

PORÓWNANIE PRZYDATNOŚCI SUMARYCZNEJ I WAŻONEJ SKALI NEGATYWNYCH ZDARZEŃ ŻYCIOWYCH DO BADANIA UWARUNKOWAŃ ZDROWIA MŁODZIEŻY

EVALUATION OF USEFULNESS OF SUMMARISED AND WEIGHTED SCALE OF NEGATIVE LIFE EVENTS TO EXAMINE THE DETERMINANTS OF ADOLESCENT HEALTH

Piotr Supranowicz

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Słowa kluczowe: zdrowie, zachowania zagrażające zdrowiu, zdarzenia życiowe, okres dorastania

Key words: health, risk behaviours, life events, adolescence

STRESZCZENIE

Liczne badania wykazały, że wystąpienie negatywnych zdarzeń życiowych, szczególnie w dzieciństwie i w okresie dorastania, zwiększa ryzyko rozwinięcia się w przyszłości zaburzeń psychicznych i somatycznych. Celem przedstawionej pracy była ocena, w jakim stopniu ciężkość zdarzeń warunkuje pojawienie się zaburzeń zdrowia młodzieży i podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu. Badania przeprowadzono na losowo dobranej próbie uczniów dziesięciu gimnazjów warszawskich w okresie trzyletnim. Do zebrania danych posłużyła ankieta opracowana w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Skala negatywnych zdarzeń życiowych składała się z 32 pozycji obejmujących: 1) zmiany dotyczące życia i zdrowia bliskich osób, 2) zetknięcia się z czynami o charakterze przestępstwa lub nagannymi, 3) problemy związane z biologicznym dojrzewaniem, 4) relacje interpersonalne w najbliższym otoczeniu, 5) warunki ekonomiczne i bytowe oraz 6) problemy dotyczące nauki. Średnia ciężkość zdarzeń ocenianych przez uczniów posłużyła do określenia wagi poszczególnych pozycji. Do analizy zastosowano zarówno ważoną jak i sumaryczną skalę. Ponadto ankieta zawierała pytania dotyczące zdrowia, samopoczucia, zachowań i postaw zagrażających zdrowiu przyjęte jako mierniki kryterialne. Badania nasze nie dostarczyły dowodów na to, że wyłącznie ciężkość negatywnych zdarzeń życiowych warunkuje zaburzenia zdrowia i podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu. Obie skale wykazały umiarkowaną korelację z większością mierników kryterialnych i wyjaśniały 10% - 20% wariacji mierników zdrowia doświadczanego subiektywnie (samoocena stanu zdrowia, samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne), 10% - 25% - zachowań i postaw zagrażających zdrowiu i jedynie 1% - 7% - zaburzeń zdrowia mierzonych miernikami obiektywnymi (absencja chorobowa, pozostawanie w domu lub w szpitalu z powodu zaburzeń zdrowia, kontaktowanie się z lekarzem i przyjmowanie leków). Wydaje się, że nie ciężkość negatywnych zdarzeń życiowych, ale ich skumulowanie warunkuje negatywne skutki zdrowotne i behawioralne w okresie dorastania.

ABSTRACT

Numerous studies have shown that the occurrence of negative life events, especially in childhood and adolescence, increases the risk of developing mental and somatic disorders in future. The purpose of presented paper was to assess to what extent the severity of events determines health disorders and risk behaviours among adolescents. The study was conducted on a randomly selected sample of ten secondary school students in Warsaw in the three-year period. A questionnaire for data gathering was elaborated in Health Promotion and Postgraduate Education of the National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene. The scale of negative life events consisted of 32 items covering: 1) changes in live and health of closed persons, 2) contact with the acts of a crime or incorrect, 3) problems concerning biological maturation, 4) interpersonal relations in the nearest surrounding, 5) financial and living conditions and 6) problems of learning. The average severity of events evaluated by the students was used to determine the weights of individual item. Weighted scale as well as summarised scale were applied to analysis. In addition, the questionnaire included questions on health, well-

Adres do korespondencji: Piotr Supranowicz, Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, 00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24,
tel. 22 54 21 334, e-mail: psupranowicz@pzh.gov.pl

being, and risk behaviours and attitudes, as criterial indicators. Our study did not provide evidence that only the severity of negative life events determines the health disorders and taking risk behaviours. The both scales showed similar moderate correlation with most criterial indicators and explained 10% - 20% of variance of subjectively experienced health indicators (self-assessment of health status, physical, psychical and social well-being), 10% - 25% of risk behaviours and attitudes and only 1% - 7% of health disorders measured by objective indicators (sickness absence, staying at home or in hospital due to health disorders, contact with physician, taking medication). It seems that not the severity of negative life events but their cumulating determines health and behavioural negative effects.

WSTĘP

Negatywne zdarzenia życiowe są nieuniknioną częścią ludzkiej egzystencji. Freud pierwszy sugerował, że zepchnięte do podświadomości doświadczenia przeżyte we wczesnym dzieciństwie powodują zaburzenia nerwicowe obserwowane u dorosłych pacjentów. Jego kontynuatorami byli badacze o orientacji psychosomatycznej, którzy starali się zrekonstruować ciąg zdarzeń życiowych prowadzący do powstania ogólnych zaburzeń zdrowia lub pojawienia się określonej choroby [2, 11]. Engel zaobserwował, że 80% pacjentów, którzy po raz pierwszy zachorowali na wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub u których objawy choroby nasiliły się, zetknęli się ze zdarzeniami pogarszającymi w dużym stopniu ich sytuację życiową niedługo przed zaburzeniami zdrowia. U pacjentów tych wystąpiły zmiany psychiczne nazwane przez Engela zespołem poddawania się - rezygnacji (*giving up - given up syndrom*), który charakteryzował się: poczuciem bezradności i braku nadziei, obniżeniem poczucia własnej wartości, utratą zadowolenia z relacji interpersonalnych i pełnionych ról społecznych, poczuciem zakłócenia ciągłości między przeszłością, teraźniejszością i przyszłością, a także reaktywacją wspomnień z poprzednich okresów poddawania się [8]. Te wczesne badania prowadzone były metodą retrospekcji, albo prospektywnej obserwacji przypadków lub niedużej grupy przypadków. Dopiero długoletnie badania longitudinalne prowadzone na dużych reprezentacyjnych próbach dostarczyły wiarygodnych dowodów na to, że przeżycie negatywnych zdarzeń życiowych może zwiększyć ryzyko wystąpienia choroby, a w przypadku już istniejącej, zaostrzenia jej przebiegu [5, 13, 16, 18, 31]. Dotyczyło to zarówno bardzo poważnych zdarzeń, jak przeżycia wojenne [18, 24], ale także trosk życia codziennego [13]. Dlatego też pojawiła się potrzeba stworzenia narzędzi, które umożliwiałyby pomiar ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych.

Pierwszą próbę opracowania ogólnej skali negatywnych zdarzeń życiowych, która określałaby relatywne wartości poszczególnych zdarzeń, podjęli Holmes i Rahe. Badaniami objęto ok. 5000 osób, od których zebrano informacje o postrzeganej przez nich ciężkości zdarzeń. Opracowana przez nich skala dopasowania społecznego SRRS (*Social Readjustment Rating Skale*) składała się z 43 zdarzeń, którym przypisane zostały wagi od 11 (nie wielkie naruszenie prawa) do 100 (zgon małżonka) [12].

Wartości przypisywane negatywnym zdarzeniom mogą zmieniać się w miarę upływu czasu, dlatego skala ta jest aktualizowana [19]. Jest ona często wykorzystywana do określenia wpływu negatywnych zdarzeń życiowych na rozwinięcie się różnych schorzeń [15, 21]. Coddington, wzorując się na skali SRRS, opracował odrębne skale negatywnych zdarzeń życiowych, przeznaczone dla różnych grup wiekowych dzieci i młodzieży. Do badań włączono nauczycieli, lekarzy pediatri, psychologów, rodziców i samą młodzież, którzy określili ciężkość poszczególnych zdarzeń. Skala przeznaczona dla młodzieży szkół ponadpodstawowych w ostatecznej wersji składała się z 37 pozycji, którym przypisane zostały wagi od 33 (opuszczenie domu przez brata lub siostrę) do 95 (zajście w niechcianą ciążę) [3, 4]. Skala Coddingtona jest obecnie również często stosowana do badań uwarunkowań zaburzeń zdrowia młodzieży [1, 23]. Opracowano również inne skale, z których najczęściej wykorzystywane są A-FILE (*Adolescent-Family Inventory of Life Events and Changes*) [22], LEDS (*Life Events and Difficulties Schedule*) [33], LES (*Life Event Scale*) [25], PACE (*Psychosocial Assessment of Childhood Experiences*) [26] i STEP (*Stepfamily Events Profile*) [7]. Pojawienie się negatywnych zdarzeń życiowych w dzieciństwie i w okresie dorastania ma szczególne znaczenie dla nasilania się dolegliwości psychicznych i somatycznych i rozwinięcia się zaburzeń zdrowia w okresie dorosłości [14, 20, 24, 32].

W Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny w latach 2003 - 2010 realizowany był projekt badawczy „Wpływ samopoczucia młodzieży i negatywnych zdarzeń życiowych na zaburzenia zdrowia i prezentowanie zachowań i postaw zagrażających zdrowiu”. Projekt miał dwójaki cel. Po pierwsze, podjęto próbę stworzenia podstawowego narzędzia (*generic questionnaire*), które za pomocą możliwie najmniejszej liczby pytań pozwalałoby zgromadzić możliwie najwięcej informacji. Po drugie, zgromadzone dane posłużyły do analizy wielorakich zależności między zdrowiem i jego zaburzeniami, samopoczuciem fizycznym, psychicznym i społecznym, zachowaniami i postawami zagrażającymi zdrowiu (nałogi, przemoc) oraz negatywnymi zdarzeniami życiowymi, z którymi zetknęła się młodzież w ciągu roku poprzedzającego badania [10, 27, 29, 30]. Celem przedstawionych badań było określenie, w jakim stopniu

powstanie zaburzeń zdrowia młodzieży i podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu zależy od ciężkości zdarzeń i od ich liczby. Do analizy porównawczej posłużyły dwie złożone skale negatywnych zdarzeń życiowych - sumaryczna i ważona. Ponadto podjęto próbę oszacowania, w jakim stopniu negatywne zdarzenia życiowe wyjaśniają wariacje zmiennych zaburzeń zdrowia i zachowań zagrażających zdrowiu.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto uczniów dziesięciu wybranych losowo gimnazjów warszawskich. Pierwszy sondaż przeprowadzono w 2003 roku w klasie pierwszej, gdy młodzież była w wieku 13-14 lat i ponownie na tej samej grupie młodzieży w latach 2004 i 2005. Próba w 2003 roku liczyła 762 uczniów, w 2004 - 783 uczniów i w roku 2005 - 804 uczniów. Udział młodzieży w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Rodzice zostali zapoznani z celem badań i ankietą i do badań przystąpili tylko ci uczniowie, których rodzice wyrazili na to zgodę.

Do zebrania danych posłużyła autorska ankieta opracowana w Zakładzie Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Skala negatywnych zdarzeń życiowych składała się z 32 pozycji obejmujących sześć problemów: 1) zmiany dotyczące życia i zdrowia (śmierć, ciężka choroba lub wypadek matki, ojca lub innej bliskiej osoby), 2) zetknięcie się z czynami o charakterze przestępstwa lub nagannymi (napad i pobicie przez inną osobę, ukaranie za przestępstwo, napastowanie seksualne przez inną osobę), 3) problemy związane z biologicznym dojrzewaniem (rozpoczęcie życia seksualnego, zajście w ciążę, spowodowanie ciąży), 4) relacje interpersonalne w najbliższym otoczeniu (rozwód lub separacja rodziców, dłuższa rozłąka z obojgiem rodziców, matką, ojcem lub inną bliską osobą, zerwanie z chłopakiem/dziewczyną, strata najlepszej przyjaciółki/najlepszego przyjaciela, zbyt wysokie wymagania rodziców, nadmiar obowiązków domowych, częste sprzeczki między rodzicami, ograniczenie możliwości decydowania o sobie), 5) warunki ekonomiczne i bytowe (pogorszenie się warunków mieszkaniowych, przeniesienie się do innego mieszkania, utrata pracy przez ojca lub matkę, brak możliwości wyjazdu na wakacje lub w czasie ferii, brak własnych pieniędzy), 6) problemy dotyczące nauki (niechęć do szkoły, zmiana szkoły, trudności w nauce). W pierwszym etapie badań uczniowie poproszeni zostali o określenie ciężkości poszczególnych zdarzeń w skali od 0 do 100. W drugim i trzecim etapie badań poproszono uczniów o zaznaczenie tych zdarzeń, z którymi zetknęli się oni w ciągu roku poprzedzającego badania. Wstępną wersję skali przetestowano w pilotażowych badaniach [29].

Ankieta zawierała również pytania dotyczące zdrowia i jego zaburzeń, samopoczucia oraz zachowań i postaw zagrażających zdrowiu. Przyjęto je jako mierniki kryterialne. Zdrowie i jego zaburzenia określały następujące mierniki: 1) samoocena stanu zdrowia (bardzo dobre, raczej dobre, średnie, raczej złe, bardzo złe), 2) absencja chorobowa w ciągu ostatniego miesiąca, 3) częstość pozostawiania w domu lub przebywania w szpitalu w ciągu ostatniego roku (od 0 do 10 razy lub więcej), 4) częstość kontaktowania się z lekarzem w ciągu ostatniego roku (od 0 do 10 razy lub więcej), częstość przyjmowania leków (od „wcale” do „codziennie”).

Samopoczucie mierzone było w jego wymiarach fizycznym, psychicznym i społecznym. Do mierzenia samopoczucia fizycznego przyjęto częstość występowania bólu głowy, bólu brzucha, bólu pleców, nudności, zawrotów głowy i przemęczenie. Poszczególne dolegliwości mierzone były w skali od 1 („bardzo często”) do 5 („bardzo rzadko”). Na samopoczucie psychiczne składała się częstość występowania: niepokoju, lęku, przygnębienia, poczucia winy, niezadowolienia z siebie, bezradności i samotności. Skala ta mierzona była podobnie jak skala samopoczucia fizycznego. Wsparcie społeczne mierzone było przez: ogólne poczucie wsparcia, wsparcie ze strony matki, ojca, kolegów i nauczyciela. Wsparcie społeczne mierzone było również w skali od 1 (zdecydowany brak wsparcia) do 5 (zdecydowane poczucie wsparcia). Skala samopoczucia fizycznego rozciągała się od 6 do 30 punktów, psychicznego - od 7 do 35 punktów, wsparcia społecznego – od 5 do 25 punktów. Wyższe wartości skal wskazywały na lepsze samopoczucie.

Częstość zachowań zagrażających zdrowiu (picie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków i stosowanie przemocy) mierzona była sześciopunktową skalą monotoniczną od „wcale” do „codziennie”. W celu zbadania postawy wobec zachowań zagrażających zdrowiu uczniów zapytano, w jakim stopniu zachowania te pozwalają rozwiązać problemy życiowe. Uczniowie umieszczali swoje odpowiedzi na dziesięciocentymetrowej analogowej skali wizualnej, której krańce oznaczono: „wcale” i „całkowicie”.

Bazę danych założono w programie Epi Info. Do mierzenia korelacji między skalą sumaryczną i skalą ważoną a zmiennymi kryterialnymi użyto współczynnika korelacji *r* *Pearsona*. Współczynnik korelacji rangowej *rho Spearmana* posłużył do określenia zgodności między rankingami ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych chłopców i dziewcząt. Przyjęto następujące, powszechnie akceptowane kryteria siły korelacji: $|r| < 0,1$ – brak korelacji, $0,1 \leq |r| < 0,3$ - słaba korelacja, $0,3 \leq |r| < 0,5$ - umiarkowana korelacja, $0,5 \leq |r| < 0,7$ - silna korelacja, $0,7 \leq |r| < 0,9$ bardzo silna korelacja, $0,9 \leq |r|$ - prawie całkowita zgodność. Współczynnik

determinacji R^2 pomnożony przez 100% wykorzystany został w celu oszacowania, w jakim stopniu zmienność mierników zdrowia, samopoczucia, zachowań i postaw zagrażających zdrowiu można przypisać negatywnym zdarzeniom życiowym.

WYNIKI

Średnia ocena ciężkości każdego ze zdarzeń życiowych posłużyła do określenia jego wagi. W tym celu średnia ocena podzielona została przez liczbę 10

i zaokrąglona do pełnych jedności. W tabeli 1 średnia ocena ciężkości poszczególnych zdarzeń przedstawiona została w kolumnie 1, natomiast waga każdego ze zdarzeń w kolumnie 2. Młodzież postrzegала zmiany dotyczące życia i zdrowia osób najbliższych, a zwłaszcza śmierć matki, a także rozwód lub separację rodziców jako najcięższe zdarzenia życiowe (waga 8 - 10 punktów). Nieco niższa waga (6 - 7 punktów) przypisana została większości zdarzeń: napastowaniu seksualnemu nastolatka przez inną osobę, zajściu w ciążę przez nastoletnią dziewczynę lub spowodowaniu ciąży przez nastoletniego chłopca, dłuższej

Tabela 1. Ocena ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych przez młodzież
Evaluation of severity of negative life events by adolescents

Negatywne zdarzenia życiowe	Ocena ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych			
	Ciężkość		Ranking ¹	
	Punkty	Waga	Dziewczęta	Chłopcy
1. Zmiany dotyczące życia i zdrowia:				
Śmierć matki	97,1	10	1	1
Śmierć ojca	93,7	9	2	2
Śmierć innej bliskiej osoby	87,4	9	4	4
Ciężka choroba lub poważny wypadek matki	90,6	9	3	3
Ciężka choroba lub poważny wypadek ojca	87,0	9	5	5
Ciężka choroba lub poważny wypadek innej bliskiej osoby	80,5	8	6	7
2. Zetknięcie się z czynami o charakterze przestępstwa lub nagannymi:				
Napad i pobicie nastolatka przez inną osobę	52,7	5	24	26
Ukaranie nastolatka za przestępstwa	40,9	4	30	32
Napastowanie seksualne nastolatka przez inną osobę	64,3	6	8	18
3. Problemy związane z biologicznym dojrzewaniem:				
Rozpoczęcie życia seksualnego	47,9	5	26	30
Zajście w ciążę przez nastoletnią dziewczynę	63,3	6	9	22
Spowodowanie ciąży przez nastoletniego chłopaka	61,5	6	10	24
4. Relacje interpersonalne w najbliższym otoczeniu:				
Rozwód lub separacja rodziców	77,0	8	7	6
Dłuższa rozłąka z obojgiem rodziców	67,0	7	16	11
Dłuższa rozłąka z matką	69,9	7	11	10
Dłuższa rozłąka z ojcem	63,3	6	20	12
Dłuższa rozłąka z inną bliską osobą	55,4	6	23	19
Zerwanie z chłopakiem / dziewczyną	55,4	6	24	17
Strata najlepszej przyjaciółki / najlepszego przyjaciela	55,3	6	19	25
Zbyt wysokie wymagania rodziców	56,0	6	21	23
Nadmiar obowiązków domowych	46,0	5	28	29
Częste sprzeczki między rodzicami	61,8	6	17	16
Ograniczenie możliwości decydowania o sobie	64,0	6	14	13
5. Warunki ekonomiczne i bytowe:				
Mieszkanie w złych warunkach	63,3	6	13	15
Konieczność przeniesienia się do innego mieszkania	40,7	4	31	31
Utrata pracy przez ojca	68,3	7	15	9
Utrata pracy przez matkę	70,3	7	12	8
Brak możliwości wyjazdu na wakacje lub w czasie ferii	44,7	4	29	28
Brak własnych pieniędzy	51,2	5	27	19
6. Problemy dotyczące nauki:				
Konieczność chodzenia do szkoły	41,5	4	32	27
Zmiana szkoły	55,7	6	22	21
Trudności w nauce	60,7	6	18	14

¹ współczynnik korelacji rangowej rho *Spearmana*=0,85

Tabela 2 Współwystępowanie negatywnych zdarzeń życiowych
Co-occurrence of negative life events

Liczba negatywnych zdarzeń życiowych ¹	Młodzież w wieku 14-15 lat		Młodzież w wieku 15-16 lat	
	N	%	N	%
0	39	10,0	46	10,3
1	62	15,9	70	15,6
2	58	14,9	68	15,2
3	55	14,1	65	14,5
4	27	6,9	41	9,2
5	38	9,7	39	8,7
6	34	8,7	34	7,6
7	19	4,9	20	4,5
8	19	4,9	16	3,6
9 lub więcej	39	10,2	49	10,7

¹ średnia liczba negatywnych zdarzeń życiowych: dla grupy młodszej - 4,15, dla grupy starszej - 4,01

rozłące równocześnie z obojgiem rodziców, z matką, ojcem lub inną bliską osobą, zerwaniu z chłopakiem/dziewczyną, stracie najlepszej przyjaciółki/najlepszego przyjaciela, zbyt wysokim wymaganiem rodziców,

częstym sprzeczkom między rodzicami, ograniczeniu możliwości decydowania o sobie, mieszkaniu w złych warunkach, utracie pracy przez ojca lub matkę, zmianie szkoły i trudnościom w nauce. Najniższą ocenę ciężkości (waga 4 punkty) uzyskały takie zdarzenia, jak przeniesienia się do innego mieszkania, brak możliwości wyjazdu na wakacje, konieczność chodzenia do szkoły, a także ukaranie nastolatka za przestępstwa, co jest dużą niespodzianką. Między uszeregowaniem ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych przez chłopców i dziewczęta, przedstawionym w kolumnach 3 i 4, istniała duża zgodność (współczynnik korelacji rangowej rho *Spearmana* = 0,85). Różnica dziesięciu pozycji lub większa dotyczyła jedynie trzech zdarzeń: napastowanie seksualne nastolatka przez inną osobę, zajście w ciążę przez nastoletnią dziewczynę i spowodowanie ciąży przez nastoletniego chłopaka. Zdarzenia te znalazły się na wyższych pozycjach w rankingu dziewcząt.

W tabeli 2 przedstawiono liczebność i odsetek młodzieży w zależności od liczby negatywnych zdarzeń życiowych. W obu grupach wiekowych jedynie co dziesiąty ankietowany uczeń w ciągu ostatniego

Tabela 3 Porównanie związku sumarycznej i ważonej skali negatywnych zdarzeń życiowych z miernikami zdrowia, samopoczucia, oraz zachowań i postaw zagrażających zdrowiu
Comparison of relation of the summarised and weighted scale with indicators of health, well-being and risk behaviours and attitudes

Mierniki	Korelacja ¹				Procent wyjaśnianej wariancji ²			
	Młodzież w wieku 14-15 lat		Młodzież w wieku 15-16 lat		Młodzież w wieku 14-15 lat		Młodzież w wieku 15-16 lat	
	Skala sumaryczna	Skala ważona	Skala sumaryczna	Skala ważona	Skala sumaryczna	Skala ważona	Skala sumaryczna	Skala ważona
Zdrowie:								
Samoocena stanu zdrowia	-0,35	-0,36	-0,33	-0,33	12	13	11	11
Absencja chorobowa	0,18	0,17	0,14	0,14	3	3	2	2
Przebywanie w domu lub w szpitalu	0,23	0,22	0,14	0,12	5	5	2	1
Kontaktowanie się z lekarzem	0,27	0,26	0,19	0,18	7	7	4	3
Przyjmowanie leków	0,24	0,24	0,21	0,21	6	6	4	4
Samopoczucie:								
Fizyczne	-0,38	-0,37	-0,39	-0,38	14	14	15	14
Psychiczne	-0,40	-0,38	-0,45	-0,44	16	14	20	19
Spoleczne	-0,41	-0,40	-0,46	-0,44	17	16	21	19
Zachowania zagrażające zdrowiu:								
Picie alkoholu	0,43	0,42	0,36	0,34	19	18	13	12
Palenie papierosów	0,44	0,40	0,40	0,39	19	16	16	15
Używanie narkotyków	0,50	0,50	0,37	0,35	25	25	14	12
Stosowanie przemocy	0,37	0,34	0,18	0,17	14	12	3	3
Postawa wobec zachowań zagrażających zdrowiu								
Picie alkoholu	0,39	0,37	0,43	0,41	15	14	19	17
Palenie papierosów	0,40	0,37	0,33	0,32	16	14	13	10
Używanie narkotyków	0,48	0,45	0,32	0,31	23	20	10	10
Stosowanie przemocy	0,30	0,30	0,23	0,22	9	9	5	5

¹ współczynnik korelacji r *Pearsona*

² współczynnik determinacji R² × 100%

roku nie doświadczył żadnego negatywnego zdarzenia życiowego, prawie połowa uczniów zetknęła się z 1 – 3 zdarzeniami, a co dziesiąty z dziesięcioma lub więcej zdarzeniami.

W tabeli 3 przedstawiono korelacje sumarycznej i ważonej skali negatywnych zdarzeń życiowych z miernikami zdrowia i jego zaburzeń, samopoczucia oraz zachowań i postaw zagrażających zdrowiu. Porównanie siły korelacji obu skal z poszczególnymi czynnikami nie wykazało większych różnic między nimi, zarówno w młodszej, jak i starszej grupie wiekowej. Obie skale wykazały umiarkowaną korelację z samopoczuciem, zachowaniami zagrażającymi zdrowiu i postawami wobec zachowań zagrażających zdrowiu (z wyjątkiem postawy wobec stosowania przemocy w starszej grupie wiekowej). Odnośnie mierników zdrowia, umiarkowaną korelację obu skal stwierdzono w przypadku samooceny stanu zdrowia, natomiast mierniki obiektywne (absencja chorobowa, pozostawanie w domu lub przebywanie w szpitalu z powodu zaburzeń zdrowia, kontaktowanie się z lekarzem i przyjmowanie leków) wykazały słabą korelację z obiema skalami negatywnych zdarzeń życiowych. Negatywne zdarzenia życiowe odpowiadają za ok. 10% - 20% zdrowia doświadczanego subiektywnie (samoocena stanu zdrowia, samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne), ok. 10% - 25% zachowań i postaw zagrażających zdrowiu (poza stosowaniem przemocy w przypadku starszej grupy wiekowej) i jedynie do 7% zaburzeń zdrowia mierzonego obiektywnymi miernikami.

DYSKUSJA

Wyniki oceny ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych naszych badań w dużym stopniu podobne są do wyników innych badań przeprowadzonych wśród młodzieży, ale wykazały także pewne różnice. W najczęściej używanej skali negatywnych zdarzeń życiowych, opracowanej przez *Coddingtona* dla młodzieży w wieku 12 - 17 lat, średnią wartość ciężkości zbliżoną do naszej skali nadano takim zdarzeniom, jak zgon jednego z rodziców (94 punkty), rozwód lub separacja rodziców (77 punktów - separacja, 84 punkty - rozwód), zmiana szkoły (52 punkty) i trudności w nauce (62 punkty). W porównaniu z naszą skalą wyższą ocenę przypisano niechcianej ciąży, przy czym była ona tylko nieco wyższa w przypadku spowodowania ciąży (76 punkty) i znacznie wyższa w przypadku zajścia w ciążę (95 punktów). Z kolei nieco niższą ciężkość przypisano zerwaniu z chłopakiem / dziewczyną (47 punktów) i pogorszeniu się sytuacji finansowej (40 punktów), natomiast znacznie niżej oceniono ciężkość takich zdarzeń, jak śmierć innej bliskiej osoby (35 punktów – dziadkowie, 71 punktów - brat lub siostra), ciężka

choroba rodzica (54 punkty) lub innej bliskiej osoby (44 punkty), częste sprzeczki między rodzicami (48 punktów) i utrata pracy przez rodzica (48 punktów) [3]. *Rende* i *Plomin* stwierdzili na podstawie swoich badań, iż młodzież amerykańska, podobnie jak w naszych badaniach, najwyżej oceniała ciężkość takich zdarzeń, jak śmierć bliskiej osoby i rozwód rodziców, wyżej niż młodzież warszawska oceniała ciężkość częstych sprzeczek między rodzicami i trudności związanych z nauką, natomiast ciężkość wystąpienie choroby lub wypadku rodziców lub innej bliskiej osoby, utraty pracy przez ojca, zmiany szkoły i braku własnych pieniędzy oceniona została relatywnie niżej [23]. Być może różnice te były spowodowane lepszą opieką zdrowotną i socjalną w USA. Ci sami autorzy odnotowali, że młodzież jest skłonna niżej oceniać ciężkość negatywnych zdarzeń życiowych niż ich rodzice, z wyjątkiem śmierci i pogorszenia się zdrowia bliskich osób. Badania te były prowadzone na populacji w dużym stopniu różniące się warunkami ekonomicznymi i kulturowymi, dlatego porównanie to należy traktować z dużą ostrożnością.

Jeśli wpływ na zaburzenia zdrowia i podejmowanie zachowań zagrażających zdrowiu wywierałoby przede wszystkim ciężkość negatywnych zdarzeń, to skala ważona powinna wykazywać silniejszy związek z miernikami kryterialnymi. Analiza nie wykazała jednak takiej różnicy, siła korelacji obu skal z miernikami zdrowia i zachowań zagrażających zdrowiu była podobna. Wskazywałoby to, że nie tyle sama ciężkość negatywnych zdarzeń życiowych, co ich skumulowanie może spowodować wystąpienie zaburzeń psychicznych i somatycznych, a także podejmowania niewłaściwych zachowań. Interpretację taką potwierdzają inne badania. *Boer* i wsp. ustalili, że dzieci w wieku 8 - 13 lat, u których rozpoznano zaburzenia lękowe, zarówno w ciągu ostatniego roku, jak i w ciągu całego życia przeżyli większą liczbę negatywnych zdarzeń życiowych w porównaniu zarówno z grupą kontrolną, jak i ich rodzeństwem, niezależnie od ciężkości tych zdarzeń [1]. *Faravelli* i wsp. na podstawie reprezentacyjnej próby 2363 dorosłych próbowali ustalić, w jakim stopniu czynnikami ryzyka pojawienia się zaburzeń psychicznych, są - doświadczone w ciągu ostatniego roku – takie negatywne zdarzenia życiowe, jak śmierć małżonka, innego członka rodziny lub bliskiej osoby, poważne własne problemy zdrowotne, poważne problemy zdrowotne członków rodziny, rozwód lub separacja, przemoc fizyczna, aborcja, urodzenie niechcianej dziecka i utrata pracy. Ustalili oni, że pojedynczym czynnikiem ryzyka istotnym statystycznie była jedynie śmierć bliskiej osoby. Badania nie potwierdziły, by pozostałe zdarzenia analizowane pojedynczo stanowiły czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych. Istotne statystycznie ryzyko stwarzało wspólne wystąpienie co najmniej dwóch z nich [9]. *Lis-Turlejska* zbadała

wpływ ciężkich negatywnych zdarzeń przeżytych w dzieciństwie i okresie dorastania takich, jak poważna choroba, wypadek, śmierć bliskiej osoby, napastowanie seksualne, na wystąpienie zespołu stresu pourazowego wśród młodych dorosłych. Nie stwierdziła takiego wpływu w przypadku pojedynczych zdarzeń. Zespół stresu pourazowego wystąpił u tych osób, które przeżyły więcej niż jedno traumatyczne zdarzenie [17].

W niniejszych badaniach oszacowany wpływ negatywnych zdarzeń życiowych na zdrowie postrzegane subiektywnie oraz zachowania i postawy zagrażające zdrowiu wydaje się być dość znaczny. Bardziej precyzyjne określenie tego wpływu wymagałoby zastosowania analizy wielowymiarowej, która pozwoliłaby zmierzyć udział negatywnych zdarzeń życiowych w wyjaśnieniu zmienności zaburzeń zdrowia i zachowań zagrażających zdrowiu w kontekście innych czynników. Dla porównania przytoczyć można wyniki badań prowadzonych przez *Czapińskiego* poświęconych uwarunkowaniom jakości życia Polaków, w których autor zastosował podobną analizę. Stwierdził on, że sytuacja życiowa badanych (mierzona przez 21 wskaźników) wyjaśnia 47% wariacji nieprzystosowania (depresji), 27% - zadowolenia ze swojego zdrowia, 16% - oceny dotychczasowego życia, 15% - poczucia szczęścia, 13% - zadowolenia z własnych osiągnięć zawodowych, 12% - zadowolenia z perspektyw na przyszłość, co pozwoliło sformułować wniosek, że sytuacja życiowa w znacznym stopniu warunkuje jakość życia [6].

WNIOSKI

Badania niniejsze pozwalają sformułować następujące wnioski.

1. Młodzież takie zdarzenia, jak śmierć, ciężka choroba lub wypadek osób najbliższych oraz rozwód lub separacja rodziców postrzegają jako najcięższe zdarzenia. Rankingi ciężkości zdarzeń życiowych sporządzone przez chłopców i dziewczęta były zgodne w dużym stopniu.
2. Sumaryczna i ważona skala negatywnych zdarzeń zdrowotnych w jednakowym stopniu korelowały z miernikami zdrowia, samopoczucia oraz zachowań i postaw zagrażających zdrowiu, co wskazywałoby na to, że nie tyle sama ciężkość negatywnych zdarzeń życiowych, ale ich skumulowanie może wpływać na powstawanie zaburzeń somatycznych, psychicznych i behawioralnych. Obie skale wykazały podobną przydatność do badania uwarunkowań zaburzeń zdrowia młodzieży.
3. Negatywne zdarzenia życiowe w okresie dorastania w dużym stopniu determinują zdrowie postrzegane subiektywnie oraz zachowania i postawy zagrażające zdrowiu, w mniejszym natomiast - zaburzenia

zdrowia mierzone miernikami obiektywnymi.

PIŚMIENNICTWO

1. *Boer F., Markus M.T., Maingay R., Lindhout I.E., Borst S.R., Hoogendijk T.H.G.*: Negative life events of anxiety disordered children: bad fortune, vulnerability, or reported bias. *Child Psychiatry Hum Dev* 2002, 32, 187-199.
2. *Brodziak A.*: O ciągu wydarzeń wywołujących chorobę. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1982.
3. *Coddington R.D.*: The significance of the life events as etiological factors in the diseases of children. I. A survey of professional workers. *J Psychosom Res* 1972, 16, 7-18.
4. *Coddington R.D.*: The significance of the life events as etiological factors in diseases of children. II. A study of normal population. *J Psychosom Res* 1972, 16, 205-213.
5. *Cui X.-J., Vailland G.*: Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: a longitudinal study. *Am J Psychiatry* 1996, 153, 20-29.
6. *Diagnoza społeczna 2009: warunki i jakość życia Polaków. Red. J. Czapiński, T. Panek.* Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009.
7. *Doyle K.W., Wolchik S.A., Dawson-McClure S.*: Development of Stepfamily Events Profile. *J Fam Psychol* 2002, 16, 128-143.
8. *Engel G.L.*: A life setting conducive to illness: the giving up – given up syndrome. *Ann Intern Med* 1968, 69, 293-300.
9. *Faravelli C., Catena M., Scarpato A., Ricca V.*: Epidemiology of life events and psychiatric disorders in Sesto Fiorentino Study. *Psychother Psychosom* 2007, 76, 361-368.
10. *Gębska-Kuczerowska A., Supranowicz P., Wysocki M.J., Berzanskyte A., Valinteliene R.*: Unhealthy behaviours and well-being in adolescence: Polish and Lithuanian experiences. W: *Impact of healthy and unhealthy lifestyle on wellness.* Red. K. Turowski. NeuroCentrum, Lublin 2008, s. 131-145.
11. *Hinkle L.E., Christenson F.D., Kane F.D., Ostfeld A., Thetford W.N., Wolff H.G.*: An investigation of the relation between life experiences, personality characteristics, and general susceptibility to illness. W: *Psychosomatic classics.* Ed. L.A. Gottschalk. S. Karger, Basel 1972, s. 225-242.
12. *Holmes T.H., Rahe R.H.*: The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967, 11, 213-218.
13. *Iso H., Date C., Yamamoto A., Toyoshima H., Tanabe N.*: Perceived mental stress and mortality from cardiovascular disease among Japanese men and women. *Circulation* 2002, 106, 1229-1236.
14. *Kielbowski P.*: Przemoc seksualna doznana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży. *Dziecko Krzywdzone* 2002, 1, 85-112.
15. *Kricker A., Price M., Butow P., Goumas Ch., Armes J.E., Armstrong B.K.*: Effects of life event stress and social support on the odds ≥ 2 cm breast cancer. *Cancer Causes Contr* 2009, 20, 437-447.

16. Lillberg K., Verkasolo P.K., Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koskenvuo M.: Stressful life events and risk of breast cancer in 10808 women of cohort study. *Am J Epidemiol* 2003, 157, 415-423.
17. Lis-Turlejska M.: Traumatyczne zdarzenia i ich skutki. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2005.
18. Meisel S.R., Kutz I., Dayan K.I., Pauzer H., Chetboun I., Arbel Y., David D.: Effects of Iraqui missile war on incidence of acute myocardial infraction and sudden death in Israeli civilians. *Lancet* 1991, 338, 660-661.
19. Miller M.A., Rahe R.H.: Life changes scaling for the 1990th. *J Psychosom Res* 1997, 43, 279-292.
20. Pine D.S., Cohen P., Johnson J.G., Brook J.S.: Adolescent life events as predictors of adult depression. *J Affective Disord* 2002, 68, 49-57.
21. Potagas C., Mitsonis C., Watier L., Dellatolas G., Retziou A., Mitropoulos P.A., Sfagos C., Vassilopoulos D.: Influence of anxiety and reported stressful life events on relapses in multiple sclerosis: a prospective study. *Multiple Sclerosis* 2008, 14, 1262-1268.
22. Ravert A.A., Mortin J.: Family stress, perception of pregnancy, and age of first menarche among pregnant adolescents. *Adolescence* 1997, 32, 261-269.
23. Rende R.D., Plomin R.: Child and perception of the up-setting of major life events. *J Child Psychol Psychiatry* 1991, 32, 617-633.
24. Rutkowski K.: Następstwa urazów psychicznych doznanych w dzieciństwie. PAN, Kraków 2006.
25. Siqueira L., Diab M., Bodian C., Rolnitzky L.: Adolescents becoming smokers: the role of stress and coping methods. *J Adolesc Health Care* 200, 27, 399-408.
26. Sondberg S., Rutter M., Giles S., Owen A., Champion L., Nicholls J., Prior V., McGuinness D., Drinnan D.: Assessment of psychosocial experiences in childhood: methodological issue and some illustrative findings. *J Child Psychol Psychiatry* 1993, 34, 879-897.
27. Supranowicz P.: Bezrobocie rodziców a wybrane warunki życia, samopoczucie młodzieży i postrzegane zdrowie. *Przeegl. Epidemiol.* 2005, 59, 773-780.
28. Supranowicz P.: Ocena ciężkości negatywnych zdarzeń życiowych przez młodzież. *Ann Univ M Curie-Skłodowska Sectio D Medicina* 2005, 60, supl. 16(5), 288-291.
29. Supranowicz P., Berzanskyte A., Czart M., Valinteliene R., Wysocki M.J.: Risk behaviors in mid-adolescence: attitudinal and social determinants. W: *Advances in psychology research*, vol. 45. Ed. A. Columbus. Nova Science Publishers Inc., New York 2006.
30. Supranowicz P., Wysocki M.J.: Stres szkolny a zaburzenia zdrowia młodzieży gimnazjalnej. *Roczn. PZH* 2010, 61, 171-178.
31. Talekouche B., Reguira C., Gestal-Otero J.J.: A cohort study of stress and common cold. *Epidemiology* 2001, 11, 345-349.
32. Timmermans M., Lier P.A.C., Koot H.M.: The role of stressful events in the development of behavioral and emotional problems from early childhood to late adolescence. *Psychol Med* 2010, 40, 1659-1668.
33. Williamson D.E., Birmaher B., Frank E., Anderson B.P., Matty M.K., Kupfer D.J.: Nature of life events and difficulties in depressed adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1998, 37, 1049-1057.

Otrzymano: 10.01.2011

Zaakceptowano do druku: 20.05.2011