

# Zdrowie optymalne („wellness”) w opinii młodzieży gimnazjalnej i jej rodziców

## Wellness in the opinions of junior high school students and their parents

ANDRZEJ WOJTYŁA<sup>1/</sup>, PAULINA WOJTYŁA-BUCIORA<sup>2/</sup>, CEZARY WOJTYŁA<sup>3/</sup>, JERZY T. MARCINKOWSKI<sup>4/</sup>

<sup>1/</sup> Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie

<sup>2/</sup> Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu

<sup>3/</sup> Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie

<sup>4/</sup> Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wprowadzenie.** Według WHO „wellness” to optymalny stan zdrowia jednostek w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym umożliwiający wypełnianie przez nią obowiązków (roli) w: rodzinie, społeczności, w której żyje, miejscu pracy, miejscu kultu oraz innych obszarach. Pojęcie „wellness” - zarówno w Polsce, jak i w Europie - jest nieprawidłowo definiowane i rozumiane. Najczęściej kojarzone jest ono z działalnością komercyjną z zakresu poprawy urody, a często z działalnością z zakresu medycyny kosmetycznej. Tymczasem na świecie - w krajach rozwiniętych takich jak USA, Kanada czy Australia - „wellness” należy do podstawowego zakresu działań prozdrowotnych mieszczących się w szerokim pojęciu „zdrowia publicznego”.

**Cel pracy.** Poznanie zdrowia optymalnego („wellness”) nastolatków w Polsce oraz ich rodziców.

**Materiał i metoda.** Badania - z użyciem opracowanego przez Główny Inspektorat Sanitarny kwestionariusza ankiety - przeprowadzono w roku szkolnym 2006/2007 w losowo wybranej, reprezentatywnej grupie liczącej 12005 uczniów i uczennic szkół gimnazjalnych z przedziału wiekowego 12-17 lat oraz ich rodziców. W wyniku badań uzyskano kompletnie wypełnione ankiety od 9360 uczniów i 6950 rodziców.

**Wyniki.** Ankietowana młodzież deklaruje, że jest szczęśliwa (87%) mimo, że odpowiedzi na pytanie „czy zdarza ci się być zestresowanym?” są w większości twierdzące. Zdecydowana większość (73%) nastolatków posiada ponad trzech przyjaciół, co wskazuje na prawidłowy dobrostan społeczny. Badani rodzice - w porównaniu do swych dzieci - w większym stopniu deklarują poczucie bycia szczęśliwym (91%). Największy odsetek rodziców zadowolonych z życia (92%) występuje wśród osób zatrudnionych na pełny etat, wywodzących się z rodziny pełnej (93%) oraz posiadających wyższe wykształcenie (95%).

**Wnioski.** 1. Konieczna jest edukacja społeczeństwa polskiego, a również europejskiego, w zakresie prawidłowej definicji pojęcia „wellness”. 2. Wbrew powszechnym opiniom, zdrowie optymalne młodzieży nastoletniej oraz ich rodziców w Polsce należy oceniać pozytywnie, co przekłada się bezpośrednio na opinie dotyczące jakości życia Polaków. 3. Zdrowie optymalne („wellness”) odczuwane przez respondentów jest ściśle zależne od życia w pełnej rodzinie, posiadania dobrego wykształcenia i zawodu oraz pracy. 4. Opinie młodzieży na temat własnego zdrowia optymalnego („wellness”) pokrywają się z opiniami rodziców.

**Słowa kluczowe:** zdrowie optymalne „wellness”, młodzież, szkoła

**Introduction.** According to the WHO definition, wellness is an optimum health status of a human being in a physical, mental, social, emotional, intellectual and spiritual aspect, enabling the fulfillment of duties in a family, community, place of work, place of religious cult, and other areas. In Poland and in Europe the concept of wellness is incorrectly defined and understood; most often in the commercial aspects of health and beauty medicine. However, in the USA, Canada and Australia, wellness is one of the basics of public health.

**Aim.** Recognition of the wellness status among Polish adolescents and their parents.

**Material and method.** The study was based on a questionnaire survey of the General Sanitary Inspectorate during a school year of 2006/07 on a randomly selected, representative group of 12005 male and female junior high school students aged between 12-17 years and their parents. The study used 9360 fully completed student questionnaires and 6950 parent questionnaires.

**Results.** The students declared they were happy (87%), despite the mostly affirmative answers to the question: “Are you stressed sometimes?”. The majority (73%) of the students had more than 3 friends, which was a symptom of social wellness. The surveyed parents (91%) declared happiness more often than their children. The highest percentage of the respondents happy with life (92%) was found among the parents with a full-time job, a complete family (93%) and higher education (95%).

**Conclusions.** 1. The education of the Polish and European society regarding the correct definition of the “wellness” concept is necessary. 2. Contrary to popular opinions, the wellness of Polish adolescents and their parents can be assessed positively, as are the opinions of the quality of life of Poles. 3. The wellness of the respondents is closely correlated with life in a complete family, good education and a job. 4. The adolescents’ opinions on their wellness are compatible with their parents’ opinions.

**Key words:** wellness, adolescents, school

## Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – *World Health Organization*) „wellness” to optymalny stan zdrowia jednostek w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym, emocjonalnym, intelektualnym i duchowym umożliwiający wypełnianie przez nią obowiązków (roli) w: rodzinie, społeczności, w której żyje, miejscu pracy, miejscu kultu oraz innych obszarach [1]. Jest to jednak definicja, która dotychczas nie została oficjalnie przyjęta przez WHO. W krajach rozwiniętych obecnie przeważa pogląd, że optymalne zdrowie („wellness”) obejmuje wysoki poziom dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, socjalnego (społecznego), emocjonalnego i duchowego w granicach określonych przez dziedziczność i możliwość jednostki [2]. Jest to rozszerzenie pojęcia zdrowia oficjalnie definiowanego przez WHO, jako dobrostan (*well-being*) fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby [3]. Dawniej, przed 1948 rokiem, zdrowie postrzegano jako stan cechujący się brakiem chorób. W oficjalnych dokumentach – głównie amerykańskich – określających aktualne cele zdrowotne, które miałyby być zrealizowane w przyszłości, widnieją dążenia zapewniające poszczególnym jednostkom aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, wysoką jakość życia oraz dobre samopoczucie [4]. W poprzednim dokumencie (*Healthy People 2010*) również wyznaczono w tym kraju podobne cele [5]. Wykraczają one poza definicję zdrowia określoną przed sześcioma dekadami przez WHO. Wielu ekspertów na świecie, którzy definiują pojęcie zdrowia, proponuje właśnie taką holistyczną definicję [6, 7]. W celu lepszego zobrazowania terminu „wellness” należy posłużyć się różnicami między tradycyjnym pojęciem zdrowia w różnych obszarach a definicją zdrowia optymalnego. W piśmiennictwie [8] określa się to wymiarami zdrowia i „wellness” – postrzeganymi, jako stan zdrowia optymalnego. I tak tradycyjnie zdrowie fizyczne oznacza brak chorób, w tym układowych, w rozumieniu fizjopatologicznym. Osoba zdrowa fizycznie ma dobre samopoczucie fizyczne. „Wellness” zaś fizyczny (zdrowie fizyczne optymalne – *fitness*) jest to zdolność skutecznego działania w celu optymalnego wypełniania swoich obowiązków w nauce, pracy oraz efektywnego wykorzystania czasu wolnego. Osoba posiadająca te cechy uważana jest za jednostkę wysportowaną a nie słabą. Osoba zdrowa fizycznie może mieć słabą (*chlerlawą*) budowę ciała lub mieć nadwagę bez żadnych patologii. Nie jest jednak zdrowa w sensie optymalnym – z powodu chociażby braku regularnej aktywności fizycznej gwarantującej jej dobrą kondycję, sprawność, siłę czy wytrzymałość. Cechy te – w sensie fizycznym – umożliwiają pokonywanie życiowych problemów i zadań również w sytuacjach kryzysowych. Osoba charakteryzująca się optymalnym zdrowiem w sensie

fizycznym (o zadawalającym poziomie *fitness*) potrafi pokonać dużą odległość marszem, wspinać się po górach, czy bez obaw pływać w morzu, co nie zawsze zdolna jest wykonać osoba jedynie zdrowa fizycznie a nie cechująca się zdrowiem optymalnym (fizycznym „wellness”). Fizyczne „wellness” jest równoznaczne z często używanym terminem *fitness*.

Zdrowie społeczne oznacza możliwość funkcjonowania w społeczeństwie bez żadnych ograniczeń [9]. Osoba cechująca się dobrym zdrowiem społecznym może spokojnie żyć w społeczeństwie z zachowaniem obowiązujących reguł. Pomimo jednak, że nie cierpi na żadne patologie społeczne, może nie posiadać optymalnego poziomu zdrowia społecznego („wellness” społecznego) i być traktowana, jako tzw. „odludek”. Osoba o odpowiednim poziomie „wellness” społecznego posiada zdolność do dobrych kontaktów z innymi ludźmi i udanych kontaktów towarzyskich. Kontakty takiej osoby z innymi poprawiają również ich zdrowie społeczne i dobre samopoczucie. Osoba cechująca się zdrowiem społecznym optymalnym jest postrzegana socjalnie jako osoba towarzyska, a nie samotna. Dlatego też w wielu kwestionariuszach – stosowanych przez organizacje międzynarodowe do oceny jakości życia poszczególnych społeczeństw – zadaje się pytanie dotyczące ilości dobrych przyjaciół, jakich posiada osoba ankietowana [10,11].

Optymalne zdrowie duchowe („*spirituals wellness*”) definiowane jest, jako harmonijne funkcjonowanie osoby ludzkiej w zgodzie z sobą i własnymi przekonaniami oraz innymi elementami otaczającego świata (ludźmi oraz przyrodą). Wymaga to równowagi pomiędzy wewnętrznymi potrzebami człowieka a wymogami wynikającymi z funkcjonowania w otaczającej rzeczywistości [12]. Dla takiej równowagi niezbędne jest optymalne zdrowie duchowe wynikające z własnych, a najlepiej nabytych w rodzinie i środowisku przekonań i wartości, do których – w okresach zagrażającego braku równowagi duchowej – zawsze można się odwołać. Istotnym elementem jest wiara i religia oraz poszanowanie tradycji i autorytetów. „Wellness” duchowy – to zespół wartości etycznych i moralnych, jakimi człowiek kieruje się w swoim życiu. Pomoc duchowa jest często wykorzystywana w procesie leczenia przez pracowników medycznych [13]. Ostatnio przeprowadzone badania na randomizowanej próbie młodzieży studenckiej wykazały, że młodzież praktykująca medytacje religijne (duchowe) charakteryzowała się niższym poziomem lęku i większą odpornością na ból aniżeli ta, która nie wykonywała żadnych ćwiczeń duchowych. Młodzież poddawana ćwiczeniom relaksacyjnym (świeckim) również odczuwała mniejszy lęk niż młodzież nie wykonująca żadnych praktyk, lecz ich poziom był wyższy niż u młodzieży medytującej religijnie. Podobnie odczuwanie bólu było największe

wśród grupy osób, która nie wykonywała żadnych ćwiczeń duchowych i relaksacyjnych, zaś najniższe wśród młodzieży stosującej praktyki religijne [14]. Cechą duchowości człowieka jest wiara w źródło wartości – często wykraczająca poza jego percepcję i wyobrażenia, a jednocześnie kształtująca jego osobowość. Każda osoba posiada własną (personalną) percepcję duchowości. „Wellness” duchowy daje sens i kierunek w życiu, pozwala osiągnąć umiejętności, które umożliwiają sprostać czyhającym w życiu wyzwaniom. Najczęściej utożsamiany jest z wierzeniami i regułami religijnymi, nie zawsze jednak może być opisany przez konkretną strukturę religijną. „Wellness” duchowy nakłada się na komponenty „wellness” emocjonalnego [15]. Zdrowie emocjonalne jest najczęściej definiowane jako brak zaburzeń emocjonalnych, np. depresji. „Wellness” zaś emocjonalne, czyli zdrowie optymalne w sensie emocjonalnym, to umiejętność jednostki do zachowań adekwatnych do sytuacji. Osoba o prawidłowym poziomie „wellness” emocjonalnego czuje się osobą szczęśliwą, a nie przygnębioną – i tak jest postrzegana przez otoczenie [2]. Zdrowie psychiczne oznacza brak chorób o charakterze psychicznym, zaś „wellness” psychiczne (zdrowie psychiczne optymalne) oznacza zdolność do pokonywania problemów dnia codziennego w sposób pozytywny, optymistyczny i konstruktywny. Osoba zdrowa intelektualnie nie cierpi na żadne choroby układu nerwowego, które ograniczają proces uczenia się, przyswajania wiadomości i innych sygnałów docierających z otoczenia. „Wellness” intelektualne, czyli optymalne zdrowie intelektualne – to zdolność do uczenia się i wykorzystywanie informacji i sygnałów docierających z otoczenia w celu optymalnego funkcjonowania i poprawy jakości codziennego życia. Osoba posiadająca prawidłowy poziom „wellness” intelektualnego uważana jest za osobę dobrze poinformowaną, a nie ignoranta.

## Cel pracy

Poznanie zdrowia optymalnego (*wellness*) polskich nastolatków oraz ich rodziców.

## Metodyka badań

Ankietyzację przeprowadzono w roku szkolnym 2006/2007 w losowo wybranej, reprezentatywnej grupie liczącej blisko 1,5 miliona (1 494 153) uczniów i uczennic szkół gimnazjalnych z przedziału wiekowego 12-17 lat oraz ich rodziców. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany przez Główny Inspektorat Sniatarny, wzorowany na pytaniach ankietowych stosowanych w badaniach GSHS (*Global School-base Student Health Survey*<sup>1/</sup>)

rekomendowanych przez WHO i CDC (*Centre for Diseases Control and Prevention*).

Liczebność próby określono na poziomie 12 005 osób, co zapewnia dokładność oszacowań z błędem znacznie mniejszym niż 1 punkt procentowy. Powodem ustalenia tak dużej wielkości próby było założenie, które mówiło, że celem badań jest analiza stopnia aktywności fizycznej gimnazjalistów w skali kraju. Podczas realizacji badań napotkano na problemy związane z licznymi brakami odpowiedzi w związku, z czym uzyskano próbę o liczebności, nie jak zakładano 12 005 osób, lecz 9 360 osób. Taka liczebność próby oznacza, że maksymalny błąd wynosi tu  $\pm 1,01$  punktu procentowego. Liczba ankiet zwróconych przez rodziców wylosowanych gimnazjalistów była jeszcze mniejsza i wynosiła 6 951, chociaż trzeba tu zaznaczyć, że ta liczebność próby pozwala wnioskować z dokładnością  $\pm 1,17$  punktu procentowego.

Przy doborze jednostek (klas) do badań wzięto pod uwagę następujące kryteria: miejsce zamieszkania (podział na gimnazjalistów uczących się na wsi i w mieście), płeć uczniów, klasę. Szkoły wylosowano w sposób prosty, zależny i następnie (po uzyskaniu zgody odpowiednich władz lokalnych) badania, w których udział miał charakter dobrowolny i anonimowy, przeprowadzono na lekcjach wychowawczych. Ankiety, które były przeznaczone do wypełnienia przez rodziców, uczniowie zabierali w zalakowanych kopertach do domu i po ich wypełnieniu przez rodziców w wyznaczonym dniu składali u wychowawcy danej klasy. Dane z ankiet w wersji papierowej zostały wprowadzone do elektronicznej centralnej bazy danych. Do tego celu wykorzystano zintegrowany system wprowadzenia i gromadzenia danych ankietowych. Następnie dane z elektronicznej centralnej bazy danych zostały opracowane statystycznie (program: STATISTICA). Do badań różnic statystycznych stosowano test  $\chi^2$  Pearsona i współczynnik zbieżności V Cramera. Za różnice istotne statystycznie uznano te, dla których poziom istotności  $p=0,05$ .

## Wyniki badań

### *Dobrostan fizyczny ankietowanej młodzieży i jej rodziców*

Ankietowaną młodzież i ich rodziców pytano o dobrostan fizyczny – poprzez udzielenie odpowiedzi odnoszącej się do zadowolenia ze swego wyglądu zewnętrznego.

Większość nastolatków (74%) i ich rodziców (82%) była zadowolona ze swego wyglądu zewnętrznego; jako główną przyczynę niezadowolenia młodzież podawała nadmierną masę ciała (tab. I).

<sup>1/</sup> Global School-based Student Health Survey (GSHS) [www.cdc.gov/gshs](http://www.cdc.gov/gshs) or [www.who.int/chp/gshs/en/](http://www.who.int/chp/gshs/en/)

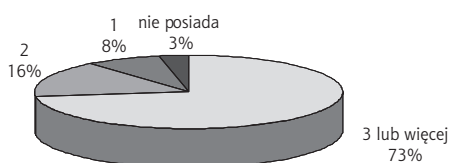
Tabela I. Rozkład procentowy badanej młodzieży gimnazjalnej wykazującej niezadowolenie z własnego wyglądu zewnętrznego

Table I. Percentage distribution of the surveyed students declaring dissatisfaction with their appearance

Powód niezadowolenia ze swego wyglądu	Liczba przypadków	
	n	%
otyłość/nadwaga	981	45,95
cera	305	14,29
brzydota	244	11,42
szczerłość	214	10,04
niski wzrost	142	6,66
włosy	90	4,19
zęby	53	2,50
inny powód	482	22,60

### Dobrostan społeczny ankietowanej młodzieży i jej rodziców

Wzorując się na metodologii ankiety GSHS dobrostan społeczny nastolatków oceniano poprzez zadanie pytania, które dotyczyło ilości przyjaciół. Zdecydowana większość (73%) ankietowanych nastolatków posiadała ponad trzech przyjaciół, co wskazywało na prawidłowy dobrostan społeczny (ryc. 1).

Ryc. 1. Liczba posiadanych przyjaciół – wskazana przez licealistów  
Fig. 1. Number of friends – declared by students

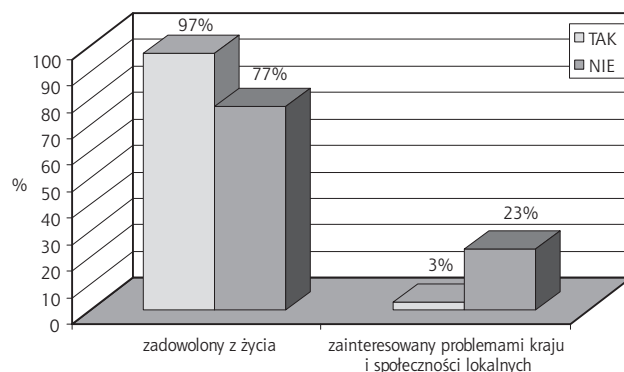
Dobrostan społeczny rodziców oceniano na podstawie uzyskanych odpowiedzi na zadane pytanie dotyczące zadowolenia z własnej rodziny oraz zainteresowań ankietowanych sprawami życia społecznego o zasięgu lokalnym i krajowym. Zdecydowana większość badanych rodziców (97%) była zadowolona z życia w środowisku rodzinnym, zaś 77% wykazywało zainteresowanie bieżącymi sprawami społeczności lokalnej, w której żyje, oraz problemami kraju (ryc. 2).

Największy odsetek rodziców zadowolonych z życia (tab. II) występował wśród osób wywodzących się z rodziny pełnej (93%), zaś najmniejsze zadowolenie z życia i rodziny wykazywali rodzice pochodzący z rodzin niepełnych; odpowiednio 81% i 92% (tab. III). U tychże rodziców (tab. IV) zaobserwowano

Tabela II. Zależność między zmienną „rodzina” a „zadowolenie z życia” (V Cramer = 0,13)

Table II. Correlation between the variable “family” and “satisfaction with life” (Cramer V = 0,13)

Rodzina	Zadowolenie z życia		Razem
	Tak	Nie	
pełna	92,63%	7,37%	100,00%
niepełna	81,48%	18,52%	100,00%
zastępcza	90,67%	9,33%	100,00%
razem	91,26%	8,74%	100,00%



Ryc. 2. Odsetki wskazań rodziców odnośnie zadowolenia z życia i zainteresowania problemami kraju i społeczności lokalnych

Fig. 2. Percentage of parents' indications regarding satisfaction with life and interest with problems of the country and local community

najmniejszy odsetek osób zainteresowanych sprawami osiedla, miasta, wsi i kraju (65%). Powyższe wyniki świadczą o sile związków rodzinnych wpływających na dobrostan rodziców.

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rósł również odsetek rodziców zadowolonych z życia (tab. V) oraz zainteresowanych bieżącymi sprawami osiedla, wsi, miasta i kraju (tab. VI).

Tabela III. Zależność między zmienną „rodzina” a „zadowolenie z rodziny” (V Cramera = 0,11)

Table III. Correlation between the variable “family” and “satisfaction with family” (Cramer V = 0,11)

Rodzina	Zadowolenie z rodziny		Razem
	Tak	Nie	
pełna	97,71%	2,29%	100,00%
niepełna	91,93%	8,07%	100,00%
zastępcza	98,63%	1,37%	100,00%
razem	97,01%	2,99%	100,00%

Tabela IV. Zależność między zmienną „rodzina” a „zainteresowanie sprawami osiedla, wsi, miasta i kraju” (V Cramera = 0,10)

Table IV. Correlation between the variable “family” and “interest with problems of the country and local community” (Cramer V = 0,10)

Rodzina	Zainteresowanie rodziną		Razem
	Tak	Nie	
pełna	78,25%	21,75%	100,00%
niepełna	64,85%	35,15%	100,00%
zastępcza	77,61%	22,39%	100,00%
razem	76,61%	23,39%	100,00%

Tabela V. Struktura badanych rodziców wg zmiennej „wykształcenie” a „zadowolenie z życia” (V Cramera = 0,10)

Table V. Structure of surveyed parents according to the variable “education” and “satisfaction with life” (Cramer V = 0,10)

Wykształcenie	Zadowolenie z życia		Razem
	Tak	Nie	
podstawowe	83,91%	16,09%	100,00%
zawodowe	89,38%	10,62%	100,00%
średnie	90,90%	9,10%	100,00%
potematuralne	92,89%	7,11%	100,00%
wyższe	94,99%	5,01%	100,00%
razem	91,26%	8,74%	100,00%

Tabela VI. Struktura badanych rodziców wg zmiennej „wykształcenie” a „zainteresowanie sprawami osiedla, wsi, miasta i kraju” (V Cramera = 0,11)  
Table VI. Structure of surveyed parents according to the variable “education” and “interest with problems of the country and local community” (Cramer V = 0,11)

Wykształcenie	Zainteresowany		Razem
	Tak	Nie	
podstawowe	63,46%	36,54%	100,00%
zawodowe	73,52%	26,48%	100,00%
średnie	76,95%	23,05%	100,00%
pomaturalne	76,38%	23,62%	100,00%
wyższe	82,40%	17,60%	100,00%
razem	76,59%	23,41%	100,00%

Najbardziej zadowolone z życia (tab. VII) były osoby zatrudnione na pełnym etacie (92%), zaś najmniejsze zainteresowanie wykazywały osoby szukające pracy (81%).

Tabela VII. Struktura badanych rodziców wg zmiennej „status zatrudnienia” a „zadowolenie z życia” (V Cramera = 0,09)  
Table VII. Structure of surveyed parents according to the variable “employment status” and “satisfaction with life” (Cramer V = 0,09)

Status zatrudnienia	Zadowolenie z życia		Razem
	Tak	Nie	
pełny etat	92,77%	7,23%	100,00%
niepełny etat	90,03%	9,97%	100,00%
dorywcz	86,22%	13,78%	100,00%
emeryt/rencista	86,07%	13,93%	100,00%
zajmuje się domem	90,83%	9,17%	100,00%
szuka pracy	81,31%	18,69%	100,00%
renta rolnicza	90,04%	9,96%	100,00%
razem	91,28%	8,72%	100,00%

Największy odsetek rodziców zadowolonych z życia występował wśród specjalistów a najmniejszy wśród pracowników zatrudnionych przy pracach prostych (tab. VIII). Specjaliści obok rodziców wykonujących zawód: rolnika, ogrodnika, leśnika i rybaka, w największym stopniu wykazywali zainteresowanie bieżącymi sprawami osiedla, wsi, miasta i kraju (tab. IX).

Tabela VIII. Struktura badanych rodziców wg zmiennej „wykonywany zawód” a „zadowolenie z życia” (V Cramera =0,11)  
Table VIII. Structure of surveyed parents according to the variable “job” and “satisfaction with life” (Cramer V=0,11)

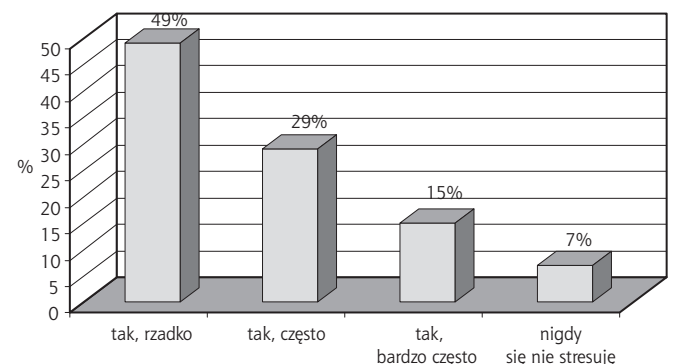
Wykonywany zawód	Zadowolenie z życia		Razem
	Tak	Nie	
specjaliści	95,10%	4,90%	100,00%
technicy	91,17%	8,83%	100,00%
biurowi	91,32%	8,68%	100,00%
usługi	93,03%	6,97%	100,00%
rolnicy, leśnicy	90,27%	9,73%	100,00%
robotnicy	91,11%	8,89%	100,00%
operatorzy maszyn	86,30%	13,70%	100,00%
prace proste	83,87%	16,13%	100,00%
razem	92,13%	7,87%	100,00%

Tabela IX. Struktura badanych rodziców wg zmiennej „wykonywany zawód” a „zainteresowanie bieżącymi sprawami miasta, wsi i kraju” (V Cramera =0,12)  
Table IX. Structure of surveyed parents according to the variable “job” and “interest with problems of the country and local community” (Cramer V =0,12)

Wykonywany zawód	Zainteresowanie		Razem
	Tak	Nie	
specjaliści	81,96%	18,04%	100,00%
technicy	78,83%	21,17%	100,00%
biurowi	73,12%	26,88%	100,00%
usługi	73,76%	26,24%	100,00%
rolnicy, leśnicy	82,96%	17,04%	100,00%
robotnicy	69,79%	30,21%	100,00%
operatorzy maszyn	73,90%	26,10%	100,00%
prace proste	64,51%	35,49%	100,00%
razem	76,61%	23,39%	100,00%

### Dobrostan emocjonalny i duchowy badanej młodzieży i jej rodziców

Dobrostan emocjonalny nastolatków oceniano poprzez analizę odpowiedzi na pytanie „czy jesteś szczęśliwy?” Zdecydowana większość nastolatków deklaruowała, że jest szczęśliwa (87%) mimo, że odpowiedzi na pytanie „czy zdarza ci się być zestresowanym?” były w większości twierdzące (ryc. 3). Świadczyło to o prawidłowym poziomie zdrowia emocjonalnego i intelektualnego w sensie optymalnym, czyli o prawidłowym wellness ankietowanych. Ankietowani rodzice w odniesieniu do swych dzieci w większym stopniu deklaruowali poczucie bycia szczęśliwym (91%). Chcąc ocenić dobrostan duchowy rodziców zadano pytanie dotyczące sensu życia. Prawie wszyscy ankietowani stwierdzili, że ich życie ma sens (97%).



Ryc. 3. Częstotliwość odczuwania stresu w opinii młodzieży  
Fig. 3. Frequency of stress experience according to students

### Dyskusja

W Polsce i w wielu innych krajach – zwłaszcza Europy Środkowej i Wschodniej – pojęcie „wellness” jest nieprawidłowo używane. Oznacza najczęściej działalność komercyjną w zakresie kosmetologii, medycyny fizycznej i estetycznej służącej poprawie urody i sylwetki, zwłaszcza pośród kobiet. Tymczasem jest to termin używany w dziedzinie szeroko pojętego zdrowia

publicznego oraz w wielu oficjalnych dokumentach z tego zakresu, zwłaszcza w rozwiniętych krajach świata (USA, Kanada, Australia) [8, 16, 17, 18]. Przykład stanowi chociażby Ministerstwo Zdrowia Prowincji Alberta w Kanadzie, które nosi nazwę „*Ministry of Health and Wellness*” [19]. W Stanach Zjednoczonych istnieje wiele programów „wellness” realizowanych przez wielkie korporacje – celem promocji i poprawy zdrowia zatrudnionych tam pracowników [20]. Firmy amerykańskie realizując liczne programy „wellness” dopłacają średnio 187 dolarów na jednego pracownika, zaś 11% największych korporacji amerykańskich – działających w 47 krajach świata – wydaje na programy „wellness” ponad 500 dolarów w skali roku, które przypada na każdą osobę zatrudnioną [21]. Realizowane programy zaliczane są do szeroko pojętej opieki zdrowotnej nad pracownikiem. W tym celu stosuje się różnego rodzaju zachęty (incentives) w postaci dopłat do wstępu na obiekty „wellness” i „fitness” lub uczestnictwo w programach podtrzymujących i poprawiających zdrowie organizowane przez liczne korporacje [22] oraz kompanie ubezpieczeniowe [23].

Z piśmiennictwa wynika, że ponad połowa Amerykanów wierzy, że organizowane przez zakłady pracy programy „wellness” są ważnym narzędziem służącym poprawie jakości życia, wydłużeniu jego długości (30% badanych) poprzez redukcję stresu (28%) i – co ważne – ich zdaniem obniżają wydatki na zdrowie (30%) [24]. Oferowane przez pracodawców programy przynoszą wyraźne oszczędności zakładom pracy, w których są zatrudniani korzystający z nich pracownicy [22]. Na te oszczędności według naukowców z Teksasu (*Texas A&M University* – Texas, USA), składają się: niższe koszty pracy, większa produktywność pracowników, poprawa ich zdolności interpersonalnych czy mocniejsze identyfikowanie się z firmą, w której są zatrudnieni. Według innych źródeł amerykańskie programy „wellness” organizowane przez pracodawców przynoszą konkretnie szacowane oszczędności [25]. Redukują wydatki zdrowotne o 20-55%, zmniejszają krótkoterminową absencję w pracy oraz niepełnosprawność o odpowiednio 32% i 30%, zaś każdy dolar zainwestowany przez pracodawcę w takie programy przynosi zysk w wysokości 3-6 dolarów. Według tych źródeł jest to skuteczna droga hamowania wzrastających rocznie o 8-14% bezpośrednich wydatków na cele zdrowotne w USA. Niektóre stany w USA stosują różnego rodzaju ulgi podatkowe dla firm tworzących i realizujących programy „wellness” dla swoich pracowników [26]. W Europie jednak ciągle definicja „wellness” ogranicza się do określania obiektów typu sanatoryjnego poprawiających urodę – i to nawet w oficjalnych dokumentach Unii Europejskiej [27, 28]. „Wellness”, czyli zdrowie optymalne, wynika z pojęcia holistycznego modelu

zdrowia. W tym modelu zdrowie obejmuje fizjologiczne, psychiczne (mentalne), emocjonalne, socjalne, duchowe i środowiskowe aspekty bytu człowieka w sensie indywidualnym i społecznym [12]. Skupia się to na zdrowiu jednostki w znaczeniu optymalnym – zapobiegając chorobom – oraz pozytywnym jej stanie psychicznym i emocjonalnym. Model ten rozszerza definicję zdrowia o aspekty dobrostanu duchowego, którego nie zawierają definicje zdrowia prezentowane w modelach: medycznym i środowiskowym. W modelu tym zdrowie postrzegane jest nie tylko jako brak chorób i cierpienia w sensie fizycznym, psychicznym i socjalnym, lecz jako stan zdrowia i samopoczucia pozytywnego – inaczej optymalnego. Ten model obejmuje całość: ciała, umysłu i duchowości człowieka – traktowanych jako jedność. Przykładem takiego podejścia są bóle głowy. Rzadko ból głowy jest wynikiem choroby lub uszkodzenia mózgu, czy też towarzyszy konkretnej chorobie. Najczęściej dolegliwość ta jest następstwem stresu i skurczu mięśniówki naczyń tętniczych, co powoduje ból. Także większość dolegliwości bólowych żołądka jest spowodowane czynnikami nerwowymi, głównie stresem [12]. W tym modelu pojmowania zdrowia – choroba lub cierpienie jest traktowane jako zaburzenie równowagi i interakcji ciała, umysłu, duchowości człowieka oraz środowiska, w którym żyje. Istnieje wiele dowodów na to, że pozytywne podejście człowieka do życia we wszystkich aspektach (prawidłowe „wellness”) ma korzystny wpływ na zdrowie człowieka [29, 30, 31]. Wpływa również na zapadalność na choroby układu krążenia, jak i również na stan zdrowia po leczeniu chorób serca i naczyń [32, 33, 34], jak i zabiegach transplantacyjnych [35]. Wpływ depresji i negatywnego podejścia do życia są powszechnie uznawane za jedną z przyczyn zapadalności na zawały serca [36]. Podnosi się również wpływ pozytywnego podejścia do życia na skutek leczenia chorób infekcyjnych [37]. Przeżywalność leczonych pacjentów z powodu większości chorób jest wyższa u optymistycznie nastawionych do życia pacjentów [38]. Pozytywne podejście do życia i pełnia zdrowia – w sensie optymalnym – wpływa również na długość życia jednostki, co podnoszą środowiska medyczne i psychologiczne [39, 40]. Zwłaszcza zdrowie w sensie duchowym – jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na dobrostan funkcjonowania człowieka, szczególnie w starszym wieku [41, 42]. Podkreśla się również, że bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia jest sytuacja rodzinna, posiadanie wykształcenia, zatrudnienia i odpowiednich dochodów gwarantujących godny poziom życia [43, 44, 45]. Dlatego też pytania ankietowe – skierowane zarówno do młodzieży, jak i ich rodziców – dotyczyły wszystkich aspektów zdrowia optymalnego. Na większość pytań zarówno rodzice jak i młodzież odpowiadała pozytywnie, co pozwala sądzić, że wbrew potocznym

poglądom zarówno nastoletnia młodzież, jak i ich rodzice, wysoko oceniają własne zdrowie w sensie holistycznego do niego podejścia. Najmniej korzystnie młodzież podchodziła do oceny swojego wyglądu zewnętrznego, ale jest to zbieżne z innymi obserwacjami [47, 47]. Obserwacje własne korelują z ogólnoeuropejskimi wynikami badań dotyczącymi jakości życia mieszkańców poszczególnych krajów [48]. Badania polskie dotyczące jakości życia Polaków pokazują, że – wbrew powszechnie panującym opiniom – społeczeństwo polskie dość dobrze ocenia jakość życia [49]. Te obserwacje potwierdzają publikowane opinie firm komercyjnych badających rynek w Polsce [50]. Badania własne pokazały, że ważnym aspektem odczuwania zdrowia optymalnego jest życie w pełnej rodzinie, posiadanie konkretnego zawodu, bycie dobrze wykształconym i posiadanie pracy. Wyniki te potwierdzają, że do zdrowia należy podchodzić holistycznie, aby móc wyciągać konkretne wnioski na jego temat.

## Wnioski

1. Konieczna jest edukacja społeczeństwa polskiego, ale również europejskiego, w zakresie prawidłowej definicji pojęcia „*wellness*”. Często, bowiem pojęcie to kojarzone jest z komercją, a nie z szeroko pojętymi działaniami z zakresu zdrowia publicznego.
2. Wbrew powszechnym opiniom – zdrowie optymalne młodzieży nastoletniej oraz ich rodziców w Polsce należy oceniać pozytywnie, co przekłada się bezpośrednio na opinie dotyczące jakości życia Polaków.
3. Zdrowie optymalne („*wellness*”) odczuwane przez respondentów było ściśle zależne od życia w pełnej rodzinie, posiadania dobrego wykształcenia i zawodu oraz pracy.
4. Opinie młodzieży na temat własnego zdrowia optymalnego („*wellness*”) pokrywają się z opiniami ich rodziców.

## Piśmiennictwo / References

1. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Oxford University, Oxford 7, 2006.
2. Corbin CB, Welk GJ, Corbin WR, Welk KA. Fundamental concepts of fitness and wellness. MacGraw-Hill, NY 2006.
3. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946.
4. Healthy People 2020. <http://www.healthypeople.gov/2020>
5. Healthy People 2010. <http://www.healthypeople.gov/2010>
6. Breslow L. Health measurement in the third era of health. *Am J Public Health* 2006, 96:17-19.
7. Allen D, Carlson D, Ham C. Well-Being: New Paradigms of Wellness-Inspiring Positive Health Outcomes and Renewing Hope. *Am J Health Promot* 2007, 21(3): 1-9.
8. Corbin CB, Pangrazi RP, Franks BD. Definitions: Health, fitness and physical activity. *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest* 2000, 3(9): 1-8.
9. Corbin CB, Corbin WR, Welk KA, Welk GJ. *Fitness i Wellness. Kondycja, sprawność, zdrowie.* Zysk i Sk-a, Poznań 2007.
10. WHOQoL Study Protocol. WHO (MNH7PSF/93.9). WHO 1993.
11. Global school-based student health survey (GSHS). <http://www.who.int/chp/gshs/en/>
12. Edlin G, Golanty E. *Health and Wellness.* Jones and Bartlett, Sudbury Mass 2010.
13. Fisher J. The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions* 2011, 2, 17-28.
14. Hooper R. If meditation is good, god makes it better. *New Scientist* 2005, 3, 187(1): 9.
15. Ansbaugh DJ, Hamrick MH, Rosoto FD. *Wellness – Concept and Applications.* McGraw-Hill, NY 2009.
16. Corbin CB, Pangrazi RP. Toward a uniform definition of wellness. A commentary. *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest* 2001, 3(9): 1-8.
17. University of California Wellness Newsletter Editors. *The Wellness Encyclopedia.* Houghton Mifflin, Boston 1991.
18. International students. Life at QUT. <http://www.wellness.qut.edu.au/wellness>
19. Medycyna. <http://www.zgapa.pl>
20. Small Business Review Article: Wellness Programs for Employees. Penton Media 2007.
21. Bridgeford LC Working Well: A Global Survey of Health Promotion and Wellness. *Strategies Workplace Employee Benefit News.* January 13, 2011.
22. Berry LL, Mirabito AM, Baun WB. What's the Hard Return on Employee Wellness Programs? *Harvard Business Review,* December 2010.
23. Penn National Insurance. <http://www.pennnationalinsurance.com>
24. Principal Health News. <http://www.principal.com>
25. ROI-based Analysis of Employee Wellness Programs, US Corporate Wellness, February 08, 2008.
26. Kaiser Daily Health Policy Report. <http://www.kaisernetwork.org/dailyreports/healthpolicy>
27. EU Physical Activity Guidelines, Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity, EU Working Group „Sport & Health”. 10 October 2008.
28. Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie. Czwarty projekt skonsolidowany. Zatwierdzony przez Grupę Roboczą UE „Sport i Zdrowie” na zebraniu w dniu 25 września 2008 r. Bruksela, 10 października 2008 r. [http://ec.europa.eu/sport/library/doc/c1/pa\\_guidelines\\_4th\\_consolidated\\_draft\\_.pl.pdf](http://ec.europa.eu/sport/library/doc/c1/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_.pl.pdf)

29. Cohen S, Pressman SD. Positive affect and health. *Curr Directions Psychol Sci* 2006, 15: 122-125.
30. Bergner M, Bobbitt RA, Pollard WE, Martin DP, Gilson BS. The sickness impact profile: Validation of a health status measure. *Med Care* 1976, 14: 57-67.
31. Derogatis LR. The Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Funct Psychosom Res* 1986, 30: 77-91.
32. Buchanan GM. Explanatory style and coronary heart disease. [in:] *Explanatory style*. Buchanan GM, Seligman MEP (eds.). Erlbaum, Hillsdale 1995: 225-232.
33. Giltay EJ, Geleijnse J, Zitman M, Hoekstra FG, Schouten EG. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Arch General Psychiatr* 2004, 61: 1126-1135.
34. Kubansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med* 2001, 63: 910-916.
35. Leedham B, Meyerowitz BE, Muirhead J, First WH. Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychol* 1995, 14: 74-79.
36. Ostir GV, Markides KS, Peek MK, Goodwin JS. The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosom Med* 2001, 63: 210-215.
37. Cohen S, Alper CM, Doyle WJ, Treanor JJ, Turner RB. Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or Influenza A virus. *Psychosom Med* 2006, 68: 809-815.
38. Maruta T, Colligan RC, Malinche M, Oxford KP. Optimists vs. pessimists: Survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clin Proc* 2000, 75: 140-143.
39. Seligman MEP. Positive Health. *Appl Psychol* 2008, 57: 3-18.
40. Anderson B, Anderson PE. *Emotional Longevity: What Really Determines How Long You Live*. Viking, NY 2003.
41. Wink P, Dillon M. Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *J Adult Dev* 2002, 9: 79-94.
42. Wink P, Dillon M. Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Aging* 2003, 18(4): 916-24.
43. Diener E, Sandvik E, Seidlitz L, Diener M. The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indic Res* 1993, 28: 195-223.
44. Gable SL, Reis HT, Impett EA, Asher ER. What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *J Personality Social Psychol* 2004, 87: 228-245.
45. Dausch BM, Miklowitz DJ, Richards JA. Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): II. Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family Process* 1996, 35: 175-189.
46. Myers J, Bechtel A. Stress, wellness, and mattering among cadets at West Point: Factors affecting a fit and healthy force. *Military Med* 2004, 70: 475-483.
47. Bezner JR, Adams TB, Steinhardt MA. Relationship of body dissatisfaction to physical health and wellness. *Am J Health Behav* 1997, 21: 147-155.
48. Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/52/pl/1/EF0852PL>
49. Czapiński J, Panek T (red). *Diagnoza społeczna 2009*. [www.diagnoza.com](http://www.diagnoza.com)
50. Philips Index 2010. *Badanie jakości życia Polaków*. [http://www.philips.pl/shared/assets/pl/Downloadablefile/Raport\\_Philips\\_Index2010](http://www.philips.pl/shared/assets/pl/Downloadablefile/Raport_Philips_Index2010)