

# Drabina Cantrila w badaniach stanu zdrowia i nierówności w zdrowiu uczniów w wieku 11-18 lat

## Cantril ladder in the studies on health and health inequalities among 11-18-year-old pupils

JOANNA MAZUR, AGNIESZKA MAŁKOWSKA-SZKUTNIK, ANNA OBLACIŃSKA, HANNA KOŁOŁO

Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

**Wprowadzenie.** Głównymi składowymi dobrostanu psychicznego są emocje oraz zadowolenie z życia. Aby zmierzyć zadowolenie z życia w badaniach ankietowych, należy dysponować odpowiednimi narzędziami. Drabina Cantrila jest przykładem prostej jednoelementowej skali, na której ankietowany sam określa swoją pozycję. W związku z tym pełni nadaje się do oceny poznawczego wymiaru dobrostanu psychicznego.

**Cel.** Przedstawienie poziomu zadowolenia z życia polskich nastolatków w zależności od płci, wieku i zamożności rodziny oraz jego wpływ na samoocenę zdrowia.

**Materiał i metody.** Dane dotyczą łącznie 14765 uczniów uczestniczących w trzech badaniach ankietowych przeprowadzonych na terenie szkół: dwie kolejne polskie edycje badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) z lat 2002 i 2006 (11-15 lat) i podobne badanie z 2005 r. przeprowadzone wśród uczniów w wieku 16-18 lat. Siłę związku badano ilorazem szans oszacowanym w modelach regresji logistycznej. Zamożność rodziny oceniana była przy użyciu skali FAS (Family Affluence Scale).

**Wyniki.** Odsetki młodzieży niezadowolonej z życia zwiększają się z wiekiem i są systematycznie większe u dziewcząt. Wykazano istnienie wyraźnego gradientu społecznego, którego nachylenie zmieniało się w kolejnych grupach wieku. Najsilniejszy gradient zaobserwowano w wieku 15-16 lat. W latach 2002-2006 jedynie w grupie młodzieży ze skrajnie ubogich rodzin zanotowano spadek odsetka niezadowolonych z życia. Niezadowolenie z życia okazało się być ważniejszą determinantą złej oceny zdrowia niż status materialny rodziny.

**Wnioski.** Wykazano wartość skali Cantrila jako narzędzia pomiaru dobrostanu psychicznego dorastającej młodzieży i jej czułość na zmiany zachodzące w tym okresie życia. Skala ta może być rekomendowana jako pomocniczy instrument w badaniach nad nierównościami w zdrowiu młodzieży szkolnej.

**Słowa kluczowe:** zadowolenie z życia, młodzież, nierówności w zdrowiu, mierniki zdrowia, skale graficzne

**Introduction.** The main components of psychological well-being are emotions and life satisfaction. Cantril ladder is a simple one-item self-anchoring scale that helps to operationalize life satisfaction and can serve to describe the cognitive aspect of well-being.

**Aim.** Examination of the level of life satisfaction among Polish adolescents in relation to age, gender, family wealth and its influence on self-rated health.

**Material and methods.** The data were obtained from three school surveys conducted in Poland between 2002-2006, on the total sample of 14 765 pupils aged 11-18 yrs: two subsequent series of HBSC (Health Behavior in School-aged Children) surveys including 11-15-yr-olds and a similar survey conducted in 2005 among older students. The effect size was assessed by the odds ratio estimated in logistic regression models. Family wealth was measured using FAS (Family Affluence Scale).

**Results.** The prevalence of low life satisfaction is growing with age and is systematically higher in girls than in boys. Evident social gradient was detected and its slope was the highest in middle adolescence (15-16 years of age), when students experienced transition from lower to upper secondary school. Only in adolescents living in extremely poor families the prevalence of low life satisfaction decreased between 2002 and 2006. Low life satisfaction appeared to be the main predictor of self-rated poor health.

**Conclusion.** The results emphasize the value of Cantril ladder as a measure of the adolescents' well-being and its sensitivity for changes of this period of life. This instrument could be helpful in the studies on health inequalities.

**Key words:** life satisfaction, adolescents, health inequalities, health indicators, visual scales

© Probl Hig Epidemiol 2009, 90(3): 355-361

www.phie.pl

Nadesłano: 23.06.2009

Zakwalifikowano do druku: 26.09.2009

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Dr n. med. Joanna Mazur  
Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży  
Instytut Matki i Dziecka, 01-211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17a  
tel. 22-32-77-459; fax 22-32-77-370  
e-mail: e-mail: joanna.mazur@imid.med.pl

### Wykaz skrótów

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

FAS – Family Affluence Scale

OR – odds ratio (iloraz szans)

CI – confidence interval (przedział ufności)

### Wprowadzenie

W badaniach stanu zdrowia i stylu życia ludności powszechnie stosowane są proste pytania, dające ogólną ocenę samopoczucia ankietowanych. Najbardziej popularne jest pytanie o samoocenę zdrowia. Przy

niewielkich różnicach w sposobie jego sformułowania, sprowadza się ono do wyboru jednej z trzech do siedmiu możliwych kategorii odpowiedzi [1]. Pytanie o zdrowie kojarzone jest przede wszystkim ze zdrowiem fizycznym, a negatywna ocena sugeruje obecność chorób przewlekłych, ograniczoną sprawność, problemy z codziennym funkcjonowaniem. Biorąc pod uwagę rozszerzoną definicję zdrowia, wskazane jest równoległe pytanie o różne aspekty zdrowia psychospołecznego. Oprócz terminu zdrowie psychospołeczne używane są terminy: zdrowie psychiczne (badające kliniczne symptomy), samopoczucie psychiczne, kondycja psychiczna, dobrostan psychiczny (jako ang. *well-being*), szczęście, zadowolenie z życia, czy też jakość życia lub jakość życia związana ze zdrowiem [2].

Ważnym, często cytowanym argumentem, podkreślającym wartość miernika samooceny zdrowia u osób dorosłych jest jego związek z umieralnością [3]. Zullig i Valois wraz z zespołem wykazali, że w populacji dorastającej młodzieży analogicznym ważnym argumentem na rzecz badania poziomu zadowolenia z życia jest jego związek z istotnymi problemami tej grupy wieku, takimi jak: samobójstwa [4], nadużywanie substancji psychoaktywnych [5], ryzykowne zachowania seksualne [6], niedostateczna aktywność fizyczna [7]. W opracowaniach krajowych też wykazano związek między poziomem zadowolenia z życia a zespołem zachowań ryzykownych [8].

Wśród różnych narzędzi do pomiaru dobrostanu psychicznego często stosowane są skale wizualne, przyjmujące graficzną postać linijki, termometru, drabiny bądź mniej lub bardziej uśmiechniętych twarzy [1]. Przykładem skali wizualnej jest drabina Cantrila, która opublikowana została w 1965 r. [9], a obecnie do zwiększenia jej popularności przyczyniły się międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) – [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org) [10]. W kwestionariuszu HBSC drabina Cantrila jest już od 2002 r. elementem pakietu obowiązkowego opisującego tzw. zdrowie pozytywne. Na podstawie kolejnej serii badań planowanej na lata 2009/2010 będzie można wkrótce porównać zadowolenie z życia młodzieży szkolnej z 43 krajów. Drabina Cantrila często stosowana jest też przy ocenie trafności nowych kwestionariuszy i w badaniach klinicznych.

Celem pracy<sup>1/</sup> jest przedstawienie podstaw teoretycznych i budowy skali Cantrila oraz odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Czy zadowolenie z życia młodzieży polskiej zależy od płci i wieku?
- Czy czynniki socjoekonomiczne kształtują poziom zadowolenia z życia?

- Czy wynik uzyskany w skali Cantrila ma związek z samooceną zdrowia?

Odpowiedź na te pytania pozwoli ocenić, czy skala Cantrila jest czułym narzędziem obrazującym zmiany samopoczucia młodzieży zachodzące między 11 a 18 r.ż.

## Materiał i metoda

### Badane osoby

W pracy wykorzystano następujące badania kwestionariuszowe, przeprowadzane przy użyciu podobnej metodologii:

- Ogólnopolska, reprezentatywna próba 6383 uczniów w wieku 11-15 lat, z 308 klas V szkoły podstawowej oraz klas I i III gimnazjum (HBSC – 2001/2002)
- Badanie z 2005 r., na reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie 2893 uczniów w wieku 16-18 lat, ze 130 klas I i III szkół ponadgimnazjalnych
- Ogólnopolska, reprezentatywna próba 5489 uczniów w wieku 11-15 lat z 272 klas V szkoły podstawowej oraz klas I i III gimnazjum (HBSC – 2005/2006).

Dobór próby i sposób organizacji tych badań opisano w raportach krajowych i międzynarodowych [10-13]. Ogólnie, trzy omawiane badania przeprowadzone w Polsce objęły 14765 uczniów, wśród których było 49,7% chłopców i 63,0% mieszkańców miast. Dane polskie porównano z danymi z innych krajów, używając publikowanych zestawień międzynarodowych.

### Pytania kwestionariusza

- Skala Cantrila

Ma ona graficzną postać drabiny, ze stopniami oznaczonymi kolejnymi numerami od 0 do 10. Obok drabiny znajduje się tekst wyjaśniający, że górna liczba 10 oznacza życie najlepsze jakie może być, a dolna cyfra 0, najgorsze życie. Ankietowany ma za zadanie zdecydować, jakie jest jego życie w chwili obecnej i wstawić znak X w odpowiednim miejscu drabiny [13]. Przyjmuje się, że poziom drabiny 6 lub więcej oznacza znaczne zadowolenie z życia, natomiast wynik poniżej identyfikuje osoby niezadowolone z życia.

- Samoocena zdrowia

Młodzież odpowiadała na pytanie: Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest: bardzo dobre, dobre, takie sobie, złe.

- Zamożność rodziny.

Zamożność rodziny mierzono skalą FAS (Family Affluence Scale) opracowaną przez naukowców z sieci badawczej HBSC [10,14,15]. Podstawą skali FAS są cztery pytania:

<sup>1/</sup> Opracowanie wykonano w ramach projektu badawczego nr N N404 153234 finansowanego w latach 2008-2009 przez MNiSzW.

- Czy Twoja rodzina posiada samochód osobowy lub wieloosobowy (typu van)? – kategorie odpowiedzi: nie; tak, jeden; tak, dwa lub więcej
- Czy masz własny pokój dla Twojego własnego użytku? – kategorie odpowiedzi: nie, tak
- Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś ze swoją rodziną na wakacje lub święta poza miejsce zamieszkania? – kategorie odpowiedzi: wcale nie wyjeżdżałem, 1 raz, 2 razy, więcej niż 2 razy
- Ile komputerów ma Twoja rodzina? – kategorie odpowiedzi: żadnego, jeden, dwa, więcej
- Skala FAS przyjmuje zakres od 0 do 7 punktów. Dla potrzeb tego opracowania podzielono ją na cztery przedziały: 0-1 punkty (rodziny skrajnie ubogie); 2-3 punkty (dość ubogie); 4-5 punktów (o przeciętnej zamożności); 6-7 punktów (rodziny zamożne).

### Metody statystyczne

Mierząc siłę badanych związków wykorzystano wskaźniki ryzyka względnego (OR – *odds ratio*) oszacowane z modeli regresji logistycznej skorygowanych na płeć i ewentualnie wiek badanych, podając też zakres 95% przedziału ufności CI(OR). Zmienną objaśnianą było prawdopodobieństwo niezadowolenia z życia (< 6 punktów w skali Cantrila) lub gorsza samoocena zdrowia (zdrowie złe lub takie sobie). Porównano też testem t-Studenta średnie indeksy zadowolenia z życia u chłopców i dziewcząt oraz w badaniach HBSC z 2002 i 2006 r. Odpowiednie odsetki niezadowolonych z życia porównywane były testem chi-kwadrat. W analizie zastosowano pakiet statystyczny SPSS v.14 ([www.spss.pl](http://www.spss.pl)).

### Wyniki

#### Wpływ płci i wieku na poziom zadowolenia z życia

W świetle badań krajowych z lat 2005-2006, odsetek młodzieży niezadowolonej z życia zwiększa się od 14,2% w grupie 11-latków do 34,2% w grupie 18-latków. Średnia ocena w skali Cantrila maleje w tym okresie prawie o 1 punkt – od 7,80 punktów u 11-latków do 6,99 punktów u 18-latków. Dziewczę-

ta oceniają jakość życia gorzej niż chłopcy, ale różnice zależne od płci kształtują się inaczej w poszczególnych grupach wieku (tab. I). Istotne różnice zależne od płci nie występują u 11-latków, po czym utrzymują się do szesnastego roku życia i znów słabną u 18-latków.

Pogorszenie zadowolenia z życia między 11 a 15 r.ż. oraz gorsza jego ocena przez dziewczęta jest zjawiskiem obserwowanym we wszystkich krajach realizujących badania HBSC [16]. W wielu krajach związane z wiekiem pogorszenie zadowolenia z życia dotyczyło tylko dziewcząt. Gorsze wskaźniki w skali Cantrila uzyskują kraje o niższym produkcie krajowym brutto. W świetle danych z lat 2005-2006, w grupie 39 krajów, Polska zajęła w zależności od grupy wieku 27-31 miejsce według malejącego odsetka młodzieży reprezentującej wysoki poziom zadowolenia z życia [10].

#### Wpływ zamożności rodziny na zadowolenie z życia

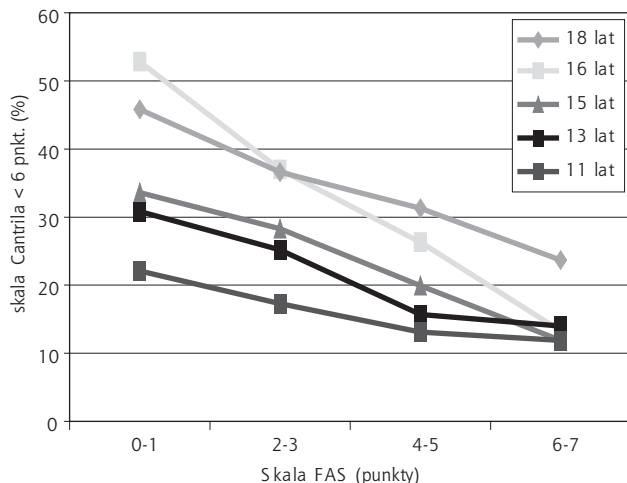
W całej badanej grupie uczniów w wieku 11-18 lat, ankietowanych w Polsce w latach 2005-2006, odsetek niezadowolonych z życia kształtował się na poziomie 23,0%. Stwierdzono malejące wartości tego odsetka wraz ze wzrostem zamożności rodziny. W grupie rodzin najbiedniejszych (0-1 punkt w skali FAS) niezadowolonych z życia było 37,8% ankietowanych, wobec 13,6% w grupie najbogatszej. Ogólnie w modelu regresji logistycznej skorygowanym na wiek i płeć, ryzyko względne niezadowolonych z życia wynikające ze skrajnej biedy wyniosło OR=3,34 (95%CI<2,68-4,17>). Przy porównaniu grupy referencyjnej (FAS>5 punktów) z rodzinami dość ubogimi i przeciętnymi wynosiło ono odpowiednio 2,31 i 1,52, zachowując poziom istotnie przekraczający wartość „1”.

Wiek jest ważnym czynnikiem modyfikującym zależność między zadowoleniem z życia a zamożnością rodziny. U 11-latków gradient społeczny jest bardzo słaby, choć utrzymuje się istotna zależność. Gradient społeczny jest najsilniejszy w grupie uczniów I klasy szkoły ponadgimnazjalnej, po czym znów ulega spłaszczeniu. W rodzinach najbogatszych wśród młodzieży od 11 do 16 r.ż. występują małe różnice zależne od

Tabela I. Zadowolenie z życia w skali Cantrila – wg płci i wieku  
Table I. Life satisfaction on Cantril scale by gender and age

Wiek (lata) /Age (years)	Średnia ± SD / Mean ± SD		p	% poniżej 6 punktów / % below 6 points		p
	Chłopcy / Boys	Dziewczęta / Girls		Chłopcy / Boys	Dziewczęta / Girls	
11	7,79 ± 1,98	7,81 ± 2,00	0,840	14,6	13,9	0,715
13	7,42 ± 1,95	7,15 ± 2,05	0,005	16,3	21,5	0,007
15	7,17 ± 1,75	6,79 ± 1,90	<0,001	17,8	23,9	<0,001
16	6,70 ± 1,95	6,30 ± 1,96	<0,001	27,7	33,4	0,020
18	6,45 ± 1,94	6,15 ± 1,88	0,005	32,1	36,3	0,095
Ogółem / Total	7,12 ± 1,96	6,87 ± 2,03	<0,001	21,1	25,1	<0,001

wieku, wobec znacznych różnic w rodzinach skrajnie ubogich. Dopiero w wieku 18 lat zadowolenie z życia znacznie pogarsza się też w rodzinach bogatych, co jest przyczyną ponownego spłaszczenia gradientu społecznego (ryc. 1).



Ryc. 1. Młodzież niezadowolona z życia według wieku i zamożności rodziny

Fig. 1. Adolescents dissatisfied with their lives by age and family wealth

Wskaźniki ryzyka względnego uzyskane z modeli regresji logistycznej skorygowanych na płeć wynoszą w kolejnych grupach wieku: 11 lat – 2,12; 13 lat – 2,62; 15 lat – 3,59; 16 lat – 7,31 oraz 18 lat – 2,65. Oznacza to, że ryzyko niezadowolenia z życia związane z wychowywaniem się w rodzinach bardzo ubogich przy porównaniu z rodzinami zamożnymi waha się w zależności od grupy wieku od 2 do 7.

Opublikowany w 2008 r. raport międzynarodowy z badań HBSC wykazał we wszystkich krajach i u obu płci istotny związek oceny zadowolenia z życia na skali Cantrila i zamożności rodziny mierzonej skalą FAS [10]. Natomiast związek zamożności rodziny z samooceną zdrowia często zanikał u chłopców.

### Stabilność relacji między zadowoleniem z życia a zamożnością rodziny

Dzięki powtarzalności badań HBSC, możemy ocenić tendencje zmian w zakresie analizowanych wskaźników i ich powiązań, jakie zaszły w Polsce w latach 2002-2006. Mimo narastających trudności gospodarczych, obserwujemy stały wzrost przeciętnego poziomu zamożności społeczeństwa. W latach 2002-2006, odsetek rodzin zakwalifikowanych do grupy zamożnych (FAS>5) zwiększył się z 13,3 do 24,3%, przy jednoczesnym obniżeniu się odsetka rodzin zakwalifikowanych do grupy skrajnie ubogich (11,2 wobec 6,6%). Związek między poziomem zadowolenia z życia a zamożnością rodziny utrzymywał się w dwóch kolejnych edycjach badań HBSC we wszystkich grupach wieku. Istotna poprawa poziomu zadowolenia z życia na skali Cantrila dotyczyła w badanym okresie tylko grupy 15-latków. Poprawa ta zaznaczyła się ponadto tylko w grupie rodzin najuboższych (15-latki u obu płci, 13-latki tylko u dziewcząt). Przy porównaniu grupy skrajnie ubogiej z młodzieżą z najzamożniejszych rodzin, wskaźnik ryzyka względnego znacznie zmniejszył się w latach 2002-2006 we wszystkich grupach wieku (tab. II). Jest to efektem wspomnianej poprawy jakości życia młodzieży z rodzin najuboższych.

### Związek zadowolenia z życia z samooceną zdrowia

W badanej grupie młodzieży szkolnej w wieku 11-18 lat, swoje zdrowie jako złe lub takie sobie oceniło 16,1% ankietowanych. Odsetek ten zwiększał się od 11,6% u 11-latków do 19,5% u uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Podobnie jak w przypadku zadowolenia z życia, tylko w grupie najmłodszej nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic zależnych od płci.

Odsetek młodzieży gorzej oceniającej zdrowie zmniejszył się od 22,3% w rodzinach bardzo biednych

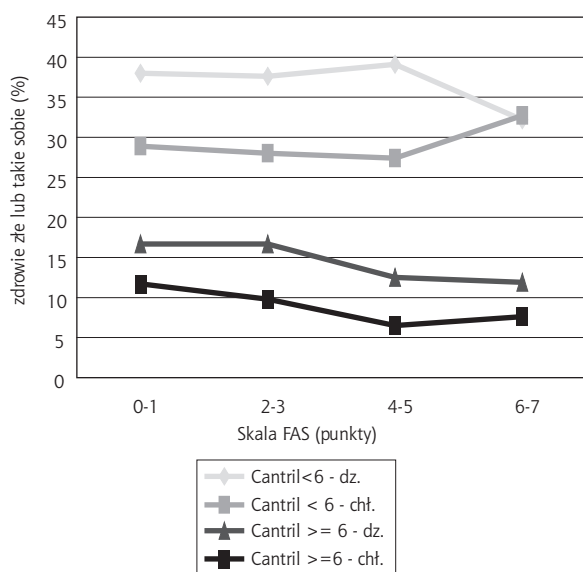
Tabela II. Odsetek młodzieży w wieku 11-15 lat niezadowolonej z życia według wieku, zamożności rodziny i roku badania (dwie serie badań HBSC)  
Table II. Percentage of 11-15-year-old adolescents dissatisfied with their lives by age, family wealth and year of survey (two series of HBSC study)

Skala FAS (punkty) /FAS scale (points)	Wiek (w latach) / Age (in years)					
	11		13		15	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006
Ogółem / Total	13,7	14,3	18,6	18,9	27,6	21,2
0-1	27,5	22,1	35,9	30,8	51,1	33,6
2-3	14,3	17,3	22,7	25,2	34,3	28,3
4-5	11,8	13,1	14,0	15,7	19,0	19,9
6-7	8,5	11,9	18,6	14,0	14,6	11,9
OR*	4,13	2,12	4,36	2,62	5,85	3,59
95%CI(OR)	2,46-6,95	1,17-3,84	2,76-6,87	1,61-4,26	3,79-9,02	2,33-5,52

\*Porównanie pierwszej i ostatniej kategorii zamożności

do 12,7% w rodzinach najbogatszych. Wskaźnik ryzyka złego stanu zdrowia związany ze skrajnym ubóstwem wynosił  $OR=1,86$  ( $95\%CI<1,47-2,37>$ ), czyli był mniejszy niż w odniesieniu do zadowolenia z życia. Odsetek młodzieży gorzej oceniającej swoje zdrowie był znacznie większy wśród niezadowolonych z życia w porównaniu z rówieśnikami, którzy uzyskali w skali Cantrila powyżej 5 punktów (33,0 wobec 10,8%). Młodzież niezadowolona z życia, pochodząca z rodzin bogatych, stanowi jedyną grupę, w której samoocenę zdrowia chłopców i dziewcząt była zbliżona (ryc. 2).

Jeżeli do modelu opisującego determinanty samooceny zdrowia wprowadzono poziom zadowolenia z życia okazał się on silniejszym predyktorem złego stanu zdrowia niż status materialny rodziny. W grupie młodzieży niezadowolonej z życia utrzymuje się bardzo wysoki odsetek oceniających zdrowie jako złe lub „takie sobie”, niezależnie od statusu materialnego rodziny. W grupie młodzieży zadowolonej z życia wysoki status materialny istotnie obniża częstość występowania gorszej samooceny zdrowia (ryc. 2). W końcowym modelu krokowej regresji logistycznej dychotomizowana skala Cantrila została wprowadzona do modelu w pierwszym kroku, a wpływ skali FAS okazał się nieistotny. Ogólnie, ryzyko złego stanu zdrowia związane z niezadowoleniem z życia skorygowane na płeć i wiek wyniosło  $OR=3,98$  ( $95\%CI<3,48-4,50>$ ).



Ryc. 2. Młodzież w wieku 11-18 lat oceniająca zdrowie jako złe lub „takie sobie” według płci, poziomu zadowolenia z życia i zamożności rodziny

Fig. 2. 11-18-year-old adolescents reporting poor or fair health by gender, level of life satisfaction and family wealth

## Omówienie

Drabina Cantrila jest prostym instrumentem, godnym polecenia w badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Skala ta należy do narzędzi mierzących kilka ważnych aspektów dobrostanu psychicznego. Na ocenę wpływa nastrój psychiczny, postrzeganie samego siebie, zadowolenie z warunków życia i relacji społecznych. Można podać szereg przykładów innych prostych i złożonych narzędzi badawczych, które mierzą podobny konstrukt pojęciowy (zadowolenie, jakość życia, szczęście). W wielu kwestionariuszach umieszcza się proste pytania ze zdefiniowanymi kategoriami odpowiedzi. Na przykład w badaniu Diagnoza Społeczna 2003 zadano pytanie: „Biorąc wszystko razem pod uwagę, jak oceniłby Pan swoje życie w tych dniach – czy mógłby Pan powiedzieć, że jest: bardzo szczęśliwy, dosyć szczęśliwy, niezbyt szczęśliwy, nieszczęśliwy”. Ankietywany ma wtedy narzucony przez badacza system wartościowania i etykiety odgórnie przypisane do każdej odpowiedzi [17]. W skali Cantrila przyjęto założenie, że punkt odniesienia wyznacza sam ankietywany, zgodnie ze swoimi oczekiwaniami. Etykiety przypisane są tylko do punktów końcowych, a ankietywany sam próbuje określić, czym dla niego jest bardzo dobre lub złe życie. Może to mieć znaczenia w badaniach międzynarodowych, kiedy problemem jest uzyskanie równoważnego tłumaczenia pytań i kategorii odpowiedzi, a na samą ocenę mogą wpływać czynniki kulturowe. Obecnie podejmowane są próby mierzenia na podobnej skali (drabinie) innych zjawisk, takich jak: zadowolenie z relacji rodzinnych [13], poczucie własnej wartości [18], pozycja w grupie społecznej [19]. Podejmowane są też próby dalszej modyfikacji wzoru drabiny, skrajnymi punktami może być najgorszy i najlepszy moment w życiu, jakiego badana osoba dotąd doświadczyła [20].

W wielu pracach zwracano uwagę na fakt, że ocena dobrostanu psychicznego ma wymiar emocjonalny, związany z pozytywnymi emocjami lub negatywnymi stanami, ale też wymiar poznawczy związany z wewnętrznymi standardami. Zadowolenie z życia jest ogólnie uznaną składową samopoczucia, rozumianego jako *well-being*. Pojęcie zadowolenia z życia budzi różne skojarzenia, nie zawsze związane ze zdrowiem. Uważa się, że na ogólne zadowolenie z życia poza czynnikami zdrowotnymi wpływają zewnętrzne i wewnętrzne zasoby wynikające z: jakości życia rodzinnego, relacji z przyjaciółmi, warunków mieszkaniowych, zasobów majątkowych, doświadczeń w miejscu pracy lub nauki, sposobu spędzania wolnego czasu, jak również z cech osobowych [21,22]. Na dobrostan składają się dotychczasowe doświadczenia, bieżące wydarzenia, oczekiwania co do przyszłości. Podstawą wyjaśnienia

uwarunkowań zadowolenia z życia są dwie teorie rozwijane w piśmiennictwie światowym od lat 80. XX w. [23], a ostatnio też w Polsce przez J. Czapińskiego [24]. Według tzw. oddolnej teorii (ang. *bottom-up*) ogólne zadowolenie z życia jest sumą doświadczeń dotyczących obszarów cząstkowych. Według drugiej, tzw. odgórnej teorii (ang. *top-down*), ogólne dobre nastawienie do życia rzutuje na korzystniejszą, niż obiektywnie wydawałoby się, percepcję obszarów cząstkowych, co wynika bardziej z cech osobowości niż warunków zewnętrznych.

W pracy starano się wykazać związek zadowolenia z życia ze zdrowiem. Trudno jest tu jednoznacznie określić kierunek zależności. Równoległe analizy przeprowadzone na podstawie danych z projektu KIDSCREEN pozwoliły zbadać, w jakim stopniu ocenę na skali Cantrila można wyjaśnić 10 wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem. Wykazano silny związek ze zdrowiem psychicznym w sensie pozytywnych emocji, ale też z jakością relacji z rodzicami i obrazem samego siebie oraz bardzo niewielki, choć istotny związek z wymiarem zdrowia fizycznego<sup>2/</sup>. W omawianej pracy zastosowano odwrotne podejście. Kiedy zmienną zależną była samoocena zdrowia, zadowolenie z życia okazało się być jej ważniejszą determinantą niż status materialny rodziny.

Przedstawiono wyniki korespondujących ze sobą badań populacyjnych młodzieży szkolnej w wieku 11-15 lat (2006 r.) i w wieku 16-18 lat (2005 r.), w których zastosowano ten sam kwestionariusz. Badania wykazały pogorszenie samooceny zdrowia i zadowolenia z życia między 11 a 18 r.ż. Pogorszenie subiektywnej oceny zdrowia zostało wcześniej opisane na podstawie badań HBSC, ale tylko jako zmiany między 11 a 15 r.ż. Na przykładzie danych polskich możemy śledzić więc trend aż do pełnoletności. W okresie nauki w szkole ponadgimnazjalnej pogorszenie poziomu zadowolenia z życia jest większe niż niekorzystne zmiany w zakresie samooceny zdrowia.

W świetle prezentowanych badań wykazano też silny gradient społeczny, to znaczy pogarszającą się ocenę zadowolenia z życia wraz z pogorszeniem warunków materialnych rodziny. Siła związku różni się w kolejnych grupach wieku. Najsilniejszy gradient obserwujemy w III klasie gimnazjum i w I klasie szkoły ponadgimnazjalnej. Wskazuje to na konieczność wzmocnienia systemu wsparcia młodzieży w krytycz-

nym dla niej okresie przekraczania kolejnego progu edukacyjnego.

Prezentowane badania korespondują z prowadzoną od lat dyskusją na temat istnienia bądź zanikania nierówności w zdrowiu w okresie adolescencji. W opublikowanej w 1997 r. pracy P. Westa spopularyzowano koncepcję zanikania nierówności (ang. *equalization*), posługując się danymi dotyczącymi siedmiu typów mierników zdrowia analizowanymi według brytyjskich klas społecznych [25]. Jeżeli za miernik szeroko pojętego zdrowia przyjmiemy zadowolenie z życia (jakość życia), łączącą w sobie komponenty zdrowia fizycznego i psychospołecznego, okazuje się że w Polsce zanikanie nierówności obserwowane jest tylko wśród uczniów szkół podstawowych, do 11-12 r.ż. Okres nauki w gimnazjum i przejścia do szkoły ponadgimnazjalnej wiąże się w gwałtownym nasileniem nierówności.

## Wnioski

1. W okresie adolescencji z wiekiem maleje zadowolenie z życia.
2. Różnice zależne od płci nie występują u młodszych dzieci, nasilają się w okresie dojrzewania, po czym znów słabną.
3. W wieku 15-16 lat, czyli w okresie przejścia z gimnazjum do szkoły ponadgimnazjalnej szczególnie silnie zaznacza się wpływ statusu społeczno-ekonomicznego rodziny na poziom zadowolenia z życia.
4. W latach 2002-2006, ogólnie nie stwierdzono widocznej poprawy poziomu zadowolenia z życia młodzieży polskiej 11-15-letniej. Niewielka poprawa dotyczyła tylko 15-latków pochodzących z rodzin najuboższych.
5. Niezadowolenie z życia jest silniejszym predyktorem złej samooceny zdrowia niż ubóstwo rodziny.
6. Pytania na temat zadowolenia z życia, takie jak skala Cantrila, mogą być brane pod uwagę w analizach zdrowia psychospołecznego i nierówności w zdrowiu dorastającej młodzieży. Forma graficzna „drabiny” jest też godnym poleceniem rozwiązaniem przy budowie nowych kwestionariuszy.

<sup>2/</sup> Prezentowane jako referat na konferencji członków sieci badawczej HBSC, Galway 11 czerwca 2009 r.

## Piśmiennictwo / References

1. McDowell I, Newell C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University, NY 1996.
2. Woynarowska B (red). *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa 2007.
3. Nielsen A, Siersma V, et al. Self-rated general health among 40-year-old Danes and its association with all-cause mortality at 10-, 20-, and 29 years' follow-up. *Scand J Publ Health* 2008, 36(1): 3-11.
4. Valois R, Zullig K, et al. Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Soc Ind Res* 2004, 66(1-2): 81-105.
5. Zullig K, Valois R, et al. Relationship between selected substance use behaviors and adolescent self-perception of life satisfaction. *J Adolesc Health* 2001, 29(4): 279-288.
6. Valois R, Zullig K, et al. Association between life satisfaction and sexual risk-taking behaviors among adolescents. *J Child Fam Stud* 2002, 11(4): 427-440.
7. Valois R, Zullig K, et al. Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents. *J Sch Health* 2004, 74(2): 59-65.
8. Mazur J, Woynarowska B. Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej. *Med Wieku Rozwoj* 2004, 8(3Pt1): 567-583.
9. Cantril H. *The pattern of human concern*. Rutgers, New Brunswick 1965.
10. Currie C, Nic Gabhain S, et al. (ed). *Inequalities in young people's health*. HBSC international report from the 2005/2006 survey. WHO, Copenhagen 2008.
11. Małkowska A, Tabak I i wsp. *Zdrowie i styl życia młodzieży u progu dorosłości. Raport techniczny z badań uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*. IMiD, Warszawa 2005.
12. Woynarowska B, Mazur J i wsp. *Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 r.* UW, Warszawa 2002.
13. Mazur J, Woynarowska B i wsp. *Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006*. IMiD, Warszawa 2007.
14. Currie C, Molcho M, et al. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Sci Med* 2008, 66: 1429-36.
15. Mazur J, Woynarowska B. Mierniki nierówności społecznych w badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. *Prz Epid* 2004, 58: 377-90.
16. Cavallo F, Zambon A, et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res* 2006, 15(10): 1577-1585.
17. Hofmans J, Theuns P, et al. Combining quality and quantity. A psychometric evaluation of the self-anchoring scale. *Qual Quant* (04.01.2008).
18. Carpenter J. Applying the Cantril methodology to study self-esteem: psychometrics of the Self-Anchoring Self-Esteem Scale. *J Nurs Meas* 1996, 4(2): 171-89.
19. Goodman E, Adler N, et al. Adolescents' perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics* 2001, 108(2): E31.
20. Bernheim J, Theuns P, et al. The potential of anamnestic comparative self-assessment (ACSA) to reduce bias in the measurement of subjective well-being. *J Happiness Study* 2006, 7: 227-250.
21. Wilkinson R, Walford W. The measurement of adolescent psychological health: One or two dimensions? *J Youth Adolesc* 1998, 27: 443-455.
22. Gonzalez M, Coenders G, et al. Non-linearity, complexity and limited measurement in the relationship between satisfaction with specific life domains and satisfaction with life as a whole. *J Happiness Stud* (w druku, online: 15.05.2009).
23. Brief A, Butcher A, et al. Integrating bottom-up and top down theories of subjective well-being: the case of health. *J Pers Soc Psychol* 1993, 64(4): 646-53.
24. Czapiński J. *Psychologia pozytywna*. PWN, Warszawa 2004.
25. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Sci Med* 1997, 44: 833-58.