

Ocena stanu zdrowia młodzieży w świetle wybranych wskaźników zdrowia

Jadwiga Krawczyńska¹, Beata Karakiewicz², Ewa Zięba¹, Grażyna Nowak Starz¹

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

² Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

Krawczyńska J, Karakiewicz B, Zięba E, Nowak Starz G. Ocena stanu zdrowia młodzieży w świetle wybranych wskaźników zdrowia. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(2): 193–199.

Streszczenie

Aktualne wyniki działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia młodzieży nie są dziś w pełni zadowalające, stąd konieczność pogłębionej analizy opartej na samoocenie zdrowia oraz dobrego samopoczucia.

Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem jest obecnie jedną z ważnych, rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia metod, umożliwiającą wykrycie nieprawidłowości w funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym oraz społecznym, identyfikację osób zagrożonych problemami zdrowotnymi oraz podjęcie działań prewencyjnych.

Celem podjętych badań było poznanie problemów zdrowotnych i ocena jakości życia związanej ze zdrowiem uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano polską wersję kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci młodzieży – KIDSCREEN 52. Jego zastosowanie umożliwiło ogólną samoocenę zdrowia badanej młodzieży, ale przede wszystkim ocenę HRQOL w wymiarach: 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.

Badaniami objęto grupę 588 uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w tym 317 dziewcząt i 271 chłopców w wieku 16–18 lat. Analiza uzyskanych wyników badań wykazała, że najczęstszymi problemami zdrowotnymi w populacji szkolnej są: wady postawy, wady wzroku, choroby alergiczne, nadwaga i otyłość. Występowanie problemów zdrowotnych jedynie u dziewcząt wpływało na wyższą ocenę zasobów finansowych oraz relacji z rodzicami i życia w domu.

Zastosowanie kwestionariusza KIDSCREEN może odegrać istotną rolę w ocenie zdrowia dzieci i młodzieży oraz wczesnym diagnozowaniu zagrożeń zdrowia subiektywnego.

Słowa kluczowe

młodzież, problemy zdrowotne, jakość życia związana ze zdrowie

WSTĘP

W powszechnej opinii okres dojrzewania uważany jest za czas dobrego zdrowia, należy jednak pamiętać, że wiele chorób przewlekłych bierze swe początki w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym, wpływając na kondycję zdrowotną w dalszych latach życia [1]. Choroby i zaniedbania w opiece nad populacją w wieku rozwojowym, w każdej fazie rozwoju, mają wielorakie negatywne skutki zdrowotne społeczne i ekonomiczne, zarówno dziś, jak i następnych pokoleniach.

Konieczność monitorowania i oceny zdrowia dzieci i młodzieży jest niezmiernie ważna dla tej populacji nie tylko z punktu widzenia aktualnego stanu zdrowia, ale również dlatego, że będzie określać parametry stanu zdrowia społeczeństwa w przyszłości. W tym procesie najistotniejszą rolę pełnią badania profilaktyczne, których cel i zakres jest związany z okresem rozwojowym dzieci i młodzieży i zadaniami edukacyjnymi uczniów [2].

W ocenie zdrowia wykorzystuje się wskaźniki poddające się bezpośredniemu pomiarowi, jako zmienne odzwierciedlające jeden lub więcej aspektów stanu zdrowia osób należących do danej populacji. Ich wykorzystanie może być dwójakie, mogą służyć do oceny zmian w stanie zdrowia populacji lub do oceny efektów wdrażanych programów promocji zdrowia.

W przypadku populacji w okresie rozwojowym, szczególnie zalecane jest wykorzystanie „pozytywnych wskaźników zdrowia”, umożliwiających pomiar zarówno zachowań prozdrowotnych, jak również czynników środowiskowych oddziałujących na zdrowie [3].

Do najczęściej wykorzystywanych mierników pozytywnych należą wskaźniki rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży, a w ostatnich latach także pomiar zdrowia subiektywnego i zadowolenia z życia [4, 5].

W praktyce epidemiologicznej największe znaczenie przypisuje się negatywnym miernikom zdrowia, które umożliwiają monitorowanie sytuacji zdrowotnej populacji, szczególnie osób dorosłych. Najważniejsze z nich to: chorobowość, zachorowalność (zapadalność), umieralność, hospitalizacja, a także informacja o niepełnosprawności, inwalidztwie, niekiedy absencji chorobowej [6]. W odniesieniu do dzieci i młodzieży, wskaźniki te są niskie i w sposób bardzo fragmentaryczny odzwierciedlają jej kondycję zdrowotną.

Ze względu na istnienie wielu zmiennych, które nie dadzą się określić ilościowo, takich jak subiektywna ocena stanu zdrowia czy stopień zaangażowania ludzi w sprawy własnego zdrowia, w praktyce często korzysta się ze wskaźników jakościowych przy jednoczesnej preferencji wskaźników ilościowych.

Analiza i ocena sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz uwarunkowań tej sytuacji stanowi podstawę określania celów i podejmowania zorganizowanych działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia także w ramach narodowych

Adres do korespondencji: Jadwiga Krawczyńska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Al. IX Wieków Kielc 19, 25-317 Kielce e-mail: jadvigakrawczynska@o2.pl

Nadesłano: 25 września 2012; zaakceptowano do druku: 25 lutego 2013

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 [7, 8, 9].

Pojęcie problemu zdrowotnego pojawiło się w medycynie szkolnej zamiast terminu grupa dyspanseryjna. Można go rozpatrywać w różnych aspektach medycznym, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. W podejściu medycznym zagrożenia upatruje się w czynnikach etiologicznych medycznych, środowiskowych i indywidualnych. W promocji zdrowia rozpatruje się czynniki środowiskowe w ujęciu fizycznym, społecznym, organizacyjnym oraz w kontekście przystosowania fizycznego i psychospołecznego. W obszarze edukacji zdrowotnej problemy zdrowotne dotyczą wiedzy w zakresie zagrożeń dla zdrowia, systemów wsparcia i świadczeń, oraz umiejętności i postaw wobec zdrowia [10]. Do najczęściej występujących schorzeń przewlekłych zalicza się uczulenia i alergie, dysfunkcje narządu ruchu, a zwłaszcza schorzenia kręgosłupa, choroby tarczycy, układu pokarmowego, nerwice [11].

Choroby przewlekłe i niepełnosprawność stanowią jedno z poważniejszych zjawisk i problemów współczesnego świata, wynikających z powszechności występowania w populacji, a przede wszystkim z konsekwencji, jakie wywołuje w sensie indywidualnym i społecznym. Nasilenie tego zjawiska w grupie dzieci młodzieży szacuje się na około 4% ogółu populacji w wieku 0–18 lat, a w grupie 15–19 lat wynosi 1,9% [12]. Najlichnějšíą grupę stanowią dzieci z upośledzeniem umysłowym, przewlekłymi chorobami układu oddechowego, astmą, mukowiscydozą, dysfunkcją narządu ruchu, cukrzycą, zaburzeniami słuchu i wzroku, schorzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi, hemofilią i skazami krwotocznymi [10].

Wśród innych zaburzeń stwarzających ryzyko wcześniejszego rozwoju chorób i niepełnosprawności ludzi dorosłych należy wymienić otyłość (dotyczącą 5–15% dzieci i młodzieży) jako czynnik ryzyka miażdżycy oraz ograniczeń w sprawnym funkcjonowaniu dziecka, a w dalszej perspektywie dorosłego. Dość liczną grupę stanowią zaburzenia układu ruchu (około 8–9%), w tym zwłaszcza boczne skrzywienie kręgosłupa (2–4%), jak również choroby wzroku – zez (około 4%), który nieleczony w wieku przedszkolnym prowadzi do trwałego upośledzenia obuocznego [13].

W kontekście rozpatrywanego okresu rozwojowego, szczególnie znaczenie mają zaburzenia zdrowia psychicznego określane od lat osiemdziesiątych jako „nowa zachorowalność”. Przyczyn narastania tych zaburzeń upatruje się w zmianach społeczno-ekonomicznych i politycznych, którym towarzyszy nasilenie stresu, ubożenie społeczeństwa, patologia społeczna, brak możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb biologicznych i psychospołecznych, szczególnie przez rodzinę. Do najczęściej występujących zaburzeń zdrowia psychicznego należą nerwice oraz różne formy nieprzystosowania społecznego, w tym używanie środków uzależniających i zachowania autodestrukcyjne [14].

W badaniach uwzględniono wszystkie rodzaje problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności narządu ruchu, określając ich wpływ na ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem.

CEL PRACY

Celem badań było poznanie rozmiaru występujących problemów zdrowotnych w grupie młodzieży ponadgimnazjalnej oraz porównanie oceny jakości życia związanej ze zdrowiem uczniów zdrowych oraz tych, u których występują problemy zdrowotne.

Cele szczegółowe:

- Jakie problemy zdrowotne występują w badanej młodzieży w różnych typach szkół ponadgimnazjalnych?
- Czy i w jakim stopniu istnienie problemów zdrowotnych wpływa na ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem?

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono od września 2009 do marca 2010 roku, w reprezentatywnej próbie uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych czterech typów (licea ogólnokształcące, licea profilowane lub zawodowe, technika i zasadnicze szkoły zawodowe), znajdujących się na obszarze województwa świętokrzyskiego. Ogółem w badaniach uczestniczyło 588 osób, w tym 317 dziewcząt i 271 chłopców w wieku od 16,6 do 18 lat. Najlichnější reprezentowaną grupą była młodzież uczęszczająca do technikum – 156 osób, zasadniczej szkoły zawodowej – 155 osób oraz liceum ogólnokształcącego – 150 osób, najmniej – uczniowie liceum zawodowego – 127 osób.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki wywiadu kwestionariuszowego standaryzowanego. Narzędziem badawczym była polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży – KIDSCREEN-52 *Health – related Quality of Life Screening Instrument for Children and Adolescents* [15, 16]. Kwestionariusz KIDSCREEN-52 obejmuje 10 obszarów (wymiarów) składających się na profil jakości życia związanej ze zdrowiem. Jeden wymiar dotyczy zdrowia fizycznego, zdrowiu psychicznemu przyporządkowano trzy obszary: samopoczucie psychiczne, nastroje i emocje, postrzeganie samego siebie. Kolejnych pięć wymiarów dotyczy funkcjonowania społecznego, w tym relacji z rodzicami i życia w domu, relacji z rówieśnikami i wsparcia społecznego, niezależności, środowiska szkolnego i akceptacji społecznej (rozumianej jako brak przejawów dręczenia). Ostatni wymiar – zasoby finansowe – pozwala na ocenę zasobów materialnych w rodzinie [15, 16].

Dla zgromadzenia danych dotyczących wybranych obiektywnych wskaźników zdrowia ucznia zastosowano technikę analizy dokumentów. Źródłem informacji była dokumentacja zdrowotna ucznia – „Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I szkoły ponadgimnazjalnej”.

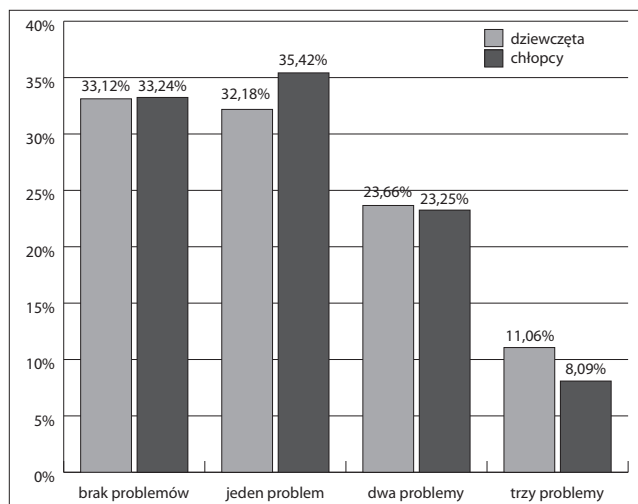
W celu określenia zależności między zmiennymi wykorzystano nieparametryczny odpowiednik klasycznej analizy wariancji – metodę ANOVA Kruskala-Wallisa. Jako graniczny poziom istotności dla wszystkich testów przyjęto standardową wartość $p < 0,05$.

WYNIKI

W celu scharakteryzowania zjawiska występowania problemów zdrowotnych w badanej grupie młodzieży, w prezentowanych wynikach badań uwzględniono zarówno fakt występowania zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju, w zależności

od płci ankietowanych, jak również dokonano szczegółowej charakterystyki poszczególnych rodzajów zaburzeń w zależności od typu szkoły. Celem oceny nasilenia problemów zdrowotnych wśród młodzieży, przeprowadzono klasyfikację badanej grupy według czterech kategorii: młodzież bez problemów zdrowotnych oraz uczniowie z jednym, dwoma i trzema problemami zdrowotnymi.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że tylko 33,16% uczniów nie było obarczonych żadnymi problemami zdrowotnymi, natomiast u 66,84% badanych stwierdzono zaburzenia w stanie zdrowie o różnym stopniu nasilenia. Analizując nasilenie tego zjawiska w zależności od płci badanych, uzyskano porównywalne wyniki wskazujące, że u 66,88% dziewcząt i 66,79% chłopców występowały problemy zdrowotne. Wśród uczniów, u których stwierdzono występowanie jednego problemu zdrowotnego przeważały dziewczęta (35,42%), natomiast u chłopców odnotowano większą liczbę osób (11,04%) obarczonych trzema rodzajami zaburzeń w stanie zdrowia (Ryc.1).



Rycina 1. Liczba problemów zdrowotnych wg płci badanych uczniów

Analiza porównawcza sytuacji zdrowotnej w zależności od rodzaju szkoły pokazała, że wśród uczniów zasadniczej szkoły zawodowej jest największy odsetek osób zdrowych (50,32%) i najmniejsza grupa osób z trzema problemami zdrowotnymi (1,94%). Problemy zdrowotne częściej dotyczyły uczniów technikum, gdzie stwierdzono największy odsetek uczniów z trzema (21,15%) i jednym problemem (28,85%) oraz najmniejszy odsetek (24,36%) osób bez problemów zdrowotnych (Tab. 1).

Zakres zgromadzonych informacji pozwolił na szczegółową analizę rodzaju występujących problemów zdrowotnych takich jak: wady i choroby narządu ruchu (skolioza, płaskostopie, nadmierna kifoza piersiowa, asymetria łopatek, bioder i barków, szpotawość kolan), wady i choroby narządu wzroku (krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm), zaburzenia masy ciała i wzrostu, nadciśnienie tętnicze, alergia, astma oraz występowanie innych chorób przewlekłych wymagających stałej opieki specjalistycznej (w tym: zaburzenia neurologiczne, choroby układu krążenia, endokrynologiczne).

skostopie, nadmierna kifoza piersiowa, asymetria łopatek, bioder i barków, szpotawość kolan), wady i choroby narządu wzroku (krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm), zaburzenia masy ciała i wzrostu, nadciśnienie tętnicze, alergia, astma oraz występowanie innych chorób przewlekłych wymagających stałej opieki specjalistycznej (w tym: zaburzenia neurologiczne, choroby układu krążenia, endokrynologiczne).

Dominującym problemem występującym wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych były wady i schorzenia narządu ruchu, szczególnie nasilone wśród uczniów technikum (64,07%), liceum zawodowego (53,73%), natomiast w mniejszym stopniu występowały w grupie młodzieży uczęszczającej do zasadniczej szkoły zawodowej (24,82%). W tej grupie zaburzeń zdecydowaną większość przypadków stanowiło boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza), którego największy odsetek stwierdzono wśród młodzieży technikum (37,82%). Płaskostopie i nadmierna kifoza piersiowa najczęściej występowały wśród uczniów liceum zawodowego (11,81% v 8,06%).

Wśród wad wzroku przeważały wady refrakcji: krótkowzroczność, nadwzroczność i astygmatyzm, które występowały najczęściej u uczniów liceum zawodowego (29,12%) i technikum (27,57%). Najmniej osób ze zdiagnozowaną wadą wzroku stwierdzono wśród młodzieży uczęszczającej do liceum ogólnokształcącego (10%).

Analiza zaburzeń w rozwoju fizycznym wykazała, że najpoważniejszym problemem dotyczącym uczniów zasadniczej szkoły zawodowej była otyłość i nadwaga (11,628%), ale jednocześnie w tej grupie młodzieży rozpoznano najwięcej zaburzeń określanych jako niedobór masy ciała (3,23%) i niedobór wysokości ciała (2,58%).

Do częstych problemów zdrowotnych należały schorzenia alergiczne, które dotyczyły (15,38%) uczniów technikum, (10,00%) liceum ogólnokształcącego i (7,09%) liceum zawodowego.

Wysoce niepokojącym faktem jest występowanie przypadków nadciśnienia tętniczego, które stwierdzono u uczniów liceum ogólnokształcącego (6,00%), uczniów technikum. Szczegółowe informacje dotyczące omawianego zjawiska przedstawiono na Rycinach 2, 3, 4, 5.

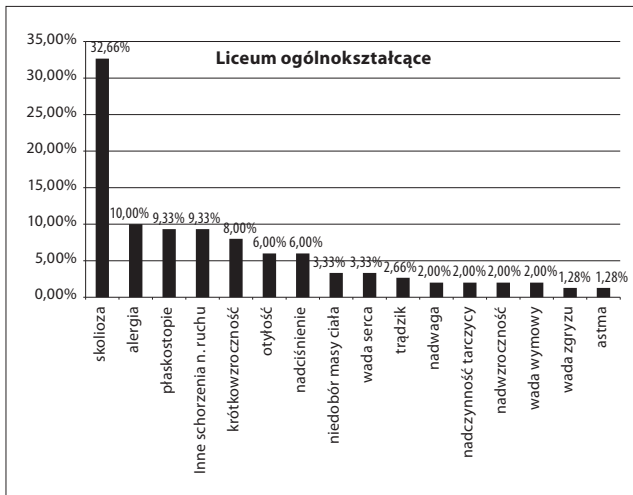
Analiza wyników przeprowadzonych badań profilaktycznych sugeruje, że w grupie młodzieży z chorobami przewlekłymi znalazły się głównie osoby z rozpoznanymi schorzeniami endokrynologicznymi (nadczynność tarczycy, nadczynność przysadki, cukrzyca), chorobami układu krążenia (wady serca), schorzenia neurologiczne (epilepsja, polineuropatia), wadą zgryzu, próchnicą, wadą wymowy.

Porównując profile jakości życia związanej ze zdrowiem uczniów w zależności od występowania problemów zdrowotnych stwierdzono, że średnie indeksy jakości życia w poszczególnych wymiarach są zbliżone do wyników populacyjnych. Wszystkie grupy obciążone problemami zdrowotnymi nieco niżej oceniały wymiary dotyczące samopoczucia fizycznego, psychicznego, jak również środowisko szkolne oraz nastroje i emocje. W przypadku uczniów zdrowych nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie poszczególnych kategorii, a w wymiarze – relacje z rodzicami – ich wyniki były najniższe.

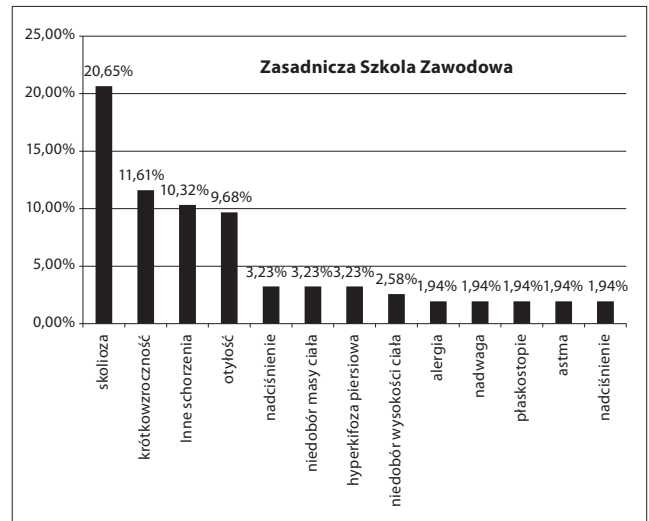
Analiza średnich indeksów HRQOL w zależności od płci badanych wykazała, iż dziewczęta, niezależnie od nasilenia problemów zdrowotnych, uzyskały niższe od normy wyniki w kategoriach – samopoczucie fizyczne i psychiczne, a w obszarze funkcjonowania społecznego najniżej oceniały

Tabela 1. Liczba problemów zdrowotnych wg typu szkoły

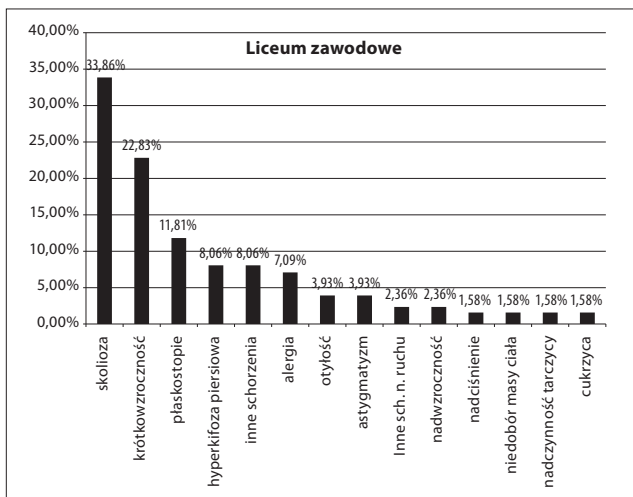
Typ szkoły	Trzy		Dwa		Jeden		Brak		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
LO	7	4,67	47	31,33	57	38,00	39	26,00	150	100,00
Technikum	33	21,15	40	25,64	45	28,85	38	24,36	156	100,00
LZ	14	11,02	25	19,69	48	37,80	40	31,50	127	100,00
ZSZ	3	1,94	26	16,77	48	30,97	78	50,32	155	100,00
Ogół	57	9,69	138	23,47	198	33,67	195	33,16	588	100,00



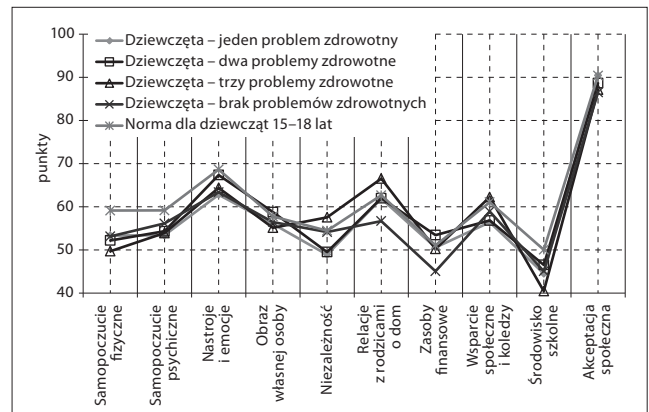
Rycina 2. Rodzaje problemów zdrowotnych w grupie uczniów LO



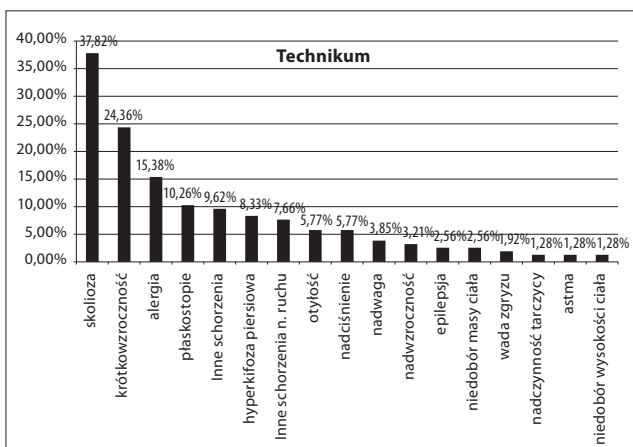
Rycina 5. Rodzaje problemów zdrowotnych w grupie uczniów ZSZ



Rycina 3. Rodzaje problemów zdrowotnych w grupie uczniów Liceum zawodowego



Rycina 6. Profile HRQOL dziewcząt wg liczby problemów zdrowotnych



Rycina 4. Rodzaje problemów zdrowotnych w grupie uczniów Technikum

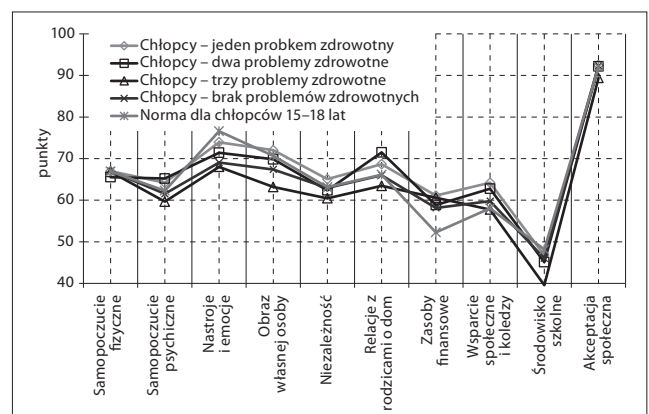
środowisko szkolne. Wyniki dziewcząt bez problemów zdrowotnych były zdecydowanie niższe niż u pozostałych uczennic z zaburzeniami w stanie zdrowia, w wymiarach dotyczących relacji z rodzicami i środowiska domowego oraz zasobów finansowych (Ryc. 6).

W przypadku chłopców, niezależnie od występowania problemów zdrowotnych, stwierdzono oceny powyżej lub

w granicach normy w zakresie większości wymiarów HRQL. W wymiarze – nastroje i emocje – wynik był niższy we wszystkich badanych grupach, w wymiarze – zasoby finansowe – najwyższy (Ryc. 7).

Uczniowie, u których stwierdzono trzy problemy zdrowotne niżej od pozostałych ocenili wszystkie wymiary dotyczące funkcjonowania psychicznego w szczególności obraz własnej osoby (63,18). Stosunkowo niskie wartości odnotowano w obszarze – środowisko szkolne (39,58).

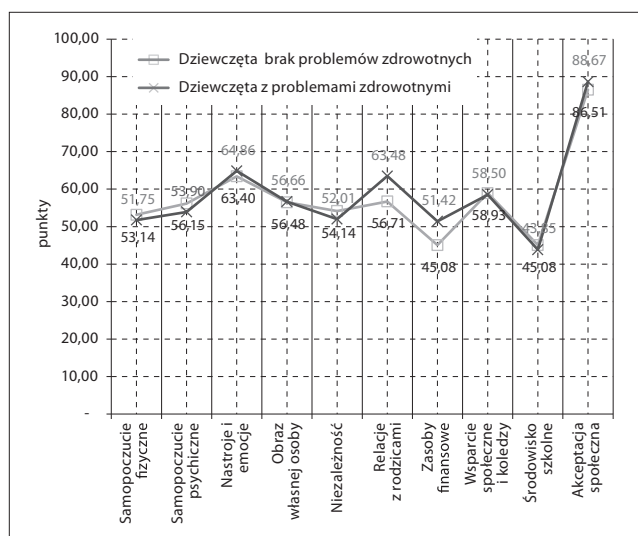
Uczniowie, u których stwierdzono jeden problem zdrowia wyżej od innych chłopców ocenili wymiary – nastroje i emo-



Rycina 7. Profile HRQOL chłopców wg liczby problemów zdrowotnych

cje (73,92), obraz własnej osoby (72,03) oraz niezależność (65,05). Wyniki uczniów bez zaburzeń w stanie zdrowia w żadnym wymiarze nie były wyższe od wyników chłopców obarczonych problemami zdrowotnymi (Ryc. 7).

W przeprowadzonych badaniach starano się ustalić istotność różnic w ocenie jakości życia związanej ze zdrowiem pomiędzy młodzieżą, u której stwierdzono zaburzenia w stanie zdrowia a uczniami bez problemów zdrowotnych. Uzyskane wyniki potwierdziły istnienie słabego, ale istotnego związku jedynie dla dwóch wymiarów HRQOL w grupie dziewcząt z problemami zdrowotnymi. W przypadku chłopców nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Występowanie problemów zdrowotnych u badanych uczennic wpływało na lepsze relacje z rodzicami, poczucie wsparcia i atmosferę w domu, a także korzystniejszą ocenę swoich zasobów finansowych. W obydwu wymienionych kategoriach HRQOL, dziewczęta, u których nie stwierdzono zaburzeń zdrowia uzyskały istotnie ($p < 0,05$) niższe wyniki (Ryc. 8).



Rycina 8. Profile HRQOL dziewcząt zdrowych i z problemami zdrowotnymi

DYSKUSJA

Jednym z podstawowych działań zdrowia publicznego jest monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa. W ostatnich latach zmieniło się podejście do oceny zdrowia populacji także w okresie rozwojowym; obiektywne wskaźniki zdrowia są coraz częściej uzupełniane przez mierniki subiektywne obejmujące, zgodnie z podejściem D. Nutbeam, jakość życia, niezależność funkcjonalną oraz elementy polityki zdrowotnej [17, 18]. Szczególne pomocne w tych działaniach są mierniki pozytywne odnoszące się do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem. Konieczność stosowania subiektywnych wskaźników zdrowia uzasadniona jest wieloma czynnikami, przede wszystkim tym, że umożliwiają wielowymiarową ocenę zdrowia i samopoczucia z perspektywy samej młodzieży. Badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży, pozwalają na wczesne wykrycie nieprawidłowości w ocenie zdrowia psychicznego, zaburzeń w relacjach społecznych, a tym samym szybką identyfikację osób zagrożonych problemami zdrowotnymi. Stwarzają szansę pogłębienia wiedzy na temat społecznych i behawioralnych uwarunkowań nierówności w stanie zdrowia populacji w okresie rozwojowym

oraz indywidualnych i społecznych obciążeń wynikających z poszczególnych chorób i zaburzeń rozwojowych [19, 20, 21].

Badania przeprowadzone przez J. Kopczyńską-Sikorską, dotyczące sytuacji zdrowotnej adolescentów, ukazały poważne zagrożenia stanu zdrowia, do których należą najwyższe w Europie wskaźniki umieralności dzieci i młodzieży oraz znaczne nasilenie różnorodnych problemów zdrowotnych. Autorka wskazuje na konieczność podjęcia systemowych rozwiązań w skali całego kraju w celu przeciwdziałania tym zagrożeniom, konieczność monitorowania i promowania zdrowia oraz objęcia szczególnym nadzorem medycznym młodzieży w wieku od 15 – 19 lat [22]. B. Zawadzka wykazała, że dolegliwości psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne dotyczą połowy badanej młodzieży w tym samym przedziale wiekowym, natomiast u co czwartej osoby występuje trzy i więcej dolegliwości [23].

Analiza zgromadzonego materiału badawczego wykazała, że najbardziej rozpowszechnionym problem zdrowotnym we wszystkich typach szkół były wady postawy. Najbardziej nasiloną w tej grupie była skolioza, która spowodowana jest nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi, obniżoną aktywnością fizyczną, zachowaniami sedenteryjnymi, nieprawidłową postawą przy siedzeniu i wykonywaniu czynności z obciążeniem, a także niedostatecznym poziomem wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych [24, 25]. Przyczyn tego zjawiska należy upatrywać w okresie akceleracji wzrostowej, którą cechuje szybki rozwój kości, za którym nie nadąża rozwój układu mięśniowego, przesunięcie środka ciężkości ciała do góry w wyniku intensywnego wzrostu kończyn dolnych, co doprowadza do zaburzeń statycznych i postawy ciała [26].

Podobne wyniki uzyskano w badaniach populacji uczniów wybranych szkół ogólnokształcących w Oświęcimiu, gdzie stwierdzono ogółem 45,8% wad i schorzeń narządu ruchu [7]. Badania E. Nowosad – Sergeant, dotyczące dzieci i młodzieży w przedziale wieku 8–17 lat na Podkarpaciu, wykazało u ponad 60% badanych wady postawy, przy czym u ponad 31% stwierdzono skrzywienie kręgosłupa – skoliozę [27].

Kolejnym problem zdrowotnym była otyłość i nadwaga, która w największym stopniu dotyczyła uczniów szkół zawodowych. Wg danych Instytutu Matki i Dziecka, częstość występowania nadwagi i otyłości w grupie młodzieży 16-letniej dotyczyła 12,5% chłopców i 8,7% dziewcząt, przy czym największy odsetek uczniów z nadwagą i otyłością odnotowano w liceach profilowanych i zawodowych, a najmniejszy wśród uczniów liceów ogólnokształcących i uczennic z technikum [28].

Jednym z najczęściej występujących schorzeń przewlekłych były choroby alergiczne, które dotyczyły 8,84% badanej młodzieży, a także astma – 1,36%. Podobne wyniki uzyskała B. Braczkowska i wsp., która wykazała, że choroby alergiczne dotyczyły 10,9% populacji badanych 16-latków, natomiast astmę stwierdzono u 0,8% ogółu badanych [7]. Badania H. Sandeckiej i wsp., dotyczące młodzieży w wieku 15–19 lat, wykazały zbliżony odsetek osób z alergią, który wynosił 10% [29]. Dane dotyczące tego zjawiska, pochodzące z wielośrodkowych badań, wskazują na nasilający się problem schorzeń alergicznych, które dotyczą 19,2% dzieci i młodzieży [30].

Badanie jakości życia jest istotnym elementem oceny klinicznej i odgrywa szczególną rolę w przypadku chorób przewlekłych, które dotyczą wszystkich elementów funkcjonowania dziecka: fizycznego, psychicznego, emocjonalnego, społecznego, rodzinnego i szkolnego. Przeprowadzone ba-

dania potwierdziły, iż – dzięki zastosowaniu odpowiednich narzędzi badawczych – możliwa jest ocena stanu zdrowia młodzieży na podstawie określenia samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego.

Wykorzystany w pracy kwestionariusz do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży – KIDSCREEN-52 – okazał się narzędziem trafnym i niezmiernie czułym. Umożliwił ocenę zdrowia w dziesięciu kategoriach HRQOL: samopoczucie fizyczne i psychiczne, nastroje i emocje, przestrzeganie samego siebie, relacje z rodzicami i życie w domu, rówieśnicy i wsparcie społeczne, niezależność, środowisko szkolne, akceptacja społeczna oraz zasoby finansowe.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że występowanie problemów zdrowotnych u badanych dziewcząt wpływało na lepsze relacje z rodzicami, poczucie wsparcia i atmosferę w domu, a także korzystniejszą ocenę swoich zasobów finansowych ($p < 0.05$). Natomiast w przypadku chłopców nie stwierdzono takiej zależności, uzyskane wyniki badań okazały się nieistotne statystycznie we wszystkich kategoriach HRQOL ($p > 0.05$).

W badaniach przeprowadzonych w ramach projektu KIDSCREEN stwierdzono także wyraźny związek pomiędzy występowaniem problemów zdrowotnych a oceną jakości życia. Badana młodzież uzyskała niższe indeksy HRQOL w wymiarach: samopoczucie psychiczne ($p < 0,001$) oraz samopoczucie fizyczne, nastroj i emocji, kontakty z rówieśnikami oraz środowisko szkolne ($p < 0,01$) [19].

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

WNIOSKI

1. Sytuację zdrowotną młodzieży objętej badaniami cechuje różnorodność i złożoność występujących problemów zdrowotnych, wśród których najliczniej reprezentowane były wady postawy, wady wzroku, schorzenia alergiczne, otyłość oraz niedobór masy ciała.
2. Występowanie problemów zdrowotnych u dziewcząt w marginalnym stopniu wpływa na ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem, przyczyniając się do korzystniejszej oceny relacji z rodzicami i atmosfery w domu oraz zasobów finansowych.
3. Analiza sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w oparciu o ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem, może stanowić podstawę określania kierunków działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

1. Oblacińska A, Woynarowska B, i in. Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce IMiDz; Warszawa 2006.
2. Woynarowska B, Oblacińska A, Jodkowska M, Ostrega W. Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez

- pielegniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. IMiDz; Warszawa; 2003.
3. Rybakowa M. Prewencyjna Medycyna Młodzieżowa – cele i zasady organizacji. *Post Nauk Med.* 2006; 6: 341–343.
4. Hryniewicz J. Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia. Instytut Spraw Publicznych; Warszawa; 2001.
5. Pająk A, Topór-Mądry R. Ocena stanu zdrowia populacji. W: Czupryna A, Paździoch S, Ryś A, Włodarczyk W.C. (red.) *Zdrowie Publiczne. Uniwersytet Wd Med.;* Kraków; 2000;1.
6. Wojtyński B, Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. PZH Zakład Statystyki; Warszawa; 2003.
7. Brackowska B, Cyran W, Brackowski R, Kowalska M. Problemy zdrowotne młodzieży szesnastoletniej – uczniów szkół ogólnokształcących w Oświęcimiu. *Prob Hig Epidemiol.* 2008; 89(3): 359–366.
8. Nowak-Starz G. Rozwój i zagrożenia zdrowia w wieku rozwojowym w okresie przemian społeczno-ekonomicznych w Polsce. *Wszechnica Świętokrzyska;* Kielce; 2008; 39–50.
9. Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006–2015. MZ, PZH, Warszawa 2006 <http://www.m.z.gov.pl>, (dostęp: 2012.08.12).
10. Woynarowska B. Zdrowa szkoła. IMiDz; Warszawa; 1990.
11. Sendek E, Ruszkowska L. Choroby przewlekłe wśród dzieci i młodzieży. W: Szymborski K, Szamotulska K, Sito A. *Zdrowie naszych dzieci.* IMiDz; Warszawa; 2000: 117–128.
12. Jodkowska M, Wojciechowska A. Niepełnosprawni – młodzież i dzieci. W: Szymborski K, Szamotulska K, Sito A. *Zdrowie naszych dzieci.* IMiDz; Warszawa; 2000: 129–140.
13. Woynarowska B, Tabak I, Mazur J. Subiektywna ocena zdrowia i zadowolenia z życia uczniów wieku 11 – 15 lat w Polsce i wybranych krajach w 2002 r. *Med Wiek Rozw.* 2004; 8(3): 535–550.
14. Woynarowska B, Lutze I, Mazur J. Zmiany w zdrowiu i samopoczuciu psychospołecznym młodzieży szkolnej w okresie transformacji ustrojowej. *Prz Ped.* 2002; 3: 218–222.
15. The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Pabst Science Publishers; Lengerich; 2006.
16. Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Dzielska A, Tabak I. Polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży (KIDSCREEN). IMiDz; Warszawa; 2008.
17. Mazur J, Szumska-Olczak A. Mierniki oceny w programach promocji zdrowia – wybrane podejścia modelowe. *Med Wiek Rozw.* 2000; 49 suppl 1–4: 53–66.
18. Nutbeam D. Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promot Int.* 1998; 13(1): 27–44.
19. Mazur J. Budowa i wstępna analiza psychometryczna polskiej wersji kwestionariusza do badania jakości życia dzieci i młodzieży (KIDSCREEN-52). *Med Wiek Rozw.* 2004; 7(3): 513–553.
20. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T, 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.
21. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Abel T, Auquier P, Bellach B.M, et al. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soc Prev Med.* 2001; 46(5): 294–302.
22. Kopyczyńska-Sikorska J. Wybrane problemy zdrowotne i higieniczne populacji w wieku rozwojowym. *Probl Hig.* 1998; 58: 33–39
23. Zawadzka B. Dorastająca młodzież wobec problemu własnego zdrowia. Wyd AWF; Kraków; 2007.
24. Wojcicka B. Wpływ rehabilitacji ruchowej i psychologicznej na kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci z wadami postawy. *Wych Fiz Zdr.* 2002: 8–9.
25. Woynarowska B. Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej. *Zdr Publ.* 2002; 112(3): 391–395.
26. Siarkiewicz J, Karolczak M. Profilaktyka najczęstszych wad wrodzonych i rozwojowych narządu ruchu u dzieci. *Nowa Pediatr.* 2006; 4: 82–85.
27. Nowosad-Sergeant E. Ocena częstości występowania wad postawy ciała i budowy somatycznej dzieci i młodzieży w wieku od 8–17 lat na terenie Podkarpacia. *Przełg Nauk Kult Fiz Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2005; III(3–4): 127–138.
28. Oblacińska A, Woynarowska B (red): *Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w kontekście czynników psychospołecznych i ekonomicznych.* Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2006.
29. Sandek E, Ruszkowska L. Choroby przewlekłe wśród dzieci i młodzieży. W: Szymborski J, Szamotulska A, Sito A (red): *Zdrowie naszych dzieci. Zróżnicowanie szans.* Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2000.

Assessment of the state of health of adolescents in the light of selected health indicators

■ Abstract

At present, the actions undertaken in order to improve the state of health of adolescents are not producing satisfactory results; therefore, an in-depth analysis based on self-reported health and wellbeing seems to be necessary.

Assessment of the health-related quality of life is currently one of the important methods recommended by the World Health Organization which makes it possible to detect some abnormalities in physical, mental and social performance, identify individuals facing health problems, and take some preventive actions.

The aim of the research undertaken was the recognition of health problems and assessment of the health-related quality of life among secondary school students.

In this study, the Polish version of the KIDSCREEN 52 questionnaire for the assessment of the health-related quality of life of children and adolescents was used, which enabled the general health self-assessment of health of the adolescents examined, primarily the assessment of the HRQOL from the following aspects: physical and psychological well-being, moods and emotions, self-perception, parent relations and family life, peers and social support, independence, school environment, social acceptance and financial resources.

The study group consisted of 588 secondary school adolescents: 317 boys and 271 girls, aged 16–18.

Analysis of the obtained results showed that the most common health problems among the school population are: faulty posture, visual impairments, allergies, overweight and obesity.

Only the occurrence of health problems among girls had a slight influence on a better assessment of financial resources, parent relations and family life.

The use of the KIDSCREEN questionnaire may play an important role in the assessment of the health of children and adolescents, and in the early diagnosing of possible threats to subjective health

■ Key words

adolescents, health problems, health-related quality of life