

Piotr Supranowicz

OCENA PRZYDATNOŚCI ANALOGOWEJ SKALI WIZUALNEJ (VAS)
DO MIERZENIA POSTAWY MŁODZIEŻY
WOBEC ZACHOWAŃ SZKODLIWYCH DLA ZDROWIA

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny
Kierownik: Maria Miller

W wyniku badania ankietowego, przeprowadzonego w losowo dobranej grupie 682 uczniów szkół warszawskich w wieku 14-15 lat stwierdzono, iż postawa wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia różni się w zależności od płci, rodzaju pitego alkoholu, częstości upicia się, częstości stykania się z propozycjami kupna narkotyków, noszenia broni i częstości doznawania obrażeń z powodu przemocy.

Słowa kluczowe: analogowa skala wizualna, zachowania szkodliwe dla zdrowia, postawa
Key words: visual analogue scale, unhealthy behaviours, attitude

WSTĘP

W badaniach socjoepidemiologicznych coraz częściej stosowane są subiektywne mierniki zdrowia, jego uwarunkowań i zaburzeń. Zdrowie jako zjawisko subiektywne definiowane jest jako „ten rodzaj zdrowia, który opiera się na osobistym doznaniu zdarzeń psychicznych, fizycznych i społecznych w takim zakresie, w jakim kształtują one samopoczucie jednostki” (1). Badania jakości życia, a szczególnie jakości życia związanej ze zdrowiem (*health-related quality of life*), znalazły się wśród badań priorytetowych zarówno w Piątym Ramowym Programie Unii Europejskiej, jak też w programie Światowej Organizacji Zdrowia Zdrowie Dla Wszystkich w XXI Wieku (2).

W ostatnim dwudziestolecu do badania subiektywnych czynników związanych ze zdrowiem i jego zaburzeniami coraz częściej stosowana jest analogowa skala wizualna VAS (*Visual Analogue Scale*) (3, 4, 5, 6, 7). Jest to skala nieposiadająca podziałki. Pomiar dokonywany jest poprzez zaznaczenie przez respondenta odpowiedzi na pytanie na odcinku pięć-, dziesięcio- lub piętnastocentymetrowym. Na krańcach tego odcinka leży brak badanego zjawiska i całkowita jego obecność. Analogowa skala wizualna posiada następujące zalety: 1/ jako skala ilorazowa, posiadająca bezwzględne zero, umożliwia mierzenie ile razy mierzona cecha jest większa lub mniejsza w grupach poddanych analizie; 2/ w stosunku do skal deskryptywnych minimalizuje wpływ wcześniejszych odpowiedzi respondentów na pytania zarówno w przypadku techniki *pretest – posttest*, jak i pytań tej samej ankiety (efekt zapamiętywania); 3/ ocena natężenia cechy jest maksymalnie zrelatywizowana w stosunku do subiektywnych odczuć respondenta (nie narzuca wyboru między sugerowa-

nymi odpowiedziami); 4/ skalę tę można przekształcić w inne rodzaje skal (8). Analogową skalę wizualną można stosować do porównywania różnic zachodzących u tej samej jednostki lub różnic między zbiorowościami. Jej wadą jest to, iż – ze względu na swój skrajnie subiektywny charakter – nadaje się do badania różnic między jednostkami tylko wówczas, gdy zostanie przekształcona w skalę wystandaryzowaną, np. skalę stenową. Ponadto mierzenie odpowiedzi w analogowej skali wizualnej wymaga opracowania obszerniejszej instrukcji do pytania niż w przypadku odpowiedzi mierzonych w skalach deskryptywnych.

W 1999 roku podjęto w Zakładzie Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny wielokierunkowe badania samooceny stanu zdrowia młodzieży, stylu życia i potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej. Jednym z celów tych badań było dokonanie analizy zależności między postawą młodzieży a zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia (nałogi, przemoc). Przyjęto, iż postawą wobec zachowań jest subiektywne postrzeganie użyteczności tych zachowań w rozwiązywaniu problemów życiowych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami ankietowymi objęto młodzież w wieku 14–15 lat uczęszczającą do klas VIII szkół warszawskich. Próbę dobrano poprzez losowanie warstwowo-zespołowe z rejestru szkół udostępnionego przez Kuratorium Warszawskie. W okresie od lutego do kwietnia 1999 roku dane zebrano od 699 uczniów z czternastu szkół publicznych i trzech szkół niepublicznych. Do badań zakwalifikowano 682 prawidłowo wypełnione ankiety (97,6%). Chłopcy stanowili 46,2% próby, dziewczęta – 53,8%.

Do zebrania informacji o postawie wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia i o zachowaniach szkodliwych dla zdrowia posłużyła ankieta opracowana w Zakładzie Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny. Do mierzenia postawy wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia użyto analogowej skali wizualnej. Uczniów poproszono, aby na dziesięciocentymetrowym odcinku, którego końce oznaczono jako „wcale” i „całkowicie”, zaznaczyli swoją odpowiedź na pytanie: „W jakim stopniu, Twoim zdaniem, picie alkoholu (palenie papierosów, używanie narkotyków, stosowanie przemocy) pomaga rozwiązywać problemy życiowe?”.

Do zebrania informacji o picciu alkoholu posłużyły trzy mierniki: częstość picia alkoholu, rodzaj pitego alkoholu i częstość upijania się. Miernik palenia papierosów stanowiła częstość palenia papierosów. Miernikami używania narkotyków były informacje o próbach przyjmowania narkotyków oraz częstość stykania się z propozycjami kupna narkotyków. Do zebrania informacji o stosowaniu przemocy posłużyły trzy mierniki: częstość zachowań agresywnych, noszenie broni i częstość doznawania obrażeń z powodu przemocy.

Do założenia bazy danych i analizy statystycznej użyto programu Epi Info (9). Istotność różnic w zakresie średnich wartości postaw wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia między porównywanymi grupami określono za pomocą testów dwóch rodzajów: testu parametrycznego ANOVA oraz testów nieparametrycznych Manna-Whitneya (gdy porównywano dwie grupy) lub Kruskala-Wallisa (gdy porównywano więcej niż dwie grupy). Siłę zgodności między zmiennymi określono za pomocą współczynnika korelacji r_{xy} Pearsona (gdy obie zmienne mierzone były w skalach ilościowych) lub współczynnika korelacji punktowo-dwuseryjnej r_{pbi} (gdy jedna zmienna mierzona była w skali dychotomicznej, druga w skali ilościowej). Interpretację korelacji oparto na następującym kryterium: [$r < 0,10$] brak korelacji, [$0,10 \leq r < 0,30$] słaba korelacja, [$0,30 \leq r < 0,50$] umiarkowana korelacja, [$0,50 \leq r < 0,70$] silna korelacja, [$r \geq 0,70$] bardzo silna korelacja (10).

WYNIKI BADAŃ

Średnia postawa wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia, mierzona analogową skalą wizualną, leży dużo poniżej środka skali (tab. I). Młodzież postrzega stosowanie przemocy jako zachowanie prawie dwukrotnie bardziej użyteczne w rozwiązywaniu problemów życiowych w porównaniu z piciem alkoholu i paleniem papierosów i prawie trzykrotnie bardziej użyteczne w porównaniu z używaniem narkotyków. Dotyczy to w większym stopniu chłopców niż dziewcząt.

Tabela I. Różnice między chłopcami i dziewczętami w zakresie postawy wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia

Table I. Differences between boys and girls in attitude toward unhealthy behaviours

Zachowania	Postawa wobec zachowań			
	cała próba mm	chłopcy mm	dziewczeta mm	ANOVA p<
Picie alkoholu	7,2	8,8	5,1	0,05
Palenie papierosów	6,5	7,4	5,8	NS
Przyjmowanie narkotyków	4,6	5,1	4,2	NS
Stosowanie przemocy	12,2	17,9	7,4	0,001

Korelacje między postawami i zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia dla całej próby uznać można za umiarkowane; mieszczą się one w przedziale od 0,33 (przemoc) do 0,46 (palenie papierosów) (tab. II). Stwierdzono istotne statystycznie różnice między chłopcami i dziewczętami w zakresie siły zgodności między postawą wobec picia alkoholu i często-

Tabela II. Korelacje między postawą wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia i częstością zachowań szkodliwych dla zdrowia

Table II. Correlation between attitude toward unhealthy behaviours and frequency of unhealthy behaviours

Zachowanie/Postawa	Cała próba		Chłopcy		Dziewczeta	
	r_{xy}/r_{pbi} (95%CI)	r^2	r_{xy}/r_{pbi}	r^2	r_{xy}/r_{pbi}	r^2
Picie alkoholu ^a	0,37 (0,31–0,44)	0,14	0,48*	0,23	0,24*	0,06
Palenie papierosów ^a	0,46 (0,39–0,51)	0,21	0,42	0,18	0,42	0,18
Przyjmowanie narkotyków ^b	0,36 (0,30–0,42)	0,13	0,44*	0,19	0,28*	0,08
Stosowanie przemocy ^a	0,33 (0,26–0,40)	0,11	0,27	0,07	0,32	0,10

^a współczynnik korelacji r_{xy} Pearsona

^b współczynnik punktowy dwuseryjny r_{pbi}

* istotne statystycznie różnice w porównaniu z całą próbą

ścią picia alkoholu oraz postawą wobec używania narkotyków i próbami używania narkotyków. W obu tych przypadkach chłopcy w im większym stopniu skłonni są uznać, iż codzienne picie alkoholu i zażywanie narkotyków pomaga rozwiązywać problemy życiowe, tym częściej niż dziewczęta piją alkohol i podejmują próby używania narkotyków. Nieznaczące różnice między chłopcami i dziewczętami w zakresie zgodności między postawą a częstością palenia papierosów oraz między postawą a częstością stosowania przemocy mieszczą się w granicach błędu statystycznego.

W przypadku zarówno całej próby, jak i chłopców przekonanie, iż codzienne picie alkoholu pomaga rozwiązywać problemy życiowe wzrasta wraz z częstością picia alkoholu (tab. III). Młodzież pijąca alkohol co najmniej raz w miesiącu przekonana jest o słuszności tego stwierdzenia prawie trzykrotnie mocniej niż młodzież w ogóle nie pijąca alkoholu, natomiast młodzież pijąca alkohol codziennie – aż siedemnaście razy mocniej. Tylko jedna z dziewcząt przyznała się do picia codziennego, dlatego z dużą ostrożnością należałoby traktować wybór skrajnej wartości skali postawy wobec picia alkoholu. Najwyższą wartość picia alkoholu w rozwiązywaniu problemów życiowych przypisywały dziewczęta,

Tabela III. Różnice w zakresie postawy wobec picia alkoholu w zależności od częstości picia alkoholu, rodzaju alkoholu i częstości upijania się

Table III. Differences in attitude toward alcohol drinking according to frequency of alcohol drinking, kind of alcohol and frequency of being drunk

Badane czynniki	Cała próba mm	Chłopcy mm	Dziewczęta mm
Częstość picia alkoholu			
nie pije (n=307, 45,2%)	3,8	4,5	2,8
rzadziej niż raz w miesiącu (n=215, 31,7%)	5,5	4,5	6,2
raz lub kilka razy w miesiącu (n=110, 16,2%)	11,4	14,4	11,3
raz lub kilka razy w tygodniu (n=34, 5,0%)	14,0	20,1	4,3
codziennie (n=13, 1,9%)	66,2	66,3	100,0
ANOVA p<	0,01	0,001	0,001
Kruskal-Wallis p<	0,001	0,001	0,001
Rodzaje alkoholu			
nie piją żadnego (n=281, 43,9%)	3,0	4,1	1,7
tylko piwo (n=172, 26,8%)	8,3	9,8	7,7
tylko wino (n=65, 10,1 %)	4,5	4,2	4,8
piwo i wino (n=63, 10,0%)	7,8	5,2	9,9
tylko wódkę (n=8, 1,2%)	21,5	21,5	–
wszystkie trzy rodzaje alkoholu (n=50, 8,0%)	20,4	26,5	14,2
ANOVA p<	0,001	0,001	0,001
Kruskal-Wallis p<	0,001	0,001	0,001
Częstość upijania się			
nigdy (n=298, 60,5%)	4,2	5,2	3,0
jeden raz (n=118, 18,0%)	8,0	7,5	8,3
więcej niż jeden raz (n=141, 21,5%)	15,2	19,6	10,3
ANOVA p<	0,001	0,001	0,001
Kruskal-Wallis p<	0,001	0,001	0,001

które co najmniej raz w miesiącu piły alkohol – czterokrotnie wyższą niż dziewczęta nie pijące alkoholu, natomiast stosunkowo niską wartość – dziewczęta, które piły alkohol co najmniej raz w tygodniu; mimo to była ona prawie dwukrotnie wyższa w porównaniu z postawą dziewcząt nie pijących alkoholu. W przypadku uczniów w ogóle nie pijących alkoholu, chłopcy w porównaniu z dziewczętami przypisują prawie dwukrotnie większą wartość picia alkoholu w rozwiązywaniu problemów życiowych.

W przypadku młodzieży pijącej różne rodzaje alkoholu ze stwierdzeniem, iż picie alkoholu rozwiązuje problemy życiowe w najmniejszym stopniu zgadza się młodzież pijąca wyłącznie wino. Chłopcy nie pijący żadnego alkoholu i pijący wyłącznie wino w niewielkim stopniu różnią się postawą wobec picia alkoholu. Dziewczęta pijące wyłącznie wino w porównaniu z chłopcami prezentują podobną postawę, ale prawie trzykrotnie wyższą w porównaniu z dziewczętami nie pijącymi żadnego alkoholu. W przypadku młodzieży pijącej wyłącznie piwo średnia ocena użyteczności picia alkoholu w rozwiązywaniu problemów życiowych jest w grupie chłopców dwukrotnie wyższa, w grupie dziewcząt czterokrotnie wyższa od oceny młodzieży nie pijącej żadnego rodzaju alkoholu; natomiast chłopcy pijący wszystkie rodzaje alkoholu ponad sześć razy wyżej, a dziewczęta ponad osiem razy wyżej oceniają użyteczność picia alkoholu w porównaniu z młodzieżą nie pijącą żadnego rodzaju alkoholu. Chłopcy pijący wszystkie rodzaje alkoholu w porównaniu z dziewczętami są skłonni przypisać picia alkoholu prawie dwukrotnie wyższą wartość w rozwiązywaniu problemów życiowych.

Wraz z częstością upijania się wzrasta wartość przypisywana picia alkoholu jako zachowaniu użytecznemu w rozwiązywaniu problemów życiowych. W porównaniu z młodzieżą, która nigdy nie upiła się, młodzież, która upiła się raz uważa picie alkoholu jako zachowanie dwukrotnie lepsze w rozwiązywaniu problemów życiowych, młodzież, która upiła się więcej niż jeden raz – za trzykrotnie lepsze. Dotyczy to zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Trzeba jednak zaznaczyć, że zarówno dziewczęta, które nigdy nie upiły się, jak i te, które upiły się z różną częstością, przypisują picia alkoholu niższą wartość niż chłopcy.

Wartość przypisywana paleniu papierosów jako zachowaniu użytecznemu w rozwiązywaniu problemów życiowych – podobnie jak to miało miejsce w przypadku postawy wobec picia alkoholu – wzrasta wraz z częstością palenia papierosów (tab. IV). Tenden-

T a b e l a IV. Różnice w zakresie postawy wobec palenia papierosów w zależności od częstości palenia papierosów

T a b l e IV. Differences toward cigarette smoking according to frequency of cigarette smoking

Badane czynniki	Cała próba mm	Chłopcy mm	Dziewczęta mm
Nie pali (n=527, 77,5%)	3,0	3,9	2,3
Rzadziej niż raz w miesiącu (n=32, 4,7%)	5,7	9,8	3,3
Raz lub kilka razy w miesiącu (n=21, 3,1%)	6,9	12,4	1,4
Raz lub kilka razy w tygodniu (n=30, 4,4%)	16,4	13,6	17,9
Codziennie (n=70, 10,3%)	28,4	28,5	28,4
ANOVA p<	0,001	0,001	0,001
Kruskal-Wallis p<	0,001	0,001	0,001

cja ta – również jak miało to miejsce w przypadku postawy wobec picia alkoholu – jest silniej widoczna u chłopców niż u dziewcząt. W porównaniu z uczniami nie palącymi papierosów, uczniowie palący papierosy co najmniej raz w tygodniu oceniają palenie papierosów jako zachowanie ułatwiające rozwiązywanie problemów życiowych od czterokrotnie (chłopcy) do siedmiokrotnie (dziewczęta) wyżej, natomiast uczniowie, którzy codziennie palą papierosy – od siedmiokrotnie (chłopcy) do dwunastokrotnie (dziewczęta) wyżej.

Dla uczniów, którzy podejmowali próby brania narkotyków, używanie narkotyków jako środka ułatwiającego rozwiązywanie problemów życiowych miało ponad trzykrotnie wyższą wartość w porównaniu z uczniami, którzy prób takich nie podejmowali (tab. V). Chłopcy podejmujący próby używania narkotyków nadają temu zachowaniu nieco wyższą wartość niż dziewczęta.

Tabela V. Różnice w zakresie postawy wobec używania narkotyków w zależności od prób używania narkotyków i częstości stykania się z propozycjami kupna narkotyków

Table V. Differences in attitude toward drug use according to experimentation with drugs and frequency of proposition to buy drugs

Badane czynniki	Cała próba mm	Chłopcy mm	Dziewczęta mm
Próby używania narkotyków nie podejmowali prób (n=618, 90,7%)	3,7	3,8	3,6
podejmowali próby (n=63, 9,3%)	13,5	17,6	10,0
ANOVA p<	0,001	0,001	0,01
Mann-Whitney p<	0,001	0,001	0,001
Częstość stykania się z propozycjami kupna narkotyków			
nigdy (n=531, 77,9%)	3,6	4,2	3,2
jeden raz (n=73, 10,7%)	4,4	3,0	5,8
więcej niż jeden raz (n=78, 11,4%)	11,3	11,6	11,0
ANOVA p<	0,001	0,05	0,01
Kruskal-Wallis p<	0,001	n.i.	0,001

Częstość stykania się z propozycją kupna narkotyków wpływa na postawę wobec używania narkotyków, zwłaszcza w przypadku, gdy młodzież styka się z taką propozycją więcej niż jeden raz. Zarówno chłopcy, jak i dziewczęta z tej grupy oceniają używanie narkotyków jako sposób rozwiązywania problemów życiowych trzykrotnie wyżej w porównaniu z młodzieżą, która nie zetknęła się z propozycją kupna narkotyków.

Uczniowie, którzy przynajmniej jeden raz uczestniczyli w bójkach w ciągu ostatniego roku w porównaniu z uczniami, którzy w bójkach nie uczestniczyli, przypisują prawie dwukrotnie wyższą wartość stosowaniu przemocy w rozwiązywaniu problemów życiowych, natomiast ci, którzy uczestniczyli w bójkach 2–3 razy – prawie trzykrotnie wyższą (tab. VI). Postawy uczniów, którzy uczestniczyli w bójkach więcej niż trzy razy, ale mniej niż dwanaście – niewiele się różnią, a w przypadku dziewcząt przybierają nawet coraz mniejsze war-

Tabela VI. Różnice w zakresie postawy wobec stosowania przemocy w zależności od częstości stosowania przemocy, częstości doznawanych obrażeń i noszenia broni

Table VI. Differences in attitude toward violence according to frequency of aggressive behaviour, injures and carrying a weapon

Badane czynniki	Cała próba mm	Chłopcy mm	Dziewczęta mm
Częstość stosowania przemocy			
nie bił się/nie była się (n=358, 52,8)	5,5	8,4	4,3
jeden raz (n=115, 17%)	16,6	19,5	10,7
2-3 razy (n=97, 14,3%)	18,5	21,1	13,6
4-5 razy (n=38, %, ^%)	19,1	24,4	12,7
6-7 razy (n=13, 1,9%)	17,9	24,0	8,0
8-9 razy (n=8, 1,2%)	20,0	22,4	3,0
10-11 razy (n=6, 0,9%)	15,0	18,0	-
12 razy lub więcej (n=43, 6,3%)	33,6	34,4	31,9
ANOVA p<	0,001	0,001	0,001
Kruskal-Wallis p<	0,001	0,001	0,001
Częstość doznawania obrażeń w wyniku bicia się			
nigdy (n=611, 93,1%)	11,1	17,1	6,1
jeden raz (n=35, 5,3%)	26,4	23,9	31,8
więcej niż jeden raz (n=10, 1,5%)	46,8	45,6	48,3
ANOVA p<	0,001	0,001	0,001
Kruskal-Wallis p<	0,001	0,001	0,001
Noszenie broni			
nie noszą (n=563, 82,7%)	9,4	14,5	6,0
noszą (n=118, 17,3%)	25,8	26,6	22,7
ANOVA p<	0,001	0,001	0,001
Mann-Whitney p<	0,001	0,001	0,001

tości. Uczniowie, którzy bardzo często uczestniczyli w bójkach (dwanaście razy w ciągu ostatniego roku lub więcej) w porównaniu z uczniami, którzy nie uczestniczyli w bójkach, przypisują stosowaniu przemocy od ponad czterokrotnie (chłopcy) do ponad siedmiokrotnie (dziewczęta) wyższą wartość.

Młodzież, która w wyniku bójek doznała obrażeń wymagających pomocy lekarza lub pielęgniarki, skłonna jest przypisać wyższą wartość stosowaniu przemocy w rozwiązywaniu problemów życiowych niż młodzież, która obrażeń nie doznała. Co więcej, młodzież im częściej doznawała obrażeń, tym wyżej oceniała stosowanie przemocy. Uczniowie, którzy więcej niż jeden raz doznali obrażeń w wyniku uczestniczenia w bójkach w porównaniu z uczniami, którzy nie doznali obrażeń, ponad cztery razy wyżej oceniają użyteczność stosowania przemocy (chłopcy prawie trzy razy wyżej, dziewczęta prawie osiem razy wyżej).

Młodzież nosząca broń w porównaniu z młodzieżą nie noszącą broni ocenia stosowanie przemocy jako zachowanie użyteczne prawie trzykrotnie wyżej (chłopcy – prawie dwukrotnie, dziewczęta – prawie czterokrotnie).

OMÓWIENIE

Wyniki naszych badań wskazywałyby na to, iż młodzież przypisuje małe znaczenie zachowaniom szkodliwym dla zdrowia. Średnie wartości postaw zarówno wobec picia alkoholu, jak i palenia papierosów, używania narkotyków i stosowania przemocy leżą dużo poniżej środka skali (50,0 mm). Grunberg i wsp. (8) badając, w jakim zakresie postrzegana subiektywnie jakość życia, mierzona analogową skalą wizualną opisać można takimi terminami jak: „nieduża” (*mild*), „umiarkowana” (*moderate*) lub „znaczna” (*severe*) stwierdzili, iż respondenci, których odpowiedzi mieściły się między dolnym i górnym kwartylem rozkładu odpowiedzi, oceniając jakość życia jako „niedużą” zaznaczali swoje odpowiedzi w przedziale od 10 mm do 45 mm (średnio 24 mm), jako „umiarkowaną” – w przedziale od 22 mm do 53 mm (średnio 43 mm), natomiast jako „znaczną” – w przedziale od 68 do 93 mm (średnio 83 mm). Jeśli odnieśliśmy uzyskane przez nas wyniki do ustaleń Grunberga i wsp., to jedynie w przypadku postawy chłopców wobec stosowania przemocy można by uznać, iż świadczy ona o tym, że oceniają oni to zachowanie jako przydatne w pewnym stopniu do przezwyciężania problemów życiowych. Średnie wartości postaw wobec pozostałych zachowań leżą poniżej dolnego kwartyłu rozkładu odpowiedzi oznaczających niewielką wartość dla respondentów, zaznaczających swoje odpowiedzi na analogowej skali wizualnej. Inne badania prowadzone w Polsce również potwierdzają, że młodzież nadaje niską wartość zachowaniom szkodliwym dla zdrowia. Marmoń i Flak (11) stwierdziły, że aż 90% uczniów prezentowało postawę braku akceptacji palenia papierosów, przy czym należy zaznaczyć, że brak akceptacji dotyczył samego zjawiska, a nie osób palących papierosy (niespełna 50% uczniów nie akceptowało osób palących papierosy).

Badania wykazały, iż postawa mierzona jednopozycyjną skalą VAS w stopniu umiarkowanym determinuje podejmowanie zachowań szkodliwych dla zdrowia. Wyjaśnia ona od 11% do 21% wariacji częstości tych zachowań. Takie same lub zbliżone wyniki uzyskano w przypadku innych badań, w których pomiar postawy oparty był na wielopozycyjnych skalach deskryptywnych, niezależnie od tego, czy były to badania retrospektywne czy prospektywne. Fromme i Amico, którzy porównali dwie deskryptywne zsumowane skale do badania oczekiwań młodzieży wobec picia alkoholu (AEQ-A i CEOA), stwierdzili, że obie skale wyjaśniają 15% wariacji częstości picia alkoholu i 20 – 28% intensywności picia alkoholu (12). Również prospektywne badania prowadzone przez Stępień na ponad trzystuosobowej grupie młodzieży, która dwukrotnie (w wieku 15–19 lat i 23–29 lat) została poddana badaniom ankietowym wykazały, iż postawa wobec picia alkoholu, ukształtowana w okresie dorastania, warunkuje w sposób istotny statystycznie – ale umiarkowany – intensywne picie alkoholu w okresie dorastania oraz akceptującą postawę i intensywne picie alkoholu w okresie młodości (13). Engels i wsp. na podstawie badań longitudinalnych prowadzonych wśród 12–18-letniej młodzieży stwierdzili, iż postawa wobec palenia papierosów wyjaśnia 14% wariacji częstości palenia papierosów w odstępie trzech lat, ale już tylko 8% wariacji w odstępie pięcioletnim (14). Marmoń i Flak (11), prowadząc badania na losowo dobranej próbie 597 uczniów w wieku 12–17 lat uczęszczających do szkół krakowskich, odnotowały istnienie również umiarkowanej korelacji między postawą wobec palenia papierosów a częstością palenia papierosów ($r_{sp}=0,36$; współczynnik korelacji r_{sp} Spearmana dla zmiennych mierzonych w skalach porządkowych jest nieco słabszy od zastosowanego przez nas

współczynnika korelacji r_{xy} Pearsona, ale do interpretacji jego siły stosuje się te same kryteria).

Stwierdzono wysoką moc dyskryminacyjną jednopozycyjnej skali VAS. Młodzież, która częściej podejmowała zachowania szkodliwe dla zdrowia, była skłonna zaznaczać wyższe wartości na skali VAS niż młodzież, która zachowań tych nie podejmowała. Rozpiętość w ramach całej próby rozciągała się od trzykrotnej (noszenie broni, upijanie się, eksperymentowanie z narkotykami i kontakt z propozycją kupna narkotyków) przez dziewięciokrotną (częstość palenia papierosów) aż do siedemnastokrotnej (częstość picia alkoholu). Do określania mocy dyskryminacyjnej w dotychczasowych badaniach najczęściej stosowano iloraz szans (OR). Dalton i wsp. (15) posługując się wielopozycyjną skalą postrzeganych korzyści palenia papierosów zanotowali OR dla poszczególnych pozycji od 3,6 („palenie papierosów pomaga być szczupłym”) do 29,9 („palenie jest przyjemne”). Wyniki naszych badań wskazywałyby na to, iż moc dyskryminacyjna skali VAS jest co najmniej równa mocy dyskryminacyjnej współczynnika OR.

Młodzież w różnym stopniu dostrzega użyteczność różnych zachowań szkodliwych dla zdrowia. Zróżnicowanie to zależy od tego, w jakim stopniu zachowania szkodliwe dla zdrowia są społecznie akceptowane i w jakim stopniu są one dopuszczalne u dzieci i młodzieży. Przemoc stosowana przez dorosłych jest społecznie nie akceptowana, ale w przypadku dzieci jest ona akceptowana przez znaczną część rodziców, a nawet wspierana. Jest to zjawisko występujące nie tylko w rodzinach patologicznych, ale również w wielu rodzinach zajmujących wysoką pozycję w stratyfikacji społecznej. Alkohol i papierosy są społecznie akceptowane w przypadku dorosłych, a nie akceptowane w przypadku dzieci i młodzieży. Z kolei używanie narkotyków nie jest akceptowane społecznie ani w przypadku dorosłych, ani w przypadku dzieci i młodzieży. Badania nasze wykazują, że te społeczne normy wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia w dużym stopniu wpływają na zróżnicowanie postaw młodzieży na przełomie wczesnego i późnego okresu dorastania, prezentowanych wobec różnych zachowań szkodliwych dla zdrowia. Najwyższą rangę młodzież nadaje stosowaniu przemocy, najniższą natomiast – używaniu narkotyków.

WNIOSKI

Wyniki badań potwierdziły użyteczność stosowania analogowej skali wizualnej VAS do badania psychospołecznych i behawioralnych uwarunkowań zdrowia. W szczególności:

1. Zastosowanie skali VAS umożliwiło stwierdzenie, że między postawą wobec zachowań szkodliwych dla zdrowia a podejmowaniem tych zachowań istnieje zależność umiarkowana, co wskazywałoby na to, iż istnieją inne czynniki niż postawa, które w dużym stopniu warunkują zachowania szkodliwe dla zdrowia.
2. Skala VAS umożliwiła porównanie postawy wobec różnych zachowań szkodliwych dla zdrowia (picia alkoholu, palenia papierosów, używanie narkotyków, stosowanie przemocy).
3. Wykazuje ona wysoką moc dyskryminacyjną w przypadku różnicowania młodzieży ze względu na częstość picia alkoholu, palenia papierosów i stosowania przemocy oraz podejmowania próby przyjmowania narkotyków.

P Supranowicz

ASSESSMENT OF USEFULNESS OF VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS)
FOR MEASURING ADOLESCENTS' ATTITUDE TOWARD UNHEALTHY BEHAVIOURS

SUMMARY

In the last two decades the visual analogue scale has been more frequently used for measuring the psychosocial determinants of health, its disorders and unhealthy behaviours. In 1999 in Health Promotion Department of the National Institute of Hygiene multidimensional investigations on self-assessment of health and life style of adolescents were undertaken and evaluation of visual analogue scale usefulness for health promotion research was one of the aims of these investigations. The data were obtained from randomly selected sample of 682 schoolchildren aged 14–15 years attending to public and private schools of Warsaw.

The questionnaire contained the questions about frequency of alcohol drinking, cigarette smoking, drug using and manifestation of aggression. Simultaneously, respondents were asked, how much these behaviours are usefully for coping with everyday events. The answers of usefulness of unhealthy behaviours were measured on tenth centimetre line from „not at all” to „completely”.

The study shows that adolescents who presented unhealthy behaviours more often are more likely to give higher value to these behaviours in coping with their problems. Moreover, adolescents' attitude toward unhealthy behaviours varies according to gender, kind of alcohol, frequency of being drunk, proposals to buy the drugs, carrying the weapon and frequency of injuries from violence. The analyses confirm the usefulness of visual analogue scale for study on psychosocial and life style determinants of health.

PIŚMIENNICTWO

1. Hunt SM. Subjective health indicators and health promotion. *Health Prom Int* 1988;3:23–34.
2. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sc Med*. 1995;41:1403–9.
3. Griffiths AM, Nicholas D, Smith C, i in. Development of quality of life index for pediatric inflammatory bowel diseases: dealing in differences related to age and IBC type. *J Pediatr Gastr Nutr* 1999;28(4):46–52.
4. Juszczynski Z, Adamiak G. Psychologiczne i behawioralne wyznaczniki jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Pol Merk Lek* 2000;8:413–5.
5. Vollmer-Conna U, Ilickie I, Hadzi-Pavlovic D, i in. Intravenous immunoglobulin is ineffective in treatment of patients with chronic fatigue syndrom. *Am J Med* 1997;103:38–43.
6. Norrby U, Carlsson J, Beckung E, i in. Self-assessment of well-being in group of children with epilepsy. *Seizure* 1999;8:228–34.
7. Keller SD, Ware JE, Gandek B, i in. Testing the equivalency of translations of widely responses choice labels: results from IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998;51:933–44.
8. Grundberg SM, Groshen S, Steinglass S, i in. Comparison of conditional quality of life terminology and visual analogue scale measurments. *Qual Life Res* 1996;5:65–72.
9. Dean AG, Dean JA, Burton AH, i in. *Epi Info. A world processing, database and statistics for epidemiology*. Atlanta: CDC; 1990.
10. Góralski A. *Metody opisu i wnioskowania statystycznego w psychologii*. Warszawa: PWN; 1974:34.
11. Marmoń G, Flak E. Postawy i zachowania uczniów krakowskich szkół związane z paleniem papierosów. W: Kolarzyk E, red. *Problemy wieku dojrzewania. Cz. II. Prozdrowotny styl życia*. Warszawa: *Problemy Higieny* Nr 69; 2000:151–7.
12. Fromme K, D'Amico EJ. Measuring adolescent alcohol outcome expectancies. *Psychol Addict Behav* 2000;14:206–12.

13. Stępień E. Doświadczenia i przekonania związane z alkoholem z okresu dorastania a intensywność picia alkoholu przez młodych dorosłych. *Badania katamnesticzne. Alkohol Narkom* 2001; 14:289–300.
14. Engels RC, Knibbe RA, Drop MJ. Predictability of smoking in adolescence: between optimism and pessimism. *Addiction* 1999;94:115–24.
15. Dalton MA, Sargent JD, Beach ML, i in. Positive and negative expectations of smoking: implication for prevention. *Prev Med* 1999;20:460–5.

Adres autora:

Piotr Supranowicz
Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny
Ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
tel. (0-prefiks-22) 54-21-334
E-mail: psupranowicz@pzh.gov.pl