JAKOŚĆ ŻYCIA ADOLESCENTÓW W CZASIE PANDEMII COVID-19

Joanna Chwaszcz
Małgorzata Łysiak
Stanisław Mamcarz

JAKOŚĆ ŻYCIA ADOLESCENTÓW W CZASIE PANDEMII COVID-19

Część 1

wydawnictwo adam marszałek

Recenzenci
prof. dr hab. n. med. Hanna Karakuła-Juchnowicz
dr hab. Elżbieta Rydz, prof. KUL

Redaktor prowadzący
Paweł Jaroniak

Redaktor techniczny
Ryszard Kurasz

Korekta
Szymon Gumienik

Projekt okładki
Krzysztof Galus

© Copyright by Fundacja Polskiej Akademii Nauk

Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka, którą nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Żadna jej część nie może być reprodukowana jakimkolwiek sposobem – mechanicznie, elektronicznie, drogą fotokopii itp. – bez pisemnego zezwolenia wydawcy. Jeśli cytujesz fragmenty tej książki, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło

Toruń 2022

ISBN 978-83-8180-675-6

Ministerstwo
Edukacji i Nauki

FUNDACJA
PAN
POLSKA AKADEMIA NAUK

Monografia powstała w ramach „Programu wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla uczniów i nauczycieli", finansowanego ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Umowy nr MEiN/2021/DPI/76 z dnia 1.06.2021 r.

ProgramWsparcia
Psychologiczno-Pedagogicznego dla Uczniów i Nauczycieli

Wydawnictwo prowadzi sprzedaż wysyłkową:
tel. 56 664 22 35, e-mail: marketing@marszalek.com.pl

Wydawnictwo Adam Marszałek, ul. Lubicka 44, 87–100 Toruń
tel. 56 664 22 35, e-mail: info@marszalek.com.pl, www.marszalek.com.pl
Drukarnia, ul. Warszawska 54, 87–148 Łysomice

Spis treści

Wstęp 9

Rozdział 1

1. Jakość życia w okresie adolescencji – wybrane zagadnienia 13

1.1. Charakterystyka okresu rozwojowego 14

1.2. Czym jest jakość życia młodzieży? 20

1.3. Uwarunkowania jakości życia 25

1.3.1. Jakość życia warunkowana stanem zdrowia 28

1.3.2. Zasoby podmiotowe kształtujące jakość życia 31

1.3.3. Znaczenie zasobów środowiskowych dla odczuwanej jakości życia 38

1.3.4. Wpływ pandemii COVID-19 na jakość życia adolescentów 41

Rozdział 2

2. Opis projektu badawczego 47

2.1. Problematyka badań własnych 47

2.2. Charakterystyka grupy badanej 51

2.3. Procedura badawcza 54

2.4. Opis narzędzi 55

2.5. Zastosowane analizy statystyczne 64

Rozdział 3

3. Charakterystyka jakości życia adolescentów w czasie pandemii COVID-19 na podstawie badań własnych 67

3.1. Poczucie jakości życia preadolescentów w czasie pandemii COVID-19 68

3.2. Poczucie jakości życia wczesnych adolescenów w czasie pandemii COVID-19 71

3.3. Poczucie jakości życia adolescentów właściwych w czasie pandemii COVID-19 74

3.4. Poczucie jakości życia w okresie preadolescencji, wczesnej i właściwej adolescencji – porównania międzygrupowe 76

3.5. Podsumowanie 78

Rozdział 4

4. Związki jakości życia z wybranymi zmiennymi psychospołecznymi 81

4.1. Związki jakości życia z wybranymi zmiennymi demograficznymi i środowiskowymi 82

4.2. Związki jakości życia z prężnością 84

4.3. Związki jakości życia z dawanym i otrzymywanym wsparciem 86

4.4. Związki jakości życia z radzeniem sobie ze stresem 89

4.5. Związki jakości życia z preferowanymi przez adolescentów sposobami spędzania czasu wolnego 101

4.6. Podsumowanie 103

Rozdział 5

5. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia adolescentów w czasie trwającej pandemii COVID-19 109

5.1. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia preadolescentów 110

5.2. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia wczesnych adolescentów 113

5.3. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia adolescentów właściwych 116

5.4. Podsumowanie 120

Rozdział 6

6. Znaczenie wsparcia społecznego dla związków zasobów podmiotowych z odczuwaną jakością życia wśród adolescentów 125

6.1. Podmiotowe wyznaczniki jakości życia u adolescentów o niskim poczuciu wsparcia społecznego 126

6.2. Podmiotowe wyznaczniki jakości życia u adolescentów o wysokim poczuciu wsparcia społecznego 128

6.3. Porównanie związków zasobów podmiotowych z odczuwaną jakością życia wśród adolescentów o niskim i wysokim poziomie doświadczanego wsparcia 130

6.4. Podsumowanie 138

7. Zakończenie 141
7.1. Ograniczenia i mocne strony projektu 144
7.2. Perspektywy przyszłych badań 145
7.3. Rekomendacje dla wsparcia i profilaktyki 148

Bibliografia 151
Spis tabel, wykresów i rysunków 161
Aneks 165

Wstęp

Nikt z nas, w najśmielszych oczekiwaniach, nie przewidział tego, co się wydarzyło wiosną 2020 roku. COVID-19 zamknął ludzi w domach, zmusił do rezygnacji z podstawowych obowiązków i przyjemności, ograniczył na kilka miesięcy podstawowe prawa i wolności każdego człowieka. Pandemia bardzo silnie wpłynęła także na funkcjonowanie adolescentów, a przede wszystkim na ich zdrowie psychiczne (Makaruk, Włodarczyk, Szredzińska, 2020; Golberstein, Wen, Miller, 2020; Pyżalski, 2020b). Problemy młodzieży stały się szczególnie widoczne w okresie zamknięcia szkół (Bilicki, 2020). Młodzież z dnia na dzień została wyizolowana z relacji społecznych w realnym świecie, zdana na przebywanie w domu rodzinnym, na własne zasoby wypracowane przed pandemią koronawirusa. Realizacja podstawowych potrzeb i zadań rozwojowych adolescentów, zwłaszcza w obszarze kontaktów społecznych i relacji rówieśniczych, została uniemożliwiona lub znacznie ograniczona. Wymienione aspekty codzienności młodych ludzi są składowymi odczuwanej przez nich jakości życia, której poziom, warunkowany wieloma zmiennymi, w pandemii został poddany szczególnej próbie. Dynamika zmian okresu adolescencji z jednej strony wiąże się z rozwojem możliwości, z drugiej może być kryzysem samym w sobie – ze względu na specyfikę tych zmian i kontekstów (społeczny, relacyjny i środowiskowy). Biorąc pod uwagę specyfikę zmian

okresu dojrzewania, czynniki środowiskowe i społeczne związane z pandemią oraz dotychczasowe wyniki badań nad jakością życia, możemy wyróżnić główne pytanie tej książki – o jakość życia adolescentów w czasie pandemii. Poszukiwano korelatów i uwarunkowań odczuwanej przez preadolescentów, wczesnych adolescentów i adolescentów właściwych jakości życia. Szczególną uwagę zwrócono na znaczenie zasobów odpornościowych dla kształtowania jakości życia adolescentów oraz na znaczenie poczucia wsparcia społecznego dla odczuwanego dobrostanu.

Książka składa się z sześciu rozdziałów. Pierwszy z nich poświęcony jest ogólnej charakterystyce okresu dojrzewania z podziałem na podokresy, z uwzględnieniem specyfiki każdego z nich. Kolejne zagadnienie tej części dotyczy pojęcia jakości życia, definiowania go jako zmiennej psychologicznej oraz przedstawienia czynników kształtujących jakość życia, ze szczególnym uwzględnieniem zasobów podmiotowych i środowiskowych. Rozdział kończy przybliżenie wyników badań dotyczących wpływu pandemii na jakość życia adolescentów.

W rozdziale drugim przedstawiono problematykę badań, dokonano charakterystyki osób badanych, opisano narzędzia badawcze i procedury przeprowadzenia badań. Umieszczona została tu również charakterystyka analiz statystycznych wykorzystanych do obliczeń.

Rozdział trzeci rozpoczyna serię analiz uzyskanych wyników. Pierwsza z nich dotyczy odpowiedzi na pytanie badawcze o nasilenie jakości życia młodzieży w dobie pandemii. Kolejno przedstawione analizy dotyczą uzyskanych wyników w grupach preadolescentów, wczesnej oraz właściwej adolescencji. W części tej znajdują się również porównania międzygrupowe odczuwanej jakości życia przez młodzież z uwzględnieniem płci i miejsca zamieszkania. Rozdział trzeci kończy analiza różnic w odczuwanej jakości życia w trzech grupach wiekowych.

W czwartym rozdziale książki znajdują się analizy dotyczące związków między odczuwaną przez adolescentów jakością życia w poszczególnych obszarach funkcjonowania a uogólnionym poczuciem jakości życia ze zmiennymi o charakterze psychospołecznym, takimi jak: płeć, miejsce zamieszkania, prężność, dawane i doświadczane wsparcie społeczne, radzenie sobie ze stresem oraz preferowane przez młodzież formy spędzania czasu wolnego.

Rozdział piąty dotyczy analiz związanych z udziałem zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia adolescentów w czasie trwającej pandemii COVID-19. W tym punkcie zostały przedstawione modele regresji krokowej, które pozwoliły zbadać potencjalne predyktory jakości życia w trzech badanych grupach adolescentów.

W rozdziale szóstym podjęto rozważania dotyczące roli odczuwanego wsparcia społecznego dla związków zasobów podmiotowych z odczuwaną jakością życia młodzieży.

Zakończenie zawiera najważniejsze wnioski z badań nad jakością życia adolescentów w czasie pandemii COVID-19 i jej uwarunkowań. Zawiera także refleksję nad mocnymi stronami, jak i ograniczeniami projektu, a także nad perspektywami przyszłych badań. Publikacja ta byłaby niepełna, gdyby nie implikacje praktyczne i rekomendacje zarówno do działań pomocowych, jak i profilaktyki.

Ideą, która przyświecała powstaniu tej publikacji, była i jest troska o młodego człowieka, który doświadczając trudu rozwoju, nierzadko musi zmagać się z dodatkowymi przeszkodami i ograniczeniami, jak te powstałe w czasie pandemii COVID-19. Badania zaprezentowane w książce nie udałyby się, gdyby nie trud włożony przez ankietowanych w rzetelne wypełnienie kwestionariuszy oraz w refleksję nad sobą w tak trudnym okresie, jakim była pandemia. Dziękujemy wszystkim uczniom szkół podstawowych i ponadpodstawowych za pomoc w naszym projekcie badawczym.

Projekt ten nie powstałby, gdyby nie inicjatywa Pani Profesor Iwony Niewiadomskiej, kierowniczki Katedry Psychoprofilaktyki Społecznej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, która powołała do życia zespół badaczy zainspirowanych pomocą dzieciom i młodzieży. Jej nieoceniona pomoc, a także możliwość konsultacji i weryfikacji założeń przyczyniły się do ostatecznego kształtu tej publikacji. Podobne podziękowania chcemy złożyć Pani Profesor Stanisławie Steuden za możliwość konsultacji i wsparcie, jakie od niej otrzymaliśmy.

Dziękujemy całemu zespołowi projektowemu: dr Bernadecie Lelonek-Kulecie, dr. Krzysztofowi Jurkowi, dr Annie Siudem oraz dr Elżbiecie Trubiłowicz za inspirujące pomysły i wspólną pracę na etapie przygotowania badań oraz analiz.

Na koniec chcielibyśmy załączyć szczególną dedykację, która wydaje nam się ważna nie tylko z punktu widzenia podjętej tematyki, ale także z racji bycia wychowankami osoby, która ze szczególną troską myślała o jakości życia w zdrowiu i chorobie młodzieży. Książkę tę szczególnie dedykujemy śp. Profesor Marii Oleś, której monografia – wydana już ponad 10 lat temu – nadal jest aktualna, a wnioski z niej płynące znalazły odzwierciedlenie również w naszych badaniach. Oddajemy w Państwa ręce książkę *Jakość życia adolescentów w czasie pandemii COVID-19*.

Lublin, 2022

Rozdział 1

1. Jakość życia w okresie adolescencji – wybrane zagadnienia

Jednym z najważniejszych pragnień człowieka jest ogólne poczucie szczęścia. Osiągnięcie go jest uwarunkowane wieloma zmiennymi podmiotowymi i środowiskowymi. Dążenie do dobrostanu jest także celem adolescentów, u których coraz częściej staje się on wynikiem aktywności własnej (przy malejącej roli dorosłych, dominującej w jego kształtowaniu we wcześniejszych okresach rozwojowych). Podejmowanie trudu dojrzewania, zmiana celów rozwojowych, źródeł poczucia satysfakcji i dobrostanu dokonują się w świecie przemian kulturowo-cywilizacyjnych i globalizacji (Oleszkowicz i Senejko, 2013), w którym od marca 2020 roku zmieniło się bardzo wiele. Zmiana ta była nagła, niespodziewana, niezrozumiała. W takich warunkach, niedających poczucia bezpieczeństwa, przebiegał rozwój nastolatków i realizowało się ich dążenie do szczęścia.

W rozdziale pierwszym publikacji przedstawione zostanie podłoże teoretyczne prowadzonych badań i analiz. Przybliżona zostanie krótka charakterystyka okresu rozwojowego, jakim jest adolescencja, oraz jego złożoność. Następnie dokonana zostanie charakterystyka uwarunkowań jakości życia adolescentów, ze szczególnym uwzględnieniem roli zasobów podmiotowych i środowiskowych w jej kształtowaniu. Rozdział zakończy przegląd badań w zakresie jakości życia młodzieży w czasie pandemii COVID-19.

1.1. Charakterystyka okresu rozwojowego

Adolescencja (łac. *adolescere*) to okres przejściowy między dzieciństwem i dorosłością, który cechuje dynamiczna intensywność zmian. To długi i intensywny czas zmian w życiu człowieka, ujmowany najczęściej między 10/12 a 20/23 rokiem życia. Te umowne granice są wyznaczane przez specyfikę okresu biologicznego oraz przez zakończenie etapu edukacji (Trempała, 2011). Dojrzewanie ma swoją specyfikę i dynamikę na wszystkich płaszczyznach rozwoju: biologicznej, psychicznej, społecznej, tożsamości i osobowości (Obuchowska, 2006; Steinberg, 2008; Oleszkowicz i Senejko, 2013). Nastolatek przemierza zawsze długą drogę, zanim odnajdzie siebie w życiu, ponieważ dojrzewanie to czas niejednolity i niejednokrotnie podejmowano próby jego podziału na podokresy lub fazy.

Jedną z pierwszych badaczek i zwolenniczek podziałów na stadia rozwojowe jest Elizabeth Hurlock (1963), która uwzględniając płeć, dzieli okres adolescencji na: preadolescencję (od 10/11 do 12/13 r. ż.), wczesną adolescencję (od 12/13 do 16/17 r. ż.) i późną adolescencję (od 17 do 21 r. ż.). Brzezińska (2000) czy Obuchowska (2000) dzielą z kolei okres dojrzewania na dorastanie (wczesna adolescencja, 13–17 lat) i młodzieńczość (późna adolescencja, 18–22 lat). Bloss (za: Gaś, 1995) wymienia następujące okresy: preadolescencja (między 9 a 11 r. ż.), wczesna adolescencja (między 10 a 12 r. ż.), pełna adolescencja (między 17 a 20 r. ż.) oraz poadolescencja (po 20 r. ż.). Są również zwolennicy podziału na okresy wczesnej i późnej adolescencji, mimo że zakresy tych stadiów nie są sztywno określone (Oleś, 2010). Większość z tych klasyfikacji przyjmuje jednak kryterium wieku jako wiodące, a – jak już zostało wspomniane wcześniej – okres dojrzewania to także etapy edukacji.

Preadolescencja to faza wyraźnie zaznaczonego dojrzewania fizycznego, z widocznym i narastającym napięciem popędowym.

Pojawił się nawet amerykański neologizm ***tween*** jako kombinacja słów *teen* (nastolatek) i *between* (między), który powstał na określenie dziecka w wieku od 8/9 do 12/13 lat. Ten okres, między późnym dzieciństwem a dojrzewaniem, choć mniej burzliwy niż czas dorastania, również charakteryzuje się wyraźnymi zmianami w emocjach, zachowaniach i zainteresowaniach dziecka, które szykuje się do opuszczenia dzieciństwa.

Poza skokiem pokwitaniowym i dorastaniem biologicznym jest to faza w życiu człowieka, w której zmieniają się procesy poznawcze (głównie myślenie) i następuje przechodzenie od operacji konkretnych do operacji formalnych. Młodzież zaczyna operować pojęciami abstrakcyjnymi i hipotetycznymi, co staje się widoczne w opowieściach dzieci, których narracje są coraz bardziej realistyczne i coraz bardziej dojrzałe. Cechą charakterystyczną poznawczego funkcjonowania, którego proces rozpoczyna się około 11 roku życia, jest również tzw. egocentryzm młodzieńczy, czyli myślenie i wyobrażanie sobie tego, co myślą na ich temat inni (Oleś, 2010). Wiąże się to z chęcią popisywania się, zwracania na siebie uwagi przez np.: hałaśliwość w zachowaniu, ubiorze, postawie. To z kolei pokazuje, jak istotne jest dla preadolescentów budowanie autonomii, w której znaczną rolę odgrywają rówieśnicy. Młodzi ludzie zaczynają przejmować się tym, jak wyglądają, przykładać coraz większą uwagę do swojej aparycji, a to z kolei powoduje myśli krążące wokół tego, *co myślą o mnie inni?* Preadolescent będzie szukał takiej grupy, która zazwyczaj będzie mu podobna. Choć aby zostać zaakceptowanym, będzie w stanie zrobić wiele, łącznie z dostosowywaniem się do norm środowiska, do którego trafi. Grupa, którą odnajdzie, będzie szczególnie ważna, gdyż doświadczenia zdobyte wówczas z rówieśnikami będą mieć podstawowe znaczenie dla jego późniejszego funkcjonowania. Grupa rówieśnicza staje się lustrem, w którym nastolatek doświadcza siebie jako samodzielnej jednostki, poza kontekstem rodzinnym. Pojawia się proces powolnej separacji od

rodziców, a ponad relacje z dorosłymi stawiane są te z rówieśnikami. Jakość relacji z rodzicami jest w preadolescecji tym bardziej satysfakcjonująca, im większe było zaspokojenie potrzeb obu stron w okresie poprzedzającym dojrzewanie (Gołembowska, 2017). Nie zmienia to faktu, że większe znaczenie będą mieć rówieśnicy, z którymi nastolatek będzie szukał przyjaźni, koleżeństwa i zaspokajania innych potrzeb. Wiąże się to także z zadaniami tej fazy, którymi są poszukiwanie i zaangażowanie, czyli możliwość doświadczania różnych sytuacji oraz ponoszenia konsekwencji i odpowiedzialności za dokonane wybory.

Wczesna adolescencja, czyli okres między 13 a 15 rokiem życia, jest trudny, zarówno dla samego dziecka, jak i dla jego otoczenia. To czas kształtowania się tożsamości, czas buntu, ze zmiennością nastrojów i burzą uczuć. Niezrównoważenie młodzieży w wieku dorastania przejawia się w pewnej anarchii życia psychicznego, w chaosie przeżyć i działań, w szybko następujących po sobie stanach: energii i lenistwa, radości i smutku, brawury i nieśmiałości, towarzyskości i pragnienia samotności. Dorastający stają się drażliwi, niespokojni ruchowo. Dziewczęta często mają złe humory, są nadąsane i płaczliwe, a chłopcy bywają agresywni, miewają wybuchy złości. Zarówno dziewczęta, jak i chłopców cechuje zmienność motywacji. Młodzież w swym zachowaniu jest arogancka, buntownicza, może lekceważyć autorytety, jednocześnie ich poszukując. To lekceważenie autorytetów, w tym rodziców często wiąże się z tym, że dorośli nie potrafią uznać rosnącej samodzielności i niezależności młodych. W przypadku kryzysu norm (między tym, co mówią dorośli, a tym, co mówią rówieśnicy) dorastający ustalają to, co im wygodne – kiedy podporządkować się dorosłym, a kiedy młodym. Młodzież dostosowuje swoje zachowanie, lecz – jak podają Harwas-Napierała i Trempała (2010) – wartości przejmuje przede wszystkim od rodziców, a rówieśników naśladuje w sprawach mniej istotnych. Nastolatki charakteryzuje również mylenie intym-

ności z zamknięciem w sobie, zastępowanie krytyki krytykanctwem, identyfikowanie wolności z robieniem tego, na co ma się ochotę. We wczesnej adolescencji trwa wzrost rozumowania indukcyjnego i dedukcyjnego w zakresie rozwoju poznawczego oraz uczenie się przyjmowania perspektywy innych osób. Wiąże się to również ze zjawiskiem wyimaginowanej publiczności (Elkind, 1967), przed którą nastolatek z jednej strony prezentuje swoje argumenty, a z drugiej wczuwa się w to, jak ta mogłaby zareagować. Wzrasta również zdolność do empatii oraz wrażliwość na potrzeby innych, co wiąże się z coraz wyższym poziomem rozwoju społecznego. Jak już zostało wspomniane, dorastający coraz więcej czasu spędzają z rówieśnikami, tworząc zarówno małe paczki czy grupy, jak i związki przyjacielskie oparte na zaufaniu, lojalności i wsparciu. To te ostatnie przyczyniają się do wzmacniania poczucia własnej wartości i pozwalają na szukanie odpowiedzi na pytanie: *Kim jestem*? (Harwas-Napierała i Trempała, 2010). Zarówno grupa rówieśnicza, jak i związki przyjacielskie wpływają również na kształtowanie się tożsamości przez takie funkcje jak m.in. rozwijanie kompetencji społecznych. Te umiejętności (dyskutowanie, uczestniczenie we wspólnych aktywnościach) z jednej strony stają się okazją do ćwiczenia przebywania w społeczności, a z drugiej przyczyniają się do poszerzania się działalności młodzieży zarówno indywidualnej, jak i zbiorowej. Zakres tej działalności w ostatnim dziesięcioleciu poszerza się w związku z ciągłym rozwojem technologii, co wiąże się zarówno ze spędzaniem czasu na wspólnych grach, jak i z nawiązywaniem kontaktów interpersonalnych w sieci. Istotne jest również to, że główną formą aktywności młodzieży jest nadal uczenie się i funkcjonowanie w systemie szkolnym, którego konstrukcja będzie wpływać na dobór grupy rówieśniczej, zainteresowań, ale i wybory dotyczące szkoły czy przyszłego zawodu.

Adolescencja właściwa, czyli okres między 16 a 19 rokiem życia, nazywana często wiekiem młodzieńczym, to okres będący kontynu-

acją procesów rozpoczętych na poprzednich etapach. Dynamiczny rozwój uczuć krystalizuje się powoli w kierunku stabilności uczuciowej, do większej kontroli emocjonalnej – od wcześniejszego impulsywnego i nieopanowanego działania. Jest to okres coraz intensywniejszej budowy związków z innymi – zarówno rówieśnikami, jak i dorosłymi (najczęściej starszymi), od których młodzi mogą uzyskać radę czy opinię. Powoli łagodnieją konflikty z rodzicami i wzrasta tolerancja w stosunku do nauczycieli (Harwas-Napierała i Trempała, 2010). Nie zmienia to faktu, że na znaczeniu zyskują również przyjaźnie oraz związki miłosne. Pojawiają się nowe odczucia i pragnienia, gdyż dopiero teraz (na bazie dojrzewania płciowego) rozwija się potrzeba seksualna. Najczęściej na ten okres przypada pierwsza miłość, w literaturze określana jako romantyczna, której wyznacznikiem jest idealizowanie obiektu. Rzadko przekształcana jest ona w trwały związek, lecz często bywa źródłem wsparcia i wzmacniania samooceny. Dla adolescentów charakterystyczne jest osiąganie coraz większej autonomii w myśleniu, co przejawia się w twórczym rozwiązywaniu problemów, wyborze wartości oraz rozwijaniu światopoglądu. Nieustanne kształtowanie się logicznego myślenia powoduje wcześniej wspomniane łagodnienie nadmiernego krytycyzmu i nastawienie na logiczną argumentację i dyskusje. Może to również przejawiać się w doborze zainteresowań, które zaczynają być coraz bardziej złożone, uprzedmiotowione, jak i związane z wewnętrznymi mechanizmami regulacji. U młodzieży wzrastają świadomość i refleksja dotyczące ukierunkowania własnej aktywności, bardziej celowej i planowanej. Adolescenci zaczynają myśleć przyszłościowo, co może wiązać się z działalnością mającą na celu osiągnięcie sukcesu (szeroko i różnie rozumianego). Istotne jest to, że wyznaczane cele są realizowane z coraz większą konsekwencją i systematycznością, co jest kształtowaniem umiejętności do przyszłej kariery zawodowej. To właśnie w okresie adolescencji właściwej po raz pierwszy pojawiają się elementy pracy. Młodzież

jest skłonna angażować się w dorywcze prace zarobkowe, by uniezależniać się w obszarze swoich potrzeb od rodziców.

Rozwój występujący w okresie dojrzewania, obejmujący zarówno zmiany fizyczne, psychiczne, jak i społeczne, powoduje, że jest to czas przemian, w którym formowane są nowe wzorce relacji interpersonalnych oraz własna tożsamość – sprawdzana w nieznanych dotąd rolach, wyzwaniach i zadaniach do osiągnięcia. Te ostatnie ujmują okres adolescencji w ramy zadań rozwojowych, które warto przypomnieć. Jednym z autorów teorii zadań rozwojowych jest Robert J. Havinghurst (1981, za: Szczurek-Boruta, s. 49–50), który rozwój człowieka ujmuje w ramach tychże. Na okres dojrzewania przypadają następujące zadania:

1. Osiągnięcie nowych, bardziej dojrzałych więzi z rówieśnikami obojga płci – skutkuje nawiązywaniem trwałych związków interpersonalnych.
2. Ukształtowanie roli męskiej lub żeńskiej – osiągnięcie akceptowanej społecznie roli płciowej. Sukces w tym zadaniu oznacza zdefiniowanie siebie jako osoby w roli, przy zachowaniu szacunku do innych.
3. Akceptacja swojego wyglądu i skuteczne posługiwanie się swoim ciałem – uzyskanie przez dojrzewających tożsamości seksualnej. Wskaźnikami realizacji tego zadania są: akceptacja swojego ciała i wyglądu zewnętrznego, świadomość zmian zachodzących w ciele oraz jego ograniczeń.
4. Osiąganie emocjonalnej i ekonomicznej niezależności od rodziców i innych dorosłych – finał tego zadania polega na uzyskiwaniu autonomii i niezależności w stosunku do rodziców.
5. Przygotowanie się do małżeństwa i życia rodzinnego – jest to zadanie w obszarze nawiązywania związków interpersonalnych, w tym przyjaźni, związków preintymnych i intymnych.
6. Wybór i przygotowanie się do zawodu – jest to zadanie, którego celem jest układanie planów związanych z pracą zawo-

dową, a przygotowanie się do zawodu polega już na wyborze szkoły i profilu klasy. To zadanie jest również skupione wokół odkrywania zdolności i umiejętności oraz inwestowania w swój rozwój.

7. Rozwijanie ideologii, sieci wartości i systemu etycznego kierującego zachowaniem – to zadanie jest skupione wokół poszukiwania tożsamości. Osobiste ideały, wartości zaczynają się układać w spójny, hierarchiczny system. Następuje internalizacja norm, które osoba uznaje za słuszne. W tym zadaniu mieści się również rozwój poznawczy określający aktywność celową oraz dążenia do realizacji celów w przyszłości.
8. Dążenie do postępowania akceptowanego społecznie i jego rozwój – wskaźnikiem realizacji tego zadania jest sposób, w jaki adolescenci realizują wcześniej wymienione zadania (np. osiąganie emocjonalnej niezależności, przygotowywanie się do zawodu czy życia rodzinnego). Kontrola emocjonalna i hamowanie impulsów mają również wpływ na zdolność do odpowiedzialnego zachowania się.

To, czy te zadania rozwojowe uda się osiągnąć, zależy od przebiegu rozwoju fizycznego, psychicznego, społecznego oraz od indywidualnych oczekiwań jednostek. Ten splot kombinacji z pewnością może warunkować poczucie jakości życia młodzieży, które jest przedmiotem niniejszych analiz.

1.2. Czym jest jakość życia młodzieży?

Poczucie jakości życia rozpatrywane jest w kontekście różnorodnych ujęć teoretycznych. Generalnie jest to subiektywna, globalna ocena funkcjonowania i możliwości w danym środowisku oraz odniesienie człowieka do świata, innych ludzi i samego siebie (Oleś, 2016). Według Meeberga (1993) jakość życia to poczucie ogólne-

go zadowolenia z niego. Raphael i współpracownicy (1996) podkreślają aspekt zadowolenia z życia w odniesieniu do możliwości dostępnych dla jednostki. Diener, Lucas i Oishi (2002) wyróżniają subiektywną jakość życia, która wiąże się z ewaluacją własnego życia w zakresie poznawczym i emocjonalnym. Schalock (2000) wskazuje, że jakość życia jest zmienną wielowymiarową, i podkreśla, że „jest koncepcją odzwierciedlającą posiadaną kondycję życiową w stosunku do ośmiu wymiarów: dobry stan emocjonalny, stosunki interpersonalne, dobry stan materialny, rozwój osobisty, dobry stan fizyczny, autonomia, integracja społeczna i prawa jednostki" (s. 122). Według WHO (WHOQOL Group, 1995) jakość życia to „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście systemów wartości i kultury, w których żyje oraz w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań" (s. 1405). Zaproponowana definicja podkreśla zarówno subiektywny charakter jakości życia, jak i jej wielowymiarowy aspekt, obejmując takie domeny, jak:

1. Fizyczna – dotycząca doznania bólu fizycznego i dyskomfortu, poziomu energii, zmęczenia, sfer: seksualnej, snu i odpoczynku oraz funkcji sensorycznych.
2. Psychiczna – zawierająca uczucia pozytywne i negatywne, procesy umysłowe, obraz ciała, samoocenę.
3. Niezależność – w tym ruchowa, aktywność na co dzień, zdolność komunikowania się i zdolność do pracy.
4. Relacje społeczne – posiadanie bliskich relacji z innymi, wsparcie społeczne, ale też możliwość wspierania innych.
5. Środowisko – zarówno najbliższe, domowe, jak i fizyczne, pracy; bezpieczeństwo, wolność, finanse, opieka zdrowotna, informacje, możliwość rekreacji.
6. Duchowa – obejmująca przekonania religijne, osobiste poglądy.

Koncepcja WHO uwzględnia również aspekt praw dziecka do rozwoju (fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego),

akcentując podmiotowość młodego człowieka. Jest to model najczęściej stosowany w badaniach jakości życia dzieci i młodzieży.

Jak podkreśla Maria Oleś (2010), specyfika jakości życia dzieci i młodzieży jest nierozerwalnie związana z uwarunkowaniami poszczególnych stadiów rozwoju, co wiąże się zarówno z zadaniami rozwojowymi, jak i z czynnikami indywidualnymi i środowiskowymi, zewnętrznymi i wewnętrznymi, które ulegają przemianom szczególnie w przypadku adolescencji. Czynniki zewnętrzne to oczywiście status ekonomiczny, mający związek z zaspokajaniem potrzeb podstawowych (np. jedzenie, ubiór), jak i tych wyższego rzędu (udział w aktywnościach pozalekcyjnych). Czynniki wewnętrzne – psychologiczne i zdrowotne – wiążą się zarówno z nastrojem i samopoczuciem, jak i z bezpośrednim wpływem na rozwój społeczny czy zawodowy. Przekonania na własny temat, poczucie osamotnienia czy inne negatywne stany emocjonalne są również związane z szeroko rozumianą jakością życia młodzieży (De Boer i in., 2005; Cummings, 2004; Oleś, 2016). Badania Dierka i współpracowników (2006) podkreślają bezpośredni wpływ wsparcia społecznego na poziom jakości życia.

Poza wspomnianym już modelem WHO istnieje cały szereg modeli jakości życia opracowanych dla dzieci i młodzieży. Ich precyzyjne omówienie znajduje się w opracowaniu Marii Oleś (2010), lecz na potrzeby tej publikacji zostaną one tylko pokrótce przypomniane.

1. Model Jakości Życia Centrum Promocji Zdrowia w Toronto – oparty na tradycji humanistyczno-egzystencjalnej oraz koncepcji WHO. Model ten powstał w oparciu o pogłębione wywiady z osobami zarówno chorymi, jak i zdrowymi. Jakość życia jest w tej koncepcji ujmowana jako materialny dobrobyt oraz poczucie dobrostanu. Model ten określany jest w kategoriach „trzech B": Bycie (*Being*) – kim jest jednostka i w jakim stopniu jest zadowolona; Przynależenie (*Belonging*) – więzi

jednostki z otoczeniem oraz Stawanie się (*Becoming*) – aktywność celowa wokół dążeń, pragnień, marzeń i nadziei (Oleś, 2010).

2. Model Zespołu Jakości Życia z Seattle – akcentuje specyfikę dynamicznej komunikacji, co wiąże się z ideą, że ludzie nadają znaczenia swojemu życiu na bazie wspólnych interakcji, w jakie wchodzą z innymi. Przyjęto tu definicję w czterech kategoriach: *Poczucie własnego Ja* – wiara w siebie, poczucie bycia sobą, zdrowie psychiczne i fizyczne oraz sfera duchowa; *Relacje społeczne* – kontakty z innymi (rodziną i rówieśnikami), wsparcie ze strony rodziny i troszczenie się o innych, relacje z członkami rodziny, wolność i przyjaźń; *Środowisko* – to możliwości i przeszkody w społecznym i kulturowym wymiarze: zaangażowanie, aktywność, dobra edukacja, sąsiedztwo, bezpieczeństwo i perspektywy na przyszłość; *Ogólne zadowolenie z życia* – odpowiedź na pytanie, jak dobre jest życie w ocenie dziecka, składa się nań radość z życia, poczucie jego sensowności i zadowolenie.
3. Lindstroma Model Jakości Życia dla Dzieci – w modelu tym jakość życia jest określana jako „całość egzystencji jednostki, grupy lub społeczności mierzona obiektywnie, jak i spostrzegana subiektywnie przez jednostkę, grupę lub społeczność" (Lindsrom, 1984, s. 529, za: Oleś, 2016, s. 120). Wyróżnia się tu cztery obiektywne i subiektywne wymiary: *Sfera ogólna* – odnosi się do makro środowiska społecznego, w tym do aspektów kultury, praw człowieka czy polityki społecznej; *Sfera zewnętrzna* – takie zmienne, jak: praca, wykształcenie i zawód rodziców oraz ich zadowolenie z życia, sytuacja ekonomiczna rodziny, warunki mieszkaniowe; *Sfera interpersonalna* – rodzina, związki z bliskimi, wsparcie społeczne (relacje z rówieśnikami i rodziną), zadowolenie ze społecznego wsparcia, zadowolenie z kontaktów; *Sfera osobowa* – zmienne pod-

miotowe, tj. zasoby fizyczne, umysłowe i duchowe jednostki, czyli sprawność fizyczna, samoocena, koncepcja siebie, podstawowy nastrój.

4. Model jakości życia zależnej od zdrowia dla dzieci J. Varniego – jakość życia wg tej koncepcji to „spostrzeganie przez pacjenta wpływu choroby i jej leczenia na funkcjonowanie w różnych obszarach – fizycznym, umysłowym i społecznym". Model ten oparty jest na definicji zdrowia WHO, a jakość życia w tym ujęciu ma charakter wielowymiarowy, składający się z obszarów fizycznego, emocjonalnego i społecznego. Szczególnie godne podkreślenia w tym ujęciu jest to, że obok wymiaru fizycznego, emocjonalnego i społecznego występuje typowy wymiar dla dzieci, tj. wymiar szkolny. Jest on szczególnie ważnym kryterium związanym z tym okresem życia (rola ucznia).
5. Europejski Model Jakości Życia zależnej od zdrowia KIDSRCEEN – KIDSCREEN to akronim europejskiego projektu badawczego Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective zrealizowanego w latach 2001––2004 w kilkunastu krajach, w tym również w Polsce (The KIDSCREEN Group, 2006). W ramach tego projektu celem było opracowanie modelu oraz narzędzi pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem dla dzieci i młodzieży w wieku 8–18 lat. Z polskiej strony zajmował się tym Instytut Matki i Dziecka (Mazur i wsp., 2008). Model jakości życia zależnej od zdrowia KIDSCREEN to przykład wielowymiarowego podejścia do oceny jakości życia dzieci i młodzieży. Wyłoniono w nim dziesięć wskaźników: 1. Dobrostan fizyczny – poziom aktywności fizycznej związanej z wysiłkiem, jej ograniczenia oraz ogólny stan zdrowia; 2. Dobrostan psychiczny – pozytywne i negatywne uczucia; 3. Nastroje i emocje – ogólny nastrój; 4. Percepcja siebie – traktowana jako samoocena i obraz własnego ciała

oraz zadowolenie ze swego wyglądu; 5. Autonomia – możliwości podejmowania decyzji, niezależność; 6. Rodzina i życie w domu – relacje z rodzicami, atmosfera domu, poczucie bycia kochanym i poczucie bezpieczeństwa ze wsparciem ze strony rodziców; 7. Zasoby finansowe; 8. Wsparcie społeczne i rówieśnicy (jako relacje z rówieśnikami); 9. Środowisko szkolne – spostrzeganie własnych zdolności, uczucia względem szkoły, relacje z nauczycielami; 10. Akceptacja społeczna vs dręczenie przez rówieśników – głównie aspekt jakości relacji, w tym poczucie akceptacji lub odrzucenia.

Tak rozumiana jakość życia ma charakter wielowymiarowy i uwzględnia subiektywne odczuwanie zdrowia i dobrostanu.

Dzięki takiemu podejściu ostatni model obejmuje ważne aspekty życia młodzieży, wpisując się również w specyficzne zadania rozwojowe, które przed nimi stoją.

Warto również wspomnieć pojawiające się w literaturze stanowisko Zekovic i Renwick (2003), które twierdzą, że jakość życia jest tym wyższa, im bardziej spójne jest powiązanie trzech elementów: dziecka, rodzica i szeroko rozumianego otoczenia. Poszerzanie koncepcji jakości życia o czynniki pozasubiektywne, czyli rodzinne i środowiskowe, ujmuje ją relacyjnie, co – jak podkreślają polscy badacze (Szymańska, 2020; Niewiadomska, Chwaszcz, 2010) – pokazuje, jak istotny jest kontekst relacji i więzi, w których dziecko dojrzewa, wraz z jego otoczeniem, zarówno rodzinnym, jak i społecznym. Tym uwarunkowaniom jakości życia zostanie poświęcony kolejny paragraf.

1.3. Uwarunkowania jakości życia

Jak już wspomniano, zainteresowanie badaniami nad jakością życia jest bardzo szerokie – od dzieci, młodzieży, dorosłych, zdrowych,

sprawnych, aż do chorujących czy niepełnosprawnych (Burzyńska i in., 2017; Dębska, 2006; Lubrańska i Wochna, 2017; Oleś, 2010; Pawłowska-Cyprysiak i in., 2013; Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2015). Pojęcie „jakości życia" weszło do dyskursu naukowego, co sprzyja poszukiwaniom dotyczącym odpowiedzi na pytanie, od czego zależy jakość życia. Biorąc pod uwagę przytoczone definicje i ujmując jakość życia podmiotowo, można przyjąć, że to, co będzie sprzyjało zmianie jakości życia, to poprawa choćby warunków środowiskowych czy społecznych, w których człowiek może realizować i zaspokajać swoje potrzeby związane z jego aktualnym poziomem rozwoju (Kowalik, 2003). Przyjmując za Kulczyckim (1991), który połączył jakość życia ze zdolnością rozwiązywania problemów, można przyjąć, że jednostka osiąga wyższy poziom jakości życia wraz z rozwojem tej zdolności. Autor stwierdza, że jednostka właśnie przez rozwiązywanie problemów ze zdrowiem (zarówno fizycznym, jak i psychicznym), stawianie i realizację celów czy generalne poszukiwanie sensu życia ma szansę na wyższą jakość życia. Podobne stanowisko, jeśli chodzi o uwarunkowania, przyjmuje Straś-Romanowska (2005), która kwestię jakości życia definiuje w obszarze egzystencjalnej psychologii osoby. Według niej to realizowanie wartości oraz możliwości zaspokajania potrzeb stają się warunkiem odczuwania wyższej jakości życia. Autorka jako czynnik warunkujący wymienia m.in. wsparcie społeczne, które stanowi kanwę dla dobrostanu, obecnego we wszystkich sferach rozwoju: społecznej, podmiotowej oraz metafizycznej (Dębska, Komorowska, 2007). Kolejnym wskaźnikiem, szczególnie ważnym dla poczucia jakości życia, jest wymiar związany z autonomią i niezależnością jednostki, które wiążą się z poczuciem satysfakcji z życia, a to z kolei z zaspokojeniem podstawowych potrzeb i realizacją wartości, takich jak: dobro, piękno czy miłość. Według Straś-Romanowskiej (2005) osoba, która współtworzy swoją egzystencję, jednocześnie poprawia i współtworzy jakość życia. Dębska (2006) i Kowalik (2003) nie pozwalają zapomnieć o tym, że

na poczucie jakości życia zdecydowanie wpływa stan fizyczny człowieka, jego poziom sprawności czy aktywności, ogólnego poziomu funkcjonowania psychospołecznego. Stan zdrowia bowiem pozwala na większą samoakceptację, wyższą samoocenę i pozytywny obraz siebie, co niewątpliwie przyczynia się do wyższego poziomu jakości życia.

Badając próbę młodzieży, warto wziąć pod uwagę specyfikę tego okresu rozwojowego, który nierozerwalnie wiąże się z powyższymi uwarunkowaniami, a wśród nich największego znaczenia nabiera wiek. Wraz z wiekiem zmieniają się istotnie czynniki warunkujące poczucie jakości życia. W zależności od poziomu rozwoju dziecka, a tym samym od innych potrzeb – małego dziecka i nastolatka – będziemy mówić o innych uwarunkowaniach (Oleś, 2016). Te zaś w głównej mierze są związane z czynnikami zewnętrznymi (tj. statusem socjoekonomicznym rodziny, który pozwala m.in. na zaspokajanie potrzeb – zarówno podstawowych, jak i wyższego rzędu), wewnętrznymi (tj. cechami osobowości) czy środowiskowymi (tj. możliwościami edukacyjnymi czy zawodowymi).

Warto zwrócić uwagę, że pytania o jakość życia dzieci i młodzieży, zwłaszcza w młodszych latach życia, to w zasadzie pytania o jakość działań dorosłych, którzy są w stanie (lub nie) zaspokajać potrzeby dziecka. Według Bańki (2005) jakość życia dzieci jest zależna głównie od stopnia zaspokojenia podstawowych potrzeb, w tym przede wszystkim potrzeby poczucia bezpieczeństwa i zabawy, lecz już we wczesnym dzieciństwie istotniejszą rolę odgrywa jakość więzi z rodzicami i osobami znaczącymi. W literaturze uwzględnia się również m.in. klimat życia rodzinnego, jakość więzi w rodzinie, umiejętność współpracy i wzajemny szacunek poszczególnych członków, tolerancję dla inności, postawy opiekunów wobec dziecka, ambicje i oczekiwania rodziców wobec dziecka, własne doświadczenia rodziców i ich znaczenie dla procesu wychowania. Pozarodzinne czynniki warunkujące jakość życia to głównie model

działalności instytucji, a w szczególności szkoły, oraz jakość kontaktów społecznych w środowisku.

Co istotne, doświadczenia wczesnego dzieciństwa będą warunkować jakość życia osób dorastających, na których wpływ będą mieć przede wszystkim takie zmienne jak: samoocena, negatywne emocje (m.in. lęk czy smutek), samotność. Jeśli do tego dołoży się niewystarczający kapitał wsparcia społecznego i trudności w realizacji zadań rozwojowych (przynależność do grupy), można przypuszczać, że jakość życia będzie spadać u tych nastolatków. Podobnie, pamiętając o jednym z głównych zadań rozwojowych, jakim jest niezależność, czynnikiem warunkującym jakość życia będzie radzenie sobie w relacjach z rodzicami, ale również z innymi osobami dorosłymi.

Podsumowując, o uwarunkowaniach jakości życia adolescentów nie można mówić, abstrahując od etapu rozwojowego i zadań z nim związanych, m.in. rozwoju tożsamości (Berzonsky, 2003). Podobnie rozważania te byłyby niepełne, gdyby w dobie pandemii pominąć model jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

1.3.1. Jakość życia warunkowana stanem zdrowia

Pandemia z pewnością wpłynęła na rozwój i życie współczesnej młodzieży. Wydaje się truizmem fakt, że wpływ jakiejkolwiek choroby na poczucie jakości życia jest znaczny. Istotne w tym wypadku jest jednak to, by podkreślić, że nie tylko nastolatki, które zachorowały na COVID-19, odczuły, odczuwają i będą odczuwały skutki pandemii. Otóż młodzież nagle została wyizolowana, zmuszona do pozostania w domu, odcięta od relacji rówieśniczych *face to face*, od podstawowego funkcjonowania, jakim jest w tym wieku funkcjonowanie szkolne w środowisku rówieśniczym. Długotrwałe uczestniczenie w sytuacji zagrożenia u wielu z nich mogło zachwiać

poczuciem bezpieczeństwa, pomimo stałej opieki rodziców (Daszykowska-Tobiasz, 2021). Badania wskazują, iż poczucie bezpieczeństwa młodzieży nie w każdej rodzinie było odpowiednio zaspokojone. Związane jest to ze skutkami pandemii, gdyż w wielu rodzinach z powodów ekonomicznych, izolacji czy napiętrzonych kryzysów sprzed COVID-19 dochodziło do kłótni. Zainteresowanie rodziców sprawami dziecka, zaspokajanie jego innych potrzeb, spędzanie czasu wolnego, to wszystko czynniki, które z pewnością przyczyniają się do poziomu jakości życia. W sytuacji izolacji, „skazania" na życie domowe, młodzież nie miała możliwości zmiany otoczenia, kontaktu z rówieśnikami, a uwarunkowania pozadomowe odgrywają w okresie adolescencji szczególną rolę. Sytuacja ta może powodować trudności w relacjach interpersonalnych, wzmacniać przesiadywanie przed ekranami komputerów, co sprzyja uzależnieniom oraz wzmacnia brak aktywności fizycznej, a ograniczenie przestrzeni młodzieży często tylko do powierzchni domu negatywnie rzutuje na relacje społeczne. Problemem w pandemii stała się również nauka, która przybrała formę zdalną, co powodowało brak możliwości kontaktu bezpośredniego z innym dorosłym niż rodzic. Młodzież w dobie pandemii COVID-19 stanęła przed szeregiem wyzwań, takich jak: utrata bezpiecznej rutyny, izolacja, życie domowe, zmiany nawyków, organizowanie czasu wolnego w sposób inny niż dotychczas czy zaspokajanie potrzeby kontaktów społecznych. Wymienione czynniki są tymi, które obrazują ujmowanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

Zdrowie to ten aspekt jakości życia, który często zajmuje najwyższy poziom w hierarchii indywidualnych wartości i potrzeb. Zdrowie ujmowane jest jako dynamiczne, wielowymiarowe doświadczenie. Optymalne czy pełne zdrowie (*wellness*) dotyczy aspektu fizycznego, intelektualnego, emocjonalnego, duchowego, społecznego i środowiskowego, ale także zdolności do pełnego i aktywnego funkcjonowania. Definicja zdrowia Philipa Zimbardo (1999) odda-

je ideę jakości życia zależnej od zdrowia (*health related quality of life, HRQL*). Samo pojęcie „jakości życia zależnej od zdrowia" jako pierwszy na grunt nauk medycznych wprowadził Schipper (1990), definiując je jako funkcjonalny efekt choroby w poczuciu subiektywnym i obiektywnym pacjenta. Według Woynarowskiej (2010) jakość życia zależna od zdrowia to zadowolenie jednostki z funkcjonowania w obszarze fizycznym, psychicznym oraz emocjonalnym w relacjach rodzinnych i społecznych. Jest to także oddziaływanie stanu zdrowia na zdolności prowadzenia życia zdolnego do wypełniania zadań rozwojowych. Powyższe definicje wpisują się w holistyczny model funkcjonowania człowieka, który odzwierciedla jakość życia zależną od zdrowia bez względu na wiek i płeć (Duda, 2016). Jak już zostało wcześniej wspomniane, w przypadku dzieci i młodzieży istotą badania jakości życia jest uwzględnienie specyfiki rozwojowej, gdyż ta modyfikuje odczuwaną jakość życia. Najpełniej tę problematykę obrazuje model KIDSCREEN. Ravens-Sieberer i współpracownicy (2001) w tym modelu definiują jakość życia jako złożony konstrukt opisujący wielopłaszczyznowe funkcjonowanie człowieka z jego punktu widzenia. Poza wielowymiarowością autorzy podkreślają tę subiektywną ocenę dobrostanu. KIDSCREEN jest modelem, który ujmuje problemy dzieci i młodzieży zarówno w aspekcie zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i w aspekcie relacji społecznych (Mazur i in., 2008; Ravens-Sieberer i in., 2005). To wielowymiarowe podejście pozwala na ocenę jakości życia w kilku istotnych obszarach, takich jak: obszar fizyczny – zdolność do aktywności związanej z wysiłkiem oraz jej ograniczenia wraz z postawą wobec własnego zdrowia; obszar psychologiczny – jako przeżywanie uczuć pozytywnych i negatywnych wraz z samooceną i obrazem ciała, poznawczym funkcjonowaniem i zachowaniem; obszar społeczny – jako funkcjonowanie w relacjach rówieśniczych i w szkole oraz relacje z rodzicami (por. Oleś, 2010). Jest to model, w którym najpełniej odzwierciedlenie znajduje stan

zdrowia osoby, gdzie rozumienie choroby i środowiska życia pacjenta są czynnikami kształtującymi poczucie jakości życia (Houben-von Herten i in., 2015). Jimenez-Iglesias i współpracownicy (2015) do czynników warunkujacych odczuwaną jakość życia zaliczają także jakość relacji rodzinnych i stosunków panujących w domu szczególnie ważnych dla młodzieży. Czynniki podmiotowe warunkujace jakość zycia to te, które dotyczą osoby: samopoczucie fizyczne i psychiczne, nastrój i emocje, obraz siebie oraz niezależność. Czynniki relacyjne dotyczą natomiast ogólnie pojmowanych relacji społecznych: z rodzicami, z rówieśnikami oraz w środowisku szkolnym, ale także ogólnie rozumianej akceptacji społecznej. W modelu KIDSCREEN szczególną uwagę warto zwrócić na aspekt funkcjonowania szkolnego, które zajmuje kluczową rolę w takim momencie rozwojowym, jakim jest adolescencja. Otrzymywane wsparcie od nauczycieli i rówieśników, otoczenie szkolne z pozytywnym klimatem, które pozwala na rozwój poczucia przynależności i bezpieczeństwa, mają związek ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem młodych ludzi (Duda, 2016).

1.3.2. Zasoby podmiotowe kształtujące jakość życia

Przez zasoby podmiotowe rozumie się cechy oraz kompetencje i umiejętności, których posiadanie ułatwia, czy nawet umożliwia adolescentom realizację celów rozwojowych. Według S. Hobfolla (2011) człowiek od samego początku gromadzi zasoby, które są mu niezbędne do przeżycia lub pozwalają na zdobycie zasobów niezbędnych do przeżycia. Według innych autorów zasoby nie stanowią wartości samej w sobie, ale służą do realizacji celów życiowych (Halbesleben i in., 2014; Tal-Saban i Zaguri-Vittenberg, 2022).

Osoby w ciągu całego życia dążą do pozyskania i ochrony swoich zasobów. Według Hobfolla stanowi to ich główną motywację

życiową (Hobfoll, 2014). Człowiek podejmuje takie działania, które pozwalają mu pozyskać, utrzymywać i rozwijać zasoby (Hobfoll, 2006). Im większą liczbą zasobów dana jednostka dysponuje, tym lepiej radzi sobie z trudnymi wydarzeniami i jednocześnie częściej osiąga pozytywny wzrost (Kaczmarska i Curyło-Sikora, 2016). Pozyskiwanie zasobów nie jest jednak takie proste. Uruchomienie procesu pozyskiwania wiąże się z ryzykiem straty zasobów, które już człowiek posiada. Dlatego osoby, które mają dużo zasobów, są bardziej skłonne do pozyskiwania kolejnych. Z kolei osoby o niewielkiej liczbie posiadanych zasobów są znacznie ostrożniejsze w podejmowaniu ryzyka inwestowania ich w celu pozyskania kolejnych, koncentrują się one częściej na ochronie tych zasobów, które już posiadają. Możemy wyobrazić sobie np. ucznia, który chce poprawić ocenę semestralną z 5 na 6. Ma on, zakładamy, sporo zasobów, a świadczy o tym ocena bardzo dobra. Uczeń ten podejmuje wyzwanie polegające na napisaniu sprawdzianu na ocenę celującą. Ryzykuje on, że może napisać sprawdzian na ocenę niższą niż piątkę i wówczas jego gwarantowana na ten czas ocena bardzo dobra może zostać obniżona. Jeśli natomiast napisze sprawdzian na ocenę celującą, zyska wyższą ocenę. Co więcej, oprócz wyższej oceny uczeń ten zyska wzrost wiedzy, poczucia sprawczości oraz poczucie satysfakcji. Zasoby zwykle są ze sobą powiązane. Hobfoll pisze o tzw. karawanach zasobów – pozyskanie jednego z zasobów należących do karawany powoduje, że niejako automatycznie pozyskuje się inne (Hobfoll, 2014). Z kolei uczeń, który posiada niewiele zasobów i zaliczył przedmiot na najniższą ocenę, zwykle nie podejmuje ryzyka poprawy. Obawia się on, aby jego ocena się nie obniżyła.

Zasoby podmiotowe kształtowane są jako wewnętrzne struktury na bazie posiadanych predyspozycji w interakcji ze środowiskiem. Nie są one zatem niezależne od zasobów zewnętrznych – środowiskowych. Trudno byłoby bowiem, aby dziecko nabyło konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, jeśli na przykład nie wystę-

pują one w jego środowisku. Tak więc kształtowanie się zasobów wewnętrznych o charakterze podmiotowym jest w dużej mierze zależne od obecności zasobów środowiskowych. Zasoby zewnętrzne są jednak ograniczone w ilości, czasie i dostępności. Niektóre można pozyskać tylko na pewien czas (np. relacje z pradziadkami), inne są zarezerwowane dla określonej liczby osób (np. kursy z limitem miejsc lub atrakcje ograniczone wiekowo). Niezmiernie ważną kwestią jest także pozyskiwanie zasobów zgodnie z określonym kluczem. Oznacza to, że pojedyncze zasoby w perspektywie mają tworzyć pewną całość, zgodnie z celem działania. Można porównać realizację celu do układanki, gdzie pojedyncze zasoby to puzzle, i jeśli dobiera się je właściwie, tworzą obrazek. Z kolei jeśli dziecko zagarnia do siebie dużo pojedynczych puzzli, nie dobierając ich według podobieństwa, nie jest w stanie ułożyć obrazka, czyli zrealizować celu. Możemy wyobrazić sobie na przykład ucznia, który zgłosił się na konkurs matematyczny, ale nie podejmuje celowego przygotowania się do niego. Angażuje się natomiast w przypadkowe aktywności, które spotyka na swojej drodze (np. uczęszcza na kółko biologiczne, ponieważ chodzą tam jego koledzy, podejmuje naukę gry na gitarze, bo dostał ciekawą ofertę, albo wiele godzin dziennie gra na konsoli). Istnieje małe prawdopodobieństwo, że uczeń ten, pomimo tego że zdobywa dużą ilość zasobów (m.in. rozwija wiedzę biologiczną, umiejętność gry na gitarze, poczucie satysfakcji z powodu odnoszonych sukcesów w grze na konsoli) zrealizuje z sukcesem postawiony sobie cel – wygranie konkursu matematycznego. Hobfoll podkreśla, że pozyskiwanie zasobów wiąże się z lepszym funkcjonowaniem i lepszym samopoczuciem. Wracając do naszego przykładu, uczeń, który zdobył wiele różnych umiejętności, zgodnie z koncepcją zachowania zasobów najprawdopodobniej będzie funkcjonował dobrze, będzie odczuwał satysfakcję. Jednak realizacja działań celowych wymaga dodatkowo adekwatnego/trafnego pozyskiwania zasobów.

Adolescencja, biorąc pod uwagę cele rozwojowe, jest czasem pozyskiwania zasobów budujących kapitał psychologiczny młodego człowieka. Kapitał ten pełni istotną rolę w kształtowaniu mechanizmów odpornościowych (*resilience*), odpowiedzialnych za pozytywną adaptację, pomimo występowania niekorzystnych zjawisk rozwojowych (Barasa i in., 2018; Bell i in., 2015; Boczkowska, 2019; Borucka i Ostaszewski, 2012; Ryś i Trzęsowska-Greszta, 2018; Wawryk i Gwozda, 2013). Resilience jest definiowane w kategorii indywidualnych cech, kompetencji czy umiejętności jednostki, które zapewniają jej powrót do zdrowia psychicznego i pozytywnej adaptacji po doświadczeniu sytuacji trudnej o dużym nasileniu stresu (Boczkowska, 2019). W ujmowaniu resilience jako kompetencji jednostki można przyjąć, że jest to zespół umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu. W szerszym ujęciu resilience jest definiowane jako proces przystosowywania się jednostki (rodziny, społeczności) i pozytywnego funkcjonowania pomimo ekspozycji na trudne, a nawet traumatyczne przeżycia. W tym ujęciu resilience jest ujmowane jako złożony proces lub mechanizm ochronny. Modyfikuje ona reakcję jednostki na duży stres lub niekorzystne warunki życiowe, prowadząc do pozytywnej adaptacji i prawidłowego rozwoju. Przez niektórych badaczy resilience jest określane jako proces osiągania kolejnych norm rozwojowych, adekwatnych do wieku jednostki. Jednostka, dzięki wewnętrznym i zewnętrznym zasobom, pozytywnie przystosowuje się, pomimo doświadczania negatywnych zdarzeń i przeciwności losu (Rutter, 1987). Podsumowując rozważania na temat resilience, należy przyjąć, że określenie to wymaga spełnienia trzech warunków: ekspozycji na stres, ryzyka zakłóceń czy nawet zaburzeń rozwojowych, działania czynników chroniących oraz wyniku, którym jest pozytywna adaptacja (Ostaszewski, 2014). O fenomenie resilience mówić zatem można w kontekście przystosowania się dzieci i młodzieży w czasie pandemii COVID-19. Istotnymi czynnikami chroniącymi

według literatury, potencjalnie biorącymi udział w procesie resilience, są zasoby indywidualne oraz środowiskowe. Według Ostaszewskiego (2003) negatywny wpływ środowiska można neutralizować przez wzmacnianie sił emocjonalnych dziecka takich jak: empatia, poczucie humoru, porozumiewanie się, zdolności planowania, krytycznego i twórczego myślenia, poszukiwania pomocy oraz środowiskowych czynników chroniących. Basińska (2009) do zasobów osobistych zalicza: inteligencję emocjonalną, poczucie koherencji, radość życia, nadzieję, prężność. Inni badacze do znaczących zasobów podmiotowych zaliczają cechy osobowości takie jak: ekstrawersja, stabilność emocjonalna, sumienność, ugodowość, poczucie własnej wartości, poczucie skuteczności (Oleś, 2010; Chwaszcz i in., 2015), koherencja (Antonovski, Schäfer i in., 2020), koherencja i nadzieja (Tal-Saban i Zaguri-Vittenberg, 2022), prężność, poczucie wsparcia społecznego, umiejętność dawania wsparcia związane z tworzeniem relacji i związków intymnych (Konaszewski i Kwadrans, 2017; Werner, 2005), podejmowanie decyzji, planowanie, umiejętności samokontroli impulsywnych zachowań i emocji (Masten, 2004; Sapienza i Masten, 2011), samoocena, optymizm i autonomia (Gaspar i in., 2009), aktywne radzenie sobie ze stresem (Dąbkowska i in., 2021), posiadanie konstruktywnych zainteresowań (Ogińska-Bulik, 2010) oraz wysokie kompetencje, rozumiane jako zdolność osoby do skutecznego reagowania na wymagania i wyzwania życia codziennego (Verger i in., 2021). Block i Kremen (1996) posługują się określeniem „ego-resiliency" (prężność ego), definiując je jako adaptacyjną elastyczność wynikającą z indywidualnej zdolności kontrolowania swoich emocji i zachowań w różnych sytuacjach. Prężność ego to zespół pewnych właściwości osobowościowych, umiejętności, kompetencji, które umożliwiają radzenie sobie w trudnych sytuacjach (Heszen i Sęk, 2007). Uważają oni także, że ego-resiliency jako indywidualna cecha może występować pomimo braku ekspozycji na negatywne zdarzenia życiowe.

Niektórzy badacze sprzeciwiają się temu ujęciu, podkreślając, że rozważania w kontekście resilience jednoznacznie wskazują na zaistnienie trudnych/traumatycznych przeżyć w życiu jednostki i uważają je za nieodłączny element procesu resilience w przeszłości lub teraźniejszości (Boczkowska, 2019). Ogińska-Bulik i Juczyński (2011) wprowadzili określenie „prężność", rozumiane jako odporność, sprężystość, elastyczność. Cecha ta, względnie stała, podlega jednak rozwojowi, kształtuje się i ma złożony charakter. Prężność obejmuje: optymistyczne nastawienie, energię, wytrwałość, determinację w działaniu, poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia, kompetencje osobiste i tolerancję negatywnego afektu. Kształtowana jest przez zdobywanie nowych doświadczeń oraz skuteczne radzenie sobie z trudnościami, czemu towarzyszą pozytywne emocje. Znaczące w tym procesie jest proaktywne radzenie polegające z jednej strony na poszukiwaniu wyzwań, z drugiej na gromadzeniu zasobów. Czynnikami sprzyjającymi budowaniu prężności są: kierowanie się wewnętrznymi zasadami, kształtowanie niezależności, kreatywności, chęć uczenia się, umiejętność dostrzegania i korzystania ze wsparcia. Prężność zwana jest „metazasobem" – kluczem do zdrowia (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2011).

Wielu autorów zalicza do zasobów podmiotowych kształtujących kapitał odpornościowy człowieka umiejętność radzenia sobie ze stresem, która wyraża sposoby zachowania człowieka w odpowiedzi na stres psychologiczny. Radzenie sobie ze stresem może przybierać funkcję zachowań adaptacyjnych i rozwojowych bądź zachowań ryzykownych, związanych z rozwojem nieprzystosowania. W teorii transakcyjnej stres występuje wówczas, kiedy wymagania środowiska zewnętrznego i wewnętrznego przekraczają posiadane przez jednostkę zasoby. Rozmiar stresu wynika z oceny sytuacji i własnych zasobów do poradzenia sobie z nią, a efektem jest zastosowanie określonej strategii zaradczej (Lazarus i Folkman, 1984). Ogólnie strategie radzenia sobie ze stresem można podzielić na: emocjonalne (kontakt

z emocjami, wyrażanie emocji, regulacja emocji), poznawcze (skoncentrowane na rozwiązaniu zadania) oraz ucieczkowe (polegające na zaprzeczaniu trudnościom, bierności lub ucieczce w zachowania zastępcze). Inny podział wskazuje na strategie aktywne (zarówno pozytywne, jak i ucieczkowe) oraz bierne (Lelonek-Kuleta i Bartczuk, 2021). Hobfoll podkreśla, że stres i jego rozmiar związany jest z zarządzaniem zasobami. Utrata zasobów, a nawet prawdopodobieństwo ich utraty wywołuje stres (Hobfoll, 2012). Istotne w radzeniu sobie ze stresem są trzy wymiary: aktywność–bierność, prospołeczność–antyspołeczność, jawność–skrytość intencji (tzw. działania nie wprost, manipulacyjne) (Hobfoll, 2006). Przystosowawcze radzenie sobie ze stresem cechuje aktywność, prospołeczność i jawność. Na trójwymiarowej matrycy radzenia sobie ze stresem umieścić można różnorodne strategie. Autor teorii oceny zachowania zasobów wymienia ich dziewięć. Zwraca on uwagę, że ocena skuteczności poszczególnych strategii zaradczych dokonywana powinna być w szerszym kontekście danej kultury. Także rodzaj sytuacji trudnej determinuje sposób radzenia sobie z nią.

Badania portugalskie, prowadzone przez Gaspara i współpracowników na próbie 3195 dzieci i młodzieży, wykazały, że zmienne psychospołeczne, takie jak: płeć, wiek, status społeczno-ekonomiczny, mają duży wpływ na odczuwaną przez badanych jakość życia. Chłopcy, młodsze dzieci i osoby z wyższą samooceną spostrzegały swoją jakość życia bardziej pozytywnie. Między dziewczętami i chłopcami nie zaobserwowano różnic jedynie w obszarze zadowolenia z funkcjonowania szkolnego i rówieśniczego. Dzieci młodsze (10–11 lat) oceniały swoją jakość życia wyżej niż starsze (powyżej 12 r. ż.). Osoby z wyższą samooceną lepiej oceniały odczuwaną jakość życia we wszystkich domenach poza autonomią. Samoocena dzieci i młodzieży oraz ich rodziców okazała się istotnym czynnikiem ochronnym dla odczuwanego dobrostanu (Gaspar i in., 2009). Znaczenie osobowości w radzeniu sobie ze stresem

i odczuwanym dobrostanem podkreśla Kobasa (1979). Wymienia on taką właściwość osobniczą jak zadowolenie z funkcjonowania w danym otoczeniu. Cecha ta wiąże się z osobowościową odpornością na stres. Jednostka postrzega wówczas sytuacje trudne jako znaczące, stanowiące wyzwanie dla rozwoju osobistego. Podobne ujęcie prezentuje Antonovsky (1979). Poczucie koherencji obejmujące zrozumiałość otaczającego świata, poczucie zaradności i sensowności własnych działań zapewniają optymalne zarządzanie stresem, wiążą się z wyższą odpornością na stres i choroby oraz odczuwanym dobrostanem. Badania prowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie wykazały, że młodzież bardziej aktywna częściej wybiera strategię aktywnego radzenia sobie ze stresem, traktując sytuację trudną jako problem do rozwiązania (Jodłowska i in., 2010).

Radzenie sobie ze stresem ujmowane przez wielu jako składowa resilience zależy od posiadanych i pozyskiwanych zasobów podmiotowych, ale i środowiskowych. Cohena i Willsa (1985) sugerują, że niezmiernie ważną metodą radzenia sobie w sytuacji trudnej jest korzystanie ze wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne według tych badaczy jest znaczące dla pozytywnej interpretacji sytuacji stresowej oraz promuje pozytywne strategie zaradcze. Zagadnienie wsparcia społecznego rozpatrywać należy w zbiorze wspólnym czynników podmiotowych i środowiskowych. Własnością podmiotową jest poczucie wsparcia, ale jego źródła są poza jednostką i należą do zasobów środowiskowych.

1.3.3. Znaczenie zasobów środowiskowych dla odczuwanej jakości życia

Zasoby środowiskowe obejmują zarówno inne osoby, ich cechy, kompetencje, umiejętności, jak i zorganizowane systemy, takie jak:

edukacja, kultura, pomoc medyczna, polityka społeczna, płacowa itd. Jak już wspomniano we wcześniejszym podrozdziale, obecność zasobów w środowisku jest niezbędna do tego, aby młody człowiek budował swój kapitał wewnętrzny. Między zasobami wewnętrznymi i zewnętrznymi odbywa się ciągła wymiana. Zasoby wewnętrzne wpływają na środowisko, kształtują je (np. zasoby wiedzy nauczycieli kształtują postawy uczniów). Z kolei obecne w środowisku zasoby stanowią przestrzeń do pozyskiwania ich przez jednostki i całe grupy społeczne. Zarządzanie zasobami, opierające się na pozyskiwaniu i utracie, jest procesem podobnym do biologicznej wymiany materii i energii. Pozytywny bilans zasobów, polegający na tym, że zyski przewyższają straty, powoduje rozwój jednostki i całych społeczeństw. S. Hobfoll do zasobów zewnętrznych zalicza zasoby stanu oraz zasoby materialne. Zasoby stanu można ogólnie określić jako inni ludzie, na których potencjalnie można liczyć, ich wiedza, wsparcie, zasobność oraz systemy określające pozycję jednostki, jak: rodzina, stanowisko pracy czy pozycja społeczna. Zasoby materialne obejmują rzeczy codziennego użytku, dom/mieszkanie, ubrania itp. Częściowo do zasobów zewnętrznych można zaliczyć także część zasobów energii. Hobfoll umieszcza w zasobach energii zarówno zdrowie, siły witalne, które są właściwością jednostki, jak i pieniądze. Wspólną cechą elementów tej kategorii jest możliwość wymiany. Zarówno siły witalne, jak i pieniądze można wymienić na inne dobra, przez podjęcie pracy, wysiłku czy zapłacenie za inne zasoby. Pieniądze są zasobami zewnętrznymi, które według Hobfolla nie mają wartości same w sobie. Uzyskują one wartość przez wymianę na inne zasoby. Za pieniądze można kupić np. wczasy i zregenerować zasoby fizyczne i psychiczne, zakupić kurs językowy i podnieść kompetencje, ale także kupić ubrania, książki czy jedzenie. Wymiana zasobów energii jest bezpośrednio związana z realizacją celów jednostki. Nie bez znaczenia dla wyborów osoby pozostają także cechy danej kultury, w której bardziej wartościowe jest na przykład

zdobywanie doskonałości lub posiadanie dóbr materialnych.

Znaczenie zasobów środowiskowych dla odczuwanej przez dzieci i młodzież jakości życia wykazano w licznych badaniach. Maria Oleś (2010) pisze, że jednymi z istotnych czynników kształtujących jakość życia dzieci i młodzieży w stanie zdrowia są zasoby zewnętrzne (tzw. obiektywne), takie jak: warunki życia, zasoby finansowe rodziny, atmosfera i funkcjonowanie rodziny, a także zasoby środowiskowe, które zapewniają możliwość rozwoju i edukacji dziecka, zasoby kulturowe oraz poziom integracji społecznej. Inni autorzy wymieniają takie zasoby jak: zintegrowana grupa rówieśnicza, czynniki kształtujące zakorzenienie w pozytywnym środowisku rodzinnym (Chwaszcz, Niewiadomska i Lelonek-Kuleta, 2015), pozytywne relacje rodzinne, z nauczycielami oraz z innymi dorosłymi (dziadkami, trenerami sportowymi, duchownymi, instruktorami zajęć pozalekcyjnych itd.), którzy mogą odgrywać w życiu młodych ludzi rolę przewodników lub mentorów, wsparcie przez rodziców, monitorowanie zachowań dzieci przez opiekunów, utrzymywanie dyscypliny bez stosowania przemocy, komunikowanie oczekiwań dotyczących zasad i wartości (Ogińska-Bulik, 2010), więź ze szkołą, nauczycielami i wysoka jakość nauczania, zasoby środowiska pozarodzinnego i miejsca zamieszkania (Masten, 2004; Sapienza i Masten, 2011). Zasobami środowiskowymi istotnymi dla kształtowania jakości życia dzieci w sytuacji choroby okazały się także zmienne obiektywne, a wśród nich radzenie sobie z chorobą dziecka przez rodzinę oraz dostępność i jakość opieki medycznej. Inne zasoby środowiskowe obejmowały perspektywę rozwoju, edukacji dziecka oraz sieć wsparcia społecznego (Oleś, 2010).

Zasoby środowiskowe są szczególnie ważne dla kształtowania poczucia wsparcia społecznego, ponieważ będąc zasobem wewnętrznym, bezpośrednio wiążą się z obecnością w środowisku systemów wsparcia. Młody człowiek może doświadczać wsparcia ze strony rodziców, rodzeństwa, rówieśników, specjalistów (np.

psychologów, lekarzy itp.), o ile systemy te są dla niego dostępne. Czy jednak sama obecność innych osób w otoczeniu jest gwarancją odczuwanego przez jednostkę wsparcia? Czy każde dziecko w klasie odczuwa wsparcie? Poczucie wsparcia ma miejsce wówczas, kiedy płynie ono z zewnątrz i jest odpowiedzią na potrzeby młodego człowieka. Niestety często jest tak, że wsparcie od osób najbliższych (kolegów, a nawet specjalistów) rozmija się z potrzebami osoby, przez co nie odczuwa ona wsparcia. Istotą jest tu zatem adekwatność oferowanego wsparcia do potrzeb osoby wspieranej. Kolejną kwestią, którą należy wziąć pod uwagę podczas rozważania wielowymiarowości wsparcia, są cechy i kompetencje osoby do poszukiwania wsparcia i ujawnienia potrzeb w zakresie wsparcia. Można zatem wnioskować, że by osoba zdobyła zasób, którym jest poczucie wsparcia, musi posiadać zasoby wewnętrzne umożliwiające jej skorzystanie ze wsparcia (np. wiedzę, do kogo zwrócić się po wsparcie, oraz umiejętność zwerbalizowania swoich potrzeb w tym zakresie). Przypomnijmy w tym miejscu, że osoba posiadająca wystarczająco dużo zasobów podejmuje ryzyko pozyskania nowych – tutaj wsparcia. Zwracający się po wsparcie ryzykuje np. to, że odsłoni siebie, ujawni swoje problemy, a nie zostanie zrozumiany. Osoby o niskich zasobach wewnętrznych często nie podejmują aktywności związanej z poszukiwaniem wsparcia, nie stać ich na możliwą utratę zasobów. W takiej sytuacji niezmiernie istotne jest kształtowanie systemów wspierających, które wychodziłyby same do osób w sytuacjach kryzysowych, potrafiły odczytywać ich potrzeby i udzielić adekwatnego do nich wsparcia.

1.3.4. Wpływ pandemii COVID-19 na jakość życia adolescentów

Specjaliści psycholodzy, psychiatrzy i lekarze rodzinni oraz innych

specjalizacji podają liczne skutki zaobserwowane u dzieci po czasie pandemii COVID-19. Zaburzenia te mogą wynikać z izolacji społecznej (np. lęki izolacyjne, obniżenie umiejętności wchodzenia w relacje, zaburzenia rytmu dobowego), ryzyka niepożądanych procesów w rodzinach (przemoc, uzależnienia), nadmiernego użytkowania tzw. nowych technologii i siedzącego trybu spędzania czasu wolnego (np. uzależnienie od gier, ale także skrzywienia kręgosłupa, wady wzroku, otyłość i inne), jak i z przebytej choroby spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 (trudności psychologiczne oraz w zakresie zdrowia somatycznego). Pandemia powoduje stres, zmartwienie, bezradność oraz zachowania ryzykowne wśród dzieci i młodzieży (np. nadużywanie substancji, samobójstwa, problemy w związkach, problemy akademickie) (Meherali i in., 2021). Wczesne dostrzeżenie tych trudności i szybkie uruchomienie pomocy ograniczy straty, które nie zatrzymane na wczesnym etapie mogą uruchomić u dzieci tzw. spiralę strat i spowodować łączenie się dysfunkcji oraz generowanie kolejnych. W przypadku pracy z dziećmi czas jest bardzo ważną zmienną związaną z eliminacją deficytów/zaburzeń i uruchomieniem procesów rozwojowych.

Do najczęściej powtarzających się skutków pandemii COVID-19 u dzieci i młodzieży należą: zwiększone ryzyko cyberprzemocy w związku z przedłużonym czasem korzystania z Internetu; zwiększone ryzyko uzależnień behawioralnych i kontaktu ze szkodliwymi treściami w Internecie; zwiększone ryzyko doświadczania przemocy domowej, osłabienie dotychczasowych relacji koleżeńskich, przyjacielskich na skutek długotrwałej izolacji; niepokój o przyszłość zawodową młodzieży w związku z obniżonym poziomem edukacji online; spadek poziomu nadziei na sukces; zaburzenia naturalnych procesów rozwojowych, np. nawiązywania relacji rówieśniczych, radzenia sobie z konfliktami w grupie; wzrost lęku i niepokoju na skutek ciągłych informacji o pandemii, wzrost lęku przed chorobą i śmiercią, zachwianie poczucia bezpieczeństwa na skutek zaburze-

nia codziennej rutyny (dom–szkoła); zmęczenie, reakcje depresyjne, więcej kłótni z rodzicami; obniżenie poczucia jakości życia; wzrost irytacji, agresji, problemy z zasypianiem; bóle głowy i inne objawy psychosomatyczne; wzrost poziomu martwienia się; stany patologicznej żałoby (np. w przypadku nagłej śmierci na COVID-19 albo restrykcji związanych z pogrzebem: brak możliwości pożegnania się, ograniczona ilość osób na pogrzebie); objawy PTSD, myśli i zachowania suicydalne (Fegert i in., 2020; Langmeyer i in.; Luijten i in., 2021; Mohler-Kuo i in., 2021; Ramirez i in., 2021; Ravens-Sieberer i in., 2020, 2021; Saddik i in., 2021; Singh i in., 2020).

Przegląd 16 badań ilościowych przeprowadzonych w latach 2019–2021 z udziałem 40 076 osób na całym świecie dostarcza danych, że nastolatki o różnym pochodzeniu doświadczyły wyższych wskaźników lęku, depresji i stresu z powodu pandemii. Po drugie, podczas pandemii COVID-19 nastolatki częściej zażywały alkohol i konopie indyjskie (Jones i in., 2021). ONZ w raporcie z 2020 roku „COVID-19 and the Need for Action on Mental Health" wskazuje, że należy zminimalizować skutki COVID-19 w obszarze zdrowia psychicznego, ponieważ dane potwierdzają, że już przed pandemią sytuacja w wielu krajach była niezadowalająca, a czas pandemii dodatkowo pogorszył stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Ocena objawów psychopatologicznych i poczucia koherencji przed i po wybuchu COVID-19 w niemieckojęzycznej grupie (n = 1591) wykazała, że na poziomie indywidualnego respondenta 10% osób doświadczyło klinicznie istotnego wzrostu objawów psychopatologicznych, a 15% spełniło kryteria odcięcia dla stresu traumatycznego związanego z COVID-19, pomimo że w całej populacji nie odnotowano wzrostu objawów psychopatologicznych. Ze wzrostem objawów chorobowych wiązał się spadek poczucia koherencji (Schäfer i in., 2020).

Wyniki licznych badań prowadzonych w czasie pandemii COVID-19 wskazują na zasoby warunkujące dobre samopoczucie

i pozytywną adaptację (chroniące zdrowie w czasie pandemii), a także na czynniki ryzyka zdrowia i pozytywnej adaptacji. Badania podłużne przeprowadzone we Włoszech na próbie 1019 nastolatków (mężczyźni 48,3%, średnia wieku 13 lat) wykazały, że wskaźnik dobrostanu nastolatków istotnie obniżył się w czasie pandemii. Zarówno wynik ogólnego dobrostanu, jak i cztery elementy dobrostanu związane ze zdrowiem, nawyki związane ze stylem życia, kontekst społeczny i stan emocjonalny wykazały istotnie niższe wartości podczas lockdownu (Mastorci i in., 2021). Badania przeprowadzone na próbie 3037 chińskich nastolatków wykazały związek nietolerancji niepewności w czasie pandemii COVID-19 z doświadczaniem negatywnych emocji. Czynnikami wzmacniającymi ten związek były spostrzeganie ryzyka i wykluczenie społeczne. Czynnikiem chroniącym okazało się poczucie własnej skuteczności (Li i in., 2021). Wyniki badań przeprowadzonych w Niemczech na próbie 535 osób wskazują na takie czynniki ryzyka jak czas spędzany przed komputerem i istotne zmniejszenie aktywności fizycznej. Czynnikiem chroniącym z kolei była wysoka akceptacja zachowań zdrowotnych związanych z przestrzeganiem reżimu sanitarnego (Hommes i in., 2021). Dane z badań przeprowadzonych na próbie 979 uczniów w Santiago w Chile, w wieku od 4 do 18 lat, ujawniają, że pozytywne doświadczenia edukacyjne wiązały się ze zdrowiem psychicznym i dobrym samopoczuciem, z kolei praktykowanie medytacji lub modlitwy zmniejszały problemy emocjonalne (Ramirez i in., 2021). Badanie 2277 uczniów w wieku 12–18 lat z północnego Chile pokazuje, że samoocena i prężność mają bezpośredni wpływ na zadowolenie z życia nastolatków w czasie pandemii COVID-19. Kompetencje społeczne mają z kolei bezpośredni wpływ na samoocenę, a pośredni na zadowolenie z życia (Caqueo-Urízar i in., 2022). Analiza artykułów przeglądowych wskazuje, że do najczęściej pojawiających się czynników chroniących należą: wsparcie społeczne, pozytywne umiejętności radzenia sobie oraz dobre re-

lacje z rodzicami (Jones i in., 2021). Wśród czynników chroniących wymienia się także: praktyki oparte na wierze, pozytywne nastawienie i budowanie wsparcia społecznego (Gayatri i Irawaty, 2021). We Włoszech przeprowadzono badania na próbie 1472 rodziców (83,1% matek) i 1632 dzieci/młodzieży z zaburzeniami neurorozwojowymi (33,7% dziewczynek). Problemy z regulacją emocjonalną u dzieci oraz stres rodzicielski były buforowane przez spostrzeganie siebie przez rodziców, planowaną przyszłość, spójność rodziny.

Do istotnych czynników chroniących zdrowie psychiczne rodziców, ale i istotnie wpływających na reakcje emocjonalne dzieci zaliczono: poczucie własnej skuteczności rodziców, korzystanie z pozytywnych strategii radzenia sobie oraz posiadanie sieci wsparcia rodzinnego i społecznego (Montirosso i in., 2021). Znaczenie relacji młodzieży z ich rodzicami dla dobrego samopoczucia młodzieży podkreślają także autorzy badań przeprowadzonych na próbie 2196 uczniów szkół średnich w Stanach Zjednoczonych. Dodatkowo rekomendują oni, że w ramach działań pomocowych wsparciem powinna być objęta cała rodzina, ponieważ stres odczuwany przez rodziców istotnie wpływa na samopoczucie młodzieży. Wsparcie ze strony rodziców jest natomiast znaczącym czynnikiem chroniącym (Luthar i in., 2021). Podobne spojrzenie prezentuje Dąbkowska i współpracownicy (2021). Klasyfikują oni główne czynniki ochronne przyczyniające się do odporności na: indywidualne, rodzinne i zewnętrzne. Do zmiennych indywidualnych zaliczają: wysoką samoocenę, poczucie sprawczości, towarzyskość, inteligencję, pogodne usposobienie, wiarę, talenty. Pozytywne cechy rodzinne to: spójność, zgodność, bliskie relacje między członkami rodziny, dobra sytuacja materialna. Wśród czynników zewnętrznych należy podkreślić: bezpieczne sąsiedztwo, posiadanie mentora, przynależność do organizacji prospołecznej, dobrą edukację, a także cechy polityki i kultury społecznej (ochrona zdrowia, profilaktyka) (Dąbkowska i in., 2021). Badania nad odpornością sugerują, że

osoby, które mają większy dostęp do zasobów psychologicznych i/lub społeczno-ekonomicznych, lepiej radzą sobie z zagrożeniami związanymi z sytuacją pandemii COVID-19 (Masten, 2004; Verger i in., 2021). Odporność w obliczu COVID-19 najlepiej ujmować jako wynik radzenia sobie zależny od kontekstu i podlegający indywidualnym różnicom (Verger i in., 2021).

Rozdział 2

2. Opis projektu badawczego

Celem projektu badawczego było poznanie jakości życia dzieci i młodzieży w okresie adolescencji w czasie pandemii COVID-19, a w dalszej kolejności korelatów i uwarunkowań odczuwanej przez preadolescentów, wczesnych adolescentów i adolescentów właściwych jakości życia. Szczególną uwagę zwrócono na znaczenie zasobów odpornościowych oraz wyznaczników jakości życia adolescentów odczuwających niskie i wysokie wsparcie społeczne.

2.1. Problematyka badań własnych

Przedstawione badania stanowią fragment większego projektu badawczego, którego głównym celem było poznanie jakości życia uczniów w czasie pandemii COVID-19 oraz czynników z nią związanych, w tym zasobów podmiotowych i środowiskowego kapitału wspierającego. Badania zostały sfinansowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach projektu „Program wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla uczniów i nauczycieli".

W tej publikacji podjęto próbę odpowiedzi na pytania:

1. Jaka jest jakość życia odczuwana przez adolescentów?
2. Czy istnieją różnice między odczuwaną jakością życia przez preadolescentów, wczesnych adolescentów i adolescentów

właściwych oraz przez adolescentów zamieszkujących wieś i miasto, albo ze względu na płeć?
3. Z jakimi zmiennymi psychospołecznymi koreluje odczuwana jakość życia w poszczególnych okresach adolescencji?
4. Jakie są uwarunkowania odczuwanej przez adolescentów jakości życia?
5. Jaka jest rola wsparcia społecznego dla związków zmiennych podmiotowych o charakterze psychologicznym, takich jak prężność i radzenie sobie ze stresem z jakością życia?

Rozumienie jakości życia przyjęto za Światową Organizacją Zdrowia jako ściśle związanej ze zdrowiem. Zdrowie z kolei to stan dobrobytu fizycznego, psychicznego i społecznego. Każdy człowiek, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne czy socjalne, ma prawo do najlepszego możliwego stanu zdrowia (WHOQOL Group, 1998). W kontekście funkcjonowania adolescentów przyjęto model jakości życia w pięciu domenach: zdrowie fizyczne, samopoczucie psychiczne, niezależność i relacje z rodzicami, rówieśnicy i wsparcie oraz środowisko szkolne. Dziedziny te wyznaczają bowiem najważniejsze obszary rozwoju i funkcjonowania młodego człowieka i składają się na ogólne zadowolenie z życia.

Należy podkreślić, że poczucie jakości życia jest zmienną subiektywną i obejmuje odczuwany przez osobę dobrostan. Podstawą tej oceny są jednak doznania wewnętrzne osoby wynikające z interakcji jej z otaczającym środowiskiem zewnętrznym. Poczucie jakości życia zmienia się także w czasie, a zachodzące w nim zmiany mogą być spowodowane przez warunki zewnętrzne (np. przebywanie w izolacji ze względu na występowanie pandemii COVID-19) i/lub przez czynniki wewnętrzne (np. zmianę oczekiwań wobec innych osób, czy też przeformułowanie celów życiowych) (Papuć, 2011).

Drugie pytanie badawcze odnosi się do czynników obiektywnych, które mogą różnicować odczuwaną przez adolescentów jakość życia. Czynnikami tymi mogą być: wiek, płeć, miejsce zamieszkania.

Wymienione zmienne związane są bezpośrednio z dostępnością zasobów w środowisku lub możliwością ich pozyskiwania.

Trzecie pytanie dotyczy korelatów odczuwanej jakości życia. Zależności o charakterze pozytywnych bądź negatywnych korelacji odczuwanej jakości życia mogą wystąpić zarówno ze zmiennymi obiektywnymi (takimi jak: płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców), jak i zmiennymi podmiotowymi o charakterze psychologicznym (takimi jak: prężność, sposoby radzenia sobie ze stresem, poczucie wsparcia czy sposoby spędzania czasu wolnego).

Czwarte pytanie badawcze odnosi się do czynników warunkujących odczuwaną przez adolescentów jakość życia w czasie pandemii COVID-19. Poszukujemy wśród korelatów jakości życia czynników wyjaśniających jej poziom w czasie pandemii w znaczącym stopniu.

Prężność rozumiana jest jako mechanizm osobowościowy obejmujący elementy: 1) poznawcze (traktowanie występujących problemów w kategoriach wyzwania ze względu na przekonanie o posiadaniu właściwych kompetencji do ich skutecznego rozwiązania); 2) emocjonalne (stabilność emocjonalna i preferowanie pozytywnych uczuć w trudnych sytuacjach); 3) behawioralne (poszukiwanie nowych doświadczeń i podejmowanie różnorodnych działań mających na celu skuteczne rozwiązanie problemów). Prężność psychiczna sprzyja wytrwałości i elastycznemu przystosowaniu się do wymagań życiowych, ułatwia mobilizację do podejmowania działań zaradczych w trudnych sytuacjach oraz zwiększa tolerancję przejawiania negatywnych emocji w sytuacji niepowodzeń (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2011). Prężność kształtowana jest przez zdobywanie nowych doświadczeń oraz skuteczne radzenie sobie z trudnościami, czemu towarzyszą pozytywne emocje. Znaczące w tym procesie jest proaktywne radzenie polegające z jednej strony na poszukiwaniu wyzwań, z drugiej na gromadzeniu zasobów. Czynnikami sprzyjającymi budowaniu prężności są: kierowanie się wewnętrznymi zasadami, kształtowanie niezależności, kreatyw-

ności, chęć uczenia się, umiejętność dostrzegania i korzystania ze wsparcia.

Poczucie wsparcia społecznego odzwierciedla subiektywne zaspokojenie potrzeb wsparcia. Wsparcie dawane jest częścią kapitału osobowego, którą jednostka dzieli się z innymi. Wsparcie obejmuje wymiary: emocjonalny (uzyskanie i okazywanie emocji uspokajających, podwyższających samoocenę oraz odzwierciedlających troskę, opiekę i poczucie przynależności), instrumentalny (instruktaż o konkretnych sposobach postępowania w określonej sytuacji), informacyjny (zawiera informacje służące lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego czy problemu) oraz wartościujący (uzyskanie/przekazanie komunikatów wzmacniających poczucie wartości, szacunku, znaczenia i godności) (Spętana i in., 2016).

Radzenie sobie ze stresem wyraża sposoby zachowania człowieka w odpowiedzi na stres psychologiczny. Strategie radzenia sobie można podzielić na: emocjonalne (kontakt z emocjami, wyrażanie emocji, regulację emocji), poznawcze (skoncentrowane na rozwiązaniu zadania) oraz ucieczkowe (polegające na zaprzeczaniu trudnościom, bierności lub ucieczce w zachowania zastępcze) (Lazarus i Folkman, 1984). Radzenie sobie proaktywne (aktywne, nastawione na rozwiązanie zadania) sprzyja kształtowaniu się cech odporności psychicznej.

Formy spędzania czasu wolnego rozumiane są jako dominujące aktywności przejawiane przez młodzież w czasie wolnym. Czynnikami determinującymi ilość czasu wolnego młodzieży są obowiązki szkolne i domowe. W ramach czasu wolnego, przez różnorodne zajęcia, można kształtować zainteresowania, pogłębiać wiedzę, zdobywać doświadczenia i/lub uzyskiwać relaks (Antczak, 2018; Kaczor-Szkodny i in., 2016). Sposoby gospodarowania czasem wolnym wiążą się z doświadczaniem przyjemnych bądź przykrych emocji na skutek doświadczeń rozwojowych i relacji z rówieśnika-

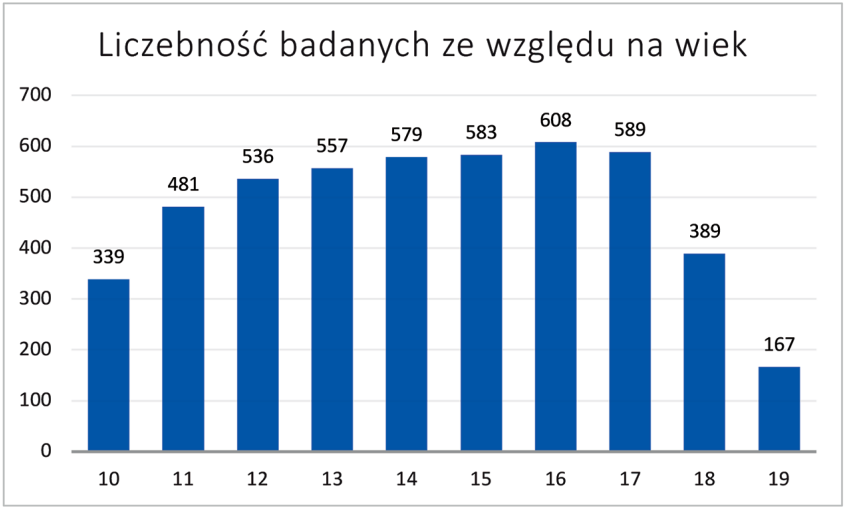
mi. Stanowią jeden z istotnych czynników kształtujących odczuwaną jakość życia.

Ostatnie zagadnienie dotyczy roli poczucia wsparcia społecznego w kształtowaniu jakości życia młodzieży. Można je ująć w pytaniu, czy poziom odczuwanego wsparcia społecznego determinuje sposób kształtowania się jakości życia młodzieży. W tym celu porównano jakość życia i jej uwarunkowania wśród osób doświadczających niskiego poziomu wsparcia społecznego i doświadczających wysokiego poziomu wsparcia.

2.2. Charakterystyka grupy badanej

Przebadano 4828 osób w wieku 10–19 lat. Rozkład wiekowy przebadanych adolescentów przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Liczebność badanych z podziałem na wiek (wg lat)



Źródło: Opracowanie własne.

Chłopcy stanowili 51% badanych, dziewczynki 49%. Średnia wieku wyniosła 14 lat. 45% badanych zamieszkiwało na wsi, 55% w miastach różnej wielkości. Osoby z niepełnosprawnościami stanowiły 4% próby. Na pytanie dotyczące wykształcenia rodziców prawie 1/4 badanych odpowiedział „nie wiem". Wykształcenie ojca najwięcej badanych zaznaczyło jako zawodowe (26%), następnie wyższe (22%) i średnie (20%). Wykształcenie matki najwięcej badanych zadeklarowało jako wyższe (33%), następnie średnie (22%) i zawodowe (19%). Analiza warunków bytowych wskazuje, że 75% badanych posiada własny pokój na wyłączność, 22% dzieli pokój z rodzeństwem, zaś 4% badanych nie posiada własnego pokoju. Zachorowanie na COVID-19 odznaczyło w ankiecie 18% badanych. 66% młodzieży zadeklarowało, że czas pandemii utrudnił im uczenie się, a 62% przyznało, że utrudnił kontakty z rówieśnikami (tabela 1).

Tabela 1. Dane socjodemograficzne adolescentów

	Preadolescencja		Wczesna adolescencja		Właściwa adolescencja		Suma	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Płeć								
męska	684	50,4%	857	49,9%	909	51,9%	2450	50,7%
żeńska	672	49,6%	862	50,1%	844	48,1%	2378	49,3%
COVID-19								
nie chorował	920	70,1%	976	59,0%	873	51,8%	2769	59,5%
tak – bez objawów	84	6,4%	113	6,8%	92	5,5%	289	6,2%
tak – przechorował w domu	95	7,2%	176	10,6%	273	16,2%	544	11,7%
tak – hospitalizacja	3	0,2%	3	0,2%	7	0,4%	13	0,3%
nie wie	210	16,0%	387	23,4%	440	26,1%	1037	22,3%
Miejsce zamieszkania								
miasto	707	52,1%	991	57,6%	972	55,4%	2670	55,3%
wieś	649	47,9%	728	42,4%	781	44,6%	2158	44,7%
Sytuacja materialna								
bardzo zła	11	0,9%	22	1,4%	13	0,8%	46	1,0%

	Preadolescencja		Wczesna adolescencja		Właściwa adolescencja		Suma	
	N	%	N	%	N	%	N	%
zła	5	0,4%	20	1,2%	35	2,1%	60	1,3%
przeciętna	142	11,2%	251	15,5%	369	22,6%	762	16,9%
dobra	494	39,0%	696	43,0%	741	45,3%	1931	42,7%
bardzo dobra	615	48,5%	631	39,0%	477	29,2%	1723	38,1%
Posiadanie pokoju								
nie	59	4,5%	54	3,2%	53	3,1%	166	3,5%
tak	1252	95,5%	1619	96,8%	1652	96,9%	4523	96,5%
Wykształcenie ojca/opiekuna								
wykształcenie podstawowe	70	5,5%	72	4,6%	69	4,2%	211	4,7%
wykształcenie gimnazjalne	13	1,0%	11	0,7%	33	2,0%	57	1,3%
wykształcenie zawodowe	268	21,2%	368	23,3%	538	33,0%	1174	26,3%
wykształcenie średnie	198	15,7%	296	18,7%	406	24,9%	900	20,1%
wykształcenie wyższe	252	20,0%	390	24,7%	350	21,5%	992	22,2%
nie wiem	461	36,5%	444	28,1%	233	14,3%	1138	25,4%
Wykształcenie matki/opiekunki								
wykształcenie podstawowe	66	5,2%	35	2,2%	44	2,7%	145	3,2%
wykształcenie gimnazjalne	16	1,3%	16	1,0%	12	0,7%	44	1,0%
wykształcenie zawodowe	197	15,6%	263	16,5%	401	24,2%	861	19,1%
wykształcenie średnie	186	14,7%	365	22,9%	470	28,3%	1021	22,6%
wykształcenie wyższe	375	29,7%	540	33,9%	566	34,1%	1481	32,8%
nie wiem	424	33,5%	372	23,4%	166	10,0%	962	21,3%

Źródło: Opracowanie własne.

W badanej grupie młodzieży w okresie preadolescencji było 1356 osób (50% chłopców i 50% dziewcząt). Próba wczesnych adolescentów obejmowała 1719 osób (50% chłopców i 50% dziewcząt). W okresie właściwej adolescencji wśród badanych znalazło się 1753 osoby (52% chłopców i 48% dziewcząt).

2.3. Procedura badawcza

Badanie miało charakter ogólnopolski, było prowadzone w drugiej połowie września 2021 roku. Na badanie pozyskano zgodę komisji etycznej (nr decyzji: 19/DKE/NS/2020). Z uwagi na charakter badań schemat doboru próby uwzględniał dwa etapy. W pierwszym etapie założono wylosowanie minimum 1200 szkół z całej Polski (16 województw). Przyjęto, że badanie będzie miało charakter reprezentatywny, przy zastosowaniu próby warstwowej. Warstwy odzwierciedlały liczebny udział szkół danego rodzaju w poszczególnych województwach. Dobór szkół przeprowadzono w oparciu o publicznie dostępne dane zgromadzone w Rejestrze Szkół i Placówek Oświatowych (https://rspo.gov.pl/). Ostatecznie w próbie badawczej znalazło się 1201 jednostek, w tym 868 szkół podstawowych, 333 szkół ponadpodstawowych. Po ustaleniu struktury próby przeprowadzono losowanie oparte na wyborze odpowiedniej liczby szkół danego rodzaju dla każdego województwa przy wykorzystaniu generatora liczb pseudolosowych. Do przeprowadzenia badania wykorzystano ankietę internetową w usłudze Lime Survey. Kontakt z respondentami następował za pośrednictwem szkół. Przeszkoleni w ramach projektu koordynatorzy informowali władze wylosowanych placówek o celu badania, jego przebiegu i sposobie wykorzystania uzyskanych wyników. Koordynatorzy udostępniali narzędzie badawcze oraz kontrolowali prawidłowy przebieg procesu badawczego. Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy. Ankieta zawierała trzy rodzaje pytań. Zdecydowana większość pytań wymagała wskazania jednej odpowiedzi (pytania jednokrotnego wyboru). Nieliczne pytania wymagały zaznaczenia większej liczby odpowiedzi (pytania wielokrotnego wyboru). Ponadto w ankiecie znalazły się tzw. pytania otwarte. Respondenci mieli możliwość udzielenia odpowiedzi we wskazanym polu – np. liczba oznaczająca wiek badanego. Przeciętny czas wypełniania ankiety wahał się od 20 do 30 minut. Ankie-

towani mieli możliwość przerwania badania w każdym momencie i powrotu do niego w dowolnej chwili.

W wyniku realizacji projektu pozyskano 31 221 prawidłowo wypełnionych ankiet. Do analiz statystycznych dla przedmiotowego badania, przy uwzględnieniu wieku oraz parametrów charakterystycznych dla reprezentatywności próby, takich jak: województwo, typ miejscowości zamieszkania oraz płeć, włączono 4828 osób z 557 szkół.

2.4. Opis narzędzi

W celu odpowiedzi na pytania badawcze do badania młodzieży wykorzystano sześć metod badawczych:

1. Kwestionariusz zdrowotny dla dzieci i młodzieży – KIDSCREEN-27.
2. Skalę do pomiaru Prężności SPP-18.
3. Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE.
4. Kwestionariusz: Formy spędzania czasu wolnego.
5. Skalę Wsparcia: Dostarczanego i Spostrzeganego.
6. Metryczkę.

Kwestionariusz zdrowotny dla dzieci i młodzieży – KIDSCREEN-27

KIDSRCEEN to akronim europejskiego projektu badawczego *Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective* zrealizowanego w latach 2001–2004 w kilkunastu krajach, w tym również w Polsce. KIDSCREEN jest jedną z metod powstałych w ramach tego projektu, którego celem było opracowanie modelu oraz narzędzi pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem dla dzieci

i młodzieży w wieku 8–18 lat. Z polskiej strony opracowaniem tych metod zajmował się Instytut Matki i Dziecka w Polsce (Ravens-Sieberer i Kidscreen Group Europe, 2006).

Kwestionariusz posiada trzy wersje: KIDSCREEN-52 (obejmuje dziesięć wymiarów jakości życia), KIDSCREEN-27 (pięć obszarów) oraz KIDSCREEN-10, który z założenia jest jednowymiarowym indeksem, określanym czasem jako indeks zdrowia psychicznego lub ogólny indeks HRQL. Dzięki współpracy międzynarodowej i symultanicznemu konstruowaniu metod w 13 krajach zostały one opracowane z uwzględnieniem specyfiki danego języka i kultury. Wszystkie trzy wersje metody są dostępne także w wersji dla rodziców bądź osób opiekujących się dzieckiem, czyli uwzględniają ocenę ze strony obserwatorów. Kwestionariusze w każdej wersji przeznaczone są zarówno dla dzieci zdrowych, jak i chorych, są to tzw. ogólne metody pomiaru jakości życia zależnej od zdrowia.

Kwestionariusz zastosowany w badaniach to wersja KIDSCREEN-27, który składa się z 27 pytań i obejmuje 5 obszarów jakości życia:

1. **Zdrowie fizyczne** – pięć pytań dotyczących poziomu aktywności fizycznej dziecka/nastolatka, jego energii i sprawności.
2. **Samopoczucie psychiczne** – siedem pytań wokół samopoczucia psychicznego, odnoszącego się do emocji pozytywnych i zadowolenia z życia oraz braku doświadczania samotności i smutku.
3. **Niezależność i relacje z rodzicami** – siedem pytań dotyczących związków z rodzicami i atmosfery w domu. Odnosi się do wzajemnych kontaktów i uczuć, ujawnia, czy dziecko/nastolatek czuje się kochany, wspierany i traktowany sprawiedliwie przez rodziców. Wymiar dotyczy także spostrzegania przez dziecko/nastolatka poziomu swojej autonomii.
4. **Rówieśnicy i wsparcie społeczne** – cztery pytania odnoszące się do stosunków dziecka z innymi osobami w tym samym

wieku, jak również do spostrzeganego wsparcia społecznego z ich strony.

5. **Środowisko szkolne** – cztery pytania dotyczące zdolności poznawczych dziecka/nastolatka, umiejętności nauki i koncentracji oraz jego odczucia wobec szkoły. Wymiar ten bada także relacje z nauczycielami.

Odpowiedzi badany udziela z perspektywy ostatniego tygodnia, czyli kolejne bloki pytań poprzedzone są zdaniem wprowadzającym: *Myśląc o ostatnim tygodniu, czy/jak często...* lub *Myśląc o ostatnim tygodniu, czy...*, według wystandaryzowanych pięciostopniowych kategorii dotyczących częstości (*nigdy, rzadko, dość często, często, zawsze*) lub intensywności (*wcale, trochę, średnio, bardzo, ogromnie*). Jedynie na pierwsze, ogólne pytanie o stan zdrowia odpowiada się według innych kategorii, określając zdrowie jako: *doskonałe, bardzo dobre, dobre, takie sobie, złe*. W większości pytań przyjęto tzw. orientację pozytywną, tzn. pierwsza odpowiedź jest najbardziej negatywna, a ostatnia najbardziej pozytywna. Ogólne i cząstkowe indeksy kwestionariusza KIDSCREEN też są zorientowane pozytywnie, to znaczy wysoka punktacja oznacza dobrą jakość życia.

Kwestionariusz ma dobre właściwości psychometryczne. Współczynniki alfa Cronbacha dla poszczególnych skal w grupie młodzieży były następujące: Zdrowie fizyczne $\alpha = 0{,}82$, Samopoczucie psychiczne $\alpha = 0{,}88$, Niezależność i relacje z rodzicami $\alpha = 0{,}83$, Rówieśnicy i wsparcie społeczne $\alpha = 0{,}86$, Środowisko szkolne $\alpha = 0{,}82$ oraz dla wyniku ogólnego $\alpha = 0{,}93$.

Skala do pomiaru prężności SPP-18

Skala do pomiaru prężności u dzieci i młodzieży SPP-18, autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego (2011), mierzy prężność w ro-

zumieniu indywidualnej właściwości jednostki (rozumianej jako mechanizm samoregulacji), która jest istotna w procesie skutecznego radzenia sobie oraz sprzyja procesowi adaptacji. Wartości psychometryczne metody sprawdzono na próbie 350 dzieci i młodzieży. Zgodność wewnętrzna alfa Cronbacha dla całej skali wyniosła 0,82. Rzetelność dla podskal mieściła się w granicach 0,76–0,87. Uzyskane wskaźniki oceniono jako zadowalające. Stabilność wewnętrzną zweryfikowano za pomocą testu–retestu w odstępie sześciu tygodni na 30-osobowej grupie – wyniosła 0,78, co świadczy o wysokiej stałości badanego konstruktu. Skala SPP-18 ma strukturę czynnikową. Cztery czynniki wyjaśniają 63,9% całkowitej wariancji. Największy udział w wyjaśnianej wariancji ma czynnik pierwszy – Optymistyczne nastawienie i energia (42,5%), następnie: Wytrwałość i determinacja w działaniu, Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia, Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu – wyjaśniają one łącznie nieco ponad 20% wariancji. Trafność kryterialną narzędzia ustalono przez korelacje wyników SPP-18 z wynikami innych narzędzi mierzących konstrukty zbliżone do prężności. Odnotowano silną korelację prężności z dwiema cechami osobowości mierzonymi kwestionariuszem NEO-FFI, ujemną z Neurotycznością i dodatnią z Ekstrawersją, oraz związek nieco słabszy, ujemny, z Ugodowością. Wykazano także dodatni związek prężności ze strategiami radzenia sobie ze stresem o charakterze przystosowawczym (aktywne radzenie) oraz ujemny związek ze strategiami nieprzystosowawczymi (unikanie, ucieczka), mierzonymi za pomocą Mini-COPE. W kolejnym etapie prac nad metodą obliczono średnie wartości dla ogólnego wskaźnika prężności i czterech czynników oraz sprawdzono, czy płeć i wiek je różnicują. Obliczenia prowadzono na wynikach pozyskanych od 332 osób w wieku 12–19 lat. Płeć nie różnicowała nasilenia prężności w grupie dzieci i młodzieży, poza czynnikiem czwartym – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu, w którym wyższe wyniki

otrzymują chłopcy. Wiek także nie różnicował nasilenia prężności, chociaż autorzy podkreślają, że badana próba była niereprezentatywna pod względem wieku – najwięcej było dzieci starszych 16––18 lat.

Badanie skalą SPP-18 polega na ustosunkowaniu się do 18 twierdzeń na skali pięciostopniowej – od 0 (*zdecydowanie nie*) do 4 (*zdecydowanie tak*). Minimalny wynik wynosi 18, maksymalny 72 – im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie prężności. Skala przeznaczona jest do badania młodzieży i pozwala na uzyskanie wyniku ogólnego oraz czterech czynników składających się na prężność: 1. Optymistyczne nastawienie i energia; 2. Wytrwałość i determinacja w działaniu; 3. Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; 4. Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2011).

Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha w przedmiotowym badaniu wynosił odpowiednio: Optymistyczne nastawienie i energia – 0,76; Wytrwałość i determinacja w działaniu – 0,87; Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia – 0,76; Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu – 0,82; oraz dla wyniku ogólnego – 0,93.

Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE

Inwentarz do badania radzenia sobie ze stresem autorstwa Charlesa S. Carvera (Brief COPE) (Carver i in., 1989) w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik (2012) składa się z 28 twierdzeń ocenianych na skali czterostopniowej – od 0 (*prawie nigdy tak nie postępuję*) do 3 (*prawie zawsze tak postępuję*). Skala ta mierzy częstotliwość stosowania 14 strategii zaradczych: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie,

poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zwrot ku religii, akceptacja, poczucie humoru. Strategie pogrupowane zostały w siedem czynników: aktywne radzenie sobie (aktywne radzenie, planowanie, pozytywne przewartościowanie), bezradność (zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie), poszukiwanie wsparcia (emocjonalnego i instrumentalnego), unikanie (zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie), zwrot ku religii, akceptacja, poczucie humoru (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Czynniki te wyjaśniają 66% wariancji. Zgodność wewnętrzną polskiej skali ustalono na podstawie badań 200 osób w wieku 25–60 lat. Obliczono rzetelność połówkową – wskaźnik Guttmana 0,87. Stałość oceniono jako zadowalającą, zweryfikowano ją na grupie 34 osób badanych po upływie sześciu tygodni. Najwyższa stałość cechowała strategię Zwrot ku religii – 0,94 i Zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,82, natomiast najniższa strategię Zajmowanie się czymś innym – 0,32.

Skalę tę zastosowano, po dostosowaniu językowym, w badaniach pilotażowych na próbie dzieci i młodzieży. Rzetelność połówkowa na próbie dzieci w wieku 10–15 lat (N=672) mierzona wskaźnikiem Guttmana wyniosła 0,81, z kolei na próbie młodzieży 16–19 lat (N=703) wyniosła 0,77. Uzyskano satysfakcjonujące wartości psychometryczne, co pozwoliło na włączenie skali do ostatecznej puli metod badawczych. Współczynniki rzetelności połówkowej Guttmana w badaniu przedstawionym w niniejszym raporcie na próbie reprezentatywnej młodzieży (N=4828) przedstawiały się następująco w poszczególnych strategiach: Aktywne radzenie sobie – 0,69; Planowanie – 0,65; Pozytywne przewartościowanie – 0,70; Akceptacja – 0,57; Poczucie humoru – 0,63; Zwrot ku religii – 0,81; Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 0,75; Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego – 0,74; Zajmowanie się czymś innym – 0,32; Zaprzeczanie – 0,59; Wyładowanie – 0,32; Zażywanie

substancji psychoaktywnych – 0,88; Zaprzestanie działań – 0,65; Obwinianie siebie – 0,78. Współczynnik podziału połówkowego Guttmana dla całości testu wynosił 0,81.

Kwestionariusz: Formy spędzania czasu wolnego

Dla potrzeb niniejszego badania opracowano autorską metodę badania form spędzania czasu wolnego przez młodzież. Bazą teoretyczną było znaczenie zabawy w poszczególnych etapach rozwojowych dziecka. Rozwój zainteresowań wiąże się zarówno z efektami edukacji formalnej, jak i ogólnym rozwojem dziecka. Treści, zakres i dojrzałość zainteresowań uzależnione są od szeregu ogólnych czynników rozwojowych indywidualnych i środowiskowych. Według E. Hurlock (1985) zainteresowania dzieci:

- kształtują się równolegle z rozwojem fizycznym i umysłowym;
- zależą od gotowości do uczenia się – nie ukształtują się, zanim dziecko nie osiągnie stanu dojrzałości fizycznej i umysłowej;
- zależą od możliwości uczenia się – okazji do uczenia się dostarcza dzieciom środowisko oraz przykład zainteresowań innych osób, zarówno rówieśników, jak i dorosłych, z którymi dzieci są związane;
- zależą od wpływów kulturowych – rodzice, nauczyciele oraz inne osoby dorosłe dostarczają dziecku okazji do nabywania tych zainteresowań, które dana grupa kulturowa uznaje za odpowiednie, ograniczając tym samym okazje przyswojenia sobie zainteresowań uważanych w tej grupie za niewłaściwe;
- mają zabarwienie emocjonalne, czyli afektywny aspekt zainteresowań determinuje ich siłę – ujemny ładunek uczuciowy osłabia zainteresowania, a dodatni je wzmacnia.

Narzędzie do badania spędzania czasu wolnego zawiera pytania dotyczące różnych aktywności, które wykonuje młodzież w czasie

wolnym od nauki. Kwestionariusz zawiera 12 twierdzeń, które badany ocenia na pięciostopniowej skali odpowiedzi: *nigdy tak nie robię, rzadko tak robię, czasem tak robię, często tak robię, zawsze tak robię.* Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla wyniku ogólnego wyniósł: α = 0,63. Przeprowadzona analiza czynnikowa pozwoliła na wyłonienie dwóch czynników: 1. Zainteresowania bez wykorzystania mediów elektronicznych (nastawione na poszukiwanie kontaktów z innymi; α = 0,60); 2. Aktywności z wykorzystaniem mediów elektronicznych (korzystanie z telefonów, komputera, spędzanie czasu na portalach społecznościowych itp.; α = 0,60).

Skala Wsparcia Społecznego: Dostarczanego i Otrzymywanego

Na potrzeby badania wsparcia społecznego w grupie adolescentów skonstruowano autorskie skale do badania wsparcia dostarczanego oraz otrzymywanego. Pojęcie wsparcia społecznego zaczerpnięto od Schultza i Schwarzera, autorów Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego BSWS (Schulz i Schwarzer, 2003). Wsparcie dostarczane to wsparcie udzielane przez nastolatka innym, to potencjał wspierający młodego człowieka. Wsparcie otrzymywane to wsparcie dostępne dla młodzieży ze strony otoczenia. Młodzież ma poczucie obecności wsparcia w otoczeniu, może z niego skorzystać w razie takiej potrzeby. Wsparcie otrzymywane stanowi subiektywne ujęcie kapitału wspierającego środowiska. Wersja pilotażowa narzędzia obejmowała 23 pytania mierzące: otrzymywane wsparcie (emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, wartościujące), zapotrzebowanie na wsparcie oraz dostarczane wsparcie (emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, wartościujące, materialne). Część pytań do skali zostało zaczerpniętych z Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego oraz dostosowanych do wieku badanych. Pytania te zostały uzupełnione o pytania autorskie, wynikające z doświadcze-

nia terapeutycznego osób pracujących z adolescentami. Autorską skalą przebadano w pilotażu 4970 adolescentów. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla narzędzia wyniósł 0,89, co pozwoliło na włączenie skali do badań zasadniczych. Wersja ostateczna kwestionariusza obejmowała 17 pytań dotyczących wsparcia otrzymywanego i dostarczanego. Badani ustosunkowywali się do nich na czterostopniowej skali odpowiedzi: *całkowicie nieprawdziwe, w małym stopniu prawdziwe, w umiarkowanym stopniu prawdziwe, całkowicie prawdziwe.* Analiza czynnikowa przeprowadzona na wynikach uzyskanych w badaniu właściwym dzieci i młodzieży w wieku 10–19 lat, na próbie N=4828, pozwoliła na wyłonienie dwóch wymiarów wsparcia społecznego w grupie adolescentów. Przy włączaniu itemów do wymiarów przyjęto wartość ładunku czynnikowego powyżej 0,5. Wymiary te potraktowano jako dwie skale mierzące: wsparcie dostarczane (dziesięć pytań) oraz wsparcie otrzymywane (siedem pytań). Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla skali wsparcia dostarczanego wyniósł 0,91, dla skali wsparcia otrzymywanego – 0,93.

Metryczka

Metryczka zawierała dane demograficzne, takie jak: wiek, płeć, województwo zamieszkania, miejsce zamieszkania, pytania dotyczące zachorowania na COVID-19: *nie chorowałem(-łam)*, *tak chorowałem(-łam)*, *ale nie miałem(-łam) objawów, tak – przechorowałem(-łam) w domu*, *tak – przechorowałem(-łam) w szpitalu*, *nie wiem*. Zapytano także o posiadanie własnego pokoju oraz o sytuację materialną i wykształcenie rodziców/opiekunów prawnych.

2.5. Zastosowane analizy statystyczne

Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu PS IMAGO (IBM SPSS, 2020). Do dokonania opisu statystycznego zmiennych ilościowych użyto średniej, odchylenia standardowego, mediany, dominanty, asymetrii i kurtozy, a także wartości minimalnej i maksymalnej. W przypadku zmiennych jakościowych podano liczebności oraz procent wskazywanych przez respondentów kategorii. Do wnioskowania statystycznego zastosowano odpowiednie procedury statystyczne. Normalność rozkładów danych sprawdzono przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Do porównań między dwiema grupami niezależnymi, przy spełnieniu założeń stawianych testom parametrycznym (zmienne mierzone na ilościowym poziomie pomiaru), zastosowano test t-Studenta dla grup niezależnych (ang. *t test for independent groups*) oraz jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA dla grup niezależnych (ang. *one-way analysis of variance*). Test t służy do weryfikacji hipotezy o równości średnich badanej zmiennej w dwóch badanych populacjach. Test ANOVA, zaproponowany przez R. Fishera, służy do weryfikacji hipotezy o równości średnich badanej zmiennej w kilku populacjach. Do przeprowadzenia analizy post-hoc zastosowano test Sidaka. Test ten służy do porównania wielokrotnego parami w oparciu o statystykę t. Test Sidaka dostosowuje poziom istotności dla porównań wielokrotnych i szacuje węższe granice niż test Bonferroniego.

W celu określenia korelacji między zmiennymi ilościowymi wykorzystano współczynnik korelacji liniowej Pearsona (ang. *Pearson product-moment correlation coefficient*), który jest wykorzystywany do badania związku liniowego między dwiema cechami, o ile rozkład badanych cech jest rozkładem normalnym. Różnice korelacyjne policzono procedurą Z – Fishera. Do zbadania potencjalnych predyktorów jakości życia w badanych grupach adolescentów za-

stosowano analizę wielokrotnej regresji liniowej z wykorzystaniem metody wprowadzania.

Rozdział 3

3. Charakterystyka jakości życia adolescentów w czasie pandemii COVID-19 na podstawie badań własnych

Poczucie jakości życia pozwala na charakterystykę zarówno ogólną, jak i w poszczególnych jego domenach. Jest to nie tylko ocena zdrowia jako dobrobytu fizycznego, psychicznego i społecznego, ale poszczególnych obszarów, które to zdrowie wyznaczają: zdrowie fizyczne, samopoczucie psychiczne, niezależność i relacje z rodzicami, rówieśnicy i wsparcie oraz środowisko szkolne. Są to jednocześnie obszary rozwoju i funkcjonowania nastolatka, które w sumie składają się na ogólne zadowolenie z życia.

W tym podrozdziale zostaną zaprezentowane wyniki pozwalające odpowiedzieć na pytania o ogólne poczucie jakości życia adolescentów, zarówno w całej grupie, jak i w poszczególnych przedziałach wiekowych (preadolescentów, wczesnych adolescentów i adolescentów właściwych) oraz to, czy i jakie istnieją różnice w odczuwanej jakości życia między tymi grupami ze względu na płeć i miejsce zamieszkania. Kolejno zatem zostaną przedstawione statystyki badanej zmiennej, kryterium płci oraz miejsca zamieszkania.

Do określenia zakresu wyników i ich interpretacji przyjęto przedziały percentylowe. Do interpretacji uzyskanych wyników średnich przyjęto następujący podział: wartości znajdujące się poniżej 20 percentyla – wyniki bardzo niskie; wartości znajdujące się

między 20 a 30 percentylem – wyniki niske; wartości między 40 a 60 percentylem – wyniki średnie; wartości znajdujące się między 60 a 70 percentylem – wyniki wysokie; wartości mieszczące się powyżej 80 percentyla – wyniki bardzo wysokie (zob. ANEKS).

Poczucie jakości życia w całej grupie nastolatków (N=4828) kształtuje się na poziomie wyników średnich (tabela 2).

Tabela 2. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia w grupie adolescentów

KIDSCREEN-27	*M*	*SD*	*B.S.Ś*	95% CI	
				Dolny	*Górny*
Zdrowie fizyczne	3,341	0,849	0,012	3,317	3,365
Samopoczucie psychiczne	3,351	0,860	0,012	3,326	3,375
Niezależność i relacje z rodzicami	3,444	0,828	0,012	3,421	3,467
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,399	0,953	0,014	3,372	3,426
Środowisko szkolne	3,133	0,883	0,013	3,108	3,158
Jakość życia	3,348	0,673	0,010	3,329	3,367

Źródło: Opracowanie własne.

Młodzież zarówno na poziomie ogólnego dobrostanu, jak i w obszarze poszczególnych domen charakteryzuje się przeciętnym funkcjonowaniem. Ich zdrowie fizyczne oraz psychiczne, ich relacje z rodzicami i z grupą rówieśniczą oraz funkcjonowanie w szkole kształtuje się na przeciętnym poziomie w dobie pandemii.

3.1. Poczucie jakości życia preadolescentów w czasie pandemii COVID-19

W skali jakości życia KIDSREEN-27 w grupie preadolescentów średni wynik ogólny mieści się na poziomie wyników przeciętnych. Domeny jakości życia, tj. Zdrowie fizyczne, Samopoczucie psychiczne, Niezależność i relacje z rodzicami, Rówieśnicy i wsparcie społeczne,

oraz domena Środowisko szkolne również są na umiarkowanym poziomie u preadolecentów (tabela 3).

Tabela 3. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia dla grupy osób w preadolescencji

KIDSCREEN-27	*M*	*SD*	*B.S.Ś*	95% CI	
				Dolny	*Górny*
Zdrowie fizyczne	3,761	0,760	0,026	3,710	3,813
Samopoczucie psychiczne	3,775	0,733	0,025	3,725	3,824
Niezależność i relacje z rodzicami	3,637	0,788	0,027	3,584	3,690
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,695	0,891	0,031	3,635	3,755
Środowisko szkolne	3,538	0,864	0,030	3,479	3,596
Jakość życia	3,690	0,632	0,022	3,647	3,732

Źródło: Opracowanie własne.

Wciąż przeciętny, lecz najniższy wynik preadolescenci uzyskali w domenie Środowisko szkolne, co w kontekście trwania pandemii COVID-19 prawdopodobnie oddaje zmęczenie funkcjonowaniem szkolnym w wirtualnej rzeczywistości.

Analiza porównawcza rezultatów uzyskanych w grupie dziewcząt i chłopców uwidacznia, że istnieją różnice istotne statystycznie w nasileniu jakości życia w grupie preadolescentów. Jak wskazują wyniki porównań, ogólny poziom jakości życia jest wyższy u chłopców (tabela 4).

Tabela 4. Różnice w jakości życia między chłopcami i dziewczętami w grupie preadolescentów

KIDSCREEN-27	chłopcy (*n* = 684)		dziewczęta (*n* = 672)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Zdrowie fizyczne	3,786	0,746	3,601	0,760	4,524	1354	<,001
Samopoczucie psychiczne	3,786	0,703	3,610	0,795	4,316*	1327,842	<,001

KIDSCREEN-27	chłopcy (*n* = 684)		dziewczęta (*n* = 672)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Niezależność i relacje z rodzicami	3,675	0,755	3,523	0,804	3,571	1354	<,001
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,627	0,892	3,612	0,906	0,319	1354	,750
Środowisko szkolne	3,372	0,901	3,461	0,845	-1,881	1354	,060
Jakość życia	3,672	0,596	3,564	0,655	3,18*	1337,115	,001

* Nie spełniono założenia sferyczności wariancji
Źródło: Opracowanie własne.

Ponadto różnice występują w trzech z pięciu obszarów jakości życia: chłopcy cechują się wyższym niż dziewczęta poziomem aktywności fizycznej i energii, lepszym samopoczuciem psychicznym oraz są bardziej autonomiczni i niezależni w relacjach z rodzicami.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania – osoby z terenów miejskich i wiejskich – wyniki wskazują na istotne różnice w zakresie nasilenia ogólnej jakości życia, jak i każdej z domen, poza zdrowiem fizycznym (tabela 5).

Tabela 5. Różnice w jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania w grupie preadolescentów

KIDSCREEN-27	wieś (*n* =707)		miasto (*n* = 649)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Zdrowie fizyczne	3,718	0,725	3,672	0,788	-1,109*	1353,986	,267
Samopoczucie psychiczne	**3,744**	**0,696**	**3,657**	**0,804**	**-2,133***	**1349,48**	**,033**
Niezależność i relacje z rodzicami	**3,643**	**0,735**	**3,560**	**0,823**	**-1,973***	**1353,009**	**,049**
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	**3,643**	**0,878**	**3,598**	**0,917**	**-0,935**	**1354**	**,350**
Środowisko szkolne	**3,465**	**0,806**	**3,372**	**0,931**	**-1,977***	**1349,488**	**,048**

KIDSCREEN-27	wieś (*n* =707)		miasto (*n* = 649)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Jakość życia	**3,657**	**0,581**	**3,584**	**0,666**	**-2,16***	**1350,541**	**,031**

* Nie spełniono założenia sferyczności wariancji

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza porównawcza rezultatów pozwala stwierdzić, że osoby w okresie preadolescencji zamieszkujące tereny wiejskie charakteryzuje wyższe niż osoby z terenów miejskich zadowolenie z życia, mniejsze przeżywanie uczuć smutku i samotności (tabela 5). Czują się bardziej zadowoleni z relacji z rodzicami, mają wystraczająco dużo swobody w decydowaniu o sobie. Osoby z terenów wiejskich również lepiej postrzegają swoje osiągnięcia w nauce oraz środowisko szkolne niż osoby z terenów miejskich. Wsparcie rówieśnicze, jakie mają osoby z terenów wiejskich, jest również na wyższym poziomie niż u osób z miast, co oznacza, że czują się one bardziej akceptowane przez swoich kolegów.

3.2. Poczucie jakości życia wczesnych adolescentów w czasie pandemii COVID-19

Poczucie jakości życia wśród nastolatków we wczesnej adolescencji kształtuje się na poziomie średnim – zarówno ogólnie, jak i w poszczególnych domenach (tabela 6).

Tabela 6. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia dla grupy młodzieży we wczesnej adolescencji

KIDSCREEN-27	*M*	*SD*	*B.S.Ś*	95% CI	
				Dolny	*Górny*
Zdrowie fizyczne	3,471	0,784	0,019	3,433	3,508
Samopoczucie psychiczne	3,428	0,824	0,020	3,389	3,468

KIDSCREEN-27	*M*	*SD*	*B.S.Ś*	95% CI	
				Dolny	*Górny*
Niezależność i relacje z rodzicami	3,497	0,805	0,020	3,458	3,535
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,430	0,938	0,023	3,385	3,475
Środowisko szkolne	3,122	0,868	0,021	3,080	3,163
Jakość życia	3,409	0,643	0,016	3,378	3,440

Źródło: Opracowanie własne.

Domeną, która mimo że wciąż kształtuje się na poziomie przeciętnym, ale wypada najsłabiej, jest domena funkcjonowania w szkole. Wymiar ten określa zdolności poznawcze nastolatka, umiejętność nauki i koncentracji oraz jego odczucia wobec szkoły. Młodzież we wczesnej adolescencji w dobie pandemii najmniej zadowolona jest z funkcjonowania szkolnego.

Porównując wyniki uzyskane przez chłopców i dziewczęta w grupie wczesnych adolescentów, okazuje się, iż istnieją istotne statystycznie różnice w nasileniu jakości życia w grupie wczesnej adolescencji. Jak wskazują wyniki porównań, ogólny poziom jakości życia jest istotnie wyższy u chłopców (tabela 7).

Tabela 7. Różnice w jakości życia między chłopcami i dziewczętami w grupie wczesnych adolescentów

KIDSCREEN-27	chłopcy (*n* = 857)		dziewczęta (*n* = 862)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Zdrowie fizyczne	**3,538**	**0,772**	**3,162**	**0,808**	**9,894***	**1714,284**	**<,001**
Samopoczucie psychiczne	**3,500**	**0,778**	**3,091**	**0,870**	**10,276***	**1698,359**	**<,001**
Niezależność i relacje z rodzicami	**3,570**	**0,808**	**3,324**	**0,822**	**6,262**	**1717**	**<,001**
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,417	0,947	3,331	0,955	1,862	1717	,063
Środowisko szkolne	**3,127**	**0,879**	**3,037**	**0,851**	**2,139**	**1717**	**,033**
Jakość życia	**3,457**	**0,625**	**3,192**	**0,665**	**8,531**	**1717**	**<,001**

* Nie spełniono założenia sferyczności wariancji

Źródło: Opracowanie własne.

Ponadto różnice – na korzyść chłopców – występują w trzech z pięciu domen jakości życia. Chłopcy cechują się wyższym niż dziewczęta poziomem aktywności fizycznej i energii, lepszym samopoczuciem psychicznym, a także mają wyższe poczucie bycia kochanym i wspieranym przez rodziców, zachowując jednocześnie swoją niezależność. Również bardziej pozytywnie postrzegają środowisko szkolne, a w tym własne osiągnięcia. Różnic między płciami nie zaobserwowano w domenie Wsparcie rówieśnicze.

Różnice w zakresie nasilenia ogólnej jakości życia występują również między grupami młodzieży w okresie wczesnej adolescencji zamieszkującej tereny miejskie i wiejskie. Osoby z terenów wiejskich charakteryzują się wyższym poziomem odczuwanej jakości życia niż osoby z terenów miejskich (tabela 8).

Tabela 8. Różnice w jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania w grupie wczesnych adolescentów

KIDSCREEN-27	wieś (*n* =728)		miasto (*n* = 991)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Zdrowie fizyczne	3,384	0,777	3,324	0,836	-1,523	1625,096	,128
Samopoczucie psychiczne	**3,372**	**0,808**	**3,238**	**0,876**	**-3,268**	**1631,591**	**,001**
Niezależność i relacje z rodzicami	**3,503**	**0,811**	**3,405**	**0,832**	**-2,447**	**1717**	**,015**
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,409	0,916	3,348	0,976	-1,329	1717	,184
Środowisko szkolne	3,123	0,831	3,052	0,889	-1,673	1717	,095
Jakość życia	**3,377**	**0,641**	**3,286**	**0,669**	**-2,829**	**1717**	**,005**

∗ Nie spełniono założenia sferyczności wariancji

Źródło: Opracowanie własne.

W grupie wczesnej adolescencji osoby zamieszkujące tereny wiejskie różnią się w zakresie dwóch domen poczucia jakości życia od osób zamieszkujących tereny miejskie (tabela 8). Osoby

z terenów wiejskich charakteryzują się lepszym samopoczuciem psychicznym oraz potrafią być bardziej autonomiczne w relacjach z rodzicami, otrzymując jednocześnie od nich wsparcie.

3.3. Poczucie jakości życia adolescentów właściwych w czasie pandemii COVID-19

Ogólna jakość życia kształtowana przez pięć szczegółowych domen w badanej próby kształtuje się na poziomie wyników niskich.

Tabela 9. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia w adolescencji właściwej

KIDSCREEN-27	*M*	*SD*	*B.S.Ś*	95% CI	
				Dolny	*Górny*
Zdrowie fizyczne	3,095	0,845	0,017	3,060	3,129
Samopoczucie psychiczne	3,141	0,861	0,018	3,106	3,176
Niezależność i relacje z rodzicami	3,336	0,842	0,017	3,302	3,370
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,269	0,959	0,020	3,230	3,307
Środowisko szkolne	2,993	0,855	0,018	2,959	3,028
Jakość życia	3,180	0,654	0,014	3,153	3,206

Źródło: Opracowanie własne.

Młodzież we właściwej adolescencji jest niezadowolona z życia, ich energia życiowa, relacje z rodzicami i rówieśnikami oraz funkcjonowanie szkolne również jest na poziomie niesatysfakcjonującym. Badana młodzież jest niezadowolona z siebie, z życia, z relacji rówieśniczych i rodzinnych czy funkcjonowania szkolnego.

Najniższą średnią wśród wyników grupa młodzieży osiągnęła w domenie Środowisko szkolne, co może sugerować, iż jakość funkcjonowania w szkole w dobie pandemii była wyzwaniem dla nastolatków (tabela 9).

Wyniki uzyskane w porównaniach między płciami uwidaczniają, że istnieją różnice w nasileniu jakości życia w grupie adolescencji właściwej między chłopcami i dziewczętami – ogólny poziom jakości życia jest wyższy u chłopców (tabela 10).

Tabela 10. Różnice w jakości życia między chłopcami i dziewczętami w grupie adolescencji właściwej

KIDSCREEN-27	chłopcy (*n* = 909)		dziewczęta (*n* = 844)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Zdrowie fizyczne	**3,258**	**0,836**	**2,833**	**0,796**	**10,903**	**1751**	**<,001**
Samopoczucie psychiczne	**3,295**	**0,857**	**2,949**	**0,829**	**8,59**	**1751**	**<,001**
Niezależność i relacje z rodzicami	**3,487**	**0,818**	**3,143**	**0,838**	**8,699**	**1751**	**<,001**
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,278	0,973	3,218	0,956	1,296	1751	,195
Środowisko szkolne	3,018	0,856	2,890	0,841	3,147	1751	,002
Jakość życia	**3,294**	**0,637**	**3,009**	**0,628**	**9,441**	**1751**	<,001

Źródło: Opracowanie własne.

Różnice występują także w czterech z pięciu obszarów jakości życia: chłopcy cechują się wyższym niż dziewczęta poziomem aktywności fizycznej i energii, lepszym samopoczuciem psychicznym, mają większe poczucie bycia kochanym i wspieranym przez rodziców, czują się bardziej niezależni. Różnic między płciami nie zaobserwowano w obszarze relacji z rówieśnikami, jak również w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego z ich strony.

Różnice w nasileniu ogólnej jakości życia występują również między grupami młodzieży zamieszkującej tereny miejskie i wiejskie. Analiza porównawcza rezultatów pozwala stwierdzić, że osoby zamieszkujące tereny wiejskie cechuje ogólne wyższe poczucie jakości życia niż osoby zamieszkujące tereny miejskie (tabela 11).

Tabela 11. Różnice w jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania w grupie adolescencji właściwej

KIDSCREEN-27	wieś (*n* = 781)		miasto (*n* = 972)		*t*	*df*	*p* (dwustronna)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
Zdrowie fizyczne	3,094	0,814	3,021	0,866	-1,806*	1708,439	,071
Samopoczucie psychiczne	**3,208**	**0,823**	**3,064**	**0,885**	**-3,523***	**1714,409**	**<,001**
Niezależność i relacje z rodzicami	3,355	0,812	3,294	0,870	-1,51*	1712,067	,131
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	3,263	0,951	3,237	0,976	-0,56	1751	,575
Środowisko szkolne	**3,028**	**0,833**	**2,899**	**0,862**	**-3,147**	**1751**	**,002**
Jakość życia	**3,207**	**0,620**	**3,117**	**0,668**	**-2,9***	**1714,924**	**,004**

* Nie spełniono założenia sferyczności wariancji

Źródło: Opracowanie własne.

Młodzież z terenów wiejskich we właściwej adolescencji charakteryzuje wyższe zadowolenie z życia, mniejsze przeżywanie uczuć (takich jak smutek czy samotność). Osoby z terenów wiejskich również lepiej postrzegają swoje osiągnięcia w nauce i środowisko szkolne niż osoby z terenów miejskich.

3.4. Poczucie jakości życia w okresie preadolescencji, wczesnej i właściwej adolescencji – porównania międzygrupowe

Jednym z postawionych pytań badawczych było pytanie o różnice między odczuwaną jakością życia przez preadolescentów, wczesnych adolescentów i adolescentów właściwych. Podział ten podyktowany etapem rozwojowym umożliwia analizy porównawcze jakości życia z uwzględnieniem specyfiki zmian rozwojowych.

Analiza testem ANOVA wykazała, że między wynikami trzech grup adolescentów występują różnice w zakresie poczucia jakości życia. Analiza *post-hoc* pozwoliła stwierdzić, że każde z porównań międzygrupowych było istotne na poziomie 0,001, zatem z dość dużą pewnością możemy stwierdzić, że średnie we wszystkich grupach różnią się od pozostałych na poziomie istotnym statystycznie (tabela 12).

Są to różnice zarówno na poziomie ogólnej jakości życia, jak i poszczególnych domen funkcjonowania.

Tabela 12. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA

KIDSCREEN-27	I grupa (N=1356)		II grupa (N=1719)		III grupa (N=1753)		Istotność różnic		Eta2
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	***F (2,4825)***	*p*	
Zdrowie fizyczne	**3,761**	0,760	**3,471**	0,784	**3,095**	0,845	**239,998**	**<,001**	0,09
Samopoczucie psychiczne	**3,775**	0,733	**3,428**	0,824	**3,141**	0,861	**186,558**	**<,001**	0,07
Niezależność i relacje z rodzicami	**3,637**	0,788	**3,497**	0,805	**3,336**	0,842	**43,935**	**<,001**	0,02
Rówieśnicy i wsparcie społeczne	**3,695**	0,891	**3,430**	0,938	**3,269**	0,959	**60,067**	**<,001**	0,02
Środowisko szkolne	**3,538**	0,864	**3,122**	0,868	**2,993**	0,855	**112,685**	**<,001**	0,04
Jakość życia	**3,690**	0,632	**3,409**	0,643	**3,180**	0,654	**196,434**	**<,001**	0,08

I grupa – preadolescenci; II grupa – wcześni adolescenci; III grupa – właściwi adolescenci

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza wyników pozwala na wysunięcie wniosków, że młodsi adolescenci cechują się wyższym poczuciem jakości życia, zarówno na poziomie ogólnym, jak i w każdej z domen (mimo że część z nich jest wciąż na poziomie średnim, to widać tendencję spadkową jakości życia wraz z wiekiem). Najwyższe wyniki w odczuwanej jakości życia charakteryzują młodzież w wieku preadolescencji, a najniższe nastolatki w okresie właściwej adolescencji. Uwagę zwraca szczególnie obniżanie się jakości życia w obszarze funkcjonowania szkolnego.

Najtrudniej jest najstarszej młodzieży, podczas gdy najmłodsi radzą sobie lepiej. W domenie Samopoczucia psychicznego w preadolescencji wyniki kształtowały się na poziomie średnich, w okresie adolescencji właściwej były na poziomie niskich. Oznacza to, że z wiekiem samopoczucie psychiczne młodzieży pogarsza się.

3.5. Podsumowanie

Przedstawione wyniki wskazują na kilka prawidłowości dotyczących jakości życia u młodzieży. Po pierwsze, warto zauważyć, że ogólne poczucie jakości życia zależne od zdrowia młodzieży w pandemii COVID-19 kształtuje się na poziomie przeciętnym – zarówno w całej grupie badanej, jak i wśród preadolescentów i wczesnych adolescenów. Niskie wyniki w odczuwanej jakości życia odnotowano wśród najstarszych nastolatków. Prawidłowości te pozostają zgodne z badaniami psychologów rozwojowych i klinicznych. Obniżenie jakości życia wynika z podejmowanych zadań rozwojowych przez starszych adolescentów. Biorąc pod uwagę ogólne prawidłowości, można wnioskować, zgodnie z modelem psychologii kryzysu, że młodzież po roku pandemii weszła w fazę adaptacji. Polega ona na powolnym radzeniu sobie, skoncentrowanym na tworzeniu rozumienia sytuacji, które polega na wielokrotnych zmianach jej przeżywania oraz życia zgodnie z panującymi warunkami.

Warto zauważyć, że chłopcy (niezależnie od etapu rozwojowego) uzyskali wyższe niż dziewczęta wyniki zarówno globalnie, jak i w poszczególnych domenach jakości życia zależnej od zdrowia. Chłopcy cechują się wyższym niż dziewczęta poziomem aktywności fizycznej i energii, lepszym samopoczuciem psychicznym, mają większe poczucie bycia kochanym i wspieranym przez rodziców, czują się bardziej niezależni, a także bardziej pozytywnie postrzegają środowisko szkolne i własne osiągnięcia.

Wydaje się, że rezultat ten jest związany z momentem rozwojowym, gdyż okres dorastania to okres przemian w obszarze zarówno fizycznym, jak i psychicznym, które dla dziewcząt zdają się bardziej dotkliwe. Metaanaliza przeprowadzona przez Jiaqi Xiong i współpracowników (2020) potwierdziła, że wśród czynników ryzyka związanych z kryzysem, jakim jest pandemia, poza obecnością chronicznych lub psychicznych chorób, częstej ekspozycji na informacje dotyczące koronawirusa, znajduje się samo bycie kobietą. Młode dziewczęta są częściej narażone na przejmowanie się swoim zdrowiem, wyglądem, oceną innych. Niepokoją się tym, jak zostaną odebrane zarówno przez rówieśników, jak i przez dorosłych. Pandemia zdaje się nasilać ten trend, który uchwycony został już we wcześniejszych badaniach jakości życia (Oleś, 2010; Biessger, 2005). Badania z 2008 roku Palacio-Viera z zespołem wskazują, że największy spadek jakości życia zaznaczył się właśnie u dziewcząt w wieku 13–18 lat.

Kolejny rezultat z uzyskanych danych to porównanie osób zamieszkujących tereny wiejskie i miejskie. Osoby zamieszkujące tereny wiejskie cechuje ogólne wyższe poczucie jakości życia niż osoby zamieszkujące tereny miejskie. Młodzież z terenów wiejskich (niezależnie od etapu rozwojowego) cechuje wyższy poziom energii, zadowolenie z życia, mniejsze przeżywanie uczuć smutku i samotności. Czują się bardziej zadowoleni z relacji z rodzicami, mają wystarczająco dużo swobody w decydowaniu o sobie, a także lepiej postrzegają swoje osiągnięcia w nauce i środowisko szkolne. Jest to zgodne z badaniami m.in. Zawadzkiej (2014), która analizując wskaźniki zadowolenia z życia młodzieży, wskazuje, że nastolatki z większych aglomeracji miejskich są mniej zadowolone ze swojego życia niż osoby z terenów wiejskich. Autorka wiąże ten fakt z tym, że w mniejszych miejscowościach prawdopodobnie panują silniejsze więzi społeczne, sprzyjające zadowoleniu z życia, mimo że ogólne warunki oferują gorszy dostęp do wyższej jakości edukacji, kultury

czy zajęć rekreacyjnych. Jednocześnie w dobie pandemii wydaje się, że więzi stanowiły kluczowy czynnik ochronny dla dobrego poziomu jakości życia.

Analiza porównań międzygrupowych ujawniła zjawisko obniżania się poczucia jakości życia wraz z wiekiem – zarówno wyniku ogólnego, jak i w każdej z domen. Mimo że wydawałoby się, że pandemia jest głównym czynnikiem pogarszania się jakości życia, to uzyskany wynik jest spójny z badaniami profesor Marii Oleś sprzed ponad dziesięciu lat (2010). Badania autorki wykazały, że w adolescencji właściwej spada jakość życia w wielu obszarach funkcjonowania – m.in. młodzież jest mniej zadowolona nie tylko ze stanu swojego zdrowia, ale także z pogarszających się więzi z innymi, z rozwoju własnej tożsamości. Oleszkowicz i Senejko (2013), poszukując wyjaśnień takiego stanu rzeczy, wskazują m.in. na trudny etap finalizowania czasu beztroski i dzieciństwa. Od młodych ludzi oczekuje się odpowiedzialności, podejmowania w pełni praw decyzyjnych, czy też wejścia na rynek pracy z pełnią sił, który z kolei nieszczególnie sprzyja młodym. Wyniki badań Senejko (2010) wskazują także na to, że okres późniejszej adolescencji jest okresem wzmożonego lęku przed przyszłością, wyzwań decyzyjnych, a także nieustannych porównań społecznych. Uzyskane rezultaty i powyższe interpretacje pozwalają stwierdzić, że ten spadek subiektywnego poczucia jakości życia być może jest bardziej czynnikiem rozwojowym, niż spowodowany pandemią COVID19.

Rozdział 4

4. Związki jakości życia z wybranymi zmiennymi psychospołecznymi

W rozdziale tym przedstawione zostaną związki odczuwanej przez adolescentów jakości życia w poszczególnych obszarach funkcjonowania (fizycznym, psychicznym, autonomii i relacji z rodzicami, funkcjonowaniu rówieśniczym i wsparciu, funkcjonowaniu szkolnym), uogólnionego poczucia jakości życia ze zmiennymi o charakterze psychologicznym, takimi jak: prężność, dostarczane i otrzymywane wsparcie społeczne, radzenie sobie ze stresem, oraz preferowane przez młodzież formy spędzania czasu wolnego. Biorąc pod uwagę rozważania zawarte w części teoretycznej, spodziewano się wystąpienia istotnych związków między jakością życia a prężnością, aktywnym radzeniem sobie ze stresem oraz odczuwanym wsparciem społecznym.

Poszukując związków korelacyjnych między poszczególnymi wymiarami jakości życia oraz zmiennymi podmiotowymi, zastosowano test parametryczny r-Pearsona. 27 zmiennych podmiotowych zostało skorelowanych z poszczególnymi wymiarami jakości życia. Zmienne ze skali prężności: Optymistyczne nastawienie i energia (P1), Wytrwałość i determinacja w działaniu (P2), Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia (P3), Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu (P4), Prężność wynik ogólny (PWO). Zmienne ze skali Mini-COPE podzielone na czynniki i strategie:

Aktywne radzenie sobie (MC1), Bezradność (MC2), Poszukiwanie wsparcia (MC3) oraz Unikanie (MC4). Do strategii radzenia sobie ze stresem zaliczamy: Aktywne radzenie sobie (MS1), Planowanie (MS2), Pozytywne przewartościowanie (MS3), Akceptacja (MS4), Poczucie humoru (MS5), Zwrot ku religii (MS6), Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (MS7), Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (MS8), Zajmowanie się czymś innym (MS9), Zaprzeczanie (MS10), Wyładowanie (MS11), Zażywanie substancji psychoaktywnych (MS12), Zaprzestanie działań (MS13) oraz Obwinianie siebie (MS14). Do zmiennych ze Skali Wsparcia Dostarczanego i Otrzymywanego do analizy włączono: Wsparcie dostarczane zwane transmitowanym (WT) oraz Wsparcie otrzymywane (WO). Ostatnia para zmiennych zawierała: Aktywności z wykorzystaniem mediów elektronicznych (Z1) oraz Aktywności nieangażujące mediów elektronicznych (Z2).

4.1. Związki jakości życia z wybranymi zmiennymi demograficznymi i środowiskowymi

Jak już kilkakrotnie podkreślono, odczuwana jakość życia w okresie adolescencji łączy się z realizacją celów rozwojowych i zmianami zachodzącymi zarówno w osobie, jak i jej relacjach z otoczeniem. Poniżej przedstawiono związki odczuwanej jakości życia adolescentów z wiekiem oraz sytuacją materialną rodziny w percepcji młodzieży.

Wśród badanych adolescentów zaobserwowano ujemne związki między odczuwaną przez nich jakością życia i wiekiem, chociaż są one bardzo słabe. Najwyraźniejsze korelacje między jakością życia i wiekiem zaznaczają się w grupie preadolescentów. W okresie życia 10–12 lat uzyskano prawidłowość, że wraz z wiekiem malał odczuwany przez adolescentów dobrostan. W kolejnych etapach

adolescencji kierunek zależności utrzymywał się, ale siła związków między zmiennymi była już bardzo słaba (tabela 13).

Tabela 13. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i wiekiem badanych

	DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ
I	**-,131****	**-,140****	**-,061***	**-,113****	**-,201****	**-,158****
II	**-,141****	**-,107****	**-,055***	-,038	,008	**-,092****
III	-,023	-,032	**-,053***	**-,090****	-,006	**-,056***

Nota: I – preadolescenci; II – wczesna adolescencja; III – właściwa adolescencja; DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia

*p<.05; **p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

W analizie zależności między odczuwaną jakością życia przez adolescentów a ich subiektywnym poczuciem w zakresie sytuacji materialnej rodziny uzyskano istotne korelacje dodatnie o umiarkowanej sile związku.

Tabela 14. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i sytuacją materialną

	DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ
I	**,262****	**,289****	**,347****	**,235****	**,241****	**,364****
II	**,312****	**,310****	**,348****	,263****	,225****	,379****
III	**,247****	**,249****	**,379****	**,250****	**,201****	**,365****

Nota: I – preadolescenci; II – wczesna adolescencja; III – właściwa adolescencja; DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia

*p<.05; **p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Zarówno ogólny dobrostan, jak i poczucie jakości życia we wszystkich domenach mierzonych kwestionariuszem KIDSCREEN-27 w całej grupie adolescentów koreluje pozytywnie z odczuwaną przez młodzież sytuacją materialną rodziny. Im wyżej adolescenci oceniają pozycję materialną rodziny, tym odczuwają wyższy dobrostan (tabela 14).

4.2. Związki jakości życia z prężnością

W paragrafie tym przedstawione zostaną związki odczuwanej przez adolescentów jakości życia ze zmienną podmiotową o charakterze psychologicznym, jaką jest prężność. Na podstawie analizy literatury oraz badań w grupie dzieci i młodzieży przewidywano, że prężność istotnie wiąże się z odczuwanym dobrostanem (tabela 15).

Tabela 15. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i prężnością

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
I	P1	**,385****	**,468****	**,408****	**,436****	**,385****	**,536****	*2,75*	*0,75*
	P2	**,442****	**,501****	**,428****	**,430****	**,460****	**,580****	*2,85*	*0,73*
	P3	**,404****	**,472****	**,422****	**,419****	**,430****	**,551****	*2,63*	*0,79*
	P4	**,401****	**,423****	**,398****	**,396****	**,408****	**,518****	*2,77*	*0,78*
	WO	**,450****	**,516****	**,457****	**,465****	**,464****	**,603****	*49,57*	*12,33*
II	P1	,413**	,490**	,342**	,369**	,361**	,518**	*2,63*	*0,77*
	P2	,487**	,507**	,386**	,361**	,410**	,563**	*2,65*	*0,73*
	P3	,477**	,509**	,371**	,373**	,419**	,561**	*2,43*	*0,79*
	P4	,411**	,394**	,329**	,297**	,364**	,466**	*2,69*	*0,80*
	PWO	,499**	,532**	,399**	,392**	,433**	,589**	*46,92*	*12,40*
III	P1	**,429****	**,508****	**,336****	**,389****	**,366****	**,549****	*2,60*	*0,80*
	P2	**,480****	**,527****	**,382****	**,356****	**,435****	**,589****	*2,58*	*0,77*
	P3	**,480****	**,527****	**,367****	**,375****	**,438****	**,589****	*2,34*	*0,84*
III	P4	**,419****	**,411****	**,305****	**,294****	**,363****	**,481****	*2,67*	*0,82*
	PWO	**,504****	**,552****	**,388****	**,396****	**,446****	**,616****	*45,95*	*13,04*

Nota: I – preadolescenci; II – wczesna adolescencja; III – właściwa adolescencja; DF

– Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; PWO – Prężność wynik ogólny

∗p<.05; ∗∗p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Związki jakości życia z prężnością wśród preadolescentów

Odczuwana przez preadolescentów jakość życia w domenie fizycznej, psychicznej, niezależności i relacji z rodzicami, rówieśniczej i wsparcia, szkolnej oraz ogólny wynik jakości życia korelują pozytywnie z prężnością oraz wszystkimi jej składnikami: optymistycznym nastawieniem i energią, wytrwałością i determinacją w działaniu, poczuciem humoru i otwartością na nowe doświadczenia, kompetencjami osobistymi i tolerancją negatywnego afektu. Najsilniejsze związki zaznaczają się między poczuciem jakości życia w domenie psychicznej i w wyniku uogólnionego poczucia jakości życia z prężnością.

Związki jakości życia z prężnością wśród wczesnych adolescentów

W grupie młodzieży będącej we wczesnej adolescencji poczucie jakości życia zarówno w wyniku ogólnym, jak i wszystkich pięciu domenach korelowało pozytywnie z prężnością i jej składowymi. Najsilniejsze korelacje ujawniły się między prężnością a ogólnym wynikiem jakości życia, dobrostanem psychicznym i fizycznym. Pozostałe miały umiarkowaną siłę związku. W zakresie składowych prężności najsilniejsze korelacje wystąpiły między optymistycznym nastawieniem i energią, wytrwałością i determinacją w działaniu, poczuciem humoru i otwartością na nowe doświadczenia, kompe-

tencjami osobistymi i tolerancją negatywnego afektu a ogólnym poczuciem jakości życia. Silne dodatnie korelacje cechują także związek dobrostanu psychicznego z wytrwałością i determinacją w działaniu oraz poczuciem humoru i otwartością na nowe doświadczenia. Pozostałe związki mają umiarkowaną siłę korelacji.

Związki jakości życia z prężnością wśród adolescentów właściwych

Odczuwana przez młodzież w wieku 16–19 lat jakość życia, zarówno uogólniona, jak i w poszczególnych domenach, korelowała dodatnio z prężnością i jej składowymi. Najsilniejsze zależności ujawniły się między ogólnym wynikiem jakości życia, zadowoleniem z funkcjonowania fizycznego i dobrostanem psychicznym a wynikiem ogólnym prężności. Ponadto wynik ogólny jakości życia oraz dobrostan psychiczny silnie korelowały z optymistycznym nastawieniem i energią, wytrwałością i determinacją w działaniu, poczuciem humoru i otwartością na nowe doświadczenia. Pozostałe zależności między domenami jakości życia i prężności miały związek dodatni umiarkowany.

4.3. Związki jakości życia z dawanym i otrzymywanym wsparciem

Otrzymywane wsparcie społeczne jest cennym zasobem osobistym, który może pozyskać młody człowiek w sytuacji obecności kapitału wspierającego w otaczającym go środowisku. Zasób ten najczęściej nazywany jest poczuciem wsparcia społecznego. Z kolei wsparcie transmitowane, zwane także wsparciem dawanym innym, jest efektem posiadania dużej, lub co najmniej wystarczającej, ilości zasobów, którymi można się dzielić z innymi. Dzielenie się wsparciem najprawdopodobniej przynosi osobie dającej wsparcie, czyli tracącej pewne zasoby, korzyści w postaci zysków innych za-

sobów, takich jak: poczucie zadowolenia, satysfakcji, wdzięczność innych osób, wzrost poczucia sprawczości itp. Z przeprowadzonych badań na grupie młodzieży wynika, że istnieją istotne związki między otrzymywaniem i dawaniem wsparcia a jakością życia (tabela 16).

Tabela 16. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i otrzymywanym oraz dawanym wsparciem

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
I	WT	**,296****	**,291****	**,328****	**,464****	**,369****	**,437****	*4,17*	*0,59*
	WO	**,447****	**,503****	**,447****	**,434****	**,471****	**,591****	*3,77*	*0,72*
II	WT	**,155****	**,117***	**,218***	**,411***	**,257****	**,283****	*4,19*	*0,63*
	WO	**,361****	**,448****	**,401****	**,414****	**,387****	**,527****	*3,71*	*0,82*
III	WT	**,134****	**,089****	**,140****	**,389****	**,197****	**,234****	*4,26*	*0,67*
	WO	**,268****	**,433****	**,349****	**,500****	**,326****	**,505****	*3,80*	*0,95*

Nota: I – preadolescenci; II – wczesna adolescencja; III – właściwa adolescencja; DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; WT – Wsparcie transmitowane; WO – Wsparcie otrzymywane

*p<.05; **p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Związki jakości życia z dawanym i otrzymywanym wsparciem w preadolescencji

Poczucie jakości życia preadolescentów w wyniku ogólnym oraz we wszystkich pięciu domenach wiąże się pozytywnie ze wsparciem dawanym (transmitowanym) przez preadolecentów innym. Siła tego związku jest umiarkowana. Podobne zależności występują w grupie preadolescentów między poczuciem jakości życia we wszystkich domenach a odczuwanym przez nich wsparciem społecznym. Silne korelacje otrzymano między poczuciem wsparcia a ogólnym wynikiem jakości życia oraz dobrostanem w sferze

psychicznej. Związek odczuwanego wsparcia z jakością życia w domenie fizycznej, autonomii i relacji z rodzicami oraz relacjach rówieśniczych jest umiarkowany.

Związki jakości życia z transmitowanym i otrzymywanym wsparciem we wczesnej adolescencji

Odczuwana przez wczesnych adolescentów ogólna jakość życia oraz dobrostan we wszystkich pięciu domenach korelują pozytywnie z transmitowanym przez młodzież wsparciem. Umiarkowane zależności charakteryzują związek dawanego wsparcia oraz domenę Rówieśnicy i wsparcie. Pozostałe związki są słabe. Znacznie mocniejsze zależności uwidaczniają się między jakością życia a poczuciem wsparcia społecznego wśród wczesnych adolescentów. Silna korelacja dodatnia dotyczy związku ogólnego dobrostanu i otrzymywanego wsparcia społecznego, umiarkowana charakteryzuje relacje odczuwanego wsparcia z dobrostanem w poszczególnych sferach jakości życia.

Związki jakości życia z transmitowanym i otrzymywanym wsparciem we właściwej adolescencji

Jakość życia adolescentów koreluje istotnie ze wsparciem transmitowanym przez młodzież oraz wsparciem otrzymywanym. Wsparcie udzielane przez adolescentów innym wiąże się umiarkowanie z odczuwaną jakością życia w domenie Rówieśnicy i wsparcie. Korelacje wyniku ogólnego i pozostałych domen odczuwanej jakości życia z transmitowanym wsparciem są słabe. Znacznie silniejsze korelacje wystąpiły między odczuwaną przez młodzież jakością życia a odczuwanym wsparciem społecznym. Silny związek charakteryzował relację uogólnionego poczucia jakości życia oraz domeny rówieśnicy i wsparcie z odczuwanym wsparciem społecznym. Związki

o umiarkowanej sile odnotowano między odczuwanym wsparciem a jakością życia w domenach: Funkcjonowanie szkolne, Autonomia i relacje z rodzicami oraz Dobrostan psychiczny. Najsłabsze zależności, choć istotne, wystąpiły między odczuwanym wsparciem i odczuwaną jakością życia w sferze fizycznej.

4.4. Związki jakości życia z radzeniem sobie ze stresem

W paragrafie tym dokonano analiz między odczuwaną przez adolescentów jakością życia i zmiennymi o charakterze zasobów zaradczych na poziomie szczegółowych strategii oraz czynników radzenia sobie ze stresem w każdej z grup adolescentów.

W grupie preadolescentów w obszarze jakości życia w sferze fizycznej odnotowano – w odniesieniu do 14 strategii radzenia sobie ze stresem mierzonych inwentarzem Mini-COPE – występowanie pozytywnych związków, o słabej sile, jakości życia z siedmioma strategiami, takimi jak: Aktywne radzenie, Planowanie, Pozytywne przewartościowanie, Akceptacja, Zwrot ku religii, Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego (tabela 17). Negatywne związki o słabej sile odnotowano między poczuciem dobrostanu w sferze fizycznej a radzeniem sobie przez zaprzestanie działań i obwinianie siebie. W odniesieniu do czynników drugiego rzędu uwidaczniają się pozytywne związki, o umiarkowanej sile, poczucia jakości życia w domenie fizycznej z aktywnym radzeniem sobie i poszukiwaniem wsparcia oraz ujemne, o słabej sile, z radzeniem sobie przez bezradność.

Tabela 17. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i strategiami radzenia sobie w grupie preadolescentów

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
Mini-COPE Czynniki	MC1	**,330****	**,334****	**,329****	**,364****	**,344****	**,433****	*1,74*	*0,60*
	MC2	**-,262****	**-,442****	**-,267****	**-,166****	**-,303****	**-,381****	*0,70*	*0,49*
	MC3	**,300****	**,377****	**,420****	**,430****	**,381****	**,490****	*1,80*	*0,70*
	MC4	0,037	-0,016	**,085****	**,164****	0,041	**,074****	*1,43*	*0,55*
Mini-COPE Strategie	MS1	**,296****	**,298****	**,271****	**,334****	**,300****	**,379****	*1,88*	*0,67*
	MS2	**,238****	**,213****	**,266****	**,269****	**,264****	**,317****	*1,69*	*0,73*
	MS3	**,292****	**,323****	**,285****	**,309****	**,295****	**,385****	*1,65*	*0,75*
	MS4	**,118****	**,146****	**,182****	**,209****	**,141****	**,204****	*1,79*	*0,73*
	MS5	**,074****	0,045	**,087****	**,107****	-0,034	**,074****	*0,91*	*0,82*
	MS6	**,181****	**,162****	**,143****	**,197****	**,240****	**,229****	*1,01*	*0,86*
	MS7	**,278****	**,366****	**,416****	**,401****	**,357****	**,470****	*1,83*	*0,76*
	MS8	**,272****	**,325****	**,355****	**,388****	**,341****	**,429****	*1,76*	*0,78*
	MS9	**,090****	**,099****	**,148****	**,197****	**,095****	**,160****	*1,62*	*0,71*
	MS10	,021	**-,074****	,014	**,104****	-,038	,001	*1,18*	*0,79*
	MS11	-,028	-,052	,034	**,066***	,039	,011	*1,49*	*0,74*
	MS12	-,030	**-,084****	**-,093****	**-,054***	**-,131****	**-,101****	*0,11*	*0,43*
	MS13	**-,239****	**-,308****	**-,184****	**-,125****	**-,233****	**-,284****	*0,85*	*0,70*
	MS14	**-,237****	**-,460****	**-,259****	**-,154****	**-,261****	**-,367****	1,13	0,87

Nota: DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia; MC4 – Unikanie; MS1 – Aktywne radzenie sobie; MS2 – Planowanie; MS3 – Pozytywne przewartościowanie; MS4 – Akceptacja; MS5 – Poczucie humoru; MS6 – Zwrot ku religii; MS7 – Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; MS8 – Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego; MS9 – Zajmowanie się czymś innym; MS10 – Zaprzeczanie; MS11 – Wyładowanie; MS12 – Zażywanie substancji psychoaktywnych; MS13 – Zaprzestanie działań; MS14 – Obwinianie siebie

*p<.05; **p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Dobrostan psychiczny w okresie preadolescencji wykazuje korelacje pozytywne z: aktywnym radzeniem sobie, planowaniem, prze-

wartościowaniem, akceptacją sytuacji, radzeniem religijnym, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, zajmowaniem się czymś innym. Związki zależności są słabe i umiarkowane. Ujemne zależności wystąpiły między dobrostanem psychicznym a radzeniem sobie przez zaprzestanie działań oraz obwinianie siebie. Umiarkowane siły związku cechują korelacje odczuwanego dobrostanu psychicznego z pozytywnym przewartościowaniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego, zaprzestaniem działań i obwinianiem siebie. Pozostałe są słabe. W odniesieniu do czynników drugorzędowych dobrostan psychiczny wiąże się pozytywnie, o umiarkowanej sile, z aktywnym radzeniem i poszukiwaniem wsparcia oraz negatywnie z bezradnością (umiarkowana siła związku).

Zadowolenie z funkcjonowania preadolescentów w obszarze ich niezależności oraz relacji z rodzicami koreluje pozytywnie z aktywnym radzeniem, planowaniem, przewartościowaniem, akceptacją sytuacji, radzeniem religijnym, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, zajmowaniem się czymś innym. Wszystkie związki są słabe, poza korelacją jakości życia z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, która charakteryzuje się umiarkowaną siłą związku. Korelacje negatywne o słabej sile wystąpiły między jakością życia w domenie Autonomia i relacje z rodzicami oraz radzeniem sobie przez zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i obwinianie siebie. W odniesieniu do czynników drugorzędowych jakość życia w obszarze autonomii i relacji z rodzicami koreluje pozytywnie, o umiarkowanej sile, z aktywnym radzeniem i poszukiwaniem wsparcia. Ujemne korelacje o słabej sile występują między dobrostanem w obszarze autonomii i relacji z rodzicami a radzeniem sobie przez bezradność.

Poczucie jakości życia w obszarze relacji rówieśniczych wiąże się pozytywnie z aktywnym radzeniem sobie w sytuacjach trudnych, planowaniem, pozytywnym przewartościowaniem, akceptacją, poczuciem humoru, religijnym radzeniem, poszukiwaniem wsparcia

emocjonalnego i instrumentalnego, zajmowaniem się czymś innym, zaprzeczaniem. Umiarkowana siła związku wystąpiła między jakością życia i aktywnym radzeniem sobie oraz poszukiwaniem wsparcia. Pozostałe związki są słabe. Ujemne słabe związki występują między poczuciem jakości życia w obszarze relacje rówieśnicze i wsparcie a zaprzestaniem działań i obwinianiem siebie. Analiza czynników drugorzędowych w kwestionariuszu Mini-COPE wskazuje na pozytywne umiarkowane związki dobrostanu w domenie Relacje rówieśnicze i wsparcie z aktywnym radzeniem sobie oraz poszukiwaniem wsparcia, a także pozytywne związki o słabej sile z radzeniem sobie przez unikanie sytuacji trudnej. Ujemne korelacje o słabej sile odnotowano między poczuciem jakości życia w domenie Relacje rówieśnicze i wsparcie z radzeniem sobie przez bezradność.

Zadowolenie preadolescentów z funkcjonowania w szkole wiąże się pozytywnie z aktywnym radzeniem, planowaniem, pozytywnym przewartościowaniem, akceptacją sytuacji trudnej, religijnym radzeniem sobie, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, zajmowaniem się czymś innym. Wszystkie związki poza korelacją jakości życia ze strategią poszukiwania wsparcia są słabe. Jakość życia w obszarze szkolnym koreluje z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego na poziomie umiarkowanym. Ujemne zależności o słabej sile występują między dobrostanem wynikającym z funkcjonowania szkolnego i radzeniem sobie przez używanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i obwinianie siebie. Analiza związków czynników drugorzędowych w Mini-COPE z odczuwaną jakością życia w domenie szkolnej wskazuje na pozytywne związki, o umiarkowanej sile, odczuwanej jakości życia z aktywnym radzeniem sobie i poszukiwaniem wsparcia oraz związek negatywny, o umiarkowanej sile, odczuwanej jakości życia z radzeniem sobie przez bezradność.

Ogólne zadowolenie z życia preadolescentów wykazuje pozytywne korelacje o umiarkowanej sile z aktywnym radzeniem sobie,

planowaniem, przewartościowaniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Słabsze korelacje o pozytywnym związku odnotowano między ogólnym dobrostanem a akceptacją sytuacji, radzeniem religijnym, zajmowaniem się czymś innym. Odnotowano także związek negatywny między ogólnym dobrostanem preadolescentów a radzeniem ze stresem przez: obwinianie siebie (o umiarkowanej sile), zażywanie substancji psychoaktywnych i zaprzestanie działań (o słabej sile). W odniesieniu do czynników drugorzędowych w Mini–COPE zaznaczają się pozytywne umiarkowane korelacje między ogólnym poczuciem jakości życia preadolescentów a aktywnym radzeniem sobie oraz poszukiwaniem wsparcia społecznego. Wystąpił także związek negatywny umiarkowany między ogólnym dobrostanem i radzeniem sobie przez bezradność.

W grupie wczesnych adolescentów w obszarze jakości życia w sferze fizycznej odnotowano występowanie pozytywnych związków, o słabej sile, jakości życia z siedmioma strategiami, takimi jak: aktywne radzenie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Negatywne związki o słabej sile odnotowano między poczuciem dobrostanu w sferze fizycznej a radzeniem sobie przez wyładowanie, używanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań (tabela 18). Uzyskano także związek umiarkowany ujemny między dobrostanem fizycznym i radzeniem sobie przez obwinianie siebie. W odniesieniu do czynników drugiego rzędu uwidaczniają się pozytywne związki, o słabej sile, poczucia jakości życia w domenie fizycznej z aktywnym radzeniem sobie i poszukiwaniem wsparcia oraz ujemne umiarkowane związki z radzeniem sobie przez bezradność.

Tabela 18. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i strategiami radzenia sobie w grupie wczesnych adolescentów

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
Mini-COPE Czynniki	MC1	**,294****	**,323****	**,292****	**,266****	**,346****	**,394****	*1,69*	*0,58*
	MC2	**-,360****	**-,528****	**-,331****	**-,192****	**-,269****	**-,460****	*0,86*	*0,54*
	MC3	**,295****	**,403****	**,375****	**,400****	**,337****	**,475****	*1,60*	*0,77*
	MC4	-,044	**-,125****	-,022	**,082****	,028	-,036	*1,35*	*0,54*
Mini-COPE Strategie	MS1	**,284****	**,295****	**,279****	**,248****	**,322****	**,370****	*1,83*	*0,66*
	MS2	**,178****	**,170****	**,183****	**,156****	**,258****	**,240****	*1,70*	*0,72*
	MS3	**,255****	**,320****	**,250****	**,244****	**,264****	**,350****	*1,53*	*0,75*
	MS4	**,112****	**,140****	**,147****	**,099****	**,141***	**,169****	*1,78*	*0,72*
	MS5	**,057***	**,093****	,043	**,094****	-,007	**,077****	*1,04*	*0,79*
	MS6	**,176****	**,159****	**,118****	**,110****	**,213****	**,197****	*0,70*	*0,83*
	MS7	**,287****	**,417****	**,378****	**,395****	**,319****	**,474****	*1,61*	*0,82*
	MS8	**,264****	**,336****	**,322****	**,352****	**,309****	**,413****	*1,59*	*0,83*
	MS9	**,066****	,035	**,086****	**,111****	**,108****	**,099****	*1,60*	*0,70*
	MS10	**-,049***	**-,109****	**-,063***	**,055***	-,034	**-,063****	*1,03*	*0,76*
	MS11	**-,106****	**-,188****	**-,064****	,018	-,006	**-,105****	*1,43*	*0,76*
	MS12	**-,119****	**-,154****	**-,192****	-,026	**-,127****	**-,172****	*0,25*	*0,61*
	MS13	**-,284****	**-,356****	**-,219****	**-,176****	**-,222****	**-,336****	*0,95*	*0,70*
	MS14	**-,337****	**-,556****	**-,287****	**-,188****	**-,219***	**-,439****	1,38	0,91

Nota: DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia; MC4 – Unikanie; MS1 – Aktywne radzenie sobie; MS2 – Planowanie; MS3 – Pozytywne przewartościowanie; MS4 – Akceptacja; MS5 – Poczucie humoru; MS6 – Zwrot ku religii; MS7 – Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; MS8 – Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego; MS9 – Zajmowanie się czymś innym; MS10 – Zaprzeczanie; MS11 – Wyładowanie; MS12 – Zażywanie substancji psychoaktywnych; MS13 – Zaprzestanie działań; MS14 – Obwinianie siebie

*p<.05; **p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Dobrostan psychiczny w okresie wczesnej adolescencji wykazuje korelacje pozytywne, o umiarkowanej sile związku, z pozytywnym przewartościowaniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Związki pozytywne, ale słabe wystąpiły między dobrostanem psychicznym i aktywnym radzeniem, radzeniem sobie przez planowanie, akceptacją sytuacji trudnej, zwrotem ku religii. Ujemne zależności o silnym związku wystąpiły między dobrostanem psychicznym a radzeniem sobie przez obwinianie siebie. Związek ujemny umiarkowany cechował relację jakości życia w domenie psychicznej i radzenie sobie przez zaprzestanie działań. Słaby ujemny związek odnotowano między dobrostanem psychicznym a radzeniem sobie przez zaprzeczanie, wyładowanie i używanie substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do czynników drugorzędowych dobrostan psychiczny wiąże się pozytywnie, o umiarkowanej sile związku, z aktywnym radzeniem i poszukiwaniem wsparcia, mocno negatywnie z bezradnością oraz słabo negatywnie z unikaniem.

Poczucie jakości życia wczesnych adolescentów w obszarze ich niezależności oraz relacji z rodzicami koreluje pozytywnie, o umiarkowanej sile związku, z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Słabe dodatnie korelacje charakteryzują relację dobrostanu w obszarze autonomii i relacji z rodzicami oraz aktywne radzenie sobie, planowanie, przewartościowanie, akceptacje sytuacji, radzenie religijne. Ujemne słabe związki dotyczą jakości życia i radzenia przez obwinianie siebie, zaprzestanie działań, zażywanie środków psychoaktywnych. W odniesieniu do czynników drugorzędowych jakość życia w obszarze autonomii i relacji z rodzicami koreluje pozytywnie, o umiarkowanej sile, z poszukiwaniem wsparcia, pozytywnie, o słabej sile, z aktywnym radzeniem oraz ujemnie, o umiarkowanej sile, z radzeniem sobie przez bezradność.

Poczucie jakości życia wczesnych adolescentów w obszarze relacji rówieśniczych i wsparcia wiąże się pozytywnie z umiarkowaną

siłą z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego oraz ze słabą siłą z aktywnym radzeniem sobie, planowaniem, pozytywnym przewartościowaniem, religijnym radzeniem, zajmowaniem się czymś innym. Ujemne słabe związki uwidaczniają się między dobrostanem w domenie Rówieśnicy i wsparcie a zaprzestaniem działań i obwinianiem siebie. Analiza czynników drugorzędowych w kwestionariuszu Mini-COPE wskazuje na pozytywne umiarkowane związki jakości życia z poszukiwaniem wsparcia oraz pozytywne związki o słabej sile z aktywnym radzeniem sobie. Ujemne korelacje o słabej sile odnotowano między poczuciem jakości życia w domenie Relacje rówieśnicze i wsparcie z radzeniem sobie przez bezradność.

Zadowolenie wczesnych adolescentów z funkcjonowania w szkole wiąże się pozytywnie o umiarkowanej sile z aktywnym radzeniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Związki pozytywne o słabej sile łączą dobrostan szkolny wczesnych adolescentów z radzeniem sobie przez planowanie, przewartościowanie, akceptację sytuacji trudnej, zwrot ku religii, zajmowanie się czymś innym. Ujemne zależności o słabej sile wystąpiły między dobrostanem wynikającym z funkcjonowania szkolnego i radzeniem sobie przez używanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i obwinianie siebie. Analiza związków czynników drugorzędowych w Mini-COPE z odczuwaną jakością życia w domenie szkolnej wskazuje na pozytywne związki o umiarkowanej sile odczuwanej jakości życia z aktywnym radzeniem sobie i poszukiwaniem wsparcia. Wystąpił także związek negatywny o słabej sile odczuwanej jakości życia w środowisku szkolnym z radzeniem sobie przez bezradność.

Ogólne zadowolenie z życia wczesnych adolescentów wykazuje pozytywne korelacje o umiarkowanej sile z aktywnym radzeniem sobie, przewartościowaniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Słabsze korelacje o pozytywnym związ-

ku odnotowano między ogólnym dobrostanem a planowaniem, akceptacją sytuacji, radzeniem religijnym. Zarejestrowano także związek negatywny o umiarkowanej sile między ogólnym dobrostanem wczesnych adolescentów a radzeniem ze stresem przez zaprzestanie działań i obwinianie siebie oraz związek negatywny o słabej sile między ogólnym dobrostanem a używaniem substancji psychoaktywnych i wyładowaniem. W odniesieniu do czynników drugorzędowych w Mini-COPE zaznaczają się pozytywne umiarkowane korelacje między ogólnym poczuciem jakości życia a aktywnym radzeniem sobie i poszukiwaniem wsparcia społecznego oraz związek negatywny umiarkowany między ogólnym dobrostanem i radzeniem sobie przez bezradność.

Wśród adolescentów właściwych odczuwana jakość życia w sferze Zdrowie fizyczne korelowała dodatnio z następującymi strategiami radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Siła związku była słaba. Negatywne związki o słabej sile odnotowano między poczuciem dobrostanu w sferze fizycznej a radzeniem sobie przez wyładowanie, używanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i obwinianie siebie (tabela 19). W odniesieniu do czynników drugiego rzędu uwidacznia się pozytywny związek o umiarkowanej sile poczucia jakości życia w domenie fizycznej z aktywnym radzeniem sobie oraz związek pozytywny o słabej sile z radzeniem sobie przez poszukiwanie wsparcia społecznego. Otrzymano także związki ujemne o słabej sile między jakością życia w domenie fizycznej i bezradnością.

Tabela 19. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i strategiami radzenia sobie w grupie właściwych adolescentów

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
Mini-COPE Czynniki	MC1	**,329****	**,377****	**,282****	**,289****	**,348****	**,436****	*1,67*	*0,58*
	MC2	**-,286****	**-,515****	**-,290****	**-,119****	**-,277****	**-,424****	*1,07*	*0,64*
	MC3	**,208****	**,376****	**,319****	**,416****	**,284****	**,434****	*1,54*	*0,78*
	MC4	**-,088****	**-,140****	-,025	**,074***	,043	**-,053***	*1,36*	*0,55*
Mini-COPE Strategie	MS1	**,299****	**,325****	**,250****	**,240****	**,294****	**,379****	*1,80*	*0,67*
	MS2	**,224****	**,208****	**,177****	**,205****	**,268****	**,283****	*1,71*	*0,73*
	MS3	**,279****	**,384****	**,259****	**,258****	**,285****	**,399****	*1,50*	*0,76*
	MS4	**,142****	**,163****	**,200****	**,174****	**,227****	**,240****	*1,84*	*0,71*
	MS5	**,103****	**,131****	**,074****	**,161****	**,050***	**,140****	*1,19*	*0,79*
	MS6	**,123****	**,107***	**,049***	**,051***	**,147****	**,123****	*0,66*	*0,83*
	MS7	**,212****	**,384****	**,323****	**,401****	**,267****	**,432****	*1,55*	*0,83*
	MS8	**,175****	**,314****	**,268****	**,370****	**,260****	**,373****	*1,53*	*0,84*
	MS9	,010	,001	**,070****	**,087****	**,117****	**,068****	*1,59*	*0,71*
	MS10	**-,059***	**-,121****	**-,065****	,023	-,034	**-,079****	*1,00*	*0,74*
	MS11	**-,136****	**-,177****	**-,056***	**,053***	,016	**-,098****	*1,48*	*0,78*
	MS12	**-,085****	**-,224****	**-,206****	**,047***	**-,173****	**-,190****	*0,60*	*0,88*
	MS13	**-,298****	**-,420****	**-,217****	**-,155****	**-,253****	**-,373****	*1,03*	*0,74*
	MS14	**-,272****	**-,516****	**-,230****	**-,168****	**-,205****	**-,398****	1,60	0,92

Nota: DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia; MC4 – Unikanie; MS1 – Aktywne radzenie sobie; MS2 – Planowanie; MS3 – Pozytywne przewartościowanie; MS4 – Akceptacja; MS5 – Poczucie humoru; MS-6 – Zwrot ku religii; MS7 – Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego; MS8 – Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego; MS9 – Zajmowanie się czymś innym; MS10 – Zaprzeczanie; MS11 – Wyładowanie; MS12 – Zażywanie substancji psychoaktywnych; MS13 – Zaprzestanie działań; MS14 – Obwinianie siebie

*p<.05; **p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

W grupie młodzieży w wieku 15–19 lat wykazano pozytywne związki o umiarkowanej sile odczuwanego dobrostanu psychicznego z: aktywnym radzeniem sobie, pozytywnym przewartościowaniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, a także związki słabe pozytywne z planowaniem, akceptacją sytuacji trudnej, poczuciem humoru, zaangażowaniem religijnym. Ujemne zależności o silnym związku wystąpiły między dobrostanem psychicznym a radzeniem sobie przez obwinianie siebie. Związek ujemny umiarkowany cechował relację jakości życia w domenie psychicznej i radzenie sobie przez zaprzestanie działań. Słaby ujemny związek odnotowano między dobrostanem psychicznym a radzeniem sobie przez zaprzeczanie, wyładowanie i używanie substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do czynników drugorzędowych dobrostan psychiczny wiąże się silnie negatywnie z bezradnością oraz słabo z unikaniem. Związki pozytywne o umiarkowanej sile wystąpiły między poczuciem jakości życia w domenie psychicznej i aktywnym radzeniem oraz poszukiwaniem wsparcia społecznego.

Poczucie jakości życia adolescentów właściwych w obszarze ich niezależności oraz relacji z rodzicami koreluje pozytywnie o umiarkowanej sile związku z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego. Słabe dodatnie korelacje charakteryzują relację dobrostanu w obszarze autonomii i relacji z rodzicami oraz aktywne radzenie sobie, planowanie, przewartościowanie, akceptacja sytuacji, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Ujemne słabe związki wystąpiły między jakością życia w obszarze autonomii i relacji z rodzicami a radzeniem sobie przez obwinianie siebie, zaprzestanie działań i używanie środków psychoaktywnych. W odniesieniu do czynników drugorzędowych jakość życia w obszarze autonomii i relacji z rodzicami koreluje pozytywnie o umiarkowanej sile z poszukiwaniem wsparcia, pozytywnie o słabej sile z aktywnym radzeniem

sobie. Wystąpił także ujemny związek o słabej sile, zadowolenia ze sfery autonomii i relacji z rodzicami z radzeniem sobie przez bezradność.

Poczucie jakości życia młodzieży w adolescencji właściwej w obszarze relacji rówieśniczych i wsparcia wiąże się pozytywnie z umiarkowaną siłą z poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego oraz ze słabą siłą z aktywnym radzeniem sobie, planowaniem, pozytywnym przewartościowaniem, akceptacją, poczuciem humoru. Ujemne słabe związki uwidaczniają się między dobrostanem w domenie Relacje rówieśnicze i wsparcie a zaprzestaniem działań i obwinianiem siebie. Analiza czynników drugorzędowych w kwestionariuszu Mini-COPE wskazuje na pozytywne umiarkowane związki jakości życia z poszukiwaniem wsparcia oraz słabe z aktywnym radzeniem sobie i unikaniem. Ujemne korelacje o słabej sile odnotowano między poczuciem jakości życia w domenie Relacje rówieśnicze i wsparcie z radzeniem sobie przez bezradność.

Zadowolenie adolescentów z funkcjonowania w szkole wiąże się pozytywnie o słabej sile z aktywnym radzeniem, planowaniem, pozytywnym przewartościowaniem, akceptacją sytuacji, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, zaangażowaniem religijnym, zajmowaniem się czymś innym. Ujemne zależności o słabej sile wystąpiły między dobrostanem wynikającym z funkcjonowania szkolnego i radzeniem sobie przez używanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i obwinianie siebie. Analiza związków czynników drugorzędowych w Mini-COPE z odczuwaną jakością życia w domenie szkolnej wskazuje na pozytywne związki o umiarkowanej sile odczuwanej jakości życia z aktywnym radzeniem sobie i słabe związki z poszukiwaniem wsparcia i unikaniem sytuacji trudnej. Słaby ujemny związek odnotowano między dobrostanem szkolnym i radzeniem sobie przez bezradność. Ogólna jakość życia adolescentów właściwych wykazuje pozy-

tywne korelacje o umiarkowanej sile z aktywnym radzeniem sobie, przewartościowaniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Słabsze korelacje o pozytywnym związku odnotowano między ogólnym dobrostanem a planowaniem, akceptacją sytuacji, radzeniem religijnym, poczuciem humoru. Odnotowano także związek negatywny o umiarkowanej sile między ogólnym dobrostanem wczesnych adolescentów a radzeniem ze stresem przez zaprzestanie działań i obwinianie siebie oraz związek negatywny o słabej sile między ogólnym dobrostanem a używaniem substancji psychoaktywnych. W odniesieniu do czynników drugorzędowych w Mini-COPE zaznaczają się pozytywne umiarkowane korelacje między ogólnym poczuciem jakości życia a aktywnym radzeniem sobie i poszukiwaniem wsparcia społecznego oraz związek negatywny umiarkowany między ogólnym dobrostanem i radzeniem sobie przez bezradność.

4.5. Związki jakości życia z preferowanymi przez adolescentów sposobami spędzania czasu wolnego

Sposoby spędzania czasu wolnego związane są z rozwojem kompetencji młodych ludzi. Odnoszenie satysfakcji płynącej z własnej aktywności, zwłaszcza nastawionej na relacje z innymi, w istotny sposób wzmacnia zasoby odpornościowe. W autorskiej ankiecie dotyczącej form spędzania czasu wolnego ujęte zostały różne aktywności przejawiane przez adolescentów, wynikające z opisów ich zainteresowań oraz zweryfikowane na podstawie badań pilotażowych. Analiza czynnikowa wykazała, że aktywności przejawiane przez młodych ludzi układają się według klucza: z wykorzystaniem mediów elektronicznych i bez użycia mediów (por. rozdz. 2). Poniżej przedstawiamy korelacje tychże form zainteresowań młodzieży z odczuwaną przez nich jakością życia.

Tabela 20. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i formami spędzania czasu wolnego

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
I	Z1	,024	**-,080****	,036	**,171****	**-,108****	,006	*3,42*	*0,72*
	Z2	**,283****	**,269****	**,184****	**,303****	**,374****	**,348****	*2,98*	*0,80*
II	Z1	,032	-,035	**,075****	**,248****	,019	**,076****	*3,64*	*0,65*
	Z2	**,200****	**,149****	**,126****	**,162****	**,214****	**,213****	*2,35*	*0,74*
III	Z1	,046	,032	**,109****	**,275****	**,054***	**,130****	*3,75*	*0,71*
	Z2	**,156****	**,100****	**,118****	**,118****	**,135****	**,164****	*2,15*	*0,73*

Nota: DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; Z1 – Zainteresowanie z wykorzystaniem mediów elektronicznych; Z2 – Zainteresowania nieangażujące mediów elektronicznych

* p<.05; ** p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Związki jakości życia z preferowanymi przez preadolescentów sposobami spędzania czasu wolnego

Wśród preadolescentów poczucie jakości życia w domenie fizycznej, dobrostanu psychicznego, zadowolenia z funkcjonowania w obszarze autonomii oraz relacji z rodzicami, zadowolenia z funkcjonowania w szkole oraz wynik uogólnionej jakości życia wiążą się pozytywnie z zaangażowaniem młodzieży w aktywności związane ze spędzaniem wolnego czasu bez używania mediów elektronicznych. Poczucie jakości życia w obszarze relacji rówieśniczych wiąże się pozytywnie z aktywnym spędzaniem czasu wolnego zarówno z użyciem, jak i bez użycia elektroniki. Ujemne zależności o słabej sile związku wystąpiły między zadowoleniem z funkcjonowania szkolnego a spędzaniem czasu wolnego przez preadolescentów przez zaangażowanie w używanie mediów elektronicznych.

Związki jakości życia z preferowanymi przez wczesnych adolescentów sposobami spędzania czasu wolnego

W grupie wczesnych adolescentów poczucie jakości życia ogólne oraz we wszystkich domenach koreluje pozytywnie, o słabej sile związku, ze spędzaniem czasu wolnego bez użycia mediów elektronicznych. Można także zauważyć słabe pozytywne związki między jakością życia w domenie Wsparcie społeczne i rówieśnicy a spędzaniem przez młodzież czasu przez korzystanie z elektroniki.

Związki jakości życia z preferowanymi przez właściwych adolescentów sposobami spędzania czasu wolnego

Odczuwana przez adolescentów jakość życia wiąże się pozytywnie, o słabej sile, z aktywnym spędzaniem czasu w sposób tradycyjny, bez użycia mediów. Pozytywne związki, słabe, cechują także odczuwaną jakość życia w sferze autonomia i relacje z rodzicami, rówieśnicy i wsparcie oraz uogólnione poczucie jakości życia ze spędzaniem czasu wolnego z wykorzystaniem mediów elektronicznych.

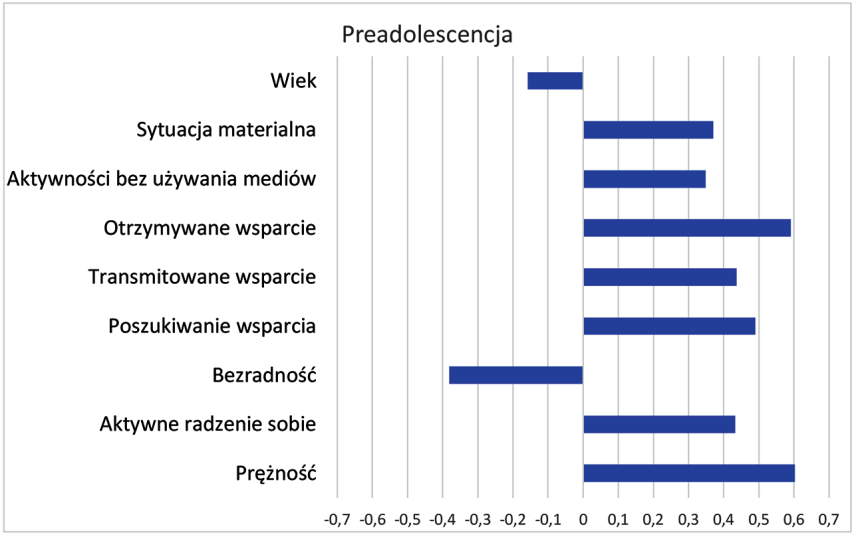
4.6. Podsumowanie

Podsumowując rozważania nad odczuwaną przez adolescentów jakością życia i jej korelatami, odniesiono się do uogólnionego wyniku odczuwanej jakości życia, który jest sumą dobrostanu odczuwanego przez młodzież w poszczególnych domenach.

Jakość życia preadolescentów wykazuje silne związki pozytywne z prężnością oraz otrzymywanym wsparciem społecznym, związki pozytywne umiarkowane z aktywnym radzeniem sobie w sytuacjach trudnych, dawanym wsparciem oraz poszukiwaniem

wsparcia społecznego, spędzaniem czasu wolnego przez aktywności bez użycia mediów elektronicznych. Pozytywne związki odnotowano także między odczuwaną jakością życia i spostrzeganą przez preadolescentów sytuacją materialną rodziny. Negatywne związki cechują odczuwaną jakość życia w okresie preadolescencji i radzenie sobie przez bezradność (za pomocą zaprzestania działań, obwiniania siebie oraz używania substancji psychoaktywnych). Negatywne związki wystąpiły także między odczuwaną przez preadolescentów jakością życia i wiekiem (wykres 2).

Wykres 2. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie preadolescentów



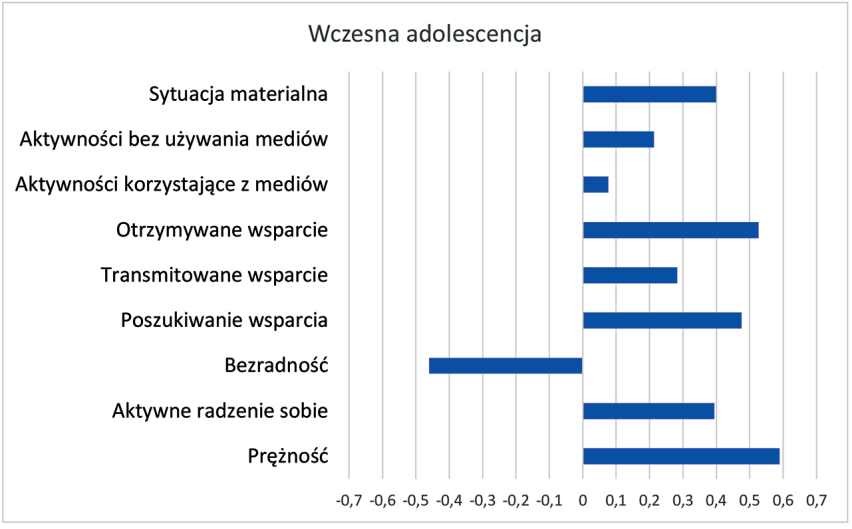
Źródło: Opracowanie własne.

Odczuwana przez nastolatków w wieku 10–12 lat jakość życia wzrasta wraz z nasileniem optymistycznego nastawienia i energii, wytrwałości i determinacji w działaniu, poczucia humoru i otwartości na nowe doświadczenia, wzrostem kompetencji osobistych oraz kontrolą emocji, radzeniem sobie w sposób aktywny, poszukiwa-

niem wsparcia w czasie pandemii. Wzrasta ona także wraz z nasileniem zaangażowania się preadolescentów w aktywne spędzanie czasu wolnego z rówieśnikami i dawanie im wsparcia oraz ze wzrostem dobrobytu odczuwanego przez preadolescentów. Odczuwana jakość życia maleje wraz ze wzrostem takich sposobów radzenia sobie z trudnościami, jak: zaprzestanie działań, obwinianie siebie oraz używanie substancji psychoaktywnych (radzenie sobie przez bezradność). Dzieci starsze, w wieku 10–12 lat, mają poczucie niższej jakości życia niż młodsze w tym przedziale. Preadolescencja jest okresem przejściowym między dzieciństwem a adolescencją, wiąże się z podejmowaniem nowych zadań, z wieloma zmianami w życiu młodej osoby, która doświadcza kryzysu rozwojowego. Jest przejściem od zaspokajania potrzeb i płynącej z tego satysfakcji głównie przez rodziców do czerpania zadowolenia z życia głównie przez własną aktywność. Z aktywnością rozwojową młodzieży w tym okresie związane są także zmiany w wartościowaniu, które odzwierciedlają kierunek rozwoju (Łubianka i Filipiak, 2019). Jakość życia dorastającej młodzieży obniża się, co jest zjawiskiem naturalnym, związanym z kryzysem rozwojowym (Oleś 2010). Dodatkowo mogły przyczynić się do tego czynniki zewnętrzne związane z pandemią i licznymi ograniczeniami społecznymi.

Pozytywnymi korelatami jakości życia wczesnych adolescentów są: prężność, aktywne radzenie sobie ze stresem, poszukiwanie wsparcia społecznego, otrzymywane wsparcie od innych oraz dawane przez młodzież wsparcie innym, aktywne sposoby spędzania czasu wolnego bez użycia mediów elektronicznych oraz dobra sytuacja materialna. Negatywnym korelatem odczuwanej przez wczesnych adolescentów jakości życia jest radzenie sobie ze stresem przez bezradność (zaprzestanie działań, używanie substancji psychoaktywnych oraz obwinianie siebie) (wykres 3).

Wykres 3. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie wczesnej adolescencji



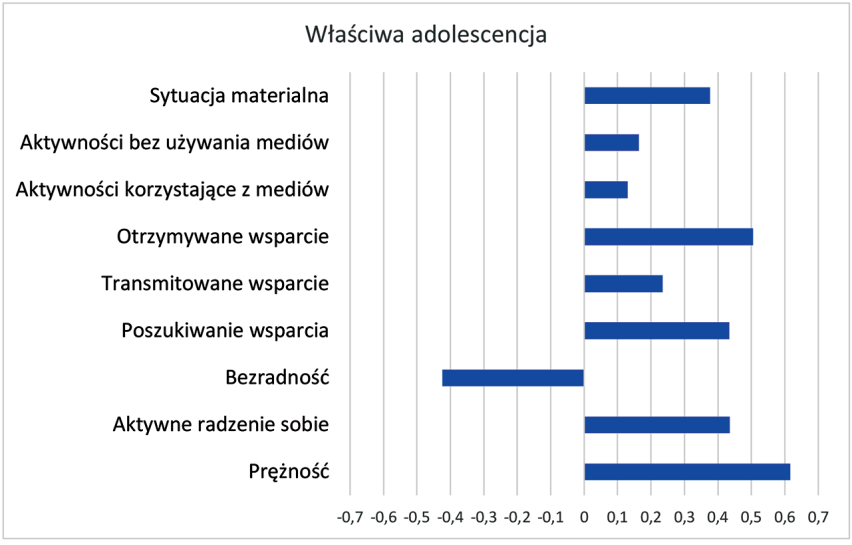
Źródło: Opracowanie własne.

Odczuwana przez wczesnych adolescentów jakość życia wzrasta wraz z nasileniem prężności, aktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, aktywnych sposobów spędzania czasu wolnego, odczuwanym wsparciem i transmitowanym wsparciem społecznym. Odczucie dobrostanu zwiększa się także wraz ze wzrostem poczucia dobrobytu materialnego. Czynnikiem wpływającym negatywnie na odczuwaną jakość życia jest radzenie sobie przez bezradność.

W okresie adolescencji właściwej odczuwana jakość życia koreluje pozytywnie z prężnością, poszukiwaniem wsparcia społecznego, aktywnym radzeniem sobie, transmitowanym wsparciem oraz odczuwanym wsparciem, a także z aktywnymi sposobami spędzania czasu wolnego, zarówno bez korzystania, jak i z wykorzystaniem mediów elektronicznych. Pozytywne związki otrzymano także między odczuwaną jakością życia i spostrzeganą sytuacją materialną.

Negatywne zależności wystąpiły między odczuwaną jakością życia i radzeniem sobie przez bezradność (wykres 4).

Wykres 4. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie właściwej adolescencji



Źródło: Opracowanie własne.

Jakość życia odczuwana przez adolescentów właściwych wzrasta wraz z nasileniem prężności, radzeniem sobie ze stresem przez strategie aktywne i poszukiwanie wsparcia, z odczuwanym wsparciem społecznym, ale i wsparciem dawanym innym oraz wraz z aktywnym spędzaniem czasu wolnego z rówieśnikami (zarówno bezpośrednio, jak i z wykorzystaniem mediów elektronicznych). Jakość życia odczuwana przez adolescentów wzrasta wraz z nasileniem spostrzeganej przez nich sytuacji materialnej. Odczuwana jakość życia obniża się w przypadku stosowania przez młodzież strategii radzenia sobie ze stresem o charakterze bezradności, takich jak: zaprzestanie działań, obwinianie siebie i używanie substancji psychoaktywnych.

We wszystkich trzech podgrupach wiekowych okresu adolescencji ujawniają się istotne czynniki związane z jakością życia. Należą do nich: prężność, aktywne radzenie sobie i radzenie przez poszukiwanie wsparcia, poczucie wsparcia społecznego i dawanie wsparcia innym, angażowanie się w aktywne formy spędzania czasu wolnego. Dodatkowo odczuwana jakość życia wiąże się z odczuwanym dobrobytem rodziny. Uzyskane zależności pozostają zgodne z doniesieniami innych badaczy. Ogińska-Bulik i Juczyński (2011) wprost nazywają prężność kluczem do zdrowia. Na istotną rolę prężności w zachowaniu dobrostanu podczas pandemii wskazują także Caqueo-Urízar i współpracownicy (2022). Rolę aktywnego radzenia sobie oraz poszukiwania wsparcia społecznego dla przystosowania osobistego i odczuwanego dobrostanu podkreślają m.in.: Hobfoll (2011), Smith i Yang (2017), Heffer i Willoughby (2017), Chwaszcz i współpracownicy (2020). Liczni autorzy wskazują na bezpośredni związek poczucia wsparcia społecznego z odczuwaną jakością życia (Dębska i Komorowska, 2007; Gayatri i Irawaty, 2021; R. Jones i in., 2021), inni zaś na związek odczuwanego dobrostanu z wiekiem i zadaniami rozwojowymi oraz sytuacją ekonomiczną rodziny (Masten, 2004; Verger i in., 2021). Maria Oleś (2010) zwraca także uwagę, że w okresie preadolescencji następuje zmiana odczuwanej jakości życia – z jakości odbieranej jako efekt działań dorosłych zaspokajających potrzeby dziecka na odczuwaną jakość życia jako efekt własnej aktywności i budowania relacji z otoczeniem. Zmiana ta najprawdopodobniej znalazła odzwierciedlenie w obniżeniu wraz z wiekiem odczuwanego dobrostanu w grupie preadolescentów.

W kolejnym rozdziale postarano się odpowiedzieć, które z czynników związanych z jakością życia adolescentów kształtują ją w największym stopniu.

Rozdział 5

5. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia adolescentów w czasie trwającej pandemii COVID-19

Do zbadania potencjalnych predyktorów jakości życia w badanych grupach adolescentów zastosowano analizę wielokrotnej regresji liniowej z wykorzystaniem metody wprowadzania. Przeprowadzono trzystopniowy proces wprowadzania danych. Analizy regresji były prowadzone niezależnie w podziale na grupy wiekowe badanych (preadolescencja, wczesna adolescencja, właściwa adolescencja). Do modelu wprowadzono 14 zmiennych podzielonych na trzy grupy. Pierwsza wprowadzona grupa zawierała zmienne demograficzne: płeć, wiek oraz czy dziecko chorowało na COVID-19 (Chorowanie na COVID-19). Do drugiej grupy zakwalifikowano następujące zmienne środowiskowe: miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, czy dziecko posiada własny pokój (Posiadanie pokoju), wykształcenie ojca i matki. Ostatnia grupa zmiennych wprowadzonych do modelu zawierała: wyniki skali prężności, aktywnego radzenia sobie jako strategii radzenia ze stresem, bezradności jako strategii radzenia sobie oraz wyniki skali zainteresowań niemedialnych. Zmienne do modelu regresji zostały dobrane na podstawie literatury przedmiotu oraz wyników interkorelacji. Statystyki współliniowości (tolerancja i VIF) dla wszystkich zmiennych we wszystkich

modelach były satysfakcjonujące, zostały spełnione również założenia wielowspółliniowości (Hair i in., 2014).

5.1. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia preadolescentów

Pierwszy model regresji przeprowadzony w grupie preadolescentów (F (3, 1134) = 15,974, p < 0,001) przewidywał 4% wariancji zmiennej jakości życia w próbie ze współczynnikiem determinacji skorygowane =0,038 (tabela 21). Wskazał on na dwa istotnie statystyczne predyktory jakości życia: wiek (β = – 0,180, t = – 6,155, p <,001) oraz płeć (β = – 0,084, t = – 2,876, p <,01) (tabela 22). Dodanie zmiennych środowiskowych do modelu regresji (F (8, 1134) = 27,959, p < 0,001) wyjaśniło dodatkowych 12% wariancji zmiennej jakości życia w próbie ze współczynnikiem determinacji skorygowane = 0,160 (tabela 21). Dodanie zmiennych środowiskowych pozwoliło na wyodrębnienie następujących predyktorów jakości życia: wiek (β = – 0,190, t = – 6,931, p <,001), płeć (β = – 0,075, t = – 2,765, p <,01), sytuacja materialna (β = 0,340, t = 12,246, p <,001) i posiadanie pokoju (β = 0,054, t = 1,973, p <,05) (tabela 22).

Tabela 21. Podsumowanie modeli jakości życia: wielokrotna analiza regresji w grupie preadolescentów

Model	R	R2	Skorygowane R2	Zmiana R2	F zmiany	*p*
Preadolescencja						
1	,202	,041	,038	,041	15,974	<,001
2	,407	,166	,160	,125	33,762	<,001
3	**,717**	**,515**	**,509**	**,349**	**201,663**	<,001

Źródło: Opracowanie własne.

Wprowadzenie zmiennych zasobów odpornościowych (F (15, 1134) = 99,147, p < 0,001) do modelu zwiększyło procent wyjaśnianej wa-

riancji zmiennej jakości życia w próbie do 51% przy współczynniku determinacji skorygowane =0,509 (tabela 21). Ostatni model zawiera dziewięć istotnych statystycznie predyktorów jakości życia w badanej grupie: wiek (β = – 0,084, t = – 3,882, p <,001), płeć (β = – 0,091, t = – 4,212, p <,001), miejsce zamieszkania (β = 0,046, t = 2,193, p <,01), sytuacja materialna (β = 0,214, t = 9,858, p <,001), wykształcenie matki (β = 0,064, t = 2,103, p <,05), prężność (β = 0,324, t = 11,742, p <,001), aktywne radzenie sobie (β = 0,144, t = 5,544, p <,001), bezradność (β = – 0,221, t = – 9,930, p <,001) oraz zainteresowania niemedialne (β = 0,190, t = 7,959, p <,001) (tabela 22).

Tabela 22. Wielokrotna analiza regresji przewidująca jakość życia wśród preadolescentów

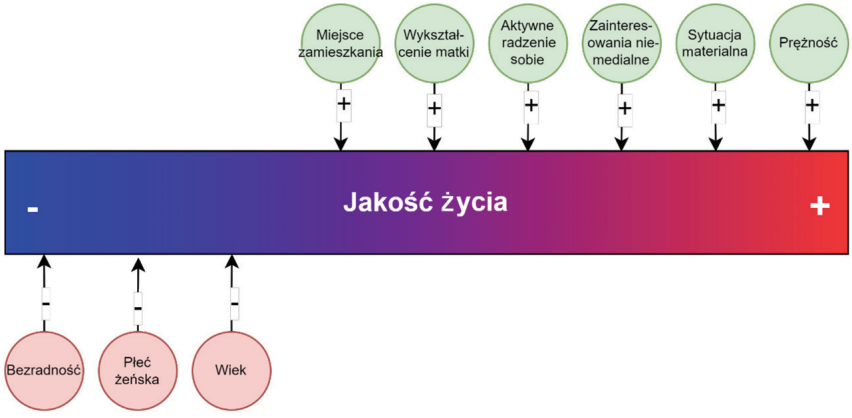
Model	Zmienne	Współczynniki niestandaryzowane		*Beta*	*t*	*p*	95% Przedział ufności		Współliniowość	
		B	S.E.				Dolna	Górna	Tolerancja	VIF
1	Stała	5,351	,260		20,582	<,001	4,841	5,861		
	Wiek	-,140	,023	-,180	-6,155	<,001	-,185	-,096	,994	1,006
	Płeć	-,103	,036	-,084	-2,876	,004	-,174	-,033	,999	1,001
	Chorowanie na COVID-19	-,040	,052	-,023	-,781	,435	-,142	,061	,994	1,006
2	Stała	4,078	,272		14,966	<,001	3,543	4,613		
	Wiek	-,148	,021	-,190	-6,931	<,001	-,190	-,106	,990	1,010
	Płeć	-,093	,034	-,075	-2,765	,006	-,159	-,027	,998	1,002
	Chorowanie na COVID-19	-,036	,049	-,020	-,748	,455	-,131	,059	,991	1,009
	Miejsce zamieszkania	,040	,034	,032	1,164	,245	-,027	,107	,973	1,028
	Sytuacja materialna	,275	,022	,340	12,246	<,001	,231	,319	,963	1,038
	Posiadanie pokoju	,166	,084	,054	1,973	,049	,001	,331	,987	1,013
	Wykształcenie ojca	-,026	,017	-,062	-1,570	,117	-,059	,007	,472	2,120
	Wykształcenie matki	,020	,018	,044	1,103	,270	-,015	,054	,476	2,101

Model	Zmienne	Współczynniki niestandaryzowane		*Beta*	*t*	*p*	95% Przedział ufności		Współliniowość	
		B	S.E.				Dolna	Górna	Tolerancja	VIF
3	Stała	2,331	,229		10,187	<,001	1,882	2,780		
	Wiek	-,066	,017	-,084	-3,882	<,001	-,099	-,033	,916	1,092
	Płeć	-,113	,027	-,091	-4,212	<,001	-,165	-,060	,921	1,086
	Chorowanie na COVID-19	-,036	,037	-,020	-,973	,331	-,109	,037	,989	1,012
	Miejsce zamieszkania	,057	,026	,046	2,193	,029	,006	,108	,972	1,029
	Sytuacja materialna	,173	,018	,214	9,858	<,001	,139	,208	,918	1,089
	Posiadanie pokoju	,033	,064	,011	,519	,604	-,093	,160	,982	1,019
	Wykształcenie ojca	-,014	,013	-,034	-1,104	,270	-,040	,011	,468	2,136
	Wykształcenie matki	,029	,014	,064	2,103	,036	,002	,055	,474	2,111
	Prężność	,016	,001	,324	11,742	<,001	,014	,019	,568	1,761
	Aktywne radzenie sobie	,150	,027	,144	5,544	<,001	,097	,203	,643	1,555
	Bezradność	-,286	,029	-,221	-9,930	<,001	-,342	-,229	,870	1,150
	Zainteresowania niemedialne	,148	,019	,190	7,959	<,001	,112	,185	,759	1,317

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowując wyniki analizy regresji, można zauważyć, że wyższa jakość życia wśród preadolescentów w czasie pandemii COVID-19 związana jest z: wiekiem (młodszym), płcią (męską), zamieszkaniem na wsi, lepszą sytuacją materialną, posiadaniem wyższego wykształcenia przez matkę, prężnością, częstszym stosowaniem strategii aktywnego radzenia sobie ze stresem, rzadszym stosowaniem strategii bezradności i częstszej aktywności związanej z rozwojem zainteresowań niezwiązanych z korzystaniem z mediów elektronicznych. Wymienione czynniki wyjaśniały 51% wariancji zmiennej poczucia jakości życia. Zależności te zostały zobrazowane na rysunku 1.

Rysunek 1. Czynniki kształtujące jakość życia preadolescentów



Źródło: Opracowanie własne.

5.2. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia wczesnych adolescentów

Wyniki analizy regresji w grupie wczesnych adolescentów przedstawiały się następująco: pierwszy model regresji zawierający zmienne demograficzne (F (3, 1460) = 28,170, p < ,001) przewidywał 5% wariancji zmiennej jakości życia w próbie (skor. =0,053) (tabela 23). Wszystkie włączone do modelu zmienne okazały się istotnymi predyktorami jakości życia w grupie wczesnych adolescentów: wiek (β = – 0,090, t = – 3,513, p <,001), płeć (β = – 0,199, t = – 7,803, p <,001) i chorowanie na COVID-19 (β = – 0,084, t = – 3,300, p <,01) (tabela 24). Dodanie zmiennych środowiskowych do modelu regresji (F (8, 1460) = 47,758, p < ,001) pozwoliło na wyjaśnienie dodatkowych 15% wariancji zmiennej jakości życia w próbie (skor. =0,204) (tabela 23). Pięć zmiennych z tego modelu okazało się istotnymi statystycznie predyktorami jakości życia: wiek (β = – 0,056, t = – 2,347, p <,05), płeć (β = – 0,184, t = – 7,868, p <,001), chorowanie na COVID-19 (β = – 0,087, t = – 3,715, p <,001), miejsce za-

mieszkania (β = 0,053, t = 2,262, p <,05) oraz sytuacja materialna (β = 0,388, t = 16,399, p <,001) (tabela 24).

Tabela 23. Podsumowanie modeli jakości życia: wielokrotna krokowa analiza regresji w grupie wczesnych adolescentów

Model	R	R2	Skorygowane R2	Zmiana R2	F zmiany	*p*
Wczesna adolescencja						
1	,234	,055	,053	,055	28,170	<,001
2	,456	,208	,204	,153	56,303	<,001
3	**,702**	**,493**	**,489**	**,285**	203,216	<,001

Źródło: Opracowanie własne.

Wprowadzenie zmiennych zasobów odpornościowych (F (12, 1460) = 26,510, p < ,001) do modelu zwiększyło procent wyjaśnianej wariancji zmiennej jakości życia w próbie do 49% (skor. =0,489) (tabela 23). Trzeci model zawiera siedem istotnych statystycznie predyktorów jakości życia w grupie wczesnych adolescentów: płeć (β = – 0,094, t = – 4,930, p <,001), chorowanie na COVID-19 (β = – 0,083, t = – 4,388, p <,001), sytuacja materialna (β = 0,260, t = 13,290, p <,001), prężność (β = 0,339, t = 13,321, p <,001), aktywne radzenie sobie (β = 0,119, t = 5,201, p <,001), bezradność (β = – 0,212, t = – 9,889, p <,001) oraz zainteresowania niemedialne (β = 0,079, t = 4,041, p <,001) (tabela 24).

Tabela 24. Wielokrotna analiza przewidująca jakość życia wśród wczesnych adolescentów

Model	Zmienne	Współczynniki niestandaryzowane		*Beta*	*t*	*p*	95% Przedział ufności		Współliniowość	
		B	S.E.				Dolna	Górna	Tolerancja	VIF
1	Stała	4,770	,295		16,175	<,001	4,192	5,349		
	Wiek	-,073	,021	-,090	-3,513	<,001	-,113	-,032	,999	1,001
	Płeć	-,264	,034	-,199	-7,807	<,001	-,331	-,198	1,000	1,000
	Chorowanie na COVID-19	-,146	,044	-,084	-3,300	,001	-,232	-,059	,998	1,002

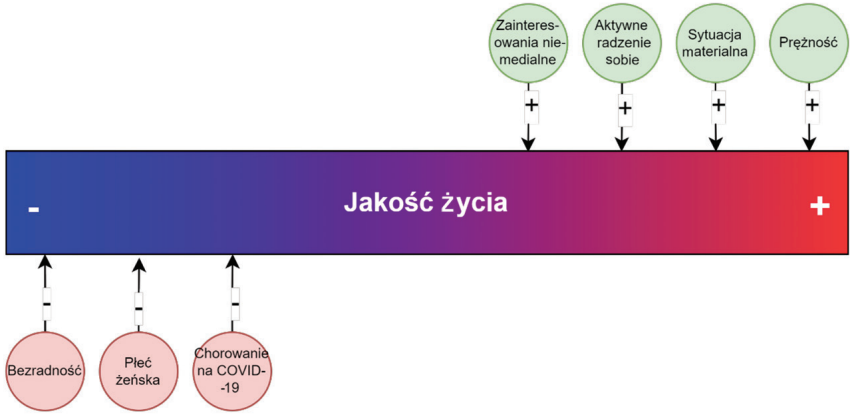
Model	Zmienne	Współczynniki niestandaryzowane		*Beta*	*t*	*p*	95% Przedział ufności		Współliniowość	
		B	S.E.				Dolna	Górna	Tolerancja	VIF
2	Stała	3,137	,316		9,922	<,001	2,516	3,757		
	Wiek	-,045	,019	-,056	-2,347	,019	-,083	-,007	,972	1,028
	Płeć	-,245	,031	-,184	-7,868	<,001	-,306	-,184	,996	1,004
	Chorowanie na COVID-19	-,151	,041	-,087	-3,715	<,001	-,230	-,071	,994	1,006
	Miejsce zamieszkania	,072	,032	,053	2,262	,024	,010	,134	,977	1,023
	Sytuacja materialna	,319	,019	,388	16,399	<,001	,281	,357	,972	1,029
	Posiadanie pokoju	-,032	,097	-,008	-,325	,745	-,222	,159	,985	1,015
	Wykształcenie ojca	-,005	,015	-,010	-,329	,742	-,034	,024	,597	1,675
	Wykształcenie matki	-,021	,017	-,037	-1,237	,216	-,055	,012	,601	1,663
3	Stała	1,847	,269		6,868	<,001	1,319	2,374		
	Wiek	-,011	,016	-,014	-,723	,470	-,043	,020	,921	1,086
	Płeć	-,126	,025	-,094	-4,930	<,001	-,175	-,076	,955	1,047
	Chorowanie na COVID-19	-,143	,033	-,083	-4,388	<,001	-,207	-,079	,989	1,011
	Miejsce zamieszkania	,021	,026	,016	,824	,410	-,029	,071	,967	1,034
	Sytuacja materialna	,214	,016	,260	13,290	<,001	,182	,245	,916	1,092
	Posiadanie pokoju	-,021	,078	-,005	-,270	,787	-,174	,132	,984	1,017
	Wykształcenie ojca	-,009	,012	-,019	-,784	,433	-,033	,014	,596	1,678
	Wykształcenie matki	-,005	,014	-,010	-,393	,694	-,032	,022	,599	1,670
	Prężność	,018	,001	,339	13,321	<,001	,016	,021	,542	1,846
	Aktywne radzenie sobie	,138	,026	,119	5,201	<,001	,086	,190	,664	1,507
	Bezradność	-,263	,027	-,212	-9,889	<,001	-,315	-,211	,763	1,310
	Zainteresowania niemedialne	,071	,018	,079	4,041	<,001	,037	,106	,905	1,105

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowując wyniki analizy regresji, można wskazać, że czynnikami istotnie kształtującymi wyższą jakość życia wśród wczesnych adolescentów w czasie pandemii są: płeć (męska), zdrowie somatyczne (brak zachorowania na COVID-19), dobra sytuacja materialna, prężność, częste stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie ze stresem, rzadkie stosowanie strategii bezradności i spędzanie czasu wolnego na aktywnościach niezwiązanych z korzystaniem z mediów elektronicznych (tabela 24). Wymienione czynniki wyjaśniały 49% wariancji zmiennej poczucia jakości życia.

Zależności te zostały zobrazowane na poniższym rysunku.

Rysunek 2. Czynniki kształtujące jakość życia wczesnych adolescentów



Źródło: Opracowanie własne.

5.3. Udział zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu jakości życia adolescentów właściwych

Ostatnim rozpatrywanym modelem był model analizy regresji w grupie właściwych adolescentów. Pierwszy model regresji przeprowadzony w tej grupie ($F(3, 1496) = 27{,}352$, $p < {,}001$) przewidywał 5% wariancji zmiennej jakości życia w próbie (skor. = 0,050) (tabe-

la 25). Włączenie zmiennych demograficznych wyłoniło dwa istotne predyktory jakości życia: wiek (β = – 0,055, t = – 2,163, p <,05) i płeć (β = – 0,222, t = – 8,803, p <,001) (tabela 26). Dodanie zmiennych środowiskowych do modelu regresji (F (8, 1496) = 43,347, p < ,001) pozwoliło na wyjaśnienie 19% wariancji zmiennej jakości życia w próbie (skor. =0,185) (tabela 25). W drugim kroku również wyłoniły się dwa istotne statystycznie predyktory jakości życia: płeć (β = – 0,205, t = – 8,696, p <,001) oraz sytuacja materialna (β = 0,362, t = 15,303, p <0,001) (tabela 26).

Tabela 25. Podsumowanie modeli jakości życia: wielokrotna analiza regresji w grupie adolescentów właściwych

Model	R	R2	Skorygowane R2	Zmiana R2	F zmiany	*p*
Właściwa adolescencja						
1	,228	,052	,050	,052	27,352	<,001
2	,435	,189	,185	,137	50,238	<,001
3	**,707**	**,500**	**,496**	**,311**	**231,157**	**<,001**

Źródło: Opracowanie własne.

Wprowadzenie zmiennych zasobów odpornościowych (F (12, 1496) = 123,829, p < ,001) do modelu zwiększyło procent wyjaśnianej wariancji zmiennej jakości życia w próbie do 50% (skor. = 0,496) (tabela 25). W przypadku trzeciego analizowanego modelu siedem z wprowadzonych zmiennych okazało się istotnymi predyktorami jakości życia w grupie właściwych adolescentów. Zmiennymi tymi były: wiek (β = – 0,040, t = – 2,166, p <,01), płeć (β = – 0,112, t = – 5,686, p <,001), sytuacja materialna (β = 0,224, t = 11,670, p <,001), prężność (β = 0,389, t = 15,190, p <,001), aktywne radzenie sobie (β = 0,117, t = 4,933, p <,001), bezradność (β = – 0,200, t = – 9,791, p <,001) oraz zainteresowania niemedialne (β = 0,047, t = 2,380, p <,05) (tabela 26).

Tabela 26. Wielokrotna analiza regresji przewidująca jakość życia wśród właściwych adolescentów

Model	Zmienne	Współczynniki niestandaryzowane		*Beta*	*t*	*p*	95% Przedział ufności		Współliniowość	
		B	S.E.				Dolna	Górna	Tolerancja	VIF
1	Stała	4,201	,292		14,381	<,001	3,628	4,774		
	Wiek	-,036	,017	-,055	-2,163	,031	-,070	-,003	,999	1,001
	Płeć	-,289	,033	-,222	-8,803	<,001	-,353	-,224	,999	1,001
	Chorowanie na COVID-19	-,008	,039	-,005	-,206	,837	-,085	,069	,999	1,001
2	Stała	2,948	,312		9,449	<,001	2,336	3,560		
	Wiek	-,029	,016	-,044	-1,859	,063	-,060	,002	,984	1,016
	Płeć	-,266	,031	-,205	-8,696	<,001	-,326	-,206	,984	1,016
	Chorowanie na COVID-19	-,002	,036	-,001	-,064	,949	-,073	,069	,997	1,003
	Miejsce zamieszkania	,039	,031	,030	1,242	,214	-,022	,100	,960	1,042
	Sytuacja materialna	,287	,019	,362	15,303	<,001	,250	,323	,972	1,029
	Posiadanie pokoju	,104	,090	,027	1,149	,251	-,073	,281	,990	1,010
	Wykształcenie ojca	-,035	,014	-,067	-2,506	,012	-,062	-,008	,757	1,321
	Wykształcenie matki	-,007	,016	-,012	-,432	,666	-,039	,025	,736	1,359
3	Stała	2,248	,252		8,920	<,001	1,753	2,742		
	Wiek	-,027	,012	-,040	-2,166	,030	-,051	-,003	,983	1,018
	Płeć	-,146	,026	-,112	-5,686	<,001	-,196	-,096	,864	1,157
	Chorowanie na COVID-19	-,009	,029	-,006	-,323	,747	-,065	,047	,995	1,005
	Miejsce zamieszkania	,015	,025	,012	,616	,538	-,033	,063	,955	1,048
	Sytuacja materialna	,177	,015	,224	11,670	<,001	,148	,207	,911	1,097
	Posiadanie pokoju	-,013	,071	-,003	-,177	,859	-,153	,128	,976	1,025
	Wykształcenie ojca	-,015	,011	-,028	-1,316	,188	-,036	,007	,752	1,330
	Wykształcenie matki	-,010	,013	-,018	-,820	,412	-,036	,015	,735	1,361
	Prężność	,019	,001	,389	15,190	<,001	,017	,022	,513	1,950

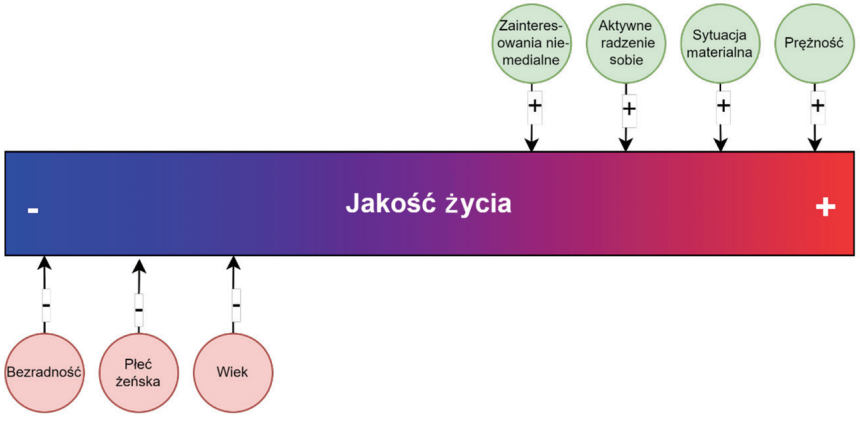
Model	Zmienne	Współczynniki niestandaryzowane		*Beta*	*t*	*p*	95% Przedział ufności		Współliniowość	
		B	S.E.				Dolna	Górna	Tolerancja	VIF
3	Aktywne radzenie sobie	,130	,026	,117	4,933	<,001	,078	,181	,599	1,671
	Bezradność	-,203	,021	-,200	-9,791	<,001	-,244	-,163	,805	1,242
	Zainteresowania niemedialne	,043	,018	,047	2,380	,017	,007	,078	,865	1,156

Źródło: Opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę otrzymane wyniki analizy regresji, w grupie właściwych adolescentów wyższa jakość życia w czasie pandemii COVID-19 była związana z: płcią (męska), wiekiem (młodszy), statusem materialnym rodziny (wyższy), z wyższą prężnością, częstszym stosowaniem strategii aktywnego radzenia sobie ze stresem, rzadszym stosowaniem strategii bezradności i częstszym spędzaniem czasu wolnego przez aktywności niezwiązane z korzystaniem z mediów elektronicznych. Wymienione czynniki wyjaśniały 50% wariancji zmiennej poczucia jakości życia.

Zależności te zostały zobrazowane na poniższym rysunku.

Rysunek 3. Czynniki kształtujące jakość życia adolescentów właściwych



Źródło: Opracowanie własne.

5.4. Podsumowanie

Poziom odczuwanej przez adolescentów jakości życia w czasie pandemii COVID-19 zależał od takich zasobów podmiotowych, jak: prężność, radzenie sobie ze stresem oraz spędzanie czasu wolnego. Rozwijał się on wraz ze wzrostem prężności przejawiającej się optymistycznym nastawieniem i energią, wytrwałością i determinacją w działaniu, poczuciem humoru i otwartością na nowe doświadczenia, kompetencjami osobistymi i tolerancją negatywnego afektu; stosowaniem aktywnych sposobów radzenia sobie, spędzaniem czasu wolnego na aktywnościach bez użycia mediów elektronicznych. Odczuwana jakość życia wzrastała wraz z rzadszym stosowaniem strategii radzenia sobie o charakterze bezradności, obejmujących: zaprzestanie działań, obwinianie siebie oraz używanie środków psychoaktywnych.

Związek prężności z odczuwaną jakością życia wykazano w licznych badaniach zarówno wśród młodzieży dobrze przystosowanej, jak i wśród młodzieży nieprzystosowanej (Basińska, 2009; Caqueo-Urízar i in., 2022; Jones i in., 2021; Konaszewski i Kwadrans, 2017; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2011). Prężność jest także ściśle związana z rozwijaniem przez młodzież zainteresowań, głównie przez realizację zadań twórczych i o charakterze interpersonalnym. Aktywność własna wzmacnia bowiem samoocenę młodych osób, poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności, daje możliwość samokontroli nad sobą i otoczeniem (Konopczyński, 2014; Mudrecka, 2013). Aktywne radzenie sobie wiąże się zarówno z kształtowaniem prężności, jak i rozwojem własnych zainteresowań. Określane jest przez wielu autorów jako radzenie sobie przez zaangażowanie (Dąbkowska i in., 2021; Lelonek-Kuleta i Bartczuk, 2021; Mudrecka, 2013). Radzenie sobie przez zaangażowanie wiąże się z wyższym poczuciem jakości życia (Dijkstra i Homan, 2016). Badania hiszpańskie prowadzone podczas pandemii COVID-19

wykazały, że radzenie sobie z zaangażowaniem było związane z pozytywnym przystosowaniem, z kolei radzenie sobie bez zaangażowania korelowało z wyższym poziomem trudności behawioralnych i emocjonalnych (Domínguez-Álvarez i in., 2020). Podobne zależności zweryfikowano w badaniach osób dorosłych przeprowadzonych w Polsce. Aktywne radzenie sobie korelowało dodatnio z odczuwaną jakością życia w czasie pandemii, natomiast radzenie sobie przez bezradność wykazywało negatywne związki z odczuwaną jakością życia. Radzenie sobie przez bezradność było także istotnym mediatorem związku między dystrybucją zasobów i odczuwaną jakością życia, obniżało ono pozytywne związki między zyskami zasobowymi i odczuwanym dobrostanem oraz zwiększało negatywne związki utraty zasobów z odczuwaną jakością życia (Chwaszcz i in., 2020).

Odczuwana jakość życia adolescentów była także związana z płcią – w czasie pandemii chłopcy odczuwali wyższą jakość życia niż dziewczynki. Badania prowadzone na populacji dzieci i młodzieży w czasie pandemii w różnych krajach wykazały, że dziewczęta charakteryzowały się wyższym poziomem lęku niż chłopcy (Dąbkowska i in., 2021; Xie i in., 2020). Badania młodych dorosłych w Szwajcarii oraz w Polsce wykazały także, że młode kobiety charakteryzowały się wyższym poziomem stresu i doświadczały więcej trudności psychicznych podczas pandemii niż młodzi mężczyźni (Juchnowicz i in., 2021; Mohler-Kuo i in., 2021).

Zmienną o charakterze zasobów środowiskowych wyjaśniającą jakość życia adolescentów była sytuacja materialna. We wszystkich trzech okresach adolescencji odczuwana jakość życia rozwijała się wraz ze wzrostem spostrzeganego przez dzieci i młodzież dobrobytu materialnego. Środowisko, w którym funkcjonuje młodzież, jest jednocześnie źródłem, z którego mogą oni pozyskiwać zasoby niezbędne do tworzenia własnego kapitału. Zasoby materialne stanowią tylko jeden z elementów tego środowiska, ale – jak wy-

kazano – w znaczący sposób kształtują jakość życia adolescentów (Dąbkowska i in., 2021; Gaspar i in., 2009).

W grupie preadolescentów, oprócz zmiennych charakterystycznych dla całego okresu adolescencji, do czynników w znaczący sposób wyjaśniających odczuwany poziom jakości życia w czasie pandemii COVID-19 należały wykształcenie matki oraz miejsce zamieszkania. Wyższa jakość życia wiązała się z wyższym wykształceniem matki oraz zamieszkaniem na wsi. Wyższe wykształcenie matki mogło wiązać się z lepszym, bardziej świadomym zaspokajaniem potrzeb dorastającego dziecka oraz adekwatnym reagowaniem na doświadczanie kryzysu rozwojowego oraz dostarczaniem rzetelnych informacji o pandemii COVID-19 (Jones i in., 2021). Z kolei zamieszkanie na wsi zapewniał dostęp do zasobów takich jak: spędzanie czasu na świeżym powietrzu, zabawy na podwórku, kontakt z przyrodą, które była w czasie pandemii znacznie ograniczone dla młodzieży zamieszkującej miasta. Czynniki te z kolei wiążą się z odczuwanym dobrostanem. Znaczenie kontaktów z przyrodą i posiadanie własnego ogrodu dla dobrostanu psychicznego w czasie obostrzeń związanych z pandemią COVID-19 wykazano w badaniach podłużnych osób starszych w Polsce (Juszko i in., 2022). Brak istotnych związków miejsca zamieszkania w wyjaśnianiu odczuwanej jakości życia w pozostałych grupach wiekowych adolescencji wynika najprawdopodobniej ze zmiany aktywności wśród adolescentów z dominującej aktywności ruchowej i zabawy na podejmowanie głównie aktywności związanych z kontaktami interpersonalnymi, w tym często za pośrednictwem mediów, oraz realizacji celów rozwojowych związanych z karierą szkolną.

Zmienną, która istotnie wyjaśniała jakość życia w grupie preadolescentów oraz adolescentów właściwych, był wiek. Wyższa jakość życia wiązała się z niższym wiekiem w obydwu grupach. Zależność ta potwierdza ścisłe powiązanie odczuwanego dobrostanu z podejmowaniem zadań rozwojowych i ich wyraźną zmianą w okresie

preadolescencji i adolescencji właściwej. Czynniki kształtujące jakość życia preadolecentów zmieniają w tym okresie charakter z dominacji czynników zewnętrznych (opieka rodziców) na przewagę wewnętrznych (wynikające z aktywności własnej). Odczuwana jakość życia u starszych preadolescentów obniżyła się najprawdopodobniej na skutek doświadczania kryzysu rozwojowego i dodatkowo panującej pandemii oraz związanych z nią ograniczeń w nawiązywaniu relacji i rozwoju aktywności. Podobne wyniki uzyskano w badaniach portugalskich – dzieci młodsze (10–11 lat) oceniały swoją jakość życia wyżej niż starsze (powyżej 12 roku życia) (Gaspar i in., 2009). We właściwej adolescencji młodzież podejmuje kolejne zadania związane z istotnymi wyborami życiowymi. Okres ten jest zróżnicowany, obejmuje młodzież w wieku 16–17 lat, która czerpie radość z osiągnięć adolescencji, oraz młodzież w wieku 18–19 lat, która wkracza w dorosłość i podejmuje kluczowe decyzje w zakresie wyboru drogi życiowej (głównie zawodowej, ale i dotyczącej wyjazdu do innego miasta, zamieszkania poza domem itp.). Jakość życia w tym okresie maleje więc z wiekiem, ściśle związanym z podejmowaniem nowych i trudnych wyzwań rozwojowych. Podejmowanie nowych zadań rozwojowych zostało dodatkowo utrudnione przez ograniczenia związane z pandemią (Mastorci i in., 2021).

Wśród wczesnych adolescentów jakość życia w czasie pandemii COVID-19, poza czynnikami charakterystycznymi dla wszystkich adolescentów, zależała od stanu zdrowia. Młodzież w wieku 13–15 lat chorująca na COVID-19 odczuwała niższą jakość życia. Prawidłowości takich nie odnotowano wśród preadolescentów i adolescentów właściwych. Można przypuszczać, że wcześni adolescenci osiągnęli świadomość choroby spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 i związanych z nią konsekwencji, co mogło przyczynić się do wpływu obaw związanych ze swoim zdrowiem na odczuwaną jakość życia. Preadolescenci mogli nie uświadamiać sobie jeszcze zagrożeń związanych z chorobą, najprawdopodobniej byli

oni także w dużym stopniu chronieni przed zachorowaniem przez rodziców, zwłaszcza matki. Adolescenci właściwi z kolei pozyskiwali własną aktywnością informacje o pandemii, często także przedkładali realizację celów rozwojowych nad ochronę zdrowia, co jest charakterystyczne dla tego okresu (16–19 lat). Obawa przed chorobą i zachorowaniem, które w większości przechodzili w lekkim stopniu nasilenia, nie wpływały istotnie na odczuwaną przez nich jakość życia. Badania prowadzone w Chinach pokazują, że wzrost rzetelnej wiedzy na temat COVID-19 wiązał się z mniejszym lękiem przed chorobą i pomagał w ochronie dobrostanu (Xie i in., 2020).

Rozdział 6

6. Znaczenie wsparcia społecznego dla związków zasobów podmiotowych z odczuwaną jakością życia wśród adolescentów

W celu zweryfikowania roli poczucia wsparcia społecznego dla związków zmiennych podmiotowych z odczuwaną jakością życia wyodrębniono z całej grupy badanej, na podstawie wartości poniżej i powyżej jednego odchylenia standardowego od średniej, grupy skrajne, cechujące się niskim (N=735) i wysokim (N=774) poziomem odczuwanego wsparcia społecznego. Następnie w tych grupach przeprowadzono analizę korelacji. Kolejnym krokiem było porównanie otrzymanych zależności między zmiennymi podmiotowymi a jakością życia w dwóch wyodrębnionych grupach. W celu określenia istotnych statystycznie różnic między wartościami korelacji jakości życia ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu otrzymywanego wsparcia zastosowano procedurę r-na-z Fishera. Procedura służy określeniu poziomu istotności dla różnic między dwiema wartościami korelacji parametrycznej w dwóch niezależnych próbach. Wyniki obliczeń przedstawiono w tabeli 29.

6.1. Podmiotowe wyznaczniki jakości życia u adolescentów o niskim poczuciu wsparcia społecznego

W tabeli 27 przedstawiono wyniki korelacji poszczególnych zmiennych podmiotowych charakteryzujących adolescentów o niskim poziomie odczuwanego wsparcia społecznego z odbieraną przez nich jakością życia w poszczególnych domenach.

Tabela 27. Związki korelacyjne między wymiarami jakości życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie osób o niskim wsparciu (N=735)

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
Prężność	P1	**,238****	**,230****	**,134****	**,193****	**,259****	**,288****	*1,86*	*0,86*
	P2	**,274****	**,177****	**,134****	**,130****	**,281****	**,268****	*1,80*	*0,79*
	P3	**,253****	**,208****	**,146****	**,158****	**,271****	**,283****	*1,57*	*0,83*
	P4	**,169****	,044	**,076***	,018	**,200****	**,131****	*1,84*	*0,90*
	PWO	**,271****	**,193****	**,142****	**,147****	**,293****	**,282****	*31,96*	*13,11*
Mini-COPE Czynniki	MC1	**,211****	**,166****	**,139****	**,130****	**,208****	**,236****	*1,25*	*0,60*
	MC2	**-,323****	**-,525****	**-,192****	**-,140****	**-,247****	**-,423****	*1,19*	*0,61*
	MC3	**,217****	**,301****	**,226****	**,330****	**,161****	**,354****	*0,91*	*0,71*
	MC4	-,061	**-,124****	,040	,031	,008	-,037	*1,29*	*0,59*

Nota: DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia; MC4 – Unikanie; PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu

∗p<.05; ∗∗p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Odczuwana przez adolescentów doświadczających niskiego poziomu wsparcia jakość życia jest związana z poziomem prężności i wszystkimi jej wymiarami. Kierunek zależności jest dodatni, siła związku słaba. Podobne zależności odnoszą się do korelacji pozostałych ujętych w badaniu zasobów podmiotowych z domenami jakości życia. Wyjątek stanowi brak istotnych korelacji między kompetencjami osobistymi i odczuwaną jakością życia w sferach dobrostanu psychicznego oraz wsparcie rówieśniczego. Związki zasobów radzenia sobie ze stresem z odczuwaną jakością życia uwidoczniły się w przypadku trzech czynników z analizowanych czterech. Ogólny poziom jakości życia adolescentów związany jest dodatnio z radzeniem sobie w sytuacjach trudnych przez aktywne działanie (słaby związek) i poszukiwanie wsparcia (umiarkowany związek). Związki ujemne wystąpiły między odczuwaną jakością życia i radzeniem sobie za pomocą bezradności (siła związku umiarkowana). Aktywne radzenie sobie korelowało także dodatnio, słabo, ze wszystkimi domenami odczuwanej jakości życia. Poszukiwanie wsparcia było związane z odczuwaną jakością życia w poszczególnych obszarach pozytywnie, ale z różną siłą związku. Zależności umiarkowane dotyczą poszukiwania wsparcia i ogólnego dobrostanu, zadowolenia ze wsparcia rówieśniczego oraz odczuwanej jakości życia w domenie psychicznej. Znaczące zależności o charakterze ujemnym otrzymano dla związku odczuwanej jakości życia i radzenia sobie przez bezradność. Najsilniejsze związki ujemne odnotowano między radzeniem sobie przez bezradność a odczuwanym dobrostanem psychicznym, a umiarkowane między bezradnością a dobrostanem fizycznym i ogólnym poczuciem jakości życia. W przypadku radzenia sobie przez unikanie odnotowano jedynie zależność negatywną, o słabej sile związku, z odczuwanym dobrostanem psychicznym.

6.2. Podmiotowe wyznaczniki jakości życia u adolescentów o wysokim poczuciu wsparcia społecznego

W tabeli 28 przedstawiono wyniki korelacji poszczególnych zmiennych podmiotowych charakteryzujących adolescentów o wysokim poziomie doświadczanego wsparcia społecznego z odczuwaną przez nich jakością życia w poszczególnych domenach.

Tabela 28. Związki korelacyjne między wymiarami jakości życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie osób o wysokim wsparciu (N=774)

		DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ	*M*	*SD*
Prężność	P1	**,497****	**,497****	**,326****	**,281****	**,341****	,521**	*3,20*	*0,68*
	P2	**,547****	**,551****	**,376****	**,256****	**,405****	,576**	3,22	*0,71*
	P3	**,534****	**,510****	**,336****	**,261****	**,396****	,546**	*3,00*	*0,80*
	P4	**,498****	**,464****	**,334****	**,227****	**,376****	,511**	3,28	*0,73*
	PWO	**,567****	**,553****	**,375****	**,281****	**,414****	,588**	*57,22*	*12,00*
Mini-COPE Czynniki	MC1	**,334****	**,343****	**,322****	**,246****	**,348****	,423**	2,04	*0,57*
	MC2	**-,301****	**-,513****	**-,300****	-,069	**-,315****	-,422**	*0,81*	*0,65*
	MC3	**,139****	**,177****	**,259****	**,283****	**,217****	,277**	*2,24*	*0,63*
	MC4	-,039	**-,136****	-,048	**,089***	-,002	-,053	*1,48*	*0,60*

Nota: DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia; MC4 – Unikanie; PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu

∗p<.05; ∗∗p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

W grupie adolescentów doświadczających wsparcia społecznego zależności między zmiennymi podmiotowymi a odczuwaną

jakością życia mają taki sam kierunek jak wśród osób doświadczających niskiego wsparcia, lecz są znacznie silniejsze. Związki prężności i jej składników z odczuwaną uogólnioną jakością życia są dodatnie i charakteryzują się dużą siłą. Podobne zależności dotyczą prężności i jej czynników z odczuwanym przez młodzież dobrostanem fizycznym i psychicznym. Związki prężności i dobrostanu adolescentów w domenie Autonomii i relacji z rodzicami oraz w funkcjonowaniu szkolnym są dodatnie, ale ich siła jest umiarkowana. Zależności między prężnością i jej wymiarami a odczuwaną jakością życia w sferze wsparcia rówieśniczego są dodatnie, ale ich siła jest słaba.

Związki zasobów radzenia sobie ze stresem z odczuwaną uogólnioną jakością życia uwidoczniły się w przypadku trzech czynników. Odnotowano dodatnie zależności odczuwanej jakości życia z aktywnym radzeniem sobie i poszukiwaniem wsparcia oraz związek ujemny z radzeniem sobie przez bezradność. Podobne związki wystąpiły w grupie adolescentów o niskim poczuciu wsparcia społecznego. Różniły się one siłą związku, która w grupie adolescentów o wysokim wsparciu, w przypadku związku jakości życia z aktywnym radzeniem była większa, zaś w związku jakości życia z poszukiwaniem wsparcia mniejsza. Zależności między poszczególnymi domenami jakości życia i radzeniem sobie w grupie adolescentów o wysokim poczuciu wsparcia kształtowały się podobnie jak wśród adolescentów o niskim poziomie odczuwanego wsparcia, różniły się siłą związku zmiennych. Wśród adolescentów o wysokim wsparciu odnotowano bardzo słaby związek między jakością życia w sferze rówieśnicy i wsparcie społeczne a unikaniem oraz brak związku z bezradnością, który zaznaczył się wśród osób o niskim poczuciu wsparcia.

6.3. Porównanie związków zasobów podmiotowych z odczuwaną jakością życia wśród adolescentów o niskim i wysokim poziomie doświadczanego wsparcia

Kolejnym krokiem analiz było sprawdzenie, czy występują różnice między korelacjami zasobów podmiotowych i jakością życia wśród adolescentów doświadczających wysokiego i niskiego poziomu wsparcia społecznego.

Tabela 29. Różnice korelacji między wymiarami jakości życia i zmiennymi podmiotowymi wśród adolescentów o wysokim i niskim poczuciu wsparcia społecznego

		Poziom otrzymywanego wsparcia			
		niskie wsparcie (N=735)	wysokie wsparcie (N=774)		
		r_1	r_2	Z	p
DF	P1	,238	,497	-5,86	<,001
	P2	,274	,547	-6,45	<,001
	P3	,253	,534	-6,53	<,001
	P4	,169	,498	-7,29	<,001
DF	PWO	,271	,567	-7,08	<,001
	MC1	,211	,334	-2,58	,010
	MC2	-,323	-,301	-,470	,638
	MC3	,217	,139	1,56	,119
DP	P1	,230	,497	-6,03	<,001
	P2	,177	,551	-8,54	<,001
	P3	,208	,510	-6,81	<,001
	P4	,044	,464	-8.88	<,001
	PWO	,193	,553	-8,28	<,001
	MC1	,166	,343	-3,68	<,001
	MC2	-,525	-,513	-,320	,749
	MC3	,301	,177	2,55	,011

		Poziom otrzymywanego wsparcia			
		niskie wsparcie (N=735)	wysokie wsparcie (N=774)		
		r_1	r_2	Z	p
AUT	P1	,134	,326	-3,94	<,001
	P2	,134	,376	-5,05	<,001
	P3	,146	,336	-3,92	<,001
	P4	,076	,334	-5,25	<,001
	PWO	,142	,375	-4,87	<,001
	MC1	,139	,322	-3,76	<,001
	MC2	-,192	-,300	-9,77	<,001
	MC3	,226	,259	-,680	,497
WS	P1	,193	,281	-1,81	,070
	P2	,130	,256	-2,54	,011
	P3	,158	,261	-2,09	,037
	P4	,018	,227	-4,13	<,001
	PWO	,147	,281	-2,73	,006
	MC1	,130	,246	-2,33	,020
	MC2	-,140	-,069	-1.39	,164
	MC3	,330	,283	1,01	,313
FS	P1	,259	,341	-1,75	,080
	P2	,281	,405	-2,73	,006
	P3	,271	,396	-2,73	,006
	P4	,200	,376	-3,73	<,001
	PWO	,293	,414	-2,69	,007
	MC1	,208	,348	-2,95	,003
	MC2	-,247	-,315	-1,43	,153
	MC3	,161	,217	-1,13	,259
JŻ	P1	,288	,521	-5,45	<,001
	P2	,268	,576	-7,40	<,001
	P3	,283	,546	-6,23	<,001
	P4	,131	,511	-8,38	<,001
	PWO	,282	,588	-7,46	<,001
	MC1	,236	,423	-4,08	<,001

		Poziom otrzymywanego wsparcia			
		niskie wsparcie (N=735)	wysokie wsparcie (N=774)		
		r_1	r_2	Z	p
JŻ	MC2	-,423	-,422	-,020	,984
	MC3	,354	,277	1,66	,097

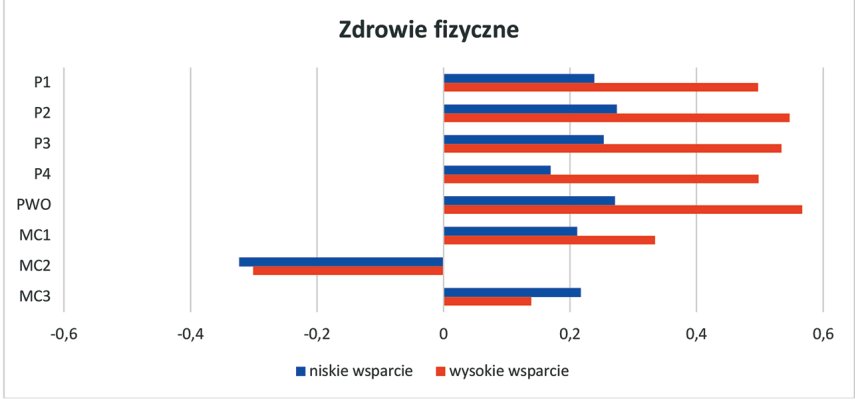
Nota: DF – Zdrowie fizyczne; DP – Samopoczucie psychiczne; AUT – Niezależność i relacje z rodzicami; WS – Rówieśnicy i wsparcie społeczne; FS – Środowisko szkolne; JŻ – Jakość życia; PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia

∗p<.05; ∗∗p<.01

Źródło: Opracowanie własne.

Poniżej na wykresach graficznych przedstawiono związki zmiennych podmiotowych z odczuwaną jakością życia w dwóch grupach adolescentów – o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego.

Wykres 5. Związki dobrostanu fizycznego ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego

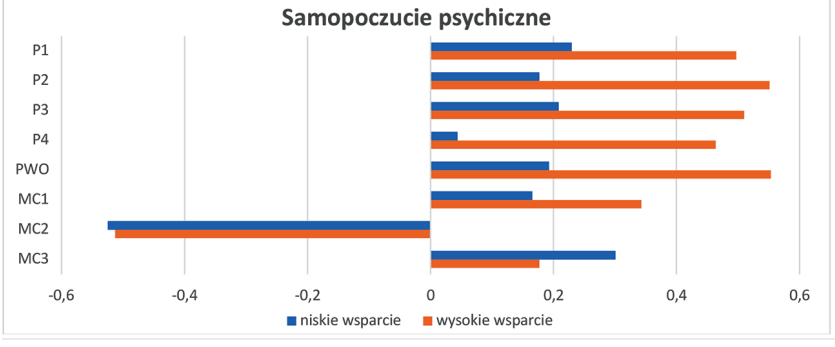


Nota: PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia;

P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia
Źródło: Opracowanie własne.

Związki zmiennych o charakterze podmiotowym z odczuwaną jakością życia w domenie fizycznej wśród adolescentów o wysokim poziomie wsparcia społecznego są silniejsze niż wśród adolescentów odczuwających niski poziom wsparcia społecznego. Prawidłowość ta nie dotyczy jedynie radzenia sobie przez poszukiwanie wsparcia i bezradność. Radzenie sobie ze stresem przez poszukiwanie wsparcia wykazało związek dodatni w obydwu grupach, z tendencją do wzrostu u osób o niskim poziomie wsparcia, ale różnice okazały się nieistotne. Adolescenci odczuwający niski poziom wsparcia odznaczali się także silniejszym związkiem radzenia sobie przez bezradność z jakością życia w domenie Zdrowie fizyczne niż adolescenci doświadczający wysokiego wsparcia społecznego, ale różnica ta nie była istotna.

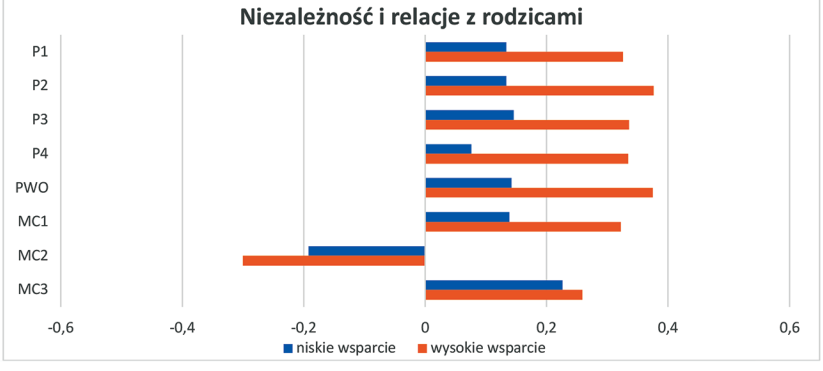
Wykres 6. Związki dobrostanu psychicznego ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego



Nota: PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia
Źródło: Opracowanie własne.

W obszarze dobrostanu psychicznego związki zmiennych podmiotowych takich jak: Prężność, Optymistyczne nastawienie i energia, Wytrwałość i determinacja w działaniu, Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia oraz Aktywne radzenie sobie z jakością życia w grupie adolescentów doświadczających wysokiego wsparcia były silniejsze niż w grupie adolescentów odczuwających niskie wsparcie społeczne. Charakter tych związków w obydwu grupach był dodatni. Wyjątek dotyczył ujemnych korelacji biernych sposobów radzenia sobie i dobrostanu psychicznego. Związki te były silniejsze dla osób o niskim poczuciu wsparcia społecznego. W przypadku związku radzenia sobie przez poszukiwanie wsparcia z odczuwanym dobrostanem psychicznym zaznaczyła się tendencja do większej korelacji u osób niskozasobowych pod względem wsparcia, ale różnica nie była istotna. Korelacja kompetencji i kontroli afektu z jakością życia dotyczyła tylko osób o wysokim poziomie wsparcia.

Wykres 7. Związki autonomii i relacji z rodzicami ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego

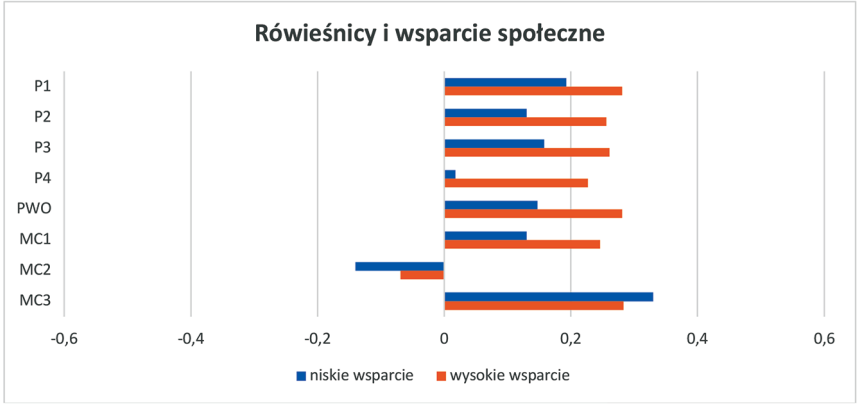


Nota: PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia

Źródło: Opracowanie własne.

Odczuwana jakość życia w sferze niezależność i relacje z rodzicami charakteryzowała się silniejszymi korelacjami wszystkich zmiennych podmiotowych wśród adolescentów o wysokim poczuciu wsparcia społecznego, zarówno dodatnimi, jak i ujemnymi. Wyjątkiem był związek między poszukiwaniem wsparcia i odczuwaną jakością życia w obszarze autonomii i relacji z rodzicami, który nie wykazał różnic między grupami osób o niskim i wysokim odczuwanym wsparciu.

Wykres 8. Związki wsparcia społecznego i rówieśników ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego



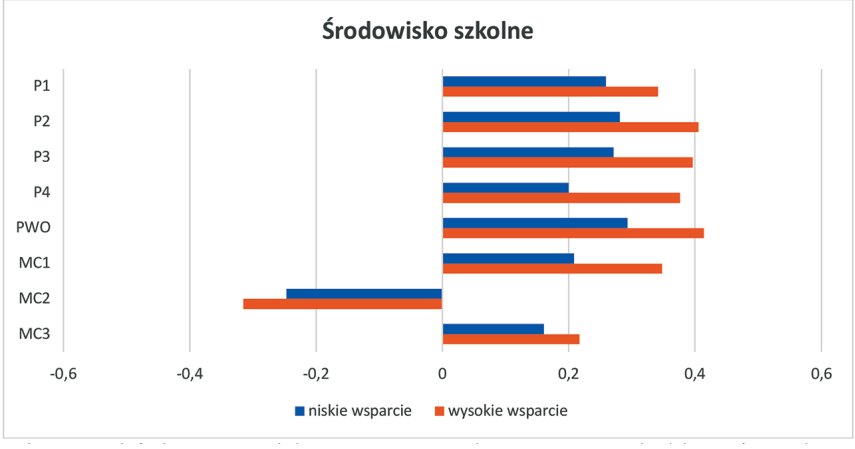
Nota: PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia

Źródło: Opracowanie własne.

Dobrostan adolescentów w domenie Rówieśnicy i wsparcie społeczne wykazał silniejsze związki z takimi zmiennymi jak prężność oraz jej składowymi: wytrwałość i determinacja w działaniu, poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia, a także z aktyw-

nym radzeniem sobie wśród adolescentów z wysokim poczuciem wsparcia społecznego. Nie odnotowano różnic w pozostałych dodatnich korelacjach zasobów podmiotowych i jakości życia w domenie rówieśnicy i wsparcie w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego. Związek negatywny radzenia sobie ze stresem przez strategię bezradności z jakością życia w domenie rówieśnicy i wsparcie był charakterystyczny dla adolescentów o niskim poczuciu wsparcia społecznego.

Wykres 9. Związki funkcjonowania szkolnego ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego



Nota: PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia

Źródło: Opracowanie własne.

Dobrostan szkolny korelował silniej z prężnością, wytrwałością i determinacją w działaniu, poczuciem humoru i otwartością na nowe doświadczenia, kompetencjami osobistymi i tolerancją ne-

gatywnego afektu oraz aktywnym radzeniem sobie w grupie adolescentów z wysokim poziomem wsparcia niż wśród adolescentów o niskim poziomie poczucia wsparcia. Zaznaczyły się także różnice w dodatnich korelacjach optymistycznego nastawienia i energii oraz ujemnych korelacjach bezradności z odczuwaną jakością życia w obszarze satysfakcji szkolnej na korzyść osób wysokozasobowych, ale nie osiągnęły one poziomu istotnego.

Wykres 10. Związki jakości życia ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego

Nota: PWO – Prężność wynik ogólny; P1 – Optymistyczne nastawienie i energia; P2 – Wytrwałość i determinacja w działaniu; P3 – Poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia; P4 – Kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu; MC1 – Aktywne radzenie sobie; MC2 – Bezradność; MC3 – Poszukiwanie wsparcia

Źródło: Opracowanie własne.

Ogólne odczucie jakości życia wykazało silniejsze związki dodatnie z prężnością i jej składowymi oraz aktywnymi sposobami radzenia sobie wśród adolescentów doświadczających wysokiego poziomu wsparcia niż tych, którzy doświadczali niskiego poziomu wsparcia. Związek dodatni jakości życia z radzeniem sobie przez poszukiwanie wsparcia był silniejszy u adolescentów niskozasobo-

wych pod względem wsparcia, jednak różnica między korelacjami nie była istotna. Z kolei radzenie sobie ze stresem za pomocą bezradności było związane negatywnie, z taką samą siłą, z odczuwaną przez adolescentów jakością życia niezależnie od poziomu doświadczanego wsparcia.

6.4. Podsumowanie

Analiza zależności wybranych zasobów podmiotowych z odczuwaną przez adolescentów jakością życia, przy uwzględnieniu moderującej roli wsparcia społecznego, wykazała ten sam kierunek zależności między zmiennymi, ale różną siłę związków wśród osób o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego. Zarówno wśród adolescentów wysokozasobowych, jak i niskozasobowych pod względem wsparcia na odczuwaną jakość życia miały wpływ takie zasoby, jak prężność (optymistyczne nastawienie i energia, wytrwałość i determinacja w działaniu, poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenia, kompetencje osobiste i tolerancja negatywnego afektu) oraz aktywne radzenie sobie. Związki wymienionych zmiennych z odczuwanym dobrostanem były silniejsze wśród osób o wysokim poziomie odczuwanego wsparcia. Odczuwana jakość życia rosła więc ze wzrostem prężności i jej czynników oraz stosowaniem zaangażowanych form radzenia sobie ze stresem. Korelacja kompetencji i kontroli afektu z jakością życia w domenie Dobrostan psychiczny dotyczyła tylko osób o wysokim poziomie wsparcia. Uzyskane wyniki pozostają zgodne z koncepcją Hobfolla – pokazują, że pozyskiwanie wsparcia jest związane z poziomem zasobów (kompetencjami) niezbędnym do podjęcia ryzyka pozyskiwania kolejnych zasobów (Hobfoll, 2011a).

Negatywnym czynnikiem, powodującym obniżenie się odczuwanej jakości życia w obydwu grupach osób – o niskim i wysokim

poczuciu wsparcia – było radzenie sobie ze stresem przez bezradność, czyli zaprzestanie działań, obwinianie siebie i używanie środków psychoaktywnych. Związek ten był silniejszy u osób o niskim poziomie wsparcia w domenie Autonomia i relacje z rodzicami. Także wystąpił wyłącznie w tej grupie w obszarze satysfakcji ze wsparcia i kontaktów rówieśniczych.

Maria Ryś (2018) podkreśla, że dla kształtowania się odporności ważne są zarówno zasoby indywidualne, jak i cechy środowiska rodzinnego, a także cechy społeczne, do których zalicza wsparcie ze strony dorosłych. Osoby mające dostęp do wsparcia wykazują większą odporność na czynniki stresowe i cieszą się lepszym zdrowiem psychicznym (Bhattacharjee i Ghosh, 2021). Przegląd 16 badań ilościowych przeprowadzonych w latach 2019–2021 z udziałem 40 076 uczestników (na całym świecie) wykazał, że nastolatki o różnym pochodzeniu doświadczały wyższych wskaźników lęku, depresji i stresu w okresie pandemii. W tym czasie nastolatki także częściej zażywały alkohol i konopie indyjskie (bierne strategie radzenia sobie). Jednak wsparcie społeczne i pozytywne umiejętności radzenia sobie pozytywnie wpływały na ich zdrowie psychiczne (Jones i in., 2021). Okres adolescencji ze względu na obecny kryzys rozwojowy jest kluczowy dla rozwoju zachowań ryzykownych, zwłaszcza gdy brakuje wsparcia społecznego (Mastorci i in., 2021). Poczucie wsparcia społecznego jest więc istotnym czynnikiem chroniącym jakość życia adolescentów i tworzącym środowisko do rozwoju.

7. Zakończenie

Włączanie się w świat dorosłych nie jest zadaniem łatwym – ze względu na zachodzące w nastolatku skomplikowane procesy wewnętrzne o charakterze fizjologicznym, hormonalnym, poznawczym, emocjonalnym oraz zmiany w systemie wartości i zachowań w stosunku do otoczenia. Proces dojrzewania jest niekiedy dodatkowo utrudniony przez niejednokrotnie niespójne sygnały lub oceny napływające ze środowiska zewnętrznego, mogące wywołać poczucie zagubienia w dokonywaniu wyborów i kształtowaniu własnego Ja (Wojciechowska, 2011). Wpływ środowiska i osób znaczących na funkcjonowanie adolescentów jest znamienny. W dobie pandemii COVID-19 i tak trudny proces dorastania został poddany próbie oddziaływań niestabilnego świata dorosłych i całego środowiska zewnętrznego.

W myśl psychologii pozytywnej w niniejszej publikacji skoncentrowaliśmy się nie na deficytach młodzieży, ale na odczuwanej przez nią jakości życia i jej wyznacznikach. Odpowiadając na postawione pytania badawcze, dokonamy podsumowania zawartości książki.

Pierwszym pytaniem, jakie zadaliśmy, było pytanie o poziom odczuwanej przez adolescentów jakości życia. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że jakość życia w populacji adolescentów kształtuje się na poziomie wyników średnich. Analizując ogólny poziom jakości życia oraz w każdej z domen, okazuje się, że młodzież

radzi sobie przeciętnie. Niemniej jednak w każdej z grup – od preadolescencji do adolescencji właściwej – najsłabiej wypada funkcjonowanie szkolne. Wynik ten zwraca szczególną uwagę w kontekście zarówno radzenia sobie z nauką zdalną, jak i budowania i podtrzymywania więzi z rówieśnikami.

Drugie pytanie odnosiło się do występowania różnic między odczuwaną jakością życia ze względu na wiek, miejsce zamieszkania i płeć. Najistotniejsza odpowiedź, jaka jawi się w świetle uzyskanych wyników, jest związana z obniżaniem się jakości życia wraz z wiekiem – zarówno na poziomie ogólnym, jak i w każdej z domen. Wynik ten jest związany ze specyficznymi zadaniami rozwojowymi, jakie czekają na młodzież na późniejszym etapie dojrzewania. W porównaniach ze względu na płeć gorzej radzą sobie dziewczęta, a ze względu na miejsce zamieszkania osoby z większych aglomeracji. Płeć żeńska gorzej radzi sobie z przystosowaniem do zmian okresu adolescencji i wyzwań, które ze sobą niesie, a miejsce zamieszkania, takie jak miasto, może utrudniać budowanie więzi społecznych, które prawdopodobnie łatwiej jest stworzyć w mniejszych miejscowościach.

W dalszej kolejności pytaliśmy o korelaty jakości życia adolescentów. Odczuwana przez adolescentów jakość życia rozwijała się wraz ze wzrostem prężności przejawiającej się: optymistycznym nastawieniem i energią, wytrwałością i determinacją w działaniu, poczuciem humoru i otwartością na nowe doświadczenia, kompetencjami osobistymi i tolerancją negatywnego afektu; stosowaniem aktywnych sposobów radzenia sobie, poszukiwaniem i dawaniem wsparcia społecznego, spędzaniem czasu wolnego na aktywnościach bez użycia mediów elektronicznych. Odczuwana jakość życia wzrastała wraz z rzadszym stosowaniem strategii radzenia sobie o charakterze bezradności, obejmujących: zaprzestanie działań, obwinianie siebie oraz używanie środków psychoaktywnych. Odczuwana jakość życia adolescentów była także związana z wiekiem.

Zmienną o charakterze zasobów środowiskowych wyjaśniającą jakość życia adolescentów była sytuacja materialna. Odczuwana jakość życia rozwijała się wraz ze wzrostem spostrzeganego przez dzieci i młodzież dobrobytu materialnego rodziny.

Kolejne pytanie badawcze odnosiło się do udziału zmiennych psychospołecznych w wyjaśnianiu odczuwanej jakości życia. Do predyktorów odczuwanej jakości życia adolescentów należą: płeć, wiek, status materialny rodziny, prężność, stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie ze stresem, stosowanie strategii bezradności, spędzanie czasu wolnego na aktywnościach niezwiązane z użyciem mediów elektronicznych. W grupie preadolescentów, oprócz zmiennych charakterystycznych dla całego okresu adolescencji, do czynników w znaczący sposób wyjaśniających odczuwany poziom jakości życia w czasie pandemii COVID-19 należało wykształcenie matki oraz miejsce zamieszkania. Wiek derminował poziom odczuwanej jakości życia w grupie preadolescentów i adolescentów właściwych. Wśród wczesnych adolescentów jakość życia w czasie pandemii COVID-19, poza czynnikami charakterystycznymi dla wszystkich adolescentów, zależała od stanu zdrowia.

Ostatnie pytanie odnosiło się do moderującej roli wsparcia społecznego dla związku zmiennych podmiotowych o charakterze zasobów odporności z odczuwaną jakością życia. Ogólne odczucie jakości życia wykazuje silniejsze związki dodatnie z prężnością i jej składowymi oraz aktywnymi sposobami radzenia sobie wśród adolescentów doświadczających wysokiego poziomu wsparcia niż tych, którzy doświadczają niskiego poziomu wsparcia. Dobrostan psychiczny w grupie adolescentów charakteryzujących się wysokim poczuciem wsparcia wyjaśniany jest przez wzrost kompetencji i kontroli afektu. Związek ten nie występuje wśród adolescentów o niskim poziomie wsparcia.

Radzenie sobie ze stresem za pomocą bezradności jest związane negatywnie, z taką samą siłą, z odczuwaną przez adolescentów

jakością życia niezależnie od poziomu doświadczanego wsparcia. U osób o niskim poczuciu wsparcia w domenie Autonomia i kontakty z rodzicami związek bezradności i odczuwanej jakości życia jest istotnie silniejszy niż wśród młodzieży o wysokim poziomie odczuwanego wsparcia. Podobnie jest on charakterystyczny tylko dla osób o niskim poziomie wsparcia w obszarze satysfakcji ze wsparcia społecznego i relacji rówieśniczych.

7.1. Ograniczenia i mocne strony projektu

Zaprezentowane badania nad jakością życia młodzieży uwarunkowaną zdrowiem miały na celu zbadanie najważniejszych aspektów funkcjonowania nastolatków na każdym etapie adolescencji. Projekt ten ma mocne strony, ale też nie jest wolny od ograniczeń, stąd uzyskane wyniki należy traktować z ostrożnością.

1. Badaniami objęto młodzież w całym okresie adolescencji, co niewątpliwe jest atutem tego projektu, niemniej jednak warto pamiętać, że analiza została przeprowadzona jednorazowo, w określonym momencie trwania pandemii. Z pewnością gdyby badania zostały przeprowadzone longituidalnie, można by z większą dozą pewności analizować uzyskane dane oraz zobaczyć, jakie zmienne wpływają na poczucie jakości życia w czasie.
2. Badana próba była reprezentatywna, co również jest mocną stroną tego badania. Niemniej jednak być może zmienne, które należało kontrolować lub baczniej wziąć pod uwagę, to grupy ryzyka, np. młodzież w ryzyku uzależnień (w tym behawioralnych). Pandemia z pewnością mogła przyczynić się do pogłębienia trudności, a jednocześnie jest to grupa, która szczególnie potrzebuje wsparcia, tym bardziej w dobie pandemii.

3. W projekcie uwzględniono wiele zmiennych, począwszy od demograficznych (płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców) na kapitale podmiotowym kończąc (prężność, sposoby radzenia sobie ze stresem, poczucie wsparcia czy sposoby spędzania czasu wolnego), które mają istotny wpływ na odczuwaną jakość życia. Jednak uzyskane wyniki wskazują, że założenia projektu powinny były uwzględniać zarówno zmienne kliniczne (tj. poziom nasilenia lęku, depresji), jak i osobowościowe, które istotnie mogły modyfikować uzyskane wyniki. W badaniach także nie uwzględniono poziomu przystosowania do choroby, który mógł istotnie wpływać na subiektywne odczucie jakości życia.
4. Dopełnieniem projektu mogłyby być analizy jakościowe, których zabrakło. Metody te pozwalają na uzyskanie danych, które same w sobie operacjonalizują zmienną subiektywnej jakości życia nastolatków. Uzyskanie takich danych pozwoliłoby, poza danymi kwestionariuszowymi, uzyskać informacje na temat spostrzeganych oczami młodzieży czynników ryzyka oraz czynników chroniących. Prawdopodobnie dopełnieniem projektu byłoby pozyskanie takich danych od rodziców nastolatków.

7.2. Perspektywy przyszłych badań

Z nadzieją, że pandemia COVID-19 minęła bezpowrotnie, trudno jednoznacznie wskazać, jaka perspektywa dalszych badań kształtowałaby się w dobie pandemii. Niemniej jednak z pewnością warto przyglądać się postpandemicznym zmianom, jakie COVID-19 zostawił pokoleniu młodych ludzi. Warto pamiętać, że jedną z konsekwencji ponoszonych w obliczu traumatycznego, niemożliwego do przewidzenia wydarzenia, jakim był COVID-19, może być zespół stresu

pourazowego (*PTSD, post-traumatic stress disorder*). Do typowych objawów PTSD należą: napięcie lękowe, uczucie wyczerpania, poczucie bezradności, doświadczanie nawracających, gwałtownych mimowolnych wspomnień traumatycznego wydarzenia, flashbacków, aż po halucynacje czy koszmary senne. Nierzadko początek tego zaburzenia występuje po okresie latencji, który może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy. Stąd perspektywa dalszych badań zakładać może monitorowanie stanu młodzieży również pod kątem wystąpienia objawów zaburzenia stresu pourazowego.

Ponadto wartościowe dla analiz byłoby uwzględnienie danych jakościowych, których niniejszy projekt nie obejmował, i znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy i w jaki sposób pandemia wpłynęła na hierarchię wartości, postrzeganie czasu lub relacje społeczne w dobie social mediów. Zjawiskiem, na które warto zwrócić uwagę, jest *binge-watching*, definiowane jako oglądanie wielu odcinków serialu telewizyjnego po kolei, co w dobie i tak już wysokiej popularności Netflixa, Amazon-Prime czy innych platform streamingowych podczas pandemii osiągnęło prawdopodobnie szczyt również w grupie młodzieży. Nowy sektor badań opiera się na założeniu, że długotrwałe zaangażowanie w *binge-watching* prowadzi do problematycznych wzorców oglądania seriali telewizyjnych i szkodliwych konsekwencji (Flayelle i in., 2020). Najnowsze badania wskazują na pierwsze poważne objawy: bezsenność i chroniczne zmęczenie, siedzący i niezdrowy tryb życia (Vaterlaus i in., 2018), zaniedbywanie innych czynności oraz ograniczenie relacji społecznych (Rubenking i in., 2018). Ta krótka charakterystyka wydaje się wskazywać na to, że *binge-watching* może mieć właściwości uzależniające, co w przypadku młodzieży jest szczególnie warte monitorowania.

Nie od dziś wiadomo, że czas spędzany w mediach wpływa na percepcję ludzi w sposób bardziej znaczący w porównaniu z osobami, które spędzają w nich mniej czasu (Dahlstrom i Scheufele, 2010; Ng i in., 2018). Osoby te mogą nawet żyć w tak zwanej rzeczywisto-

ści medialnej z Syndromem Chorego Świata (mean world syn*drome)*, czyli ignorując fakty i wierząc, że świat i ludzie są bardziej niebezpieczni, niż rzeczywiście są (Gerbner i Gross, 1976; por. Tsoy i in., 2021). W świetle tej teorii interesujące jest to, czy młodzi ludzie, dla których korzystanie z mediów społecznościowych to codzienność, w związku z doświadczeniem pandemii zaczynają żyć/żyją z syndromem chorego świata? Badania przeprowadzone przez Mesch i współpracowników (2013) wykazały, że obawa przed zakażeniem się wirusem H1N1 była pozytywnie skorelowana z czasem spędzanym w mediach społecznościowych, a podobne wyniki uzyskali Garfin z zespołem (2020) w odniesieniu do COVID-19. Zwiększony stres i niepokój prowadzą do nadmiernej reakcji i błędnej samooceny stanu zdrowia, a te z kolei mogą przyczyniać się do poziomu odczuwanej jakości życia.

W badaniach jakości życia warto również uwzględnić zmienną poczucia koherencji i sprawczości młodzieży, które pozwalają lepiej wyjaśnić przystosowanie osobiste. W niniejszym projekcie jedną ze zmiennych było tzw. poczucie rezyliencji, które szeroko ujmuje odporność psychiczną oraz domenę Autonomia i niezależność, co – jak pokazują badania – wpływa na jakość życia młodzieży. Poczucie sprawczości jest zmienną, która wskazuje na działanie, a działanie w kryzysie jest optymalne dla wyższej jakości życia. Zmienne, które prawdopodobnie mają wpływ na subiektywne odczuwanie jakości życia, to również zmienne osobowościowe (np. poziom neurotyzmu) czy poznawcze (np. poziom inteligencji), których ten projekt nie obejmował.

W badaniach nad jakością życia młodzieży obszarem wciąż zaniedbanym jest badanie jakości życia nastolatków z grup ryzyka (Grzega, 2021; Pyżalski, 2021). Ich ocena jakości życia oraz czynników wzmacniających i czynników ryzyka dałaby niewątpliwie możliwości planowania pomocy zarówno profilaktycznej, jak i terapeutycznej.

Perspektywa badań nad jakością życia w świecie po pandemii powinna również uwzględnić korzyści, jakie ta mogła przynieść. Z pozoru absurdalny postulat, ale – jak wskazują liczne badania – okazuje się, że aż 12% młodzieży twierdzi, że ich relacje z rodzicami i opiekunami podczas pandemii poprawiły się, podobnie jak jakość czasu spędzanego z rodziną (Pyżalski, 2020a). W badaniach Kosir i współpracowników (2020) aż u 9% nastoletnich pacjentów onkologicznych okres pandemii wiązał się z osłabieniem odczuwanego lęku, a badania Lewandowskiej (2020) wskazują na to, że uczniowie niesłyszący i słabosłyszący podają takie korzyści z edukacji zdalnej, jak: większa możliwość skupienia się, własne tempo uczenia się, większa efektywność nauki, brak dystraktorów (np. hałas). Stąd pozytywne spojrzenie na uwarunkowania jakości życia po pandemii pozwala wykorzystać modele pozytywnego rozwoju i salutogenetycznej koncepcji zdrowia.

Nawiązując do koncepcji, że pomoc dziecku nie może się odbyć bez udziału dorosłych, wydaje się zasadne badanie jakości życia w kontekście środowiskowym i rodzinnym. Badania równoległe nastolatka, rodzica i np. nauczyciela pozwoliłoby analizować subiektywne poczucie jakości życia, które jednocześnie ma aspekt środowiskowy i relacyjny, nawiązując do koncepcji modelu KIDSCREEN.

7.3. Rekomendacje dla wsparcia i profilaktyki

Uzyskane wyniki dotyczące jakości życia młodych osób wskazują **na szereg implikacji praktycznych i rekomendacji do pracy z młodzieżą**. Przede wszystkim w zgodzie z uzyskanymi wynikami bardzo istotne dla pracy wydaje się wsparcie emocjonalne młodzieży, począwszy od nauki umiejętności regulacji emocjonalnej w sposób konstruktywny aż do poszukiwania zdrowych sposobów radzenia sobie ze stresem, takich jak: aktywne radzenie sobie, pla-

nowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz instrumentalnego. Dzięki lepszemu radzeniu sobie z emocjami młodzież ma większe szanse na zmniejszenie stosowania strategii z grupy bezradności (tj. zaprzestanie działań, obwinianie siebie i używanie substancji psychoaktywnych), które istotnie wiążą się z obniżeniem jakości życia. Właściwe diagnozowanie strategii radzenia sobie ze stresem u uczniów szkół i zwrócenie szczególnej uwagi na strategie z obszaru bezradności i unikania pozwoliłoby na wprowadzenie wsparcia psychologicznego dla uczniów o nasilonym poczuciu bezradności oraz planowanie wdrożenia innych konstruktywnych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że warto szczególną uwagę zwrócić na wzmacnianie czynnika chroniącego jakość życia, jakim jest prężność. Wspieranie rozwoju optymistycznego nastawienia i energii, wytrwałości i determinacji w działaniu, poczucia humoru i otwartości na nowe doświadczenia, kształtowanie kompetencji osobistych, w tym poczucia własnej skuteczności oraz kontrolowania emocji, z pewnością przyczynia się do większego poczucia zadowolenia i dobrostanu. Prężność warto, poza pracą nad kompetencjami osobisto-społecznymi, wspierać przez pracę wychowawczą na rzecz innych (np. wolontariat, harcerstwo), co zwiększa poczucie sprawstwa oraz zaspokajanie własnych potrzeb w konstruktywny sposób. Działania te budują korzystny obraz siebie na podstawie pozytywnych doświadczeń z innymi. Dzięki stwarzaniu warunków do rozwoju zainteresowań, które również są istotnym czynnikiem chroniącym, istnieje szansa, że jakość życia może wzrosnąć. W kontekście pandemii warto zadbać o te zainteresowania czy aktywności, które nie wymagają kontaktu z mediami elektronicznymi. Rozwój zainteresowań uwarunkowany jest obecnością zasobów w środowisku lokalnym, takich jak np. obiekty sportowe, kulturalne, rekreacyjne itp., oraz obecnością zasobów ludzkich, osób pracujących z dziećmi w zakresie rozwoju ich pasji.

Ta rekomendacja przypomina o tym, że dla nastolatków szczególnie ważne jest środowisko funkcjonowania, stąd rozszerzenie zajęć powinno objąć nie tylko wsparcie psychologiczne, ale również systemowe (rodzice, nauczyciele, rówieśnicy) dla młodzieży, zwłaszcza o nasilonym poczuciu bezradności. Otrzymywane wsparcie jest bowiem warunkiem wystąpienia lub wzmocnieniem związków wielu zmiennych tworzących kapitał psychologiczny z odczuwaną jakością życia. Wsparcie należy kierować równolegle do uczniów, rodziców i nauczycieli oraz psychologów i pedagogów szkolnych, gdyż wzbogacenie całego sytemu w zasoby umożliwi rozwój nastolatków i uruchomi naturalne procesy regeneracji po pandemii COVID-19.

Omówienie praktycznych implikacji, wraz ze wskazaniami do pracy szczególnie dla rodziców i nauczycieli, zostanie przedstawione w drugiej części tej książki pt. *Jakość życia adolescentów w czasie pandemii COVID-19. Praktyczny poradnik profilaktyki i wsparcia*.

Bibliografia

Antczak, B. (2018). Aktywność uczniów na rzecz własnego rozwoju, jak również rozwoju szkoły. *Journal of Modern Science*, *19*(4), 107–122.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Publishers.

Basińska, M. (2009). *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe.* Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Berzonsky, M. D. (2003). The Structure of Identity: Commentary on Jane Kroger's View of Identity Status Transition. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, *3*(3), 231–245. https://doi.org/10.1207/S1532706XID0303_04

Bhattacharjee, A., i Ghosh, T. (2021). COVID-19 Pandemic and Stress: Coping with the New Normal. *Journal of Prevention and Health Promotion*, 26320770211050056. https://doi.org/10.1177/26320770211050058

Boczkowska, M. A. (2019). Pojęcie resilience w ujęciu tradycyjnym i współczesnym. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, *38*(4). https://doi.org/10.17951/lrp.2019.38.4.125-141

Caqueo-Urízar, A., Atencio, D., Urzúa, A., i Flores, J. (2022). Integration, Social Competence and Life Satisfaction: The Mediating Ef-

fect of Resilience and Self-Esteem in Adolescents. *Child Indicators Research*. https://doi.org/10.1007/s12187-021-09907-z.

Carver, C. S., Scheier, M. F., i Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267.

Chwaszcz, J., Bartczuk, R. P., Niewiadomska, I., Hobfoll, S. E., i Palacz-Chrisidis, A. (2020). The Polish adaptation of the Strategic Approach to Coping Scale. *Roczniki Psychologiczne*, *23*(1), 23–43. https://doi.org/10.18290/rpsych20231-2.

Chwaszcz, J., Palacz-Chrisidis, A., Wiechetek, M., Bartczuk, R. P., Niewiadomska, I., Wośko, P., i Sławska, P. (2020). *Quality of life and its factors in the COVID19 pandemic situation. Results of Stage 1 studies during the pandemic growth period*. PsyArXiv. https://doi.org/10.31234/osf.io/ryv8g.

Cohen, S., i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357. https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310.

Dąbkowska, M., Kobierecka-Dziamska, A., i Prusaczyk, M. (2021). Anxiety, Coping Strategies and Resilience among Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. W *Anxiety, Uncertainty, and Resilience During the Pandemic Period – Anthropological and Psychological Perspectives*. IntechOpen. https://doi.org/10.5772/intechopen.97828.

Dębska, U., i Komorowska, K. (2007). Jakość życia w kontekście osobowościowych uwarunkowań i poczucia koherencji. Badania osób we wczesnej i średniej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, *12*(4). http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-2084-3879-year-2007-volume-12-issue-4-article-4262.

Dijkstra, M. T. M., i Homan, A. C. (2016). Engaging in Rather than Disengaging from Stress: Effective Coping and Perceived Control. *Frontiers in Psychology*, *7*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01415.

Domínguez-Álvarez, B., López-Romero, L., Isdahl-Troye, A., Gómez-Fraguela, J. A., i Romero, E. (2020). Children Coping, Contextual Risk and Their Interplay During the COVID-19 Pandemic: A Spanish Case. *Frontiers in Psychology*, *11*, 577763. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577763.

Gaspar, T., Matos, M., Pais-Ribeiro, J., José, L., Leal, I., i Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, *9*, 33–48.

Gayatri, M., i Irawaty, D. K. (2021). Family Resilience during COVID-19 Pandemic: A Literature Review. *The Family Journal*, 10664807211023876. https://doi.org/10.1177/10664807211023875.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., i Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7. ed., Pearson new internat. ed). Pearson.

Heffer, T., i Willoughby, T. (2017). A count of coping strategies: A longitudinal study investigating an alternative method to understanding coping and adjustment. *PLOS ONE*, *12*(10), e0186057. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186057.

Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność: Psychologia i filozofia stresu [Stress, culture and community. The psychology and philosophy of stress]* (M. Kacmajor, Trans.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hobfoll, S. E. (2011a). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. W S. Folkman (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (s. 127–147). Oxford University Press.

Hobfoll, S. E. (2011b). Conservation of resource caravans and engaged settings: Conservation of resource caravans. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *84*(1), 116–122. https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x.

Hobfoll, S. E. (2012). Conservation of resources and disaster in cul-

tural context: The caravans and passageways for resources. *Psychiatry: Interpersonal i Biological Processes*, *75*(3), 227–232. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.3.227.

Hobfoll, S. E. (2014). Resource caravans and resource caravan passageways: A new paradigm for trauma responding. *Intervention*, *12*, 21–32. https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000067.

Hommes, F., van Loon, W., Thielecke, M., Abramovich, I., Lieber, S., Hammerich, R., Gehrke-Beck, S., Linzbach, E., Schuster, A., von dem Busche, K., Theuring, S., Gertler, M., Martinez, G. E., Richter, J., Bergmann, C., Bölke, A., Böhringer, F., Mall, M. A., Rosen, A., … Study Group, B. (2021). SARS-CoV-2 Infection, Risk Perception, Behaviour and Preventive Measures at Schools in Berlin, Germany, during the Early Post-Lockdown Phase: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 2739. https://doi.org/10.3390/ijerph18052739.

Hurlock, E. (1985). *Rozwój dziecka*. PWN.

Jodłowska, B., Ogińska, H., Bilski, J., i Mańko, G. (2010). *Modele radzenia sobie ze stresem i cechy antropometryczne u młodzieży gimnazjalnej*. 127–134.

Jones, E. A. K., Mitra, A. K., i Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 2470. https://doi.org/10.3390/ijerph18052470.

Jones, R., Mougouei, D., i Evans, S. L. (2021). Understanding the emotional response to COVID-19 information in news and social media: A mental health perspective. *Human Behavior and Emerging Technologies*, *3*(5), 832–842. https://doi.org/10.1002/hbe2.304.

Juchnowicz, D., Baj, J., Forma, A., Karakuła, K., Sitarz, E., Bogucki, J., i Karakula-Juchnowicz, H. (2021). The Outbreak of SARS-CoV-2 Pandemic and the Well-Being of Polish Students: The Risk Factors of the Emotional Distress during COVID-19 Lock-

down. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(5), 944. https://doi.org/10.3390/jcm10050944.

Juczyński, Z., i Ogińska-Bulik, N. (2012). *Tools for measuring stress and coping with stress*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Juszko, K., Serweta, A., Cieślik, B., Idzikowski, W., Szczepańska-Gieracha, J., i Gajda, R. (2022). Remote Support of Elderly Women Participating in Mental Health Promotion Programme during the COVID-19 Pandemic: A Single-Group Longitudinal Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(7), 4073. https://doi.org/10.3390/ijerph19074073

Kaczmarska, A., i Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu — Przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health*, *51*(4), 317–321.

Kaczor-Szkodny, P., Horoch, A., Kulik, T., Pacian, A., Kawiak-Jawor, E., i Kaczoruk, M. (2016). Aktywność fizyczna i formy spędzania czasu wolnego wśród uczniów w wieku 12–15 lat. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *22*(2), 113–119. https://doi.org/10.5604/20834543.1208216.

Kobasa, S. C. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, *7*(4), 413–423. https://doi.org/10.1007/BF00894383.

Konaszewski, K., i Kwadrans, Ł. (2017). *Prężność psychiczna a wsparcie społeczne w grupie młodzieży nieprzystosowanej społecznie. Badania pilotażowe*, 163. https://doi.org/10.22432/pjsr.2017.13.11.

Konopczyński, M. (2014). Twórcza Resocjalizacja. Zarys koncepcji rozwijania potencjałów. *Resocjalizacja Polska*, *7*(1), 13–28.

Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lelonek-Kuleta, B., i Bartczuk, R. P. (2021). Online Gambling Activity, Pay-to-Win Payments, Motivation to Gamble and Coping Strategies as Predictors of Gambling Disorder Among e-sports

Bettors. *Journal of Gambling Studies*, *37*(4), 1079–1098. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10015-4.

Li, Q., Luo, R., Zhang, X., Meng, G., Dai, B., i Liu, X. (2021). Intolerance of COVID-19-Related Uncertainty and Negative Emotions among Chinese Adolescents: A Moderated Mediation Model of Risk Perception, Social Exclusion and Perceived Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(6), 2864. https://doi.org/10.3390/ijerph18062864.

Łubianka, B., i Filipiak, S. (2019). System wartości młodzieży w okresie wczesnej adolescencji na dwóch etapach edukacji. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Psychologica*, *12*, 98–116. https://doi.org/10.24917/20845596.12.5.

Luthar, S. S., Ebbert, A. M., i Kumar, N. L. (2021). Risk and resilience during COVID-19: A new study in the Zigler paradigm of developmental science. *Development and Psychopathology*, *33*(2), 565––580. https://doi.org/10.1017/S0954579420001388.

Masten, A. (2004). Masten AS. Regulatory processes, risk, and resiliience in adolescent development. Ann NY Acad Sci 1021: 310-319. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*, 310–319. https://doi.org/10.1196/annals.1308.036

Mastorci, F., Bastiani, L., Trivellini, G., Doveri, C., Casu, A., Pozzi, M., Marinaro, I., Vassalle, C., i Pingitore, A. (2021). Well-Being PerV ception during COVID-19 Pandemic in Healthy Adolescents: From the Avatar Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(12), 6388. https://doi.org/10.3390/ijerph18126388.

Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A., i Lassi, Z. S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7), 3432. https://doi.org/10.3390/ijerph18073432.

Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L., i Walitza, S. (2021). Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(9), 4668. https://doi.org/10.3390/ijerph18094668.

Montirosso, R., Mascheroni, E., Guida, E., Piazza, C., Sali, M. E., Molteni, M., i Reni, G. (2021). Stress symptoms and resilience factors in children with neurodevelopmental disabilities and their parents during the COVID-19 pandemic. *Health Psychology*, *40*(7), 428–438. https://doi.org/10.1037/hea0000966.

Mudrecka, I. (2013). Wykorzystanie koncepcji resilience w profilaktyce niedostosowania społecznego i resocjalizacji. *Resocjalizacja Polska*, *5*, 49–61.

Ogińska-Bulik, N. (2010). *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.

Ogińska-Bulik, N., i Juczyński, Z. (2011). *Prężność u dzieci i mlodzieży. Charakterystyka i pomiar – Polska skala SPP-18*.

Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Wydawnictwo KUL.

Papuć, E. (2011). Jakość życia – Definicje i sposoby jej ujmowania. *Curr Probl Psychiatry*, *12 (2)*, 141–145.

Ramirez, S., Aldunate, M. P., Arriagada, C., Bueno, M., Cuevas, F., González, X., Araya, R., i Gaete, J. (2021). Brief Research Report: The Association Between Educational Experiences and Covid-19 Pandemic-Related Variables, and Mental Health Among Children and Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2021.647456.

Ravens-Sieberer, U. i Kidscreen Group Europe. (2006). *The Kidscreen questionnaires quality of life questionnaires for children and adolescents: Handbook*. Pabst Science.

Ryś, M., i Trzęsowska-Greszta, E. (2018). Kształtowanie się i rozwój odporności psychicznej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, *34*(2), 164–196.

Sapienza, J. K., i Masten, A. S. (2011). Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*(4), 267–273. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834776a8.

Schäfer, S. K., Sopp, M. R., Schanz, C. G., Staginnus, M., Göritz, A. S., i Michael, T. (2020). Impact of COVID-19 on Public Mental Health and the Buffering Effect of a Sense of Coherence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *89*(6), 386–392. https://doi.org/10.1159/000510752.

Schulz, U., i Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). [Social Support in Coping with Illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS).]. *Diagnostica*, *49*(2), 73–82. https://doi.org/10.1026/0012-1924.49.2.73.

Smith, G. D., i Yang, F. (2017). Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, *49*, 90–95. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.004.

Spętana, J., Krzysztofiak, D., i Włodarczyk, E. (2016). *Od wykluczenia do wsparcia w przestrzeni współczesnych problemów społecznych*. IMPULS. http://ksiazki24h.pl/wiecej.php?id=zh-774.

Tal-Saban, M., i Zaguri-Vittenberg, S. (2022). Adolescents and Resilience: Factors Contributing to Health-Related Quality of Life during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3157. https://doi.org/10.3390/ijerph19063157.

Verger, N. B., Urbanowicz, A., Shankland, R., i McAloney-Kocaman, K. (2021). Coping in isolation: Predictors of individual and household risks and resilience against the COVID-19 pandemic. *Social Sci-*

ences i Humanities Open, *3*(1), 100123. https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2021.100123.

Werner, E. (2005). What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? In *Handbook of resilience in children* (s. 91–105). https://doi.org/10.1007/0-306-48572-9_7.

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, *28*(3), 551–558. https://doi.org/10.1017/S0033291798006667.

Wojciechowska, L. (2011). Dobrostan psychiczny adolescenta w obliczu realizacji rozwojowych zadań społecznych. W D. Borecka-Biernat (red.), *Zaburzenia w zachowaniu dzieci i młodzieży w kontekście trudnych sytuacji szkolnych i pozaszkolnych* (s. 13–40).

Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., i Song, R. (2020). Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*, e201619. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619.

Zekovic, B., i Renwick, R. (2003). Quality of Life for Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. *Disability i Society*, *18*(1), 19–34. https://doi.org/10.1080/713662199.

Spis tabel, wykresów i rysunków

Spis tabel

Tabela 1. Dane socjodemograficzne adolescentów 52

Tabela 2. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia w grupie adolescentów 68

Tabela 3. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia dla grupy osób w preadolescencji 69

Tabela 4. Różnice w jakości życia między chłopcami i dziewczętami w grupie preadolescentów 69

Tabela 5. Różnice w jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania w grupie preadolescentów 70

Tabela 6. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia dla grupy młodzieży we wczesnej adolescencji 71

Tabela 7. Różnice w jakości życia między chłopcami i dziewczętami w grupie wczesnych adolescentów 72

Tabela 8. Różnice w jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania w grupie wczesnych adolescentów 73

Tabela 9. Statystyki opisowe zmiennych jakości życia w adolescencji właściwej 74

Tabela 10. Różnice w jakości życia między chłopcami i dziewczętami w grupie adolescencji właściwej 75

Tabela 11. Różnice w jakości życia w zależności od miejsca zamieszkania w grupie adolescencji właściwej 76

Tabela 12. Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA 77

Tabela 13. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i wiekiem badanych 83

Tabela 14. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i sytuacją materialną 83

Tabela 15. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i prężnością 84

Tabela 16. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i otrzymywanym oraz dawanym wsparciem 87

Tabela 17. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i strategiami radzenia sobie w grupie preadolescentów 90

Tabela 18. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i strategiami radzenia sobie w grupie wczesnych adolescentów 94

Tabela 19. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i strategiami radzenia sobie w grupie właściwych adolescentów 98

Tabela 20. Wyniki korelacji r-Pearsona między wymiarami jakości życia i formami spędzania czasu wolnego 102

Tabela 21. Podsumowanie modeli jakości życia: wielokrotna analiza regresji w grupie preadolescentów 110

Tabela 22. Wielokrotna analiza regresji przewidująca jakość życia wśród preadolescentów 111

Tabela 23. Podsumowanie modeli jakości życia: wielokrotna krokowa analiza regresji w grupie wczesnych adolescentów 114

Tabela 24. Wielokrotna analiza regresji przewidująca jakość życia wśród wczesnych adolescentów 114

Tabela 25. Podsumowanie modeli jakości życia: wielokrotna analiza regresji w grupie adolescentów właściwych 117

Tabela 26. Wielokrotna analiza regresji przewidująca jakość życia wśród właściwych adolescentów 118

Tabela 27. Związki korelacyjne między wymiarami jakości życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie osób o niskim wsparciu (N=735) 126

Tabela 28. Związki korelacyjne między wymiarami jakości życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie osób o wysokim wsparciu (N=774) 128

Tabela 29. Różnice korelacji między wymiarami jakości życia i zmiennymi podmiotowymi wśród adolescentów o wysokim i niskim poczuciu wsparcia społecznego 130

Spis wykresów

Wykres 1. Liczebność badanych z podziałem na wiek (wg lat) 51

Wykres 2. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie preadolescentów 104

Wykres 3. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie wczesnej adolescencji 106

Wykres 4. Wyniki korelacji r-Pearsona między jakością życia i zmiennymi podmiotowymi w grupie właściwej adolescencji 107

Wykres 5. Związki dobrostanu fizycznego ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego 132

Wykres 6. Związki dobrostanu psychicznego ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego 133

Wykres 7. Związki autonomii i relacji z rodzicami ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego 134

Wykres 8. Związki wsparcia społecznego i rówieśników ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego 135

Wykres 9. Związki funkcjonowania szkolnego ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego 136

Wykres 10. Związki jakości życia ze zmiennymi podmiotowymi w grupach adolescentów o niskim i wysokim poczuciu wsparcia społecznego 137

Spis rysunków

Rysunek 1. Czynniki kształtujące jakość życia preadolescentów 113

Rysunek 2. Czynniki kształtujące jakość życia wczesnych adolescentów 116

Rysunek 3. Czynniki kształtujące jakość życia adolescentów właściwych 119

Aneks

Tabela 30. Przedziały percentylowe KIDSCREEN-27 dla preadolescentów

Percentyl	DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ
10	2,600	2,714	2,571	2,500	2,250	2,778
20	3,000	3,143	3,000	3,000	2,750	3,111
30	3,400	3,429	3,143	3,000	3,000	3,333
40	3,600	3,571	3,429	3,500	3,250	3,519
50	3,800	3,857	3,714	3,750	3,500	3,667
60	4,000	4,000	3,857	4,000	3,750	3,815
70	4,200	4,143	4,000	4,250	4,000	4,000
80	4,400	4,286	4,286	4,500	4,250	4,185
90	4,600	4,571	4,571	4,750	4,500	4,370

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 31. Przedziały percentylowe KIDSCREEN-27 dla wczesnych adolescentów

Percentyl	DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ
10	2,200	2,143	2,429	2,000	2,000	2,482
20	2,600	2,571	2,714	2,500	2,250	2,741
30	3,000	2,857	3,000	3,000	2,750	2,963
40	3,200	3,143	3,286	3,000	2,750	3,148
50	3,400	3,429	3,429	3,500	3,000	3,333
60	3,600	3,571	3,714	3,750	3,250	3,519
70	3,800	3,857	4,000	4,000	3,500	3,704
80	4,000	4,000	4,143	4,250	3,750	3,926
90	4,400	4,429	4,571	4,750	4,250	4,222

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 32. Przedziały percentylowe KIDSCREEN-27 dla właściwych adolescentów

Percentyl	DF	DP	AUT	WS	FS	JŻ
10	2,000	2,000	2,143	2,000	1,750	2,296
20	2,400	2,286	2,571	2,500	2,250	2,593
30	2,600	2,571	2,857	2,750	2,500	2,815
40	2,800	2,857	3,143	3,000	2,750	3,000
50	3,000	3,143	3,429	3,250	3,000	3,148
60	3,200	3,429	3,571	3,500	3,000	3,333
70	3,600	3,714	3,857	3,750	3,250	3,519
80	3,800	3,857	4,000	4,000	3,750	3,741
90	4,200	4,286	4,429	4,500	4,000	4,000

Źródło: Opracowanie własne.