

Jadwiga Krawczyńska¹, Ewa Zięba², Paulina Zięba², Grażyna Nowak-Starz²

¹Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

²Zakład Badań Wieku Rozwojowego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Umiejscowienie kontroli zdrowia i samoocena zdrowia młodzieży szkół ponadgimnazjalnych

Placement of health control and self-assessment of higher secondary schools pupils

STRESZCZENIE

Wstęp. Zdrowie jest warunkiem sukcesów szkolnych i dobrej jakości życia. Młodzież w Polsce okazuje niewielkie zainteresowanie swoim zdrowiem, jego ochroną i wzmacnianiem. Osiągnięcie pożądaných zmian zachowania uzależnione jest od stworzenia warunków dla realizacji zachowań prozdrowotnych, w tym także rozbudzania świadomości i kształtowania umiejętności w zakresie dbania o własne zdrowie.

Cel pracy. Celem badań była analiza zakresu kontroli nad własnym zdrowiem, samoocena zdrowia oraz wskazanie wzajemnych powiązań pomiędzy wymiarami KIDSCREEN, a kategoriami mierzonymi skalą MHLC adolescentów szkół ponadgimnazjalnych, w zależności od płci.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na reprezentatywnej grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Ogółem w badaniach uczestniczyło 588 osób: 317 dziewcząt i 271 chłopców, w wieku 16,6–18 lat. W badaniach zastosowano narzędzie standaryzowane: Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC, *Multidimensional Health Locus of Control*), KIDSCREEN-52.

Wyniki. Na podstawie analizy uzyskanych wyników badań stwierdzono najwięcej zależności pomiędzy wymiarami jakości życia związanymi ze zdrowiem, a wewnętrzną kontrolą zdrowia oraz kontrolą zdrowia uzależnioną od wpływu innych osób.

Wnioski. Świadomość kontroli nad zdrowiem wiąże się z wyższą oceną jakości życia związanej ze zdrowiem, co może znacząco wpływać na preferencje zachowań zdrowotnych, a w konsekwencji na stan zdrowia dzieci i młodzieży obecnie i w przyszłości.

Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (4): 445–452

Słowa kluczowe: zdrowie; samoocena zdrowia; jakość życia w zdrowiu

ABSTRACT

Introduction. Health is a prerequisite for school success and good quality of life. Young people in Poland show little interest in their health, its protection and strengthening. Achieving the desired changes in behaviour depends on creating conditions for implementing health behaviours, including reawakening of consciousness and developing skills in caring for one's own health.

Aim of the study. The aim of this study was to analyze the scope of control over individual's own health, as well as to self-evaluate health, and indicate interrelationships between the KIDSCREEN dimensions and categories measured with the MHLC scales in secondary school adolescents, depending on their gender.

Material and methods. The study was conducted on a representative group of higher secondary schools pupils. In total, the study involved 588 people: 317 girls and 271 boys, aged 16.6 to 18. The standardised tool: Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), KIDSCREEN-52 was used in the study.

Results. On the basis of the data obtained in the study it was found that the most dependencies exist between Health Related Quality of Life dimensions and the intrinsic health control as well as health control dependent on the influence of other people.

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

Conclusions. Awareness of control over health is associated with higher Health Related Quality of Life assessment, which may significantly affect the preferences of health behaviour and, in consequence, the health of children and young people now and in the future.

Nursing Topics 2014; 22 (4): 445–452

Key words: health; self-assessment of health; quality of life in health

Wstęp

Zdrowie jest warunkiem sukcesów szkolnych i dobrej jakości życia. Młodzież w Polsce okazuje niewielkie zainteresowanie swoim zdrowiem, jego ochroną i wzmacnianiem. Stąd też, w podjętych badaniach analizowano przekonania młodzieży dotyczące rodzaju i zakresu kontroli zdrowia jako czynnika warunkującego zachowywanie i umacnianie stanu zdrowia. Idea umiejscowienia kontroli odnosi się do uogólnionych przekonań o tym, co determinuje wynik naszych działań, podkreślając znaczenie własnej skuteczności, czyli przekonania o możliwości osiągnięcia założonego celu [1].

W wielu krajach przyjęło się systemowe podejście do zdrowego stylu życia i uznanie, że „kluczowym problemem wychowania zdrowotnego jest kształtowanie umiejętności osobistego wyboru i podejmowania decyzji” [2, 3]. Osoby deklarujące wewnętrzne umiejscowienie kontroli wykazują się większą niezależnością w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną, mają większe poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie [4].

Należy podkreślić istnienie zależności między postrzeganiem, na ile jesteśmy zdolni kontrolować sytuację, a oceną własnych kompetencji w zakresie poprawy i utrzymania zdrowia, a zwłaszcza podejmowania profilaktycznych zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne są efektem ukształtowanej postawy wobec zdrowia, poczucia odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie innych [5].

Osiągnięcie pożądaných zmian zachowania uzależnione jest stworzeniem warunków dla realizacji zachowań prozdrowotnych, w tym także rozbudzeniem świadomości i kształtowaniem umiejętności w zakresie dbania o własne zdrowie. Jednym z podstawowych działań w tym zakresie jest edukacja zdrowotna w ramach pierwszorzędowej profilaktyki zaburzeń rozwojowych i chorób (w tym związanych z nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi i stylem życia), dzięki której dziecko uczy się dbać o zdrowie własne i innych ludzi, a przede wszystkim dokonywać wyborów sprzyjających zdrowiu [1, 6].

Do edukacji zdrowotnej w szkole ma prawo każde dziecko. Według Kulik [5] szkoła we współpracy z rodziną powinna pomóc uczniowi ukształtować swoje postawy, zrozumieć wartości, które są skutkiem

właściwych wyborów w sprawach zdrowia oraz pomóc w dokonywaniu tych wyborów. Zatem edukacja zdrowotna w szkole i w domu odgrywa istotną rolę w wartościowaniu zdrowia jako środka do osiągnięcia lepszej jakości życia dzieci i młodzieży.

Uważa się, że edukacja zdrowotna jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa, bowiem wyposażając uczniów w wiedzę o zdrowiu oraz kształtując odpowiednie umiejętności, przekonania i postawy, umożliwia się uczniom prowadzenie zdrowego stylu życia, poprawę zdrowia i jakości życia [7].

W nowoczesnej edukacji zdrowotnej odchodzi się od modelu edukacji skierowanej na chorobę na rzecz działań w kierunku tworzenia warunków dla podnoszenia kompetencji jednostek i grup w zakresie samodzielnego działania na rzecz zdrowia [8]. Podstawą tych kompetencji jest wiedza, postawa wobec zdrowia i choroby wyrażająca się w uznaniu zdrowia za wartość oraz umiejętności kształtowania postaw sprzyjających zdrowiu oraz podejmowaniu właściwych wyborów. Z postawami ludzi ściśle wiąże się hierarchia wartości i poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie [9].

Ocena wpływu umiejscowienia kontroli na zachowania zdrowotne powinna uwzględniać także i to, jakie miejsce zajmuje zdrowie w hierarchii wartości, dokonywanie diagnozy w tym zakresie jest istotnym działaniem w strategiach promujących zdrowie.

Analiza i ocena sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz jej uwarunkowań stanowi podstawę określania celów i podejmowania zorganizowanych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia także w ramach narodowych programów zdrowia. Dlatego też, w strategii ochrony i promocji zdrowia zawartej w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006–2015 jednym z priorytetów jest poprawa wczesnej diagnostyki zaburzeń zdrowotnych i czynnej opieki nad dziećmi i młodzieżą [10–12]. Choroby i zaniedbania w opiece nad populacją w wieku rozwojowym w każdej fazie rozwoju, mają wielorakie negatywne skutki zdrowotne, społeczne i ekonomiczne dziś i w następnych pokoleniach.

Cel

Celem badań była analiza zakresu kontroli nad własnym zdrowiem, ogólna samoocena zdrowia oraz

wskazanie wzajemnych powiązań pomiędzy wymiarami KIDSCREEN, a kategoriami mierzonymi skalą MHLC adolescentów szkół ponadgimnazjalnych, w zależności od płci.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na reprezentatywnej grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych czterech typów szkół (licea ogólnokształcące, licea profilowane lub zawodowe, technika i zasadnicze szkoły zawodowe). Zastosowano metodę losowania dwustopniowego, zespołowego ze stratyfikacją na typ szkoły. Na podstawie danych z kuratoriów oświaty, sporządzono listę szkół ponadgimnazjalnych znajdujących na obszarze województwa świętokrzyskiego. W pierwszym etapie wylosowano osiem szkół po dwie z każdego typu szkoły, w drugim etapie losowano odpowiednią liczbę klas z poszczególnych typów szkół, proporcjonalnie do udziału szkół danego typu w ogólnej liczbie szkół ponadgimnazjalnych uczestniczących w badaniu. Określając liczbę klas do losowania, przyjęto, że średnia liczba uczniów w klasie wynosi 25 osób i wylosowano ogółem 24 klasy po 6 klas z każdego typu szkoły. Ogółem w badaniach uczestniczyło 588 osób, w tym 317 dziewcząt i 271 chłopców w wieku 16,6–18 lat.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym była skala MHLC (wersja B). Skala ta pozwala określić, w jakim stopniu badany ponosi odpowiedzialność za swoje zdrowie, odwołując się do trzech wymiarów: wewnętrznego (W), wpływu innych (I) oraz przypadku (P). Zakres wyników dla każdej ze skal mieści się w przedziale 6–36 punktów; im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia. Warunkiem skorzystania z narzędzia, było zakupienie testów w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie.

Kolejne narzędzie wykorzystane w badaniu to polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży: KIDSCREEN-52. Wykorzystanie kwestionariusza KIDSCREEN-52 do badań naukowych było możliwe, po wyrażeniu zgody międzynarodowego koordynatora projektu — prof. Urlike Ravens-Sieberer, uzyskaniu licencji na wykorzystanie narzędzia oraz podpisaniu stosownej umowy z Grupą KIDSCREEN (*The KIDSCREEN Group Europe*).

Wykorzystany w pracy kwestionariusz do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży KIDSCREEN-52, okazał się narzędziem trafnym i niezmiernie cennym. Umożliwił nie tylko ogólną samoocenę zdrowia badanej młodzieży, ale przede wszystkim dokonanie oceny zdrowia w dziesięciu kategoriach *Health Related Quality of Life* (HRQOL):

samopoczucie fizyczne i psychiczne, nastroje i emocje, postrzeganie samego siebie, relacje z rodzicami i życie w domu, rówieśnicy i wsparcie społeczne, niezależność, środowisko szkolne, akceptacja społeczna oraz zasoby finansowe.

Na podstawie uzyskanych wartości średnich indeksów poszczególnych wymiarów, wykreślono profile jakości życia ogólne oraz uwzględniające płeć badanych.

Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

Wyniki przeprowadzonych testów poddano interpretacji statystycznej. Jako graniczny poziom istotności dla wszystkich testów przyjęto standardową wartość $p < 0,05$. Istotność oraz siłę relacji pomiędzy zmiennymi ilościowymi oceniono za pomocą współczynników korelacji Pearsona. Obliczenia wykonano z wykorzystaniem programu Statistica.

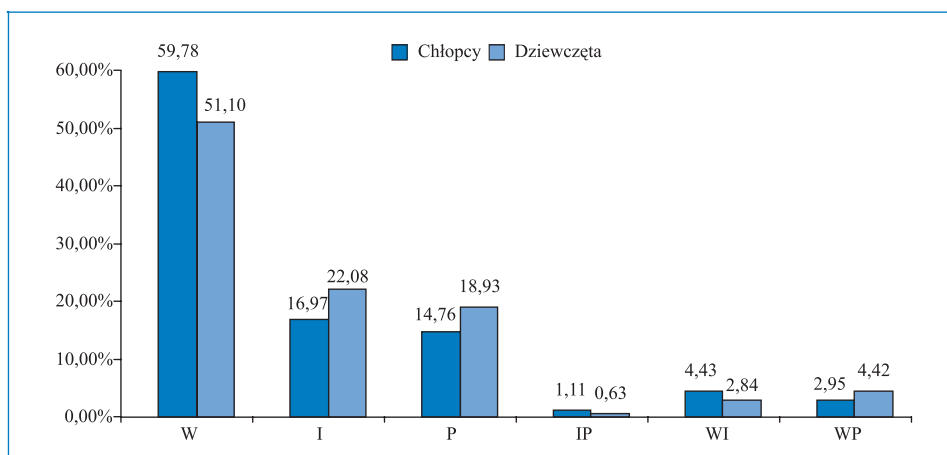
Wyniki

Na podstawie analizy wyników stwierdzono, że w badanej grupie przeważało wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Chłopcy częściej niż dziewczęta deklarowali typ wewnętrznej kontroli nad swoim zdrowiem (59,78% vs. 51,10%). Kontrola zdrowia uzależniona od przypadku i wpływu innych występowała częściej w grupie dziewcząt niż chłopców. Nieznaczny odsetek badanych dziewcząt i chłopców, prezentował nieodróżniony typ kontroli zdrowia określanej jako pomniejszający wpływ przypadku (4,42% vs. 2,95%), pomniejszający wpływ innych (2,84% vs. 4,43%) oraz silny wpływ zewnętrzny (0,63% vs. 1,11%) (ryc. 1).

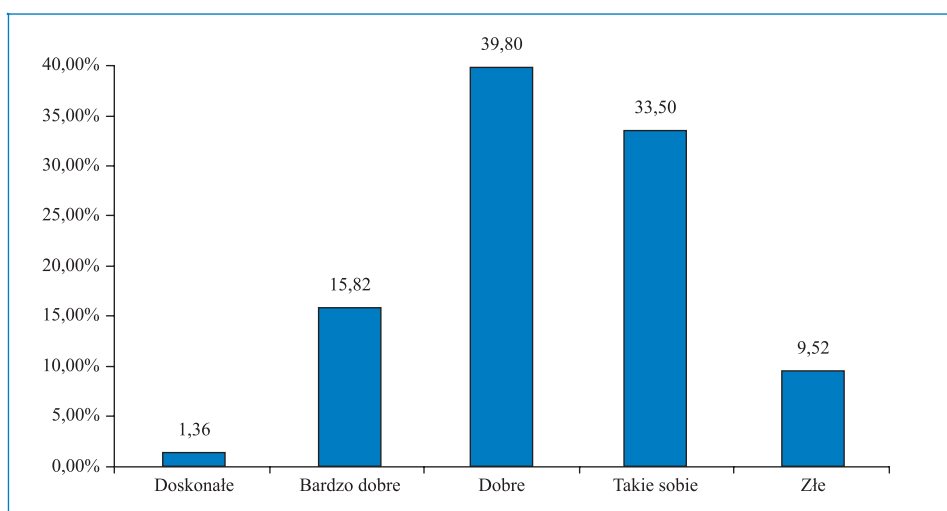
W przeprowadzonych badaniach dokonano także ogólnej samooceny zdrowia młodzieży, wykorzystując w tym celu pierwsze w kolejności pytania zawarte w kwestionariuszu KIDSCREEN-52.

Analiza uzyskanych wyników pozwala stwierdzić, że zdecydowana większość ogółu ankietowanych uważa, że ich zdrowie jest „dobre” (39,8%) lub „takie sobie” (33,5%). Najniższa kategoria odpowiedzi, określająca zdrowie jako „doskonałe” była wskazywana sporadycznie (1,36%), zdecydowanie większy odsetek ogółu badanych określił swoje zdrowie jako „złe” (9,52%). Jedynie 15,82% respondentów stwierdził, że stan ich zdrowia jest „bardzo dobry” (ryc. 2).

Dokonując analizy wyników w zależności od płci badanych uczniów, stwierdzono, że dziewczęta zdecydowanie lepiej niż chłopcy oceniali swoje zdrowie, określając je jako „dobre” (49,95%), natomiast chłopcy najczęściej uważali je za „takie sobie” (41,7%). Zdecydowane różnice ocen odnotowano w kategorii zdrowie „złe”, którą wybierali częściej chłopcy niż dziewczęta (16,24% vs. 3,79%). Stwierdzono znikomą, podobną w obydwu grupach, odsetek uczniów oceniających zdrowie jako „doskonałe” (ryc. 3).



Rycina 1. Umieszczenie kontroli zdrowia dziewcząt i chłopców wg skali MHLC
Figure 1. Locus of the health control of girls and boys according to the MHLC scale

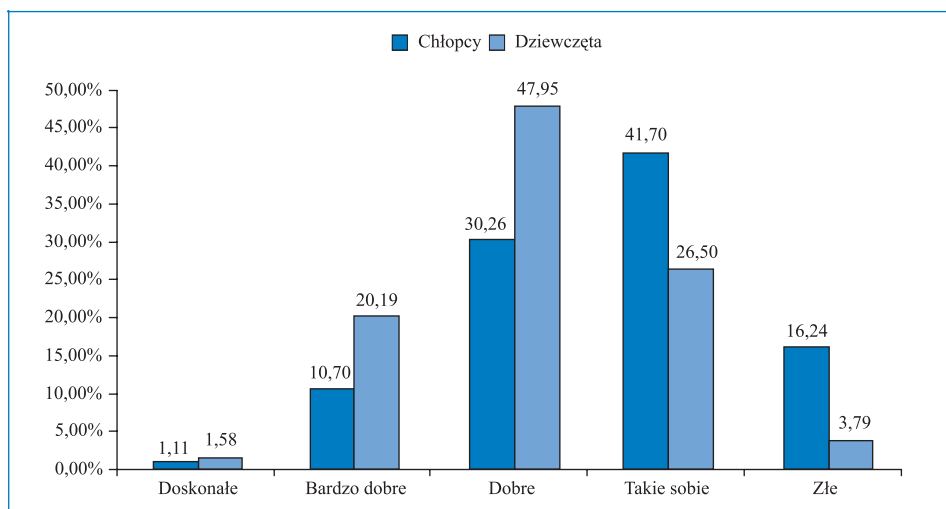


Rycina 2. Ogólna samoocena zdrowia badanych uczniów według kwestionariusza KIDSCREEN
Figure 2. Overall health self-assessment of the pupils surveyed with the KIDSCREEN questionnaire

W badanej grupie młodzieży dokonano oceny wzajemnych powiązań pomiędzy poszczególnymi wskaźnikami jakości życia związanej ze zdrowiem, a rodzajem i zakresem kontroli zdrowia. Na podstawie analizy uzyskanych wyników badań stwierdzono najwięcej zależności pomiędzy wymiarami HRQOL, a wewnętrzną kontrolą zdrowia oraz kontrolą zdrowia uzależnioną od wpływu innych osób. W kategorii kontroli zdrowia uzależnionej od wpływu przypadkowych zdarzeń, potwierdzono jedynie jej związek ($p < 0,05$) z nastrojem i emocjami badanych dziewcząt, co oznacza, że negatywne stany emocjonalne nie sprzyjają podejmowaniu zachowań prozdrowotnych implikowanych wpływem przypadkowych sytuacji.

W grupie chłopców stwierdzono wysoką zależność pomiędzy większością wymiarów HRQOL, a wewnętrzną kontrolą zdrowia, nie potwierdzono jedynie związku pomiędzy akceptacją społeczną, a wewnętrzną kontrolą zdrowia. W zakresie opisywanych korelacji, najistotniejsze zależności odnotowano pomiędzy samopoczuciem fizycznym i psychicznym ($p < 0,0001$) oraz wsparciem społecznym i kolegami, niezależnością oraz nastrojami i emocjami ($p < 0,001$), co wskazuje, że wyższa ocena jakości życia związana jest z podejmowaniem świadomych, odpowiedzialnych decyzji w sprawach własnego zdrowia.

W przypadku dziewcząt największą siłą związku odnotowano pomiędzy wymiarem funkcjonowania fizycznego, a wewnętrzną kontrolą zdrowia ($p < 0,0001$);



Rycina 3. Ogólna samoocena zdrowia według płci badanych uczniów wg kwestionariusza KIDSCREEN

Figure 3. Overall self-assessment of health according to the gender of the pupils surveyed with the KIDSCREEN questionnaire

dobrze zdrowie fizyczne zależy od decyzji wynikających z osobistych przekonań dotyczących działań prozdrowotnych.

Analiza związku pomiędzy poszczególnymi wymiarami jakości życia a kategorią MHLC-P wykazała, że lepsze relacje z rodzicami oraz dobre samopoczucie psychiczne chłopców, jest istotnie związane z większą siłą oddziaływania innych osób w kwestiach dotyczących zdrowia ($p < 0,0001$). Niższy poziom akceptacji społecznej jest istotnie związany z obniżonym wpływem innych osób, zwłaszcza personelu medycznego na decyzje dotyczące zdrowia ($p < 0,01$). Natomiast obniżony wpływ innych osób, zwłaszcza personelu medycznego na decyzje dotyczące zdrowia badanych chłopców jest związany z gorszą oceną akceptacji społecznej ze strony środowiska rówieśniczego. W grupie badanych dziewcząt największą siłą związku wykazano pomiędzy relacjami z rodzicami a decydującym wpływem innych w zakresie podejmowanych decyzji związanych ze zdrowiem ($p < 0,001$) (tab. 1).

Dyskusja

Przeprowadzone badania potwierdziły, że dzięki zastosowaniu odpowiednich narzędzi badawczych, możliwa jest ocena stanu zdrowia młodzieży na podstawie określenia samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Odniesienie wyników badań własnych do wyników innych badaczy jest ograniczone faktem, że badania z wykorzystaniem kwestionariusza KIDSCREEN-52 były przeprowadzone tylko w ramach projektu KIDSCREEN w 2003 roku. Udział Polski w projekcie był związany z oceną psychometryczną kwestionariusza

i adaptacją narzędzia do warunków polskich.

Materiał badawczy stanowiło 588 uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych, w tym 317 dziewcząt i 271 chłopców; średni wiek badanych wynosił 17,3 roku.

Analogiczne badania w Polsce były przeprowadzone przez Mazur i Woynarowską [13], które w ramach projektu KIDSCREEN, badały grupę o podobnej strukturze i liczebności, co pozwoliło odnieść do nich wyniki badań własnych. Badane grupy charakteryzowała podobna, ogólna liczba uczestników (624 osoby), reprezentująca omawiany przedział wiekowy, jak również przewaga liczebna dziewcząt (348 osoby) w stosunku do chłopców (276 osób).

W badaniach własnych, podobnie jak w wynikach uzyskanych w projekcie KIDSCREEN, płeć jest najpoważniejszym predyktorem wartości uzyskanych wyników.

Badani chłopcy uzyskali istotnie statystycznie wyższe wyniki niż dziewczęta w większości wymiarów HRQOL. Najsilniejsze związki z płcią badanych stwierdzono w kategoriach dotyczących samopoczucia fizycznego i psychicznego, nastrojów i emocji, obrazu własnej osoby, niezależności oraz zasobów finansowych, w których chłopcy uzyskali wyniki istotnie wyższe niż dziewczęta ($p < 0,0001$). Stwierdzono tendencję wyższych średnich wyników dla chłopców w wymiarach: relacje z rodzicami i życie w domu ($p < 0,001$), wsparcie społeczne i koledzy oraz akceptacja społeczna ($p < 0,01$).

Poprzez porównanie wyników badań własnych z wynikami normatywnymi wykazano, że chłopcy uczestniczący w projekcie KIDSCREEN uzyskali wyższe wyniki tylko w czterech kategoriach: samo-

Tabela 1. Wyniki korelacji Pearsona pomiędzy wymiarami KIDSCREEN a kategoriami mierzonymi skalą MHLC, w zależności od płci badanej młodzieży

Table 1. The results of Pearson's correlation between KIDSCREEN dimensions and categories measured according to the MHLC scale, depending on the gender of the examined adolescent

Wymiar HRQOL wg kwestionariusza KIDSCREEN	Kategorie mierzone skalą MHLC													
	MHLC-W						MHLC-P						MHLC-I	
	Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		Chłopcy		Dziewczęta		R	p
Samopoczucie fizyczne	0,28	0,0001	0,26	0,0001	-0,04	0,5496	-0,09	0,1233	0,17	0,0056	0,04	0,4657		
Samopoczucie psychiczne	0,28	0,0001	0,15	0,01	0,02	0,7149	0,00	0,9417	0,21	0,0004	0,09	0,0977		
Nastroje i emocje	0,23	0,0002	0,10	0,0827	-0,03	0,5792	-0,12	0,05	0,08	0,1777	0,13	0,02		
Obraz własnej osoby	0,12	0,05	0,14	0,01	-0,02	0,7576	-0,07	0,2077	0,10	0,1154	0,08	0,1777		
Niezależność	0,19	0,001	0,08	0,1662	0,08	0,1903	0,02	0,7844	0,08	0,2160	-0,02	0,7351		
Relacje z rodzicami i życie w domu	0,15	0,01	0,08	0,1657	0,03	0,5905	-0,03	0,6163	0,23	0,0001	0,20	0,0003		
Zasoby finansowe	0,19	0,001	0,04	0,4490	0,01	0,8145	-0,07	0,2092	0,04	0,5339	0,04	0,4381		
Wsparcie społeczne i koledzy	0,19	0,001	0,08	0,1736	0,01	0,8467	0,07	0,2120	0,07	0,2288	0,07	0,2152		
Środowisko szkolne	0,15	0,01	0,11	0,0539	-0,04	0,4924	-0,01	0,8137	0,17	0,0050	0,09	0,1055		
Akceptacja społeczna	0,07	0,2310	0,07	0,1974	-0,10	0,1141	-0,09	0,0938	-0,16	0,0095	-0,05	0,4034		

HRQOL (Health Related Quality of Life) — jakość życia zawiązana ze zdrowiem; MHLC (Multidimensional Health Locus of Control) — Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia; p — poziom istotności statystycznej

poczucie fizyczne, nastroje i emocje, postrzeganie samego siebie oraz niezależność. Dziewczęta biorące udział w badaniach projektu KIDSCREEN istotnie korzystniej postrzegały środowisko szkolne i kontakty z rówieśnikami w porównaniu z grupą badaną przez autora.

W badaniach innych autorów stwierdzono, iż przyczyną niższych wyników HRQOL w grupie dziewcząt jest fakt, iż bardziej przejmują się swoim stanem zdrowia, są bardziej wrażliwe, co zwiększa ich podatność na zaburzenia psychosomatyczne i dolegliwości psychiczne [14, 15]. Dorastając, stają w obliczu zmian fizjologicznych i społecznych w życiu, muszą zaakceptować swoją tożsamość płciową, zmiany zachodzące we własnym wyglądzie i obrazie własnego ciała [15].

Analizy badań przeprowadzonych w 2003 roku przez grupę badaną KIDSCREEN wskazywały na gorszą ocenę jakości życia w krajach środkowoeuropejskich niedawno przyjętych do Unii Europejskiej. Jak wynika z badań Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), najbardziej zadowolona z obecnego życia była młodzież w Holandii, natomiast młodzież pochodząca z krajów Europy Środkowej i Wschodniej, w tym również z Polski, uzyskała w tym zakresie najniższe wyniki [1, 3].

Jednym z podstawowych działań zdrowia publicznego jest monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa. Szczególną grupą objętą zainteresowaniem tej dyscypliny są dzieci i młodzież, których stan zdrowia warunkuje zdrowie przyszłych pokoleń [13, 14].

Ogólna samoocena zdrowia w badaniach własnych odnosiła się głównie do pośrednich kategorii odpowiedzi. Badana młodzież postrzegała swoje zdrowie głównie w kategorii „dobre” lub „takie sobie” (73,3%), tylko nieznaczny odsetek (1,36%), uznał je za „doskonałe”.

Samoocena zdrowia badanej młodzieży zależna jest od płci. Dziewczęta korzystniej oceniają swoje zdrowie niż chłopcy, koncentrując ocenę głównie na kategorii: „dobre” (49,95%), lub „takie sobie” (26,50%). Chłopcy w większości oceniali swoje zdrowie jako „takie sobie” (41,7%) lub „dobre” (30,26%).

Wyniki badań w zakresie samooceny zdrowia młodzieży krajów Europy Zachodniej wykazały znacznie wyższe oceny, w porównaniu z badaniami polskimi potwierdzonymi także w badaniach własnych [15].

W podjętych badaniach uwzględniono także ocenę umiejscowienia kontroli nad zdrowiem badanych uczniów oraz zbadano związki pomiędzy przejawianym typem kontroli zdrowia a wymiarami HRQOL. Badana młodzież w większości prezentuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, przy jednocześnie stosunkowo wysokich wartościach w zakresie kontroli

uzależnionej od innych czy wpływu przypadkowych zdarzeń.

W grupie chłopców stwierdzono wysoką zależność pomiędzy wewnętrzną kontrolą zdrowia a większością wymiarów HRQOL: samopoczuciem fizycznym i psychicznym oraz wsparciem społecznym i kolegami, niezależnością oraz nastrojami i emocjami. W przypadku dziewcząt największą siłą związku odnotowano pomiędzy wymiarem funkcjonowania fizycznego a wewnętrzną kontrolą zdrowia ($p < 0,0001$); dobre zdrowie fizyczne zależy od decyzji wynikających z osobistych przekonań dotyczących działań prozdrowotnych.

Lepsza ocena jakości życia związanej ze zdrowiem jest uwarunkowana podejmowaniem świadomych, odpowiedzialnych decyzji w sprawach własnego zdrowia oraz osobistych przekonań, że dobre zdrowie uwarunkowane jest podejmowaniem działań prozdrowotnych. Wpływ umiejscowienia kontroli na zachowania zdrowotne oraz postrzeganie własnego zdrowia powinien uwzględniać także i to, jakie miejsce zajmuje zdrowie w relacji do innych wartości. Ważna jest samoskuteczność, czyli przekonanie o możliwości osiągnięcia założonego celu w danej sytuacji. Bishop [16] podkreśla znaczenie kontroli behawioralnej, opartej na świadomości przewidywania negatywnych następstw sytuacji związanych ze zdrowiem.

Według Europejskiej Strategii na Rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży, istotnym problemem zdrowotnym w tym wieku są zaburzenia emocjonalne i zachowania [17]. Dlatego też w ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem szczególne znaczenie przypisuje się ocenie zdrowia psychicznego, którego miarą jest samopoczucie psychiczne, nastroje i emocje oraz postrzeganie samego siebie. Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, że zarówno dziewczęta, jak chłopcy dobrze postrzegają samych siebie — uzyskane wyniki były zgodne z wynikami grupy normatywnej.

Ze względu na fakt, że aktualne wyniki działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia nie są w pełni zadowalające, konieczna jest pogłębiona analiza w oparciu o niedoceniane wciąż metody dotyczące samooceny zdrowia oraz dobrego samopoczucia. Zastosowanie kwestionariusza MHLC oraz KIDSCREEN może odegrać istotną rolę w ocenie zdrowia dzieci i młodzieży, w praktyce pediatrycznej w różnych populacjach europejskich, w tym także w Polsce.

Wnioski

Samoocena zdrowia badanej młodzieży zależna jest od płci. Dziewczęta korzystniej oceniają swoje zdrowie niż chłopcy.

Badanie jakości życia związanej ze zdrowiem umożliwia uzyskanie szczegółowych informacji dotyczących zdrowia fizycznego, psychicznego

i funkcjonowania społecznego populacji w wieku rozwojowym.

Świadomość kontroli nad zdrowiem wiąże się z wyższą oceną jakości życia związanej ze zdrowiem, co może znacząco wpływać na preferencje zachowań zdrowotnych, a w konsekwencji na stan zdrowia dzieci i młodzieży obecnie i w przyszłości.

Piśmiennictwo

1. Wojnarowska B., Tabak I., Mazur J. Subiektywna ocena zdrowia i zadowolenia z życia uczniów wieku 11–15 lat w Polsce i wybranych krajach w 2002 roku. *Med. Wiek. Rozw.* 2004; 8(3): 535–550.
2. Woynarowska B. (red.). *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Raport z badań przeprowadzonych w 1994 roku.* IMiDz, Warszawa 2006.
3. Woynarowska B. (red.). *Zdrowie i szkoła.* WL PZWL, Warszawa 2000.
4. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2010.
5. Kulik T.B. *Edukacja zdrowotna w rodzinie i szkole.* Oficyna Wyd. Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola 2005.
6. Woynarowska B., Pułtorak M. *Zachowania zdrowotne i postrzeganie własnego zdrowia przez młodzież w wieku 11–16 lat w Polsce.* *Kultura Fizyczna* 2010; 7–8: 11–12.
7. Oblacińska A., Tabak I., Jodkowska M., Ostrega A.W., Owczarek S. *Edukacja zdrowotna w zakresie prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej na przykładzie programu dla gimnazjalistów.* W: *Forma na piątkę.* Zdr. Publ. 2006; 116 (2): 370–374.
8. Słońska Z. *Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej.* *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna.* 2008; 17: 7–21.
9. Charońska E., Janus B. *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna.* *Pielęgniarstwo* 2009; 3 (44): 22–26.
10. Braczkowska B., Cyran W., Braczkowski R., Kowalska M. *Problemy zdrowotne młodzieży szesnastoletniej — uczniów szkół ogólnokształcących w Oświęcimiu.* *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89 (3): 359–366.
11. Nowak-Starz G. *Rozwój i zagrożenia zdrowia w wieku rozwojowym w okresie przemian społeczno-ekonomicznych w Polsce.* *Wszechnica Świętokrzyska, Kielce* 2008: 39–50.
12. *Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015.* MZ, PZH, Warszawa 2006. <http://www.m.z.gov.pl>.
13. Mazur J., Woynarowska B. *Selected health problems in children and adolescents in Poland.* *Med. Wiek. Rozw.* 2006; 7(3): 203–233.
14. Michel G., Bisegger C., Fuhr D.C., Abel T. and The KIDSCREEN Group. *Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis.* *Qual. Life Res.* 2009; 18: 1147–1157.
15. Woynarowska B. *Podstawy teoretyczne i strategia edukacji zdrowotnej w szkole.* *Lider* 2010; 1: 45.
16. Bishop G.D. *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało.* Astrum, Wrocław 2010.
17. *WHO European strategy for child and adolescent health and development.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2005.