w tym zakresie skupiają się wokół określenia polityki prozdrowotnej i wzmocnienia tych obszarów życia, które mają istotny wpływ na świadomość zdrowotną społeczeństwa. Nie da się jednak w pełni realizować zadań opisanych w Karcie Ottawskiej [38] bez jasnych narzędzi ekonomicznych. Wzmocnienie działań społecznych na rzecz zdrowia ma istotne znaczenie dla popierania ludzkich postaw, wiedzy i umiejętności w promowaniu własnego i wspólnego zdrowia. Kierunki działań w promocji zachowań prozdrowotnych należy też uzależnić od tego kim są adresaci: inaczej będą formułowane zadania dla dzieci w wieku przedszkolnym, inaczej dla młodzieży uczącej się, a jeszcze inaczej dla dorosłych, czy ludzi starszych. Promocja zdrowia jako praktyczna strategia działa bardziej efektywnie, gdy jest umiejscowiona w konkretnym miejscu ludzkiego życia, prac, nauki, rozrywki i uzyskiwania opieki zdrowotnej. Koncentrowanie się na ‘siedliskach’ daje możliwość obserwacji oraz pomiaru skutków działań promujących zdrowie.

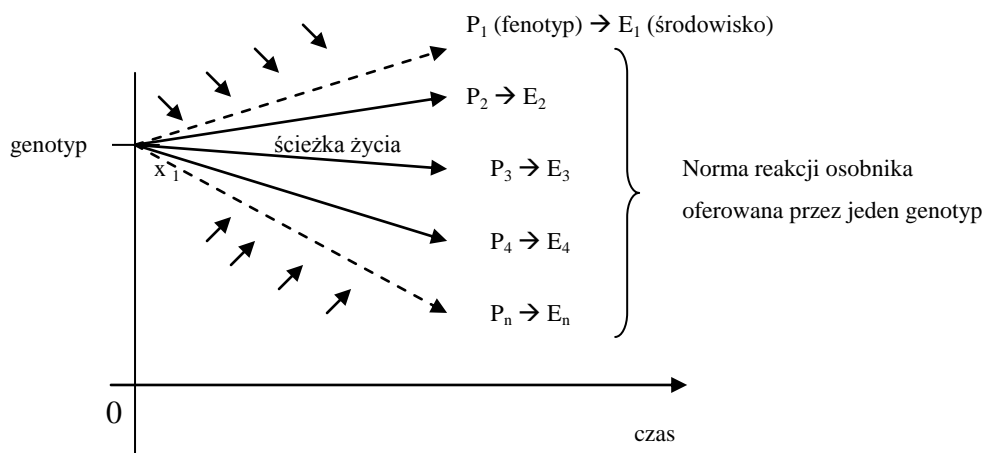
1.10. Dziecko zdrowe a dziecko chore na padaczkę.

Podstawą rozumienia zagadnień związanych z charakterystyką okresów rozwojowych człowieka są dwa pojęcia: wzrastanie i rozwój. Termin wzrastanie dotyczy głównie zmian rozmiarów ciała i jego poszczególnych części. Termin rozwój odnosi się zaś m.in. do różnicowania się budowy i funkcji organizmu, w tym także tych, które powodują zmiany strukturalne, emocjonalne i społeczne. Oba te pojęcia są m.in. obszarem zainteresowań auksologii [43] – dziedziny nauki zajmującej się rozwojem osobniczym (rozwojem ontogenetycznym) i oddziaływaniem środowiska na przebieg rozwoju. Rozwój ontogenetyczny jest procesem przekształceń, jakim ulega każdy żywy organizm w trakcie swego istnienia. Z biologicznego punktu widzenia rozwój osobniczy zaczyna się z chwilą zapłodnienia jaja (gamety żeńskiej) przez plemnik (gametę męską) a kończy zaś z chwilą śmierci danej osoby. Zapłodniona komórka jajowa (zygota) zawiera 46 chromosomów (gamety dostarczają dokładnie po 23 chromosomy), czyli pierwsze i niepowtarzalne „wydanie” kompletnego projektu genetycznego nowego człowieka. Ten „plan generalny” zawarty jest w ściśle zwiniętych cząsteczkach, zwanych DNA, które zawierają swoiste „instrukcje” rozwoju całego organizmu. Efekt rekombinacji genów rodzicielskich jest nazywany zakresem zmienności genetycznej.



Rycina 9. Zakres zmienności genetycznej (A_1 , A_2 – skrajne genotypy).

Nowy genotyp powstały z połączenia materiału genetycznego rodziców „oferuje” pewne zdarzenia, które mają ściśle określone granice, zwane zakresem możliwych reakcji genotypowych lub normą reakcji osobnika (ryc.9). Oznacza to, że na bazie genotypu i jego interakcji ze środowiskiem dochodzi do wykształcenia określonego fenotypu.



genotyp – zestaw genów danego osobnika;

fenotyp - zespół morfologicznych, anatomicznych, fizjologicznych i biochemicznych cech organizmu żywego wykształcony w trakcie jego rozwoju osobniczego (ontogenezy), zależny od składu genowego osobnika (genotypu) i oddziaływujących nań czynników środowiska;

Rycina 10. Norma reakcji osobnika oferowana przez jeden genotyp ($P_1, P_2, P_3, P_4 \dots P_n$ – liczba fenotypów, tzw. poziomy fenotypowe); $E_1, E_2, E_3, E_4 \dots E_n$ – środowiska).

Każdy żywy organizm, w trakcie swojego rozwoju ontogenetycznego, musi „przejsć” przez kolejne formy rozwoju zakodowane w genotypie. Fazy rozwoju realizują się zawsze, niezależnie od siły działania czynników środowiskowych, bowiem wchodzą one w pewien samoregulacyjny charakter ontogenezy. Fazy rozwoju upodabniają osobniki do siebie. Natomiast poziom rozwoju, uzyskany przez osobnika w określonej fazie rozwoju, wynika w części z determinacji genetycznej (czyli z genów) i w części poprzez czynniki środowiskowe. Rozwój osobniczy możemy podzielić na trzy fazy:

- faza rozwoju progresywnego;

Są to procesy przyswajania składników chemicznych (anabolizm), dominują one nad procesami rozpadu tkanek (katabolizm), w wyniku czego następuje rozrost, różnicowanie i dojrzewanie [$A > K$];

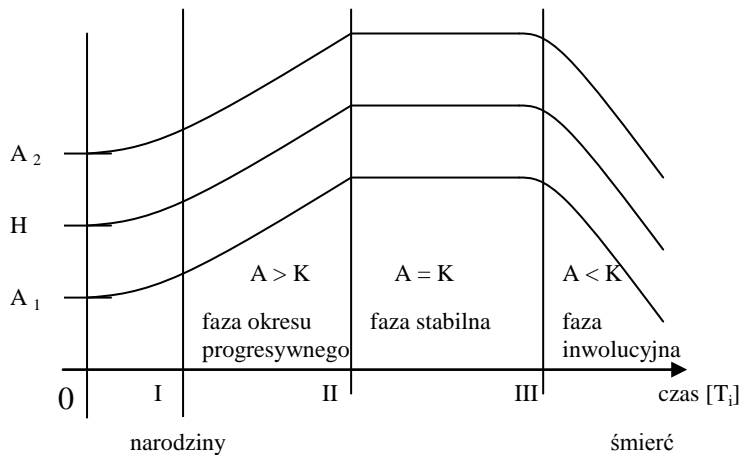
- faza stabilnej;

Są to procesy względnej równowagi organizmu; [$A = K$]

- faza zmian regresywnych (faza inwolucyjna)

Są to procesy, które przebiegają z różną intensywnością dla poszczególnych układów i funkcji organizmu, oraz zaczynają się w różnym wieku. Kiedy procesy rozpadu tkanek zaczynają dominować nad procesami przyswajania, prowadzi to do pogorszenia właściwości

strukturalnych i sprawności czynnościowej organizmu (takie zmiany nazywamy zmianami inwolucyjnymi); $[A < K]$;



Rycina 11. Fazy rozwoju człowieka (*K – katabolizm, A – anabolizm*).

W praktyce lekarskiej oraz w znaczeniu potocznym rozwój ontogenetyczny dzieli się na okresy, których granice są mniej lub bardziej zauważalne ze względu na pojawienie się (lub zanik) pewnych cech fenotypowych. Uczni są zgodni co do tego, że w życiu każdego człowieka wyróżnić można dwa okresy rozwojowe:

- okres prenatalny (wewnątrzłonowy, śródmaciczny),
- okres postnatalny (pozamaciczny).

Pierwszy trwa 38 – 42 tygodni (średnio 280 dni). Wyróżnia się w nim dwie fazy: zarodkową (do 8 tygodnia życia) i płodową (0 – 40 tygodni życia). W okresie postnatalnym wyróżnić można kilka podokresów (nazywanych także fazami ontogenezy). Są to:

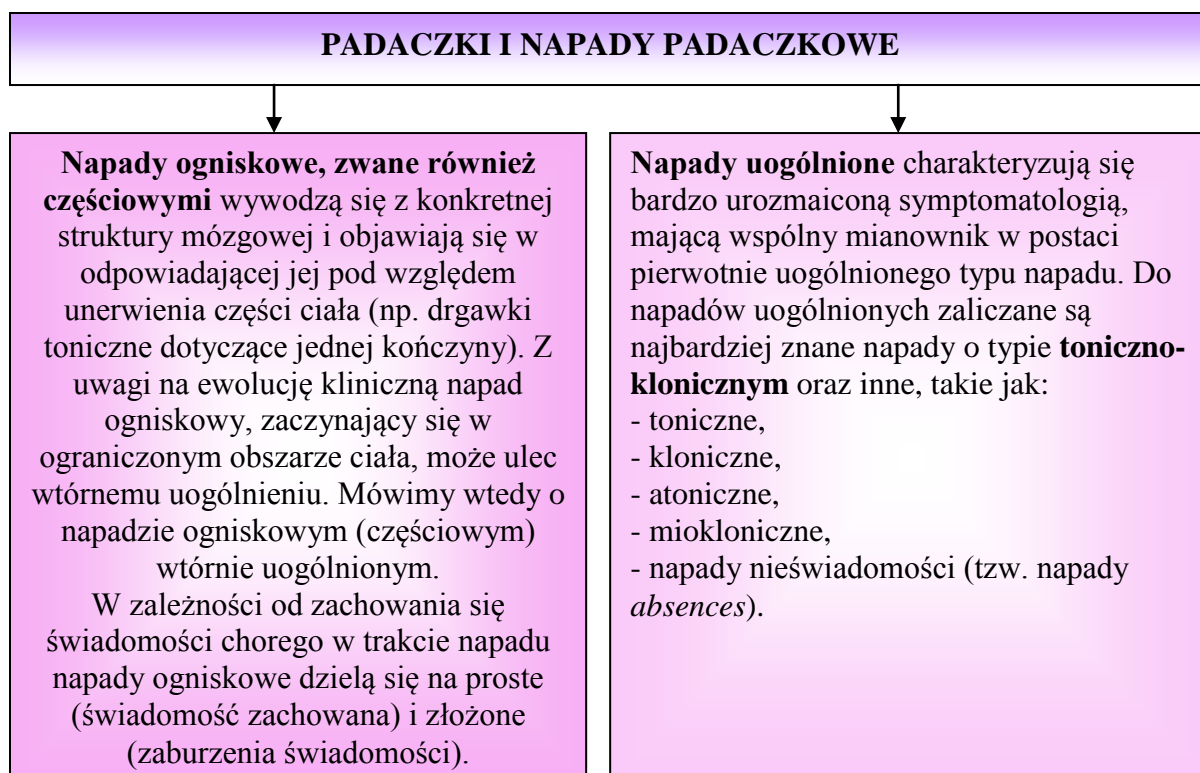
- okres noworodkowy – pierwszy miesiąc życia;
- okres niemowlęcy – pierwszy rok życia;
- okres poniemowlęcy (okres wczesnego dzieciństwa): 2 -3 rok życia;
- okres przedszkolny: 4-6 rok życia;
- okres szkolny: 7 – 15 /16 rok życia z dwiema fazami:
 - faza „ojojętnopłciową”: 7 – 10/12 rok życia;
 - faza dojrzewania płciowego: 10/12 – 15/16 rok życia;
- okres młodzięczy: 16 – 20 rok życia;
- okres dojrzałości: 20 – 50 rok życia;

- okres starzenia się: zwykle pierwsze zauważalne oznaki starzenia się pojawiają się ok. 40 roku życia, okres ten przebiega w sposób zindywidualizowany i zależy od czynników genetycznych i środowiska;

Szczególnym okresem jest dojrzewanie płciowe, które zwykle zaczyna się około 10 -12 roku życia, lecz indywidualne odchylenia są stosunkowo duże; u chłopców zaczyna się on zwykle około dwa lata później niż u dziewcząt. Dojrzewanie jest tym procesem rozwoju człowieka, polegającym na aktualizowaniu w odpowiednim czasie wrodzonych, niejako „zaprogramowanych” dziedzicznie, określonych reakcji i schematów zachowań.

Biologia rozwoju człowieka w ujęciu antropologicznym zakłada, że możliwe są różne fenotypy w zależności od interakcji genotypu i środowiska. Można na tej podstawie wywnioskować, że dziecko z padaczką mieści się w normie biologicznej, jednakże pod względem niektórych cech jest ono na „skraju” tej normy. W tym miejscu należy sobie zadać pytanie? Czym różni się dziecko zdrowe od dziecka chorego na padaczkę? Czym jest padaczka? Współczesną definicję padaczki stworzył w 1973 r. znany francuski epileptolog, prof. Henri Gastaut [44], a następnie przyjęła ją Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Określa ona padaczkę jako przewlekłe zaburzenie czynności mózgu o różnej etiologii, charakteryzujące się różnego typu napadami klinicznymi. Za napad padaczkowy uważa się nagłe zaburzenie czynności części lub całości ośrodkowego układu nerwowego (OUN), będące wynikiem nadmiernego pobudzenia pewnej grupy nadpobudliwych neuronów, prowadzące do nagłych i przejściowych objawów o charakterze ruchowym, czuciowym, wegetatywnym lub psychicznym. Ta nadmierna aktywność bioelektryczna neuronów określana jest mianem wyładowania padaczkowego i można ją zarejestrować w zapisie elektroencefalograficznym (EEG). Padaczka jest chorobą często występującą u dzieci. Ryzyko zachorowania w pierwszych 20 latach życia wynosi około 1% i jest największe w 1. dekadzie życia [45]. W tym wieku na padaczkę choruje 6/1000 dzieci [46]. Znacznie częściej natomiast stwierdza się w tej grupie występowanie napadów drgawkowych o różnych przyczynach. Najczęstsze w populacji do 5. roku życia są drgawki gorączkowe. W 3 dzielnicach Łodzi w 1994 roku rozpoznano je u 2,69% dzieci w wieku 6. - 60. miesiąca. Duża częstość występowania padaczki u dzieci i młodzieży oraz liczne problemy diagnostyczne, terapeutyczne i społeczne związane z tą chorobą powodują, że opiekę nad chorym na padaczkę sprawuje cały zespół lekarzy i specjalistów pokrewnych dziedzin - psychologów, elektrofizjologów i pedagogów. Kluczowe miejsce zajmują w nim: neurolog dziecięcy, kierujący postępowaniem diagnostyczno-lecznym oraz lekarz pierwszego kontaktu - pediatra lub lekarz rodzinny, który zapewnia choremu podstawową opiekę medyczną.

Diagnostyka padaczki u dzieci i młodzieży jest w większości przypadków trudna i wymaga nie tylko wiedzy specjalistycznej, ale również możliwości technicznych dla wykonania szeregu badań w tym elektroencefalografii i badań neuroobrazowych (TK, MR, SPECT, PET). Polega ona również na wykluczeniu wielu zmian napadowych o nie padaczkowym podłożu, np. omdleń kardiogennych, napadów rzekomych psychogennych. Z tego względu ustalenie rozpoznania padaczki i wdrożenie leczenia powinno zawsze odbywać się w ośrodku specjalistycznym, zajmującym się tym zagadnieniem w ramach neurologii dziecięcej. Takie postępowanie pozwala też w znacznym stopniu rozpoznać etiologię padaczki wieku dziecięcego, w tym największe zagrożenie tego okresu życia, jakie są nowotwory i guzy niezłośliwe OUN. Międzynarodowa Liga Przeciwpadaczkowa klasyfikacje padaczki i napady padaczkowe na dwie duże grupy: częściowe i uogólnione.



Rycina 12. Klasyfikacja padaczek i napadów padaczkowych [47].

Badania kliniczne nad jakością życia dzieci i młodzieży chorych na padaczkę [48] dowodzą, że większość badanych pozytywnie ocenia swoją jakość życia, najczęściej jako dobrą. Wśród dzieci chorych na padaczkę dopiero od kilku miesięcy istnieje tendencja do prawie pięciokrotnie częstszej negatywnej oraz dwukrotnie rzadszej pozytywnej opinii o jakości swojego życia, w porównaniu do dzieci z padaczką trwającą dłużej. Ważnym czynnikiem

modyfikującym sposób oceny jakości życia przez dzieci z padaczką jest stosunek nauczycieli i rówieśników. Pozytywny – warunkuje wyłącznie pozytywną, negatywny – wyłącznie złą i zadowalającą jakość życia. Stosunek dorosłych i zdrowych rówieśników do dzieci/młodzieży z padaczką wpływa na ich zachowania zdrowotne. Dużą rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych mają lekarz i pielęgniarka (wsparcie informacyjne), ale także psycholog, rehabilitant i pedagog. Sposób informowania dzieci i młodzieży chorych na padaczkę wpływa na akceptację choroby i przejawia się głównie w odpowiedzialnym podejściu do choroby, zwłaszcza do farmakoterapii (regularne, zgodne z harmonogramem ustalonym przez lekarza, przyjmowanie leków) [49].

1.11. Dziecko zdrowe a dziecko z bólami głowy.

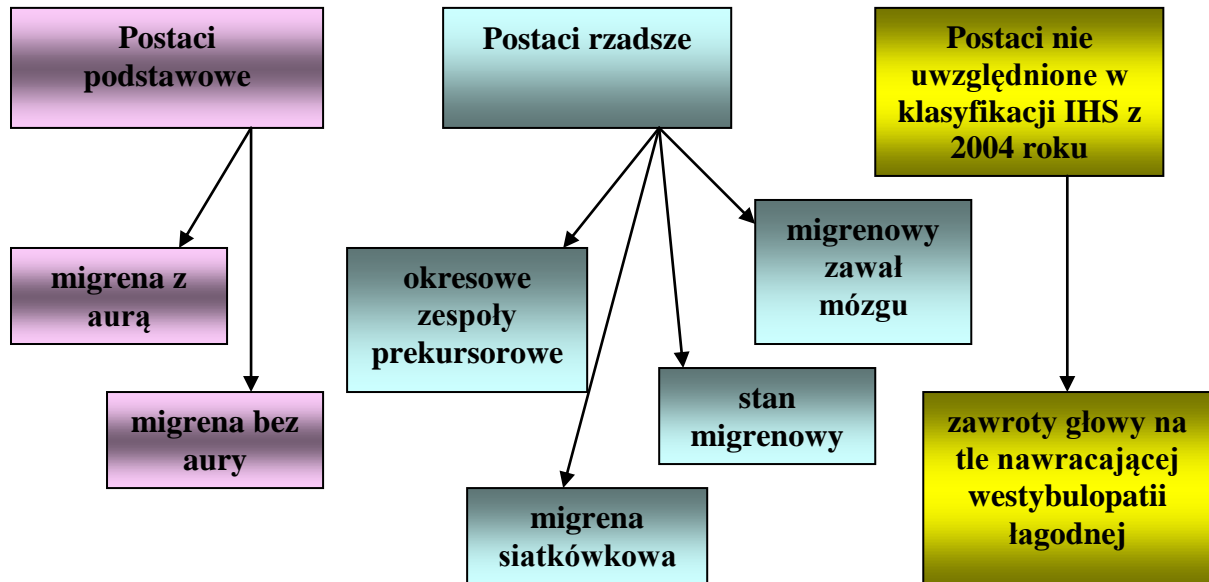
Diling-Ostrowska i Olszewska w poradniku pt. Bóle głowy – seria Centrum Zdrowia dziecka poleca [50], piszą, że wielu dorosłych dziwi się, że dzieci też cierpią na taką przypadłość, jak bóle głowy. Autorki wskazują też różne przyczyny bólów głowy u dzieci.



Rycina 13. Najczęstsze przyczyny bólów głowy u dzieci [51].

Bóle głowy u dzieci jest dość trudno w sposób jednoznaczny zdiagnozować, zawsze jednak rzutują one na zachowanie się dziecka, np. na sen, apetyt, wyniki w nauce. W 2001 roku Medyczna Agencja Informacyjna [7i] przytoczyła badania A. D. Hershey`a z Children's Hospital Medical Center w Cincinnati, nad charakterystyką przewlekłych bólów głowy występujących u dzieci. W reprezentatywnym badaniu wzięło udział ponad 500 dzieci w wieku 3-18 lat. Okazało się, że prawie co trzecie z nich cierpi na przewlekłe bóle głowy, czyli występujące częściej niż 15 razy w miesiącu. W badanej grupie ból głowy pojawiał się u dziecka po raz pierwszy średnio około 9. roku życia. Chorzy zgłaszali się do lekarza około 12. roku życia. Przewlekłe bóle głowy najczęściej występowały wśród dziewcząt rasy białej. Na podstawie tych badań sklasyfikowano trzy grupy przewlekłych bólów głowy: ciągłe, występujące okresowo podczas dnia oraz występujące często, ale nie co dzień. Obraz kliniczny bólów głowy najczęściej odpowiadał migrenie - bóle pulsujące, z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami, światłowstrętem i fobią głośnych dźwięków. Istota migreny, badajże najczęstszej przyczyny wszystkich bólów głowy polega na występowaniu znamienych napadowych bólów głowy (zwanym napadami migrenowymi), wśród których

wyodrębnia się szereg postaci (ryc.14) ale najważniejsze i najczęstsze są dwie: migrena bez aury i migrena z aurą.



Rycina 14. Postacie migrenowych bólów głowy [52].

Ból migrenowy najczęściej jest spowodowany długotrwałym stresem, np. związanym ze szkołą [53]. Bywa, że uczeń ma trudności, żeby dorównać swoim rówieśnikom. Czuje się z tego powodu gorszy od innych, mniej wartościowy. Stres dotyczy nie tylko dzieci, które radzą sobie gorzej z nauką. Zdarza się, że niektórzy mają bardzo dobre wyniki w nauce, ale są one okupione ciągłym stresem. Takie dzieci bardzo się boją, że coś im się nie uda. Część z nich odczuwa paniczny strach przed zbliżającymi się klasówkami i egzaminami. Te wszystkie czynniki mogą powodować stres, a w konsekwencji ataki bólów głowy. U wielu dzieci spotyka się też prekursorowe zespoły, które objawiają się poprzez: okresowe wymioty, napadowe bóle brzucha (migrena brzuszna) lub łagodne napadowe zawroty głowy. Jakkolwiek ich symptomatologia sprawia wrażenie ciężkich zaburzeń, to jednak rokowanie jest zwykle pomyślne, ale stanowią one zapowiedź migreny, która dołącza się później [54]. Zachowania zdrowotne dzieci z nawracającymi bólami głowy w zasadzie nie odbiegają od zachowań zdrowotnych dzieci zdrowych. Część z nich bagatelizuje lub ukrywa swoje dolegliwości, wstydzi się je ujawnić, dotyczy to zwłaszcza chłopców, u których obserwuje się kult ciężkiej fizycznej i niechęć do okazywania wielkich słabości. Nerwice obserwowane u dzieci i młodzieży charakteryzuje także skąpość zgłaszanych dolegliwości, przy znacznym nasileniu zaburzeń czynnościowych, zwłaszcza ze strony układu wegetatywnego [55].

1.12. Dziecko z rozpoznaną padaczką/ nawracającymi bólami głowy w grupie zdrowych dzieci a kształtowanie postaw zdrowotnych.

Zachowania są jednym z podstawowych pojęć w psychologii. Oznaczają one dającą się obserwować reakcję na bodźce z otoczenia lub ogół reakcji i ustosunkowań organizmu do środowiska. Zachowania człowieka, jak pisze Rokitiańska [8i] zorganizowane są na trzech poziomach.



Rycina 15. Poziomy zachowań.

Jak widać na rycinie 11 najniższy poziom obejmuje wrodzone, wspólne dla całego gatunku relacje na stabilne cechy środowiska. Ten poziom zachowań nie wymaga gromadzenia informacji (zachowania są oparte na starych i sztywnych programach ewolucyjnych). Na tej podstawie rozwija się drugi poziom, zapewniający indywidualne przystosowanie do zmiennych cech środowiska. Obejmuje on powstające związki bodziec – reakcja (odruchy warunkowe i nawyki). Zachowania te cechuje duża plastyczność dzięki pamięci, która przechowuje informacje o sukcesach i porażkach. Rokitiańska [8i] na bazie tych dwóch poziomów opisuje trzeci, przywołując pracę Dolmana, który wprowadził pojęcie zachowania celowego, czyli interakcji między organizmem a środowiskiem, ukierunkowanej na osiągnięcie pewnego stanu dzięki spostrzeganiu nie tylko pojedynczych sygnałów, lecz także układów mających dla organizmu określone znaczenie. Zachowanie takie nazwał molarnym w odróżnieniu od molekularnego, składającego się z reakcji ruchowych i wydzielniczych. Takie rozumienie zachowania stało się bazą do dokładnego określenia trzeciego poziomu zachowań - zachowania celowego, które zmierza do osiągnięcia określonego wyniku, a jest regulowane przez proces przetwarzania informacji i kontrolowane przez sprzężenie zwrotne,

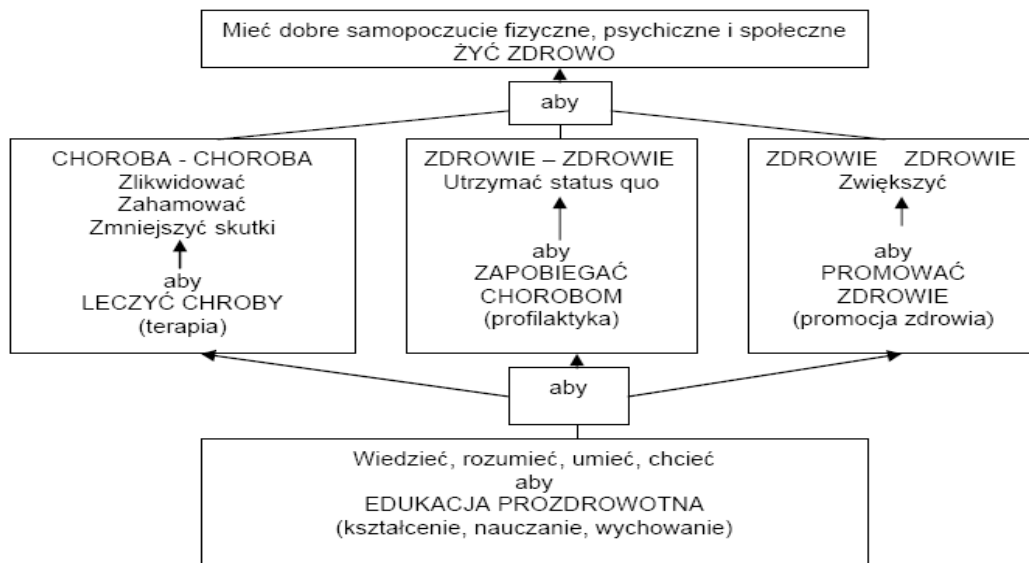
pozwalające na ciągle dostosowywanie jego przebiegu do zmieniających się warunków. Poziom trzeci zachowań nie stanowi prostego przeciwieństwa zachowania reaktywnego (wyznaczonego przez bodźce z otoczenia) gdyż zawiera bowiem wiele elementów odruchowych i nawykowych, podporządkowanych realizacji celów, a cele to najogólniej mówiąc cechy osobowościowe człowieka, jego wiedza, system wartości, podstawy społeczne, wzorce kulturowe oraz inne czynniki doraźne (np. stan fizjologiczny). Także w pracach Freuda [56] można znaleźć informacje, że nie zawsze mechanizmy motywacyjne sterujące celowym zachowaniem człowieka mają charakter świadomy. Z socjologicznego punktu zachowanie jest świadomym działaniem człowieka regulującym jego stosunek do społeczeństwa w obrębie wytworzonej przez niego kultury, norm, wzorców osobowych i kontroli społecznej. W toku takiego rozumowania pojęcia zachowań można nakreślić pojęcie zachowań zdrowotnych. Z punktu widzenia psychologii zachowania zdrowotne mają status czynności, czyli aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne: pozytywne (zachowania prozdrowotne) lub negatywne (zachowania antyzdrowotne). W polskiej literaturze specjalistycznej [57] można znaleźć cztery najczęściej cytowane definicje zachowań zdrowotnych:

- wg Mazurkiewicza [58] - zachowania zdrowotne to wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznane wartości przez jednostki ludzkie i przez grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia. To, jaki jest człowiek pod względem zdrowotnym, jak pisze Mazurkiewicz wyraża się w jego zachowaniu zdrowotnym: jak pojmuje zdrowie, jak je ocenia, w jaki sposób nim dysponuje, jak reaguje na zdrowie innych.
- wg Majchrowskiej [59] - zachowania zdrowotne to te zachowania, które w świetle współczesnej wiedzy medycznej wywołują określone -pozytywne lub negatywne- skutki zdrowotne u osób, które je realizują. Są to zarówno reakcje na wszelkie sytuacje związane ze zdrowiem jak i nawyki oraz celowe czynności.
- wg Titkova [60] - czynności i działania ludzkie wyrażone za pomocą zmiennych behawioralnych-związanych ze sferą zdrowia i choroby.

zaś

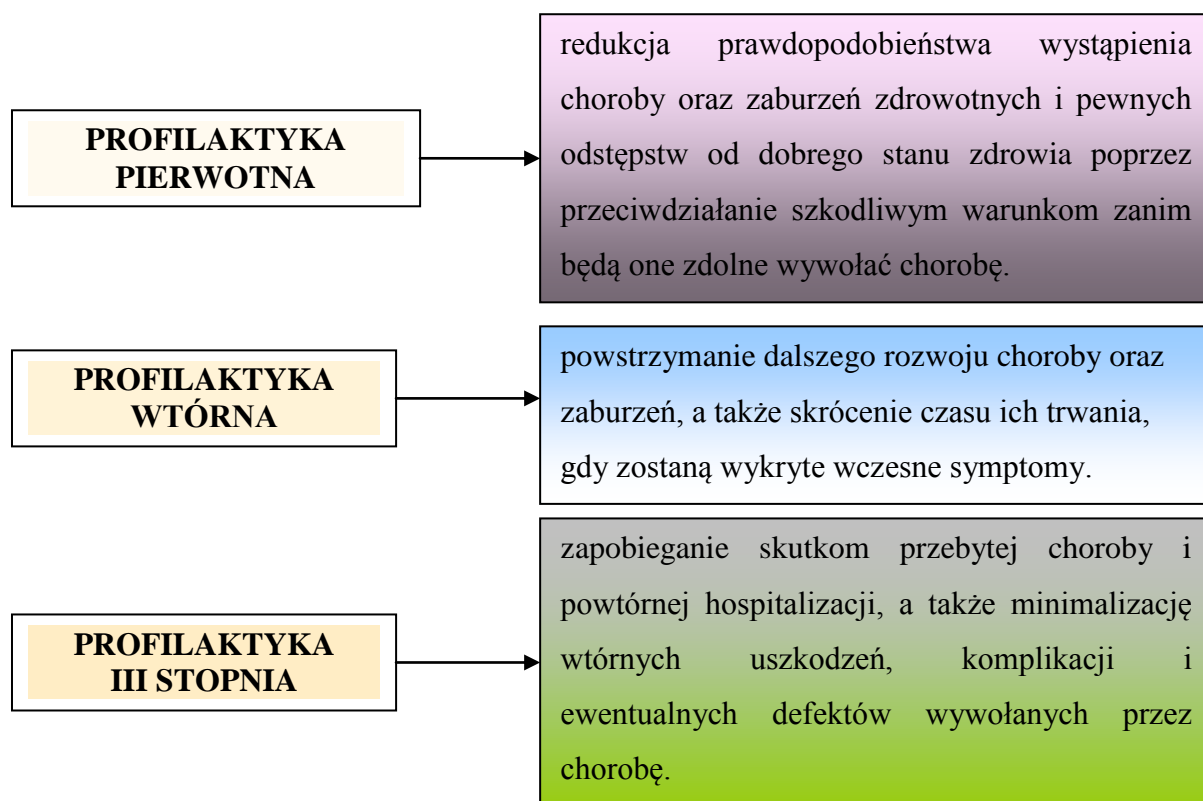
- wg Puchalskiego [61] – wybrane przez obserwatora lub/i podmiot działania, zachowania czy typy zachowań, które w gruncie pewnego systemu wiedzy (przekonań potocznych, danej teorii naukowej czy ideologii społecznej) pozostają istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem ujmowanym w znaczeniu ujętym w tym systemie.

W odniesieniu do kształtowania zachowań zdrowotnych w okresie szkolnym (w szkole) mamy model Woynarowskiej [62].



Rycina 16. Schemat powiązań między edukacją zdrowotną, terapią, profilaktyką i promocją zdrowia [62].

W odniesieniu do zachowań zdrowotnych dzieci chorych na padaczkę i z rozpoznanymi bólami głowy należy zwrócić szczególną uwagę na różnice między promocją zdrowia a profilaktyką w kontekście kształtowania zachowań zdrowotnych. W tym miejscu wskazuję zaproponowany w 1964 roku przez Caplana [63] termin prewencja (ang. *prevention*), który w Polsce przyjął się jako profilaktyka. Wg uczonego profilaktyka (prewencja) ma na celu (ryc 17).



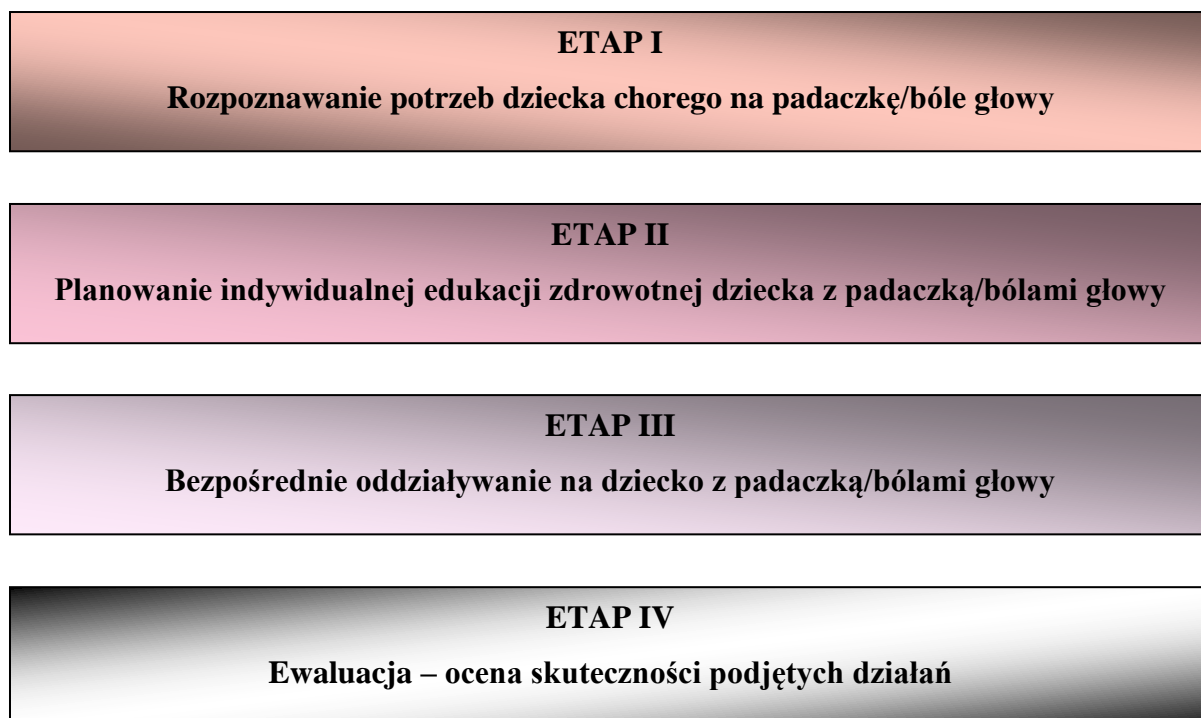
Rycina 17. Profilaktyka [63].

Promocja zdrowia, a w tym planowanie edukacji zdrowotnej dzieci z migreną i bólami głowy jest niezwykle istotne w osiągnięciu celów, które towarzyszą kierunkom promocji zdrowia. Planowanie ma także istotne znaczenie podczas tworzenia, a potem realizacji zdań prewencyjnych (profilaktycznych). Nie sposób tu także ominąć kolejności działań, które mają wpłynąć na styl życia dzieci, czyli na sposób życia oparty na wzajemnym związku między szeroko rozumianymi warunkami życia a indywidualnymi wzorami zachowań zdeterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne [64]. Częstotliwość komunikatów wysyłanych do dziecka (również i tego zdrowego) a także częstotliwość kontaktu lekarza lub pielęgniarki z dzieckiem z padaczką i bólami głowy pozwalają skutecznie promować zdrowie. Planowanie działań edukacyjnych podejmuje się w oparciu o odpowiednią diagnozę lekarską. Mam tu na myśli nie tylko zdiagnozowanie samej choroby, ale szeroko rozumiane rozpoznanie sytuacji życiowych dzieci (warunki życia, nauki i wypoczynku) oraz ocenę postaw prozdrowotnych (lub antyzdrowotnych) i motywację do dbania o siebie. Takie planowanie ma największy sens i wskazuje na osiągnięcie dużych korzyści. Kierunki oddziaływania w kształtowaniu właściwych zachowań zdrowotnych powinny zostać oparte na trzech podstawowych filarach – ryc. 18 [65].



Rycina 18. Kierunki kształtowania zachowań zdrowotnych.

Aby skutecznie oddziaływać na dzieci z rozpoznaną padaczką i bólami głowy, poszczególne zadania zarówno w zakresie właściwych zachowań zdrowotnych, jak i profilaktyki powinny zostać dobrze zaplanowane. Plan działań powinien składać się z etapów, przy czym na ostatnim etapie należy przeprowadzić ewaluację. Przykładowo poszczególne etapy można opisać w następujący sposób (ryc.19).



Rycina 19. Etapy działań profilaktycznych.

W planie tym należy uwzględnić zajęcia kultury fizycznej i wspólne przedsięwzięcia dzieci i młodzieży z padaczką/bólami głowy i ich zdrowych rówieśników. Cele edukacji prozdrowotnej powinny być ściśle powiązane z celami kształcenia ogólnego, jak postuluje Michałowska [66]. Według niej - celem kształcenia ogólnego jest wspomaganie i ukierunkowanie rozwoju człowieka jako osoby funkcjonującej w odniesieniu do wybranego przez siebie systemu wartości i zdolnej do życia w zmieniających się warunkach ustrojowych, ekonomicznych i cywilizacyjnych. Rozwój ma obejmować całą osobę, a nie ograniczać się do wymiaru sprawności intelektualnej i fizycznej. Szkoła, która bierze duży „kawałek” odpowiedzialności” za zachowania zdrowotne, zarówno dzieci „zdrowych” jak i „chorych” powinna:

- ✓ uświadomić swoim wychowankom potrzebę i możliwości ich rozwoju,
- ✓ wskazać na wartości jakimi są zdrowie, wiedza, wysoka sprawność fizyczna i uświadomić konsekwencje zaniedbań w tym zakresie,
- ✓ wyposażyć ucznia w środki i informacje, które ten rozwój uczniowi ułatwią,
- ✓ nauczyć krytycyzmu, czyli ostrożnego obcowania z informacjami, ideami, narzuconymi upodobaniami i propozycjami innych,
- ✓ respektować prawo do wolnego wyboru wartości przez ucznia,
- ✓ pomóc uczniom w ich rozwoju, poprzez organizowanie i prowadzenie zajęć dydaktycznych, lekcyjnych i pozalekcyjnych.

Nauczyciel zaś, jako integralna, niepowtarzalna istota ludzka, musi mieć możliwości dokonywania wyboru i brania odpowiedzialności za swoją pracę, aby umożliwić uczniowi zadowalające zrealizowanie powyższych zadań.

2. Cele Pracy

1. Analiza związków zachodzących między zachowaniami zdrowotnymi dzieci i młodzieży z rozpoznanymi bólami głowy i padaczką oraz grupą zdrowych a wybranymi determinantami psychologicznymi takimi jak poczucie własnej wartości i skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, subiektywna ocena własnego zdrowia oraz jego wartościowanie.
2. Ustalenie związków zachodzących między zachowaniami zdrowotnymi młodzieży zdrowej a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży chorej na padaczkę i bóle głowy.
3. Analiza zachowań zdrowotnych tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego dzieci chorych na padaczkę i bóle głowy i zdrowych
4. Ustalenie kierunków modyfikacji zachowań i monitorowanie zmian w praktykach zdrowotnych.

3. Materiał i metoda

3.1. Materiał

Badaniami kwestionariuszowymi, dotyczącymi zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży z bólami głowy i chorych na padaczkę objęto grupę 160 dzieci i młodzieży między 14 a 17 rokiem życia hospitalizowanych celem diagnostyki i leczenia bólów głowy i padaczki w Klinice Neurologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu okresie od września 2005 do stycznia 2008 r.

Drugą grupę stanowili zdrowi uczniowie Gimnazjum nr 3 w Środzie Wielkopolskiej – 156 dzieci i młodzieży między 14 a 17 rokiem życia.

Tabela 3 Charakterystyka próby.

Kategorie wiekowe:		Liczebność		
		Chłopcy	Dziewczęta	Ogółem
14 lat	Dzieci zdrowe	13	13	26
	Dzieci z padaczką	10	10	20
	Dzieci z bólami głowy	10	10	20
	Ogółem	33	33	66
15 lat	Dzieci zdrowe	17	19	36
	Dzieci z padaczką	10	10	20
	Dzieci z bólami głowy	10	10	20
	Ogółem	37	39	76
16 lat	Dzieci zdrowe	25	23	48
	Dzieci z padaczką	10	10	20
	Dzieci z bólami głowy	10	10	20
	Ogółem	45	43	88
17 lat	Dzieci zdrowe	21	23	44
	Dzieci z padaczką	10	10	20
	Dzieci z bólami głowy	10	10	20
	Ogółem	41	43	84
Ogółem	Dzieci zdrowe	76	78	154
	Dzieci z padaczką	40	40	80
	Dzieci z bólami głowy	40	40	80
	Ogółem	156	158	314

3.2. Metoda.

W badaniu wykorzystano skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci (Children's Health Lotus of Control Scale – Child HLC) G.S. Parcela i M.P. Meyera w adaptacji Juczyńskiego [67].

Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci zawiera 20 stwierdzeń dotyczących przekonań na temat czynników wpływających na stan własnego zdrowia. Skala ujmuje trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.:

- *wewnętrzne* (W) – kontrola nad zdrowiem zależy ode mnie;
- *wpływ innych* (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób, zwłaszcza personelu medycznego;
- *przypadek* (P) – o stanie mojego zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne.

Skala służy do badania dzieci i młodzieży zdrowych i chorych i umożliwia określenie związków zachodzących między umiejscowieniem kontroli zdrowia a preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi oraz określenie rodzaju doświadczeń wpływających na wzmacnianie wewnętrznej czy zewnętrznej kontroli.

Wszystkie dzieci i młodzież chore na padaczkę i z bólami głowy oraz towarzyszący im rodzice byli konsultowani przez autorkę pracy. Wyjaśnione były wątpliwości rodziców/opiekunów prawnych odnośnie pytań zawartych w kwestionariuszu dotyczących zachowań zdrowotnych.

Rodzice wyrazili zgodę na udział w badaniach i mieli możliwość zadawania pytań i wyjaśnienia wątpliwości pojawiających się podczas wypełniania ankiety.

Badanie ankietowe w grupie kontrolnej prowadzone było przez autorkę pracy w Gimnazjum nr 3 w Środzie Wielkopolskiej w czasie zebrań rodziców po uprzednim uzyskaniu zgody od dyrektora placówki oraz rodziców na przeprowadzenie badania.

Dzieci i młodzież w grupie kontrolnej nie miały rozpoznanych wcześniej zaburzeń neuropsychiatrycznych, co było kryterium decydującym o przeprowadzeniu badania związanego z zachowaniami zdrowotnymi.

Omówienie skali Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

W badaniu wykorzystano skalę Inwentarz Zachowań Zdrowotnych G.S. Parcela i M.P. Meyera w adaptacji Z. Juczyńskiego.

Inwentarz zachowań zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem.

- prawidłowe nawyki żywieniowe
- zachowania profilaktyczne
- praktyki zdrowotne
- pozytywne nastawienie psychiczne.

Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności (pieczywo pełnoziarniste, warzywa, owoce).

Zachowania profilaktyczne dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby.

Praktyki zdrowotne obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej.

Pozytywne nastawienie psychiczne włączają w zakres zachowań zdrowotnych takie czynniki psychologiczne jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć czy sytuacji wpływających przygnębiająco.

Wszystkie dzieci i młodzież chore na padaczkę i bóle głowy oraz towarzyszący im rodzice byli konsultowani przez autorkę pracy. Wyjaśnione były wątpliwości rodziców/opiekunów prawnych odnośnie pytań zawartych w kwestionariuszu dotyczących inwentarza zachowań zdrowotnych.

Rodzice mieli możliwość zadawania pytań i wyjaśnienia wątpliwości pojawiających się podczas wypełniania ankiety.

Badanie prowadzono indywidualnie. Młodzież zaznaczała jak często wykonuje podane czynności związane ze zdrowiem, oznaczając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań zdrowotnych na skali pięciostopniowej:

- 1- *prawie nigdy*
- 2- *rzadko*
- 3- *od czasu do czasu*
- 4- *często*
- 5- *prawie zawsze*

Średni czas badania nie przekraczał 5 minut.

3.3. Kryteria włączenia i wyłączenia do grup badanych i kontrolnej.

Do grupy badanej zostały zakwalifikowane dzieci i młodzież między 14 a 17 rokiem życia przebywające w Klinice Neurologii Wieku Rozwojowego UM w Poznaniu celem diagnostyki i leczenia padaczki i bólów głowy.

Na podstawie wywiadu lekarskiego i dokumentacji pacjentów z grup badanych zostały wykluczone dzieci z poważnymi, przewlekłymi chorobami somatycznymi tj. chorobami nowotworowymi, układu oddechowego i sercowo-naczyniowego a także z poważnymi chorobami psychiatrycznymi .

Do grupy kontrolnej dzieci zdrowych zostały zakwalifikowane dzieci z Gimnazjum nr 3 w Środzie Wielkopolskiej.

Dzieci zakwalifikowane do badań były zdrowe somatycznie, neurologicznie i psychicznie, nie posiadały dokumentacji medycznej będącej dowodem choroby neurologicznej lub psychiatrycznej.

Koniecznym warunkiem była gotowość i zgoda rodziców/opiekunów prawnych młodzieży do sumiennego, zgodnego ze stanem zdrowia odpowiadania na zawarte w ankiecie pytania.

3.4. Analiza statystyczna.

W ramach opisu statystycznego wykorzystano następujące statystyki opisowe:

- Średnią arytmetyczną;
- Odchylenie standardowe;
- Rozkłady procentowe;

W zakresie przeprowadzonej analizy istotności zróżnicowań zastosowano

- nieparametryczne testy istotności różnic – test U-Manna-Whitneya - dla zróżnicowań w HLC i IZZ ze względu na płeć;
- nieparametryczne testy istotności różnic H-Kruskala-Wallisa - dla zróżnicowań w HLC i IZZ ze względu na wiek oraz stan zdrowia;

W celu analizy zależności między wyróżnionymi wymiarami skali HLC i IZZ oraz do analizy korelacji między skalą HLC i IZZ wykorzystano współczynnik korelacji rangowej ρ -Spearmana.

W całym opracowaniu w ramach analizy przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

4. Wyniki

4.1. Umiejscowienie kontroli – kontrola wewnętrzna.

W ramach pierwszego wymiaru umiejscowienia kontroli nad zdrowiem – kontroli wewnętrznej zwracają relatywnie wysokie wartości wskaźników procentowych dla wszystkich wyróżnionych aspektów. Blisko 97% ankietowanych deklaruje, że może wiele zrobić, żeby mieć zdrowe zęby, 95,5% twierdzi, że może wiele zrobić aby zwalczyć chorobę, a 93,3% badanych uważa, że może sporo zrobić, żeby uniknąć wypadków. Również ponad 90% wszystkich respondentów zakłada, że może dużo zrobić, żeby nie zachorować i może dokonywać wyboru różnych rzeczy, które wpływają na zdrowie. Blisko 90% ankietowanych uważa również, że w przypadku choroby, można samemu zrobić wiele, żeby się lepiej poczuć. Te wysokie odsetki deklaracji odnoszących się do wewnętrznej kontroli nad zdrowiem przełożyły się na wysoką wartość wskaźnika w postaci średniej (5,56). Opisanie rozkłady zestawiono w tabeli 4.0. Szczegółowe dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania w wyróżnionych kategoriach porównawczych zestawiono w tabelach 4.1-4.3.

Tabela 4.0. Skala HLC – kontrola wewnętrzna.

Pytania	Tak*	Nie*
Mogę dużo zrobić, żeby nie zachorować	91,1%	8,9%
Kiedy zachoruję, to mogę sporo zrobić, żeby poczuć się lepiej	89,2%	10,8%
Mogę dużo zrobić, żeby zwalczyć chorobę	95,5%	4,5%
Mogę dokonywać wyboru różnych rzeczy, które wpływają na zdrowie	90,4%	9,6%
Mogę wiele zrobić, żeby mieć zdrowe zęby	96,8%	3,2%
Mogę sporo zrobić, żeby uniknąć wypadków	93,3%	6,7%
Wartość skali HLC – kontrola wewnętrzna – średnia**	5,56	

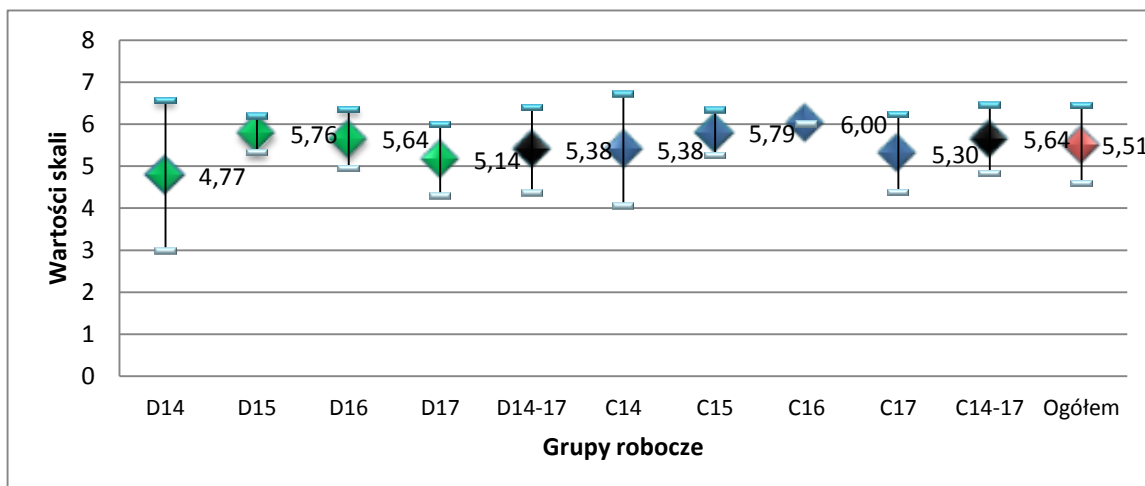
*Tak - procent odpowiedzi ; *Nie - procent odpowiedzi

** Wartość skali – kontrola wewnętrzna w postaci średniej wyznaczona została poprzez uśrednienie wyników uzyskanych w ramach pytań wskaźnikowych skali, przyporządkowując odpowiedziom TAK wartość 1, a odpowiedziom NIE wartość 0. Analogicznie wyznaczono wartości średniej dla pozostałych skal i indeksów wykorzystanych w badaniu.

Najwyższe wartości skali HLC w wymiarze kontroli wewnętrznej w grupie osób badanych uzyskali chłopcy w wieku 16 lat (C16) i wieku 15 lat (C15) (średnie odpowiednio 6,00 i 5,79) oraz dziewczęta w wieku 15 (D15) i 16 lat (D16) (5,76; 5,64). Relatywnie niższe wyniki

odnotowano w grupie osób w wieku 14 lat i 17 lat, zarówno wśród ankietowanych chłopców, jak i dziewcząt. Szczegółowe wyniki zestawiono na wykresie 1.1.

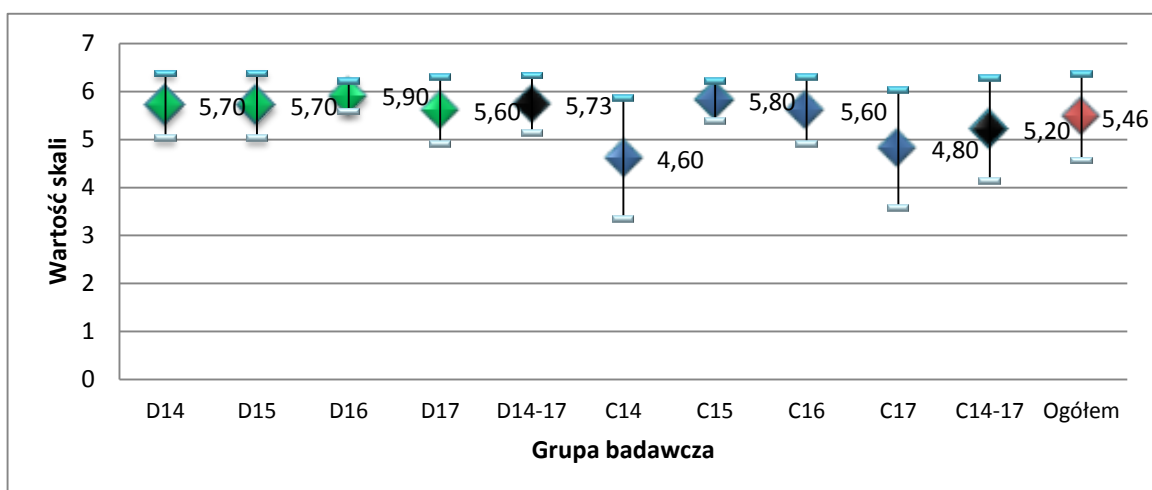
Wykres 1.1. Wartości skali HLC – kontrola wewnętrzna w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (6) ± odchylenie standardowe; kolor zielony grupa dziewcząt, niebieski chłopców, czarny – średnie dla poszczególnych grup, czerwony średnia dla obu grup

Wśród ankietowanych osób chorych na padaczkę uzyskano nieznacznie niższe wartości wskaźnika HLC w wymiarze kontroli wewnętrznej niż w grupie osób zdrowych (średnie odpowiednio 5,46 i 5,51). W tej kategorii relatywnie większe znaczenie wpływowi wewnętrznemu przypisują dziewczęta niż chłopcy (średnie 5,73 i 5,46). Wśród chłopców zwłaszcza kategorie wiekowe 14-nasto i 17-nastolatów deklarują niższy poziom samokontroli (4,60 i 4,80). Dokładne dane w zakresie wartości skali HLC – kontrola wewnętrzna zestawiono na wykresie 1.2.

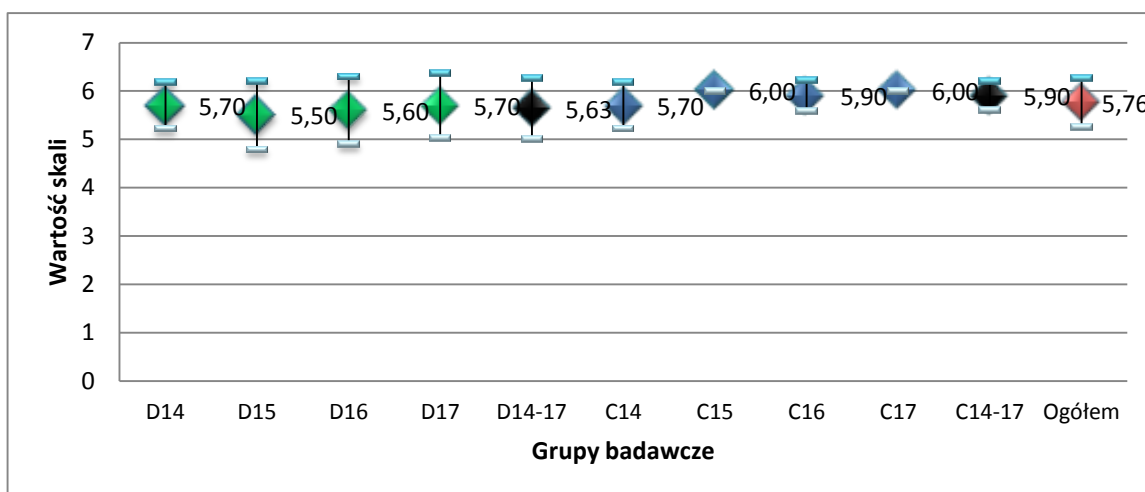
Wykres 1.2. Wartości skali HLC – kontrola wewnętrzna w grupie osób z padaczką.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (6) ± odchylenie standardowe

Wśród ankietowanych z bólami głowy odnotowano relatywnie najwyższą wartość wskaźnika umiejscowienia kontroli wewnętrznej. Wśród dzieci i młodzieży z bólami głowy szczególnie ankietowani chłopcy przypisywali znaczącą rolę własnym zachowaniom zdrowotnym i profilaktycznym (średnia dla mężczyzn – 5,90). Na wykresie 1.3. przedstawiono wartości HLC – kontrola wewnętrzna w postaci średniej dla wszystkich wyróżnionych kategorii.

Wykres 1.3. Wartości skali HLC – kontrola wewnętrzna w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (6) ± odchylenie standardowe

W ramach przeprowadzonej analizy istotne było również określenie czy zaobserwowane różnicowania są statystycznie istotne. W tym celu wykorzystano nieparametryczne testy istotności różnic – test U-Manna-Whitneya (dla różnicowań ze względu na płeć) oraz H-Kruskala-Wallisa (dla różnicowań ze względu na wiek oraz stan zdrowia). Przy ocenie istotności różnic między poszczególnymi kategoriami w ramach całego opracowania przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$.

Rozpatrując całą grupę badanych osób statystycznie istotne różnicowanie zaobserwowano jedynie w przypadku różnic ze względu na wiek. W przypadku różnic ze względu na płeć i stan zdrowia brak jest podstaw do uznania różnic za statystycznie istotne.

W przypadku ankietowanych dziewcząt opisywane różnicowania zarówno ze względu na wiek, jak i stan zdrowia nie spełniają kryteriów, by uznać je za statystycznie istotne. Z kolei w grupie badanych chłopców zarówno wiek, jak i stan zdrowia są zmiennymi istotnie różnicującymi poziom przypisywania czynnikom wewnętrznym istotnego wpływu na własne zdrowie. Chłopcy z bólami głowy nieco częściej uzależniają stan zdrowia od własnych zachowań. Podobnie wyższy poziom wewnętrznego umiejscowienia kontroli nad zdrowiem

zaobserwowano w grupie chłopców w wieku 15 oraz 16 lat niż w pozostałych kategoriach wiekowych.

Dokładne statystyki zestawiono w tabelach 4.1. - 4.3.

Tabela 4.1. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC - kontrola wewnętrzna ogółem.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	Df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	5,53	U = 11 576,0	-	0,238	NIE
	Chłopcy	5,59				
Zdrowie	Zdrowi	5,51	$\chi^2 = 4,90$	2	0,086	NIE
	Padaczka	5,46				
	Bóle głowy	5,76				
Wiek	14 lat	5,29	$\chi^2 = 20,28$	3	<0,001	TAK
	15 lat	5,76				
	16 lat	5,78				
	17 lat	5,37				

Tabela 4.2. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC - kontrola wewnętrzna w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	Df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	5,38	4,32	2	0,115	NIE
	Padaczka	5,73				
	Bóle głowy	5,63				
Wiek	14 lat	5,33	4,88	3	0,181	NIE
	15 lat	5,68				
	16 lat	5,69				
	17 lat	5,39				

Tabela 4.3. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC - kontrola wewnętrzna w grupie badanych chłopców.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	Df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	5,64	16,87	2	<0,001	TAK
	Padaczka	5,20				
	Bóle głowy	5,90				
Wiek	14 lat	5,24	18,60	3	<0,001	TAK
	15 lat	5,85				
	16 lat	5,88				
	17 lat	5,35				

4.2. Umiejscowienie kontroli – wpływ innych osób.

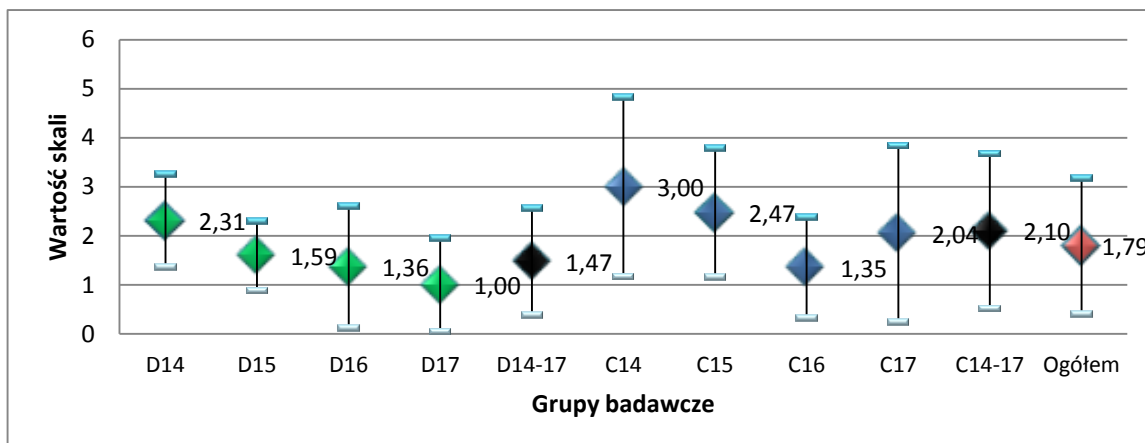
Kolejnym analizowanym aspektem umiejscowienia kontroli nad zdrowiem była ogólna ocena wpływu innych osób. W ramach 9 punktowanych stwierdzeń skali (1-tak, 0-nie) uzyskano relatywnie niskie wartości wskaźników procentowych (szczegółowe dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania zestawiono w Aneksie 1. Ponad 41% badanych zadeklarowało, że kiedy coś sobie zrobią w szkole, natychmiast idą do pielęgniarki, średnio co trzeci badany przyznaje, że w przypadku zachorowania zachowuje się tak, jak każą mu inne osoby. Blisko 32% respondentów deklaruje również, że kiedy czuje się źle natychmiast idzie do lekarza lub pielęgniarki, a blisko co czwarty uważa, że może zrobić tylko to co powie lekarz. Spośród wszystkich badanych ponad 18% twierdzi, że to rodzic musi powiedzieć jak uniknąć chorób, a 15% ankietowanych przyznaje, że nauczyciel musi im mówić, jak uniknąć wypadków szkole. Dokładne dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na wszystkie pytania skali HLC związane z wpływem innych zamieszczono w tabeli 4.4-4.7.

Tabela 4.4. Skala HLC – wpływ innych osób.

Pytania	Tak	Nie
Mogę zrobić tylko to, co powie mi lekarz	26,4%	73,6%
Mama musi mi mówić, jak uniknąć chorób	18,5%	81,5%
Nie choruję tylko dzięki lekarzowi czy pielęgniarce	13,4%	86,6%
Tylko dentysta może dbać o moje zęby	10,5%	89,5%
Inni ludzie muszą mi mówić, jak pozostać zdrowym	11,8%	88,2%
Kiedy coś sobie zrobię w szkole, natychmiast idę do pielęgniarki	41,1%	58,9%
Nauczyciel musi mi mówić, jak uniknąć wypadków szkole	15,0%	85,0%
Kiedy zachoruję, to inne osoby mówią mi co mam zrobić	37,9%	62,1%
Zawsze, kiedy czuję się źle, natychmiast idę do lekarza lub pielęgniarki	31,8%	68,2%
Wartość skali HLC – wpływ innych - średnia	2,06	

Ankietowani chłopcy w nieco większym stopniu niż dziewczęta uznają wpływ innych osób na własne zdrowie (średnie odpowiednio 2,10 i 1,47). Należy przy tym zauważyć, że wśród badanych osób zdrowych zauważono spadek wraz z wiekiem znaczenia wpływu innych osób. Generalnie w kategoriach wiekowych 16-nasto i 17-nastolatków odnotowano niższe wartości wskaźnika HLC – wpływ innych osób. Omówione zróżnicowanie zilustrowano na wykresie 1.4.

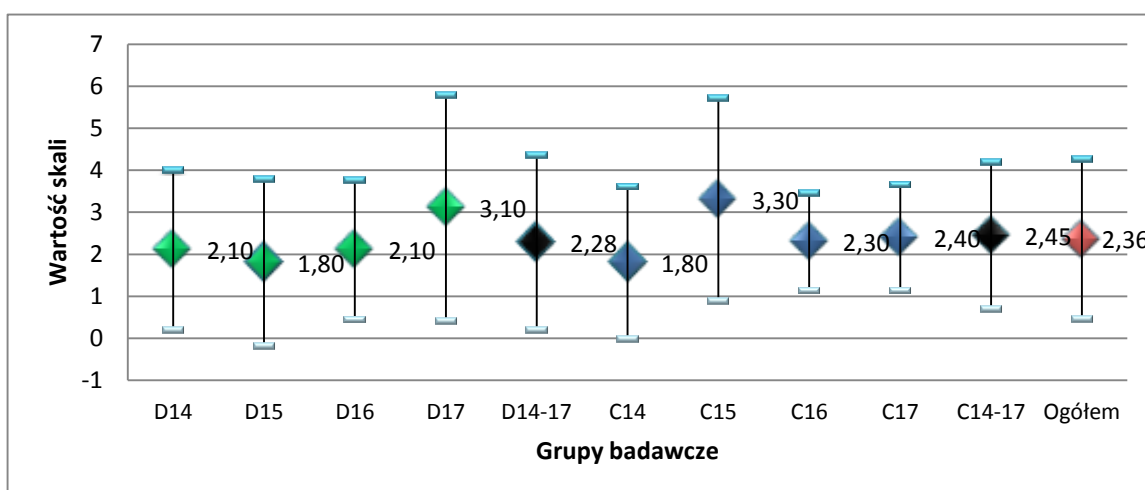
Wykres 1.4. Wartości skali HLC – wpływ innych w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (9) ± odchylenie standardowe

Wśród ankietowanych osób chorych na padaczkę wyniki w zakresie znaczenia wpływu innych charakteryzują się znacznym rozproszeniem. Ogólnie nieznacznie wyższe wartości zaobserwowano wśród chłopców (średnia 2,45, dziewczęta – 2,28), wśród których relatywnie najwyższą wagę do działań innych osób przywiązują 15-nastoletkowie. Szczegółowe dane dotyczące wartości skali HLC – wpływ innych w grupie badanych osób z padaczką przedstawiono na wykresie 1.5.

Wykres 1.5. Wartości skali HLC – wpływ innych w grupie osób chorych na padaczkę.

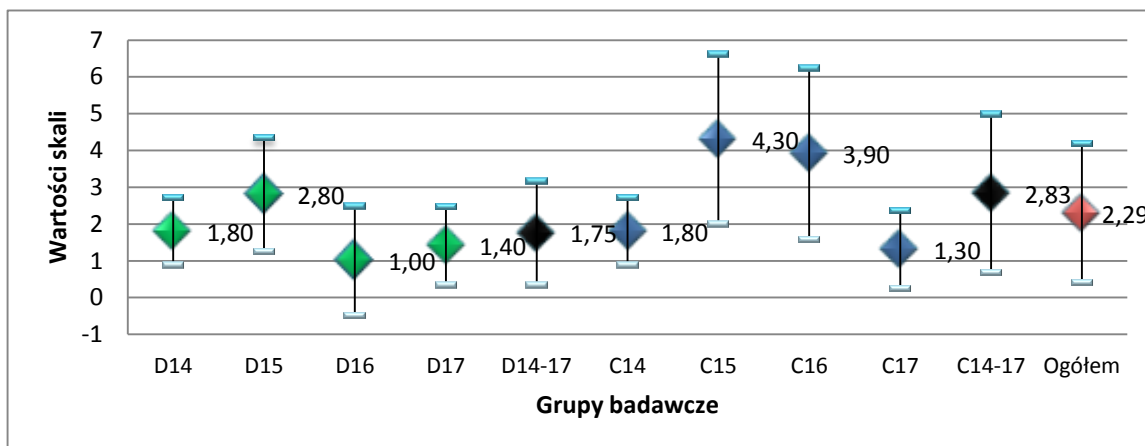


Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (9) ± odchylenie standardowe

Badane dziewczęta z bólami głowy w wieku 16 i 17 lat generalnie niską wagę przywiązują do wpływu innych osób na własne zdrowie (średnie odpowiednio 1,00 i 1,40). Podobnie chłopcy w wieku 17 lat (1,30). Zdecydowanie większe znaczenie działania innych osób przypisują chłopcy w wieku 15 i 16 lat (średnie 4,30 i 3,90). Szczegółowe dane dotyczące różnic w

wartościach wskaźnika HLC – wpływ innych w poszczególnych kategoriach wiekowych dziewcząt i chłopców zestawiono na wykresie 1.6.

Wykres 1.6. Wartości skali HLC – wpływ innych w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (9) ± odchylenie standardowe

Statystyczna analiza istotności zróżnicowań wykonana z wykorzystaniem nieparametrycznych testów istotności H-Kruskala-Wallisa i U-Manna-Whitneya wykazała, że zróżnicowanie ze względu na płeć, jak i ze względu na wiek jest statystycznie istotne. Generalnie to badani chłopcy większe znaczenie przypisują wpływowi innych osób na zdrowie niż dziewczęta, a wraz z wiekiem spada znaczenie wpływu innych (zróżnicowanie to jest również istotne na poziomie analizowanej grupy chłopców). Brak podstaw by uznać zróżnicowanie ze względu na stan zdrowia za istotnie różnicujące, choć zarówno wśród badanych dziewcząt jak i chłopców osoby zdrowe relatywnie mniejszą wagę przypisują wpływowi innych osób niż osoby z dolegliwościami (padaczka czy bóle głowy). W tabelach 4.4.-4.7. zestawiono wartości statystyk dla omawianych zróżnicowań.

Tabela 4.5. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC – wpływ innych ogółem.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	Df	p-wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	1,75	U = 9 868,0	-	0,002	TAK
	Chłopcy	2,37				
Zdrowie	Zdrowi	1,79	$\chi^2 = 4,99$	2	0,083	NIE
	Padaczka	2,36				
	Bóle głowy	2,29				
Wiek	14 lat	2,18	$\chi^2 = 13,76$	3	0,003	TAK
	15 lat	2,58				
	16 lat	1,80				
	17 lat	1,79				

Tabela 4.6. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC – wpływ innych w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	Df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	1,47	3,30	2	0,192	NIE
	Padaczka	2,28				
	Bóle głowy	1,75				
Wiek	14 lat	2,09	7,11	3	0,069	NIE
	15 lat	1,97				
	16 lat	1,44				
	17 lat	1,61				

Tabela 4.7. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC – wpływ innych w grupie badanych chłopców.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	Df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	2,10	2,76	2	0,252	NIE
	Padaczka	2,45				
	Bóle głowy	2,83				
Wiek	14 lat	2,27	10,73	3	0,013	TAK
	15 lat	3,15				
	16 lat	2,16				
	17 lat	1,95				

4.3. Umiejscowienie kontroli – przypadek.

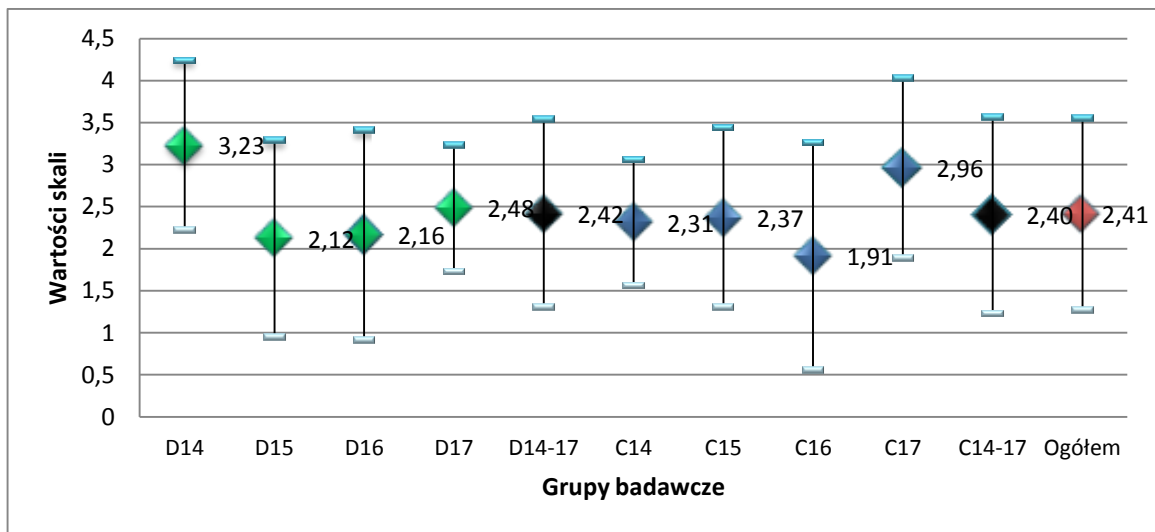
Ostatnim analizowanym wymiarem umiejscowienia kontroli nad zdrowiem jest ogólna ocena wpływu przypadku. Za pomocą 5 stwierdzeń (szczegółowe dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania dla wyróżnionych kategorii zestawiono w Aneksie 1) określono jak charakteryzują się poszczególne kategorie osób badanych ze względu na przypisywaną rolę przypadku i innych czynników zewnętrznych w zakresie wpływu na własne zdrowie. Ponad 63% badanych uważa, że kiedy chorują, to dlatego, że choroby po prostu im się zdarzają. Nieznacznie niższy jest odsetek młodzieży, która uważa, że kiedy coś sobie zrobią, to dlatego, że wypadki po prostu się zdarzają. Ponad połowa ankietowanych uważa również, że dobre zdrowie po prostu się ma, jak również że ludzie, którzy nigdy nie chorują, to szczęściarze. Blisko co czwarty badany uważa również, że ludzie chorują, gdyż opuściło ich szczęście. Szczegółowe rozkłady odpowiedzi na pytania dotyczące wpływu wydarzeń losowych na stan zdrowia zestawiono w tabeli 4.8-4.11.

Tabela 4.8. Skala HLC – przypadek.

Pytania	Tak	Nie
Dobre zdrowie po prostu się ma	52,9%	47,1%
Ludzie chorują, gdyż opuściło ich szczęście	23,2%	76,8%
Kiedy choruję, to dlatego, że choroby po prostu mi się zdarzają	63,1%	36,9%
Ludzie, którzy nigdy nie chorują, to szczęściarze	51,3%	48,7%
Kiedy coś sobie zrobię, to dlatego, że wypadki po prostu się zdarzają	61,8%	38,2%
Wartość skali HLC – przypadek - średnia	2,52	

Ogólne wartości skali HLC – przypadek dla badanych zdrowych dziewcząt i chłopców kształtują się na zbliżonym poziomie (średnie odpowiednio 2,42 i 2,40), przy czym nieznacznie wyższe wartości odnotowano w grupie dziewcząt w wieku 14 lat (3,23) i wśród 17-nastoletnich chłopców. Omawiane wyniki zilustrowano na wykresie 1.7.

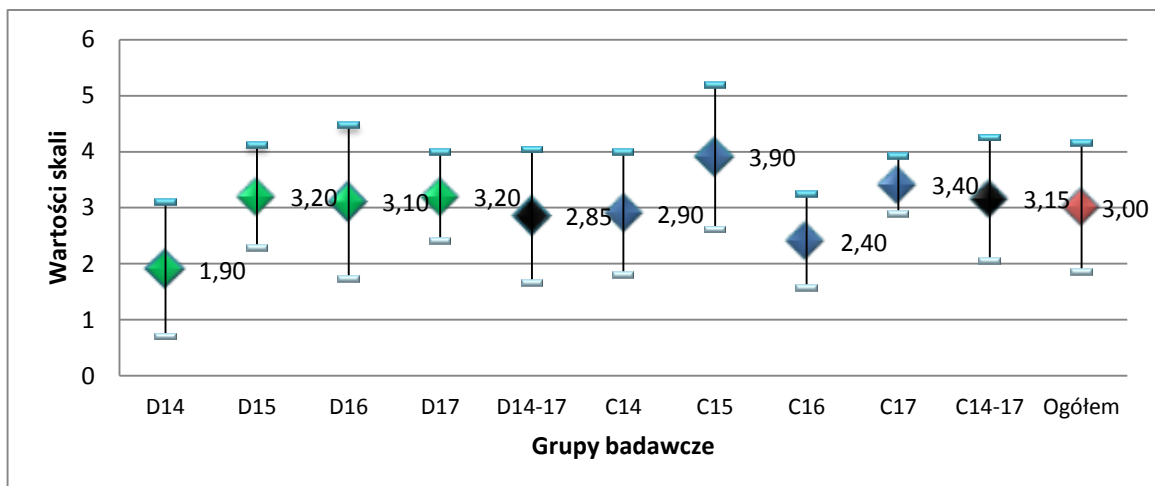
Wykres 1.7. Wartości skali HLC – przypadek w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (5) ± odchylenie standardowe

Wśród ankietowanych, chorych na padaczkę, chłopcy nieco większą wagę przypisują roli czynników losowych w zakresie wpływu na zdrowie niż dziewczęta (średnie odpowiednio 3,15 i 2,85). Wśród badanych dziewcząt szczególnie niską wartość wskaźnika odnotowano w kategorii wiekowej 14 lat (1,90). Na poniższym wykresie 1.8. zestawiono wartości wskaźnika w postaci średniej dla wyróżnionych kategorii wiekowych osób z rozpoznaną padaczką.

Wykres 1.8. Wartości skali HLC – przypadek w grupie osób chorych na padaczkę.

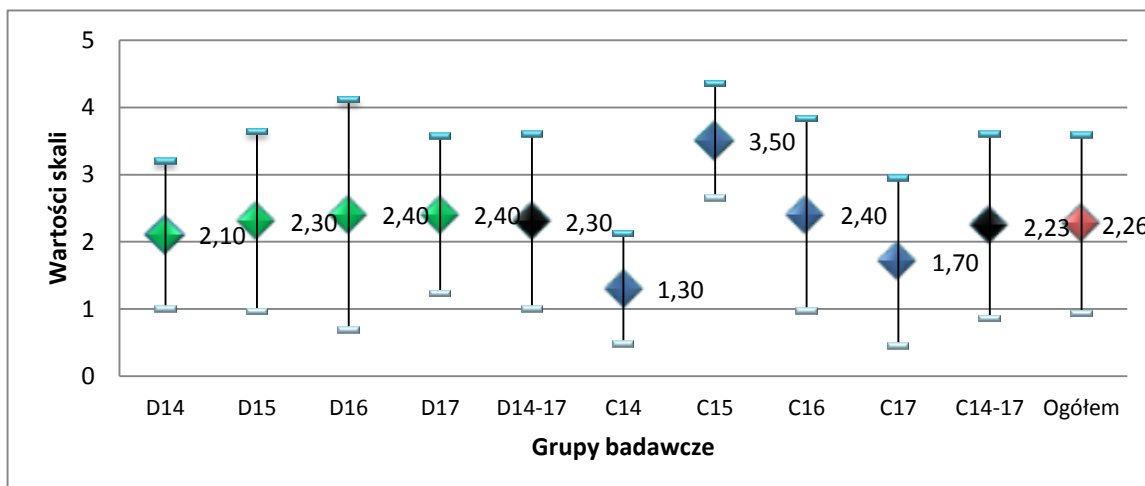


Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (5) ± odchylenie standardowe

Wśród ankietowanych dziewcząt z bólami głowy zaobserwowano bardzo zbliżony poziom znaczenia przypisywanego czynnikom losowym we wszystkich kategoriach wiekowych (średnie z zakresu 2,10-2,40). Wśród chłopców – relatywnie wyższą rolę zdarzeniom

losowym w kształtowaniu zdrowia przypisują osoby w wieku 15 lat (3,50), zaś najniższą 14-nastolatkiem (1,30). Omawiane różnicowania zilustrowano na wykresie 1.9.

Wykres 1.9. Wartości skali HLC – przypadek w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (0) do (5) ± odchylenie standardowe

Przeprowadzana statystyczna analiza istotności różnicowań wskazuje, że to stan zdrowia oraz wiek istotnie różnicują znaczenie przypisywane zdarzeniom losowym w zakresie kształtowania zdrowia. Generalnie badana młodzież z rozpoznaną padaczką częściej wskazuje na przypadek jako czynnik wpływający na zdrowie. Relatywnie wyższe wyniki zaobserwowano również wśród 15-nasto i 17-nastolatków. Na te wyniki złożyły się m.in. zaobserwowane statystycznie istotne różnice w grupie badanych chłopców. Szczegółowe wartości statystyk testowych zestawiono w tabelach 4.8.- 4.10.

Tabela 4.9. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC – przypadek ogółem.

Typ różnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	df	p-wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	2,50	12 108,5	-	0,783	NIE
	Chłopcy	2,54				
Zdrowie	Zdrowi	2,41	14,94	2	0,001	TAK
	Padaczka	3,00				
	Bóle głowy	2,26				
Wiek	14 lat	2,33	9,46	3	0,024	TAK
	15 lat	2,76				
	16 lat	2,28				
	17 lat	2,70				

Tabela 4.10. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC – przypadek w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	2,42	3,87	2	0,144	NIE
	Padaczka	2,85				
	Bóle głowy	2,30				
Wiek	14 lat	2,48	0,48	3	0,924	NIE
	15 lat	2,46				
	16 lat	2,42				
	17 lat	2,63				

Tabela 4.11. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali HLC – przypadek w grupie badanych chłopców.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	2,40	12,02	2	0,002	TAK
	Padaczka	3,15				
	Bóle głowy	2,23				
Wiek	14 lat	2,18	14,39	3	0,002	TAK
	15 lat	3,05				
	16 lat	2,14				
	17 lat	2,77				

4.4. Podsumowanie badań HLC.

Badana młodzież uznaje, że to ich własne działania mają większy wpływ na zdrowie (średnia ogółem 5,56 w skali od 0 do 6), niż przypadek (średnia 2,52 w skali od 0 do 5), czy działania innych osób (2,06 w skali od 0 do 9). Analiza różnicowań wskazuje przy tym, że głównym kryterium różnicującym umiejscowienie kontroli jest wiek, który wpływa na wartości skali HLC we wszystkich trzech wyróżnionych wymiarach. Co ciekawe, najwyższe wartości zarówno w zakresie roli przypisywanej własnym zachowaniom, wpływom innych osób, jak i roli przypadku uzyskują badane osoby w wieku 15 lat. 16-nastolatkiowskie wysoką wagę przywiązują do własnych zachowań, w mniejszym jednak stopniu niż 14-nastolatkiowskie czy 17-nastolatkiowskie uznają wpływ działań innych czy wpływ czynników losowych. Na zaobserwowane różnicowania w poszczególnych kategoriach wiekowych wpływ mają głównie odnotowane różnice w grupie ankietowanych chłopców. Jak wynika z przeprowadzonej analizy różnicowania w umiejscowieniu kontroli w trzech aspektach ze względu na wiek są statystycznie istotne właśnie wśród badanych chłopców. Jednak tylko w kontekście różnic, ze względu na rolę przypisywaną działaniom innych osób, można mówić o istotnym statystycznie wpływie płci (badani chłopcy generalnie w większym stopniu niż dziewczęta uznają wpływ innych osób na własne zdrowie). Analizując wpływ stanu zdrowia zauważyć można, że na poziomie całej próby jest to kryterium, które różnicuje jedynie rolę czynników losowych w zakresie kształtowania zdrowia. Generalnie wyższą rolę czynnikiem losowym przypisują osoby chore na padaczkę.

Zauważono, że osoby przypisujące wyższą wagę wpływom innych osób, większe znaczenie przypisywały również czynnikiem losowym. Nie zaobserwowano przy tym zależności między wymiarem kontroli wewnętrznej a dwoma pozostałymi wymiarami skali HLC. Szczegółowe wartości współczynników korelacji rangowe ρ -Spearmana zestawiono w poniższej tabeli 4.12.

Tabela 4.12. Analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi wymiarami skali HLC.

ρ Spearmana	Kontrola wewnętrzna	Wpływ innych	Przypadek
Kontrola wewnętrzna	1	-0,035	-0,036
Wpływ innych	-0,035	1	0,173*
Przypadek	-0,036	0,173*	1

* - korelacja istotna statystycznie przy poziomie istotności $\alpha=0,05$

5. Inwentarz zachowań zdrowotnych

W celu określenia zwyczajów zdrowotnych młodzieży wykorzystano kwestionariusz Inwentarza zachowań zdrowotnych (IZZ) zaproponowany przez Z. Juczyńskiego [75]. W ramach tego kwestionariusza ankietowanym przedstawiono listę 24 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Skalę IZZ można wykorzystać jako narzędzie wielowymiarowe. To wielowymiarowe ujęcie polega na wyróżnieniu czterech aspektów zachowań zdrowotnych, tj.:

1. *Prawidłowe nawyki żywieniowe;*
2. *Zachowania profilaktyczne;*
3. *Pozytywne nastawienie psychiczne;*
4. *Praktyki zdrowotne.* Listę stwierdzeń odpowiadających poszczególnym wymiarom zestawiono w tabeli 5.0.

Tabela 5.0. Inwentarz zachowań zdrowotnych (IZZ) – klucz diagnostyczny.

Stwierdzenia:	Wymiar - skala
1. Jem dużo warzyw, owoców	Prawidłowe nawyki żywieniowe
2. Unikam przeziębień	Zachowania profilaktyczne
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	Pozytywne nastawienie psychiczne
4. Wystarczająco dużo odpoczywam	Praktyki zdrowotne
5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	Prawidłowe nawyki żywieniowe
6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	Zachowania profilaktyczne
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	Pozytywne nastawienie psychiczne
8. Unikam przepracowania	Praktyki zdrowotne
9. Dbam o prawidłowe odżywianie	Prawidłowe nawyki żywieniowe
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	Zachowania profilaktyczne
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	Pozytywne nastawienie psychiczne
12. Kontroluję swoją masę ciała	Praktyki zdrowotne
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami	Prawidłowe nawyki żywieniowe
14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	Zachowania profilaktyczne
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	Pozytywne nastawienie psychiczne
16. Wystarczająco dużo śpię	Praktyki zdrowotne
17. Unikam soli i silnie solonej żywności	Prawidłowe nawyki żywieniowe
18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	Zachowania profilaktyczne
19. Unikam takich uczuć jak gniew, lęk i depresja	Pozytywne nastawienie psychiczne
20. Ograniczam palenie tytoniu	Praktyki zdrowotne
21. Jem pieczywo pełnoziarniste	Prawidłowe nawyki żywieniowe
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	Zachowania profilaktyczne
23. Myślę pozytywnie	Pozytywne nastawienie psychiczne
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	Praktyki zdrowotne

W ramach odpowiedzi badani deklaruowali jak często wykonują podane czynności, oceniając każde z wymienionych w inwentarzu zachowań na skali pięciopunktowej: 1 – *prawie nigdy*; 2 – *rzadko*; 3 – *od czasu do czasu*; 4 – *często*; 5 – *prawie zawsze*. Zsumowane wyniki dla każdego wymiaru podzielone przez liczbę stwierdzeń wchodzących w skład każdego wymiaru pozwoliły na uzyskanie czterech wskaźników zintegrowanych w skali od 1 do 5. Generalnie im wyższy wynik skali, tym wyższy stopień nasilenia zachowań zdrowotnych danego typu. W ramach analizy, porównując wyróżnione kategorie analityczne ze względu na płeć, wiek i stan zdrowia wykorzystano średnie oraz odchylenia standardowe przedstawione w odpowiednich tabelach i na wykresach. Dodatkowo, w celach opisowych przyjęto, że wartość wskaźnika w postaci średniej w następujący sposób przekłada się na ocenę danego wymiaru:

1. Poniżej 2,25 – ocena bardzo zła/bardzo niski stopień nasilenia zachowań zdrowotnych;
2. Od 2,25 do 2,75 – ocena zła/ niski stopień nasilenia zachowań zdrowotnych;
3. Od 2,76 do 3,25 – ocena neutralna/przeciętny poziom zachowań zdrowotnych;
4. Od 3,26 do 3,75 – ocena dobra/wysoki poziom zachowań zdrowotnych;
5. Powyżej 3,75 – ocena bardzo dobra/bardzo wysoki poziom zachowań zdrowotnych.

Po zsumowaniu wartości punktowych wszystkich stwierdzeń skali IZZ i podzieleniu przez ogólną liczbę stwierdzeń (24) uzyskano ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych również z przedziału [1;5]. Szczegółowo wartości tego zagregowanego wskaźnika przedstawiono w podrozdziale 6.5., przyjmując przy tym kryteria interpretacji wartości analogiczne do kryteriów opisu poszczególnych wymiarów.

5.1. Prawidłowe nawyki żywieniowe.

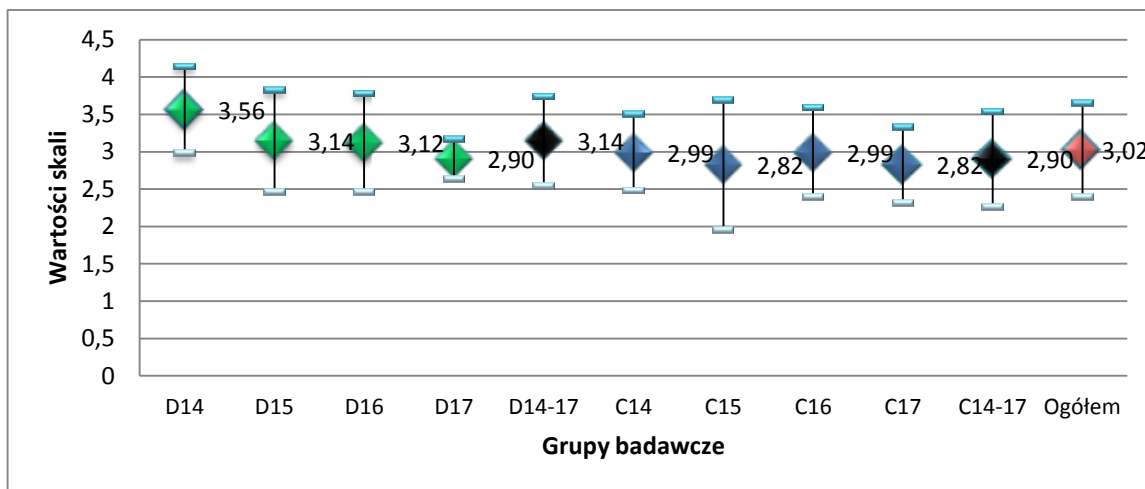
Pierwszym analizowanym aspektem zachowań zdrowotnych są prawidłowe nawyki żywieniowe. Jak wynika z deklaracji badanych, blisko 2/3 przynajmniej często je dużo warzyw i owoców, blisko 44% często lub prawie zawsze dba o prawidłowe odżywianie, a niecałe 40% ankietowanych często spożywa również pieczywo pełnoziarniste. Około 1/3 badanej młodzieży często lub prawie zawsze unika soli i silnie solonej żywności, średnio co czwarty ankietowany ogranicza spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier, a 21,7% respondentów deklaruje również, że często unika również spożywania żywności z konserwantami. Opisane rozkłady zestawiono w tabeli 5.1.

Tabela 5.1. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe.

Pytania	Łączny odsetek odpowiedzi <i>często</i> oraz <i>prawie zawsze</i>
Jem dużo warzyw, owoców	66,2%
Ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier	25,5%
Dbam o prawidłowe odżywianie	43,9%
Unikam spożywania żywności z konserwantami	21,7%
Unikam soli i silnie solonej żywności	32,2%
Jem pieczywo pełnoziarniste	39,2%
Wartość skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe - średnia	3,06

Analizując wyniki w grupie zdrowych dziewcząt zaobserwowano spadek w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych wraz z wiekiem. Najwyższą, według przyjętych kryteriów, dobrą ocenę tego elementu odnotowano u 14-nastoletek (średnia 3,56), nieco niższe wartości – przeciętne – w grupach dziewcząt w wieku 15 (3,14) i 16 lat. Relatywnie najniższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych deklarują dziewczęta w wieku 17 lat. W grupie ankietowanych zdrowych chłopców wyniki nie są tak zróżnicowane. We wszystkich analizowanych kategoriach wiekowych wartość skali IZZ w ramach nawyków żywieniowych kształtuje się na zbliżonym, przeciętnym poziomie (średnie w granicach 2,82-2,90). Ogólnie jednak wyniki uzyskane w grupie badanych chłopców (2,90) są nieco niższe niż w grupie ankietowanych dziewcząt (3,14). Omawiane zróżnicowania zilustrowano na wykresie 2.1.

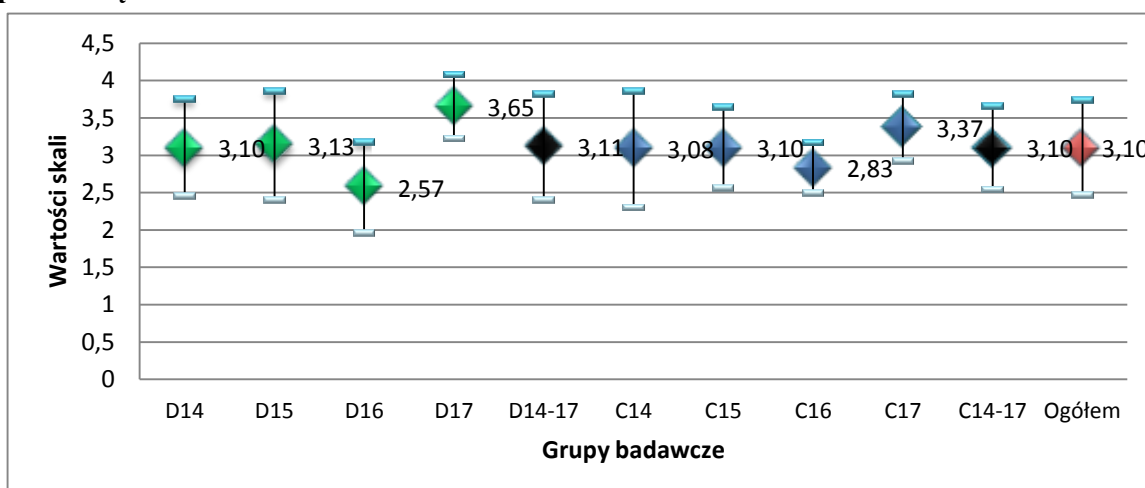
Wykres 2.1. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

W grupie osób z padaczką zwracają wyższe niż w pozostałych kategoriach wiekowych wyniki osób w wieku 17 lat, zarówno dziewcząt (średnia 3,65), jak i chłopców (3,37). Wśród 14-nastolatków i 15-latków prawidłowe nawyki żywieniowe kształtują się na nieco niższym poziomie. Zdecydowanie najniższe wartości skali odnotowano w grupie 16-nastolatków (dziewczeta – 2,57, chłopcy – 2,83). Szczegółowe wyniki w zakresie różnic w wartościach skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe przedstawiono na wykresie 2.2.

Wykres 2.2. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie osób z padaczką.

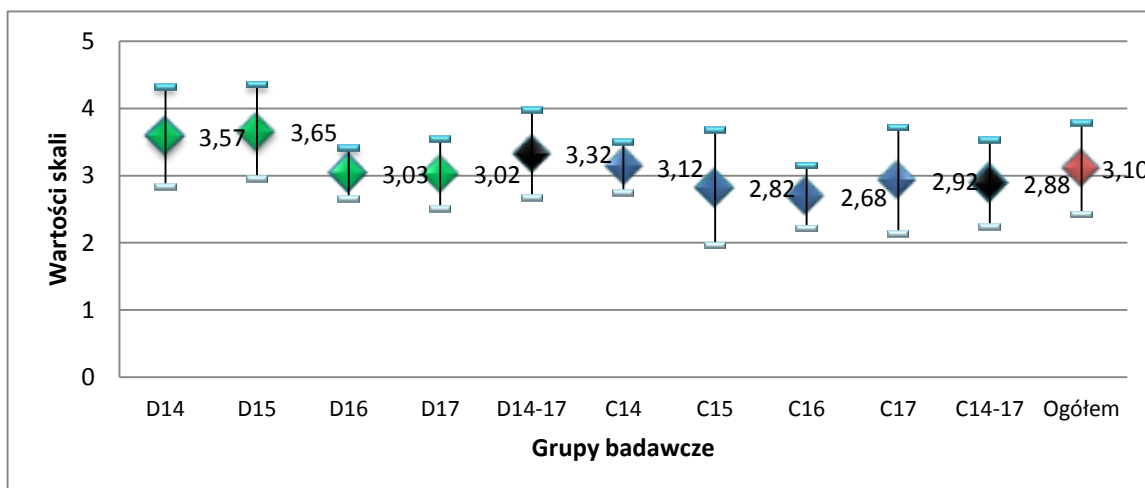


Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Wśród ankietowanych osób z bólami głowy lepsze nawyki żywieniowe deklarują dziewczęta (średnia 3,32) niż chłopcy (2,88). Na te wyższe wartości w grupie składają się głównie dobre zachowania żywieniowe dziewcząt w wieku 14 i 15 lat (średnie odpowiednio 3,57 i 3,65).

Wśród badanych chłopców relatywnie najwyższe wyniki odnotowano u 14-nastolatków, relatywnie najniższe – u chłopców w wieku 16 lat (2,68). Na wykresie 2.3 przedstawiono omawiane zróżnicowania.

Wykres 2.3. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Tabela 5.2. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe ogółem.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	3,18	U = 9791,5	-	0,002	TAK
	Chłopcy	2,94				
Zdrowie	Zdrowi	3,02	$\chi^2 = 1,18$	2	0,554	NIE
	Padaczka	3,10				
	Bóle głowy	3,10				
Wiek	14 lat	3,24	$\chi^2 = 9,77$	3	0,021	TAK
	15 lat	3,08				
	16 lat	2,93				
	17 lat	3,04				

Tabela 5.3. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	3,14	1,90	2	0,387	NIE
	Padaczka	3,11				
	Bóle głowy	3,32				
Wiek	14 lat	3,42	11,17	3	0,011	TAK
	15 lat	3,27				
	16 lat	2,98				
	17 lat	3,11				

Tabela 5.4. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie badanych chłopców.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	2,90	3,07	2	0,216	NIE
	Padaczka	3,10				
	Bóle głowy	2,88				
Wiek	14 lat	3,06	1,87	3	0,600	NIE
	15 lat	2,89				
	16 lat	2,88				
	17 lat	2,97				

5.2. Zachowania profilaktyczne.

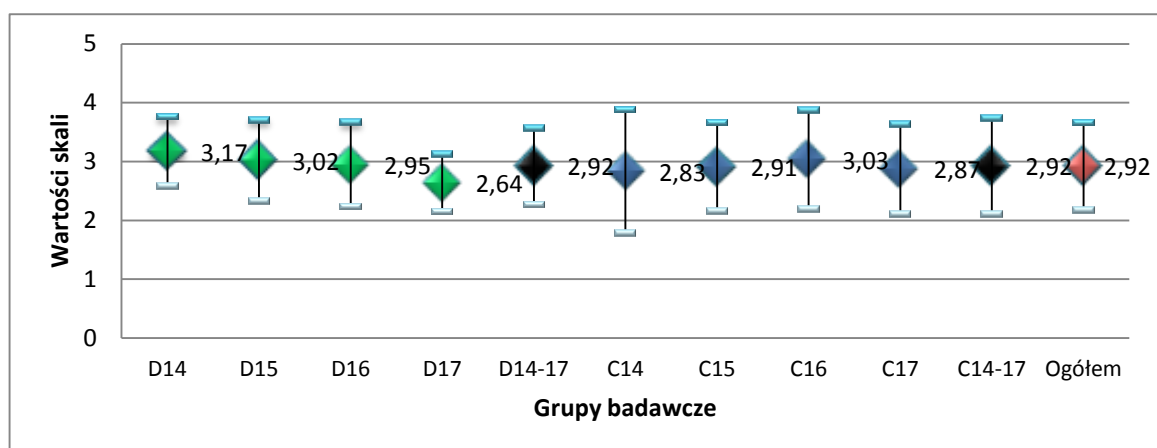
Kolejnym analizowanym aspektem inwentarza zachowań zdrowotnych są deklaracje częstotliwości zachowań profilaktycznych (szczegółowe dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania w wyróżnionych grupach porównawczych zestawiono w Aneksie 2). Blisko 3/4 badanych zadeklarowało, że często lub prawie zawsze przestrzega zaleceń lekarskich wynikających z badań. Blisko połowa respondentów przynajmniej często unika przeziębień i ma zanotowane numery telefonów służb pogotowia. Ponad 40% badanych deklaruje również, że często lub prawie zawsze stara się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby, a blisko co trzeci ankietowany regularnie zgłasza się na badania lekarskie. Ponad 22% ankietowanych deklaruje przy tym, że często również stara się dowiedzieć, jak inni unikają chorób. Omawiane wyniki przełożyły się na przeciętną wartość wskaźnika nasilenia zachowań profilaktycznych w postaci średniej (3,06). Dokładne dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na wszystkie pytania skali IZZ związane z zachowaniami profilaktycznymi zamieszczono w tabeli 5.5.

Tabela 5.5. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne.

....	Łączny odsetek odpowiedzi <i>często</i> oraz <i>prawie zawsze</i>
Unikam przeziębień	51,3%
Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	48,1%
Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	73,9%
Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	31,2%
Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	22,3%
Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	40,4%
Wartość skali IZZ – zachowania profilaktyczne - średnia	3,06

Generalnie zachowania profilaktyczne ankietowanych zdrowych dziewcząt i chłopców kształtują się na bardzo zbliżonym, przeciętnym poziomie (średnia w obu grupach równa 2,92). Zaobserwowano przy tym malejącą wraz z wiekiem wartość wskaźnika nasilenia zachowań profilaktycznych w grupie ankietowanych dziewcząt, tzn. relatywnie najwyższe wyniki uzyskano w grupie 14-nastolatek (3,17), najniższe – u 17-nastolatek (2,64). Szczegółowe wartości wskaźnika nasilenia zachowań profilaktycznych w poszczególnych kategoriach wiekowych zdrowych dziewcząt i chłopców przedstawiono na wykresie 2.4.

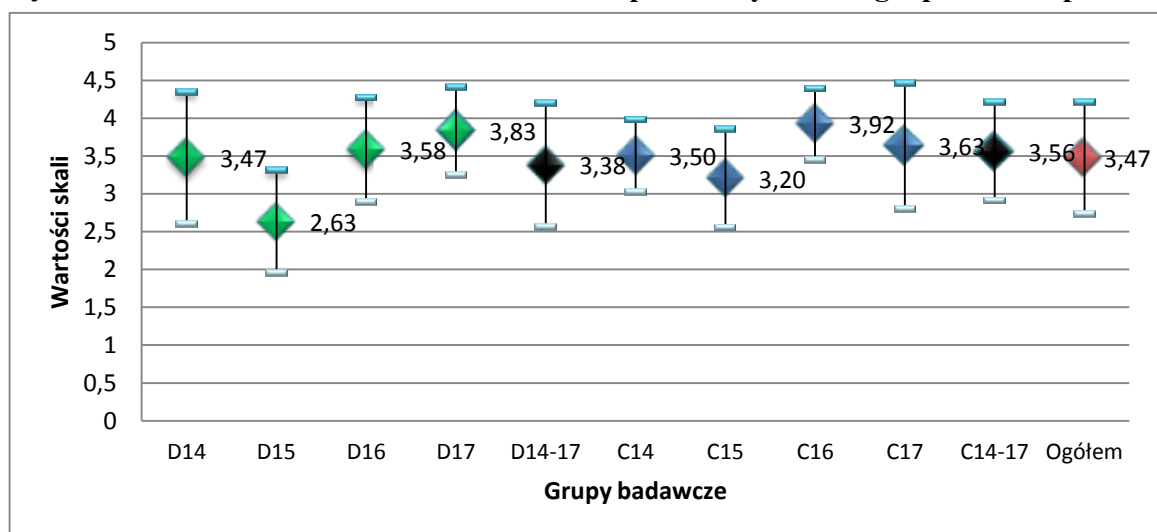
Wykres 2.4. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Zgodnie z przyjętymi kryteriami jako raczej wysoki można uznać poziom wskaźnika nasilenia zachowań profilaktycznych wśród ankietowanych osób chorych na padaczkę (średnia ogólna 3,47). Nieznacznie większą aktywność w tym kierunku deklarują chłopcy (3,56, średnia dla dziewcząt – 3,38). Wyniki w poszczególnych kategoriach wiekowych są jednak w tym aspekcie bardzo zróżnicowane. Bardzo wysokie wyniki odnotowano wśród ankietowanych dziewcząt w wieku 17 lat (3,83) i badanych chłopców w wieku 16 lat. Przeciętny poziom zachowań profilaktycznych zaobserwowano u mężczyzn w wieku 15 lat (3,20), a jako raczej niski można uznać poziom wskaźnika nasilenia zachowań profilaktycznych wśród ankietowanych dziewcząt w wieku 15 lat (2,63). Na wykresie 2.5. zestawiono szczegółowe wartości średniej wartości wskaźnika nasilenia zachowań profilaktycznych w wyróżnionych kategoriach wiekowych dziewcząt i chłopców z rozpoznaną padaczką.

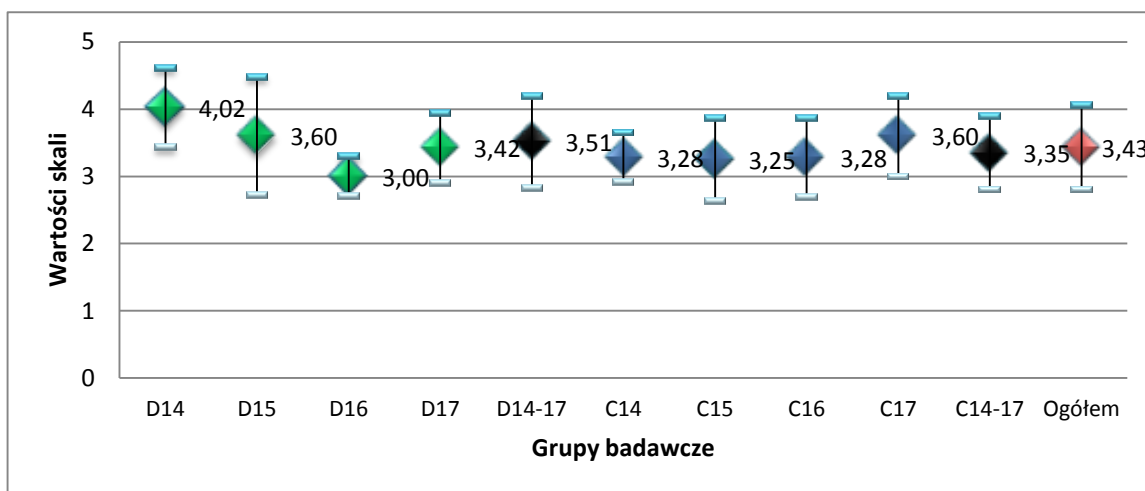
Wykres 2.5. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie osób z padaczką.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

W grupie badanych osób z bólami głowy na bardzo wysokim poziomie wg deklaracji kształtuje się poziom zachowań profilaktycznych wśród dziewcząt w wieku 14 lat (średnia 4,02). Nieco niższe, raczej dobre wartości wskaźnika odnotowano u dziewcząt w wieku 15 lat (3,60) i 17 lat (3,42), a także we wszystkich kategoriach wiekowych chłopców (średnie w granicach 3,25-3,60). Relatywnie najniższy stopień nasilenia zachowań profilaktycznych deklarują dziewczęta w wieku 15 lat. Szczegółowe wyniki w zakresie różnic w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne w badanej grupie osób z bólami głowy przedstawiono na wykresie 2.5.

Wykres 2.6. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Jak wykazała przeprowadzona analiza, istotne zróżnicowania w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne wśród wszystkich badanych zaobserwowano ze względu na stan zdrowia. Ogólnie osoby cierpiące na dolegliwości bólowe i osoby z rozpoznaną padaczką charakteryzują się większym nasileniem zachowań profilaktycznych niż zdrowe osoby. Zróżnicowanie to jest również istotne osobno w grupie dziewcząt jak i chłopców. W przypadku różnic ze względu na wiek i płeć - brak podstaw do uznania różnic za statystycznie istotne, zarówno wśród wszystkich badanych, jak i w grupach wyróżnionych ze względu na płeć. Dokładne statystyki zestawiono w tabelach 3.2.2. -3.2.4.

Tabela 5.6. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne ogółem.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	3,19	U = 12048,0	-	0,731	NIE
	Chłopcy	3,19				
Zdrowie	Zdrowi	2,92	$\chi^2 = 39,18$	2	<0,001	TAK
	Padaczka	3,47				
	Bóle głowy	3,43				
Wiek	14 lat	3,34	$\chi^2 = 5,23$	3	0,156	NIE
	15 lat	3,07				
	16 lat	3,20				
	17 lat	3,17				

Tabela 5.7. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	2,92	19,49	2	<0,001	TAK
	Padaczka	3,38				
	Bóle głowy	3,51				
Wiek	14 lat	3,52	7,46	3	0,059	NIE
	15 lat	3,07				
	16 lat	3,10				
	17 lat	3,12				

Tabela 5.8. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie badanych chłopców.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	2,92	21,77	2	<0,001	TAK
	Padaczka	3,56				
	Bóle głowy	3,35				
Wiek	14 lat	3,17	2,05	3	0,562	NIE
	15 lat	3,07				
	16 lat	3,29				
	17 lat	3,22				

5.3. Pozytywne nastawienie psychiczne.

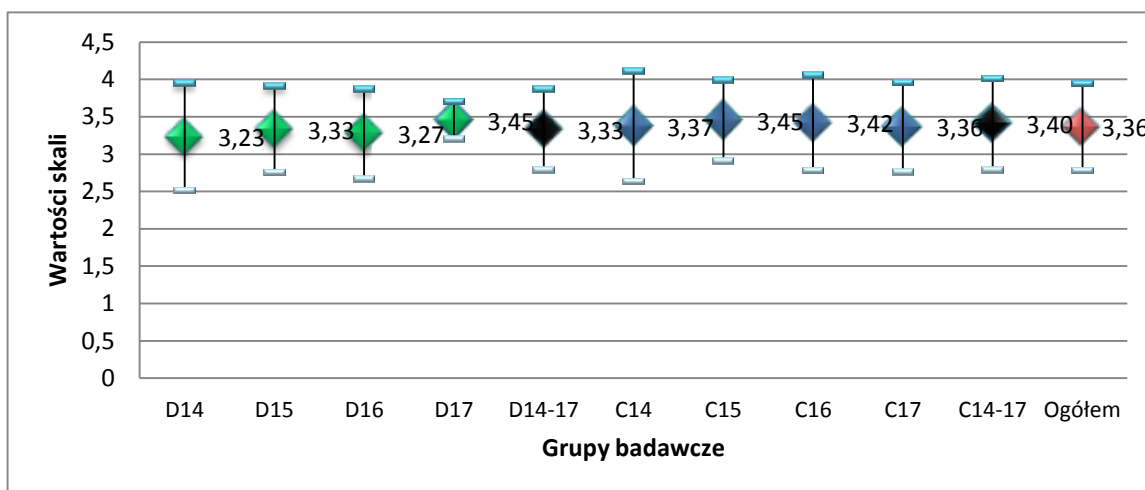
W ramach analizy inwentarza zachowań zdrowotnych w kontekście nastawienia psychicznego ankietowanych zaobserwowano ogólną dobrą wartość wskaźnika w postaci średniej (3,49). Na tę wartość złożyły się deklaracje ankietowanych, z których blisko 89% twierdzi, że często lub prawie zawsze ma przyjaciół i uregulowane życie rodzinne, ponad 2/3 co najmniej często myśli pozytywnie, a ponad połowa unika sytuacji, które wpływają przygnębiająco. Ponad 41% ankietowanych często lub prawie zawsze poważnie traktuje wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem, a ponad 1/3 stara się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć i unikać takich uczuć jak gniew, lęk i depresja. Dokładne dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na wszystkie pytania skali IZZ związane z pozytywnym nastawieniem psychicznym zamieszczono w tabeli 3.3.1. Szczegółowe dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania w wyróżnionych grupach porównawczych zestawiono w Aneksie w tabelach A.2.1.-A.2.29.

Tabela 5.9. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne.

	Łączny odsetek odpowiedzi <i>często</i> oraz <i>prawie zawsze</i>
Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	41,7%
Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	54,1%
Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	36,0%
Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	88,5%
Unikam takich uczuć jak gniew, lęk i depresja	34,1%
Myślę pozytywnie	68,2%
Wartość skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne - średnia	3,49

Wśród zdrowych osób nastawienie psychiczne jest bardzo zbliżone we wszystkich wyróżnionych kategoriach wiekowych zarówno dziewcząt jak i chłopców. Spośród wszystkich grup relatywnie najwyższe wyniki odnotowano u 15-nastoletnich chłopców (średnia 3,45), najniższe – w grupie dziewcząt w wieku 14 lat (3,23). Szczegółowe wartości wskaźnika nastawienia psychicznego w poszczególnych kategoriach wiekowych zdrowych dziewcząt i chłopców przedstawiono na wykresie 2.7.

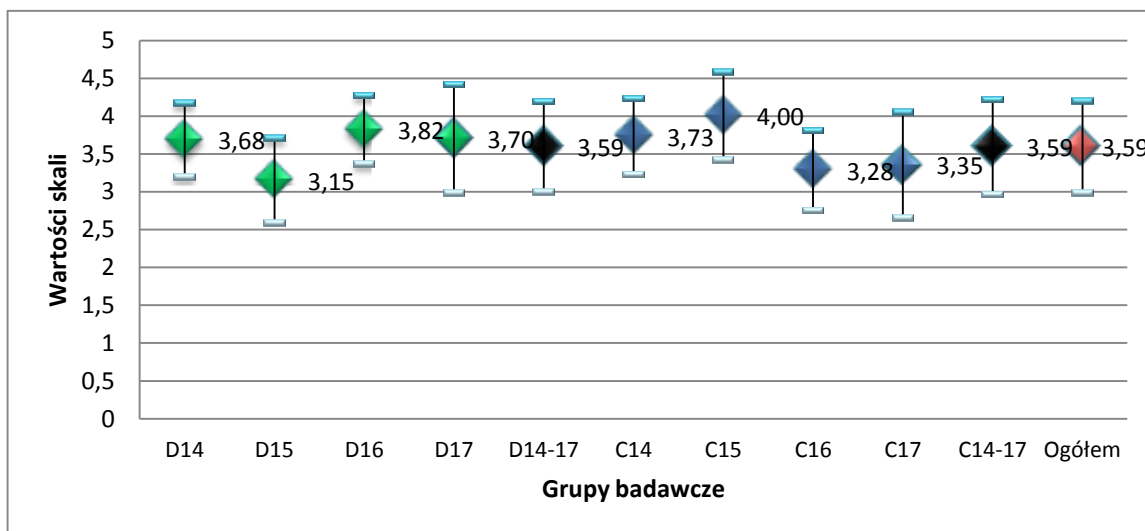
Wykres 2.7. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) \pm odchylenie standardowe

W przypadku osób chorych na padaczkę różnice w nastawieniu psychicznym w poszczególnych kategoriach wiekowych zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców są zdecydowanie większe niż w przypadku osób zdrowych. Jako bardzo pozytywne można określić nastawienie badanych dziewcząt w wieku 16 lat (średnia 3,82) i chłopców w wieku 15 lat (4,00). Nieco niższe wartości wskaźnika zaobserwowano u ankietowanych dziewcząt w wieku 17 i 14 lat (średnie odpowiednio 3,70 i 3,68) oraz u najmłodszych chłopców w wieku 14 lat (3,73). Relatywnie najniższy, przeciętny poziom nastawienia psychicznego deklarują dziewczęta chore na padaczkę w wieku 15 lat (3,15). Na wykresie 2.8 zestawiono szczegółowe dane na temat średniej wartości wskaźnika nastawienia psychicznego w wyróżnionych kategoriach wiekowych dziewcząt i chłopców chorych na padaczkę.

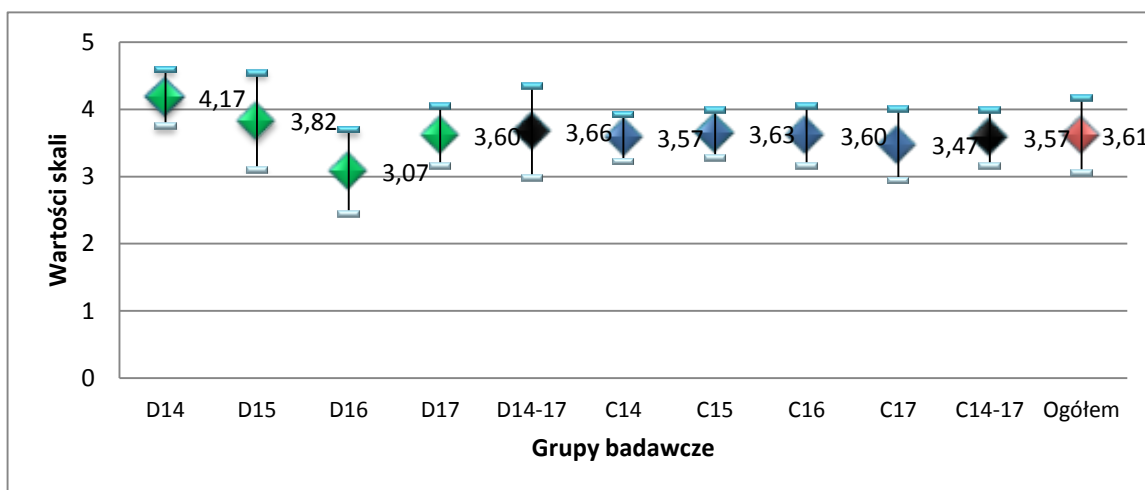
Wykres 2.8. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie osób z padaczką.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) \pm odchylenie standardowe

W ramach analizowanych grup dzieci i młodzieży cierpiących z powodu bólu głowy nieznacznie wyższe wartości wskaźnika nastawienia psychicznego odnotowano u dziewcząt (średnia 3,66) niż u chłopców (3,57). Warto jednak zauważyć, że w grupie dziewcząt wyniki są znacznie zróżnicowane, tzn. bardzo wysoki poziom nastawienia psychicznego deklarują 14-nasto i 15-nastoletki (4,17 i 3,82). Nieco niższe wartości skali IZZ- pozytywne nastawienie psychiczne zaobserwowano wśród ankietowanych dziewcząt w wieku 17 lat (3,60), zdecydowanie najniższe – u dziewcząt w wieku 16 lat (3,07). Wśród chłopców wyniki w poszczególnych kategoriach wiekowych są bardziej zbliżone i wahają się w granicach 3,47 (17-nastoletkowie)-3,63 (15-nastoletkowie). Na wykresie 2.9. przedstawiono omawiane zróżnicowania.

Wykres 2.9. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

W ramach całej analizowanej zbiorowości brak podstaw do uznania za statystycznie istotne omawianych zróżnicowań w nastawieniu psychicznym ze względu na płeć i wiek. Statystyczną istotność różnic zaobserwowano w przypadku kategorii wyróżnionych ze względu na stan zdrowia. Ogólnie osoby zdrowe deklarują nieco gorsze nastawienie psychiczne niż osoby chore – z padaczką czy z dolegliwościami bólowymi. Zróżnicowanie ze względu na stan zdrowia jest również istotne w grupie badanych dziewcząt, ale w przypadku ankietowanych chłopców wartości uzyskanych statystyk nie pozwalają na uznanie ich za statystycznie istotne. W tabelach 5.10.-5.12. zestawiono dokładne wartości statystyk dla omawianych zróżnicowań.

Tabela 5.10. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne ogółem.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	3,48	$U = 12003,5$	-	0,689	NIE
	Chłopcy	3,49				
Zdrowie	Zdrowi	3,36	$\chi^2 = 12,00$	2	0,002	TAK
	Padaczka	3,59				
	Bóle głowy	3,61				
Wiek	14 lat	3,60	$\chi^2 = 5,83$	3	0,120	NIE
	15 lat	3,53				
	16 lat	3,39				
	17 lat	3,46				

Tabela 5.11. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	3,33	9,53	2	0,009	TAK
	Padaczka	3,59				
	Bóle głowy	3,66				
Wiek	14 lat	3,65	6,08	3	0,108	NIE
	15 lat	3,41				
	16 lat	3,35				
	17 lat	3,55				

Tabela 5.12. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie badanych chłopców.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	3,40	3,65	2	0,161	NIE
	Padaczka	3,59				
	Bóle głowy	3,57				
Wiek	14 lat	3,54	4,98	3	0,174	NIE
	15 lat	3,64				
	16 lat	3,43				
	17 lat	3,38				

5.4. Praktyki zdrowotne.

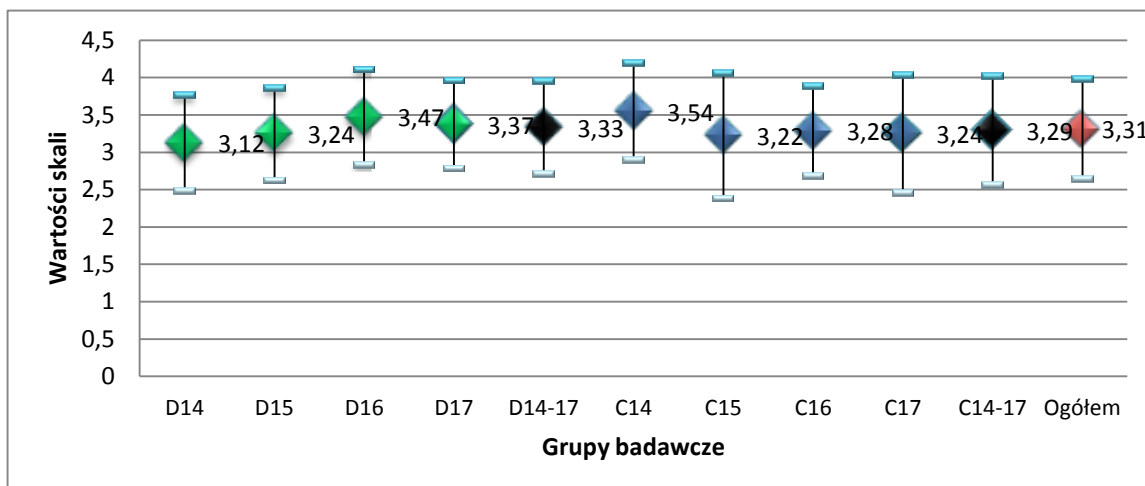
Ostatnim analizowanym wymiarem inwentarza zachowań zdrowotnych jest ogólna ocena nasilenia praktyk zdrowotnych. Za pomocą 6 stwierdzeń (szczegółowe dane dotyczące rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania dla wyróżnionych kategorii zestawiono w Aneksie 2) określono jak charakteryzują się poszczególne kategorie osób badanych ze względu na częstotliwość podejmowania działań o charakterze prozdrowotnym. Jak wynika z deklaracji badanych blisko 79% ankietowanych zawsze lub często ogranicza palenie tytoniu. Blisko co 10 respondent nie robi tego wcale. Ponad połowa ankietowanych stwierdza, że często lub prawie często wystarczająco dużo śpi, a nieco niższy odsetek uważa, że wystarczająco dużo odpoczywa. 42,7% badanych często unika przepracowania, a ponad 1/3 wszystkich badanych stara się równie często kontrolować masę swojego ciała. Ogólnie deklaracje te przełożyły się na raczej dobrą wartość wskaźnika w postaci średniej (3,33). Szczegółowe rozkłady odpowiedzi na pytania skali IZZ związane z praktykami zdrowotnymi zamieszczono w tabeli 5.13.

Tabela 5.13. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne.

	Łączny odsetek odpowiedzi <i>często</i> oraz <i>prawie zawsze</i>
Wystarczająco dużo odpoczywam	46,8%
Unikam przepracowania	42,7%
Kontroluję swoją wagę ciała	36,9%
Wystarczająco dużo śpię	52,9%
Ograniczam palenie tytoniu	78,7%
Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	29,6%
Wartość skali IZZ – praktyki zdrowotne - średnia	3,33

Ogólnie wartość wskaźnika nasilenia praktyk zdrowotnych zarówno w grupie badanych dziewcząt, jak i chłopców kształtuje się na zbliżonym, dobrym poziomie (średnie odpowiednio 3,33 i 3,29). Relatywnie najwyższe wartości uzyskano w grupie najmłodszych mężczyzn w wieku 14 lat (3,54) oraz wśród dziewcząt w wieku 16 i 17 lat (średnie odpowiednio 3,47 i 3,37). Szczegółowe wyniki w zakresie różnic w wartościach skali IZZ – praktyki zdrowotne wśród badanej zdrowej młodzieży przedstawiono na wykresie 2.10.

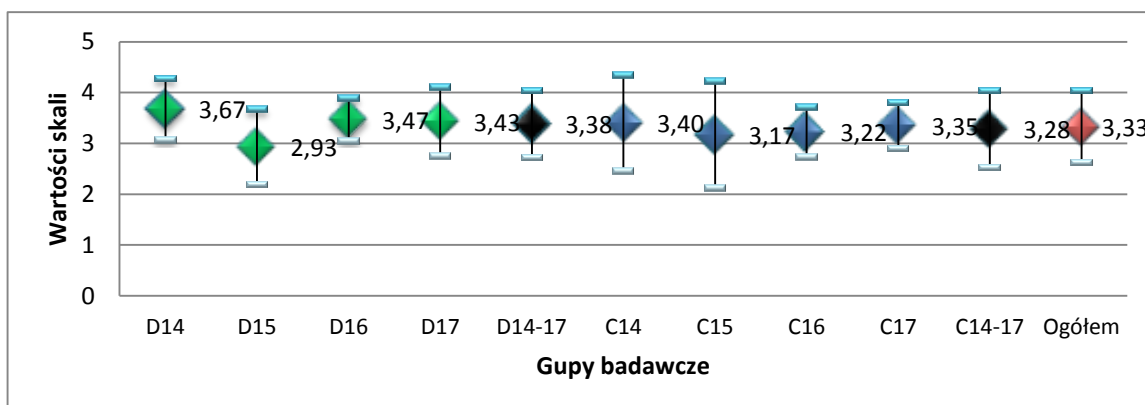
Wykres 2.10. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Podobnie jak w przypadku osób zdrowych, tak i w przypadku ankietowanych osób z padaczką ogólna wartość wskaźnika nasilenia praktyk zdrowotnych zarówno w grupie badanych dziewcząt, jak i chłopców kształtuje się na zbliżonym, dobrym poziomie (średnie odpowiednio 3,38 i 3,28). Nieznacznie wyższe wartości zaobserwowano przy tym wśród najmłodszych ankietowanych dziewcząt (3,67), najniższe – przeciętne wartości – u dziewcząt w wieku 15 lat (2,93). Szczegółowe wartości wskaźnika nasilenia praktyk zdrowotnych w poszczególnych kategoriach wiekowych dziewcząt i chłopców z padaczką przedstawiono na wykresie 2.11.

Wykres 2.11. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie osób z padaczką.

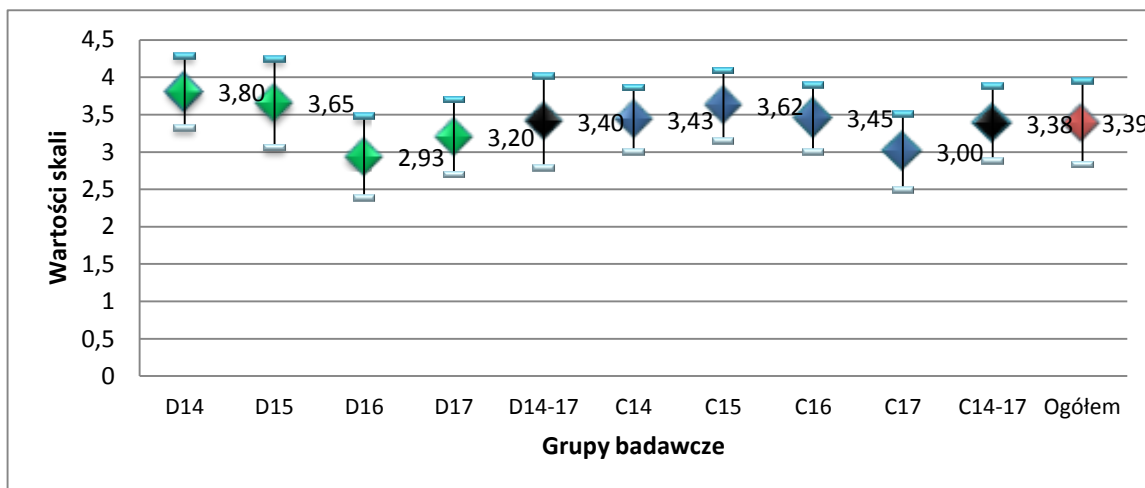


Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Wśród ankietowanych z bólami głowy najwyższe wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne odnotowano wśród dziewcząt w wieku 14 lat (średnia 3,80). Nieco niższe poziom zachowań

zdrowotnych deklarują dziewczęta w wieku 15 lat (3,65) i 15-nastoletni chłopcy (3,62). Najgorzej ze względu na deklarowany stopień nasilenia zachowań zdrowotnych wypadają grupy badanych chłopców w wieku 17 lat (3,00) i dziewcząt w wieku 17 lat (2,93). Na wykresie 2.11. zilustrowano omawiane różnicowania w wyróżnionych kategoriach wiekowych dziewcząt i chłopców.

Wykres 2.12. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Przeprowadzona analiza statystyczna z wykorzystaniem testów nieparametrycznych nie wykazała statystycznej istotności różnicowań w wartościach wskaźnika nasilenia praktyk zdrowotnych ani ze względu na płeć, ani ze względu na stan zdrowia, ani ze względu na wiek. W tabelach 5.14.-5.16. zestawiono dokładne wartości statystyk testowych dla analizowanych różnicowań.

Tabela 5.14. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – praktyki zdrowotne ogółem.

Typ różnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	df	p-wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	3,36	$U = 11991,0$	-	0,678	NIE
	Chłopcy	3,31				
Zdrowie	Zdrowi	3,31	$\chi^2 = 0,43$	2	0,806	NIE
	Padaczka	3,33				
	Bóle głowy	3,39				
Wiek	14 lat	3,48	$\chi^2 = 5,23$	3	0,156	NIE
	15 lat	3,29				
	16 lat	3,33				
	17 lat	3,27				

Tabela 5.15. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	3,33	0,34	2	0,844	NIE
	Padaczka	3,38				
	Bóle głowy	3,40				
Wiek	14 lat	3,49	2,61	3	0,456	NIE
	15 lat	3,27				
	16 lat	3,35				
	17 lat	3,34				

Tabela 5.16. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie badanych chłopców.

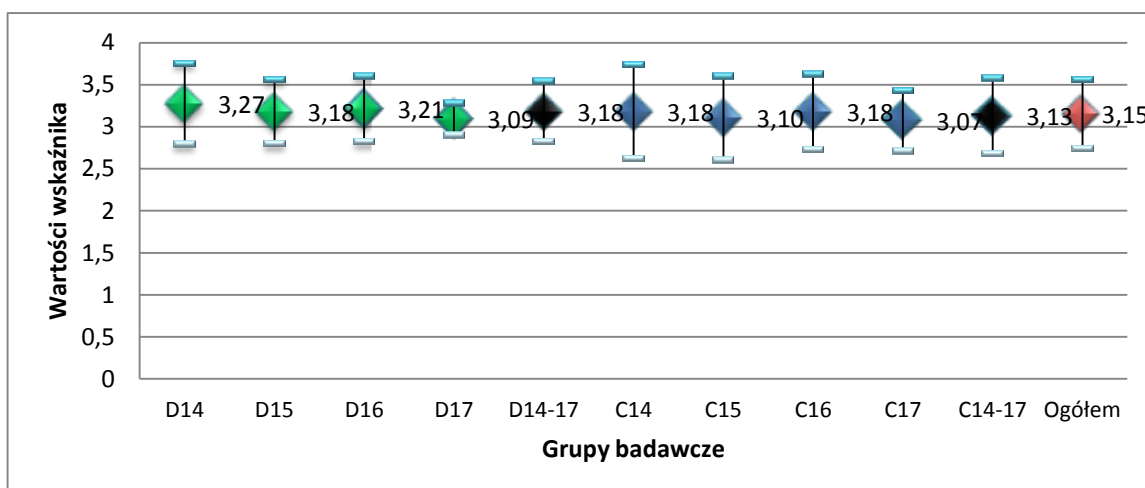
Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	3,29	0,21	2	0,899	NIE
	Padaczka	3,28				
	Bóle głowy	3,38				
Wiek	14 lat	3,46	3,00	3	0,391	NIE
	15 lat	3,31				
	16 lat	3,30				
	17 lat	3,21				

5.5. Wskaźnik zachowań zdrowotnych.

Po zsumowaniu wartości wszystkich czterech aspektów inwentarza zachowań zdrowotnych i podzieleniu przez cztery uzyskano ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych.

Ogólna wartość wskaźnika zachowań zdrowotnych zarówno w grupie badanych dziewcząt, jak i chłopców kształtuje się na zbliżonym, przeciętnym poziomie (średnie odpowiednio 3,18 i 3,13). Relatywnie najwyższe wartości skali odnotowano u 14-nastoletnich dziewcząt (3,27), najniższe – u 17-nastoletnich chłopców (3,07). Na wykresie 2.12. zestawiono szczegółowe wartości średniej wartości ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w wyróżnionych kategoriach wiekowych zdrowych dziewcząt i chłopców.

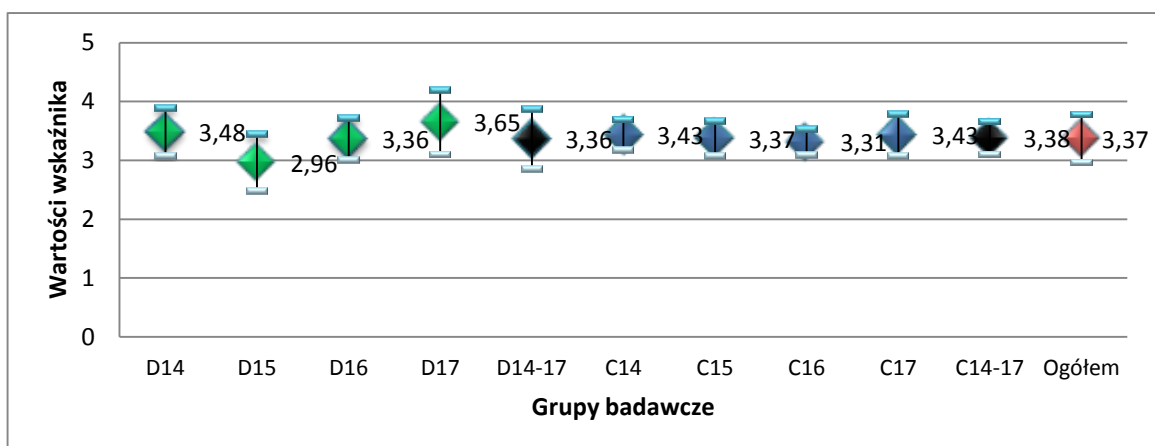
Wykres 2.13 Wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie osób zdrowych.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Nieco wyższy niż w przypadku osób zdrowych poziom zachowań zdrowotnych zaobserwowano w grupie osób z padaczką (średnia ogółem – 3,37). Należy jednak zauważyć, że wyniki wśród ankietowanych dziewcząt są bardziej zróżnicowane niż w grupie chłopców. Najwyższy poziom ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych deklarują dziewczęta w wieku 17 lat (3,65), nieco niższy w wieku 14 lat (3,48) i 16 lat (3,36). Zdecydowanie najniższy – 15-nastoletki (2,96). Szczegółowe wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych w wyróżnionych kategoriach wiekowych osób z padaczką przedstawiono na wykresie 2.14.

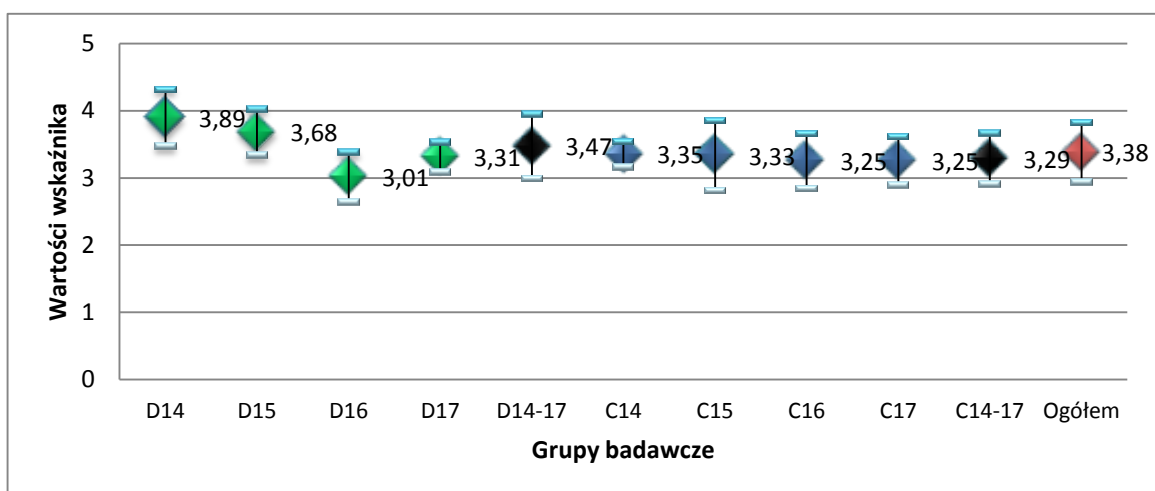
Wykres 2.14. Wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie osób z padaczką.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

Dziewczęta z bólami głowy generalnie wykazują nieco większy poziom zachowań zdrowotnych niż chłopcy (średnie odpowiednio 3,47 i 3,29). Jednak w przeciwieństwie do badanej grupy chłopców z bólami głowy wśród dziewcząt różnice w poszczególnych kategoriach wiekowych są większe. Zgodnie z określonymi kryteriami jako bardzo dobre można określić zachowania zdrowotne najmłodszych ankieterowanych dziewcząt w wieku 14 lat (3,89), jako dobre – w wieku 15 lat (3,68) i 17 lat (3,31), jako przeciętne – w wieku 16 lat (3,01). Na wykresie 2.14. zilustrowano omawiane zróżnicowania w wyróżnionych kategoriach wiekowych dziewcząt i chłopców.

Wykres 2.15. Wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie osób z bólami głowy.



Dane w postaci średniej arytmetycznej w skali od (1) do (5) ± odchylenie standardowe

W ramach przeprowadzonej analizy istotności statystycznej zróżnicowań wykazano, że wśród wszystkich badanych istotne różnice w wartościach ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych występują między kategoriami wyróżnionymi ze względu na stan zdrowia i ze względu na wiek. Generalnie wyższy poziom zachowań prozdrowotnych deklarują osoby chore na padaczkę i osoby z bólami głowy, a wg innego kryterium – najmłodszy 14-nastoletni ankietowani. Różnice ze względu na stan zdrowia są również istotne w mniejszych kategoriach analitycznych – tj. na poziomie analizy różnic w grupie dziewcząt i w grupie chłopców. Dodatkowo w grupie badanych dziewcząt wiek jest zmienną istotnie różnicującą poziom zachowań zdrowotnych. W przypadku ankietowanych chłopców zaobserwowane zróżnicowania zarówno ze względu na wiek nie spełnia kryteriów, by uznać je za statystycznie istotne. Również zróżnicowanie ze względu na płeć nie jest statystycznie istotne. W tabelach 5.17.-5.19. zestawiono dokładne wartości statystyk dla omawianych zróżnicowań.

Tabela 5.17. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) ogółem.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			U/χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Płeć	Dziewczęta	3,30	$U = 11737,5$	-	0,466	NIE
	Chłopcy	3,23				
Zdrowie	Zdrowi	3,15	$\chi^2 = 20,62$	2	<0,001	TAK
	Padaczka	3,37				
	Bóle głowy	3,38				
Wiek	14 lat	3,41	$\chi^2 = 10,98$	3	0,012	TAK
	15 lat	3,24				
	16 lat	3,21				
	17 lat	3,24				

Tabela 5.18. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie badanych dziewcząt.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	3,18	11,04	2	0,004	TAK
	Padaczka	3,36				
	Bóle głowy	3,47				
Wiek	14 lat	3,52	11,55	3	0,009	TAK
	15 lat	3,26				
	16 lat	3,20				
	17 lat	3,28				

Tabela 5.19. Analiza istotności zróżnicowań w wartościach wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie badanych chłopców.

Typ zróżnicowania		Średnia	Statystyki testowe			
			χ^2	df	<i>p</i> -wartość	Istotność różnic
Zdrowie	Zdrowi	3,13	10,56	2	0,005	TAK
	Padaczka	3,38				
	Bóle głowy	3,29				
Wiek	14 lat	3,31	1,78	3	0,619	NIE
	15 lat	3,23				
	16 lat	3,23				
	17 lat	3,19				

5.6. Podsumowanie

Ogólny poziom zachowań zdrowotnych wśród badanych osób z bólami głowy i padaczką jest wyższy niż w przypadku osób zdrowych. Na te różnice złożyły się głównie zaobserwowane różnice w zakresie nastawienia psychicznego i w zakresie zachowań profilaktycznych. Osoby chore na padaczkę, jak i osoby z bólami głowy wykazują wyższy poziom zachowań profilaktycznych, jak i lepsze nastawienie psychiczne od osób zdrowych. W zakresie praktyk zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych nie wykryto statystycznie istotnych różnic ze względu na stan zdrowia. Także wiek jest istotnym czynnikiem wpływającym na wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Z przeprowadzonej analizy wynika, że to najmłodsza ankietowana młodzież – w wieku 14 lat wykazuje generalnie wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż pozostałe kategorie wiekowe badanych osób.

Płeć istotnie nie różnicuje wyników ogólnej skali IZZ, choć w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ankietowane dziewczęta deklarują wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż badania chłopcy.

Warto również zwrócić uwagę na zaobserwowane korelacje w ramach wyróżnionych wymiarów Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Wszystkie cztery skale IZZ, z wyjątkiem prawidłowych nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych, są ze sobą dodatnio skorelowane, tzn. osoby uzyskujące wyższe wyniki w jednym z wymiarów uzyskują również wyższe wyniki w innym z wymiarów. Dodatkowo wszystkie wyróżnione wymiary są również dodatnio skorelowane z ogólną wartością wskaźnika zachowań zdrowotnych. Nie zaobserwowano przy tym wpływu umiejscowienia kontroli na żaden z wymiarów Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Szczegółowe wartości współczynników korelacji rangowej ρ -Spearmana zamieszczono w poniższej tabeli 5.20.

Tabela 5.20. Analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi wymiarami skali IZZ i skali HLC.

ρ Spearmana	IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe	IZZ – zachowania profilaktyczne	IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne	IZZ – praktyki zdrowotne	IZZ
IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe	1	0,330*	0,134*	0,056	0,243*
IZZ – zachowania profilaktyczne	0,330*	1	0,274*	0,204*	0,387*
IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne	0,134*	0,274*	1	0,228*	0,309*

IZZ – praktyki zdrowotne	0,056	0,204*	0,228*	1	0,216*
IZZ	0,243*	0,387*	0,309*	0,216*	1
HLC - kontrola wewnętrzna	-0,094	0,019	-0,044	0,009	-0,020
HLC - wpływ innych	-0,011	0,095	0,065	0,004	0,053
HLC - przypadek	0,058	0,018	0,088	-0,052	0,029

* - korelacja istotna statystycznie przy poziomie istotności $\alpha=0,05$

6.Dyskusja

Za trafny uważa się powszechnie pogląd, iż „zdrowie należy do najmniej negowanych wartości w każdym społeczeństwie i kulturze – jest wartością samą w sobie. Jest też niezbędne dla osiągnięcia życiowych celów, takich jak lepsza edukacja czy zatrudnienie”, a zarazem wszyscy ludzie, jak ujęła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), mają prawo cieszyć się najwyższym osiągalnym standardem zdrowia w swoim społeczeństwie. Równocześnie jednak trudno odmówić trafności stwierdzeniu, „że ludzie nie cieszą się w równym stopniu zdrowiem” [68].

Zróznicowanie społeczeństwa pod względem stanu zdrowia to efekt oddziaływania różnych czynników od genetycznych począwszy, a na tzw. lifestylowych (uleganie wzorcom stylu życia negatywnie wpływających na zdrowie, np. wzorom żywienia, wzorcom aktywności zawodowej czy wzorcom spełniania czasu wolnego) skończywszy. Generalnie więc na stan zdrowia ludzi wpływ mają z jednej strony czynniki obiektywne, na które człowiek nie ma wpływu, oraz czynniki subiektywne, tj. w pełni od człowieka zależne. Warto w tym kontekście przytoczyć trafną opinię Žižki – Salomon [69]. Jak zauważa Autorka, „zdrowie można nie tylko odzyskać i zachować, ale można je jednocześnie pomnożyć podejmując działania kreacyjne”. Potrzeba podejmowania zachowań kreacyjnych wynika z faktu, że większość problemów zdrowotnych jest następstwem wadliwego stylu życia. Przyjmuje się, że zdrowie jest uwarunkowane przez działania medyczne tylko w granicach 10-15%, podczas gdy udział ludzkich zachowań ocenia się na około 50% [69]. Nie interwencja medyczna zatem, którą wielu uznaje, jak się okazuje błędnie, za podstawowe źródło dobrego stanu zdrowia, ale zachowania określone w literaturze jako „zdrowotne”, a więc służące jego utrzymaniu i pomnażaniu. Z tego względu problematyce zachowań zdrowotnych przypisać należy szczególną wagę społeczną. Dotyczy to zwłaszcza dzieci i młodzieży. Ludzie młodzi znajdują się na etapie kształtowania się dojrzałej osobowości, dojrzałego światopoglądu, dojrzałych osądów, ale także dojrzałych zachowań, do których zaliczyć należy zachowania zdrowotne. W okresie adolescencji występuje szczególne zagrożenie tzw. zachowaniami ryzykownymi, także w odniesieniu do sfery zdrowia, wyrażającymi się w nieprzestrzeganiu diety, sięgania po używki i środki uzależniające, unikaniu aktywności ruchowej itp. [70] Zachowania ryzykowne w sferze zdrowia są swoistym rewersem zachowań zdrowotnych. Z punktu widzenia szeroko rozumianej pedagogiki społecznej szczególnie istotne jest rozpoznanie mechanizmów kształtowania się

zachowań zdrowotnych w okresie adolescencji, co w przełożeniu na praktykę pozwala je kształtować w procesie oddziaływań pedagogicznych, a zarazem w toku tych samych procesów niwelować zagrożenia zachowaniami ryzykownymi [71]. Innymi słowy, wiedza o mechanizmach kształtowania się zachowań zdrowotnych pozwala wzmacniać u adolescentów postawy sprzyjające utrzymaniu i pomnażaniu zdrowia, przy jednoczesnym osłabianiu, o ile nie wręcz eliminowaniu, skłonności do zachowań zdrowotnych w sferze zdrowia.

Niniejsze opracowanie, tak w swym wymiarze teoretycznym, jak i empirycznym, nawiązuje do nurtu badań ukierunkowanych na poznanie mechanizmów kształtowania się zachowań zdrowotnych u dzieci i młodzieży, w kontekście takich psychologicznych determinant tego rodzaju procesu jak poczucie własnej wartości i skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, subiektywna ocena własnego zdrowia oraz jego wartościowanie. Właściwym obszarem badań jest kształtowanie się zachowań zdrowotnych w kontekście wymienionych wyznaczników u dzieci i młodzieży chorych na padaczkę czy z bólami głowy. W polu zainteresowań badawczych znalazła się także kwestia różnic w mechanizmie kształtowania się zachowań zdrowotnych między młodzieżą zdrową a chorą, dotkniętą wspomnianymi schorzeniami. Na podstawie przeprowadzonych analiz sformułowano wnioski, odnoszące się tak do samej materii badań, jaki do praktycznego zastosowania jej wyników w oddziaływaniach pedagogicznych, nastawionych na promocję zdrowia i zachowań zdrowotnych oraz na przeciwdziałanie skłonnościom do zachowań ryzykownych, mogących w następstwie przynieść niekorzystne skutki zdrowotne.

Zdrowie młodego człowieka w znacznym stopniu zdeterminowane jest przez zespół zachowań wyznaczających jego sposób życia. Do kluczowych czynników decydujących o jakości życia należą sposób odżywiania się oraz aktywność fizyczna. Prawidłowe nawyki żywieniowe, czyli spożywanie określonych ilości składników pokarmowych adekwatnie do zmieniających się potrzeb organizmu oraz regularne podejmowanie aktywności fizycznej, wpływają nie tylko na prawidłowy rozwój psychofizyczny młodego pokolenia, ale również determinują stan zdrowia w wieku dojrzałym i starszym [72]. Zdrowie młodego człowieka zależy wszakże również od jego stosunku do własnego zdrowia, przejawiającego się w zachowaniach zdrowotnych, tj. zachowań ukierunkowanych na zachowanie zdrowia i uniknięcia kłopotów na tym tle. Zachowania te nie kształtują się samoistnie i zależą nie tylko od wewnętrznych przekonań i przeświadczeń zainteresowanego, ale także od siły i kierunku oddziaływania czynników zewnętrznych, występujących, najogólniej rzecz biorąc, w jego otoczeniu społecznym. Wpływ na zachowania zdrowotne mogą mieć również czynniki nietypowe np. choroba, zmieniająca na ogół optykę oglądu rzeczywistości, a więc także sądy

o niej czy przemożny, jakościowo silniejszy od innych, wpływ określonego źródła perswazji (np. reklamy). Generalnie zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży kształtują się w warunkach istnienia i przenikania się wewnętrznego systemu przekonań i zewnętrznego systemu perswazji, odzwierciedlających usytuowanie systemów kontroli zachowań.

Prezentowane badania wpisują się w szeroki nurt zainteresowań nauki problematyką uwarunkowań zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Co cztery lata, począwszy od 1983 roku, ponawiane są badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Collaborative Cross-national Study) i w kolejnych edycjach obejmując coraz to nowe kraje. Polska uczestniczyła w tych badaniach w latach 1990, 1994, 1998, 2002, 2006 i 2010. Wyniki najnowszych badań ukazały się w języku polskim w 2011 roku [73]. W badaniach tych wyodrębnia się cztery dominujące podejścia zintegrowane: 1) typowe dla psychologii społecznej, nawiązujące do tradycyjnego rozumienia trybu życia oraz uwzględniające wpływ takich czynników, jak: umiejętności życiowe, poczucie własnej wartości, postrzegane wsparcie społeczne i presja społeczna; 2) typowe dla epidemiologii i zdrowia publicznego, a więc koncentrujące się na monitorowaniu badanych zjawisk (częstości i tendencji zmian), identyfikacji grup ryzyka oraz czynników ryzyka; 3) socjologiczne, nastawione na analizę wpływu czynników strukturalnych, często wsparte modelami teoretycznymi, przy zastosowaniu takich m.in. metod analiz jak modele wielopoziomowe (multilevel), uwzględniające wielokrotnie złożoną hierarchiczną strukturę danych (uczeń-klasa-szkola-region-kraj); 4) biologiczne, koncentrujące się na indywidualnym procesie dojrzewania płciowego [73]. W prezentowanych badaniach zastosowano pierwsze z wymienionych podejść, traktując zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży przede wszystkim jako funkcję poczucia własnej wartości oraz układu mechanizmów kontrolnych (kontrola wewnętrzna, kontrola zewnętrzna) jako czynnika konstytuującego zachowania zdrowotne. Podobne ujęcie spotkać można w szeregu dalszych publikacjach dotyczących mechanizmu kształtowania się zachowań zdrowotnych, w tym także mechanizmu kształtowania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży [74]. Rosnące zainteresowanie badaniami problematyki zdrowia z perspektywy psychologicznej związane jest z poszerzeniem jego definicji o aspekt psychologiczny [75]. Zmiana w pojmowaniu zdrowia, zrozumienie, jak bardzo prawidłowość fizycznego funkcjonowania jest związana ze stylem życia, myśleniem i środowiskiem społecznym, wyznaczyła nowe drogi i obszary badań zarówno medycznych, jak i psychologicznych oraz wskazała na potrzebę współpracy przedstawicieli obu dziedzin. Czynniki psychologiczne stanowią podstawę każdej pracy z pacjentem, a ich rola w procesie choroby, zwłaszcza choroby przewlekłej oraz w przebiegu i skuteczności terapii jest ogromna,

lecz ciągle jeszcze mało doceniana [76]. Taka też motywacja legła u podłoża wyboru perspektywy badań prezentowanych w niniejszym opracowaniu.

Badania, których wyniki są w tym miejscu prezentowane, dotyczą, jak już nadmieniano, specyficznej kategorii osób – adolescentów. Osoby objęte badaniami mają nadto cechę specyficzną: dotknięci są padaczką oraz bólami głowy. W świetle ugruntowanego w literaturze poglądu okres adolescencji jest szczególnie ważny dla kształtowania się dojrzałej osobowości człowieka, ze względu na wagę zachodzących wówczas procesów psychicznych [77]. Patologiczne nieprawidłowości w tej mierze polegają na braku poczucia tożsamości, zwłaszcza zaś przyjęcie tożsamości odzwierciedlonej, będącej rezultatem oddziaływań formacji popkulturowych i wzorców zachowań przestępczych [78]. Charakterystyczna dla adolescentów jest także, przy niedostatku w funkcjonowaniu dyscyplinujących zachowania mechanizmów kontroli, zwłaszcza zewnętrznej, skłonność do ulegania wpływom gotowych, zwłaszcza gdy są dla nich atrakcyjne, wzorców postępowania, wytworzonych przez określone struktury występujące w środowisku adolescenta. Najczęściej ulega on wpływom grupy rówieśniczej, przejmując tzw. tożsamość syntetyczną [79].

Uwagi powyższe dotyczą również kształtowania się zachowań zdrowotnych, które są funkcją poczucia tożsamości, stałości, odrębności i zdolności wyboru celów. Są one efektem ukształtowanej postawy wobec zdrowia, a szczególnie poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie innych [79].

To także funkcja poziomu samooceny. W świetle badań Wrony-Polańskiej [80] osoba o wysokiej samoocenie, traktująca zatem samą siebie jako istotną wartość oraz mająca w związku z tym silne poczucie kontroli wewnętrznej, transakcję stresową rozwiązują na korzyść zachowań służących zdrowiu, jako zasobu podnoszącego jego wartość podmiotową. Wysoka samoocena wzmacnia nadto zasoby behawioralne (przekonania prozdrowotne, przeświadczenie o prozdrowotnym charakterze podejmowanych działań. Wszystko to razem sprzyja wzmocnieniu zasobów biologicznych. Generalnie, jak pisze cytowana badaczka, w sytuacji stresowej jaką stwarza niepewność co do własnego zdrowia, u osoby o wysokiej samoocenie silne struktury osobowości, odwołujące się do silnego poczucia kontroli wewnętrznej, zdolne są tak pokierować zasobami, aby służyły one zachowaniu zdrowia [80]. W wymiarze czynnościowym przejawia się to w zachowaniach prozdrowotnych.

Okolicznością podnoszoną w literaturze, jaka wymaga w kontekście prezentowanych wyników podkreślenia, jest właśnie kwestia umiejscowienia kontroli wewnętrznej. W piśmiennictwie silnie ugruntowany jest pogląd, iż istnieje ścisły związek między postrzeganiem, na ile jesteśmy władni kontrolować sytuację, a postrzeganiem własnych

kompetencji w danym zakresie. Aaron Antonovsky [81] z kolei opisując poczucie koherencji wymienia sterowalność, ściśle związaną z posiadaniem odpowiednich zasobów i strategii dla poradzenia sobie z sytuacją [81]. Oznacza to, że samodzielność jakichkolwiek działań, a zatem również zachowań zdrowotnych, jest funkcją wewnętrznego usytuowania kontroli zdrowia. Nieco inaczej omawiana kwestia ujmowana przez Georgesa D. Bishopa [82]. Dzieli on kontrolę na behawioralną i poznawczą. Kontrola behawioralna, to przekonanie, że jesteśmy w stanie kontrolować negatywne skutki sytuacji. Niekonieczne jest zatem samo działanie, jako, że samo przekonanie jest najważniejsze [82]. Jeżeli zatem człowiek ma świadomość, iż skutkiem niedostatku lub braku zachowań zdrowotnych (złe odżywianie się, brak aktywności fizycznej, nadmierna koncentracja na aktywności zawodowej itp.) będzie przynajmniej pogorszenie stanu zdrowia, a on zdrowie traktuje jako jedną z głównych wartości, zapewniających wysoką jakość życia i niezbędną do osiągnięcia szczęścia, to samo to przekonanie będzie wystarczające, aby preferować zachowania zdrowotne. Tym samym zatem także można przyjąć, iż największy wpływ na własne losy mają ci, których system kontroli jest usytuowany wewnątrz, najmniejszy zaś ci, którzy są kontrolowani z zewnątrz, a więc działają pod zewnętrzną presją, a nie na podstawie imperatywnej. Jak wynika z prezentowanych badań reguła ta dotyczy także kształtowania się mechanizmu zachowań zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży chorych na padaczkę i bóle głowy: praktykowanie przez nią zachowań zdrowotnych zdeterminowane jest wewnętrznym usytuowaniem ośrodka kontroli zdrowia.

Z uwagi na okoliczność, iż zdrowie traktowane jest jako wartość bezwzględna [83], niezależnie od tego w jakim stadium rozwoju osobniczego znajduje się człowiek, dbałość o zdrowie dzieci i młodzieży powinna być jednym ze składników paradygmatu wychowania człowieka, tj. wartością, którą mu należy przekazać w drodze szeroko rozumianych procesów wychowawczych. Aby w porę zapobiec ugruntowaniu się u adolescenta niewłaściwych z punktu widzenia wartości zdrowotnych nawyków i zachowań należy zidentyfikować i opisać potencjalne zagrożenia jakie mogą wystąpić w procesie kształtowania u niego zachowań prozdrowotnych, przejawiających się najczęściej w działaniach i zachowaniach ewidentnie z perspektywy normy zachowania prozdrowotnego, antyzdrowotnych, prowadzących w konsekwencji negatywnych konsekwencji dla zdrowia. Jak zwrócił uwagę Erikson [84], już w okresie adolescencji kształtuje się własna definicja zdrowia, bazująca na tożsamości zdrowotnej, kształtującej się, co charakterystyczne jest dla okresu dojrzewania, na mechanizmie identyfikacji, którego istotą jest interioryzacja zewnętrznych wyznaczników zachowań [84]. Tym samym, jeżeli punkt odniesienia w kształtowaniu zachowań

prozdrowotnych jest z punktu widzenia ich prawidłowości, właściwy, zachowania prozdrowotne występują, w przeciwnym zaś wypadku dochodzi do zachowań antyzdrowotnych, których „materialnym” skutkiem są różnego rodzaju kłopoty zdrowotne. Prezentowane badania potwierdzają trafność przywołanego spostrzeżenia. W tym należy zatem należy upatrywać praktycznej użyteczności prezentowanych badań, jako, że ich wyniki zawierają praktyczne wskazówki dla pracy pedagogicznej, jakie taktyki i strategie oddziaływań wychowawczych należy stosować w pedagogice prozdrowotnej wśród młodzieży, zwłaszcza zaś prowadzonej wśród dzieci i młodzieży chorej na padaczkę i bóle głowy, ukierunkowanych na wyeliminowanie zagrożeń zachowań prozdrowotnych.

Istotną zmienną jaką uwzględniono w toku badań była bowiem choroba adolescentów . W świetle obiegowych opinii osoby chore mają generalnie inny stosunek do spraw istotnych, w tym także do własnego zdrowia, aniżeli osoby zdrowe. Intuicja ta znajduje potwierdzenie w odniesieniu do osób chorych na padaczkę. Problematyka społecznej pozycji osób dotkniętych tym schorzeniem oraz specyfiki ich dyspozycji psychicznych, znajdujących przełożenie na postawy i zachowania, nie jest w piśmiennictwie zbyt szeroko reprezentowana. W Polsce problematyka ta była przedmiotem zainteresowań takich badaczy, jak: Boczarska i wsp. [85], którzy prowadzili badania nad zmianami postaw w stosunku do osób chorych na padaczkę. Ocenę społecznych postaw wobec osób z padaczką omawiał również w swojej pracy Owczarek [86]. W prezentowanych badaniach podjęto z kolei pomijaną na ogół w badaniach nad zachowaniami zdrowotnymi dzieci i młodzieży kwestię wpływu stanu choroby na tego rodzaju zachowania. Badania tej problematyki na ogół dotyczą osób pozostających w normie klinicznej, a więc w momencie przeprowadzenia badań nie dotkniętych żadnymi chorobami. Tymczasem interesująca wydaje się kwestia jaki wpływ ma choroba na gotowość danej osoby do dbałości o swoje zdrowie, czy choroba mobilizuje go do tego rodzaju zachowań, czy też przeciwnie – zniechęca i prowadzi do zachowań szkodliwych dla zdrowia, np. nieprzestrzegania zalecanej diety, unikania używek, unikania aktywności ruchowej. Prezentowanymi badaniami objęto dzieci i młodzież z rozpoznaną padaczką oraz bólami głowy i wpływem tych chorób na kształtowanie się zachowań prozdrowotnych. Na tle dotychczasowego dorobku nauki i dostępnych publikacji w rozpoznaniu problematyki wpływu wymienionych schorzeń na zachowania zdrowotne, wyniki prezentowanych badań są w dużej mierze pionierskie, jako że wcześniej kwestia ta nie była przedmiotem zainteresowań badawczych. Analiza piśmiennictwa wykazała, iż nie prowadzone były żadne badania, tak w ujęciu medycznym, jak i psychologicznym, w którym wykorzystano by w aspekcie komparystycznym Skalę Umiejszczenia Kontroli Zdrowia dla Dzieci do rozpoznania kwestii

kształtowania się mechanizmu zachowań zdrowotnych. Zygrfryd Juczyński, twórca kwestionariusza IZZ, może być uznany za prekursora badań problematyki wpływu choroby na zachowania zdrowotne. Swoimi badaniami objął osoby chore na cukrzycę [87]. Wykazał on ponad wszelką wątpliwość, iż u osób z tym schorzeniem wystąpiło nasilenie zachowań prozdrowotnych, co oznacza, iż osoby z cukrzycą mają wyższą świadomość potrzeby zachowań zdrowotnych, aniżeli osoby zdrowe. Prezentowane badania wykazały, iż podobna zależność występuje w przypadku adolescentów chorych na padaczkę. Daje to podstawy do wysunięcia hipotezy, iż generalnie choroba powoduje nasilenie zachowań prozdrowotnych. Wzmocnić ją mogą, a w perspektywie przeistoczyć w pewnik, iż osoby chore, niezależnie od rodzaju schorzenia, stają się bardziej wyczuleni na sferę zdrowia i podejmują zachowania ukierunkowane na jego odzyskanie, a w perspektywie także na jego umocnienie i pomnożenie. Ustalenia Juczyńskiego oraz poczynione w wyniku niniejszych badań pozwalają za nietrafną uznać tezę Melosika, iż młodzi ludzie postrzegają zdrowie w kategoriach abstrakcyjnych: po prostu „jako zdrowie” bez większej „treści” czy zawartości, a także bez refleksji nad skutkami zachowań ryzykownych [88]. Podobny pogląd wyrazili Gramstad, Iversen i Engelsen [89], dowodząc, iż tak mężczyźni, jak i kobiety bez względu na wiek i stan zdrowia wykazują podobne wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Stanowisko takie uznać można za słuszne w odniesieniu do ludzi zdrowych, którzy nigdy nie doświadczyli choroby. Zarazem jednak nie sposób wykluczyć, iż istotny odsetek tego rodzaju osób wykazuje wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych, gdy skuteczne okazały się wobec niej oddziaływania edukacji zdrowotnej.

Badania niniejsze, i na tym polega ich oryginalność na tle badań dotychczasowych, koncentrują się, uwzględniając dotychczasowe ustalenia nauki w zakresie zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży, na tym ich aspekcie, w którym wśród uwarunkowań zachowań zdrowotnych adolescentów występują bóle głowy czy też padaczka, jako derywaty w kształtowaniu się korelacji między poczuciem własnej wartości i skuteczności, umiejscowieniem kontroli zdrowia, subiektywną oceną własnego zdrowia oraz jego wartościowaniem, a zachowaniami zdrowotnymi. Derywat taki jak ból głowy czy padaczka sprawia, iż takie wyznaczniki zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży jakie wzięto pod uwagę w prezentowanych w badaniach, nieco zniekształcają zachowania „typowe”, kształtowane w sytuacji, gdy żaden czynnik derywujący nie występuje. W konkluzji zatem należy stwierdzić, iż w świetle referowanych badań, bóle głowy i padaczka, rozpatrywane w ujęciu komparatystycznym, powodują nasilenie zachowań zdrowotnych u dzieci oraz adolescentów dotkniętych tego rodzaju dolegliwościami. Innymi słowy, osoby takie lepiej

dbają o swoje zdrowie, mają wyższą świadomość jego pozytywnej roli w kształtowaniu jakości życia, co oznacza w praktyce, iż są bardziej podatne na przekaz zawarty w różnego rodzaju oddziaływaniach pedagogicznych w sferze zdrowia, np. realizowaną w różnych formach i w różnych układach instytucjonalnych edukację zdrowotną. A contraio można przyjąć, choć zgromadzony materiał empiryczny nie dostarcza bezpośrednich dowodów na trafność takiej tezy, iż pełnia zdrowia, brak doświadczenia choroby, wiążących się z nią dolegliwości, kłopotów i utrapień, nie sprzyja preferowaniu zachowań zdrowotnych, a tym samym osłabia podatność na oddziaływania pedagogiczne w tej mierze, i przynajmniej nie jest czynnikiem powściągającym przed zachowaniami ryzykownymi w sferze zdrowia, w znaczeniu w jakim pojęcie to jest używane w niniejszym opracowaniu. Innymi słowy, pełnia zdrowia nie sprzyja kształtowaniu psychologicznych i mentalnych dyspozycji do dbałości o zdrowie, wyrażającej się w zachowaniach zdrowotnych, co dotyczy zwłaszcza ludzi młodych, natomiast stan choroby, także u ludzi młodych, sprzyja nasileniu tego rodzaju dyspozycji. Można to przypisać temu, iż w sytuacji choroby wyostrzeniu ulega potrzeba osiągnięcia wysokiej jakości życia, zabiegania o nią, co często jest utożsamiane z dążeniem do szczęścia. W chorobie, jak zauważa Kazimierz Jaracz, dostrzega się, że zdrowie nie jest jednym z warunków osiągnięcia szczęścia, ale jednym z elementów koniecznych do tego, aby ono zaistniało [90]. W takiej zatem sytuacji, kiedy człowiek doświadcza braku zdrowia, jako elementu koniecznego do szczęścia, pragnąc tego szczęścia zaczyna o nie bardziej zabiegać, co znajduje między innymi wyraz w nasileniu zachowań prozdrowotnych, a więc tych wszystkich zachowań, które pedagogika społeczna łączy z utrzymaniem, umacnianiem oraz pomnażaniem zdrowia. Zdrowotne przeszkody w uzyskaniu szczęścia, wyostwiają zatem postrzeganie choroby jako przeżycia traumatycznego, radykalnie przy tym obniżającego jakość życia. Dotyczy to zwłaszcza chorób przewlekłych, jak padaczka czy bóle głowy, charakteryzujących się cyklicznymi stanami napadowymi. Natura takich chorób sprawia, iż życie chorych jest podzielone między nawracające manifestacje choroby a oczekiwanie na nawrót [91]. Padaczka dziecka wymusza reorganizację normalnego trybu funkcjonowania rodziny, a także generuje różnego rodzaju zaburzenia i problemy emocjonalne jej członków. Stąd konieczność działań wspierających rodzinę, ukierunkowanych na optymalizację jej funkcjonowania w warunkach jakie padaczka u dziecka wyznacza [92]. W warunkach choroby trudno o nastawienie optymistyczne i budowanie w sobie gotowości do zachowań zdrowotnych, tj. w rozpatrywanym przypadku nie tyle dbałości co zabiegania o własne zdrowie. Jak jednak wykazały omawiane badania także u dzieci i młodzieży chorych na padaczkę i cierpiących na uporczywe bóle głowy możliwa jest intensyfikacja zachowań

zdrowotnych. W sytuacji choroby wyostrzeniu ulega potrzeba wysokiej jakości życia, której jednym z czynników konstytutywnych jest zdrowie. Jego niedostatek mobilizuje zatem do podejmowania działań ukierunkowanych na usunięcie tego deficytu, czego wykładnikiem jest intensyfikacja zachowań prozdrowotnych, czego głównym źródłem przestaje być zewnętrzny ośrodek kontroli, a więc np. presja oddziaływań pedagogicznych, gdyż punkt ciężkości kontroli przesuwa się do wewnątrz. Chory sam zaczyna rozumieć, iż oczekiwane podniesienie jakości życia, jakie w jego przekonaniu, przynosi poprawa stanu zdrowia, w dużej mierze zależy od niego samego, od tego w jakim stopniu praktykował będzie zachowania prozdrowotne. Potwierdzenie znajduje w ten sposób podnoszona w piśmiennictwie spostrzeżenie, iż wewnętrzne usytuowanie ośrodka kontroli, do czego prowadzi poczucie zagrożenia dla jakości życia spowodowane chorobą, jest korzystniejsze dla kształtowania się zachowań prozdrowotnych, aniżeli sytuacja braku zagrożenia chorobą i zewnętrzne usytuowanie ośrodka kontroli [87]. W sytuacji zagrożenia w ogóle, przy jednoczesnej determinacji przeciwstawiania się im, człowiek jest w sytuacji wykonawczej bardziej efektywny, gdyż – ze względu na wewnętrzne usytuowanie ośrodka kontroli – ma silniejsze, aniżeli w sytuacji odwrotnej, poczucie własnej skuteczności, własnych kompetencji, wpływu na własną sytuację życiową [87]. W ten sposób, jak zwraca się uwagę w literaturze [87] wewnętrzne poczucie kontroli wiąże się z dążeniem do poprawy i utrzymania zdrowia, w rezultacie czego wynik koreluje z podejmowaniem profilaktycznych zachowań zdrowotnych. Spostrzeżenie to niewątpliwie znajduje potwierdzenie w wynikach prezentowanych badań: młodzi ludzie cierpiący na padaczkę oraz bóle głowy bardziej preferują zachowania zdrowotne, aniżeli młodzież zdrowa. Referowane badania wykazały wysokie poziomy wszystkich wskaźników odnoszących się do wpływu systemu kontroli wewnętrznej na zachowania zdrowotne osób objętych badaniami. Niemal wszyscy (97%) deklarują, że są gotowi na podjęcie wszelkich działań, aby mieć zdrowe zęby, co oznacza, iż nie tylko wiedzą, co należy w tym kierunku zrobić, ale też rozumieją jakie jest to ważne. Podobne wskaźniki (93,3%) uzyskano w odniesieniu do kwestii unikania wypadków (93,3%), unikania zachorowań i podejmowania działań poprawiających samopoczucie (po 90%). Różnice wartości między poszczególnymi wskazaniem uznać należy za ilościowe. Pozwala to przyjąć, iż ponad 4/5 ankietowanych posiada odpowiednią wiedzę na temat tego, co należy robić aby zachować zdrowie oraz co ważniejsze ma świadomość potrzeby podejmowania tego rodzaju działań. Oznacza to, że zachowania zdrowotne podejmują w wysokim stopniu z własnego przekonania, a nie pod wpływem zewnętrznej inspiracji czy presji. Przeprowadzone badania potwierdziły trafność teorii samoskuteczności, zgodnie z którą samoskuteczność, tj. zdolność

dbania we własnym zakresie o własne zdrowie, jest jednym z istotnych wyznaczników zachowań zdrowotnych [93]. Osoby samo skuteczne zatem wykazują zachowania zdrowotne i unikają zachowań ryzykownych, jako potencjalnie zagrażających zdrowiu.

Należy w związku z tym zauważyć, iż wystąpienie takich preferencji w sytuacji choroby możliwe jest tylko wówczas, gdy myślenie chorego zostanie ukierunkowane pozytywnie, dzięki temu wytworzy on w sobie optymistyczny obraz przyszłego, wolnego od choroby, a więc zdecydowanie lepszego jakościowo, życia. Osoby chore, jak wykazują badania, mają świadomość ograniczeń jakie stawia im choroba oraz wysoko rozwinięte poczucie samokontroli, jako warunku koniecznego radzenia sobie z nią. Stawia ona jednak przed nimi często wyzwania, którym nie są w stanie samodzielnie, zwłaszcza pod względem psychicznym, poddać. Często stawiają nierealistyczne oczekiwania względem terapii oraz osób odpowiedzialnych za jej przebieg. Niespełnienie tych oczekiwań powoduje u chorego osłabienie strony wolicjonalnej, w rezultacie traci on wiarę w sens dalszego leczenia, ze wszystkimi tego negatywnymi następstwami dla jego dalszego przebiegu. Jeżeli zatem w kontekście wyników prezentowanych badań mówimy o pozytywnej korelacji między zwiększeniem preferencji dla zachowań zdrowotnych u dzieci i młodzieży dotkniętej padaczką i bólami głowy, to musimy mieć na uwadze, iż taki pozytywny mechanizm może tylko wystąpić tylko pod warunkiem zachowania przez nich, przy wszystkich ograniczeniach jakie stawia przed nimi choroba, pozytywnego myślenia. Dopuszczalne jest zatem spostrzeżenie, choć materiał empiryczny nie dostarcza w tej mierze bezpośrednich dowodów, iż może to w dużej mierze zależeć od wcześniejszej efektywności zewnętrznego usytuowania kontroli, tj. np. od skuteczności oddziaływań edukacji zdrowotnej, w rezultacie czego jej treści uległy interioryzacji i wzmocniły wewnętrzny system kontroli, w rezultacie czego następuje intensyfikacja zachowań zdrowotnych, z dominującą motywacją „od wewnątrz”. Taki efekt zaobserwowano w objętej badaniami grupie dzieci i młodzieży. Za bezdyskusyjne w świetle uzyskanego w ich toku materiału empirycznego uznać należy, iż w grupie tej mamy do czynienia z wewnętrznym usytuowaniem ośrodka kontroli zdrowia, a tym samym zachowania prozdrowotne są kwestią własnych świadomych decyzji, a nie nacisku zewnętrznych, usytuowanych w otoczeniu społecznych chorych, ośrodków kontroli.

Nieuprawnione byłoby wszakże, w świetle powyższych uwag, absolutyzowanie faktu wewnętrznego usytuowania ośrodka kontroli w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. Uzyskany materiał empiryczny upoważnia do stwierdzenia, iż badanym nie jest także obce poczucie kontroli zewnętrznej. 41% spośród nich w wypadku problemów zdrowotnych w szkole zwraca się do pielęgniarki, a około 1/3 w razie choroby postępuje tak, jak nakazują im

inne osoby, przy czym co czwarty stanowczo deklaruje, iż w takim przypadku może zrobić tylko to, co zaproponuje lekarz. 18% ankietowanych bierze pod uwagę rady rodziców, jak unikać chorób, a 15% - to, co radzą nauczyciele, jak unikać wypadków. Co więcej, w każdym przypadku, jak pośrednio wynika z materiału empirycznego, badani nie mogliby się obejść bez rad innych. W nieco większym stopniu na wpływy zewnętrzne w sprawach zdrowotnych podatni są chłopcy, natomiast w grupie osób zdrowych wraz z wiekiem maleje wpływ innych na kształtowanie zachowań zdrowotnych. Wartości powyższe zdecydowanie maleją w grupie osób chorych, choć rozkład wartości ze względu na wiek i płeć jest podobny jak w grupie osób zdrowych. Oznacza to, że generalnie w sprawach zdrowotnych ludzie bardziej polegają na sobie, aniżeli na innych, z tym, że tendencja ta nasila się wraz z wiekiem oraz w sytuacji choroby. W tym drugim przypadku zebrany materiał empiryczny nie upoważnia do tego, aby uznać zróżnicowanie ze względu na stan zdrowia za istotnie różnicujące, choć zarówno wśród badanych dziewcząt jak i chłopców osoby zdrowe relatywnie mniejszą wagę przypisują wpływowi innych osób niż osoby z dolegliwościami (padaczka czy bóle głowy). Nie zmienia to jednak faktu, iż generalnie na kształtowanie zachowań zdrowotnych zdecydowanie większy wpływ ma poczucie kontroli wewnętrznej, aniżeli spersonalizowana kontrola zewnętrzna.

Odnosząc się do powyższych danych podkreślić należy, iż nie wolno zwłaszcza pomijać roli rodziny, jako czynnika kontroli zewnętrznej, zwłaszcza gdy chodzi o dzieci młodzież dotkniętą określonymi chorobami. Warto tylko ogólnie zauważyć, iż prawny wymóg dbałości o dobro dziecka nie pozwala rodzicom (opiekunom, innym członkom rodziny, mającym wobec nieletniego członka rodziny obowiązek alimentacyjny) pozostawić go samemu sobie i tym samym zrezygnować z wpływania na jego postawy i zachowania, zwłaszcza zaś na zachowania zdrowotne, od których zależą rokowania powrotu do zdrowia. W odniesieniu do dzieci i młodzieży, objętej omawianymi badaniami, nie można zatem pominąć wpływu rodziny na kształtowanie u nich zachowań zdrowotnych.

Zwrócić uwagę należy również, iż istotną rolę w kształtowaniu zachowań zdrowotnych młodzieży pełnią także inne czynniki usytuowane w zewnętrznym ośrodku kontroli. Chodzi tu przede wszystkim o instytucje edukacyjne i wychowawcze realizujące cele i zadania edukacji prozdrowotnej, tj. przedszkole, szkołę, odpowiednie agendy służby zdrowia prowadzące działalność edukacyjną [94]. W interesującym nas przypadku zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży chorującej na padaczkę oraz bóle głowy, istotne są zgłaszane w literaturze wymogi, aby nauczyciele i wychowawcy placówek opiekuńczo-wychowawczych, do których uczęszcza dziecko chore na padaczkę, byli informowani o chorobie dziecka [94]. Mogą oni dzięki temu oddziaływać ? na rodziców ze stanowiska nauki, na

których opiera się edukacja zdrowotna. Jednym z jej istotnych elementów jest budowanie właściwego stosunku do leczenia oraz zaufania dla specjalistów prowadzących leczenie. Często rodzice nie wierzą w prawidłowość diagnozy, nie akceptują rozpoznania i szukają potwierdzenia u kolejnych specjalistów. Wykonują kolejne, liczne badania w nadziei na otrzymanie innej diagnozy oraz próbują odnaleźć swoje miejsca w nowej sytuacji. Bardziej w ten sposób, obiektywnie rzecz biorąc, odreagowują własne napięcia związane z chorobą dziecka, aniżeli wspierają jego terapię. Postawy tego rodzaju mogą zostać zmienione właśnie pod wpływem systematycznych oddziaływań edukacyjnych czy to ze strony szkoły, do której uczęszcza dziecko, czy to realizowanych poprzez specjalne szkolenia w formule „szkoła dla rodziców”. Nie chodzi tu bynajmniej o to, by rodzice zdolni byli zastąpić w leczeniu lekarzy, ale by wzmacniała ich właściwe postawy wobec procesu leczenia, jako, że edukacja zdrowotna nie może zastąpić poradnictwa lekarskiego, ale efektywnie je uzupełniać. Postawą najczęściej przyjmowaną przez rodziców wobec choroby dziecka jest nadopiekuńczość i na to powinny być przede wszystkim ukierunkowane oddziaływania rodziców [95]. Generalnie więc należy przyjąć, iż szkoła jako element systemu kontroli zewnętrznej może skutecznie wpływać na postawy rodziców, a poprzez nich realizuje się wpływ na ośrodek kontroli wewnętrznej. Negatywnie oceniany jest natomiast wpływ mediów na zachowania zdrowotne, które dostarczają raczej wzorców zachowań antyzdrowotnych [96].

Materiał empiryczny uzyskany w omawianych badaniach pozwala na stwierdzenie, iż występuje pozytywna korelacja między prawidłowo funkcjonującą rodziną a zachowaniami zdrowotnymi rodziców. Wynika to z prawidłowych relacji ankietowanych z rodzicami. 89% spośród nich zadeklarowało, że ma oddanych przyjaciół i ustabilizowane życie rodzinne. Ma to szczególne znaczenie w przypadku schorzeń, na jakie cierpią osoby objęte referowanymi badaniami, tj.: padaczki i bólów głowy. W ich przypadku pozytywne nastawienie psychiczne ma szczególnie duży wpływ na pomyślny przebieg leczenia, jak i na kształtowanie zachowań zdrowotnych. W badanej grupie zatem wystąpiły dogodne warunki do kształtowania się zachowań zdrowotnych pod wpływem rodziny, jako zewnętrznego ośrodka kontroli. Oddziaływania ze strony rodziny odbywają się w atmosferze stabilizacji, przychylności i bezpieczeństwa, co sprzyja, jak zwraca uwagę Sęk [97] skutecznemu przekazowi wiedzy, wartości i wzorców. Taka rodzina spełnia kryteria ważnego elementu pośredniczącego między sferą edukacji zdrowotnej a chorym dzieckiem. Otoczone one przychylnością lepiej przyswaja i interioryzuje płynące z rodziny sygnały.

Wynikające z powyżej zarysowanej sytuacji wnioski zbieżne są nie tylko z powszechnie cytowanym hasłem WHO, iż „zdrowie zaczyna się w domu”, ale także z wynikami licznych

wcześniejszych badań. Obszernie kwestię pozytywnej korelacji między prawidłowo funkcjonującą rodziną, dostarczającą prawidłowych wzorców w zakresie zdrowia, analizują na podstawie badań zagranicznych, polskich i własnych Zadworna-Cieślak i Ogińska-Bulik [98]. Kawczyńska-Butrym [99], także bazując na licznych badaniach, w tym własnych, podkreśla, iż że rodzina kształtuje poprzez żywy przekaz wzorce zachowań zdrowotnych, będąc w tym zakresie czynnikiem mobilizującym i motywującym. Prawidłowo funkcjonująca rodzina ponadto stwarza warunki przejawiania zachowań zdrowotnych, chroni w trudnych sytuacjach życiowych, wspomaga emocjonalnie i opiekuńczo w sytuacjach choroby, pozwala na odreagowanie silnych napięć emocjonalnych korzystnych dla zdrowia, realizuje pełną opiekę i pomoc w samoobsłudze i innych czynnościach. Z kolei Woźniak [100] zwraca uwagę na konstruktywną rolę rodziny w profilaktyce chorób oraz w procesie leczenia, podczas którego zabezpiecza kluczowe dla pomyślnego jej przebiegu potrzeby, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, ponosi koszty leczenia, wspiera w sytuacjach dla chorego traumatycznych, zwłaszcza w sytuacji dojmującego poczucia osamotnienia. Troska ośrodka zewnętrznego kontroli zachowań zdrowotnych wzmacnia moralnie i wolicjonalnie chorego, podnosząc w zakresie zachowań zdrowotnych efektywność wewnętrznego ośrodka kontroli. Głównymi predyktorami zachowań zdrowotnych w przypadku dzieci i młodzieży są tu, mające dla nich w rodzinie prawidłowo funkcjonującej, charakter wzorcotwórczy i normotwórczy, postawy i zachowania rodziców [98]. I przeciwnie – dysfunkcje w rodzinie, zwłaszcza nieefektywność relacji między rodzicami u dzieci zwiększa u tych ostatnich zagrożeniami ryzykownymi [62]. Nieefektywność, o której mowa jest bezpośrednim skutkiem nieprawidłowości w wyborze formy komunikacji między rodzicami i dziećmi, a tym samym formy perswazyjnego oddziaływania rodziców na dzieci. Jak bowiem wynika z ustaleń Demela [13] oraz Woynarowskiej i Sokołowskiej [99], nie imperatywna presja rodziców na dzieci, a dążenie do zrozumienia przez te ostatnie wagi zachowań prozdrowotnych dla jakości ich życia, a tym samym i życiowego powodzenia, tj. świadome uczestnictwo prowadzi do wyrobienia u dzieci i młodzieży zachowań zdrowotnych. Nakazy, zakazy czy zmuszanie prowadzą do skutku przeciwnego – do zagrożenia zachowaniami ryzykownymi. Uprawnione jest w kontekście powyższych uwag stwierdzenie, że dzieci i młodzież, w tym także dotknięta takimi schorzeniami jak padaczka i bóle głowy, lepiej dba o swoje zdrowie w rodzinie nie dotkniętej żadnymi dysfunkcjami, aniżeli w rodzinach dysfunkcyjnych. Można tu mówić o swoistym podwójnym sprzężeniu: zewnętrzny ośrodek kontroli wzmacnia ośrodek wewnętrzny, a ten ostatni poprzez nasilenie zachowań zdrowotnych, wzmacniająco wpływa na ośrodek zewnętrzny, który aktywizuje się w staraniach o zdrowie dziecka.

Przeprowadzone badania uwzględniały także wpływ niepersonalnego ośrodka kontroli na kształtowanie zachowań zdrowotnych, jakim jest przypadek. W tym wypadku bardziej chodzi o uchwycenie subiektywnego poczucia wpływu czynników losowych, na które człowiek w praktyce nie ma wpływu, na to czy jest on zdrowy czy dotyka go choroba. Sposób rozstrzygnięcia tej kwestii decyduje czy człowiek dostrzega sens w tym by zabiegać o zdrowie oraz brać pod uwagę to, co w tym zakresie mają do powiedzenia inni. Wpływa to także na sposób postrzegania własnej choroby. W świetle wyników badań Saka [101] „przekonanie o braku możliwości wpływania na stan swojego zdrowia sprzyja postrzeganiu własnej choroby jako bardziej dolegliwej” i odwrotnie – „psychologiczna aktywizacja pacjentów i wzrost u nich przekonań o możliwości oddziaływania na własne zdrowie może wpływać korzystnie na optymalizację kosztów ponoszonych w ramach systemu opieki zdrowotnej na leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi” [101]. Jak można sądzić wynika to stąd, że chory, który jest przekonany, iż stan zdrowia jest w istotnym stopniu zależny od jego starań aktywnie włącza się w proces leczenia poprzez np. ściśle przestrzeganie zaleceń lekarzy. Osoba mająca przeświadczenie przeciwne nie angażuje się w sposób znaczący w walkę z chorobą, a samą chorobę postrzega tylko przez pryzmat dolegliwości, które się z nią wiążą.

Referowane badania własne wykazały, że blisko 2/3 ankietowanych prezentuje pogląd, iż ludzie chorują dlatego, że istnieją choroby, a ulegają wypadkom dlatego, że się one zdarzają. Brak choroby oraz uniknięcie wypadku to, w opinii niemal połowy ankietowanych, to kwestia szczęścia, a nie tego, czy coś się w tym kierunku robi czy nie. Łatwo dostrzec w deklaracjach ankietowanych istotną nutę fatalizmu. Nieco mniej fatalistycznie nastawione są do kwestii zależności między zdrowiem a czynnikami losowymi nastawieni są chłopcy niż dziewczęta, ale różnice między nimi w tym zakresie nie mają charakteru istotnego. Zaobserwowano natomiast, iż czynnikiem istotnie różnicującym jest stan zdrowia oraz wiek. Ogólnie rzecz biorąc badana młodzież z padaczką częściej wskazuje na przypadek jako czynnik wpływający na zdrowie. Relatywnie wyższe wyniki zaobserwowano również wśród 15-nasto i 17-nastolatków. Na te wyniki złożyły się m.in. zaobserwowane statystycznie istotne różnice w grupie badanych chłopców. Na nieco inną rolę niepersonalnych zewnętrznych ośrodków kontroli wskazują w konkluzji swoich badań Czarnecka i Cierpiałkowska [103]. Wysokie wyniki w skali zewnętrznego poczucia kontroli niepersonalnej wiążą one ze zwolennikami biomedycznego modelu zdrowia, podczas, gdy w przeprowadzonych badaniach, mamy raczej do czynienia ze zwolennikami modelu holistycznego, a więc koncentracji na zdrowiu. Niezgodność ta może wynikać z istotnej

różnicy cech badanej próby: badania Czarneckiej i Cierpiałkowskiej dotyczyły zdrowych studentów, a więc ludzi ogólnie znanych ze skłonności do mało ortodoksyjnego, mało liczącego się z obowiązującymi regułami poprawnościowymi trybu życia [103]. Rozpatrywana w tym miejscu kwestia wymaga więc dalszych badań na próbach bardziej porównywalnych pod względem cech dystynktywnych.

Generalnie więc można w świetle powyższych uwag dotyczących wpływu ośrodka kontroli wewnętrznej i ośrodków kontroli zewnętrznej na zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży objętych badaniem, stwierdzić, iż kształtowane są one przede wszystkim pod wpływem pierwszego z nich, a w dużo mniejszym stopniu, choć również zauważalnym, pod wpływem takich ośrodków zewnętrznych jak rodzina i system edukacyjny. Do podobnych ustaleń w odniesieniu do młodzieży studenckiej cytowane już wcześniej Czarnecka i Cierpiałkowska [103]. Badania ich wykazały istnienie istotnych statystycznie i wprost proporcjonalnej zależności pomiędzy preferencją modelu holistycznego w przekonaniach studentów a wewnętrznym poczuciem lokalizacji kontroli zdrowotnej. Co istotne z punktu widzenia analizowanych badań osoby, które wykazywały słabszą preferencję dla modelu holistycznego, a tym samym wyższą preferencję dla modelu biomedycznego, uzyskiwały wyższe wyniki na skali zewnętrznego poczucia kontroli (ze szczególnym jednak wskazaniem czynników niepersonalnych: losu i przypadku) [103]. Cytowane badania Czarneckiej i Cierpiałkowskiej [103] wykazały ponadto występowanie odwrotnie proporcjonalnej zależności między lokalizacją wewnętrzną i zewnętrzną ośrodków kontroli, tj. występowaniem empirycznie potwierdzonej sytuacji, w której osoby mające silne poczucie kontroli wewnętrzne uzyskiwały znacznie niższe wyniki w zakresie kontroli zewnętrznej. Można zatem przyjąć, iż osoby, których zachowania zdrowotne kształtowane są w sposób przemożny pod wpływem wewnętrznego ośrodka kontroli, w mniejszym stopniu uwzględniają w tym zakresie wpływy zewnętrznych ośrodków, zwłaszcza personalnych, ale mają też ugruntowane przeświadczenie, iż ich zdrowie w niewielkim stopniu, o ile w ogóle, zależy od czynników losowych. Z uwagi na okoliczność, iż badaniami własnymi objęte były osoby chore, zasadny wydaje się także wniosek, iż model kształtowania zachowań zdrowotnych oparty na decydującym wpływie ośrodka wewnętrznego i minimalizowaniu wpływów kontroli zewnętrznej, charakterystyczny jest dla osób chorych, które są w sposób szczególny wyczulone na znaczenie zdrowia (którego mają deficyt), na jakość życia, w związku z czym są gotowe tak koncepcyjnie (wiedza, umiejętności), jak i mentalnie, na praktykowanie zachowań, niosących przynajmniej nadzieję na poprawę stanu zdrowia, a co za tym idzie jakości życia, i oddalających różnorodne zachowania zagrożenia zdrowotne,

wynikające np. z nieprzestrzegania diety, braku dbałości o zęby, palenia tytoniu itp. Z całą pewnością powyższy model kształtowania zachowań zdrowotnych odnieść można do dzieci i młodzieży chorującej na padaczkę i cierpiących na bóle głowy, jako, że materiał empiryczny, będący podstawą do wcześniejszych wniosków został uzyskany w wyniku badań w grupie o wymienionych cechach dystynktywnych.

Generalny, sformułowany powyżej wniosek, wynikający z referowanych badań, iż padaczka i bóle głowy u młodzieży są czynnikiem intensyfikacji u niej zachowań zdrowotnych, w związku z przesunięciem ośrodka kontroli z otoczenia zewnętrznego do wewnątrz, wymaga szerszego uzasadnienia w uzyskanych danych, rozpatrywanych w kontekście wyników wcześniejszych badań mechanizmu kształtowania się zachowań zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem przypadku ludzi chorych. Argumentów na rzecz powyższego wniosku dostarcza zwłaszcza materiał uzyskany za sprawą IZZ. Uzyskane dane wskazują, iż zarówno objęte badaniami osoby zdrowe, jak i chore wykazują wysoki poziom wskazań w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (np. 2/3 ogółu badanych deklarowało wysokie spożycie warzyw i owoców oraz ogólną dbałość o zdrowe odżywianie). Niemal $\frac{3}{4}$ badanych zapewnia, iż zawsze przestrzega zaleceń lekarskich tak o charakterze terapeutycznym (przebieg leczenia), jak i o charakterze profilaktycznym (jak unikać przeziębień, zatruc, wypadków itp.). Ankietowani także deklarowali, iż unikają zbędnych napięć emocjonalnych, w czym wspiera ich przyjazne otoczenie rodzinne i rówieśnicze. Zbilansowany IZZ wykazuje średnie wartości we wszystkich badanych obszarach (wyniki uśrednione nieco powyżej 3 w skali pięciostopniowej). Co istotne, wszakże istotnie wyższe wskaźniki IZZ odnotowano w grupie osób chorych, co potwierdza wyrażone już spostrzeżenie, iż osoby chore wykazują wyższy poziom starań o zdrowie, aniżeli osoby zdrowe, upatrując w zachowaniach prozdrowotnych szans na zniwelowanie dolegliwości chorobowych i tym samym podniesienie jakości własnego życia.

Zarówno w grupie osób zdrowych, jak i chorych notuje się zróżnicowanie wyników zależnie od takich zmiennych jak płeć i wiek. Generalnie nieco silniej zachowania zdrowotne manifestują się u chłopców niż dziewcząt, u adolescentów niż dzieci. Podkreślenia wymaga także okoliczność, iż wszystkie cztery skale IZZ, z wyjątkiem prawidłowych nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych, są ze sobą dodatnio skorelowane, tzn. osoby uzyskujące wyższe wyniki w jednym z wymiarów uzyskują również wyższe wyniki w innym z wymiarów. Dodatkowo wszystkie wyróżnione wymiary są również dodatnio skorelowane z ogólną wartością wskaźnika zachowań zdrowotnych. Nie odnotowano przy tym wpływu umiejscowienia kontroli na żaden z wymiarów Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Można

na tej podstawie wnosić, iż zachowania prozdrowotne uwzględnione w IZZ podejmowane są pod wpływem zróżnicowanych ośrodków kontroli, a dopiero w oglądzie generalnym można dostrzec, iż nasilenie zachowań prozdrowotnych jest silniejsze przy dominacji wewnętrznego ośrodka kontroli, co charakterystyczne jest bardziej dla osób zdrowych i chorych.

Analiza wyników IZZ dostarcza przesłanek do stwierdzenia, iż generalnie rzecz biorąc, dzieci i młodzież, co z oczywistych względów bardziej dotyczy chorych niż zdrowych, preferuje zachowania prozdrowotne, unika natomiast zachowań zdrowotnie ryzykownych. Nie znajduje to potwierdzenia w zakresie poszczególnych zachowań zdrowotnych. Przeprowadzone badania wykazują niski wśród badanych odsetek niepalących. Potwierdziły się zatem spostrzeżenia M. Pinguart, Y. Shen [104], iż większość dzieci (89%) pali papierosy, choć stara się w tym ograniczać, a tylko 10% nie pali w ogóle. Na dużą skalę zachowań dzieci i młodzieży nie służących dobrze zdrowiu wskazują polskie badania tej problematyki [68]. Przy próbach jakichkolwiek generalizacji problematyki zachowań zdrowotnych należy mieć na uwadze okoliczność, iż uśredniony wynik wskazujący na preferencje dla zachowań zdrowotnych niekoniecznie musi się znajdować potwierdzenie w przypadku konkretnych zachowań stypizowanych w IZZ. Na średni wynik składają się bowiem zarówno takie elementy jak przestrzeganie zaleceń w chorobie, jak i mało zobowiązujące traktowanie zakazów palenia tytoniu czy picia alkoholu, które to czynności należą do zachowań ryzykownych, i to szczególnej wagi, ale w wielu środowiskach młodzieżowych, mających charakter inicjacyjny, są w tych środowiskach wskaźnikiem i sprawdzianem dorosłości. Niekiedy więc młodzi ludzie podejmują zachowania zdrowotne, które z punktu widzenia umacniania i pomnażania zdrowia są istotne tylko w pewnych okolicznościach (np. stosowanie się do zaleceń lekarza w okresie choroby), a zarazem podejmują zachowania ryzykowne o potencjalnie groźnych skutkach zdrowotnych (obok sięgania po używki także, uleganie złym nawykom żywieniowym, unikanie aktywności fizycznej czy nadmiernie długie przesiadywanie przed telewizorem czy komputerem. Omawiane badania wykazują, że tendencje te występują tak u młodzieży zdrowej, jak i dotkniętej chorobą. Biorąc to pod uwagę należy z pewnym dystansem podejść do wynikających z referowanych badań ustaleń o przemożnej dominacji wewnętrznego ośrodka kontroli w kształtowaniu zachowań zdrowotnych. W kontekście wcześniejszych uwag można wyrazić wątpliwość czy w wypadku ludzi młodych uznać to należy za bezdyskusyjną wartość i czy w sferze działań praktycznych nie kłaść większego nacisku na wzmocnienie oddziaływania personalnych ośrodków kontroli zewnętrznej.

7.Wnioski

1. Preferencje dla zachowań zdrowotnych są niezależnie od tego czy chodzi o osobę zdrową czy chorą - im wyższa samoocena tym silniejsze preferencje dla zachowań prozdrowotnych. Istnieje też związek między nasileniem zachowań zdrowotnych a usytuowaniem ośrodka kontroli.
2. Osoby chore na padaczkę i bóle głowy, wybierają holistyczny model stosunku do własnego zdrowia, za którym idzie przekonanie, iż zdrowie jest funkcją wielu czynników, nie tylko medycznych, ale także pozamedycznych: własnej samooceny, stanu zdrowia, wieku, płci, usytuowania ośrodka kontroli, kondycji psychicznej, stosunku do świata.
3. Zestawienie materiału uzyskanego przy pomocy skali HLC i IZZ wskazuje na istotne rozbieżności między deklaracjami a praktyką.
4. Celowe i pożądane jest w przypadku dzieci i młodzieży chorych na padaczkę i ból głowy, tj. osób, które z powodów obiektywnych nie są w stanie w pełni kierować swoim postępowaniem, także w zakresie zachowań zdrowotnych, wsparcie z zewnątrz, przede wszystkim ze strony rodziny i systemu edukacyjnego.

8.Streszczenie/Summary

Zagadnienie kształtowania zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży z bólami głowy i padaczką, w kontekście takich determinant psychologicznych jak poczucie własnej wartości i skuteczności, umiejscowienie kontroli zdrowia, subiektywna ocena własnego zdrowia oraz jego wartościowanie jest rzadko przedmiotem obserwacji i publikacji.

Kwestia dominującą w pracy było uchwycenie związków między zachowaniami dzieci zdrowych i zachowaniami zdrowotnymi dzieci chorych z punktu widzenia wybranych, wymienionych powyżej determinant psychologicznych. Uzyskane przy pomocy Child HLC dane dotyczące zależności między usytuowaniem ośrodka kontroli a nasileniem zachowań zdrowotnych u dzieci chorych i zdrowych skonfrontowano następnie z danymi uzyskanymi przy pomocy kwestionariusza IZZ, umożliwiającą weryfikację deklaracji zawartych Child HLC, tj. ustalenie na ile deklaracje te znajdują potwierdzenie w praktycznych poczynaniach osób objętych badaniem.

CEL

Celem pracy była ocena kształtowania się zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży chorej na padaczkę lub bóle głowy oraz ocena relacji i związków zachodzących między zachowaniami zdrowotnymi młodzieży zdrowej a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży chorej z bólami głowy i padaczką. W opracowaniu dokonano także analizy zachowań zdrowotnych u dzieci z padaczką i bólami głowy oraz ustalono kierunki modyfikacji zachowań i monitorowanie zmian w praktykach zdrowotnych.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami kwestionariuszowymi, dotyczącymi zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży z bólami głowy i padaczką objęto grupę 160 dzieci i młodzieży między 14 a 17 rokiem życia hospitalizowanych celem diagnostyki i leczenia bólów głowy i padaczki w Klinice Neurologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu okresie od września 2005 do stycznia 2008.

Drugą grupę stanowili zdrowi uczniowie Gimnazjum nr 3 w Środzie Wielkopolskiej – 156 dzieci i młodzieży między 14 a 17 rokiem życia.

Na podstawie wywiadu lekarskiego i dokumentacji pacjenta z grup badanych zostały wykluczone dzieci z poważnymi przewlekłymi chorobami somatycznymi tj. chorobami nowotworowymi, układu oddechowego i sercowo-naczyniowego a także z poważnymi chorobami psychiatrycznymi np. schizofrenia, autyzm.

Do grupy kontrolnej dzieci zdrowych zostały zakwalifikowane dzieci z Gimnazjum nr 3 w Środzie Wielkopolskiej.

Koniecznym warunkiem była gotowość i zgoda rodziców/opiekunów prawnych młodzieży do sumiennego, zgodnego ze stanem zdrowia odpowiadania na zawarte w ankiecie pytania.

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia:

1) Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia dla Dzieci (Children's Health Lotus of Control Scale – Child HLC) G.S. Parcela i M.P. Meyera w adaptacji Z. Juczyńskiego, zawierającej 20 stwierdzeń dotyczących przekonań na temat czynników wpływających na stan własnego zdrowia., ujmującej trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne (kontrola nad zdrowiem zależy ode mnie), wpływ innych (moje zdrowie zależy od wpływu innych osób, zwłaszcza personelu medycznego), przypadek (moje zdrowie zależy od przypadku oraz innych czynników zewnętrznych);

2) Kwestionariusz Inwentarza zachowań zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego, zawierającego 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem, wyróżniające cztery aspekty zachowań zdrowotnych, tj.: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne; praktyki zdrowotne. Wymienione narzędzia zostały zaadaptowane do specyfiki próby badawczej, jaką stanowiły dzieci i młodzież dotknięta padaczką oraz bólami głowy.

W ramach opisu statystycznego wykorzystano następujące statystyki opisowe. W zakresie przeprowadzonej analizy istotności różnicowań zastosowano: nieparametryczne testy istotności różnic – test U-Manna-Whitneya - dla różnicowań w HLC i IZZ ze względu na płeć, nieparametryczne testy istotności różnic H-Kruskala-Wallisa - dla różnicowań w HLC i IZZ ze względu na wiek oraz stan zdrowia.

W celu analizy zależności między wyróżnionymi wymiarami skali HLC i IZZ oraz do analizy korelacji między skalą HLC i IZZ wykorzystano współczynnik korelacji rangowej ρ -Spearmana.

WYNIKI

W toku analizy materiału empirycznego stwierdzono, iż osoby objęte badaniem największy wpływ na własne zdrowie przypisują własnym działaniom. Nieco mniejszy wpływ w tym zakresie ma przypadek, a najmniejszy wpływ otoczenia społecznego. Ustalono też, iż osoby z padaczką i bólami głowy wykazują istotnie wyższy niż osoby zdrowe poziom zachowań zdrowotnych ujętych w IZZ, w zakresie zachowań profilaktycznych i nastawienia zdrowotnego. Brak jest istotnych różnic między zdrowymi a chorymi w zakresie praktyk zdrowotnych i prawidłowych nawyków żywieniowych. Czynnikiem wpływającym na poziom zachowań zdrowotnych jest wiek. W świetle poczynionych ustaleń przyjąć należy, iż młodzież w wieku 14 lat wykazuje generalnie wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż pozostałe kategorie wiekowe badanych osób. Czynnikiem różnicującym nie jest natomiast płeć, choć w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ankietowane dziewczęta deklarują wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż badania chłopcy.

. Ta niespójność deklaracji dotyczących gotowości praktykowania zachowań zdrowotnych i praktyki działania, w której pojawiają się zachowania sprzeczne z tymi deklaracjami, stanowi wskazówkę dla ośrodków kontroli zewnętrznej, aby wzmacniać ośrodek wewnętrzny w kierunku całkowitej eliminacji z zachowań dzieci i młodzieży zachowań nie służących zdrowiu i doprowadzić do pełnej koherencji między deklarowanymi a rzeczywistymi zachowaniami zdrowotnymi.

WNIOSKI

Preferencje dla zachowań zdrowotnych są niezależnie od tego czy chodzi o osobę zdrową czy chorą.

Istnieje związek między nasileniem zachowań zdrowotnych a usytuowaniem ośrodka kontroli: tendencja ta najsilniejsza jest wówczas, gdy ośrodek kontroli jest usytuowany wewnątrz, natomiast dużo mniejsze znaczenie mają wpływy personalnych ośrodków zewnętrznych (rodzina, szkoła), a najmniejszy – wpływ niepersonalnych ośrodków zewnętrznych (przypadek).

Osoby chore na padaczkę i bóle głowy, wybierają holistyczny model stosunku do własnego zdrowia, za którym idzie przekonanie, iż zdrowie jest funkcją wielu czynników, nie tylko medycznych, ale także pozamedycznych.

Zestawienie materiału uzyskanego przy pomocy Child HLC i IZZ wskazuje na istotne rozbieżności między deklaracjami a praktyką.

8. SUMMARY

The question of promoting health-conscious attitude formation among children and teenagers suffering from headaches and epilepsy with the inclusion of such psychological determiners as the self-esteem and efficiency, the ability to control one's health and the subjective assessment and evaluation of one's health is seldom a subject to observation and publication.

The aim of this work is to assess the promotion of health-conscious attitude among children and teenagers that are suffering from epilepsy and headaches and the relation between such attitude among healthy teenagers and the ones that suffer from the above mentioned disorders. The work also includes the analysis of health-conscious behavioural patterns among sick children. It establishes the main trends and directions of the patterns modifications together with the description of how such changes are monitored in the medical practice.

The material: two groups: the sick patients from KNWR and the group of healthy subjects. The empirical material was collected with the usage of the following tools: 1) Children's Health Lotus of Control Scale – Child HLC by G.S. Parcel and M.P. Meyera adapted by Z. Juczynski including 20 statements concerning the believes regarding the factors influencing the state of one's health that consists of three main dimensions of one's health control: inner (my health control depends on me); the influence of others (my health depends on other people, particularly medical personnel); coincidence (my health depends on coincidence and other external factors); 2) the questionnaire form of health-conscious attitude by Z. Juczynski, including 24 statements describing various behavioural patterns connected with health including four distinctive features of health-conscious attitude: correct dietary habits, prevention, positive mental attitude, health practice. The above mentioned tools were adapted to the specific nature of the researched group of children and teenagers suffering from epilepsy and headaches.

The results: The analysis of the empirical material suggested that the people undergoing the research claim that their own actions have the most considerable influence on their health. Then they appoint the coincidence as the next important factor regarding their health. They found the influence of the social background the least influential on their health. It has been established that people suffering from epilepsy and headaches are more health-conscious according to IZZ than healthy people in respect of prevention and health-conscious

attitude. There are no distinctive differences between the healthy group and their sick counterparts as their dietary habits and health practice is concerned. The factor that seriously influences the level of health-conscious attitude is age. According to the results teenagers of the age 14 are more health conscious than the representatives of other age categories. Sex is not an diversifying factor although girls represent a higher health-conscious attitude level than boys with regard to correct dietary habits and customs.

9.SPIS TABEL

Tabela 1. Spirala Rozwoju

Tabela 2. Kształtowanie się pojęcia zdrowia

Tabela 3. Charakterystyka próby

Tabela 4.0. Skala HLC – kontrola wewnętrzna

Tabela 4.1. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC - kontrola wewnętrzna ogółem

Tabela 4.2. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC - kontrola wewnętrzna w grupie badanych dziewcząt

Tabela 4.3. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC - kontrola wewnętrzna w grupie badanych chłopców

Tabela 4.4. Skala HLC – wpływ innych osób

Tabela 4.5. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC – wpływ innych ogółem

Tabela 4.6. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC – wpływ innych w grupie badanych dziewcząt

Tabela 4.7. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC – wpływ innych w grupie badanych chłopców

Tabela 4.8. Skala HLC – przypadek

Tabela 4.9. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC – przypadek ogółem

Tabela 4.10. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC – przypadek w grupie badanych dziewcząt

Tabela 4.11. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali HLC – przypadek w grupie badanych chłopców

Tabela 4.12. Analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi wymiarami skali HLC

Tabela 5.0. Inwentarz zachowań zdrowotnych (IZZ) – klucz diagnostyczny

Tabela 5.1. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe

Tabela 5.2. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe ogółem

Tabela 5.3. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie badanych dziewcząt

Tabela 5.4. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie badanych chłopców

Tabela 5.5. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne

Tabela 5.6. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne ogółem

Tabela 5.7. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie badanych dziewcząt

Tabela 5.8. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie badanych chłopców

Tabela 5.9. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne

Tabela 5.10. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne ogółem

Tabela 5.11. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie badanych dziewcząt

Tabela 5.12. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie badanych chłopców

Tabela 5.13. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne

Tabela 5.14. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – praktyki zdrowotne ogółem

Tabela 5.15. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie badanych dziewcząt

Tabela 5.16. Analiza istotności różnicowań w wartościach skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie badanych chłopców

Tabela 5.17. Analiza istotności różnicowań w wartościach wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) ogółem

Tabela 5.18. Analiza istotności różnicowań w wartościach wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie badanych dziewcząt

Tabela 5.19. Analiza istotności różnicowań w wartościach wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie badanych chłopców

Tabela 5.20. Analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi wymiarami skali IZZ i skali HLC

10.SPIS WYKRESÓW

- Wykres 1.1. Wartości skali HLC – kontrola wewnętrzna w grupie osób zdrowych
- Wykres 1.2. Wartości skali HLC – kontrola wewnętrzna w grupie osób z padaczką
- Wykres 1.3. Wartości skali HLC – kontrola wewnętrzna w grupie osób z bólami głowy
- Wykres 1.4. Wartości skali HLC – wpływ innych w grupie osób zdrowych
- Wykres 1.5. Wartości skali HLC – wpływ innych w grupie osób z padaczką
- Wykres 1.6. Wartości skali HLC – wpływ innych w grupie osób z bólami głowy
- Wykres 1.7. Wartości skali HLC – przypadek w grupie osób zdrowych
- Wykres 1.8. Wartości skali HLC – przypadek w grupie osób z padaczką
- Wykres 1.9. Wartości skali HLC – przypadek w grupie osób z bólami głowy
- Wykres 2.1. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie osób zdrowych
- Wykres 2.2. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie osób z padaczką
- Wykres 2.3. Wartości skali IZZ – prawidłowe nawyki żywieniowe w grupie osób z bólami głowy
- Wykres 2.4. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie osób zdrowych
- Wykres 2.5. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie osób z padaczką
- Wykres 2.6. Wartości skali IZZ – zachowania profilaktyczne w grupie osób z bólami głowy
- Wykres 2.7. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie osób zdrowych
- Wykres 2.8. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie osób z padaczką
- Wykres 2.9. Wartości skali IZZ – pozytywne nastawienie psychiczne w grupie osób z bólami głowy
- Wykres 2.10. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie osób zdrowych
- Wykres 2.11. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie osób z padaczką
- Wykres 2.12. Wartości skali IZZ – praktyki zdrowotne w grupie osób z bólami głowy
- Wykres 2.13. Wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie osób zdrowych
- Wykres 2.14. Wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie osób z padaczką
- Wykres 2.15. Wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych (IZZ) w grupie osób z bólami głowy

11.SPIS RYCIN

Rycina 1. Piktogram jin i Jang

Rycina 2. Pola zdrowia według M.Lalonde (1974)

Rycina 3. Model ekologiczny R. Jessora

Rycina 4. Społeczny kontekst rozwoju ucznia – środowisko

Rycina 5. Wzajemne relacje między środowiskami w kontekście rozwoju dziecka w okresie szkolnym

Rycina 6. Czynniki determinujące zdrowie.

Rycina 7. Poziom środowiskowy i społeczny.

Rycina 8. Poziom promocji zdrowia.

Rycina 9. Zakres zmienności genetycznej

Rycina 10. Norma reakcji osobnika oferowana przez jeden genotyp

Rycina 11. Fazy rozwoju człowieka

Rycina 12. Klasyfikacja padaczek i napadów padaczkowych

Rycina 13. Najczęstsze przyczyny bólów głowy u dzieci

Rycina 14. Postaci bólów migrenowych

Rycina 15. Poziomy zachowań

Rycina 16. Schemat powiązań między edukacją zdrowotną, terapią, profilaktyką i promocją zdrowia

Rycina 17. Profilaktyka

Rycina 18. Kierunki kształtowania zachowań zdrowotnych.

Rycina 19. Etapy działań profilaktycznych.

12.BIBLIOGRAFIA

1. Wielki słownik wyrazów obcych : PWN Warszawa 2003.
2. Wilber K.: „Integralna teoria wszystkiego”, Wydawnictwo Zysk i s-ka, Warszawa, 2006.
3. Korczak C, Leowski J.: „Problemy higieny i ochrony zdrowia”, WSiP, Warszawa, 1977.
4. Reale G.: „Historia filozofii starożytnej”. Edward Iwo Zieliński, RW KUL, Lublin, 1994, t. 2; Vlastos G.,Platon – indywidualizm jako przedmiot miłości, Paweł Paliwoda, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, 1994.
5. Plutarch.:”Powiedzenia królów i wodzów. Powiedzenia spartańskie”. Prószyński i S-ka, Warszawa, 2006.
6. Jung C., Paracelsus G.: „,Rebis czyli kamień filozofów”. Koyré. A. Mistycy, spirytualiści, alchemicy niemieccy XVI w, UW,Warszawa , 1995.
7. Strupp J.: “A pionier of Public Health In the 16 th cent”. Med. Monatschr, 1965.
8. Gut P. Leibniz.: „Myśl filozoficzna w XVII wieku”. Wydawnictwo Uniwersytetu, Wrocławskiego, 2004.
9. Starobinski J.: “ Jan-Jaques Rousseau. Przejrzystość i przeszkoda oraz siedem esejów o Rousseau”. KR , Warszawa, 1999.
10. Szewczyk T.: „Czym jest zdrowie i jego promocja?” Edukacja i Dialog 1997; 2: 85.
11. Parsons T.: „Struktura społeczna a osobowość”.PWE, Warszawa, 1969.
12. Dubos R.: „Człowiek, środowisko, adaptacja”.PZWL, Warszawa, 1970.
13. Demel M.: „Pedagogika zdrowia”. WSiP, Warszawa, 1980.
14. Dąbrowski K.: „W poszukiwaniu zdrowia psychicznego”.PWN , Warszawa, 1989.
15. Heszen-Niejodek I., Broome A. K.: „Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby”. Przegląd Psychologiczny 1991; 1: 73.
16. Słońska Z., Misiuna M.: „Promocja zdrowia, Słownik podstawowych terminów”. PWN, Warszawa, 1993.
17. Brzeziński Z. J., Korczak C. W.: „Higiena i ochrona zdrowia”. PZWL, Warszawa, 1987.
18. Sokal J. A.: „Zdrowie środowiskowe”. Lider, Poznań, 1993.
19. Woynarowska B.: „Edukacja Zdrowia”. PWN, Warszawa, 2007.
20. Karski J.B.: „Psychologiczne i antropologiczne aspekty zdrowia”. CEDEWU, Warszawa, 2006.
21. Health Interview Survey. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional PublicationsEuropean Series. Copenhagen 1996; No 58.

22. Główny Urząd Statystyczny. Stan zdrowia ludności Polski 1996 r. GUS, Warszawa 1997;
Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. GUS, Warszawa 2006.
23. Mazur J., Woynarowska B.: „Zespół zachowań ryzykownych, a zdrowie i zadowolenie z życia młodzieży szkolnej”. Med. Wieku Rozwojowego, Warszawa, 2004.
24. Chłopkiewicz M.: „Osobowość dzieci i młodzieży, rozwój i patologia”. WSiP Warszawa, 1987.
25. Zawadzka B.: „Samoocena zdrowia i systacji życiowej przez młodzież zdrową i chorą w aspekcie wybranych zmiennych”. Annales UMCS, Lublin, 2000.
26. Woynarowska B., Mazur J.: „Samoocena zdrowia i obraz własnego ciała u młodzieży szkolnej w Polsce”. Ped Pol 2000; 75: 25-34.
27. Zdrowie subiektywne oraz zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych; Publikacja opracowana i wydana w ramach projektu badawczego Ministerstwa Nauki i Informatyzacji Nr 2 P05D 064 27 w latach 2004-2006.
28. Sęk H., Pasikowski T.: „Stres krytycznych wydarzeń życiowych”. Fundacji Humaniora, Poznań, 2001.
29. Woynarowska B., Mazur J.: „Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach”. Raport z badań przeprowadzonych w 1994 r., IMiDz, Warszawa, 1998.
30. Ostrowska A.: „Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia”. IFiS PAN, Warszawa, 1999.
31. Jessor R., Jessor S.L.: “The perceived environment on behavioral science: some conceptual issues and some ilustrative data”. Am. Behav. Sci. 1973.
32. Kumpfer K.L., Turner C.W.: “The social ecology model of adolescent substance use: implication for prevention”. Int. J. Addict. 1990-91.
33. Oetting E.R., Donnermeyer J.F.: „Primary socialisation theory: the aetiology of drug use and deviance”. Subst. Use Misuse. 1998.
34. Radlińska H.: „Stosunek wychowawcy do środowiska społecznego”. PWN, Warszawa 1953.
35. Okoń W.: „Słownik pedagogiczny”. PWN, Warszawa, 1987.
36. Skorny Z.: „Psychologia wychowawcza dla nauczycieli”. WSiP, Warszawa, 1987.
37. Jaczewski A.: „Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania”. WSiP Warszawa, 1998.
38. Karta Ottawsak; Uchwalona podczas I Konferencji nt.Promocji Zdrowia w Kanadzie. Ottawa, 1986.

39. Lagers H. St Leger.: "The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health— a review of the claims and evidence". *Health Educ. Res.*, February 1, 1999; 14 (1): 51 – 69.
40. Kelly M.P.: Some problems in health promotion research, *Health Promot. Int.*. 1989.
41. Malinowski A.: „Biologiczno-antropologiczne i pedagogiczne aspekty promocji zdrowia i paleologii”; w: „Auksologia a promocja zdrowia”, pod red. A. Jopkiewicza, t. 3, Kielce 2004.
42. Downie, R. S. Tannahill, Carol Tannahill, Andrew.:” *Health Promotion*”, Wydawnictwo Oxford University Press, 1996.
43. Malinowski A.: „Auksologia-Rozwój osobniczy człowieka w ujęciu biomedycznym”. *UZ* 2004.
44. Gastaut H.: “*Dictionary of Epilepsy*”. World Health Organization. Geneva, 1973.
45. Annegers J.F.: “The epidemiology of epilepsy”. W: Wylline E.: *The treatment of epilepsy principles and practices*. Philadelphia, Lea & Febiger, 1993.
46. Doose H.: „Epilepsien in kindes und jugendalter“. Hamburg, Desitin Arzneimittel, 1995.
47. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989; 30: 389-99;
48. Artemowicz B.: „Wyniki badania jakości życia dzieci z padaczką”. *Neurologia Dziecięca*, 2003; 12: 21-27.
49. Dowżenko A. Hubert Z.: „Węzłowe problemy społeczne padaczki”. *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, Warszawa 1986.
50. Diling-Ostrowska E., Olszewska A.: „Bóle głowy – seria Centrum Zdrowia dziecka poleca”. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008.
51. Diling-Ostrowska E., Olszewska A. Bóle głowy – seria Centrum Zdrowia dziecka poleca, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008; N. Raczyńska, *Żyjmy dłużej*, 5/2001; H. B. Valman, *ABC od 1 do 7 roku życia dziecka*, Warszawa 1995)
52. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (suppl. 7): 1-96.
53. Stępień A.: ”Nowa klasyfikacja bólów głowy Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy (IHS)”, *Neurol Neurochir Pol* 2004; 38, 4: 255–256.
54. Al-Twajri WA, Shevell MJ.: ”Pediatric migraine equivalents: occurrence and clinical features in practice”. *Pediatr Neur* 2002, 26, 365-8.

55. Tyszkowa M.: „Zachowanie się dzieci w sytuacjach trudnych”. Warszawa, PWN, 1986.
56. Nowa Encyklopedia Powszechna PWN, t. 6. Warszawa 1997.
57. Gniazdowski A.: „Zachowania zdrowotne”. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1999.
58. Mazurkiewicz E.: „Pożytki z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej”.
Woynarowska B., Kapica M. (red.): „Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania”. Warszawa 2001; 83 – 84.
59. Majchrowska A.: „Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne” w: Majchrowska A. (red) „Wybrane elementy socjologii”, Wyd. Czelej, Lublin, 2003.
60. Titkow A.: „Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby”. PWN, Warszawa 1983.
61. Puchalski K.: „Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia”. W: Gniazdowski A. (red). Zachowania zdrowotne. Zagadnienie teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1990.
62. Woynarowska B.: „Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole”. Lider 1999; 1: 18.
63. Caplan G.: “Principles of preventive psychiatry”. New York: Basic Books; 1964.
64. Wrońska I., Filipczuk A.: „Zachowania zdrowotne pacjentów”. Pielęgniarka i Położna, 2003; 6: 4-7.
65. Śliwa M.: „Wychowanie zdrowotne. Zarys teorii i metodyki”. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej. Katowice 2001.
66. Michałowska D.: „Edukacja prozdrowotna — podejścia, modele, metody”. w: red. A. Woźniak, Przegląd Terapeutyczny 2008; 4: 18-22.
67. Juczyńskiego Z.: „Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia”. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2001.
68. Boniego M.: „Zdrowie i zachowania ryzykowne młodzieży” Młodzi 2011 (Raport Kancelarii Prezesa Rady Ministrów). Warszawa 2011, s. 301.
69. Żiżka D.: „Świadomość i zachowania zdrowotne młodzieży szkół krakowskich”. Nowiny Lekarskie 2003; 2: 124.
70. Wrona-Wolny W., Brudecki J.: „Zależność między podejmowaniem zachowań ryzykownych a wiedzą na ich temat na przykładzie picia alkoholu wśród młodzieży”. Roczniki Państwowego Zakładu Higieny 2006; 147-155.
71. Sygit M.: „Zdrowie publiczne”. PWN, Warszawa 2010.
72. Sławińska T., Kochan K.: „Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży w wieku 7-16 lat”. Rocznik Polskiego Zakładu Higieny 2010; 2:165.

73. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, opr. J. Mazur i A. Małkowska-Szcutnik, Warszawa 2011, passim. Wyniki badań polskich przeprowadzonych pod egidą Rzecznika Praw Obywatelskich w: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, pod red. J. Szymborskiego i K. Jakóbika, Warszawa 2008: 196-210.
74. Ekstowicz J., Falkowska – Pijagin E.: „Zachowania zdrowotne na przykładzie nauczycieli i opiekunów z Zespołu Szkół Specjalnych w Grajewie”, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży. Łomża 2009; 42: 5-19.
75. Miller M., Zieliński A.: „Zdrowie publiczne - misja i nauka”, Przegląd Epidemiologiczny 2002; 56: 547-557. Nosko J., Wojtczak A, Zdrowie publiczne wezwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, Warszawa 2009, passim.
76. Bobrowski K.J, Czabała J.Cz.: „Zachowania zdrowotne jako wymiar oceny stanu zdrowia psychicznego młodzieży”. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 4: 285-292.
77. Hall C.S., Lindzey G.: „Teorie osobowości”. PWN, Warszawa 1998.
78. Sęk H.: „Wprowadzenie do psychologii klinicznej”. WN SCHOLAR, Warszawa 2001.
79. Obuchowska I., Adolescencja, [w:] Psychologia rozwoju człowieka, tom II, pod red. Harwas-Napierały B.i Trempała J.: Warszawa, 2001; 163-201.
80. Wrona-Polańska, H.: „Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowani i wspomagania”. Sztuka Leczenia 2006; 1-2: 19-31.
81. Antonovsky A.: „Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować”. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
82. Bishop G.D.: „Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało”. Astrum, Wrocław 2000.
83. Trzebiatowski J.: „Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych systematyzacja ujęć definicyjnych”. Hygeia Public Health 2011; 1: 25-31.
84. Erikson E.H.: “Identity and the Life Cycle”, New York-London 1980; 139-144.
85. Boczarska M., Cieliński L.: „Ocena stanu wiedzy na temat padaczki oraz postawy młodzieży miejskiej i wiejskiej wobec rówieśników dotkniętych tym schorzeniem. Epileptologia”, 2001; 9 (Supl.1): 84-85.
86. Owczarek K., Piątek M.: Wpływ redukcji politerapii na funkcje poznawcze oraz na subiektywną ocenę poziomu funkcjonowania chorych na padaczkę. Epileptologia 1995; 3: 203-18.
87. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.

88. Melosik Z.: „Młodzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje”. Wolumin, Poznań 2001.
89. The impact of affectivity dispositions, self-efficacy and locus of control on psychosocial adjustment in patients with epilepsy, Gramstad A, Iversen E, Engelsen BA. Department of Neurology, Haukeland University Hospital, University of Bergen, N-5021 Bergen, Norway.
90. Trzebiatowski J.: „Jakość życia w perspektywie nauk społecznych” UAM i WSP Poznań Częstochowa 2011.
91. Prusiński A.: „Niektóre nowe aspekty kliniczne bólów głowy”. Polski Przegląd Neurologiczny 2006; 2 : 73-77.
92. Rozenek H., Owczarek K.: „Padaczka u dziecka i jej wpływ na wybrane aspekty funkcjonowania rodziny”. Neurologia Dziecięca 2008; 34: 55-59.
93. Gromulska L., Piotrowicz M.: „Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej”. Przegląd Epidemiologiczny 2009; 63: 427–432.
94. Woynarowskiej B.: „Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych” Warszawa 2012, passim.
95. Kaczmarek M., Korotkiewicz-Kaczmarek E.: „Znaczenie edukacji w procesie leczenia choroby przewlekłej ze szczególnym uwzględnieniem leczenia dietetycznego alergii pokarmowej u dzieci i młodzieży”. Przegląd Pediatryczny 2010; 1 : 9-15.
96. Bryła M., Kulbacka E., Maniecka-Bryła I.: „Rola telewizji w kształtowaniu zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży”, cz.III - Zachowania antyzdrowotne, „Hygeia Public Health” 2011; 2: 235-243.
97. Sęk H.: „Wprowadzenie do psychologii klinicznej”. SHOLAR, Warszawa 2003.
98. Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N.: „Zachowania zdrowotne młodzieży-uwarunkowania podmiotowe i rodzinne”. DIFIN, Warszawa 2011.
99. Kawczyńska-Butrym Z.: „Rodzinny kontekst zdrowia i choroby”. Centrum Edukacji Medycznej. Warszawa 1995.
100. Woźniak Z.: „Socjomedyczne aspekty funkcjonowania rodziny”. Nakładem centralnego programu badań podstawowych. Poznań 1990: 21-22.
101. Sak J., Jarosz M., Mosiewicz J.: „Postrzeganie własnej choroby, a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych”. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011; 4: 173.
102. Sęk H., Ścigała I.: „Subiektywne koncepcje zdrowia”. Przegląd Psychologiczny 1992; 3 : 351-353.

103. Czarnecka M., Cierpiałkowska L.: „Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty”. *Nowiny Lekarskie* 2007; 2 : 161-165.
104. Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. Piquart M, Shen Y. *J Pediatr Psychol.* 2011 Oct; 36 (9) : 1003-16.

13. BIBLIOGRAFIA – ŹRÓDŁA INTERNETOWE

- 1i. URL: http://www.wilber.pl/czytelnia/spirala_rozwoju.htm (stan aktualny na dzień 21.07.2008);
- 2i. Lisowski K.: „Medycyna chińska, Żyjmy dłużej” 2000; [artykuł dostępny w Internecie na stronie <http://resmedica.pl/zdart60015.html>].
- 3i. Internet: http://af.wikipedia.org/wiki/Beeld:Yin_yang.svg [stan aktualny na dzień 21.07.2008 r.].
- 4i. <http://szkolnictwo.pl/index.php?id=PU5375>
- 5i. <http://www.lider.baler.pl/down/stepienocena.doc>
- 6i. www.nftz-warszawa.pl
- 7i. www.mediweb.pl
- 8i. URL: <http://konferencja.21.edu.pl/publikacje/4/1/146.pdf> [stan aktualny na dzień 7.06.2008]

14.SPIS ANEKSÓW

Aneks 1. Umieszczenie kontroli zdrowia.....	-129-
Aneks 2. Inwentarz zachowań zdrowotnych.....	-131-

Aneks 1

G. s. Parcel i M. P. Meyer

HLC

Adaptacja: Z. Juczyński

.....wiek.....płec M K data
badania.....

Chcemy się dowiedzieć, co myślisz o swoim zdrowiu.

Poniżej podano różne zdania na temat zdrowia i choroby. Przeczytaj każde i jeżeli uważasz, że jest ono prawdziwe – otocz kółkiem odpowiedź **TAK**. Jeżeli uważasz, że nie jest prawdziwe, otocz kółkiem **NIE**.

Nawet, gdyby ci było trudno się zdecydować, spróbuj wybrać TAK lub NIE dla każdego zdania.

Nigdy nie wybieraj obydwu odpowiedzi dla jednego zdania. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych ani złych. Odpowiadaj zawsze tak, jak ty sam myślisz, a nie, jak inni mogą uważać.

Cwiczenie: odpowiedz na podane niżej zdania.

a. Ludzie czasem chorują.

Jeżeli uważasz, że to prawda, otocz kółkiem TAK

Jeżeli uważasz, że to nieprawda, otocz kółkiem NIE

b. Ludzie nigdy nie chorują.

Jeżeli uważasz, że to prawda, otocz kółkiem TAK

Jeżeli uważasz, że to nieprawda, otocz kółkiem NIE

Jako ćwiczenie spróbuj odpowiedzieć na jeszcze jedno zdanie.

c. Kiedy nie jestem chory, to jestem zdrowy TAK NIE

A teraz zaznacz swoje odpowiedzi otaczając kółkiem TAK albo NIE

-
- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Dobrze zdrowie po prostu się ma | TAK | NIE |
| 2. Mogę dużo zrobić, żeby nie zachorować | TAK | NIE |
| 3. Ludzie chorują, gdyż opuściło ich szczęście | TAK | NIE |
| 4. Mogę zrobić tylko to, co powie mi lekarz | TAK | NIE |
| 5. Kiedy choruję, to dlatego, że choroby się po prostu zdarzają | TAK | NIE |
| 6. Ludzie, którzy nigdy nie chorują, to szczęściarze | TAK | NIE |
| 7. Mama musi mówić, jak uniknąć chorób | TAK | NIE |
| 8. Nie choruję tylko dzięki lekarzowi czy pielęgniarce | TAK | NIE |
| 9. Kiedy choruję, to mogę sporo zrobić, żeby poczuć się lepiej | TAK | NIE |
| 10. Kiedy coś sobie zrobię, to dlatego, że wypadki po prostu się zdarzają | TAK | NIE |

Zaznacz swoje odpowiedzi otaczając kółkiem TAK albo NIE

11. Mogę dużo zrobić, żeby zwalczyć chorobę TAK NIE
12. Tylko dentysta może dbać o moje zęby TAK NIE
13. Inni ludzie muszą mówić, jak pozostać zdrowymTAK NIE
14. Kiedy coś sobie zrobię w szkole, natychmiast idę do pielęgniarkiTAK NIE
15. Nauczyciel musi mi mówić, jak uniknąć wypadków w szkoleTAK NIE
16. Mogę dokonywać wyboru różnych rzeczy, które wpływają na zdrowie TAK NIE
17. Kiedy zachoruję, to inne osoby mówią mi co zrobić TAK NIE
18. Zawsze, kiedy czuję się źle, natychmiast idę do lekarza lub pielęgniarki . . . TAK NIE
19. Mogę wiele zrobić, żeby mieć zdrowe zębyTAK NIE
20. Mogę sporo zrobić, żeby uniknąć wypadkówTAK NIE
-

W	I	P

Aneks 2

Z. Juczyński
IZZ

.....płec M K
wiek..... data badania.....

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. ***Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionych poniżej zachowań?*** Proszę odpowiedzieć szczerze wpisując do każdej kratki liczbę wyrażającą właściwą dla siebie odpowiedź:

- 1 – prawie nigdy;**
- 2 – rzadko;**
- 3 – od czasu do czasu;**
- 4 – często;**
- 5 – prawie zawsze;**

-
1. Jem dużo warzyw, owoców
 2. Unikam przeziębień
 3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
 4. Wystarczająco dużo odpoczywam
 5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
 6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
 7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
 8. Unikam przepracowania
 9. Dbam o prawidłowe odżywianie
 10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
 11. Staram się unikac zbyt silnych emocji, stresów i napięć
 12. Kontroluję swoją wagę ciała
 13. Unikam spożywania żywności z konserwantami
 14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
 15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne
 16. Wystarczająco dużo śpię
 17. Unikam soli i silnie solonej żywności

18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób

Jak często w ciągu roku przestrzega Pan/Pani wymienionej poniżej zachowań?

- 1 – prawie nigdy;**
2 – rzadko;
3 – od czasu do czasu;
4 – często;
5 – prawie zawsze
-

19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja

20. Ograniczam palenie tytoniu

21. Jem pieczywo pełnoziarniste

22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby

23. Myślę pozytywnie

24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego

25. Inne,
jakie ?

ZZ	Sten	PN	ZP	PN	PZ