

© Borgis

# Ocena jakości życia związana ze zdrowiem dziewcząt w wieku 15-16 lat w grupach z zaburzeniami miesiączkowania i bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju w świetle kwestionariusza KIDSCREEN-52

Ewa Zięba<sup>1</sup>, \*Paulina Zięba<sup>1</sup>, Paweł Musiał<sup>1</sup>, Kamil Makowski<sup>1</sup>,  
Jadwiga Krawczyńska<sup>2</sup>, Grażyna Nowak-Starz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zakład Badań Wieku Rozwojowego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Kierownik Zakładu: dr hab. n. hum. Grażyna Nowak-Starz, prof. UJK

<sup>2</sup>Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce  
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Maciej Kielar, prof. UJK

---

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH OF GIRLS AGED 15-16 IN GROUPS WITH MENSTRUAL DISORDERS AND WITHOUT HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISORDERS IN THE LIGHT OF THE QUESTIONNAIRE KIDSCREEN-52

---

## Summary

**Introduction.** The concepts of health status, functional status and quality of life are often used interchangeably to refer to the same aspect of health. Functional status is the ability to

perform ordinary daily activities necessary to meet the basic needs, fulfil obligations resulting from one's position, and support health and well-being. It includes two interrelated elements: the possibility of functioning and actual functioning.

**Aim.** The purpose of the paper is to compare two groups of girls with menstrual disorder and without health and developmental disorders, aged 15-16, from urban and rural areas in the light of the questionnaire KIDSCREEN-52 in terms of individual dimensions.

**Material and methods.** The study included 122 girls with menstrual disorders and 240 girls without health and developmental disorders. The girls, aged 13-15, came from urban and rural areas and attended primary and lower secondary schools. The standardized instrument – KIDSCREEN-52 Health Related Quality of Life Questionnaire for Children and Young People – was applied in the study. It was the Polish version of the questionnaire for examining quality of life related to health of children and adolescents.

**Results.** It is observed that with age a larger percentage of respondents, aged 15-16 from urban and rural areas, perceive themselves in a positive way. The observation relates to girls without health and developmental disorders and girls with menstrual disorders. It translates into increased self-assessment in health. However, this trend is much less marked ( $p < 0.001$ ) in the group with menstrual disorders.

**Conclusions.** Prevalence of actions to raise the quality of life, with particular emphasis on girls with menstrual disorders, is likely to affect significantly the health and quality of life in the future.

---

Key words: quality of life related to health, menstrual disorders

---

## WSTĘP

Pojęcie jakości życia odnosi się do wszystkich aspektów dobrego samopoczucia osoby – zarówno fizycznego, psychologicznego, jak i społecznego, obejmując ważne aspekty standardów życia i środowiska, w którym jednostka żyje. Pojęcie jakości życia jest także ważne w odniesieniu do dzieci. Międzynarodowa Konwencja Praw Dziecka uznaje prawo dziecka do „najwyższych osiągalnych standardów zdrowia, czasu wolnego i edukacji. Uznaje także prawa do standardu życia adekwatnego do fizycznego, umysłowego, duchowego, moralnego i społecznego rozwoju”. Wszystkie te aspekty są to właściwe kryteria jakości życia. Ocena jakości życia u dzieci i młodzieży rozwinęła się w krajach europejskich i USA w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, do chwili obecnej powstają nowe narzędzia pomiaru jakości życia u dzieci. Jakość życia to wymiar szczególnie ważny w badaniach dzieci z problemami zdrowotnymi. Problem jakości życia i jej pomiaru stał się więc jednym z centralnych zagadnień w praktyce pediatrycznej (1).

Stan zdrowia, funkcjonalny status i jakość życia to pojęcia często używane zamiennie w odniesieniu do tego samego aspektu zdrowia. Funkcjonalny status to zdolność do wykonywania zwykłych codziennych czynności, potrzebnych do zaspokojenia podstawowych potrzeb, podejmowania obowiązków wynikających z pełnienia określonej roli, podtrzymywania zdrowia i dobrego samopoczucia. Obejmuje ona dwa związane ze sobą elementy: możliwość w zakresie funkcjonowania i faktyczne funkcjonowanie. Stan zdrowia to pojęcie szersze i odzwierciedla ono indywidualny poziom dobrego samopoczucia i choroby, uwzględnia biologiczne lub fizjologiczne dysfunkcje, objawy czy niedomogi wraz z pomiarem wskaźników w sferze fizycznej, zmysłów, doświadczanego bólu, dobrostanu emocjonalnego i w obszarze psychologicznym (2). Dorastające dziewczęta, aby zbudować schemat relacji społecznych, z którego będą korzystać w dorosłym życiu, potrzebują kontaktu z rówieśnikami. To właśnie do rówieśników kierują potrzebę akceptacji i poparcia. Proces ten jest elementem tworzenia społecznego komponentu formującej się tożsamości i nie należy go hamować. Doświadczenia nabywane w środowisku szkolnym wpływają na rozwój nastolatków w wielu sferach. Środowisko rówieśnicze ma funkcję socjalizującą. Dziewczęta włączają się w jego obręb w grupy społeczne, jak również nawiązują jednostkowe przyjaźnie. Nawiązywane są też pierwsze relacje seksualne (3).

Pokwitanie jest etapem rozwoju człowieka, w którym osiąga on dojrzałość płciową. Z tego względu zachodzą w tym okresie gwałtowne zmiany fizyczne polegające na wykształceniu się pierwszo- i drugorzędowych cech płciowych. Jednak również ważnym elementem dojrzewania płciowego jest rozwój psychiczny. Specyficzne procesy psychiczne okresu dorastania mają na celu przystosowanie do zachodzących zmian seksualnych i opanowanie umiejętności wyrażania wrażeń seksualnych, jak również rozwinięcie zdolności niezwiązanych bezpośrednio z dojrzewaniem fizycznym takich jak: tworzenie relacji interpersonalnych o nowym charakterze i ukształtowanie tożsamości jednostki (4).

W ostatnich latach wzrosło znaczenie badań nad jakością życia związaną ze zdrowiem. Mierniki HRQL traktowane są obecnie jako zmienne wynikowe w wielu badaniach, a także stanowią kryterium ewaluacji działań interwencyjnych. Badanie jakości życia jest dynamicznie rozwijającą się dyscypliną, która przeszła do nauki o zdrowiu z chwilą, gdy powstała potrzeba operowania nowymi wskaźnikami zdrowotnymi. W Polsce stosowanie profesjonalnych kwestionariuszy odnoszących się do jakości życia dzieci i młodzieży ma charakter eksperymentalny i jest w fazie wstępnej (5).

## CEL PRACY

Celem pracy było porównanie stanu zdrowia dwóch grup dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania i bez zaburzeń ze środowiska miejskiego i wiejskiego w wieku 15-16 lat w ramach kwestionariusza KIDSCREEN-52 w zakresie poszczególnych wymiarów.

## MATERIAŁ I METODY

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

Badaniami objęto dziewczęta uczęszczające do szkół podstawowych oraz gimnazjum w wieku od 15 do 16 lat. Badane dziewczęta pochodziły zarówno ze środowiska wiejskiego, jak i miejskiego.

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

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

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

Jako materiał porównawczy wyłoniono grupę dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju.

W drugim etapie wylosowano dwie szkoły podstawowe oraz dwie szkoły gimnazjalne, następnie dokonano losowania w obrębie klasy. Wylosowano ogółem 14 klas (po 7 klas z każdego typu szkoły) i wybrano z każdej klasy dziewczęta mające miesiączkę.

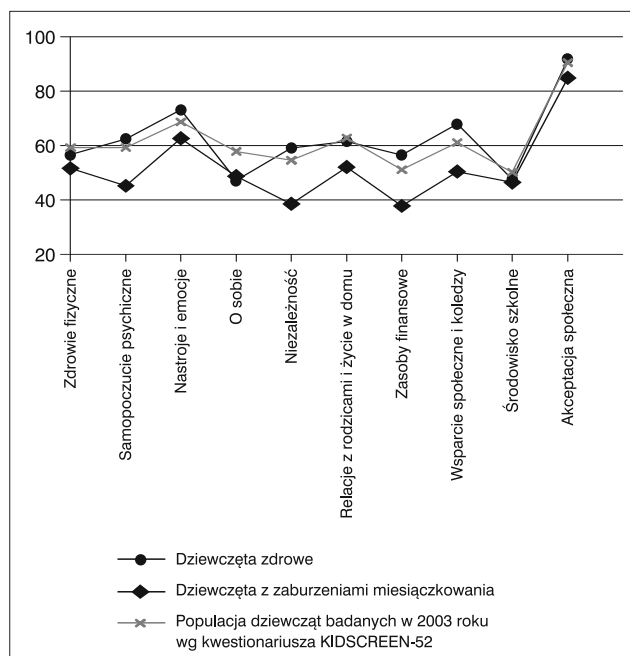
## WYNIKI

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

Na podstawie analizy uzyskanych wyników badań stwierdzono najwięcej zależności pomiędzy wymiarami

jakości życia związanej ze zdrowiem a wiekiem. Na podstawie analizy korelacji uzyskanych badań u dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania w grupie wiekowej 15-16 lat stwierdzono, że im lepsze zdrowie fizyczne, tym lepsze samopoczucie psychiczne (0,745), a lepsze samopoczucie psychiczne rzutuje na poprawę nastrojów i emocji (0,691), co ma wpływ na dobre relacje z rodzicami i życie w domu (0,513). Natomiast pomiędzy relacjami między postrzeganiem samego siebie a wsparciem społecznym i kolegów współczynnik korelacji przyjmuje wartości ujemne (-0,204), co może wskazywać, że im gorsza akceptacja wśród rówieśników, tym znacznie gorsza samoocena. Porównując korelacje, najlepiej oceniały swoje życie dziewczęta w wieku 15-16 lat. Wyjątek stanowi wymiar akceptacji społecznej, gdzie średnie indeksy jakości życia wzrastają z wiekiem, co wiąże się z mniejszym narażeniem na przykrość ze strony innych dziewcząt.

Na rycinie 1 przedstawiono surowe wyniki wystandaryzowane na skali 20-100 punktów oraz wyniki w skali tenowej dla dziesięciu wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-52, uzyskane przez dziewczęta bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju oraz dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania ze środowiska miejskiego w wieku 15-16 lat. Wyniki przeliczone na skalę tenową wyraźnie wskazują, w jakim wymiarze jakość życia w zdrowiu badanych dziewcząt różni się od przeciętnej badanej populacji dziewcząt w 2003 roku według kwestionariusza KIDSCREEN-52. Analiza dwóch grup wskazuje na lepszą ocenę jakości życia w zdrowiu dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju w wymiarach samopoczucia psychicznego, nastrojów i emocji, niezależności oraz lepszą ocenę jakości życia w zdrowiu w wymiarach relacji z rodzicami i życia w domu, zasobów finansowych, kontaktów z rówieśnikami i akceptacji społecznej.

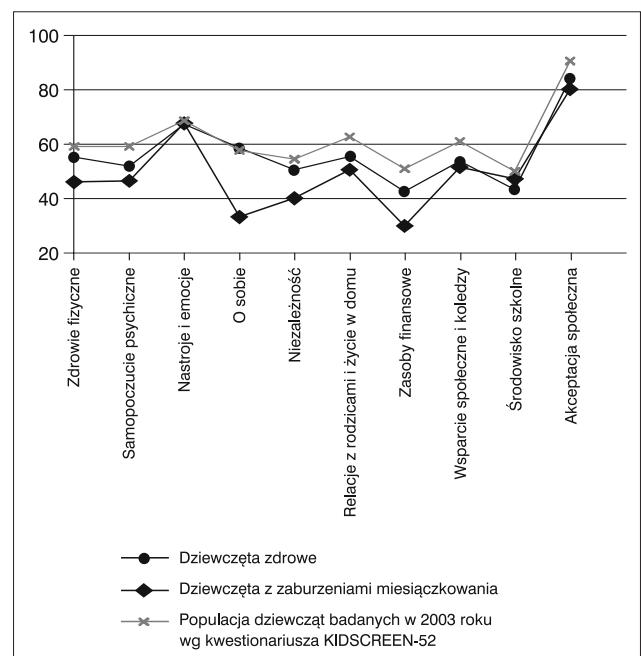


Ryc. 1. Profil jakości życia związanej ze zdrowiem dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju i z zaburzeniami miesiączkowania ze środowiska miejskiego w wieku 15-16 lat.

W pozostałych trzech wymiarach: zdrowie fizyczne, postrzeganie samego siebie oraz środowisko szkolne pomiędzy badanymi dziewczętami występuje nieznaczna różnica.

Porównując uzyskane indeksy w obu grupach respondentów z wynikami badań dziewcząt w wieku 15-16 lat w roku 2003 według kwestionariusza KIDSCREEN-52, wykazano, że dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania znajdują się poniżej normy badanych dziewcząt z 2003 roku w wymiarach: zdrowia fizycznego, samopoczucia psychicznego, nastrojach i emocjach, postrzegania samego siebie i niezależności, a także w wymiarach relacji z rodzicami i życia w domu, zasobów finansowych, kontaktów z rówieśnikami i akceptacji społecznej. U dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania najbardziej zbliżonym wymiarem do populacji dziewcząt z 2003 roku jest środowisko szkolne. Dziewczęta bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju w wymiarach: samopoczucia psychicznego, nastrojów i emocji, niezależności oraz w wymiarach zasobów finansowych, kontaktów z rówieśnikami nieznacznie przewyższają wyniki badań populacji dziewcząt 15-16 lat w 2003 roku według kwestionariusza KIDSCREEN-52. W wymiarach dotyczących zdrowia fizycznego, relacji z rodzicami i życia w domu oraz akceptacji społecznej wyniki badań dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju pokrywają się z normami badanej populacji z roku 2003. W wymiarze postrzeganie samego siebie analiza badań dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania jest poniżej normy wyników populacji dziewcząt w wieku 15-16 lat z 2003 roku w świetle badań kwestionariusza KIDSCREEN-52.

Na rycinie 2 przedstawiono wyniki surowe wystandaryzowane na skali 20-100 punktów oraz wyniki w skali



Ryc. 2. Profil jakości życia związanej ze zdrowiem dziewcząt bez zaburzeń w stanie zdrowia i rozwoju i z zaburzeniami miesiączkowania ze środowiska wiejskiego w wieku 15-16 lat.

tenowej dla dziesięciu wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-52 uzyskane przez dziewczęta bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju oraz dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania ze środowiska wiejskiego w wieku 15-16 lat. Wyniki przeliczone na skalę tenową wyraźniej wskazują, w jakim wymiarze jakość życia w zdrowiu badanych dziewcząt różni się od przeciętnej badanej populacji dziewcząt w 2003 roku według kwestionariusz KIDSCREEN-52. Na rycinie 3 i 4 przedstawiono profil jakości życia dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju oraz dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania ze środowiska miejskiego i wiejskiego w wieku 15-16 lat.

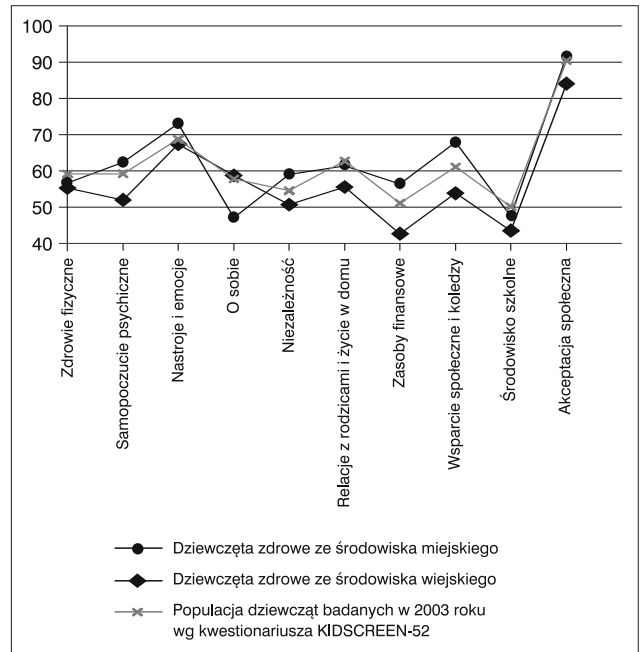
Analiza dwóch grup dziewcząt zdrowych oraz z zaburzeniami miesiączkowania ze środowiska wiejskiego w wieku 15-16 lat wskazuje na lepszą ocenę jakości życia w zdrowiu dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju w wymiarze zdrowia fizycznego, postrzegania samego siebie, niezależności oraz zasobów finansowych. W pozostałych pięciu wymiarach: samopoczucie psychiczne, relacje z rodzicami i życie w domu, wsparcie społeczne i koledzy, środowisko szkolne i akceptacja społeczna pomiędzy dziewczętami występuje nieznaczna różnica. W obu grupach dziewcząt w wymiarze: nastroje i emocje, wyniki badań pokrywają się.

Porównując uzyskane indeksy w obu grupach respondentów z wynikami badań dziewcząt w wieku 15-16 lat w roku 2003 według kwestionariusza KIDSCREEN-52, wykazano, że dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania są poniżej normy badanych dziewcząt w 2003 roku w wymiarach: zdrowia fizycznego, samopoczucia psychicznego, postrzegania samego siebie i niezależności, a także w wymiarach relacji z rodzicami i życia w domu, zasobów finansowych, kontaktów z rówieśnikami, akceptacji społecznej i środowiska szkolnego. U dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania wymiarem pokrywającym się z badaniami populacji dziewcząt z 2003 roku są nastroje i emocje. Dziewczęta bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju w wymiarach: zdrowie fizyczne, samopoczucie psychiczne, niezależność, relacje z rodzicami i życie w domu, zasoby finansowe, wsparcie społeczne, środowisko szkolne, akceptacja społeczna, są poniżej normy wyników badań populacji dziewcząt 15-16 lat z 2003 roku. W wymiarze postrzegania samego siebie oraz w wymiarze nastroje i emocje wyniki badań pokrywają się z normami populacji dziewcząt w roku 2003 w świetle badań kwestionariusza KIDSCREEN-52.

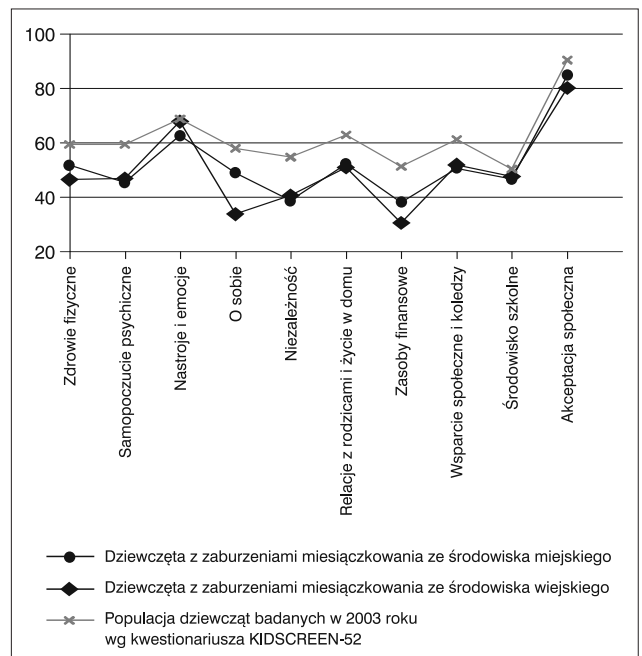
Porównanie dwóch grup dziewcząt ze środowiska miejskiego i wiejskiego w wieku 15-16 lat bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju wskazuje na lepszą ocenę jakości życia w zdrowiu dziewcząt ze środowiska miejskiego w wymiarach: zdrowia fizycznego, samopoczucia psychicznego, nastrojów i emocji, niezależności, relacji z rodzicami i życia w domu, zasobów finansowych, a także w wymiarach wsparcia psychicznego wśród rówieśników i akceptacji społecznej. Dziewczęta zdrowe ze środowiska miejskiego mają zdecydowanie niższą samoocenę niż dziewczęta zdrowe ze środowiska wiejskiego. Pozostałe wymiary kwestionariusza KIDSCREEN-52 dziewczęta ze środowiska wiejskiego

oceniły znacznie niżej niż dziewczęta ze środowiska miejskiego.

Porównując uzyskane indeksy w obu grupach respondentów z wynikami badań dziewcząt w wieku 15-16 lat w roku 2003 według kwestionariusza KIDSCREEN-52 wykazano, że w dwóch wymiarach dotyczących nastrojów i emocji oraz postrzegania samego siebie dziewczęta ze środowiska wiejskiego oceniają się bardzo dobrze.



Ryc. 3. Profil jakości życia związanej ze zdrowiem dziewcząt bez zaburzeń miesiączkowania w stanie zdrowia i rozwoju ze środowiska miejskiego i wiejskiego w wieku 15-16 lat.



Ryc. 4. Profil jakości życia związanej ze zdrowiem dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania ze środowiska miejskiego i wiejskiego w wieku 15-16 lat.

Natomiast dziewczęta ze środowiska miejskiego oceniają się bardzo dobrze i przekraczają wyniki badań dziewcząt z 2003 roku w wymiarach: samopoczucie psychiczne, nastroje i emocje, niezależność, relacje z rodzicami i życie w domu, zasoby finansowe, a także wsparcie społeczne i koleżdy oraz akceptacja społeczna.

Porównanie dwóch grup dziewcząt ze środowiska miejskiego i wiejskiego z zaburzeniami miesiączkowania w wieku 15-16 lat wskazuje na stopniowy spadek jakości życia związanej ze zdrowiem w stosunku do badań populacji dziewcząt w 2003 roku według kwestionariusza KIDSCREEN-52. Wyjątek stanowią wymiary: nastroje i emocje, środowisko szkolne i akceptacja społeczna, gdzie średnie indeksy jakości życia wzrastają, natomiast w wymiarach postrzegania samego siebie i zasobów finansowych u dziewcząt ze środowiska wiejskiego średnie indeksy jakości życia maleją. Pozostałe wymiary kwestionariusza KIDSCREEN-52 są nieistotne z tendencją do większych wartości u dziewcząt ze środowiska miejskiego.

## DYSKUSJA

Projekt KIDSCREEN realizowany był w 13 krajach europejskich, w tym w Polsce w latach 2003-2004, w ramach V Ramowego Programu UE. W wyniku jego realizacji powstało sześć kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży w wieku 8-18 lat. Wystandardyzowany kwestionariusz KIDSCREEN spełnia wszelkie kryteria metodologiczne, które umożliwiają monitorowanie stanu zdrowia dzieci i młodzieży w danym kraju i porównanie z innymi krajami. Na etapie badania ankietowego badane są czynniki ryzyka i czynniki ochronne dla zdrowia. Pokazane są związki między stanem zdrowia, stylem życia, sytuacją społeczno-ekonomiczną dziewcząt i ich rodzin a wskaźnikami jakości życia według kwestionariusza KIDSCREEN (6).

Analizując badania własne dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania pochodzące zarówno ze środowiska miejskiego, jak i wiejskiego negatywnie postrzegały własne zdrowie i samopoczucie. To pogorszenie samopoczucia dziewcząt było spowodowane zaburzeniami miesiączkowania w okresie adolescencji. Można stwierdzić, że jest to grupa ryzyka wystąpienia w dalszych latach życia różnorodnych zaburzeń zwłaszcza w zdrowiu psychofizycznym (7).

B. Woynarowska w badaniach kwestionariuszem HBSC stwierdza, że dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania, w porównaniu z rówieśniczkami dojrzewającymi przeciętnie i później, gorzej oceniały swój stan zdrowia, istotnie częściej zgłaszały mnogie dolegliwości lub negatywne stany emocjonalne oraz odchodziły się, nie mając nadmiaru masy ciała. Nie stwierdzono różnic między grupami w zadowoleniu z życia. Dziewczęta wcześniej miesiączkujące z zaburzeniami miesiączkowania częściej paliły regularnie papierosy, nadużywały alkoholu oraz podejmowały współżycie płciowe. We wspomnianym aspekcie wczesne dojrzewanie jest czynnikiem ryzyka dla zdrowia dziewcząt (8, 9).

Na X Międzynarodowym Kongresie Auksologii prof. R. J. Rona z King's College London podkreślił,

że potencję zdrowia każdego rosnącego organizmu określa się obecnie, wykorzystując mierniki i wskaźniki auksologiczne jako pozytywne kryteria zdrowia dziecka. Większość wyników badań auksologicznych koncentruje się na możliwym wpływie środowiska czynników społecznych i fizycznych na rozwój oraz na tym, czy choroba lub leczenie ma na niego wpływ. Ostatnio podkreśla się, że wzrost i rozwój mogą być kausalnym czynnikiem w łańcuchu wydarzeń prowadzącym do zaburzeń bądź choroby, warunkować i stanowić konsekwencje danych warunków (10).

G. Michel i wsp. w swoich badaniach stwierdzili, że jakość życia dzieci i młodzieży jest różna w różnych krajach europejskich. Przyjmując wrodzony wpływ czynników kulturowych i społeczno-ekonomicznych krajów, oceniają subiektywne postrzeganie zdrowia i dobrostanu młodych ludzi. Opublikowany raport UNICEF-u na temat dobrostanu dzieci i młodzieży w zamożnych krajach dostarcza porównawczej oceny 21 krajów Europy w sześciu aspektach: dobrostan materialny, zdrowie i bezpieczeństwo, dobrostan edukacyjny, relacje w rodzinie i z rówieśnikami, zachowania i ryzyka, dobrostan subiektywny. Średni ranking wskazuje gorszą ocenę jakości życia w zdrowiu u dziewcząt zamieszkujących kraje: Polskę, Czechy, Węgry, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii, Austrię i Francję, w przeciwieństwie do Holandii, Hiszpanii, Szwajcarii, gdzie odnotowano wysoki dobrostan dziewcząt. Dziewczęta pochodzenia niemieckiego zajmują miejsce środkowe. Odnośnie do wieku wskazano, że w 12 krajach europejskich dziewczęta młodsze wykazały lepsze wartości jakości życia w zdrowiu niż starsza młodzież. Różnice jakości życia pomiędzy krajami wskazują na ważne znaczenie kontekstu narodowego dla zdrowia i dobrostanu dzieci i młodzieży (11, 12).

Przeprowadzono też kilkaset badań dotyczących związku między wysokością ciała, a nowotworami, w których zastosowano metodę kohorty i case-control (96, 97). Niektórzy badacze obserwowali związek między wysokością ciała a rakiem piersi, odbytu, endometrium. W przypadku nowotworu piersi są dowody na to, że znaczenie ma wiek menarche i wiek urodzenia pierwszego dziecka (13).

W ostatnim ćwierćwieczu zebrano wiele dowodów na to, że wzrost i rozwój nie są neutralne w etiologii głównych przyczyn zachorowalności i śmiertelności, takich jak: nowotwory, choroba wieńcowa, chroniczne zapalenie układu oddechowego. Oczywiście przy ocenie tych dowodów zalecana jest dawka sceptycyzmu; jak wskazuje Chin i Rona (14) niezbędne są dalsze badania dotyczące potencjalnych psychologicznych, genetycznych, żywieniowych, biochemicznych mechanizmów chorób. W kontekście powyższego warto byłoby uwzględnić znaczenie samooceny zdrowia i jakości życia w zdrowiu we wczesnym wykrywaniu odchyłań w rozwoju i zdrowiu populacji w wieku rozwojowym. W badaniach własnych odnotowano, że dziewczęta z zaburzeniami miesiączkowania w ocenie indywidualnej w znaczącym odsetku przejawiały rozwój dysharmonijny w zakresie podstawowych cech somatycznych, takich jak: wysokość ciała, masa ciała, wielkość fałdów skórno-tłuszczowych oraz wartości wybranych wskaźników wagowo-wzrostowych.

Jednocześnie ich samoocena zdrowia i samopoczucia, jak wskazano wcześniej, była znacząco gorsza od zdrowych rówieśniczek (15).

#### WNIOSKI

Wraz z wiekiem w obydwu badanych grupach (15-16 lat), obserwujemy większy odsetek badanych, które postrzegają pozytywnie własną osobę, co przekłada się na wzrost ich samooceny w zdrowiu. Jednakże tendencja ta w grupie dziewcząt z zaburzeniami miesiączkowania jest zdecydowanie słabsza ( $p < 0,001$ ).

Uwzględnienie stanowiska jednostki dotyczącej samopoczucia, jakości życia w zdrowiu niezależnie od klinicznego obrazu jej organizmu może mieć znaczenie dla podejmowanych decyzji terapeutycznych i być wskaźnikiem nieobserwowanych potrzeb medycznych czy też innych potrzeb pozazdrowotnych, a w konsekwencji rzutować na stany zdrowia w życiu dorosłym i przyszłych pokoleń. □

#### Piśmiennictwo

1. Welon Z: Somatotypy dziewcząt a ich rozwój fizyczny. Materiały i Prace Antropologiczne, Warszawa 2004. 2. Woynarowska B: Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. IMD, Warszawa 2001. 3. Harding L: Children's Quality of Life Assessments: A Review of Generic and Health Related Quality of Life Measures completed by Children and Adolescents. Clin Psychol Psychother 2001; 8: 79-96. 4. The WHOQOL:

Development and General Psychometric Properties. Soc Sci Med 2002; 46: 1569-1585. 5. Robitail S, Simeon MC, Erhart M et al.: Validation of the European proxy KIDSCREEN-52 pilot test health related quality of life questionnaire: first results. J Adolesc Health 2003. 6. Kaliszewska-Drozdowska MD: Wiek menarche na podstawie wybranych poznańskich badań antropologiczno-epidemiologicznych. Zielona Góra 2002. 7. Zambon A, Lemma P, Borraccino A et al.: Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. E J Publ Health 2006; 16: 627-632. 8. Woynarowska B. Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej. Zdrow Publ 2002; 112: 391-395. 9. Woynarowska B, Jodkowska M, Oblacińska A: Samoocena zdrowia i obrazu własnego ciała u młodzieży szkolnej w Polsce. Pediatr Pol 2000; 75: 25-34. 10. Best VA, Price JF, Fowkes FG: Persistent increase in the incidence of abdominal aortic aneurysm in Scotland. Scotland 2000. 11. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC et al.: Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. Qual Life Res 2009; 9: 1147-1157. 12. McCarron P, Okasha M, McEwen J, George Smith D: Height in young adulthood and risk of death from cardiorespiratory disease: a prospective study of male former student of Glesgow University. Scotland 2002. 13. Revens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L et al.: Quality-of-life measure for children and adolescents. Expert Rev Pharmacoeconom Outcomes Res 2002; 5: 353-364. 14. Chinn S, Rona RJ: Can the increase in body mass index explain the rising trend in asthma in children. Thorax 2001; 56: 845-850. 15. Henderson BE, Pike MC, Bernstein L, Ross RK: Breast cancer. [In:] Schottenfeld D, Fraumani FR Jr (eds.): Cancer Epidemiology and Prevention. Oxford 2001.

nadesłano: 22.05.2014

zaakceptowano do druku: 24.06.2014

Adres do korespondencji:

\*Paulina Zięba

Dębno 44, 26-006 Nowa Słupia

tel.: +48 790-580-700

e-mail: paulina\_zieba86@o2.pl