

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
LEKÁRSKA FAKULTA

ce9580e4-adf5-40d4-809c-7f8e8795f68b

**VPLYV VYBRANÝCH RIZIKOVÝCH A PROTEKTÍVNYCH
FAKTOROV NA ZDRAVÝ VÝVIN ADOLESCENTOV S
EMOCIONÁLNYMI A BEHAVIORÁLNYMI PROBLÉMAMI.**

DIZERTAČNÁ PRÁCA

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
LEKÁRSKA FAKULTA

**VPLYV VYBRANÝCH RIZIKOVÝCH A
PROTEKTÍVNYCH FAKTOROV NA ZDRAVÝ VÝVIN
ADOLESCENTOV S EMOCIONÁLNYMI A
BEHAVIORÁLNYMI PROBLÉMAMI.**

DIZERTAČNÁ PRÁCA

Študijný program:	Verejné zdravotníctvo
Študijný odbor:	7.4.2 Verejné zdravotníctvo
Pracovisko (katedra/ústav):	Ústav psychológie zdravia
Školiteľ:	Mgr. Daniela Fiľákovská, PhD.

Košice 2018

Mgr. Michaela MRÁZOVÁ

PodĎakovanie

Chcela by som sa poĎakovať a vyjadriť vĎaĎnosť vĎetkým ľuĎom, ktorí participovali na tejto práci. Moja vĎaka patrí hlavne mojej školiteľke Mgr. Daniele Fiľakovskej PhD., za odborné vedenie a profesionálnu pomoc, za jej odborné rady, vedomosti, skúsenosti i čas, ktorý mi počas môjho doktorandského štúdia venovala. Ďakujem prednostke Ústavu psychológie zdravia prof. Mgr. Andrei Madarasovej Geckovej PhD., za jej odborné pripomienky a pomoc pri tvorbe publikaĎnej Ďinnosti. Chcem sa poĎakovať vĎetkým svojim kolegom z Ústavu psychológie zdravia za ich pomoc, podporu a skvelú tvorivú atmosféru. Moja vĎaĎnosť patrí aj vĎetkým Ďlenom HBSC tímu a ľuĎom, ktorí sa podieľali na zbere dát, spracovaní analýz, bez pomoci ktorých by nebola možná realizácia tejto práce. Veľká vĎaka za podporu, pochopenie a trpezlivosť patrí mojej rodine.

Zadanie záverečnej práce



Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach
Lekárska fakulta

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Meno a priezvisko študenta: Mgr. Michaela Mrázová
Študijný program: verejné zdravotníctvo (Jednoodborové štúdium, doktorandské III. st., denná forma)
Študijný odbor: 7.4.2. verejné zdravotníctvo
Typ záverečnej práce: Dizertačná práca
Jazyk záverečnej práce: slovenský
Sekundárny jazyk: slovenský

Názov: Vplyv vybraných rizikových a protektívnych faktorov na zdravý vývin adolescentov s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami
Názov EN: Influence of selected risk and protective factors for healthy development of adolescents with emotional and behavioral problems

Literatúra: 1. Říčan P., Krejčířová D. a kol.: Dětská klinická psychologie Grada, 2006
2. Potijik MR et al.: Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. Arch Dis Child 2012;97(2):112-7
3. Robbers SC, van Oort FV, Polderman TJ, Bartels M, Boomsma DI, Verhulst FC, et al. Trajectories of CBCL Attention Problems in childhood. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011 Aug;20(8):419-27.

Cieľ: Cieľom tejto dizertačnej práce je zamerať sa na výskyt emocionálnych a behaviorálnych problémov v reprezentatívnej populácii adolescentov, na ich symptomatiku ako aj rizikové a protektívne faktory vplývajúce na ich výskyt.

Anotácia: Medzinárodná prierezová štúdia HBSC (Health behaviour in school-aged children) ponúka možnosť preskúmať výskyt a symptomatiku emocionálnych a behaviorálnych problémov (internalizujúcich a externalizujúcich problémov) v reprezentatívnej vzorke adolescentov ako aj vplyv najvýznamnejších rizikových a protektívnych faktorov sociálneho kontextu (rodinné prostredie, prostredie v škole a vzťahy s rovesníkmi) na zdravie a normy porušujúce správanie u adolescentov s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami.

Poznámka: Záujem prejavila Mgr. Michaela Pálfiiová. Projekt bude súčasťou spolupráce s Univerzitou v Groningene, súčasťou práce v rámci výskumnej siete HBSC (disHBSC) a je súčasťou podaného projektu Horizont 2020 Improved Approaches for Prevention and Care for Youth with behavioural and emotional problems (IMAP-C4Y).

Kľúčové slová: emocionálne a behaviorálne problémy, adolescencia, sociálny kontext, rizikové faktory, protektívne faktory

Školiteľ: Mgr. Daniela Fiľákovská, PhD.
Ústav : UVZ - Ústav verejného zdravotníctva UPJŠ LF
Spôsob sprístupnenia elektronickej verzie práce: bez obmedzenia
Dátum schválenia: 28.03.2014

Abstrakt

Nedostatočná pozornosť venovaná podpore duševného zdravia v období adolescencie môže viesť k vzniku emocionálnych a behaviorálnych problémov (ďalej len EBP), ktoré môžu mať závažné zdravotné a spoločenské dôsledky nielen pre samotných adolescentov, ale aj ich rodiny a komunitu. Prezentovaná práca si dala za cieľ popísať výskyt EBP v populácii slovenských adolescentov a zamerať sa na zdravie a normy porušujúce správanie (ďalej len NPS) u adolescentov s EBP, s prihliadnutím na ich sociálnych kontext. Analyzované údaje boli získané v rámci medzinárodnej prierezovej štúdie o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní školákov – *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) realizovanej v roku 2014 na území Slovenska. Vzorku tvorilo 2843 adolescentov navštevujúcich druhý stupeň základnej školy, ktorí vyplnili celý *Dotazník predností a nedostatkov* (SDQ) (priemerný vek = 14.34; SD = 0.93), z toho 51.2 % dievčat a 48.8 % chlapcov. Výskyt EBP u adolescentov je 12.3 %, čo je porovnateľné s výskytom EBP v Európe. Naše analýzy potvrdili výrazný vplyv sociálneho kontextu na výskyt EBP u adolescentov, ktorí pochádzajú častejšie z rodín z nižším socio-ekonomickým statusom a z neúplných rodín. Naš výskum preukázal, že adolescenti s EBP majú tendenciu celkovo horšie hodnotiť svoje zdravie, v priebehu týždňa častejšie udávajú dve a viac zdravotných ťažkostí, svoju životnú spokojnosť častejšie hodnotia ako nízku a majú väčšiu pravdepodobnosť mať poruchy učenia v porovnaní s adolescentmi bez EBP. Naše analýzy taktiež potvrdili u adolescentov s EBP podstatne častejší výskyt násilného správania (bitky, šikanovanie), horšieho prospechu v škole, záškoláctva, opitosti a fajčenia, v porovnaní s adolescentmi bez EBP. Výsledky ďalej preukázali, že väčšina nami skúmaných faktorov sociálneho kontextu (sociálna opora rodičov, komunikácia v rodine, pozitívne vzťahy v škole a s rovesníkmi) pôsobí protektívne vo vzťahu k zdraviu a k NPS u adolescentov s EBP. Výskum preukázal nevýznamný vplyv rodinného a školského prostredia na výskyt porúch učenia u adolescentov s EBP, výnimkou bol aj nevýznamný vplyv rovesníckych vzťahov na výskyt záškoláctva a opitosti u adolescentov s EBP a v neposlednom rade nepriaznivý vplyv sociálnej opory rovesníkov na výskyt fajčenia u adolescentov s EBP. Naše výsledky poukazujú na potrebu zamerať sa na ovplyvniteľné faktory, ktoré zmierňujú nepriaznivé dôsledky EBP, alebo ktoré im dokonca predchádzajú. Intervencie zamerané len na čiastkové problémy sa zdajú byť málo účinné, riešia len časť problému a iba na krátku dobu. Z toho vyplýva potreba kvalitnej diagnostiky a včasnej intervencie. Ak by sme chceli hlbšie pochopiť

nami skúmané vzťahy, bolo by vhodné preskúmať kauzalitu týchto vzťahov ako aj pohľady viacerých zainteresovaných aktérov. Na tento účel odporúčame použiť longitudinálny dizajn výskumu, ktorý by umožnil sledovanie zmien v čase a pomohol pochopiť ako jednotlivé protektívne a rizikové faktory ovplyvňujú zdravý vývin adolescentov.

klúčové slová: adolescenti, emocionálne a behaviorálne problémy, zdravie, normy porušujúce správanie, rizikové a protektívne faktory, sociálny kontext.

Abstract

Lack of attention paid to mental health promotion in adolescence can lead to emotional and behavioural problems (EBP), what might have serious health and social consequences not only for adolescents themselves but also for their families and community. Our study aimed to describe the occurrence of EBP in population of Slovak adolescent's and to focus on health and norm breaking behaviours (NBB) in adolescents with EBP, taking their social context into account. The data were obtained within an international cross-sectional study on Health and *Health-Behaviour in School-aged Children* (HBSC) conducted in 2014 in Slovakia. The sample consisted of 2843 adolescents attending upper primary school, who completed *Strenght and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (average age = 14.34; SD = 0.93), of which 51.2% were girls and 48.8% boys. The prevalence of EBP in adolescents is 12.3 %, what is comparable with prevalence of EBP in Europe. Our analyses confirmed strong influence of social context on occurrence of EBP in adolescents who are more often from families with lower socio-economic status and from incomplete families. Our research showed that adolescents with EBP tend to rate their health worse, more often report two or more health complaints during the week, perceive lower life satisfaction and are more likely to have learning disabilities when compared to adolescents without EBP. Our analyses also confirmed a more frequent occurrence of violent behaviour (fighting, bullying), worse academic achievement, truancy, drunkenness and smoking compared to adolescents without EBP. The results show that most of examined factors of social context (social support of parents, family communication, positive relationships in school and with peers) acts protectively in relation to health and NBB in adolescents with EBP. Research has shown non-significant effect of the family and school environment on occurrence of learning disabilities in adolescents with EBP, another exception was also non-significant effect of relationships with peers on occurrence of truancy and drunkenness in adolescents with EBP, and negative influence of social support of peers on smoking in adolescents with EBP. Our results point to the need to focus on influence able factors that alleviate negative effects of EBP, or even prevent them. Interventions focused only on partial issues seem to be less effective and solve only part of the problem and only for a short time. This implies a need for high quality of diagnostics and early intervention. If we want to understand more deeply explored relationships, it would be appropriate to examine the causality of these relationships as well as viewpoints of different actors. For this purpose, we recommend

using a longitudinal research design that would allow tracking changes over time and help understand how individual protective and risk factors affect healthy adolescent development.

Keywords: adolescents, emotional and behavioural problems, indicators of health, indicators of norm breaking behaviour, risk and protective factors, social context.

Obsah

Úvod	12
1 Emocionálne a behaviorálne problémy u adolescentov	14
1.1 EBP v diagnostických klasifikáciach MKCH-10, DSM-V	15
1.2 Súčasný stav problematiky	16
2 Dospievanie	19
2.1 Teórie vývinu v dospievaní	21
2.2 Vybrané indikátory zdravého vývinu	22
2.2.1 Indikátory zdravia	22
2.2.2 Indikátory trajektórie vzdelávacím systémom	24
2.2.3 Indikátory normy porušujúceho správania.....	25
3 Sociálny kontext.....	27
3.1 Rodinné prostredie.....	27
3.2 Školské prostredie	29
3.3 Rovesnícke vzťahy	30
4 Cieľ	31
5 Metódy.....	32
5.1 Popis vzorky	32
5.2 Zber údajov.....	33
5.2.1 Dotazníkový prieskum HBSC.....	33
5.2.2 Štatistické metódy	38
6 Výsledky	39
6.1 Deskriptívna štatistika – Výskyt EBP	39
6.2 Vzťah medzi sociálnym kontextom adolescentov a výskytom EBP	40
6.3 Zdravie a NPS u adolescentov s EBP s prihliadnutím na sociálny kontext	43
7 Diskusia	59
Záver	75
Zoznam použitej literatúry	77
Prílohy	89

Zoznam ilustrácií, tabuliek a grafov

Obr. 1	Model dimenzií problémového správania	14
Obr. 2	Príklady EBP u adolescentov podľa DSM	16
Obr. 3	Koncepčný rámec zdravia adolescentov	20
Obr. 4	Vývojový diagram vývoja počtu škôl a respondentov vo vzorke	33
Tab. 1	Vybrané meracie nástroje z HBSC štúdie – indikátory zdravia.....	35
Tab. 2	Vybrané meracie nástroje z HBSC štúdie – indikátory NPS	36
Tab. 3	Vybrané meracie nástroje z HBSC štúdie – sociálny kontext.....	37
Tab. 4	Deskriptívna štatistika SDQ	39
Tab. 5	Výskyt EBP (internalizovaných a externalizovaných problémov) v nami skúmanej populácii adolescentov, vrátane výskytu emocionálnych symptómov, problémového správania, hyperaktivity/nepozornosti a ťažkostí vo vzťahoch s rovesníkmi	40
Tab. 6	Vzťah medzi výskytom EBP (internalizovaných a externalizovaných problémov) a vysvetľujúcimi premennými (Model 0), kontrolovaný pre pohlavie, vek a SES, a sociálny kontext: rodinné prostredie (Model 1), prostredie v škole (Model2), rovesnícke vzťahy (Model3).....	42
Graf 1	Vzťah medzi indikátormi zdravia a NPS a výskytom EBP u adolescentov kontrolovaný pre pohlavie, vek a SES.	43
Tab. 7	Pravdepodobnosť horšieho hodnotenia zdravia u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov	45
Tab. 8	Pravdepodobnosť vyššieho výskytu zdravotných ťažkostí u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov	46
Tab. 9	Pravdepodobnosť nižšej životnej spokojnosti u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov	48
Tab. 10	Pravdepodobnosť výskytu porúch učenia u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.....	49
Tab. 11	Pravdepodobnosť výskytu násilného správania u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv	

	sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov	50
Tab. 12	Pravdepodobnosť výskytu šikanovania (v roli aktéra) u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov	52
Tab. 13	Pravdepodobnosť výskytu záškoláctva u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.....	53
Tab. 14	Pravdepodobnosť výskytu horšieho prospechu v škole u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov	55
Tab. 15	Pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.....	57
Tab. 16	Pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov s EBP kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.....	58

Zoznam skratiek a značiek

ADHD poruchy pozornosti a hyperaktivita

DSM Diagnostic and Statistical Manual (Diagnostický a štatistický manuál psychiatrických chorôb)

EBP emocionálne a behaviorálne problémy

HBSC Health Behaviour in School-aged Children (Medzinárodná prierezová štúdia o zdraví s so zdravím súvisiacom správaní školákov)

NPS normy porušujúce správanie

SDQ The Strengths and Difficulties Questionnaire (Dotazník predností a nedostatkov)

WHO World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)

Úvod

Adolescencia je obdobím rapídnych biologických, kognitívnych, psychologických a sociálnych zmien. Spôsob, akým sa adolescenti dokážu s týmito zmenami vyrovnat', sa môže odraziť aj v dospelosti. Výsledkom zdravého vývinu v dospievaní by malo byť optimálne rozvinutie potenciálu osobnosti, dosiahnutie zrelosti na všetkých úrovniach ale i plnohodnotné zapojenie do života v spoločnosti. Zdravo vyvíjajúci sa adolescenti by mali mať uspokojivú mieru subjektívnej pohody a životnej spokojnosti, mali by mať vytvorené zdravé vzťahy s rovesníkmi i dospelými, mali by úspešne zvládať nároky kladené vzdelávacím systémom a ich správanie by nemalo vážne porušovať normy akceptované kultúrou v ktorej žijú. Tieto tzv. indikátory zdravého vývinu adolescentov sú ovplyvňované mnohými interpersonálnymi a intrapersonálnymi faktormi. Jedným z kľúčových faktorov, ktoré ovplyvňujú zdravý vývin adolescentov je sociálne prostredie. Z hľadiska zdravého vývinu adolescentov, ich morálneho profilu, budovania charakteru a celej osobnosti, má v oblasti interpersonálnych interakcií kľúčové postavenie rodinné prostredie, školské prostredie a prostredie v komunite. Sociálny kontext má zároveň preukázateľný vplyv na výskyt emocionálnych a behaviorálnych problémov (ďalej len EBP) u adolescentov.

Nedostatočná pozornosť venovaná podpore duševného zdravia u adolescentov môže viesť k vzniku EBP, ktoré majú mnohokrát celoživotné následky pre adolescenta, jeho rodinu ako aj celú komunitu. Výskumy zaoberajúce sa EBP u adolescentov preukázali, že sa v populácii vyskytujú pomerne často a môžu závažným spôsobom ovplyvniť úspešnosť vo vzdelávacom systéme, ale i fungovanie v oblasti sociálnych vzťahov, čo môže ovplyvniť životnú spokojnosť a kvalitu ich života. Prevencia a znižovanie výskytu EBP je preto kľúčovým prvkom zdravia adolescentov.

Teoretická časť predkladanej práce je vzhľadom na vytýčené ciele venovaná problematike EBP u adolescentov, indikátorom zdravia a normy porušujúceho správania a v neposlednom rade sociálnemu kontextu adolescentov. Prvá kapitola poskytuje bližší pohľad na problematiku EBP u adolescentov. Popisuje jednotlivé charakteristiky, klasifikáciu, výskyt a súčasný stav tejto problematiky.

Druhá kapitola popisuje obdobie dospievania, ktoré je charakteristické výraznými vývinovými zmenami. Taktiež udáva bližší pohľad na významné indikátory zdravého vývinu v období adolescencie. Prezentované sú vybrané indikátory zdravia, indikátory trajektórie vzdelávacím systémom a indikátory normy porušujúceho správania, ktoré môžu pozitívne alebo negatívne ovplyvniť zdravý vývin adolescentov.

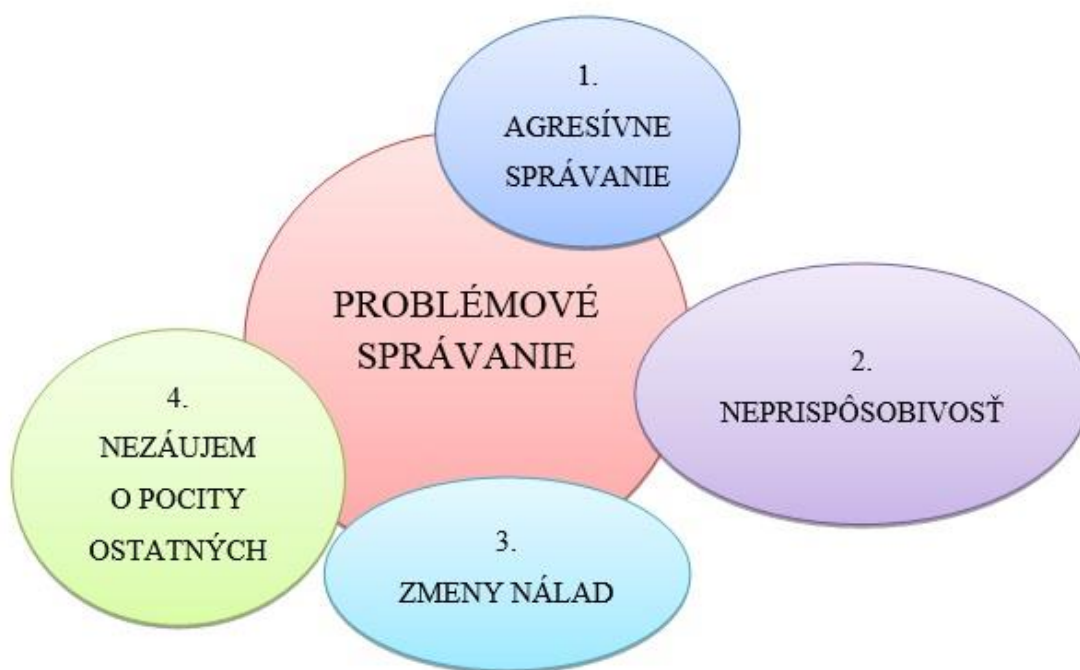
Predpoklad zdravého vývinu netkvie iba v samotných adolescentoch, ale aj v sociálnom kontexte (rodina, škola, komunita), v ktorom adolescenti dospievajú. Práve sociálny kontext je zdrojom najvýznamnejších rizikových a protektívnych faktorov tak zdravého vývinu ako aj výskytu samotných EBP. Pre vážnosť tejto problematiky sme sa rozhodli sociálnemu kontextu venovať samostatnú tretiu kapitolu.

Ďalšie kapitoly sú venované popisu cieľa, výskumným hypotézam, ako aj použitým metódam. Výsledková časť sa zameriava na výskyt EBP, vzťah medzi sociálnym kontextom adolescentov a výskytom EBP, zdravím a NPS u adolescentov s EBP, s prihliadnutím na sociálny kontext. Údaje analyzované v predloženej práci boli získané v rámci prierezovej štúdie *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* v roku 2013/2014.

1 Emocionálne a behaviorálne problémy u adolescentov

EBP u adolescentov môžeme podľa Achenbacha (2000, 2001, 2002) rozdeliť na internalizované a externalizované formy EBP. Externalizované formy EBP sa prejavujú navonok voči ostatným a majú vplyv na prostredie adolescenta. Konkrétnym príkladom môže byť zapájanie adolescentov do bitiek, do konfliktov s dospelými, záškoláctvo, šikanovanie spolužiakov, pitie alkoholu, užívanie drog alebo krádeže. Internalizované formy EBP sú práve naopak zamerané na seba ako jednotlivca a môžu sa prejavovať sociálnou uzavretosťou, ustráchanosťou, smútkom, úzkosťou. Práve tieto prejavy sú často ignorované, alebo nerozoznané dospelým prostredím adolescenta, pretože nie sú nápadné a rušivé pre okolie (Achenbach, 2000, 2001, 2002).

Iný prístup k problematike EBP uvádza Ogden (2012), ktorý rozlišuje druh a intenzitu problémového správania a jeho prístup znázorňuje Obrázok č. 1.



Obr. 1 Model dimenzií problémového správania

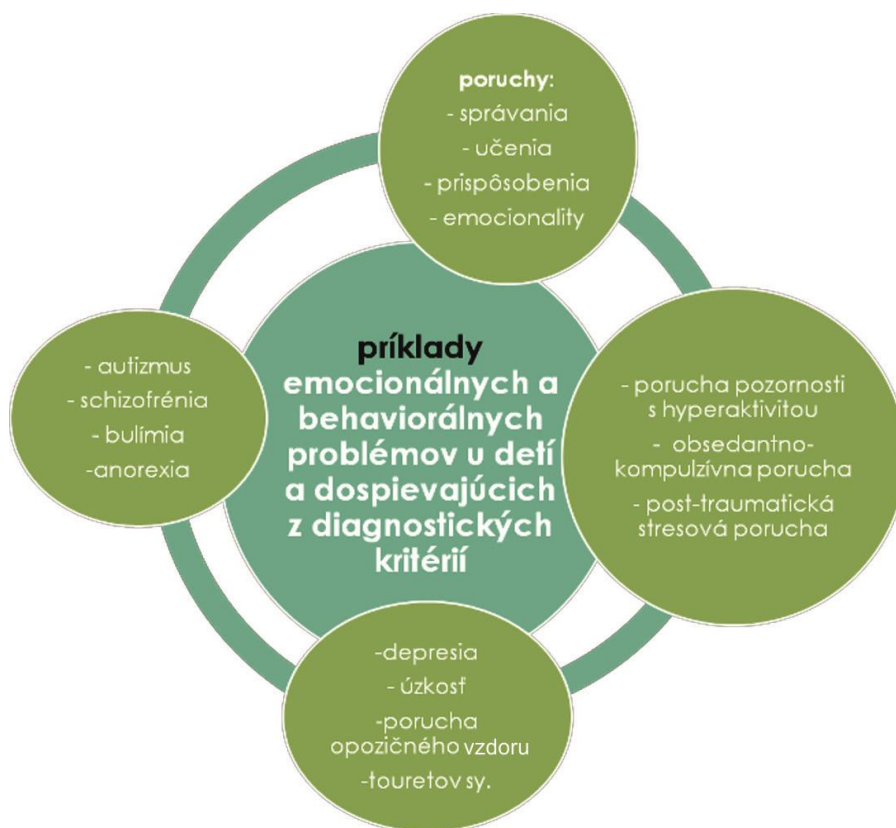
spracovala Kožárová, Podhájecká & Palková (2014) (podľa Ogdena 2012)

1.1 EBP v diagnostických klasifikáciách MKCH-10 a DSM-V

V súčasnosti sú známe a uznávané dva klasifikačné modely a to MKCH-10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb) vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou a DMS-V (Diagnostická a štatistická príručka duševných chorôb) vypracovaná Americkou psychiatrickou asociáciou.

Klasifikácia MKCH-10 jednotlivé poruchy zadeľuje do viacerých kategórií, ktoré majú pridelený číselný kód a môžu sa prekrývať. MKCH-10 klasifikuje EBP do skupiny *Behaviorálne a emocionálne poruchy s obvyklým začiatkom v období detstva a dospelovania* (F90-F98) a patria tu nasledujúce skupiny diagnóz: poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD), poruchy správania, emocionálne poruchy so začiatkom v období detstva, poruchy sociálneho fungovania s obvyklým začiatkom v období detstva a dospelovania, poruchy tikov, iné EBP s obvyklým začiatkom v období detstva a dospelovania.

Klasifikácia DSM-5 popisuje príznaky jednotlivých porúch, stanovuje osnovu pre ich diagnostikovanie, ale nezaobera sa etiológiou jednotlivých porúch. Jej organizácia odráža širšie zoskupovanie medzi skupinami diagnostických kategórií. Tie, ktoré zvyknú mať obdobné pre-morbídne osobnostné črty a/alebo sa zvyknú vyskytovať spoločne, sú navzájom umiestnené proximálne, vrátane neurovývinových porúch, schizofrénie a ďalších psychotických porúch. V DSM-5 sú ako pomôcka pre zachytenie celej škály symptómov ako aj závažnosti jednotlivých diagnóz klinickým lekárom poskytnuté dimenzionálne odhady umožňujúce tiež sledovanie progresu liečby. Hodnotenie stupňa závažnosti je od veľmi ťažkej, ťažkej, strednej až po miernu úroveň. Obr. 2 popisuje niektoré z najčastejšie popisovaných EBP u adolescentov podľa klasifikácií DSM.



Obr. 2 Príklady EBP u adolescentov podľa DSM-V

spracované podľa diagnostickej príručky DSM

1.2 Súčasný stav problematiky

Svetová zdravotnícka organizácia na Európskej ministerskej konferencii v roku 2005 uviedla, že v Európskom regióne trpí duševnými poruchami približne 2 milióny mladých ľudí a celosvetovo trpí duševnými problémami okolo 20 % detí a adolescentov (WHO 2005), pričom u väčšiny z nich sa začína pred dosiahnutím 14 roku veku. Ročné náklady na starostlivosť o deti s ADHD, autizmom, či poruchami správania boli vyčíslené v roku 2010 v Európe na 21,3 miliarda EUR. Poruchy učenia, ktoré majú za následok pridružovanie ďalších problémov, ktoré môžu v neskoršom veku manifestovať ako poruchy správania (Heretik a kol. 2007) patria v školskom veku medzi jednu z najčastejších diagnóz u adolescentov (Cortiella & Horowitz 2014). Prevalencia adolescentov s poruchami učenia sa líši v jednotlivých európskych a mimoeurópskych krajinách a to: USA 5 % (Cortiella & Horowitz 2014), Nemecko 10 % (Lauth a kol. 2008), Austrália 20 % (Louden a kol. 2000), Slovenská republika 3 % a v rámci vzdelávacieho systému sú diagnostikované s miernym alebo ťažkým stupňom (*Organisation*

for Economic Co-operation and Development 2008). Tieto čísla predstavujú adolescentov, ktorým bola formálne diagnostikovaná porucha učenia. Predpokladá sa, že skutočná prevalencia porúch učenia u adolescentov je omnoho vyššia, taktiež je veľa krajín kde prevalencia adolescentov s poruchami učenia nie je monitorovaná (Cortiella & Horowitz 2014).

EBP môžu mať vážne a dlhotrvajúce nepriaznivé dôsledky pre každodenný život adolescentov a môžu zhoršiť fungovanie v škole a v práci.

Jaspers a kol. (2012) uvádzajú, že EBP u adolescentov sa vyskytujú v populácii relatívne často, a taktiež môžu závažným spôsobom ovplyvniť úspešnosť vo vzdelávacom systéme, uplatnenie na trhu práce, ale i fungovanie v oblasti sociálnych vzťahov, čo môže úzko súvisieť so životnou spokojnosťou a kvalitou života (Kessler 2001). To, do akej miery je zvládnutý manažment týchto klientov, má dopad i na rodinné prostredie klientov a v širšej miere i na celú spoločnosť (Jaspers a kol. 2012). Avšak iba malá časť adolescentov sa v skutočnosti dostane do profesionálnej starostlivosti, pričom nie je jasné, či ponúkaná starostlivosť je adekvátna pre riešenie ich problémov (Reijneveld a kol. 2004).

Prevenencia a znižovanie výskytu EBP je kľúčovým prvkom zdravia adolescentov. Je zrejmé, že prevenencia porúch šetrí náklady a je v najlepšom záujme adolescentov, rodín a spoločnosti. Nedostatočná pozornosť venovaná podpore duševného zdravia u adolescentov môže viesť k EBP, ktoré majú celoživotné následky, spôsobujú utrpenie pre dieťa, rodinu, spoločnosť a preto je veľmi dôležité venovať pozornosť zhromažďovaniu vedeckých dôkazov v tejto oblasti s perspektívou rozvíjania intervencií, ktoré pomôžu k vhodnej podpore, prevencii a liečbe EBP.

V súčasnosti nie je prevenencia, diagnostika a liečba v systéme preventívnej, sociálnej a zdravotníckej starostlivosti optimálna z viacerých dôvodov. V prvom rade sa adolescentom s EBP neposkytuje podpora a liečba kvôli neadekvátnej identifikácii ich problémov a následne nevhodne zvolenej a realizovanej starostlivosti (Reijneveld a kol. 2004). Následne, ak je aj problém identifikovaný a klient odoslaný k špecialistovi, k zhoršeniu problémov môže i tak dôjsť a to z dôvodu odkladania odbornej starostlivosti kvôli čakacím dobám alebo preto, že ponúkaná intervencia je až druhá najlepšia. Napokon, u klientov, ktorí sa opakovane dostávajú do systému starostlivosti, je náročné dosiahnuť potrebnú mieru spolupráce, respektíve títo klienti majú tendenciu nedodržiavať odporúčané opatrenia, liečbu, alebo predčasne ukončia spoluprácu pri riešení ich problémov (Knorth 2008). Komunikácia medzi profesionálmi a ich klientmi a koordinácia multidisciplinárnych opatrení v rámci viacerých organizácií je

klúčovým predpokladom pre zabezpečenie kvality poskytovanej starostlivosti (Van Eijk a kol. 2013).

Starostlivosť je často popisovaná ako „čierna skrinka“ (Libby a kol. 2005), čo naznačuje, že sa vie len málo o konkrétnom obsahu starostlivosti, tak ako je ponúkaná a ešte menej o jej krátkodobých a dlhodobých výsledkoch. Navyše sa zdá, že viacero typov preventívnej, sociálnej a zdravotníckej starostlivosti má čiastočne prelínajúci sa arzenál terapeutických postupov, čo je prinajmenšom neefektívne. Okrem toho aj čiastočne súvisiace viacnásobné intervencie sú často súčasne alebo postupne uplatňované rôznymi poskytovateľmi preventívnej, sociálnej a zdravotníckej starostlivosti (Schofield a kol. 2007) bez vzájomnej spolupráce a zdieľania informácií.

2 Dospievanie

WHO (2014a) definuje adolescenciu ako vývinové obdobie jedinca medzi 10. až 19. rokom života, ktoré nasleduje po detstve a končí pred dospelosťou. Jedná sa o obdobie rapídnych biologických, kognitívnych, psychologických a sociálnych zmien. Spôsob, akým sa adolescenti dokážu s týmito zmenami (vývinovými úlohami) vyrovnáť, čo sa neskôr môže odraziť v ich budúcom živote (Hurrelmann & Richter 2006).

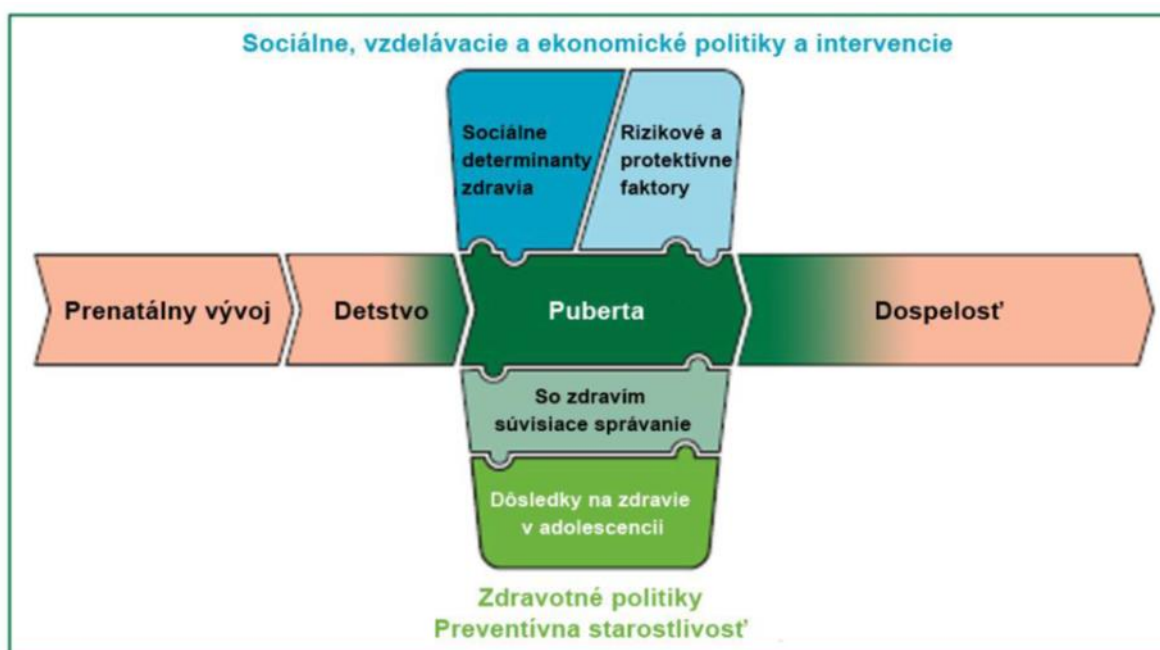
Z psychologického hľadiska je dospievanie subjektívne dôležité obdobie života, v ktorom sa adolescenti snažia integrovať nové pocity, zážitky, sociálne vzťahy a osobné očakávania v pre nich zmysluplnom obraze o sebe samom a svojom živote. Tieto procesy sebaurčenia, samoregulácie a formovania identity sú základné vývinové úlohy pre toto obdobie života (Macek 2003). V tejto súvislosti zámerná samoregulačná schopnosť predstavuje kľúčové aktívum podpory zdravého a pozitívneho vývinu nielen v období dospievania, ale aj v priebehu života (Napolitano a kol. 2011).

Podľa viacerých odborníkov (Hertzman a kol. 2001; Holstein 2004) dôsledkom rozvíjania zdravých adolescentov sú nepochybne zdravší a lepšie prispôsobení dospelí. V období dospievania je možné predpokladať, že je ešte zachovaný potenciál pre zdravie. Zároveň je to obdobie, v ktorom sa formuje so zdravím súvisiace správanie a dôležité sociálne determinanty zdravia, ako je napr. začleňovanie sa do rôznych sociálnych skupín, osvojovanie si stratégií zvládania náročných životných situácií, formovanie budúcej sociálno-ekonomickej pozície skrze úspech či neúspech v procese vzdelávania (Madarasová Gecková 2009).

Avšak aby bolo možné podporiť zdravé dospievanie, je nutné rešpektovať individuálne rozdiely vyplývajúce (okrem základných socio-demografických a osobnostných vlastností) zo širšieho kontextu. Sociálne determinanty zdravia sú okolnosti, v ktorých sa ľudia rodia, rastú, žijú, pracujú a starnú (WHO, 2014b) a hrajú zásadnú rolu pri prijatí zdraviu prospešného správania.

Sawyer a kol. (2012) uvádzajú, že do obdobia adolescencie vstupujeme s určitými kvalitami získanými v detstve a priebeh adolescencie určí, akých výstupov sa dočkáme v dospelosti. Taktiež znázorňujú priebeh života z perspektívy modelu (Obr. 3), v ktorom sa snažia poukázať na zdravie adolescentov, ktoré je ovplyvnené niekoľkými aspektami. V prvom rade je tu vplyv predchádzajúceho vývinu v detstve, ktorý funguje spolu s aktuálnymi biologickými zmenami a zmenami v sociálnych roliach, ktoré zvyčajne sprevádzajú pubertu ako jedno z kľúčových životných období. Okrem toho je zdravie adolescenta formované sociálnymi determinantami zdravia priamo ovplyvňujúcimi osvojovanie si so zdravým

súvisiaceho správania v rámci existujúceho kontextu sociálnych vzdelávacích politík a prevenčných intervencií ako aj zdravotníckych služieb. Momentálny zdravotný stav adolescenta a jeho so zdravím súvisiace správanie, ktoré sa formuje práve v tomto období, vytvárajú základ pre budúce zdravie v dospelosti a tiež zdravý vývin jej/jeho detí v ich budúcnosti. Komplexnejšie stratégie, ktoré sú zamerané na adolescenciu z celoživotnej perspektívy môžu v porovnaní so stratégiami zameranými len na špecifické momentálne zdravotné problémy vytvárať dôležité príležitosti pre zlepšenie zdravia nielen počas adolescencie ale aj v neskoršom živote (Sawyer a kol. 2012).



Obr. 3 Konceptný rámec zdravia adolescentov

spracovala Dankulinová (2013) podľa (Sawyer a kol. 2012, str. 1633)

Predpoklad zdravého vývinu netkvie iba v samotných adolescentoch, ale aj v sociálnom kontexte (rodina, škola, komunita), v ktorom adolescenti dospievajú. Práve sociálny kontext je zdrojom najvýznamnejších rizikových a protektívnych faktorov tak zdravého vývinu ako aj výskytu samotných EBP. Pre vážnosť tejto problematiky sme sa rozhodli sociálnemu kontextu venovať samostatnú tretiu kapitolu.

Z obdobia dospievania v súvislosti s našou problematikou nás zaujímalo najmä obdobie adolescencie z perspektívy možných EBP. V tomto období narastá pravdepodobnosť výskytu týchto problémov, ktoré majú vysokú prevalenciu a môžu mať dlhodobé závažné následky nielen pre samotných adolescentov, ale aj ich rodiny a celú spoločnosť. Tieto problémy môžu

neskôr ovplyvniť úspešnosť vo vzdelávacom systéme či neskôr na trhu práce, ale i fungovanie v oblasti sociálnych vzťahov, čo môže ovplyvniť životnú spokojnosť a kvalitu ich života.

2.1 Teórie vývinu v dospievaní

V literatúre je možné nájsť niekoľko teoretických prístupov vysvetľujúcich úlohu jednotlivých faktorov na formovaní a udržiavaní so zdravím súvisiaceho správania adolescentov. S ohľadom na zdravý vývoj adolescentov, odkaz teoretického myslenia umožňuje teoretické prístupy, ktoré vysvetľujú úlohu jednotlivých faktorov na formovanie a zachovanie zdravia voči rizikovému správaniu. Jedným z príkladov môže byť *Teória problémového správania* (Jessor 1991), ktorá predpokladá, že rôzne druhy problémového správania možno vysvetliť podobnými mechanizmami (Jessor 1991). Niektoré zistenia skutočne poukazujú na zhľukovanie niekoľkých druhov rizikového správania (van Nieuwenhuijzen a kol. 2009). *Teória problémového správania* rozlišuje 5 kategórií faktorov, ktoré prispievajú k vytváraniu a udržiavaniu problémového správania: biologické a genetické faktory, spoločenský kontext, sociálne modely, osobné faktory, behaviorálne faktory (Jessor 1991). Všetky spomenuté kategórie faktorov vplyvajú na správanie adolescentov, ktoré formuje ich životný štýl. Tie vedú k zdraviu ohrozujúcim dôsledkom a to v oblasti zdravia, sociálnych rolí, osobnostného rozvoja a prípravy na dospelosť. Petraitis a kol. (1995) sa s tímom autorov pokúsil o syntézu niekoľkých teoretických prístupov v tejto oblasti. Rozlíšili tri typy faktorov: *socio-kultúrne, sociálne, intrapersonálne*. Medzi nimi identifikovali tri úrovne vplyvu: *základnú, distálnu a proximálnu*. Tradične sa psychosociálny vývin v období dospievania spája s citovou turbulenciou, medziľudskými konfliktami, problémami a spormi (Hall 1904). Paradoxne, niektorí adolescenti, ktorí nemajú zdroje a podporu v rámci rodiny, školy, či komunity, sa ukázali byť imúnni a odolní voči problémom. Iní, ktorí pochádzajú z prostredia plného zdrojov a podpory, sa napriek tomu dostávajú do mnohých problémov (Lerner a kol. 2005). Nakoniec je však potenciál jednotlivca na systematické zmeny v priebehu života kriticky dôležitý, pretože hovorí, že vývojové trendy adolescentov nie sú pevné a môžu byť výrazne ovplyvnené faktormi v ich rodinách, školách a komunitách (Lerner a kol. 2006). Integrácia teoretických myšlienok o plasticite rozvoja adolescentov (Lerner a kol. 2006) a praktických zisteniach o rozličných cestách, ktorými adolescenti prechádzajú, viedli k rámcu, ktorý je teraz známy ako *Positive Youth Development (PYD)*- teda *Pozitívny vývin mládeže*, ktorý vníma mladých ľudí skôr ako zdroje, ktoré sa majú rozvíjať, než ako problémy, ktoré sa majú riešiť.

Perspektíva *pozitívneho vývinu mládeže* (Lerner a kol. 2011b) reflektuje veľký posun vo výskume a praxi zameraný skôr na silné stránky (v protiklade so zameraním sa na nedostatky).

2.2 Vybrané indikátory zdravého vývinu adolescentov

Výsledkom zdravého vývinu v dospievaní by malo byť optimálne rozvinutie potenciálu osobnosti, dosiahnutie emocionálnej, sociálnej a morálnej zrelosti ale i plnohodnotné zapojenie do života spoločnosti a to tak v oblasti partnerských vzťahov, v oblasti rodinného života, profesionálneho uplatnenia ako i života v komunite, teda občianskeho zapojenia. Presne vymenovať a definovať indikátory zdravého vývinu adolescentov môže byť obtiažne, pretože je mnoho rozličných trajektórií, ktoré sú veľmi odlišné ale za určitých okolností vedú k rovnakému výsledku. Napriek tomu je možné konštatovať, že zdravo vyvíjajúci sa dospievajúci by mali mať uspokojivú mieru subjektívnej pohody a životnej spokojnosti, mali by mať vytvorené uspokojivé podporné vzťahy s dospelými i rovesníkmi, mali by úspešne zvládať trajektóriu vzdelávacím systémom a tým vytvárať priestor pre uplatnenie na trhu práce v nasledujúcej fáze a ich správanie by nemalo vážne porušovať normy akceptované v danej kultúre. Vychádzajúc z tejto premisy, je teda možné rozlišovať *indikátory zdravia* (subjektívne hodnotenie zdravia, subjektívna pohoda, anxieta, depresia, beznádej, sociálna dysfunkcia, úrazy), *indikátory trajektórie vzdelávacím systémom* (vzdelanostné aspirácie, postoj ku škole, subjektívne hodnotenie školského výkonu, opakovanie ročníka, záškoláctvo), *indikátory normy porušujúceho správania* (násilné správanie/šikanovanie, hostilita, agresívne správanie; delikventné správanie; užívanie návykových látok), ktoré môžu pozitívne alebo negatívne ovplyvniť zdravý vývin adolescentov.

2.2.1 Indikátory zdravia

Obdobie adolescencie je len zdanlivo obdobím bez zdravotných ťažkostí. Podľa zistení štúdie HBSC realizovanej v roku 2013/2014 na reprezentatívnej vzorke slovenských školákov vo veku 11 až 15 rokov, okolo 30 % adolescentov prežívalo dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa. Výsledky tejto štúdie potvrdili tiež nárast výskytu zdravotných ťažkostí u 13 a 15 ročných dievčat takmer o 50 %, čo môže naznačovať vznik psychosomatických problémov, ktoré je potrebné vnímať v širšom kontexte školského alebo rodinného prostredia (Madarasová Gecková a kol. 2015). Pre monitorovanie zdravia v období adolescencie je ale dôležitý výber indikátorov a zdá sa, že vhodnými sú indikátory vychádzajúce z pozitívnych

definícii zdravia, sústreďujúce sa viac na fyzickú, psychickú a sociálnu pohodu ako na výskyt choroby.

Subjektívne hodnotenie zdravia

Podľa Bjorner a kol. 1996 je celkové hodnotenie zdravia subjektívny indikátor zdravotného stavu, ktorý je založený na individuálnej percepcii a hodnotení svojho zdravia, a obvykle vychádza z vedomého alebo nevedomého porovnávania sa s rovnako starými rovesníkmi. Burstroem & Fredlund (2001) zistili vzťah medzi subjektívnym hodnotením zdravia v adolescencii a objektívnymi zdravotnými výsledkami v dospelosti. Z tohto hľadiska má podpora zdravia u adolescentov významný vplyv aj na ich zdravie v dospelosti.

Na základe výsledkov viacerých štúdií (de Matos a kol. 2003; RavensSieberer a kol. 2004; Torsheim a kol. 2004; Schnor & Volmer-Larsen 2006) je hodnotenie zdravia spájané s prežívaním úzkosti, depresie, či so školskými (školská úspešnosť, pozitívne prežívanie školy, šikanovanie) a rodinnými faktormi (rodinná štruktúra alebo komunikácia s rodičmi). Výskum Benjet a kol. (2001) naznačuje, že adolescencia je prelomové obdobie vzhľadom k rodovým rozdielom v subjektívne hodnotenom zdraví. V mladšom školskom veku sa tieto rozdiely neobjavujú, avšak v adolescencii začínajú svoje zdravie výrazne horšie hodnotiť dievčatá (Sweeting, 1995) a s rastúcim vekom sa tieto rozdiely ešte prehľbujú (Hetland a kol. 2002) pričom dochádza taktiež k zhoršovaniu duševného a telesného zdravia ako i subjektívnej pohody (Hidalgo a kol. 2002).

Subjektívna pohoda a životná spokojnosť

Subjektívna životná pohoda (anglické „*subjective well-being*“) je Dienerom, (2002) definovaná ako „*kognitívne a emocionálne hodnotenie vlastného života*“ a je úzko spojená so zdravím (Zullig a kol. 2001). Konkrétne sa na formovaní subjektívnej životnej pohody v pozitívnej forme podieľajú ochranné faktory sociálneho kontextu (rodinné a školské prostredie, rovesnícke vzťahy). Štúdie o životnej spokojnosti preukázali, že počas adolescencie je životná spokojnosť silne ovplyvňovaná životnou skúsenosťou a to obzvlášť v kontexte rodinného prostredia (Edwards & Lopez 2006). Fyzická aktivita a zdravé stravovacie návyky ako súčasť zdravého životného štýlu môžu adolescentov chrániť a zvyšovať ich subjektívnu životnú pohodu (Allison a kol. 2005). Na strane druhej, niektoré z rizikových foriem správania ako šikanovanie, fajčenie, pravidelná konzumácia alkoholu a iných návykových látok vplýva na subjektívnu životnú pohodu adolescentov negatívne (Tomčíková a kol. 2010; Kalina a kol. 2011). Pozitívna školská skúsenosť a jej prežívanie je spojené s vyššou celkovou životnou

spokojnosťou, pričom negatívna školská skúsenosť zasa naopak s nižšou životnou spokojnosťou (Ravens-Sieberer a kol. 2004).

Z hľadiska subjektívnej pohody a životnej spokojnosti je zdravie slovenských adolescentov lepšie, v porovnaní s ich rovesníkmi z iných európskych krajín (Madarasová Gecková a kol. 2009).

Psychické problémy

V súčasnosti je možné sledovať nárast psychických problémov u adolescentov (Collishaw a kol. 2004). Včasná identifikácia duševných problémov a nižšej psychickej pohody je nevyhnutná pre skoré odhalenie adolescentov, ktorí sú vystavení možnému riziku psychických problémov a vytvára tak základ pre akúkoľvek formu nevyhnutnej prevencie (Erhart a kol. 2009). Stredná adolescencia je typickým obdobím začiatku mnohých duševných porúch (Hoven a kol. 2008). Toto obdobie je okrem toho zásadné tiež vo formovaní vzorcov duševného zdravia (WHO, 2000). Monitorovanie a dokumentovanie trendov a medzinárodných rozdielov v psychickom zdraví adolescentov tak môže slúžiť ako prvý dôležitý krok k minimalizovaniu rastúceho bremena psychických problémov. U adolescentov s EBP a ich rodín, ktoré môžeme vnímať istým spôsobom ako znevýhodnené, môže byť väčšia pravdepodobnosť, že budú vnímať možnosť zmeniť svoju situáciu, zlepšiť kvalitu svojho života a životnú spokojnosť ako beznádejnú (Bolland 2003). Takáto beznádej je výsledkom presvedčenia, že budúcnosť neveští nič dobré, že nie je možné to zmeniť a že snažiť sa o to je zbytočné (Farquharson 2002). Beznádej môže úzko súvisieť s depresiou, je prediktorom samovražedných myšlienok a pokusov a psychopatológie vo všeobecnosti. Spája sa aj s nízkym sebavedomím a slabými sociálnymi zručnosťami (Kashani a kol. 1989). U adolescentov sa beznádej spája tiež so zvýšenou mierou rizikového a násilného správania, s užívaním návykových látok, s nižšou mierou motivácie učiť sa a zapájať sa do školských aktivít, čo následne môže viesť ku problémom v škole a k zhoršenému školskému prospechu. Spája sa tiež s neadekvátnou schopnosťou riešiť problémy (Bolland 2003; Farquharson 2002).

2.2.2 Indikátory trajektórie vzdelávacím systémom

V období adolescencie môže škola predstavovať významné zdravie rozvíjajúce prostredie, na strane druhej rizikové prostredie. K dôležitým protektívnym faktorom patrí práve prežívanie pocitu spolupatričnosti ku škole. Nízka miera prežívanej spolupatričnosti ku škole sa môže u adolescentov spájať s nízkym celkovým hodnotením zdravia (Bonny a kol. 2000)

a taktiež so zvýšením záťaže sprevádzanej somatickými a psychickými príznakmi (Shochet a kol. 2008). Ravens-Sieber a kol. 2004 objavili súvislosť medzi nízkym školským výkonom a nízkym hodnotením vlastného zdravia, ako i nižšou mierou subjektívnej pohody. Bond a kol. (2007) poukázali na spojitosť medzi nedostatočným pocitom spokojnosti so školou a užívaním návykových látok.

Výskyt záškoláctva súvisí s častejším užívaním návykových látok, horším prospechom v škole, prípadne predčasným ukončením školy a ďalšími formami problémového správania (Henry 2007; Mounteney a kol. 2010). Záškoláctvo môže mať vyhýbavý charakter s cieľom vyhnúť sa nepríjemným školským povinnostiam, nepriaznivému školskému prostrediu či až šikanovaniu (Slovíková 2012). Opakovanie ročníka je následkom pretrvávajúcej školskej neúspešnosti, ktorá ohrozuje osobnosť adolescenta a jeho potreby sebarealizácie, čo podnecuje hľadanie náhradných a zriedkavo negatívnych foriem (Mayerová 2001).

2.2.3 Indikátory normy porušujúceho správania

Obdobie adolescencie je sprevádzané prítomnosťou rôznych foriem rizikového správania: násilné správanie a agresívne správanie, šikanovanie, delikventné správanie, užívanie návykových látok. U adolescentov sa jednotlivé formy rizikového správania môžu objavovať spoločne (van Nieuwenhuijzen a kol. 2009) a do istej miery je experimentovanie s takýmito formami správania prirodzenou súčasťou dospievania (do niektorej z foriem rizikového správania sa zapojí v priebehu obdobia adolescencie až polovica adolescentov), ktoré po dosiahnutí dospelosti prirodzene odznie (Blatný a kol. 2006). Na druhej strane sa tým zvyšuje riziko takéhoto správania i počas dospelosti (Dinh a kol. 2002).

Násilné správanie

Medzi najčastejšie formy násilného správania u adolescentov patrí účasť na fyzickej bitke a šikanovaní. Adolescenti, ktorí sa zúčastňujú na bitke, vykazujú nižšiu úroveň životnej spokojnosti a zároveň aj horšie vzťahy s rodičmi a rovesníkmi, čo sa môže prejaviť aj nižšou spokojnosťou v škole (Walsh a kol. 2013). Za rizikové faktory násilného správania môžeme považovať: mužské pohlavie, nižší vek a iné formy problémového správania ako napr. užívanie návykových látok (Sosin a kol. 1995).

Šikanovanie je podľa Pepler & Craig (2001) použitie opakovanej agresie jednotlivcom alebo skupinou agresorov proti jednotlivcovi alebo malej skupine obetí. Adolescenti, ktorí sa zapájajú do šikanovania môžu vykazovať vo vyššej miere rizikové správanie ako užívanie

návykových látok, účasť na fyzickej bitke a navyše často krát majú problematické vzťahy s rodičmi a horší akademický prospech (Nansel a kol. 2001 a 2003; Olweus 2011).

Užívanie návykových látok

Užívanie návykových látok v adolescencii, najmä v tej včasnej, je z hľadiska možných budúcich následkov (nie len právnych ale aj následkov na zdraví) neakceptovateľné. Čím skôr dochádza k experimentovaniu a následnému pravidelnému užívaniu, tým pravdepodobnejší je vznik závislosti. Z hľadiska vzniku fajčiarskeho návyku a závislosti na alkohole je rozhodujúci práve adolescentný vek. Užívanie tabaku adolescentmi je v európskom regióne pomerne rozšírené. Počas tohto obdobia vznikajú psychosociálne väzby na cigarety a môže sa rozvinúť závislosť na nikotíne. Pokiaľ nezačne jednotlivec fajčiť počas adolescencie, je neskôr veľmi malá pravdepodobnosť vzniku fajčiarskeho návyku. V súvislosti s alkoholom je nebezpečným indikátorom tzv. nárazové pitie, ktoré predstavuje u adolescentov osobitný problém vzhľadom na riziko zdravotných a spoločenských následkov (Kuntsche a kol. 2004).

Rozšírenosť experimentovania s fajčením cigariet a pitím alkoholu v období adolescencie poukazuje na mieru spoločenskej tolerancie k užívaniu tabaku a alkoholu a ich dostupnosť adolescentom. Tieto sú významnými faktormi ovplyvňujúcimi vznik pravidelného fajčenia a pitia alkoholu a na ne zamerané preventívne a represívne aktivity patria ku kľúčovým opatreniam kontroly tabaku (*WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008*) a užívania alkoholu (*Global strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010*). Preto má z hľadiska prevencie mimoriadny význam sledovanie výskytu fajčenia u adolescentov (Ellickson a kol. 2001; Jarvis 2004).

3 Sociálny kontext

Jedným z kľúčových faktorov, ktoré ovplyvňujú zdravý vývin adolescentov je sociálne prostredie. Z hľadiska zdravého vývinu adolescentov, ich morálneho profilu, budovania charakteru a celej osobnosti, má v oblasti interpersonálnych interakcií kľúčové postavenie v prvom rade **rodinné prostredie**, konkrétne: 1) štruktúra rodiny a jej socio - ekonomické charakteristiky: úplnosť rodiny, krízové situácie v rodine (vážna choroba a úmrtie v rodine, konflikty v rodine), nezamestnanosť, sociálna odkázanosť, finančná núdza; 2) vzťahy v rodine resp. sociálny kapitál rodiny: sociálna opora v rodine, rodičovský monitoring, spoločné aktivity s rodičmi, rodinná klíma, sociálny kapitál širšej rodiny; 3) individuálne charakteristiky rodičov: subjektívna pohoda, rolové správanie rodičov, zdravotná gramotnosť rodičov

Ďalšími kľúčovými faktormi je **prostredie v škole** (vzťahy s učiteľmi, vzťahy so spolužiakmi) a v neposlednom rade **prostredie v komunite** (vzťahy s rovesníkmi, účasť na organizovaných a neorganizovaných aktivitách, vnímaná diskriminácia).

3.1 Rodinné prostredie

V rodinnom prostredí sa utvára dôvera v samého seba ale i dôvera v druhých ľudí, formujú sa modely správania, postoje k spoločnosti, osvojujú sa rôzne formy komunikácie. Adolescent môže vnímať rodinu ako základnú životnú istotu, ktorá mu poskytuje zázemie, podporu a pomoc a je to práve ona, ktorá pôsobí ako regulátor nežiaducich činností, ako sú rôzne abúzy, či sociálna patológia (Šulová 1998). Je najdôležitejšou sociálnou štruktúrou pre predikciu rizikového správania (Macek 2003), keďže patrí medzi hlavné zdroje tak rizikových (napr. rozvod, užívanie návykových látok členmi rodiny a pod.) ako aj protektívnych faktorov (sociálna opora, komunikácia a pod.).

Medzi významné vplyvy rodinného prostredia, ktoré súvisia s rizikovým správaním adolescenta môžeme zaradiť: štruktúru rodiny a jej socio – ekonomické charakteristiky, vzťahy medzi členmi rodiny, osobnostné charakteristiky členov rodiny, štýl výchovy, a ďalšie (Macek 2003).

Štruktúra rodiny a jej socio - ekonomické charakteristiky

Negatívny vplyv na správanie a prežívanie adolescenta má rozvod rodičov či prekonanie vážnej choroby alebo úmrtia v rodine. Tie môže u adolescentov spôsobiť psychickú záťaž, depresiu, úzkosť, ako aj problémy s užívaním návykových látok a agresívnym

správaním, čo je ovplyvnené aj nedostatočnou rodičovskou kontrolou, menšími finančnými možnosťami rodiny a neprítomnosťou rodičovskej postavy v rodine (Hoffmann 2006; Kuntsche & Kuendig 2006).

V značnej miere môže subjektívnu pohodu adolescentov ovplyvňovať aj dlhodobá nezamestnanosť rodičov, pričom je zaujímavosťou, že tento dopad nie je mediovaný nedostatkom financií spojených s nezamestnanosťou, ale skôr s negatívnymi dopadmi nezamestnanosti na sociálnu oporu vnímanú od rodičov. Adolescenti vnímajú menej sociálnej opory od nezamestnaného rodiča a táto je aj menej účinná vzhľadom na ich subjektívnu pohodu a zdravie než sociálna opora poskytovaná od zamestnaného rodiča (Šlešková a kol. 2006a; Šlešková a kol. 2006b).

Vzťahy v rodine

Vzťahy v rodine sú kľúčovým činiteľom osobnostného vývinu, ovplyvňujú správanie a emocionalitu adolescentov. Pozitívne rodinné vzťahy počas dospievania zvyšujú pravdepodobnosť pozitívneho sebapoznania, vyššej sebaúcty a kvality života a zníženie rizika neskoršej psychickej záťaže u adolescentov (Shaw a kol. 2004; Milevsky 2005). Oslabené rodinné prostredie, konflikty, nedostatočná väzba medzi rodičmi a adolescentami môže viesť k vzniku problémového správania.

Rodičovská opora má vplyv na celkovú kvalitu duševného zdravia adolescentov, pričom nižšia rodičovská opora sa môže spájať so zhoršujúcim sa duševným zdravím počas dospievania. Rodičovská opora je faktor, ktorý chráni adolescentov aj napriek nepriaznivým podmienkam (Devitt & Roker 2009).

Ďalším z kľúčových elementov fungujúcej rodiny je adekvátna kvalita a úroveň komunikácie medzi rodičmi a adolescentmi, ktorá zároveň funguje ako významný protektívny faktor z hľadiska mnohých druhov rizikového správania sa (Currie a kol. 2008). Na jednej strane je dobrá kvalita komunikácie medzi rodičmi a ich deťmi indikátorom sociálnej opory a rodinnej súdržnosti, na strane druhej je nízka kvalita komunikácie spojená s častejším rizikovým správaním sa adolescentov (Laursen 1995; Currie a kol. 2008).

Významným elementom v rámci rodinných vzťahov je aj rodičovská kontrola (monitoring), ktorá poskytuje adolescentovi nevyhnutné hranice a vedenie. Adekvátna miera takejto kontroly funguje ako protektívny faktor z hľadiska mnohých druhov rizikového správania sa, a to aj v prípadoch, ak je adolescent vystavený rizikovým vplyvom mimo rodiny (vplyv rovesníkov, trávenie času vonku) (Smetana & Daddis, 2002).

Podľa Madarasovej Geckovej (1998) dieťa potrebuje vnímať záujem rodičov, no musí to byť záujem pozitívny. Záujem spojený s odmietaním chápe ako špehovanie, dirigovanie či obmedzovanie. Výskum Širůčka, Širůčkovej a Macka (2007) preukázal, že vnímaná vrelosť rodičov pôsobí ako protektívny faktor vo vzťahu k rizikovému správaniu. Podobne vystupuje ako ochranný faktor i podpora od rodičov. U dospievajúcich, ktorí vnímajú svojich rodičov ako podporujúcich, sa menej často vyskytuje delikvencia, problémové správanie v škole a zneužívanie návykových látok. Naopak nízka podpora od rodičov umožňuje väčší vplyv rovesníkov, čo môže viesť k rozvoju rizikového správania (Parker & Benson 2004).

3.2 Školské prostredie

Podstatnú časť v období adolescencie, kedy sa formuje so zdravým súvisiace správanie trávia adolescenti v škole, ktorá je dôležitým sociálnym a učiacim prostredím. Aby sme pochopili, ako a do akej miery môže škola ovplyvniť zdravie adolescentov, musíme si predstaviť školu ako špecifickú formu sociálneho systému, kde dochádza k rôznorodým interakciám na mnohých úrovniach medzi vedením školy, učiteľmi, ďalším personálom a samotnými žiakmi. Hoci školy spĺňajú spoločenskú funkciu vzdelávania a definujú svoje úlohy a školské programy podľa zákonných ustanovení školského systému, časť vnútorných procesov a štruktúry nie je stanovovaná jednotne zhora a školy si ich vytvárajú samé. Z toho dôvodu sa školy líšia štruktúrou, formálnymi a neformálnymi pravidlami, kultúrou a charakterom a nakoniec vo svojej výkonnosti. Prostredie v škole poskytujúce oporu môže byť zdrojom podporujúcim zdravie, so zdravím súvisiace správanie a životnú spokojnosť a naopak, nepodporujúce školské prostredie môže predstavovať riziko.

Oporné školské prostredie je koncipované ako sociálna opora učiteľov a spolužiakov. Sociálna opora učiteľov a spolužiakov, je často spájaná so zdravím, najmä s duševným a s nižšou mierou včasného užívania alkoholu či každodenného fajčenia (Negru & Baban 2009; LaRusso a kol. 2008).

Sociálna opora spolužiakov v triede je úzko spojená so vzťahom žiakov ku škole a tiež s celkovou životnou spokojnosťou. Pozitívne vzťahy so spolužiakmi majú pozitívny vplyv na vyvíjanie iniciatívy na vyučovaní, angažovanie sa v práci v škole a školské výsledky predstavujú efektívnu podporu vzdelávania sa (Danielsen a kol. 2009). Nízka sociálna opora spolužiakov je prediktorom výskytu depresí a spolu s nízkou oporou učiteľov môže mať za následok aj zvýšenú mieru somatických ťažkostí počas týždňa (Torsheim & Wold 2001).

3.3 Rovesnícke vzťahy

Nielen vzťahy s najbližšími členmi rodiny a vzťahy súvisiace so školským prostredím determinujú celý rad indikátorov zdravia a so zdravým súvisiaceho správania ale aj vzťahy s rovesníkmi mimo školy a širšou komunitou sú dôležitými faktormi formujúcimi zdravie a so zdravím súvisiace správanie adolescentov.

V období adolescencie klesá vplyv rodičov a narastá vplyv rovesníkov, u ktorých adolescenti hľadajú nezávislosť a oporu (De Goede a kol. 2009). V oblasti vzťahov k rovesníkom sú vzhľadom na zdravie a so zdravým súvisiace správanie významné najmä rovesnícke skupiny, ktoré sú charakterizované výrazným životným štýlom, hudobnými preferenciami a zdieľanými hodnotami a správaním, sú zdrojom určitých štandardov správania sa a pôsobia ako silná sociálna norma najmä v oblasti so zdravím súvisiaceho správania sa (Nicholas 2009).

Prostredníctvom rovesníckych vzťahov sa naplňa potreba mať blízkeho človeka, potreba byť milovaný a akceptovaný skupinou, či potreba spolupatričnosti (Nurmi 2004). Priateľstvo pomáha adolescentom čeliť stresujúcim životným situáciám a je prediktorom úspešných vzťahov v budúcnosti spojených s pocitom šťastia (Schneider 2000). U adolescentov s nižším počtom týchto vzťahov je väčší predpoklad internalizovaných a sociálnych problémov (Waldrip a kol. 2008). Napriek tomu, že štúdie potvrdzujú súvislosť rizikového správania sa dospievajúcich a ich priateľov, mechanizmus tejto súvislosti nie je plne objasnený. Rovesníci môžu mať priamo vplyv na iniciáciu užívania návykových látok (sociálny vplyv, sociálne učenie), ale rovnako pravdepodobné je, že dospievajúci s podobným druhom správania sa zoskupujú do skupín (sociálna selekcia) (Madarasová Gecková a kol. 2000).

4 Cieľ

Cieľom tejto dizertačnej práce bolo preskúmať v reprezentatívnej populácii adolescentov prevalenciu EBP a zamerať sa na zdravie a NPS u adolescentov s EBP s prihliadnutím na sociálny kontext.

- 1) Preskúmať výskyt EBP (internalizovaných a externalizovaných problémov) v reprezentatívnej populácii adolescentov
- 2) Zistiť aký je vzťah medzi sociálnym kontextom adolescentov a výskytom EBP (internalizovaných a externalizovaných problémov) v reprezentatívnej populácii adolescentov
- 3) Preskúmať zdravie a NPS u adolescentov s EBP
- 4) Preskúmať vplyv sociálneho kontextu (rodinné prostredie, prostredie v škole a vzťahy s rovesníkmi) na zdravie a NPS u adolescentov s EBP.

Hypotéza č. 1:

Predpokladáme, že miera výskytu EBP na Slovensku sa nelíši od výskytu EBP v Európe.

Hypotéza č. 2:

Predpokladáme vyšší výskyt EBP u dievčat, u adolescentov s nižším SES, z neúplných rodín a s horšie fungujúcim vzťahmi v rodine, v škole a s rovesníkmi.

Hypotéza č. 3:

Predpokladáme, že adolescenti s EBP budú skórovať horšie vo všetkých skúmaných indikátoroch zdravia v porovnaní s adolescentmi bez EBP.

Hypotéza č. 4:

Predpokladáme častejší výskyt NPS v skupine adolescentov s EBP v porovnaní s adolescentmi bez EBP.

Hypotéza č. 5:

Predpokladáme, že pozitívne vzťahy v rodine, v škole a s rovesníkmi pôsobia ako protektívne faktory vo vzťahu k zdraviu u adolescentov s EBP.

Hypotéza č. 6:

Predpokladáme, že pozitívne vzťahy v rodine, v škole a s rovesníkmi pôsobia ako protektívne faktory vo vzťahu k NPS u adolescentov s EBP.

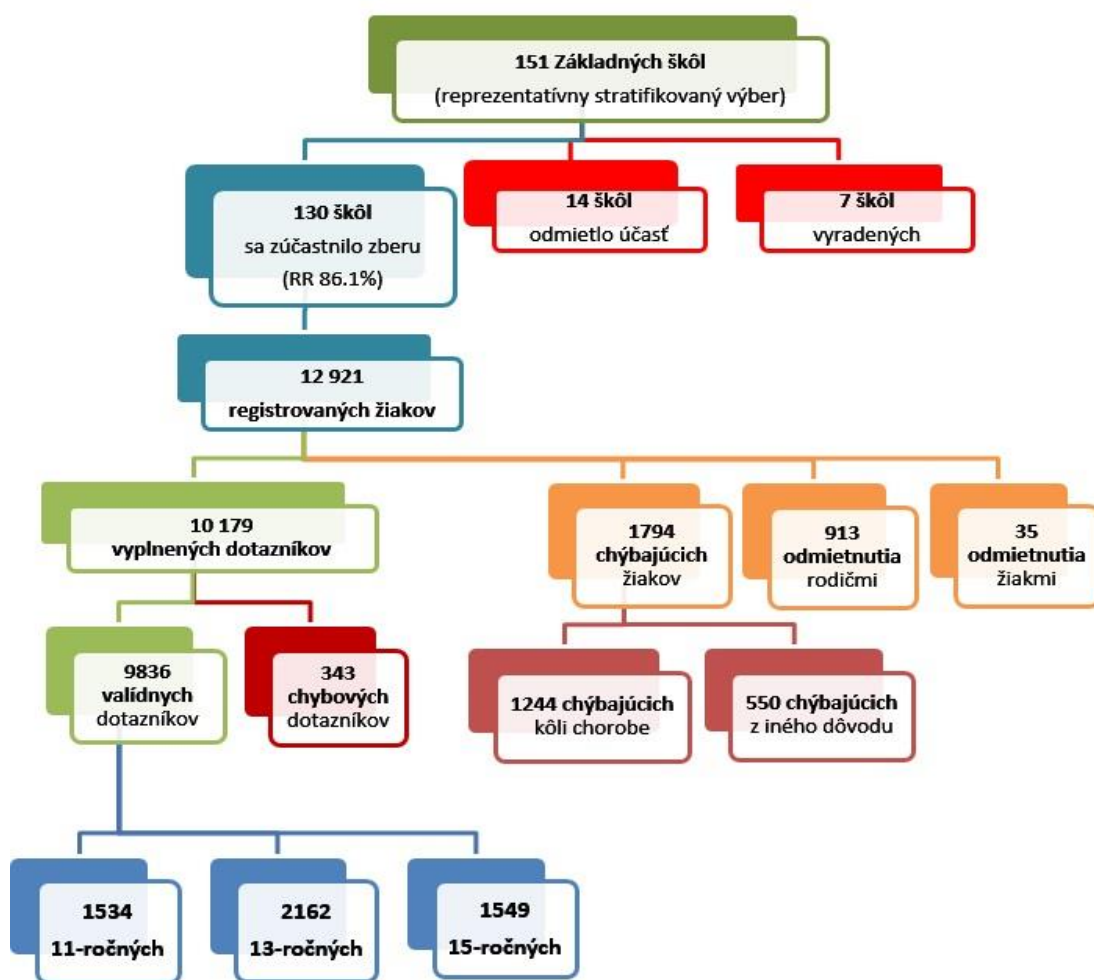
5 Metódy

Údaje analyzované v tejto práci boli zozbierané v rámci prierezovej štúdie *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) realizovanej v roku 2014 na území Slovenska. Pre zber údajov bol vypracovaný výskumný protokol a štúdia bola schválená Etickou komisiou Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach.

Cieľom štúdie HBSC bolo monitorovať zdravie a so zdravím súvisiace správanie školákov v ich sociálnom kontexte a prehliadť porozumenie mechanizmov ovplyvňujúcich rozdiely a zmeny v zdraví a rizikovom správaní školákov. Výskumný protokol štúdie HBSC bol vypracovaný v spolupráci s rozličnými pracovnými skupinami pôsobiacimi v rámci medzinárodného tímu HBSC. Dotazníky boli administrované počas bežného vyučovania prostredníctvom školených administrátorov. Podrobný popis metodológie štúdie HBSC je súčasťou Národnej správy o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov (Madarasová Gecková a kol. 2015).

5.1 Popis vzorky

Výskumná vzorka bola vytvorená v súlade s medzinárodným protokolom štúdie HBSC, tak aby odzrkadľovala vzdelávací systém na Slovensku. Vzorka bola stratifikovaná podľa regiónu a typu školy. Štúdia HBSC zahŕňa reprezentatívnu populáciu 11-, 13-, 15-ročných školákov na Slovensku. Zo zoznamu všetkých základných škôl (ZŠ) a osemročných gymnázií, ktorý poskytol Ústav informácií a prognóz školstva, bolo náhodným výberom uskutočneným v HBSC *Data Management Centre* (Bergen, Nórsko) vybraných 151 škôl. Nakoniec sa do výskumu zapojilo 130 škôl (86,1% miera odozvy) a náhodným výberom boli vybrané konkrétne triedy, v ktorých prebehol zber údajov. Dotazník vyplnilo 10 179 adolescentov, čo predstavuje 78,8% mieru odozvy. Pre potreby zodpovedania našich výskumných otázok boli do analýz zahrnutí adolescenti navštevujúci druhý stupeň základnej školy v celkovom počte 2843 respondentov, ktorí vyplnili celý dotazník SDQ (priemerný vek = 14.34; SD = 0.93), z toho bolo 51.2 % dievčat a 48.8 % chlapcov. Podrobný popis výberu vzorky je znázornený na vývojom diagrame (Obr. č. 3) (Madarasová Gecková a kol. 2015).



Obr. 4 Vývojový diagram vývoja počtu škôl a respondentov vo vzorke

(Madarasová Gecková a kol. 2015)

5.2 Zber údajov

V štúdií vykonávali dotazníkový prieskum vyškolení vedecko-výskumní pracovníci a administrátori. Dotazníky boli administrované počas jednej vyučovacej hodiny bez prítomnosti učiteľa. Žiakom bola stručne predstavená štúdia a prečítaná štandardná inštrukcia. Vypĺňanie dotazníkov trvalo 25-45 minút.

5.2.1 Dotazníkový prieskum HBSC

Dotazníky HBSC sa skladajú z povinného modulu otázok, ktorý je vo všetkých krajinách rovnaký. K nemu môžu krajiny podľa svojho záujmu a svojich potrieb pridávať otázky z voliteľného modulu ako i špecifické národné otázky. Keďže by trvanie vyplňania

dotazníka nemalo presiahnuť jednu vyučovaciu hodinu, bolo potrebné vytvoriť viacero verzií dotazníkov, v ktorých boli zaradené rôzne okruhy otázok (Madarasová Gecková a kol. 2015).

Dotazníkový prieskum mal za cieľ prehĺbiť porozumenie viacerých sociálnych determinantov zdravia a správania súvisiaceho so zdravím adolescentov v sociálnom kontexte. Bol rozdelený na niekoľko oblastí, ktoré pochádzajú z povinného modulu dotazníka: *demografické údaje* (pohlavie, ročník, vek), *ukazovatele zdravia a jeho porúch* (napr. zdravotné ťažkosti, celkové hodnotenie zdravia, sexuálne zdravie), *násilie* (šikanovanie, bitky, úrazy), *škola* (školský výkon, spokojnosť so školou, podpora spolužiakov a učiteľov, stres v škole), *rodina* (štruktúra rodiny finančná situácia rodiny, zamestnanie rodičov, komunikácia s matkou a otcom), *rovesníci* (sociálna opora priateľov), *voľnočasové aktivity* (pravidelná fyzická aktivita, sledovanie televízie, hranie PC hier).

Tematický okruh otázok, ktoré pokrýva HBSC štúdia je veľmi rozsiahly. Vzhľadom na obšírnosť dotazníkov sú v tabuľke č. 1 uvedené len konkrétne meracie nástroje, ktoré sme použili k dosiahnutiu stanovených cieľov a pri overovaní hypotéz.

Tab. 1 Vybrané meracie nástroje z HBSC štúdie – indikátory zdravia

Indikátory zdravia	
Merací nástroj	Popis meracieho nástroja
SDQ (internalizované a externalizované problémy)	Internalizované a externalizované problémy boli merané pomocou dotazníka SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) – Dotazník predností a nedostatkov, ktorý pozostáva z 25 položiek (Goodman 1997). Z toho bolo použitých 20 položiek, ktoré sú rozdelené do 4 subškál: emocionálne problémy, problémy so správaním, hyperaktivita / nepozornosť a ťažkosti vo vzťahoch s rovesníkmi. Odpoveďové alternatívy boli: 0 = nepravdivé, 1 = trochu pravdivé, 2 = určite pravdivé. Vyššie skóre poukazuje na väčšie problémy. Položky štyroch problémových oblastí sú zhrnuté tak, aby generovali celkové skóre ťažkostí (0-40). Podskupiny štyroch ťažkostí sa pohybujú v rozmedzí od 0 do 10, pričom sú definované hraničné hodnoty klasifikácie výsledkov testov do normálneho, hraničného a abnormálneho skóre (Meltzer a kol. 2000). Adolescenti boli rozdelení na tých, ktorí dosiahli normálne a hraničné hodnoty a boli zaradení do kategórie „adolescenti bez EBP“ a tých, ktorí dosiahli abnormálne hodnoty, sme zaradili medzi „adolescentov s EBP“.
Subjektívne hodnotenie zdravia	Popis indikátora: Povedal/a by si, že Tvoje zdravie je...? Možné odpovede: 1) vynikajúce, 2) dobré, 3) nie zlé, 4) zlé (Idler & Benyamini 1997; Currie a kol. 2008). Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Odpoveďové alternatívy „vynikajúce“ a „dobré“ sme zlúčili do kategórie „dobré zdravie“ a odpoveďové alternatívy „nie zlé“ a „zlé“ sme zlúčili do kategórie „zlé zdravie“.
Zdravotné ťažkosti	Popis indikátora: Za posledných 6 mesiacov: Ako často sa ti stalo, že...? Možné odpovede: 1) ťa bolela hlava, 2) ťa bolelo brucho, 3) ťa boľel chrbát, 4) si bol/a smutný/á, na dne 5) si bol/a podráždený/á alebo si mal/a zlú náladu 6) si mal/a pocit nervozity 7) si mal/a ťažkosti so zaspávaním 8) točila sa ti hlava A) asi každý deň, B) viac ako raz za týždeň, C) asi každý týždeň, D) asi každý mesiac, E) zriedkavo alebo nikdy. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí prežívali dva a viac symptómov viac ako raz do týždňa sme vytvorili kategóriu „vysoký výskyt zdravotných ťažkostí“.
Životná spokojnosť	Popis indikátora: Vo všeobecnosti, kde sa cítiš, že stojíš na tomto rebríku Ty v tomto momente ? zaškrkni políčko vedľa čísla, ktoré najlepšie popisuje, kde stojíš Ty. Možné odpovede: 0 = najhorší možný život – 10 = najlepší možný život. Vyššie skóre značí vyššiu životnú spokojnosť adolescentov. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Hodnotenie životnej spokojnosti od 0-5 tvorí kategóriu „nízkej životnej spokojnosti“ a hodnotenie 6-10 tvorí kategóriu „vysokej životnej spokojnosti“.
Poruchy učenia	Popis indikátora: Bola u teba doktorom potvrdená niektorá z nasledujúcich diagnóz? 1) cukrovka, 2) ochorenie dýchacích ciest, 3) alergia, 4) poruchy učenia, 5) telesné postihnutie, 6) sluchové postihnutie, 7) zrakové postihnutie. Možné odpovede: A) áno, B) nie. Z adolescenti, ktorí odpovedali, že bola u nich diagnostikovaná porucha učenia doktorom sme vytvorili kategóriu „adolescenti s poruchami učenia“.

Tab. 2 Vybrané meracie nástroje z HBSC štúdie – indikátory NPS

Indikátory NPS	
Merací nástroj	Popis meracieho nástroja
Násilné správanie (bitky)	Popis indikátora: V priebehu posledných 12 mesiacov, koľkokrát si sa zúčastnil/a fyzickej bitky. Možné odpovede: 1) nezúčastnil/a som sa fyzickej bitky v posledných 12 mesiacoch, 2) 1 krát, 3) 2 krát, 4) 3 krát, 5) 4 alebo viac krát. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí uviedli, že sa aspoň raz zúčastnili fyzickej bitky sme vytvorili kategóriu „účasť na násilnom správaní“.
Šikanovanie	Popis indikátora: Spolužiak/čka je šikanovaný/á, keď jemu alebo jej iný spolužiak/čka alebo skupina spolužiakov povedia alebo urobia protivné a nepríjemné veci. Šikanovanie je tiež, keď sa spolužiakovi/čke opakovane posmievajú spôsobom, ktorý mu nie je príjemný alebo keď je spolužiak/čka schválne vylúčený/á z kolektívu. Ako často si sa zúčastnil takéhoto správania voči inému spolužiakovi v škole za posledných pár mesiacov? Možné odpovede: 1) Nezúčastnil som sa takéhoto správania voči inému spolužiakovi za posledných pár mesiacov, 2) Stalo sa to len raz alebo dvakrát, 3) 2- až 3× mesačne, 4) Asi raz za týždeň, 5) Niekoľkokrát za týždeň. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí uviedli, že niekoho šikanovali najmenej 2- až 3- x za mesiac sme vytvorili kategóriu „účasť na šikanovaní“.
Prospech v škole	Popis indikátora: Čo si myslíš, ako hodnotí Tvoj/a triedny/a učiteľ/ka Tvoje výsledky v škole v porovnaní s inými spolužiakmi? Možné odpovede: 1) veľmi dobre, 2) dobre, 3) priemerne, 4) podpriemerne. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Odpovedové alternatívy „veľmi dobre“ a „dobre“ sme zlúčili do kategórie „dobrý prospech“ a odpovedové alternatívy „priemerne“ a „podpriemerne“ sme zlúčili do kategórie „horší prospech“.
Záškoláctvo	Popis indikátora: Stalo sa Ti za posledných 12 mesiacov, že si nebol/a v škole bez riadneho ospravedlnenia najmenej celý jeden deň? Možné odpovede: 1) nikdy, 2) raz alebo dvakrát, 3) trikrát a viac. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí uviedli, že aspoň raz neboli v škole bez riadneho ospravedlnenia sme vytvorili kategóriu „účasť na záškoláctve“.
Opitosť	Popis indikátora: Vypil/a si niekedy toľko alkoholu, že si bol/a naozaj opitý/á za posledných 30 dní? Mal/a si jeden alebo viacero z príznakov: problémy s chôdzou alebo problémy s rečou/ hovorením, zvracanie alebo okno (nepamätal/a si si, čo sa stalo)? Možné odpovede: 1) nie nikdy, 2) áno, raz, 3) áno, 2-3 krát, 4) áno, 4-10 krát, 5) áno, viac ako 10 krát. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí uviedli, že sa aspoň raz za posledných 30 dní opili sme vytvorili kategóriu „opili sa aspoň raz“.
Fajčenie	Popis indikátora: Ako často fajčíš tabak v súčasnosti? Možné odpovede: 1) nefajčím, 2) menej ako raz a týždeň, 3) najmenej raz do týždňa, ale nie každý deň, 4) každý deň. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí uviedli fajčenie aspoň raz za týždeň sme vytvorili kategóriu „fajčia aspoň raz za týždeň“.

Tab. 3 Vybrané meracie nástroje z HBSC štúdie – sociálny kontext

Sociálny kontext	
Merací nástroj	Popis meracieho nástroja
Subjektívne hodnotenie SES	Popis indikátora: Ako je na tom podľa teba tvoja rodina po finančnej a materiálnej stránke? Možné odpovede: 1) veľmi dobre, 2) celkom dobre, 3) priemerne, 4) nie veľmi dobre, 5). Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí uviedli, že sa ich rodina po finančnej stránke má „priemerne“, „nie veľmi dobre“ a „zle“ vytvorili kategóriu „rodina s nízkym SES“.
Úplnosť rodiny	Popis indikátora: Rodina v ktorej žiješ je.... Možné odpovede: 1) úplná vlastná (obaja rodičia sú vlastní), 2) úplná zmiešaná (jeden z rodičov nie je vlastný), 3) neúplná. Vytvorili sme dichotomizovanú premennú. Z adolescentov, ktorí uviedli, že žijú v neúplnej rodine. Odpovedťové alternatívy „úplná zmiešaná“ a „neúplná“ rodina sme zlúčili do kategórie „neúplná rodina“.
Sociálna opora rodiny	Popis indikátora: Zaujíma nás, ako hodnotíš nasledujúce výroky. (A) moja rodina sa mi naozaj snaží pomáhať, (B) dostávam od mojej rodiny citovú podporu a pomoc, akú potrebujem, (C) s mojou rodinou môžem hovoriť o svojich problémoch (D) moja rodina je ochotná pomáhať mi pri robení mojich rozhodnutí. Možné odpovede: 1 = vôbec nesúhlasím – 7 = úplne súhlasím. Vytvorili sme sumárne skóre pričom vyššie skóre značí vyššiu sociálnu oporu rodiny.
Komunikácia v rodine	Popis indikátora: V mojej rodine: (A) rozprávame sa o dôležitých veciach, (B) keď chcem niečo povedať, niekto ma počúva, (C) keď nerozumieme jeden druhému, kladieme si otázky, (D) pri každom nedorozumení sa rozprávame, až kým si ho nevyjasníme. Možné odpovede: : 1) úplne súhlasím, 2) súhlasím, 3) ani súhlasím, ani nesúhlasím, 4) nesúhlasím, 5) vôbec nesúhlasím. Vytvorili sme sumárne skóre pričom vyššie skóre značí lepšiu komunikáciu v rodine.
Vzťahy s učiteľmi	Popis indikátora: zaškrtni, jedno políčko pre každý riadok. (A) Mám pocit, že môj/moja učiteľ/ka akceptuje takého/takú, aký/á som, (B) mám pocit, že mojím učiteľom na mne ako na človeku záleží, (C) cítim, že mojím učiteľom môžem dôverovať. Možné odpovede: 1) úplne súhlasím, 2) súhlasím, 3)ani súhlasím, ani nesúhlasím, 4) nesúhlasím, 5) vôbec nesúhlasím. Vytvorili sme sumárne skóre pričom vyššie skóre značí lepšie vzťahy s učiteľmi.
Vzťahy so spolužiakmi	Popis indikátora: zaškrtni, jedno políčko pre každý riadok. (A) spolužiaci v mojej triede sú spolu radi, (B) mnohí spolužiaci v mojej triede sú priateľskí a milí, (C) ostatní spolužiaci ma prijali takého/takú, aký/á som. Možné odpovede: 1) úplne súhlasím, 2) súhlasím, 3)ani súhlasím, ani nesúhlasím, 4) nesúhlasím, 5) vôbec nesúhlasím. Vytvorili sme sumárne skóre pričom vyššie skóre značí lepšie vzťahy so spolužiakmi.

Merací nástroj	Popis meracieho nástroja
Sociálna opora rovesníkov	Popis indikátora: zaujíma nás, ako hodnotíš nasledujúce výroky. (A) moji priatelia sa mi naozaj snažia pomáhať, (B) môžem počítať s mojimi priateľmi, keď mám problém, (C) mám priateľov, s ktorými sa môžem podeliť o moje radosti aj starosti, (D) s mojimi priateľmi môžem hovoriť o svojich problémoch. Možné odpovede: 1 = vôbec nesúhlasím – 7 = úplne súhlasím. Vytvorili sme sumárne skóre pričom vyššie skóre značí vyššiu sociálnu oporu rovesníkov.
Závislosť na rovesníkoch	Popis indikátora: Zaujíma nás, ako hodnotíš nasledujúce výroky. Prečítaj si pozorne každý výrok a označ, do akej miery s ním súhlasíš. (A) mám strach, že sa za mňa moji priatelia hanbia, (B) v ničom sa mojím priateľom nevyrovnám, (C) mám strach, že by som o svojich priateľov mohol/mohla prísť, (D) podriaďujem sa mojím priateľom, (E) ostýcham sa pred mojimi priateľmi, (F) robím všetko, čo mi moji priatelia povedia. Možné odpovede: 1) nikdy, 2) zriedkavo, 3) čiastočne, 4) väčšinou, 5) vždy. Vytvorili sme sumárne skóre pričom vyššie skóre značí vyššiu závislosť na rovesníkoch.

5.2.2 Štatistické metódy

V práci je prezentovaná základná deskriptívna štatistika jednotlivých internalizovaných a externalizovaných problémov ako aj výskyt EBP v jednotlivých subškálach na základe rozdelenia dosiahnutých skóre v SDQ dotazníku na normálne, hraničné a abnormálne. Vzťah medzi výskytom EBP (internalizovaných a externalizovaných problémov) a sociálnym kontextom bol skúmaný pomocou logistickej regresie po zohľadnení pohlavia, veku a socioekonomickému statusu. Rovnako aj pravdepodobnosť výskytu vybraných indikátorov zdravia a indikátorov NPS u adolescentov s EBP (kontrolovaný pre vek, pohlavie a SES) a vplyv sociálneho kontextu boli skúmané pomocou logistickej regresie. Všetky štatistické analýzy boli spracované v programe IBM SPSS Statistics 20.

6 Výsledky

Celkový súbor tvorili adolescenti navštevujúci druhý stupeň základnej školy v celkovom počte 2843 respondentov, ktorí vyplnili celý dotazník SDQ (priemerný vek = 14.34; SD = 0.93), z toho bolo 51.2 % dievčat a 48.8 % chlapcov.

6. 1 Deskriptívna štatistika - výskyt EBP

V tabuľke č. 4 je uvedená deskriptívna štatistika dotazníka SDQ. Z maximálneho možného sumárneho skóre 40.00 dosahovali v priemere adolescenti sumárne skóre 12.28. Priemerné sumárne skóre v internalizovaných problémoch bolo 6.28 (z možného maxima 18.00) a priemerné sumárne skóre v externalizovaných problémoch bolo 6.76 (z možného maxima 18.00).

Tab. 4 Deskriptívna štatistika SDQ

	N	Minimum	Maximum	Priemer	Štandardná odchýlka
SDQ sumárne skóre	2843	0.00	35.00	12.28	5.86
Internalizované problémy	2966	0.00	18.00	6.28	3.04
<i>Emocionálne symptómy</i>	3048	0.00	10.00	3.82	2.06
<i>Problémové správanie</i>	3064	0.00	9.00	2.96	1.76
Externalizované problémy	2972	0.00	18.00	6.76	3.24
<i>Hyperaktivita a nepozornosť</i>	3048	0.00	10.00	3.82	2.06
<i>Ťažkosti vo vzťahoch s rovesníkmi</i>	3049	0.00	10.00	2.48	1.85

Na základe dosiahnutého skóre v SDQ dotazníku sme si rozdelili adolescentov na tých, ktorí dosiahli normálne alebo hraničné hodnoty (87.7 %) a tých, ktorí dosiahli abnormálne hodnoty (12.3%) (tab. č. 5). Najviac dosahovali adolescenti abnormálne hodnoty v problémovom správaní (18.4%) a najmenej v ťažkostiach vo vzťahoch s rovesníkmi (7.1%) (tab. č. 5). Adolescenti, ktorí dosiahli abnormálne hodnoty v SDQ dotazníku sú tí, u ktorých sa vyskytujú EBP.

Tab. 5 **Výskyt EBP** (internalizovaných a externalizovaných problémov) v nami skúmanej populácii adolescentov, vrátane výskytu emocionálnych symptómov, problémového správania, hyperaktivity/nepozornosti a ťažkostí vo vzťahoch s rovesníkmi.

		N	%
SDQ sumárne skóre	Normálne + hraničné hodnoty	2494	87.7
	Abnormálne hodnoty	349	12.3
	Spolu	2843	100.0
Internalizované problémy			
<i>Emocionálne symptómy</i>	Normálne + hraničné hodnoty	2735	89.7
	Abnormálne hodnoty	313	10.3
	Spolu	3048	100.0
<i>Ťažkosti vo vzťahoch s rovesníkmi</i>	Normálne + hraničné hodnoty	2834	92.9
	Abnormálne hodnoty	215	7.1
	Spolu	3049	100.0
Externalizované problémy			
<i>Hyperaktivita a nepozornosť</i>	Normálne + hraničné hodnoty	2735	89.7
	Abnormálne hodnoty	313	10.3
	Spolu	3048	100.0
<i>Problémové správanie</i>	Normálne + hraničné hodnoty	2499	81.6
	Abnormálne hodnoty	565	18.4
	Spolu	3064	100.0

6.2 Vzťah medzi sociálnym kontextom adolescentov a výskytom EBP

V tabuľke č. 6 (model 0) sú popísané výsledky logistickej regresie, ktorou sme skúmali vzťah medzi výskytom EBP (internalizovaných a externalizovaných problémov) a vysvetľujúcimi premennými. Zistili sme že, u dievčat sa signifikantne častejšie vyskytujú EBP v porovnaní s chlapcami. Taktiež sme zistili, že počet adolescentov s EBP stúpa s vekom. Zároveň, čím vyšší je socio-ekonomický status, tým nižšia je pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov. Adolescenti z neúplných rodín majú signifikantne vyššiu pravdepodobnosť výskytu EBP v porovnaní s adolescentmi z úplných rodín. Dobrá sociálna opora rodiny a rovesníkov, komunikácia v rodine ako aj pozitívne vzťahy s učiteľmi a spolužiakmi znižujú pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov. Závislosť na rovesníkoch naopak zvyšuje pravdepodobnosť výskytu EBP (tabuľka č. 6, model 0).

Ďalej sme skúmali vzťah medzi výskytom EBP a celkovým spoločným pôsobením premenných rodinného prostredia (tabuľka č. 6, model 1). Zistili sme, že v rámci rodinného prostredia najdôležitejšiu úlohu zohráva sociálna opora rodiny, ktorá významne znižuje

pravdepodobnosť výskytu EBP. Dôležitá je však aj komunikácia v rodine, ktorá taktiež signifikantne znižuje pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov.

Skúmali sme aj vzťah medzi výskytom EBP a celkovým spoločným pôsobením premenných školského prostredia (tabuľka č. 6, model 2). Zistili sme, že tak pozitívne vzťahy s učiteľmi ako aj so spolužiakmi signifikantne znižujú pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov.

Taktiež sme skúmali vzťah medzi výskytom EBP a celkovým spoločným pôsobením premenných vzťahov s rovesníkmi (tabuľka č. 6, model 3). Sociálna opora rovesníkov signifikantne znižuje pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov, naopak závislosť na rovesníkoch pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov zvyšuje.

Tab 6. **Vzťah medzi výskytom EBP** (internalizovaných a externalizovaných problémov) a **vysvetľujúcimi premennými** (Model 0), kontrolovaný pre pohlavie, vek a SES, a sociálny kontext: rodinné prostredie (Model 1), prostredie v škole (Model2), rovesnícke vzťahy (Model3).

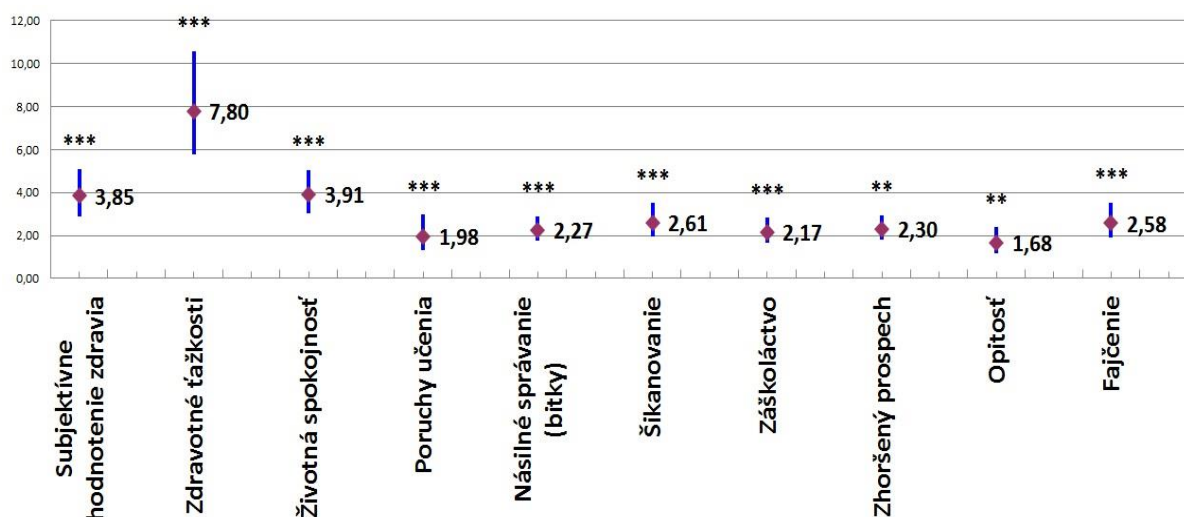
	<i>Základný model</i>	<i>Rodinné prostredie</i> N=2596	<i>Prostredie v škole</i> N=2710	<i>Rovesnícke vzťahy</i> N=2448
	Model 0 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 3 OR (95% CI)
Pohlavie				
<i>Chlapci</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Dievčatá</i>	1.43 (1.14-1.80)**	1.44 (1.11 -1.86)**	1.36 (1.06-1.74)*	1.57 (1.20-2.05)**
Vek	1.14 (1.01-1.29)*	1.10 (0.96-1.27)	1.05 (0.92-1.19)	1.13 (0.99-1.30)
SES	0.69 (0.61-0.79)***	0.90 (0.78-1.04)	0.75 (0.66-0.87)***	0.85 (0.73-0.98)*
Úplnosť rodiny				
<i>Úplná</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)		
<i>neúplná</i>	1.44 (1.10-1.90)**	1.18 (0.87-1.59)		
Sociálna opora rodiny	0.89 (0.87-0.90)***	0.90 (0.88-0.93)***		
Komunikácia v rodine	0.84 (0.81-0.88)***	0.94 (0.90-0.99)*		
Vzťahy s učiteľmi	0.84 (0.81-0.88)***		0.87 (0.84-0.91)***	
Vzťahy so spolužiakmi	0.83 (0.79-0.87)***		0.87 (0.82-0.91)***	
Soc. opora rovesníkov	0.92 (0.91-0.94)***			0.93 (0.91-0.96)***
Závislosť na rovesníkoch	1.13 (1.10-1.16)***			1.12 (1.08-1.15)***

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

6.3 Zdravie a NPS u adolescentov s EBP s prihliadnutím na sociálny kontext

Následne sme prostredníctvom logistickej regresie kontrolovanej pre pohlavie, vek a SES skúmali vzťah medzi indikátormi zdravia (hodnotenie zdravia, zdravotné ťažkosti a životná spokojnosť), indikátormi NPS (násilné správanie, šikanovanie, záškoláctvo, zhoršený prospech, opitosť, fajčenie) a výskytom EBP u adolescentov (Graf č. 1). V ďalšom kroku sme adjustovali na vplyv sociálneho kontextu: rodinné prostredie, prostredie v škole, rovesnícke vzťahy.

Graf 1 Vzťah medzi indikátormi zdravia a NPS a výskytom EBP u adolescentov kontrolovaný pre pohlavie, vek a SES.



Zistili sme že, adolescenti s EBP majú približne 4-krát vyššiu pravdepodobnosť horšie hodnotiť svoje zdravie v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 7 Model 1). V rámci rodinného prostredia je sociálna opora rodiny faktor, ktorý významne znižuje pravdepodobnosť zlého hodnotenia zdravia u adolescentov s EBP. Po pridaní faktorov rodinného prostredia klesla pravdepodobnosť horšie hodnotiť svoje zdravie u adolescentov s EBP z OR= 4 na OR=3. Po pridaní rodinných faktorov klesla pravdepodobnosť horšieho hodnotenia zdravia u adolescentov s EBP o 36%. Napriek tomu sú však EBP významným faktorom vo vzťahu ku hodnoteniu zdravia u adolescentov.

Faktory školského prostredia významne znižujú pravdepodobnosť zlého hodnotenia zdravia u adolescentov s EBP. Po pridaní týchto faktorov klesla pravdepodobnosť horšie hodnotiť svoje zdravie u adolescentov s EBP o 31 %.

Najmenšiu úlohu vo vzťahu medzi horším hodnotením zdravia a výskytom EBP zohrávajú rovesnícke vzťahy, napriek tomu, že sociálna opora rovesníkov znižuje pravdepodobnosť horšieho hodnotenia zdravia.

Čo sa týka výskytu zdravotných ťažkostí, zistili sme, že adolescenti s EBP majú približne 8x vyššiu pravdepodobnosť udávať dve a viac zdravotných ťažkostí aspoň raz za týždeň v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 8 Model 1). V rámci rodinného prostredia je sociálna opora rodiny faktor, ktorý významne znižuje pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí u adolescentov s EBP. Po pridaní faktorov rodinného prostredia klesla pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí u adolescentov s EBP. To znamená, že približne štvrtinu vzťahu medzi výskytom zdravotných ťažkostí a výskytom EBP u adolescentov sa dá vysvetliť faktormi rodinného prostredia.

Faktory školského prostredia významne znižujú pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí u adolescentov s EBP. Po pridaní týchto faktorov klesla pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí u adolescentov s EBP o 16 %.

Dôležitú úlohu vo vzťahu medzi výskytom zdravotných ťažkostí a výskytom EBP zohrávajú aj rovesnícke vzťahy. Sociálna opora rovesníkov znižuje a závislosť na rovesníkoch naopak zvyšuje pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí.

Tab 7. **Pravdepodobnosť horšieho hodnotenia zdravia u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Subjektívne hodnotenie zdravia	Rodinné prostredie N=2574	Prostredie v škole N=2683	Rovesnícke vzťahy N=2423
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	4.09 (3.05-5.48)***	3.89 (2.92-5.18)***	4.10 (3.02-5.55)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	2.96 (2.16-4.04)***	2.98 (2.21-4.03)***	3.70 (2.70-5.06)***
Úplnosť rodiny			
Úplná	1 (referenčná)		
neúplná	1.19 (0.88-1.63)		
Sociálna opora rodiny	0.94 (0.91-0.96)***		
Komunikácia v rodine	0.96 (0.91-1.01)		
Vzťahy s učiteľmi		0.89 (0.85-0.93)***	
Vzťahy so spolužiakmi		0.90 (0.86-0.95)***	
Sociálna opora rovesníkov			0.97 (0.94-0.99)**
Závislosť na rovesníkoch			1.02 (0.98-1.05)
OR Crude	36.57 %	31.49 %	12.90 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Tab 8. **Pravdepodobnosť vyššieho výskytu zdravotných ťažkostí u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt zdravotných ťažkostí	Rodinné prostredie N=2509	Prostredie v škole N=2615	Rovesnícke vzťahy N=2368
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	7.94 (5.77-10.93)***	8.01 (5.87-10.91)***	7.95 (5.74-11.02)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	6.34 (4.56-8.80)***	6.90 (5.04-9.45)***	6.88 (4.94-9.59)***
Úplnosť rodiny			
<i>Úplná</i>	1 (referenčná)		
<i>neúplná</i>	1.02 (0.81-1.28)		
Sociálna opora rodiny	0.92 (0.90-0.94)***		
Komunikácia v rodine	0.98 (0.95-1.01)		
Vzťahy s učiteľmi		0.92 (0.89-0.95)***	
Vzťahy so spolužiakmi		0.92 (0.89-0.96)***	
Sociálna opora rovesníkov			0.98 (0.96-0.99)**
Závislosť na rovesníkoch			1.09 (1.07-1.12)***
OR Crude	23.05 %	15.83 %	15.40 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

V súvislosti s nižšou životnou spokojnosťou sme zistili, že adolescenti s EBP majú približne 4-krát vyššiu pravdepodobnosť hodnotiť svoju životnú spokojnosť ako nižšiu v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 9 Model 1). V rámci rodinného prostredia je sociálna opora rodiny faktor, ktorý u adolescentov s EBP významne znižuje pravdepodobnosť hodnotiť svoju životnú spokojnosť ako nízku. Po pridaní faktorov rodinného prostredia klesla pravdepodobnosť nízkej životnej spokojnosti u adolescentov s EBP o približne 40 %.

Faktory školského prostredia významne znižujú pravdepodobnosť nižšej životnej spokojnosti u adolescentov s EBP. Po pridaní týchto faktorov klesla pravdepodobnosť nižšej životnej spokojnosti u adolescentov s EBP až o približne 30 %.

Dôležitú úlohu vo vzťahu medzi hodnotením životnej spokojnosti a výskytom EBP zohrávajú aj rovesnícke vzťahy. Sociálna opora rovesníkov znižuje a závislosť na rovesníkoch naopak zvyšuje pravdepodobnosť hodnotiť svoju životnú spokojnosť ako nízku.

Čo sa týka výskytu porúch učenia zistili sme, že adolescenti s EBP majú približne 2-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu porúch učenia v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 10 Model 1). Logistická regresia poukazuje nato, že faktory rodinného a školského prostredia nemajú signifikantný vplyv na výskyt porúch učenia a zároveň neovplyvňujú vzťah medzi poruchami učenia a výskytom EBP u adolescentov. V rámci rovesníckych vzťahov sme zistili, že sociálna opora rovesníkov významne znižuje pravdepodobnosť výskytu porúch učenia u adolescentov s EBP. Po pridaní faktorov - rovesníckych vzťahov klesla pravdepodobnosť výskytu porúch učenia u adolescentov s EBP približne o 45 %.

Taktiež sme zistili, že adolescenti s EBP majú približne 2-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu násilného správania v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 11 Model 1). V rámci rodinného prostredia sociálna opora rodiny významne znižuje pravdepodobnosť výskytu násilného správania u adolescentov s EBP. Po pridaní faktorov rodinného prostredia klesla pravdepodobnosť výskytu násilného správania u adolescentov s EBP približne o 29 %. Ďalej sme zistili, že v rámci školského prostredia vzťahy s učiteľmi signifikantne znižujú výskyt násilného správania u adolescentov.

Najmenšiu úlohu vo vzťahu medzi výskytom násilného správania u adolescentov a výskytom EBP zohrávajú rovesnícke vzťahy, napriek tomu, že závislosť na rovesníkoch signifikantne zvyšuje pravdepodobnosť výskytu násilného správania u adolescentov.

Tab 9. **Pravdepodobnosť nižšej životnej spokojnosti u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Nízka životná spokojnosť	Rodinné prostredie N=2574	Prostredie v škole N=2683	Rovesnícke vzťahy N=2433
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	4.00 (3.07-5.20)***	3.86 (2.99-4.98)***	4.00 (3.05-5.23)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	2.78 (2.10-3.68)***	2.98 (2.28-3.89)***	3.17 (2.39-4.19)***
Úplnosť rodiny			
Úplná	1 (referenčná)		
neúplná	1.32 (1.03-1.71)*		
Sociálna opora rodiny	0.91 (0.89-0.93)***		
Komunikácia v rodine	0.96 (0.92-1.00)		
Vzťahy s učiteľmi		0.89 (0.85-0.92)***	
Vzťahy so spolužiakmi		0.88 (0.85-0.92)***	
Sociálna opora rovesníkov			0.94 (0.93-0.96)***
Závislosť na rovesníkoch			1.08 (1.05-1.11)***
OR Crude	40.66 %	30.77 %	27.66 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Tab 10. **Pravdepodobnosť výskytu porúch učenia u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt porúch učenia	Rodinné prostredie N=2584	Prostredie v škole N=2700	Rovesnícke vzťahy N=2438
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	2.12 (1.38-3.25)**	1.96 (1.30-2.94)**	1.75 (1.11-2.78)*
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	1.95 (1.24-3.06)**	1.91 (1.26-2.91)**	1.41 (0.87-2.27)
Úplnosť rodiny			
Úplná	1 (referenčná)		
neúplná	1.27 (0.84-1.92)		
Sociálna opora rodiny	0.99 (0.95-1.03)		
Komunikácia v rodine	0.99 (0.93-1.05)		
Vzťahy s učiteľmi		1.00 (0.95-1.06)	
Vzťahy so spolužiakmi		0.98 (0.91-1.05)	
Sociálna opora rovesníkov			0.95 (0.92-0.98)***
Závislosť na rovesníkoch			1.04 (1.00-1.09)
OR Crude	15.18 %	5.21 %	45.33 %

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tab 11. **Pravdepodobnosť výskytu násilného správania u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt násilného správania	Rodinné prostredie N=2580	Prostredie v škole N=2695	Rovesnícke vzťahy N=2432
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	2.29 (1.77-2.96)***	2.29 (1.78-2.94)***	2.25 (1.73-2.92)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	1.91 (1.46-2.50)***	2.06 (1.60-2.67)***	2.14 (1.64-2.80)***
Úplnosť rodiny			
<i>Úplná</i>	1 (referenčná)		
<i>neúplná</i>	1.35 (1.08-1.69)**		
Sociálna opora rodiny	0.96 (0.94-0.98)***		
Komunikácia v rodine	1.01 (0.97-1.04)		
Vzťahy s učiteľmi		0.93 (0.90-0.96)***	
Vzťahy so spolužiakmi		1.00 (0.96-1.03)	
Sociálna opora rovesníkov			1.01 (1.00-1.03)
Závislosť na rovesníkoch			1.04 (1.02-1.07)***
OR Crude	29.46 %	17.83 %	8.8 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Zistili sme že, adolescenti s EBP majú približne 2.5-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu šikanovania (v roli aktéra) v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 12 Model 1). V rámci rodinného prostredia je sociálna opora rodiny faktor, ktorý mierne znižuje pravdepodobnosť výskytu šikanovania u adolescentov s EBP. Vplyv komunikácie a úplnosti rodiny nenadobudol signifikantné hodnoty. Po pridaní rodinných faktorov klesla pravdepodobnosť výskytu šikanovania u adolescentov s EBP o 20%.

Z faktorov školského prostredia iba vzťahy so spolužiakmi významne znižujú pravdepodobnosť výskytu šikanovania u adolescentov. Po pridaní faktorov školského prostredia klesla pravdepodobnosť výskytu šikanovania u adolescentov s EBP o približne 23 %.

Dôležitú úlohu vo vzťahu medzi výskytom šikanovania a výskytom EBP zohráva závislosť na rovesníkoch, ktorá signifikantne zvyšuje pravdepodobnosť výskytu šikanovania. Sociálna opora rovesníkov tu nezohráva dôležitú úlohu.

Skúmali sme tiež pravdepodobnosť výskytu záškoláctva a zistili sme, že adolescenti s EBP majú približne 2-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu záškoláctva v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 13 Model 1). V rámci rodinného prostredia je komunikácia v rodine jediný faktor, ktorý významne znižuje pravdepodobnosť výskytu záškoláctva u adolescentov s EBP.

V súvislosti so školským prostredím sme zistili, že vzťahy s učiteľmi štatisticky významne znižujú pravdepodobnosť výskytu záškoláctva u adolescentov na rozdiel od vzťahov so spolužiakmi, ktoré v tomto prípade nezohrávajú významnú úlohu, rovnako ako ani rovesnícke vzťahy.

Tab 12. **Pravdepodobnosť výskytu šikanovania (v roli aktéra) u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt šikanovania	Rodinné prostredie N=2572	Prostredie v škole N=2680	Rovesnícke vzťahy N=2428
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	2.55 (1.87-3.48)***	2.59 (1.91-3.51)***	2.45 (1.78-3.38)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	2.24 (1.61-3.11)***	2.22 (1.62-3.04)***	2.09 (1.50-2.92)***
Úplnosť rodiny			
<i>Úplná</i>	1 (referenčná)		
<i>neúplná</i>	1.19 (0.87-1.61)		
Sociálna opora rodiny	0.97 (0.94-0.99)*		
Komunikácia v rodine	1.01 (0.97-1.06)		
Vzťahy s učiteľmi		0.97 (0.93-1.02)	
Vzťahy so spolužiakmi		0.90 (0.86-0.95)***	
Sociálna opora rovesníkov			0.98 (0.96-1.00)
Závislosť na rovesníkoch			1.06 (1.03-1.09)***
OR Crude	20 %	23.27 %	24.83 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Tab 13. **Pravdepodobnosť výskytu záškoláctva u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt záškoláctva	Rodinné prostredie N=2583	Prostredie v škole N=2697	Rovesnícke vzťahy N=2436
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	2.09 (1.60-2.74)***	2.19 (1.69-2.85)***	2.24 (1.70-2.95)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	1.77 (1.33-2.36)***	1.95 (1.49-2.57)***	2.15 (1.62-2.86)***
Úplnosť rodiny			
Úplná	1 (referenčná)		
neúplná	1.21 (0.94-1.56)		
Sociálna opora rodiny	0.98 (0.96-1.00)		
Komunikácia v rodine	0.96 (0.92-0.99)*		
Vzťahy s učiteľmi		0.89 (0.86-0.92)***	
Vzťahy so spolužiakmi		1.04 (0.99-1.08)	
Sociálna opora rovesníkov			1.00 (0.98-1.02)
Závislosť na rovesníkoch			1.02 (0.99-1.05)
OR Crude	29.36 %	20.17 %	7.26 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Čo sa týka pravdepodobnosti výskytu horšieho prospechu v škole u adolescentov sme zistili sme že, adolescenti s EBP majú viac ako 2-krát vyššiu pravdepodobnosť mať horší prospech v škole v porovnaní s ostatnými adolescentmi (tabuľka č. 14 Model 1). V rámci rodinného prostredia je sociálna opora rodiny faktor, ktorý významne znižuje pravdepodobnosť horšieho prospechu v škole u adolescentov s EBP. Taktiež sme zistili, že neúplnosť rodiny významne zvyšuje pravdepodobnosť horšieho prospechu v škole u adolescentov. Po pridaní

rodinných faktorov klesla pravdepodobnosť horšieho prospechu v škole u adolescentov s EBP o 32%.

V rámci faktorov školského prostredia sú vzťahy s učiteľmi významným faktorom, ktorý významne znižuje pravdepodobnosť horšieho prospechu v škole u adolescentov. Vzťahy so spolužiakmi nezohrávajú signifikantnú úlohu. Po pridaní týchto faktorov klesla pravdepodobnosť mať horší prospech v škole u adolescentov s EBP o približne 32 %.

Najmenšiu úlohu vo vzťahu medzi výskytom horšieho prospechu v škole a výskytom EBP zohrávajú rovesnícke vzťahy, napriek tomu, že závislosť na rovesníkoch mierne zvyšuje výskyt horšieho prospechu v škole.

Tab 14. **Pravdepodobnosť výskytu horšieho prospechu v škole u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt horšieho prospechu v škole	Rodinné prostredie N=2584	Prostredie v škole N=2700	Rovesnícke vzťahy N=2438
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	2.30 (1.78-2.96)***	2.37 (1.86-3.02)***	2.34 (1.80-3.02)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	1.88 (1.44-2.45)***	1.93 (1.49-2.50)***	2.11 (1.62-2.76)***
Úplnosť rodiny			
<i>Úplná</i>	1 (referenčná)		
<i>neúplná</i>	1.29 (1.03-1.63)*		
Sociálna opora rodiny	0.97 (0.95-0.99)*		
Komunikácia v rodine	0.95 (0.92-0.99)		
Vzťahy s učiteľmi		0.84 (0.81-0.86)***	
Vzťahy so spolužiakmi		1.01 (0.97-1.05)	
Sociálna opora rovesníkov			0.98 (0.97-1.00)
Závislosť na rovesníkoch			1.04 (1.01-1.06)*
OR Crude	32.31 %	32.11 %	17.16 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

V súvislosti s výskytom opitosti u adolescentov sme zistili že, adolescenti s EBP majú približne 1.5-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu opitosti v porovnaní s ostatnými adolescentmi (Tabuľka č. 15 Model 1). V rámci rodinného prostredia je sociálna opora rodiny faktor, ktorý u adolescentov významne znižuje pravdepodobnosť výskytu opitosti. Naopak neúplná rodina zvyšuje pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov Po pridaní rodinných faktorov klesla pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov s EBP skoro o polovicu.

Pozitívne vzťahy s učiteľmi významne znižujú pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov. Vzťahy so spolužiakmi nezohrávajú významnú úlohu. Po pridaní faktorov školského prostredia klesla pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov s EBP až o približne 46 %. Najmenšiu úlohu vo vzťahu medzi výskytom opitosti a výskytom EBP zohrávajú rovesnícke vzťahy. Pridaním rovesníckych vzťahov do modelu sa pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov s EBP zvýšila.

V súvislosti s výskytom fajčenia sme zistili, že adolescenti s EBP majú približne 2.5-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu fajčenia v porovnaní s ostatnými adolescentmi (Tabuľka č. 16 Model 1). V rámci rodinného prostredia je sociálna opora rodiny faktor, ktorý významne znižuje pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov. Taktiež sme zistili, že neúplnosť rodiny významne zvyšuje pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov. Po pridaní rodinných faktorov klesla pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov s EBP o 49%.

V rámci faktorov školského prostredia sú vzťahy s učiteľmi významným faktorom, ktorý významne znižuje pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov. Vzťahy so spolužiakmi nezohrávajú významnú úlohu Po pridaní týchto faktorov klesla pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov s EBP o približne 46 %.

Najmenšiu úlohu vo vzťahu medzi výskytom fajčenia a výskytom EBP zohrávajú rovesnícke vzťahy. Pridaním rovesníckych vzťahov do modelu sa pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov s EBP zvýšila.

Tab 15. **Pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt opitosti	Rodinné prostredie N=2464	Prostredie v škole N=2575	Rovesnícke vzťahy N=2329
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	1.81 (1.26-2.59)**	1.58 (1.10-2.26)*	1.75 (1.21-2.52)*
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
Normálne/hraničné hodnoty	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
Abnormálne hodnoty	1.41 (0.96-2.07)	1.31 (0.90-1.92)	1.83 (1.26-2.67)**
Úplnosť rodiny			
Úplná	1 (referenčná)		
neúplná	1.56 (1.13-2.14)*		
Sociálna opora rodiny	0.97 (0.94-1.00)*		
Komunikácia v rodine	0.95 (0.90-1.00)		
Vzťahy s učiteľmi		0.86 (0.82-0.90)***	
Vzťahy so spolužiakmi		1.05 (0.99-1.11)	
Sociálna opora rovesníkov			1.03 (1.00-1.06)
Závislosť na rovesníkoch			1.00 (0.96-1.04)
OR Crude	49.38 %	46.55 %	-10.67 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Tab 16.: **Pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov s EBP** kontrolovaná pre pohlavie, vek a SES (Model 1), adjustovaná na vplyv sociálneho kontextu (Model 2), konkrétne: rodinného prostredia, prostredia v škole, rovesníckych vzťahov.

Výskyt fajčenia	Rodinné prostredie N=2571	Prostredie v škole N=2684	Rovesnícke vzťahy N=2427
	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)	Model 1 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	2.60 (1.89-3.59)***	2.56 (1.86-3.51)***	2.53 (1.82-3.52)***
	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)	Model 2 OR (95% CI)
EBP adjustované			
<i>Normálne/hraničné hodnoty</i>	1 (referenčná)	1 (referenčná)	1 (referenčná)
<i>Abnormálne hodnoty</i>	2.06 (1.46-2.91)***	2.36 (1.69-3.28)***	2.80 (1.99-3.94)***
Úplnosť rodiny			
<i>Úplná</i>	1 (referenčná)		
<i>neúplná</i>	2.48 (1.86-3.32)***		
Sociálna opora rodiny	0.95 (0.92-0.94)***		
Komunikácia v rodine	1.01 (0.96-1.06)		
Vzťahy s učiteľmi		0.87 (0.83-0.91)***	
Vzťahy so spolužiakmi		1.11 (1.05-1.17)***	
Sociálna opora rovesníkov			1.03 (1.01-1.06)*
Závislosť na rovesníkoch			0.98 (0.94-1.02)
OR Crude	33.75 %	12.82 %	-17.65 %

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

7. Diskusia

Cieľom tejto dizertačnej práce bolo preskúmať v populácii adolescentov výskyt EBP a zamerať sa na zdravie a NPS u adolescentov s EBP s prihliadnutím na sociálny kontext. V práci sme si stanovili niekoľko cieľov, v rámci ktorých sme pracovali s nami stanovenými hypotézami. V nasledujúcich odsekoch sa budeme venovať jednotlivým cieľom a hypotézam a naše zistenia porovnávať s existujúcou literatúrou.

Cieľ č. 1:

Prvým cieľom prezentovanej práce bolo preskúmať výskyt EBP v reprezentatívnej vzorke adolescentov. Na naplnenie tohto cieľa bola stanovená jedna z hypotéz týkajúca sa prevalencie adolescentov s EBP. Predpokladali sme, že miera výskytu EBP sa na Slovensku nelíši od výskytu EBP v Európe.

Odhady WHO z roku 2001 ukazujú, že až 20% dospelých má jeden alebo viac duševných alebo behaviorálnych problémov, pričom v poslednom čase došlo k nárastu výskytu duševných ochorení a maladaptívneho správania u adolescentov. Výskyt EBP v nami skúmanej populácii adolescentov je 12.3 %. Štúdie realizované v rôznych častiach sveta ukazujú, že výskyt EBP u adolescentov sa pohybuje od 10% do 15% (Ravens-Sieberer a kol. 2007; 2008). Meta-analýza 33 štúdií, ktorú vykonali Barkmann & Schulte-Markwort v roku 2012 preukázala priemernú prevalenciu 17,6%. A tak možno konštatovať, že sa naša prvá hypotéza potvrdila, nakoľko je výskyt EBP na Slovensku porovnateľný s výskytom EBP v Európe.

Z predchádzajúcich výskumov však vyplýva, že zistiť konkrétnu prevalenciu adolescentov s EBP môže byť komplikované, a práve preto je problematické týmto adolescentom poskytnúť adekvátnu starostlivosť a služby (Kauffman a kol. 2007; 2009). Odhadované čísla adolescentov trpiacich EBP vo veľkej miere kolíšu, čo závisí od konkrétnych štúdií, ktorými boli údaje získavané. Toto kolísanie v odhadovaných prevalenciách môže byť čiastočne vysvetlené rôznorodosťou dôvodov pre ktoré boli štúdie uskutočnené (napr. perspektíva vývinovej psychológie, symptomatológia, prevalenčná štúdia a pod.) (Brauner & Stephens 2006).

Pri porovnávaní prevalencií z rôznych krajín je potrebné mať na zreteli, že rozdiely v prevalenciách sú primárne metodologickej povahy, prípadne sú výsledkom zvolených prístupov (dotazník vs. interview), výber meracieho nástroja, zdroj informácie

(dieťa/rodič/učiteľ/kombinácie predošlých), ako aj spôsob prezentácie dát (Wille & Ravens-Sieberer 2010; Ravens-Sieberer & Ottová 2016).

Cieľ č. 2:

Druhým cieľom bolo preskúmať vzťah medzi sociálnym kontextom adolescentov (rodinné prostredie, prostredie v škole, rovesnícke vzťahy) a výskytom EBP u adolescentov. Na naplnenie tohto cieľa bola stanovená hypotéza, v ktorej sme predpokladali vyšší výskyt EBP u adolescentov s nižším SES, pochádzajúcich z neúplných rodín a z horšie fungujúcimi vzťahmi v rodine, v škole a s rovesníkmi.

Tak ako predchádzajúce štúdie (Garnefski & Diekstra 1996; Moretti & Peled 2004; Dodge a kol. 2006; Erhart a kol. 2009), tak aj naše výsledky potvrdili výrazný vplyv sociálneho kontextu na výskyt EBP u adolescentov. Zistili sme, že adolescenti s EBP pochádzajú častejšie z rodín z nižším socio-ekonomickým statusom a z neúplných rodín. K obdobnému záveru, že práve adolescenti s EBP sa častejšie nachádzajú v neúplných rodinách (Hetherington & Stanley-Hagen 1999; Harland a kol. 2002) a v rodinách s nižším socioekonomickým statusom (Pagani a kol. 1999; McLeod & Nonnemaker 2000; Harland a kol. 2002) dospelo viacero predchádzajúcich štúdií. Nižší SES je taktiež spojený s nízkou alebo nedostatočnou sociálnou oporou a takmer v každej európskej krajine sa v prieskume zistil väčší podiel dievčat s nízkou duševnou spokojnosťou (Ravens-Sieberer a kol. 2008; Ravens-Sieberer & Ottová 2016). Okrem toho sa objavili značné rozdiely v oblasti duševného zdravia a spokojnosti medzi rodinami s nižším a vyšším SES, ako aj rozdiely vo výskyte viacerých zdravotných ťažkostí súvisiacich s horším duševným zdravím (Erhart a kol. 2009). Ďalším faktorom, ktorý môže ovplyvňovať túto situáciu na Slovensku je kombinácia nízkeho vzdelania a profesijného statusu rodičov žijúcich v krajine s nízkym HDP a vysokou nerovnosťou príjmov, čo môže súvisieť so zvýšeným rizikom nižšej kvality života a pohody adolescentov (Ravens-Sieberer a kol. 2013). Tieto zistenia potvrdzujú predchádzajúce štúdie, ktoré našli pozitívnu súvislosť medzi zdravotnými ťažkosťami a socioekonomickými nerovnosťami (Holstein a kol. 2009) ako aj vyšším rizikom zdravotných ťažkostí v krajinách s nižším indexom ľudského rozvoja (*Human Development Index*) (Ottová a kol. 2012).

V rámci rodinného prostredia sme zistili, že dobrá sociálna opora rodiny a komunikácia v rodine významne znižujú pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov. Toto naše zistenie je v súlade s nedávnymi prieskumami, ktoré poukázali na dôležitosť role rodiča v rodine v súvislosti s možným výskytom EBP (Frick & Loney 2002; Stoolmiller & Snyder 2004).

V rámci školského prostredia sme preukázali, že pozitívne vzťahy s učiteľmi a spolužiakmi ako aj sociálna opora rovesníkov významne znižujú pravdepodobnosť výskytu EBP. Na základe týchto našich zistení, ktoré majú oporu aj v ďalších zahraničných štúdiách, by sa dalo konštatovať, že práve faktory rodinného a školského prostredia pôsobia protektívne a tým znižujú pravdepodobnosť výskytu EBP u adolescentov. Naopak, adolescenti, ktorí dosiahli vyššie skóre v dotazníku závislosti na rovesníkoch mali aj vyššiu pravdepodobnosť výskytu EBP.

Predchádzajúce výskumy sú zamerané na nedostatočne kvalitné vzťahy s rovesníkmi, ktoré majú za následok možný vznik internalizovaných a externalizovaných problémov u adolescentov (La Greca & Harrison 2005; Allen a kol. 2006) a taktiež na výrazný vplyv rovesníkov v období adolescencie, ktorý môže byť okrem iného spojený s výskytom NPS (Prinstein a kol. 2001; Stanton a kol. 2002; Rai a kol. 2003). Na základe vyššie uvedeného ako aj našich zistení sa domnievame, že vplyv závislosti na rovesníkoch poukazuje na nezdravé vzťahy adolescentov k ich priateľom, ktoré môžu mať svoj predobraz v nezdravých vzťahoch v rodine alebo môžu byť spôsobené nízkym sebaúctou a sebaúctou (Macek 1999).

Na záver by sme mohli skonštatovať, že hypotéza stanovená k tomuto cieľu sa potvrdila, nakoľko sme preukázali, že výskyt EBP je častejší u adolescentov s nižším SES, ktorí pochádzajú častejšie z neúplných rodín, s horšie fungujúcimi vzťahmi v rodine, v škole a s rovesníkmi.

Cieľ č. 3:

V treťom ciele sme sa zamerali na analýzu indikátorov zdravia a indikátorov NPS u adolescentov s EBP. Na naplnenie tohto cieľa boli preto stanovené dve hypotézy. Za prvé sme predpokladali, že adolescenti s EBP budú skórovať horšie vo všetkých nami skúmaných indikátoroch zdravia v porovnaní s adolescentmi bez EBP. Za druhé sme predpokladali, že adolescenti s EBP sa budú častejšie zúčastňovať na NPS v porovnaní s adolescentmi bez EBP.

Indikátory zdravia: Náš výskum preukázal, že adolescenti s EBP majú tendenciu celkovo horšie hodnotiť svoje zdravie, v priebehu týždňa častejšie udávajú dve a viac zdravotných ťažkostí, svoju životnú spokojnosť hodnotia ako nízku a majú väčšiu pravdepodobnosť mať poruchy učenia v porovnaní s adolescentmi bez EBP. Štúdie skúmajúce vzťah EBP a zdravia sa zväčša nezameriavajú na subjektívne hodnotenie zdravia, častejšie skúmajú vzťah medzi EBP a konkrétnymi zdravotnými ťažkosťami, prípadne životnou spokojnosťou alebo kvalitou života. Príkladom je aj štúdia, ktorú vykonali Just a kol. (2003), ktorá potvrdila, že adolescenti

s EBP trpia častejšie bolesťami hlavy, než adolescenti bez EBP. Symptómy ako bolesti hlavy a brucha, depresia, úzkosť, obavy, smútok, problémy so spánkom, boli taktiež klasifikované ako súčasť širšieho konceptu psychosomatických chorôb. Zdravotné ťažkosti v dospievaní tohto druhu boli koncipované ako telesné reakcie na úzkosť a úzko súvisiace duševné choroby v rannej dospelosti (Kinnunen a kol. 2010). Psychosomatické zdravotné problémy počas dospievania môžu mať za následok aj dlhodobé dôsledky. Môžu slúžiť ako zvýšené riziko pre ďalšie mentálne zdravotné problémy v dospelosti s negatívnymi dôsledkami, ako je nízka úroveň vzdelania, problémy s uplatnením na trhu práce, založenie a formovanie rodiny (Cornwell 2003). Nami zistený vzťah medzi EBP a životnou spokojnosťou podporujú aj ďalšie štúdie, ktoré zistili napríklad že životná spokojnosť sa výrazne spája s nižšou úrovňou úzkosti, depresie a behaviorálnych problémov (State & Kern 2017). Aj výskum Jozefiaka a kol. (2010) naznačuje, že EBP majú značný vplyv na subjektívnu spokojnosť adolescentov, na vykonávanie každodenných činností a sociálnu pohodu. Navyše niektoré prieskumy preukázali, že kvalita života adolescentov s EBP je dokonca ešte nižšia ako kvalita života adolescentov s chronickým ochorením (Sawyer a kol. 2002; Bastiaansen a kol. 2004).

Indikátory normy porušujúceho správania: Naše výsledky taktiež preukázali, že u adolescentov s EBP sa podstatne častejšie vyskytuje násilné správanie (bitky, šikanovanie spolužiakov), horší prospech v škole, záškoláctvo, opitosť a fajčenie, v porovnaní s adolescentmi bez EBP. SDQ ako merací nástroj by mal byť schopný predikovať aj možné behaviorálne problémy, teda výskyt NPS. Preto sú naše zistenia v súlade s ďalšími výskumami, ktoré preukázali, že adolescenti s EBP majú viac problémov v správaní v porovnaní so zdravou populáciou adolescentov (Lecavalier 2006; Pearson a kol. 2006; Hysing a kol. 2007). Iniciácii a stabilizácii vyššie spomínaných foriem NPS sa venuje viacero vývinových teórií, ktoré popisujú širší kontext vplyvov podieľajúcich sa na formovaní takéhoto správania u adolescentov. Jednou z takýchto teórií je napríklad *Teória pripútania (bondingu)*, ktorá vysvetľuje, prečo adolescenti inklinujú k deviantným rovesníkom, alebo *teória sociálneho učenia*, ktorá opisuje, ako vzťahy s deviantnými rovesníkmi ovplyvňujú normy a názory adolescentov o určitom správaní. *Kognitívne teórie* zas opisujú, ako môžu postoje voči konkrétnemu správaniu ovplyvniť pravdepodobnosť tohto správania (Flay 2002). Tieto teórie by mali tvoriť základ pre pochopenie vzniku tohto typu problémov a zároveň byť teoretickým základom pre voľbu pracovných a terapeutických postupov pri práci s adolescentmi s EBP. V nasledujúcich odstavcoch sa budeme venovať podrobnejšie jednotlivým typom nami skúmaných foriem NPS.

Ako prvý sme skúmali vzťah medzi EBP a násilným správaním. Niektoré predchádzajúce výskumy opisujú negatívne dôsledky násilného správania (bitky, šikanovanie) na mentálne zdravie. Je však problematické nájsť porovnateľné štúdie, ktoré popisujú vzťah medzi EBP u adolescentov a šikanovaním či bitkami. Salmon a kol. v roku 2000 zistili výrazné prepojenie medzi šikanovaním a EBP, kde práve šikanovanie bolo dôležitým faktorom spojeným s psychiatrickou diagnózou. Až 70 % adolescentov, ktorí šikanovali mali stanovenú diagnózu depresia, u zvyšných boli diagnostikované aj poruchy správania, často spojené s ADHD, alebo generalizovaná úzkostná porucha (Salmon a kol. 2000). Fyzické bitky sú najbežnejším prejavom interpersonálneho násillia v adolescencii a často sú sprevádzané užívaním návykových látok a ďalšími typmi NPS (Molcho a kol. 2004; Vieno a kol. 2011). Navyše tento typ NPS je veľmi ľahko povšimnuteľný a je tak aj spoľahlivým markerom rizika multipróblémového správania (Sosin a kol. 1995).

Šikanovanie je podmnožinou agresívneho správania charakterizovaného nerovnováhou síl medzi agresorom a obeťou. Obete šikanovania taktiež zažívajú celý rad problémov v správaní, ako je psychologická neprispôsobilosť (Kuntsche a kol. 2004), psychosomatické zdravotné problémy (Nansel a kol. 2001; Due a kol. 2007), zneužívanie liekov, depresia, úzkosť a v extrémnych prípadoch aj samovražda (Kaltiala-Heino & Rimpela 2000). Adolescenti, ktorí sa zapájajú do šikanovania, môžu mať nižší záujem o školu a je u nich väčšia pravdepodobnosť zapájania sa do ďalších foriem NPS, ako je fajčenie, užívanie drog a nadmerné pitie (Nansel a kol. 2001; Molcho a kol. 2004). Preto pochopenie a prevencia šikanovania počas adolescencie má dôležité implikácie tak pre bezprostredné zdravie adolescentov ako aj dlhodobé spoločenské zdravie.

Hlásené prevalencie horšieho akademického prospechu u adolescentov s EBP sa pohybujú v rozmedzí 25% až 97% (Reid a kol. 2003). Predchádzajúci výskum tiež preukázal vzťah medzi depresívnymi symptómami a zhoršeným školským prospechom (Hishinuma a kol. 2012). Výsledky štúdie Nelson a kol. (2004) preukázali, že adolescenti s EBP vykazujú horší akademický prospech vo všetkých oblastiach, najmä však v matematike. Externalizované problémy majú pritom na akademický prospech zásadnejší vplyv v porovnaní s internalizovanými problémami. Externalizované problémy súvisia s problémami v čítaní, matematike a písomnom prejave. Aj ďalšie výsledky potvrdzujú, že horší akademický prospech súvisí s exteternalizovanými problémami (agresia, delikvencia, problémy s pozornosťou) (Mattison a kol. 1998; Abikoff a kol. 2002).

Mattison a kol. (1998) použili model DSM na skúmanie kategórií problémového správania, ktoré súviseli s horším akademickým prospechom u adolescentov s EBP. Títo vedci zistili, že

s akademickým prospechom sa najvýraznejšie s pomedzi skúmaných kategórii problémového správania spája porucha opozičného vzťahu. Naopak výskumníci multimodálnej liečebnej štúdie (Abikoff a kol. 2002) zistili, že s horším akademickým prospechom sa najviac spája prítomnosť ADHD a rušivých porúch správania v porovnaní s inými psychiatrickými poruchami, či už jednotlivo alebo v kombinácii.

Tak ako sa trendy v problémovom správaní stávajú čoraz stabilnejšie a rezistentné voči intervenčným programom (Walker & Severson, 2002) tak sa aj s tým súvisiaci horší akademický prospech zdá byť čoraz stabilnejší (O'Shaughnessy a kol. 2003) a preto v súčasnosti používanými intervenciami ťažko ovplyvniteľný.

Výskumy, ktoré by komplexne popisovali súvislosť medzi EBP a záškoláctvom sa nám nepodarilo identifikovať. Existuje však niekoľko čiastkových výskumov, ktoré popisujú viacero možností vplyvov či vzťahov súvisiacich so záškoláctvom ako takým. Už výskum, ktorý vykonal Reid (1982) opisoval, že pretrvávajúce školská absencia resp. záškoláctvo je spôsobené kombináciou sociálnych, psychologických a inštitucionálnych faktorov. Iní autori rozdeľujú faktory, ktoré prispievajú k záškoláctvu do štyroch všeobecných oblastí: *individuálne*: školská, sociálna alebo iná fobia, poruchy učenia, nízka školská angažovanosť a problémy so správaním; *rodinné*: nízky príjem rodiny, neúplnosť rodiny, rodičovské postihnutie, zlé zaobchádzanie s dieťaťom, nedostatok rodičovskej účasti na vzdelávaní adolescenta, sťahovanie rodiny; *faktory školy*: konfliktné vzťahy s učiteľmi, nepostačujúce opatrenia školy vo vzťahu k školskej dochádzke, neuplatňovanie rôznorodých spôsobov výuky a šikanovanie a *faktory komunity*: vzájomné prepojenie faktorov ako sú SES rodiny, povaha miesta bydliska a miestnej školy pre ktoré sú charakteristické násilie, trestná činnosť, nezamestnanosť a užívanie drog, ktoré prispievajú k záškoláctvu (Alexander a kol. 1997; Bell a kol. 1994; Corville-Smith a kol. 1998; Bimler & Kirkland, 2001; Epstein & Sheldon, 2002; Teasley 2004). Časť faktorov, ktoré vplyvajú na záškoláctvo je možné nájsť aj u adolescentov s EBP (napr. nízky príjem rodiny, neúplná rodina, konfliktné vzťahy s rodičmi, učiteľmi).

Výskumy taktiež preukázali úzku spojitosť medzi záškoláctvom a užívaním návykových látok, depresiou, problémami v rodine, zapájaním sa do delikventných skupín (Reid 1982; Henry 2010). Dalo by sa konštatovať, že záškoláctvo je správanie, ktoré je súčasťou komplexnejšieho obrazu a je prepojené s viacnásobnými negatívnymi dôsledkami, nielen v súvislosti so zhoršeným školským prospechom, nízkymi vzdelanostnými aspiráciami, ale aj pre zvyšujúci nárast ďalšieho rizikového správania u adolescentov, vrátane kriminality, užívania drog a schopnosti záškolákov ustáť ďalšie značné problémy v neskoršom živote (Henry 2007; Henry 2010; Lucio a kol. 2011).

Pokiaľ ide o vzťah medzi užívaním návykových látok a EBP, už predchádzajúce výskumy preukázali spojitosť medzi fajčením a vznikom EBP u adolescentov (Patton a kol. 1998; Laukkanen a kol. 2001; Liu 2003). Longitudinálna štúdia, ktorú realizovali Crone & Reijneveld (2007) preukázala, že externalizované a internalizované problémy spôsobujú zvýšenú pravdepodobnosť iniciácie pravidelného fajčenia. Externalizované problémy u adolescentov predpovedali začiatok fajčenia o dva roky neskôr. Rovnaké bolo zistenie ohľadom internalizovaných problémov, ale len u dievčat. Tieto asociácie medzi EBP a fajčením sú častejšie pre pravidelné fajčenie a menej pravdepodobné pre experimentovanie. Ak sa na asociáciu pozrieme v obrátenom poradí, fajčenie pri prvom meraní predpovedalo vznik externalizovaných problémov o dva roky neskôr. Štúdia, ktorú vykonali Torikka a kol. (2016), preukázala, že sa medzi adolescentmi, ktorí trpia depresiou a pochádzajú z rodín s nižším SES výrazne zvýšila frekvencia užívania alkoholu a opitosti, aj napriek tomu, že súčasné trendy naznačovali, že frekvencia užívania alkoholu a opitosti u adolescentov má klesajúci charakter (Clark a kol. 2013; Healey a kol. 2014). Z predchádzajúcich výskumov vyplýva, že práve adolescentná depresia je bežnejšia medzi socioekonomicky znevýhodnenými skupinami a že samotná depresia je spojená so zvýšeným pitím alkoholu a opitnosťou (Tracy a kol. 2008, Najman a kol. 2010).

Vzhľadom na vyššie uvedené je z pohľadu verejného zdravotníctva zvýšený výskyt fajčenia a užívania alkoholu problematický aj z hľadiska rizika pridruženia ďalších zdravotných komplikácií ako sú ochorenia pečene, kardiovaskulárne, onkologické, gastrointestinálne a respiračné ochorenia (Martinove ml. 2016). To predstavuje zvýšenú finančnú záťaž na liečbu týchto ochorení pri už aj tak značnej finančnej záťaži, ktorú spôsobuje liečenie samotných EBP u adolescentov.

Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že v rámci tohto cieľa sa nám nami stanovené hypotézy potvrdili, nakoľko z výsledkov vyplýva, že adolescenti s EBP skórujú horšie vo všetkých nami skúmaných indikátoroch zdravia a podliehajú častejšie NPS ako adolescenti bez EBP.

Cieľ č. 4:

V poslednom štvrtom ciele sme sa zamerali na preskúmanie vplyvu sociálneho kontextu na zdravie a NPS u adolescentov s EBP. Sociálny kontext bol rozdelený na tri špecifické (tematické) okruhy a to *rodinné prostredie*, *prostredie v škole* a *rovesnícke vzťahy*, ktoré aj podľa nedávnych čiastkových výskumov môžu pozitívnym alebo negatívnym spôsobom

ovplyvňovať v skupine adolescentov s EBP nielen zdravie ako také, ale tiež výskyt NPS. Na naplnenie tohto cieľa sme si stanovili dve hypotézy. Predpokladali sme, že pozitívne vzťahy v rodine, v škole a s rovesníkmi pôsobia ako protektívne faktory vo vzťahu k zdraviu u adolescentov s EBP. Očakávali sme tiež, že pozitívne vzťahy v rodine, v škole a s rovesníkmi budú pôsobiť protektívne aj vo vzťahu k NPS u adolescentov s EBP.

Vplyv sociálneho kontextu na zdravie adolescentov s EBP: V rámci indikátorov zdravia sme na základe našich výsledkov zhodnotili, že jednotlivé faktory sociálneho kontextu vo všeobecnosti pôsobia ako protektívne faktory u adolescentov s EBP, v tom ako adolescenti hodnotia svoje zdravie, koľko zdravotných ťažkostí udávajú a v hodnotení svojej životnej spokojnosti. Po pridaní faktorov rodinného prostredia, školského prostredia a sociálnej opory rovesníkov významne klesla pravdepodobnosť horšieho hodnotenia zdravia, nižšej životnej spokojnosti aj zvýšeného výskytu zdravotných ťažkostí u adolescentov s EBP. Dalo by sa konštatovať, že práve tieto faktory sociálneho kontextu, t. j. dobré vzťahy v rodine, v škole a s rovesníkmi, pôsobia protektívne a zohrávajú kľúčovú úlohu pri podpore zdravia počas dospievania, ako aj vnímania kvalita života adolescentov a subjektívnej pohody.

Rodinné prostredie: Spomedzi všetkých nami skúmaných faktorov sociálneho kontextu sa rodinné prostredie javí ako najdôležitejší faktor. Priebežné štúdie poskytujú dôkazy o komplementárnych spôsoboch, ktorými pozitívne rodinné vzťahy podporujú adaptívne fungovanie zvyšovaním pravdepodobnosti pozitívnych výsledkov vrátane lepšej sebaúcty, kvality života a znížením rizika negatívnych výsledkov vrátane psychopatológie a zlého zdravia (Shaw a kol. 2004; Milevsky 2005). Štúdie zamerané na psychickú pohodu dospelých zistili, že práve pozitívne rodinné vzťahy počas dospievania zvyšujú pravdepodobnosť pozitívneho sebapoznania, vyššej sebaúcty a kvality života a zníženie rizika neskoršej psychickej záťaže (Flouri 2004; Paradis a kol. 2011). Výskumy ktoré vykonali Waldinger a kol. (2007) a Galaif a kol. (2001) preukázali, že pozitívne rodinné vzťahy môžu výrazne znížiť riziko psychopatológie, vrátane depresívnych symptómov a užívania alkoholu. Výskum v oblasti rodičovskej opory naznačuje, že kľúčom k duševnému zdraviu a životnej spokojnosti adolescentov je kvalita rodičovskej opory a úroveň reciprocitu v rámci rodičovských a adolescentných vzťahov. Pričom najdôležitejšie je, že rodičovská opora má vplyv na celkovú kvalitu duševného zdravia, pričom nižšia rodičovská opora sa spája so zhoršujúcim sa duševným zdravím počas dospievania. Rodičovská opora je faktor, ktorý chráni adolescentov aj napriek nepriaznivým podmienkam (Devitt & Roker 2009).

Školské prostredie: Ďalším nezanedbateľným faktorom sociálneho kontextu bolo školské prostredie, ktoré vplýva pozitívne na vzťah medzi výskytom EBP a zdravím adolescentov.

Škola, ktorá je dôležitým sociálnym prostredím, predstavuje miesto kde dospievajúci trávajú podstatnú časť dňa. Vzniká tak priestor na formovanie so zdravím súvisiace správanie, čo do veľkej miery vplýva na zdravie a životnú spokojnosť adolescentov a je kľúčové pre nižšiu mieru zdravotného rizika (Blum & Libbey 2004; Libbey 2004). Adolescenti, ktorí nie sú vtiahnutí do procesu učenia a majú slabé vzťahy s učiteľmi a rovesníkmi častejšie reportujú depresívne, úzkostné či rušivé správanie (Bond a kol. 2001; Bond a kol. 2004). Sociálna opora učiteľov a spolužiakov je často spájaná so zdravím, najmä s tým mentálnym (Madarasová Gecková a kol. 2015). Nízka sociálna opora spolužiakov je prediktorom výskytu depresii a spolu s nízkou oporou učiteľov môže mať za následok aj zvýšenú mieru somatických ťažkostí počas týždňa (Torsheim & Wold 2001). Mnohé aktivity na podporu zdravia sú implementované v prostredí školy, kde je nimi možné pokryť väčšinu adolescentnej populácie. Tieto programy sa však zameriavajú zväčša na intervencie spojené s ovplyvňovaním konkrétneho správania pôsobením na faktory na strane jednotlivcov (vedomosti, postoje alebo sebaúčinnosť). Iné intervencie sú zamerané na štrukturálne faktory ako je dostupnosť zdravotníckej starostlivosti či implementácia politík. Adolescenti sa však málo kedy stretávajú s aktivitami zameranými na interné školské faktory vrátane sociálnej opory v škole alebo školského prospechu (Currie a kol. 2014) .

Rovesnícke vzťahy: Naše výsledky naznačujú, že dobrá sociálna opora rovesníkov znižuje pravdepodobnosť horšieho subjektívneho hodnotenie zdravia, výskyt zdravotných ťažkostí a nízku životnú spokojnosť adolescentov s EBP. V odbornej literatúre sa s priamym vplyvom sociálnej opory rovesníkov na fyzické zdravie nestretávame. Skrze pôsobenie na mnoho iných oblastí života adolescentov však v konečnom dôsledku sociálna opora rovesníkov vplýva aj na samotné zdravie adolescentov. Sociálna opora rovesníkov je preukázateľne spojená s vyššou mierou psychickej pohody, nižšou mierou emocionálnych problémov či lepšími sociálnymi kompetenciami a vplýva na rozvíjajúce sa so zdravím súvisiace správanie, kopingové stratégie a schopnosť vysporiadať sa s radom stresorov (Newman a kol. 2007). Prekvapujúcim zistením v našom prieskume bol preukázaný vplyv sociálnej opory rovesníkov na vzťah medzi výskytom porúch učenia a EBP u adolescentov. Z rozhovorov s odborníkmi z praxe, ktorí na dennej báze pracujú s adolescentmi s EBP vieme, že práve neskoro či nesprávne podchytené alebo neriešené poruchy učenia vedú často k EBP. Sociálna opora rovesníkov môže byť práve tým faktorom, ktorý dokáže zabrániť tomu, aby poruchy učenia viedli k EBP. Domnievame sa, že samotné poruchy učenia môžu spôsobovať narušené vzťahy s rovesníkmi. Ak sú však tieto napriek tomu kvalitné a adolescent vníma sociálnu oporu od svojich rovesníkov, pravdepodobnosť výskytu EBP by mohla byť nižšia. Tieto naše domnienky by však bolo vhodné dokázať na

longitudinálnych dátach, ktoré by mohli odhaliť viac o kauzálnych súvislostiach, ktoré nie sú preukázateľné na našich prierezočných dátach.

Naše výsledky ďalej preukázali, že v rámci rovesníckych vzťahov práve závislosť na rovesníkoch pôsobí ako rizikový faktor, ktorý vplýva na vyššie riziko výskytu zdravotných ťažkostí a nižšiu životnú spokojnosť u adolescentov s EBP. Mechanizmy, skrze ktoré stres z nezdravých rovesníckych (ale aj rodinných) vzťahov vplýva na zdravie, sú založené systéme stresovej reakcie. Adolescenti, ktorí žijú v stresujúcich rovesníckych (a rodinných) vzťahoch majú neregulované stresové reakcie, čo v konečnom dôsledku môže viesť k rôznym psychickým a somatickým ťažkostiam (Umberson a kol. 2010).

Vplyv sociálneho kontextu na normy porušujúce správanie adolescentov s EBP: Vo všeobecnosti by sa dalo skonštatovať, že nami skúmané protektívne faktory sa javia vo vzťahu k NPS ako viac-menej účinné, až na pár logických výnimiek (vyšší výskyt fajčenia vplyvom sociálnej opory rovesníkov). Všetky spomínané indikátory NPS slúžia adolescentom pre získanie vzájomného súhlasu a rešpektu medzi rovesníkmi, pri vytváraní autonómie od rodičov, pri zamietnutí noriem a hodnôt konvenčnej autority, pri zvládaní úzkosti, frustrácie a očakávaní zlyhania, alebo v potvrdení zrelosti a označovaní prechodu z detstva na status dospelého (Jessor 1992).

Rodinné prostredie: V rámci indikátorov NPS sme na základe našich výsledkov skonštatovali, že dobré rodinné prostredie v tomto smere pôsobí ako protektívny faktor a teda znižuje mieru výskytu násilného správania, znižuje výskyt záškoláctva, horšieho prospechu v škole, znižuje mieru výskytu opitosti a fajčenia u adolescentov s EBP, čo je porovnateľné s výsledkami predchádzajúcich čiastkových štúdií (Baldry & Farrington 2005; Fleming a kol. 2010).

So sociálnou oporou sa spájajú aj ďalšie rodinné faktory ako rodičovský monitoring a rodičovské pravidlá, ktoré pôsobia protektívne v súvislosti s násilným správaním, záškoláctvom a školským prospechom (Henry 2007; Kristjansson & Sigfusdottir, 2009). Farrell a kol. (2011) poukázali aj na ochranný efekt rodičovskej väzby a opory rodičov v súvislosti s násilným správaním, ktorý však závisí od postoja samotných rodičov k spôsobu riešenia potenciálne konfliktnej situácie. Ak rodičia vyjadrujú podporu nenásilnému spôsobu riešenia takýchto situácií, tak ich opora znižuje pravdepodobnosť násilného správania u adolescentov. Naopak, ak ich postoj k bitkám nie je jednoznačne odmietavý, opora takýchto rodičov výskyt násilného správania u adolescentov zvyšuje. Čo sa šikanovania týka, Hazler (1996) poukázal na skutočnosť, že šikanovanie v škole je silno ovplyvnené rodičovským a rodinným prostredím a mohlo sa preniesť generáciami v tzv. „kruhu násilia“. Iní autori identifikovali ďalšie faktory

súvisiace s výskytom šikanovania ako napríklad manželské problémy, alebo používanie nadmerných fyzických trestov vo výchove, či neisté vzťahy v rodine a nedostatočné fungovanie rodiny (Kolář 1997; Říčan 1998). Jedným z dôležitých zistení nášho výskumu bolo, že dobré rodinné prostredie skoro o polovicu znižuje pravdepodobnosť výskytu opitosti u adolescentov s EBP. To je v súlade s nedávnymi výskumami, ktoré taktiež preukázali dôležitosť rodičovských vplyvov súvisiacich s užívaním návykových látok (Kuntsche a kol. 2004; Wang a kol. 2007; Newman a kol. 2008). Jedným z dôležitých atribútov rodinného prostredia je aj zloženie rodiny. V neúplných rodinách často absentujú mnohé tradične formujúce faktory, ktoré prispievajú k zdravému vývinu a formovaniu so zdravím súvisiaceho správania. Zároveň sa v takýchto rodinách častejšie objavuje patológia vyplývajúca z komplikovanejších, často nejednoznačných a nezdravých vzťahov (Madarasová Gecková 2014/2015 HBSC). Naše výsledky preukázali, že neúplná rodina môže zvýšiť riziko vzniku násilného správania, horšieho prospechu v škole, výskytu opitosti a fajčenia u adolescentov s EBP. Pozornosť rodiča sa v takejto situácii sústreďí na zabezpečenie chodu domácnosti, príjmu, nového partnera a podobne, čo môže mať za následok málo času na venovanie pozornosti adolescentovi, jeho kontrolovanie, či pomáhanie so školskými povinnosťami. To, že sociálna opora rodiny pôsobí protektívne vo vzťahu k tomu ako adolescenti s EBP vnímajú svoje zdravie sme popísali vyššie. Rovnako je to však aj v prípade možného výskytu NPS u adolescentov s EBP. Naše výsledky preukázali, že dobrá sociálna opora v rodine pôsobí protektívne na všetky nami skúmané typy NPS s výnimkou výskytu záškoláctva, kde je podľa našich zistení skôr dôležitá komunikácia v rodine. Čím vyššia je miera zdôverovania sa adolescenta v rodine, tým nižšia je miera zdravie ohrozujúceho správania. V rodinách s vysokou sociálnou oporou rodičov je táto závislosť ešte výraznejšia. Naopak, v rodinách s nižšou mierou sociálnej opory je výrazný pokles rodičovskej kontroly spojený s výrazne vyššou mierou zdravie ohrozujúceho a protispoločenského správania než u rodín s vyššou mierou sociálnej opory (Devitt & Roker 2009; Stadler a kol. 2010).

Všetky nami skúmané rodinné faktory sú silnými mediátormi pre adolescentov užívajúcich návykové látky (Wang a kol. 2011) a práve tie sa môžu ďalej spájať s iným problémovým správaním ako je násilné správanie, záškoláctvo a horší akademický prospech (Fleming a kol. 2010; Henry 2010). Táto kumulácia rôznych foriem NPS sa javí ako nebezpečná pokiaľ ide o zdravie a zdravý vývin adolescentov (Childs a kol. 2011).

Školské prostredie: V rámci prostredia v škole, práve vzťahy s učiteľmi majú podľa našich zistení protektívny vplyv a teda pomáhajú znižovať výskyt záškoláctva a zhoršený prospech v škole u adolescentov s EBP. Proces učenia nie je izolovaným procesom. Odohráva sa v

kontexte vzťahov, pričom vzťah učiteľa a žiaka môže byť pre zapojenie sa do školského života a vzdelávania dôležitejší ako vzťahy s rovesníkmi (Marcus & Sanders-Reio 2001). To znamená, že je dôležité, aby sa učitelia sústredili nielen na obsah vzdelávania, ale aj na kontext vzťahov a procesov učenia a vyučovania. O to dôležitejší je manažment vzťahov so žiakmi, ktorí sa z nejakého dôvodu nezapájajú do školského života a vzdelávania. Adolescenti, ktorí nezažijú úspech v systéme vzdelávania formou odmeny za vynaloženú námahu a nenachádzajú pozitívne vzťahy v školskom prostredí, budú ich hľadať niekde inde, potenciálne v správaní a vzťahoch, ktoré ich vystavujú riziku (Catalano & Hawkins 1996). Zaujímavým zistením je, že práve pozitívne vzťahy s učiteľmi znižujú u adolescentov s EBP mieru pravidelného fajčenia a výskytu opitosti. Už predchádzajúce výskumy poukázali na to, že sociálna opora učiteľov sa spája s nižšou mierou včasného užívania alkoholu či každodenného fajčenia alebo tiež s emocionálnym zdravím adolescentov (LaRusso a kol. 2008; Negru & Băban 2009; Perra a kol. 2012). Zdá sa, že skúsenosti a postoje súvisiace so školou môžu mať mimoriadny vplyv, pokiaľ ide o menej normatívne a škodlivejšie vzorce pravidelného užívania návykových látok, ako je opitosť. Z pohľadu teórie pripútanosti, či teórie sociálneho učenia má sociálna opora učiteľov výnimočný vplyv na konzistentné znižovanie rizika. Z výsledkov štúdie *Belfast Youth Development Study* vyplýva, že užívanie návykových látok môže predstavovať spôsob, akým sa adolescenti vyrovnávajú s rizikom násilia a pocitmi neistoty v súvislosti so školou, preto je veľmi dôležitý pozitívny vzťah učiteľ - žiak (Perra a kol. 2012).

Rovesnícke vzťahy: Mieru výskytu NPS u adolescentov s EBP ovplyvňujú v neposlednom rade práve rovesnícke vzťahy. Adolescencia je obdobím, kedy sa rodičovský vplyv znižuje, zatiaľ čo vplyv rovesníkov vzrastá takým spôsobom, že oba spoločenské svety sa stávajú rovnako dôležitými a prekrývajú sa s oneskoreným dospievaním (De Goede a kol. 2009). Vytváranie pozitívnych rovesníckych vzťahov je hlavnou sociálnou aktivitou a základným ukazovateľom prispôsobovania sa v rannej adolescencii (Nangle a kol. 2003).

Kontakt s rovesníkmi napr. pri fyzickej aktivite alebo klubovej činnosti je dôležitým ochranným faktorom. Čas trávený s priateľmi sa však môže spájať aj s agresívnym a rizikovým správaním ako konzumácia alkoholu či fajčenie cigariet (Gage a kol. 2005). Väčšina výskumov sa orientuje na riziká vyplývajúce zo začlenenia sa do rovesníckej skupiny. Madarasová Gecková a kol. (2000) potvrdili významný vzťah medzi vplyvom rovesníkov a rizikovým správaním. Pravdepodobnosť, že sa u daného jedinca rozvinie rizikové správanie, je tým väčšia, čím viac jeho kamarátov sa takéhoto správania zúčastňuje. Naše výsledky preukázali, že dobrá sociálna opora rovesníkov znižuje výskyt šikanovania. Rothon a kol. 2010 zistili, že adolescenti udávajúci vyššiu sociálnu oporu spolužiakov sa menej často stávajú obeťami šikanovania a že

sociálna opora zo strany spolužiakov pomáha predchádzať niektorým negatívnym dôsledkom zažívaného šikanovania ako je napríklad zhoršený prospech v škole. Poruchy duševného zdravia vyplývajúce zo šikanovania však už ovplyvniť nedokáže (Rothon a kol. 2011). Naše výsledky ďalej preukázali, že sociálna opora rovesníkov zvyšuje pravdepodobnosť výskytu fajčenia u adolescentov. Jedným z možných vysvetlení je, že tak s fajčením ako aj pitím adolescenti neexperimentujú väčšinou sami, ale s priateľmi alebo v partiách. Tí, ktorí sociálnu oporu rovesníkov nepociťujú sú možno práve tí, ktorí nemajú s kým takto experimentovať. Nehovoríme tu však len o vplyve rovesníkov na tento druh NPS, ale aj o výbere rovesníkov – priateľov, ktorí inklinujú k rovnakému správaniu (Madarasová Gecková a kol. 2005). S takýmito rovesníkmi sa vie adolescent identifikovať a v princípe sa jedná o príklad toho, ako „vrana k vrane sadá“. To, že pridaním rovesníckych vzťahov do modelov stúpla pravdepodobnosť opitosti a fajčenia u adolescentov s EBP naznačuje možný rozdiel medzi adolescentmi s EBP a bez EBP v tom ako rovesnícke vzťahy vplývajú na opitosť a fajčenie adolescentov. Z našich výsledkov tiež vyplýva, že závislosť na rovesníkoch zvyšuje aj výskyt násilného správania, šikanovania a zvyšuje pravdepodobnosť horšieho prospechu v škole u adolescentov s EBP, čo môže mať za následok práve rovesnícka konformita ako významný faktor rozvoja rizikového správania (Santor a kol. 2000).

Na základe našich výsledkov možno konštatovať, že v rámci posledného cieľa sa nám hypotézy potvrdili, aj keď len z časti. Ako sme zhrnuli vyššie, väčšina nami skúmaných faktorov sociálneho kontextu (sociálna opora rodičov, komunikácia v rodine, pozitívne vzťahy s učiteľmi a s rovesníkmi) pôsobí protektívne vo vzťahu k zdraviu a k NPS u adolescentov s EBP. Naopak, ako rizikový faktor vo vzťahu ku zdraviu adolescentov s EBP pôsobí v rámci rovesníckych vzťahov závislosť na rovesníkoch a vo vzťahu k NPS v rámci rovesníckych vzťahov aj sociálna opora rovesníkov. Rizikovým faktorom vo vzťahu k NPS sa javí aj prítomnosť dieťaťa v neúplnej rodine.

Model sociálneho vývinu hovorí o tom, že previazanosť s rodinou, školou a s rovesníkmi v spojení so skúsenosťou s pozitívnou socializáciou pôsobí protektívne vo vzťahu k problémovému správaniu. Tak sa nato dívajú aj autori Estévez & Emler (2010), ktorí popisujú, že to, ako adolescenti vnímajú charakteristiky rodiny a komunity, ovplyvňuje formovanie postojov voči inštitúciám a ich zástupcom, ako sú polícia, škola a právo. Takéto postoje v tomto období života úzko súvisia s účasťou na NPS ako je užívanie návykových látok, antisociálne správanie či trestná činnosť proti majetku a osobám. Navyše charakteristiky komunity a rodiny výrazne korelujú. To naznačuje, že každý z týchto faktorov jedinečným

spôsobom prispieva k formovaniu postojov a správania adolescentov, no zároveň, že prispievajú spoločne (Estévez & Emler 2010).

Silné a slabé stránky štúdie

Sila štúdie HBSC spočíva vtom, že pokrýva relevantné údaje z reprezentatívnej populácie slovenských adolescentov na druhom stupni základných škôl. Umožňuje preskúmať vzťahy sociálneho a spoločenského kontextu (sociálnych determinantov zdravia), v ktorom adolescenti žijú, so zdravím a so zdravím súvisiacim správaním. Štúdia zahŕňa hodnotenie pozitívnych a negatívnych aspektov rodinného, školského prostredia a prostredia v komunite.

Slabou stránkou môže byť prierezová konštrukcia samotnej štúdie, ktorá neumožňuje preskúmať kauzalitu vzťahov. Na tento účel je potrebný longitudinálny dizajn výskum. Taktiež reliabilita údajov získaných pomocou seba posudzujúcich dotazníkov môže byť obmedzená. Naše zistenia by bolo vhodné overiť napríklad využitím triangulácie, čo je metóda získavania údajov od viacerých informátorov, napríklad lekárov, učiteľov alebo rodičov.

Odporúčania pre prax

Naše výsledky poukazujú na potrebu zamerať sa na ovplyvniteľné faktory, ktoré zmierňujú nepriaznivé dôsledky EBP, alebo ktoré im dokonca predchádzajú.

Ak by sme chceli prejsť od všeobecných odporúčaní ku konkrétnym opatreniam, prvým krokom by bolo odhalenie a zúženie tzv. „medzery v liečbe“. Je to koncept podporovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou a široko používaný v krajinách s nízkym a strednými príjmami. *Treatment gap* (medzera v liečbe) u adolescentov s EBP poukazuje na rozdiely, ktoré existujú medzi počtom adolescentov, ktorí vzhľadom na prítomnosť a závažnosť svojich problémov potrebujú starostlivosť a tými, ktorí ju reálne dostávajú. Bražinová a kol. (2017) na základe svojho výskumu v oblasti výskytu duševných porúch a s tým spojenej zvýšenej mortality súvisiacej so samovraždami na Slovensku poukázali na nebezpečenstvá spojené s existujúcou medzerou v liečbe. Za dôležitú považujeme preto selektívnu prevenciu na školách, ktorá sa zameriava na krízové opatrenia a včasnú identifikáciu adolescentov, ktorí už problémy majú. Cieľom je nájsť riešenia, ktoré zabránia vylúčeniu „rizikových adolescentov“ z učebného procesu a tým ďalšiemu zhoršeniu celej ich situácie, napríklad zriadenie výchovno-psychologickej služby (Francúzsko, Cyprus) alebo zriadenie výchovno-sociálnej služby na spoluprácu so školou a rodinou (Írsko) (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/sk/page024-sk.html>).

Jeden z aspektov, ktorý sa môže podieľať na existencii tzv. medzery v liečbe a ktorý by mali mať na zreteli aj autori prevenčných a intervenčných programov je aj stigmatizácia a sekundárna viktimizácia, ktoré patria z nášho pohľadu medzi dôležité faktory brániace adolescentom s EBP (konkrétnejšie napríklad obetiam domáceho násillia alebo šikanovania) vyhľadať adekvátnu pomoc. Pritom jedným z možných dôsledkov zažívaného a neriešeného násillia u detí a adolescentov sú často práve EBP. Cieľom by malo byť zlepšenie rozsahu, kvality a dostupnosti poradenstva a pomoci pre obeť násillia. Sľubný sa v tomto prípade zdá byť Národný Projekt „*Podpora ochrany detí pred násillím*“ z roku 2015, ktorý je zameraný na systémovú koordináciu subjektov participujúcich na úlohách súvisiacich s ochranou detí (orgány sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, Policajný zbor SR, prokuratúra, školy a školské zariadenia, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, akreditované subjekty, obce, súdy ako aj ďalšie dotknuté subjekty) s cieľom zvýšiť efektivitu daných subjektov pri riešení problematiky násillia na deťoch (v oblasti prevencie, identifikácie a intervencie). V prípade svojej úspešnosti má takýto projekt potenciál zefektívniť systém starostlivosti. Keďže obeť násillia tvoria iba časť adolescentov s EBP, bolo by z nášho pohľadu potrebné rozšíriť takéto aktivity na celé spektrum detí a adolescentov s EBP s cieľom koordinovať,

zefektívniť a zvýšiť profesionalitu výkonu všetkých subjektov podieľajúcich sa na starostlivosti o deti a adolescentov s EBP.

Vyššie spomínané intervencie na úrovni zapojenia všetkých zainteresovaných subjektov ako aj zefektívnenie samotného systému starostlivosti o adolescentov s EBP považujeme za nevyhnutné v situácii, keď už EPB vznikli. Za optimálny stav v riešení EBP však považujeme vybudovanie systému prevenčných aktivít, ktorých cieľom by nebolo riešiť vzniknuté EBP ale ich vzniku predchádzať. Je potrebné zamerať sa na sebapoznávanie, budovanie vnútorných zdrojov a odolnosti, vštepovanie vedomostí možnostiach riešenia rôznych problémov ako aj mobilizácia vonkajších zdrojov. Príkladom takéhoto špecifického programu zameraného na budovanie sociálnych zručností pre deti vo veku 5-10 rokov sú „Zippyho kamaráti” (*Zippy’s Friends*), ktorý nadväzuje na dlhodobý záujem o problematiku duševného zdravia, najmä o problémy zvládania záťaže a stresu u adolescentov. Vytvorený bol britskou organizáciou *Partnership for Children*, v súčasnosti prebieha v takmer tridsiatich krajinách sveta. Pod záštitou Ligy za duševné zdravie je tento projekt od roku 2013 realizovaný aj na Slovensku, zatiaľ len v bratislavskom, trnavskom, trenčianskom a nitrianskom kraji (<http://zippyhokamarati.sk/>). Skúsenosti z realizáciou programu ukazujú, že adolescenti po jeho absolvovaní dokážu lepšie vyjadrovať a chápať svoje emócie, spracovávať rôzne záťažové sociálne situácie, vychádzať s rovesníkmi, rodičmi a pod. Na Slovensku sa pod záštitou Svetovej zdravotníckej organizácie realizuje aj program *Zdravá škola*, v rámci ktorého adolescenti absolvujú výchovu k zdravému životnému štýlu – okrem ďalších aj primárnu prevenciu drogovej závislosti a iných sociálno-psychologických javov, výchovu k partnerstvu a rodičovstvu (Bražinová 2016).

Záver

Hlavným cieľom tejto dizertačnej práce bolo zistiť prevalenciu EBP v populácii adolescentov a zamerať sa na zdravie a NPS u adolescentov s EBP s prihliadnutím na ich sociálny kontext.

Na základe tohto cieľa sme si stanovili šesť pracovných hypotéz, ktoré sa týkali výskytu EBP, sociálneho kontextu, indikátorov zdravia a NPS a ich vzájomných vplyvov. Potvrdilo sa nám, že výskyt EBP na Slovensku je porovnateľný s tým v Európe. Naším ďalším zámerom bolo popísať vzťah medzi sociálnym kontextom adolescentov a výskytom EBP. Naše zistenia potvrdili vyšší výskyt EBP u dievčat, u adolescentov s nižším SES, u tých, ktorí pochádzajú z neúplných rodín a s horšie fungujúcimi vzťahmi v rodine, v škole a s rovesníkmi. Zistili sme tiež, že adolescenti s EBP skórujú horšie vo všetkých skúmaných indikátoroch zdravia a NPS v porovnaní s adolescentmi bez EBP. Vzhľadom na vyššie uvedené môžeme konštatovať, že hypotézy č.1 – č. 4 sa potvrdili v plnom rozsahu. Čo sa týka hypotéz č. 5 a č. 6, väčšina nami skúmaných faktorov sociálneho kontextu (sociálna opora rodičov, komunikácia v rodine, pozitívne vzťahy s učiteľmi a s rovesníkmi) pôsobí protektívne vo vzťahu k zdraviu a k NPS u adolescentov s EBP, až na niekoľko výnimiek: nevýznamný vplyv rodinného a školského prostredia na výskyt porúch učenia u adolescentov s EBP, nevýznamný vplyv rovesníckych vzťahov na výskyt záškoláctva a opitosti u adolescentov s EBP a v neposlednom rade nepriaznivý vplyv sociálnej opory rovesníkov na výskyt fajčenia u adolescentov s EBP. Až na vyššie spomenuté výnimky sa naše hypotézy potvrdili.

Z pohľadu verejného zdravotníctva predstavujú náklady na riešenie EBP u adolescentov značnú záťaž pre spoločnosť. Zlý manažment intervencií a liečby má za následok prehlbovanie a opakovanie sa problémov. Výsledky práce poukazujú na potrebu zamerať sa na ovplyvniteľné faktory, ktoré zmierňujú nepriaznivé dôsledky EBP, alebo ktoré im dokonca predchádzajú. Intervencie zamerané len na čiastkové problémy sa zdajú byť málo účinné, riešia len časť problému a iba na krátku dobu. Z toho vyplýva potreba kvalitnej diagnostiky a včasnej intervencie. Nastavenie komplexných intervenčných programov, ktoré by boli zamerané nie len na adolescenta samotného, ale aj na jeho najbližšiu rodinu ako potenciálny zdroj najúčinnějších protektívnych faktorov. Intervencia by mala byť adresná a na mieru pre najviac ohrozených adolescentov. Aj vďaka našim výsledkom vieme s určitou presnosťou ohrozené skupiny adolescentov identifikovať a profesionáli pracujúci na dennej báze s adolescentmi a ich rodinami by mali byť schopní s takýmito poznatkami pracovať, včas problém odhaliť a odporučiť optimálne riešenie. Jedná sa najmä o učiteľov, školských psychológov, špeciálnych

pedagógov, či pediatrov, ktorí majú v prvej línii možnosť včas zasiahnuť a odvrátiť tak kulmináciu problémov u adolescenta v jeho rodine. Z hľadiska protektívnych faktorov, je kľúčová nielen rodina ale aj škola. Úzko zamerané intervencie, ktoré majú vytýčené len čiastkové ciele môžu byť samy o sebe neúčinné v prevencii opakujúceho sa NPS. Intervencie by preto mali byť komplexnejšie, zamerané na zmeny prostredia školy s cieľom podporiť pozitívne vzťahy medzi učiteľmi a adolescentmi a bezpečnosť škôl.

Naše závery boli urobené na dátach získaných pomocou seba posudzujúcich dotazníkov v prierezovej štúdií. Ak by sme chceli hlbšie pochopiť nami skúmané vzťahy, bolo by vhodné preskúmať kauzalitu týchto vzťahov ako aj pohľady viacerých zainteresovaných aktérov. Na tento účel odporúčame použiť longitudinálny dizajn výskumu, ktorý by umožnil sledovanie zmien v čase a pomohol pochopiť ako jednotlivé protektívne a rizikové faktory ovplyvňujú zdravý vývin adolescentov. Odporúčame použiť aj metódu triangulácie, ktorá umožňuje overovať získané údaje od viacerých informátorov, napríklad lekárov, učiteľov alebo rodičov.

Referencie

- ABIKOFF, H. B. a kol. 2002. Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of abnormal child psychology*, 30(4), p.349-359.
- ACHENBACH, T. & RESCORLA, L. 2000. Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families. ISBN 978-0-17608-589-6.
- ACHENBACH, T. a kol. 2001. Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: practical applications. New York: SAGE. ISBN 978-0-80397-247-6.
- ACHENBACH, T. a kol. 2002. Latent Class Analysis of Child Behavior Checklist Anxiety/Depression in Children and Adolescents. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 40(1), p.106-114. ISSN 0890-8567.
- ALEXANDER, K. L. & ENTWISLE, D. R. & HORSEY, C. S. 1997. From first grade forward: Early foundations of high school dropout. *Sociology of Education*, 70, p.87-107.
- ALLEN, J. P. & PORTER, M. R. & MCFARLAND, F. C. 2006. Leaders and followers in adolescent close friendships: Susceptibility to peer influence as a predictor of risky behavior, friendship instability, and depression. *Development and Psychopathology*, 18, p.155-172.
- ALLISON, K. a kol. 2005. Relationship of vigorous physical activity to psychological distress among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 37(2), p.164-166.
- ALLISON, S. a kol. 2009. Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization. *Aust NZ J Psych*, 43(12), p.1163-1170.
- BALDRY, A. C. & FARRINGTON, D. P. 2005. Protective factors as moderators of risk factors in adolescence bullying. *Social Psychology of Education*, 8,3, p.263-284.
- BARKMANN, C. & SCHULTE-MARKWORT, M. 2012. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 66(3), p.194-203.
- BASTIAANSEN, D. a kol. 2004. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43(2), p.221-230.
- BELL, A. J. & ROSEN, L. A. & Dynlacht, D. 1994. Truancy intervention. *Journal of Research and Development in Education*, 27, p.203-211.
- BENJET, C. & HERNANDEZ-GUZMAN, L. 2001. Gender differences in psychological well-being of Mexican early adolescents. *Adolescence*, 141, p.47-65.
- BIMLER, D. & KIRKLAND, J. 2001. School truants and truancy motivation sorted out with multidimensional scaling. *Journal of Adolescent Research*, 16, p.75-102.
- BJORNER, J. P. a kol. 1996. Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Swedish Council for Planning and Coordination of Research (Forskningsrådsnämnden) (FRN).
- BLUM, R.W. & LIBBEY, H.P. 2004. School connectedness—strengthening health and education outcomes for teenagers. *J School Health*, 74, p.231-232.
- BOLAND, M. 2003. Hopelessness and Risk Behaviour among Adolescents living in High-poverty inner city Neighbourhoods. *Journal of adolescence*, 26(2), p.145-58.
- BOND, L. a kol. 2007. Social and school connectedness in early secondary school as predictor of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health*, 40(4), p.357-e9.

-
- BOND, L. a kol. 2004. Long-term impact of the Gatehouse Project on the incidence of cannabis use in 16 year olds: A school-based cluster randomised trial. *J School Health*, 74, p.23–9.
- BONNY, A. E. a kol. 2000. School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics*, 106, p.1017-1021.
- BRAUNER, CH. B. & STEPHENS, CH. B. 2006. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public health reports*, 121,3, p.303-310.
- BRAŽINOVÁ, A. 2016. Podpora duševného zdravia na základe dôkazov. *Lek Obz*, 65, 10, p.371-375.
- Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz, 50(5/6), p.871–878.
- BURSTROEM, B. & FREDLUND, P. 2001. Self-rated health: is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 55, p.836-840.
- CATALANO, R.F. & HAWKINS, J. D. 1996. The social development model: A theory of antisocial behavior. In: Hawkins JD (ed). *Delinquency and Crime: Current Theories*. New York: Cambridge University Press.
- CLARK, T. a kol. 2013. Health and well-being of secondary school students in New Zealand: trends between 2001, 2007 and 2012. *J Paediatr Child Health*, 49, p.925–34.
- COLLISHAW, S. a kol. 2004. Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), p.1350-1362.
- CORNWELL, B. 2003. The dynamic properties of social support: Decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social forces* 81(3), p.953-978.
- CORTIELLA, C. & HOROWITZ, S. H. 2014. The State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues. New York: National Center for Learning Disabilities:2-45.
- CORVILLE-SMITH, J. a kol. 1998. Distinguishing absentee students from regular attenders: The combined influence of personal, family, and school factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, p.629-640.
- CRONE, M. R. & REIJNEVELD, S. A. 2007. The association of behavioural and emotional problems with tobacco use in adolescence. *Addictive behaviors*, 32(8), p.1692-1698.
- CURRIE, C. a kol. 2008. Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- CURRIE, C. A kol. 2014. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU).
- DANIELSEN, A.G. a kol. 2009. School-Related Social Support and Students' Perceived Life Satisfaction. *J Educ Res*, 102(4), p.303-320.
- DANKULINOVÁ, Z. 2013. Skúmanie zdravia a subjektívnej životnej pohody slovenských adolescentov vo vzťahu k so zdravím súvisiacemu správaniu: od kvantitatívneho ku kvalitatívnemu prístupu. Habilitační práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálnych štúdií. Brno.
- DE GOEDE, I. a kol. 2009. Linkages over Time between Adolescents' Relationships with Parents and Friends. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(10), p.1304-1315.
- DE MATOS, M. G. a kol. 2003. Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in Schoolaged Children survey. *Eur J Psychol Educ*, 18, p.3-14.
-

-
- DEVITT, K. & ROKER, D. The role of mobile phones in family communication. *Children & Society* 23(3), p.189-202.
- DIENER, E. 1984. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, p.542-575.
- DODGE, K. A. a kol. 2006. Toward a dynamic developmental model of the role of parents and peers in early onset substance use. Families count: Effects on child and adolescent development, p.104-131.
- DUE, P. a kol. 2007. Is victimization from bullying associated with medicine use among adolescents? A nationally representative cross-sectional survey in Denmark. *Pediatrics* 120(1), p.110-117.
- EDWARDS, L. M. & LOPEZ, S. J. 2006. Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in mexican american youth: A mixed-methods exploration. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), p.279-287.
- ELGAR, F. J. a kol. 2015. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385, p.2088-95.
- ELLICKSON, P. L. a kol. 2001. Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *J Adolesc Health*, 29 (2), p.101-108.
- EPSTEIN, J. L. & SHELDON, S. B. 2002. Present and accounted for: Improving student attendance through family and community involvement. *Journal of Educational Research*, 95, p.308-318.
- ERHART, M. a kol. 2009. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, 54(2), p.160-166.
- ESTÉVEZ, E. & EMLER, N.P. 2010. A Structural Modelling Approach to Predict Adolescent Offending Behaviour from Family, School and Community Factors. *Eur J Crim Policy Res*, 16, p.207-220.
- FARQUHARSON, A. B. 2002. The effect of hopelessness on students engaged in pattern misbehavior: A replication. (MSc. , The Graduate College University of Wisconsin-Stout.) Retrieved 20.04.2015, from <http://www.uwstout.edu/lib/thesis/2002/2002farquharson.pdf>.
- FARRELL, A. D. a kol. 2011. Parents as moderators of the impact of school norms and peer influences on aggression in middle school students. *Child Development*, 82,1, p.146-161.
- FLAY, B. R. 2002. Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American journal of health behavior*, 26(6), p.407-424.
- FLEMING, CH.B. a kol. 2010. Relationships between level and change in family, school, and peer factors during two periods of adolescence and problem behavior at age 19." *Journal of youth and adolescence*, 39,6, p.670-682.
- FLOURI, E. 2004. Subjective well-being in midlife: The role of involvement of and closeness to parents in childhood." *Journal of Happiness Studies* 5, 4, p.335-358.
- FRICK, P. J. & LONEY, B. R. 2002. Understanding the association between parent and child antisocial behavior. The effects of parental dysfunction on children. *Springer*, Boston, MA, p. 105-126.
- GALAIF, E. R. a kol. 2001. Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: exploring the influence of family factors and childhood maltreatment." *Journal of studies on Alcohol*, 62, 4, p.486-493.
- GARNEFSKI, N. & DIEKSTRA, R. F. 1996. Perceived social support from family, school, and peers: Relationship with emotional and behavioral problems among adolescents. *Journal of the American academy of Child & adolescent Psychiatry*, 35(12), p.1657-1664.
-

-
- GOODMAN, R. & MELTZER, H. & BAILEY, V. 1998. The Strength and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, roč. 7 (3), p.125 – 130.
- GOODMAN, R. 1997. The Strength and Difficulties Questionnaire. In: *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, roč. 38 (5), p.581 – 586.
- HALL, G. S. 1916. Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. *D. Appleton*, vol. 2.
- HARLAND, P. a kol. 2002. Family factors and life events as risk factors for behavioral and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 11, p.176-184.
- HAZLER, R. J. 1996. Breaking the cycle of violence: Interventions for bullying and victimization. *Taylor & Francis*.
- HEALEY, C. a kol. 2014. Underage drinking in the UK: changing trends, impact and interventions. A rapid evidence synthesis. *Int J Drug Policy*, 25, p.124–32.
- HENRY, K. 2010. Skipping school and using drugs: A brief report. *Drugs: education, prevention and policy*, 17(5), p.650-657.
- HENRY, K. L. 2007. Who's skipping school: Characteristics of truants in 8th and 10th grade. *J School Health*, 77(1), p.29-35.
- HERETIK, A. a kol. 2007. *Klinická psychológia, Psychoprof. Nové Zámky*, ISBN 978-80-89322-00-8, p.816.
- HERTZMAN, C. a kol. 2001. Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. *Soc Sci Med*, 53, p.1575-1585.
- HETHERINGTON, E. M. & STANLEY-HAGEN, M. (1999) The adjustment of children with divorced parents: a risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 40, p.129–140.
- HETLAND, J. a kol. 2002. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, p.223-230.
- HIDALGO, I. a kol. 2002. Health status and risk behaviour of adolescents in the North of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 27, p.351-360.
- HISHINUMA, E. S. a kol. 2012. Potential causal relationship between depressive symptoms and academic achievement in the Hawaiian high schools health survey using contemporary longitudinal latent variable change models. *Developmental Psychology* 48, 5, p.1327.
- HOFFMANN, J. P. 2006. Family structure, community context, and adolescent problem behaviors. *J Youth Adolesc*, 35, p.867-880.
- HOLSTEIN, B. 2004. Report from the research seminar on social inequalities in health and health behaviour among adolescents, In: *Reducing Social Inequalities in Health among Children and Young People*. Copenhagen, Denmark. Ministry of Interior and Health Denmark, p.14-15.
- HOLSTEIN, B. E. a kol. & the HBSC Social Inequalities Focus Group. 2009. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health*, 54(2), p. 260-270. doi: 10.1007/s00038-009-5418-4.
- HOVEN, C.W. a kol. 2008. Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *International Review of Psychiatry*, 20(3), p.261-270.
- HURRELMANN, K. & RICHTER, M. 2006. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20-28.
-

-
- HYSING, M. 2007. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 785–92.
- CHILDS, K. K. a kol. 2010. Delinquent behavior across adolescence: Investigating the shifting salience of key criminological predictors. *Deviant Behavior*, 32, 1, p.64-100.
- JARVIS, M. J. 2004. Why people smoke. *Brit Med J*, 328(7434), p.277-9.
- JASPERS, M. a kol. 2012. Trajectories of Psychosocial Problems in Adolescents Predicted by Findings From Early Well-Child Assessments. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), p.475-483.
- JESSOR, R. 1991. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *J Adolescent Health*; 12, p.597-605.
- JESSOR, R. 1992. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action." *Developmental review*, 12, 4, p.374-390.
- JOZEFIAK, T. 2010. Quality of life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health Qual Life Outcomes*, 8, p.136. doi:10.1186/1477-7525-8-136.
- JUST, E. a kol. 2003. Emotional and behavioural problems in children and adolescents with primary headache. *Cephalalgia*, 23 (3), p.206-213.
- KALINA, O. a kol. 2011. Psychosocial factors associated with sexual behaviour in early adolescence. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(4), p.298-306.
- KALTIALA-HEINO, R. & RIMPELA, M. 2000. Bullying at school--an indicator of adolescents risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23(6), p. 661.
- KASHANI, A. E. a kol. 1989. levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), p.494-499.
- KAUFFMAN, J. M. & LANDRUM, T. 2009. Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (8th ed.). Columbus, OH: Merrill.
- KAUFFMAN, J. M. a kol. 2007. Problems related to underservice of students with emotional or behavioral disorders. *Behavior Disorders*, 33, p.43–57.
- KESSLER, R. C. a kol. 2001. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological psychiatry*, 49, 12, p.1002-1014.
- KINNUNEN, P. & LAUKKANEN, E. & KYLMÄ, J. 2010. Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood." *International journal of nursing practice*, 16, 1, p.43-50.
- KNORTH, E. a kol. 2008. Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review*, 30, 2, p.123-140.
- KOLÁŘ, M. 1997. Skrytý svět šikanování ve školách : Příčiny, diagnostika a praktická pomoc. vyd. 1. Praha : Portál, ISBN 80–7178–123–1.
- KOŽÁROVÁ, J. a kol. 2014. Dimenzie problémového správania a jeho prevalencia medzi deťmi v predškolskom veku na Slovensku. In: *Študent na ceste k praxi III* . Zborník príspevkov Študentskej vedeckej konferencie v odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika. Prešovská univerzita. p. 9-24.
- KRISTJANSSON, A. L. & INGA DORA SIGFUSDOTTIR, I. D. 2009. The role of parental support, parental monitoring, and time spent with parents in adolescent academic achievement in Iceland: A structural model of gender differences. *Scandinavian journal of educational research*, 53, 5, p.481-496.
- KUNTSCHE, E. 2004. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med*, 59(1), p.113-27.
-

-
- KUNTSCHE, E.N. & GMEL, G. 2004. RESEARCH REPORT Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 99(3), p. 331-339.
- LA GRECA, A.M. & HARRISON H. W. 2005. Adolescent peer relations, friendships and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, p.49–61.
- LARUSSO, M.D. a kol. 2008. Teachers as builders of respectful school climates: Implications for adolescent drug use norms and depressive symptoms in high school. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(4), p. 386-98.
- LAUKKANEN, E. a kol. 2001. Externalizing and internalizing problems at school as signs of health-damaging behaviour and incipient marginalization. *Health Promotion International*, 17(2), p.139–146.
- LAURSEN, B. a kol. 1995. Conflict and social interaction in adolescent relationships. *J Res Adolescence*, 5, p.55-70.
- LAUTH, G.W. a kol. 2008. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz.
- LECAVALIER, L. 2006. Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 36, p.1101–14.
- LERNER, R. M. a kol. 2005. Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), p.17-71.
- LERNER, R. M. a kol. 2006. Young people are resources to be developed: Promoting positive youth development through adult-youth relations and community assets. *Mobilizing adults for positive youth development*. Springer, Boston, MA. p.19-39.
- LERNER, R. M. a kol. 2011. Positive youth development: Research and applications for promoting thriving in adolescence. *Advances in Child Development and Behaviour*. 2011b, 41, p.1-17. ISSN 0065-2407.
- LIBBEY, H.P. 2004. Measuring student relationships to school: Attachment, bonding, connectedness, and engagement. *J School Health*, 74, p.274–82.
- LIBBY, A. M. a kol. 2005. Inside the black box: What constitutes a day in a residential treatment centre? *International Journal of Social Welfare*, 14, p.176-183.
- LIU, X. 2003. Cigarette smoking, life stress, and behavioral problems in Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 33(3), p.189–192.
- LOUDEN, W. CH. a kol. 2000. Mapping the territory: primary students with learning difficulties: literacy and numeracy. Vol. 1-4. Canberra: Department of Education, Training and Youth Affairs.
- LUCIO, R. & RAPP-PAGLICCI, L. & ROWE, W. 2011. Developing an additive risk model for predicting academic index: School factors and academic achievement. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(2), p.153-173.
- MACEK, P. 2003. Adolescence. 2., upr. vyd. Praha: Portál. ISBN: 8071787477.
- MACEK, P. 1999. Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících. Portál, ISBN 80-7178-348-X.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. & PUDELSKÝ, M. & VAN DIJK, J. P. 2000. Vplyv rodičov a rovesníkov na správanie adolescentov súvisiace so zdravím. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 35(3), p.233-241.
-

-
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. 1998. Rodinné prostredie a výchovne problémové správanie adolescentov. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 33(4), p.320-329.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. a kol. 2009. Sociálne determinanty zdravia školákov. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13, a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2009/2010 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School Aged Children“ (HBSC) Vydal: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. ISBN: 978-80-89284-73-3.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. a kol. 2015. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2013/2014 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School Aged Children“ (HBSC). Vydal: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku. ISBN: 978-80-971997-1-5.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. a kol. 2000. Vplyv rodičov a rovesníkov na správanie adolescentov súvisiace so zdravím. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 35(3), p.233-241.
- MARCUS R. F. & SANDERS-REIO J. 2001. The influence of attachment on school completion. *School Psychol Quart*, 16, p.427– 44.
- MARTINOVE, M. ml. 2016. Psychoaktívne látky a najčastejšie komplikácie spojené s ich užívaním. *Via pract*, 13(5), p.201–202.
- MATTISON, R. E. & SPITZNAGEL, E. L. & FELIX, B. C. 1998. Enrollment predictors of the special education outcome for students with SED. *Behavioral Disorders*, 23, p.243-256.
- MAYEROVÁ, K. 2001. Úspešnosť vzdelávania ako stratifikačný činiteľ. Vzdelávanie a sociálna stratifikácia. Zborník vedeckých štúdií. ISBN: 978-80-555-1200-6.
- MCLEOD, J.D. & NONNEMAKER, J.M. 2000. Poverty and child emotional and behavioral problems: racial/ethnic differences in processes and effects. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, p.137–161.
- MELTZER, H. a kol. 2000. Mental health of children and adolescents in Great Britain. London: Stationary Office.
- MILEVSKY, A. 2005. Compensatory patterns of sibling support in emerging adulthood: Variations in loneliness, self-esteem, depression and life satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(6), p.743-755.
- MOLCHO, M. & HAREL Y, & DINA LO. 2004. Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*; 16(3), p.239-251.
- MORETTI, M.M. & PELED, M. "Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development. *Paediatrics & child health* 9, 8, p.551-555.
- MOUNTENEY, J. a kol. 2010. Truancy, alcohol use and alcohol-related problems in secondary school pupils in Norway. *Health Education Research*, 25(6), p.945-954.
- NAJMAN, J. M. a kol. 2010. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *Am J Public Health* 100:1719–23.
- NANGLE, D. W. a kol. 2003. Popularity, Friendship Quantity, and Friendship Quality: Interactive Influences on Children's Loneliness and Depression. *J Clin Child Adolesc*, 32(4), p.546-555.
- NANSEL, T. R. a kol. 2001. Bullying Behaviors Among US Youth. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 285(16), p. 2094.
- NANSEL, T. R. a kol. 2003. Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(4), p. 348-353.
-

-
- NAPOLITANO, C. M. a kol. 2011. The development of intentional self-regulation in adolescence: Describing, explaining, and optimizing its link to positive youth development. *Advances in Child Development and Behaviour*, 41, p. 19-38. ISSN 0065-2407.
- NEGRU, O. & BABAN, A. 2009. Positive development in school settings: School environment influences on perceived school adjustment in a Romanian adolescent sample. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 13(3), p. 253-67.
- NELSON, J. R. a kol. 2004. Academic achievement of K-12 students with emotional and behavioral disorders. *Exceptional children*, 71(1), 59-73.
- NEWMAN, B. M. a kol. 2007. The relationship of social support to depressive symptoms during the transition to high school. *Adolescence*, 42, 167, p. 441.
- NEWMAN, K. 2008. Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16, 1, p. 142-150.
- NICHOLAS, S. 2009. Subcultures and countercultures. *Research starters sociology*, 04:1-6.
- NURMI, J. 2004. Socialization and self-development. Channeling, selection, adjustment, and reflection. In: Lerner RM, Steinberg LD (Eds). *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- OGDEN, T. 2012. Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge. Oslo: Gyldendal Akademisk. ISBN 978-82-054-2279-7.
- OLWEUS, D. 2011. Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 21(2), p. 151-156.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2008. Students with disabilities, learning difficulties and disadvantages: policies, statistics and indicators. Paris: OECD Publishing.
- O'SHAUGHNESSY, T. a kol. 2003. Children placed at risk for learning and behavioral difficulties: Implementing a school-wide system of early identification and prevention. *Remedial and Special Education*, 24, p. 27-3.
- OTTOVA, V. a kol. 2012. Child Mental Health Measurement: Reflections and Future Directions. In Maddock, J. *Public Health: Methodology, Environmental and System Issues* (pp. 27-50). Rijeka, Croatia: InTech.
- PAGANI, L. a kol. 1999. Effects of poverty on academic failure and delinquency in boys: a change and process model approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, p. 1209-1219.
- PARADISE, M. B. a kol. 2011. Subjective memory complaints, vascular risk factors and psychological distress in the middle-aged: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 11, 1, p. 108.
- PARKER, J. S. & BENSON, M. J. 2004. Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency [Elektronická verzia]. *Adolescence*, 39(155), p. 519-530.
- PATTON, G. C. a kol. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American journal of public health*, 88, 10, p. 1518-1522.
- PEARSON, D. a kol. 2006. A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with Autistic Disorder and PDD-NOS. *Child Neuropsychology*, 12, p. 321-33.
- PEPLER, D. J. & CRAIG, W. M. 2000. Making a difference in bullying. LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution. Toronto, Canada: York University.
- PERRA, O. a kol. 2012. School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence*, 35(2), p. 315-24.
-

PETRAITIS, J. a kol. 1995. Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull* 1995;117: p.67-86.

PRINSTEIN, M. J. & BOERGERS, J. & SPIRITO, A. 2001. Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *J Pediatric Psychol*, 26, p. 287-298.

RAI, A. A. a kol. 2006. The KIDSCREEN Group Europe: The KIDSCREEN questionnaires - handbook. Lengerich: Pabst Science Publications.

RAVENS-SIEBERER, U. & OTTOVÁ, J. 2016. Children's mental health in Europe: The current situation and its implications. Improving the Quality of Childhood in Europe, 6. Brussels, Belgium · ISBN: 9789082290912.

RAVENS-SIEBERER, U. a kol. 2004. School and health. In: Currie C a kol. (Ed). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey. WHO policy series: health policy for children and adolescents. Issue 4. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

RAVENS-SIEBERER, U. a kol. 2007. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland—Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey.

RAVENS-SIEBERER, U. a kol. 2008. Mental health of children and adolescents in 12 European countries—results from the European KIDSCREEN study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(3), p.154-163.

RAVENS-SIEBERER, U. a kol. 2008. Socioeconomic inequalities in mental health among adolescents in Europe. In World Health Organization (Ed.), Social cohesion for mental wellbeing among adolescents (p. 26-42). Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

RAVENS-SIEBERER, U. a kol. 2013. Children's quality of life in Europe: national wealth and familial socioeconomic position explain variations in mental health and wellbeing: a multilevel analysis in 27 EU countries. *ISRN Public Health*, 2013, 1-9. doi:10.1155/2013/419530.

REID, K. 1982. The self-concept and persistent school absenteeism. *British Journal of Educational Psychology*, 52 (2), p.179–87.

REID, R. a kol. 2004. A meta-analysis of the academic status of students with emotional/behavioral disturbance. *The Journal of Special Education*, 38,3, p.130-143.

REIJNEVELD, S. A. a kol. 2004. Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive Child Healthcare. *Arch Ped Adolesc Med*, 158, p.811-817.

ROTHON, C. a kol. 2010. Physical activity and depressive symptoms in adolescents: a prospective study." *Bmc Medicine*, 8,1, p. 32.

ROTHON, C. a kol. 2011. Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of adolescence*, 34,3, p.579-588.

ŘÍČAN, P. 1998. Agresivita a šikanovanie medzi deťmi: Ako dať deťom v škole pocit bezpečia. Bratislava : eDUCAtIO, ISBN 80-967532-2-3.

SALMON, G. a kol. 2000. Bullying a review: Presentations to an adolescent psychiatric service and within a school for emotionally and behaviourally disturbed children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 4, p.563-579.

SANTOR, D. A. & MESSERVEY, D. & KUSUMAKAR, V. 2000. Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes, and substance abuse. *Journal of youth and adolescence*, 29,2, p.163-182.

-
- SAWYER, M.G. a kol. 2002. Healthrelated quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,41, p.530–537.
- SAWYER, S.M. a kol. 2012. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379, p.1630–40.
- SEVERSON, H. H. & WALKER, H. M. 2002. Proactive approaches for identifying children at risk for sociobehavioral problems. In K. L. Lane, F. M. Gresham, & T. E. O'Shaughnessy (Eds.), *Interventions for children with or at risk for emotional and behavioral disorders* (p. 33- 53). Boston: Allyn & Bacon.
- SHAW, B. A. a kol. 2004. Emotional support from parents early in life, aging, and health. *Psychology and aging* 19,1, p.4.
- SHOCHET, I. M. a kol. 2008. How do school connectedness and attachment to parents interrelate in predicting adolescent depressive symptoms? *J Clin Child Adolsc Psychol*, 37(3), p.676-81.
- SCHNEIDER, B. H. 2000. Friends and enemies: peer relations in childhood. London, Arnold.
- SCHNOR, C. & VOLMER-LARSEN, N. B. 2006. Bullying among Greenlandic school children: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *Int J Circumpol Heal*, 65, p.305-312.
- SCHOFIELD, G. a kol. 2007. The search for stability and permanence: Modelling the pathways of long-stay looked after children. *British Journal of Social Work*, 37, p.619-642.
- SLOVÍKOVÁ, M. 2012. Záškoláctvo a problémové správanie u žiakov základných a stredných škôl v školskom roku 2010/2011 (medziročné porovnanie údajov, vývojové trendy a trendová analýza. Bratislava: ÚIPŠ.
- SMETANA, J. G. & DADDIS, C. 2002. Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child Dev* 2002; 73: 563-580 sociology, sex, crime, religion and education. 2 vols. New York: Appleton.
- SOSIN, D. M. a kol. 1995. Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 16(3), p. 209-215.
- SOSIN, D. M. a kol. 1995. Fighting as a marker for multiple problem behaviors in adolescents. *Journal of Adolescent Health* 1995; 16(3): p. 209-215.
- STADLER, CH. a kol. 2010. Peer-victimization and mental health problems in adolescents: are parental and school support protective? *Child Psychiatry & Human Development*,41,4, p.371-386.
- STANTON, B. a kol. 2003. Longitudinal Influence of perceptions of peer and parental factors on African-American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health* 79, 4, p.536-548.
- STATE, T. M. & KERN, L. 2017. Life Satisfaction Among High School Students With Social, Emotional, and Behavioral Problems. *Journal of Positive Behavior Interventions*,19(4), p.205-215.
- STODDARD, S. A. & MCMORRIS B. J. & SIEVING R. E. Do social connections and hope matter in predicting early adolescent violence?. *American journal of community psychology*, 48,3,4, p.247-256.
- STOOLMILLER, M. & SNYDER, J. 2004. A multilevel analysis of parental discipline and child antisocial behavior. *Behavior Therapy* 35,2, p.365-402.
- SWANSEA, K. R. 2010. Finding strategic solutions to reduce truancy. *Research in Education*, 84(1), p.1-18.
-

-
- ŠIRŮČEK, J. & ŠIRŮČKOVÁ, M. & MACEK, P. 2007. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 51(5), p.476-488.
- ŠLEŠKOVÁ, M. a kol. 2006. Does parental unemployment affect adolescents' health? *J Adolescent Health* 2006a; 38, p.527-535.
- ŠLEŠKOVÁ, M. A kol. 2006. Influence of parental employment status on Dutch and Slovak adolescents' health. *BMC Public Health* 2006b, 6, p.250.
- ŠULOVÁ, L. 1998. Člověk v rodině. In Výrost, J., & Slaměník, I. (Ed.): *Aplikovaná sociální psychologie I* (p. 303-342). Praha: Portál.
- TEASLEY, M. L. 2004. Absenteeism and truancy: Risk, protection, and best practice implications for school social workers. *Children & Schools*, 26, p.117-126.
- TOMČÍKOVÁ, Z. a kol. 2011. Characteristics of adolescent excessive drinkers compared with consumers and abstainers. *Drug and alcohol review*, 30(2), p.157-165.
- TORIKKA, A. a kol. 2016. Trends in alcohol use among adolescents from 2000 to 2011: the role of socioeconomic status and depression. *Alcohol and alcoholism*, 52(1), p.95-103.
- TORSHEIM, T. & WOLD, B. "School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach." *Journal of adolescence* 24,6, p.701-713.
- TORSHEIM, T. a kol. 2004. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med*, 59(1), p.1-12.
- TRACY, M. a kol. 2008. What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms?. *J Psychiatr Res*, 42, p.1163-75.
- UMBERSON, D. & CROSNOE, R. & RECZEK, C. 2010. Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annual Review of Sociology*, 36, p.139-157.
- VAN EIJK, L. M. a kol. 2013. TakeCare Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg [TakeCare Province Groningen. An empirical study on characteristics of children and their parents related to the care and treatment supplied]. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen / Rijksuniversiteit Groningen.
- VAN NIEUWENHUIZEN, M. a kol. 2009. Clustering of health-compromising behavior and delinquency in adolescents and adults in the Dutch population. *Prev Med*; 48, p.572-578.
- VIENO, A. & GINI, G. & SANTINELLO, M. 2011. Different Forms of Bullying and Their Association to Smoking and Drinking Behavior in Italian Adolescents. *Journal of School Health*, 81(7), p. 393-399.
- WALDINGER, R. J. a kol. 2007. Childhood sibling relationships as a predictor of major depression in adulthood: A 30-year prospective study. *American Journal of Psychiatry* 164,6, p.949-954.
- WALDRIP, A. M. a kol. 2008. With a Little Help from Your Friends: The Importance of High-quality Friendships on Early Adolescent Adjustment. *Soc Dev*, 17(4), p.832-852.
- WALSH, S. D. a kol., 2013. Physical and Emotional Health Problems Experienced by Youth Engaged in Physical Fighting and Weapon Carrying. *PLoS ONE*, 8(2), p. 1-8.
- WANG, A. & PETERSON, G.W. & MORPHEY, L. M. 2007. Who is more important for early adolescents' developmental choices? Peers or parents?. *Marriage & Family Review*, 42,2, p.95-122.
- WANG, M. a kol. 2011. Trajectories of family management practices and early adolescent behavioral outcomes. *Developmental psychology*, 47,5, p.1324.
- WILLE, N. & RAVENS-SIEBERER, U. 2010. How to assess resilience: reflections on a measurement model. 109 CHILDREN'S MENTAL HEALTH IN EUROPE: THE CURRENT
-

SITUATION AND ITS IMPLICATIONS In: A. Morgan, E. Ziglio & M. Davies (Eds.), *Health Assets in a Global Context* (p. 117-144). New York, NY : Springer Verlag.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2000. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413-426.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2005. Child and adolescent mental health policies and plans [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [cited 2011 Apr 8]. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package. Geneva, ISBN 978-92-4-159628-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 1. Alcohol drinking - adverse effects. 2. Social control - methods. 3. Alcoholism - prevention and control. 4. Public policy. I. World Health Organization. ISBN 978-92-4-159993-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2014a. Adolescence. Retrieved May 17, 2014 from the World Wide Web: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/e/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2014b. Social determinants of health. Retrieved May 18, 2014 from the: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf?ua=1.

ZULLIG, K. J. a kol. 2001. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolescent Health*, 29, p.279-288.

<http://ar2005.emcdda.europa.eu/sk/page024-sk.html>). Citované dňa: 18.05.2018

Národný projekt Podpora ochrany detí pred násilím. (2015) dostupný na internetovej stránke: <https://detstvobeznasilia.gov.sk/wp-content/uploads/2015/07/N%C3%A1rodn%C3%BD-projekt-Podpora-ochrany-det%C3%AD-pred-n%C3%A1sil%C3%ADm.pdf> citované dňa 21.05.2018

<http://zippyhokamarati.sk/> citované dňa: 18.05.2018

<http://ar2005.emcdda.europa.eu/sk/page024-sk.html>). Citované dňa: 18.05.2018



ÚRAD VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Trnavská cesta 52
P.O.BOX 45
826 45 Bratislava

Euro MedPro, n.o.



Vážení/á žiak/žiačka!

Odpovedaním na otázky nám pomôžeš pochopiť viac o tom, ako žijú mladí ľudia. Rovnaké otázky sú použité v prieskumoch v ďalších 43 krajinách v Európe a Severnej Amerike.

Tvoje odpovede ostanú tajné a Tvoj dotazník uvidia len výskumní pracovníci. Neuvidia ho Tvoji rodičia, ani učitelia. **Nemal/a by si na dotazník napísať svoje meno.** Po jeho vyplnení ho vložíš do spoločnej obálky, ktorá sa potom zalepí.

Ak si nepraješ vyplňovať dotazník, tak nemusíš. Ak sú akékoľvek otázky, na ktoré si nepraješ odpovedať, môžeš ich preskočiť a pokračovať ďalej.

Pretože sú tieto otázky kladené v mnohých rôznych krajinách a kultúrach, môžu Ťa niektoré z nich pripadať trochu nezvyčajné. Prosím, neponáhľaj sa, pozorne si prečítaj postupne každú otázku a odpovedaj na ňu najúprimnejšie ako vieš. Pamätaj, že nás zaujíma len Tvoj názor. Nie je to test, ani v ňom nie sú správne alebo nesprávne odpovede. Najviac nám pomôžeš, ak sa budeš snažiť odpovedať na každú otázku úprimne a pravdivo.

Svoju odpoveď označ krížikom v príslušnom štvorčeku.



Ak si sa pomýlil/a a praješ si označiť inú odpoveď, začieni štvorček



s nesprávnou odpoveďou a krížikom označ druhú zvolenú odpoveď.

Ďakujeme Ti za pomoc pri našom prieskume.

1. Si chlapec alebo dievča?

☐

Chlapec

☐

Dievča

2. V akom si ročníku?

☐

5. ročník

☐

6. ročník

☐

7. ročník

☐

8. ročník

☐

9. ročník

3. V ktorom mesiaci si sa narodil/a?

jan

feb

mar

apr

máj

jún

júl

aug

sept

okt

nov

dec

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4. V ktorom roku si sa narodil/a?

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. Ako často obvykle mávaš raňajky (viac ako pohár mlieka alebo ovocného džúsu)?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre dni v týždni (pondelok až piatok) a jedno políčko pre víkend.

Dni v týždni

☐

Nikdy nemám raňajky počas týždňa

☐

Jeden deň

☐

Dva dni

☐

Tri dni

☐

Štyri dni

☐

Päť dní

Víkend

☐

Nikdy nemám raňajky počas víkendu

☐

Obvykle mám raňajky iba jeden deň cez víkend (sobota ALEBO nedeľa)

☐

Obvykle mám raňajky obidva dni cez víkend (sobota A nedeľa)

6. Koľkokrát do týždňa obvykle jedávaš alebo piješ...?

	Nikdy	Menej ako jedenkrát týždenne	Raz za týždeň	2-4 dni v týždni	5-6 dní v týždni	Raz denne, každý deň	Každý deň, viac ako raz
Ovocie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zeleninu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sladkosti (cukríky alebo čokoláda)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kolu alebo iné nealkoholické nápoje, ktoré obsahujú cukor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Energetické nápoje, napr.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.

	Nikdy	Menej ako 1x týždenne	1-2 dni v týždni	3-4 dni v týždni	5-6 dní v týždni	Každý deň
Ako často raňajkuješ spoločne s mamou alebo otcom?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ako často večeriaš spoločne s mamou alebo otcom?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Ako často si čistíš zuby?

- ☐ Viac ako raz denne
- ☐ Raz denne
- ☐ Najmenej raz do týždňa, ale nie denne
- ☐ Menej ako raz do týždňa
- ☐ Nikdy

9. Držíš teraz nejakú diétu alebo robíš niečo iné, aby si schudol/schudla?

- ☐ Nie, moja hmotnosť je v poriadku
- ☐ Nie, ale mal/a by som trochu schudnúť
- ☐ Nie, pretože potrebujem pribrať
- ☐ Áno

Telesná aktivita je akákoľvek aktivita, pri ktorej sa Ti rozbúcha srdce a pri ktorej sa zadýchaš na nejaký čas. Telesná aktivita sa môže dosiahnuť športom, školskými aktivitami, pri hraní sa s kamarátmi alebo cestou pešo do školy. Niektoré príklady telesnej aktivity sú beh, rýchla chôdza, jazda na kolieskových korčuľiach, bicyklovanie, tancovanie, jazda na skateborde, plávanie, futbal, basketbal a lyžovanie.

V nasledujúcej otázke započítaj všetok čas, ktorý stráviš telesnou aktivitou každý deň.

10. Počas posledných 7 dní, koľko dní si bol/a telesne aktívny/a spolu najmenej 60 minút za deň?

0 dní	1 deň	2 dni	3 dni	4 dni	5 dní	6 dní	7 dní
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Označ krížkom jeden štvorček v každom riadku, ktorý najviac charakterizuje miesto Tvojho bydliska.

	Určite áno	Neviem sa rozhodnúť	Určite nie
Je bezpečné prechádzať sa alebo hrať počas dňa v mojom okolí.	☐	☐	☐
V blízkosti môjho domova sú aj ďalšie deti, s ktorými sa dá ísť von a hrať sa.	☐	☐	☐
V blízkosti môjho domova je miesto, kde môžem ísť von a hrať sa.	☐	☐	☐
V blízkosti môjho domova sú ihriská alebo parky, kde sa môžem hrať.	☐	☐	☐
V mojej škole sú ihriská, kde môžem behať.	☐	☐	☐
Vždy musím povedať mojim rodičom kde budem, keď idem von.	☐	☐	☐
Ak idem von, vždy musím byť späť do určitého času.	☐	☐	☐

12. Ako dlho Ti zvyčajne trvá cesta z domu do školy?

Zaškrtni, prosím, jednu možnosť.

- ☐ Menej ako 5 minút
- ☐ 5-15 minút
- ☐ 15-30 minút
- ☐ 30 minút až 1 hodinu
- ☐ Viac ako 1 hodinu

13. V bežný deň je hlavná časť Tvojej cesty do školy uskutočnená ...?

Zaškrtni, prosím, jednu možnosť.

- ☐ Chôdzou
- ☐ Bicyklom
- ☐ Autobusom, vlakom, električkou
- ☐ Autom, motocyklom, mopedom
- ☐ Iným spôsobom

14. V bežný deň je hlavná časť Tvojej cesty zo školy uskutočnená ...?

Zaškrtni, prosím, jednu možnosť.

- ☐ Chôdzou
- ☐ Bicyklom
- ☐ Autobusom, vlakom, električkou
- ☐ Autom, motocyklom, mopedom
- ☐ Iným spôsobom

15. Koľko dní (ak vôbec) si fajčil/a cigarety?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Nikdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dní (a viac)
Vo svojom živote	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Za posledných 30 dní	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Ako často fajčíš tabak v súčasnosti?

- ☐ Každý deň
- ☐ Najmenej raz do týždňa, ale nie každý deň
- ☐ Menej ako raz do týždňa
- ☐ Nefajčím

17. Koľko dní (ak vôbec) si pil/a alkohol?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Nikdy	1-2 dni	3-5 dni	6-9 dni	10-19 dni	20-29 dni	30 dní (a viac)
Vo svojom živote	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Za posledných 30 dní	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

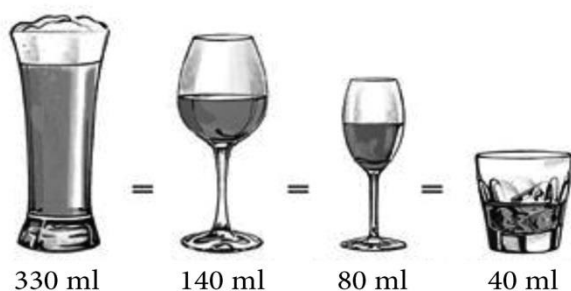
18. V súčasnosti, ako často piješ niečo alkoholické, napríklad pivo, víno alebo liehoviny ako vodka, slivovica, borovička?

Pokús sa zahrnúť aj tie prípady, keď si vypil/a iba malé množstvo. Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Každý deň	Každý týždeň	Každý mesiac	Zriedkavo	Nikdy
Pivo	☐	☐	☐	☐	☐
Víno	☐	☐	☐	☐	☐
Liehoviny / pálenky (napr. vodka, slivovica, becherovka, fernet)	☐	☐	☐	☐	☐
Miešané alkoholické nápoje (napr. Beton, Bavorák, Smirnoff Ice, Bacardi Breezer)	☐	☐	☐	☐	☐
Akékoľvek iné nápoje, ktoré obsahujú alkohol	☐	☐	☐	☐	☐

19. Keď porozmýšľaš o bežnej príležitosti, koľko nápojov obsahujúcich alkohol zvykneš vypiť?

"Nápoj" môže byť fľaša alebo plechovka piva (približne pol litra), pohár vína (približne dva deci), pohárik pálenky (približne pol deci), alebo pohár miešaného nápoja.



Pivo	Víno	Likér	Liehoviny
------	------	-------	-----------

Nikdy
nepijem
alkohol

☐

Menej ako
jeden nápoj

☐

1 nápoj

☐

2 nápoje

☐

3 nápoje

☐

4 nápoje

☐

5 alebo
viac

☐

20. Vypil/a si niekedy toľko alkoholu, že si bol/a naozaj opitý/á?

Mal/a si jeden alebo viacero z príznakov: problémy s chôdzou alebo problémy s rečou/hovorením, zvracanie alebo okno (nepamätal/a si si, čo sa stalo)?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Nie, nikdy	Áno, raz	Áno, 2-3 krát	Áno, 4-10 krát	Áno, viac ako 10 krát
Vo svojom živote	☐	☐	☐	☐	☐
Za posledných 30 dní	☐	☐	☐	☐	☐

21. V akom veku si prvýkrát robil/a nasledujúce veci?

Ak je niečo, čo si nerobil/a, zvol' možnosť "nikdy".

	Nikdy	11 rokov alebo menej	12 rokov	13 rokov	14 rokov	15 rokov	16 rokov alebo viac
Pil/a alkohol (viac ako malé množstvo)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opil/a sa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fajčil/a cigaretu (viac ako potiahnutie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. Užil/a si niekedy marihuanu? (trávu, gandžu, marišku, haš)

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Nikdy	1-2 dni	3-5 dní	6-9 dní	10-19 dní	20-29 dní	30 dní (a viac)
Vo svojom živote	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Za posledných 30 dní	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. Čo si myslíš, koľko z Tvojich spolužiakov a spolužiačok robí nasledovné veci:

	Nikto	Málokto	Niekoľko	Väčšina	Všetci
Fajčí cigarety	☐	☐	☐	☐	☐
Pije alkohol	☐	☐	☐	☐	☐
Opije sa niekedy	☐	☐	☐	☐	☐
Fajčí marihuanu	☐	☐	☐	☐	☐
Má pohlavný styk	☐	☐	☐	☐	☐
Šikanuje svojich spolužiakov	☐	☐	☐	☐	☐
Pije kolu alebo iné nealkoholické nápoje, ktoré obsahujú cukor	☐	☐	☐	☐	☐

24. Čo si myslíš o nasledujúcich druhoch správania? Je v poriadku ak Tvoji spolužiaci a spolužiačky:

	Nikdy to nie je OK	Vyskúša ť si to je OK	Občas je to OK	Robiť to často je OK
Fajčia cigarety	☐	☐	☐	☐
Pijú alkohol	☐	☐	☐	☐
Opijú sa niekedy	☐	☐	☐	☐
Fajčia marihuanu	☐	☐	☐	☐
Majú pohlavný styk	☐	☐	☐	☐
Šikanujú svojich spolužiakov	☐	☐	☐	☐
Pijú kolu alebo iné nealkoholické nápoje, ktoré obsahujú cukor	☐	☐	☐	☐

25. Čo myslíš, čo najlepšie vystihuje postoje väčšiny (aspoň 51%) Tvojich spolužiakov a spolužiačok na nasledujúce druhy správania?

	Nikdy to nie je OK	Vyskúša ť si to je OK	Občas je to OK	Robiť to často je OK
Fajčiť cigarety	☐	☐	☐	☐
Piť alkohol	☐	☐	☐	☐
Opiť sa niekedy	☐	☐	☐	☐
Fajčiť marihuanu	☐	☐	☐	☐
Mať pohlavný styk	☐	☐	☐	☐
Šikanovať svojich spolužiakov	☐	☐	☐	☐
Piť kolu alebo iné nealkoholické nápoje, ktoré obsahujú cukor	☐	☐	☐	☐

26. Čo si myslíš, ako hodnotí Tvoj/a triedny/a učiteľ/ka Tvoje výsledky v škole v porovnaní s inými spolužiakmi?

- ☐ Veľmi dobre
- ☐ Dobre
- ☐ Priemerne
- ☐ Podpriemerne

27. Aký máš v súčasnosti vzťah k škole?

- ☐ Veľmi sa mi páči v škole
☐ Trochu sa mi páči v škole
☐ Nie veľmi sa mi páči v škole
☐ Vôbec sa mi nepáči v škole

28. Nakoľko sa cítiš byť pod tlakom pri školských úlohách, ktoré musíš robiť?

- ☐ Vôbec
☐ Trochu
☐ Dost
☐ Veľmi

29. Toto sú niektoré vyjadrenia o spolužiakoch v Tvojej triede.

Prosím označ, ako veľmi súhlasíš alebo nesúhlasíš s každým z nich.

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Úplne súhlasím	Súhlasím	Ani súhlasím, ani nesúhlasím	Nesúhlasím	Vôbec nesúhlasím
Spolužiaci v mojej triede sú spolu radi.	☐	☐	☐	☐	☐
Mnohí spolužiaci v mojej triede sú	☐	☐	☐	☐	☐
Ostatní spolužiaci ma prijali takého/takú, aký/á som.	☐	☐	☐	☐	☐

30. Toto sú niektoré vyjadrenia o Tvojich učiteľoch.

Prosím, označ, ako veľmi súhlasíš alebo nesúhlasíš s každým z nich.

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Úplne súhlasím	Súhlasím	Ani súhlasím, ani nesúhlasím	Nesúhlasím	Vôbec nesúhlasím
Mám pocit, že ma môj/moja učiteľ/ka akceptuje takého/takú, aký/á som.	☐	☐	☐	☐	☐
Mám pocit, že mojim učiteľom na mne ako na človeku záleží.	☐	☐	☐	☐	☐
Cítim, že mojim učiteľom môžem veľmi dôverovať.	☐	☐	☐	☐	☐

31. Ako obľúbený si vo svojej triede?

Veľmi
neobľúbený

Veľmi
obľúbený

1	2	3	4	5	6
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. Aké dôležité je pre Teba byť obľúbený v Tvojej triede?

Vôbec to nie
je dôležité

Veľmi
dôležité

1	2	3	4	5	6
☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. Toto je vyjadrenie o spolužiakoch v Tvojej triede.

Prosím, označ, ako veľmi s ním súhlasíš alebo nesúhlasíš.

Zaškrtni, prosím, jedno políčko.

	Úplne súhlasím	Súhlasím	Ani súhlasím, ani nesúhlasím	Nesúhlasím	Vôbec nesúhlasím
V našej triede sa žiaci podieľajú na tvorení triednych pravidiel.	☐	☐	☐	☐	☐

34. Toto sú niektoré vyjadrenia o žiakoch na Tvojej škole.

Prosím, označ, ako veľmi súhlasíš alebo nesúhlasíš s každým z nich.

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Úplne súhlasím	Súhlasím	Ani súhlasím, ani nesúhlasím	Nesúhlasím	Vôbec nesúhlasím
Na našej škole sa žiaci podieľajú na plánovaní školských aktivít a udalostí (športové dni, exkurzie, výlety, atď.)	☐	☐	☐	☐	☐
Na našej škole majú žiaci možnosť spolurozhodovať a plánovať školské projekty.	☐	☐	☐	☐	☐
Na našej škole sa nápady a myšlienky žiakov berú vážne.	☐	☐	☐	☐	☐

35. Podporuje Ťa, pomáha Ti niekto pravidelne v príprave do školy?

Označ v každom riadku jednu odpoveď.

	Áno	Nie
Matka	☐	☐
Otec	☐	☐
Niektor zo starých rodičov	☐	☐
Niektor zo súrodencov	☐	☐
Niektor iný z rodiny	☐	☐
Iný dospelý mimo rodiny	☐	☐
Niektor z mojich kamarátov, rovesníkov	☐	☐

36. Záleží Ti na tom, aké vzdelanie získaš?

- ☐ Veľmi mi na tom záleží
- ☐ Záleží mi na tom, ale nie až tak
- ☐ Je mi to úplne jedno

37. Aké najvyššie vzdelanie asi v budúcnosti získaš?

- ☐ Základnú školu
- ☐ Učňovskú školu s výučným listom
- ☐ Učňovskú školu s maturitou
- ☐ Stredoškolské vzdelanie ukončené maturitou
- ☐ Gymnázium
- ☐ Vysokoškolské vzdelanie

38. Čo si myslíš, že budeš robiť po ukončení strednej školy?

- ☐ Budem asi nezamestnaný
- ☐ Budem pokračovať v štúdiu
- ☐ Zamestnám sa, alebo budem podnikat'
- ☐ Budem si hľadať prácu v zahraničí
- ☐ Vydám sa a ostanem v domácnosti
- ☐ Nemám predstavu
- ☐ Iné

39. Čo si myslíš, že očakávajú Tvoji rodičia? Aké najvyššie vzdelanie dúfajú, že dosiahneš?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre otca a jedno políčko pre matku.

	Otec	Matka
Základnú školu	☐	☐
Učňovskú školu s výučným listom	☐	☐
Učňovskú školu s maturitou	☐	☐
Stredoškolské vzdelanie ukončené maturitou	☐	☐
Gymnázium	☐	☐
Vysokoškolské vzdelanie	☐	☐
Nemám alebo nestretávam otca/matku	☐	☐

40. Mávaš obavy z toho, že si ďalšie štúdium z finančných dôvodov nebudeš môcť dovoliť?

- ☐ Veľmi často
- ☐ Často
- ☐ Zriedka
- ☐ Nikdy

41. Povedal/a by si, že Tvoje zdravie je.....?

- ☐ Vynikajúce
- ☐ Dobré
- ☐ Nie zlé
- ☐ Zlé

42. Koľko vážiš bez šiat?

43. Aký si vysoký/á bez topánok?

Toto je obrázok rebríka. Vrchná časť rebríka “10“ je Tvoj najlepši možný život a spodná časť rebríka “0“ je Tvoj najhorši možný život.

44. Vo všeobecnosti, kde sa cítiš, že stojíš na tomto rebríku Ty v tomto momente?

Zaškrtni políčko vedľa čísla, ktoré najlepšie popisuje, kde stojíš Ty.

☐	10	Najlepši možný život
☐	9	
☐	8	
☐	7	
☐	6	
☐	5	
☐	4	
☐	3	
☐	2	
☐	1	
☐	0	Najhorši možný život

45. Za posledných 6 mesiacov: Ako často sa Ti stalo, že ...?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Asi každý deň	Viac ako raz za týždeň	Asi každý týždeň	Asi každý mesiac	Zriedkavo alebo nikdy
Ťa bolela hlava	☐	☐	☐	☐	☐
Ťa bolelo brucho	☐	☐	☐	☐	☐
Ťa bolel chrbát	☐	☐	☐	☐	☐
Si bol/a smutný/á, na dne	☐	☐	☐	☐	☐
Si bol/a podráždený/á alebo si mal/a zlú náladu	☐	☐	☐	☐	☐
Si mal/a pocit nervozity	☐	☐	☐	☐	☐
Si mal/a ťažkosti so zaspávaním	☐	☐	☐	☐	☐
Sa Ti točila hlava (závrate)	☐	☐	☐	☐	☐

46. Toto sú niektoré výroky o Tebe.

Prosím, označ, ako veľmi súhlasíš alebo nesúhlasíš s každým z nich.

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Úplne súhlasím	Súhlasím	Nesúhlasím	Vôbec nesúhlasím
Som so sebou spokojný/á.	☐	☐	☐	☐
Niekedy si myslím, že sa nemám dobre.	☐	☐	☐	☐
Myslím si, že mám veľa dobrých vlastností.	☐	☐	☐	☐
Viem robiť veci tak dobre ako iní.	☐	☐	☐	☐
Cítim, že nemám byť na čo hrdý/á.	☐	☐	☐	☐
Niekedy sa cítim neúčinný/á.	☐	☐	☐	☐
Cítim, že som hodnotným človekom, aspoň tak ako iní ľudia.	☐	☐	☐	☐
Chcel by som si viac vážiť seba samého.	☐	☐	☐	☐
Niekedy si myslím, že som sa nemal/a vôbec narodiť.	☐	☐	☐	☐
Mám rád sám/sama seba.	☐	☐	☐	☐

47. Prosím, označ pre každý výrok, do akej miery je podľa teba pravdivý. Pomôže nám, ak ohodnotíš všetky výroky najlepšie, ako vieš, aj keď si nebudeš úplne istý/á alebo sa Ti možno niektoré výroky budú zdať hlúpe. Prosím, ohodnot' výroky podľa toho, ako si sa cítil za posledných 6 mesiacov.

	Nepravdivý	Trochu pravdivý	Úplne pravdivý
Bývam nepokojný/á, nemôžem obsedieť na mieste.	☐	☐	☐
Mávam časté bolesti hlavy, brucha alebo som často chorý/á.	☐	☐	☐
Bývam často nahnevaný/á a ľahko strácam nervy.	☐	☐	☐
Zvyčajne podnikám veci na vlastnú päsť. Väčšinou sa hrám sám/a a držím sa osamote.	☐	☐	☐
Zvyčajne robím veci tak, ako mi je povedané.	☐	☐	☐
Veľa sa znepokojujem.	☐	☐	☐
Neustále sa ošívam a krútim.	☐	☐	☐
Mám jedného alebo viac dobrých priateľov.	☐	☐	☐
Často sa hádam. Dokážem prinútiť ostatných, aby robili, čo chcem.	☐	☐	☐
Bývam často nešťastný/á, sklесlý/á alebo uplakaný/á.	☐	☐	☐
Rovesníci v mojom veku ma majú väčšinou radi.	☐	☐	☐
Ľahko sa rozptýlim, je pre mňa ťažké sústrediť sa.	☐	☐	☐
Bývam nervózny/a v nových situáciách, ľahko strácam sebadôveru.	☐	☐	☐
Často ma obviňujú z klamstva alebo podvádžania.	☐	☐	☐
Ostatné deti alebo mladí sa zo mňa vysmieľajú alebo ma šikanujú.	☐	☐	☐
Pred tým, ako niečo urobím, si to premyslím.	☐	☐	☐
Beriem si veci z domu, školy alebo z iného miesta, ktoré nie sú moje.	☐	☐	☐
Rozumiem si viac s dospelými ako s rovesníkmi v mojom veku.	☐	☐	☐
Často sa bojím, ľahko sa vystraším.	☐	☐	☐
Prácu, ktorú začnem, vždy dokončím. Ľahko sa dokážem sústrediť.	☐	☐	☐

48. Myslíš si, že máš vo všeobecnosti problémy v jednej alebo vo viacerých z nasledujúcich oblastí: emócie, koncentrácia, správanie?

- ☐ Nie
- ☐ Áno, malé problémy
- ☐ Áno, konkrétne problémy
- ☐ Áno, veľké problémy

49. Trápia alebo obťažujú Ťa tieto problémy?

- ☐ Vôbec
- ☐ Trochu
- ☐ Celkom dosť
- ☐ Veľmi

50. Trpíš nejakým dlhodobým ochorením, postihnutím alebo iným zdravotným stavom (ako napr. cukrovka, artritída, alergia alebo detská mozgová obrna), ktorý bol diagnostikovaný lekárom?

- ☐ Áno
- ☐ Nie

51. Užívaš nejaké lieky na svoje dlhodobé ochorenie, postihnutie alebo iný zdravotný stav?

- ☐ Netrpím žiadnym dlhodobým ochorením, postihnutím alebo iným zdravotným
- ☐ Áno
- ☐ Nie

52. Má Tvoje dlhodobé ochorenie, postihnutie alebo iný zdravotný stav vplyv na Tvoju dochádzku a účasť v škole?

- ☐ Netrpím žiadnym dlhodobým ochorením, postihnutím alebo iným zdravotným
- ☐ Áno
- ☐ Nie

53. Bola u Teba doktorom potvrdená niektorá z nasledujúcich diagnóz? (Máš niektoré z nasledujúcich ochorení, porúch, postihnutí?)

	Áno	Nie
Cukrovka	☐	☐
Ochorenie dýchacích ciest (napr. astma)	☐	☐
Alergia (peľ, prach, roztoče, potraviny)	☐	☐
Poruchy učenia (dyslexia, dysgrafia, dysortografia, dyskalkúlia)	☐	☐
Telesné postihnutie (používaš barly alebo vozík)	☐	☐
Sluchové postihnutie (používaš načúvací strojček alebo iné pomôcky)	☐	☐
Zrakové postihnutie (používaš inú špeciálnu pomôcku, okrem okuliarov)	☐	☐

54. Užíval/a si počas posledného mesiaca nejaké lieky alebo tabletky kvôli nasledujúcim ťažkostiam?

	Nie	Áno, jedenkrát	Áno, viac ako jedenkrát
Bolesť hlavy	☐	☐	☐
Bolesť brucha	☐	☐	☐
Ťažkosti so zaspávaním	☐	☐	☐
Nervozita	☐	☐	☐
Iné ťažkosti	☐	☐	☐

55. Kedy zvyčajne chodievaš spať, keď na druhý deň ráno ideš do školy?

Najneskôr

o 21.00	21.30	22.00	22.30	23.00	23.30	24.00	00.30	01.00	01.30	02.00
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

56. Počas školských dní, kedy zvyčajne vstávaš?

Najneskôr

o 05.00	5.30	6.00	6.30	7.00	7.30	08.00 alebo neskôr
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

57. Myslíš si, že Tvoja postava je.....?

- ☐ Príliš chudá
- ☐ Trochu chudá
- ☐ Tak akurát
- ☐ Trochu tučná
- ☐ Veľmi tučná

LEN PRE DIEVČATÁ

58. Začala si menštruovať?

- ☐ Nie, ešte som nezačala menštruovať
- ☐ Áno, začala som vo veku _____ rokov a _____ mesiacov

59. Bol/a si niekedy do niekoho zaľúbený/á? (hovorí sa tomu aj „byť zamilovaný“ alebo „byť do niekoho“)

- ☐ Áno, do dievčaťa alebo viacerých dievčat
- ☐ Áno, do chlapca alebo viacerých chlapcov
- ☐ Nie, nikdy

60. Chodil/a si už niekedy s niekým? (hovorí sa tomu aj „mať rande“)

- ☐ Áno, s dievčaťom alebo viacerými dievčatami
- ☐ Áno, s chlapcom alebo viacerými chlapcami
- ☐ Nie, nikdy

61. Robil/a si v priebehu posledného roka nasledujúce veci?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Áno	Nie
Bozkával/a si sa s niekým	☐	☐
Objímal/a a maznal/a si sa s niekým	☐	☐
Hladil/a si sa s niekým na intímnych miestach	☐	☐

62. Mal/a si niekedy pohlavný styk (niekedy sa tomu hovorí „milovať sa“, „mať sex“ alebo „vyspať sa s niekým“)?

- ☐ Áno
- ☐ Nie (pokračuj v otázke č. 65)

63. Poslednýkrát, keď si mal/a pohlavný styk, použili ste Ty alebo Tvoj/a partner/ka:

	Áno	Nie	Neviem
Kondóm	☐	☐	☐
Tabletky (hormonálna antikoncepcia)	☐	☐	☐
Tabletka “po” (napr. Escapelle, Postinor)	☐	☐	☐
Nejaká iná metóda	☐	☐	☐

64. O svojom prvom pohlavnom styku (niekedy sa tomu hovorí „milovať sa“, „mať sex“ alebo „vyspať sa s niekým“)by som povedal/a:

- ☐ Chcel/a by som, aby sa to stalo skôr
- ☐ Stalo sa to v pravý čas
- ☐ Bolo by lepšie, ak by sa to stalo neskôr
- ☐ V skutočnosti som ani nechcel/a, aby sa to stalo
- ☐ Neuvažoval/a som nad tým

65. Na internete je možné nájsť rôzne informácie. Hľadal/a si tam za posledných 12 mesiacov informácie, ktoré sa týkali sexualitu (napr. čo znamená, keď ľudia majú sex, ako fungujú pohlavné orgány, aké sú pohlavne prenosné choroby a pod.)?

- ☐ Áno
- ☐ Nie

Toto sú niektoré otázky ohľadom šikanovania. Hovoríme, že spolužiak/čka je ŠIKANOVANÝ/Á, keď mu alebo jej iný spolužiak/čka alebo skupina spolužiakov povedia alebo urobia protivné a nepríjemné veci. Šikanovanie je tiež, keď sa spolužiakovi/čke opakovane posmievajú spôsobom, ktorý mu nie je príjemný alebo keď je spolužiak/čka schválne vylúčený/á z kolektívu. ŠIKANOVANIE ALE NIE JE, keď sa dvaja spolužiaci/čky zhruba rovnako silní/é hádajú alebo bijú. Šikanovanie taktiež nie je, keď je spolužiak/čka podpichovaný/á kamarátskym a hravým spôsobom.

66. Ako často si sa zúčastnil/a takéhoto správania voči inému/iným spolužiakovi/spolužiakom v škole za posledných pár mesiacov?

- ☐ Nezúčastnil/a som sa takéhoto správania voči inému spolužiakovi/spolužiakom v škole za posledných pár mesiacov
- ☐ Stalo sa mi to len raz alebo dvakrát
- ☐ 2 alebo 3 krát mesačne
- ☐ Asi raz za týždeň
- ☐ Niekoľkokrát za týždeň

67. Ako často Ti niekto takýmto spôsobom ubližoval v škole za posledných pár mesiacov?

- ☐ Nestalo sa mi to v škole za posledných pár mesiacov
- ☐ Stalo sa to len raz alebo dvakrát
- ☐ 2 alebo 3 krát mesačne
- ☐ Asi raz za týždeň
- ☐ Niekoľkokrát za týždeň

68. Ako často Ti niekto ubližoval v škole nasledujúcim spôsobom?

Niektu mi poslal nepríjemné e-maily, SMSky, napísal odkazy na profile alebo čete alebo vytvoril webovú stránku, ktoré sa zo mňa vysmievali.

- ☐ Nestalo sa mi to v škole za posledných pár mesiacov
- ☐ Stalo sa to len raz alebo dvakrát
- ☐ 2 alebo 3 krát mesačne
- ☐ Asi raz za týždeň
- ☐ Niekoľkokrát za týždeň

69. Ako často Ti niekto ubližoval v škole nasledujúcim spôsobom?

Nieko urobil škaredé alebo nevhodné fotky, na ktorých som bez môjho súhlasu a dal ich online.

- ☐ Nestalo sa mi to v škole za posledných pár mesiacov
- ☐ Stalo sa to len raz alebo dvakrát
- ☐ 2 alebo 3 krát mesačne
- ☐ Asi raz za týždeň
- ☐ Niekoľkokrát za týždeň

70. Označ krížikom, ktoré z nasledujúcich situácií v škole....

	Sa ti stali	Si robil sám iným	Nestretol/la som sa s tým
Výsmech z rasy, farby pleti	☐	☐	☐
Výsmech z postavy, z nadváhy, podvýživy	☐	☐	☐
Výsmech z vierovyznania, náboženstva	☐	☐	☐
Výsmech zo zlej situácie v rodine (peniaze, choroba, iné problémy)	☐	☐	☐

71. O tejto udalosti som informoval/a... (ak si sa s tým nestretol/la, choď na ďalšiu otázku)

- ☐ Spolužiakov
- ☐ Učiteľov
- ☐ Školského psychológa alebo výchovného poradcu
- ☐ Rodičov, príbuzných
- ☐ Nepovedal/a som to nikomu

72. V priebehu posledných 12 mesiacov, koľkokrát si sa zúčastnil/a fyzickej bitky.

- ☐ Nezúčastnil/a som sa fyzickej bitky v posledných 12 mesiacoch
- ☐ 1 krát
- ☐ 2 krát
- ☐ 3 krát
- ☐ 4 alebo viackrát

73. Stalo sa Ti za posledných 12 mesiacov, že si nebol/a v škole bez riadneho ospravedlnenia najmenej celý jeden deň?

- ☐ Nikdy
☐ Raz alebo dvakrát
☐ Trikrát a viac

Mnoho mladých ľudí sa zraní pri aktivitách ako je šport alebo bitka s inými na rôznych miestach, ako je ulica alebo domov. Zranenia môžu zahŕňať otravu alebo popálenie. Zranenia nezahŕňajú ochorenia, ako sú osýpky alebo chrípka. Nasledujúce otázky sa týkajú zranení, ktoré si mohol/mohla mať v priebehu posledných 12 mesiacov.

74. V priebehu posledných 12 mesiacov, koľkokrát si bol/a zranený/á tak, že si musel/a byť ošetrovaný/á lekárom alebo zdravotnou sestrou?

- ☐ Nebol/a som zranený/á za posledných 12 mesiacov
☐ 1 krát
☐ 2 krát
☐ 3 krát
☐ 4 alebo viackrát

75. Každá rodina je iná (Napríklad nie každý žije s obidvoma svojimi rodičmi. Niekedy ľudia žijú len s jedným rodičom, alebo majú dva domovy, alebo žijú v dvoch rodinách.). My by sme sa radi dozvedeli viac o Tvojej rodine. Odpovedz, prosím, na túto otázku ohľadom domova, kde bývaš všetok alebo väčšinu svojho času a zaškrtni ľudí, ktorí tam žijú.

Dospelí

- ☐ Matka
☐ Otec
☐ Nevlastná matka (alebo otcova priateľka)
☐ Nevlastný otec (alebo matkin priateľ)
☐ Stará mama
☐ Starý otec
☐ Žijem v pestúnskej starostlivosti alebo v detskom domove
☐ Iné, prosím, zapíš.....

Deti

Napiš, prosím, koľko bratov a sestier tam žije (vrátane nevlastných alebo osvojených bratov a sestier). Nerátaj, prosím, seba.

Koľko bratov?

Koľko sestier?

Ak nemáš žiadnych súrodencov, napíš prosím 0 (nula).

76. Rodina, v ktorej žiješ je...

- ☐ Úplná vlastná (oba rodičia sú vlastní)
- ☐ Úplná zmiešaná (jeden z rodičov nie je vlastní)
- ☐ Neúplná

77. Ako je na tom podľa Teba Tvoja rodina po finančnej a materiálnej stránke?

- ☐ Veľmi dobre
- ☐ Celkom dobre
- ☐ Priemerne
- ☐ Nie veľmi dobre
- ☐ Zle

78.

Má Tvoj otec prácu?

- ☐ Áno
- ☐ Nie
- ☐ Neviem
- ☐ Nepoznám alebo nestretávam svojho otca

Ak NIE, prečo Tvoj otec nemá prácu?

Zaškrtni, prosím, políčko, ktoré najlepšie popisuje situáciu.

- ☐ Nepracuje kvôli zdravotným problémom, alebo je na dôchodku, alebo študuje
- ☐ Hľadá si prácu / je nezamestnaný
- ☐ Opatruje druhých (dieťa, postihnutá alebo staršia osoba), alebo je celý čas doma
- ☐ Neviem

Má Tvoja matka prácu?

- ☐ Áno
- ☐ Nie
- ☐ Neviem
- ☐ Nepoznám alebo nestretávam svoju matku

Ak NIE, prečo Tvoja matka nemá prácu?

Zaškrtni, prosím, políčko, ktoré najlepšie popisuje situáciu.

- ☐ Nepracuje kvôli zdravotným problémom, alebo je na dôchodku, alebo študuje
- ☐ Hľadá si prácu / je nezamestnaná
- ☐ Opatruje druhých (dieťa, postihnutá alebo staršia osoba), alebo je celý čas doma
- ☐ Neviem

79. Akú školu, aké vzdelanie majú ukončené Tvoji rodičia?

Označ iba najvyššie ukončené vzdelanie.

Otec

- ☐ Základná škola
(ukončená alebo neukončená)
- ☐ Stredná odborná škola, učilište –
Výučný list (bez maturity, napr.
murár, elektrikár)
- ☐ Stredná odborná škola, Gymnázium
(s maturitou)
- ☐ Vysoká škola (titul Bc., Mgr.,
MUDr., JUDr., PhDr., Ing. a pod.)
- ☐ Neviem
- ☐ Nepoznám alebo sa nevidam
s otcom/matkou

Matka

- ☐ Základná škola
(ukončená alebo neukončená)
- ☐ Stredná odborná škola, učilište –
Výučný list (bez maturity, napr.
kuchárka, šička)
- ☐ Stredná odborná škola, Gymnázium
(s maturitou)
- ☐ Vysoká škola (titul Bc., Mgr.,
MUDr., JUDr., PhDr., Ing. a pod.)
- ☐ Neviem
- ☐ Nepoznám alebo sa nevidam
s otcom/matkou

80. Aké jednoduché je pre Teba rozprávať sa s nasledujúcimi osobami o veciach, ktoré Ťa skutočne trápia?

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.

	Veľmi ľahké	Ľahké	Ťažké	Veľmi ťažké	Nemám alebo nestretávam takúto osobu
Otec	☐	☐	☐	☐	☐
Nevlastný otec (alebo partner mojej matky)	☐	☐	☐	☐	☐
Matka	☐	☐	☐	☐	☐
Nevlastná matka (alebo partnerka môjho otca)	☐	☐	☐	☐	☐

81. V mojej rodine:

Označ v každom riadku jednu odpoveď.

	Úplne súhlasím	Súhlasím	Ani súhlasím, ani nesúhlasím	Nesúhlasím	Vôbec nesúhlasím
Rozprávame sa o dôležitých veciach.	☐	☐	☐	☐	☐
Keď chcem niečo povedať, niekto ma počúva.	☐	☐	☐	☐	☐
Keď nerozumieme jeden druhému, kladieme si otázky.	☐	☐	☐	☐	☐
Pri každom nedorozumení sa rozprávame, až kým si ho nevyjasníme.	☐	☐	☐	☐	☐

82. Zaujíma nás, ako hodnotíš nasledujúce výroky.

Prečítaj si pozorne každý výrok a označ, do akej miery s ním súhlasíš.

	Vôbec nesúhlasím	1	2	3	4	5	6	Úplne súhlasím	7
									
Moja rodina sa mi skutočne snaží pomáhať.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dostávam od mojej rodiny citovú podporu a pomoc, akú potrebujem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S mojou rodinou môžem hovoriť o svojich problémoch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Moja rodina je ochotná pomáhať mi pri robení mojich rozhodnutí.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S mojou rodinou môžem preberať témy týkajúce sa sexuality (napr. čo znamená, keď majú ľudia spolu sex, alebo aké sú pohlavne prenosné choroby).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

83. Zaujímá nás, ako hodnotíš nasledujúce výroky.

Prečítaj si pozorne každý výrok a označ, do akej miery s ním súhlasíš.

	Vôbec nesúhlasím						Úplne súhlasím
	1	2	3	4	5	6	7
							
Moji priatelia sa mi naozaj snažia pomáhať.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Môžem počítať s mojimi priateľmi, keď mám problém.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mám priateľov, s ktorými sa môžem podeliť o moje radosti aj starosti.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S mojimi priateľmi môžem hovoriť o svojich problémoch.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

84. Zaujímá nás, ako hodnotíš nasledujúce výroky.

Prečítaj si pozorne každý výrok a označ, do akej miery s ním súhlasíš.

	Nikdy	Zriedkavo	Čiastočne	Väčšinou	Vždy
Mám strach, že sa za mňa moji priatelia hanbia.	☐	☐	☐	☐	☐
V ničom sa mojím priateľom nevyrovnám.	☐	☐	☐	☐	☐
Mám strach, že by som o svojich priateľov mohol/mohla prísť.	☐	☐	☐	☐	☐
Podriaďujem sa mojím priateľom.	☐	☐	☐	☐	☐
Ostýcham sa pred mojimi priateľmi.	☐	☐	☐	☐	☐
Robím všetko, čo mi moji priatelia povedia.	☐	☐	☐	☐	☐

85. Zaujímá nás, ako často robíš nasledovné veci:

Označ v každom riadku jednu odpoveď.

	Takmer vôbec alebo nikdy	Menej ako 1x do týždňa	Každý týždeň	Denne, koľkokrát za deň?
Ako často sa so svojimi priateľmi rozprávaš cez telefón alebo s nimi komunikuješ cez internet prostredníctvom programov ako napr. Face Time alebo Skype?	☐	☐	☐	☐krát
Ako často so svojimi priateľmi komunikuješ cez e-mail, SMS, četovacie programy (Facebook čet, Viber) alebo sociálne siete (Facebook, MySpace, Twitter, Youtube)?	☐	☐	☐	☐krát
Ako často sa stretávaš so svojimi priateľmi mimo školy pred 8 hodinou večer?	☐	☐	☐	☐krát
Ako často sa stretávaš so svojimi priateľmi mimo školy po 8 hodine večer?	☐	☐	☐	☐krát

Hip-Hop, Metal alebo Punk nie sú len hudobné štýly, predstavujú tiež životný štýl - spôsob správania a obliekania, vizáže, názorov a záujmov.

86. Zaradil/a by si sám/sama seba k vyznávačom niektorého z týchto štýlov (subkultúr)?

Zaškrtni len jednu z možností, ktorá Ťa najviac vystihuje.

Hip – hop (Rap)	☐
Straight Edge	☐
Punk (Hardcore, Anarchia...)	☐
Sharp, Rash, Mods (Skinheads)	☐
Nazi (pravíkoví Skinheads, White power)	☐
Hooligans (futbaloví fanúšikovia)	☐
Technoscéna – tanečná, klubová scéna (Drum&bass, Techno, House...)	☐
Metal (Heavy metal)	☐
Iné, prosím, zapíš.....	☐
Nezaradil by som sa k žiadnemu	☐

87. Koľko hodín denne, v Tvojom voľnom čase, tráviš zvyčajne sledovaním TV, videí (vrátane YouTube alebo podobných stránok), DVD a iných programov na obrazovke?

*Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre **dni v týždni** (pondelok až piatok).*

Dni v týždni

- ☐ Vôbec
- ☐ Asi polhodinu denne
- ☐ Asi 1 hodinu denne
- ☐ Asi 2 hodiny denne
- ☐ Asi 3 hodiny denne
- ☐ Asi 4 hodiny denne
- ☐ Asi 5 hodín denne
- ☐ Asi 6 hodín denne
- ☐ Asi 7 hodín alebo viac denne

88. Koľko hodín denne, v Tvojom voľnom čase, tráviš zvyčajne hraním hier na počítači, hernej konzole, tablete (napr. iPad), smartfóne alebo na inom elektronickom zariadení (okrem pohybových a fitness hier)?

*Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre **dni v týždni** (pondelok až piatok).*

Dni v týždni

- ☐ Vôbec
- ☐ Asi polhodinu denne
- ☐ Asi 1 hodinu denne
- ☐ Asi 2 hodiny denne
- ☐ Asi 3 hodiny denne
- ☐ Asi 4 hodiny denne
- ☐ Asi 5 hodín denne
- ☐ Asi 6 hodín denne
- ☐ Asi 7 hodín alebo viac denne

89. Koľko hodín denne, v Tvojom voľnom čase, tráviš zvyčajne používaním elektronických zariadení ako napríklad počítač, tablet (napr. iPad) alebo smartfón za iným účelom, napríklad robenie domácich úloh, písanie e-mailov, prezeranie twitteru, facebooku, písanie si s niekým - četovanie, surfovanie na internete?

*Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre **dni v týždni** (pondelok až piatok).*

- Dni v týždni**
- ☐ Vôbec
 - ☐ Asi polhodinu denne
 - ☐ Asi 1 hodinu denne
 - ☐ Asi 2 hodiny denne
 - ☐ Asi 3 hodiny denne
 - ☐ Asi 4 hodiny denne
 - ☐ Asi 5 hodín denne
 - ☐ Asi 6 hodín denne
 - ☐ Asi 7 hodín alebo viac denne

90. Mimo hodín v škole, koľko hodín za deň zvyčajne tráviš čas sedením v Tvojom voľnom čase (napr. sleduješ TV, používaš počítač alebo mobilný telefón, cestuješ v aute alebo v autobuse, sedíš a rozprávaš sa s niekým, ješ, učíš sa)? Zober, prosím, do úvahy, že čas, počas ktorého robíš viacero aktivít naraz sa počíta len jedenkrát.

Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre dni v týždni (pondelok až piatok).

Dni v týždni

- ☐ Vôbec
- ☐ Asi polhodinu denne
- ☐ Asi 1 hodinu denne
- ☐ Asi 2 hodiny denne
- ☐ Asi 3 hodiny denne
- ☐ Asi 4 hodiny denne
- ☐ Asi 5 hodín denne
- ☐ Asi 6 hodín denne
- ☐ Asi 7 hodín alebo viac denne

91. Ako často sa vo svojom voľnom čase venuješ nasledujúcim činnostiam?

Označ v každom riadku jednu odpoveď.

	Denne	Niekoľko- krát za týždeň	Niekoľkokrát za mesiac	Nanajvýš niekoľko- krát za rok	Nikdy
Čítanie kníh (románov, príbehov, básní, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Čítanie časopisov – napr. Bravo, Bravo Girl, ABC, Kamarát, a pod	☐	☐	☐	☐	☐
Chodenie do kina, do divadla, na výstavy, na športové stretnutia ako divák	☐	☐	☐	☐	☐
Maľovanie, modelárstvo, batikovanie, keramika, a pod.	☐	☐	☐	☐	☐
Hranie kartových a stolných hier (žolík, Carcassonne, Osadníci z Katanu, Človeče nehnevaj sa)	☐	☐	☐	☐	☐
Stretávanie sa s priateľmi pred panelákom, na ihrisku, na lavičkách	☐	☐	☐	☐	☐
Chodenie na nákupy do supermarketov pre zábavu alebo rozptýlenie	☐	☐	☐	☐	☐
Zbieranie rôznych predmetov (známok, modelov lietadiel, samolepiek a pod.)	☐	☐	☐	☐	☐
Hra na hudobný nástroj	☐	☐	☐	☐	☐

92. Robievaš vo svojom voľnom čase niektoré z nasledujúcich organizovaných aktivít? Myslíme tým aktivity, ktoré robievaš v športovom alebo inom klube alebo organizácii.

Označ v každom riadku jednu odpoveď.

	Áno	Nie
Organizované tímové športové aktivity (futbal, basketbal, volejbal)	☐	☐
Organizované individuálne športové aktivity (tenis, gymnastika, karate)	☐	☐
Návšteva základnej umeleckej školy (hra na hudobný nástroj, spev, výtvarná, tanec, divadlo)	☐	☐
Detské a mládežnícke organizácie (Skauting, Domka, eRko, ZKSM)	☐	☐
Návšteva záujmového krúžku centra voľného času alebo školy (šach, modelárstvo, debatný krúžok)	☐	☐
Stretávanie sa v kostole, spev v kostolnom zbore (Saleziáni a pod.)	☐	☐

93. Vlastní Tvoja rodina auto, dodávku alebo nákladné auto?

- ☐ Nie
- ☐ Áno, jedno
- ☐ Áno, dve alebo viac

94. Máš svoju vlastnú izbu pre seba?

- ☐ Nie
- ☐ Áno

95. Koľko počítačov vlastní Tvoja rodina (vrátane laptopov a tabletov, nie hracích konzol a smartfónov)?

- ☐ Žiaden
- ☐ Jeden
- ☐ Dva
- ☐ Viac ako dva

96. Koľko kúpeľní (miestností so sprchou/vaňou) je u vás doma?

- ☐ Žiadna
- ☐ Jedna
- ☐ Dve

☐ Viac ako dve

97. Máte doma umývačku riadov?

☐ Nie

☐ Áno

98. Koľkokrát za posledný rok ste s rodinou vycestovali niekam mimo Slovenska na

☐ Vôbec

☐ Raz

☐ Dvakrát

☐ Viac ako dvakrát

99. Ako veľmi je podľa Teba náboženská viera dôležitá pre Tvoj život?

Označ jednu z možností, ktorá Ťa najviac vystihuje.

☐ 1 Vôbec nie je dôležitá

☐ 2

☐ 3

☐ 4 Ani dôležitá ani nedôležitá

☐ 5

☐ 6

☐ 7 Absolútne dôležitá

100. Ako často chodíš do kostola alebo na náboženské stretnutia?

- ☐ Viackrát za týždeň
- ☐ Približne raz za týždeň
- ☐ Približne raz za mesiac
- ☐ Niekoľkokrát za rok
- ☐ Výnimočne
- ☐ Vôbec

101. Ako dôležité pre Teba je...

Označ v každom riadku jednu odpoveď.

	Vôbec to nie je dôležité					Veľmi dôležité				
	1	2	3	4	5					
Byť milý k druhým ľuďom.	☐	☐	☐	☐	☐					
Odpúšťať druhým ľuďom.	☐	☐	☐	☐	☐					
Mať pocit, že Tvoj život má zmysel alebo cieľ.	☐	☐	☐	☐	☐					
Prežívať radosť (potešenie, šťastie) v živote.	☐	☐	☐	☐	☐					
Mať vzťah k prírode.	☐	☐	☐	☐	☐					
Starat' sa o životné prostredie.	☐	☐	☐	☐	☐					
Cítiť spojenie s vyššou duchovnou silou.	☐	☐	☐	☐	☐					
Modliť sa alebo meditovať.	☐	☐	☐	☐	☐					

102. MIMO HODÍN V ŠKOLE: Ako často obvykle cvičíš vo svojom voľnom čase natoľko, že sa zadýchaš alebo spotíš?

- ☐ Každý deň
- ☐ 4 až 6 krát za týždeň
- ☐ 2 až 3 krát za týždeň
- ☐ Raz za týždeň
- ☐ Raz za mesiac
- ☐ Menej ako raz za mesiac
- ☐ Nikdy

103. MIMO HODÍN V ŠKOLE: Koľko hodín týždenne cvičíš vo svojom voľnom čase natoľko, že sa zadýchaš alebo spotíš?

- ☐ Vôbec
- ☐ Asi polhodinu
- ☐ Asi 1 hodinu
- ☐ Asi 2 až 3 hodiny
- ☐ Asi 4 až 6 hodín
- ☐ Asi 7 hodín alebo viac

104. Nasledujúce výroky sa týkajú Tvojich vzťahov s ostatnými. Do akej miery je v Tvojom prípade každý z týchto výrokov pravdivý alebo nepravdivý?

Označ v každom riadku jednu odpoveď.

	Určite pravdivý	Väčšinou pravdivý	Neviem	Väčšinou nepravdivý	Určite nepravdivý
Som vždy zdvorilý/á (slušný/á), dokonca aj k ľuďom, ktorí sú protivní.	☐	☐	☐	☐	☐
Už sa mi stalo, že som niekoho využil/a.	☐	☐	☐	☐	☐
Niekedy radšej ako niekomu odpustiť a zabudnúť na nepríjemnosť sa pokúšam mu to vrátiť, alebo sa pomstiť.	☐	☐	☐	☐	☐
Niekedy ma štvie, keď nie je po mojom.	☐	☐	☐	☐	☐
Som vždy dobrý/á poslucháč/ka, bez ohľadu na to, s kým sa rozprávam.	☐	☐	☐	☐	☐

Ďakujeme Ti za pomoc!