

Magdalena Stalmach, Maria Jodkowska, Izabela Tabak, Anna Oblacińska

OPTYMIZM ŻYCIOWY 13-LATKÓW W POLSCE W KONTEKŚCIE SAMOOCENY ZDROWIA ORAZ WYBRANYCH CECH RODZINY*

OPTIMISM OF 13-YEAR OLDS IN POLAND IN THE CONTEXT OF SELF-ASSESSMENT OF HEALTH AND SELECTED FAMILY CHARACTERISTICS

Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Streszczenie

Cel pracy: Zbadanie poziomu optymizmu życiowego 13-latków oraz analiza zależności pomiędzy optymizmem a samooceną zdrowia oraz ekonomicznymi i psychospołecznymi cechami rodziny.

Materiał i metody: Badanie ankietowe przeprowadzono u młodzieży w wieku 13 lat ($n=605$) i ich rodziców, w 2008 roku w trzecim etapie prospektywnego badania kohortowego. Do zbadania poziomu optymizmu zastosowano polską skróconą wersję skali Wagnilda i Younga (Resilience Scale). Przeanalizowano związek pomiędzy poziomem optymizmu a czynnikami społeczno-ekonomicznymi rodziny i dotyczącymi funkcjonowania rodziny w ocenie dziecka (praktyki rodzicielskie, zadowolenie z kontaktów rodzinnych). Za pomocą wielowymiarowej regresji logistycznej określono czynniki wpływające na prawdopodobieństwo wysokiego poziomu optymizmu u 13-letnich dziewcząt i chłopców.

Wyniki: Dziewczęta, w porównaniu z chłopcami miały istotnie wyższy poziom optymizmu. Dziewczęta i chłopcy posiadający pozytywne nastawienie do życia istotnie lepiej ocenili swoje zdrowie. Analizy jednowymiarowe wykazały, że w grupie dziewcząt z poziomem optymizmu istotnie wiązało się wykształcenie ojca, zaś wśród chłopców status zawodowy rodziców. Subiektywna ocena zamożności rodziny, a także wzmacnianie ze strony rodziców i zadowolenie z kontaktów rodzinnych to czynniki istotnie związane z nastawieniem do życia zarówno dziewcząt, jak i chłopców. Na poziom optymizmu chłopców wpływał ponadto poziom konsekwencji w utrzymaniu dyscypliny przez matkę oraz poziom kontroli sprawowanej przez oboje rodziców. Analizy wielowymiarowe wykazały, że dla dziewcząt najsilniejszym predyktorem wysokiego poziomu optymizmu było stosowanie pozytywnych wzmocnień przez ojca [OR=0,45; CI(OR):0,23-0,85; $p=0,014$], natomiast dla chłopców stosowanie pozytywnych wzmocnień przez matkę [OR=0,39; CI(OR):0,19-0,82; $p=0,013$] oraz właściwa kontrola ze strony ojca [OR=0,33; CI(OR): 0,13-0,84; $p=0,020$].

Wnioski: Bardzo wysoka samoocena swojego zdrowia przez większość młodzieży pozytywnie nastawionej do siebie i świata świadczy o tym, że optymizm życiowy jest silnym predyktorem zdrowia subiektywnego. Pozytywne praktyki rodzicielskie łączące w sobie częste udzielanie wzmocnień i dobrą kontrolę, w istotny sposób wpływają na pozytywne nastawienie do życia nastolatków.

Słowa kluczowe: optymizm życiowy, samoocena zdrowia, pozytywne wzmacnianie, kontrola, dyscyplina, czynniki chroniące

Abstract

Aim: To examine the level of optimism in 13-year-olds and the relationship between optimism and self-reported health and family psychosocial and economic factors.

*Praca wykonana w ramach projektu badawczego MNiSW Nr NN 404329.

Material and methods: Adolescents at the age of 13 years ($n=605$) and their parents, identified in the third stage of a prospective cohort study in 2008, was analysed. To examine the level of optimism the short Polish version of the Wagnilda and Young scale (Resilience Scale) were used. The level of optimism and the relationship between family socio-economic factors and family functioning in the family (parenting practices, satisfaction with family contacts) were examined. For the evaluation of probability of a high level of optimism among 13-year-old girls and boys the multivariate model of logistic was used.

Results: Girls had a significantly higher level of optimism. Girls and boys with positive attitude to life rated their health significantly better than their peers with negative attitude. Univariate analyses showed that with the level of optimism father's education level among girls and the professional status of the parents among boys, was significantly associated. Family affluence reported by children, positive parenting and satisfaction with family contacts, were significantly associated with the attitude to life, both in girls and boys. The level of optimism among boys was also related with the level of discipline by the mother and the level of control exercised by both parents. Finally, for girls multiple regression analyses showed that father's positive parenting was a predictor of high level of optimism [OR=0,45; CI(OR):0,23-0,85; $p=0,014$]. In boys, mother's positive parenting [OR=0,39; CI(OR):0,19-0,82; $p=0,013$] and appropriate father's control were found to be significant predictors of optimism [OR=0,33; CI(OR):0,13-0,84; $p=0,020$].

Conclusions: Very high self-reported health by the majority of young people with positive attitude to life shows that optimism is a strong predictor of subjective health. Positive parenting practices and good level of parental control, have a significant impact on optimism in teenagers.

Key words: optimism, self-reported health, positive parenting, control, discipline, protective factors

DEV. PERIOD MED., 2013, XVII, 4, 324-333

WSTĘP

Zgodnie z nowym nurtem badań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką zachowań problemowych występujących wśród młodzieży, coraz częściej podejmuje się rozważania dotyczące tzw. czynników chroniących. Zainteresowanie badaczy skupia się na tych procesach i zasobach, które chronią młodzież przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, wzmacniają ogólną odporność i ułatwiają adaptację (1, 2). Znaczące miejsce zajmuje koncepcja *resilience*, która odnosi się do zjawiska dobrego przystosowania się dzieci i młodzieży, pomimo występujących trudności środowiskowych i wysokiego poziomu narażenia na stres i traumatyczne doświadczenia (np. choroby rodziców, wychowywanie w rodzinie z problemem alkoholowym, czy w ubóstwie).

Badania nad procesami chroniącymi i podnoszącymi odporność dzieci i młodzieży na trudne sytuacje życiowe, uwzględniają kilka grup czynników. Jedną z nich są zmienne indywidualne, w tym umiejętności społeczne, zdolności poznawcze, cechy temperamentu, a także pozytywne nastawienie do siebie i świata, czy inaczej optymizm życiowy. Optymistyczna postawa życiowa należy do ważnych zasobów zdrowotnych człowieka. Znaczenie pozytywnego nastawienia do życia w kontekście zdrowia podkreśla M. Seligman, twórca psychologii pozytywnej. Według tej teorii, optymizm życiowy wzmacnia poczucie wewnętrznej kontroli oraz zdrowie fizyczne człowieka, zmniejszając ryzyko wystąpienia chorób krążenia i zgonu z ich powodu (3). Wielu autorów wskazuje również na ochronną rolę wysokiego poziomu optymizmu życiowego względem zachowań ryzykownych młodzieży i zaburzeń depresyjnych (4, 5). Ważnym czynnikiem, który należy uwzględnić przy

ocenie stanu zdrowia młodzieży, jest samoocena zdrowia. Zdrowie subiektywne nastolatków stanowi ważne źródło informacji, umożliwiające spojrzenie na stan zdrowia całej populacji, również z perspektywy młodzieży.

W procesie tworzenia u dziecka pierwszego obrazu świata, zasadniczy wpływ ma rodzina będąca podstawowym środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym i socjalizacyjnym (6). Relacje z osobami z najbliższego otoczenia dziecka stanowią więc grupę czynników chroniących. Ważna jest przede wszystkim jakość relacji pomiędzy rodzicami i dziećmi, w tym uzyskiwane wsparcie ze strony rodziców, zasady panujące w rodzinie, jasne oczekiwania rodziców, sposób komunikowania się, czy kontrola rodzicielska (1). Komponenty relacji rodzinnych mogą stanowić czynniki chroniące, zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośrednio determinujące np. nastawienie dziecka do życia.

Przedmiotem pracy jest zbadanie poziomu optymizmu życiowego 13-letnich dziewcząt i chłopców oraz analiza zależności pomiędzy pozytywnym nastawieniem do życia a samooceną zdrowia oraz psychospołecznymi i ekonomicznymi cechami rodziny.

MATERIAŁ I METODY

W pracy wykorzystano materiał pochodzący z projektu badawczego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego „Czynniki biologiczne, behawioralne i psychospołeczne kształtujące wskaźnik masy ciała (BMI) 13-latków. Badanie prospektywne” (Nr N N404 329) realizowanego w Zakładzie Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, w latach 2007-2010. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę komisji bioetycznej przy Instytucie Matki i Dziecka.

Badane osoby

W trzecim etapie prospektywnego badania kohortowego przeprowadzonego w 2008 roku, zbadano grupę 605 13-latków (305 dziewcząt i 300 chłopców) oraz ich rodziców. Wykorzystano metodę sondażu, z zastosowaniem kwestionariuszy ankietowych dla dziecka i dla rodziców/opiekunów. Dokładną metodę doboru grupy przedstawiono w odrębnej publikacji (7). Niniejsza praca prezentuje wyniki badania przekrojowego.

Zastosowane zmienne i metody statystyczne

W prezentowanej pracy wykorzystano następujące pytania pochodzące z kwestionariusza dla dziecka:

Do badania optymizmu życiowego 13-letnich dziewcząt i chłopców zastosowano polską skróconą wersję skali Wagnilda i Younga, występującą w literaturze pod nazwą *Resilance Scale*, opracowaną przez polski zespół HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) (8, 9). W prezentowanym badaniu uwzględniono 4 stwierdzenia opisujące nastawienie do siebie i świata:

- Czuję się dumny ze swoich osiągnięć.
- Zwykle znajduję jakiś powód do radości.
- Moja wiara w siebie pozwala mi przejść przez trudne okresy w życiu.
- Moje życie jest wartościowe.

Badana młodzież miała określić, w skali 6-stopniowej, w jakim stopniu powyższe stwierdzenia ją opisują: od *bardzo źle*, do *bardzo dobrze*. Indeks sumaryczny tej skali przyjmuje zakres od 0 do 20 punktów.

Celem umożliwienia porównywalności wyników dokonano kategoryzacji wzorem innych autorów (9):

- negatywne nastawienie do siebie i świata – od 0 do 11 punktów,
- przeciętne nastawienie – od 12 do 16 punktów,
- pozytywne nastawienie – od 17 do 20 punktów.

W pracy stosowano zamiennie pojęcia *nastawienie do siebie i świata (życia)* oraz *optymizm życiowy*.

Do zbadania poziomu samooceny zdrowia 13-latków wykorzystano pytanie: *Czy uważasz, że ogólnie Twoje zdrowie jest...?*, z kategoriami odpowiedzi: *doskonale, bardzo dobre, dobre, takie sobie, źle*. Na potrzeby naszych analiz utworzono trzy warianty odpowiedzi, łącząc po dwie skrajne kategorie.

Analizowane zmienne rodzinne podzielono na 2 grupy. Do pierwszej grupy zaliczono czynniki społeczno-ekonomiczne rodziny:

- struktura rodziny, badana za pomocą dwóch pytań skierowanych do rodziców:

1. *Z kim mieszka dziecko?*, z kategoriami odpowiedzi: *z obydwójgiem rodziców, tylko z matką, tylko z ojcem, z innym opiekunem*. Pierwszą odpowiedź określono mianem *rodzina pełna*, trzy ostatnie kategorie analizowano łącznie jako *rodzina niepełna*.

2. *Liczba dzieci w rodzinie* – pytanie otwarte. Odpowiedzi ujęto w 4 kategorie: *rodzina z jednym dzieckiem, rodzina z dwojgiem dzieci, z trojgiem i rodzina z większą liczbą dzieci (czworo i więcej)*.

- wykształcenie matki i ojca – pytanie skierowane do rodziców, z kategoriami odpowiedzi: *podstawowe, zasadnicze zawodowe, średnie, pomaturalne/policealne, wyższe licencjackie/inżynierskie, wyższe*

magisterskie. Dla potrzeb tego opracowania trzy ostatnie kategorie analizowano łącznie.

- posiadanie pracy zawodowej przez rodziców – pytanie skierowane do rodziców, z kategoriami odpowiedzi: *pracuje/nie pracuje*.
- subiektywną ocenę zamożności rodziny, przy użyciu wskaźnika PFW (*Perceived Family Wealth*), dokonaną przez dzieci. Pytanie zostało zaczerpnięte z badań HBSC (10). Ankieta dla dzieci zawierała pytanie: „Jak sądzisz, czy Twoja rodzina jest bogata, tzn. dobrze jej się powodzi?”. Dla potrzeb tego opracowania odpowiedzi połączono w dwie kategorie: *rodzina biedna* oraz *rodzina co najmniej przeciętnie zamożna*.
- status materialny rodziny z zastosowaniem skali FAS (*Family Affluence Scale*) (pytania skierowane do dzieci). Skala FAS wykorzystywana jest w badaniach HBSC jako wiarygodny miernik statusu społeczno-ekonomicznego rodziny (10-12). Skala przyjmuje zakres od 0 do 7 punktów, składają się na nią 4 pytania dotyczące: posiadania przez rodzinę komputera, samochodu osobowego, własnego pokoju do wyłącznego użytku przez dziecko oraz częstości wyjazdów na wypoczynek w ciągu ostatniego roku. Wyniki skali zostały skategoryzowane następująco: *poziom niski* – 0-3 punkty, *poziom co najmniej przeciętny*: 4-7 punktów.

Druga grupa zmiennych obejmowała czynniki dotyczące funkcjonowania rodziny w ocenie dziecka. Zastosowano następujące mierniki:

1. Skala APQ-9, stanowiąca skróconą wersję skali *Alabama Parenting Questionnaire*, przy której pomocy bada się trzy czynniki: wzmacnianie dziecka przez rodzica (chwalenie, nagradzanie), niekonsekwentną dyscyplinę oraz kontrolę rodzica nad tym, co robi dziecko. Odpowiedzi punktowane są odpowiednio od 1 do 5 punktów, więc w każdej podskali można uzyskać od 3 do 15 punktów. Na potrzeby naszego opracowania przyjęto dwie wartości tych zmiennych. W podskali dotyczącej wzmacniania im wyższa liczba punktów, tym lepsze działania rodziców: 12-15 pkt. – *częste wzmocnienia*, 3-11 pkt. – *rzadkie wzmocnienia*. W podskalach dyscypliny i kontroli najbardziej pożądanym jest poziom niski (3-6 pkt.), określony jako *dyscyplina konsekwentna* i *dobra kontrola*, a wysokie wyniki (7-15 pkt.) świadczą o niekorzystnych zjawiskach zachodzących w rodzinie: *niekonsekwentnej dyscyplinie* i *słabej kontroli*. Szczegółowe informacje na temat zastosowanej w badaniu skróconej wersji skali APQ zostały przedstawione w raporcie z przeprowadzonych badań (13).

2. Skala zadowolenia z kontaktów rodzinnych, graficznie przypominająca tzw. *drabinę Cantrila*, zaczerpnięta z kwestionariusza badań HBSC (14). Badane 13-latki zaznaczały swoje odczucia dotyczące jakości relacji w rodzinie na 11-punktowej skali od 0 (*mamy bardzo złe relacje w rodzinie*) do 10 (*mamy bardzo dobre relacje w rodzinie*). Relacje rodzinne jako złe określono przy niskim poziomie zadowolenia z kontaktów rodzinnych (0-6 punktów uzyskanych w skali), zaś jako dobre relacje rodzinne – przy poziomie punktów od 7 do 10.

W postaci wartości średnich i odchylenia standardowego przedstawiono dane dotyczące poziomu optymizmu życiowego. Do zbadania różnic między tymi wartościami u chłopców i dziewcząt zastosowano test t-Studenta. Do zbadania związku między analizowanymi zmiennymi zastosowano tabele krzyżowe, z testem chi-kwadrat. Do analiz posłużono się programem SPSS v. 17., za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

W celu zbadania, które ze zmiennych mają najsilniejszy wpływ na optymizm życiowy, zastosowano wielowymiarową analizę regresji logistycznej. Włączono do niej te zmienne, które w analizie jednowymiarowej wiązały się istotnie z poziomem optymizmu. Stworzono odrębne modele regresji logistycznej dla dziewcząt i chłopców.

WYNIKI

1. Analiza jednowymiarowa

Optymizm życiowy 13-letnich dziewcząt i chłopców

Dziewczeta charakteryzowały się statystycznie istotnie wyższym poziomem optymizmu: uzyskały w skali średnio 15,88 punktów ($SD=2,79$), zaś chłopcy 15,34 punktów ($SD=2,77$). Dziewczeta istotnie statystycznie częściej niż chłopcy miały pozytywne nastawienie do siebie i świata (44% v. 34%) (tab. I).

Nastawienie do życia 13-latków a samoocena zdrowia

Wykazano istotny statystycznie związek nastawienia do życia 13-latków z ich samooceną zdrowia. Powyższe zależności obserwowano zarówno w grupie dziewcząt, jak i chłopców (tab. II). Ponad $\frac{3}{4}$ dziewcząt i chłopców charakteryzujących się pozytywnym nastawieniem do życia, określało swoje zdrowie jako bardzo dobre bądź doskonałe. Własne zdrowie najgorzej oceniała młodzież, która miała negatywne nastawienie do życia.

Optymizm życiowy 13-latków a czynniki społeczno-ekonomiczne i funkcjonowanie rodziny

Związek pomiędzy nastawieniem do życia a czynnikami społeczno-ekonomicznymi u 13-letnich dziewcząt i chłopców prezentuje tabela III. Wykształcenie ojca

wiązało się istotnie z poziomem optymizmu życiowego w grupie dziewcząt. Największy odsetek dziewcząt pozytywnie nastawionych do życia był w tej grupie badanych, których ojciec miał wykształcenie pomaturalne lub wyższe (48%).

W grupie chłopców wykazano istotny związek między poziomem optymizmu a statusem zawodowym rodziców oraz poziomem zamożności rodziny (w ocenie subiektywnej i według skali FAS). Pozytywne nastawienie do życia istotnie częściej charakteryzowało chłopców, których rodzice pracowali zawodowo oraz tych, którzy pochodzili z rodzin co najmniej przeciętnie zamożnych.

Większość czynników związanych z funkcjonowaniem rodziny wiązała się istotnie statystycznie z poziomem optymizmu życiowego wśród 13-latków. Wśród dziewcząt stwierdzono istotną zależność między nastawieniem do życia, a oceną dotyczącą stosowania wzmocnień przez rodziców oraz zadowoleniem z kontaktów rodzinnych (tab. IV). Optymistyczne nastawienie do życia występowało najczęściej u tych dziewcząt, którym rodzice często udzielali pozytywnych wzmocnień (54,5% w przypadku oceny wzmocnień od matki i 61% od ojca). Dziewczeta, które były zadowolone z relacji pomiędzy członkami ich rodzin prawie dwa razy częściej były pozytywnie nastawione do życia, w porównaniu z dziewczętami, które oceniły kontakty rodzinne jako złe.

Największy odsetek chłopców z pozytywnym nastawieniem do życia występował wśród tych, którzy często otrzymywali pozytywne wzmocnienia ze strony rodziców (46%), wskazali na konsekwentną dyscyplinę utrzymywaną przez matkę oraz dobrą kontrolę sprawowaną przez rodziców, a także byli zadowoleni z kontaktów rodzinnych (37%).

2. Analiza wielowymiarowa dotycząca pozytywnego nastawienia do życia 13-letnich dziewcząt i chłopców w kontekście wybranych czynników rodzinnych

Dziewczeta

W grupie dziewcząt model regresji logistycznej obejmował następujące zmienne: udzielanie pozytywnych wzmocnień ze strony matki i ojca, zadowolenie z kontaktów w rodzinie oraz wykształcenie ojca (tab. V). Analizy wykazały, że czynnikiem, który

Tabela I. Optymizm życiowy 13-latków według płci (%).

Table I. Level of optimism in 13-year-olds by gender (%).

Zmienna/Variable	Dziewczeta Girls	Chłopcy Boys	p
Średnia (odchylenie standardowe)* Mean (SD)	15,88 (2,79)	15,34 (2,77)	0,018
Nastawienie do życia/Attitude to life			
Pozytywne/Positive	44,0	34,0	0,048
Przeciętne/Average	50,0	60,0	
Negatywne /Negative	6,0	6,0	

*Średnie wyniki w skali optymizmu życiowego/Mean results in optimism scale

Tabela II. Optymizm życiowy 13-letnich dziewcząt i chłopców a samoocena zdrowia (%).

Table II. Level of optimism in 13-year-old girls and boys and self-reported health (%).

Samoocena zdrowia Self-reported health	Dziewczęta/Girls			Chłopcy/Boys		
	Nastawienie do życia Attitude to life			Nastawienie do życia Attitude to life		
	Pozytywne Positive	Przeciętne Average	Negatywne Negative	Pozytywne Positive	Przeciętne Average	Negatywne Negative
Doskonałe i bardzo dobre Perfect and very good	77,3	65,8	27,7	81,8	64,6	11,8
Dobre Good	18,9	26,3	55,6	16,2	29,1	64,7
Takie sobie i złe Fair and bad	3,8	7,9	16,7	2,0	6,3	23,5
p	0,001			<0,001		

istotnie wiązały się z wysokim poziomem optymizmu życiowego były pozytywne wzmocnienia ze strony ojca. Dziewczęta, które rzadko otrzymywały pozytywne wzmocnienia ze strony ojca, w porównaniu z dziewczętami, które otrzymywały je często, miały ponad dwukrotnie mniejsze prawdopodobieństwo pozytywnego nastawienia do życia.

Chłopcy

Spośród zmiennych analizowanych w regresji logistycznej, istotny związek z pozytywnym nastawieniem do życia chłopców, miały czynniki dotyczące praktyk wychowawczych matki i ojca. Stwierdzono, że słaba kontrola ze strony ojca oraz wzmocnienia rzadko stosowane przez matkę, 3-krotnie zmniejszały prawdopodobieństwo pozytywnego nastawienia do życia (tab. VI).

DYSKUSJA

W prezentowanej pracy przedstawiono optymizm życiowy polskich 13-letnich dziewcząt i chłopców i jego związek ze zdrowiem i czynnikami rodzinnymi. Badania epidemiologiczne młodzieży, dotyczące tak istotnego dla zdrowia zasobu, są bardzo nieliczne w naszym kraju.

Badania przeprowadzone wśród 13-latków wykazały, że płeć różnicowała poziom optymizmu życiowego, przy czym dziewczęta, w porównaniu z chłopcami, miały bardziej pozytywne nastawienie do siebie i świata. Odmienne wyniki dostarczyły wcześniejsze badania przeprowadzone z zastosowaniem tej samej skali w ramach projektu HBSC realizowanego w 2006 i 2010 r. wśród 15-latków w Polsce (9, 15). W badaniach tych nie wykazano istotnych statystycznie różnic w nastawieniu do siebie i świata w zależności od płci. Stwierdzono ponadto znacznie większą grupę młodzieży (20,4% w 2006 r. i 26,6% w 2010 r.), która charakteryzowała się negatywnym nastawieniem do życia, w porównaniu z analizowaną przez nas grupą 13-latków (5,9% w 2008 r.). Jednocześnie prawie dwukrotnie większa grupa 13-latków, w porównaniu z ich starszymi kolegami i koleżankami, była optymistycznie nastawiona do siebie i świata (39% v 23%). Porównując powyższe badania obserwuje się zatem

wyraźnie pogarszające się wraz z wiekiem nastawienie młodzieży do życia.

Nasze badanie potwierdziło istotny związek optymizmu z samooceną zdrowia 13-letnich dziewcząt i chłopców. Młodzież pozytywnie nastawiona do życia istotnie lepiej postrzegała swoje zdrowie. Jak pokazały analizy przeprowadzone wcześniej w tej samej grupie 13-latków, wysoki poziom optymizmu niwelował negatywny wpływ niskiej samooceny własnego wyglądu, na samoocenę zdrowia (11).

Wyniki obecnych analiz wskazały na związek optymizmu życiowego z czynnikami społeczno-ekonomicznymi oraz praktykami rodzicielskimi. Pozytywnie nastawionych do życia dziewcząt było najwięcej wśród tych, których ojciec miał wykształcenie pomaturalne i wyższe. Badanie nie potwierdziło istotnego związku pomiędzy optymizmem życiowym dziewcząt a wykształceniem i posiadaniem pracy zawodowej przez matkę. Stwierdzono natomiast istotny wpływ statusu zawodowego rodziców na optymizm życiowy chłopców. Jak wskazują inne badania, praca zawodowa matek może stanowić czynnik wspierający rozwój indywidualnych predyspozycji dzieci, które charakteryzują się większą niezależnością, pewnością siebie i lepszymi wynikami w nauce, w porównaniu z dziećmi matek niepracujących. Z kolei ojcowie, którzy nie mają pracy, częściej niż ojcowie pracujący wykazują nieprawidłowe praktyki rodzicielskie (16). Wyniki badań pokazały, że w rodzinach biednych, w porównaniu z rodzinami zamożniejszymi, wzrasta odsetek 13-letnich dziewcząt i chłopców negatywnie nastawionych do życia. Nasze analizy dotyczące związku optymizmu ze statusem materialnym rodziny znajdują potwierdzenie w badaniach HBSC z 2006 r. (9).

Na podstawie analiz wielowymiarowych stwierdzono, że najsilniejszy związek z optymizmem życiowym 13-letnich dziewcząt i chłopców mają praktyki wychowawcze rodziców. Zaobserwowano silne zależności pomiędzy optymizmem życiowym nastolatków a stosowaniem przez rodziców pozytywnych wzmocnień, przy czym wśród dziewcząt najsilniejszy okazał się wpływ pozytywnych wzmocnień ze strony ojca. Zależność ta może oznaczać, że stwierdzony w analizie jednowymiarowej wpływ wykształcenia ojca na poziom optymizmu córki

Tabela III. Optymizm życiowy 13-letnich dziewcząt i chłopców a czynniki społeczno-ekonomiczne rodziny (%).
 Table III. Level of optimism in 13-year-old girls and boys and the family socio-economic factors.

Czynniki społeczno-ekonomiczne rodziny <i>Family socio-economic factors</i>	Dziewczęta/ <i>Girls</i>			p	Chłopcy/ <i>Boys</i>			p
	Nastawienie do życia/ <i>Attitude to life</i>							
	Pozytywne <i>Positive</i>	Przeciętne <i>Average</i>	Negatywne <i>Negative</i>		Pozytywne <i>Positive</i>	Przeciętne <i>Average</i>	Negatywne <i>Negative</i>	
Struktura rodziny/<i>Family structure</i>								
Rodzina pełna <i>Two-parent family</i>	43,8	50,2	6,0	0,984	35,0	59,1	5,9	0,662
Rodzina niepełna <i>Single family</i>	43,2	51,4	5,4		28,2	66,7	5,1	
Liczba dzieci w rodzinie/<i>Number of children in the family</i>								
Jedno/ <i>One</i>	48,5	48,5	3,0	0,241	33,0	64,0	3,0	0,753
Dwoje/ <i>Two</i>	38,0	55,0	7,0		38,0	55,0	7,0	
Troje/ <i>Three</i>	53,0	40,0	7,0		33,5	61,5	5,0	
Czworo i więcej <i>Four and more</i>	38,5	58,0	3,5		28,5	67,5	4,0	
Wykształcenie rodziców/<i>Parental education level</i>								
Matka/<i>Mother</i>								
Podstawowe/ <i>Primary</i>	32,0	50,0	18,0	0,219	20,0	68,0	12,0	0,270
Zasadnicze zawodowe <i>Vocational</i>	45,5	50,0	4,5		38,5	56,5	5,0	
Średnie/ <i>Secondary</i>	45,0	50,5	5,0		31,0	66,0	3,0	
Pomaturalne lub wyższe <i>Post-secondary and higher</i>	44,0	51,0	5,0		38,5	53,5	8,0	
Ojciec/<i>Father</i>								
Podstawowe/ <i>Primary</i>	46,5	32,0	21,5	0,004	20,0	75,0	5,0	0,568
Zasadnicze zawodowe <i>Vocational</i>	45,5	52,5	2,1		35,0	58,5	6,5	
Średnie/ <i>Secondary</i>	36,0	57,0	7,0		37,5	58,0	4,5	
Pomaturalne lub wyższe <i>Post-secondary and higher</i>	48,0	44,0	8,0		41,0	49,0	10,0	
Posiadanie pracy zawodowej/<i>Employment status</i>								
Matka/<i>Mother</i>								
Pracuje <i>Employed</i>	42,0	53,0	5,0	0,632	39,0	57,0	4,0	0,040
Nie pracuje <i>Unemployed</i>	46,0	47,0	7,0		25,0	65,0	10,0	
Ojciec/<i>Father</i>								
Pracuje <i>Employed</i>	43,0	50,5	6,5	0,414	38,0	58,0	4,0	<0,001
Nie pracuje <i>Unemployed</i>	48,0	52,0	0,0		22,0	56,0	22,0	
Zamożność rodziny w opinii dzieci/<i>Family affluence reported by children</i>								
Co najmniej przeciętnie zamożna <i>At least average</i>	44,5	50,5	5,0	0,044	34,5	60,5	5,0	0,047
Biedna/ <i>Poor</i>	27,0	53,0	20,0		30,5	52,0	17,5	
Skala FAS /<i>FAS scale</i>								
Co najmniej przeciętny poziom <i>At least average level</i>	44,0	51,0	5,0	0,798	39,0	57,0	4,0	0,051
Poziom niski <i>Low level</i>	43,0	50,0	7,0		27,0	65,0	8,0	

Tabela IV. Optymizm życiowy 13-letnich dziewcząt i chłopców a funkcjonowanie rodziny w ocenie dziecka (%).

Table IV. Level of optimism in 13-year-old girls and boys and family functioning (%).

Funkcjonowanie rodziny <i>Family functioning</i>	Dziewczęta/ <i>Girls</i>			p	Chłopcy/ <i>Boys</i>			p
	NASTAWIENIE DO ŻYCIA/ATTITUDE TO LIFE							
	Pozytywne <i>Positive</i>	Przeciętne <i>Average</i>	Negatywne <i>Negative</i>		Pozytywne <i>Positive</i>	Przeciętne <i>Average</i>	Negatywne <i>Negative</i>	
WZMACNIANIE/POSITIVE PARENTING								
Matka/Mother								
Częste/ <i>Frequent</i>	54,5	43,0	2,5	<0,001	46,0	52,0	2,0	<0,001
Rzadkie/ <i>Rare</i>	31,0	59,0	10,0		20,0	69,0	11,0	
Ojciec/Father								
Częste/ <i>Frequent</i>	61,0	36,0	3,0	<0,001	46,0	52,0	2,0	<0,001
Rzadkie/ <i>Rare</i>	32,0	58,0	10,0		24,5	65,5	10,0	
DYSCYPLINA/DISCIPLINE								
Matka/Mother								
Konsekwentna <i>Consistent</i>	51,0	44,0	5,0	0,220	47,0	50,0	3,0	0,018
Niekonsekwentna <i>Inconsistent</i>	40,0	53,0	7,0		30,0	63,0	7,0	
Ojciec/Father								
Konsekwentna <i>Consistent</i>	48,0	44,0	8,0	0,376	43,0	50,0	7,0	0,105
Niekonsekwentna <i>Inconsistent</i>	42,0	52,0	6,0		30,0	64,0	6,0	
KONTROLA/SUPERVISION								
Matka/Mother								
Dobra <i>Good</i>	47,0	48,0	5,0	0,110	39,0	57,0	4,0	0,023
Słaba <i>Weak</i>	32,0	60,0	8,0		25,0	65,0	10,0	
Ojciec/Father								
Dobra <i>Good</i>	47,0	46,5	6,5	0,301	41,5	54,0	4,5	0,002
Słaba <i>Weak</i>	36,0	56,0	8,0		19,5	70,0	10,5	
ZADOWOLENIE Z KONTAKTÓW RODZINNYCH/SATISFACTION WITH FAMILY CONTACTS								
Dobre relacje <i>Good</i>	47,0	49,0	4,0	0,001	37,0	60,0	3,0	<0,001
Złe relacje <i>Bad</i>	24,0	59,0	17,0		20,5	59,0	20,5	

jest pośredni, mediowany przez jego pozytywne praktyki rodzicielskie. U chłopców natomiast, w kształtowaniu pozytywnego nastawienia do życia istotne znaczenie mają pozytywne wzmocnienia stosowane przez matkę oraz kontrola ze strony ojca. Znaczenie pozytywnej postawy wychowawczej ojca w kształtowaniu się sfery emocjonalnej córek i synów, w tym m.in. nastawienia do ludzi, poczucia pewności siebie i bezpieczeństwa, potwierdziły również inne badania przeprowadzone wśród uczniów w tym samym wieku (17).

Chwalenie, nagradzanie dziecka stanowi ważny mechanizm wzmacniania poczucia własnej wartości. Jak wykazały wcześniejsze analizy, jest ono istotnym predyktorem zdrowia psychicznego młodzieży (18). Okazywanie dziecku miłości, w połączeniu ze stanowczością i wyraźnym określaniem zasad, przestrzeganych konsekwentnie, sprzyja prawidłowemu rozwojowi. Akceptacja oraz życzliwość i troska okazywane dziecku przez rodziców, odgrywają znaczącą rolę w procesie socjalizacji i pomagają w kształtowaniu pozytywnego nastawienia wobec siebie i innych ludzi.

Tabela V. Model regresji logistycznej do oceny prawdopodobieństwa wysokiego poziomu optymizmu u dziewcząt.

Table V. Logistic regression model predicting high level of optimism in girls.

Zmienne objaśniające <i>Explanatory variables</i>	Kategorie odpowiedzi <i>Answers category</i>	p	OR	95% CI (OR)
1. Pozytywne wzmocnienia stosowane przez matkę <i>Positive parenting by mother</i>	Częste/ <i>Frequent*</i> Rzadkie/ <i>Rare</i>	0,397	1 0,75	(0,38-1,45)
2. Pozytywne wzmocnienia stosowane przez ojca <i>Positive parenting by father</i>	Częste/ <i>Frequent*</i> Rzadkie/ <i>Rare</i>	0,014	1 0,45	(0,23-0,85)
3. Zadowolenie z kontaktów rodzinnych <i>Satisfaction with family contacts</i>	Dobre relacje/ <i>Good*</i> Złe relacje/ <i>Bad</i>	0,225	1 0,57	(0,22-1,41)
4. Wykształcenie ojca <i>Father's education level</i>	Podstawowe/ <i>Primary</i>	0,844	1,11	(0,37-3,29)
	Zasadnicze zawodowe <i>Vocational</i>	0,972	1,01	(0,49-2,06)
	Średnie/ <i>Secondary</i>	0,324	0,64	(0,27-1,53)
	Pomaturalne i wyższe* <i>Post-secondary and higher</i>		1	

*Kategoria referencyjna/*Reference category*

Tabela VI. Model regresji logistycznej do oceny prawdopodobieństwa wysokiego poziomu optymizmu u chłopców.

Table VI. Logistic regression model predicting high level of optimism in boys.

Zmienne objaśniające <i>Explanatory variables</i>	Kategorie odpowiedzi <i>Answers category</i>	p	OR	95% CI (OR)
1. Pozytywne wzmocnienia stosowane przez matkę <i>Positive parenting by mother</i>	Częste/ <i>Frequent*</i> Rzadkie/ <i>Rare</i>	0,013	1 0,39	(0,19-0,82)
2. Pozytywne wzmocnienia stosowane przez ojca <i>Positive parenting by father</i>	Częste/ <i>Frequent*</i> Rzadkie/ <i>Rare</i>	0,327	1 0,70	(0,34-1,42)
3. Dyscyplina matki <i>Mother's discipline</i>	Konsekwentna dyscyplina* <i>Consistent discipline</i> Niekonsekwentna dyscyplina <i>Inconsistent discipline</i>	0,247	1 0,65	(0,32-1,33)
4. Kontrola ze strony matki <i>Mother's supervision</i>	Dobra/ <i>Good*</i> Słaba/ <i>Weak</i>	0,640	1 1,23	(0,51-2,99)
5. Kontrola ze strony ojca <i>Father's supervision</i>	Dobra/<i>Good*</i> Słaba/ <i>Weak</i>	0,020	1 0,33	(0,13-0,84)
6. Zadowolenie z kontaktów rodzinnych <i>Satisfaction with family contacts</i>	Dobre relacje/ <i>Good relations*</i> Złe relacje/ <i>Bad relations</i>	0,740	1 0,84	(0,32-2,24)
7. Status zawodowy matki <i>Mother's employment status</i>	Pracuje/ <i>Employed*</i> Nie pracuje/ <i>Unemployed</i>	0,132	1 0,43	(0,14-1,29)
8. Status zawodowy ojca <i>Father's employment status</i>	Pracuje/ <i>Employed*</i> Nie pracuje/ <i>Unemployed</i>	0,067	1 0,50	(0,24-1,04)
9. Zamożność rodziny w opinii dzieci <i>Family affluence reported by children</i>	Co najmniej przeciętnie zamożna* <i>At least average level</i> Biedna/ <i>Poor</i>	0,683	1 1,33	(0,33-5,21)
10. Zasoby materialne rodziny (skala FAS) <i>Material resources of the family (FAS scale)</i>	Co najmniej przeciętnie zamożna* <i>At least average level</i> Biedna/ <i>Poor</i>	0,321	1 0,70	(0,35-1,40)

*Kategoria referencyjna/*Reference category*

Według *M. Ziemskiej*, akceptacja oraz rozumna swoboda okazywana dziecku, to komponenty prawidłowej postawy rodzicielskiej (19). Wielu psychologów rozwojowych podkreśla szczególne znaczenie podtrzymywania przez rodziców pozytywnej samooceny u dziecka w okresie adolescencji, ze względu na umożliwienie mu realizacji zadań rozwojowych tego okresu, przygotowujących do dorosłego życia (20).

Związek optymizmu i postrzeganego wsparcia ze strony rodziców z poziomem ogólnej satysfakcji z życia wśród młodzieży potwierdziły również badania kanadyjskie przeprowadzone w 2011 roku (21). Stwierdzono, że przy wyższym poziomie optymizmu i postrzeganego wsparcia rodzicielskiego wzrasta poziom zadowolenia z życia u nastolatków. Znaczenie wsparcia ze strony rodziców i poziomu zamożności rodziny w kontekście zdrowia psychicznego i samooceny zdrowia młodzieży, było również przedmiotem badań węgierskich (22, 23). Badania przeprowadzone wśród młodzieży w wieku 14-20 lat, wykazały związek wsparcia rodzicielskiego (materialnego i emocjonalnego), zwłaszcza matki, z młodzieńczą depresją i poziomem optymizmu. Stwierdzono, że wysoki poziom wsparcia udzielanego w procesie socjalizacji, wzmacnia optymizm życiowy młodzieży.

Nasze analizy wykazały większe znaczenie postaw rodzicielskich ojca, niż matki. Istnieje potrzeba dalszych, pogłębionych badań dotyczących tego zagadnienia. Biorąc pod uwagę wykazane w pracy zależności pomiędzy optymizmem a samooceną zdrowia, możemy wnioskować również o pośrednim wpływie pozytywnych praktyk rodzicielskich na zdrowie subiektywne młodzieży.

WNIOSKI

1. Bardzo wysoka samoocena swojego zdrowia przez większość młodzieży pozytywnie nastawionej do siebie i świata świadczy o tym, że optymizm życiowy jest silnym predyktorem zdrowia subiektywnego.
2. Pozytywne praktyki rodzicielskie łączące w sobie częste udzielanie wzmacnień i dobrą kontrolę, w istotny sposób wpływają na pozytywne nastawienie do życia nastolatków.

PIŚMIENNICTWO

1. *Ostaszewski K.*: Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży. (w): Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008.
2. *Masten A.S., Powell J.L.*: A Resilience Framework for Research Policy and Practice. (w): Luthar S. (red.): Resilience and Vulnerability. Adaptation in the Context of Childhood Adversities. Cambridge University Press, 2003, 1-25.
3. *Seligman M.*: Pełnia życia. Nowe spojrzenie na kwestię szczęścia i dobrego życia. Media Rodzina 2011.
4. *Wills T.A., Vaccaro D., McNamara G.*: The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors. American Journal of Community Psychology 1992, 20, 3, 349-374.
5. *Patton G.C., Tollit M.M., Romaniuk H., Spence S.H., Sheffield J., Sawyer M.G.*: A prospective Study of the effects of Optimism on Adolescent health Risks. Pediatrics, Vol.127, Number 2, February 2011.
6. *Cudak H.*: Znaczenie rodziny w rozwoju i wychowaniu małego dziecka. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 1999, 5.
7. *Mikiel-Kostyra K.*: Informacja o badaniach. (w): Czynniki biologiczne, behawioralne i psychospołeczne kształtujące masę ciała (BMI) 13-latków. Raport z badań. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010, 9-19.
8. *Wagnild G., Young H.*: Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J. Nurs. Meas. 1993, 1(2), 165-178.
9. *Mazur J.*: Pozytywny obraz siebie i świata. W: Mazur J. (red.) Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
10. *Mazur J., Woynarowska B., Kołoto H.*: Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Raport techniczny z badań HBSC 2006. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007.
11. *Mazur J., Dzielska A., Kołoto H., Małkowska-Szkutnik A.*: Postrzeganie własnego ciała wśród determinantów samooceny zdrowia 13-latków w Polsce. Med. Wieku Rozwoj., Warszawa, 2010, XIV, 3.
12. *Tabak I.*: Rodzina. W: Mazur J. (red.): Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
13. *Tabak I.*: Czynniki rodzinne jako predyktory masy ciała 13-latków. (w): Czynniki biologiczne, behawioralne i psychospołeczne kształtujące masę ciała (BMI) 13-latków. Raport z badań. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2010.
14. *Mazur J., Małkowska-Szkutnik A.* (red.): Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
15. *Mazur J.*: Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej w świetle najnowszych danych HBSC 2010. (w): Mazur J. (red.): Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012.
16. *Płopa M.*: Psychologia rodziny. Rozdział II: Z psychologicznych badań nad małżeństwami o różnym poziomie integracji. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.
17. *Płopa M.*: Psychologia rodziny: teoria i badania. Rozdział III: Rodzice a rozwój dziecka. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.
18. *Tabak I., Oblacińska A. i Jodkowska M.*: Czynniki środowiska rodzinnego jako predyktory zdrowia psychicznego młodzieży 13-letniej z różną masą ciała. Med. Wieku Rozwoj., 2010, 3 (XIV), 272-281.
19. *Ziemska M.*: Postawy rodzicielskie. Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.
20. *Wojciechowska L.*: Praktyczna wiedza o rozwoju życia rodzinnego. (w): Trempała J. (red.): Psychologia rozwoju człowieka. PWN, Warszawa 2011.
21. *Oberle E., Schonert-Reichl K.A., Zumbo B.D.*: Life satisfaction in early adolescence: personal, neighborhood, school, family, and peer influences. J Youth Adolesc. 2011 Jul; 40(7), 889-901.

22. Piko B., Luszczynska A.: Social inequalities in adolescent depression: social support and optimism as mediators? *Psychiatr. Hung.* 2010, 25(3), 233-242.
23. Piko B., Luszczynska A., Fitzpatrick K.M.: Social inequalities in adolescent depression: The role of parental social support and optimism. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2012, Apr 9.

Wkład Autorów/Authors' contributions

Według kolejności/According to the order of the Authorship

Konflikt interesu/Conflicts of interest

Autorzy pracy nie zgłaszają konfliktu interesów.
The Authors declare no conflict of interest.

Nadesłano/Received: 5.06.2013 r.

Zaakceptowano/Accepted: 24.07.2013 r.

Dostępne online/Published online

Adres do korespondencji:
Magdalena Stalmach
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka
ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa
tel./fax.: (22) 32-77-370
e-mail: magdalena.stalmach@imid.med.pl

Informacja własna

Poradnik żywienia kobiet w ciąży

Poradnik jest kolejnym narzędziem edukacyjnym, przygotowanym w ramach Programu „1000 pierwszych dni dla zdrowia”.

Układ poradnika pozwala łatwo odszukać interesujące treści. Zalecenia i normy opisane są jasnym językiem i zobrazowane za pomocą przejrzystych tabel i grafik. Pierwsze rozdziały „Poradnika żywienia kobiet w ciąży” wskazują na rolę właściwego żywienia w okresie poprzedzającym ciążę, jak i w trakcie jej trwania. Znajdują się tu wskazówki dotyczące planowania posiłków, informacje na temat zapotrzebowania kobiet w ciąży na poszczególne składniki pokarmowe, wytyczne dotyczące produktów, których należy unikać podczas ciąży. Kolejne rozdziały poświęcone są niezbędnej suplementacji przed ciążą i w jej trakcie oraz faktom i mitom na temat żywienia kobiety ciężarnej.

W „Poradniku żywienia kobiet w ciąży” podkreślony został również wpływ odpowiednio zbilansowanej diety przyszłej matki na właściwy rozwój dziecka.

Publikacja, prezentowana przez Instytut Matki i Dziecka, wpisuje się w misję Instytutu, polegającą na szerzeniu wiedzy na temat zdrowia kobiet w ciąży i małych dzieci.

Program „1000 pierwszych dni dla zdrowia”, którego inicjatorem jest Fundacja Nutricia, poświęcony jest edukacji żywieniowej rodziców i opiekunów dzieci do 3. roku życia*. W ramach Programu kilkanaście organizacji pozarządowych i instytucji publicznych prowadzi warsztaty i działania edukacyjne, dotyczące zasad zdrowego żywienia maluchów.

Pełna wersja „Poradnika żywienia kobiet w ciąży” dostępna jest na stronie:
www.imid.med.pl oraz na stronie: www.1000dni.pl.

*Partnerami Programu „1000 pierwszych dni dla zdrowia”, oprócz Instytutu Matki i Dziecka, są: Rzecznik Praw Dziecka (Patron honorowy), Instytut – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka, Federacja Polskich Banków Żywności, Polskie Towarzystwo Dietetyki, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Fundacja Rozwoju Dzieci im. J. A. Komeńskiego, Stowarzyszenie Promocji Zdrowego Żywienia Dzieci „Zdrowe Pokolenia”, Miejski Zespół Żłobków w Łodzi, Zespół Żłobków m.st. Warszawy, Drzewickie Centrum Wolontariatu „Ofiarna dłoń”.