

IMPROVE THE YOUTH

ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODZIEŻY.
RAPORT Z BADAŃ.

RAPORT Z BADAŃ



IMPROVE
THE YOUTH



Instytut
Matki i Dziecka
Fundacja



Erasmus+



IMPROVE THE YOUTH

ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODZIEŻY.
RAPORT Z BADAŃ.

RAPORT Z BADAŃ

Dorota Kleszczewska
Joanna Mazur
Anna Dzielska
Agnieszka Michalska
Margarida Gaspar de Matos
Teresa Santos
Tania Gaspar
Cátia Branquinho
Maria Inês Antão
Fábio Guedes

AUTORZY:

Dorota Kleszczewska
FUNDACJA INSTYTUTU MATKI I DZIECKA

Joanna Mazur
INSTYTUT MATKI I DZIECKA

Anna Dzielska
INSTYTUT MATKI I DZIECKA

Agnieszka Michalska
FUNDACJA INSTYTUTU MATKI I DZIECKA
UNIwersytet Warszawski

Margarida Gaspar de Matos
AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Teresa Santos
AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Tania Gaspar
AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Cátia Branquinho
AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Maria Inês Antão
AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Fábio Guedes
AVENTURA SOCIAL-ASSOCIAÇÃO

Patronat naukowy



**Instytut
Matki i Dziecka**

ISBN 978-83-951033-1-5

PODZIĘKOWANIA

Autorzy raportu dziękują wszystkim uniwersytetom, uczniom, nauczycielom i ekspertom, którzy wzięli udział w niniejszym badaniu. Pragniemy również podziękować ekspertom za ich współpracę przy weryfikacji naszej metodologii wraz z kwestionariuszami oraz dla HBSC/WHO (www.hbsc.org), których badania zostały częściowo wykorzystane w niniejszym projekcie.

Autorzy projektu składają szczególne podziękowania dla Ambasadorów Młodzieżowych ze Szkoły Podstawowej im. Janusza Kusocińskiego w Łobudzicach, Szkoły Podstawowej im. Henryka Sienkiewicza w Sadlinkach, Zespołu Szkół nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi w Pułtusk, Szkoły Podstawowej nr 2 im. Tadeusza Kościuszki z Oddziałami Integracyjnymi w Żelowie oraz Szkoły Podstawowej nr 387 im. Szarych Szeregów w Warszawie.



IMPROVE THE YOUTH

ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODZIEŻY.
RAPORT Z BADAŃ.

Warszawa, 2018

Niniejsza publikacja została sfinansowana ze środków Komisji Europejskiej,
w ramach programu Erasmus+.

Publikację zrealizowano przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej.
Treść niniejszej publikacji odzwierciedla jedynie stanowisko jej autorów,
a Komisja Europejska oraz Narodowa Agencja Programu Erasmus+
nie ponoszą odpowiedzialności za jej zawartość merytoryczną.

PUBLIKACJA BEZPŁATNA



Erasmus+



SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA	9
CZĘŚĆ I.	
ZDROWIE PSYCHICZNE W OKRESIE DOJRZEWANIA – PODSTAWY TEORETYCZNE	11
WSTĘP	11
1. Projekt IMPROVE THE YOUTH	11
2. Studium przypadku z Portugalii jako źródło inspiracji – projekt Dream Teens	12
WYBRANE WSKAŹNIKI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W KONTEKŚCIE POZYTYWNEGO ROZWOJU MŁODZIEŻY	13
1. Samoocena zdrowia	14
2. Zadowolenie z życia	14
3. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL)	16
4. Zdrowie psychosomatyczne Lista kontrolna symptomów	17
CZĘŚĆ II.	
BADANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO WŚRÓD MŁODZIEŻY POLSKIEJ I PORTUGALSKIEJ	19
ZDROWIE PSYCHICZNE W OKRESIE DOJRZEWANIA – ANALIZA PORÓWNAWCZA NA PODSTAWIE DOSTĘPNYCH DANYCH	19
CEL	19
METODY	20
1. Założenia badań	20
2. Etyka badania	20
3. Uczestnicy badania	21
4. Procedury i narzędzia badawcze	22
5. Wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego	23
6. Subiektywna ocena zdrowia młodzieży w Polsce i w Portugalii w świetle ostatnich wyników badań HBSC	25
Badana próba	27
Założenia analiz	28
Zamożność rodziny	28
Samoocena zdrowia	29
Zadowolenie z życia	30
Mnogie dolegliwości subiektywne	31
Jakość życia według Kidscreen-10	33
PODSUMOWANIE	36
ZDROWIE PSYCHICZNE W OPINII MŁODZIEŻY– WYNIKI BADANIA JAKOŚCIOWEGO	37

METODA	37
CEL BADANIA	37
PYTANIA BADAWCZE	37
BADANE OSOBY I ORGANIZACJA BADAŃ	38
WYNIKI	38
Ocena istniejących narzędzi wykorzystywanych w badaniach zdrowia psychicznego młodzieży	38
Pojęcie zdrowia psychicznego z punktu widzenia młodzieży	39
Obszary związane ze zdrowiem psychicznym	42
Uwarunkowania zdrowia psychicznego	43
Uwagi dotyczące przebiegu badań	45
Wybrane wypowiedzi uczestników	46
WNIOSKI	46
ZWIĄZEK ODCZUWANIA STRESU Z SAMOPOCZUCIEM MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W KONTEKŚCIE WYBRANYCH CZYNNIKÓW WARUNKUJĄCYCH – ANALIZA ILOŚCIOWA	47
WSTĘP	47
BADANE OSOBY	48
KWESTIONARIUSZ I PROCEDURA BADANIA	48
Pomiar stresu	49
WYNIKI	50
Rozkład skali stresu w populacji polskiej	50
Stres a przystosowanie do szkoły	52
Stres a relacje rodzinne i z rówieśnikami	53
Stres a subiektywna ocena zdrowia i zadowolenia z życia	55
Stres a zachowania ryzykowne	57
PODSUMOWANIE	60
WYKAZ SKRÓTÓW I AKRONIMÓW	61
BIBLIOGRAFIA	61
ANEKS	69
Załącznik 1.	
Pytania z protokołu hbsc wykorzystane w projekcie <i>Improve the youth</i> w badaniu ankietowym uczniów w wieku 13-19 lat	69
Załącznik 2.	
Scenariusz warsztatu	74
Karta pytań	76

PRZEDMOWA

Niniejszy raport został przygotowany w ramach programu Improve the Youth i zawiera wyniki badań przeprowadzonych w Polsce oraz Portugalii. Celem projektu jest wsparcie młodzieży w jednej z najistotniejszych sfer życia, związanej ze zdrowiem psychicznym. Potrzeba przeprowadzenia niniejszego projektu wynika z pogarszających się z roku na rok wyników badań na temat zdrowia psychicznego młodzieży w Polsce. W realizację projektu zaangażowano środowisko lekarskie, osoby pracujące z młodzieżą, szkoły, osoby odpowiedzialne za kształtowanie polityki dotyczącej młodzieży oraz samą młodzież.

Niniejszy raport przedstawia informacje oraz wyniki badań dotyczące poszczególnych elementów Rezultatu nr 1, a w szczególności:

Część I: Zdrowie psychiczne w okresie dojrzewania – podstawy teoretyczne.

Część II: Badanie na temat zdrowia psychicznego młodzieży.

1. Zdrowie psychiczne młodzieży polskiej i portugalskiej. Analiza porównawcza.
2. Zdrowie psychiczne w oczach młodzieży. Wyniki badania jakościowego.
3. Stres u nastolatków – czynniki decydujące oraz wpływ na zdrowie i zachowania związane ze zdrowiem. Analiza ilościowa.

CZĘŚĆ I.

ZDROWIE PSYCHICZNE W OKRESIE DOJRZEWANIA – PODSTAWY TEORETYCZNE

WSTĘP

1. Projekt IMPROVE THE YOUTH

Niniejszy projekt stanowi odpowiedź na wyniki międzynarodowego badania HBSC (Health Behavior of School-aged Children), które dowodzi, że wskaźniki zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży pogarszają się z wiekiem, szczególnie u dziewcząt. Celem tego projektu było przeprowadzenie badania na temat zdrowia psychicznego wśród polskich i portugalskich nastolatków.

Kolejnym etapem projektu będzie przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych (raportów z badania), przedstawiających wyniki badania szerszej publiczności: osobom pracującym z młodzieżą, nauczycielom, rodzicom, dzieciom i nastolatkom. Przygotowanie raportu naukowego w ramach przedmiotowego zagadnienia, w sposób zgodny z potrzebami grup ludzi pracujących na co dzień z młodzieżą to nowe doświadczenie dla obu podmiotów i organizacji realizujących projekt.

Działania podejmowane w ramach projektu zmierzają do tego, by różne grupy wzięły wspólnie udział w dyskusji i razem poszukiwały rozwiązań dla różnych środowisk – lekarzy, nauczycieli i rodziców, przy aktywnym uczestnictwie młodzieży. W ramach projektu utworzone zostaną również grupy młodych ambasadorów. Do zadań ambasadorów należy m.in. prowadzenie warsztatów dla innych młodych ludzi, tak aby upowszechniać wyniki niniejszego badania. Publikacje dla młodzieży zostaną przygotowane przy udziale pisarzy oraz grafików.

Celem projektu jest również dostarczenie rodzicom narzędzia, dzięki któremu będą mogli dostrzec niepokojące objawy w zachowaniu swoich dzieci oraz interpretować ich postępowanie. Rodzice będą mogli wejść w rolę odpowiednio przygotowanych specjalistów w zakresie udzielania wsparcia młodzieży.

W kontekście rozpowszechniania działalności realizowanej w ramach projektu obie organizacje przedstawiają wyniki decydom w swoich krajach, aby mogli oni skuteczniej pomagać w planowaniu i wdrażaniu bardziej efektywnych rozwiązań interwencyjnych.

2. Studium przypadku z Portugalii jako źródło inspiracji – projekt Dream Teens

Projekt Improve the Youth oraz zastosowana w nim metodologia opierająca się na „słuchaniu głosu młodzieży” zainspirowana została inicjatywą zrealizowaną w Portugalii – projekt Dream Teens (Branquinho i in., 2016; Branquinho i Matos, 2018, publikacja: Frasquilho i in., 2016; Matos i in., 2015, 2016), który rozpoczął się w maju 2014. Jest to projekt mający na celu angażowanie młodzieży, skupiając się przede wszystkim na nastolakach w wieku od 11 do 18 lat. Projekt zapewnia wsparcie oraz narzędzia edukacyjne, które mają wzmocnić „głos” młodzieży poprzez promocję jej zaangażowania w różne sytuacje w obszarze zdrowia oraz aktywności obywatelskiej. Projekt nagłaśnia doświadczenia młodzieży związane z uczestnictwem w badaniach partycypacyjnych, poczuciem satysfakcji oraz poczuciem przynależności. Ostatnia jego część zawiera zbiór zaleceń opracowanych na podstawie działalności młodzieży w jej społecznościach w ramach badania.

Niniejszy projekt podziela cele projektu Dream Teens i również dąży do przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu oraz do promowania kapitału społecznego, zdrowia oraz dobrostanu nastolatków (Morgan i Haglund, 2009). Ponadto, niniejszy projekt jest również zgodny z **sześcioma filarami zdrowia wg Światowej Organizacji Zdrowia** (WHO, 2014 a, b) i dąży do realizacji następujących celów:

- 1. Określenie potrzeb i kwestii priorytetowych:** aby młodzi ludzie mogli zostać usłyszani i mogli aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu publicznych decyzji politycznych, a także w kontekście kwestii i spraw, które mają wpływ na ich życie i na społeczności, w których funkcjonują;
- 2. Stworzenie modelu/ struktury do planowania działań:** systemy COM-B oraz model BCW (Michie, van Stralen i West, 2011) wspierają cel promowania współpracy z młodzieżą, w dążeniu do zwiększania jej udziału w aktywnościach grupy rówieśniczej (poza kontekstem rodzinnym oraz otoczeniem szkolnym), w zawieraniu kompromisów społecznych/ obywatelskich, a także w kontekście obszarów badawczych oraz w procesie politycznym w sferze podejmowania decyzji publicznych. W ujęciu ogólnym, celem przedsięwzięcia jest stworzenie bardziej świadomego, odpowiedzialnego i skutecznego „głosu” młodzieży poprzez umożliwienie jej uczestnictwa w niniejszym projekcie;
- 3. Określenie struktur i procesów wsparcia,** a konkretnie, wskazanie instytucji, które mogą udzielić wsparcia finansowego oraz współpraca z formalnymi i nieformalnymi instytucjami, podmiotami i stowarzyszeniami na poziomie lokalnym, rządowym (będą to głównie gminy i szkoły) i pozarządowym, a także wyznaczenie konsultantów krajowych i międzynarodowych;
- 4. Ułatwianie oceny i wspieranie zaangażowania:** opracowanie bardziej indywidualnych działań oraz organizacja wydarzeń publicznych, poprzez aktywne uczestnictwo młodzieży oraz udział ich szkół.

5. **Zapewnienie nadzoru, oceny i rozgłosu:** przy wsparciu zespołu badawczego, młodzi ambasadorowie zdrowia mogą korzystać z zasobów wiedzy oraz możliwości, jakie otwiera przed nimi uczestnictwo w projekcie, co może mieć wpływ na ich dalsze życie oraz zadziałać transformacyjnie. Proces rozpowszechniania wyników projektu obejmować będzie szereg publikacji, komunikację oraz wydarzenia o zasięgu krajowym i międzynarodowym;
6. **Udzielania wsparcia:** stworzenie scenariusza rozwoju współpracy pomiędzy badaczami, społeczeństwem obywatelskim oraz interesariuszami politycznymi, która pozwoli uruchomić proces ciągłego wsparcia i zaangażowania.

WYBRANE WSKAŹNIKI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W KONTEKŚCIE POZYTYWNEGO ROZWOJU MŁODZIEŻY

W ubiegłym stuleciu badania dotyczące nastolatków przyjmowały zasadniczo „perspektywę deficytową”, a pozytywny rozwój sytuacji charakteryzowano po prostu jako brak lub zmniejszanie się skali problemów (Institute for Applied Research in Youth Development, Tufts University, 2016). Ten punkt widzenia miał wpływ na strategię, badania i praktykę, a ocena funkcjonowania młodzieży opierała się przede wszystkim na ocenie ryzyka oraz obserwowanych problemach behawioralnych, a nie na opisywaniu istotnych wskaźników pozytywnego rozwoju, czy dobrostanu (Moore, Lippman i Brown, 2004).

W ciągu ostatnich dwóch dekad wartość pozytywnych wskaźników dobrostanu młodzieży uległa znacznej poprawie (Lippman, Moore i McIntosh, 2011; O'Hare 2012), a w literaturze stwierdzano brak faktycznych interwencji skupionych przede wszystkim na ryzyku i zagrożeniach. W związku z powyższym podejście opierające się na uwypuklaniu pozytywnych aspektów zostało uznane za motywujące i skuteczne w licznych kontekstach (Benson i in., 2006), a dążenie do przeciwdziałania problemom wśród młodzieży oraz do promowania jej zdrowego rozwoju zmotywowało praktyków, decydentów i badaczy do opracowania szeregu metodologii stworzonych w oparciu o rozmaite podstawy teoretyczne (Small i Memmo, 2004).

Koncepcja zdrowego rozwoju jest ściśle powiązana z pojęciami takimi jak zdrowie psychiczne, czy choroby psychiczne. Są to oddzielne i indywidualne kwestie, które jednak wzajemnie się uzupełniają. W podejściu ogólnym można stwierdzić, że zdrowie psychiczne jest fundamentalnym elementem zdrowia jako takiego oraz zdrowego rozwoju. Oznacza to, że zdrowie psychiczne niesie ze sobą szereg pozytywnych implikacji dla młodzieży, w tym zdrowie emocjonalne i behawioralne, sukcesy w nauce, właściwe zachowania związane ze zdrowiem, czy odpowiednią jakość życia (Kia-Keating i in., 2010). W związku z tym, koncepcja zdrowego rozwoju powinna opierać się na transakcyjnej perspektywie kulturalno-ekologicznej, z uwzględnieniem wzajemnych interakcji, jakie zachodzą pomiędzy młodymi ludźmi oraz konkretnych wydarzeń w ich życiu, czynników rodzinnych, czy kontekstów takich, jak szkoła, społeczeństwo, uwarunkowania społeczne, czy przekonania kulturowe (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner i Morris, 2006).

W kontekście takiego podejścia wyjaśnimy teraz bardziej szczegółowo kilka istotnych czynników psychospołecznych związanych ze zdrowiem psychicznym, które opisane zostały w literaturze. W oparciu o te właśnie czynniki przeprowadzono badanie opisane w niniejszym raporcie.

1. Samoocena zdrowia

Samoocena zdrowia dotyczy oceny stanu zdrowia danej osoby oraz praktyk, które mogą być podporządkowane dążeniom do osiągnięcia indywidualnych, relatywnie istotnych celów związanych ze zdrowiem. Osoby, które pyta się o ogólny stan zdrowia mówią zwykle o bezpośrednich aspektach fizycznych, jak np. poziom energii, brak bólu, czy ostatecznie zmiany w stanie zdrowia (Bailis i in., 2003). Samoocenę zdrowia w kontekście nastolatków można określić jako stały aspekt samopostrzegania się. Dotyczy to szczególnie młodszych nastolatków, ponieważ mają one większą skłonność do myślenia operacyjnego (Bailis i in., 2003; Boardman, 2006).

Powyższe informacje wskazują na to, jak istotne jest badanie zdrowia i dobrostanu nastolatków oraz wyjaśnienie tego, jak poszczególne płci dostosowują się do różnych zadań rozwojowych (Carvalho, i in., 2006). Literatura przedmiotu zawiera liczne przykłady na to, że postrzeganie własnego zdrowia (Inchley i in. 2016; Corte-Real i in., 2008; Cavallo i in., 2006) oraz dobrostanu (Berman i in., 2016; Carvalho i in., 2006) ma tendencję do pogarszania się z wiekiem wśród nastolatków. Należy przy tym pamiętać, że około połowy wszystkich problemów ze zdrowiem psychicznym występujących u osób dorosłych ma swój początek przed 14 rokiem życia, a trzy czwarte takich problemów – przed 25 rokiem życia (OECD, 2014). Korzyści odniesione w zakresie zdrowia psychicznego i fizycznego w okresie dorastania mają kluczowe znaczenie, ponieważ utrzymują się one w okresie dorosłości (Meade i Dowswell). W związku z powyższym badania samooceny zdrowia powinno się przeprowadzać już u osób we wczesnym okresie dojrzewania.

2. Zadowolenie z życia

Zakres znaczeniowy pojęcia *zadowolenie z życia* obejmuje więcej, niż tylko zadowolenie z własnego stanu zdrowia (Bussing i in. 2009). Jest to istotna składowa indywidualnego/kulturowego (subiektywnego) dobrostanu młodzieży (Abubakar i in., 2016). Ocena zadowolenia z życia może dostarczyć istotnych informacji, które pozwalają lepiej przewidywać i tłumaczyć problemy dotyczące zachowania młodzieży dorastającej (Haranin i in., 2007). Uważa się, że na zadowolenie z życia wpływają czynniki społeczne, emocjonalne i behawioralne (Proctor i in., 2009) takie jak wykształcenie (Zanin, 2017), czy życie rodzinne (Frasquilho in., 2016; Proctor i in., 2009). Badanie przeprowadzone wśród studentów pierwszego stopnia w Portugalii (Lent, Taveria, Sheu i Singley, 2009) wykazało, że ocena własnych kompetencji naukowych oraz poziomu wsparcia uzyskiwanego od otoczenia to wskaźniki pozwalające przewidywać sukcesy w realizacji celów oraz dostosowywać się do realiów akademickich (ang. academic adjustment), a także pozwalające prognozować

ogólne zadowolenia z życia danej osoby w przyszłości. Ponadto, samoocena młodszych nastolatków może być częściowym mediatorem (w rozumieniu analizy mediacyjnej) w relacji pomiędzy autorytarnymi postawami wychowawczymi, poziomem zadowolenia z życia (Acun-Kapikiran i in., 2014). W innym badaniu naukowym (Sulso i Huebner, 2004) analizowano czynniki środowiskowe wpływające na zadowolenie z życia wśród nastolatków oraz identyfikowano konkretne wymiary autorytatywnego rodzicielstwa wpływające na poziom zadowolenia z życia. Badanie to wykazało, że zadowolenie z życia może być całkowitym mediatorem zależności pomiędzy wsparciem społecznym, a problemami nastolatków oraz częściowym mediatorem dla obszarów autorytatywnego rodzicielstwa (np. surowość-nadzór). Badania również wykazały, że dorastająca młodzież o pozytywnej wartości zadowolenia z życia ma mniejsze prawdopodobieństwo przejawiania zachowań eksternalizacyjnych i internalizacyjnych w następstwie stresujących przeżyć na późniejszych etapach życia (Macknih i in., 2002; Suldo i Huebner, 2001). Ponadto, młodzież o wysokim poczuciu zadowolenia z życia charakteryzuje się osobowością ekstrawertyczną, wewnątrzsterownością, zdolnością do aktywnego radzenia sobie z problemami, pozytywną samooceną, poczuciem posiadania celu w życiu oraz większą skłonnością do udziału w aktywności prospołecznej (Marques, i in., 2007). Badanie dotyczące zależności pomiędzy zadowoleniem z życia, a zachowaniami mającymi wpływ na zdrowie przeprowadzone w różnych rejonach świata na grupie osób w wieku od 17 do 30 lat wykazało wyższe poziomy depresji w Europie Środkowej i Wschodniej (w tym Portugalii i Polsce), niż w Europie Zachodniej (Grant, Wardle i Steptoe, 2009).

Zadowolenie z życia wśród młodzieży obniża się z wiekiem w przypadku obu płci, przy czym różnice są istotniejsze w przypadku dziewcząt (WHO, 2014). Różnice pomiędzy płciami przeważnie istotnie powiększają się z wiekiem, a chłopcy cechują się wyższym poziomem zadowolenia z życia nawet, jeżeli pominąć różnice charakterystyczne dla wieku (WHO, 2014). Badanie przeprowadzone w Portugalii wśród nastolatków i rodzin imigrantów również wykazało, że płeć jest czynnikiem wpływającym na zadowolenie z życia: chłopcy byli bardziej zadowoleni z życia, niż dziewczynki. Wyniki badania wskazują również, że im bardziej spójna jest struktura etniczna danego obszaru, tym wyższy jest poziom zadowolenia z życia wśród zamieszkujących go nastolatków (Neto, 2001).

Niski poziom zadowolenia z życia ma również niekorzystny wpływ na samoocenę zdrowia oraz rzeczywisty stan zdrowia fizycznego i psychicznego (Zullig i in., 2005), skłonność do zażywania narkotyków (Zullig i in. Drane, 2001), czy skłonność do podejmowania prób samobójczych (Valois i in., 2004).

Badanie przeprowadzone na grupie młodzieży w wieku od 11 do 16 lat wykazało różnice w zadowoleniu z życia uwarunkowanym zdrowotnie, pomiędzy młodzieżą różnej płci i w różnym wieku (Goldbeck i in. 2007). Dziewczynki zgłaszały znacznie niższy ogólny poziom zadowolenia z życia uwarunkowanego zdrowotnie, niż chłopcy. W przypadku obu płci w większości obszarów, zaobserwowano dodatnią wartość ogólnego oraz uwarunkowanego zdrowotnie zadowolenie z życia u badanych w wieku od 11 do 16 lat. Zadowolenie z relacji z przyjaciółmi

wyduje się pozostawać na wysokim poziomie, a zadowolenie z relacji rodzinnych spada. Zadowolenie ze związków/ sfery seksualnej zwiększyło się nieznacznie, jednakże fakt ten nie kompensuje ogólnego spadku zadowolenia.

Koncepcja pomiaru zadowolenia z życia jest spójna z rosnącą popularnością definiowania i pomiaru zdrowia (w tym zdrowia psychicznego), jako braku niekorzystnych objawów psychologicznych. Jednakże istnieją pewne rozbieżności pomiędzy badaniem zadowolenia z życia, a diagnozowaniem czynników psychopatologicznych (Huebner, 2004).

3. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL)

Jakość życia zależy zarówno od czynników obiektywnych, jak i subiektywnych. Czynniki obiektywne to przede wszystkim wymierne warunki jakie oferuje określony obszar kulturowy lub geograficzny, podczas gdy czynniki subiektywne dotyczą subiektywnej oceny sytuacji życiowej (np. emocji). Zrozumienie tych dwóch czynników (łącznie) ma kluczowe znaczenie w kontekście określania kompletnej i zindywidualizowanej wizji ogólnej jakości życia (Gilman & Huebner, 2000).

Jakość życia u osób dorosłych i dzieci można określić jako postrzeganie przez daną osobę jej dobrostanu fizycznego, psychologicznego oraz społecznego w określonym kontekście i z uwzględnieniem rozwoju ewolucyjnego tej osoby oraz jej cech osobniczych. Jakość życia wśród tych grup wiekowych może się więc różnić od jakości życia u niemowląt (Quinceno & Vinaccia, 2008). W związku z powyższym, ocena jakości życia u nastolatków powinna uwzględniać czynniki społeczne (Michalos, 2004), które mają wpływ na podejmowanie decyzji i zachowanie, a także subiektywne aspekty dotyczące uczuć, opinii i przekonań, które mają zwykle wpływ na podejmowane przez ludzi decyzje. Narzędzia stosowane do oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia powinny więc uwzględniać obszar psychologiczny, fizyczny i społeczny (Quinceno & Alpi, 2008).

Różnica pomiędzy postrzeganiem zdrowia jako takiego, a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia nie została jak dotąd wyraźnie określona. Na postrzeganie zdrowia wpływają czynniki psychologiczne (jakościowe i ilościowe, opisujące sytuację społeczną oraz ogólny dobrostan), a z kolei jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest bardziej związana z samooceną ograniczeń, które mogą wpływać na rozwój danej osoby w różnych kontekstach (biologicznym, psychologicznym i społecznym). Ograniczenia takie mogą być spowodowane na przykład chorobą lub wypadkiem. Wyniki badania przeprowadzonego wśród młodzieży portugalskiej wykazały istnienie zależności pomiędzy postrzeganiem zdrowia, a poczuciem szczęścia (Simões i in., 2012). Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia przeważnie ulega zmianie z wiekiem i jest w dużej mierze uwarunkowana płcią, co wskazuje na to, że młodzież w okresie dojrzewania cechuje się szczególną wrażliwością (Meade & Dowswell, 2016). Skłonność do internalizacji u dzieci również wiąże się z niską samooceną jakości życia (Martinsen i in., 2016).

4. Zdrowie psychosomatyczne | Lista kontrolna symptomów

W przypadku nastolatków problemy ze zdrowiem mają zwykle wpływ na zdolności funkcjonalne (Haugland i Wold, 2001). W literaturze opisywane są również uwarunkowania wynikające z płci. Dziewczeta zgłaszają większą liczbę subiektywnych dolegliwości zdrowotnych w okresie dorastania (Aanesen i in., 2016; Corte-Real i in., 2008; Cavallo i in., 2006), szczególnie w kontekście samopoczucia fizycznego i psychologicznego, poczucia autonomii oraz relacji z rodzicami (Meade i Dowswell, 2015), a różnice pomiędzy płciami pogłębiają się z wiekiem, szczególnie pomiędzy 14, a 16 rokiem życia (Aanesen, Melan i Torp, 2017).

Kolejnym czynnikiem, który ma wpływ na lepszy stan zdrowia młodzieży szkolnej jest wsparcie emocjonalne udzielane przez nauczycieli w szkołach. Pomimo, iż korelacja pomiędzy wynikami w nauce, a subiektywną oceną dolegliwości zdrowotnych również wydaje się być nieznacznie wyższa u dziewcząt, niż u chłopców, dziewczeta częściej przyznają, że otrzymują wsparcie emocjonalne od swoich nauczycieli (Laftman & Modin, 2012). Stres związany z obowiązkami szkolnymi i poczuciem własnej wartości również wydaje się być powiązany z samooceną dolegliwości zdrowotnych i nasila się w okolicach 16 roku życia, szczególnie u dziewcząt, co wskazuje na to, że czynniki związane ze szkołą mają wpływ na ogólny stan zdrowia (Aanesen, Melan i Torp, 2017).

Ocena subiektywnego postrzegania stanu zdrowia to jedna z metod badania zdrowia młodzieży. Kwestionariusze zawierające listy objawów oraz inne, podobne skale opierają się na miarach jednowymiarowych, które uznaje się za odpowiednie do oceny nie tylko aspektów jakościowych, takich jak np. wpływ poszczególnych objawów na zdolności funkcjonalne i samopoczucie młodych ludzi, ale również do badania nasilenia danego zjawiska. Tego rodzaju skale stosuje się w badaniach młodzieży z trzech przyczyn. Po pierwsze osoby w wieku młodzieńczym osiągnęły już wystarczający poziom rozwoju poznawczego, by potrafiły rozróżnić pojęcia zdrowia i choroby. Po drugie, jest to również grupa wiekowa, która rozumie zawartość listy objawów. Po trzecie, osoby w tym wieku są w stanie ocenić swoje odczucia i problemy oraz opowiedzieć o nich w wiarygodny sposób. Pomimo, iż respondenci nie mają trudności ze zrozumieniem kwestionariuszy zawierających listy objawów, przeprowadzono jedynie niewielką liczbę badań oceniających inne aspekty zasadności stosowania takich rozwiązań w kontekście młodzieży dorastającej (Haugland i Wold, 2001).

CZĘŚĆ II.

BADANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO WŚRÓD MŁODZIEŻY POLSKIEJ I PORTUGALSKIEJ

ZAŁOŻENIA BADAŃ

Projekt „Improve the Youth” zakłada aktywny udział młodych ludzi w procesie przygotowywania kolejnych jego rezultatów oraz upowszechniania wyników. Z tego względu w badaniach zdrowia psychicznego młodzieży polskiej i portugalskiej zastosowano metodologię mieszaną (ang. mixed-method approach) (Schoonenboom & Johnson, 2017). Badania były prowadzone dwutorowo i obejmowały zarówno ilościowe, jak i jakościowe metody badawcze. Badania ilościowe przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego, wykorzystującego technikę ankietową. W ramach badań poddano analizie dane z rund badawczych HBSC (2010 i 2014) oraz przeprowadzono nowe badanie (2017/2018) w grupie 2004 nastolatków w wieku 13-19 lat. Celem badań jakościowych była eksploracja tematyki związanej ze zdrowiem psychicznym młodzieży oraz poznanie opinii nastolatków na temat narzędzi do badania zdrowia psychicznego zastosowanych wobec badanej populacji. Ponadto, wyniki badania jakościowego pozwoliły uchwycić najistotniejsze problemy związane ze zdrowiem psychicznym oraz pomogły wyznaczyć kierunek dalszych analiz w tym obszarze.

Poniżej przedstawiamy szczegółowy opis założeń badawczych oraz analizę wyników przeprowadzonych badań.

ZDROWIE PSYCHICZNE W OKRESIE DOJRZEWANIA – ANALIZA PORÓWNAWCZA NA PODSTAWIE DOSTĘPNYCH DANYCH

CEL

Niniejsza część analizy poświęcona jest porównaniu wyników badania HBSC dla Polski i Portugalii z lat 2010 - 2014, w zakresie następujących wskaźników: samoocena zdrowia, zadowolenie z życia, jakość życia związana ze zdrowiem oraz występowanie dolegliwości psychosomatycznych (lista symptomów).

METODY

1. Założenia badań

Badanie nad zachowaniami zdrowotnymi u dzieci w wieku szkolnym (ang. Health Behaviour in School-aged Children) (HBSC/WHO) (www.hbsc.org), to projekt badawczy realizowany we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, którego przedmiotem jest ocena zdrowia i dobrostanu (oraz czynników na nie wpływających) u dzieci w wieku szkolnym w 44 krajach, w tym na terenie USA i w Europie (Currie i in., 2012; Currie i in., 2014). Zasadniczym celem tego przedsięwzięcia jest pomoc decydom w uzyskaniu wiedzy o tym, jak mogą się oni przyczynić do poprawy jakości życia młodych ludzi. Jest to badanie przekrojowe, które zmierza do określenia poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego u dzieci i młodzieży (Currie i in., 2001; Roberts i in., 2009). Kolejnym jego celem jest lepsze zrozumienie zachowań i samopoczucia młodzieży w kontekście jej otoczenia społecznego (Roberts i in., 2007). Badanie to dostarcza bezprecedensowej sposobności do poznania subiektywnej oceny zdrowia i samopoczucia wśród dzieci i młodzieży w oparciu o liczne wskaźniki.

Wszystkie kraje biorące udział w badaniu HBSC/WHO postępowały według ustalonego protokołu badawczego (Griebler, Molcho, & Samdal, 2010). W Portugalii badanie realizowane jest co cztery lata od 1996 roku (Matos, & Equipa do Projecto Aventura Social, 2000-2014), przez agencję badawczą Aventura Social, a jego koordynatorem jest prof. Dr Margarida Gaspar de Matos z Uniwersytetu Lizbońskiego.

Polska jest członkiem sieci badawczej HBSC od 1990 roku. Obecnie zrealizowano ósmą rundę tych badań. Badania HBSC realizowane są w Instytucie Matki i Dziecka (IMiD) we współpracy z Wydziałem Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego (UW). Pierwszym krajowym koordynatorem była prof. Barbara Woynarowska (IMiD w latach 1990-1996; UW w latach 1997-2004), a od maja 2004 roku funkcję tę pełni prof. Joanna Mazur (IMiD).

2. Etyka badania

Portugalska edycja badań HBSC/WHO została zrealizowana zgodnie z wytycznymi Deklaracji Helsińskiej (WMA, 2008) i została zatwierdzona przez Radę Nadzorczą Equipa Aventura Social, przez Portugalskie Ministerstwo Edukacji oraz przez komisję naukową i krajową komisję etyczną (Hospital São João, Porto/São João Hospital, Oporto). Odpowiedzi na pytania z kwestionariusza udzielane były anonimowo, a więc nie było konieczności uzyskania formalnego zezwolenia na realizację badania od portugalskiej Narodowej Komisji Ochrony Danych Osobowych. Ze wszystkimi szkołami kontaktowano się bezpośrednio i konieczne było uzyskanie świadomej zgody od rodziców dzieci biorących udział w badaniu. Poufność zagwarantowano poprzez anonimowy tryb udzielania odpowiedzi oraz fakt, iż dostęp do danych mają wyłącznie badacze HBSC (w ograniczonym zakresie, w celu prowadzenia obliczeń i analiz). Zastosowane procedury są zgodne z międzynarodowymi wytycznymi protokołu badawczego HBSC/WHO (Griebler i in., 2010).

Badania realizowane w Polsce również podporządkowane były międzynarodowemu protokołowi. Dużą wagę przywiązano do zachowania zasady anonimowości. Nie tylko dane dotyczące uczniów, ale też dane dotyczące szkoły były anonimizowane na etapie tworzenia bazy danych. O planowanej realizacji kolejnej rundy tych badań powiadamiane były lokalne kuratoria oświaty. Począwszy od badań zrealizowanych w 2006 roku procedura badawcza i zakres tematyczny kwestionariusza były opiniowane przez lokalną Komisję Bioetyczną działającą przy Instytucie Matki i Dziecka. Obecnie na przeprowadzenie badań HBSC w konkretnej szkole musi wyrazić zgodę Dyrekcja i Rada Rodziców. Rodzice podpisują formularz zgody na uczestnictwo ich dziecka (do 18 roku życia), a sami uczniowie wyrażają zgodę poprzez fakt przystąpienia do badań.

3. Uczestnicy badania

Portugalska edycja badań HBSC z roku 2010 (Matos i in., 2012b) przeprowadzona została na próbie 5050 nastolatków (w tym 52,3% dziewcząt). Średnia wieku wyniosła 14 lat ($SD=1.85$). Respondenci uczęszczali do 6, 8 i 10 klasy i zostali wybrani losowo spośród 256 klas ze 125 szkół publicznych. Przeważającą część próby stanowiły osoby narodowości portugalskiej (94,4%), w większości niecierpiące na choroby przewlekłe (81%). W podgrupie nastolatków cierpiących na choroby przewlekłe (19%) większość badanych wskazała, że choroba nie wpływa na ich regularne uczestnictwo w zajęciach i obecność w szkole (85,7%).

W roku 2014, portugalska edycja badań HBSC objęła 6020 nastolatków (z czego 47,7% to chłopcy) uczęszczających do 6, 8 i 10 klasy. Odpowiedzi w ankiecie udzielane były przez internet i udział w niej wzięło 35 szkół (381 klas). Większość nastolatków uczestniczących w badaniu była narodowości portugalskiej (94,7%). W podgrupie nastolatków cierpiących na choroby przewlekłe (17,8%) większość badanych wskazała, że choroba nie wpływa na ich regularne uczestnictwo w zajęciach szkolnych (16,9%) i innych aktywnościach społecznych (np. spędzanie czasu z rodziną – 13,6%). Większość respondentów z tej podgrupy (76,4%) wskazała również, że większość ich najbliższych przyjaciół nie cierpiała na żadne choroby przewlekłe (Matos i in., 2015).

W 2014 roku w badaniach HBSC zrealizowanych w Polsce uczestniczyli uczniowie z sześciu kolejnych roczników szkolnych, w tym klasa V i VI szkoły podstawowej, klasy I-III gimnazjum oraz klasa I szkoły ponadgimnazjalnej. Ogółem, do międzynarodowej bazy danych zakwalifikowano 4545 uczniów z trzech standardowych roczników HBSC (11, 13 i 15 lat). Wskaźnik realizacji próby wynosił w odniesieniu do liczebności ankietowanych klas szkolnych 86,1%, a w odniesieniu do szkół – 95,3%. Mieszkańcy dużych miast, małych miast i rejonów wiejskich stanowili odpowiednio: 32,4%; 35,4% oraz 32,2% ankietowanych. Próba HBSC zrealizowana w Polsce w 2014 roku obejmowała 362 klasy szkolne ze 196 szkół zlokalizowanych we wszystkich 16 województwach.

W związku z reformą systemu edukacji w Polsce (likwidacja gimnazjów) do badań HBSC 2018 wylosowana została nowa próba. Obecnie w badaniach HBSC uczestniczą uczniowie

V i VI klasy szkoły podstawowej oraz III klas wygaszanych gimnazjów. Zwrócono też uwagę na większe zróżnicowanie geograficzne zrealizowanej próby.

Zespół realizujący badania HBSC stara się od dłuższego czasu o włączenie do badań poza protokołem międzynarodowym starszych roczników młodzieży. W 2010 roku badania 17-latków realizowane były w głównym nurcie HBSC. Cztery lata później ankietyzację tej grupy wieku koordynował partner z Uniwersytetu Warszawskiego. Badania własne realizowane w ramach projektu Improve the Youth stanowią okazję do zbadania również w 2018 roku starszej młodzieży, według narzędzia korespondującego z kwestionariuszem HBSC.

4. Procedury i narzędzia badawcze

PORTUGALIA: W roku 2010 dane gromadzono w 139 szkołach, które wybrano losowo z oficjalnej krajowej listy szkół publicznych, a następnie podzielono według regionów. Za jednostkę analityczną w ramach szkół przyjęto klasę, a klasy wybierano losowo do momentu uzyskania odpowiedniej liczby uczniów dla danego rocznika. Kwestionariusze przesłano do szkół, gdzie zgodnie z protokołem badawczym (Griebler i in., 2010) nauczyciele rozdyskrybowali je w poszczególnych klasach wśród uczniów, którzy brali udział w badaniu dobrowolnie. Wskaźnik realizacji próby wynosił 90% na poziomie szkół. Nie zarejestrowano odmowy żadnego ucznia. Badanie zostało zaprojektowane specjalnie z myślą o młodzieży w wieku od 11 do 15 lat i składa się z 75 pytań za pomocą których przeprowadzany jest pomiar czynników środowiskowych (np. status socjoekonomiczny, sytuacja rodzinna), kwestii społecznych i indywidualnych (samoocena fizyczna, środowisko szkolne), zachowań związanych ze zdrowiem (np. palenie tytoniu, dieta, aktywność seksualna, przemoc) oraz parametrów zdrowotnych (np. zadowolenie z życia, dobrostan psychologiczny oraz samoocena zdrowia).

W roku 2014 do udziału w badaniu wybrano 473 klasy z 36 szkół i dążono do uzyskania reprezentatywnej próby. Próbę podzielono według regionów kraju (5 regionów szkolnych), a w ramach tych regionów losowo wybierano szkoły: Region północny – 174 klasy w ramach 12 grup szkolnych; Region centralny - 74 klasy w ramach 8 grup szkolnych; Lizbona i Vale do Tejo – 101 klas w ramach 9 grup szkolnych; Alentejo – 55 klas w ramach 4 grup szkolnych; Algarve – 59 klas w ramach 3 grup szkolnych. W badaniu uwzględniono 35 zwykłych szkół o wskaźniku realizacji próby na poziomie 97,2% oraz 381 klas o wskaźniku realizacji próby 80,5%. Odpowiedzi na pytania z kwestionariusza udzielano przez internet, w związku z czym nie posiadamy dokładnych danych o wskaźniku realizacji próby przypadającym na ucznia. Dane były gromadzone przez internet, w warunkach szkolnych. Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły kwestii demograficznych (wiek, płeć, status socjoekonomiczny), nawyków w zakresie odżywiania się, snu i higieny, samooceny fizycznej, aktywności fizycznej, sposobów spędzania czasu wolnego, korzystania z nowych technologii, korzystania z używek, kontaktu z przemocą, rodziny i środowiska rodzinnego, relacji z przyjaciółmi i rówieśnikami, szkoły i środowiska szkolnego, zdrowia i samopoczucia oraz zachowań seksualnych. Portugalska edycja badania obejmowała również pytania dodatkowe, zasto-

sowane tylko w przypadku tego kraju (np. dotyczące obaw młodzieży, zwierząt domowych, doświadczeń z chorobami przewlekłymi oraz samookaleczania się).

POLSKA: W Polsce w badaniach zrealizowanych w 2014 roku kwestionariusz został dostosowany do grup wieku. Kolejne trzy wersje kwestionariusza liczyły odpowiednio 75, 90 oraz 100 pytań. Uwzględniono pytania obowiązkowe wg protokołu HBSC, zalecane pytania opcjonalne, wybrane pytania z poprzednich rund badań HBSC (nie obowiązujące już w protokole 2013/14) oraz kilka pytań krajowych. Pytania krajowe dotyczyły między innymi: miejsca zamieszkania, migracji zarobkowej rodziców, informowania bliskich osób o doświadczanej w szkole przemocy, duchowości, poczucia własnej wartości, koherencji, orientacji na cel oraz jakości życia związanej ze zdrowiem według skróconego indeksu DI-SABKIDS. Dobierając pakiety opcjonalne dostępne w protokole HBSC 2013/14 skoncentrowano się na zdrowiu psychicznym, bullyingu, aktywności fizycznej oraz warunkach życia. Jednym z dominujących wątków w powstałych publikacjach były społeczne i demograficzne uwarunkowania zdrowia. W krajowym raporcie wydanym w 2016 roku wszelkie zestawienia przedstawiane były według płci, wieku, miejsca zamieszkania, struktury rodziny i założeń rodziny (skala FAS).

5. Wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego

W bieżącym badaniu do analizy wybrano jedynie część wskaźników z badania HBSC.

Zadowolenie z życia:

Pomiaru tego parametru dokonano metodą Drabiny Cantrila (Cantril, 1965). Jest to skala jednowymiarowa, w ramach której młodzież oceniała swój obecny poziom zadowolenia z życia. Poprosiliśmy młodych ludzi o wskazanie swojej pozycji na drabinie (0 oznacza najgorszą możliwą sytuację życiową, a 10 oznacza najlepszą). Zadowolenie z życia to powszechnie stosowany wskaźnik dobrostanu subiektywnego (Diener, 1994; OECD, 2013) i jako taki, został poddany walidacji i stosowany był w licznych badaniach w celu oceny różnych parametrów określających zdrowie psychiczne młodzieży dorastającej (Cavallo i in., 2015; Diener i in., 1999; Muldon i in., 2010).

Wskaźnik KIDSCREEN-10, wersja dla dzieci i młodzieży:

Jakość życia związaną ze zdrowiem badano przy pomocy kwestionariusza KIDSCREEN-10, czyli skróconej wersji narzędzia KIDSCREEN-52, w ramach której wybrano 10 elementów, które składają się na globalną punktację. Jest to jednowymiarowe narzędzie charakteryzujące się dobrym poziomem spójności wewnętrznej (Alfa Cronbacha, $\alpha=.82$) oraz satysfakcjonującą trafnością. Odpowiedzi dla każdego z parametrów udzielano w oparciu o pięciopunktową skalę Likerta (od 1=nigdy do 5=zawsze) i w odniesieniu do określonej perspektywy czasowej (np. „...weź pod uwagę ubiegły tydzień”). Pytania dotyczyły dobrostanu fizycznego, poziomu energii, dobrostanu psychologicznego, niezależności, relacji z rodzicami i rówieśnikami oraz środowiska szkolnego (Erhart i in., 2009; Rajmil i in., 2014;

Ravens-Sieberer i in., 2010a; Ravens-Sieberer i in., 2010b). Wynik określano poprzez zsumowanie wszystkich elementów. Następnie obliczyć można było wynik surowy (0-14) lub standaryzowaną ocenę jakości życia (0-100) w kontekście 10 badanych kryteriów. Niższe wartości odpowiadają uczuciu niezadowolenia i braku szczęścia oraz poczuciu niedostatku w różnych kontekstach, jak np. rodzina, rówieśnicy czy szkoła. Wyższe wartości odzwierciedlają uczucie szczęścia, wrażenie odpowiednich kompetencji oraz zadowolenie z różnych obszarów życia, a także wyższą jakość życia. W skali globalnej portugalska edycja badania wykazuje dobry poziom spójności wewnętrznej oraz współczynnik Alfa Cronbacha na poziomie od $\alpha=.60$ do $\alpha=.88$, przy średniej wartości $\alpha=.80$. Ponadto, analiza konfirmacyjna potwierdziła dopasowanie modelu jednowymiarowego do danych z Portugalii, a także brak zmienności strukturalnej pomiędzy grupami wiekowymi, narodowościowymi i społeczno-ekonomicznymi (Gaspar i Matos, 2008). Wartość współczynnika rzetelności Alfa Cronbacha dla próby klinicznej młodzieży cierpiącej na choroby przewlekłe wyniosła $\alpha=.83$.

Zastosowana skala pozwala na opcjonalne uwzględnienie kwestii subiektywnej oceny zdrowia, która w ostatnim czasie zyskuje na znaczeniu wśród parametrów określających stan zdrowia zarówno w badaniach krajowych, jak i międzynarodowych takich jak HBSC (Currie, 2001; Currie i in., 2012; Matos & Equipa Aventura Social, 2000-2014; Roberts i in., 2009). Korzystano z niej w wielu krajach, w tym również w Portugalii i Polsce. Jest ona kompatybilna z definicją jakości życia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem według Światowej Organizacji Zdrowia oraz grupy KIDSCREEN (Matos i in., 2012a).

Zdrowie psychosomatyczne | Lista symptomów:

Ta skala to kwestionariusz screeningowy, składający się z ośmiu elementów i stanowiący niekliniczną miarę zdrowia psychicznego. Kwestionariusz ten opracowano do badania HBSC/WHO (Aaroe & Wold, 1993; Currie i in., 2000, 2001, 2004, 2008, 2012a, 2012b; 2014; Inchley i in., 2016; King i in., 1996). We wcześniejszych badaniach z wykorzystaniem kwestionariusza HBSC-SCL sugerowano zastosowanie rozwiązania dwuczynnikowego, które odzwierciedlałoby dwa wymiary zdrowia - somatyczny i psychologiczny (Haugland i in., 2001; Hetland i in., 2002). Jednakże wszystkie 8 elementów można zastosować równocześnie w celu pomiaru jednowymiarowej latentnej cechy jaką są dolegliwości psychosomatyczne, a przyjęcie założenia jednowymiarowości wydaje się być wystarczające do interpretacji uzyskanych odpowiedzi młodzieży (Ravens-Sieberer i in., 2008a; Ravens-Sieberer i in., 2009). Ta jednowymiarowa skala obejmuje ocenę od 8 do 40 elementów i cechuje się dobrą spójnością wewnętrzną, wiarygodnością, a jej przydatność w badaniach młodzieży została pomyślnie zweryfikowana (Ravens-Sieberer i in., 2008a). Współczynnik spójności wewnętrznej (Alfa Cronbacha) w przypadku tego narzędzia wyniósł $\alpha=.78$. Taką samą wartość osiągnięto dla populacji młodzieży cierpiącej na choroby przewlekłe.

Skala zastosowana w tym badaniu służy do oceny częstotliwości występowania ośmiu subiektywnych dolegliwości zdrowia fizycznego i psychicznego: ból głowy, ból brzucha, ból pleców, złe samopoczucie, rozdrażnienie, zły nastrój, uczucie zdenerwowania, zaburzenia snu i zawroty głowy. Odpowiedzi dla każdego z tych parametrów udzielano w oparciu o pię-

ciopunktową skalę Likerta (1=prawie codziennie, 5=rzadko lub nigdy) i w odniesieniu do określonej perspektywy czasowej („...weź pod uwagę ostatnie pół roku”). Uzyskane oceny mieściły się w zakresie od 1 (najgorszy stan zdrowia) do 5 (najlepszy stan zdrowia). Wyższe wartości wskazują na lepszy stan zdrowia psychosomatycznego, a co za tym idzie mniejszą liczbę zgłaszanych objawów i dolegliwości. Większość elementów ocenianych przy pomocy tej skali stosowano wcześniej w innych miarach stanu zdrowia u dzieci i młodzieży (Haugland i in., 2001) oraz miarach dolegliwości zdrowotnych. Są to istotne wskaźniki dobrostanu, które przeważnie współwystępują ze sobą, co niekiedy skutkuje ogromnymi obciążeniami dla dzieci i młodzieży (Ottova i in., 2012).

W opisywanym badaniu zastosowano również wskaźnik mnogich dolegliwości (SCL-MC). Parametr ten obejmuje osoby, które wskazały dwa lub więcej objawów występujących częściej niż raz w tygodniu na przestrzeni ostatnich 6 miesięcy. Procedura ta stworzona została w oparciu o dostępną literaturę, na podstawie której młodzież cierpiącą na mnogie, nawracające problemy zdrowotne traktuje się jako osoby zgłaszające zauważalne, subiektywne dolegliwości zdrowotne (Ottova i in., 2012).

Samooceena zdrowia

Respondentów poproszono o ocenę swojego zdrowia poprzez odpowiedź na pytanie „Czy uważasz, że twój stan zdrowia jest...?”, warianty odpowiedzi: „doskonały”, „dobry”, „przeciętny”, „słaby”. To pytanie uwzględnia różne komponenty zdrowia osób (np. zdrowie fizyczne i psychiczne) (Manderbacka, 1998) i jest skuteczne w kontekście respondentów bez upośledzenia poznawczego (Bombak, 2013). Różne badania empiryczne wykazały, że samoocena zdrowia to element w sposób niezależny prognozujący przyszłą zachorowalność i śmiertelność nawet w sytuacjach, gdy inne czynniki są kontrolowane (Idler i Benyamini, 1997). W kontekście młodzieży, parametr ten mówi nie tyle o występowaniu lub braku chorób przewlekłych / niepełnosprawności, co o ogólnej samoświadomości w odniesieniu do zdrowia (Inchley i in., 2016). Wcześniejsze badania wykazały, że samoocena zdrowia powiązana jest z czynnikami, które odzwierciedlają kwestie medyczne, społeczne i osobiste u młodzieży (Breidablik, Meland, Ludersen, 2008). Starsze nastolatki wykazują zwykle tendencję do częstszego zgłaszania złego lub przeciętnego stanu zdrowia. Dotyczy to szczególnie dziewcząt we wszystkich grupach wieku. Wydaje się, że wynik ten jest istotnie powiązany z gorszą sytuacją materialną rodzin (Inchley i in., 2016). Poziom wykształcenia również zdaje się mieć wpływ na zdrowie: osoby z wyższym wykształceniem przeważnie lepiej oceniają swój stan zdrowia, niż osoby mniej wykształcone (Pinillos-Franco & García-Prieto, 2017).

6. Subiektywna ocena zdrowia młodzieży w Polsce i w Portugalii w świetle ostatnich wyników badań HBSC

Cyklicznie powtarzane badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) pozwalają na porównanie stanu zdrowia, zachowań związanych ze zdrowiem oraz warunków życia i nauki młodzieży szkolnej w rosnącej liczbie państw. Sieć członkowska HBSC liczy obecnie

48 krajów. Ostatni dostępny raport międzynarodowy obejmuje porównania prawie 220 tysięcy uczniów z 42 krajów.

Analiza danych szczegółowych, przedstawianych w sześciu grupach młodzieży wyróżnionych według płci i wieku, to jedyna możliwość porównania samooceny zdrowia młodzieży polskiej i portugalskiej na podstawie danych publikowanych w raportach.

Wyniki zawarte w najnowszym raporcie HBSC (Inchley i in., 2016), wskazują na dużo mniej korzystną pozycję Polski w rankingach międzynarodowych. I tak, analizując miejsce Polski i Portugalii w zestawieniach międzynarodowych w kolejności od najbardziej korzystnych do najmniej korzystnych wskaźników, można zauważyć, że:

- Pod względem odsetka młodzieży szkolnej oceniającej swoje zdrowie jako gorsze, niż dobre (wskaźnik negatywny) Portugalia zajmuje, w zależności od grupy wieku, od 13 do 22 miejsca, a Polska od 26 do 40 miejsca, mając zawsze gorszą pozycję, niż Portugalia. Oznacza to, że na tle innych krajów mocniejszą stroną Portugalii jest relatywnie lepsza ogólna samoocena zdrowia 11-latków, podczas gdy w Polsce pojawia się problem wyjątkowo niekorzystnej samooceny zdrowia 15-latków.
- Pod względem odsetka młodzieży zadowolonej z życia (wskaźnik pozytywny) Portugalia zajmuje w zależności od grupy wieku od 24 do 38 miejsca, a Polska – od 35 do 41 miejsca. Oznacza to, że relatywnie mniejsze zadowolenie z życia notowane jest w obu krajach. Przeważnie pozycja Polski jest dużo gorsza, niż pozycja Portugalii. Wyjątek stanowi grupa 13-latków, gdzie poziomy wskaźników były w obu krajach zbliżone, a kraje te sąsiadowały ze sobą w rankingu międzynarodowym.
- W odniesieniu do wskaźnika mnogich dolegliwości subiektywnych (wskaźnik negatywny), Portugalia zajmuje od 1 do 2 miejsca w rankingach międzynarodowych, podczas gdy Polska jest bliżej końca tych rankingów (30-37 miejsce, w zależności od grupy wieku).
- W odniesieniu do poszczególnych dolegliwości (w aneksie do raportu zestawiono dane międzynarodowe na temat pięciu symptomów: trudności w zasypianiu, bólu głowy, bólu brzucha, zdenerwowania i przygnębienia), dystans między tymi dwoma krajami nieznacznie się redukuje. W Portugalii stwierdzono stosunkowo wysokie wskaźniki występowania zdenerwowania u 15-latków (18 pozycja w rankingu). W Polsce notuje się częstsze, niż w innych krajach bóle głowy u 13-latków (42 pozycja w rankingu), ale z kolei częstość występowania trudności z zasypianiem jest na poziomie średniej międzynarodowej.

Międzynarodowy raport z badań HBSC 2013/14 dostarcza również zestawień na poziomie międzykrajowym, w kontekście nierówności społecznych występujących w zdrowiu. Podstawą rankingu krajów jest różnica między wskaźnikami subiektywnej oceny zdrowia w grupie

uczniów z najbiedniejszym i najbogatszym rodzin. Podczas analizy, przeprowadzonej na bazie raportu z uwzględnieniem tych samych trzech wskaźników (samoocena zdrowia, zadowolenie z życia, mnogie dolegliwości subiektywne) stwierdzono, że zarówno w Polsce, jak i Portugalii notowane są istotne różnice między grupami społecznymi.

Pod względem samooceny zdrowia poziom nierówności społecznych jest większy w Portugalii, niż w Polsce. Biorąc pod uwagę ogólne zadowolenie z życia, Polska zajmuje drugie, a Portugalia czwarte miejsce w zestawieniu międzynarodowym, jako kraje o największym poziomie nierówności. Pod względem mnogich dolegliwości subiektywnych oba kraje wykazują wysoki poziom nierówności (Portugalia ósme, zaś Polska dziesiąte miejsce).

Porównania międzynarodowe w odniesieniu do czwartego narzędzia (KIDSCREEN-10) nie były szerzej publikowane. Na bazie danych z 2003 roku, kiedy narzędzie było tworzone, można stwierdzić, że poziom jakości życia młodzieży w Polsce był niższy, niż w krajach Europy Zachodniej. Z kolei opracowanie porównujące 15 krajów europejskich na podstawie danych HBSC 2006 wskazuje na korzystne wskaźniki młodzieży portugalskiej. W świetle dostępnej wiedzy oraz prowadzonych wspólnie badań powstało opracowanie pozwalające porównać Polskę i Portugalię na podstawie tego narzędzia¹.

Celem dalszej części analizy porównawczej zaprezentowanej w tym rozdziale raportu jest syntetyczne podsumowanie różnic między subiektywną oceną zdrowia w Polsce i w Portugalii, wykraczające poza dane dostępne w cytowanym Raporcie międzynarodowym z badań HBSC. Mając przy tym na względzie podobieństwo obu krajów pod względem wysokiego poziomu społecznych nierówności w zdrowiu, do prezentacji włączono także ten aspekt analiz.

Badana próba

Skoncentrowano się na porównaniu ostatnich dostępnych wyników badań HBSC według międzynarodowej bazy dostępnej dla członków sieci HBSC na stronie internetowej Międzynarodowego Banku Danych w Bergen.

Liczebność próby polskiej i portugalskiej w międzynarodowej bazie danych przedstawiono w Tabeli 1. Wynosiła ona odpowiednio 4516 i 4989 osób, bez braków danych na temat płci i grupy wieku. Próby te różniły się pod względem struktury według płci i wieku. W Polsce próba była lepiej zrównoważona pod względem struktury demograficznej. Różnica między liczebnościami grup wieku wynosiła 41 osób, a między liczbą badanych chłopców i dziewcząt 24 osoby. W Portugalii zbadano o 247 więcej dziewcząt niż chłopców, a różnica między liczebnością grup wieku wyniosła 623 osób.

¹ Erhart M, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M, Morgan A, Ravens-Sieberer U; HBSC Positive Health Focus Group. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health*. 2009 Sep;54 Suppl 2:160-6.

Ravens-Sieberer U, Herdman M, Devine J, Otto C, Bullinger M, Rose M, Klasen F. The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Qual Life Res*. 2014 Apr;23(3):791-803.

TABELA 1. Próba HBSC 2014.

	SUMA	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA	SUMA	CHŁOPCY	DZIEWCZĘTA
11 lat	1507	778	729	1646	764	882
13 lat	1525	768	757	1983	977	1006
15 lat	1484	700	784	1360	630	730
Suma	4516	2246	2270	4989	2371	2618

W świetle danych z międzynarodowego raportu HBSC w obu krajach (jak też w innych krajach członkowskich sieci HBSC) problemy zdrowotne nasilają się w starszych grupach wieku oraz częściej notowane są u dziewcząt, niż chłopców. Wobec tego, chcąc operować ogólnymi wskaźnikami bez wyróżniania grup wieku, posłużono się danymi ważonymi. Przyjęto jednakową hipotetyczną próbę w każdym kraju, w której jest po 1500 uczniów w każdej grupie wieku, w tym po 750 chłopców i dziewcząt.

Część analiz (dotyczących HRQL) według indeksu Kidscreen-10 przeprowadzono na danych z badań HBSC 2009/10, ponieważ tylko w tej rundzie badań oba kraje zastosowały ten pakiet opcjonalny. W Polsce i Portugalii uwzględniono odpowiednio 4241 i 4036 uczniów bez braków danych na temat płci i wieku. Przy obliczaniu wskaźników ogólnych zastosowano taką procedurę wtórnego ważenia obserwacji, jak w odniesieniu do danych z lat 2013/14.

Założenia analiz

Opracowanie zawiera proste analizy porównawcze wybranych wskaźników zdrowia psychicznego nastolatków w Polsce i Portugalii w grupie ogółem. Jedynie w odniesieniu do indeksu Kidscreen-10 podano różnice związane z płcią i wiekiem. Dodatkowym elementem analiz jest ocena poziomu społecznych nierówności w zdrowiu, opierająca się na porównaniu młodzieży z rodzin o różnym poziomie zamożności.

Zamożność rodziny

Zamożność rodziny badano skalą zasobów materialnych rodziny FAS (Family Affluence Scale). W obecnej postaci, obowiązującej w badaniach HBSC 2014, składa się ona z sześciu pytań, dotyczących: posiadania samochodu, własnego pokoju do dyspozycji ankietowanego ucznia, liczby komputerów, liczby łazienek, wyposażenia gospodarstwa domowego w zmywarkę do naczyń oraz wyjazdów ankietowanego z rodziną na wakacje poza Polskę.

Skala zasobów materialnych rodziny przyjmuje zakres od 0 do 13 punktów. W świetle danych z 2014 roku, rodziny portugalskie były bardziej zamożne od rodzin rówieśników w Pol-

sce. Średni indeks FAS wynosił 8,52 (SD=2,47) w Portugalii i 6,88 (SD=2,47) w Polsce. W grupie 42 krajów, których dane są cytowane w międzynarodowym raporcie HBSC 2014, Portugalia zajmuje 17 miejsce, a Polska 30 w kolejności od kraju najbogatszego do najmniej zamożnego.

Porównując rodziny o różnym statusie materialnym przyjęto kryteria względnej zamożności. W każdym kraju do grupy najuboższych zakwalifikowano 20% najbiedniejszych rodzin, do grupy zamożnych 20% najbogatszych rodzin, a środkowe 60% stanowi grupę o przeciętnej zamożności.

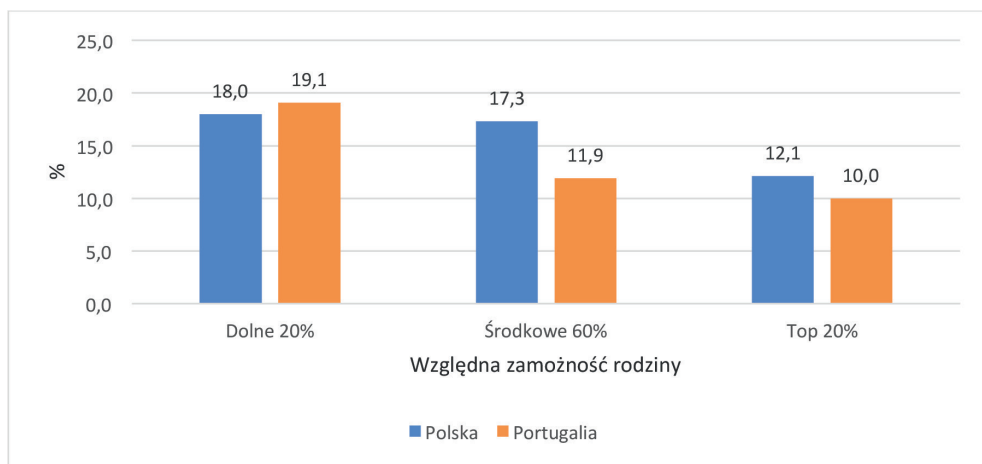
Samoocena zdrowia

Rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące samooceny zdrowia przedstawiono w Tabeli 2. Przyjmując jednakową strukturę próby według płci i wieku, stwierdzono że 16,6% nastolatków polskich oraz 12,7% portugalskich ma zastrzeżenia do swojego zdrowia. Zdecydowanie mniejszy odsetek młodzieży polskiej uważa też swoje zdrowie za doskonałe.

TABELA 2. Samoocena zdrowia (%) młodzieży szkolnej w Polsce i w Portugalii (dane ważone).

Zdrowie	POLSKA	PORTUGALIA	CHI-SQ
Doskonałe	27.5	38.6	Chi-sq=182.93 d.f. =3 p<0.001
Dobre	55.9	48.7	
Przeciętne	12.7	11.7	
Słabe	3.9	1.0	

Analizując samoocenę zdrowia w grupach społecznych wyróżnionych według zamożności rodziny, stwierdzono mniejsze nasilenie nierówności w zdrowiu w Polsce, niż w Portugalii. Różnica w odsetku młodzieży oceniającej swoje zdrowie jako gorsze, niż dobre wynosiła 5,9% w Polsce wobec 9,1% w Portugalii. W przypadku rodzin o najniższym statusie ekonomicznym zanikają różnice w samoocenie zdrowia młodzieży szkolnej z obu krajów.



RYCINA 1. Odsetek młodzieży uznającej swoje zdrowie za gorsze niż dobre w Polsce i w Portugalii wg grup FAS.

Warto zwrócić też uwagę na fakt, że w Polsce poprawa samooceny zdrowia następuje w rodzinach najzamożniejszych, podczas gdy w Portugalii znacząca różnica występuje już między rodzinami najuboższymi i tymi o przeciętnej zamożności – Ryc. 1

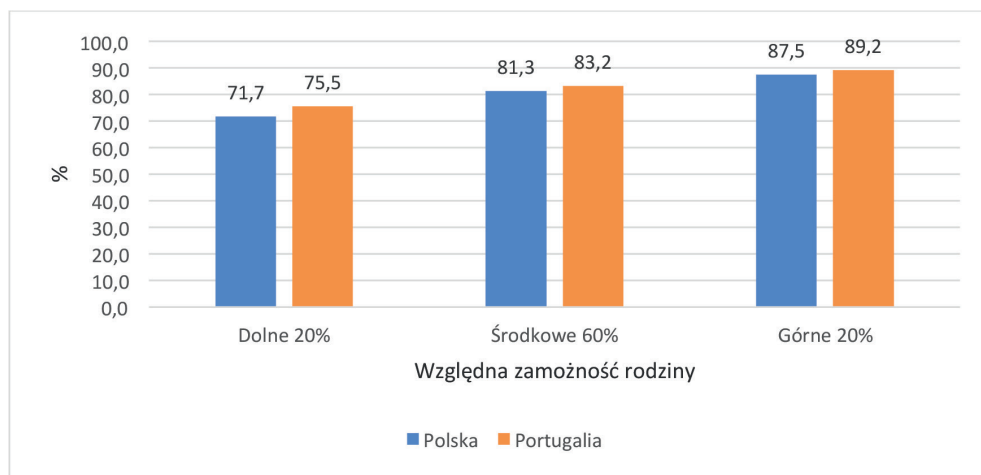
Zadowolenie z życia

Wnioskowanie na temat różnic między Polską a Portugaliją pod względem ogólnego zadowolenia z życia zależy od przyjętych kryteriów. Średni poziom wskaźnika bazującego na drabinie Cantrila jest zbliżony w obu krajach, natomiast różni się rozkład odpowiedzi. W Portugalii stwierdzono większą tendencję do ocen przeciętnych, podczas gdy w Polsce było około 2% więcej młodzieży skrajnie niezadowolonej i bardzo zadowolonej z życia.

TABELA 3. Zadowolenie z życia wg skali Cantrila (%) młodzieży szkolnej w Polsce i w Portugalii (dane ważone).

Zadowolenie z życia	POLSKA	PORTUGALIA	ISTOTNOŚĆ RÓŻNIC
Niskie (0-5 pkt)	19.3	17.0	Chi-sq=21.173 d.f. =2 p<0.001
Średnie (6-8 pkt)	47.1	51.9	
Wysokie (9-10 pkt)	33.6	31.1	
Średnia ± SD	7.39±2.13	7.47±1.93	t=1,83; df = 8611 p=0.068

W obu krajach poziom zadowolenia z życia młodzieży szkolnej jest silnie uwarunkowany sytuacją ekonomiczną rodziny. Różnice w odsetku nastolatków zadowolonych z życia między tymi dwoma krajami stopniowo zmniejszają się w miarę poprawy zamożności rodziny i są wyraźnie większe w grupie najbiedniejszych rodzin. W obu krajach przejście z grupy najuboższej do przeciętnej zamożnej wiąże się ze znaczącą poprawą zadowolenia z życia, większą niż przy przejściu od przeciętnej do wysokiej zamożności rodziny.



RYCINA 2. Odsetek młodzieży zadowolonej z życia w Polsce i w Portugalii wg grup FAS.

Mnogie dolegliwości subiektywne

Młodzież polska częściej, niż portugalska sygnalizuje powtarzające się dolegliwości psychosomatyczne. Dwie lub więcej dolegliwości (z listy ośmiu symptomów) częściej, niż raz w tygodniu sygnalizowało 37,2% uczniów w Polsce, wobec 21,6% w Portugalii. Średni indeks nasilenia dolegliwości (w zakresie 0-32 punkty) wynosił $8,91 \pm 7,76$ w Polsce oraz $5,64 \pm 6,40$ w Portugalii.

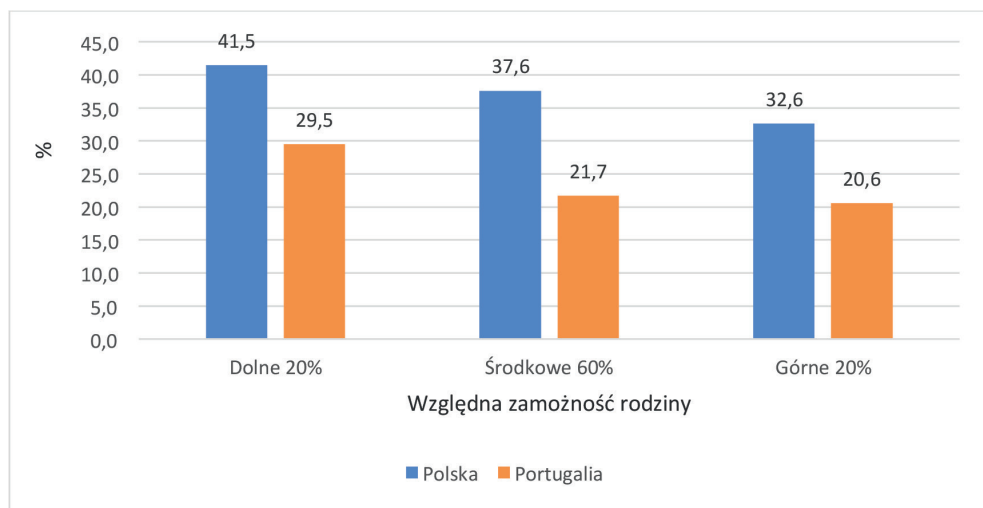
W Tabeli 4 zestawiono częstość sygnalizowania poszczególnych symptomów przez nastolatków w obu krajach. W Polsce i w Portugalii młodzież najczęściej sygnalizowała dolegliwości o podłożu psychicznym, takie jak zdenerwowanie i rozdrażnienie lub zły humor, najrzadziej zaś zawroty głowy. W odniesieniu do wszystkich dolegliwości, oprócz bólu pleców, występowały różnice na niekorzyść Polski, największe w przypadku bólu brzucha i rozdrażnienia lub złego humoru.

TABELA 4. Występowanie wybranych dolegliwości subiektywnych (%) u młodzieży szkolnej w Polsce i w Portugalii (dane ważone).

Symptom	KRAJ*	PRAWIE CO-DZIENNIE	WIĘCEJ NIŻ RAZ W TYG.	OKOŁO RAZ W TYGODNIU	OKOŁO RAZ W MIESIĄCU	RZADKO LUB NIGDY	CHI-SQ**
Ból głowy	PL	9.2	15.2	8.7	19.8	47.1	Chi-sq =292,61
	PT	4.8	9.2	6.3	15.1	64.7	p<0.001
Ból brzucha	PL	5.7	11.4	7.9	26.7	48.2	Chi-sq =754.59
	PT	2.0	4.3	3.4	13.9	76.4	p<0.001
Ból pleców	PL	6.4	7.6	7.0	15.4	63.6	Chi-sq =9.59
	PT	5.9	6.9	8.3	16.6	62.4	p=0,048
Spadek nastroju	PL	9.5	10.9	9.1	19.3	51.3	Chi-sq =381.84
	PT	4.6	6.2	6.3	11.5	71.4	p<0.001
Rozdrażnienie lub zły humor	PL	11.4	15.7	13.7	27.4	31.8	Chi-sq =560.22
	PT	5.4	8.7	9.2	20.5	56.3	p<0.001
Podenerwowanie	PL	13.8	16.9	16.9	24.7	27.7	Chi-sq =416.29
	PT	7.9	10.6	11.8	21.8	47.9	p<0.001
Trudności z zasypianiem	PL	10.3	9.3	8.4	14.6	57.3	Chi-sq =69,56
	PT	7.6	6.6	7.0	13.4	65.4	p<0.001
Zawroty głowy	PL	6.2	6.9	5.2	11.5	70.2	Chi-sq =174.88
	PT	2.3	4.1	3.6	8.6	81.4	p<0.001

* PL- Polska; PT – Portugalia; ** liczba stopni swobody (df) =4

Różnice w odsetku młodzieży sygnalizującej mnogie dolegliwości, pochodzącej z mniej i bardziej zamożnych rodzin kształtują się na podobnym poziomie w obu krajach. W Polsce jest to związek liniowy, charakteryzujący się stopniowym pogarszaniem zdrowia w miarę pogarszania się sytuacji materialnej rodziny. W Portugalii zdecydowanie mniej uprzywilejowane są rodziny najuboższe, podczas gdy nie notuje się dużych różnic między rodzinami o przeciętnej i wysokiej zamożności.



RYCINA 3. Odsetek młodzieży sygnalizującej mnogie dolegliwości subiektywne w Polsce i w Portugalii wg grup FAS.

Jakość życia według Kidscreen-10

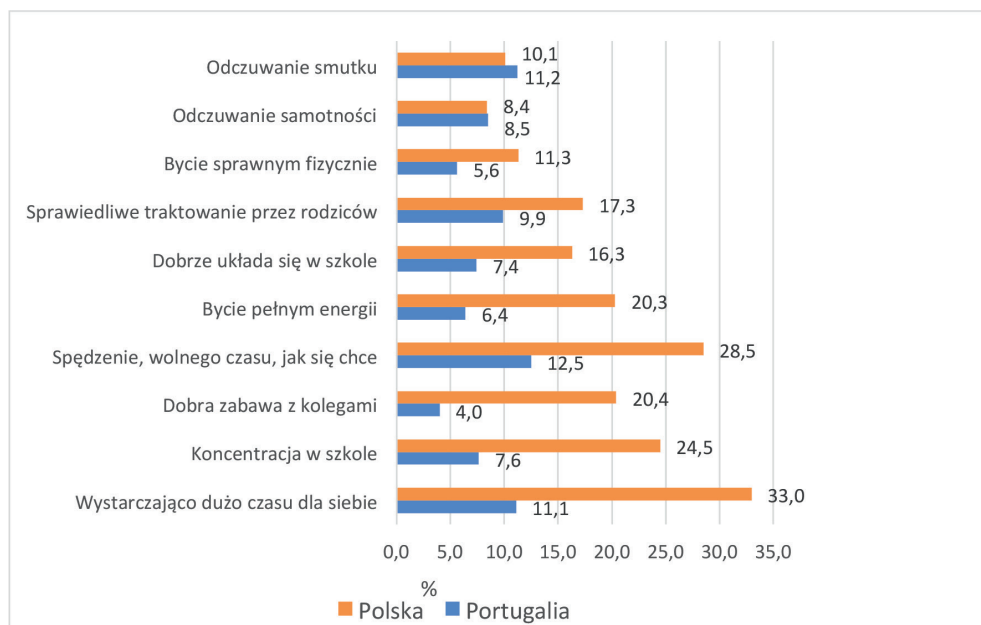
Posługując się wynikami badań HBSC 2009/10 obliczono krótki indeks jakości życia związanej ze zdrowiem Kidscreen-10 w postaci surowej (zakres skali 0-14 punktów). Stwierdzono, że młodzież portugalska osiągnęła korzystniejsze wyniki od rówieśników z Polski. Zakładając jednakową strukturę prób obu krajów według płci i wieku uzyskano w Polsce wartość średnią 25,48 (SD=6,39), a w Portugalii 29,96 (SD=6,03).

TABELA 5. Średnie indeksy jakości życia związanej ze zdrowiem Kidscreen-10 w Polsce i Portugalii wg płci i wieku (dane nieważone).

Grupa wiekowa	Płeć	POLSKA		PORTUGALIA		RÓŻNICA		
		ŚREDNIA	SD	ŚREDNIA	SD	ŚREDNIA	SD	ŚREDNIA
11 lat	Chłopiec	27.98	5.94	31.77	5.99	-10.75	1154	<0.001
	Dziewczyna	27.10	6.45	31.95	5.68	-13.69	1198	<0.001
13 lat	Chłopiec	26.45	6.36	30.70	6.05	-11.87	1205	<0.001
	Dziewczyna	24.19	6.17	29.27	5.90	-15.22	1318	<0.001
15 lat	Chłopiec	25.17	5.90	29.31	5.40	-13.14	1289	<0.001
	Dziewczyna	22.20	5.73	26.91	5.66	-16.10	1517	<0.001

W obu krajach jakość życia młodzieży szkolnej pogarsza się wraz z wiekiem, a indeksy jakości życia związanej ze zdrowiem są we wszystkich grupach wieku gorsze u dziewcząt. Systematycznie we wszystkich podgrupach młodzieży występują różnice na niekorzyść Polski. Są one większe dla dziewcząt, niż dla chłopców.

Chociaż analiza składowych pytań skali Kidscreen-10 nie była zamierzeniem jej autorów, dla potrzeb tego opracowania, porównano jak na poszczególne pytania odpowiadała młodzież w Polsce i w Portugalii – Ryc. 4. Takie porównanie rzuca dodatkowe światło na środowisko dorastania w obu krajach oraz problemy zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego.

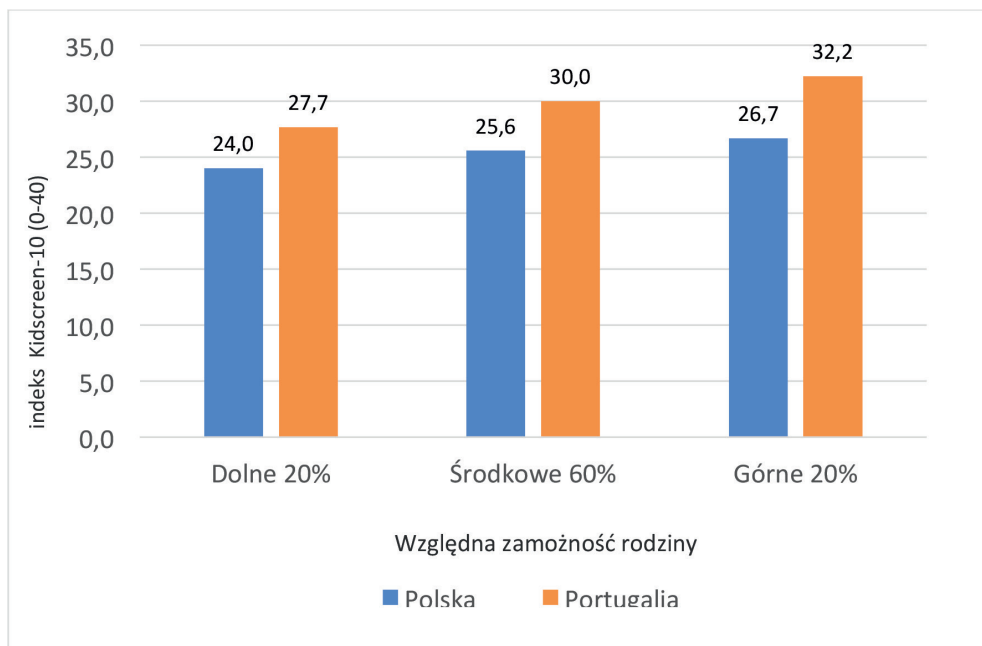


RYCINA 4. Odsetek młodzieży w Polsce i w Portugalii, która udzieliła dwóch skrajnie negatywnych odpowiedzi na pytania składowe skali KIDSCREEN-10.

W obu krajach młodzież miała największe problemy z autonomią. W Portugalii stosunkowo wysoki odsetek nastolatków często odczuwał smutek. W Polsce negatywnie postrzegano relacje z rodzicami oraz funkcjonowanie w szkole. Porównując częstość udzielania najmniej korzystnych odpowiedzi w Polsce i Portugalii w odniesieniu do wszystkich pytań, można stwierdzić, że były one powszechniejsze w Polsce (oprócz dwóch dotyczących negatywnych stanów emocjonalnych - smutek, samotność).

Podobnie jak w odniesieniu do wcześniej omawianych wskaźników subiektywnej oceny zdrowia sprawdzono też, czy poziom indeksu KIDSCREEN-10 zmienia się wraz z zamożnością rodziny. Biorąc pod uwagę, że w badaniach HBSC 2009/10 obowiązywała wcześniejsza wersja skali FAS, jej wynik przeliczono dla każdego kraju, aby uzyskać analogiczne przedziały względnej zamożności (20%, 60%, 20%).

Zarówno w Polsce, jak i w Portugalii wykazano silne uwarunkowania społeczno-ekonomiczne HRQL, ale gradient społeczny był silniejszy w Portugalii. W Polsce przy porównaniu skrajnych grup zamożności indeks jakości życia poprawia się o 2,6 punktów, a w Portugalii o 4,6. Różnica między średnimi indeksami KIDSCREEN-10 utrzymuje się na wszystkich trzech poziomach zamożności.



RYCINA 5. Średnie indeksy Kidscreen-10 w Polsce i w Portugalii wg grup zamożności FAS.

PODSUMOWANIE

Wyniki analiz bazujących na danych HBSC z 2010 i 2014 roku wskazują na znaczne różnice między Polską a Portugalią w subiektywnej ocenie zdrowia młodzieży w wieku 11-15 lat. Przeważnie, gorsze wskaźniki notowane są w Polsce. Zdrowie nastolatków ma silne uwarunkowania społeczne w obu krajach, a poziom nierówności w zdrowiu wydaje się być wyższy w Portugalii. Młodzież polska rzadziej wykazuje pozytywne emocje, podczas gdy nasilenie negatywnych emocji jest w obu krajach podobne. Różnice w postrzeganiu własnego zdrowia mogą wynikać z przyczyn kulturowych, ale też z kontekstu społecznego, jaki tworzy rodzina, szkoła i grupa rówieśnicza.

ZDROWIE PSYCHICZNE W OPINII MŁODZIEŻY – WYNIKI BADANIA JAKOŚCIOWEGO

METODA

W badaniach jakościowych zastosowano metodę wywiadów grupowych. Narzędziem badawczym był scenariusz wywiadu, który zakładał przeprowadzenie wywiadów z wykorzystaniem metod pracy warsztatowej (Załącznik 1). W dalszej części opracowania wywiady są nazywane zamiennie warsztatami.

CEL BADANIA

Przedmiotem badań jakościowych była eksploracja tematyki związanej ze zdrowiem psychicznym młodzieży, poznanie opinii nastolatków na temat zdrowia psychicznego i uchwycenie ich bezpośrednich doświadczeń, w naturalnym kontekście, który stanowiła grupa rówieśnicza.

Głównym problemem badawczym było wyłonienie najważniejszych obszarów zdrowia psychicznego z punktu widzenia nastolatków. Wyniki miały stanowić punkt wyjścia do zaprojektowania kolejnego etapu badań ilościowych (ankietowych).

PYTANIA BADAWCZE:

1. Jak nastolatki oceniają narzędzia badawcze dotyczące niektórych obszarów związanych ze zdrowiem psychicznym używane od wielu lat w międzynarodowych badaniach naukowych zdrowia i zachowań zdrowotnych nastolatków?
2. Jak młodzież rozumie definicję zdrowia psychicznego?
3. Jakie obszary związane ze zdrowiem psychicznym wskazuje młodzież?
4. Które ze wskazanych obszarów zdrowia psychicznego są najważniejsze z punktu widzenia młodzieży?
5. Jakie czynniki powodują poprawę, a jakie pogorszenie zdrowia psychicznego w okresie adolescencji?
6. Jakie obszary zdrowia psychicznego wymagają szczególnej uwagi w okresie dorastania?

BADANE OSOBY I ORGANIZACJA BADAŃ

Badania jakościowe przeprowadzono w Polsce i Portugalii w okresie do stycznia do marca 2018. W wywiadach fokusowych wzięło udział 72 nastolatków w wieku od 14 do 16 roku życia (odpowiednio 48 i 24 nastolatków). W Polsce były to grupy 12-osobowe składające się z uczniów III klas gimnazjum (Grupa 1 i Grupa 2) oraz II klas gimnazjum (Grupa 3 i Grupa 4). W Portugalii badano uczniów 8 klasy (Grade 8th, Grupa 1) i 10 klasy (Grade 10th, Grupa 2).

W trosce o komfort pracy nastolatków i jakość materiałów uzyskiwanych w wyniku pracy grup, wywiady jakościowe prowadzono w odpowiednio przygotowanych klasach szkolnych. Badania odbywały się poza zajęciami lekcyjnymi.

Wywiady fokusowe prowadziły dwie osoby przygotowane do pracy z młodzieżą (psycholog, pedagog). Każde spotkanie trwało około 1,5 godziny. Spostrzeżenia nastolatków oraz ważniejsze wypowiedzi młodzieży były systematycznie notowane przez prowadzących. W toku pracy warsztatowej zgromadzono również dokumentację, która powstała podczas pracy w grupach. Wszystkie wyniki pracy grup oraz notatki prowadzących stanowiły materiał badawczy, który następnie poddano analizie.

WYNIKI

Ocena istniejących narzędzi wykorzystywanych w badaniach zdrowia psychicznego młodzieży

Młodzież udzielała odpowiedzi na pytania (skale) odnoszące się do trzech obszarów związanych ze zdrowiem psychicznym, które od wielu lat są przedmiotem międzynarodowych badań zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (HBSC): skala zadowolenia z życia (drabina Cantrila), skala dolegliwości psychosomatycznych, skala jakości życia (Kid-screen-10). Wskazane pytania były również przedmiotem analiz porównawczych między Polską i Portugaliją przedstawionych w Części II raportu, gdzie znajduje się opis tych narzędzi. Głównym celem było uzyskanie opinii młodzieży na temat treści tych pytań i zasadności badania wskazanych obszarów zdrowia psychicznego. Młodzież zwykle pozytywnie oceniała treść przedstawionych pytań uznając je za zrozumiałe i trafnie sformułowane. Niektóre pytania zostały opatrzone krótkimi komentarzami.

Najwięcej komentarzy pojawiło się w ocenie **skali zadowolenia z życia**, za pomocą której uczniowie mieli zaznaczyć na skali od 0 (niezadowolony) do 10 (bardzo zadowolony) jak bardzo są zadowoleni ze swojego życia. Większość komentarzy dotyczyła problemów ze zrozumieniem polecenia, np. cyt.: „nie rozumiem czy mamy zaznaczyć swoje życie jak byśmy chcieli, czy tylko teraz”. Pojawiły się również komentarze do wystawionych ocen, np. do oceny 10 punktów, cyt.: „jest dobrze ale będzie jeszcze lepiej”, a do oceny 4 punkty, cyt.: „no...nie najlepsze życie ale jakoś da radę żyć”.

W odniesieniu do **skali dolegliwości psychosomatycznych** zanotowano cztery komentarze, które były związane z dolegliwościami dotyczącymi zdrowia psychicznego (zdenerwowanie, rozdrażnienie, przygnębienie) oraz zmęczeniem. Zdenerwowanie wiązano z temperamentem, cyt.: „jestem osobą wybuchową, więc często jestem zdenerwowany”. Młodzież podkreślała, że największy wpływ na odczuwanie zmęczenia ma szkoła, cyt.: „szkoła mnie męczy psychicznie”.

Uwagę nastolatków zwróciły trzy pytania na 10 stwierdzeń zawartych w **skali jakości życia**:

- powodzenie w szkole (Czy dobrze układało ci się w szkole?) – problem ze zrozumieniem treści pytania, np. cyt.: „szczerze, nie wiem o co chodzi w tym pytaniu”, komentarz do odpowiedzi „zawsze”, cyt.: „słucham tego co się dzieje na lekcjach więc zawsze dobrze układa mi się w szkole”, inny komentarz - odpowiedź „trochę” układa mi się w szkole, cyt.: „w szkole mam dużo problemów, które nie zawsze udaje mi się rozwiązać”,
- dobre samopoczucie oraz sprawność fizyczna – młodzież wiązała swoją sprawność fizyczną z udziałem w lekcjach WF, jakością tych zajęć (cyt.: „zależy od interesujących rzeczy na lekcji WF”) oraz umiejętnością wykonywania ćwiczeń (np. nastolatek, który stwierdził, że „nigdy” nie jest sprawny fizycznie i nie czuje się dobrze dodał komentarz, że nie umie grać w niektóre gry zespołowe),
- traktowanie na równi z innymi (Czy rodzice traktowali cię sprawiedliwie?) – w komentarzach pojawił się wpis cyt.: „rodzice stają zawsze po stronie mojej siostry”.

Pojęcie zdrowia psychicznego z punktu widzenia młodzieży

Uczestnicy warsztatów podawali swoje skojarzenia z terminem “zdrowie psychiczne”. Wyniki pracy polskiej i portugalskiej młodzieży zawiera Tabela 6. Odpowiedzi sklasyfikowano w kilku kategoriach odnoszących się do różnych obszarów życia i funkcjonowania nastolatków, uczuć, spędzania czasu wolnego, stylu życia, zachowań zdrowotnych i innych.

TABELA 6. Skojarzenia z terminem „zdrowie psychiczne” wskazywane przez młodzież w Polsce i w Portugalii. Wyróżniono odpowiedzi, które pojawiły się w obu krajach.

	POLSKA	PORTUGALIA
Stany pozytywne (uczucia, wrażenia)	uczucie szczęścia zadowolenie uczucie spełnienia stan umysłu radość zdrowe myśli spokój równowaga dobra samoocena brak stresu brak kompleksów akceptacja siebie i innych brak wahania nastroju chęć do życia chęć podejmowania nowych wyzwań spokój dobre samopoczucie poczucie akceptacji pozytywne nastawienie do życia trzeźwa ocena sytuacji	empatia samoocena wsparcie emocjonalne entuzjazm szczęście
Stany negatywne (uczucia, wrażenia)	stres depresja niezdrowe myśli kompleksy niska samoocena występowanie myśli samobójczych negatywne nastawienie do życia	stres niepokój związany ze szkołą wyrzuty sumienia nienawiść poczucie winy samotność
Środowisko życia i relacje z innymi	kontakt z przyjaciółmi i innymi ludźmi problemy z rodzicami i w szkole stosunki/relacje z innymi (rówieśnikami, rodziną, przyjaciółmi) nauczyciele sytuacja w szkole sytuacja w domu	rodzina przyjaźń społeczeństwo
Zdrowie	choroby psychiczne brak problemów ze zdrowiem	zdrowie

	POLSKA	PORTUGALIA
Zachowania i styl życia	odpowiednie zachowanie okaleczanie się	jedzenie aktywność fizyczna nałogi zachowania ryzykowne
Relaks/ zajęcia w czasie wolnym	relaks zabawa robienie tego co się lubi przyjemności z życia satysfakcja z tego co się robi	Muzyka
Prawa człowieka/ sprawy społeczne	swoboda wolność brak ograniczeń	dyskryminacja opieka społeczna złe traktowanie
Inne skojarzenia	dobrze czuje się w swoim ciele motyl (ulotność) psychiatra psycholog	wygląd fizyczny hojność religia sen

Zarówno w Polsce, jak w Portugalii młodzież najczęściej utożsamiała pojęcie zdrowia psychicznego z występowaniem stanów pozytywnych lub negatywnych. Warto zaznaczyć, że w obu grupach młodzież kojarzyła zdrowie psychiczne z odczuwaniem stresu. Wśród stanów pozytywnych w obu grupach pojawiło się odczuwanie szczęścia i dobra samoocena.

Zarówno młodzież polska, jak i portugalska kojarzyła zdrowie psychiczne ze środowiskiem rodzinnym i kontaktami przyjacielskimi. Dodatkowym skojarzeniem nastolatków w Portugalii były sprawy społeczeństwa, a młodzież polska większą wagę przykładła do relacji z różnymi ludźmi w otoczeniu, występowania trudności w szkole i rodzinie oraz sytuacji w tych środowiskach życia.

Młodzież z obu krajów zwracała uwagę na sposób zachowania. W Polsce ze zdrowiem psychicznym kojarzono niebezpieczne dla zdrowia zachowania negatywne (okaleczanie się) oraz odpowiednie zachowanie. W Portugalii oprócz zachowań ryzykownych wymieniano zachowania prozdrowotne. Zdrowie psychiczne w obu krajach nazywane było po prostu „zdrowiem”, a dodatkowo w Polsce „brakiem występowania problemów zdrowotnych”.

Kolejna grupa skojarzeń dotyczyła sposobu spędzania czasu wolnego. Młodzież w Polsce kojarzyła zdrowie psychiczne z zabawą, relaksem, zadowoleniem z wykonywanych czynności i podejmowanych działań, a młodzież portugalska kojarzyła zdrowie psychiczne z muzyką.

Wśród skojarzeń, które wymieniali badani pojawiła się grupa odnosząca się do praw osobistych człowieka oraz życia społecznego, przy czym młodzież w Polsce kładła nacisk na tę pierwszą kategorię, a młodzież portugalska wiązała zdrowie psychiczne z sytuacją społeczną.

Oprócz wskazanych wcześniej skojarzeń, nastolatki w obu krajach utożsamiały zdrowie psychiczne z wyglądem i zadowoleniem ze swojego ciała. Ponadto w odpowiedziach polskiej młodzieży pojawiło się skojarzenie z motylem jako symbolem ulotności oraz ze specjalistami zajmującymi się problemami zdrowia psychicznego. Młodzież portugalska dodatkowo wymieniała hojność i sprawy duchowe.

Obszary związane ze zdrowiem psychicznym

W kolejnej części warsztatu młodzież miała za zadanie wskazanie jak największej liczby czynników związanych ze zdrowiem psychicznym. Podczas pracy grupy mogły odwoływać się do wyników poprzedniego ćwiczenia, w którym podawały skojarzenia z terminem „zdrowie psychiczne”. Praca warsztatowa przebiegała w podziale na 3 lub 4 mniejsze grupy. Grupy zapisywały swoje propozycje na osobnych karteczkach. Po zakończeniu pracy każda grupa odczytywała wyniki swojej pracy. Wyeliminowano powtarzające się hasła. Następnie młodzież grupowała podobne hasła w kategorii (obszary związane ze zdrowiem psychicznym) i nadawała nazwy kolejnym tak utworzonym obszarom. Każdy uczestnik, zgodnie z własnymi odczuciami, przypisywał kolejnym obszarom punktację w skali od 1 (niezbyt ważne) do 3 (bardzo ważne). Po zsumowaniu punktacji wyłoniono najważniejsze obszary dla każdej badanej grupy.

Wykaz obszarów wskazanych przez młodzież w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego przedstawiono w Tabeli 7. Wyniki odnoszą się wyłącznie do wywiadów przeprowadzonych w Polsce. W Portugalii, na wyraźne wskazanie młodzieży, zrezygnowano z ustalania hierarchii ważności obszarów związanych ze zdrowiem psychicznym.

TABELA 7. Hierarchia ważności obszarów związanych ze zdrowiem psychicznym z punktu widzenia polskiej młodzieży (górny wiersz oznacza najwyżej punktowany obszar).

		GRUPA 1	GRUPA 2	GRUPA 3	GRUPA 4
Obszary zdrowia psychicznego	1	rodzina	przyszłość	stres szkolny	relacje z innymi
	2	stres	szkoła	zadowolenie z życia	stres
	3	szkoła	stres	rodzina	szkoła
	4	przyszłość	relacje z innymi	samopoczucie	rodzina
	5	styl życia	zadowolenie z życia	jakość życia	osobowość
	6	głód	sen	aktywność fizyczna	emocje
	7	relacje z innymi	wygląd	relacje z innymi	dolegliwości zdrowotne
	8	zadowolenie z życia	dolegliwości zdrowotne	równieśnicy	jakość życia
	9	dolegliwości zdrowotne	rodzina	wyzwania życiowe	zadowolenie z życia
	10	Internet	pogoda	choroby psychiczne	
	11	sport		dolegliwości zdrowotne	
	12			Internet	

Kolejne grupy warsztatowe wskazały odpowiednio 11, 10, 12 i 9 obszarów związanych ze zdrowiem psychicznym. Wśród najważniejszych pięciu obszarów zdrowia psychicznego, które były wysoko oceniane w każdej z grup znalazł się **stres** (w jednej z grup określany jako stres szkolny). W trzech z czterech badanych grup wysoką pozycję zajął obszar związany z **rodziną**, również w trzech grupach był to obszar związany ze **szkołą**. W dwóch grupach wśród najważniejszych pięciu obszarów znalazły się **relacje z innymi**, **zadowolenie z życia** i **obszar związany z przyszłością**. Warto zwrócić uwagę, że troska o przyszłość była ważnym obszarem wpływającym na zdrowie psychiczne w grupach młodzieży, która kończyła edukację w szkole gimnazjalnej.

Uwarunkowania zdrowia psychicznego

Kolejną część warsztatu stanowiła dyskusja dotycząca obszarów związanych ze zdrowiem psychicznym, które w opinii młodzieży mogą zwiększać potencjał zdrowotny (czynniki chroniące) lub wpływać na pogorszenie zdrowia psychicznego (czynniki ryzyka). Analizę prowadzono w oparciu o metodologię SWOT. Zadaniem młodzieży było określenie czynników wewnętrznych (indywidualnych, osobistych) i zewnętrznych (związanych ze środowiskiem życia), które wpływają na poprawę/ pogorszenie zdrowia psychicznego.

W związku z nawiązaną dyskusją uczniowie zauważyli, że mają wpływ na wiele czynników, które warunkują dobre samopoczucie i satysfakcję życiową. Jako mocne strony uczniowie wymienili: pozytywne podejście do życia, optymizm, pewność siebie, inteligencję oraz odporność psychiczną jako filary pomagające utrzymać zdrowie psychiczne. Słabymi stronami były natomiast wrażliwość, która prowadzi do nadmiernego przejmowania się, nieśmiałość, pesymizm, stronienie od nawiązywania relacji społecznych oraz nieodpowiednie postrzeganie siebie – kompleksy, w powiązaniu z silnym utożsamianiem własnej wartości z opinią innych osób.

Czynnikami zewnętrznymi, które według badanych przyczyniają się do utrzymania zdrowia psychicznego jest w głównej mierze otoczenie - relacje (przyjaciele, wsparcie rodziny, zaufane osoby) oraz pasje w życiu. Jako elementy stwarzające zagrożenie dla potencjału zdrowotnego najczęściej wymieniono presję otoczenia, brak akceptacji, brak wsparcia oraz przejawy nękania (wyśmiewanie, dokuczanie) wśród rówieśników.

Uczestnicy warsztatów zastanawiali się również, które z wymienianych obszarów są pomijane (niedostatecznie akcentowane) w badaniach zdrowia psychicznego młodzieży, czy też w działaniach edukacyjnych i profilaktycznych kierowanych do młodych ludzi. Na podstawie czynników, które zostały uznane za najważniejsze, młodzież poproszono o sformułowanie wskazówek dotyczących obszarów osobistych i społecznych wymagających wzmocnienia lub poprawy. Propozycje młodzieży przedstawiono w Tabeli 8.

TABELA 8. Najważniejsze obszary związane ze zdrowiem psychicznym wymagające wzmocnienia lub poprawy.

	POLSKA	PORTUGALIA
czynniki wewnętrzne (indywidualne)	• pozytywne odejście od życia • rozwijanie optymizmu • praca nad pewnością siebie • okazywanie empatii • inteligencja • rozwijanie pasji i dążenie do celu • przeciwdziałanie nieśmiałości • nieizolowanie się od innych • uczenie się gospodarowania czasem • czas na odpoczynek	• mniej niepokoju • zwiększenie zaufania • ograniczone wykorzystanie nowoczesnych technologii • lepsza komunikacja z najbliższymi • okazywanie empatii • równowaga emocjonalna • uprawianie sportu • muzyka
czynniki zewnętrzne (środowiskowe)	• przyjaciele • wsparcie i akceptacja rodziny • zaufane osoby • zmiana systemu oceniania w szkole • mniejsza presja otoczenia i szkoły • zapobieganie nękanii (dręczeniu)	• troska ze strony służby zdrowia (psychologów) • wsparcie społeczne • potrzeba wdrożenia nowych narzędzi do pomiaru zdrowia psychicznego • zasoby do uprawiania sportu • polityczna uczciwość • zielone przestrzenie • lepsze szkolenia dla specjalistów • mniej presji i stresu w szkole • lekcje zdrowia psychicznego w szkole • zmniejszenie godzin lekcyjnych • konsultacje psychologiczne

Uwagi dotyczące przebiegu badań

Uczestnicy byli aktywni i zaangażowani w rozwiązywanie kolejnych problemów. Odpowiedzi młodzieży były odkrywcze i odnosiły się do sytuacji, w jakiej aktualnie się znajdują (np. ostatni rok w szkole w przypadku uczniów ostatnich klas gimnazjum w Polsce). Uczniowie zadawali pytania, brali aktywny udział w dyskusji, udzielali odpowiedzi aż do samego

końca wyznaczonego czasu pracy w grupach. Należy podkreślić, że uczestnicy wywiadów grupowych byli niezwykle pozytywnie i entuzjastycznie nastawieni do udziału w zajęciach. Dzieląc się opiniami i odczuciami z udziału w warsztatach podkreślali, że zajęcia były dla nich bardzo wartościowe.

Wybrane wypowiedzi uczestników

- *„Szczególnie przyszłość i myślenie o niej ma dla nas znaczenie i wpływ, kiedy jesteśmy w 3 klasie i stoimy przed wyborem szkoły...”* – uczennica klasy III, 16 lat, Polska
- *„Pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne nastolatków mają takie rzeczy, jak obecność bliskich w rzeczywistości - nie w Internecie, wsparcie od rodziców, nie używanie przekleństw, bycie miłym (...)”* – uczennica klasy III, 15 lat, Polska
- *„Wpływ na zdrowie psychiczne ma też to czy ktoś ma więcej niż ja, ktoś jest lepszy - kompleksy.”* – uczeń klasy II, 14 lat, Polska

WNIOSKI

Wyniki uzyskane w toku badania jakościowego stanowiły podstawę do zaprojektowania kwestionariusza ankiety do badania ilościowego oraz wskazały kierunek analiz wyników badań ilościowych. Wymieniane przez młodzież propozycje poprawy niektórych obszarów związanych ze zdrowiem psychicznym stanowią wartościowe źródło wiedzy dla samej młodzieży, jak i specjalistów (psychologów, nauczycieli, pedagogów), badaczy oraz instytucji pracujących na rzecz młodzieży.

Według młodzieży, tematyka związana a ich zdrowiem psychicznym bardzo rzadko jest przedmiotem działań edukacyjnych w szkole i troski najbliższego otoczenia (rodziców, nauczycieli). Nastolatki wymieniają wiele problemów, z którymi zmagają się w codziennym życiu. Podkreślają, że każda okazja do rozmowy na temat własnych uczuć i potrzeb, zastanowienia się nad przyczynami trudności i sposobami ich przezwyciężania stanowi ważne źródło wiedzy o nich samych i wpływa na poprawę ich zdrowia psychicznego.

Największym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego młodzieży w opinii badanych nastolatków jest stres, zwłaszcza związany ze szkołą i nauką w szkole. Przyczyny podwyższonego stresu młodzież wiąże z nadmiarem obowiązków, presją otoczenia i zwiększonymi wymaganiami, z którymi często nie potrafi sobie poradzić.

Sygnalizowanym problemem, który utrudnia nastolatkom radzenie sobie z emocjami w środowisku szkolnym jest brak możliwości skonfrontowania swoich odczuć. Badani zauważyli, że rozmowa z pedagogiem szkolnym często nie przynosi pożądanych efektów, ponieważ jej przebieg nie jest zgodny z ich oczekiwaniami. Jak wynika z doświadczeń badanych, pedago-

dzy nie zawsze są odpowiednio przygotowani do rozmów bazujących na emocjach. Eskalacja nerwów, postrzeganie wymagań jako nierealnych do spełnienia, pragnienie dorównania rówieśnikom, zmęczenie i brak pomysłu na projekcję swojej dalszej przyszłości stają się przyczynkiem do narastającej frustracji. Przewlekły stres, z którym na co dzień zmagają się młodzież oraz sposób radzenia sobie z nim przez nastolatków stają się jednym z ważniejszych aspektów, które decydują o późniejszym zdrowiu i dobrostanie psychicznym młodych dorosłych. Obszar ten stanowi zatem istotne pole eksploatacji badawczej w kontekście zdrowia nastolatków, stawiając przy tym nowe wyzwania w zakresie pedagogicznym.

ZWIĄZEK ODCZUWANIA STRESU Z SAMOPOCZUCIEM MŁODZIEŻY SZKOLNEJ W KONTEKŚCIE WYBRANYCH CZYNNIKÓW WARUNKUJĄCYCH – ANALIZA ILOŚCIOWA

WSTĘP

Zgodnie z założeniami projektu Improve the Youth zaplanowano w toku jego realizacji krótkie badania ilościowe własne, przeprowadzone na reprezentatywnej grupie młodzieży. Miały one stanowić podstawę analiz poszerzających wiedzę na temat zdrowia psychicznego nastolatków. Planując zakres tematyczny tego badania, wykorzystano wyniki analizy porównawczej młodzieży w Polsce i Portugalii oraz sugestie pochodzące od samej młodzieży uczestniczącej w zajęciach warsztatowych. Poszukiwano tematu lub grupy zagadnień, w odniesieniu do których istnieje luka badawcza, a jednocześnie ważnych z perspektywy samej młodzieży. Uznano też za optymalny temat, którego realizację ułatwiają narzędzia już dostępne w protokole realizowanych obecnie badań HBSC. Jest to zgodne z założeniem, że przez aktywne uczestnictwo młodzieży możemy ukierunkowywać analizy wyników badań HBSC.

Jako temat wiodący wybrano postrzeganie przez młodzież stresu. W obecnej edycji badań HBSC wprowadzono do protokołu tych badań pakiet opcjonalny dotyczący tego zagadnienia, który opiera się na pracach Cohena zainicjowanych ponad 30 lat temu.

Stres w literaturze jest często definiowany z perspektywy nauk biologicznych, jako reakcja układu nerwowego i endokrynologicznego na zagrożenia pochodzące ze środowiska zewnętrznego. W naukach humanistycznych i społecznych dużą popularność zdobyła poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu, wg Richarda Lazarusa i Susan Folkman (1984). W nawiązaniu do ich prac Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński (2010, s. 51) proponują definicję stresu, jako „określonej reakcji między osobą a otoczeniem, ocenianej jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi”. Oznacza to, że stres występuje, gdy zaistniała sytuacja przekracza możliwości poradzenia sobie.

Można założyć, że w okresie dorastania młodzi ludzie doświadczają wielu sytuacji stresujących. Badacze niemieccy spróbowali uszeregować stresory sygnalizowane przez młodzież,

bazując na danych uzyskanych od 350 nastolatków (Eppelman i in. 2016). Zastosowano kwestionariusz PQ (Problem Questionnaire), w którym wymienia się 64 sytuacje, mogące powodować stres w życiu codziennym. Ostatecznie wyróżniono siedem głównych grup problemów. Okazało się głównym źródłem stresu jest: postrzeganie przyszłości i szkoła. W dalszej kolejności wg hierarchii ważności wymieniane zostały: zajęcia w czasie wolnym, relacje z rówieśnikami, postrzeganie siebie, relacje z rodzicami i związki intymne.

Celem tego opracowania jest analiza częstości występowania nasilonego stresu w populacji polskich nastolatków w wieku 13-19 lat oraz wybranych uwarunkowań i skutków zdrowotnych.

BADANE OSOBY

Dane dotyczą 2004 uczniów w wieku 13-19 lat ankietowanych na terenie szkoły w okresie od grudnia 2017 roku do lutego 2018 roku. Badania ankietowe przeprowadzono w 114 klasach z 89 szkół różnych typów zlokalizowanych we wszystkich 16 województwach. Próba była zrównoważona po względem płci (1006 chłopców i 998 dziewcząt). Średni wiek badanych wynosił 15,45 lat ($SD=1,69$). Dla potrzeb dalszych analiz wyróżniono trzy grupy wieku, powiązane z typem szkoły, do której uczęszczała ankietowana młodzież. W szkołach podstawowych zbadano 744 uczniów, a średni wiek wynosił 13,60 lat ($SD=0,40$). W klasach gimnazjalnych zbadano 611 uczniów, a średni wiek wynosił 15,46 lat ($SD=0,44$). W Polsce, w ramach wdrażanej reformy edukacji, gimnazja są obecnie likwidowane, a w tych jeszcze istniejących uczą się tylko starsze roczniki uczniów. W liceach ogólnokształcących i technicach zbadano 649 uczniów, a średni wiek wynosił 17,56 lat ($SD=0,32$).

W badanej próbie było 60,3% mieszkańców miast oraz 39,7% mieszkańców wsi, co wskazuje na wskaźnik urbanizacji zbliżony do ogólnopolskiego. Mieszkańcy miast powyżej 100 tysięcy mieszkańców stanowili 20,4% ankietowanych.

KWESTIONARIUSZ I PROCEDURA BADANIA

Zastosowano kwestionariusz zawierający głównie pytania w protokołu badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Zgodnie z założeniami wniosku grantowego Erasmus Plus, zintegrowanie nowej edycji badań HBSC z tym projektem daje szansę oceny zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w szerszej grupie wieku, z uwzględnieniem starszej młodzieży, będącej u progu dorosłości (badaniami HBSC objęci są uczniowie wieku 11-15 lat). Kwestionariusz zawierał 18 pytań, dotyczących wybranych wskaźników zdrowia, zachowań ryzykownych i kontekstu społecznego: rodziny, szkoły i grupy rówieśniczej (aneks). Badania były prowadzone w szkołach metodą audytoryjną. Rodzice wyrażali zgodę na udział dziecka w badaniu ankietowym.

Pomiar stresu

Główną zmienną zależną była krótka skala stresu wg koncepcji Cohena (1983)², która jest szeroko stosowana w badaniach międzynarodowych. Skala ta jest znana w literaturze jako Short Form Perceived Stress Scale (PSS-4). Powstała, jako skrót wersji zawierającej 14 stwierdzeń, funkcjonującej od 1988 roku³. Większość powadzonych badań dotyczyła osób dorosłych.

Młodzież odpowiada na cztery pytania:

- *Jak często czuleś, że nie byłeś w stanie kontrolować ważnych rzeczy w swoim życiu?*
- *Jak często byłeś pewien, że jesteś zdolny, by poradzić sobie z osobistymi problemami?*
- *Jak często czuleś, że sprawy szły po Twojej myśli?*
- *Jak często czuleś, że nagromadziło się tyle problemów, że nie będziesz w stanie ich przezwyciężyć?*

Autorzy tego narzędzia przewidzieli pięć kategorii odpowiedzi: nigdy; prawie nigdy; czasami; dość często; bardzo często. W PSS-4 odpowiedzi na pytanie 1 i 4 (negatywne) kodowane były od 0 do 4 punktów, zgodnie z oryginalną kolejnością. Odpowiedzi na pytanie 2 i 3 (pozytywne) kodowe były od 0 do 4 punktów, ale w kolejności odwrotnej. Skala sumaryczna PSS-4 przyjmuje zakres 0-16 punktów, gdzie wyższa punktacja oznacza większe nasilenie stresu. Pytania powyższej skali okazały się zrozumiałe i akceptowane przez polskich nastolatków, ponieważ w analizowanej próbie uzyskano odpowiedzi na wszystkie cztery pytania od 98,4% ankietowanych (32 braki danych w co najmniej jednym pytaniu).

W świetle dostępnej nam wiedzy, nie określono punktów odcięcia wyznaczających mniejszy i większy poziom stresu na podstawie wyników PSS-4, mający potwierdzenie w badaniach klinicznych. W opracowaniu umownie uznano, że około 15-20% populacji jest bardziej obciążone stresem, co oznacza wynik 10-16 punktów. W grupie tej znalazło się 347 nastolatków (17,6%). Wydaje się, że tego typu podział ma uzasadnienie do analiz porównawczych.

W badanej próbie krótka skala stresu PSS-4 wykazuje dobre własności psychometryczne w populacji polskiej. Ma strukturę jednoczynnikową, a główny czynnik wyjaśnia 54,02% zmienności zmiennych pierwotnych. Ładunki na głównej składowej są zbliżone i wahają się od 0,706 do 0,763. Skala posiada też zadowalającą rzetelność na poziomie wskaźnika Cronbacha 0,713. Własności psychometryczne skali są lepsze u dziewcząt, niż u chłopców oraz lepsze u starszej, niż u młodszej młodzieży.

WYNIKI

Rozkład skali stresu w populacji polskiej

Badani uczniowie średnio uzyskali 6,50 punktów ($SD=3,22$) w skali PSS-4. Sheryl Wartting i in.⁴, bazując na badaniach angielskich, zauważyli, że średnie populacyjne są wyraźnie wyższe od znanych z wcześniejszych źródłowych badań amerykańskich Cohena. W badaniach angielskich uzyskano dla grupy młodzieży poniżej 18 roku życia średnią PSS-4 równą 6,66 ($SD=3,23$), a dla grupy 18-29 lat średnia PSS-4 równą 6,05 ($SD=3,16$). Wskazuje to na dużą zgodność z prezentowanymi danymi polskimi. Szersze porównania międzynarodowe i sugestie co do wartości normatywnych dla młodzieży będą dostępne po zakończeniu realizowanej obecnie kolejnej rundy badań HBSC, gdzie skala PSS-4, jako pakiet opcjonalny będzie prawdopodobnie zastosowana w wielu krajach.

W Tabeli 9 przedstawiono rozkład wartości PSS-4 w próbie polskiej z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania, jak również statusu materialnego rodziny. Zamożność rodziny mierzono, używając znanej z badań HBSC skali zasobów materialnych rodziny FAS (Family Affluence Scale), która przyjmuje zakres 0-13 punktów i została wcześniej opisana w rozdziale, porównującym subiektywną ocenę zdrowia młodzieży w Polsce i w Portugalii. Skala FAS została tu podzielona wg surowej punktacji na cztery przedziały, według punktów odcięcia: 4/5, 6/7 i 9/10 punktów. Średni poziom zamożności rodzin polskich nastolatków kształtuje się obecnie na poziomie 7,70 punktów ($SD=2,23$), co wskazuje na poprawę zamożności społeczeństwa w porównaniu z danymi HBSC z 2014 r. W grupach należących do czterech kategorii zamożności znalazło się odpowiednio: 7,6%, 22,0%; 49,8% oraz 20,6% ankietowanych. Pozytywnym zjawiskiem jest więc znaczące zmniejszenie się odsetka rodzin najbiedniejszych w porównaniu z danymi z 2014 r., kiedy w pierwszej kategorii było 17,1% ankietowanych.

Rozkład wartości PSS-4 w podgrupach młodzieży porównano statystycznie tylko na danych skategoryzowanych (tab. 9).

4 Warttig SL, Forshaw MJ, South J, White AK: New, normative, English-sample data for the Short Form Perceived Stress Scale (PSS-4). *Journal of Health Psychology* 29(13); 18(2): 1617-1628.

TABELA 9. Rozkład wartości PSS-4 w populacji polskiej (N=1972).

	ŚREDNIA	SD	> 9 PKT (%)	P*
Ogółem	6,50	3,22	17,6	
PŁEĆ				
chłopcy	5,70	3,01	10,3	<0,001
dziewczęta	7,31	3,23	24,9	
POZIOM NAUCZANIA (WIEK)				
szkoła podstawowa	6,21	3,04	13,2	<0,001
gimnazjum	6,49	3,23	17,8	
szkoła średnia	6,84	3,39	22,4	
ZAMIESZKANIE				
duże miasta	6,59	3,32	20,6	=0,039
średnie miasta	6,53	3,13	17,6	
małe miasta	6,58	3,33	19,2	
rejonys wiejskie	6,36	3,11	14,6	
ZAMOŻNOŚĆ RODZINY				
bardzo uboga	7,38	3,37	26,9	=0,021
raczej uboga	6,61	3,24	18,4	
przeciętna	6,41	3,18	16,4	
zamożna	6,31	3,26	17,3	

* test chi-kwadrat

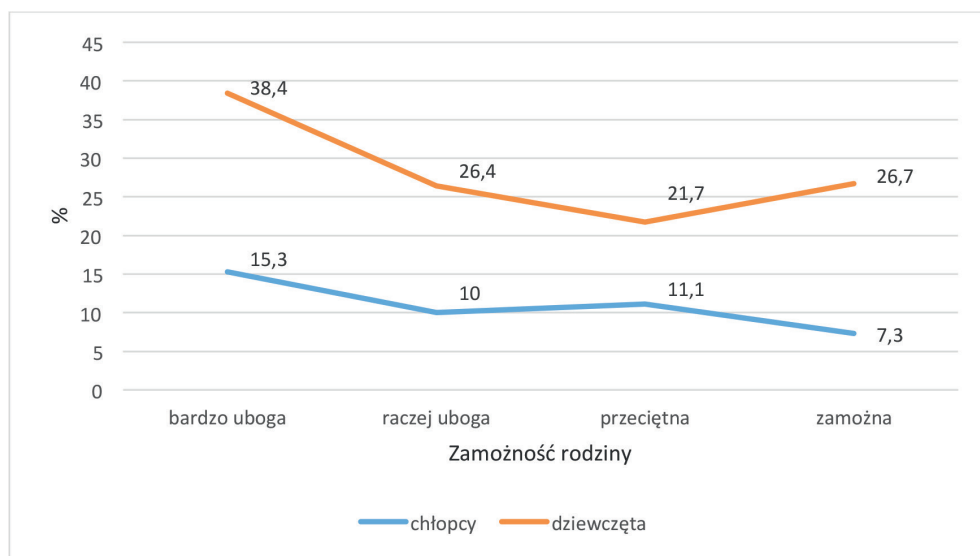
Poziom stresu jest wyraźnie większy u dziewcząt, niż u chłopców oraz zwiększa się z wiekiem. Jednak związek z wiekiem jest zauważalny tylko u dziewcząt. Pomiędzy 13 a 19 rokiem życia odsetek chłopców odczuwających wzmożony stres zwiększa się o około 5,3% u chłopców i o 12,5% u dziewcząt.

Słabo zarysowuje się korelacja między poziomem urbanizacji w miejscu zamieszkania, a nasileniem stresu. Najsilniejszy stres odczuwa młodzież zamieszkała w dużych miastach, a naj-słabszy – mieszkańcy mniejszych regionów (małe miasta i rejonys wiejskie nie różnią się).

Mimo uzyskania ogólnie istotnej zależności nie wykazano wyraźnego liniowego związku między stresem mierzonym skalą PSS-4, a zamożnością rodziny. Zdecydowanie najgorsze

wyniki osiąga tylko młodzież z rodzin najuboższych. Nie ma różnicy wynikającej z zamożności rodziny w trzech grupach z punktacją powyżej 4 punktów skali FAS.

Można zauważyć, że płeć modyfikuje związek między zamożnością rodziny a odczuwaniem stresu przez młodzież. U dziewcząt wyraźniej zarysowuje się negatywny wpływ wychowywania się w bardzo ubogiej rodzinie, a z drugiej strony bardzo zamożna rodzina nie stanowi czynnika chroniącego (w porównaniu z przeciętnie zamożną). U chłopców, odsetek odczuwających wzmożony stres nieznacznie i systematycznie maleje w kolejnych grupach zamożności - Ryc. 6.

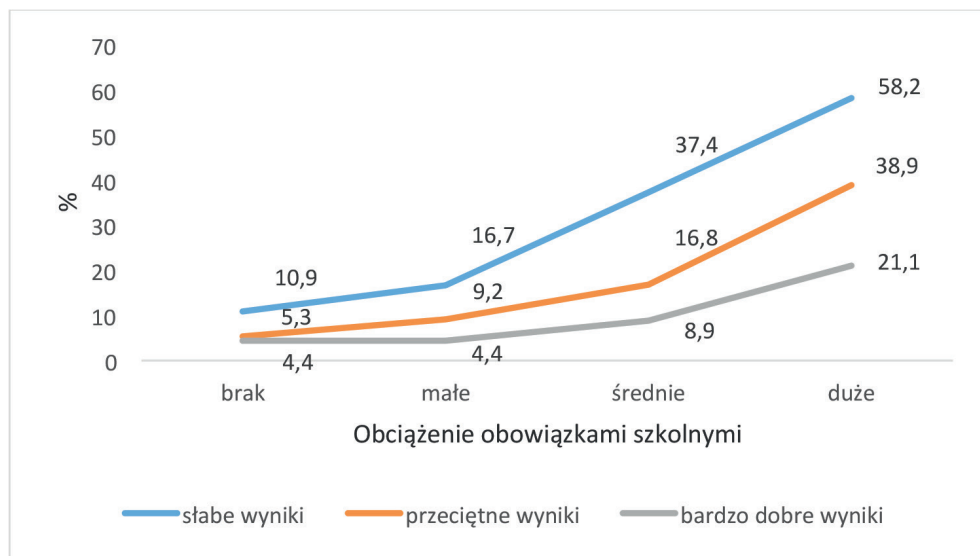


RYCINA 6. Odsetek chłopców i dziewcząt osiągających powyżej 9 punktów w skali PSS-4 według poziomu zamożności rodziny.

Stres a przystosowanie do szkoły

Badani uczniowie osiągalili wyższe, czyli mniej korzystne wyniki w skali PSS-4, jeśli bardziej czuli się obciążeni obowiązkami szkolnymi. W badaniach HBSC pytanie na temat obciążenia nauką jest od lat samo w sobie traktowane jako wskaźnik stresu, ale stresu szkolnego. Umiarkowany stres szkolny może mieć pozytywne znaczenie rozwojowe, mobilizując do nauki. Jednak, jak wynika ze wcześniejszych krajowych opracowań, stres szkolny jest w analizach wieloczynnikowych głównym predyktorem gorszej oceny zdrowia przez młodzież szkolną (Mazur, 2011).

W badanej obecnie próbie, przy bardzo niskim obciążeniu nauką średni indeks PSS-4 wynosił 4,88 (SD=3,15), wzrastając do 8,44 (SD=3,32) przy bardzo dużym obciążeniu obowiązkami szkolnymi. Zdecydowanie wyższe wartości w skali PSS-4 uzyskiwali uczniowie, którzy gorzej postrzegali swoje osiągnięcia w nauce. Przy bardzo dobrych ocenach średni indeks PSS-4 wynosił 5,60 (SD=3,04), wzrastając do 7,83 (SD=3,44) przy osiągnięciach w nauce zdecydowanie poniżej przeciętnej. Co więcej istotna okazała się interakcja między osiągnięciami w nauce i obciążeniem obowiązkami szkolnymi w ich łącznym oddziaływaniu na poziom PSS-4. Odsetek młodzieży, która osiągnęła wynik PSS-4 powyżej 9 punktów PSS-4 wahał się od 4,4% (bardzo dobry uczeń, nie odczuwa obciążenia obowiązkami szkolnymi do 58,8%, bardzo zły uczeń, znaczne obciążenie obowiązkami szkolnymi). Różnica między bardzo dobrymi i złymi uczniami w poziomie ogólnego stresu wynosi 6 punktów procentowych w grupie nie obciążonych obowiązkami szkolnymi i 37% w grupie bardzo obciążonych. – Ryc. 7.



RYCINA 7. Odsetek uczniów osiągających powyżej 9 punktów w skali PSS-4 według osiągnięć w nauce i obciążenia obowiązkami szkolnymi.

Stres a relacje rodzinne i z rówieśnikami

Wykazano, że wsparcie społeczne ze strony znaczących osób w otoczeniu może chronić przed nasileniem ogólnego stresu. Poziom wsparcia ze strony rodziny i ze strony kolegów badano dwoma skalami składającymi się z czterech stwierdzeń, punktowanymi od 0 do 24 punktów (dwa ostatnie bloki pytań kwestionariusza załączonego w aneksie). W obu przypadkach jako skrajne kategorie odcięto po około 25% badanych.

Po pierwsze, stwierdzono, że silna, wspierająca rodzina chroni nastolatków przez nadmiernym stresem szkolnym – Tab. 10. Porównując skrajne kategorie rodzin wykazano, że odsetek uczniów mających bardzo niekorzystne wyniki PSS-4 różni się o 24,5 punktów procentowych.

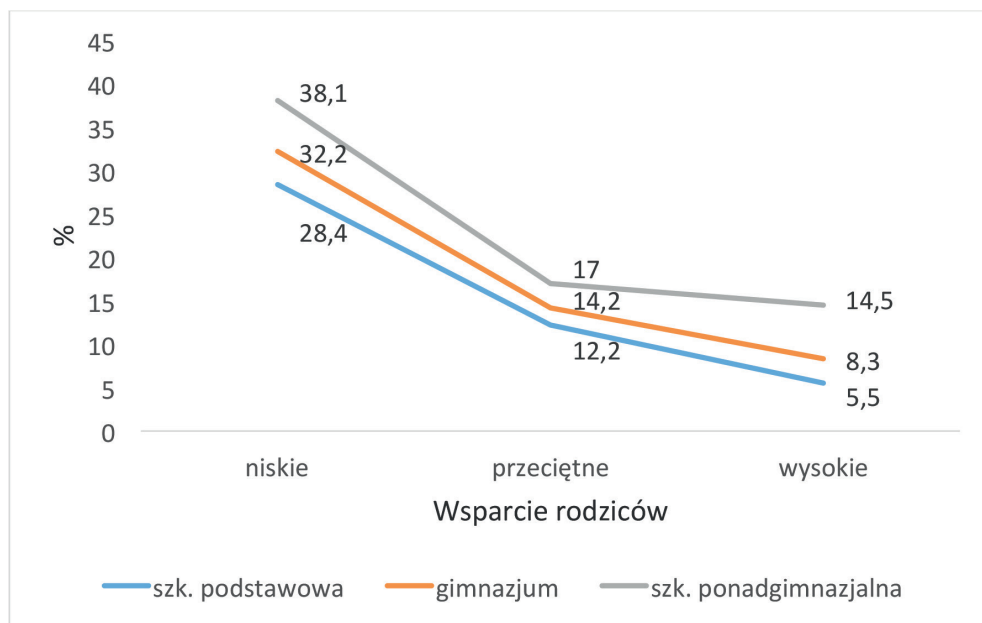
TABELA 10. Wartość PSS-4 w zależności od poziomu wsparcia ze strony rodziny i kolegów.

Poziom wsparcia	ŚREDNIA	SD	> 9 PKT (%)	P*
WSPARCIE RODZINY				
niskie	8,10	3,33	33,4	<0,001
przeciętne	6,35	2,90	14,3	
wysokie	5,27	3,08	8,9	
WSPARCIE RÓWIEŚNIKÓW				
niskie	7,53	3,34	25,8	<0,001
przeciętne	6,35	3,04	15,0	
wysokie	5,88	3,19	14,5	

* test chi-kwadrat

Efekt ochronny wsparcia ze strony kolegów i koleżanek zaznacza się słabiej, ale też jest istotny. Poprawa z przeciętnego do wysokiego poziomu wsparcia nie wiąże się już z dalszą redukcją ogólnego stresu, a skrajne kategorie różnią się o 10 punktów procentowych – Tab. 10.

Można zauważyć słabą interakcję między wsparciem ze strony znaczących osób, a wiekiem jako predyktorami poziomu ogólnego stresu. U młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych znaczenie wsparcia maleje w porównaniu z osobami młodszymi. Objawia się to wyraźnie mniejszą redukcją u starszej młodzieży przy przejściu z poziomu wsparcia przeciętnego do wysokiego - Ryc.8.



RYCINA 8. Odsetek uczniów osiągających powyżej 9 punktów w skali PSS-4 według poziomu nauczania i wsparcia ze strony rodziców.

Stres a subiektywna ocena zdrowia i zadowolenia z życia

Związek postrzeganego stresu z subiektywną oceną zdrowia można rozpatrywać z różnej perspektywy. Najczęściej przyjmuje się założenie, że nasilony stres może być przyczyną (a nie skutkiem) pogorszenia zdrowia. Stres i różnego rodzaju dolegliwości mogą jednak mieć wspólne przyczyny. Poniżej przedstawiono analizę związku stresu ze zdrowiem według tej samej konwencji, jak we wcześniejszych częściach tego opracowania. Porównywane są wskaźniki stresu (średnia i odsetek ocen podwyższonych) w grupach młodzieży różniącej się stanem zdrowia. Odsetek młodzieży osiągającej relatywnie wysokie wartości w skali PSS-4 sięga 50% w grupie zgłaszającej powtarzające się dolegliwości psychosomatyczne. Z drugiej strony, młodzież, która dobrze ocenia swoje zdrowie, jest bardzo zadowolona z życia i nie cierpi z powodu powtarzających się dolegliwości, stanowi grupę nie obciążoną stresem. Średnia indeksu PSS-4 jest w tej grupie najniższa, a odsetek osób, które uzyskały wynik powyżej 9 punktów kształtuje się na poziomie 6-8%.

TABELA 11. Wartość PSS-4 w zależności od subiektywnej oceny zdrowia.

Wskaźniki zdrowotne	ŚREDNIA	SD	> 9 PKT (%)	P*
SAMOOCENA ZDROWIA				
doskonale	4,90	3,06	8,1	<0,001
dobrze	6,24	2,92	12,8	
niezłe	8,43	3,18	37,7	
słabe	9,27	3,54	50,6	
POWTARZAJĄCE SIĘ** DOLEGLIWOŚCI SUBIEKTYWNE				
wcale	5,53	2,77	8,2	<0,001
1 symptom	6,74	2,92	16,7	
2 symptomy	8,02	3,26	32,2	
3 lub więcej	9,37	3,22	49,8	
ZADOWOLENIE Z ŻYCIA				
małe	9,25	3,04	44,7	<0,001
przeciętne	6,34	2,72	12,8	
wysokie	4,59	2,88	6,1	

* test chi-kwadrat; **dolegliwości prawie codziennie

TABELA 12. Odsetek młodzieży w wieku 13-19 lat odczuwającej częściej niż 1 raz w tygodniu lub codziennie wymienione dolegliwości w zależności od poziomu stresu wg PSS-4.

Symptom	OGÓŁEM	OGÓŁEM		CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
		NISKI STRES	WYSOKI STRES	NISKI STRES	WYSOKI STRES	NISKI STRES	WYSOKI STRES
Ból głowy	17.1	13.5	33.9	7.9	22.7	30.0	38.4
Ból brzucha	11.1	8.7	22.3	5.2	22.1	12.8	22.4
Ból pleców	13.9	11.7	24.0	8.8	21.5	15.0	25.0
Zmęczenie	61.2	55.6	88.6	48.3	84.7	64.0	90.1
Przygnębiecie	27.8	18.9	69.4	15.1	69.7	23.2	69.3
Rozdrażnienie lub zły humor	34.4	26.4	71.6	23.1	70.7	30.3	72.0
Zdenerwowanie	42.9	35.9	75.8	33.5	77.8	38.8	75.0
Trudności w zasypianiu	27.7	23.8	46.2	22.2	43.9	25.6	47.2
Zawroty głowy	12.3	8.9	27.7	5.5	25.5	12.9	28.6

Zależność odwrotną (potencjalny wpływ stresu na zdrowie) można na przykład prześledzić na przykładzie częstości występowania powtarzających się dolegliwości. W Tabeli 12 przedstawiono odsetki nastolatków, którzy prawie codziennie odczuwają te dolegliwości w zależności od poziomu stresu wg skali PSS-4, osobno dla chłopców i dziewcząt.

Osiem symptomów tworzy znaną z badań HBSC skalę SCL (symptoms checklist), a zmęczenie zostało do tej listy dodane, jako dolegliwość często sygnalizowana przez uczącą się młodzież.

Wszystkie wymienione dolegliwości częściej występują wśród dziewcząt, niż wśród chłopców. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę poziom stresu to różnice zależne od płci utrzymują się tylko w grupie nastolatków, którzy osiągają niskie wartości w skali PSS-4. Przy wysokim stresie (>9 punktów) chłopcy i dziewczęta przeważnie odczuwają te dolegliwości z podobną częstością.

Stres a zachowania ryzykowne

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że wzmożony stres może sprzyjać podejmowaniu zachowań ryzykownych przez nastolatków. Poniżej przeanalizowano tylko jeden wskaźnik związany z nadużywaniem alkoholu.

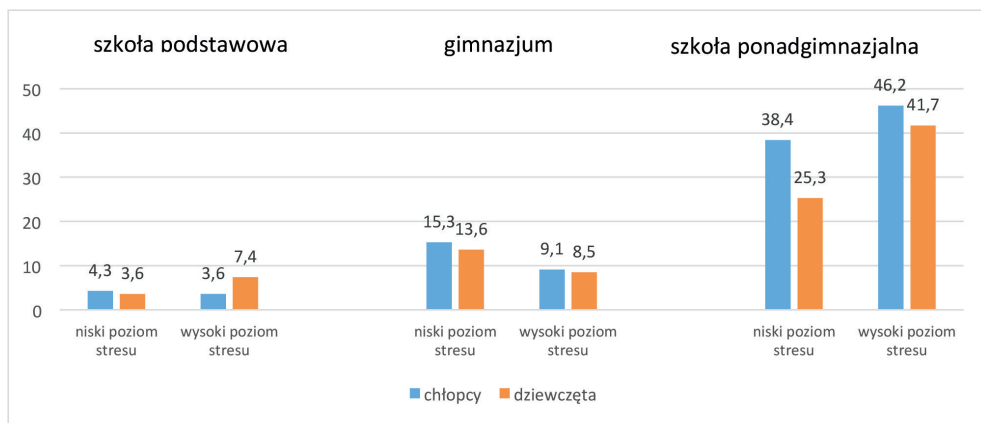
W Tabeli 13 przedstawiono częstość upijania się w zależności od poziomu stresu, osobno dla obu płci. Ogólnie, w ostatnim miesiącu przed ankietyzacją upiło się co najmniej 1 raz 18,6%

chłopców oraz 15,7% dziewcząt. Częstość upijania się jest większa u młodzieży mającej wysokie poczucie stresu, a siła związku jest większa u dziewcząt. W grupie osiągającej wysokie wartości PSS-4 odsetek abstynentów jest wyraźnie niższy.

TABELA 13. Epizody upicia się (%) w ostatnich 30 dniach w zależności od poziomu stresu.

Epizody upicia się	OGÓŁEM		CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA	
	NISKI STRES	WYSOKI STRES	NISKI STRES	WYSOKI STRES	NISKI STRES	WYSOKI STRES
Nigdy	84,1	77,8	81,9	Nigdy	84,1	77,8
1 raz	10,0	15,5	10,4	1 raz	10,0	15,5
2-3 razy	3,6	4,3	4,3	2-3 razy	3,6	4,3
4 lub więcej razy	2,3	2,4	3,4	4 lub więcej razy	2,3	2,4
P	0,014		0,219		0,022	

Odsetek młodzieży nadużywającej alkoholu wyraźnie zwiększa się z wiekiem. W trzech kolejnych grupach wieku w ostatnim miesiącu przed ankietyzacją upiło się co najmniej raz odpowiednio 4,4%, 13,7% i 35,1% ankietowanych.

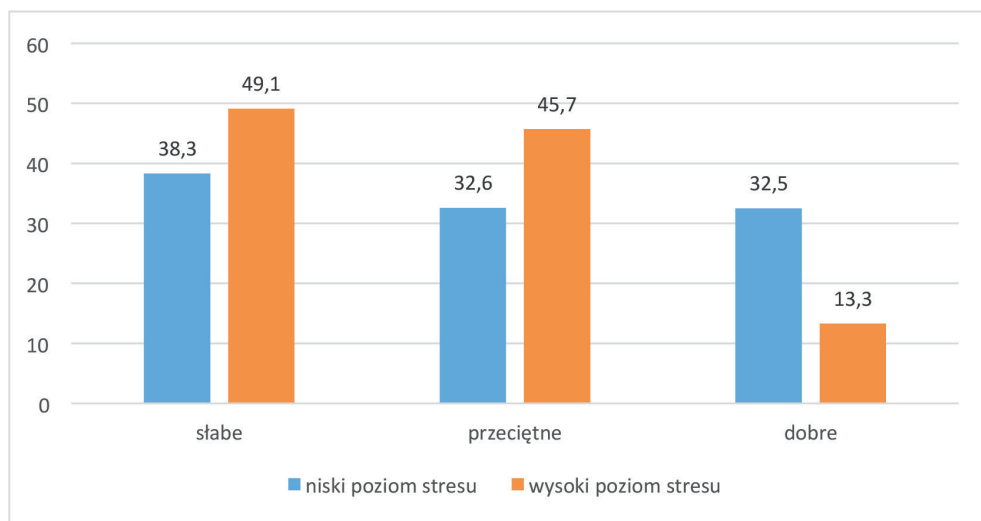


RYCINA 9. Odsetek młodzieży, która upiła się co najmniej 1 raz w ostatnich 30 dniach wg płci, poziomu stresu i typu szkoły.

Odsetki nadużywających alkoholu chłopców i dziewcząt są podobne w większości grup wyróżnionych ze względu na wiek i poziom stresu. Istotna różnica związana z płcią notowana

jest w najstarszej grupie, ale tylko przy niskim poziomie stresu. W liceach i technikach, w grupie która osiągnęła powyżej 9 punktów w skali PSS-4 upiło się w ostatnim miesiącu 46,2% chłopców i 41,7% dziewcząt.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, że poziom stresu moderuje związek między nadużywaniem alkoholu, a płcią i wiekiem. Istotną różnicę na niekorzyść osób odczuwających wzmożony stres zanotowano tylko u starszych dziewcząt. W środkowej grupie (koniec gimnazjum) częściej upijają się nawet osoby (chłopcy i dziewczęta) wolne od stresu (choć nie są to różnice znaczące). By może ważnym czynnikiem wpływającym na tę zależność jest stosunek do obowiązków szkolnych, co wymaga pogłębionych badań. W zebranych materiale w środkowej grupie wieku (gimnazjum) nie był osób bardzo dobrze uczących się i odczuwających wzmożony stres. Ciekawa jest natomiast zależność między skłonnością do upijania się, osiągnięciami w nauce i odczuwanym stresem w najstarszej grupie wieku (liceum lub technikum). U względnie gorszych uczniów stres wiąże się ze zwiększoną skłonnością do upijania, a u lepszych uczniów ze zmniejszoną.



RYCINA 10. Odsetek uczniów szkół ponadgimnazjalnych, którzy upili się co najmniej 1 raz w ostatnich 30 dniach wg poziomu stresu i osiągnięć w nauce.

PODSUMOWANIE

W świetle dostępnej nam wiedzy jest to pierwsze w Polsce opracowanie, w którym omówiono częstość występowania, warunkowania i skutki zdrowotne stresu w populacji polskiej młodzieży szkolnej. Dane dotyczą grupy ponad dwóch tysięcy uczniów ankietowanych na przełomie lat 2017/18 w szkołach różnych typów zlokalizowanych we wszystkich województwach. Wyniki badań wskazują, że narażenie na stres wzrasta wraz z wiekiem oraz jest większe u dziewcząt, niż u chłopców. Dodatkowymi czynnikami ryzyka są: słabe osiągnięcia w nauce, zamieszkiwanie w dużym mieście i niska zamożność rodziny. Wysoki poziom wsparcia ze strony rodziny i kolegów wpływa na redukcję stresu. Poziom stresu wykazuje też istotny związek z innymi wskaźnikami zdrowia fizycznego i psychicznego. Powinien więc być ważnym analizowanym wskaźnikiem zagrożeń zdrowia psychicznego nastolatków. Świadomość wpływu stresu na zdrowie, jak również znajomość najczęstszych stresorów i metod radzenia sobie w obliczu obciążeń zagrażających zdrowiu psychicznemu, powinny być elementem edukacji zdrowotnej.

WYKAZ SKRÓTÓW I AKRONIMÓW

- HBSC** Badanie zachowań zdrowotnych u dzieci w wieku szkolnym
(ang. Health Behaviour in School-aged Children)
- UNICEF** Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci
(ang. United Nations Children's Fund)
- WHO** Światowa Organizacja Zdrowa (ang. World Health Organization)
- WMA** Światowe Towarzystwo Medyczne (ang. World Medical Association)

BIBLIOGRAFIA

- Aanesen, F., Melan, E., & Torp, S. (2017). Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 389-396. doi: 10.1177/1403494817690940
- Aaroe, L. E. and Wold, B. (1993). Health behaviour in school aged children. A WHO cross-national survey. Research protocol for the 1985-86 study. University of Bergen, Norway, 1986.
- Abubakar, A., Vijver, F., Alonso-Arbio, I., He, J., Adams, B., Aldhafri, S., Aydinli-Karakulak, A., Arasa, J., Boer, D., Celenk, O., Dimitrovass, R., Ferreira, M. C., Fischer, R., Mbebeb, F. E., Frías, M. T., Fresno, A., Gillath, O., Harb, C., Handani, P., Hapunda, G., Kamble, S., Koscic, M., Looh, J. L., Mazrui, L., Mendia, R. E., Murugami, M., Mason-Li, M., Pandia, W. S., Perdomo, C., Schachner, M., Sim, S., Spencer, R., Suryani, A., & Tair, E. (2016). Measurement invariance of the brief multidimensional student's life satisfaction scale among adolescents and emerging adults across 23 cultural contexts. *Journal of psychoeducational assessment*, 34(1), 28-38. doi: 10.1177/0734282915611284
- Bailis, D. S., Segall, A., & Chipperfield, J. G. (2003). Two views of self-rated general health status. *Social science & medicine*, 56, 203-217.
- Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F., Sesma, A. (2006). Positive Youth development: Theory, research and application. In W. Damon, R.M., Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology*, (6th ed., pp. 894-941). New York: Wiley.
- Berman AH, Liu B, Ullman S, Jadbäck I, Engström K (2016) Children's Quality of Life Based on the KIDSCREEN-27: Child Self-Report, Parent Ratings and Child-Parent Agreement in a Swedish Random Population Sample. *PLoS ONE* 11(3): e0150545. doi:10.1371/journal.pone.0150545
- Boardman, J. D. (2006). Self-rated health among U.S. adolescents. *Journal of adolescent health*, 38(4), 401-408. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.01.006.
- Bombak, A. E. (2013). Self-rated health and public health: a critical perspective. *Frontiers in public health*. doi: 10.3389/fpubh.2013.00015.

Branquinho, C., Matos, M.G., & Equipa Aventura Social/Dream Teens (2016). “Dream Teens”: Uma geração autónoma e socialmente participativa. In A. Marques Pinto, & R. Raimundo (Co-ord.). *Avaliação e Promoção de Competências Socioemocionais em Portugal*, 17, (pp. 421-440). Coisas de Ler: Lisboa.

Branquinho, C., & Matos, M.G. (2018, in press). The Dream Teens project: from youth voice empowerment to junior research specialists. *Prospecting advanced research in health, education and social sciences. Proceedings Conference, Sibiu, Romania, February 2018*

Breidablik, H., Meland, E., & Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 12-20.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (2006). The bioecological model of human development. In: Lerner RM, Damon W, eds. *Handbook of Child Psychology, Volume 1: Theoretical Models of Human Development*, pp. 793-828. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Cavallo, F., Dalmasso, P., Ottová-Jordan, V., i in. (2015). Trends in life satisfaction in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in over 30 countries. *The European Journal of Public Health*, 25, 80-2. doi: 10.1093/eurpub/ckv014

Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T., & Lemma, P., 2006. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of life Research*, 15, 1577-1585.

Collier, J., MacKinlay, D., & Phillips, D. (2001). Norm values for the Generic Children’s Quality of Life Measure (GCQ) from a large school-based sample. *Quality of life research*, 9, 617-623.

Corte-Real, N., Balaguer, I., Dias, C., Corredeira, R., & Fonseca, A. M. (2008). Perceived health and health related behaviours of Portuguese adolescents: an analysis by sex and age. *Revista brasileira em promoção de saúde*, 21(3), 209-218.

Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2014). A short form Portuguese version of youth self-report. *Journal of child and family studies*, 23, 1114-1127. doi: 10.1007/s10826-013-9770-x.

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R & Todd J (eds.) (2000) Health and health behaviour among young people (Health Policy for Children and Adolescents, No.1). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. and Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.

Currie, C. et al (eds.) (2004) Young People’s Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey, (Health Policy for Children and Adolescents, No.4). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A & Barnekow V (eds.) (2008) Inequalities in young people’s health: HBSC international

report from the 2005/06 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., ... Barnekow, V. (2012a). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Currie, C. i in. eds. (2012b). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselzka, Z., & Wild, F. (2014). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/2014 survey*. St Andrews, UK: Child and Adolescent Health Research Unit.

Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being - Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.

Eppelmann L, Parzer P, Lenzen C, Bürger A, Haffner J, Resch F, Kaess M (2016). Stress, coping and emotional and behavioral problems among German high school students. *Mental Health & Prevention*; 4: 81–87.

Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., Morgan, A., Ravens-Sieberer, U. and Matos, M.G. in the HBSC Positive Health Focus Group (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KID-SCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, 54, 160-166. dx.doi.org/10.1007/s00038-009-5407-7

Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O youth self-report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79–96.

Frasquilho, F., Gaspar de Matos, M., Neville, F., Gaspar, T., & Caldasde Almeida, JM. (2016). Parental unemployment and youth life satisfaction: moderating roles of satisfaction with family life. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3214-3219. doi: 10.1007/s10826-016-0480-z

Frasquilho, D., Ozer, E.J., Ozer, E.M., Branquinho, C., Camacho, I., Reis, M., Tomé, G., Santos, T., Gomes, P., Cruz, J., Ramiro, L., Gaspar, T., Simões, C., Piatt, AA., Holsen, I., & Gaspar de Matos, M. (2016). Dream Teens: Adolescents-Led Participatory Project in Portugal in the Context of the Economic Recession. *Health Promotion Practice*, July 27, pii: 1524839916660679. [Epub ahead of print].

Gaspar, T., & Matos, M. (Ed.) (2008). *Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52: Instrumentos de Qualidade de Vida para Crianças e Adolescentes* [Portuguese Version of KID-SCREEN Instruments of Quality of Life in Children and Adolescents]. Lisbon, Portugal: Faculdade Motricidade Humana.

Gibson, F. (2007). Conducting focus groups with children and young people: Strategies for success. DOI: 10.1177/1744987107079791

Gilman, R., & Huebner, E. S. (2000). Review of life satisfaction measures for adolescents. *Behaviour change*, 17(3), 178-983.

Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., & Herich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality life research*, 16, 969-979. doi: 10.1007/s11136-007-9205-5

Grant, Wardle, & Steptoe (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International journal of behavioral medicine*, 16(3), 259-268. doi: 10.1007/s12529-009-9032-x

Griebler, R., Molcho, M., & Samdal, O. (2010). *Health Behaviour in School-Aged Children: World Health Organization Cross-National Study*. Research Protocol for the 2009/2010 Survey. Edinburgh: CAHRU.

Haranin, E. C., Huebner, E. S., & Suldo, S. M. (2007). Predictive and incremental validity of global and domain-based adolescents life satisfaction reports. *Journal of psychoeducational assessment*, 25(2), 127-138. doi: 10.1177/0734282906295620

Haranin, E. C., Huebner, E. S., & Sulso, S. M. (2007). Predictive and incremental validity of global and domain-based adolescent life satisfaction reports. *Journal of psychoeducational assessment*, 25(2), 127-138. doi: 10.1177/0734282906295620

Haugland, H., & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence— Reliability and validity of survey methods. *Journal of adolescence*, 24, 611-624. doi:10.1006/jado.2000.0393

Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E., & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11, 4-10.

Hetland, J., Torsheim, T., Aarø, L.E. (2002). Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 223-30.

Huebner, E. S. (1991b). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-240.

Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6, 149-158.

Huebner, E. S., Suldo, S., Valois, R. F., Drane, J. W., & Zullling, Z. (2004). Brief multidimensional students' life satisfaction scale: sex, race, and grade effects for – a high school sample. *Psychological reports*, 94, 351-356.

Idler, E., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.

Inchley J i in. eds. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7).

Institute for Applied Research in Youth Development, Tufts University (2016). *PYD-SF Official Report - The Creation and Validation of Short and Very Short Measures of PYD*. Meldford, USA. Retrieved from: <http://ase.tufts.edu/iaryd/documents/4HpydResources/PYD-SFOfficialReport.pdf>

Kia-Keating, M., Dowdy, E., Morgan, M., & Noam, G. (2010). Protecting and Promoting: An Integrative Conceptual Model for Healthy Development of Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 48*, 220-228. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.08.006

King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. and Harel, Y. (1996). *The health of youth. A Cross-National Survey*. Canada: WHO Regional Publications. European Series No 69.

Laftman, S. B., & Modin, B. (2012). School-performance indicators and subjective health complaints: are there gender differences? *Sociology of health & illness, 34*(4), 608-625. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01395.x

Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.

Lent, R. W., Taveira, M. C., Sheu, H., & Singley, D. (2009). Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: a longitudinal analysis. *Journal of vocational behavior, 74*, 190-198.

Lippman, L. H., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive indicators of child well-being: A conceptual framework, measures and methodological issues. *Applied Research Quarterly, 6*, 425-449.

Mackniht, C. G., Huebner, E. S., & Sulso, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the schools, 36*(6), 677-687. doi: 10.1002/pits.10062

Manderbacka, K. (1998). Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scand J Soc Med, 26*(2): 145-153. PMID: 9658515.

Martinsen, K. D., Neumer, S., Holen, S., Waaktaar, T., Sund, A. M., & Kendall, P. C. (2016). Self-reported quality of life and self-esteem in sad and anxious school children. *BMC Psychology, 4*(45). doi: 10.1186/s40359-016-0153-0.

Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J.L., & Lopez, S. J. (2007). Validation of a Portuguese *Version of the Students' Life Satisfaction Scale*. *Applied research in quality of life, 2*, 83-94.

Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *Aventura Social & Saúde, Relatório do Estudo HBSC 2014 - A saúde dos adolescentes portugueses em Tempos de Recessão, Dados Nacionais do Estudo HBSC 2014 - [Social Adventure & Health: Report of the study HBSC 2014 - Portuguese Adolescents's Health in Times of Recession - National data from the Study HBSC 2014]*. Centro Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; FMH/UTL: Lisboa.

Matos, M.G., & Equipa Aventura Social (2000-2014). *Aventura Social & Saúde, A saúde dos adolescentes portugueses - Relatórios Nacionais do Estudo HBSC 2000, 2002, 2006, 2010, 2014 [Social Adventure & Health: Portuguese Adolescents's Health - Final report from HBSC 2000, 2002, 2006, 2010, 2014 Study]*. Lisboa: Centro Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, FMH/UTL.

Matos, M.G., Gaspar, T., Simões, C., Borges, A., Camacho, I., Tomé, G., Ferreira, M., Reis, M., Santos, T., & Equipa Aventura Social (2012a). *Relatório do Estudo KIDSCREEN 2010 e 2006 - Qualidade de Vida e Saúde em Crianças e Adolescentes*. [Report of the study KIDSCREEN 2010 and 2006 - Quality of Life and Health in Children and Adolescents]. FMH/UTL: Lisboa.

Matos, M.G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Reis, M., Gaspar, T., Veloso, S., Loureiro, N., Borges, A., Diniz, J. and Equipa Aventura Social (2012b). *Aventura Social & Saúde, A Saúde dos adolescentes portugueses – Relatório Final do Estudo HBSC 2010* [Social Adventure & Health: Portuguese Adolescents's Health - Final report from HBSC 2010 Study]. Lisboa: Centro Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL; FMH/Universidade Técnica de Lisboa. Web site: www.aventurasocial.com

Matos, M.G., Branquinho, C., Cruz, J., Tomé, G., Camacho, I., Reis, M., Ramiro, L., Gaspar, T., Simões, C., Frasquilho, D., Santos, T., Gomes, P., & Equipa Aventura Social (2015). Dream Teens: Adolescentes autónomos, responsáveis e participantes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente/ Journal of Child and Adolescent Psychology*, 6(2), 47-58.

Matos, M.G., Camacho, I., Reis, M., Costa, D., Galvão, D., & Adventure Social Team (2016). Worries, coping strategies and well-being in adolescence: highlights from HBSC study in Portugal. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1080/17450128.2016.1220655>

Matos, M.G., & Simões, C. (2016). From Positive Youth Development to Youth's Engagement: the Dream Teens. *The International Journal of Emotional Education*, 8(1), 4-18.

Mazur J (eds.) (2011). Związek między osiągnięciami w szkole a dolegliwościami subiektywnymi młodzieży 15-letniej na tle szerszych uwarunkowań środowiskowych. [w:] Mazur J. (red.) Wyniki badań HBSC 2010.

Mazur, J. (eds.). (2014). Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

Meade, T., & Dowswell, E. (2015). Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison. *Quality of life research*, 24, 2933-2938. doi: 10.1007/s11136-015-1033-4

Meade, T., & Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: a three year longitudinal study. *Health and quality of life outcomes*, 14. doi: 10.1186/s12955-016-0415-9

Michalos, A. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65, 27-72.

Mitchie, S., Stralen, M. & West, R. (2011). The Behaviour Change Wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sciences*, 6, 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42

Moore, K. A., Lippman, L., & Brown, B. (2004). Indicators of child well-being: The promise for Positive Youth Development. *Annals of the American Academy of Political and Social Science. Special Issue: Positive Development: Realizing the Potential of Youth*, 591, 125-145.

Morgan, A., Haglund, B.J. (2009). Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study. *Health Promotion International*, 24(4), 363-72.

Muldoon, J., Levin, K., van der Sluijs, W., & Currie, C. (2010). *Validating mental well-being items of the Scottish health behaviour in school-aged children (HBSC) survey*. Edinburgh: University of Edinburgh.

Neto, F. (2001). Satisfaction with life among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of youth and adolescence*, 30(1), 53-67.

OECD (2013). *Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. OECD Publishing.

OECD. Making mental health count: the social and economic costs of neglecting mental health care. Paris: OECD; 2014. Consulted in 4th February 2018: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>

Ogińska-Bulik N, Juczyński Z (2010). Osobowość, stres a zdrowie. Difin DA, Warszawa (wydanie 2 uzupełnione).

O'Hare, W. P. (2012). Development of the child indicator movement in the United States. *Child Development Perspectives*, 6(1), 79–84.

Ottova, V., Valverde, P., Mazur, J., Gobina, I., Jericek, H., Gaspar, T., Matos, M. G., Valimaa, R., Dorsselaer, S., Ravens-Sieberer, U., & The HBSC Positive Health Focus Group (2012). Self-rated health, Life satisfaction, Multiple Health Complaints. In Currie, C. i in. (eds), *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010*, (pp.65-78). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Pinillos-Franco, S. & García-Prieto, C. (2017). The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis. PLoS ONE, 12(12): e0187823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187823>

Proctor, C. L., Linley, P. A., & Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: a review of literature. *Journal of happiness studies*, 10, 583-630. doi: 10.1007/s10902-008-9110-9

Quiceno, J. M., & Alpi, S. V. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-48.

Rajmil, L., Erhart, M., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, & The European KIDSCREEN group (2014). Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. 2014. *International Journal of Public Health*, 59, 95–105. doi: 10.1007/s00038-013-0479-9

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., i in. (2008a). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(3), 294–299. doi: 10.1093/eurpub/ckn001.

Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V., Erhart, M., & Matos, M.G. in the HBSC Positive Health Focus Group (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, 151-159. doi: 10.1007/s00038-009-5406-8

Ravens-Sieberer, U., Auquier, P., Czemy, L., Hagquist, C., Erhart, M., Bruil, J., et al (2010a). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19, 1487–1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmas, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J., &

The European KIDSCREEN Group (2010b) The KIDSCREEN-10 summary score enabled valid assessment of children and adolescents' overall health-related quality of life (HRQOL). *Quality of Life Research*, 19, 1487–1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5.

Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr, C., Looze, S., Gabhainn, N., ... The HBSC Methods Development Group (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54(Suppl 2), 140-150. doi: 10.1007/s00038-009-5405-9.

Schoonenboom, J., Johnson, R.B. (2017). How to Construct a Mixed Methods Research Design *Kolner Z Soz Sozpsychol.* ; 69(Suppl 2): 107–131. doi: 10.1007/s11577-017-0454-1.

Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2008). Health and happiness in adolescence: individual and social factors associated with the perceptions of health and happiness in portuguese adolescents. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(2), 19-37. doi: 10.5935/1808-5687.20080013

Small, S., & Memmo, M. (2004). Contemporary Models of Youth Development and Problem Prevention: Toward an Integration of Terms, Concepts, and Models. *Family Relations*, 53, 3-11. doi: 10.1111/j.1741-3729.2004.00002.x

Sulso, M. S., & Huebner, S. (2004). The role of life satisfaction in the relationship between authoritative parenting dimensions and adolescent problem behavior. *Social indicators research*, 66, 164-195.

Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2004). Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 81–105.

WMA - World Medical Association (2008). *World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>

World Health Organization (2014a). *Health and human behavior*. McGraw-Hill Inc: USA. Disponível em: <http://www.mheducation.com/>

World Health Organization (2014b). *Health in all policies: Helsinki statement*. Framework for country action. WHO: Geneva, Switzerland

Zanin, L. (2017). Education and life satisfaction in relation to the probability of social trust: a conceptual framework and empirical analysis. *Social indicators research*, 132, 925-947. doi: 10.1007/s11205-016-1322-5

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., & Drane, J. W (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279–288.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research: An International Journal of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14, 1573–1584.

Załącznik 1.

Pytania z protokołu hbsc wykorzystane w projekcie *Improve the youth* w badaniu ankietowym uczniów w wieku 13-19 lat

1. CZY JESTEŚ CHŁOPCEM CZY DZIEWCZYNĄ?

1	Chłopiec
2	Dziewczyna

2. W JAKIM MIESIĄCU SIĘ URODZIŁEŚ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień

3. W KTÓRYM ROKU SIĘ URODZIŁEŚ?

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010

4. GDZIE MIESZKASZ?

1	w dużym mieście (pow. 100 tys. mieszkańców)
2	w średniej wielkości mieście (od 50 do 100 tys. mieszkańców)
3	w mniejszym mieście
4	na wsi

5. CZY TWOJA RODZINA POSIADA SAMOCHÓD OSOBOWY LUB WIELOOSOBOWY (NP. TYPU VAN)?

1	☐	nie
2	☐	tak, jeden
3	☐	tak, dwa lub więcej

6. CZY MASZ WŁASNY POKÓJ DO TWOJEGO WYŁĄCZNEGO UŻYTKU?

1	☐	nie
2	☐	tak

**7. ILE KOMPUTERÓW NALEŻY DO TWOJEJ RODZINY
(łącznie z laptopami i tabletami, ale bez konsoli do gier lub smartfonów)**

1	☐	żaden
2	☐	jeden
3	☐	dwa
4	☐	więcej niż dwa

8. ILE ŁAZIENEK JEST W TWOIM DOMU (pomieszczeń z wanną i/lub prysznicem)?

1	☐	żadnej
2	☐	jedna
3	☐	dwie
4	☐	więcej niż dwie

9. CZY W TWOIM DOMU JEST ZMYWARKA DO NACZYŃ?

1	☐	nie
2	☐	tak

**10. ILE RAZY W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH WYJEŹDŹAŁEŚ POZA POLSKĘ ZE SWOJĄ RODZINĄ
NA WAKACJE LUB FERIE?**

1	☐	wcale nie wyjeżdżałem
2	☐	1 raz
3	☐	2 razy
4	☐	więcej niż 2 razy

11. CZY UWAŻASZ, ŻE TWOJE ZDROWIE JEST:		
1	☐	doskonale
2	☐	dobrze
3	☐	niezłe
4	☐	słabe

12. OBOK JEST RYSUNEK DRABINY. Na górze drabiny jest liczba 10 – umownie oznaczająca życie, które wydaje Ci się najlepsze. Na dole drabiny jest cyfra 0 – oznaczająca życie, które wydaje Ci się najgorsze. Pomyśl, jakie jest teraz Twoje życie i w którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś. Zaznacz znakiem X jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.	☐	10	Życie najlepsze , jakie może być
	☐	9	
	☐	8	
	☐	7	
	☐	6	
	☐	5	
	☐	4	
	☐	3	
	☐	2	
		☐	1
	☐	0	

13. JAK CZĘSTO W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH ODCZUWAŁEŚ ...? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.					
	1	2	3	4	5
	prawie codziennie	częściej niż 1 raz w tygodniu	prawie w każdym tygodniu	prawie w każdym miesiącu	rzadko lub nigdy
Ból głowy					
Ból brzucha					
Ból pleców					
Zmęczenie					
Przygnębienie					
Rozdrażnienie lub zły humor					
Zdenerwowanie					
Trudności w zasypianiu					
Zawroty głowy					

14. W OSTATNIM MIESIĄCU...

Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	1	2	3	4	5
	nigdy	prawie nigdy	czasami	dość często	bardzo często
Jak często czułeś, że nie byłeś w stanie kontrolować ważnych rzeczy w swoim życiu					
Jak często byłeś pewien, że jesteś zdolny, by poradzić sobie z osobistymi problemami					
Jak często czułeś, że sprawy szły po Twojej myśli					
Jak często czułeś, że nagromadziło się tyle problemów, że nie będziesz w stanie ich przezwyciężyć					

15. CZY WYPIŁEŚ KIEDYŚ TAK DUŻO ALKOHOLU, ŻE CZUŁEŚ SIĘ NAPRAWDĘ PIJANY?

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu. Jeśli nic takiego się nie zdarzyło zakreśl odpowiedź „nigdy”.

	1	2	3	4	5
	nie, nigdy	tak, 1 raz	tak, 2-3 razy	tak, 4-10 razy	tak, więcej niż 10 razy
W ciągu ostatnich 30 dni					

16. OBOK JEST RYSUNEK DRABINY.

Na górze drabiny jest liczba **10** – umownie oznaczająca **uczniów osiągających najlepsze wyniki w nauce** w Twojej klasie szkolnej.

Na dole drabiny umieszczono cyfrę **0** – umownie oznaczającą uczniów uzyskujących najgorsze oceny.

Pomyśl o swojej klasie szkolnej. Zastanów się, którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś.

Zaznacz znakiem **X** jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.

	10	Najlepsze wyniki w nauce
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
	0	Najgorszy wyniki w nauce

17. PRZECZYTAJ UWAŻNIE I ZAZNACZ W SKALI OD 1 DO 7, NA ILE ZGADZASZ SIĘ Z PODANYMI NIŻEJ STWIERDZENIAMI.
Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się	2	3	4	5	6	całkowicie zgadzam się
Moi koledzy i koleżanki naprawdę starają się mi pomagać							
Mogę liczyć na moich kolegów i koleżanki, kiedy coś idzie nie tak							
Mam kolegów i koleżanki, z którymi mogę dzielić moje radości i troski							
Mogę rozmawiać z kolegami i koleżankami o moich problemach							

18. INTERESUJE NAS TWÓJ STOSUNEK DO PONIŻSZYCH STWIERDZEŃ.
UWAŻNIE PRZECZYTAJ KAŻDE STWIERDZENIE, A NASTĘPNIE OKREŚL W SKALI OD 1 DO 7 SVOJE ODCZUCIA WOBEC KAŻDEGO Z NICH.
Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie nie zgadzam się	2	3	4	5	6	całkowicie zgadzam się
Moja rodzina bardzo stara się mi pomagać							
Moja rodzina daje mi potrzebną emocjonalną pomoc i wsparcie							
Mogę rozmawiać o moich problemach z rodziną							
Moja rodzina chętnie pomaga mi w podejmowaniu własnych decyzji							

Załącznik 2.

Scenariusz warsztatu

Temat: Etap 1 – przygotowanie badania. Konsultacje z młodzieżą w sprawie kwestionariusza.

Uczestnicy: Dwie grupy po 12 młodych osób, w wieku od 13 do 16

CELE	MATERIAŁY
1. Uzyskanie opinii na temat zagadnień zdrowia psychicznego, które naukowcy zamierzają włączyć do kwestionariusza badawczego. 2. Opracowanie nowego / brakującego obszaru, który nie został uwzględniony w propozycjach badań zdrowia psychicznego. 3. Określenie hierarchii ważności problemów związanych ze zdrowiem psychicznym dla młodzieży z perspektywy młodzieży. 4. Określenie, poprzez głosy młodzieży, strategii / pomysłów na pomoc w zaproponowaniu rozwiązania dla brakujących obszarów zdrowia psychicznego.	Karty pytań - paczki (jeden zestaw pytań na jednej oddzielnej karcie - dołączony model (Załącznik 1)) Kartki papieru format A4. Markery (14) Małe karteczki Flipchart albo tablica Taśma (klejąca/dwustronna) Czas trwania – ok. 1 godz. 30 minut
OPIS WARSZTATU	
Wprowadzenie	
Przywitaj uczestników i opowiedz im o celach warsztatów, spodziewanym czasie trwania, zadaniach i metodach, które będą wykorzystane do pracy podczas warsztatów. Poproś uczestników, aby powiedzieli o sobie kilka słów. Zaczynij od siebie.	
Zajęcia	
Indywidualna praca nad pakietami pytań – 15 minut	
Rozdaj pakiety każdemu uczestnikowi. Poinformuj ich, że zadaniem każdego uczestnika jest anonimowe wypełnianie pytań i refleksja nad każdym z nich. Pakiety będą zbierane przez instruktora pod koniec warsztatu. Poproś uczniów, aby nie podpisali swoich pakietów, aby zapewnić anonimowość. Poproś uczestników o komentarze do pytań, które budzą wątpliwości, są trudne do zrozumienia, wolą na nie nie odpowiadać itp. Na zakończenie pracy indywidualnej zapytaj, czy któryś z uczestników chciałby zgłosić swoje wrażenia po wypełnieniu kwestionariusza, czy chcą zgłosić jakieś komentarze, czy łatwo było odpowiedzieć na pytania trudne, czy też pytania były niezrozumiałe. Podziękuj uczestnikom za wyrażenie opinii na temat pytań. Należy pamiętać, że ich odpowiedzi przyczynią się do rozwoju zagadnień zdrowia psychicznego, które mogłyby zostać wykorzystane w badaniach nad zdrowiem psychicznym w przyszłości.	
Praca grupowa – Co masz na myśli przez termin “zdrowie psychiczne”? – 15 minut	
Podziel uczestników na trzy małe grupy. Poproś ich, aby zastanowili się i przedyskutowali w grupach, co dla nich oznacza termin „zdrowie psychiczne” Powiedz im, aby zapisali odpowiedzi grupy. - 10 minut Poproś liderów grup o przedstawienie wyników grupy. Napisz definicje podane na tablicy / flipcharcie. Zapytaj uczestników, czy chcieliby uzupełnić wypowiedzi swoich kolegów i dodać dodatkowe posty na tablicy. Opierając się na definicjach podanych przez uczestników, wraz z grupą, spróbuj zdefiniować jedną definicję dla całej grupy. Uzupełnij definicję grupy, jeśli nie widzisz wszystkich istotnych składników zdrowia psychicznego. Możesz odwoływać się do definicji naukowych. Poproś jednego z uczestników o zapisanie uzgodnionej wersji na oddzielnym arkuszu / flipcharcie.	

Obszary zdrowia psychicznego – 35 minut
Część I – 15 minut
Poinformuj uczestników, że każdy kwestionariusz, który ukończyli na początku warsztatów, opisuje obszar związany z naszym zdrowiem psychicznym.
Poproś ich, aby spróbowali określić, które obszary / czynniki opisują następny blok pytań. Zapisz odpowiedzi uczestników na oddzielnych kartkach.
Podsumowując, poinformuj uczestników, że pakiety pytań opisują następujące dziedziny związane ze zdrowiem psychicznym. Niektóre z nich są czynnikami wpływającymi na ich zdrowie, a inne są skutkami naszego stanu zdrowia psychicznego. Spróbuj również użyć opisów podanych przez uczestników:
Przykładowe opisy: 1. Satysfakcji życiowej 2. Dolegliwości zdrowotne - Jak często narzekamy na zdrowie? 3. Jakość życia (Kidscreen-10)
Poproś jednego z uczestników, aby zapisał każdy z tych obszarów na oddzielnym arkuszu A4 i zawiesił karty w pokoju treningowym (np. na tablicy, ścianie).
Część II. Praca grupowa - Opracowanie "nowego" (brakującego) obszaru zdrowia psychicznego – 20 minut
Podziel grupę na 3 mniejsze zespoły. Przygotuj puste arkusze i markery dostępne dla każdej grupy.
Odnosząc się do definicji zdrowia psychicznego, poinformuj uczestników, że koncepcja zdrowia psychicznego jest bardzo złożona, istnieje wiele czynników, które pochodzą od nas (myśli, uczucia, emocje, radzenie sobie w sytuacjach stresowych itp.) i z naszego otoczenia, które może wpływać na nasze zdrowie psychiczne, jak funkcjonujemy, jak żyjemy, jakie są nasze uczucia, jak silnie czujemy się na co dzień. Powiedz, że niektóre z tych obszarów zostały już przez nich wymienione w poprzednim zadaniu. Przypomnij im o obszarach, które zostały zapisane na kartach i wywieszone w klasie.
Poproś uczestników, aby spróbowali napisać na pustych kartach tyle obszarów zdrowia psychicznego, ile mogą - minimum jedną propozycję (każdy obszar na osobnym arkuszu). Poproś, aby nie konsultowali się z innymi członkami grupy. Następnie poproś uczestników, aby podzielili się swoimi spostrzeżeniami z małą grupą. Poproś grupy o omówienie dodatkowych obszarów zdrowia psychicznego, określ odpowiedzi grupowe i napisz odpowiedzi na oddzielnych arkuszach.
Poproś liderów grup, aby przeczytali wyniki grupy. Napisz odpowiedzi grupy na tablicy / flipcharcie.
Usuń powtarzające się odpowiedzi. Poproś jednego z uczestników o zapisanie na oddzielnych kartkach A4 „nowych” obszarów zdrowia psychicznego, które wynikają z pracy całej grupy.
Poproś o powieszenie arkuszy w klasie.
Ustanowienie hierarchii ważności dla obszarów zdrowia psychicznego – 25 minut
Poproś uczestników, aby ponownie przejrzyli listę obszarów zdrowia psychicznego (karty zawieszone w klasie) i zastanowili się, jak ważne są dla nich te obszary. Poproś ich o ocenę ważności poniższych obszarów z wynikiem 1 (najmniej ważne) do 3 (bardzo ważne). Poproś uczestników o zapisanie liczby punktów przyznanych na kartach zawieszonych w klasie.
Gdy wszyscy uczestnicy wprowadzą swoje wyniki, poproś jednego (lub więcej) uczestników o policzenie punktów.
Poproś uczestników, aby rozłożyli karty na podłodze w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego. Poproś grupę, aby przeczytała obszary według hierarchii.
Zapytaj uczestników, czy zgadzają się z decyzją podjętą przez grupę.
Określenie, poprzez głosy młodzieży, strategii / pomysłów na pomoc w zaproponowaniu rozwiązania dla brakujących obszarów zdrowia psychicznego – 25 minut.
By móc pracować z młodzieżą użyj analizy SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).
Podsumowanie
Podziękuj uczestnikom za ich pracę.
Zapytaj uczestników, co wynieśli z warsztatu. Podziel się także swoimi uczuciami i spostrzeżeniami.

Karta pytań

PYTANIE 1*

Kwestionariusz dot. subiektywnego postrzegania zdrowia na podstawie kwestionariusza HBSC, które młodzież oceniała w trakcie warsztatu.

JAK CZĘSTO W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH ODCZUWAŁEŚ ... ?

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	prawie codziennie	częściej niż 1 raz w tygodniu	prawie w każdym tygodniu	prawie w każdym miesiącu	rzadko lub nigdy
Ból głowy					
Ból brzucha					
Ból pleców					
Zmęczenie					
Przygnębienie					
Rozdrażnienie lub zły humor					
Zdenerwowanie					
Trudności w zasypianiu					
Zawroty głowy					

*Pytanie dotyczy odczuwania dolegliwości pochodzi z HBSC 2017/2018 Study Protocol.

TWÓJ KOMENTARZ:

PYTANIE 2*

O BOK JEST RYSUNEK DRABINY. Na górze drabiny jest liczba 10 – umownie oznaczająca życie, które wydaje Ci się najlepsze. Na dole drabiny jest cyfra 0 – oznaczająca życie, które wydaje Ci się najgorsze. Pomyśl, jakie jest teraz Twoje życie i w którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś. Zaznacz znakiem X jedną kratkę obok cyfry, która znajduje się w tym miejscu.	10	Życie najlepsze , jakie może być
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	Życie najgorsze , jakie może być
	1	
	0	

*Pytanie dotyczy zadowolenia z życia (tzw. drabina Cantrila) i pochodzi z HBSC 2017/2018 Study Protocol.

TWÓJ KOMENTARZ:

PYTANIE 3*

PONIŻSZE STWIERDZENIA DOTYCZĄ TWOJEGO SAMOPOCZUCIA W OSTATNIM TYGODNIU.

Zaznacz znakiem X w jednej kratkę w każdym wierszu.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często	zawsze
Byłeś pełen energii?					
Odczuwałeś smutek?					
Czułeś się samotny?					
Miałeś wystarczająco dużo czasu dla siebie?					
Mogłeś robić w wolnym czasie to, na co miałeś ochotę?					
Rodzice traktowali Cię sprawiedliwie (równy z innymi)?					
Bawiłeś się z koleżankami lub kolegami?					
Potrafiłeś w szkole patrzeć i słuchać z uwagą					
Myśląc o ostatnim tygodniu, czy...	wcale	trochę	średnio	bardzo	ogromnie
Dobrze się czułeś i byłeś sprawny fizycznie?					
Dobrze układało Ci się w szkole?					

*Pytanie dotyczy jakości życia (KIDSCREEN-10) i pochodzi z HBSC 2013/2014 Study Protocol.

TWÓJ KOMENTARZ:



ISBN 978-83-951033-1-5