

Ewa Zięba¹, Małgorzata Markowska², Jadwiga Krawczyńska³, Halina Król¹, Grażyna Nowak-Starz¹

¹Zakład Badań Wieku Rozwojowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

²Zakład Patobiomechaniki Instytutu Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

³Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Uwarunkowania jakości życia w zdrowiu dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania na tle zdrowych rówieśniczek

Determinants of quality of life in healthy girls with menstrual disorders against healthy peers

STRESZCZENIE

Wstęp. Dorastające dziewczęta, aby zbudować schemat relacji społecznych, z którego będą korzystać w dorosłym życiu potrzebują kontaktu z rówieśnikami. Do rówieśników kierują potrzebę akceptacji i poparcia. Doświadczenia nabywane w środowisku szkolnym wpływają na rozwój nastolatków w wielu sferach.

Cel pracy. Celem pracy było zbadanie związku korelacji między jakością życia dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w świetle kwestionariusza KIDSCREEN-52 a ich wiekiem, wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego oraz wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi na tle zdrowych rówieśniczek.

Materiał i metody. Zbadano 122 dziewcząt ze środowiska miejskiego i wiejskiego z zaburzeniami miesiączkowania oraz 240 dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju ze szkół podstawowych i gimnazjalnych z różnych środowisk. Badaniami objęto dziewczęta w wieku 13–16 lat. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wraz z techniką wywiadu kwestionariuszowego oraz następujące narzędzia badawcze: KIDSCREEN-52 polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży, ankietę własnej konstrukcji zawierającą pytania dotyczące sytuacji społeczno-ekonomicznej badanych (skala FAS). Dla uzyskania danych somatometrycznych zastosowano techniki pomiarów antropometrycznych.

Wyniki. Stwierdzono zależności pomiędzy wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem a wiekiem. Środowisko, w którym mieszkają dziewczęta wpływa, łącznie ze wskaźnikami socjodemograficznymi mierzonymi na poziomie jednostki, na pozycję społeczną, a przez to na zdrowie.

Wnioski. Istnieje zależność pomiędzy wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem, a wiekiem, wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego oraz wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi dziewcząt. Dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania uzyskały niższe wyniki we wszystkich wymiarach jakości życia związanych ze zdrowiem, w porównaniu z dziewczętami bez tych zaburzeń. W miarę upływu czasu dziewczęta lepiej oceniają zadowolenie z życia w poszczególnych wymiarach kwestionariusza KIDSCREEN-52.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (4): 512–522

Słowa kluczowe: jakość życia, zdrowie, menarche, dorastające dziewczęta

ABSTRACT

Introduction. Adolescent girls need contact with their peers in order to build a pattern of social relationships, which they will use in adult life. It is the peers that are expected to meet their needs for acceptance and support. The experiences acquired in the school environment affect the development of adolescents in many areas.

Adres do korespondencji: dr n. o zdrowiu Ewa Zięba, Zakład Badań Wieku Rozwojowego Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, ul. Wojewódzka 17/21, 25–536 Kielce, tel.: 600 464 303, e-mail: esz52@o2.pl

The aim of the study. To examine the correlation between the quality of life of girls with menstrual disorders in the light of questionnaire KIDSCREEN-52, and their age, selected indicators of physical health and selected socio-economic indicators against healthy peers.

Material and methods. We examined 122 girls with menstrual disorders (group I) from urban and rural environments and 240 girls without the disorders in health and development (group II) from primary and lower secondary schools from urban and rural environments. The examined girls who attended primary and lower secondary schools were between the age of 13 and 16. The method of diagnostic poll along with the questionnaire interview technique were used, as well as the following research tools: KIDSCREEN-52 Health Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People – the Polish version of the questionnaire for research on the quality of life connected with the health of children and adolescents; A survey of the author's construction containing questions concerning the socio-economic situation of the examined (FAS scale) Anthropometric measurement techniques were used for obtaining somatometric data.

Results. The largest number of dependencies between the dimensions of life quality related to health and age was observed on the basis of the analysis of the results obtained. Dissatisfaction with life and socio-economic status proved to be an equally important determinant of poor evaluation of quality of life in health.

Conclusions. There exists a high correlation between the dimensions of quality of life related to health according to questionnaire KIDSCREEN-52, and age, selected indicators of physical health and socio-demographic indicators in girls from diversified environments with menstrual disorders and no disorders in health and development. Diseases and negligence in care over the population at developmental age, in each stage of their development, and especially in the period of adolescence, have multiple negative health, social and economic effects both at present as well as in future generations. Hence the meaningfulness of using subjective health indexes in assessment of the quality of life connected with the health of girls with menstrual disorders.

Nursing Topics 2013; 21 (4): 512–522

Key words: quality of life, health, menarche, adolescent girls

Wstęp

Znaczenie okresu dojrzewania jest szczególnie duże dla tworzenia relacji społecznych. Z tego względu rola społeczeństwa w tym procesie jest ogromna. Od przebiegu procesu dorastania zależy jakość jej przyszłych relacji społecznych. Poszczególne cele społeczne procesu dojrzewania to ukształtowanie tożsamości jednostki, przyjęcie ról społecznych, przystosowanie do życia w danym społeczeństwie i rozwinięcie umiejętności nawiązywania relacji międzyludzkich o nowym, seksualnym, charakterze. Osiągnięcie wszystkich tych celów wymaga ustabilizowania rozwoju emocjonalnego i osobowościowego. Konieczne jest wykształcenie jednolitej tożsamości i zintegrowanych cech osobowości. Na drodze do osiągnięcia tego nastolatki czerpią z przykładu innych ludzi i wzorców pochodzących z mediów oraz przymyśleń towarzyszących dzieleniu się doświadczeniami z rówieśnikami. Ukształtowana już tożsamość wymaga od jednostki akceptacji obrazu samego siebie. Kompletna i spójna tożsamość stanowi bazę dla formułowania przez jednostkę własnych poglądów i postaw oraz dla rozwijania indywidualizmu i niezależności [1, 2].

Przyjęcie odpowiedniej roli społecznej ułatwia funkcjonowanie w środowisku, zapewnia komfort psychiczny związany z poczuciem „bycia na swoim miejscu” i wskazuje kierunek aktywności [3].

Dorastające dziewczęta, aby zbudować schemat relacji społecznych, z którego będą korzystały w do-

rosłym życiu potrzebują kontaktu z rówieśnikami. To właśnie do rówieśników kierują potrzebę akceptacji i poparcia. Proces ten jest elementem tworzenia społecznego komponentu formującej się tożsamości i nie należy go hamować. Doświadczenia nabywane w środowisku szkolnym wpływają na rozwój nastolatków w wielu sferach. Środowisko rówieśnicze ma funkcję socjalizującą. Dziewczęta włączają się w jego obręb w grupy społeczne, jak również nawiązują jednostkowe przyjaźnie. Nawiązywane są też pierwsze relacje seksualne [4].

Pokwitanie jest etapem rozwoju człowieka, w którym osiąga on dojrzałość płciową. Z tego względu zachodzą w tym okresie gwałtowne zmiany fizyczne polegające na wykształceniu się pierwszo- i drugorzędowych cech płciowych. Jednak również ważnym elementem dojrzewania płciowego jest rozwój psychiczny. Specyficzne procesy psychiczne okresu dorastania mają na celu przystosowanie do zachodzących zmian seksualnych i opanowanie umiejętności wyrażania wrażeń seksualnych, jak również rozwinięcie zdolności niezwiązanych bezpośrednio z dojrzewaniem fizycznym, takich jak: tworzenie relacji interpersonalnych o nowym charakterze i ukształtowanie tożsamości jednostki [5].

Koncepcja jakości życia prezentowana przez Lin Zahn ma wymiar zarówno społeczny, jak i indywidualny, uwzględnia cechy osobowości człowieka i jego charakter, odczucia indywidualne i uwarunkowania tych odczuć, wiek, środowisko kulturowe i sytuację

ekonomiczno-społeczną. Jakość życia wyznaczają cztery determinanty: satysfakcja z życia (*life satisfaction*), koncepcja własnej osoby (*self-concept*), zdrowie i funkcjonowanie (*health functioning*), czynniki społeczno-ekonomiczne (*socio-economic factors*) [6].

Jakość życia człowieka w znacznej mierze zależy od przyjętej filozofii życia, hierarchii wartości oraz oczekiwań i pragnień wobec własnego życia. Nie należy zapomnieć, że jest ona efektem wychowania człowieka. Proces wychowania trwa przez całe życie, dlatego człowiek może nieustannie budować swoją osobowość i tożsamość. W ten sposób kształtuje w sobie poczucie bezpieczeństwa, sensu istnienia i własnej wartości. Człowiek powinien nieustannie się doskonalić. Poprzez dokonywanie wyborów, realizację celów, ambicji i marzeń może osiągnąć poczucie szczęścia i satysfakcji życiowej. W przeciwnym razie, gdy nie dochodzi do tych procesów rodzi się uczucie pustki życiowej i dyskomfort psychiczny [7, 8].

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, interdyscyplinarnym, łączącym wiele ważnych dziedzin życia. W ujęciu socjologicznym jest to stopień zaspokojenia ważnych dla człowieka potrzeb, w perspektywie psychologicznej oznacza dobrostan psychiczny [9].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie związku korelacji pomiędzy jakością życia dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w świetle kwestionariusza KIDSCREEN-52, a ich wiekiem, wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego oraz wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi na tle zdrowych rówieśniczek.

Materiał i metody

Zbadano 122 dziewcząt ze środowiska miejskiego i wiejskiego z zaburzeniami miesiączkowania oraz 240 dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju ze szkół podstawowych i gimnazjalnych środowiska miejskiego i wiejskiego.

Pierwszy etap stanowił dobór celowy grupy dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania. Dziewczęta z tej grupy to pacjentki Publicznej Poradni Ginekologicznej dla Dziewcząt przy Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym w Kielcach.

Jako materiał porównawczy wyłoniono grupę dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju. W drugim etapie wylosowano dwie szkoły podstawowe oraz dwie szkoły gimnazjalne, następnie dokonano losowania w obrębie klasy. Wylosowano ogółem 14 klas po 7 klas z każdego typu szkoły i wybrano z każdej klasy dziewczęta mające miesiączkę. Badaniami objęto dziewczęta uczęszczające do szkół podstawowych oraz gimnazjum w wieku 13–16 lat. Badane dziewczęta pochodziły zarówno ze środowiska wiejskiego, jak i miejskiego.

Zastosowano metodę losowania zespołowego ze stratyfikacją na typ szkoły i klasy. Na podstawie danych z kuratoriów oświaty sporządzono listę szkół podstawowych i gimnazjum znajdujących się na obszarze województwa świętokrzyskiego.

W badaniach zastosowano narzędzie standaryzowane — KIDSCREEN-52 *Health Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People* — polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży.

Dla uzyskania danych somatometrycznych zastosowano techniki pomiarów antropometrycznych: wysokość, masa ciała, smukłość ciała, wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*) i Rohrera, zawartość tkanki tłuszczowej w ciele, gęstość ciała, tkanka aktywna i tkanka tłuszczowa w kilogramach i odsetkach.

Metody statystyczne zastosowane w pracy: metody opisu statystycznego (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe), metody oceny istotności różnic między porównywanymi grupami (test *t*-Studenta), metoda analizy korelacyjnej (współczynnik korelacji r Pearsona do oceny siły związku między zmiennymi).

Wszystkie obliczenia zostały wykonane za pomocą gotowego pakietu statystycznego STATISTICA.

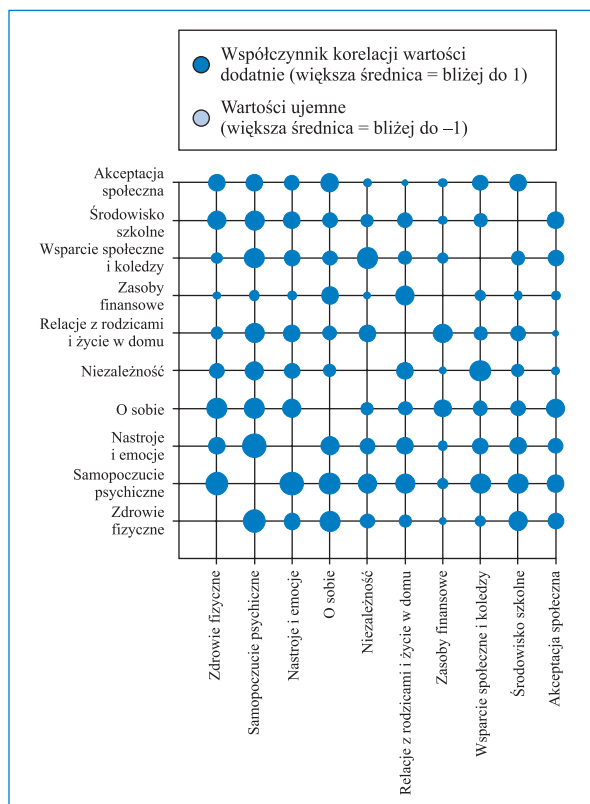
Wyniki

W badanej grupie młodzieży dokonano oceny wzajemnych powiązań pomiędzy poszczególnymi wskaźnikami jakości życia związanej ze zdrowiem a wiekiem dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania oraz bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju w przedziale wiekowym 13–14 oraz 15–16 lat.

Na podstawie analizy uzyskanych wyników badań stwierdzono najczęściej zależności pomiędzy wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem a wiekiem.

W grupie dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w przedziale wiekowym 13–14 lat najistotniejszą korelację odnotowano pomiędzy samopoczuciem psychicznym a zdrowiem fizycznym oraz nastroje i emocje, a samopoczucie psychiczne co wskazuje, że wyższa ocena jakości życia wiąże się z podejmowaniem świadomych, odpowiedzialnych decyzji w sprawach własnego życia w zdrowiu. Natomiast w kategorii akceptacji społecznej a relacji z rodzicami i życia w domu potwierdzono jedynie jej związek przy współczynniku korelacji.

Na podstawie analizy korelacji uzyskanych badań u dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w grupie wiekowej 15–16 lat stwierdzono, że im lepsze zdrowie fizyczne, tym lepsze samopoczucie psychiczne, lepsze samopoczucie psychiczne rzutuje na poprawę nastrojów i emocji, co ma wpływ na dobre relacje z rodzicami i życie w domu. Natomiast pomiędzy wymiarem postrzeganie samego siebie, a wsparcie społeczne i koledzy współczynnik korelacji przyjmuje wartości



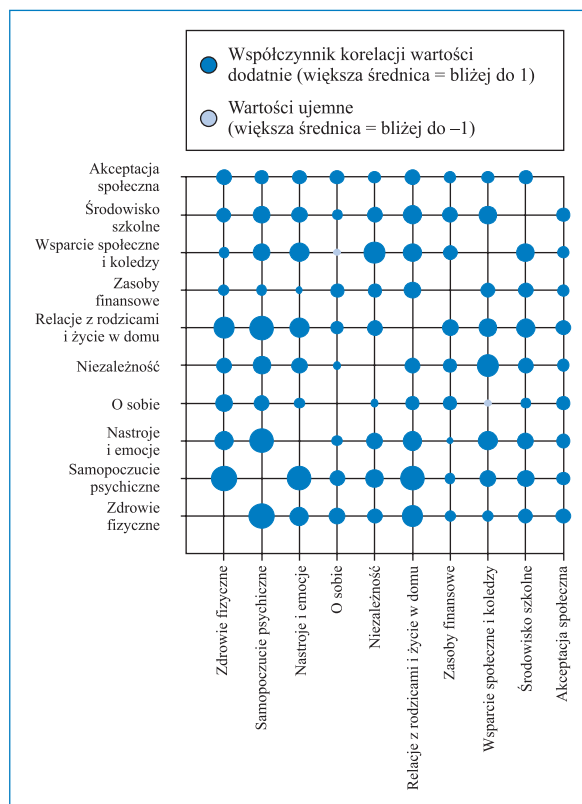
Rycina 1. Korelacje między wymiarami KIDSCREEN-52 a wiekiem badanych dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w wieku 13–14 lat

Figure 1. Correlation between the KIDSCREEN-52 dimensions and the age of the examined girls aged 13–14 with menstrual disorders

ujemne co może wskazywać, że im gorsza akceptacja wśród rówieśników, tym znacznie gorsza samoocena.

Porównując korelacje najlepiej oceniały swoje życie dziewczęta w wieku 15–16 lat. Wyjątek stanowi wymiar akceptacji społecznej, gdzie średnie indeksy jakości życia wzrastają z wiekiem, co wiąże się z mniejszym narażeniem na przykrość ze strony innych dziewcząt.

W badanej grupie dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju w wieku 13–14 lat najistotniejsze korelacje ujemne odnotowano pomiędzy postrzeganiem samego siebie a akceptacją społeczną i akceptacją społeczną, a środowiskiem szkolnym co wskazuje, że im niższa akceptacja w środowisku, w którym wzrastają, tym samoocena pogarsza się. Na podstawie analizy korelacji uzyskanych badań u dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju w wieku 15–16 lat korelacje ujemne odnotowano pomiędzy wymiarami nastroje i emocje a postrzeganie samego siebie, pomiędzy wymiarem dotyczącym wsparcia społecznego wśród kolegów a samooceną, a także pomiędzy akceptacją społeczną a relacjami z rodzici-



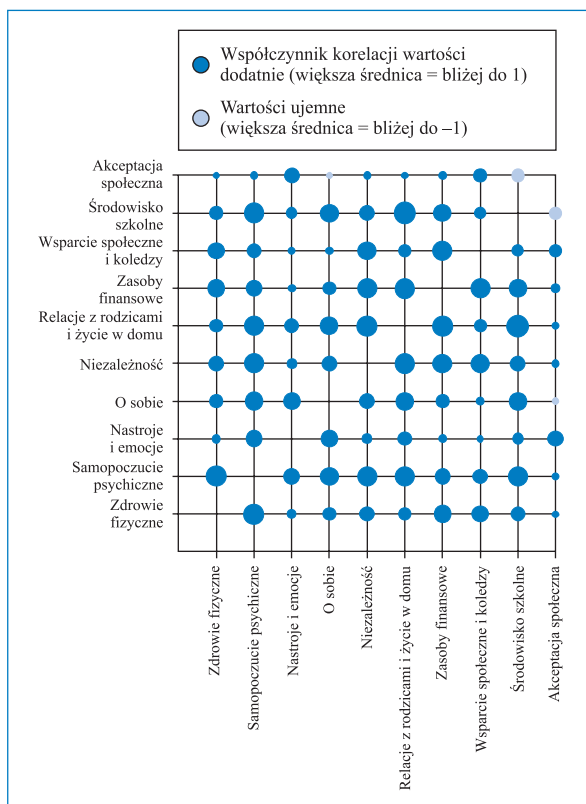
Rycina 2. Korelacje między wymiarami KIDSCREEN-52 a wiekiem badanych dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w wieku 15–16 lat

Figure 2. Correlation between the KIDSCREEN-52 dimensions and the age of the examined girls aged 15–16 with menstrual disorders

ami i życia w domu i pomiędzy akceptacją społeczną a zasobami finansowymi (ryc. 1–4).

Analiza korelacji dwóch grup I i II badanych dziewcząt ze środowiska miejskiego i wiejskiego wykazała istotne zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem a wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego oraz wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi.

W badaniach nad nierównościami w zdrowiu wzrasta zainteresowanie czynnikami środowiskowymi związanymi z miejscem zamieszkania. Środowisko, w którym mieszkają dziewczęta wpływa, łącznie ze wskaźnikami socjodemograficznymi mierzonymi na poziomie jednostki, na pozycję społeczną, a przez to na zdrowie. Można też mówić o bardziej złożonych zależnościach, mając na względzie rodzinę jako podstawową grupę społeczną. U dziewcząt z grupy I ze środowiska miejskiego silniej zaznacza się wpływ rodziny na zdrowie. Na podstawie analizy korelacji wykazano, że dziewczęta z niższych warstw społecznych, szczególnie zamieszkałe w środowisku wiejskim, charakteryzuje gorszy stan zdrowia i większa



Rycina 3. Korelacje między wymiarami KIDSCREEN-52 a wiekiem badanych dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju w wieku 13–14 lat

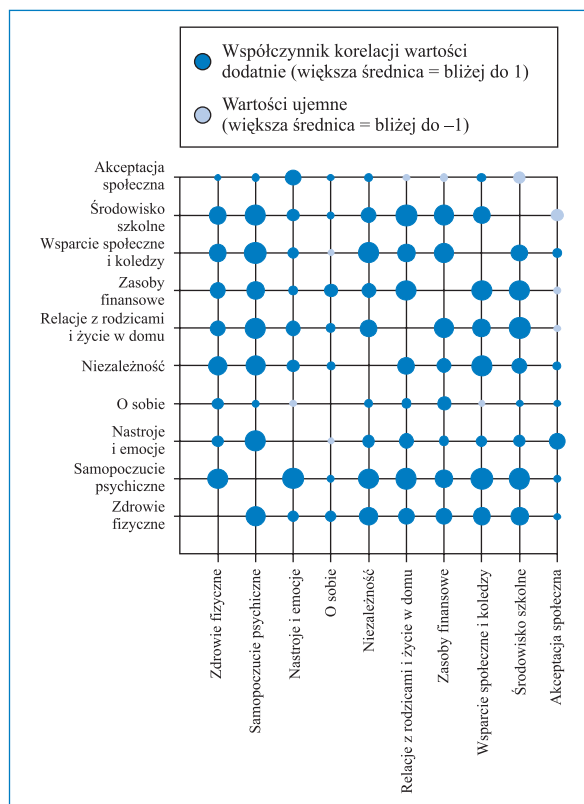
Figure 3. Correlation between the KIDSCREEN-52 dimensions and the age of the examined girls aged 13–14 without menstrual disorders

skłonność do podejmowania zachowań szkodzących zdrowiu. Niski status społeczny wiąże się ze słabą akceptacją w środowisku rówieśniczym, a także wpływa źle na relacje z rodzicami. Im wyższy BMI tym gorsze samopoczucie psychiczne, niższa samoocena oraz akceptacja wśród rówieśników. Zarówno niezadowolony z życia, jak i status socjoekonomiczny okazał się być równie ważną determinantą złej oceny jakości życia w zdrowiu.

Bardzo ważny jest okres dojrzewania, kiedy na młodego człowieka zaczyna coraz silniej oddziaływać środowiska pozarodzinne, a sygnalizowane wcześniej problemy zdrowotne, emocjonalne związane z zachowaniem mogą ulec pogłębieniu (tab. 1–4).

Dyskusja

W okresie dojrzewania płciowego z towarzyszącymi zaburzeniami miesiączkowania istnieje zróżnicowanie rozwojowe dziewcząt. Zjawisko to ma liczne konsekwencje społeczne i wychowawcze. Stwierdza się dużą zmienność osobniczą we wzrastaniu i dojrzewaniu. Każda z dziewcząt wzrasta i rozwija się inaczej, każda



Rycina 4. Korelacje między wymiarami KIDSCREEN-52 a wiekiem badanych dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju w wieku 15–16

Figure 4. Correlation between the KIDSCREEN-52 dimensions and the age of the examined girls aged 15–16 without menstrual disorders

podąża z właściwym dla siebie tempem do dojrzałości. Nietypowy początek i przebieg okresu dojrzewania wpływa na obniżenie samooceny. Dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania wymagają rzetelnej konsultacji endokrynologicznej, wczesnego leczenia i psychologicznego wsparcia w rodzinie i szkole. Stan świadomości dziewcząt w zakresie szeroko pojętego zdrowia jak również poziomu zachowań zdrowotnych jest bardzo zróżnicowany i niski. Dlatego też stoi przed społeczeństwem wyzwanie do działań mających na celu poprawę w zakresie zachowań prozdrowotnych dziewcząt w wieku pokwitaniowym [10, 11].

Dotychczas w naukach medycznych popularne były badania poświęcone jakości życia. Obecnie misją promocji zdrowia rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) i skierowaną na dzieci jest wspomaganie działań na rzecz osiągania optymalnych ogólnych zakresów normy reakcji w życiu osobniczym i zdrowiu. Ważnym elementem kształtowania reaktywności i sił obronnych są wielokierunkowe działania z zakresu promocji zdrowia, a także badania prowadzone w ramach dzie-

Tabela 1. Korelacje między wymiarami jakości życia a wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego i wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi dziewcząt z grupy II ze środowiska miejskiego

Table 1. Correlation between the dimensions of the quality of life and selected physical health and socio-demographic indicators related to girls from the urban environment in Group II

Dziewczęta bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju ze środowiska miejskiego	Zdrowie fizyczne	Samopoczucie psychiczne	Nastroje i emocje	O sobie	Niezależność	Relacje z rodzicami i życie w domu	Zasoby finansowe	Wsparcie społeczne i koleżdy	Środowisko szkolne	Akceptacja społeczna	Masa ciała [kg]	Wysokość ciała [cm]	BMI	Pochodzenie społeczne	Zawód ojca	Zawód matki	Liczba rodzeństwa
Zdrowie fizyczne		0,40	0,21	0,25	0,15	0,14	0,07	0,17	0,14	0,18	0,07	0,11	0,02	-0,15	-0,12	-0,16	-0,14
Samopoczucie psychiczne	0,40		0,63	0,11	0,28	0,34	0,19	0,39	0,33	0,28	0,14	0,00	0,17	-0,05	0,04	-0,06	-0,13
Nastroje i emocje	0,21	0,63		-0,05	0,19	0,38	0,12	0,20	0,35	0,30	-0,10	-0,09	-0,05	-0,10	0,03	-0,09	-0,14
O sobie	0,25	0,11	-0,05		0,08	0,21	0,43	0,10	0,13	0,03	-0,03	0,12	-0,10	-0,09	-0,13	-0,11	-0,13
Niezależność	0,15	0,28	0,19	0,08		0,22	0,03	0,37	0,06	0,18	-0,11	-0,12	-0,06	-0,26	-0,16	-0,24	-0,24
Relacje z rodzicami i życie w domu	0,14	0,34	0,38	0,21	0,22		0,43	0,19	0,54	0,12	-0,09	-0,14	-0,03	-0,09	-0,01	-0,20	-0,11
Zasoby finansowe	0,07	0,19	0,12	0,43	0,03	0,43		0,27	0,48	0,00	-0,03	0,04	-0,06	-0,22	-0,19	-0,33	-0,26
Wsparcie społeczne i koleżdy	0,17	0,39	0,20	0,10	0,37	0,19	0,27		0,12	0,29	-0,05	-0,01	-0,04	-0,14	-0,10	-0,17	-0,09
Środowisko szkolne	0,14	0,33	0,35	0,13	0,06	0,54	0,48	0,12		-0,08	-0,06	-0,04	-0,05	-0,07	0,00	-0,16	-0,14
Akceptacja społeczna	0,18	0,28	0,30	0,03	0,18	0,12	0,00	0,29	-0,08		-0,18	-0,14	-0,13	-0,09	0,00	-0,04	0,09
Masa ciała	0,07	0,14	-0,10	-0,03	-0,11	-0,09	-0,03	-0,05	-0,06	-0,18	0,54	0,54	0,89	0,03	-0,06	0,01	0,00
Wysokość ciała	0,11	0,00	-0,09	0,12	-0,12	-0,14	0,04	-0,01	-0,04	-0,14	0,54	0,54	0,89	-0,03	-0,06	-0,04	-0,19
BMI	0,02	0,17	-0,05	-0,10	-0,06	-0,03	-0,06	-0,04	-0,05	-0,13	0,89	0,89	0,89	0,05	-0,04	0,04	0,10
Pochodzenie społeczne	-0,15	-0,05	-0,10	-0,09	-0,26	-0,09	-0,22	-0,14	-0,07	-0,09	0,03	-0,03	0,05	0,05	0,83	0,91	0,25
Zawód ojca	-0,12	0,04	0,03	-0,13	-0,16	-0,01	-0,19	-0,10	0,00	0,00	-0,06	-0,06	-0,04	0,83	0,78	0,18	0,18
Zawód matki	-0,16	-0,06	-0,09	-0,11	-0,24	-0,20	-0,33	-0,17	-0,16	-0,04	0,01	-0,04	0,04	0,91	0,78	0,29	0,29
Liczba rodzeństwa	-0,14	-0,13	-0,14	-0,13	-0,24	-0,11	-0,26	-0,09	-0,14	0,09	0,00	-0,19	0,10	0,25	0,18	0,29	0,29

Tabela 2. Korelacje między wymiarami jakości życia a wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego i wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi dziewcząt z grupy I ze środowiska miejskiego

Table 2. Correlation between the dimensions of the quality of life and selected physical health and socio-demographic indicators related to girls from the urban environment in Group I

Dziewczęta z zaburzeniami mieszczańskimi ze środowiska miejskiego	Zdrowie fizyczne	Samopoczucie psychiczne	Nastroje i emocje	O sobie	Niezależność	Relacje z rodzicami i życie w domu	Zasoby finansowe	Wsparcie społeczne i koledzy	Środowisko szkolne	Akceptacja społeczna	Masa ciała [kg]	Wysokość ciała [cm]	BMI	Pochodzenie społeczne	Zawód ojca	Zawód matki	Liczba rodzeństwa
Zdrowie fizyczne	0,59	0,41	0,41	0,23	0,40	0,29	0,37	0,25	0,41	-0,06	0,29	-0,18	-0,22	-0,27	-0,23	-0,07	
Samopoczucie psychiczne	0,59	0,72	0,54	0,22	0,67	0,40	0,60	0,37	0,35	-0,34	-0,11	-0,32	-0,16	-0,18	-0,21	0,21	
Nastroje i emocje	0,41	0,72	0,42	0,18	0,41	0,15	0,41	0,13	0,24	-0,35	-0,20	-0,31	-0,02	-0,05	-0,09	0,08	
O sobie	0,41	0,54	0,42	0,13	0,33	0,50	0,32	0,32	0,48	-0,28	0,11	-0,34	-0,16	-0,13	-0,12	0,24	
Niezależność	0,23	0,22	0,18	0,13	0,23	0,30	0,52	0,23	0,10	-0,09	0,24	-0,19	-0,12	-0,22	-0,24	-0,21	
Relacje z rodzicami i życie w domu	0,40	0,67	0,41	0,33	0,23	0,59	0,49	0,35	0,24	-0,09	-0,02	-0,09	-0,33	-0,37	-0,42	0,11	
Zasoby finansowe	0,29	0,40	0,15	0,50	0,30	0,59	0,49	0,34	0,36	-0,18	0,11	-0,25	-0,26	-0,22	-0,29	0,19	
Wsparcie społeczne i koledzy	0,37	0,60	0,41	0,32	0,52	0,49	0,49	0,36	0,28	-0,49	-0,23	-0,45	-0,06	-0,14	-0,18	0,30	
Środowisko szkolne	0,25	0,37	0,13	0,23	0,23	0,35	0,34	0,36	0,41	-0,10	0,29	-0,23	-0,37	-0,43	-0,39	-0,09	
Akceptacja społeczna	0,41	0,35	0,24	0,48	0,10	0,24	0,36	0,28	0,41	-0,33	0,23	-0,45	-0,15	-0,23	-0,21	-0,06	
Masa ciała	-0,06	-0,34	-0,35	-0,28	-0,09	-0,09	-0,18	-0,49	-0,10	-0,33	0,40	0,93	0,93	-0,07	0,05	-0,28	
Wysokość ciała	0,29	-0,11	-0,20	0,11	0,24	-0,02	0,11	-0,23	0,29	0,40	0,03	0,03	0,03	-0,16	-0,23	-0,23	
BMI	-0,18	-0,32	-0,31	-0,34	-0,19	-0,09	-0,25	-0,45	-0,23	0,93	0,03	0,03	-0,01	0,06	0,12	-0,21	
Pochodzenie społeczne	-0,22	-0,16	-0,02	-0,16	-0,12	-0,33	-0,26	-0,06	-0,37	-0,15	-0,16	-0,01	-0,01	0,93	0,90	0,42	
Zawód ojca	-0,27	-0,18	-0,05	-0,13	-0,22	-0,37	-0,22	-0,14	-0,43	-0,23	-0,23	0,06	0,93	0,96	0,96	0,47	
Zawód matki	-0,23	-0,21	-0,09	-0,12	-0,24	-0,42	-0,29	-0,18	-0,39	-0,21	0,05	0,12	0,90	0,96	0,96	0,44	
Liczba rodzeństwa	-0,07	0,21	0,08	0,24	-0,21	0,11	0,19	0,30	-0,09	-0,06	-0,28	-0,23	-0,21	0,42	0,47	0,44	

Tabela 3. Korelacje między wymiarami jakości życia a wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego i wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi dziewcząt z grupy II ze środowiska wiejskiego**Table 3.** Correlation between the dimensions of the quality of life and selected physical health and socio-demographic indicators related to girls from the rural environment in Group II

Dziewczeta bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju ze środowiska wiejskiego	Zdrowie fizyczne	Samopoczucie psychiczne	Nastroje i emocje	O sobie	Niezależność	Relacje z rodzicami i życie w domu	Zasoby finansowe	Wsparcie społeczne i koleżdy	Środowisko szkolne	Akceptacja społeczna	Masa ciała [kg]	Wysokość ciała [cm]	BMI	Pochodzenie społeczne	Zawód ojca	Zawód matki	Liczba rodzeństwa
Zdrowie fizyczne	0,64	0,64	0,09	0,30	0,63	0,45	0,63	0,58	0,55	-0,13	-0,25	-0,29	-0,13	-0,26	-0,15	-0,15	-0,17
Samopoczucie psychiczne	0,64		0,36	0,51	0,72	0,68	0,57	0,51	0,71	-0,14	-0,39	-0,44	-0,23	-0,05	0,07	0,02	0,00
Nastroje i emocje	0,09	0,36		0,62	0,17	0,30	0,06	-0,04	0,17	0,35	-0,11	-0,05	-0,15	-0,01	0,00	-0,05	0,00
O sobie	0,30	0,51	0,62		0,43	0,45	0,27	0,11	0,40	0,09	-0,37	-0,23	-0,37	-0,11	-0,07	-0,09	0,16
Niezależność	0,63	0,72	0,17	0,43		0,67	0,70	0,60	0,57	-0,06	-0,33	-0,31	-0,24	-0,05	0,04	0,05	0,05
Relacje z rodzicami i życie w domu	0,45	0,68	0,30	0,45	0,67		0,64	0,44	0,68	-0,08	-0,29	-0,32	-0,18	-0,06	0,12	0,03	0,12
Zasoby finansowe	0,63	0,57	0,06	0,27	0,70	0,64		0,66	0,53	-0,04	-0,36	-0,37	-0,22	-0,07	0,07	0,03	-0,04
Wsparcie społeczne i koleżdy	0,58	0,51	-0,04	0,11	0,60	0,44	0,66		0,43	0,03	-0,31	-0,27	-0,21	-0,04	0,08	0,08	-0,04
Środowisko szkolne	0,55	0,71	0,17	0,40	0,57	0,68	0,53	0,43		-0,32	-0,33	-0,45	-0,15	-0,10	0,09	-0,02	0,10
Akceptacja społeczna	-0,13	-0,14	0,35	0,09	-0,06	-0,08	-0,04	0,03	-0,32		0,06	0,28	-0,13	-0,02	-0,07	0,01	-0,20
Masa ciała	-0,25	-0,39	-0,11	-0,37	-0,33	-0,29	-0,36	-0,31	-0,33	0,06	0,73	0,73	0,86	-0,22	-0,32	-0,29	-0,15
Wysokość ciała	-0,29	-0,44	-0,05	-0,23	-0,31	-0,32	-0,37	-0,27	-0,45	0,28	0,73	0,30	0,30	-0,21	-0,30	-0,29	-0,20
BMI	-0,13	-0,23	-0,15	-0,37	-0,24	-0,18	-0,22	-0,21	-0,15	-0,13	0,86	0,30	-0,16	-0,16	-0,22	-0,18	-0,06
Pochodzenie społeczne	-0,26	-0,05	-0,01	-0,11	-0,05	-0,06	-0,07	-0,04	-0,10	-0,02	-0,22	-0,21	-0,16		0,85	0,79	0,25
Zawód ojca	-0,15	0,07	0,00	-0,07	0,04	0,12	0,07	0,08	0,09	-0,07	-0,32	-0,30	-0,22	0,85		0,83	0,32
Zawód matki	-0,15	0,02	-0,05	-0,09	0,05	0,03	0,03	0,08	-0,02	0,01	-0,29	-0,29	-0,18	0,79	0,83		0,24
Liczba rodzeństwa	-0,17	0,00	0,00	0,16	0,05	0,12	-0,04	-0,04	0,10	-0,20	-0,15	-0,20	-0,06	0,25	0,32	0,24	

dziny nauki o zdrowiu, w których preferuje się obecnie badania nad jakością życia w zdrowiu dzieci i młodzieży. Stąd do tej pory jakość życia dzieci i młodzieży była oceniana kwestionariuszem HBSC. Natomiast chcąc w pełni odnieść jakość życia w zdrowiu dzieci i młodzieży, należy wziąć po uwagę niewielkie możliwości porównawcze badań przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza KIDSCREEN z 2003 roku. Międzynarodowym koordynatorem projektu jest prof. Urlike Ravens-Sieberer, krajowym koordynatorem projektu w Polsce jest dr n. med. Joanna Mazur.

Z badań Mazur [12] badani w wieku 8–18 lat najgorzej oceniali sytuację materialną i środowisko szkolne. Średnie indeksy jakości życia w wymiarze zasobów finansowych wykazują natomiast największe zróżnicowanie. Największe wartości indeksów uzyskano dla wymiaru akceptacji społecznej, co oznacza rzadkie przypadki narażenia na przykrości ze strony innych uczniów. Dobrze oceniono też wymiar zdrowia psychicznego mierzony nastrojami i emocjami, co oznacza brak nasilenia negatywnych stanów emocjonalnych. Dużo gorzej wypadł wymiar zdrowia psychicznego odnoszący się do stanów pozytywnych. Dziewczeta w okresie pokwitania wykazały gorszą ocenę jakości życia w zdrowiu w wymiarze zdrowia fizycznego, nastrojów i emocji, postrzegania samego siebie i niezależności oraz lepszą ocenę jakości życia w zdrowiu w wymiarach kontaktu z rówieśnikami i środowiska szkolnego. Najlepiej oceniały swoje zdrowie dziewczeta w wieku 13–14 lat. Wyjątek stanowił wymiar akceptacji społecznej, gdzie średnie indeksy jakości życia wzrastają z wiekiem co wiąże się z mniejszym narażeniem na przykrości ze strony innych uczniów [12]. Podobnie w badaniach własnych dziewczeta z zaburzeniami miesiączkowania swoją jakość życia oceniały gorzej w wymiarach: zdrowia fizycznego, nastrojów i emocji, postrzegania samego siebie oraz niezależności.

Michel i wsp. [13] w swoich badaniach stwierdzili, że jakość życia dzieci i młodzieży jest różna w różnych krajach europejskich. Przyjmując wrodzony wpływ czynników kulturowych i społeczno-ekonomicznych krajów, ocenili subiektywne postrzeganie zdrowia i dobrostanu młodych ludzi. Opublikowany raport UNICEF na temat dobrostanu dzieci i młodzieży w zamożnych krajach dostarcza porównawczej oceny w 21 krajów Europy w sześciu aspektach — dobrostan materialny, zdrowie i bezpieczeństwo, dobrostan edukacyjny, relacje w rodzinie i z rówieśnikami, zachowania i ryzyka, dobrostan subiektywny. Średni ranking wskazuje gorszą ocenę jakości życia w zdrowiu u dziewcząt zamieszkujących kraje: Polskę, Czechy, Węgry, Zjednoczone Królestwo, Austrię i Francję, w przeciwieństwie do Holandii, Hiszpanii, Szwajcarii, gdzie odnotowano wysoki dobrostan dziewcząt.

Dziewczeta pochodzenia niemieckiego zajmują miejsce środkowe. Odnośnie wieku wskazano, że w 12 krajach europejskich dziewczeta młodsze wykazały lepsze wartości jakości życia w zdrowiu niż starsza młodzież. Różnice jakości życia pomiędzy krajami wskazują na ważne znaczenie kontekstu narodowego dla zdrowia i dobrostanu dzieci i młodzieży [13].

W literaturze znane są badania Wojnarowskiej przeprowadzone kwestionariuszem HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), które mimo że poświęcone są ocenie zachowań zdrowotnych młodzieży, w swym komponencie zawierają też pewną ocenę wymiarów jakości życia w zdrowiu, stąd możliwość odniesienia.

Wojnarowska [14, 15] w badaniach kwestionariuszem HBSC stwierdziła, że dziewczeta z zaburzeniami miesiączkowania, w porównaniu z rówieśniczkami dojrzejącymi przeciętnie i później, gorzej oceniały swój stan zdrowia, istotnie częściej zgłaszały mnogie dolegliwości lub negatywne stany emocjonalne oraz odchudzały się, nie mając nadmiaru masy ciała. Nie stwierdzono różnic między grupami w zadowoleniu z życia. Dziewczeta wcześniej miesiączkujące z zaburzeniami miesiączkowania częściej paliły regularnie papierosy, nadużywały alkoholu oraz podejmowały współżycie płciowe. We wspomnianym aspekcie wczesne dojrzewanie jest czynnikiem ryzyka dla zdrowia dziewcząt [14, 15].

Analizując badania własne w grupie dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w przedziale wiekowym 13–14 lat, najistotniejszą korelację odnotowano pomiędzy samopoczuciem psychicznym a zdrowiem fizycznym oraz nastroje i emocje a samopoczucie psychiczne, co wskazuje, że wyższa ocena jakości życia wiąże się z podejmowaniem świadomych, odpowiedzialnych decyzji w sprawach własnego życia w zdrowiu.

Dziewczeta z zaburzeniami miesiączkowania w grupie wiekowej 15–16 lat stwierdzono, że im lepsze zdrowie fizyczne, tym lepsze samopoczucie psychiczne, lepsze samopoczucie psychiczne rzutuje na poprawę nastrojów i emocji, co ma wpływ na dobre relacje z rodzicami i życie w domu. Natomiast pomiędzy wymiarem postrzeganie samego siebie a wsparcie społeczne i koledzy współczynnik korelacji przyjmuje wartości ujemne, co może wskazywać, że im gorsza akceptacja wśród rówieśników, tym znacznie gorsza samoocena.

Okres dojrzewania jest ważnym momentem w życiu młodego człowieka. Coraz silniej zaczynają oddziaływać środowiska pozarodzinne, a sygnalizowane wcześniej problemy zdrowotne, emocjonalne związane z zachowaniem, mogą ulec pogłębieniu. Złe warunki życia w okresie adolescencji mogą niezależnie od osiągniętej potem pozycji społecznej oddziaływać na stan zdrowia w późniejszym wieku.

Wnioski

1. W badaniach dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania uzyskano niższe wyniki we wszystkich wymiarach jakości życia związanej ze zdrowiem, w porównaniu z dziewczętami bez tych zaburzeń.
2. Na podstawie analizy uzyskanych wyników badań stwierdzono najwięcej zależności pomiędzy wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem a wiekiem. W miarę upływu czasu dziewczęta lepiej oceniają zadowolenie z życia w poszczególnych wymiarach kwestionariusza KIDSCREEN-52.
3. Istnieje duża zależność pomiędzy wymiarami jakości życia związanej ze zdrowiem według kwestionariusza KIDSCREEN-52 a wybranymi wskaźnikami zdrowia fizycznego oraz wybranymi wskaźnikami socjodemograficznymi dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania i bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju ze zróżnicowanych środowisk.

Piśmiennictwo

1. Skład M., Wilczewski A. Poziom rozwoju fizycznego dziewcząt i chłopców. Biała Podlaska 2000.
2. Hulanicka B., Brajczewski C., Jedlińska W. i wsp. City — Town — Village. Growth of children in Poland in 1988. Wrocław 2005.
3. Benson R. Położnictwo i ginekologia. PZWL, Warszawa 2000.
4. Komorowska A. Ginekologia w wieku rozwoju. PZWL, Warszawa 2000.
5. Woynarowska B. Tempo dojrzewania płciowego dziewcząt a ich zdrowie i występowanie zachowań ryzykownych. *Pediatrics Polska* 2007; 82: 775–782.
6. Łaska-Mierzejewska T. Wpływ stratyfikacji społecznej na rozwój i dojrzewanie młodzieży w Polsce. W: Rodziewicz-Gruhn J., Pyzik M. (red). *Problemy rozwoju zdrowia, edukacji prozdrowotnej i ekologicznej*. Częstochowa 2003: 19–35.
7. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists: Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Pediatrics* 2006; 118: 2245–2250.
8. Ibanez L., Jimenez R., de Zegher F. Early puberty menarche after precocious pubarche: relation to prenatal growth. *Pediatrics* 2006; 117: 117–121.
9. Ibanez L., Valls C., Ong K. i wsp. Metformin therapy during puberty delays menarche, prolongs pubertal growth and augments adult height: a randomized study in low-birth-weight girls with early-normal onset of puberty. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2006; 91: 2068–2073.
10. Williams J.M., Curie C. Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *J. Early Adoles.* 2000; 20: 129–149.
11. Alsaker F.D. Pubertal timing, overweight and psychological adjustment. *J. Early Adolesc.* 2002; 20: 369–419.
12. Mazur J. Analiza środowiska psychospołecznego szkoły i przystosowania szkolnego uczniów gimnazjów za pomocą wskaźników sumarycznych. W: Woynarowska B. (red.). *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*. Wydział Pedagogiczny UW, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003: 41–84.
13. Michel G., Bisegger C., Fuhr D.C., Abel T. and KIDSCREEN group. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of life research* 2009; 9: 1147–1157.
14. Woynarowska B. Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112: 391–395.
15. Woynarowska B., Jodkowska M., Oblacińska A. Samoocena zdrowia i obrazu własnego ciała u młodzieży szkolnej w Polsce. *Pediatrics Polska* 2000; 75: 25–34.