



Środowisko fizyczne i społeczne oraz jakość funkcjonowania szkoły a zdrowie subiektywne i zachowania zdrowotne nastolatków

pod redakcją
Joanny Mazur
Agnieszki Małkowskiej-Szcutnik

**Środowisko fizyczne i społeczne
oraz jakość funkcjonowania szkoły
a zdrowie subiektywne
i zachowania zdrowotne nastolatków**

Raport końcowy z realizacji projektu badawczego

INSTYTUT MATKI I DZIECKA

**Środowisko fizyczne i społeczne
oraz jakość funkcjonowania szkoły
a zdrowie subiektywne
i zachowania zdrowotne nastolatków**

Raport końcowy z realizacji projektu badawczego

pod redakcją
Joanny Mazur
Agnieszki Małkowskiej-Szcutnik

Opracowanie wykonano w ramach projektu sfinansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/09/B/HS6/03438

Autorzy:

Joanna Mazur¹, Agnieszka Małkowska-Szcutnik², Izabela Tabak¹,
Anna Dzielska¹, Dorota Zawadzka^{1,3}, Anna Kowalewska², Hanna Nałęcz¹,
Dorota Kleszczewska⁴, Magdalena Stalmach¹, Anna Oblacińska¹, Kamil Wais⁵,
Marta Malinowska-Cieślak⁶, Krzysztof Wąż⁷, Barbara Woynarowska²

- 1 Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytut Matki i Dziecka Warszawa
- 2 Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii Wydział Pedagogiczny Uniwersytet Warszawski
- 3 Zakład Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
- 4 Fundacja Instytutu Matki i Dziecka
- 5 Zakład Metod Ilościowych w Ekonomii, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów
- 6 Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
- 7 Katedra Seksuologii, Poradnictwa i Resocjalizacji – Wydział Pedagogiki, Psychologii i Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski

© Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2017

ISBN: 978-83-88767-74-6

Skład i druk:

DRUKARNIA „Libra-Print“, Al. Legionów 114B, 18-400 Łomża
tel./fax 86 473 77 84, 86 218 24 59, www.dobra-drukarnia.pl
e-mail: info@dobra-drukarnia.pl

Spis treści

Przedmowa.....	7
Ważniejsze wyniki.....	11

Część I: PODSTAWY TEORETYCZNE PROJEKTU

1.1. Główne hipotezy	17
1.2. Bezpośredni związek środowiska szkoły ze zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów	19
1.3. Szkoła jako mediator między czynnikami społeczno-ekonomicznymi a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów	24
1.4. Wpływ czynników zewnętrznych środowiska szkoły – jakość edukacji, wdrażanie edukacji zdrowotnej – na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów.....	25

Część II: ZAŁOŻENIE METODOLOGICZNE PROJEKTU

2.1. Ogólne założenia	31
2.2. Pytania badawcze.....	33
2.3. Źródła danych	34
2.4. Zmienne i wskaźniki	40
2.5. Ogólny schemat analiz	48

Część III: PODSUMOWANIE WYNIKÓW PROJEKTU

3.1. Główne publikacje	51
3.2. Źródła danych i zakres tematyczny publikacji	55
3.3. Główne publikacje wg hipotez i pytań badawczych.....	55
3.5. Specyfika grup młodzieży na przykładzie uczniów przewlekle chorych	57
3.6. Wykorzystanie danych o strukturze hierarchicznej.....	58

3.7. Wdrażanie nowych metod do badań nad uwarunkowaniami zdrowia młodzieży	60
3.8. Podsumowanie	62

Część IV: DOKUMENTACJA PROJEKTU

4.1. Wykaz prac powstałych w trakcie realizacji projektu wraz ze streszczeniami.....	65
4.2. Dodatkowe zestawienia tabelaryczne dotyczące wpływu jakości szkoły na zdrowie uczniów.....	111
4.3. Wzór kwestionariusza	124
4.4. Zgoda Komisji Bioetycznej.....	140
4.5. Wykaz szkół uczestniczących w badaniu ankietowym w 2015 r..	141

Przedmowa

Opracowanie stanowi podsumowanie wyników projektu badawczego realizowanego w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie w latach 2014-2017 w ramach umowy z Narodowym Centrum Nauki (nr 09/B/HS6/03438) w konkursie OPUS 5. Projekt zatytułowany był: „Środowisko fizyczne i społeczne oraz jakość funkcjonowania szkoły a zdrowie subiektywne i zachowania zdrowotne nastolatków – zastosowanie modeli strukturalnych i ścieżkowych szacowanych na danych o strukturze hierarchicznej”.

W analizie i interpretacji wyników projektu wzięło udział czternaście osób, reprezentujących siedem ośrodków naukowych w Polsce¹, w tym dziesięć osób podjęło się roli lidera co najmniej jednej publikacji. Ogółem, do tej pory na podstawie uzyskanych wyników powstało lub jest finalizowanych 38 prac, w tym raport częściowy² i jedna praca doktorska (krótko omówiona w tym raporcie). W następnych miesiącach będą składane do druku kolejne opracowania, przede wszystkim stanowiące rozwinięcie analiz przygotowanych do tej pory jako doniesienia konferencyjne. Dwie trzecie prac powstało w języku angielskim, a wydawnictwa pełnotekstowe są przeważnie ogólnie dostępne w formie elektronicznej. Dzięki zaangażowaniu multidyscyplinarnego zespołu można było dotrzeć z wynikami badań do różnych środowisk, w tym środowiska medycznego i specjalistów zdrowia publicznego oraz psychologów i pedagogów. Współpraca z międzynarodową siecią badawczą HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) dodatkowo zwiększyła zasięg odbiorców wyników projektu poza granice kraju.

Opracowanie składa się z czterech części. Część pierwsza zawiera podstawy teoretyczne prowadzonych analiz i jednocześnie podsumowanie przeglądów literatury wielokrotnie aktualizowanych w toku realizacji tego projektu. W części drugiej omówiono cele i założenia metodologiczne projektu, jak również wykorzystane źródła danych oraz zmienne i wskaźniki.

¹ Główni wykonawcy projektu zostali wymienieni, jako autorzy raportu w kolejności odpowiadającej wkładowi pracy (udział w organizacji badań i opracowywaniu wyników). Pełna lista osób współpracujących w ramach tego projektu obejmuje też współautorów zagranicznych trzech prac anglojęzycznych oraz polskich współautorów, którzy uczestniczyli we wstępnych analizach na danych zastanych.

² Mazur J., Dzielska A., Woynarowska B., Zawadzka D.: Środowisko gimnazjów w opinii uczniów i dyrektorów szkół. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015

W części trzeciej podsumowano wyniki przeprowadzonych prac, nawiązując do sformułowanych już na etapie pisania wniosku grantowego hipotez i pytań badawczych. Jednocześnie zwrócono uwagę na kierunki dalszych analiz. Część czwarta, mająca charakter aneksu, zawiera dokumentację projektu, w tym wykaz 36 opracowań, wraz ze streszczeniami. Wśród tych opracowań jest 16 artykułów opublikowanych, będących w druku lub w recenzji, 2 rozdziały z monografii oraz 18 doniesień konferencyjnych (5 wystąpień ustnych³ i 13 plakatów). Cztery artykuły zostały już wydane w renomowanych czasopismach zagranicznych ze wskaźnikiem oddziaływania IF (impact factor).

Głównym celem projektu było zbadanie interakcji między czynnikami szkolnymi i pozaszkolnymi w ich łącznym oddziaływaniu na zdrowie uczniów. Na wstępie sformułowano trzy główne hipotezy badawcze oraz dziesięć pytań badawczych, które były sporadycznie modyfikowane.

Obiektem zainteresowania w omawianym projekcie była młodzież w wieku 13-16 lat, w okresie nauki w gimnazjum. Przeprowadzono w 2015 roku badanie ankietowe wśród 4085 uczniów z 70 gimnazjów zlokalizowanych w całej Polsce oraz dodatkowo wykorzystano wyniki przeprowadzonych rok wcześniej w tej grupie wieku badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC.

Głównym założeniem projektu było, zgodnie w tytułem, wykorzystanie hierarchicznej struktury danych. Oprócz danych dotyczących uczniów zebrano informacje na temat szkoły, które pochodziły z trzech źródeł: jako agregowane dane uczniów, jako wyniki zewnętrznej ewaluacji gimnazjum, jako ocena środowiska psychospołecznego szkoły, na podstawie ankiety wypełnionej przez dyrektora. Pozwoliło to na ocenę różnic w zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych uczniów chodzących do lepiej i gorzej funkcjonujących szkół oraz na zidentyfikowanie problemów szkół różnej kategorii.

W związku z powyższym, ważnym uzupełnieniem publikacji są zamieszczone w ostatniej części raportu zestawienia, porównujące w jednorodnych kategoriach szkół średnie wartości dwudziestu pięciu wskaźników powiązanych ze zdrowiem gimnazjalistów. O ile w wydanym w 2015 roku raporcie cząstkowym definiowano kategorie szkoły na podstawie ich ogólnej oceny, o tyle obecnie analizowano zróżnicowanie ze względu na

³ Dodatkowo, publikacji dwóch artykułów towarzyszyły wystąpienia ustne na cyklicznych konferencjach „Tytoń a Zdrowie”.

stopień spełniania dwunastu szczegółowych wymagań ewaluacyjnych, stawianych placówkom oświatowym.

Niezależnie od rozumienia hierarchicznej struktury danych, analizowano w układzie hierarchicznym zmienne – determinanty problemów zdrowotnych. W wielu opracowaniach częściowych tego projektu oceniano wpływ sukcesywnie wprowadzanych do modeli regresji jednorodnych tematycznie bloków zmiennych, co pozwoliło na zbadanie, jaki wpływ na zdrowie mają czynniki szkolne i pozaszkolne (np. środowisko rodzinne) oraz wybrane zachowania zdrowotne (np. aktywność fizyczna).

W okresie likwidowania gimnazjów, trudno jest formułować wnioski na temat ich dalszego funkcjonowania w kontekście poprawy zdrowia uczniów. Mamy jednak nadzieję, że uzyskane wyniki będą inspiracją do dalszych analiz i refleksji na temat wpływu szkoły na zdrowie starszych uczniów, niezależnie od obowiązującego systemu edukacji.

*Joanna Mazur
Agnieszka Małkowska-Szcutnik*

Ważniejsze wyniki

Badaniem ankietowym przeprowadzonym w 2015 r. objęto ponad cztery tysiące uczniów z siedemdziesięciu gimnazjów z całej Polski. Szkoły te przeszły w okresie poprzedzającym ankietyzację całościową ewaluację zewnętrzną. Dało to unikatową możliwość oceny związku między cechami szkoły, a zdrowiem i stylem życia nastolatków.

Badano, jaki wpływ na zdrowie i styl życia nastolatków ma środowisko szkolne oceniane na podstawie obiektywnych zewnętrznych kryteriów oraz indywidualne postrzeganie szkoły. Dodatkowo uwzględniono wpływ relacji rodzinnych i sytuacji materialnej rodziny oraz cechy otoczenia w miejscu zamieszkania.

W centrum zainteresowania były interakcje między analizowanymi uwarunkowaniami zdrowia.

Na podstawie zebranego w 2015 r. materiału powstało do tej pory 25 opracowań, a ich uzupełnieniem są analizy, wykorzystujące wyniki badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

Ważniejsze wyniki podsumowano w kilku obszarach tematycznych, podając też implikacje praktyczne.

JAKOŚĆ SZKOŁY A ZDROWIE UCZNIÓW

- Wykazano, że analiza danych o strukturze hierarchicznej (uczeń – szkoła) może znacząco wzbogacić wiedzę na temat wpływu środowiska szkolnego na zdrowie uczniów. Uczniowie z poszczególnych kategorii gimnazjów (zdefiniowanych na podstawie stopnia wypełniania wymagań stawianych placówkom oświatowym) różnią się pod względem postrzegania środowiska szkolnego, zdrowia subiektywnego, zasobów wzmacniających zdrowie oraz podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych.
- W szkołach należących do poszczególnych kategorii zmienia się struktura uczniów pod względem podstawowych cech społeczno-demograficznych. W szkołach, które uzyskały lepszą „kategorię” uczy się więcej dzieci rodziców z wyższym wykształceniem, z pełnych rodzin, mieszkańców dużych miast oraz uczniów bogatszych rodzin, którzy ponadto już w szkole podstawowej osiągnęli lepsze wyniki w nauce.

- Ogólnie, wymienione na wstępie wskaźniki powiązane ze zdrowiem nastolatków poprawiają się w lepiej ocenionych szkołach. W wyróżniających się szkołach (kategoria A) pojawiają się jednak specyficzne problemy związane z obciążeniem nauką, niezadowoleniem z uzyskiwanych ocen oraz obniżonym poczuciem własnej wartości.
- Spośród dwunastu obszarów funkcjonowania szkoły ocenianych w ramach ewaluacji zewnętrznej, najsilniej (z największą liczbą wskaźników powiązanych ze zdrowiem) korelują dwa: „uczniowie są aktywni” i „nauczyciele współpracują w planowaniu i realizowaniu procesów edukacyjnych”.

INDYWIDUALNE POSTRZEGANIE ŚRODOWISKA SZKOŁY

- Spośród indywidualnych cech ucznia, odnoszących się do jego funkcjonowania w szkole, najmocniej zaznaczył się wpływ osiągnięć w nauce, co jest zgodne z wcześniej prowadzonymi badaniami. Obserwuje się silne uwarunkowanie społeczne w tym obszarze, co oznacza że młodzież z bogatszych rodzin osiąga lepsze wyniki.
- Bardzo dobre wyniki w nauce stanowią czynnik chroniący, redukujący oddziaływanie innych negatywnych czynników oraz niwelujący różnice związane z płcią, które narastają w okresie adolescencji.
- Zewnętrzna zobiektywizowana ocena szkoły szczególnie silnie koreluje z postrzeganym przez uczniów wsparciem społecznym ze strony kolegów i nauczycieli (klimatem społecznym). Zaobserwowano istotny związek wsparcia społecznego z wszystkimi dwunastoma wymaganiami ewaluacyjnymi.
- Wyniki przeprowadzonych badań wskazały też na inne elementy oceny środowiska szkolnego, których znaczenie nie było do tej pory docenione. W wielu opracowaniach zwrócono uwagę na dominujący wpływ na zdrowie (psychiczne, społeczne) poczucia przynależności do szkoły. Również w raporcie cząstkowym z tego projektu, wydanym w 2015 r., analizując łączny wpływ płci, wieku, miejsca zamieszkania i kategorii szkoły, zwrócono uwagę na poczucie przynależności do szkoły, jako jedyną zmienną powiązaną z wszystkimi czterema czynnikami.
- Więcej uwagi należy też poświęcić temu, jak uczniowie postrzegają swoją pozycję w klasie. Niska pozycja społeczna niweluje ochronny,

względem wielu problemów zdrowia psychospołecznego, wpływ możliwości rodziny.

- Czynnikiem szkolnym negatywnie wpływającym na zdrowie i potęgującym zachowania ryzykowne jest wzmożony stres szkolny.

INTERAKCJE MIĘDZY CZYNNIKAMI WARUNKUJĄCYMI ZDROWIE

- Badając uwarunkowania zdrowia nastolatków, warto zwrócić większą uwagę na złożone ścieżki powiązań, które mogą pomóc zrozumieć mechanizmy zależności.
- W wielu opracowaniach częściowych zwrócono uwagę na związki pośrednie i bezpośrednie, wskazując na czynniki, które mogą być mediatorami badanych zależności.
- Poprzez efekt mediacji można wytłumaczyć związek zachowań zdrowotnych z samopoczuciem nastolatków. Wykazano na przykład, że aktywność fizyczna wzmacnia zdrowie psychiczne, a mediatorem tej zależności jest poczucie własnej wartości.
- Zaawansowane metody modelowania strukturalnego pozwalają wyjaśnić sekwencje oddziaływania poszczególnych czynników na zdrowie. W badaniach uwarunkowań dolegliwości subiektywnych wykazano, że osiągnięcia w nauce są mediatorem zależności między zamożnością rodziny a stresem szkolnym, a stres szkolny mediatorem zależności między osiągnięciami w nauce a nasileniem dolegliwości.
- Badając interakcje między czynnikami wpływającymi na zdrowie nastolatków, należy też zwrócić uwagę na czynniki modyfikujące. W wielu opracowaniach wykazano, że siła zależności między danym czynnikiem warunkującym a zdrowiem zmienia się w grupach młodzieży wyróżnionych ze względu na inną cechę, w tym na przykład:
 - różnice w ocenie jakości życia chłopców i dziewcząt redukują się w przypadku dobrych wyników w nauce;
 - wpływ aktywności fizycznej na samopoczucie nastolatków jest silniejszy w rodzinach uboższych;
 - wpływ stresu szkolnego na nasilenie wybranych wskaźników zdrowotnych (poczucie własnej wartości, dolegliwości) redukuje się w przypadku wysokiego wsparcia ze strony rodziców.

- Alternatywną metodą oceny interakcji jest wyróżnianie grup młodzieży na podstawie poziomu kilku czynników (analiza skupień). W ten sposób warto jest szukać jednorodnych wzorców zachowań oraz podobnych grup społecznych. Wykazano na przykład, że zamożność rodziny nie chroni przez używaniem substancji psychoaktywnych młodzieży, która równocześnie ma słabe wyniki w nauce.

WYBRANE GRUPY MŁODZIEŻY

- Analizując uwarunkowania zdrowia należy zwrócić uwagę na grupy młodzieży szczególnie podatnej na oddziaływanie czynników ryzyka.
- Po pierwsze, zwrócono uwagę na młodzież z chorobami przewlekłymi, która zaliczana jest do grupy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Stwierdzono, że 1/5 badanej młodzieży obciążona jest długotrwałymi problemami zdrowotnymi, co jest zgodne z wynikami innych badań. Jednym z ważniejszych wniosków z badań, w odniesieniu do tej grupy uczniów, jest stwierdzenie, że ich spostrzeganie szkoły jest gorsze od zdrowych rówieśników. Także kształtowanie poszczególnych umiejętności psychospołecznych, np. orientacji na cel jest u tych uczniów warunkowane inaczej niż u ich zdrowych kolegów. Należy także pamiętać o tym, że jest to grupa bardzo zróżnicowana ze względu na rodzaj problemów zdrowotnych. Dokładna analiza potrzeb uczniów z chorobami przewlekłymi wymaga pogłębionych analiz. Uzyskane podczas badań wyniki zostaną wykorzystane w niezależnie opracowywanej monografii z tego zakresu.
- Po drugie, analizowano grupy społeczne wyróżnione według poziomu zamożności rodziny. Stwierdzono, że uczniowie z rodzin o wyższym statusie społeczno ekonomicznym, w porównaniu do uczniów z rodzin o gorszym statusie mają: lepsze osiągnięcia szkolne, częściej uczą się w lepszych szkołach, są bardziej zadowoleni z życia. Rzadziej występują u nich zachowania ryzykowne dla zdrowia. W wielu pracach podkreślano ważną rolę statusu społeczno-ekonomicznego rodziny dla wzmacniania działania czynników chroniących lub neutralizowania wpływu czynników ryzyka.
- Po trzecie, zwrócono uwagę na młodzież wyróżnioną ze względu na różną ocenę pozycji społecznej w zależności od zamożności rodziny, pozycji społecznej ucznia w klasie oraz samooceny osiągnięć szkolnych.

Stwierdzono, różnice we wskaźnikach zdrowotnych uczniów, którzy oceniają się wysoko na wszystkich trzech poziomach, w porównaniu z tymi, którzy plasują się niżej jedynie w szkolnej hierarchii społecznej.

IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

- Uzyskane wyniki wskazują na konieczność badania wpływu szkoły z uwzględnieniem szerokiej perspektywy odniesień. Ważne jest analizowanie wpływu bezpośredniego szkoły na uczniów, m. in. poczucia przynależności, wsparcia społecznego, samooceny osiągnięć szkolnych, natężenia podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Drugim koniecznym elementem jest uwzględnianie grup młodzieży, które są szczególnie podatne na działanie czynników ryzyka. Dotyczy to szczególnie uczniów obciążonych chorobami przewlekłymi lub niepełnosprawnościami; uczniów z rodzin o niskim jak i wysokim statusie społeczno-ekonomicznym; uczniów, którzy oceniają swoją pozycję społeczną w klasie jako niską. Ostatnią perspektywą, którą należy brać pod uwagę podczas planowania polityki szkoły w zakresie zdrowia jest zewnętrzny wpływ szkoły na zdrowie. Uzyskane wyniki badań potwierdziły istotność analizowania wpływu jakości szkoły na zdrowie. Stwierdzono różnice w samoocenie zdrowia uczniów, którzy uczyli się w lepiej i gorzej ocenionych szkołach. Kreowanie oddziaływań praktycznych powinno więc rozpocząć się od uwzględnienia trzech perspektyw w ocenie potrzeb uczniów. Konieczne jest także prowadzenie dalszych badań definiujących czynniki chroniące i ryzyka analizowane z różnych perspektyw wpływu szkoły na zdrowie uczniów.
- Niepokojącym zjawiskiem jest bardzo słaba ocena szkół w obszarze współpracy z rodzicami oraz słaby związek samopoczucia i zachowań zdrowotnych uczniów z poziomem partnerstwa między szkołą a rodzicami.
- Wyniki badań wykazały, które spośród analizowanych czynników należy uznać za zasoby wzmacniające zdrowie. Należą do nich: osiągnięcia w nauce, przynależność do szkoły, klimat społeczny szkoły, wsparcie społeczne z różnych źródeł: od nauczycieli, rówieśników i rodziców, umiejętność dzielenia się trudnymi przeżyciami tj. rozmawiania o doświadczeniu bycia ofiarą dręczenia przez rówieśników,

aktywność fizyczna, poczucie sensu życia, orientacja na cel, poczucie własnej wartości oraz kapitał społeczny okolicy zamieszkania. Korzystanie z tych zasobów ułatwi wdrażanie edukacji zdrowotnej w szkole, m.in. poprzez niwelowanie obecnych w każdej społeczności szkolnej czynników ryzyka.

- Wdrażanie działań ukierunkowanych na dbanie o zdrowie powinno być dostosowane do specyfiki szkoły. Zupełnie inne potrzeby mają uczniowie, którzy uczą się w tzw. lepszych szkołach (tych, które spełniają większość wymogów ewaluacji zewnętrznej). Dla nich konieczne są działania ukierunkowane na redukcję stresu związanego z nauką oraz prawdopodobnie presją wywieraną przez nauczycieli i rodziców. Można przypuszczać, że uczniowie oprócz wysiłków ukierunkowanych na zdobywanie indywidualnych osiągnięć szkolnych, muszą także swoimi osiągnięciami potwierdzać wysoki poziom szkoły, co staje się dla nich dodatkowym obciążeniem. Dla porównania uczniowie, którzy uczą się w gorszych szkołach częściej podejmują zachowania ryzykowne dla zdrowia. Nie bez znaczenia jest też struktura społeczna szkoły. Mniej zadowoleni z życia są uczniowie ze szkół, w których występuje znaczne zróżnicowanie poziomu zamożności.
- Szczególnie ważne jest uwzględnienie potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej wśród zróżnicowanych grup uczniów. Zwłaszcza tam, gdzie wśród uczniów istnieje niewiele powiązań między grupami, które różnią się od siebie stanem zdrowia, statusem społeczno – ekonomicznym, konieczne jest zwrócenie uwagi na integrację grupy i zdefiniowanie obszarów wspólnych potrzeb. Jak zaznaczono w rozdziale opisującym modele teoretyczne badań, brak powiązań między różniącymi się od siebie członkami grupy jest jednym z czynników ryzyka dla realizacji edukacji zdrowotnej w szkole.

Część I: PODSTAWY TEORETYCZNE PROJEKTU

W rozdziale przedstawiono podstawy teoretyczne badań. Badania stanowią przykład interdyscyplinarnej konceptualizacji wpływu szkoły na zdrowie uczniów. Opisany w rozdziale model teoretyczny badań zawiera teorie z różnych dziedzin nauki – pedagogiki, psychologii, zdrowia publicznego, socjologii oraz kryminologii. Jedynie takie, interdyscyplinarne, definiowanie omawianych zależności daje możliwość zrozumienia badanego zjawiska.

1.1. Główne hipotezy

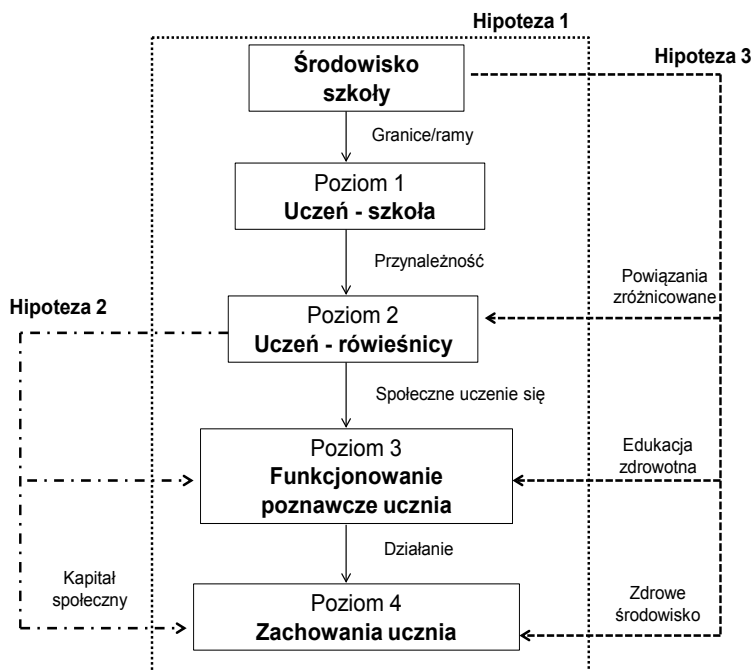
Odwołano się, do przyjętej w badaniach hipotezy głównej, zgodnie z którą występuje wzajemna zależność między postrzeganiem środowiska szkoły, a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów. W badaniach skoncentrowano się na jednym kierunku zależności, analizując, w jaki sposób szkoła wpływa na zdrowie uczniów.

Na podstawie przyjętej hipotezy głównej sformułowano trzy hipotezy badawcze. Analizy dotyczyły tego, w jaki sposób:

Hipoteza 1. Jakość szkoły (funkcjonowanie i klimat społeczny) wpływa bezpośrednio na zdrowie nastolatków.

Hipoteza 2. Spostrzeganie szkoły pełni rolę mediatora zależności między statusem społeczno-ekonomicznym rodziny i otoczenia, a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów.

Hipoteza 3. Czynniki zewnętrzne (jakość edukacji i standardy dotyczące edukacji zdrowotnej) modyfikują zależność między zdrowiem uczniów i ich indywidualnymi uwarunkowaniami będąc jednocześnie czynnikiem chroniącym lub ryzyka dla zdrowia lub zachowań zdrowotnych uczniów.



Rycina 1. Model teoretyczny badań – ścieżki powiązań między hipotezami badawczymi dotyczącymi wpływu środowiska szkoły na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów. Źródło: opracowanie własne na podstawie Bonell i wsp. 2013.

Na rycinie 1 przedstawiono model teoretyczny badań odnoszący się do ścieżek wzajemnych powiązań i wymienionych powyżej przyjętych w badaniach hipotez badawczych. Ścieżka pierwsza (hipoteza 1) dotyczy bezpośredniego wpływu środowiska szkoły na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów. Analizowano cztery poziomy powiązań, rozpoczynając od tego, w jaki sposób środowisko szkolne wpływa bezpośrednio na ucznia, poprzez wpływ na relacje rówieśnicze i funkcjonowanie poznawcze ucznia. Ostatni poziom tej ścieżki dotyczył wpływu środowiska szkoły na zachowania zdrowotne ucznia. Podstawy teoretyczne dla ścieżki 1 opisano w podrozdziale 1.2. Ścieżka druga (hipoteza 2) dotyczy mediującej roli środowiska szkoły pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym rodziny i otoczenia a zdrowiem uczniów. Podstawy teoretyczne dla tej ścieżki opisano w podrozdziale 1.3. Ścieżka trzecia (hipoteza 3) dotyczy wpływu czynników zewnętrznych szkoły na zdrowie i zachowania zdrowotne. Podstawy teoretyczne dla tej ścieżki opisano w podrozdziale 1.4.

1.2. Bezpośredni związek środowiska szkoły ze zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów

Związek bezpośredni środowiska szkoły ze zdrowiem uczniów analizowano biorące pod uwagę cztery poziomy zależności (ryc.1).

Poziom 1 – Uczeń – szkoła

Pierwszy poziom dotyczy bezpośredniego wpływu środowiska szkoły na zaangażowanie się ucznia w funkcjonowanie w szkole. Jednym z czynników, który umożliwia angażowanie się ucznia w funkcjonowanie szkoły jest poczucie przynależności do niej. Więź ze szkołą jest jednym z czynników chroniących dla zdrowia nastolatków (Szymańska, 2014). Rozwój przywiązania do szkoły jest możliwy, kiedy spełniane są potrzeby uczniów w zakresie: 1) bezpieczeństwa – uczeń czuje, że w szkole nie grozi mu krzywda i odrzucenie; czuje się bezpiecznie; 2) akceptacji emocji – uczeń może wyrażać wszystkie swoje emocje, szanując przy tym inne osoby; 3) bezpiecznych granic – uczeń wie, jakie zasady panują w szkole, za jakie zachowania spotka go konsekwencja (Kołakowski, 2016).

Teoria funkcjonowania człowieka i organizacji w szkole (Markham, Aveyard, 2003) tłumaczy w jaki sposób szkoła zapewnia uczniom poczucie przynależności do niej. Autorzy rozróżniają dwa wymiary więzi. Jeden dotyczy tzw. *praktycznego rozumowania* odnoszący się do rozumienia przez uczniów ich własnych emocji i uczuć oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Ważne są tutaj także umiejętności szanowania swoich uczuć przy podejmowaniu decyzji, jak zachować się w danej sytuacji. Drugi wymiar dotyczy *przynależności* i związany jest ze zdolnością do budowania relacji z innymi. Szkoła zapewnia uczniom praktyczne rozumowanie oraz przynależność poprzez *oddziaływania instruktażowe oraz regulacyjne*. *Działania instruktażowe* odnoszą się sposobów, w jakie szkoła umożliwia uczenie się formalne i nieformalne. *Działania regulacyjne* dotyczą wyznaczania i wspierania norm określających przynależność. Zadaniem szkoły jest dbanie o zaangażowanie uczniów. Brak starań w tym zakresie prowadzi do *wylączenia* – brak akceptacji przez uczniów oddziaływań regulacyjnych albo do *wyobcowania* – brak zaangażowania uczniów w oddziaływania instruktażowe. Odwołując się do Teorii funkcjonowania człowieka i organizacji w szkole oraz do przyjętej w badaniach hipotezy należy podkreślić, że brak zaangażowania uczniów może prowadzić do

poszukiwania innych źródeł przynależności. Uczniowie mogą przyłączać się do grup rówieśniczych nastawionych negatywnie do szkoły. Mogą być bardziej skłonni do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Istotne jest wyznaczanie granic i ram funkcjonowania uczniów w szkole. Uczniowie wiedzą, jakie są granice między nimi oraz nauczycielami oraz w jaki sposób zostały określone ramy dotyczące podejmowania decyzji odnośnie edukacji i zachowania w szkole.

Zaakceptowane przez uczniów wartości ukierunkowane na dbanie o zdrowie mają szansę zostać uwewnętrznione poprzez tzw. *sterowanie*. Gottfredson i Hirschi (1990) wykazali, że osoby zaangażowane w daną wspólnotę przyswajają oraz powielają przyjęte przez nią wartości i zachowania oraz unikają zachowań, które w danej wspólnocie uznane są za niedopuszczalne. Zachowania antyspołeczne wynikają często ze słabych więzi z grupą oraz z braku zaangażowania w jej działania (Elliott i in. 1979). Dbanie o zdrowie oraz uwzględnienie poziomu relacji rówieśniczych powinno być związane z integracją wokół działań prozdrowotnych oraz z zobowiązaniem względem członków grupy. Zobowiązanie odnosi do zasady lojalności i zwiększa prawdopodobieństwo przestrzegania reguł obowiązujących w grupie, np. chcę być członkiem grupy, podejmuję wspólnie z nią działania i zobowiązuję się nie palić papierosów, skoro inni też się do tego zobowiązali.

Poziom 2 – Uczeń – rówieśnicy

Drugi poziom dotyczy wpływu środowiska szkoły na relacje z rówieśnikami. Opisane tu modele teoretyczne odwołują się do poziomu pierwszego dotyczącego kształtowania u uczniów przywiązania do szkoły. Zakłada się, że uczeń, który jest zaangażowany w działania szkoły oraz czuje, że do niej przynależy, jest tym samym bardziej zaangażowany wobec swoich rówieśników. Zaangażowanie polega tu na poszukiwaniu przyjaźni wśród rówieśników o podobnych poglądach i zainteresowaniach. Przy spełnieniu założenia, że szkoła podejmuje starania, aby zaangażować uczniów w działania prozdrowotne zwiększa się prawdopodobieństwo, że uczeń będzie chciał zaangażować w te działania swoich rówieśników.

Opisywany poziom zależności należy rozumieć w szerszym kontekście odwołując się przede wszystkim do pisanego w podrozdziale 1.4. wpływu czynników zewnętrznych środowiska na zdrowie uczniów.

Wpływ szkoły na zdrowie w kontekście opisywanych relacji rówieśniczych należy rozpatrywać odwołując się **teorii społecznego uczenia się** A. Bandury (2007). Zgodnie z nią, uczniowie uczą się poprzez naśladowanie i obserwację innych. Uczniowie uczą się więc od swoich rówieśników troski o zdrowie. Rówieśnicy, którzy włączają się w działania ukierunkowane na kształtowanie zdrowia stanowi dla ucznia model do naśladowania. Istotne jest także rozwijanie wśród uczniów poczucia skuteczności w działaniu – także tym ukierunkowanym na zdrowie. Bandura wyróżnił dwa rodzaje nastawienia wobec działania: *nastawienie na mistrzostwo* oraz *nastawienie na wyniki*. W *nastawieniu na mistrzostwo* uczniowie, mimo trudności w podejmowaniu działań prozdrowotnych, nie poddają się i wierzą, że wysiłkiem i praktyką można osiągnąć sukces; uczniowie tacy stawiają sobie cele przewyższające ich kompetencje, mogą więc podejmować działania prozdrowotne, w których nie czują się ekspertami, np. uprawiają sport mimo braku początkowych, satysfakcjonujących sukcesów. Pokonanie trudności pozwala im rozwijać poczucie skuteczności z zakresie dbania o zdrowie. Zupełnie inaczej funkcjonują uczniowie *nastawieni na wynik*. Dla nich ważniejsze jest osiągnięcie sukcesu niż sam proces oraz podjęte działania. Uczniom tym trudniej będzie inicjować zachowania zdrowotne ze strachu przed porażką. Istotne jest, aby szkoła zachęcała uczniów z wysokim poziomem poczucia skuteczności, aby podejmowali zachowania zdrowotne i tym samym stawali się modelami dla rówieśników, którzy mają niższy poziom takich kompetencji.

W celu kształtowania działań prozdrowotnych konieczne jest uwzględnianie koncepcji uczenia się *we współpracy* (ang. collaborative learning) oraz *tutoringu rówieśniczego* (ang. peer tutoring). Takie formy uczenia się odwołują się do **Teorii rusztowania** D. Wooda (2006). Autor zakłada, że do przejścia odpowiedzialności za uczenie się – w naszym przypadku uczenie się o zdrowiu – potrzebne jest wsparcie drugiej osoby (dorosłej lub rówieśnika), która będzie wsparciem – „rusztowaniem” dla nowej umiejętności.

Poziom 3 – Funkcjonowanie poznawcze uczniów

Poziom trzeci dotyczy wpływu środowiska szkoły na funkcjonowanie poznawcze uczniów. Wpływ ten może być rozumiany na różnych poziomach. Należy brać pod uwagę omówione powyżej zależności między uczniem a jego rówieśnikami oraz wpływ bezpośredni zewnętrznych

czynników szkolnych. Czynnikiem, który pozytywnie wpływa na zdrowie uczniów jest obserwowanie u rówieśników takich samych procesów poznawczych np. obserwowanie jak kolega z klasy dba o prawidłowe odżywianie zachęca ucznia do podejmowania podobnych działań. Bardzo ważne jest tu także oddziaływanie programów edukacji zdrowotnej prowadzonych w szkole. Należy pamiętać, że szkoła może ukształtować procesy poznawcze uczniów zarówno w kierunku zachowań pro jak i antyzdrowotnych. Ukształtowane przez szkołę myślenie o braku konieczności dbania o zdrowie może skutkować brakiem umiejętności dbania o zdrowie w późniejszych latach życia.

Koncepcja Self-Reg (samoregulacji) (Shanker, 2016) zakłada, że uczeń jest w stanie dbać o zdrowie kiedy osoby z jego najbliższego otoczenia troszczą się o regulowanie jego pobudzenia.

Samoregulację rozpatrujemy na pięciu poziomach:

- biologicznym – dotyczy prawidłowego wzorca snu, odżywiania się, aktywności fizycznej, świadomości ciała oraz ogólnego stanu zdrowia;
- emocjonalnym – dotyczy umiejętności rozpoznania, redukowania oraz regeneracji oznak stresu;
- poznawczym – dotyczy umiejętności uważności, ignorowania dystraktorów, odraczania gratyfikacji, wiązania ze sobą pojęć i informacji, tolerowania frustracji, uczenia się na błędach, przełączania uwagi;
- społecznym – funkcjonowanie w relacjach;
- prospołecznym – umiejętność empatii.

Zadaniem szkoły jest dbanie o to, aby uczniowie rozwijali samoregulację na wszystkich pięciu poziomach. Zadaniem szkoły jest więc redukcja stresu związanego z pobudzeniem na danym poziomie funkcjonowania. Dla przykładu, uczeń który jest przeciążony na poziomie biologicznym – zaczyna późno lekcje, uczy się w bardzo licznej klasie, przebywa w hałasie – może mieć trudności w funkcjonowaniu na innych poziomach (gorzej funkcjonują jego procesy poznawcze: np. uwaga), a tym samym będzie mu trudniej podejmować działania prozdrowotne. Wykazano, że wdrażanie w szkołach koncepcji Self-Reg ma wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne uczniów.

Funkcjonowanie poznawcze uczniów uzależnione jest między innymi od jakości spostrzeganego wsparcia społecznego, które pełni rolę bufora i jest jednym z najważniejszych czynników dla zapewnienia równowagi

w sytuacji przeciążenia i stresu. Wysoki poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest czynnikiem chroniącym dla funkcjonowania poznawczego i jednocześnie dla zdrowia (Heszen I., Sęk H., 2007).

Kolejnym ważnym obszarem, który powinien być w środowisku szkolnym uwzględniony w zakresie kształtowania dbania o zdrowie jest **teoria samoregulacji w uczeniu się** (ang. academic self-regulation) (Mc Coach, Siegle, 2003). Samoregulacja uczenia się jest to uczniowska umiejętność metapoznawcza zarządzania własnym procesem uczenia się tzn. planowania, monitorowania oraz modyfikowania jego poszczególnych etapów i elementów. W kontekście zdrowia ma ona szczególne znaczenie, daje bowiem możliwość refleksji nad własnymi zachowaniami zdrowotnymi oraz umożliwia wprowadzanie modyfikacji i zmian. Dbanie o rozwijanie umiejętności samoregulacji w codziennym procesie uczenia się wpływa na wykorzystanie tych umiejętności w zakresie dbania o zdrowie.

Poziom 4 – Zachowania ucznia

Poziom czwarty dotyczy wpływu środowiska szkoły na podejmowanie przez uczniów decyzji o zachowaniach prozdrowotnych lub antyzdrowotnych. Istotne jest tutaj podkreślenie, że ostatni poziom zawiera w sobie wszystkie trzy poprzednie. Podjęcie decyzji o dbaniu o zdrowie uzależnione jest więc od poczucia przynależności do szkoły, od jakości relacji rówieśniczych, sprawności procesów poznawczych uczniów.

W nawiązaniu do omówionego wcześniej uczenia się poprzez modelowanie i obserwację należy także odnieść się do podejmowania działań poprzez tzw. „zarażanie”. **Teoria społecznego zarażania** (Jencks, Mayer, 1990), zakłada, że zachowania zdrowotne (oraz antyzdrowotne) są „zaraźliwe” poprzez aktywne uczestnictwo w sieciach społecznych. Bycie członkiem grupy pozytywnie zaangażowanej w działania ukierunkowane na kształtowanie zdrowia wpływa na podejmowanie takich działań.

Teoria planowanego zachowania (Ajzen, 1985) podkreśla jak ważne są intencje w podejmowaniu zachowań zdrowotnych. Zgodnie z tą teorią zachowania zdrowotne podejmowane są w odniesieniu do sformułowanych wcześniej intencji. Są one (intencje) modyfikowane przez następujące czynniki: postawy wobec danego zachowania, indywidualne normy oraz poczucie sprawstwa nad danym zachowaniem czyli przekonanie, że dane zachowanie ma szansę powodzenia. Istotne jest więc po raz kolejny

podkreślenie wpływu trzech omówionych wcześniej poziomów oddziaływania szkoły na zdrowie. Przed podjęciem decyzji dotyczącej zdrowia uczeń rozważa różne czynniki, także te dotyczące rówieśników. Może zastanawiać się jakiego zachowania oczekują od niego rówieśnicy oraz nauczyciele. Zastanawia się także, jak jego rówieśnicy postąpiliby w podobnej sytuacji.

1.3. Szkoła jako mediator między czynnikami społeczno-ekonomicznymi a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów

Kolejnym obszarem analiz było sprawdzenie jaką rolę pełni środowisko szkoły w zależności między czynnikami społeczno-ekonomicznymi a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów. W celu wyjaśnienia zależności odwołano się do teorii kapitału społecznego. Pojęcie kapitału społecznego w odniesieniu do poziomu jednostkowego dotyczy poczucia zaufania i przynależności społecznej oraz zaangażowania społecznego (Mc Kenzie, Harpham, 2006). Związek kapitału społecznego ze zdrowiem dotyczy: sieci wspólnotowych (sąsiedzkich, samopomocowych); zaangażowania obywatelskiego; poczucia tożsamości lokalnej; wzorców relacji współpracy danej społeczności oraz zaufania społecznego (Putman, 1993).

Twórcy **koncepcji kapitału społecznego** zwracają uwagę na konieczność rozróżnienia między *przywiązaniem*, a *powiązaniem* pomiędzy członkami danej grupy. Grupy, które charakteryzuje wysoki poziom przywiązania mogą jednocześnie mieć wysoki poziom zachowań zdrowotnych jak i antyzdrowotnych. *Przywiązanie* może skłaniać ucznia do powielania zachowań charakterystycznych dla grupy i nie zawsze są to zachowania właściwe, np. przywiązanie do kolegów, którzy używają substancji psychoaktywnych skłania ucznia do podejmowania podobnych zachowań. Istotne jest dbanie o *powiązania* pomiędzy odmiennymi członkami grupy. W kontekście szkoły pomiędzy uczniami i nauczycielami oraz pomiędzy uczniami o odmiennym statusie społeczno-ekonomicznym lub odmiennej pozycji społecznej w klasie. Wysoki poziom powiązań jest czynnikiem chroniącym przez zachowaniami antyzdrowotnymi, zachęca także do podejmowania działań prozdrowotnych inicjowanych w środowisku szkolnym (Portes, 1998).

Czynniki społeczno-ekonomiczne rozpatrywano z poziomu ucznia i odwołano się do koncepcji pozycji społecznej ucznia w klasie oraz z poziomu czynników zewnętrznych, odnosząc się do koncepcji statusu społeczno ekonomicznego rodziny oraz okolicy otoczenia. Szerszy opis znajduje się w rozdziale prezentującym zmienne i wskaźniki wykorzystane w analizach.

1.4. Wpływ czynników zewnętrznych środowiska szkoły – jakość edukacji, wdrażanie edukacji zdrowotnej – na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów

Ostatnia ścieżka powiązań dotyczy wpływu czynników zewnętrznych środowiska szkoły na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów. Opisanie poniżej teorii mogą stanowić wytyczne dla badanego zjawiska. Są przykładami holistycznego myślenia o zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych. Odwołują się do szerokiego kontekstu środowiska szkoły, rodziny oraz powiązań z makro systemu. Jednak w celu pełnej analizy wpływu szkoły na zdrowie zawsze należy brać pod uwagę także pozostałe opisane powyżej ścieżki powiązań.

Zgodnie z **ekologicznym modelem rozwoju** U. Bronfenbrennera (1979) rozwój (w naszym przypadku dbałość o zdrowie) zależy od aktywności ucznia w środowisku oraz na zwrotnym wpływie środowiska na ucznia. Autor teorii zakłada istnienie czterech subsystemów: mikrosystemu (najbliższe otoczenie , np. dom, klasa szkolna); mezostemu (np. lekarz, nauczyciel); egzasystemu (np. miejsce pracy rodziców); makrosystemu (np. system prawny, system edukacji). Sposób funkcjonowania ucznia wyznaczany jest przez wzajemne relacje między podsystemami. W kontekście zdrowia i zachowań zdrowotnych ważne są najbliższe relacje ucznia z rodzicami oraz rówieśnikami w klasie szkolnej, które wpływają na niego w sposób bezpośredni. To, w jaki sposób rodzice lub rówieśnicy dbają o zdrowie jest dla ucznia wskazówką, w jaki sposób on ma podejmować działania w tym zakresie. Równie ważne są oddziaływania pośrednie związane z oddziaływaniem środowiska lokalnego oraz poziomu. Dostęp do służby zdrowia, podstawa programowa dotycząca edukacji zdrowotnej obowiązująca w systemie edukacji są czynnikami, które w sposób pośredni decydują o zdrowiu ucznia.

Twórcy **teorii triadowej zachowań zdrowotnych** (Flay, Petraitis, 1994) zauważyli podobnie jak U. Bronfenbrenner, że zachowania zdrowotne

mogą być uwarunkowane zarówno czynnikami intrapersonalnymi jak i środowiskowymi. Wśród czynników determinujących zdrowie wymieniają cechy indywidualne, relacje społeczne, czynniki środowiskowe oraz szersze otoczenie kulturowe.

Jedną z ważniejszych koncepcji teoretycznych wykorzystywanych do wyjaśnienia wpływu szkoły oraz innych środowisk na zdrowie uczniów jest **teoria strukturacji** (Giddens, 1984). Autor podkreśla, że struktura szkoły (filozofia szkoły, działania w kierunku prozdrowotnym) mogą być przyswojone przez uczniów i przez nich wykorzystywane w codziennym funkcjonowaniu. Umiejętność refleksji nad przyswojonymi w szkole zasadami dotyczącymi dbania o zdrowie umożliwia uczniom przekształcanie ich na własny użytek. Umiejętności zdobyte w szkole w zakresie dbania o zdrowie mogą być przez uczniów wykorzystywane w domu lub innych środowiskach.

Kolejną koncepcją, która wyjaśnia w jaki sposób powstają zachowania antyzdrowotne jest **teoria powiązań zróżnicowanych** (Sutherland, 1924; za: Scarpitti i in. 2009). Teoria ta odnosi się przede wszystkim do zachowań związanych z łamaniem prawa. Na potrzeby niniejszego projektu wyjaśnia ona, że zachowań antyzdrowotnych zdrowotnych uczymy się poprzez interakcje społeczne w małych grupach społecznych. Jest to możliwe jedynie poprzez otwarcie się na innych członków grupy w zakresie sposobów działania, motywacji i zapału, postaw i rozumienia postępowania innych. Otwarcie się na innych zakłada także akceptację zachowania członków grupy. Zastosowanie tej teorii w kontekście badania wpływu szkoły na zdrowie zakłada, że uczniowie mogą „otworzyć się” zarówno na rówieśników, którzy dbają o zdrowie oraz na tych, którzy podejmują zachowania ryzykowne dla zdrowia. Zachowania antyzdrowotne powstają na skutek rekonstrukcji obrazu siebie (ja społeczne) poprzez interakcje z innymi i obserwowanie zachowań innych osób.

W celu wyjaśnienia wpływu czynników zewnętrznych szkoły na zdrowie należy także odwołać się do **teorii zachowań problemowych** (Jessor, Jessor, 1997). Zgodnie z jej założeniami zachowania antyzdrowotne podejmowane przez uczniów są wynikiem interakcji między uwarunkowaniami indywidualnymi ucznia (predyspozycje biologiczne, umiejętności społeczne, cechy osobowości), a jego otoczeniem oraz tym, w jaki sposób uczeń spostrzega swoje najbliższe otoczenie. Szkoła jest więc tu jednym z elementów, który wpływa na zdrowie uczniów.

Przykładem teoretycznego modelu opisującego wpływ środowiska szkoły na zdrowie jest koncepcja **szkół promujących zdrowie**. Zakłada ona konieczność dbania o klimat szkoły przez całą społeczność szkolną. Uwzględnia elementy ze środowiska szkoły dotyczące relacji między uczniami, nauczycielami, pozostałymi osobami pracującymi w szkole. Zauważa także konieczność odnoszenia się do filozofii szkoły oraz jej klimatu społecznego jako czynników warunkujących zdrowie uczniów (Woynarowska, 2007).

Bibliografia

- Ajzen I. (1985). From interaction to action: A theory of planned behavior. W: Kuhn J., Beckman J (red.). Action – control: From cognition to behavior. Heidelberg: Springer.
- Bandura A. (2007). Teoria społecznego uczenia się. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bonell C.P., Fletcher A., Jamel F. i in. (2013). Theories of how the school environment impacts on student health: systematic review and synthesis. *Health & Place*, 24, 242-249.
- Bronfenbrenner U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Desing. Harward University Press. Cambridge, MA.
- Elliott D.S., Ageton S.S., Carter R.J. (1979). An integrated theoretical perspective on delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 16, 3-27.
- Fly B.R., Petaitis J. (1994). The theory of triadic influence: a new theory of health behavior with implication for preventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- Giddens A. (1984). The construction of society. Cambridge: Polity Press.
- Gottfredson G.D., Hirschi T. (1990). A General Theory of Crime. Stanford: Stanford University Press.
- Hawkins J.D. Weiss J.G. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Heszen I., Sęk H. (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jencks, C., and S.E. Mayer (1990), The Social Consequences of Growing Up in a Poor Neighborhood. In L.E. Lynn, Jr. and M.G.H. McGeary (eds.) *Inner City Poverty in the United States*, Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jessor R., Jessor S. (1977). Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth. New York: American Press.
- Kołąkowski A. (2016). Budowanie ustrukturyzowanego i przyjaznego środowiska w klasie, W: M. Jerzak red., *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

- Markham W.A., Aveyard P. (2003). A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organization and pedagogic practice. *Social Science & Medicine*, 56, 1209-1220.
- Mc Kenzie, Kwame, Harpham, Trudy. (2006). *Social Capital and Mental Health*, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Mc Coach D.B., Siegle D. (2003). The school attitude assessment survey-revised: a new instrument to identify academically able students who underachieve. *Educational and Psychological Measurement*, 63,3, 414-429.
- Porters A. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24.
- Putnam, Robert. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Shanker S., Barker T. (2016). *Self-Reg. Metoda samoregulacji*. Warszawa: Wydawnictwo MAMANIA.
- Scarpitti F.R., Nielsen A.L., Miller J.M. (2009). *A sociological theory of criminal behavior. Crime and Criminals Contemporary and Classic Readings in Criminology*, New York: Oxford University Press.
- Szymańska J (2014). *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju i Edukacji
- Wood D. (2006). *Jak dzieci uczą się i myślą. Społeczne konteksty rozwoju poznawczego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wojnarowska B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

ŚRODOWISKO SZKOLNE A ZACHOWANIA PROSPOŁECZNE NASTOLATKÓW

Magdalena Stalmach, Dorota Zawadzka, Joanna Mazur
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka WARSZAWA

Wstęp: Skłonność do działań na rzecz innych osób jest istotą zachowań prospołecznych, które kształtują się od najwcześniejszego wieku w rodzinie oraz mogą być wzmacniane w szkole.

Badane osoby: Badaniem ankietowym zrealizowanym w 2015 roku objęto 4085 uczniów z 70 gimnazjów ze wszystkich województw (52% dziewcząt).

Cel:

Celem badania było określenie siły związku zachowań prospołecznych nastolatków z wybranymi cechami środowiska szkolnego.

Pytania badawcze:

- Jak często polscy gimnazjaliści wykazują deficyty zachowań prospołecznych?
- W jakim stopniu wiek i płeć różnicuje te zachowania?
- Które cechy środowiska szkolnego najsilniej mogą wzmacniać zachowania prospołeczne chłopców i dziewcząt?

Tabela II. Poziom zachowań prospołecznych gimnazjalistów wg płci i wieku

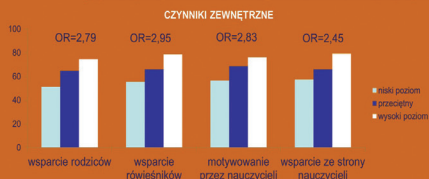
	średnia $\pm$ SD	Poziom względem normy (%)		
		nieprawidłowy 0-4	graniczny 5	normie 6-10
Ogółem	6,60 $\pm$ 2,15	13,7	18,6	67,7
Chłopcy	6,15 $\pm$ 2,17	18,1	22,6	59,3
Dziewczęta	7,00 $\pm$ 2,05	9,8	15,0	75,2
I klasa	6,62 $\pm$ 2,16	13,8	16,6	69,6
II klasa	6,59 $\pm$ 2,16	14,7	18,3	67,0
III klasa	6,60 $\pm$ 2,13	12,5	20,9	66,6

Wyniki – szkolne uwarunkowania zachowań prospołecznych chłopców

Wykazano, że po skorygowaniu na wiek ankietowanych, pięć z ośmiu przedstawionych w tabeli I czynników szkolnych niezależnie wpływa na szansę wysokiego poziomu zachowań prospołecznych chłopców. Współczynnik jakości dopasowania modelu logistycznego R-kwadrat Nagelkerke wynosi 0,093.

Wykazano, wg hierarchii ważności, wpływ: wsparcia ze strony rówieśników, wsparcia ze strony rodziców w sprawach związanych ze szkołą, motywacji do nauki ze strony nauczycieli, kompetencji szkolnych i wsparcia ze strony nauczycieli.

Rycina. Wysoki poziom indeksu ZACH_PRO oraz iloraz szans (OR) uzyskania go przy porównaniu niskiego i wysokiego poziomu czynników szkolnych



Wnioski:

Środowisko szkolne może odgrywać ważną rolę w kształtowaniu postaw prospołecznych dorastającej młodzieży, jednak należy zwrócić uwagę na różnicowanie czynników, które mogą wzmacniać tego typu zachowania u dorastających chłopców i dziewcząt.

Oprócz cech środowiska szkolnego, z definicji związanych z relacjami społecznymi, u obu płci zachowaniom prospołeczным sprzyjały wysokie kompetencje, jako ucznia. Dla chłopców duże znaczenie ma motywowanie przez nauczycieli do nauki, dla dziewcząt zaś ogólne przywiązanie (poczucie przynależności) do szkoły.

Metoda: Główną zmienną zależną był indeks zachowań prospołecznych ZACH_PRO stanowiący uzupełniającą część kwestionariusza SDQ (Strengths and Difficulties) Goodmana, zbudowany z pięciu stwierdzeń (0-10 punktów).

Środowisko szkolne oceniano za pomocą ośmiu skal pochodzących z protokołu międzynarodowych badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) – tab. I, odnoszących się do czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

W analizie statystycznej zastosowano jednoczynnikową i wieloczynnikową regresję logistyczną, oceniając szansę uzyskania wyniku ZACH_PRO uznanego za normę (6-10 punktów) w grupie ogółem oraz listę niezależnych predyktorów osobno u chłopców i dziewcząt.

Tabela I. Skale opisujące elementy percepcji środowiska szkolnego

Cechy środowiska szkoły	Przykładowe pytanie
WEWNĘTRZNE	
Autonomia	Uczniowie mogą decydować, jakie zadania wykonują na lekcji
Samocena kompetencji szkolnych	Sądzę, że jestem dość inteligentny
Adekwatność ocen do osiągnięć	Moje oceny są sprawiedliwe
Przywiązanie do szkoły	Czuję się związany z moją szkołą
ZEWNĘTRZNE	
Wsparcie ze strony rówieśników	Uczniowie w mojej klasie lubią przebywać ze sobą
Wsparcie ze strony nauczycieli	Większość moich nauczycieli jest życzliwa
Motywowanie przez nauczycieli	Nauczyciele chwalią mnie, kiedy się bardzo staram
Wsparcie rodziców związane ze szkołą	Rodzice są gotowi mi pomóc, kiedy mam kłopoty w szkole

Wyniki – poziom zachowań prospołecznych (tab. II):

Bardzo niski poziom zachowań prospołecznych stwierdzono u co siódmego gimnazjalisty.

Chłopcy wykazują istotnie niższy od dziewcząt ($p < 0,001$) przeciętny poziom zachowań prospołecznych, a odsetek ocen nieprawidłowych jest u nich prawie dwukrotnie wyższy.

Nie wykazano istotnych różnic związanych z wiekiem ($p = 0,772$) w średnim poziomie indeksu zachowań prospołecznych. Wraz z wiekiem obniża się odsetek ocen prawidłowych na rzecz wyników granicznych ($p = 0,056$).

Wyniki – szkolne uwarunkowania zachowań prospołecznych dziewcząt

Wykazano, że po skorygowaniu na wiek ankietowanych, również pięć z ośmiu przedstawionych w tab. I czynników szkolnych niezależnie wpływa na szansę wysokiego poziomu zachowań prospołecznych dziewcząt. Współczynnik jakości dopasowania modelu logistycznego R-kwadrat Nagelkerke wynosi 0,088.

Wykazano wg hierarchii ważności wpływ: przywiązania do szkoły oraz trzech czynników, które także były istotne u chłopców: wsparcia ze strony rodziców w sprawach związanych ze szkołą, wsparcia ze strony rówieśników oraz kompetencji szkolnych. Dodatkowym piątym predyktorem okazało się korzystne postrzeganie autonomii uczniów.

Poczucie sensu życia jako czynnik chroniący młodzież gimnazjalną przed doznawaniem i stosowaniem przemocy rówieśniczej

Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach, Joanna Mazur, Anna Oblacińska
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka WARSZAWA

Wstęp: Koncepcja Viktora Frankla skłania ku myśleniu, iż człowiek w każdym momencie może czuć potrzebę podjęcia trudu, którym jest odnalezienie oraz wypełnienie swojego życia sensem. Poszukiwanie sensu życia jest więc podstawową motywacją w życiu człowieka, a jego brak może prowadzić do wielu zaburzeń, min. do wchodzenia w rolę ofiary i sprawcy przemocy rówieśniczej.

Badane osoby: Badaniem ankietowym zrealizowanym w 2015 roku w ramach grantu NCN (nr 2013/09/B/HS6/03438) objęto 4085 uczniów z 70 gimnazjów zlokalizowanych we wszystkich województwach w Polsce (52% dziewcząt).

Cel: Celem badania było sprawdzenie, czy wysokie poczucie sensu życia może być czynnikiem chroniącym młodzież gimnazjalną przed wchodzeniem w rolę sprawcy i ofiary przemocy rówieśniczej?

Pytania badawcze:

- Jaki jest poziom poczucia sensu życia wśród polskich gimnazjalistów?
- Jak często polscy gimnazjaliści wchodzą w rolę ofiary oraz sprawcy przemocy rówieśniczej?
- Czy wchodzenie w rolę sprawcy i ofiary przemocy związane jest z poziomem poczucia sensu życia?
- W jakim stopniu wiek i płeć różnicuje te zachowania?

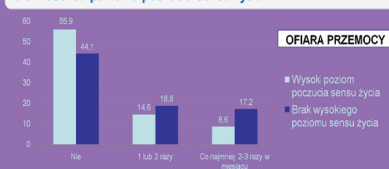
Tabela I. Poczucie sensu życia gimnazjalistów wg płci i wieku

Poczucie sensu życia młodzieży gimnazjalnej						
	Chłopcy N=1754	Dziewczęta N=1941	p	I klasa N=1310	II klasa N=1390	III klasa N=1250
Średni poziom poczucia sensu życia						
Średnia (odchylenie standardowe)	25,1 (7,1)	24,3 (7,5)	0,001	25,2 (7,3)	24,4 (7,4)	24,4 (7,4)
						0,014

Wyniki: Średni poziom poczucia sensu życia wśród badanych uczniów wyniósł 24,7 punktów (zakres sumaryczny: 0-36 punktów), przy czym chłopcy charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem poczucia sensu życia niż dziewczęta (Tab. I).

Spośród 4085 gimnazjalistów co najmniej 1 raz w ciągu ostatnich 2 miesięcy 26,8% było sprawcą, a 29,8% padło ofiarą przemocy rówieśniczej. Stwierdzono istotny związek między byciem sprawcą i ofiarą przemocy a poziomem poczucia sensu życia ($p \leq 0,001$) (Ryc.1-2). Ponad połowa gimnazjalistów z wysokim poziomem poczucia sensu życia nie doświadczyła przemocy ze strony rówieśników, natomiast ¼ nie przybrała roli sprawcy.

Rycina 1-2. Wchodzenie w rolę ofiary i sprawcy przemocy rówieśniczej w zależności od poziomu poczucia sensu życia



Wnioski: Wysoki poziom poczucia sensu życia, płeć oraz poziom edukacji może być znaczącym czynnikiem chroniącym młodzież przed stosowaniem i doznawaniem przemocy rówieśniczej. Wśród analizowanych zmiennych czynnikami chroniącymi przed wchodzeniem w rolę ofiary przemocy znajdują się również: uczęszczanie do klasy III gimnazjum oraz płeć żeńska. W przypadku sprawców przemocy istotną ochronną rolę odegrał, obok wysokiego poziomu sensu życia, także płeć-dziewczęta.

Metoda: Podjęte w pracy analizy dotyczyły poczucia sensu życia, badanego przy użyciu Testu Sensu Życia – Purpose in Life Test (PIL) autorstwa J. C. Crumbaugh i L. T. Maholicka, w polskiej adaptacji Z. Pluzek. W badaniu zastosowano wersję skróconą, jednoczynnikową. Przemoc rówieśniczą analizowano za pomocą dwóch pytań odnoszących się do następujących wymiarów: bycie sprawcą (Jak często zdarzyło się w szkole w ciągu ostatnich 2 miesięcy, że uczestniczyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów?) oraz ofiarą przemocy (Jak często zdarzyło się w szkole w ciągu ostatnich 2 miesięcy, że ty sam byłeś dręczony?). Zastosowano analizy jednowymiarowe oraz wielowymiarowe, w tym regresję logistyczną, skorygowaną na płeć i wiek.

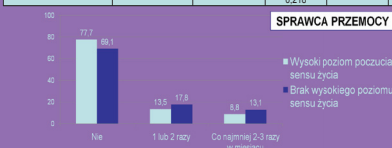
Tabela II. Częstość bycia sprawcą i ofiarą przemocy rówieśniczej w ciągu ostatnich 2 miesięcy wg płci i wieku

CHŁOPCY		DZIEWCZĘTA		p	I klasa	II klasa	III klasa	p
OFIARA								
Nie	45,1	54,9	<0,001	32,2	34,5	33,3	0,016	
1 lub 2 razy co najmniej 2-3 razy w miesiącu	49,9	50,1		33,5	38,8	27,7		
	58,7	41,3		34,8	37,0	28,2		
SPRAWCA								
Nie	41,3	58,7	<0,001	33,2	34,5	32,3	0,247	
1 lub 2 razy co najmniej 2-3 razy w miesiącu	61,8	38,2		32,3	38,3	29,4		
	70,4	29,6		31,7	38,2	30,1		

Wyniki: W badanej grupie istnieją również istotne różnice między przybieraniem roli ofiary i sprawcy przemocy a płcią badanej młodzieży oraz klasą gimnazjum (Tab. II). Analiza regresji wykazała istotnie mniejsze prawdopodobieństwo ($p \leq 0,001$) bycia ofiarą (OR=0,63) oraz sprawcą (OR=0,60) przemocy rówieśniczej u młodzieży z wysokim poczuciem sensu życia (Tab. III). Stwierdzono istotnie mniejsze prawdopodobieństwo ($p \leq 0,001$) wchodzenia w rolę ofiary i sprawcy przemocy u dziewcząt w porównaniu z chłopcami (OR odpowiednio 0,72 i 0,36). Ryzyko bycia ofiarą przemocy zmniejsza również uczęszczanie do klasy III w porównaniu z uczniami klasy I.

Tabela III. Wyniki wielowymiarowej regresji logistycznej do oceny prawdopodobieństwa wchodzenia w rolę ofiary i sprawcy przemocy rówieśniczej

Zmienne objaśniające	Kategoria odniesienia	p	OR	95% CI (OR)
OFIARA PRZEMOCY				
Poziom poczucia sensu życia	Najwyższy średni poziom poczucia sensu życia			
Wysoki poziom sensu		<0,001	0,63	0,53-0,75
Płeć	Dziewczęta			
Chłopcy		<0,001	0,72	0,63-0,84
II klasa			0,820	0,58-1,16
III klasa			0,002	0,74-0,89
SPRAWCA PRZEMOCY				
Poziom poczucia sensu życia	Najwyższy średni poziom poczucia sensu życia			
Wysoki poziom sensu		<0,001	0,60	0,52-0,70
Płeć	Dziewczęta			
Chłopcy		<0,001	0,36	0,31-0,42
II klasa			1,067	0,89-1,27
III klasa			0,469	0,218-0,89



Część II: ZAŁOŻENIE METODOLOGICZNE PROJEKTU

2.1. Ogólne założenia

Projekt stanowi kontynuację badań nad społecznymi uwarunkowaniami zdrowia nastolatków opartych na ostatnich krajowych seriach badań HBSC. Tradycyjne badania społecznych uwarunkowań zdrowia obejmują proste analizy zróżnicowania wskaźników zdrowotnych w grupach społecznych. Stanowi to duże uproszczenie, prowadzące niekiedy do fałszywie negatywnych wniosków w odniesieniu do tej grupy wieku. Wpływ gorszych warunków materialnych rodziny i sąsiedztwa na zdrowie może ujawniać się w sposób pośredni, poprzez zaburzone relacje społeczne i zwiększony poziom stresu. W badaniach własnych alternatywnie zdefiniowano „warunki dorastania”, co obejmuje środowisko rodzinne, rówieśnicze i szkolne. Międzynarodowa sieć HBSC posługuje się z kolei pojęciem „szans życiowych”, które nie są tu postrzegane jako cechy indywidualne, ale jako zewnętrzne warunki, które obrazują pozycję jednostki w strukturach społecznych. Jest to podejście zbliżone do cytowanej w części pierwszej ekologicznej teorii systemów Bronfenbrennera, która opisuje, w jaki sposób prawidłowy rozwój kształtowany jest przez wzajemnie powiązane „zagnieżdżone” środowiska – rodziny, szkoły i grup rówieśniczych, oraz szersze warunki kulturowe, polityczne i ekonomiczne. Oba podejścia teoretyczne są skierowane na identyfikację źródeł ryzyka i odporności (w znaczeniu *resilience*). Na przykład, przyjazna szkoła może niwelować wpływ ubóstwa rodziny, a wysoki status materialny rodziny może powodować mniejsze od spodziewanych korzyści w przypadku rodziny dysfunkcyjnej, negatywnego wpływu rówieśników lub zamieszkiwania w okolicy o niskim kapitale społecznym. Przykłady interakcji między czynnikami ryzyka i chroniącymi pokazywano już w krajowych publikacjach, ale tylko na przykładach prostych analiz uwarunkowań indywidualnych. Dużo większe szanse interpretacyjne dają modele wielopoziomowe, które łączą dwa paradygmaty epidemiologiczne – badanie indywidualnych czynników ryzyka oraz podejście ekologiczne.

Nowatorski charakter projektu wyraża się: 1) wykorzystaniem niezależnych źródeł danych o szkole w modelowaniu wielopoziomowym; 2)

wykorzystaniem informacji z systemu ewaluacji placówek oświatowych do oceny wpływu jakości szkoły na szeroko pojęty rozwój ucznia; 3) empiryczną weryfikacją ścieżek powiązań między szkolnymi i pozaszkolnymi uwarunkowaniami zdrowia; 4) autorskim podejściem do pomiaru statusu społeczno-ekonomicznego rodziny i jej warunków materialnych z perspektywy nastolatka; 5) próbą włączenia do badań niestosowanych dotąd skal dotyczących zdrowia i kompetencji osobistych; 6) zasygnalizowaniem nowych obszarów badawczych (np. wpływ Internetu i mediów społeczno-ściowych na zdrowie nastolatków).

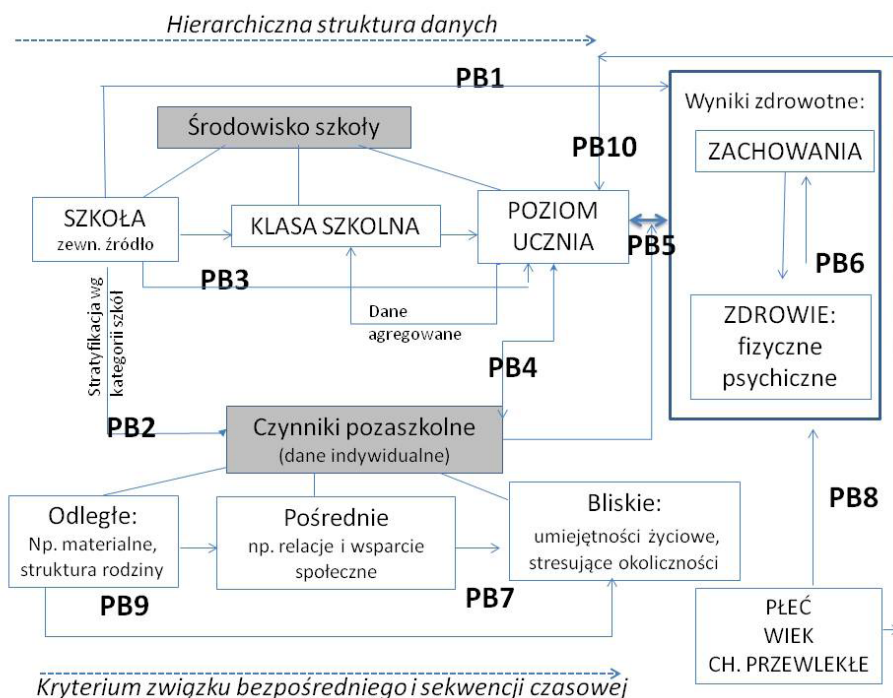
Podejście wielopoziomowe zostało w Polsce spopularyzowane przez kilka ośrodków, ale nie było szerszej stosowane w badaniach szkolnych dotyczących zdrowia i zachowań zdrowotnych uczniów. Badania HBSC pozwalają na prowadzenie tego typu analiz na więcej niż dwóch poziomach: uczeń – klasa szkolna – szkoła – region w kraju – kraj. W dotychczas opublikowanych pracach naukowców z sieci HBSC badano: 1) wpływ kraju i makro wskaźników – w zestawieniach międzynarodowych; 2) wpływ cech szkoły i jej charakterystyki – w opracowaniach krajowych; 3) wpływ klasy szkolnej – w kontekście danych dla szkoły. Wykazano, że dla zdrowia młodzieży mają znaczenie nie tylko indywidualne warunki życia, ale też warunki średnie dla całego kraju i ich zróżnicowanie. Większość prac uwzględniających wpływ szkoły dotyczyła ryzykownych zachowań, a nie samego zdrowia.

Zgodnie z założeniami modelowania wielopoziomowego, dane powinny pochodzić z niezależnych źródeł. Uzyskanie danych o szkole, połączonych z reprezentatywną grupą jej uczniów nie jest proste. Ograniczano się do tej pory do podstawowych charakterystyk szkoły (jej wielkość, lokalizacja, status szkoły publicznej), bądź wykorzystywano opisywaną też w Polsce ankietę szkolną (*school level questionnaire*). Obecnie proponujemy równoległe sięgnięcie do bardziej zobiektywizowanego i zewnętrznego źródła, czyli funkcjonującego od 2010 r. systemu ewaluacji szkół, który nie był dotąd wykorzystywany do opracowań naukowych. Szkoły są oceniane pod kątem wielu zagadnień, nie zawsze bezpośrednio związanych z ich działalnością statutową (zarządzanie szkołą, efekty nauczania, procesy, relacje z otoczeniem). Z punktu widzenia celów tego projektu, szczególnie interesujące jest zbadanie wpływu respektowania norm społecznych, wyrównywania szans edukacyjnych, czy też uznawania partnerstwa rodziców. Można przyjąć założenie, że system ewaluacji zewnętrznej pozwala podzielić szkoły na lepsze,

średnie i gorsze, w znaczeniu stopnia spełnianych wymagań. Dodatkowe dane na temat szkoły zbierane w wywiadzie dotyczą np. uczestnictwa w sieci szkół promujących zdrowie oraz działań z zakresu edukacji zdrowotnej poza podstawą programową.

Druga perspektywa analiz wielopoziomowych dotyczy identyfikacji ścieżek powiązań między szkolnymi i pozaszkolnymi uwarunkowaniami zdrowia lub zachowań zdrowotnych nastolatków, co prowadzi do klasyfikacji uwarunkowań zdrowia na bliższe lub dalsze. Wyraźnie brak jest w Polsce publikacji łączących wpływ zmiennych szkolnych i rodzinnych.

Ogólny schemat analizowanych powiązań przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Wielopoziomowa struktura danych

2.2. Pytania badawcze

W nawiązaniu do podanych w części pierwszej trzech głównych hipotez badawczych, sformułowano dziesięć roboczych pytań badawczych. W poszczególnych opracowaniach nadawano im bardziej konkretną formę, zawężając obszar badań.

Pierwotne pytania badawcze sformułowane na etapie tworzenia wniosku grantowego, to:

1. Które cechy szkoły wpływają na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów niezależnie od czynników szkolnych i pozaszkolnych, mierzonych na poziomie ucznia?
2. Czy kategorie szkół wyróżnione ze względu na wielkość, lokalizację i jakość ich funkcjonowania różnią się pod względem charakterystyki uczęszczających do nich uczniów?
3. Czy postrzeganie środowiska szkolnego przez uczniów różni się w ramach kategorii szkół wyróżnionych ze względu na wielkość, lokalizację i jakość funkcjonowania?
4. Jakie są wzajemne powiązania (interakcje) między czynnikami szkolnymi i pozaszkolnymi, które mogą oddziaływać na zdrowie uczniów i ich zachowania?
5. Które czynniki szkolne i pozaszkolne najsilniej oddziałują na zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w odniesieniu do konkretnych wyników zdrowotnych?
6. Jak kształtuje się wzajemna zależność między zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi w kontekście czynników kontekstualnych?
7. Które czynniki związane ze zdrowiem i środowiskiem psychospołecznym mają pośredni, a które bezpośredni wpływ na zdrowie uczniów?
8. Czy wiek i płeć modyfikują uzyskane modele uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych uczniów?
9. Czy warunki materialne mają bezpośredni, czy pośredni wpływ na zdrowie uczniów?
10. Jak postrzegają środowisko szkolne uczniowie zdrowi i z chorobami przewlekłymi?

Poszczególne pytania badawcze zostały zaznaczone na rycinie 2 (jako PB na odpowiedniej ścieżce powiązań).

2.3. Źródła danych

W projekcie wykorzystano różne źródła danych, w tym dane zastane pozwalające na realizację opracowań w obszarze powyższych pytań badawczych już od pierwszych miesięcy realizacji projektu. Wstępne analizy ułatwiły też budowę kwestionariusza badania zasadniczego realizowanego w tym projekcie i zawężenie obszaru analiz.

Główne źródła danych dotyczących uczniów to: badanie własne zrealizowane na początku 2015 roku oraz ogólnopolskie¹ wyniki badań HBSC z 2014 roku.

Główne źródła danych dotyczących szkół to: wyniki zewnętrznej ewaluacji oraz dodatkowa ankieta przeprowadzona we wrześniu 2015 roku wśród dyrektorów gimnazjów uczestniczących w badaniu własnym.

Dane dotyczące uczniów

W badaniach własnych operatem losowania była lista 234 gimnazjów publicznych ze wszystkich województw², które w roku szkolnym 2013/14 lub 2014/15 przeszły całościową ewaluację zewnętrzną według procedury obowiązującej w tym okresie (www.npseo.pl). W szkołach tych łącznie uczyło się 58 tysięcy uczniów w 2,5 tys. oddziałów. Badanie zrealizowano w 70 spośród 78 gimnazjów losowo wybranych z powyższej listy, w których uzyskano zgodę dyrekcji na badanie uczniów (tab.1). Początkowym założeniem było wylosowanie sześciu województw. Z powodu wprowadzenia zmodyfikowanego systemu ewaluacji szkół od 1 września 2013 r., w pierwszej fazie realizacji projektu było zbyt mało gimnazjów, które przeszły ewaluację całościową według nowych zasad. Zdecydowano się więc na próbę ogólnopolską, ze stratyfikacją na sześć zdefiniowanych regionów³. Odrębne regiony stanowiły trzy województwa, w których w tym okresie największa liczba gimnazjów przeszła ewaluację zewnętrzną (mazowieckie, śląskie, wielkopolskie). Pozostałe województwa podzielono umownie na trzy regiony (wschodni – centralny – zachodni). Uzyskano w ten sposób duże zróżnicowanie geograficzne badanej próby. Strukturę próby szkół według województw przedstawiono w tabeli 1.

¹ W jednym opracowaniu wykorzystano dane międzynarodowe.

² W województwie lubuskim nie było gimnazjów, które przeprowadziły w tym okresie całościową ewaluację zewnętrzną. Wybrano losowo trzy szkoły, które odbyły taką ewaluację wcześniej. Zbadana została też jedna szkoła w województwie wielkopolskim, której raport ewaluacyjny sporządzony został według poprzedniej procedury (a błędnie została oznaczona w bazie jako ewaluacja wg nowego typu).

³ Wylosowano od 11 do 15 szkół w każdej z sześciu grup.

Tabela 1. Liczba poddanych badaniu gimnazjów i uczniów według województw

Województwo	Gimnazja wylosowane	Gimnazja zbadane		Zbadani uczniowie
		Ankieta uczniów	Ankieta szkolna	
Dolnośląskie	4	4	3	207
Kujawsko-pomorskie	3	3	1	189
Lubelskie	1	1	0	61
Lubuskie	3	2	1	93
Łódzkie	5	5	4	264
Małopolskie	3	3	2	196
Mazowieckie	12	12	11	738
Opolskie	4	4	3	268
Podkarpackie	3	2	2	155
Podlaskie	3	2	2	108
Pomorskie	4	4	2	264
Śląskie	12	8	5	441
Świętokrzyskie	2	1	1	61
Warmińsko-mazurskie	4	4	3	238
Wielkopolskie	11	11	8	568
Zachodniopomorskie	4	4	4	234
Ogółem	78	70	52	4085

Badanie uczniów przeprowadzono w okresie od 31 marca do 22 czerwca 2015 r. W 19 szkołach zastosowano tradycyjną ankietę papierową, w 51 ankietę internetową. Badania ankietowe przeprowadzono na terenie szkoły metodą audytoryjną, w klasie lub pracowni informatycznej. Za organizację badania odpowiedzialny był przeszkolony ankier lub osoba wyznaczona przez dyrekcję szkoły (najczęściej był to pedagog szkolny). Do badania internetowego wykorzystano system Lime Survey (www.limesurvey.org/en/), będący tzw. wolnym oprogramowaniem (*free open source software*). Średni czas wypełniania przez Internet ankiety ucznia wynosił 18,4 minut (SD=5,9).

Drugim źródłem danych były badania HBSC realizowane w roku szkolnym 2013/14. Uzyskano wtedy dane na temat 4491 uczniów gimnazjów⁴.

⁴ Dotyczy uczniów klas wylosowanych i zbadanych. W międzynarodowej procedurze czyszczenia danych zastosowano kryterium wieku i w raportach HBSC analizowana jest mniejsza grupa uczniów odpowiadających rocznikom gimnazjalnym.

Porównanie tych dwóch prób znajduje się w tabeli 2. W badaniach HBSC występuje mniejsza reprezentacja uczniów II klas gimnazjów.

Ogółem, uczniowie badani w ramach HBSC byli średnio młodsi (wiek $14,57 \pm 0,98$) niż w próbie grantowej (wiek $14,90 \pm 0,87$). Podobna była struktura tych dwóch prób według płci ankietowanych ($p=0,376$). Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, to liczebności uczniów z dużych miast, małych miast i wsi były w próbie HBSC zbliżone. W badaniu z 2015 r. realizowanym w ramach grantu występowała mniejsza reprezentacja mieszkańców dużych miast, a większa mieszkańców wsi, co jest nawet bliższe krajowej strukturze populacji dzieci i młodzieży według danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Tabela 2. Badani uczniowie według wieku (poziomu nauczania), płci i miejsca zamieszkania oraz źródła danych

Klasa gimnazjum	Ogółem	Płeć		Miejsce zamieszkania		
		chłopcy	dziewczęta	duże miasta	małe miasta	rejon wiejskie
Badania własne realizowane w ramach grantu (2015 rok)						
Ogółem	4085	1962	2123	861	1377	1847
I	1352	616	736	309	455	588
II	1454	720	734	270	495	689
III	1279	626	653	282	427	570
Badania HBSC (rok szkolny 2013/14)						
Ogółem	4491	2200	2291	1678	1282	1525
I	1684	834	850	616	475	590
II	1165	586	579	495	331	337
III	1642	780	862	567	476	598

Dokładniejszy opis realizacji badań własnych znajduje się w raporcie częściowym, natomiast opis realizacji badań HBSC w raporcie krajowym. Oba dokumenty są dostępne na stronie internetowej Instytutu Matki i Dziecka.

Dane dotyczące szkoły

Pierwszym źródłem danych charakteryzujących szkołę były wyniki ewaluacji zewnętrznej dostępne w raportach ewaluacyjnych. Jej przedmiotem

jest ocena funkcjonowania szkoły w obszarach wyznaczonych przez dwa-
naście wymagań państwa. Szkoła może spełniać te wymagania na pięciu
szczeblach:

- ✓ Poziom E – oznacza niski stopień wypełniania wymagania przez szko-
łę, co oznacza w rzeczywistości, że szkoła tych wymagań nie spełnia.
- ✓ Poziom D – oznacza podstawowy stopień wypełniania wymagania
przez szkołę.
- ✓ Poziom C – oznacza średni stopień wypełniania wymagania przez szkołę.
- ✓ Poziom B – oznacza wysoki stopień wypełniania wymagania przez szkołę.
- ✓ Poziom A – oznacza bardzo wysoki stopień wypełniania wymagania
przez szkołę.

Tabela 3. Próba 67 szkół wg spełniania wymagań ewaluacyjnych

Kod	Stopień wypełniania wymagań przez szkołę							
	niski lub podstawowy D lub E		średni C		wysoki B		bardzo wysoki A	
	szkoły	uczniowie	szkoły	uczniowie	szkoły	uczniowie	szkoły	uczniowie
W1	5	266	15	871	41	2496	6	337
W2	9	577	28	1606	24	1427	6	360
W3	4	275	26	1449	29	1765	8	481
W4	4	298	11	578	44	2568	8	526
W5	6	353	7	345	48	2878	6	394
W6	1	54	15	801	45	2778	6	337
W7	1	112	9	455	51	3142	6	261
W8	4	277	12	732	42	2389	9	572
W9	15	746	22	1377	25	1599	5	248
W10	-	-	8	600	44	2479	15	891
W11	4	186	9	467	47	2914	7	403
W12	2	124	16	890	32	1891	17	1065

W wersji obowiązującej w roku szkolnym 2013/14 i 2014/15 oceniane
były następujące wymagania:

- Szkoła lub placówka realizuje koncepcję pracy ukierunkowaną na roz-
wój uczniów

- Procesy edukacyjne są zorganizowane w sposób sprzyjający uczeniu się
- Uczniowie nabywają wiadomości i umiejętności określone w podstawie programowej
- Uczniowie są aktywni
- Respektowane są normy społeczne
- Szkoła lub placówka wspomaga rozwój uczniów, z uwzględnieniem ich indywidualnej sytuacji
- Nauczyciele współpracują w planowaniu i realizowaniu procesów edukacyjnych
- Promowana jest wartość edukacji
- Rodzice są partnerami szkoły lub placówki
- Wykorzystywane są zasoby szkoły lub placówki oraz środowiska lokalnego na rzecz wzajemnego rozwoju
- Szkoła lub placówka, organizując procesy edukacyjne, uwzględnia wnioski z analizy wyników sprawdzianu, egzaminu gimnazjalnego, egzaminu maturalnego i egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz innych badań zewnętrznych i wewnętrznych
- Zarządzanie szkołą lub placówką służy jej rozwojowi

Liczbę uczniów zbadanych w szkołach poszczególnych kategorii przedstawiono w tabeli 3.

Drugim źródłem informacji o szkole była ankieta opisująca środowisko szkoły wypełniana przez Dyрекcję. Na początku roku szkolnego 2015/16 rozesłano taką dodatkową ankietę do 70 gimnazjów, w których wcześniej zrealizowano badania wśród uczniów. Proszono o wypełnienie jej na podstawie stanu w drugim półroczu poprzedniego roku szkolnego (czyli w okresie ankietyzacji uczniów). Wysłano dwa listy przypominające oraz kontaktowano się z dyrekcją szkół mailowo i telefonicznie. Założeniem było wypełnianie ankiety szkolnej przez Internet, też w systemie Lime-Survey. W drugim liście przypominającym załączono ankietę papierową, licząc na zwiększenia wskaźnika realizacji próby. Ogółem uzyskano 52 wypełnione ankiety⁵ (74,3%), w tym 39 wypełnionych przez Internet i 13 nadesłanych w wersji papierowej. Dane uzyskane z tego źródła wykorzystane zostały do analiz zawartych w raporcie cząstkowym oraz w opracowywanej rozprawie doktorskiej.

⁵ W czterech szkołach dyrekcja odmówiła uczestniczenia w tej dodatkowej ankietyzacji

Trzecim źródłem informacji o szkole były dane uzyskane od uczniów zagregowane do poziomu szkoły. Średnio w jednej szkole zbadano 68 uczniów (około $\frac{1}{4}$ wszystkich uczniów), co uznano za próbę dobrze opisującą daną szkołę. Definiowano wskaźniki, jako średni poziom danego indeksu w szkole lub odsetek uczniów, którzy uzyskali ocenę poniżej lub powyżej danej wartości.

2.4. Zmienne i wskaźniki

Środowisko szkolne

Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz dla uczniów, zatytułowany „Zdrowie i szkoła”, który składał się z 47 pytań lub bloków pytań (łącznie 149 zmiennych), z których większość była już poprzednio stosowana w Polsce w realizacji innych projektów. Były to przeważnie pytania pochodzące z protokołu badań HBSC⁶ oraz z polskiej adaptacji kwestionariusza CHIP-AE (*Child Health and Illness Profile – Adolescent Edition*)⁷. Wykorzystując wyniki poprzednich badań, zastosowano skrócone skale 2 – 3 itemowe, opisujące środowisko szkolne, które silnie korelują z ich pełniejszą wersją. Są to skale:

- **kompetencje szkolne** – 3 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *sądzę, że jestem tak samo zdolny jak inni w moim wieku; bardzo dobrze piszę sprawdziany i klasówki; sądzę, że jestem inteligentny*;
- **problemy szkolne** – 3 pytania z kwestionariusza CHIP-AE (skala Zagrożeń Brakiem Osiągnięć): *problemy z nauką, problemy z koncentracją lub skupieniem uwagi w szkole, problemy z porozumiewaniem się z nauczycielami*;
- **wsparcie społeczne ze strony uczniów** – 2 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *uczniowie w mojej klasie lubią przebywać ze sobą; większość uczniów w mojej klasie to osoby życzliwe i chętne do pomocy*;

⁶ Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC realizowane są co 4 lata, w Polsce od 1990 r. Obecnie do sieci HBSC należy 45 krajów (lub regionów) – www.hbsc.org. W badaniach wykorzystywany jest międzynarodowy standardowy kwestionariusz.

⁷ Kwestionariusz CHIP-AE – opracowany w USA przez B.Starfield i A.Riley. W ramach polskiej adaptacji opracowano jego skróconą wersję zawierającą 66 pytań indeksowanych w 4 wymiarach głównych i 16 częściowych (Mazur, 2012).

- **wsparcie społeczne ze strony rodziców w sprawach związanych ze szkołą** – 2 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *rodzice są gotowi mi pomóc, gdy mam kłopoty w szkole; rodzice zachęcają mnie, abym dobrze się uczył w szkole;*
- **wsparcie społeczne ze strony nauczycieli** – 2 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *nasi nauczyciele traktują nas dobrze i sprawiedliwie; większość moich nauczycieli jest życzliwa;*
- **motywowanie uczniów przez nauczycieli** – 2 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *nauczyciele chwalą mnie, kiedy się bardzo staram; nauczyciele chwalą mnie, kiedy dobrze wykonam pracę;*
- **adekwatność ocen w stosunku do osiągnięć w nauce** – 2 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *oceny dobrze odzwierciedlają moje osiągnięcia w nauce; moje oceny są sprawiedliwe;*
- **poczucie przynależności do szkoły** – 2 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *lubię przebywać w szkole; czuję się związany z moją szkołą*
- **autonomia uczniów** – 2 stwierdzenia z kwestionariusza HBSC: *uczniowie mogą wpływać na to, jak wykorzystywany jest czas na lekcji; uczniowie mogą wpływać na to, jakie zadania wykonują na lekcji;*

Niezależnie od powyższych skal zastosowano pojedyncze pytania na temat: obciążenia nauką (stresu szkolnego), czasu przeznaczanego na odrabianie lekcji (w dniach szkolnych i dniach weekendu), osiągnięć w nauce (wersja w skali porządkowej i wizualnej) oraz pozycji ucznia w klasie (też na skali wizualnej).

W wyniku wstępnych analiz za kluczową informację uznano **osiągnięcia szkolne**, które w świetle wyników badań HBSC mają w Polsce silne uwarunkowania społeczne. Zwrócono też uwagę na znaczenie **stresu szkolnego**, jako czynnika silnie wpływającego na zdrowie psychiczne nastolatków i nasilenie dolegliwości subiektywnych.

Wypełniany przez Dyrekcję kwestionariusz na temat szkoły zawierał 11 pytań lub bloków pytań (65 zmiennych), pochodzących głównie z protokołu badań HBSC. W badaniach HBSC, niezależnie od ankiety ucznia, rekomendowane jest zbieranie danych na temat szkół (tzw. *SLQ – school level questionnaire*). SLQ zawiera moduł podstawowy i pakiety opcjonalne. W omawianym badaniu z 2015 r. zastosowano obszerny skrót kwestionariusza SLQ, uzupełniony o pytania własne.

Zdrowie, zasoby wzmacniające zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów

Poniżej opisane są najczęściej używane w pracach pochodzących z tego projektu badawczego pytania i skale stanowiące zmienne wynikowe. W części czwartej zamieszczony został wzór kwestionariusza badań, jako część ich dokumentacji.

Zadowolenie z życia wg skali Cantrila

Pytanie dotyczące ogólnego zadowolenia z życia, będące adaptacją tzw. skali Cantrila, pochodziło z protokołu badań HBSC⁸. Pytanie przedstawione było w formie przypominającej drabinę, a młodzież oceniała, jak bardzo jest zadowolona ze swojego życia w skali od 0 (najgorsze życie) do 10 (najlepsze życie). Średni indeks zadowolenia z życia wynosił 7,04 (SD=2,35), co stanowiło 70,4% oceny możliwej do uzyskania.

Zmienną analizowano w postaci skali ciągłej oraz w podziale na 3 kategorie obejmujące następujące zakresy punktacji: osoby niezadowolone z życia (0-5 punktów), osoby przeciętnie zadowolone z życia (6-8 punktów), osoby bardzo zadowolone ze swojego życia (9-10 punktów). Do kolejnych kategorii zakwalifikowało się odpowiednio 23,9%, 45,9% i 30,2% młodzieży. Ponadto zastosowano podział dychotomiczny, aby zbudować **pozytywny wskaźnik** zadowolenia z życia, który obejmował dwie końcowe kategorie.

Poczucie własnej wartości

Narzędzie do pomiaru poczucia własnej wartości nastolatków pochodziło z wymiaru Zadowolenia polskiej wersji kwestionariusza CHIP-AE⁹. Skrócona wersja skali składała się z trzech stwierdzeń:

1. *Mam wiele powodów aby być z siebie dumnym*
2. *Lubię siebie, takim, jakim jestem*
3. *Jestem zadowolony z tego jak żyję*

Możliwe były cztery warianty odpowiedzi: *Całkowicie zgadzam się; Zgadzam się; Trochę zgadzam się, Nie zgadzam się*. Odpowiedzi punktowano

⁸ Adaptacja pytania w badaniach HBSC na podstawie: Cantril, H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press, New Brunswick.

⁹ Mazur J, Polska wersja kwestionariusza Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition (CHIP-AE), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012, 10-15.

od 0 do 3. Skala przyjmowała zakres od 0 do 9 punktów. Średni indeks był równy 5,77 (SD=2,59), co stanowiło 64,2% oceny możliwej do uzyskania. Na podstawie wyników analizy czynnikowej potwierdzono jednoczynnikową strukturę skali. Główna składowa wyjaśniała 77,4% zmienności danych wejściowych. Rzetelność skali była na poziomie α -Cronbacha 0,854. Zmienną analizowano w postaci ciągłej oraz w podziale na trzy kategorie: niskie (0-2 punktów), przeciętne (3-8 punktów) i wysokie (9 punktów) poczucie własnej wartości. Do kolejnych kategorii zakwalifikowało się odpowiednio 12,7%, 57,7% i 20,6% badanych nastolatków. Utworzono również **wskaźnik pozytywny** – wysokie poczucie własnej wartości – w postaci zmiennej zerojedynekowej.

Orientacja na cel

Oryginalne narzędzie do pomiaru orientacji na cel zostało zaczerpnięte z badań pozytywnych wskaźników rozwoju dzieci i młodzieży (*Flourishing Children Project*)¹⁰. Skala złożona z 7 stwierdzeń była poprzednio testowana w badaniach HBSC 2014, w których opracowano skróconą wersję narzędzia. W badaniu „Zdrowie i szkoła” zastosowano skróconą wersję skali orientacji na cel (GOS-SV), składającą się z 5 stwierdzeń:

- *Realizuję plany krok po kroku, żeby osiągnąć moje cele*
- *Mam cele w życiu*
- *Jeżeli założę sobie jakieś cele, to podejmuję działania, żeby je osiągnąć*
- *Osiągnięcie celów jest dla mnie ważne*
- *Wiem co zrobić, żeby zrealizować moje plany.*

Młodzież wybierała jedną z pięciu odpowiedzi: *zupełnie nie jak ja, trochę jak ja, prawie jak ja, bardzo jak ja, dokładnie tak jak ja*. Odpowiedzi punktowano od 0 do 4. Indeks sumaryczny skali mieścił się w zakresie od 0 do 20 punktów. Wyższa punktacja oznaczała lepszą orientację na cel. Średni indeks skali wynosił 12,83 (SD=4,84), co stanowiło 64,2% wyniku możliwego do uzyskania.

Na podstawie przeprowadzonej eksploracyjnej analizy czynnikowej potwierdzono jednoczynnikową strukturę skali. Główna składowa wyjaśniała 69,3% zmienności danych wejściowych. Poziom rzetelności skali wynosił α -Cronbacha=0,889.

¹⁰ Lippman L.H., Anderson Moon K., Guzman L., Ryberg R., McIntosh H., Ramos M.F., Caal S., Calre A., Kuhfeld M. (2014) Flourishing Children, Defining and Testing Indicators of Positive Development, Springer.

Zmienną podzielono umownie na trzy kategorie oznaczające: niską (0-8), przeciętną (9-17) i wysoką (18-20) orientację na cel. Do kolejnych kategorii zakwalifikowało się odpowiednio 18,1%, 64% i 17,9% badanych. Obliczono również **wskaźnik pozytywny** – wysoka orientacja na cel – w postaci zmiennej zerojedynkowej.

Aktywność fizyczna

Młodzież pytano o częstość wykonywania ćwiczeń fizycznych w czasie wolnym, poza zajęciami szkolnymi. Uczniowie wybierali jedną z sześciu odpowiedzi: *nigdy; rzadziej niż 1 raz w miesiącu; 1 raz w miesiącu; 1 raz w tygodniu; 2-3 razy w tygodniu; 4-6 razy w tygodniu; codziennie*. Jest to wskaźnik intensywnej aktywności fizycznej VPA (*vigorous physical activity*), stosowany od 1990 r. w badaniach HBSC.

Zmienną sklasyfikowano na trzy kategorie odnoszące się do: *bardzo rzadkiej* (od nigdy do 1 raz w miesiącu), *przeciętnej* (od 1 do 3 razy w tygodniu) i *odpowiedniej* (4 razy w tygodniu lub częściej) aktywności fizycznej. Do kolejnych kategorii zakwalifikowało się odpowiednio 13,7%, 42% i 44,3% badanych. Utworzono **wskaźnik pozytywny** w postaci zmiennej zerojedynkowej, dotyczący odpowiedniej aktywności fizycznej.

Dyskomfort fizyczny (dolegliwości)

Narzędzie pochodziło z wymiaru odczuć negatywnych kwestionariusza zdrowia nastolatka (KNZ-18)¹¹. Badani zaznaczali w pięciu kategoriach (od wcale do 15-28 dni) przez ile dni odczuwali niżej wymienione dolegliwości:

1. *Naprawdę źle się czuli*
2. *Budzili się z uczuciem zmęczenia*
3. *Mieli bóle głowy*

Odpowiedzi punktowano od 0 do 4. Indeks sumaryczny skali przyjmował zakres od 0 do 12 punktów, a wyższy wynik w skali oznaczał nasilenie problemów zdrowia fizycznego. Średni indeks skali wynosił 4,02 (SD=3,14), co stanowiło 33,5% oceny możliwej do uzyskania. Eksploracyjna analiza czynnikowa potwierdziła jednoczynnikową strukturę

¹¹ Mazur J., Małkowska-Szkućnik A., Gajewski J., Budowa i zastosowanie Krótkiego Kwestionariusza Zdrowia Nastolatka (KNZ-18), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012, s.23.

skali złożonej z trzech pytań. Główna składowa wyjaśniała 69% zmienności danych wejściowych. Rzetelność skali była na poziomie α -Cronbacha 0,763.

Skalę podzielono na trzy kategorie według następującego klucza: *małe problemy* (0-1 punktów), *umiarkowane problemy* (2-6 punktów), *nasilone problemy* (7-12 punktów). Do kolejnych kategorii zakwalifikowało się odpowiednio 25,2%, 54,8% i 20% uczniów. Utworzono także zmienną dychotomiczną wyróżniając **wskaźnik negatywny** odnoszący się do występowania nasilonych problemów zdrowia fizycznego.

Substancje psychoaktywne

Skala pochodzi z kwestionariusza CHIP-AE¹². Młodzież pytano o *palenie papierosów, picie słabych i mocnych napojów alkoholowych oraz o wypijanie dużych ilości alkoholu przy jednej okazji (5 lub więcej drinków)*. Częstość używania każdej substancji określano w skali od 0 (*wcale*) do 4 (*w ciągu ostatniego tygodnia*) punktów. Indeks sumaryczny skali przyjmował zakres od 0 do 16 punktów. Średni indeks skali wynosił 3,02 (SD=4,46), co stanowiło 18,9% oceny możliwej do uzyskania.

Na podstawie przeprowadzonej eksploracyjnej analizy czynnikowej potwierdzono jednoczynnikową strukturę skali. Główna składowa wyjaśniała 76,6% zmienności danych wejściowych. Poziom rzetelności skali wynosił α -Cronbacha=0,893.

Skalę analizowano w postaci ciągłej oraz wyróżniono 3 przedziały w zależności od częstości używania wymienionych substancji: *wcale* (0 punktów), *rzadko* (1-3 punktów), *często* (4-16 punktów). W poszczególnych przedziałach znalazło się odpowiednio 49,8%, 18,7 % i 30,4% badanej młodzieży. Zastosowano również podział dychotomiczny aby utworzyć **wskaźnik negatywny** – używanie substancji psychoaktywnych.

Nieprzystosowanie społeczne

Skala pochodzi z wymiaru „Czynników ryzyka” kwestionariusza CHIP-AE i złożona jest z trzech stwierdzeń. Młodzież określała, kiedy ostatnio:

1. *Groziła komuś z użyciem siły?*
2. *Zaatakowała kogoś, używając przemocy fizycznej?*
3. *Zniszczyła coś należącego do innej osoby?*

¹² Mazur J, Polska wersja kwestionariusza Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition (CHIP-AE), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2012, s.30.

Uczniowie mieli do wyboru pięć odpowiedzi: *nigdy; ponad rok temu; w ciągu ostatniego roku; w ciągu ostatniego miesiąca; w ciągu ostatniego tygodnia*. Odpowiedzi punktowano od 0 do 4. Indeks sumaryczny skali przyjmował zakres 0-12 punktów, a wyższa punktacja oznaczała nasilenie zachowań o charakterze wykroczeń. Średni indeks skali wynosił 1,54 (SD=2,82), co stanowiło 12,8% oceny możliwej do uzyskania. Na podstawie przeprowadzonej eksploracyjnej analizy czynnikowej potwierdzono jednoczynnikową strukturę skali. Główna składowa wyjaśniała 74,9% zmienności danych wejściowych. Poziom rzetelności skali wynosił α -Cronbacha = 0,832.

Zmienną podzielono umownie na trzy kategorie oznaczające: brak zachowań negatywnych (0 punktów), rzadkie (1-4 punktów), i częste (5-12) podejmowanie zachowań związanych z nieprzystosowaniem społecznym. Do kolejnych kategorii zakwalifikowało się odpowiednio 63%, 23,9% i 13,1% badanych. Obliczono również **wskaźnik negatywny** – częste podejmowanie niepożądanych zachowań – w postaci zmiennej zerojedynkowej.

Dane dotyczące warunków życia

Uwzględniono następujące zmienne charakteryzujące status społeczno-ekonomiczny rodzin ankietowanych nastolatków: wykształcenie ojca i matki, strukturę rodziny, zamożność rodziny, miejsce zamieszkania, status materialny i kapitał społeczny okolicy w miejscu zamieszkania. Dokonano kategoryzacji skal na trzy poziomy, aby w środkowym przedziale znalazło się około 60% populacji, a w krańcowych po około 20%. Odpowiada to często stosowanemu przy badaniach zamożności podziałowi na kwintyle (Q1; Q2-Q4; Q5).

Zamożność rodziny badano przy pomocy skali zasobów materialnych FAS (*Family Affluence Scale*), w najnowszej wersji (FAS III), która składa się z sześciu pytań. Dotyczą one: posiadania własnego pokoju przez ucznia, liczby samochodów w rodzinie, liczby komputerów w rodzinie, wyjazdów z rodziną na wakacje lub ferie zagranicę oraz liczby łazienek w domu i wyposażenia w zmywarkę do naczyń. Zmodyfikowana skala FAS przyjmuje zakres 0-13 punktów. Według rekomendacji międzynarodowych, rodziny dzieli się na: ubogie (0-5 punktów)¹³; przeciętne (6-9) i zamożne (10-13

¹³ W opracowaniach międzynarodowych zaleca się, aby najuboższa grupa odpowiadała punktacji 0-6 skali FAS.

punktów). Ogółem, w czterech kategoriach według rosnącego poziomu zamożności znalazło się odpowiednio 24,4%; 56,2% oraz 19,4% ankietowanych. W obecnej postaci, skala FAS jest homogeniczna i umiarkowanie rzetelna (współczynnik α -Cronbacha wynosi 0,609), co i tak stanowi dużą poprawę względem jej poprzedniej wersji.

Zastosowano również dwie skale wizualne (w postaci drabiny 0-10 punktów), opracowane wg koncepcji McArthur'a, które odnosiły się do pozycji społecznej rodziny i pozycji społecznej ucznia w klasie. Drugą z nich można też traktować, jako zmienną „szkolną”.

Miejsce zamieszkania charakteryzował przede wszystkim typ i wielkość miejscowości, co opisano charakteryzując próbę.

Status materialny okolicy w miejscu zamieszkania badano za pomocą skali, która została zaadaptowana do protokołu HBSC (od 2006 r.) z projektu kanadyjskiego (*National Longitudinal Survey of Children and Youth in Canada*) i wielokrotnie poprzednio wykorzystywana. Młodzież pytana jest, czy w okolicy w której mieszka można spotkać: 1) Grupy młodzieży sprawiającej problemy; 2) Śmieci, potłuczone szkło, leżące wszędzie odpadki; 3) Zaniedbane, zniszczone domy i budynki. Przewidziano trzy odpowiedzi: *dużo*, *mało*, *wcale*. Zbudowano indeks, przyjmujący zakres 0-6 punktów, gdzie niska punktacja oznacza nasilenie lokalnych problemów oraz wysoki poziom ubóstwa i dezorganizacji społecznej. Skala „statusu materialnego sąsiedztwa” jest homogeniczna i umiarkowanie rzetelna (współczynnik α -Cronbacha wynosi 0,691). Podzielono ją umownie na trzy kategorie, odpowiadające wysokiemu (0-1 punkty), średniemu (2-4 punkty) i niskiemu poziomowi dezorganizacji społecznej w regionie (5-6 punktów). W grupach tych znalazło się odpowiednio 22,1%, 60,3% i 17,6% rodzin.

Kapitał społeczny okolicy analizowano przy pomocy krótkiej skali, złożonej z trzech pytań, odnoszących się do poziomu więzi społecznych. Młodzież określała na skali 5-punktowej, jak bardzo zgadza się ze stwierdzeniami: 1) *Mam zaufanie do ludzi mieszkających w okolicy*; 2) *Mogę prosić sąsiadów o pomoc lub drobną przysługę*; 3) *Ludzie pozdrawiają się na ulicy zatrzymując się, żeby ze sobą porozmawiać*. Skala „kapitału społecznego sąsiedztwa” przyjmuje zakres 0-12 punktów, jest homogeniczna i umiarkowanie rzetelna (współczynnik α -Cronbacha wynosi 0,731). Na potrzeby prostych analiz zależności w tabelach wielozmiennych podzielono ją umownie na trzy kategorie, odpowiadające niskiemu (0-5 punkty),

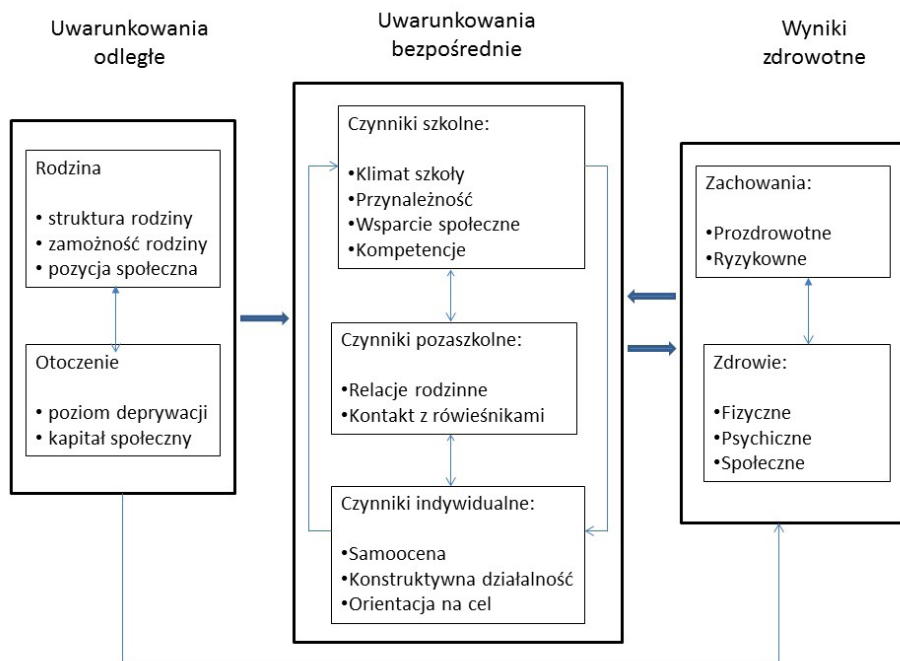
średniemu (6-9 punkty) i wysokiemu poziomowi więzi społecznej (10-12 punktów). W grupach tych znalazło się odpowiednio 19,2%, 59,1% i 21,7% ankietowanych uczniów.

2.5. Ogólny schemat analiz

Uproszczony schemat analiz przedstawiono na rycinie 3, prezentując przykłady zmiennych zależnych i niezależnych zaklasyfikowanych do różnych grup. Wskaźniki zdrowotne i zachowania związane ze zdrowiem mogą stanowić alternatywne zmienne wynikowe. Uwzględnia się też ich wzajemne powiązanie. Czynniki społeczno-ekonomiczne traktowane są jako najbardziej odległe uwarunkowania, które mogą bezpośrednio lub pośrednio wpływać na zdrowie i zachowania zdrowotne. Wśród bliższych uwarunkowań wyróżnia się czynniki zewnętrzne związane z zasobami osobistymi i umiejętnościami życiowymi oraz czynniki zewnętrzne związane ze szkołą, rodziną i grupą rówieśniczą,

Biorąc pod uwagę dwukierunkowość większości relacji, można posługując się tym modelem testować szereg potencjalnych mechanizmów zależności, uwzględniając przyjęte na wstępie hipotezy o możliwym efekcie mediacji oraz potencjalnych czynnikach modyfikujących. Poszczególne części tego modelu mogą być też rozbudowywane, z wyróżnieniem złożonych ścieżek powiązań. Na przykład, zgodnie z założeniami oceny środowiska szkolnego w badaniach HBSC, czynniki szkolne zachowują określoną sekwencję oddziaływania.

Nawiązując do pełnego tytułu grantu, można wykorzystać hierarchiczną strukturę danych i szacować tego typu modele w grupach szkół różniących się jakością funkcjonowania.



Rycina 3. Schemat analiz uwarunkowań zdrowia i zachowań zdrowotnych gimnazjalistów

Powyższy schemat badań nawiązuje też do modelu Diderischema¹⁴, często cytowanego w opracowaniach na temat społecznych nierówności w zdrowiu. Według tego podejścia, istnieje kilka mechanizmów oddziaływania pozycji społecznej na zdrowie: 1) wskaźniki zdrowotne różnią się wg grup społecznych; 2) zróżnicowana jest ekspozycja grup społecznych na czynniki ryzyka; 3) zmienia się w grupach społecznych podatność na zagrożenia dla zdrowia (prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnego skutku w przypadku oddziaływania czynników ryzyka); 4) poprzez wpływ czynników strukturalnych. Przyjęte hipotezy badawcze i podejście analityczne daje możliwość skoncentrowania się na podejściu trzecim i czwartym, rzadko rozpatrywanym przez badaczy.

¹⁴ Due P, et al.: Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scan J. Public Health* 2011; 39(6): 62-78.

Shortened Version of Goal Orientation Scale (GOS-SV) in the adolescent studies*

Anna Dzieńska¹, Joanna Mazur¹, Agnieszka Małkowska-Skutnik²
¹Institute of Mother and Child, ²Faculty of Education, University of Warsaw



Goal orientation definition

Adolescents' motivation and ability to determine realistic goals, create feasible plans and take action to achieve the goals (Lippman et al., 2014). Previous studies showed that adolescents with goal orientation tend to be more cognitively engaged and act out less than their peers with lower levels of goal orientation.

Goal orientation scale

Original tool called Goal Orientation Scale for Teenagers was developed by Child Trends for the Templeton Foundation, as part of the study of positive indicators of the development of children and youth (Flourishing Children Project). The scale was tested on a representative sample of young people aged 12-17 years. It has been found to have excellent reliability (Cronbach's Alpha=0.88) and concurrent validity (associated with better grades and a lower likelihood of smoking, fighting, and depressive symptoms).

RESULTS

Exploratory factor analysis

Assumptions: using principal components; Kaiser's criterion, Varimax rotation

Step 1

- 2 factors extracted (1st – 6 items; 2nd – 1 item)

- decision to remove one question from the 1st factor (low factor loading) and removed the question aside as the second factor.

Step 2

- single-structured scale consisting 5 items from the original tool
- high factor loadings form 0.817 to 0.889
- 5 items explains 72.2% of variance of the scale

Goal Orientation Scale – Shortened Version

Characteristic

- 5 items, Single-structured scale
- Response categories form 0 to 4 points; Summary index 20 points
- Cronbach's Alpha = 0.903

References:

Lippman L.H., Anderson Moon K., Guzman L., Ryberg R., McIntosh H., Ramos M.F., Caal S., Calire A., Kuhfeld M. (2014) Flourishing Children, Defining and Testing Indicators of Positive Development, Springer.

*This research is supported by National Science Centre in Poland Grant nr 2013/09/6/H56/03438).

Goal Orientation Scale – Shortened Version (GOS-SV)

Items:

- I develop step-by-step plans to reach my goals (GO1)
- I have goals in my life (GO2)
- If I set goals, I take action to reach them (GO3)
- It is important to me that I reach my goals (GO4)
- I know how to make my plans happen (GO5)

Response categories:

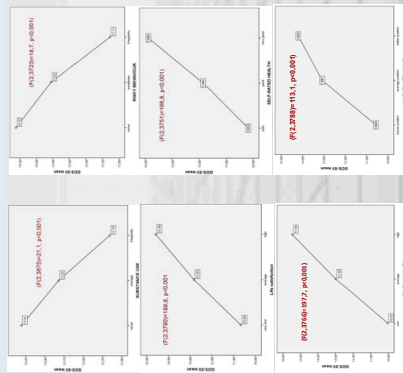
Not at all like me; A little like me; Somewhat like me; A lot like me; Exactly like me

RESULTS

Basic statistics – Means

	N	Mean	SD	p
Total	3970	12.83	4.74	-
Gender				
Boys	1907	12.98	4.78	0.057
Girls	2063	12.70	4.69	
Grade				
1st	1319	13.20	4.62	
2nd	1319	12.83	4.74	
3rd	1247	12.81	4.74	<0.01

Goal Orientation and adolescent's health, skills and health behaviour



Conclusion:

It was found that Goal Orientation Scale – Shortened Version (GOS-SV) is a good measure of adolescent's goal orientation and could be useful tool in studies of health behaviour of adolescents.

Część III: PODSUMOWANIE WYNIKÓW PROJEKTU

3.1. Główne publikacje

Wyniki uzyskane w toku realizacji tego projektu badawczego zostały opisane w raporcie cząstkowym, pracy doktorskiej, opracowaniu technicznym na temat wpływu kategorii jakości szkoły na zdrowie uczniów oraz 36 innych publikacjach, których wykaz zamieszczono wraz ze streszczeniami w czwartej części tego raportu. W poniższych komentarzach numery piśmiennictwa odnoszą się do tego wykazu.

Raport cząstkowy

Celem raportu cząstkowego była ocena stopnia zróżnicowania badanych gimnazjów. Jednocześnie uzyskano informacje na temat związku ocenianych wskaźników z cechami społeczno-demograficznymi uczniów. Zwrócono uwagę na poprawę wskaźników w miarę poprawy jakości szkoły, definiowanej jako ogólny stopień spełnienia wymagań stawianych szkole. Szkoły podzielone zostały umownie na trzy kategorie na podstawie sumy punktów uzyskanych z dwunastu kryteriów oceny.

Wykazano, między innymi, że:

- podział szkół na lepsze i gorsze wg systemu SEO znajduje potwierdzenie w danych zebranych w 2015 r.;
- gimnazja zaklasyfikowane do lepszej kategorii przyjmują młodzież z lepszymi wynikami testu po VI klasie szkoły podstawowej;
- w gimnazjach zaklasyfikowanych do lepszej kategorii uczniowie osiągają też lepsze wyniki w teście pod koniec III klasy gimnazjum;
- należy zwrócić uwagę na różnice w profilu społecznym uczniów lepszych i gorszych szkół; w tych pierwszych jest więcej mieszkańców dużych miast, dzieci rodziców z wyższym wykształceniem i młodzieży z bardziej zamożnych rodzin;
- w lepszych szkołach młodzież odczuwa wzmożony stres szkolny, ale mniejsze nasilenie problemów szkolnych (problemów z koncentracją, z nauczycielami, ogólnie z nauką), jak również więcej czasu przeznacza na odrabianie lekcji w domu;

- młodzież z lepszej kategorii szkół korzystniej też postrzega wsparcie ze strony innych uczniów w klasie i ma silniejsze poczucie przynależności do szkoły;
- analizując łączny wpływ płci, wieku, miejsca zamieszkania i kategorii szkoły, zwrócono uwagę na poczucie przynależności do szkoły, jako jedyną zmienną powiązaną z wszystkimi czterema czynnikami.

Praca doktorska

Na podstawie wyników tego projektu, na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego dnia 22.03.2016 otwarty został przewod doktorski mgr Anny Dzielskiej, która jest wykonawcą w projekcie NCN i współautorem tego raportu.

Promotorem jest dr hab. nauk o zdrowiu Joanna Mazur, a promotorem pomocniczym dr pedagog. Agnieszka Małkowska-Szcutnik (odpowiednio kierownik i główny wykonawca tego grantu). Tytuł pracy brzmi *Środowiskowe determinanty orientacji na cel oraz jej związek ze zdrowiem i zachowaniami ryzykownymi uczniów gimnazjum*. Przedmiotem badania jest analiza uwarunkowań środowiskowych orientacji na cel i jej związku ze zdrowiem i zachowaniami ryzykownymi młodzieży szkolnej. Na podstawie wstępnych wyników zaobserwowano, że poziom orientacji na cel uczniów gimnazjum zwiększa się wraz z poprawą sytuacji społeczno-ekonomicznej ich rodzin, lepszym wypełnianiem funkcji socjopsychologicznej przez rodziny, lepszymi warunkami fizycznymi i bezpieczeństwem w szkole oraz poprawą wskaźników związanych ze środowiskiem psychospołecznym szkoły. Analiza łącznego wpływu 27 czynników demograficznych, społeczno-ekonomicznych, rodzinnych i szkolnych wskazała na związek 10 z nich orientacją na cel badanej młodzieży: kapitał społeczny okolicy, pozycja społeczna rodziny, zamożność rodziny, relacje rodzinne, wspólne aktywności rodzinne, pozycja w klasie, motywacja nauczycieli, poczucie przynależności do szkoły, kompetencje szkolne i subiektywna ocena osiągnięć szkolnych. Ponadto wykazano, że przeciętny lub wysoki poziom orientacji na cel zwiększa szanse na dobre zdrowie, zadowolenie z życia, wzmacnia postawy prospołeczne, zmniejsza ryzyko używania substancji psychoaktywnych i podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież, chociaż w przypadku dwóch ostatnich, jej pozytywny wpływ zredukowany jest w obecności czynników związanych ze środowiskiem rodzinnym i szkolnym.

Planowana jest obrona pracy doktorskiej pod koniec 2017 roku.

Dodatkowe opracowania tabelaryczne

Kolejnym ważnym, z punktu widzenia postawionych celów, produktem powstałym w ramach tego projektu badawczego jest zestaw tabel dotyczących związku między czternastoma średnimi indeksami zdrowotnymi a kategorią jakości funkcjonowania szkoły. Opracowanie dołączono do czwartej części tego raportu. O ile w raporcie częściowym ograniczono się do prostego podziału gimnazjów na trzy kategorie na bazie ogólnej oceny będącej wypadkową stopnia spełnienia 12 wymagań ewaluacyjnych, o tyle obecnie analizowane jest osobno te dwanaście obszarów funkcjonowania szkoły. W analogiczny sposób sprawdzono, czy kategoria jakości funkcjonowania szkoły różnicuje średnie wartości dziesięciu indeksów odnoszących się do postrzegania środowiska szkolnego.

Wykazano w wielu przypadkach statystycznie istotny związek oraz polepszanie się wartości analizowanych indeksów w lepszych szkołach w porównaniu z tymi gorszymi. Nie jest to jednak zawsze zależność idealnie liniowa. Niekiedy analizowane wskaźniki wpierw poprawiają się, a później pogarszają w najlepszych szkołach.

Charakter nieliniowy ma też związek jakości funkcjonowania szkoły z osiągnięciami uczniów, czyli zmienną, która w wielu opracowaniach zajmuje centralną pozycję. Stosunkowo dobrze postrzegają swoje osiągnięcia w nauce uczniowie najgorszych szkół, co może wynikać z faktu, że nie odnoszą tych osiągnięć do średniej krajowej, ale do specyfiki swojego otoczenia.

Analizując zamieszczone w części czwartej zestawienia tabelaryczne, warto zwrócić uwagę, że indeksy odnoszące się do klimatu szkoły wykazywały związek z wszystkimi dwunastoma obszarami ewaluacyjnymi. W przypadku poczucia przynależności do szkoły wykazano związek z dziewięcioma obszarami.

Szczególnie często (po 13 z 24 wskaźników) wykazano istotny związek wskaźników charakteryzujących uczniów z następującymi wymaganiami ewaluacyjnymi:

- uczniowie są aktywni,
- nauczyciele współpracują w planowaniu i realizowaniu procesów edukacyjnych¹.

¹ W dalszej kolejności wymienić należy wymaganie trzecie (Uczniowie nabywają wiadomości i umiejętności określone w podstawie programowej) oraz ósme (Promowana jest wartość edukacji) – korelacja z 11 wskaźnikami.

Niepokojącym sygnałem może być słaby związek badanych cech uczniów z obszarem respektowania norm społecznym i partnerstwem rodziców, które jest zresztą najgorzej ocenianym obszarem funkcjonowania szkoły.

Artykuły i rozdziały w monografiach

Opracowanych zostało 15 artykułów oraz 3 rozdziały do monografii. Spośród tych 18 prac czternaście jest już wydrukowanych lub zaakceptowanych do druku, a pozostałe cztery są w recenzji. W grupie opublikowanych są cztery prace z czasopism punktowanych (IF), takich jak: *Archives of Medical Science* [31], *School Mental Health* [2] oraz *International Journal of Environmental Research and Public Health* [8, 28]. Większość artykułów jest ogólnie dostępna w formie elektronicznej, znaczny jest też udział prac w języku angielskim (8 na 18).

Prezentacje konferencyjne

Wyniki uzyskane w trakcie realizacji tego projektu były do końca czerwca 2017 roku zgłaszane jako 18 wystąpień na konferencjach, w tym 4 razy jako doniesienie ustne i 14 razy jako plakat.

- Był to udział w następujących konferencjach krajowych i zagranicznych:
- „HBSC Full Member Spring Meeting”, Olomunec, Czech Rep., 4-6 June 2014
 - „Kultura wykluczenia? Choroba jako wykluczenie”, 13-15 listopad Kraków 2015
 - „Excellence in Pediatrics”, London December 10-12, 2015
 - „HBSC Full Member Spring Meeting”, Vienna Austria, 8-10 June 2015
 - XVII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Tyton a Zdrowie”, Poznań 25-26 listopada 2015
 - „HBSC International Meeting”, Stockholm, Sweden, 15-17 June 2016
 - *Health Psychology Society (EHPS) and the British Psychology Society Division of Health Psychology (DHP) Annual Conference*, Aberdeen Scotland, 23-27.08.2016
 - XVII Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Tyton a Zdrowie”, Poznań 24-25 listopada 2016
 - XI Ogólnopolską Konferencję Sekcji Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego pt. *Zdrowie w zmieniającym się świecie – zagrożenia i wyzwania*, Poznań 12-14 maja 2017

- Międzynarodowa Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „*Edukacja XXI wieku – zagrożenia, problemy i perspektywy doby globalnej*”, Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora w Puławach, 13 maja 2017
- *HBSC Full Member Spring Meeting*, Bergen Norway, 19-21 June 2017

3.2. Źródła danych i zakres tematyczny publikacji

Artykuły opracowane w trakcie realizacji tego projektu bazowały na danych z obu źródeł: badań HBSC 2014 oraz badania własnego zrealizowanego w 2015 r. Biorąc pod uwagę 36 prac z załączonego wykazu, w 24 przypadkach posługiwano się tym drugim źródłem danych.

W pracach wykorzystujących wyniki badań HBSC sięgnięto do pytań i zmiennych, których nie było w kwestionariuszu badania ankietowego z 2015 r., omawiając uwarunkowania szkolne i pozaszkolne, między innymi takich zjawisk i problemów, jak:

- Wzorce używania substancji psychoaktywnych [28],
- Zdrowie psychiczne w świetle kwestionariusza GHQ-12 [1, 11],
- Różnice w jakości życia związane z płcią w świetle kwestionariusza KIDSCREEN-10 [5],
- Środowisko zewnętrzne sprzyjające aktywności fizycznej [8],
- Nasilenie subiektywnych dolegliwości psychosomatycznych [22, 34],
- Wiek inicjacji tytoniowej [23],

Wykorzystanie danych HBSC pozwoliło na wcześniejsze opublikowanie wyników, poszerzenie zakresu tematycznego publikacji oraz dokładniejszą analizę wybranych uwarunkowań pozaszkolnych, szczególnie związanych ze środowiskiem rodzinnym. Korzyścią z powiązania realizowanego projektu z badaniami HBSC jest też możliwość włączenia do badań własnych walidowanych pytań i skal pomiarowych oraz dysponowanie danymi ułatwiającymi decyzję w kwestii skrócenia niektórych skal. Z drugiej strony, uzyskane wyniki mogą służyć jako dodatkowa walidacja pytań zawartych w protokole badań HBSC.

3.3. Główne publikacje wg hipotez i pytań badawczych

Jak wspomniano na wstępie, główna hipoteza przyjęta w projekcie odnosiła do wzajemnej zależności między postrzeganiem środowiska

szkoły, a zdrowiem i zachowaniami zdrowotnymi uczniów. Sformułowano trzy szczegółowe hipotezy badawcze dotyczące związku bezpośredniego, związku pośredniego (mediacji) oraz istnienia czynników modyfikujących badaną zależność (szkoła->zdrowie). W centrum zainteresowania zespołu znalazły się więc różne pojmowane interakcje między uwarunkowaniami zdrowia i zachowań zdrowotnych.

Efekt mediacji został najpełniej przedstawiony w czterech pracach [10, 15, 18, 27].

We wstępnych obliczeniach do pracy [18] oszacowano model ścieżkowy wyjaśniający społeczne uwarunkowania nasilenia dolegliwości subiektywnych. Podejście to umożliwia prezentację bardziej złożonego efektu mediacji. Wykazano, że osiągnięcia w nauce są mediatorem zależności między zamożnością rodziny a stresem szkolnym, a stres szkolny mediatorem zależności między osiągnięciami w nauce a nasileniem dolegliwości. Z kolei w pracy [10], przyjęto hipotezę, że osiągnięcia w nauce są mediatorem zależności między zamożnością a zachowaniami ryzykownymi (paleniem tytoniu). Jest to jedna z prac wskazujących na silne społeczne uwarunkowania osiągnięć w nauce. Wykazano też, że nie należy pochopnie wnioskować o braku społecznych uwarunkowań, bez pewności że nie istnieją zmienne pośredniczące.

Kolejne dwie wymienione prace [15, 27] dotyczyły związku między aktywnością fizyczną, a jakością życia nastolatków. Wskazano na poczucie własnej wartości jako mediatora tej zależności. Co więcej, analizy przeprowadzono osobno dla grup młodzieży różniących się zamożnością. Efekt mediacji występuje we wszystkich grupach, ale ochronny wpływ aktywności fizycznej na poczucie własnej wartości jest silniejszy w rodzinach biedniejszych.

Lista opracowań powstałych w trakcie realizacji tego projektu, w których (badając pewne zależności) dokonywano stratyfikacji ze względu na dodatkowy czynnik jest dużo dłuższa. Część z tych czynników została uznana za ważny moderator badanych zależności. Analizy prowadzone były na przykład osobno dla:

- różnych typów miejscowości [1, 2];
- chłopców i dziewcząt [5, 24];
- lepszych i gorszych uczniów [5, 22];
- uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi [17, 19];
- grup zamożności [27].

W niektórych pracach wskazywano na efekt kumulacji czynników ryzyka. Na przykład współwystępowanie niskiego wsparcia ze strony rodziny i wysokiego poziomu stresu szkolnego znacząco zwiększa ryzyko mnogich dolegliwości psychosomatycznych, a poziom osiągnięć w nauce dodatkowo modyfikuje te zależności [32].

3.5. Specyfika grup młodzieży na przykładzie uczniów przewlekle chorych

W badanej grupie uczniów gimnazjum 19,6% stanowiła młodzież z chorobami przewlekłymi. Jest to odsetek prawie identyczny z uzyskanym rok wcześniej w badaniach HBSC, gdzie wśród gimnazjalistów było 19,7% chorych przewlekle. Uczniom przewlekle chorym poświęcono trzy opracowania zamieszczone w wykazie [3,17,19].

Ciekawym spostrzeżeniem jest istotna korelacja między kategorią szkoły w obszarze wspomaganie rozwoju uczniów, z uwzględnieniem ich indywidualnej sytuacji, a indeksem ograniczeń codziennej aktywności związanych z chorobą. W szkołach lepiej funkcjonujących w tym obszarze, poziom ograniczeń się istotnie zmniejszał. Należy mieć jednak na względzie, że „indywidualna sytuacja” oznacza też sytuację materialną rodziny i poziom zdolności uczniów (wybitnie zdolni i wymagający zajęć wyrównawczych).

Dwie prace dotyczyły porównania funkcjonowania w szkole uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi, a jedna uwarunkowań orientacji na cel w tych dwóch grupach.

W pracy złożonej do Kwartalnika Pedagogicznego [17] odwołano się do modelu teoretycznego U. Bronfenbrennera i analizowano różne elementy środowiska szkoły, określając je jako obszary z mikro i z meso-systemu. Szeroki kontekst zmiennych szkolnych użytych w badaniu umożliwił analizę obszarów dotyczących funkcjonowania w szkole: przynależności, autonomii i samooceny osiągnięć szkolnych; obciążeń szkolnych oraz relacji społecznych z nauczycielami, rówieśnikami oraz rodzicami w kontekście szkoły. Budując indeksy sumaryczne dla wszystkich skal szkolnych, porównano spostrzeżenie szkoły przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. Dla wszystkich wskaźników analizowanych jako pozytywne uczniowie z chorobami przewlekłymi uzyskali gorsze wyniki. Stwierdzono

więc, że mają oni niższy poziom przynależności do szkoły i kompetencji szkolnych, gorsze osiągnięcia w nauce oraz gorszy poziom wsparcia społecznego ze wszystkich trzech źródeł: od nauczycieli, rówieśników oraz rodziców. Także w tej grupie uczniów stwierdzono wyższy poziom obciążeń związanych ze szkołą, które dotyczyły stresu szkolnego, problemów szkolnych oraz długiego odrabiania prac domowych. W ustnej prezentacji na konferencji w Krakowie [3] podkreślano także różnice w postrzeganiu środowiska szkoły przez uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. Zwrócono uwagę na utrudnienia w realizacji zadań rozwojowych wynikających z okresu dojrzewania przez uczniów z chorobami przewlekłymi. W prezentacji ustnej zaprezentowanej podczas pediatrycznego kongresu w Londynie [19] pogłębiono tematykę wybranego obszaru środowiska szkolnego tj. orientacji na cel. Podkreślano, różnice w jej uwarunkowaniach u uczniów zdrowych i z chorobami przewlekłymi. Wśród najważniejszych uwarunkowań orientacji na cel wymieniono wsparcie ze strony rodziców oraz osiągnięcia szkolne. Dla uczniów chorych przewlekłe ważne były także obciążenia szkolne.

3.6. Wykorzystanie danych o strukturze hierarchicznej

Poza cząstkowym i końcowym raportem z badań, dane o strukturze hierarchicznej wykorzystano najpełniej w siedmiu opracowaniach [2, 6, 16, 18, 25, 26, 33], w tym w czterech opublikowanych artykułach, dwóch prezentacjach konferencyjnych (w tym wystąpienie ustne na konferencji sieci HBSC na sesji poświęconej metodom analiz społecznych nierówności w zdrowiu) oraz w jednym rozdziale monografii.

We większości tych prac posługiwano się współczynnikiem ICC (*intra-class coefficient*), aby ocenić, jaki odsetek zmienności danego parametru jest wyjaśniany przez czynnik szkolny, tzn. zróżnicowanie pomiędzy gimnazjami uczestniczącymi w badaniu.

W artykule opublikowanym w czasopiśmie *School Mental Health* [2], posłużono się danymi zagregowanymi do poziomu szkoły, proponując rodzaj analizy ekologicznej. Praca dotyczyła społecznych uwarunkowań nasilenia przemocy w szkołach (*bullying*). Zaproponowano ogólny indeks *bullyingu*, łącząc odpowiedzi na temat częstości bycia ofiarą, sprawcą i świadkiem przemocy na terenie szkoły. Indeks taki dobrze obrazuje

sytuację w szkole, podczas gdy ma mniejsze zastosowanie dla danych indywidualnych.

Pierwsza z prezentacji konferencyjnych [26] dotyczyła zróżnicowania zamożności szkół, według skali zamożności rodzin FAS (*Family Affluence Scale*). Badano, czy zamożność rodzin uczniów uczęszczających do danej szkoły ma wpływ na poziom zadowolenia z życia uczniów. Nie wykazano takiej zależności względem średniej FAS, natomiast wykryto związek ze zróżnicowaniem zamożności (mierzonym odchyleniem standardowym skali FAS wewnątrz szkoły). Oznacza to, mniejsze zadowolenie z życia uczniów w przypadku, gdy wewnątrz szkoły panują duże nierówności społeczne. Zwrócono uwagę, że aby móc przeprowadzić tego typu analizy, należy uzyskać reprezentatywną próbę uczniów z każdej szkoły (badania własne z 2015 r. właśnie spełniały takie założenie).

Opracowanie na temat przydatności osiągnięć w nauce w analizach społecznych nierówności w zdrowiu [18] z kolei jest przykładem zastosowania modeli ścieżkowych szacowanych na danych o strukturze hierarchicznej. Badano uwarunkowania subiektywnych dolegliwości, w zależności od poziomu stresu szkolnego, osiągnięć w nauce jako bliższych uwarunkowań oraz zamożności rodziny i otoczenia jako przyczyn pierwotnych. Porównano modele dla lepiej i gorzej ocenionych szkół.

W dwóch ostatnich opracowaniach posłużono się indeksem jakości funkcjonowania szkoły oszacowanym na podstawie wyników ewaluacji – ogólnym (suma punktów za spełnienie 12 wymagań) oraz częściowymi. W pracy [25], dotyczącej rodzinnych uwarunkowań poczucie własnej wartości nastolatków, zwrócono uwagę, że szkoły są często gorzej oceniane pod względem współpracy z rodzicami (wymaganie „rodzice są partnerami szkoły”).

W wielu z powyższych opracowań, ilustracją wyników były wykresy obrazujące interakcje między czynnikami mierzonymi na poziomie szkoły i na poziomie indywidualnym. Na przykład wykazano, że uczniowie nieprzystosowani społecznie (mający skłonność do zachowań na granicy konfliktu z prawem), częściej podejmują zachowania problemowe w szkołach, gdzie takie zachowania są bardziej rozpowszechnione [33].

Uzupełniające analizy z wykorzystaniem hierarchicznej struktury danych zawiera też część czwarta tego raportu (podrozdział 4.2). Opracowanie to daje wstępny obraz wpływu jakości funkcjonowania szkoły

w różnych obszarach na indywidualne postrzeganie środowiska szkolnego przez uczniów i na ich zdrowie. Podsumowanie tych analiz zostało zgłoszone, jako referat na konferencji pedagogicznej [6]. Analizy będą one kontynuowane w ukierunkowanych opracowaniach z zastosowaniem statystycznych modeli wielopoziomowych.

3.7. Wdrażanie nowych metod do badań nad uwarunkowaniami zdrowia młodzieży

Oprócz opracowań podporządkowanych głównemu celowi projektu, czyli identyfikacji szkolnych i pozaszkolnych uwarunkowań zdrowia gimnazjalistów we wzajemnej interakcji tych czynników, wykonanych zostało szereg analiz dodatkowych, nie mieszczących się w tym głównym nurcie. Wymienić tu należy:

- wstępne analizy uwarunkowań zdrowia na bazie danych zastanych, jako element wspomagający budowę kwestionariusza badań własnych;
- wstępne analizy samego środowiska szkolnego bez implikacji dla zdrowia;
- opisy budowy i własności psychometrycznych skal pomiarowych;
- prace dotyczące uwarunkowań zdrowia fizycznego lub psychicznego, pomijające czynniki związane ze szkołą.

Jako analizę danych zastanych, zbadano uwarunkowania jakości życia związanej ze zdrowiem (skala Cantrila). W jej wyniku [31], poszerzono kwestionariusz badań własnych o pytania na temat postrzegania własnej osoby.

Analizy środowiska szkolnego bez implikacji dla zdrowia dotyczy raport cząstkowy oraz niektóre artykuły [16] i prezentacje konferencyjne, wśród których należy zwrócić uwagę na badanie walidacyjne skal osiągnięć szkolnych [30]. Zrealizowane badanie ankietowe pozwoliło na uzyskanie danych wiążących wyniki tych subiektywnych skal z obiektywnymi wynikami egzaminów państwowych.

Jako nową skalę powiązaną ze zdrowiem i zasobami wzmacniającymi zdrowie można uznać skalę orientacji na cel (*GO – goal orientation*), która została przedstawiona na forum sieci badawczej HBSC [21] i wykorzystana w prezentacji na temat młodzieży z chorobami przewlekłymi [19]. Jest ona też przedmiotem omówionej wcześniej pracy doktorskiej, bazującej na wynikach tego projektu.

Kolejną nową skalą jest skala sensu życia (*PIL – purpose in life*), która włączona została do kwestionariusza badań własnych w wersji skróconej, sześćcioelementowej i sporadycznie analizowana w wersji czterech pytań, jednakowo (pozytywnie) zorientowanych. Skali PIL dotyczyły trzy opracowania [13, 14, 36].

Zmodyfikowano też pytania na temat przemocy rówieśniczej w szkole (bullying). Jest to zagadnienie ściśle związane ze środowiskiem szkolnym, ale też z zachowaniami ryzykownymi (zachowanie agresywne sprawców bullyingu) i zdrowotnymi konsekwencjami doświadczanej przemocy (ofiary bullyingu). Jako nowość do badań własnych włączono pytanie na temat bycia świadkiem przemocy w szkole, a na danych zagregowanych do poziomu szkoły zbudowano ogólny indeks zagrożenia szkoły bullyingiem [2] oraz zbadano związek między funkcjonowaniem szkoły a nasileniem bullyingu (tabela 24 w części IV raportu). Z kolei na bazie badań HBSC, wykazano, że mówienie bliskiej osobie o doświadczaniu przemocy ze strony rówieśników redukuje negatywne skutki tych doświadczeń [9]. Pytanie na temat rozmów o przemocy włączono było do badań HBSC 2014 w Polsce poza protokołem międzynarodowym.

Nowatorskim podejściem było też zastosowanie w badaniach własnych trzech skal wizualnych mierzących pozycję społeczną. Skale przypominają drabinę Cantrila i opierają się na koncepcji McArthura, zaadaptowanej do badań młodzieży przez E. Goodman². W świetle dostępnej wiedzy, narzędzie to nie jest w Polsce popularne. Nigdy też nie porównano wyników uzyskanych z pomocą trzech skal wizualnych: osiągnięcia w nauce, pozycja społeczna w klasie, pozycja społeczna rodziny [29].

Omawiany projekt był też okazją do spopularyzowania ciekawych podejść analitycznych i nowoczesnych metod statystycznych. Obemuje to:

- liniowe modele mieszane, jako metoda analiz wielopoziomowych [16, 26, 33];
- analizę skupień [28, 29];
- model strukturalne i ścieżkowe [10, 15, 18];
- hierarchiczną regresję liniową i logistyczną [22, 27, 32];
- wielomianową regresję logistyczną [28, 31].

² Goodman E, Adler NE, Kawachi I, Frazier AL, Huang B, Colditz GA.: Adolescents' perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics*. 2001 Aug;108(2):E31.

3.8. Podsumowanie

Zrealizowany projekt stworzył unikatową okazję empirycznej weryfikacji wpływu środowiska szkoły na zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży w wieku 13-16 lat. Podjęto próbę głębszego poznania mechanizmów powyższej zależności, szeroko omawiając też jej podstawy teoretyczne. Podstawą analiz były wyniki badań własnych zrealizowanych w 2015 r. w gimnazjach ze wszystkich województw, jak również wyniki ostatniej rundy badań HBSC (2014).

W centrum zainteresowania Zespołu były interakcje między czynnikami społecznymi związanymi z sytuacją materialną i statusem miejsca zamieszkania a uwarunkowaniami związanymi ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym, jak również podobne interakcje między szkołą a rodziną. Analiza efektu interakcji nadal zbyt rzadko pojawia się w krajowych opracowaniach z zakresu zdrowia publicznego. Przeważnie zespoły badawcze ograniczają się do identyfikacji tzw. istotnych predyktorów. W omawianym projekcie skoncentrowano się na efekcie mediacji, wskazując szereg przykładów związków pośrednich i bezpośrednich. Z drugiej strony, zidentyfikowano szereg czynników modyfikujących badane zależności, też wykraczając poza analizowanie różnic związanych z płcią, czy miejscem zamieszkania. Porównywano uwarunkowania zdrowia (i zachowań zdrowotnych) uczniów chorych i zdrowych, lepiej i gorzej uczących się, z rodzin biedniejszych i bogatszych oraz zamieszkających w rejonach o różnym poziomie kapitału społecznego. Zgodnie z modelem Diderischema, porównania grup młodzieży odbywały się na trzech poziomach: efektów zdrowotnych, czynników ryzyka lub ochronnych i podatności na ryzyko. Poznanie specyfiki problemów różnych grup młodzieży może być podstawą wdrażania skuteczniejszych programów zdrowotnych, edukacyjnych i społecznych.

Zaletą projektu jest wykorzystanie danych o strukturze hierarchicznej oraz odpowiednich metod ich analizy. Dzięki temu wykazano, że jakość funkcjonowania szkoły może wpływać na zdrowie uczniów. Analizowano cechy szkoły bądź na podstawie informacji z zewnętrznego źródła, bądź na podstawie zagregowanych danych uczniów. Uzyskane wyniki też są przykładem efektu interakcji, przy czym jest to nakładanie się wpływu czynników indywidualnych i strukturalnych. Z drugiej strony, włączenie do analiz czynników strukturalnych dało pełne odniesienie do cytowanego modelu Diderischema.

Oczywiście, projekt posiada też szereg ograniczeń, a w toku jego realizacji napotkano liczne trudności. Można mieć zastrzeżenia, co do wybranych i analizowanych wskaźników zdrowotnych, jak również zastosowania krótkich 2-3 itemowych skal pomiarowych. Zewnętrznym (niezależnym od badaczy) czynnikiem utrudniającym były stale zmieniające się zasady ewaluacji zewnętrznej placówek oświatowych, co znacznie ograniczyło liczbę szkół, które potencjalnie mogły uczestniczyć w badaniach, a przez to i reprezentatywność próby.

W zrealizowanym projekcie, koncentrując się na szkolnych uwarunkowaniach zdrowia nastolatków, zasygnalizowano jedynie znaczenie zasobów osobistych wzmacniających zdrowie. Poza osiągnięciami w nauce i kompetencjami szkolnymi, analizowano potencjalny wpływ poczucia własnej wartości, poczucia sensu życia, orientacji na cel oraz zaangażowania w konstruktywną działalność. W kolejnych projektach należałoby uwzględnić inne czynniki w sposób bardziej usystematyzowany. Szansę tu stwarza zbliżająca się kolejna runda badań HBSC, w protokole której jest szereg pakietów opcjonalnych odnoszących się do czynników wzmacniających pozytywny rozwój młodzieży.

PHYSICAL ACTIVITY AND SCHOOL PERFORMANCE AS FACTORS ENHANCING MENTAL HEALTH IN URBAN AND RURAL ADOLESCENTS

Dorota Kleszczewska¹, Joanna Mazur², Agnieszka Małkowska-Szkułnik², Hanna Nałecz²

1. Foundation of Institute of Mother and Child 2. Institute of Mother and Child, Department of Child and Adolescent Health 3. Józef Piłsudski University of Physical Education in Warsaw

Background: Apart from doing research on mental health risk factors, more and more consideration is being given to protective factors, including behavioural determinants.

Sample: The sample included N=2015 of Polish 15 year olds from 104 schools across Poland surveyed within the HBSC study in 2013/14.

Methods: The dependent variable was GHQ-12 indexed in two dimensions: Social Dysfunction and Anxiety or Depression. As independent variables the following factors were analysed: sex, grade, place of residence, the material status of the family (FAS III scale), academic achievements, school stress and the level of physical activity (MPVA)

Table 1. Mean values of general and partial GHQ-12 indices by gender, grade, place of living and family affluence (N=2015)

	N (%)	Total index		Social dysfunction		Anxiety and depression	
		mean±SD	p*	mean±SD	p*	mean±SD	p*
Gender							
boys	913 (45.3)	10.77±6.16	<0.001	6.04±2.73	<0.001	4.73±4.48	<0.001
girls	1102 (54.7)	14.06±7.41		7.17±3.33		6.89±4.99	
Grade							
III - lower	1415 (70.2)	12.38±7.15	0.009	6.58±3.11	0.079	5.80±4.99	0.015
secondary school							
1 - upper	600 (29.8)	13.02±6.84		6.83±3.15		6.19±4.63	
Place of living							
large cities**	712 (35.4)	12.89±7.32		6.81±3.22		6.08±5.02	
small towns	581 (28.8)	12.57±7.08	0.460	6.71±3.12	0.164	5.86±4.73	0.629
rural areas	729 (35.8)	12.25±6.78		6.45±2.95		6.79±4.87	
Family affluence							
very poor	330 (16.8)	13.25±7.70		7.04±3.50		6.21±5.09	
rather poor	573 (29.2)	13.05±7.35	0.028	6.96±3.28	0.001	6.09±4.98	0.330
average	771 (39.3)	12.33±6.74		6.50±2.91		5.84±4.83	
rich	289 (14.7)	11.50±6.33		6.07±2.77		5.43±4.56	

*Mann-Whitney or Kruskal-Wallis test; ** above 100 000 inhabitants

Table 2. Mean values of general and partial GHQ-12 indices by the level of selected risk and protective factors (N=2015)

	N (%)	Total index		Social dysfunction		Anxiety and depression	
		mean±SD	p*	mean±SD	p*	mean±SD	p*
School achievements							
very good	263 (13.1)	11.08±6.81		5.97±3.04		5.11±4.79	
good	671 (33.6)	11.74±6.49	<0.001	6.35±2.93	<0.001	5.38±4.59	<0.001
average	957 (47.8)	13.22±7.09		6.95±3.07		6.28±4.92	
below average	110 (5.5)	16.16±8.76		7.90±4.17		8.26±5.56	
Pressure with school work							
not at all	331 (16.5)	10.15±6.97		6.02±3.14		4.13±4.75	
a little	880 (43.7)	11.25±5.96	<0.001	6.24±2.59	<0.001	5.01±4.43	<0.001
some	515 (25.6)	13.72±6.85		6.87±3.14		6.84±4.58	
a lot	286 (14.2)	17.40±7.98		8.27±3.92		9.13±5.09	
Physical activity**							
MPVA 0 to 1	314 (15.7)	14.48±7.45		7.53±3.46		6.95±4.94	
MPVA 2 to 4	936 (46.6)	12.98±6.77	<0.001	6.87±3.07	<0.001	6.11±4.80	<0.001
MPVA 5 to 6	430 (21.4)	11.65±6.58		6.22±2.79		5.43±4.74	
MPVA 7 days	326 (16.3)	10.79±7.01		5.79±3.09		5.00±5.07	

Conclusions:

School factors strongly influence the variability of selected indices of adolescent mental health. The burden of school duties is an important risk factor, while school achievements are a protective factor. After including the school and sociodemographic factors, a significant protective influence of physical activity on adolescent mental health persists, in particular in the area of social dysfunction. An improvement of the mental health in physically active adolescents is more visible in small towns and rural areas than in big cities. Family affluence remains an important predictor of adolescent mental health. The research on the determinants of adolescent mental health would benefit from the inclusion of its various aspects.

References

Objective:

The main objective of the survey was to identify if the level of physical activity of school-aged children influences the variability of the general mental health index and its components, having taken into account other potential determinants identified in the literature, in particular those related to the school environment.

Results:

Adolescents reported a mean GHQ-12 score of 12.57 (±7.06). In a multivariate analysis, the burden of school duties along with gender resulted to be the main GHQ-12 predictors.

School achievements and a high level of physical activity were identified as strong protective factors.

Taking into account other factors, the GHQ-12 index falls by 2.13 points when comparing adolescents with an extremely high and low MPVA. A significant interaction was shown between the place of living and the MPVA: $p=0.019$.

Figure 1. GHQ-12 index by place of living and level of physical activity (marginal mean from general linear model adjusted for gender, family affluence, academic achievements and being pressured with school work)

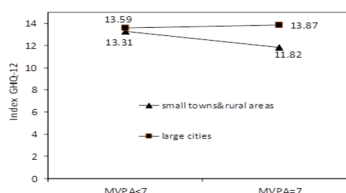


Table 3. Estimation of linear regression model with general GHQ-12 index as dependent variable

Independent variables *	ΔR ²	B	SE(B)	Beta	p
Pressure with school work	0.094	6.549	0.559	0.252	0.000
Gender (1-boys; 0-girls)	0.029	-2.305	0.311	-0.163	0.000
School achievements	0.019	-3.269	0.561	-0.124	0.000
Physical activity	0.009	-2.132	0.538	-0.086	0.000
Family affluence	0.004	-1.664	0.522	-0.068	0.001
Place of living (1-large cities; 0-small towns and rural areas)	0.002	0.614	0.309	0.042	0.047

Table 4. Estimation of linear regression models with two partial GHQ-12 indices as dependent variables

Independent variables*	Dependent variable: Social dysfunction			Dependent variable: Anxiety and depression		
	ΔR ²	Beta**	p	ΔR ²	Beta**	p
Pressure with school work	0.040	0.151	0.000	0.099	0.268	0.000
Gender (1-boys; 0-girls)	0.026	-0.118	0.000	0.025	-0.156	0.000
School achievements	0.012	-0.111	0.000	0.013	-0.107	0.000
Physical activity	0.013	-0.121	0.000	0.003	-0.050	0.022
Family affluence	0.007	-0.084	0.000	0.002	-0.043	0.045
Place of living (1-large cities; 0-small towns and rural areas)	0.002	0.045	0.037	-	-	-
Total R ²	0.100			0.142		

Acknowledgements:

Project funded by the National Science Centre, no 2013/09/B/HS6/03438.

Część IV: DOKUMENTACJA PROJEKTU

4.1. Wykaz prac powstałych w trakcie realizacji projektu wraz ze streszczeniami

1. Czynniki behawioralne wzmacniające zdrowie psychiczne – wstępne wyniki badań nad jego związkiem z aktywnością fizyczną młodzieży w wieku 15 do 16 lat (Joanna Mazur, Hanna Nałęcz, Dorota Kleszczewska, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Alberto Borraccino)
2. Determinants of Bullying at School Depending on the Type of Community: Ecological Analysis of Secondary Schools in Poland (Joanna Mazur, Izabela Tabak, Dorota Zawadzka)
3. Dorastanie z chorobą przewlekłą – realizacja zadań rozwojowych przez nastolatki z chorobą przewlekłą (Agnieszka Małkowska-Szkutnik)
4. Extracurricular physical activity involvement and family affluence as factors modifying adolescents' school achievements (Hanna Nałęcz, Joanna Mazur, Dorota Kleszczewska)
5. Gender differences in KIDSCREEN-10 scores in relation to age, family affluence and academic achievements (Joanna Mazur & Polish HBSC team)
6. Gimnazjalne wymagania ewaluacyjne a zdrowie subiektywne uczniów (Anna Dzielska, Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkutnik)
7. Information about survey completion time as the result of pilot study (Joanna Mazur, Dorota Zawadzka, Kamil Wais, Anna Dzielska)
8. Is a Perceived Activity-Friendly Environment Associated with More Physical Activity and Fewer Screen-Based Activities in Adolescents? (Jaroslava Kopcakova, Zuzana Dankulincova Veselska, Andrea Madarasova Geckova, Jens Bucksch, Hanna Nałęcz, Dagmar Sigmundova, Jitse P van Dijk, Sijmen A Reijneveld)
9. Mówienie bliskiej osobie o doświadczaniu przemocy rówieśniczej w szkole, jako czynnik chroniący zdrowie psychiczne nastolatków (Marta Malinowska-Cieślak, Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkutnik)
10. Osiągnięcia w nauce jako mediator zależności pomiędzy zamożnością rodziny a zachowaniami ryzykownymi młodzieży w Polsce (Anna Kowalewska, Joanna Mazur, Izabela Tabak)
11. Physical Activity as a Factor Protecting Mental Health of Polish Adolescents of Age 15-16 (Dorota Kleszczewska, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Hanna Nałęcz, Joanna Mazur)

12. Poczucie przynależności do szkoły a zdrowie psychiczne nastolaków. (Agnieszka Małkowska-Szcutnik)
13. Poczucie sensu życia a samoocena zdrowia i osiągnięcia szkolne uczniów w wieku 13–17 lat (Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach, Izabela Tabak)
14. Poczucie sensu życia jako czynnik chroniący młodzież gimnazjalną przed stosowaniem i doświadczaniem przemocy rówieśniczej (Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach, Joanna Mazur)
15. Poczucie własnej wartości jako mediator zależności między aktywnością fizyczną, a ogólnym zadowoleniem z życia młodzieży z różnych środowisk (Dorota Kleszczewska, Anna Dzielska, Joanna Mazur)
16. Postrzeganie przez uczniów środowiska społecznego i edukacyjnego gimnazjum w zależności od wyników jego całościowej zewnętrznej ewaluacji (Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Dorota Zawadzka)
17. Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowanie w niej uczniów gimnazjów zdrowych i z chorobami przewlekłymi (Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Barbara Woynarowska, Joanna Mazur)
18. School achievements as a component of analyses of social inequalities in health (Joanna Mazur Agnieszka, Małkowska-Szcutnik)
19. School and family as predictors of goal orientation among adolescents with and without chronic conditions (Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Joanna Mazur)
20. School-related parental support as a factor improving school, family and individual functioning of adolescents (Izabela Tabak, Joanna Mazur)
21. Shortened Version of Goal Orientation Scale in the adolescent studies (Anna Dzielska, Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szcutnik)
22. Social support as a factor protecting adolescents against subjective health complaints related to school stress (Izabela Tabak, Joanna Mazur)
23. Struktura rodziny a inicjacja tytoniowa i regularne palenie tytoniu przez młodzież w Polsce (Anna Kowalewska, Joanna Mazur)
24. Środowisko szkolne a zachowania prospołeczne nastolatków (Magdalena Stalmach, Dorota Zawadzka, Joanna Mazur)

25. Środowisko szkolne i rodzinne jako determinanty poczucia własnej wartości gimnazjalistów (Izabela Tabak, Dorota Zawadzka, Joanna Mazur)
26. The impact of individual and school-level FAS on student life satisfaction (Joanna Mazur, Anna Dzielska, Dorota Zawadzka, Izabela Tabak)
27. The association between physical activity and general life satisfaction in lower secondary school students, taking into account materials status of their families (Dorota Kleszczewska, Anna Dzielska, Ferdinand Salonna, Joanna Mazur)
28. The Relationship between Multiple Substance Use, Perceived Academic Achievements, and Selected Socio-Demographic Factors in a Polish Adolescent Sample (Joanna Mazur, Izabela Tabak, Anna Dzielska, Krzysztof Wąż, Anna Oblacińska)
29. Three aspects of the social position in adolescence (Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Hanna Nałęcz, Anna Dzielska)
30. Validity of academic achievements HBSC item in Polish adolescents (Joanna Mazur, Anna Dzielska, Dorota Zawadzka)
31. What does the Cantril Ladder measure in adolescence? (Joanna Mazur, Monika Szkultecka-Dębek, Anna Dzielska, Mariola Drozd, Agnieszka Małkowska-Szkutnik)
32. Wsparcie społeczne i komunikacja w rodzinie jako czynniki chroniące młodzież przed nasileniem dolegliwości subiektywnych związanych ze stresem szkolnym (Izabela Tabak, Joanna Mazur)
33. Wyniki zewnętrznej ewaluacji szkoły i osiągnięcia w nauce a picie alkoholu i wykroczenia gimnazjalistów (Joanna Mazur, Anna Kowalewska, Dorota Zawadzka, Anna Dzielska, Kamil Wais)
34. Zachowania sedentarne a nieswoiste dolegliwości psychosomatyczne młodzieży szkolnej (Dorota Kleszczewska, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Hanna Nałęcz, Joanna Mazur)
35. Związek między korzystaniem z Internetu a funkcjonowaniem ucznia w szkole (Anna Dzielska, Joanna Mazur, Dorota Kleszczewska, Marta Malinowska-Cieślik, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Hanna Nałęcz)
36. Związek poczucia sensu życia z zadowoleniem z życia, występowaniem dolegliwości subiektywnych oraz statusem ekonomicznym rodziny w populacji uczniów gimnazjum (Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach, Anna Oblacińska, Izabela Tabak)

1.

Tytuł: Czynniki behawioralne wzmacniające zdrowie psychiczne – wstępne wyniki badań nad jego związkiem z aktywnością fizyczną młodzieży w wieku 15 do 16 lat

Autorzy: Joanna Mazur, Hanna Nałęcz, Dorota Kleszczewska, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Alberto Borraccino

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: Developmental Period Medicine 2016;XX(4): 315-324

Wstęp: Rzetelna informacja na temat wpływu czynników behawioralnych na zdrowie psychiczne nastolatków może pomóc przy opracowaniu i wdrożeniu skuteczniejszych programów interwencyjnych.

Cel: Celem opracowania było określenie, czy aktywność fizyczna wpływa na zmienność wybranych indeksów zdrowia psychicznego.

Materiał i metody: Badaniem objęto 2015 uczniów w wieku 15-16 lat ankietowanych w ramach badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) w roku szkolnym 2013/14. Zmienną zależną był ogólny indeks zdrowia psychicznego GHQ-12 (0-36 punktów) oraz jego dwie składowe, dotyczące zaburzeń funkcjonowania społecznego oraz niepokoju i symptomów depresji. Aktywność fizyczną mierzono przy pomocy wskaźnika MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*). Oszacowano wielowymiarowe modele liniowe dla ogólnego i częściowych indeksów GHQ.

Wyniki: Ankietowana młodzież uzyskała średni wynik GHQ-12 równy 12,57 ($\pm 7,06$). W analizie wieloczynnikowej głównymi predyktorami GHQ-12 okazało się obciążenie obowiązkami szkolnymi i płeć. Jako silne czynniki chroniące zidentyfikowano osiągnięcia w nauce i wysoki poziom aktywności fizycznej. Po skorygowaniu na wpływ innych czynników, indeks GHQ-12 obniża się o 2,13 punktów, przy porównaniu młodzieży o skrajnie niskim i wysokim MVPA. Ochronny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne silniej uwidacznia się w mniejszych miejscowościach niż w dużych miastach oraz jest lepiej widoczny w odniesieniu do zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym.

Wnioski: Aktywność fizyczna pozostaje ważnym predykatorem zdrowia psychicznego nastolatków, nawet po uwzględnieniu wpływu czynników

socjodemograficznych i środowiskowych, jak również osiągnięć w nauce. Należałoby kontynuować tego typu badania z uwzględnieniem bardziej złożonych uwarunkowań, szerszego spektrum czynników behawioralnych oraz innych zmiennych wynikowych odnoszących się do zdrowia psychicznego.

2.

Tytuł: Determinants of Bullying at School Depending on the Type of Community: Ecological Analysis of Secondary Schools in Poland

Autorzy: Joanna Mazur, Izabela Tabak, Dorota Zawadzka

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: School Mental Health (dostępne jako online first)

Wstęp¹: Ecological studies, when the school is the unit of analysis, may help to design and evaluate school intervention programs.

Cel: The main hypothesis is related to the neighborhood social capital as protective factor and the type of community as a modifier

Materiał i metody: The paper discusses selected contextual determinants of bullying, using data collected in Poland in 2015 and aggregated to school level (4085 students; 70 junior high schools). The main hypothesis is related to the neighborhood social capital as protective factor and the type of community as a modifier. The main dependent variable was the combined index of bullying which included three perspectives (victim, perpetrator, bystander). Student delinquent behavior was taken into account as potential determinant, along with selected characteristics of the school and neighborhood. The analyses were adjusted for the percentage of the surveyed boys.

Wyniki: The overall bullying index ranged, depending on the school, from 0.88 to 4.07 points (out of 12 possible); intraclass coefficient ICC=2.8%. In the entire sample, the main predictors of bullying were student delinquent behaviors as a risk factor and the school social climate as a protective

¹ W wykazie streszczeń, niezależnie od języka publikacji, główne części posiadają nazwy w języku polskim

factor ($R^2 = 6.3\%$). The stratification of schools due to their location influences the inference regarding those main determinants. The dominating influence of delinquent behavior is visible only in big cities where bullying index showed the highest dispersion. In smaller towns and rural areas, the neighborhood social capital becomes an important protective factor; highly correlated with the school climate.

Wnioski: We can conclude that strong social bonds in the community are supportive for school climate and can reduce the level of bullying at schools.

3.

Tytuł: Dorastanie z chorobą przewlekłą – realizacja zadań rozwojowych przez nastolatki z chorobą przewlekłą

Autorzy: Agnieszka Małkowska-Szcutnik

Typ pracy: wystąpienie ustne

Język: polski

Źródło: Konferencja „*Kultura wykluczenia? Choroba jako wykluczenie*”, 13-15 listopad Kraków 2015

Wstęp: W ostatnich latach zwiększa się liczba nastolatków z chorobami przewlekłymi. Choroba stawia przed nastolatkiem i jego rodziną określone wymagania. Ważny jest związek choroby z funkcjonowaniem nastolatka w szkole i w grupie rówieśniczej.

Cel (pytania badawcze): W jakim zakresie choroba przewlekła ogranicza nastolatki w realizacji zadań rozwojowych? Jakie są źródła wsparcia pomagające w poradzeniu sobie z chorobą?

Materiał i metody: Omówiono wyniki projektów badawczych realizowanych w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie oraz na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. Badania ilościowe dotyczyły oceny jakości życia nastolatków z chorobami przewlekłymi oraz ich rodziców – badano osobno perspektywę dziecka i rodzica (zbadano 600 par dziecko-rodzic). W kolejnym projekcie badawczym analizowano potrzeby rozwojowych nastolatków z padaczką – pogłębione wywiady zebrano od 15 par dziecko-rodzic. Ostatnim przedstawionym projektem badawczym są badania populacyjne zrealizowane w ramach grantu NCN na próbie

3500 tyś. gimnazjalistów, spośród których 20% stanowią młodzi ludzie obciążeni chorobami przewlekłymi.

Wyniki: Stwierdzono, że choroba przewlekła może utrudniać nastolatkom realizację zadań rozwojowych. Zmienia sposób funkcjonowania w grupie rówieśniczej, powodując m. in. poczucie odrzucenia i bycia gorszym. Zmniejsza możliwość przeżywania buntu charakterystycznego dla okresu dojrzewania.

Wnioski: Znajomość ograniczeń i trudności w życiu nastolatka z chorobą przewlekłą daje możliwość reagowania na nie. Zwiększa tym samym szansę na udzielenie tej grupie nastolatków potrzebnego im wsparcia.

4.

Tytuł: Extracurricular physical activity involvement and family affluence as factors modifying adolescents' school achievements

Autorzy: Hanna Nałęcz, Joanna Mazur, Dorota Kleszczewska

Typ pracy: plakat

Język: angielski

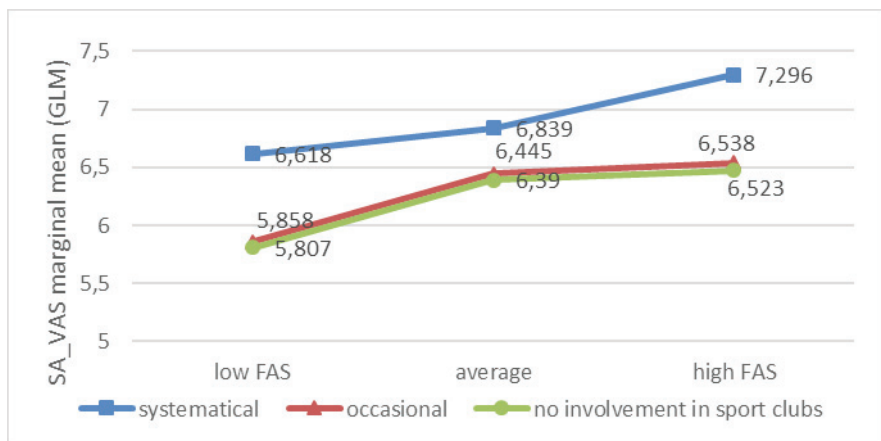
Źródło: HBSC Full Member Meeting, Bergen Norway, June 2017

Wstęp: The impact of student physical activity (PA) on their education is widely discussed in the literature. A consensus on the relationship of PA to academic achievements has not been reached. However, curricular physical activity seems to be not enough to improve academic achievements. Substantial evidence showed that extracurricular PA, especially aerobics, may be a strong source of higher performances, but the one of the strongest predictors of school achievements is the family affluence. We followed interactions among those variables exploring the Assets Based Community Development approach.

Cel: This study aims to contribute to the evidence on the mutual impact of athletic involvement on adolescents' school achievements, taking into consideration gender and family well-off.

Materiał i metody: Students (N=4085) from I, II, and III grades of the junior high schools in Poland were surveyed in spring 2015 (National Science Centre grant, no 2013/09/B/HS6/03438). School achievements [using Visual Analogue Scale (SA_VAS)], self-reported vigorous physical

activity (VPA), and sport clubs engagement, as well as family wealth [using Family Affluence Scale (FAS)], were analyzed. ANOVA, hierarchical linear regression, and general linear models were applied as statistical methods.



Wyniki: On average, 48.0% of junior secondary school students were involved in sport clubs (21.9% systematically), and this percentage increased from 37.0% to 59.5% in subsequent FAS groups.

The effect of regular involvement in sport clubs on school performance is strong, even among adolescents in low-income families. In all social groups school achievements are better among students regularly involved in extracurricular PA than in those who participate sporadically (fig.). However, in girls occasional PA in sport clubs also have protective effect.

Further analysis confirmed a robust relation between VPA and extracurricular PA (23.1% and 59.6% attending sport clubs, when comparing marginal VPA groups). The relationship between SA_VAS and VPA is weak, unlinear, and more visible in girls. School achievements generally improved with the VPA frequency, but only up until 4-6 times a week. Every day VPA brings opposite effect and decreases school achievements. In multivariate regression, in addition to family affluence, the positive effect of regular involvement in sport clubs on the SA_VAS remained significant, together with the negative effect of every day VPA.

Wnioski: Extracurricular physical activity in sport clubs as a community related aspect of adolescent athletic involvement, is a strong predictor of better school achievements. Unequal access to sport clubs for children

with different social background should be discussed in further analyses, as well as reasons for relatively worse school performance in students who had the best scores on the VPA scale.

5.

Tytuł: Gender differences in KIDSCREEN-10 scores in relation to age, family affluence and academic achievements

Autorzy: Joanna Mazur & Polish HBSC team

Typ pracy: plakat

Język: angielski

Źródło: opublikowane w Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Gymnica Vol.43 suppl1.1 /2013 (opracowywana wersja pełnotekstowa po polsku)

Wstęp: The aim of this presentation is to evaluate the relationship between academic achievements and general well-being in early adolescence.

Materiał i metody: Data on 2139 children aged 11-14 y.o. (mean 12.8; SD=1.15) were collected in Poland in 2013/14 as a part of HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) study. General well-being was measured using KIDSCREEN index calculated without two items concerning functioning in school. Interactions between independent variables were investigated using general linear model (GLM). Analyses were adjusted for new six-item FAS (family affluence) scale categorized into 3 levels.

Wyniki: On the standardized (0-100) abbreviated KIDSCREEN-8 scale girls were scoring lower than boys (64.6 vs. 70.2). Gender-related differences increased by 5.02 points comparing marginal age groups and increased by 4.07 point comparing poor and rich families. GLM model confirmed the strong interaction between gender and school achievements as predictors of adolescents' well-being ($p < 0.001$). The relationship between school performance and KIDSCREEN score is linear in girls and nonlinear in boys, with relatively lower scores only in boys who perceived their school achievements below average.

Wnioski: School achievement and psychosocial health is interrelated. Adolescent girls develop a strong sense of wellbeing when they experience more successes in learning.

6.

Tytuł: Gimnazjalne wymagania ewaluacyjne a zdrowie subiektywne uczniów

Autorzy: A. Dzielska, J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik

Typ pracy: prezentacja ustna

Język: angielski

Źródło: Międzynarodowa Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Edukacja XXI wieku – zagrożenia, problemy i perspektywy doby globalnej”, Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora w Pułtusku, 13 maja 2017

Tło: W badaniach uwarunkowań zdrowia uczniów podejmowane są próby oceny łącznego wpływu cech indywidualnych z cechami środowiska nauczania i wychowania.

Celem opracowywania jest porównanie wybranych parametrów zdrowia subiektywnego uczniów gimnazjów różniących się stopniem spełnienia wymagań ewaluacyjnych.

Metoda: Dane pochodzą z badań ankietowych, przeprowadzonych w 2015 roku w próbie 3970 uczniów 67 gimnazjów z 15 województw (grant NCN 09/B/HS6/03438). Szkoły uczestniczące w badaniu, w roku szkolnym 2013/14 lub 2014/15 przeszły całościową ewaluację zewnętrzną według procedury obowiązującej w tym okresie. Ewaluacja dotyczyła 12 wymagań w pięciopunktowej skali. Uczniowie wypełniali kwestionariusz „Zdrowie i szkoła”, z którego do dalszych analiz wybrano pytania odnoszące się do: zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Porównywano (ANOVA) średnie oceny ww. skal w zależności od wyników ewaluacyjnych szkoły.

Wyniki: Wykazano, że wszystkie trzy skale powiązane ze zdrowiem wykazują najsilniejszy związek z oceną szkoły w wymiarze „promowania wartości edukacji”, co odnosi się do tworzenia pozytywnego klimatu sprzyjającemu uczeniu się oraz kształtowania postawy uczenia się przez całe życie. Porównując 4 kategorie szkół, stwierdzono systematyczną poprawę wskaźników, w tym ich wzrost między kategorią D+E a kategorią A, w odniesieniu do: 1) zdrowia fizycznego z $3,54 \pm 1,04$ do $3,72 \pm 0,90$ ($p=0,003$); 2) ogólnego zadowolenia z życia z $6,81 \pm 2,64$ do $7,26 \pm 2,23$ ($p=0,005$); 3) zachowań prospołecznych z $6,39 \pm 2,15$ do $6,86 \pm 2,09$ ($p=0,008$). Ogółem, dziesięć z dwunastu wymagań ewaluacyjnych wykazuje istotny związek z co najmniej jednym z trzech analizowanych indeksów zdrowotnych.

Najczęściej jest to związek z ogólnym zadowoleniem z życia, traktowanym jako wskaźnik zdrowia psychicznego.

Wnioski: Jakość funkcjonowania szkoły może rzutować na zdrowie subiektywne uczniów. W dalszych badaniach należy uwzględnić kolejne wskaźniki zdrowotne (w tym odnoszące się do zachowań prozdrowotnych i ryzykownych) oraz skorygować analizy na wpływ innych czynników.

7.

Tytuł: Information about survey completion time as the result of pilot study

Autorzy: Joanna Mazur, Dorota Zawadzka, Kamil Wais, Anna Dzielska

Typ pracy: plakat

Język: angielski

Zródło: HBSC Full Member Spring Meeting, Vienna Austria, 8-10 June 2015

Wstęp: The positive aspects of online surveys are unquestionable, though they could be widely used in the validation process.

Cel: To assess the usefulness of the information about completion time (CT) and the number of missing data in the process of testing the research tool, in relation to the full questionnaire, its modules and individual items.

Materiał i metody: Data was collected in 2015 during the pilot online survey, using the Lime Survey open source software.

Wyniki: The analyses included 306 students of junior secondary schools with average age 14.3 years, who successfully completed the survey (95.3% of invited). The questionnaire consisted of 150 variables gathered on 29 pages (screens), including 30% of variables from HBSC protocols. On average, it took 19 minutes ($\pm$ 6.9 minutes) to complete the survey. The CT was significantly longer for girls than for boys, and it became shorter with age. The CT distribution may be considered normal, in particular after the removal of outliers ($p=0.643$). The mean percentage of missing data (without open-ended and conditional questions, and CT outliers) was 6.6%. The quality of completion may be influenced by the subject area to which a question belongs, its phrasing and its positioning in the questionnaire. These relationships should become the subject of further analyses.

Wnioski. The system of online surveys enables ongoing assessment of the quality of survey completion as well as identification of answers and records, considered to be less reliable. Similar analyses might be planned for the results of main survey.

8.

Tytuł: Is a Perceived Activity-Friendly Environment Associated with More Physical Activity and Fewer Screen-Based Activities in Adolescents?

Autorzy: Jaroslava Kopcakova, Zuzana Dankulincova Veselska, Andrea Madarasova Geckova, Jens Bucksch, Hanna Nałęcz , Dagmar Sigmundova, Jitse P. van Dijk, Sijmen A. Reijneveld

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: International Journal of Environmental Research and Public Health 2017;14(1):E39

Wstęp: A higher level of physical activity and a lower level of screen-based activities are of major importance for the development of youth and for physical, psychological and socio-emotional health . They offer numerous health benefits to adolescents. It is recommended that adolescents participate in physical activity for at least 60 min daily and in screen-based activities for no more than 2 h daily. Recent studies indicated that only a minority of adolescents meet the current guidelines for physical activity and screen-based activities.

Cel: The aim of this study is to explore if perception of an activity-friendly environment is associated with more physical activity and fewer screen-based activities among adolescents.

Materiał i metody: We collected self-reported data in 2014 via the Health Behavior in School-aged Children cross-sectional study from four European countries (n = 13,800, mean age = 14.4, 49.4% boys). We explored the association of perceived environment (e.g., “There are other children nearby home to go out and play with”) with physical activity and screen-based activities using a binary logistic regression model adjusted for age, gender, family affluence and country.

Wyniki: An environment perceived as activity-friendly was associated with higher odds that adolescents meet recommendations for physical

activity (odds ratio (OR) for one standard deviation (SD) change = 1.11, 95% confidence interval (CI) 1.05–1.18) and lower odds for excessive screen-based activities (OR for 1 SD better = 0.93, 95% CI 0.88–0.98).

Wnioski: Investment into an activity-friendly environment may support the promotion of active life styles in adolescence.

9.

Tytuł: Mówienie komuś o przemocy rówieśniczej w szkole jako czynnik chroniący zdrowie psychiczne nastolatków [Talking to somebody about peer victimization in school as a factor protecting adolescents' mental health]

Autorzy: Marta Malinowska-Cieślik, Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkućnik

Typ pracy: plakat (planowana wersja pełnotekstowa)

Język: angielski, z wersją polską

Źródło: HBSC International Meeting, Bergen, Norway, June 19-21, 2017

Cel: The aim of the study was to examine if telling somebody about peer victimization in school (bullying) protects from low life satisfaction.

Materiał i metody: Data on 3712 children (52% girls) in mean age 14.90; SD=0.9 was collected as a part of HBSC study in Poland in 2013/14. Standard bullying victimization HBSC item was recoded into 3 categories "never", "rarely" (1-2 times) and "often" (2-3 times or more). In multiple choice question students marked the following trustworthy persons: parents or caregivers, teachers or tutor, school psychologist or counselor, friends or siblings, other person. Life satisfaction was measured using the Cantril Scale.

Wyniki: In the study group 30.7% have been bullied at least once, and 12.2% were often bullied. Among 1140 adolescents who were bullied 496 (43.5%) told about it at least to one person. Boys told less often than girls (39.1% vs. 48.1%). The most often indicated persons were: parents or caregivers (56.7%), friends or siblings (31.5%), teacher or tutor (19.4%). Girls more often indicated friends or siblings than boys (41.2% vs. 20.0%; $p < 0.001$). Often bullied pupils told about it to somebody more often than those who were bullied from time to time (50.9% vs. 38.6%; $p < 0.001$). Often bullied pupils were more dissatisfied with their life (not bullied

– 15.9%, rarely bullied – 22.4%, frequent bullied – 30.1%; $p < 0.001$). In the frequent bullied group, adolescents who told somebody about it, were less dissatisfied than those who did not (24.8% vs. 35.7%; $p = 0.013$).

Wnioski: Building good and close relationships are very important protective factors in bullying prevention programs among adolescents. The further study should regard more co-factors and take into consideration the role of coping skills.

10.

Tytuł: Osiągnięcia w nauce jako mediator zależności pomiędzy zamożnością rodziny a zachowaniami ryzykownymi młodzieży w Polsce

Autorzy: Anna Kowalewska, Joanna Mazur, Izabela Tabak

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: polski

Źródło: Przegląd Lekarski 2016; 73(10): 745-749

Wstęp: Wpływ statusu socjoekonomicznego rodziny na podejmowanie zachowań ryzykownych młodzieży może być bezpośredni oraz pośredni poprzez inne czynniki ryzyka.

Cel: Celem pracy było zbadanie łącznego wpływu zamożności rodziny i osiągnięć szkolnych na używanie wybranych substancji psychoaktywnych (alkoholu i tytoniu i marihuany) zdefiniowanych jako zachowania ryzykowne.

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie 1202 nastolatków w wieku średnio 15,6 lat ($SD = 0,31$), którzy wzięli udział w Międzynarodowym badaniu nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej – HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). W celu sprawdzenia, czy osiągnięcia szkolne są mediatorem relacji między zamożnością rodziny i podejmowaniem zachowań ryzykownych przez młodzież, w analizach zostały wykorzystane modele równań strukturalnych.

Wyniki: Stwierdzono, że 23,0% młodzieży paliło tytoń; 40,8% piło alkohol; 10,2% paliło marihuanę. Jedna piąta badanych używała jedną z tych substancji często, to znaczy częściej niż 5 dni w ciągu ostatniego miesiąca. Wykazano, że zamożność rodziny jest silnie skorelowana z osiągnięciami

szkolnymi ($p < 0,001$). Jednak nie ma bezpośredniego związku z ogólnym poziomem używania substancji psychoaktywnych ($p = 0,481$). Analizując poszczególne substancje, tylko w odniesieniu do marihuany stwierdzono, że była ona używana rzadziej przez młodzież z rodzin bardziej zamożnych rodzin. Wyniki w nauce okazały się być silniejszym mediatorem (relacji między zamożnością rodziny a podejmowaniem zachowań ryzykownych) u dziewcząt (test Sobela: $p = 0,013$) niż u chłopców ($p = 0,111$).

Wnioski: W analizach społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych młodzieży, należy zwrócić uwagę na korelacje pośrednie i zmienne zakłócające. Gorsze wyniki w nauce mogą być przyczyną lub skutkiem częstszego substancji psychoaktywnych.

11.

Tytuł: Physical Activity as a Factor Protecting Mental Health of Polish Adolescents of Age 15-16

Autorzy: Dorota Kleszczewska, Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Hanna Nałęcz, Joanna Mazur

Typ pracy: plakat (opracowana wersja pełnotekstowa)

Język: angielski

Źródło: HBSC International Meeting Stockholm, Sweden, 15-17 June 2016

Wstęp: Apart from doing research on mental health risk factors, more and more consideration is being given to protective factors, including behavioural determinants.

Cel: The aim of the study was to identify school and other factors protecting mental health of young people.

Material i metody: The sample included $N = 2015$ of Polish 15 year olds from 104 schools across Poland surveyed within the HBSC study in 2013/14 (National Science Centre grant 2013/09/B/HS6/03438. The dependent variable was GHQ-12 indexed in two dimensions: Social Dysfunction and Anxiety or Depression. As independent variables the following factors were analysed: sex, grade, place of residence, the material status of the family (FAS III scale), academic achievements, school stress and the level of physical activity (MVPA).

Wyniki: The average overall index GHQ-12 in the sample was 12.57 (SD = 7.06). Adolescents who were physically active achieved much lower GHQ-12 index than their peers (10.79 ± 7.01 vs. 12.92 ± 7.01 ; $p < 0.001$). Negative correlation between the level of physical activity and severity of mental health problems was observed ($r = -0.173$). General impact of physical activity is more apparent in small settings than in big cities (figure). If the two-factor structure of GHQ-12 is taken into account, physical activity has got better effect on Social Dysfunction than Anxiety and Depression variability. In both models academic achievements remain an important protective factor against mental health disorders while school stress is a risk factor.

Wnioski: Even when adjusted for other demographic and social factors a significant effect of physical activity on adolescent mental health is maintained.

12.

Tytuł: Poczucie przynależności do szkoły a zdrowie psychiczne nastolatków

Autorzy: Agnieszka Małkowska-Szkućnik

Typ pracy: rozdział w monografii

Język: polski

Źródło: M. Gogolewska-Tońska, M. Szymańska (red.) Nauczanie, uczenie się i wychowanie a transformacja przemian społecznych. Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora, Towarzystwo Naukowe Edukare, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 2017.

Wstęp: Poczucie przynależności do rodziny, grupy rówieśniczej oraz do szkoły jest potrzebne dla prawidłowego funkcjonowania, umożliwia realizację zadań rozwojowych oraz zapewnia poczucie bezpieczeństwa.

Cel: Przedstawiono dane dotyczące zależności między poczuciem przynależności do szkoły oraz zdrowiem psychicznym nastolatków. Zdefiniowano pytanie badawcze – Czy i jaki istnieje związek między poczuciem przynależności do szkoły a wybranymi obszarami zdrowia psychicznego nastolatków?

Materiał i metody: Zbadano 4058 uczniów I-III klas z 70 gimnazjów w Polsce, wylosowanych spośród 234, które w podobnym czasie przeszły całościową ewaluację zewnętrzną. Badania realizowano w ramach grantu

NCN 2013/09/B/HS6/03438 realizowanego w latach 2013-2017 w Instytucie Matki i Dziecka. Użyto skali przynależności do szkoły (z kwestionariusza HBSC) oraz następujących skal odnoszących się do zdrowia psychicznego: symptomy emocjonalne, zaburzenia zachowania, zachowania prospołeczne (trzy wymiary z kwestionariusza SDQ); poczucie własnej wartości (z kwestionariusza CHIP-AE) oraz zadowolenie z życia. Porównano wartości średnie uzyskane dla poszczególnych wymiarów zdrowia psychicznego w zależności od poziomu przynależności do szkoły. Użyto jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Analizy prowadzono łącznie dla całej populacji oraz osobno według płci.

Wyniki: Wykazano, że uczniowie którzy czują, że przynależą do szkoły mają większe poczucie własnej wartości, są bardziej zadowoleni z życia oraz mają wyższy poziom zachowań prospołecznych. Stwierdzono także, że nastolatki z niskim poczuciem przynależności do szkoły są bardziej obciążone negatywnymi symptomami emocjonalnymi oraz zaburzeniami zachowania. Podobne wyniki uzyskano dla obu płci.

Wnioski: Wyniki badań wykazały, że przynależność do szkoły stanowi jeden z czynników chroniących dla zdrowia psychicznego młodzieży.

13.

Tytuł: Poczucie sensu życia a samoocena zdrowia i osiągnięcia szkolne uczniów w wieku 13–17 lat

Autorzy: Dorota Zawadzka , Magdalena Stalmach , Izabela Tabak

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: polski

Źródło: *Pediatrics Polska* 2016;91:566–573

Cel: The aim of the study was to examine the junior high school students' sense of life as well as to analyse associations between sense of life and health self-rating and students' school achievement.

Materiał i metody: The research has been conducted in junior high schools among 4085 students of classes I–III aged 13–17-year-old ($M = 14.9$; $SD = 0.87$). Statistical analysis included t-student test, χ^2 test, one-way analysis of variance (ANOVA) with post-hoc tests, and multivariate logistic regression model.

Wyniki: The average level of sense of life among examined students achieved 24.7 (the summary range 0–36 p). Level of this variable was much higher among boys than girls. The boys as well as students of 1st class estimated their health as perfect more frequently than girls and older students. Comparing to the health estimated not better than good, the probability of high life sense level was increasing 3 times when health was estimated as perfect [OR = 3.10] and more than 2.5 times [OR = 2.62] when health was estimated as very good.

Wnioski: Feeling the sense of life is connected positively with self-rating health as well as school achievements. The better junior high school students evaluated their own health and school achievement and academic performance, the higher was the level of their meaning of life. The shortened version of Life sense scale seems to be a tool indicating positive health that is worth recommending especially during researches about health and health behaviours among teenagers.

14.

Tytuł: Poczucie sensu życia jako czynnik chroniący młodzież gimnazjalną przed stosowaniem i doświadczaniem przemocy rówieśniczej

Autorzy: Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach, Joanna Mazur

Typ pracy: plakat (planowana wersja pełnotekstowa)

Język: polski

Źródło: XI Ogólnopolską Konferencję Sekcji Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „*Zdrowie w zmieniającym się świecie – zagrożenia i wyzwania*”, **Poznań 12-14 maja 2017 r.**

Wstęp: Koncepcja Viktora Frankla skłania ku myśleniu, iż człowiek w każdym momencie może czuć potrzebę podjęcia trudu, którym jest odnalezienie oraz wypełnienie swojego życia sensem. Poszukiwanie sensu życia jest więc podstawową motywacją w życiu człowieka, a jego brak może prowadzić do wielu zaburzeń.

Celem badania było sprawdzenie, czy wysokie poczucie sensu życia może być czynnikiem chroniącym młodzież gimnazjalną przed wchodzeniem w rolę sprawcy i ofiary przemocy rówieśniczej?

Materiał i metody: Badaniem ankietowym zrealizowanym w 2015 roku w ramach grantu NCN (nr 2013/09/B/HS6/03438) objęto 4085 uczniów z 70 gimnazjów zlokalizowanych we wszystkich województwach (52% dziewcząt). Podjęte w pracy analizy dotyczyły poczucia sensu życia, badanego przy użyciu Testu Sensu Życia – Purpose in Life Test (PIL) autorstwa J. C. Crumbaugh’a i L. T. Maholicka, w polskiej adaptacji Z. Płużek. W badaniu zastosowano wersję skróconą, jednoczynnikową. Przemoc rówieśniczą analizowano za pomocą dwóch pytań odnoszących się do następujących wymiarów: bycie sprawcą oraz ofiarą przemocy. Zastosowano analizy jednowymiarowe oraz wielowymiarowe, w tym regresję logistyczną, skorygowaną na płeć i wiek badanych.

Wyniki: Średni poziom sensu życia wśród badanych uczniów wyniósł 24,7 punktów (zakres sumaryczny: 0-36 punktów), przy czym chłopcy charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem sensu życia niż dziewczęta. Spośród 4085 gimnazjalistów co najmniej 1 raz w ciągu ostatnich 2 miesięcy 26,8% było sprawcą, a 29,8% padło ofiarą przemocy rówieśniczej. Stwierdzono istotny związek między byciem sprawcą i ofiarą przemocy a poziomem poczucia sensu życia ($p \leq 0,001$) oraz istotne różnice między przybieraniem powyższych ról a płcią badanej młodzieży oraz klasą gimnazjum. Analizy wykazały u młodzieży z wysokim poczuciem sensu życia istotnie mniejsze prawdopodobieństwo ($p \leq 0,001$) bycia ofiarą ($OR=0,63$) oraz sprawcą ($OR=0,61$) przemocy rówieśniczej.

Wnioski: Wysoki poziom poczucia sensu życia może być znaczącym czynnikiem chroniącym młodzież przed stosowaniem i doznawaniem przemocy rówieśniczej.

15.

Tytuł: Poczucie własnej wartości jako mediator zależności między aktywnością fizyczną, a ogólnym zadowoleniem z życia młodzieży z różnych środowisk

Autorzy: Dorota Kleszczewska, Anna Dzielska, Joanna Mazur

Typ pracy: plakat (opracowana wersja pełnotekstowa)

Język: polski

Źródło: XI Ogólnopolską Konferencję Sekcji Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „Zdrowie w zmieniającym się świecie – zagrożenia i wyzwania”, Poznań 12-14 maja 2017 r.

Wstęp: W świetle wyników wielu badań, aktywność fizyczna chroni przed takimi problemami, jak: depresja, lęk społeczny czy niskie poczucie własnej wartości. Analizując korzyści zdrowotne aktywności fizycznej u młodzieży, bierze się często pod uwagę wpływ płci, wieku i miejsca zamieszkania, ale tylko nieliczne badania uwzględniają wpływ zamożności rodziny.

Cel: Celem pracy było zbadanie, w jakim stopniu zamożność rodziny i poczucie własnej wartości modyfikują związek pomiędzy aktywnością fizyczną a ogólnym zadowoleniem z życia gimnazjalistów.

Materiał i metody: Badaniem przeprowadzonym w 2015 r. objęto 4085 uczniów 70 gimnazjów ze wszystkich województw (grant NCN nr 2013/09/B/HS6/03438). Zmienną zależną było zadowolenie z życia mierzone skalą Huebnera (SLSS: The Students' Life Satisfaction Scale. Oszacowano hierarchiczne modele liniowe i prosty model ścieżkowy, jako zmienne niezależne uwzględniając: czynniki demograficzne, aktywność fizyczną VPA (*Vigorous Physical Activity*), poczucie własnej wartości, zamożność rodziny, relacje rodzinne i postrzeganie środowiska szkolnego. Efekt mediacji badano testem Sobela.

Wyniki: Średnio, zadowolenie z życia badanej młodzieży wynosiło $M=4,66$ ($SD=2,23$). Przy porównaniu młodzieży niepodlegającej intensywnej aktywności fizycznej z ćwiczącą codziennie, średni indeks SLSS zwiększa się z 4,23 do 4,90 ($p<0,001$). Oszacowano model wyjaśniający 36,9% zmienności SLSS. Poczucie własnej wartości jest głównym predyktorem SLSS i mediatorem zależności między VPA a SLSS. W grupie młodzieży z biedniejszych rodzin aktywność fizyczna silniej niż w bogatszych rodzinach wpływa na poczucie własnej wartości i ogólne zadowolenie z życia.

Wnioski: Status materialny rodziny może modyfikować wpływ aktywności fizycznej na różne aspekty zdrowia psychicznego. Umożliwianie młodzieży z rodzin najbiedniejszych podejmowania aktywności fizycznej w czasie wolnym sprzyja poprawie poczucia własnej wartości, a w konsekwencji i ogólnego zadowolenia z życia.

Tytuł: Postrzeganie przez uczniów środowiska społecznego i edukacyjnego gimnazjum w zależności od wyników jego całościowej zewnętrznej ewaluacji

Autorzy: Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Dorota Zawadzka

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: Hygeia Public Health 2016;51(2):194-201

Wstęp: Wiele cech szkoły może pośrednio lub bezpośrednio wpływać na zdrowie nastolatków. Standardy edukacyjne powinny być analizowane wśród związanych ze szkołą czynników organizacyjnych uzupełniających analizę klimatu szkoły.

Cel: Przedstawienie zależności między postrzeganiem środowiska społecznego gimnazjum przez uczniów a jakością szkoły.

Materiały i metody: Badanie ankietowe „Zdrowie i Szkoła” przeprowadzono pod koniec roku szkolnego 2014/15 w 70 gimnazjach we wszystkich województwach (n=4085 uczniów). Zobiektywizowany indeks jakości szkoły uzyskano z bazy szkół, które przeszły resortową całościową ewaluację zewnętrzną. Szkoły podzielono na trzy kategorie, według stopnia wypełniania wymagań państwa. Ankietowani uczniowie oceniali: wsparcie ze strony rówieśników, tworzące spójną skalę z poczuciem przynależności do szkoły, wsparcie i motywację ze strony nauczycieli, tworzące spójną skalę z systemem ocen oraz postrzeganie swoich kompetencji jako ucznia. Oszacowano ogólne modele liniowe.

Wyniki: Średnio, badane gimnazja uzyskały 68,1% możliwych punktów, w tym odpowiednio: 48,4% w szkołach gorszych, 69,6% w przeciętnych i 82,1% w lepszych. Po skorygowaniu na wiek i płeć ankietowanych, jakość szkoły pozostaje czynnikiem silnie wpływającym na zmienność poczucia przynależności do szkoły i wsparcia ze strony rówieśników ($p<0,001$) oraz słabiej, ale istotnie na zmienność samooceny kompetencji ($p=0,049$). Jakość szkoły nie różnicuje opinii uczniów o nauczycielach. Pojawia się jednak istotna interakcja między jakością szkoły a wiekiem uczniów. W gorszych gimnazjach, już w młodszych klasach, uczniowie zaczynają bardziej krytycznie patrzeć na nauczycieli.

Wnioski: W badaniach nad potencjalnym wpływem czynników szkolnych na zdrowie i zachowania zdrowotne nastolatków wskazane jest uwzględnienie zarówno subiektywnej oceny, jak również charakterystyki szkoły, jako zmiennej kontekstowej.

17.

Tytuł: Postrzeganie środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowanie w niej uczniów gimnazjów zdrowych i z chorobami przewlekłymi

Autorzy: Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Barbara Woynarowska, Joanna Mazur

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: polski

Źródło: artykuł złożony do recenzji w Kwartalniku Pedagogicznym

Wstęp: W artykule przedstawiono wyniki badań nad postrzeganiem środowiska psychospołecznego szkoły i funkcjonowania w niej uczniów gimnazjów z chorobami przewlekłymi i bez tych chorób (zdrowych).

Materiał i metody: Zbadano 4058 uczniów klas I-III, z losowo wybranych 70 gimnazjów publicznych ze wszystkich województw. W grupie tej było 3232 (80%) uczniów zdrowych i 798 (20%) uczniów z chorobami przewlekłymi. Narzędziem badawczym był kwestionariusz „Zdrowie i szkoła”, zawierający pytania z wersji polskiej międzynarodowych kwestionariuszy: HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) i CHIP-AE (*Child Health and Illness Profile: Adolescent Edition*). Wykorzystując model ekologiczny U. Bronfenbrennera, analizowano wymiary środowiska psychospołecznego szkoły z poziomu: indywidualnego (mikrosystem) i relacji społecznych (mezosystem).

Wyniki: Stwierdzono, że, uczniowie zdrowi, w porównaniu z uczniami z chorobami przewlekłymi, lepiej postrzegają środowisko szkoły i swoje w nim funkcjonowanie (różnice istotne statystycznie). Mają oni: większe poczucie przynależności do szkoły, częściej wysoki poziom kompetencji szkolnych, lepsze osiągnięcia w nauce, poczucie, że ich oceny są adekwatne do wyników, wyższą pozycję społeczną w klasie, wyższy poziom wsparcia ze strony rówieśników, nauczycieli i rodziców.

Wnioski: Uczniowie z chorobami przewlekłymi mają wyższy poziom obciążeń związanych ze szkołą: stresu szkolnego, problemów szkolnych, więcej czasu poświęcają na odrabianie lekcji. Uczniowie z chorobami przewlekłymi (ok. 20% populacji w wieku szkolnym) należą do grupy uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych; rodzaj tych potrzeb zależy od specyfiki i przebiegu danej choroby. Identyfikacja obszarów trudnych w funkcjonowaniu tych uczniów w szkole i znajomość postrzegania przez nich jej środowiska psychospołecznego pozwoli nauczycielom udzielić im odpowiedniego wsparcia.

18.

Tytuł: School achievements as a component of analyses of social inequalities in health

Autorzy: Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szcutnik

Typ pracy: rozdział w monografii

Język: angielski

Źródło: Zgłoszone 21 kwietnia 2017 r. do książki "Health and Academic Achievement," pod red. Dr. Blandiny Bernal, w wydawnictwie Intech Open

In the light of international HBSC studies Poland belongs to the group of countries where school achievements have particularly strong social determinants. On the other hand they reveal a strong connection with self-assessment of health and health behaviours of teenagers. The question therefore arises whether this is a direct effect or whether school achievements constitute a mediating social variable. The first Polish publications attempting to explain the mechanisms of these correlations were written five years ago on the basis of the results of HBSC 2010 studies. The proposed paper, while based on a different set of data, is a continuation of the previous analyses and draws on their experience.

The data are derived from polls conducted in 2015 on a nationwide sample of 4085 students from 70 high schools (National Scientific Center grant). In the year preceding the survey these schools underwent an overall external evaluation, which enabled us to make use of hierarchical structure data from different sources. School achievements were measured

on a visual scale (0-10) according to E. Goodman's concept. The scale of subjective complaints, derived from the CHIP-AE questionnaire, was adopted as the key outcome variable of health. Socio-economic status was measured at the level of the family and place of residence, additionally taking into account the scale of social capital of the neighbourhood and social capital of the school (class). Above tools were derived from the protocol of HBSC studies. In addition it was assumed that school stress had a direct impact on the subjective health of teenagers. By way of simplification a hypothesis was assumed whereby school achievements are a mediator of the correlations between socio-economic status and school stress, while school stress is a mediator of correlations between school achievements and subjective health. The mechanisms of the above correlations will be studied by means of path models (AMOS software). Separate models are planned to be estimated for groups of schools having different external evaluation results. In accordance with the Polish system schools were evaluated on the basis of the extent to which they fulfilled 12 requirements applied to educational institutions (the four key areas being processes, effects, environment and management).

The planned chapter will have the same structure as the original journal article with a clearly defined theoretical introduction, description of the material and methodology, description of the results, discussion and bibliography. Taking into consideration the theoretical introduction dealing with the social determinants of school achievements and the collected empirical material, the study belongs not only to the sphere of educational investigations but also to the area of studies dealing with the social determinants of health among school-age youth.

19.

Tytuł: School and family as predictors of goal orientation among adolescents with and without chronic conditions

Autorzy: Agnieszka Małkowska-Szkućnik, Joanna Mazur

Typ pracy: prezentacja ustna (planowana wersja pełnotekstowa)

Język: angielski

Źródło: Konferencja Excellence in Pediatrics London December 10-12, 2015

Wstęp: Goal orientation (GO) is one of the most important psychological skills. Especially in adolescence GO helps young people make decisions and plans associated with the developmental tasks realization.

Cel: The aim of this study was to assess whether perception of school and family predicts goal orientation among Polish adolescents with and without chronic condition (ChC). The following research problem was defined: Are there any differences between goal orientation predictors in two groups – healthy and unhealthy adolescents?

Material i metody: This study was a part of the Health Behaviour in School-aged Children survey, a WHO Collaborative Cross-national Study (HBSC). This research was supported with Grant funded by National Science Centre (Grant No. 2013/09/B/HS6/03438). Data were collected in Poland in 2014 on the sample of 4085 13-15 year-olds. The HBSC standard questionnaire was used. GO was measured by Goal Orientation Scale for Teenagers. The following scales and items were used: student's autonomy during lessons, teacher's support, peer support, school related parents' support, academic rewards, teacher's praise, school effort, academic achievement (self perception and teachers perception), school performance (social position in peer school group), family social position. Mean indexes of scales were measured. The one-way analysis of variance (ANOVA) and linear regression

Wyniki: One fifth of the students indicated the occurrence of chronic conditions. There was no difference in GO index between healthy and unhealthy adolescents. Mean GO score was 17.83 (SD=4.696) for students without ChC and 17.52 (SD=5.071) for students with ChC. Regarding to adolescents without ChC, 6 out of 13 variables were included in the final model, which explains 19,2 % of the GO variability. There were: academic achievement (self perception), parents support, school performance (social position in peer school group), teacher praise, family social position and academic achievement (teacher opinion). Regarding to the adolescents with ChC 7 variables were included in the final model which explains 24,7% of the GO variability. The most important were: parents support and academic achievement (self perception). For adolescents with ChC also school effort and grade were predictors of the GO.

Wnioski: Predictors of goal orientation among healthy and unhealthy adolescents were different. The goal orientation may be reinforced by

parents support and reducing of school stress among adolescents with chronic conditions and by high level of academic achievement among healthy adolescents.

20.

Tytuł: School-related parental support as a factor improving school, family and individual functioning of adolescents

Autorzy: Izabela Tabak, Joanna Mazur

Typ pracy: prezentacja ustna (opracowana wersja pełnotekstowa)

Język: angielski

Źródło: HBSC International Meeting Stockholm, Sweden, 15-17 June 2016

Wstęp: Parental involvement is a factor increasing children's self-esteem, motivation, school achievements and engagement with learning, and buffering against poor mental health. School-related parental support was analysed as an optional HBSC package before, but since 2009 was removed from the protocol.

Cel: The aims of the study were: (1) to investigate relationships between school-related parental support and school, family and individual factors, (2) to discuss the restoration of the revised package on this topic in HBSC protocol.

Materiał i metody: The study was supported by Polish National Science Centre (decision 2013/09/B/HS6/03438). Data on 4085 lower secondary school students were obtained; 48.0% boys; mean age 14.9. On the base of previous protocols a short two-item scale was applied: If I have a problem at school, my parents are ready to help; My parents encourage me to do well at school and summary index was calculated. ANOVA, correlation and chi-square analyses were performed for school (learning, competences, problems, pressure), family (relationships, join activities, social position) and individual (life satisfaction, self-esteem) factors.

Wyniki: 62.5% of adolescents strongly agree that parents are ready to help them with school problems and 55.7% that parents encourage learning. Negative perception of parental support was reported by 10% in both questions. All analyses showed that school-related parental support

increases academic achievements, school competences, life satisfaction, self-esteem and decreases school problems and school stress. It's also positively correlated ($r = 0.3-0.4$) with family functioning.

Wnioski: School-related parental support is an important determinant of adolescent functioning and shouldn't be ignored in HBSC.

21.

Tytuł: Shortened Version of Goal Orientation Scale in the adolescent studies

Autorzy: Anna Dzielska, Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szkućnik

Typ pracy: plakat

Język: angielski

Źródło: HBSC International Meeting Stockholm, Sweden, 15-17 June 2016.

Wstęp: Goal orientation in adolescence can be defined as adolescents' motivation and ability to determine realistic goals, create feasible plans and take action to achieve those goals. Adolescents with better goal orientation tend to be more cognitively engaged and act out less than their peers with lower levels of goal orientation.

Cel: The purpose of this study is to assess the Polish translation of the Goal Orientation Scale and explore its psychometric properties.

Materiał i metody: The analysis was based on two studies: the Polish *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)* 2013/2014 study (N=4545 adolescents aged 11-15) and the *Health and School* study conducted in 2015 (N=4085 adolescents aged 13-17).

The Goal Orientation Scale, designed by Child Trends research group, was taken from a study of positive indicators of the development of children and youth. The Scale consists of seven items and was tested in the *Polish HBSC 2013/2014* study. Exploratory and confirmatory (CFA) factor analysis were done. Afterwards, the Goal Orientation Scale – Shortened Version (GOS-SV) was implemented in the *Health and School* study questionnaire. Under this study, exploratory factor analysis using principal components was done. Mean differences of the GOS-SV by gender grade, substance use, risky behavior, self-rated health, life satisfaction, academic achievements

and school competencies were analyzed using T-Student and one-way ANOVA procedures.

Wyniki: In the *HBSC 2013/2014* study the Scale was shortened to 5-items. The CFA analysis confirmed that the GOS-SV has acceptable properties: $\chi^2=77.751$; GFI=0.987; AGFI=0.969; RMSEA=0.071. Exploratory factor analysis conducted under the *Health and School* survey also confirmed that GOS-SV consisted with 5 items has single structure. One factor explains 69.3% variance of input variables. The value of the Cronbach's Alpha reliability coefficient was 0.889.

The GOS-SV means did not differ by gender. The lowest mean of the GOS-SV index was found among second-graders of secondary school ($M=12.51$, $SD=4.83$) and the highest among children from first grade ($M=13.20$, $SD=4.62$), ($F(2.3814)=7.1$; $p<0.01$). The GOS-SV means grew with improved health ($F(2.3751)=166.8$, $p<0.001$) and life satisfaction ($F(2.3790)=189.8$; $p<0.001$, better academic achievement ($F(2.3788)=113.1$; $p<0.001$) and school competences ($F(2.3766)=197.7$; $p<0.001$). Adolescents who have never used psychoactive substances and have not participated in risky behavior had highest mean indexes of GOS-SV. GOS-SV means decreased with the frequency of using substances ($F(2.3675)=21.1$; $p<0.001$) or participating in risky behaviour ($F(2.3723)=18.7$; $p<0.001$).

Wnioski: It was found that the Goal Orientation Scale – Shortened Version (GOS-SV) is a good measure of the adolescent's goal orientation and could be a useful tool in adolescent studies.

22.

Tytuł: Social support as a factor protecting adolescents against subjective health complaints related to school stress

Autorzy: Izabela Tabak, Joanna Mazur

Typ pracy: plakat (opracowana wersja pełnotekstowa)

Język: angielski

Źródło: European Health Psychology Society (EHPS) and the British Psychology Society Division of Health Psychology (DHP) Annual Conference, Aberdeen Scotland, 23-27.08.2016

Cel: The aim of the study was to investigate determinants of subjective health complaints in school-aged children, taking into account the interaction effects between social support, school stress and academic achievements.

Material i metody: Anonymous survey was conducted in Poland in 2013/2014 on the sample of 4,545 students, as a part of the HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) study. On the basis of the prevalence of eight symptoms in the past 6 months, a standardized index of health complaints (SCL – Subjective Complaints Checklist) was calculated (0-100). To predict its variability three hierarchical linear models (five blocks) were estimated, separately for three levels of school achievements. Support from family, classmates and teachers as well as family communication were considered as protective factors, which can reduce the negative impact of stress. All analyses were adjusted for age, gender and family affluence.

Wyniki: The standardized SCL index was equal to 23.2 in boys and 32.5 in girls. The high level of school stress was reported by 28.5% boys and 35.6% girls, respectively. Regarding these two measures, similar patterns of change were observed, increase with age and with deterioration of academic achievement. Final multivariate models explained 22-25% variability of SCL, slightly more among worst students. Accumulation of low family support and high level of school stress caused the highest increase in the SCL index in very good students.

Wnioski: School performance is an important determinant of subjective health complaints in adolescence, also modifying the impact of other risk and protective factors.

23.

Tytuł: Struktura rodziny a inicjacja tytoniowa i regularne palenie tytoniu przez młodzież w Polsce

Autorzy: Anna Kowalewska, Joanna Mazur

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: polski

Źródło: Przegląd Lekarski 2015;72(10):526-530 oraz wystąpienie na konferencji Tytoń a Zdrowie, Poznań listopad 2015.

Wstęp: Na mocy licznych porozumień krajowych i międzynarodowych, w Polsce wysiłkiem instytucji rządowych oraz organizacji pozarządowych, podejmowanych jest wiele działań, których celem jest zmniejszenie zdrowotnych i społecznych następstw wynikających z palenia tytoniu. Ze względu na to, że rozpoczęcie palenia tytoniu w okresie dzieciństwa i dorastania bardzo często prowadzi do rozwoju uzależnienia od nikotyny, wiele programów uwzględniających problematykę antynikotynową skierowanych jest do uczniów.

Cel: Celem pracy było przedstawienie częstości regularnego palenia tytoniu i wieku inicjacji nikotynowej przez młodzież szkolną oraz tendencji zmian w tym zakresie w latach 2010 – 2014; zidentyfikowanie wybranych czynników rodzinnych wykazujących związek z wczesną inicjacją tytoniową i regularnym paleniem tytoniu.

Materiał i metody: Badania wykonano w 2013/2014 r., w ramach międzynarodowych badań nad zachowaniami młodzieży szkolnej (HBSC-Health Behaviour in School-aged Children: A WHO collaborative cross-national study) w reprezentatywnej ogólnopolskiej próbie 4545 uczniów (2263 chłopców i 2282 dziewcząt), w średnim wieku 11,6; 13,6; 15,6 lat. W badaniach zastosowano standardowy, międzynarodowy kwestionariusz HBSC.

Wyniki: Stwierdzono, że odsetek młodzieży podejmującej pierwsze próby palenia i palącej regularnie wzrasta z wiekiem. W porównaniu z badaniami w 2009/2014, nie stwierdzono istotnych zmian w częstości inicjacji nikotynowej i regularnego palenia przez młodzież. Ważnym predyktorem wczesnej inicjacji nikotynowej była płeć męska, funkcjonowanie w rodzinie niepełnej lub zrekonstruowanej oraz mieszkanie na wsi. W przypadku regularnego palenia czynnikami ryzyka był starszy wiek (13,15 lat) i wychowanie przez samotnego rodzica lub w rodzinie zrekonstruowanej.

Wnioski: W działaniach profilaktycznych należy w większym stopniu uwzględnić rolę rodziny w zapobieganiu palenia tytoniu przez dzieci i młodzież, oraz zapewnić wsparcie rodzicom samotnie wychowującym dzieci.

24.

Tytuł: Środowisko szkolne a zachowania prospołeczne nastolatków

Autorzy: Magdalena Stalmach, Dorota Zawadzka, Joanna Mazur

Typ pracy: plakat (planowana wersja pełnotekstowa)

Język: polski

Źródło: XI Ogólnopolską Konferencję Sekcji Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „Zdrowie w zmieniającym się świecie – zagrożenia i wyzwania”, Poznań 12-14 maja 2017 r.

Wstęp: Skłonność do działań na rzecz innych osób jest istotą zachowań prospołecznych, które kształtują się od najwcześniejszego wieku w rodzinie i mogą być wzmacniane w szkole.

Cel: Celem badania było określenie, które cechy środowiska szkolnego najsilniej wzmacniają zachowania prospołeczne nastolatków.

Materiał i metody: Badaniem ankietowym zrealizowanym w 2015 roku w ramach grantu NCN (nr 2013/09/B/HS6/03438) objęto 4085 uczniów z 70 gimnazjów zlokalizowanych we wszystkich województwach (52% dziewcząt). Zachowania prospołeczne mierzono skalą kwestionariusza SDQ (*Strengths and Difficulties*) Goodmana (pięć stwierdzeń, zakres 0-10 punktów). Środowisko szkolne oceniano za pomocą dwunastu krótkich skal pochodzących z protokołu międzynarodowych badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). W analizie zastosowano wielowymiarową regresję liniową, skorygowaną na płeć i wiek ankietowanych oraz wybrane cechy rodziny (zamożność, ocena relacji).

Wyniki: Ankietowani uczniowie ocenili swoje zachowania prospołeczne średnio na poziomie 6,59 punktów ($SD=2,15$), istotnie lepiej dziewczęta niż chłopcy (6,99 vs. 6,15 punktów). Indeks ten istotnie poprawiał się przy korzystniejszym postrzeganiu środowiska szkolnego. W analizie wielowymiarowej zidentyfikowano osiem niezależnych predyktorów zachowań prospołecznych, w tym sześć związanych z oceną szkoły. Najsilniej na zmienność indeksu zachowań prospołecznych wpływa poczucie przywiązania do szkoły, wyprzedzając w rankingu predyktorów zadowolenie z relacji rodzinnych. Porównując uczniów z niskim, przeciętnym i wysokim poziomem przywiązania do szkoły, stwierdzono liniowy wzrost średniego indeksu zachowań prospołecznych (odpowiednio 5,70; 6,62 i 7,44 punktów). Wpływ tego czynnika szczególnie silnie uwidacznia się u dziewcząt, podczas gdy zachowania prospołeczne chłopców najsilniej wzmacnia motywacja do osiągnięć ze strony nauczycieli.

Wnioski: Środowisko szkolne może odgrywać ważną rolę w kształtowaniu postaw prospołecznych dorastającej młodzieży.

Tytuł: Środowisko szkolne i rodzinne jako determinanty poczucia własnej wartości gimnazjalistów.

Autorzy: Izabela Tabak, Dorota Zawadzka, Joanna Mazur

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: polski

Źródło: Psychologia Wychowawcza nr. 10/2016

Cel: Celem artykułu były analizy dotyczące znaczenia funkcjonowania szkoły i rodziny dla poczucia własnej wartości młodzieży uczęszczającej do szkół o różnym wyniku ewaluacji zewnętrznej Systemu Ewaluacji Oświaty (SEO).

Materiał i metody: W badaniu ankietowym uczestniczyło 4085 uczniów, uczęszczających do 70 gimnazjów z 16 województw. Zastosowano w nim walidowane narzędzia badawcze, pochodzące z polskiej adaptacji kwestionariusza CHIP-AE (*Child Health and Illness Profile*) oraz z protokołów badań HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) z lat 2002–2014.

Wyniki: Przeprowadzone badanie wskazało, że w szkołach o najwyższej kategorii według SEO uczniowie częściej czują się związani ze szkołą (poczucie przynależności), częściej też oceniają swoich kolegów i koleżanki z klasy jako osoby życzliwe (sposstrzegane wsparcie społeczne). Jednocześnie jednak częściej czują się niesprawiedliwie oceniani przez nauczycieli i rzadziej chwaleni za włożony wysiłek, a ich poczucie własnej wartości jest najniższe. Rodziny uczniów z tych szkół mają wyższy status socjoekonomiczny (zamożność i wykształcenie rodziców) i częściej są rodzinami pełnymi, jednak ich funkcjonowanie (relacje, wsparcie związane ze szkołą, wspólne aktywności) nie różni się od rodzin uczniów ze szkół z niższych kategorii SEO

Wnioski: Funkcjonowanie rodziny odgrywa kluczową rolę dla budowania poczucia własnej wartości młodzieży, jednak nie zmniejsza ono roli szkoły, a szczególnie sprawiedliwego oceniania i chwaleń uczniów za włożony wysiłek. Przedyskutowano praktyczne implikacje tych wyników.

26.

Tytuł: The impact of individual and school-level FAS on student life satisfaction

Autorzy: Joanna Mazur, Anna Dzielska, Dorota Zawadzka, Izabela Tabak

Typ pracy: prezentacja ustna (planowana wersja pełnotekstowa)

Język: angielski

Źródło: HBSC International Meeting Stockholm, Sweden, 15-17 June 2016

Wstęp: School-level socioeconomic status may be considered as important contextual factor affecting adolescent health.

Cel: To examine if the association between family affluence and life satisfaction is modified by school-level social inequalities.

Materiał i metody: The study was conducted in 2015 in 70 lower-secondary schools (N=4085 students) as a part of national research project (DEC-2013/09/B/HS6/03438). To evaluate the impact of the family affluence (FAS) on Cantril life satisfaction, individual FAS, mean school FAS, school standard deviation (SD) of FAS, and their interactions were considered. Among others, standard linear regression models stratified by the level of school FAS inequality were estimated.

Wyniki: Mean school-level FAS ranged from 5.65 to 9.44 and SD from 1.64 to 3.27. School-level SD(FAS) is a stronger predictor of life satisfaction than mean FAS. In schools with lower FAS inequalities the impact of individual FAS on life satisfaction is weaker and the impact of gender is considerably. In national HBSC study (2014) this effect is less evident. One of the reasons could be less balanced sample in terms of cases per school.

Wnioski: Social inequalities within the school could affect adolescent health outcomes.

27.

Tytuł: The association between physical activity and general life satisfaction in lower secondary school students, taking into account materials status of their families

Autorzy: Dorota Kleszczewska, Anna Dzielska, Ferdinand Salonna, Joanna Mazur

Typ pracy: artykuł oryginalny

Źródło: Mental Health and Physical Activity (w recenzji)

Wstęp: The relationship between physical activity and psychosocial health is widely discussed. The effect of demographic factors is taken into account in research on the health effects of physical activity. Only a few studies have considered the impact of family affluence.

Cel: The objective of the paper was to investigate the association between physical activity and general life satisfaction in adolescents, taking into account other co-factors.

Materiał i metody: The survey conducted in the 2015 involved 4,085 lower secondary school Polish students. Life satisfaction was measured with the Students' Life Satisfaction Scale (SLSS) – abridged version. Hierarchical linear models were estimated by introducing demographic factors, Vigorous Physical Activity (VPA), self-esteem, family affluence, family relations and the perception of the school environment as independent variables.

Wyniki: On average, life satisfaction among adolescents was $M=4.66$ ($SD=2.23$) which is 52% of the maximum score. In a comparison of young people who do not engage in VPA and those who exercise every day, the mean SLSS index increases from 4.23 to 4.90 ($p<0.001$). A final model explained 36.9% of the SLSS variability. Self-esteem is the main predictor of SLSS and a mediator of the correlation between VPA and SLSS. As family affluence decreases, the impact of physical activity on self-esteem becomes stronger.

Wnioski: Family material status may modify the impact of physical activity on the variability of the SLSS scores in school-aged children. Engaging adolescents from the poorest families in physical activity may contribute to an improvement of their self-efficacy and enhance their social inclusion.

28.

Tytuł: The Relationship between Multiple Substance Use, Perceived Academic Achievements, and Selected Socio-Demographic Factors in a Polish Adolescent Sample

Autorzy: Joanna Mazur, Izabela Tabak, Anna Dzielska, Krzysztof Wąż,

Anna Oblacińska

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: International Journal of Environmental Research and Public Health 2016;13(12):E1264

Wstęp: Predictors of high-risk patterns of substance use are often analysed in relation to demographic and school-related factors. The interaction between these factors and the additional impact of family wealth are still new areas of research..

Cel: The aim of this study was to find determinants of the most common patterns of psychoactive substance use in mid-adolescence, compared to non-users.

Materiał i metody: A sample of 1202 Polish students (46.1% boys, mean age of 15.6 years) was surveyed in 2013/2014

Wyniki: Four patterns of psychoactive substance use were defined using cluster analysis: non-users—71.9%, mainly tobacco and alcohol users—13.7%, high alcohol and cannabis users—7.2%, poly-users—7.2%. The final model contained the main effects of gender and age, and one three-way (perceived academic achievement * gender * family affluence) interaction. Girls with poor perception of school performance (as compared to girls with better achievements) were at significantly higher risk of being poly-users, in both less and more affluent families (adjusted odds ratio (OR) = 5.55 and OR = 3.60, respectively).

Wnioski: The impact of family affluence was revealed only in interaction with other factors. Patterns of substance use in mid-adolescence are strongly related to perceived academic achievements, and these interact with selected socio-demographic factors.

29.

Tytuł: Three aspects of the social position in adolescence

Autorzy: Joanna Mazur, Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Hanna Nałęcz, Anna Dzielska

Typ pracy: plakat (planowana wersja pełnotekstowa)

Jezyk: angielski

Źródło: HBSC Spring Meeting, Bergen Norway, June 2017

Wstęp: One of the well-recognized methods of assessing the social position from a teenager perspective is the use of the concept of McArthur's visual scales.

Cel: The aim of the study was to assess whether the student's position in the school class should be taken into account in the research of social inequalities in adolescent health.

Metody: Students (N=3841) from 70 junior high schools in Poland were surveyed in 2015 (funded by National Science Centre, no 2013/09/B/HS6/03438). The student's position in the class, academic achievements, and their family's social position, were analyzed using three visual scales (ladders of 0 to 10 points). On this basis the social patterns were analyzed to distinguish homogeneous groups of adolescents, the cluster analysis were applied.

Wyniki: The student's social position in the school class significantly correlated with their family social position ($\rho = 0.326$) and their academic achievement ($\rho = 0.312$). Five groups were identified (table). The highest percentage of students (27.2%) was classified as having good results in all three dimensions. More than half of the students scored relatively poorly in only one of the three aspects of their social position, and achieving above-average results in the other two (groups 2, 3, 4).

Cluster number	Description	N	%	Mean		
				Position in the class	Family position	School achievement
1	Very low scoring in all dimensions	635	16.5	3.71±1.72	5.20±1.86	4.10±1.57
2	Relatively low position in the school class	563	14.7	4.28±1.58	7.37±1.51	7.84±1.32
3	Relatively low family position	772	20.1	7.44±1,26	5.41±1,39	6.65±1,51
4	Relatively low school achievements	827	21.5	7.18±1.54	8.51±1.15	4.66±1.26
5	Very high scoring in all dimensions	1044	27.2	8.63±1.11	8.62±1.17	8.30±1.18
Total		3841	100.0	6.63±2.35	7.20±2.04	6.42±2.16

Substantial deterioration in the subjective health indicators among the first cluster was noticed. Also in the second cluster a high number of students having the emotional problems, reported high school stress, less school attachment, and lower self-esteem were found. Furthermore, students from the fourth and, the most favored, fifth cluster more often tried alcohol.

Wnioski: Poor social position among peers can equalized the protective effect of high social status of the family and good student's academic achievement. Likewise, the low academic achievement diminishes the positive effect of higher family status. The analysis of the student's social status should go beyond the perspective of the family.

30.

Tytuł: Validity of academic achievements HBSC item in Polish adolescents

Autorzy: Joanna Mazur, Anna Dzielska, Dorota Zawadzka

Typ pracy: plakat

Język: angielski

Zródło: HBSC Full Member Spring Meeting, Vienna Austria, 8-10 June 2015

Wstęp. The 2009/10 HBSC international report showed that by comparison to other countries Poland is characterized by stronger social determinants of students' school achievements. This should lead to in depth research of these issues preceded by validation study.

Cel To assess the validity of the HBSC item concerning school achievements.

Materiał i metody: Data was collected in 2015 in online survey conducted as a pilot study of a national project planned to comprise 3,600 students. Current analysis included 179 students of the first grade of a junior secondary school. The results of a national exam taken six months earlier (score range: 0-40 points) and the scale of a subjective assessment of the current school achievements (similar to Cantril ladder, score range: 0-10) were used as comparative tools.

Wyniki: The distribution of answers to the question about school achievements was similar to the HBSC 2014 results obtained in that age group (e.g. 16.9% vs.15.5% of very good marks). Two validation

questions were correlated at the level $r=0.403$. For relevant categories, the following results of the national exam were obtained: very good school achievements: 33.3; good: 30.5; average: 28.4; below average: 26.8 points. In the same groups, the subjective mean assessment of the current school achievements was as follows: 8.4; 7.0; 5.3; and 3.1 points.

Wnioski: The mean subjective assessments of school achievements assigned to relevant categories of HBSC questions may constitute an alternative national system of coding. It may help to define a metric, which represents the true pattern of relationships among response categories.

31.

Tytuł: What does the Cantril Ladder measure in adolescence?

Autorzy: Joanna Mazur, Monika Szkultecka-Dębek, Anna Dzielska, Mariola Drozd,

Agnieszka Małkowska-Szcutnik

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: Archives of Medical Science (dostępne jako online first, planowany druk 1/2018)

Wstęp: The Cantril Scale (CS) is a simple visual scale which makes it possible to assess general life satisfaction. The result may depend on the health, living, and studying conditions, and quality of social relations. The objective of this study is to identify key factors influencing the CS score in Polish adolescents.

Materiał i metody: The survey comprised 1,423 parent-child pairs (54% girls; age range: 10–17; 67.3% urban inhabitants; 89.4% of parents were mothers). Linear and logistic models were estimated; the latter used alternative divisions into “satisfied” and “dissatisfied” with life. In addition to age and gender, child-reported KIDSCREEN-52 quality of life indexes were taken into account, along with some information provided by parents – child physical (CSHCN) and mental (SDQ) health, and family socio-economic conditions.

Wyniki: According to the linear model, nine independent predictors, including six dimensions of KIDSCREEN-52, explain 47.2% of the

variability of life satisfaction on the Cantril Scale. Self-perception was found to have a dominating influence ($\Delta R^2 = 0.301$, $p < 0.001$). Important CS predictors also included Psychological Well-being ($\Delta R^2 = 0.088$, $p < 0.001$) and Parent Relations ($\Delta R^2 = 0.041$, $p < 0.001$). The impact of socioeconomic factors was more visible in boys and in older adolescents. According to logistic models, the key factors enhancing the chance of higher life satisfaction are Moods and Emotions (cut-off point CS > 5) and School Environment (CS > 8 points). None of the models indicated a relationship between the CS and physical health.

Wnioski: The Cantril Scale can be considered a useful measurement tool in a broad approach to psychosocial adolescent health.

32.

Tytuł: Wsparcie społeczne i komunikacja w rodzinie jako czynniki chroniące młodzież przed nasileniem dolegliwości subiektywnych związanych ze stresem szkolnym

Autorzy: Izabela Tabak, Joanna Mazur

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: Developmental Period Medicine, 2016;XX(1):27-39

Wstęp: Jednym z powodów nasilenia w okresie dojrzewania dolegliwości subiektywnych o charakterze psychicznym lub somatycznym, jest ciągle narażenie na stres w szkole i w życiu codziennym. Brak jest badań na temat wpływu osiągnięć szkolnych na ponoszenie skutków zdrowotnych stresu szkolnego.

Cel: Celem pracy było zidentyfikowanie czynników determinujących subiektywne dolegliwości młodzieży szkolnej, z uwzględnieniem efektów interakcji między tymi czynnikami.

Materiał i metody: Anonimowe badanie ankietowe przeprowadzono w Polsce w roku szkolnym 2013/2014 na próbie 4,545 uczniów, w ramach badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Opierając się na danych na temat występowania w ostatnich 6 miesiącach ośmiu symptomów zbudowano, znany z literatury, indeks dolegliwości SCL (Subjective

Complaints Checklist), który został wystandaryzowany na zakres 0-100 punktów. Badając źródła jego zmienności, oszacowano trzy hierarchiczne modele liniowe (pięć bloków zmiennych), oddzielnie dla trzech poziomów osiągnięć szkolnych. Wsparcie ze strony rodziny, kolegów i nauczycieli, a także komunikacja w rodzinie uznane zostały za potencjalne czynniki ochronne, które mogą zmniejszyć negatywny wpływ stresu. Wszystkie analizy skorygowano na wiek, płeć i zamożność rodziny.

Wyniki: Standaryzowany wskaźnik SCL wynosił 23,2 u chłopców oraz 32,5 u dziewcząt. Wysoki poziom stresu szkolnego deklarowało odpowiednio 28,5% chłopców i 35,6% dziewcząt. Oba wskaźniki podlegały podobnym prawidłowościom, wyrażającym się tendencją wzrostową wraz z wiekiem oraz pogarszaniem osiągnięć w nauce. Końcowe modele wielowymiarowe wyjaśniały 22-25% zmienności SCL, nieco więcej wśród słabszych uczniów. Współwystępowanie niskiego poziomu wsparcia rodziny i wysokiego poziomu stresu szkolnego powodowało największy wzrost wskaźnika SCL w grupie uczniów bardzo dobrych.

Wnioski: Osiągnięcia szkolne są ważnym predyktorem dolegliwości subiektywnych, ale też modyfikują wpływ czynników ryzyka i ochronnych na nasilenie symptomów psychosomatycznych w okresie dojrzewania.

33.

Tytuł: Wyniki zewnętrznej ewaluacji szkoły i osiągnięcia w nauce a picie alkoholu i wykroczenia gimnazjalistów

Autorzy: Joanna Mazur, Anna Kowalewska, Dorota Zawadzka, Anna Dzielska, Kamil Wais

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski i polski

Źródło: Alcoholism and Drug Addiction 2016;29:183–208

Celem pracy jest ocena związku między państwową oceną funkcjonowania szkoły a wybranymi zachowaniami problemowymi gimnazjalistów.

Materiał i metody: Próba ogólnopolska obejmuje 4085 uczniów ankietowanych w 2015 r. w losowo wybranych 70 szkołach, które przeszły całościową ewaluację zewnętrzną. Zastosowano wystandaryzowane skale

dotyczące używania alko-holu oraz zachowań o charakterze wykroczeń, pochodzące z polskiej wersji kwestionariusza CHIP-AE (Child Health and Illness Profile – Adolescent Edition). Uwzględniono hierarchiczną strukturę danych, porównując liniowe modele mieszane z losowym wyrazem wolnym z modelami tradycyjnymi. Gimnazja oceniano za pomocą indeksu opartego na 12 wymaganiach ewaluacyjnych i zidentyfikowano trzy kategorie szkół (gorsze – 20%, przeciętne – 60% oraz lepsze – 20%). Na poziomie indywidualnym analizowano wpływ płci, wieku, osiągnięć szkolnych i zamożności rodziny na zachowania problemowe.

Wyniki: Spośród czynników indywidualnych, płeć męska i gorsze wyniki w nauce sprzyjają nasileniu obu negatywnych zachowań (picia i wykroczeń). Udowodniony w prostych analizach związek oceny funkcjonowania szkoły z używaniem alkoholu słabnie w modelach wielopoziomowych. Wpływ tej oceny na zmienność indeksu wykroczeń ujawnia się dopiero w analizach wieloczynnikowych, szczególnie w interakcji z osiągnięciami szkolnymi.

Wnioski: Lepsza szkoła może niwelować niekorzystne oddziaływanie czynników warunkujących zachowania problemowe młodzieży szkolnej.

34.

Tytuł: Zachowania sedentarne a nieswoiste dolegliwości psychosomatyczne młodzieży szkolnej

Autorzy: Dorota Kleszczewska, Agnieszka Małkowska-Szkutnik, Hanna Nałęcz, Joanna Mazur

Typ: artykuł oryginalny

Język: polski

Źródło: złożone do Pediatrii Polskiej

Wstęp: W licznych pracach wykazano, że młodzież, która spędza wiele czasu przed ekranem może odczuwać szereg nieswoistych dolegliwości subiektywnych.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie aktualnych danych na temat obciążenia młodzieży szkolnej nieswoistymi dolegliwościami oraz analiza ich związku ze sposobem spędzania wolnego czasu.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w roku szkolnym 2013/14 w ramach międzynarodowych badań Health Behaviour in School-aged Children. Próba obejmowała 2441 uczniów III klas gimnazjów i I klas szkół ponadgimnazjalnych ze wszystkich województw. Oszacowano modele logistyczne skorygowane na płeć i wiek. Głównymi zmiennymi niezależnymi były zachowania sedentarne (oglądanie telewizji lub filmów, gry komputerowe oraz korzystanie z mediów społecznościowych i Internetu jako inne zajęcia komputerowe). Zmienną zależną było w kolejnych modelach częste odczuwanie dziesięciu symptomów.

Wyniki: Częściej niż 1 raz w tygodniu, co najmniej jedną dolegliwość somatyczną odczuwało 55,3%, a co najmniej jedną dolegliwość psychiczną 48,5% nastolatków. Ankietowana młodzież średnio dziennie przeznaczona ponad 3 godziny na Internet i media społecznościowe, 2,5 godziny na oglądanie filmów i 1,5 godziny na gry komputerowe. Wykazano, że Internet i media społecznościowe istotnie zwiększają ryzyko częstego odczuwania wszystkich dziesięciu dolegliwości, najsilniej zawrotów głowy, zdenerwowania, bólu brzucha i rozdrażnienia. Częste oglądania filmów istotnie zwiększa ryzyko sześciudolegliwości, a gry komputerowe tylko dwóch – w obu przypadkach najsilniejszy okazał się związek z bólami brzucha.

Wnioski: Zachowania sedentarne mają niekorzystny wpływ na samopoczucie młodzieży szkolnej. Konieczne jest opracowanie strategii edukacyjnych w celu ograniczenia czasu spędzonego przez młodzież przed komputerem i telewizorem oraz promowanie większej aktywności fizycznej.

35.

Tytuł: Związek między korzystaniem z Internetu a funkcjonowaniem ucznia w szkole

Autorzy: Anna Dzielska, Joanna Mazur, Dorota Kleszczewska, Marta Malinowska-Cieślik, Agnieszka Małkowska-Szcutnik, Hanna Nałęcz

Typ pracy: plakat

Język: angielski

Źródło: HBSC Full Member Meeting, Bergen Norway, June 2017

Wstęp: W wielu opracowaniach podkreśla się zagrożenia związane ze

zbyt częstym korzystaniem przez młodzież z Internetu i współczesnych mediów społecznościowych. Umiarkowane korzystanie z Internetu przez uczniów jest jednak już koniecznością i powinno przekładać się na lepsze funkcjonowanie w środowisku szkolnym.

Cel: Celem pracy jest sprawdzenie, w których aspektach funkcjonowania ucznia w szkole następuje poprawa, a w których pogorszenie wraz ze wzrastającym zaangażowaniem w zajęcia przy Internecie.

Materiał i metody: Badanie ankietowe przeprowadzono w 2015 roku w 70 gimnazjach w Polsce, uzyskując dane od 3093 uczniów z wszystkich roczników (średnia wieku 14,90 lat $\pm 0,87$). Zastosowano skalę trzech pytań, obrazujących stosunek młodzieży do Internetu (jako sposób spędzania wolnego czasu, ważna forma komunikacji ze rówieśnikami, narzędzie ułatwiające naukę). Młodzież odpowiadała w skali 4-punktowej, jak dobrze podane stwierdzenia ją opisują. Zbadano korelację między ogólnym indeksem korzystania z Internetu, a piętnastoma aspektami funkcjonowania w szkole. Część uczniów ($n=1188$) odpowiadała dodatkowo na dwa pytania dotyczące objawów uzależnienia od Internetu (ukrywanie przed rodzicami, jak długo przebywa się w sieci, niepokój w przypadku braku dostępu do Internetu). Wykorzystując hierarchiczną strukturę danych, porównano lepsze i gorsze szkoły, według klasyfikacji krajowego systemu zewnętrznej całościowej ewaluacji placówek edukacyjnych.

Wyniki: Ankietowana młodzież uzyskała średnio 6,33 na 9 punktów w skali ogólnego korzystania z Internetu ($SD=1,81$). W podpróbie 1188 nastolatków średnia punktacja skali uzależnienia od Internetu wynosiła 1,75 punktów (na 6 możliwych) – $SD=1,44$. Wyniki na tych dwóch skalach są ze sobą skorelowane na poziomie $\rho=0,140$ ($p<0,001$). Stwierdzono brak związku ogólnego korzystania z Internetu z dziewięcioma wskaźnikami odnoszącymi się do szkoły. W dwóch przypadkach Internet okazał się czynnikiem wzmacniającym, a w czterech istotnie pogarszającym funkcjonowanie ucznia w szkole; jednak poziom korelacji okazał się względnie niski. Najsilniejszy wpływ negatywny dotyczy nasilenia problemów szkolnych ($\rho=0,096$), a najsilniejszy pozytywny poprawy kompetencji ($\rho=0,075$).

Porównując szkoły różniące się wynikami ewaluacji zewnętrznej, wykazano związek korzystania w Internetu z 8/12 wymagań stawianym szkołom;

średnia punktacja skali korzystania z Internetu istotnie zwiększała się w miarę poprawy kategorii szkoły. Najsilniejszy liniowy związek dotyczył kryterium „wspomagania rozwoju uczniów z uwzględnieniem ich indywidualnej sytuacji”; od 5,91 w najgorszej kategorii szkół do 6,71 w kategorii najlepszej.

Wnioski: Ogólnie, korzystanie z Internetu nie wykazuje związku z funkcjonowaniem w szkole w wielu aspektach. W niektórych sytuacjach może jednak wspomagać rozwój uczniów. W pogłębionych badaniach nad uwarunkowaniami nasilenia problemów szkolnych oraz uwarunkowaniami zmienności kompetencji szkolnych warto byłoby uwzględnić czynnik korzystania z Internetu. Należałoby też podjąć badania nad wpływem Internetu na grupy uczniów pochodzących z różnych środowisk.

36.

Tytuł: Związek poczucia sensu życia z zadowoleniem z życia, występowaniem dolegliwości subiektywnych oraz statusem ekonomicznym rodziny w populacji uczniów gimnazjum

Autorzy: Dorota Zawadzka, Magdalena Stalmach, Anna Oblacińska, Izabela Tabak

Typ pracy: artykuł oryginalny

Język: angielski

Źródło: Developmental Period Medicine, 2017;XX(1) – w druku

Wstęp: Poczucie sensu życia to niezwykle istotny wskaźnik zdrowia psychicznego, którego deficyt może prowadzić do wielu zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego. Wielu autorów, zwłaszcza związanych z nurtem psychologii humanistycznej, podkreśla znaczenie sensu życia w kształtowaniu zdrowia nastolatków.

Cel: Celem pracy było zbadanie poziomu poczucia sensu i zadowolenia z życia oraz częstości odczuwania dolegliwości subiektywnych przez uczniów gimnazjum, w odniesieniu do statusu ekonomicznego rodziny oraz analiza związku sensu życia z powyższymi zmiennymi.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w 2015 roku w 70 szkołach z terenu całego kraju, w grupie 3695 uczniów klas I-III gimnazjum w wieku 13-17 lat ($M=14,9$; $SD=0,87$). Podjęto analizy dotyczące poczucia sensu

życia z zastosowaniem skróconej wersji skali Testu Sensu Życia – Purpose in Life Test (PIL), zadowolenia z życia przy użyciu skali Cantrila, występowania wybranych dolegliwości subiektywnych oraz statusu materialnego rodziny z zastosowaniem skali zasobów materialnych FAS – Family Affluence Scale. Analizy statystyczne obejmowały jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA), test t-Studenta, tzw. test post-hoc oraz wielowymiarowy model regresji logistycznej.

Wyniki: Średni poziom sensu życia wśród badanych uczniów wyniósł 24,7 punktów (zakres sumaryczny: 0-36 punktów), chłopcy osiągnęli wyższą punktację niż dziewczęta. Uczniowie zadowoleni ze swojego życia ($t=28,0$; $p<0,001$), rzadko odczuwający dolegliwości subiektywne ($F=124,8$; $p<0,001$) oraz pochodzący z rodzin zamożnych ($F=15,4$; $p<0,001$), charakteryzowali się istotnie wyższym średnim poziomem sensu życia niż uczniowie, którzy byli niezadowoleni ze swojego życia, przeciętnie i często odczuwali dolegliwości oraz pochodzili z rodzin o co najwyżej przeciętnym poziomie zamożności.

Wnioski: Poczucie sensu życia jest pozytywnie związane z zadowoleniem z życia, brakiem odczuwania dolegliwości subiektywnych oraz zamożnością rodziny. Ponieważ w literaturze polskiej brakuje analiz dotyczących poczucia sensu życia młodzieży szkolnej, warto przeprowadzić kolejne badania, z uwzględnieniem zarówno skróconej, jak i pełnej wersji PIL.



VALIDITY OF HBSC ITEM ON ACADEMIC ACHIEVEMENTS IN POLISH ADOLESCENTS

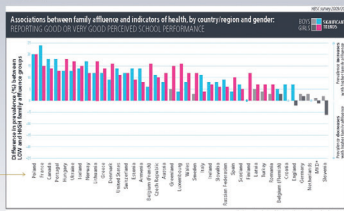
Joanna Mazur, Anna Dzielska, Dorota Zawadzka

Department of Child and Adolescent Health, Institute of Mother and Child, Warsaw Poland

BACKGROUND

The 2009/10 HBSC international report showed that by comparison to other countries Poland is characterized by stronger social determinants of students' school achievements [1]. This should lead to in depth research of these issues preceded by a validation study.

Fig.1.



PURPOSE

To assess the validity of the HBSC findings concerning school achievements (M111)

MATERIALS AND METHODS

- Data was collected in 2015 in online surveys conducted as part of a national project; planned to comprise 3,600 students.
- Current analysis included 2501 students of all three grades of a junior secondary school (49.6% boys; equal distribution by age groups).
- The results of a national exam taken at the end of primary school (score range: 0-40 points) and the scale of a subjective assessment of the current school achievements (fig.2.) based on the Goodman concept [2] and similar to Cantril ladder (score range: 0-10) were used as validation tools.

Fig.2

Imagine that this ladder pictures school performance at your class. At the top are people with the highest marks and at the bottom those who have the worst marks.

Tick the box next to the number that best describes where you stand.

10	The BEST student in the class
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	The WORST student in the class

RESULTS

- Two validation questions were correlated at the level $r=0.386$ ($p<0.001$).

Table.2

School achievements (HBSC „M111”)	National test at age 12 (0-40)		School performance ladder (0-10)	
	Mean	SD	Mean*	SD
very good	33.2	5.6	8.5	1.6
good	29.5	6.6	6.8	1.6
average	26.9	7.1	5.2	1.8
below average	24.8	11.2	4.3	3.2
Total	28.9	7.3	6.4	2.2

* Alternative coding to be applied in HBSC item (M111)

- Significant associations between the results of the national exam and HBSC „M111” findings were found - $\eta^2=0.105$ ($p<0.001$)
- The association with the ladder of current school achievements was much stronger - $\eta^2=0.330$ - tab. 2.

Table.1

Average school achievements based on transformed M111 item – HBSC 2014 results.				
AGE	Gender	Mean	SD	
11	Boy	6.59	1.23	
	Girl	6.96	1.19	
	Total	6.77	1.22	
13	Boy	6.32	1.25	
	Girl	6.40	1.22	
	Total	6.36	1.24	
15	Boy	6.03	1.23	
	Girl	6.15	1.23	
	Ogolem	6.09	1.23	
Total	Boy	6.33	1.26	
	Girl	6.49	1.26	
	Total	6.41	1.28	

IMPLICATIONS FOR HBSC STUDY

- The mean subjective assessments of school achievements assigned to relevant categories of HBSC findings may constitute an alternative national system of coding (Table 1&2).
- Students reporting „average” school performance represent rather poor school achievements much below the population mean.
- It would be reasonable to include school performance ladders as an alternative measure of school performance.

CONCLUSIONS

M111 HBSC findings are a valid measure of school performance

...but their transformation could be considered

REFERENCES

1. Currie C et al. 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 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012
2. Goodman E, Adler NE, Kawachi I, Frazier AL, Huang B, Colditz GA. *Adolescents' perceptions of social status: development and evaluation of a new indicator*. Pediatrics. 2001 Aug;108(2):E31

ACKNOWLEDGEMENTS

Project funding by the National Science Centre in Poland was awarded based on decision DEC-2013/09/B/HS6 /03438

4.2. Dodatkowe zestawienia tabelaryczne

Zestawienia dotyczą wybranych wskaźników zdrowia subiektywnego, zachowań związanych ze zdrowiem oraz postrzegania środowiska szkolnego przez uczniów wg kategorii oceny funkcjonowania gimnazjów na tle dwunastu wymagań stawianych placówkom edukacyjnym

Opis wymagań ewaluacyjnych

- | | |
|-----|---|
| W1 | Szkoła lub placówka realizuje koncepcję pracy ukierunkowaną na rozwój uczniów |
| W2 | Procesy edukacyjne są zorganizowane w sposób sprzyjający uczeniu się |
| W3 | Uczniowie nabywają wiadomości i umiejętności określone w podstawie programowej |
| W4 | Uczniowie są aktywni |
| W5 | Respektowane są normy społeczne |
| W6 | Szkoła lub placówka wspomaga rozwój uczniów, z uwzględnieniem ich indywidualnej sytuacji |
| W7 | Nauczyciele współpracują w planowaniu i realizowaniu procesów edukacyjnych |
| W8 | Promowana jest wartość edukacji |
| W9 | Rodzice są partnerami szkoły lub placówki |
| W10 | Wykorzystywane są zasoby szkoły lub placówki oraz środowiska lokalnego na rzecz wzajemnego rozwoju |
| W11 | Szkoła lub placówka, organizując procesy edukacyjne, uwzględnia wnioski z analizy wyników sprawdzianu egzaminu gimnazjalnego, egzaminu maturalnego, egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe i egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie oraz innych badań zewnętrznych i wewnętrznych |
| W12 | Zarządzanie szkołą lub placówką służy jej rozwojowi |

- Podawane są wartości średnie (M) $\pm$ odchylenie standardowe (SD)
- Wysoka wartość oznacza stan pozytywny, o ile nie zaznaczono inaczej
- Podawana jest istotność różnic w teście ANOVA
- Istotność związku z uwzględnieniem hierarchicznej struktury danych podają pogłębione opracowania
- Pod tabelami są odnośniki do numerów odpowiednich pytań kwestionariusza

ZDROWIE FIZYCZNE

Tabela 4. Średnia samoocena zdrowia* w skali od 1 do 5 (ogółem $M=3,627\pm0,975$)

Wymagania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	3,515	0,947	3,573	1,024	3,650	0,972	3,683	0,880	0,037
W2	3,573	0,989	3,592	0,990	3,655	0,963	3,760	0,923	0,009
W3	3,528	0,977	3,623	0,988	3,633	0,977	3,675	0,928	0,259
W4	3,449	1,088	3,682	0,968	3,632	0,964	3,644	0,965	0,008
W5	3,574	0,972	3,570	0,927	3,634	0,989	3,672	0,921	0,370
W6	3,611	1,017	3,573	1,020	3,645	0,968	3,609	0,920	0,330
W7	3,351	1,211	3,586	0,958	3,637	0,969	3,697	0,949	0,010
W8	3,539	1,035	3,539	0,989	3,641	0,979	3,724	0,898	0,003
W9	3,677	0,951	3,585	1,014	3,631	0,961	3,685	0,918	0,150
W10	-	-	3,547	1,056	3,641	0,962	3,642	0,953	0,096
W11	3,602	0,920	3,633	1,020	3,623	0,976	3,664	0,944	0,850
W12	3,642	0,870	3,558	1,023	3,658	0,959	3,627	0,975	0,101

* pytanie nr 29 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*

Tabela 5. Średnia ocena ogólnej sprawności fizycznej* wg pytań z kwestionariusza CHIP-AE w skali 0-9 (ogółem $M=5,734\pm2,363$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	5,604	2,416	5,675	2,447	5,766	2,319	5,754	2,431	0,628
W2	5,526	2,463	5,676	2,355	5,812	2,363	6,014	2,198	0,009
W3	5,580	2,227	5,798	2,413	5,740	2,340	5,614	2,371	0,336
W4	5,381	2,440	5,424	2,434	5,843	2,332	5,742	2,348	0,000
W5	5,604	2,403	5,622	2,378	5,772	2,351	5,673	2,397	0,433
W6	5,667	1,946	5,556	2,430	5,813	2,355	5,524	2,297	0,019
W7	5,664	2,594	5,600	2,303	5,752	2,366	5,782	2,334	0,613
W8	5,543	2,494	5,622	2,449	5,797	2,328	5,703	2,330	0,170
W9	5,723	2,380	5,686	2,419	5,781	2,321	5,731	2,273	0,764
W10	-	-	5,608	2,419	5,744	2,354	5,793	2,348	0,328
W11	5,698	2,216	5,593	2,422	5,756	2,365	5,757	2,343	0,582
W12	6,025	2,234	5,724	2,422	5,756	2,352	5,670	2,347	0,436

*pytanie nr 30 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 1,4,5)

Tabela 6. Średnia ocena nasilenia dolegliwości fizycznych* wg pytań z kwestionariusza CHIP-AE w skali 0-12 (ogółem M=4,022±3,142)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	4,073	3,200	4,114	3,280	3,960	3,088	4,201	3,128	0,424
W2	4,134	3,056	4,043	3,184	3,957	3,146	4,009	3,080	0,709
W3	4,142	2,971	3,858	3,129	4,023	3,173	4,437	3,129	0,006
W4	4,414	3,271	4,239	3,142	3,957	3,150	3,886	3,012	0,028
W5	3,873	3,031	4,036	3,198	4,017	3,161	4,180	3,052	0,628
W6	4,220	2,636	4,213	3,298	3,928	3,110	4,312	3,072	0,041
W7	4,289	3,576	4,095	3,118	4,010	3,142	3,929	3,007	0,740
W8	4,305	3,184	4,016	3,194	3,952	3,159	4,183	2,978	0,185
W9	3,890	3,041	4,162	3,298	3,934	3,081	4,202	2,918	0,116
W10	-	-	4,261	3,252	3,996	3,146	3,931	3,052	0,117
W11	3,890	2,832	4,060	3,278	3,956	3,113	4,519	3,293	0,010
W12	3,719	3,037	4,021	3,181	3,944	3,156	4,195	3,093	0,146

* pytanie nr 33 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*; wysoka punktacja jest stanem negatywnym (częstsze odczuwanie dolegliwości)

Tabela 7. Średnia częstość ograniczeń codziennej aktywności wynikających ze stanu zdrowia* wg pytań z kwestionariusza CHIP-AE w skali 0-12 (ogółem M=2,038±2,389)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	2,234	2,571	2,236	2,622	1,938	2,268	2,110	2,447	0,007
W2	1,975	2,446	2,181	2,508	1,904	2,269	2,043	2,195	0,016
W3	1,896	2,221	2,124	2,534	1,984	2,306	2,060	2,335	0,303
W4	1,975	2,446	2,181	2,508	1,904	2,269	2,043	2,195	0,000
W5	1,903	2,395	2,199	2,345	2,050	2,423	1,924	2,153	0,317
W6	1,920	2,184	2,254	2,616	1,989	2,363	1,949	2,026	0,045
W7	3,142	3,328	1,932	2,327	1,993	2,333	2,289	2,571	0,000
W8	2,105	2,602	2,214	2,536	2,011	2,382	1,895	2,095	0,096
W9	2,094	2,325	2,036	2,501	2,034	2,353	1,901	2,173	0,756
W10	-	-	2,234	2,607	2,016	2,390	1,963	2,222	0,083
W11	2,079	2,236	2,051	2,516	2,023	2,371	2,111	2,437	0,909
W12	2,250	2,541	2,201	2,624	1,922	2,286	2,082	2,337	0,023

* pytanie nr 34 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*; wysoka punktacja jest stanem negatywnym (częstsze ograniczenia codziennej aktywności)

ZDROWIE PSYCHICZNE

Tabela 8. Średni poziom zadowolenia z życia wg skali Cantrila* od 0 do 10 (ogółem $M=7,038\pm2,346$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	6,897	2,291	6,911	2,455	7,049	2,343	7,387	2,077	0,012
W2	6,972	2,439	7,002	2,376	7,029	2,278	7,341	2,315	0,080
W3	6,643	2,422	7,101	2,328	6,995	2,365	7,226	2,262	0,006
W4	6,675	2,614	6,995	2,404	7,111	2,282	6,935	2,411	0,014
W5	6,903	2,343	6,934	2,327	7,036	2,371	7,261	2,171	0,145
W6	6,870	2,181	6,835	2,547	7,072	2,301	7,262	2,211	0,020
W7	6,500	2,857	7,027	2,326	7,052	2,340	7,120	2,183	0,097
W8	6,812	2,638	6,846	2,415	7,070	2,311	7,258	2,231	0,005
W9	7,091	2,327	6,945	2,431	7,023	2,318	7,486	2,042	0,009
W10	-	-	6,818	2,588	7,045	2,322	7,165	2,229	0,020
W11	7,195	2,128	6,952	2,426	7,005	2,354	7,300	2,279	0,072
W12	7,427	1,818	6,960	2,428	7,028	2,307	7,075	2,397	0,197

*pytanie nr 20 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*

Tabela 9. Średnia ocena zdrowia psychicznego wg kwestionariusza SDQ* w wymiarze problemów emocjonalnych w skali 0-10 (ogółem $M=3,649\pm2,586$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	4,055	2,737	3,722	2,593	3,603	2,557	3,486	2,630	0,030
W2	3,845	2,595	3,685	2,608	3,574	2,554	3,489	2,586	0,114
W3	3,455	2,410	3,703	2,627	3,600	2,587	3,786	2,551	0,263
W4	3,763	2,590	3,705	2,498	3,615	2,615	3,692	2,539	0,718
W5	3,674	2,649	3,576	2,535	3,661	2,598	3,606	2,485	0,928
W6	3,327	2,096	3,823	2,670	3,599	2,570	3,699	2,570	0,150
W7	3,824	2,697	3,551	2,589	3,669	2,580	3,516	2,609	0,585
W8	3,771	2,618	3,759	2,594	3,614	2,596	3,603	2,520	0,491
W9	3,616	2,523	3,775	2,625	3,536	2,587	3,788	2,522	0,077
W10	-	-	3,769	2,522	3,659	2,612	3,543	2,553	0,256
W11	3,389	2,433	3,574	2,576	3,664	2,587	3,753	2,657	0,416
W12	4,017	2,712	3,632	2,585	3,577	2,568	3,748	2,599	0,150

* pytanie nr 31 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, wg klucza www.sdqinfo.com, wysoka punktacja oznacza poziom negatywny

Tabela 10. Średni indeks obrazu własnej osoby* wg kwestionariusza KIDSCREEN-52 w skali 0-8 (ogółem M=4,085±1,507)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	4,068	1,428	4,125	1,513	4,052	1,523	4,177	1,448	0,461
W2	4,051	1,524	4,064	1,504	4,121	1,503	4,126	1,522	0,761
W3	3,774	1,423	4,109	1,540	4,093	1,491	4,038	1,466	0,384
W4	3,823	1,634	4,082	1,469	4,124	1,487	4,045	1,561	0,062
W5	4,025	1,465	4,151	1,424	4,047	1,517	4,268	1,527	0,051
W6	3,774	1,423	3,907	1,542	4,110	1,504	4,249	1,461	0,006
W7	3,944	1,583	4,092	1,435	4,095	1,511	4,041	1,518	0,746
W8	4,023	1,541	4,116	1,546	4,085	1,502	4,064	1,459	0,885
W9	4,038	1,444	4,097	1,568	4,085	1,478	4,162	1,561	0,733
W10	-	-	3,989	1,437	4,078	1,521	4,152	1,505	0,231
W11	3,944	1,405	4,170	1,512	4,077	1,518	4,133	1,493	0,407
W12b	4,175	1,418	4,048	1,533	4,080	1,490	4,107	1,530	0,805

*pytanie nr 22 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła* (pozycje 3,4)

ZASOBY WZMACNIAJĄCE ZDROWIE

Tabela 11. Średnia ocena poczucia własnej wartości* wg pytań z kwestionariusza CHIP-AE w skali 0-9 (ogółem M=5,774±2,591)

Wymagania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	5,803	2,548	5,743	2,638	5,778	2,591	5,800	2,515	0,979
W2	5,692	2,636	5,756	2,626	5,775	2,565	5,977	2,469	0,423
W3	6,004	2,502	5,919	2,610	5,680	2,558	5,552	2,681	0,007
W4	5,721	2,715	5,678	2,573	5,843	2,583	5,575	2,575	0,127
W5	6,023	2,542	5,666	2,668	5,759	2,592	5,755	2,560	0,273
W6	5,962	2,417	5,741	2,696	5,804	2,561	5,573	2,613	0,427
W7	5,679	2,929	5,880	2,510	5,754	2,601	5,862	2,475	0,716
W8	5,884	2,625	5,650	2,664	5,839	2,560	5,604	2,604	0,112
W9	5,896	2,506	5,800	2,669	5,730	2,561	5,545	2,594	0,250
W10	-	-	5,773	2,598	5,787	2,607	5,737	2,545	0,887
W11	5,924	2,539	5,670	2,614	5,784	2,581	5,749	2,671	0,699
W12	6,099	2,399	5,753	2,646	5,878	2,550	5,569	2,628	0,010

*pytanie nr 30 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 6-8)

Tabela 12. Średni skrócony indeks sensu życia wg skali PIL (Purpose in Life) w skali 0-24 (ogółem $M=16,262\pm4,786$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	16,104	4,767	16,201	4,938	16,311	4,737	16,530	4,776	0,666
W2	15,844	4,983	16,409	4,764	16,255	4,757	16,637	4,645	0,050
W3	16,662	4,311	16,441	4,882	16,006	4,785	16,686	4,711	0,006
W4	15,786	5,327	16,302	4,654	16,420	4,731	15,940	4,860	0,051
W5	16,375	4,637	16,458	4,479	16,272	4,808	16,219	5,025	0,887
W6	16,635	4,280	16,154	4,918	16,260	4,785	16,824	4,529	0,163
W7	15,213	6,292	16,496	4,677	16,349	4,708	15,715	5,097	0,015
W8	15,744	5,117	15,953	4,930	16,312	4,740	16,892	4,570	0,001
W9	16,539	4,546	16,286	4,892	16,132	4,830	16,613	4,595	0,190
W10	-	-	16,324	5,076	16,280	4,697	16,302	4,836	0,978
W11	16,694	4,397	16,246	4,565	16,232	4,838	16,592	4,828	0,345
W12	16,594	4,016	16,106	4,984	16,346	4,682	16,315	4,885	0,562

* pytanie nr 26 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty a, b, d, f)

Tabela 13. Średni indeks orientacji na cel w skali 0-20 (ogółem $M=12,833\pm4,735$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	12,343	5,081	12,782	4,808	12,866	4,660	13,101	4,812	0,263
W2	12,407	5,044	12,805	4,767	12,902	4,636	13,356	4,426	0,028
W3	12,762	4,688	12,836	4,985	12,738	4,600	13,208	4,476	0,299
W4	11,811	5,215	12,851	4,545	12,953	4,730	12,794	4,634	0,002
W5	12,580	5,106	12,946	4,491	12,872	4,725	12,670	4,686	0,616
W6	11,843	4,957	12,640	4,845	12,842	4,766	13,352	4,126	0,059
W7	11,509	5,479	13,007	4,656	12,896	4,704	12,327	4,818	0,006
W8	12,188	5,225	12,308	4,714	12,924	4,730	13,413	4,448	0,000
W9	12,813	4,783	12,867	4,810	12,779	4,713	13,045	4,330	0,857
W10	-	-	12,808	4,851	12,819	4,742	12,886	4,642	0,930
W11	12,832	4,540	12,903	4,872	12,769	4,747	13,209	4,577	0,384
W12	12,645	4,899	12,669	4,979	12,909	4,682	12,855	4,606	0,638

* pytanie nr 27 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*

RELACJE SPOŁECZNE

Tabela 14. Średnia ocena zachowań prospołecznych wg kwestionariusza SDQ* w skali 0-10 (ogółem M=6,596±2,150)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	6,361	2,261	6,587	2,107	6,628	2,157	6,569	2,112	0,316
W2	6,433	2,180	6,602	2,168	6,590	2,102	6,847	2,191	0,049
W3	6,588	2,160	6,513	2,171	6,604	2,129	6,818	2,147	0,076
W4	6,300	2,351	6,693	2,023	6,596	2,144	6,653	2,188	0,085
W5	6,405	2,266	6,652	1,991	6,606	2,160	6,643	2,101	0,380
W6	6,735	2,422	6,535	2,176	6,579	2,145	6,855	2,070	0,130
W7	6,189	2,387	6,590	2,051	6,624	2,168	6,443	1,965	0,135
W8	6,385	2,146	6,613	2,135	6,551	2,163	6,861	2,096	0,008
W9	6,579	2,089	6,621	2,167	6,572	2,172	6,670	2,098	0,876
W10	-	-	6,543	2,169	6,646	2,156	6,494	2,115	0,173
W11	6,729	2,074	6,421	2,147	6,585	2,145	6,815	2,205	0,056
W12	6,244	2,292	6,496	2,147	6,629	2,080	6,661	2,248	0,095

*pytanie nr 31 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, wg klucza www.sdqinfo.com

Tabela 15. Średni indeks wsparcia ze strony kolegów w klasie zbudowany na podstawie pytań z protokołu badań HBSC w skali 0-8 (ogółem M=5,260±1,886)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	5,287	1,881	5,163	1,828	5,257	1,906	5,515	1,881	0,039
W2	5,080	1,939	5,203	1,846	5,339	1,898	5,489	1,904	0,003
W3	4,916	1,979	5,184	1,912	5,301	1,827	5,536	1,929	0,000
W4	4,775	1,997	5,143	1,850	5,304	1,877	5,448	1,862	0,000
W5	5,089	1,987	5,389	1,748	5,234	1,882	5,490	1,922	0,013
W6	5,463	1,397	5,112	1,925	5,251	1,878	5,652	1,882	0,000
W7	4,598	2,004	5,154	1,873	5,262	1,887	5,699	1,751	0,000
W8	4,846	1,953	5,250	1,871	5,249	1,876	5,516	1,881	0,000
W9	5,281	1,860	5,137	1,916	5,284	1,867	5,721	1,859	0,000
W10	-	-	5,005	1,946	5,256	1,858	5,443	1,907	0,000
W11	5,459	1,653	5,148	1,840	5,234	1,889	5,487	2,001	0,019
W12	5,919	1,513	5,082	1,872	5,274	1,839	5,306	1,999	0,000

* pytanie nr 7 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 3,4)

Tabela 16. Średni indeks wsparcia ze strony nauczycieli zbudowany na podstawie pytań z protokołu badań HBSC w skali 0-8 (ogółem $M=4,974 \pm 2,009$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	4,662	2,014	4,924	2,087	4,979	1,990	5,319	1,897	0,001
W2	4,944	2,009	4,884	2,040	5,113	1,941	4,877	2,111	0,012
W3	4,750	1,906	5,088	2,072	4,938	1,952	4,895	2,068	0,026
W4	4,901	2,138	4,792	2,024	4,978	1,992	5,197	1,986	0,009
W5	4,786	2,086	4,790	2,024	4,967	2,002	5,358	1,935	0,009
W6	4,870	1,864	4,938	2,003	4,936	2,029	5,391	1,838	0,001
W7	5,373	2,246	4,869	2,004	4,945	1,997	5,344	2,014	0,002
W8	4,471	2,072	4,985	2,031	4,997	1,998	5,110	1,968	0,000
W9	4,848	2,055	4,955	1,990	4,950	2,002	5,623	1,913	0,000
W10	-	-	4,573	2,093	4,954	2,013	5,301	1,885	0,000
W11	4,728	1,900	5,208	1,983	4,963	2,000	4,899	2,132	0,022
W12	5,211	1,865	5,010	2,061	5,055	1,943	4,773	2,083	0,001

* pytanie nr 8 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 3,4)

Tabela 17. Średni indeks wsparcia ze strony rodziców w sprawach związanych ze szkołą zbudowany na podstawie pytań z protokołu HBSC w skali 0-8 (ogółem $M=6,910 \pm 1,385$)

Wymaga- nia	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	6,924	1,462	6,898	1,384	6,894	1,395	7,051	1,247	0,274
W2	6,779	1,552	6,903	1,381	6,948	1,326	6,997	1,344	0,054
W3	6,996	1,245	6,880	1,429	6,925	1,362	6,896	1,414	0,572
W4	6,881	1,524	6,812	1,336	6,941	1,375	6,885	1,403	0,216
W5	6,878	1,477	6,950	1,331	6,894	1,390	7,021	1,309	0,343
W6	7,130	1,182	6,806	1,467	6,912	1,389	7,110	1,144	0,005
W7	6,855	1,702	6,843	1,464	6,916	1,365	6,977	1,346	0,592
W8	6,833	1,502	6,870	1,370	6,926	1,394	6,932	1,308	0,592
W9	6,839	1,404	6,896	1,401	6,929	1,369	7,081	1,341	0,105
W10	-	-	6,849	1,471	6,915	1,364	6,937	1,384	0,464
W11	7,016	1,385	6,870	1,294	6,904	1,393	6,952	1,437	0,598
W12	7,041	1,296	6,892	1,417	6,929	1,361	6,877	1,412	0,533

* pytanie nr 8 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 1,2)

FUNKCJONOWANIE W SZKOLE

Tabela 18. Średnia samoocena osiągnięć w nauce na skali wizualnej 0-10 (ogółem $M=6,421 \pm 2,168$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	6,510	2,263	6,300	2,222	6,420	2,152	6,660	2,051	0,075
W2	6,550	2,242	6,380	2,163	6,390	2,131	6,500	2,209	0,329
W3	6,270	2,167	6,420	2,224	6,370	2,146	6,710	2,057	0,014
W4	6,190	2,422	6,420	2,159	6,440	2,144	6,460	2,140	0,308
W5	6,630	2,209	6,430	2,048	6,390	2,182	6,460	2,125	0,281
W6	6,150	2,079	6,360	2,304	6,430	2,145	6,590	2,028	0,314
W7	5,650	2,572	6,520	2,226	6,460	2,126	6,080	2,294	0,000
W8	6,520	2,206	6,210	2,229	6,440	2,162	6,560	2,079	0,018
W9	6,450	2,144	6,380	2,220	6,440	2,142	6,460	2,118	0,854
W10	-	-	6,210	2,320	6,460	2,136	6,440	2,145	0,040
W11	6,490	2,119	6,320	2,174	6,370	2,175	6,850	2,089	0,000
W12	6,540	2,093	6,340	2,263	6,370	2,123	6,560	2,169	0,066

*pytanie nr 15 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*

Tabela 19. Średni indeks kompetencji szkolnych zbudowany na podstawie pytań z protokołu badań HBSC w skali 0-9 (ogółem $M=5,827 \pm 1,646$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	5,699	1,699	5,747	1,647	5,838	1,617	6,048	1,789	0,021
W2	5,755	1,709	5,792	1,617	5,844	1,648	6,023	1,653	0,074
W3	5,630	1,522	5,762	1,693	5,868	1,633	5,981	1,602	0,010
W4	5,604	1,742	5,768	1,538	5,843	1,642	5,935	1,712	0,035
W5	5,683	1,736	5,914	1,551	5,831	1,638	5,849	1,695	0,294
W6	5,717	1,536	5,786	1,666	5,820	1,657	5,994	1,514	0,238
W7	5,523	1,869	5,881	1,604	5,846	1,628	5,628	1,797	0,039
W8	5,778	1,609	5,715	1,670	5,824	1,663	6,002	1,544	0,019
W9	5,737	1,615	5,803	1,634	5,868	1,670	5,956	1,636	0,174
W10	-	-	5,763	1,608	5,824	1,638	5,876	1,691	0,427
W11	6,111	1,426	5,793	1,554	5,786	1,653	6,028	1,760	0,004
W12	5,789	1,666	5,740	1,659	5,799	1,582	5,951	1,735	0,029

*pytanie nr 11 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*

Tabela 20. Średni indeks przywiązania do szkoły zbudowany na podstawie pytań z protokołu badań HBSC w skali 0-8 (ogółem $M=4,150\pm2,231$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	3,691	2,237	4,072	2,257	4,232	2,212	4,106	2,261	0,001
W2	4,081	2,334	4,127	2,193	4,216	2,221	4,095	2,278	0,546
W3	3,662	2,233	4,171	2,300	4,107	2,169	4,526	2,194	0,000
W4	3,924	2,393	4,206	2,192	4,092	2,224	4,495	2,184	0,001
W5	3,734	2,324	3,853	2,093	4,179	2,231	4,570	2,183	0,000
W6	4,283	2,060	4,083	2,243	4,092	2,231	4,747	2,158	0,000
W7	4,551	2,386	3,823	2,304	4,156	2,213	4,484	2,191	0,000
W8	3,612	2,321	4,183	2,202	4,118	2,228	4,499	2,185	0,000
W9	4,096	2,204	4,080	2,258	4,123	2,221	4,872	2,118	0,000
W10	-	-	4,019	2,232	4,088	2,222	4,410	2,240	0,000
W11	3,837	2,146	4,135	2,286	4,142	2,210	4,366	2,343	0,060
W12	4,180	2,136	4,147	2,300	4,078	2,205	4,275	2,229	0,156

* pytanie nr 7 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 5,6)

Tabela 21. Średni indeks adekwatności ocen do osiągnięć w nauce* zbudowany na podstawie pytań z protokołu HBSC w skali 0-8 (ogółem $M=4,902\pm1,837$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	4,923	1,785	4,939	1,892	4,857	1,830	5,118	1,766	0,092
W2	4,901	1,894	4,879	1,862	4,976	1,773	4,710	1,869	0,092
W3	4,993	1,615	4,923	1,920	4,910	1,781	4,755	1,900	0,274
W4	4,890	1,721	4,796	1,862	4,905	1,852	5,008	1,798	0,303
W5	5,046	1,840	4,931	1,852	4,857	1,846	5,073	1,742	0,065
W6	5,170	1,528	4,980	1,809	4,850	1,868	5,103	1,668	0,034
W7	4,874	1,854	4,960	1,875	4,877	1,840	5,117	1,713	0,207
W8	4,704	1,772	4,937	1,790	4,930	1,863	4,833	1,812	0,195
W9	4,896	1,897	4,915	1,819	4,867	1,826	5,074	1,820	0,429
W10	-	-	4,663	1,831	4,923	1,843	5,006	1,812	0,001
W11	4,955	1,757	5,125	1,780	4,877	1,833	4,796	1,948	0,034
W12	5,203	1,864	5,039	1,798	4,906	1,845	4,746	1,840	0,001

* pytanie nr 9 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła* (pozycja 1,2)

Tabela 22. Średni poziom stresu szkolnego w skali 1-4 (ogółem $M=2,283\pm0,879$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	2,280	0,896	2,290	0,927	2,290	0,862	2,240	0,858	0,806
W2	2,260	0,863	2,270	0,875	2,300	0,882	2,310	0,908	0,801
W3	2,300	0,836	2,190	0,872	2,310	0,889	2,430	0,857	0,000
W4	2,300	0,916	2,290	0,908	2,260	0,860	2,380	0,908	0,041
W5	2,320	0,911	2,310	0,884	2,280	0,877	2,260	0,856	0,742
W6	2,440	0,793	2,250	0,879	2,280	0,885	2,390	0,830	0,037
W7	2,120	0,970	2,240	0,882	2,310	0,875	2,100	0,849	0,000
W8	2,360	0,904	2,290	0,900	2,260	0,871	2,350	0,868	0,069
W9	2,240	0,882	2,300	0,875	2,290	0,887	2,330	0,830	0,387
W10	-	-	2,36	0,92	2,26	0,87	2,29	0,872	0,059
W11	2,290	0,822	2,150	0,821	2,290	0,891	2,420	0,862	0,000
W12	2,170	0,866	2,220	0,864	2,270	0,875	2,380	0,892	0,000

* pytanie nr 10 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*; wysoka punktacja oznacza większy stres

Tabela 23. Średni indeks problemów szkolnych* wg kwestionariusza CHIP-AE w skali 0-12 (ogółem $M=3,502\pm3,082$)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	3,402	2,875	3,861	3,358	3,389	2,987	3,496	3,135	0,002
W2	3,507	3,114	3,602	3,125	3,408	3,021	3,427	3,082	0,369
W3	3,456	2,812	3,644	3,197	3,380	3,054	3,557	2,971	0,117
W4	3,990	3,258	3,519	2,995	3,521	3,088	3,122	3,010	0,002
W5	3,509	2,984	3,443	2,970	3,518	3,127	3,432	2,942	0,940
W6	3,094	2,255	3,610	3,161	3,513	3,118	3,228	2,684	0,207
W7	4,732	3,668	3,284	2,874	3,462	3,071	3,854	3,180	0,000
W8	3,809	3,166	3,624	3,166	3,456	3,078	3,392	2,943	0,169
W9	3,390	2,829	3,678	3,213	3,451	3,116	3,200	2,800	0,044
W10	-	-	3,933	3,263	3,483	3,073	3,263	2,953	0,000
W11	3,050	2,312	3,410	3,111	3,537	3,120	3,562	3,073	0,185
W12	3,058	2,748	3,605	3,112	3,520	3,096	3,437	3,068	0,264

* pytanie nr 23 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*; wysoka punktacja jest stanem negatywnym (częstsze występowanie problemów)

Tabela 24. Średnia punktacja w pytaniu na temat bycia świadkiem dręczenia uczniów w szkole* (bullying) w skali 1-5 (ogółem M=2,210±1,395)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	2,320	1,439	2,240	1,407	2,190	1,395	2,130	1,324	0,356
W2	2,280	1,475	2,210	1,384	2,170	1,370	2,200	1,414	0,521
W3	2,290	1,368	2,280	1,437	2,160	1,368	2,090	1,370	0,020
W4	2,490	1,526	2,070	1,344	2,230	1,403	2,050	1,301	0,000
W5	2,250	1,393	2,260	1,345	2,220	1,410	2,050	1,326	0,131
W6	2,450	1,286	2,240	1,452	2,210	1,385	2,060	1,346	0,123
W7	2,390	1,539	2,270	1,446	2,190	1,384	2,180	1,373	0,358
W8	2,450	1,529	2,160	1,378	2,220	1,393	2,080	1,343	0,003
W9	2,190	1,386	2,240	1,430	2,220	1,387	2,000	1,263	0,093
W10	-	-	2,250	1,434	2,220	1,401	2,130	1,350	0,193
W11	2,510	1,416	2,160	1,405	2,190	1,385	2,210	1,433	0,024
W12	2,220	1,388	2,330	1,461	2,180	1,373	2,140	1,373	0,018

* pytanie nr 32 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła* (pozycja 3); wysoka punktacja jest stanem negatywnym (częstsze obserwowanie przemocy)

ZACHOWANIA PROZDROWOTNE I RYZYKOWNE

Tabela 25. Średnia ocena intensywnej aktywności fizycznej wg wskaźnika VPA* w skali 1-7 (ogółem M=5,129±1,621)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	4,973	1,689	5,245	1,558	5,110	1,631	5,099	1,639	0,063
W2	4,816	1,811	5,201	1,580	5,125	1,587	5,326	1,553	0,000
W3	4,949	1,698	5,231	1,643	5,076	1,613	5,126	1,518	0,012
W4	4,942	1,694	4,946	1,661	5,216	1,609	5,012	1,559	0,000
W5	4,980	1,663	5,117	1,531	5,160	1,623	5,051	1,636	0,178
W6	5,074	1,439	5,003	1,729	5,158	1,620	5,199	1,364	0,094
W7	5,198	1,678	5,069	1,668	5,132	1,613	5,169	1,611	0,804
W8	4,967	1,773	5,068	1,639	5,134	1,629	5,265	1,472	0,050
W9	5,105	1,651	5,150	1,625	5,091	1,624	5,332	1,466	0,163
W10	-	-	5,085	1,680	5,143	1,616	5,121	1,595	0,725
W11	5,134	1,470	5,024	1,760	5,144	1,618	5,143	1,539	0,527
W12	5,058	1,645	5,151	1,641	5,141	1,627	5,099	1,591	0,835

* pytanie nr 19 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*; odpowiedzi kodowane odwrotnie, od *nigdy* do *codziennie*

Tabela 26. Średni indeks używania substancji psychoaktywnych* wg kwestionariusza CHIP-AE w skali 0-16 (ogółem M=3,022±4,462)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								p
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	3,837	4,988	3,071	4,607	2,880	4,304	3,313	4,739	0,007
W2	2,958	4,402	3,311	4,680	2,788	4,238	2,777	4,393	0,010
W3	2,825	3,875	3,219	4,602	2,833	4,338	3,239	4,766	0,063
W4	3,004	4,317	3,128	4,606	3,098	4,489	2,548	4,228	0,081
W5	3,087	4,517	2,991	4,493	3,031	4,454	2,925	4,463	0,965
W6	2,918	4,051	2,763	4,224	3,134	4,564	2,732	4,204	0,131
W7	3,642	4,819	2,705	4,271	2,983	4,450	3,773	4,696	0,009
W8	2,699	4,064	3,270	4,561	3,044	4,484	2,772	4,419	0,152
W9	3,299	4,792	3,030	4,364	2,853	4,352	3,249	4,668	0,137
W10	-	-	3,261	4,670	2,968	4,381	3,009	4,542	0,371
W11	3,613	4,588	3,210	4,692	2,949	4,404	3,068	4,546	0,203
W12	4,339	5,323	3,180	4,666	2,891	4,257	2,974	4,518	0,005

* pytanie nr 36 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 1-4); wysoka punktacja jest stanem negatywnym (częstsze używanie)

Tabela 27. Średni indeks nieprzystosowania społecznego* wg kwestionariusza CHIP-AE w skali 0-12 (ogółem M=1,539±2,815)

Wyma- gania	Poziom spełniania wymagań ewaluacyjnych								P
	najniższy D lub E		niski C		przeciętny B		wysoki A		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
W1	1,984	3,441	1,748	3,034	1,418	2,653	1,544	2,801	0,001
W2	1,557	2,876	1,585	2,843	1,518	2,816	1,390	2,591	0,687
W3	1,296	2,610	1,680	2,995	1,472	2,722	1,503	2,701	0,089
W4	1,739	3,058	1,597	2,855	1,502	2,768	1,543	2,861	0,550
W5	1,582	3,094	1,433	2,703	1,545	2,787	1,550	2,866	0,902
W6	1,157	2,327	1,587	2,857	1,547	2,848	1,417	2,507	0,612
W7	2,130	3,335	1,376	2,667	1,515	2,802	1,858	2,947	0,021
W8	1,562	2,789	1,694	3,004	1,557	2,860	1,260	2,347	0,051
W9	1,687	3,044	1,584	2,832	1,474	2,735	1,268	2,496	0,145
W10	-	-	1,727	2,964	1,452	2,719	1,649	2,961	0,044
W11	1,436	2,629	1,633	3,025	1,523	2,798	1,594	2,782	0,807
W12	2,154	3,706	1,612	2,892	1,387	2,664	1,676	2,880	0,003

* pytanie nr 36 kwestionariusza *Zdrowie i Szkoła*, (podpunkty 5-7); wysoka punktacja jest stanem negatywnym (częstsze zachowania problemowe)

4.3. Wzór kwestionariusza



Warszawa 15 grudnia 2014 r.

ZDROWIE i SZKOŁA

Droga Koleżanko, Kolego!

Bardzo dziękujemy, że zechciałeś wziąć udział w badaniach ankietowych!

Twoje odpowiedzi pozwolą nam lepiej poznać, jak się czują i jak żyją młodzi ludzie w Twoim wieku.

Ankieta jest **anonimowa**, to znaczy nie wpisujesz w niej swojego nazwiska, a Twoje odpowiedzi są przeznaczone tylko dla osób prowadzących badania. Pytania są skierowane zarówno do dziewcząt, jak i do chłopców. Dla zachowania przejrzystości tekstu używaliśmy tylko form gramatycznych męskich.

Proszę, przeczytaj uważnie **każde** pytanie, wszystkie wymienione w nim odpowiedzi, zastanów się i odpowiedz **szczerze**. Pamiętaj, interesują nas Twoje własne opinie. Ankieta nie jest sprawdzianem, nie ma dobrych i złych odpowiedzi.

Jeśli któreś pytanie jest zbyt kłopotliwe, możesz je ominąć i przejść do następnego.

O czym należy pamiętać:

Odpowiadając na pytania **wstawiasz X w jedną kratkę**, przy odpowiedzi, która Ciebie dotyczy lub jest Tobie najbliższa. Pytania są ułożone w blokach, dlatego często trzeba wstawiać znak **X w każdym wierszu**.

1. Czy jesteś chłopcem czy dziewczyną?

- ☐ Chłopiec
- ☐ Dziewczyna

2. Do której klasy chodzisz?

- ☐ I klasa gimnazjum
- ☐ II klasa gimnazjum
- ☐ III klasa gimnazjum

3. Podaj swoją przybliżoną datę urodzenia

miesiąc rok

4. Gdzie mieszkasz?

- ☐ w dużym mieście (pow. 100 tys. mieszkańców)
☐ w mniejszym mieście
☐ na wsi

Wpisz nazwę miejscowości, w której znajduje się Twoja szkoła

.....

5. Jaki wynik uzyskałeś na sprawdzianie końcowym w szóstej klasie szkoły podstawowej?

punktów

6. Czy chorujesz na jakąś przewlekłą (długotrwałą) chorobę lub jesteś niepełnosprawny lub masz inne kłopoty ze zdrowiem (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię), co zostało stwierdzone przez lekarza?

- ☐ Nie
☐ Tak

7. Zaznacz, na ile się zgadzasz ze stwierdzeniami dotyczącymi Twojej szkoły. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	zdecydo- wanie zgadzam się	zgadzam się	trudno mi po- wiedzieć	nie zgadzam się	zdecydo- wanie nie zga- dzam się
Uczniowie mogą wpływać na to, jak wykorzystywany jest czas na lekcji	☐	☐	☐	☐	☐
Uczniowie mogą wpływać na to, jakie zadania wykonują na lekcji	☐	☐	☐	☐	☐
Uczniowie w mojej klasie lubią przebywać ze sobą	☐	☐	☐	☐	☐
Większość uczniów w mojej klasie to osoby życzliwe i chętne do pomocy	☐	☐	☐	☐	☐
Lubię przebywać w szkole	☐	☐	☐	☐	☐
Czuję się związany z moją szkołą	☐	☐	☐	☐	☐

8. Zaznacz, na ile się zgadzasz ze stwierdzeniami dotyczącymi rodziców i nauczycieli. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	zdecydo- wanie zgadzam się	zgadzam się	trudno mi powie- dzieć	nie zgadzam się	zdecydo- wanie nie zga- dzam się
Rodzice są gotowi mi pomóc, gdy mam kłopoty w szkole	☐	☐	☐	☐	☐
Rodzice zachęcają mnie, abym dobrze uczył się w szkole	☐	☐	☐	☐	☐
Nasi nauczyciele traktują nas dobrze i sprawiedliwie	☐	☐	☐	☐	☐
Większość moich nauczycieli jest życzliwa	☐	☐	☐	☐	☐

9. Zaznacz, na ile się zgadzasz ze stwierdzeniami dotyczącymi, jak jesteś oceniany w szkole. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	zdecydo- wanie zgadzam się	zgadzam się	trudno mi po- wiedzieć	nie zgadzam się	zdecydo- wanie nie zga- dzam się
Oceny dobrze odzwierciedlają moje osiągnięcia w nauce	☐	☐	☐	☐	☐
Moje oceny są sprawiedliwe	☐	☐	☐	☐	☐
Nauczyciele chwalą mnie, kiedy bardzo się staram	☐	☐	☐	☐	☐
Nauczyciele chwalą mnie, kiedy wykonam dobrą pracę	☐	☐	☐	☐	☐

10. Czy odczuwasz stres związany ze szkołą i nauką?

- ☐ wcale
- ☐ niewielki
- ☐ dość duży
- ☐ bardzo duży

11. Zaznacz, w jakim stopniu każde z poniższych stwierdzeń opisuje Ciebie. Wstaw znaki X jedną kratkę w każdym wierszu.

	opisuje mnie bardzo źle	opisuje mnie źle	opisuje mnie dobrze	opisuje mnie bardzo dobrze
Sądzę, że jestem tak samo zdolny, jak inni w moim wieku	☐	☐	☐	☐
Bardzo dobrze piszę sprawdziany i klasówki	☐	☐	☐	☐
Sądzę, że jestem inteligentny	☐	☐	☐	☐

12. Co Twoim zdaniem, Twój nauczyciel (nauczyciele) sądzi (sądzą) o Twoich wynikach w nauce i innych osiągnięciach w szkole w porównaniu z innymi uczniami w klasie?

- ☐ bardzo dobre
- ☐ dobre
- ☐ przeciętne
- ☐ poniżej przeciętnej

13. Ile godzin dziennie zwykle odrabiasz lekcje w domu? Zaznacz znakiem X jedną kratkę przy dniach, w których chodzisz do szkoły i w dniach weekendu.

W dniach szkolnych

- ☐ wcale
- ☐ około pół godziny dziennie
- ☐ około 1 godzinę dziennie
- ☐ około 2 godzin dziennie
- ☐ około 3 godzin dziennie
- ☐ około 4 godzin dziennie
- ☐ około 5 godzin dziennie
- ☐ około 6 godzin dziennie
- ☐ około 7 lub więcej godzin/dzień

W sobotę i niedzielę

- ☐ wcale
- ☐ około pół godziny dziennie
- ☐ około 1 godzinę dziennie
- ☐ około 2 godzin dziennie
- ☐ około 3 godzin dziennie
- ☐ około 4 godzin dziennie
- ☐ około 5 godzin dziennie
- ☐ około 6 godzin dziennie
- ☐ około 7 lub więcej godzin/dzień

14. Zaznacz, w jakim stopniu opisuje Ciebie każde z poniższych stwierdzeń na temat korzystania z Internetu (przeszukiwanie stron, poczta e-mail, serwisy społecznościowe, gry online, muzyka, filmy, itp.) . Wstaw znaki X jedną kratkę w każdym wierszu.

	opisuje mnie bardzo źle	opisuje mnie źle	opisuje mnie dobrze	opisuje mnie bardzo dobrze
Bardzo rzadko korzystam z Internetu	☐	☐	☐	☐
Internet jest dla mnie częstą formą spędzania wolnego czasu	☐	☐	☐	☐
Często korzystam z Internetu przy odrabianiu lekcji lub wyszukiwaniu informacji pozwalających mi poszerzyć wiedzę	☐	☐	☐	☐
Jest dla mnie bardzo ważne, aby móc komunikować się z rówieśnikami przy pomocy Internetu	☐	☐	☐	☐
Staram się ukryć przed rodzicami, jak długo przebywam w sieci	☐	☐	☐	☐
Jestem niespokojny, gdy przez dłuższy czas nie mogę wejść do Internetu	☐	☐	☐	☐

15. Poniżej jest rysunek drabiny. Na górze umieszczono liczbę 10 umownie oznaczającą uczniów osiągających **najlepsze wyniki w nauce w Twojej klasie szkolnej. Na dole umieszczono cyfrę 0 umownie oznaczającą najgorszych uczniów.**

Pomyśl o swojej klasie szkolnej.

Zastanów się, w którym miejscu drabiny Ty stanąbyś.

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

☐	10	NAJLEPSZY uczeń w
☐	9	klasie
☐	8	
☐	7	
☐	6	
☐	5	
☐	4	
☐	3	
☐	2	
☐	1	NAJGORSZY uczeń w
☐	0	klasie

16. Zaznacz, kto jeszcze mieszka z Tobą w domu, w którym mieszkasz na stałe lub spędzasz najwięcej czasu. Zaznacz wszystkie osoby.

- ☐ Mama
- ☐ Tata
- ☐ Macocha (lub partnerka taty)
- ☐ Ojczym (lub partner mamy)
- ☐ Rodzeństwo (brat/bracia i/lub siostra/siostry)
- ☐ Inne osoby

17. Jakie wykształcenie ma Twoja matka (lub opiekunka prawna) – podaj jeden najwyższy uzyskany przez nią poziom wykształcenia?

- ☐ Nie ukończyła szkoły średniej
- ☐ Ukończyła szkołę średnią
- ☐ Uczęszczała na studia, ale ich nie ukończyła
- ☐ Ukończyła studia licencjackie
- ☐ Ukończyła studia magisterskie lub inne studia wyższe
- ☐ Nie wiem

18. Jakie wykształcenie ma Twój ojciec (lub opiekun prawny) – podaj jeden najwyższy uzyskany przez niego poziom wykształcenia?

- ☐ Nie ukończył szkoły średniej
- ☐ Ukończył szkołę średnią
- ☐ Uczęszczał na studia, ale ich nie ukończył
- ☐ Ukończył studia licencjackie
- ☐ Ukończył studia magisterskie lub inne studia wyższe
- ☐ Nie wiem

19. Jak często, w czasie wolnym POZA ZAJĘCIAMI SZKOLNYMI wykonujesz zwykle ćwiczenia fizyczne, podczas których Twój wysilek fizyczny jest duży, tzn. „brakuje Ci tchu”, pocisz się?

- ☐ codziennie
- ☐ 4 - 6 razy w tygodniu
- ☐ 2 - 3 razy w tygodniu
- ☐ 1 raz w tygodniu
- ☐ 1 raz w miesiącu
- ☐ mniej niż 1 raz w miesiącu
- ☐ nigdy

20. 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	Życie najgorsze , jakie może być
☐	0	

21. W ciągu ostatniego miesiąca, jak często miałeś odczucia, że

	nigdy	czasami	często	prawie zawsze
...jesteś zadowolony z tego, jak przebiega Twoje życie	☐	☐	☐	☐
...masz udane życie	☐	☐	☐	☐
... wszystko, co dzieje się z Tobą jest dobre	☐	☐	☐	☐

22. Myśląc o ostatnim tygodniu, jak często

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często	zawsze
... miałeś wystarczająco dużo czasu dla siebie	☐	☐	☐	☐	☐
... mogłeś w wolnym czasie robić to, na co miałeś ochotę	☐	☐	☐	☐	☐
..czułeś się zaabsorbowany tym, co robisz w danym momencie	☐	☐	☐	☐	☐
... traciłeś poczucie czasu, gdy byłeś zajęty czymś, co sprawia Ci radość	☐	☐	☐	☐	☐

23. W ciągu ostatnich 4 tygodni spędzonych w szkole, przez ile dni....

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 14 dni	od 15 do 28 dni
...miałeś problemy z koncentracją lub skupieniem uwagi w szkole	☐	☐	☐	☐	☐
...miałeś problemy z nauką	☐	☐	☐	☐	☐
...miałeś problemy z porozumieniem się z nauczycielami	☐	☐	☐	☐	☐

24. Poniżej jest rysunek drabiny. Na górze umieszczono liczbę 10 umownie oznaczającą rodziny, których członkowie są **dobrze wykształceni, dobrze zarabiają i wykonują zawody cieszące się szczególnym szacunkiem**, co umownie nazywane jest pozycją społeczną rodziny. Na dole umieszczono cyfrę 0 umownie oznaczającą rodziny, których członkowie mają niższy poziom wykształcenia, mniej zarabiają i wykonują mało prestiżowe zawody.

Pomyśl o swojej rodzinie.

Zastanów się w którym miejscu drabiny ustawiłbyś swoją rodzinę.

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

☐	10	NAJWYŻSZA pozycja społeczna rodziny
☐	9	
☐	8	
☐	7	
☐	6	
☐	5	
☐	4	
☐	3	
☐	2	
☐	1	NAJNIŻSZA pozycja społeczna rodziny
☐	0	

25. Myśląc o swojej rodzinie, w ciągu ostatnich 4 tygodni przez ile dni ...

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	wczelale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 14 dni	od 15 do 28 dni
Rodzice rozmawiali z Tobą lub słuchali Twoich opinii i pomysłów	☐	☐	☐	☐	☐
Cieszyłeś się, że jesteś członkiem swojej rodziny?	☐	☐	☐	☐	☐
Dobrze układało Ci się z rodzicami?	☐	☐	☐	☐	☐

**26. Poniżej znajduje się 6 twierdzeń, a pod każdym z nich cyfry w porządku
wzrastającym od 1 do 7 lub w porządku malejącym od 7 do 1. Cyfra 4 jest neutralna.
Wstaw znak X pod cyfrą, która do Ciebie najbardziej pasuje. Staraj się unikać cyfry
4.**

1. W życiu

nie mam żadnych celów ani do niczego nie dążę 1 2 3 4 5 6 7 mam bardzo wyraźne cele i dążenia

2. Moje istnienie jest

zupełnie bezcelowe 1 2 3 4 5 6 7 celowe i sensowne

3. Każdy dzień

niesie ze sobą coś nowego 7 6 5 4 3 2 1 jest zawsze taki sam

4. W dążeniu do celów życiowych

nigdy nie miałem powodzenia 1 2 3 4 5 6 7 udało mi się zaspokajać moje potrzeby

5. Uważam, że moje szanse na znalezienie sensu życia, celu i roli w życiu:

są bardzo duże 7 6 5 4 3 2 1 są praktycznie żadne

6. Doszedłem do wniosku, że:

brak mi celu 1 2 3 4 5 6 7 mam wyraźne cele dające pełne zadowolenie

27. Zaznacz w jaki sposób poniższe stwierdzenia odnoszą się do Ciebie...

Zaznacz znakiem *X* jedną kratkę w każdym wierszu.

	Zupełnie NIE jak ja	Trochę jak ja	Prawie jak ja	Bardzo jak ja	Dokładnie TAK jak ja
Realizuję plany krok po kroku, żeby osiągnąć moje cele	☐	☐	☐	☐	☐
Mam cele w życiu	☐	☐	☐	☐	☐
Jeżeli założę sobie jakieś cele, to podejmuję działania, żeby je osiągnąć	☐	☐	☐	☐	☐
Osiągnięcie celów jest dla mnie ważne	☐	☐	☐	☐	☐
Wiem co zrobić, żeby zrealizować moje plany	☐	☐	☐	☐	☐

28. Poniżej znajduje się lista aktywności, którymi niektóre rodziny zajmują się wspólnie. Jak często, zazwyczaj, Ty i Twoja rodzina robicie wspólnie każdą z tych rzeczy? Wstaw *X* w jedną kratkę w każdym wierszu.

	co- dziennie	w większości dni	około 1 raz w tygodniu	rzadziej	nigdy
Wspólnie oglądamy telewizję i filmy	☐	☐	☐	☐	☐
Gramy w różne gry	☐	☐	☐	☐	☐
Razem jemy posiłki	☐	☐	☐	☐	☐
Wspólnie odwiedzamy różne miejsca	☐	☐	☐	☐	☐
Wspólnie odwiedzamy krewnych i znajomych	☐	☐	☐	☐	☐
Razem uprawiamy sport	☐	☐	☐	☐	☐
Razem siedzimy i rozmawiamy	☐	☐	☐	☐	☐

29. Czy uważasz, że Twoje zdrowie jest:

- ☐ doskonale
- ☐ bardzo dobre
- ☐ dobre
- ☐ takie sobie
- ☐ złe

30. Zaznacz, w jakim stopniu zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami.

	Całkowicie zgadzam się	Zgadzam się w większości	Trochę zgadzam się	Nie zgadzam się
Mam dużo energii	☐	☐	☐	☐
Jestem bardzo odporny na choroby	☐	☐	☐	☐
Gdy zachoruję, zwykle szybko wracam do zdrowia	☐	☐	☐	☐
Jestem bardzo sprawny fizycznie	☐	☐	☐	☐
Jestem naprawdę silny	☐	☐	☐	☐
Mam wiele powodów aby być z siebie dumnym	☐	☐	☐	☐
Lubię siebie, takim, jakim jestem	☐	☐	☐	☐
Jestem zadowolony z tego jak żyję	☐	☐	☐	☐

31. Na podstawie doświadczeń z ostatnich 6 miesięcy zaznacz, na ile poniższe stwierdzenia uważasz za nieprawdziwe lub prawdziwe. Wstaw X w jedną kratkę w każdym wierszu.

	całkowicie niepraw- dziwe	częściowo prawdziwe	całkowicie prawdziwe
Staram się być miły dla innych ludzi, liczę się z ich uczuciami	☐	☐	☐
Często mam bóle głowy, brzucha lub nudności	☐	☐	☐
Dzielę się z innymi (np. jedzeniem, gramy, sprzętem)	☐	☐	☐
Często wybuchaam gniewem lub mam napady złego humoru	☐	☐	☐
Zwykle staram się wykonywać to, o co inni mnie proszą	☐	☐	☐
Mam wiele zmartwień	☐	☐	☐
Staram się pomóc, gdy ktoś cierpi, jest chory lub smutny	☐	☐	☐
Często biję się z innymi, potrafię zmusić innych, by robili, to co chcę	☐	☐	☐
Często jestem nieszczęśliwy, przygnębiony lub płaczliwy	☐	☐	☐

	całkowicie niepraw- dziwe	częściowo prawdziwe	całkowicie prawdziwe
Łatwo tracę pewność siebie, jestem zdenerwowany w nowych sytuacjach	☐	☐	☐
Jestem życzliwy dla młodszych	☐	☐	☐
Jestem często posądzany o kłamstwa lub oszukiwanie	☐	☐	☐
Często zgłaszam się na ochotnika do pomocy innym (rodzicom, dziadkom, kolegom, nauczycielom)	☐	☐	☐
Zabieram z domu, szkoły i innych miejsc różne przedmioty, które do mnie nie należą	☐	☐	☐
Boję się wielu rzeczy, łatwo można mnie przestraszyć	☐	☐	☐

Następne pytania dotyczą **dręczenia** (*przemocy, krzywdzenia*) przez innych ludzi. **Dręczenie** polega na tym, że inny uczeń lub grupa uczniów mówi lub czyni innej osobie bardzo przykre, dokuczliwe rzeczy, gdy to powtarza się często i trudno się przed tym obronić. Uważamy, że **nie jest dręczeniem** sytuacja, w której dwóch uczniów, o podobnej sile, kłóci lub bije się, a także, gdy robi się dowcipy w przyjacielski sposób

32. Jak często zdarzyło się w szkole w ciągu ostatnich 2 miesięcy, że

	nie zdarzyło się w ciągu ostatnich 2 miesięcy	zdarzyło się 1 lub 2 razy	2-3 razy w miesiącu	około 1 raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
Uczestniczyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów?	☐	☐	☐	☐	☐
Ty sam byłeś dręczony?	☐	☐	☐	☐	☐
Byłeś świadkiem dręczenia innego ucznia lub uczniów?	☐	☐	☐	☐	☐

33. W ciągu ostatnich 4 tygodni, przez ile dni.....

Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 14 dni	od 15 do 28 dni
naprawdę źle się czułeś?	☐	☐	☐	☐	☐
budziłeś się z uczuciem zmęczenia?	☐	☐	☐	☐	☐
miałeś bóle głowy	☐	☐	☐	☐	☐

34. W ciągu ostatnich 4 tygodni przez ile dni problemy zdrowotne lub emocjonalne sprawiły, że.....

	wcale	od 1 do 3 dni	od 4 do 6 dni	od 7 do 14 dni	od 15 do 28 dni
opuściłeś więcej niż pół dnia codziennych zajęć lub szkoły?	☐	☐	☐	☐	☐
leżałeś w łóżku więcej niż pół dnia, ale nie opuściłeś codziennych zajęć lub szkoły?	☐	☐	☐	☐	☐
zrezygnowałeś z innych rzeczy, które normalnie robisz, ale nie opuściłeś zajęć szkolnych i nie leżałeś w łóżku?	☐	☐	☐	☐	☐

35. Poniżej jest rysunek drabiny. Na górze umieszczono liczbę 10 umownie oznaczającą osoby z **najwyższą pozycją społeczną w Twojej klasie** szkolnej, tzn. te które są najbardziej popularne i lubiane, z którymi wszyscy chcą przebywać. Na dole umieszczono cyfrę 0 umownie oznaczającą osoby z **najniższą pozycją społeczną w Twojej klasie**.

Pomyśl o swojej klasie szkolnej.

Zastanów się, w którym miejscu drabiny Ty stanąłbyś.

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

☐	10	NAJWYŻSZA pozycja społeczna w klasie
☐	9	
☐	8	
☐	7	
☐	6	
☐	5	
☐	4	
☐	3	
☐	2	
☐	1	NAJNIŻSZA pozycja społeczna w klasie
☐	0	

36. Kiedy ostatnio robiłeś następujące rzeczy?

	Nigdy	Ponad rok temu	W ciągu ostatniego roku	W ciągu ostatniego miesiąca	W ciągu ostatniego tygodnia
Palileś papierosy?	☐	☐	☐	☐	☐
Pileś piwo, wino lub słodkie napoje alkoholowe?	☐	☐	☐	☐	☐
Pileś mocne alkohole lub drinki?	☐	☐	☐	☐	☐
Wypiłeś 5 lub więcej drinków za jednym razem (np. w ciągu jednej nocy lub na jednej imprezie)?	☐	☐	☐	☐	☐
Groziłeś komuś z użyciem siły?	☐	☐	☐	☐	☐
Zaatakowałeś kogoś, używając przemocy fizycznej?	☐	☐	☐	☐	☐
Zniszczyłeś coś należącego do innej osoby?	☐	☐	☐	☐	☐

37. W ciągu OSTATNICH 12 MIESIĘCY, ile razy wykonywałeś następujące czynności?

	Ani razu	Jeden lub dwa razy	Kilka razy
Zrobiłeś coś ryzykownego lub niebezpiecznego za czyjąś namową ?	☐	☐	☐
Złamałeś zasadę ustaloną przez Twoich rodziców tylko po to, aby sprawdzić, czy ujdzie Ci to na sucho?	☐	☐	☐

38. Czy Twoja rodzina posiada samochód osobowy lub wieloosobowy (np. typu van)?

- ☐ nie
- ☐ tak, jeden
- ☐ tak, dwa lub więcej

39. Czy masz własny pokój do Twojego wyłącznego użytku?

- ☐ nie
- ☐ tak

40. Ile komputerów należy do Twojej rodziny (łącznie z laptopami i tabletami, ale bez konsoli do gier lub smartfonów) ?

- ☐ żaden
- ☐ jeden
- ☐ dwa
- ☐ więcej niż dwa

41. Ile łazienek jest w Twoim domu (pomieszczeń z wanną i/lub prysznicem) ?

- ☐ żadnej
- ☐ jedna
- ☐ dwie
- ☐ więcej niż dwie

42. Czy w Twoim domu jest zmywarka do naczyń?

- ☐ nie
- ☐ tak

43. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach wyjeżdżałeś poza Polskę ze swoją rodziną na wakacje lub ferie?

- ☐ wcale nie wyjeżdżałem
- ☐ 1 raz
- ☐ 2 razy
- ☐ więcej niż 2 razy

44. Ile razy w tygodniu zwykle uczestniczysz w zajęciach zorganizowanych w Twojej szkole lub w miejscu zamieszkania (klub sportowy, organizacja młodzieżowa, organizacja kościelna, zajęcia artystyczne lub kółka zainteresowań)?

- ☐ codziennie
- ☐ 5-6 dni w tygodniu
- ☐ 3-4 dni w tygodniu
- ☐ 1-2 dni w tygodniu
- ☐ rzadziej niż 1 raz w tygodniu
- ☐ wcale

45. Czy uczestniczysz w zajęciach wymienionych klubów, sekcji, kół zainteresowań w szkole lub poza szkołą? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	nie	sporady- cznie	systema- tycznie
Klub lub sekcja sportowy, inne zajęcia w obiektach sportowych (np. basen)	☐	☐	☐
Stowarzyszenie lub koło zainteresowań (kulturalne, naukowe, muzyczne, itp.)	☐	☐	☐
Organizacja kościelna lub religijna	☐	☐	☐
Harcerstwo	☐	☐	☐
Wolontariat lub działalność społeczna	☐	☐	☐
Inne (jakie):.....	☐	☐	☐
.....			

46. Czy w okolicy, w której mieszkasz można spotkać...? Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	dużo	mało	wcale
Grupy młodzieży sprawiające problemy	☐	☐	☐
Śmieci, potłuczone szkło, leżące wszędzie odpadki	☐	☐	☐
Zaniedbane, zniszczone domy lub budynki	☐	☐	☐

47. Zaznacz, na ile się zgadzasz z poniższymi stwierdzeniami, dotyczącymi OKOLICY, w której mieszkasz. Zaznacz znakiem X jedną kratkę w każdym wierszu.

	zdecydo- wanie zgadzam się	zgadzam się	trudno mi po- wiedzieć	nie zgadzam się	zdecydo- wanie nie zga- dzam się
Ludzie pozdrawiają się na ulicy i zatrzymują się, żeby ze sobą porozmawiać	☐	☐	☐	☐	☐
Mam zaufanie do ludzi mieszkających w okolicy	☐	☐	☐	☐	☐
Mogę prosić sąsiadów o pomoc lub drobną przysługę	☐	☐	☐	☐	☐

DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY!

4.4. Zgoda Komisji Bioetycznej

**KOMISJA BIOETYCZNA
przy INSTYTUCIE MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE
01-211 Warszawa, ul Kasprzaka 17a**

**Opinia nr 1/2015
Komisji Bioetycznej
przy Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie
z dnia 28.01.2015 r.**

Na podstawie ustawy z dnia 05.12. 1996 r. o *zawodzie lekarza* (DZ.U. 1997 r. nr 28, poz.152 ze zmianami), rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11.05.1999 r. w *sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych* (Dz. U. z 1999 r. nr 47 poz. 480), *zarządzenia* Dyrektora Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (nr 26 z dnia 17.06.2009 r), *Deklaracji Helsińskiej* (Ethical for Medical Research Involving Human Subjects z 1964 r. z późniejszymi zmianami), *Zasad Prawidłowego Prowadzenia Badań Klinicznych* (Good Clinical Practice) oraz *Regulaminu Komisji Bioetycznej przy Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie*, Komisja Bioetyczna przy Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie na zebraniu w dniu 28.01.2015 r. zapoznała się ze zgłoszonym przez:

**Dr hab. n. med. Joannę Mazur
Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży
Instytut Matki i Dziecka**

wnioskiem o wydanie zgody na przeprowadzenie badania ankietowego pt. **ZDROWIE I SZKOŁA** w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki w konkursie OPUS 5 (nr wniosku 2013/09/HS6/03438).

Komisja zapoznała się z następującymi dokumentami:

1. Wniosek o wyrażenie zgody na prowadzenia badania ankietowego wraz ze skróconym opisem badania.
2. Wzorem ankiety
3. Formularzem zgody rodzica na udział dziecka w badaniu „Zdrowie i Szkoła”

Komisja wyraża zgodę na przeprowadzenie badania ankietowego pt. ZDROWIE I SZKOŁA.

Powyższa decyzja wiąże wszystkie ośrodki zgłoszone do niniejszego badania.

Komisja działa zgodnie z zasadami ICH GCP.

Komisja Bioetyczna zastrzega sobie prawo do uzyskiwania informacji o:

- wszystkich zmianach w protokole mających wpływ na przebieg oraz na ocenę badania,
- powikłaniach i efektach niepożądanych oraz do uzyskania raportu końcowego,
- przyczynach przedwczesnego zakończenia badania.

Do opinii dołącza się wykaz osób biorących udział w głosowaniu.

Od niniejszej decyzji wnioskodawcy przysługuje odwołanie do Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy Ministerstwie Zdrowia, za pośrednictwem Komisji Bioetycznej przy IMiD.

Tekst opinii został sporządzony w dwóch egzemplarzach, po jednym dla wnioskodawcy i Komisji Bioetycznej.

PRZEWODNICY
Komisji Bioetycznej
przy Instytucie Matki i Dziecka

dr med. Barbara Maciejewska

4.5. Wykaz szkół uczestniczących w badaniu ankietowym w 2015 r.

Nr	Nazwa	Miasto	Adres	Województwo
1	Gimnazjum nr 4 im. Ojca Św. Jana Pawła II	50-247 WROCŁAW	ul. Paulińska 14	Dolnośląskie
2	Gimnazjum im. Ks. Jana Twardowskiego	55-311 KOSTOMŁOTY	ul. Wrocławska 10 A	Dolnośląskie
3	Gimnazjum nr 12	54-019 WROCŁAW	ul. Pawła Eluarda 51/55	Dolnośląskie
4	Gimnazjum nr 21	50-518 WROCŁAW	ul. Św. Jerzego 4	Dolnośląskie
5.	Gimnazjum nr 1	88-153 KRUSZWICA	ul. Kujawska 22	Kujawsko-pomorskie
6	Gimnazjum im. K. Wojtyły	86-061 BRZOZA	ul. Powstańców Wlkp. 31A	Kujawsko-pomorskie
7	Gimnazjum nr 3 im. Polskich Noblistów	86-105 ŚWIECIE	Al. Jana Pawła II 8	Kujawsko-pomorskie
8	Gimnazjum im. Jana Pawła II	22-440 KRASNOBRÓD	ul. Lelewela 37	Lubelskie
9	Gimnazjum im. Św. Floriana	66-320 TRZECIEL	ul. Kościuszki 21	Lubuskie
10	Gimnazjum z Oddziałami Integracyjnymi im. Jana Pawła II	66-340 PRZYTOCZNA	ul. Polna 17	Lubuskie
11	Publiczne Gimnazjum nr 1. im. B. Chrobrego	90-212 ŁÓDŹ	ul. Sterlinga 24	Łódzkie
12	Publiczna Gimnazjum im. Plk. Pil. S. Skarżyńskiego	98-290 WARTA	ul. Świętojańska 5	Łódzkie
13	Gimnazjum im. A. Mickiewicza w Piątkowisku	95-200 PABIANICE	ul. Piątkowisko 107	Łódzkie
14	Gimnazjum im. Cz. Miłosza w Topoli Królewskiej	99-100 ŁĘCZYCA	ul. Łęczycza 66	Łódzkie
15	Gimnazjum im. II Korpusu Polskiego Zdobywców Monte Cassino	99-314 KRZYŻANÓW	Krzyżanów 6	Łódzkie
16	Gimnazjum z Oddziałami Integracyjnymi nr. 3 im. Polskich Noblistów	32-540 TRZEBINIA	Osiedle ZWM 21	Małopolskie
17	Publiczne Gimnazjum im. K. Wojtyły	32-607 POLANKA WLK	ul. Długa 175	Małopolskie
18	Publiczne Gimnazjum im. A. Prorokowej	32-725 RAJBROT	Rajbrot 362	Małopolskie
19	Publiczne Gimnazjum nr 23 z Oddz. Dwujęzycznymi	26-600 RADOM	ul. Kilińskiego 25	Mazowieckie
20	Publiczne Gimnazjum im. Obrońców Ziemi Radzanowskiej w Rogolinie	26-807 RADZANÓW	ul. Radzanów 4A	Mazowieckie
21	Publiczne Gimnazjum im. Jana Pawła II	08-130 KOTUŃ	ul. Polna 6C	Mazowieckie
22	Gimnazjum NR 14	09-402 PŁOCK	ul. 3-go Maja 4	Mazowieckie
23	Publiczne Gimnazjum im. Jana Pawła II	06-150 ŚWIERCZE	ul. Pułtуска 26C	Mazowieckie
24	Publiczne Gimnazjum im. Kard. S. Wyszyńskiego	07-230 ZABRODZIE	ul. Reymonta 47	Mazowieckie

25	Gimnazjum Miejskie im. M. Kopernika	09-200 SIERPC	ul. Braci Tułodziękich 2	Mazowieckie
26	Gimnazjum Publiczne im. Polskich Olimpijczyków w Kozłowie Biskupim	96-513 NOWA SUCHA	ul. Olimpijska 1	Mazowieckie
27	Gimnazjum nr. 1 im. K. Pułaskiego	05-820 PIASTÓW	ul. Pułaskiego 6/8	Mazowieckie
28	Gimnazjum nr 92 im. Juliana Ursyna Niemcewicza	02-787 WARSZAWA	ul. Koncertowa 4	Mazowieckie
29	Gimnazjum nr 45 z Oddziałami Integracyjnymi,	00-871 WARSZAWA	ul. Żelazna 71,	Mazowieckie
30	Gimnazjum z Oddziałami Integracyjnymi nr 8 im. A. Maciechy	09-410 PŁOCK	ul. Gen. Kutrzeby 2A	Mazowieckie
31	Publiczne Gimnazjum im. Polskich Noblistów	48-370 PACZKÓW	ul. Sienkiewicza 22	Opolskie
32	Publiczne Gimnazjum nr. 4 im. K. Wojtyły	47-220 KĘDZIE-RZYN – KOŹLE	ul. 1 Maja 3	Opolskie
33	Publiczne Gimnazjum nr 1	47-120 ZAWADZKIE	ul. Opolska 47	Opolskie
34	Publiczne Gimnazjum im. Ojca Św. Jana Pawła II	46-320 PRASZKA	ul. Listopadowa 18	Opolskie
35	Gimnazjum NR 2 im. Jana Pawła II	37-450 STAŁOWA WOLA	ul. Mickiewicza 15	Podkarpackie
36	Publiczne Gimnazjum im. Św. Jana Pawła II	36-020 TYCZYN	ul. Grunwaldzka 31	Podkarpackie
37	Gimnazjum im. Ks. S. Konarskiego	19-222 WĄSOSZ	ul. Piaskowa 13	Podlaskie
38	Publiczne Gimnazjum nr 3 im. Biebrzańskiego Parku Narodowego	19-200 GRAJEWO	ul. Konstytucji 3 Maja 23	Podlaskie
39	Gimnazjum nr 21 im. Dziedzictwa Pontyfikatu Jana Pawła II	80-396 GDAŃSK	ul. Kołobrzęska 75	Pomorskie
40	Gimnazjum nr 2 im. Armii Krajowej	82-500 KWIDZYN	ul. Mickiewicza 56B	Pomorskie
41	Samorządowe Gimnazjum im. Jana Pawła II	84-239 BOLSZEWO	ul. Leśna 35	Pomorskie
42	Gimnazjum Tuchomie	77-133 TUCHOMIE	ul. Ks. Jana Hinza 1	Pomorskie
43	Gimnazjum w Goleiszowie	43-440 GOLESZÓW	ul. Szkolna 2	Śląskie
44	Gimnazjum im. Oj. L. Włodarczyka	41-922 RADZIONKÓW	ul. Krzywa 18	Śląskie
45	Gimnazjum im. K. Wielkiego.	42-160 KRZEPICE	ul. Mickiewicza 17	Śląskie
46	Gimnazjum nr2 im. Ks. Prof. J. Tischnera	43-225 WOLA	ul. Przemysłowa 7	Śląskie
47	Gimnazjum nr 3 z oddz. Integracyjnymi	43-400 CIESZYN	ul. Wojska Polskiego 1	Śląskie

48	Gimnazjum nr 11 im. Jana III Sobieskiego	43-100 TYCHY	Al. Niepodległości 108	Śląskie
49	Gimnazjum im. Jana Pawła II	42-100 KŁOBUCK	ul. Bohaterów Bitwy pod Mokrą 4	Śląskie
50	Gimnazjum nr 1 im. 74 Górnośląskiego Pułku Piechoty	42-700 LUBLINIEC	ul. Płk. Wilimowskiego 8	Śląskie
51	Gimnazjum nr 2 w Oblęgorku	26-067 STRAWCZYN	ul. Gimnazjalna 15	Świętokrzyskie
52	Gimnazjum w Kandytach	11-220 GÓROWO IŁAWECKIE	Górowo Iławieckie 77	Warmińsko-mazurskie
53	Publiczne Gimnazjum im. K. Górskiego	13-200 DZIAŁDOWO	Działdowo 46	Warmińsko-mazurskie
54	Gimnazjum nr 1	14-500 BRANIEWO	ul. Konarskiego 15	Warmińsko-mazurskie
55	Gimnazjum nr 2 im. Polskich Olimpijczyków	14-300 MORĄG	ul. Żeromskiego 26	Warmińsko-mazurskie
56	Gimnazjum im. Agatona i Stefana Gillerów	62-860 OPATÓWEK	ul. Szkolna 7	Wielkopolskie
57	Gimnazjum im. M. Kopernika	62-590 GOLINA	ul. Kopernika 12	Wielkopolskie
58	Gimnazjum im. H. Sucharskiego w Gieczu	63-012 DOMINOWO	Dominowo 25	Wielkopolskie
59	Gimnazjum nr 63 im. Laureatów Nagrody Nobla	60-613 POZNAŃ	ul. M. Drzymały 4/6	Wielkopolskie
60	Gimnazjum nr 43 im. Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk	61-448 POZNAŃ	ul. Łozowa 53	Wielkopolskie
61	Gimnazjum w Wierzbnie	63-430 ODOLANÓW	ul. Szkolna 4	Wielkopolskie
62	Gimnazjum w ZS w Zbrudzewie	63-100 ŚREM	ul. Śremska 49	Wielkopolskie
63	Gimnazjum nr 2 im. Powstańców Wlkp.	64-200 WOLSZTYN	ul. Mickiewicza 4	Wielkopolskie
64	Gimnazjum nr 1 im. M. Konopnickiej	62-100 WĄGROWIEC	ul. Kolejowa 14	Wielkopolskie
65	Gimnazjum w Koziegłowach	2-028 KOZIEGŁOWY	ul. Piaskowa 15,	Wielkopolskie
66	Gimnazjum nr 42 im. H. Sienkiewicza	61-546 POZNAŃ	ul. Św. Jerzego 6/10	Wielkopolskie
67	Katolickie Gimnazjum im. Św. St. Kostki	71-242 SZCZECIN	Pl. Św. Ottona 1A	Zachodniopomorskie
6b8	Publiczne Gimnazjum nr 2 im. M. Kopermika	74-320 BARLINEK	ul. Kombatantów 3	Zachodniopomorskie
69	Gimnazjum nr 3	73-110 STARGARD SZCZECIŃSKI	ul. Szkolna 2	Zachodniopomorskie
70	Gimnazjum nr 3 im. Zjednoczonej Europy	78-100 KOŁOBRZEG	ul. Okopowa 1A	Zachodniopomorskie

