



Sociálne determinanty zdravia školákov

HBSC - Slovensko - 2005 / 2006

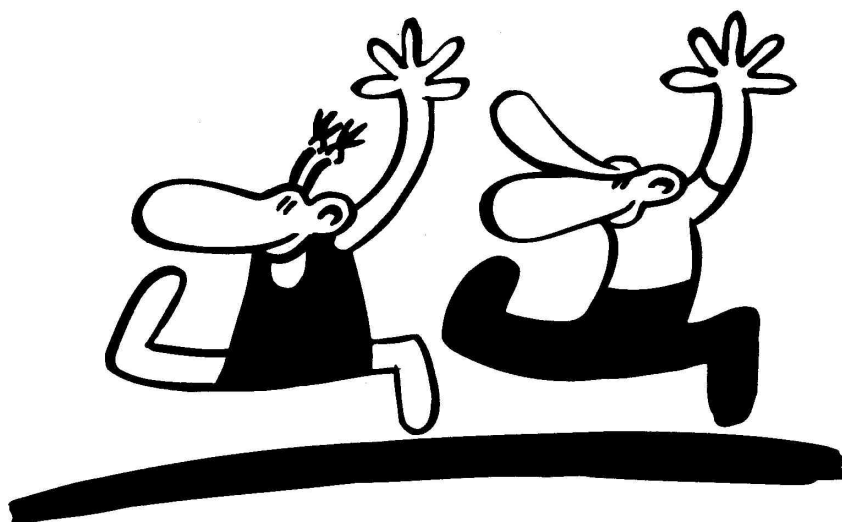
Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13 a 15-ročných školákov
na základe prieskumu uskutočneného v roku 2005/2006 v rámci medzinárodného projektu
„Health Behaviour in School Aged Children“ (HBSC)



Sociálne determinanty zdravia školákov

HBSC – Slovensko – 2005/2006

Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacim správaním 11-, 13- a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2005/2006 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School Aged Children“ (HBSC)



Editori:

Andrea Madarasová Gecková, PhD
MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD
MUDr. Jana Kollárová
Mgr. Zuzana Veselská

Autorský kolektív:

MUDr. Tibor Baška, PhD
Doc. Mgr. Martina Bašková, PhD
Mgr. Silvia Benczeová
MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD
Mgr. Peter Kolarčík
MUDr. Jana Kollárová
Andrea Madarasová Gecková, PhD
Mgr. Zuzana Tomčíková
Assoc. Prof. Jitse P. van Dijk, PhD, MD
Mgr. Zuzana Veselská
Doc. RNDr. Ivan Žežula, PhD

Vydal: Equilibria, s.r.o., Košice

Rok vydania: 2009

ISBN: 978-80-89284-29-0

Fotografia na obálke: archív CEEV Živica

Návrh obálky: René Říha

Tlač: Equilibria, s.r.o., Košice

PodĎakovanie: Projekt finančne podporila národná kancelária WHO v Bratislave. Zároveň by sme chceli vyjadriť poďakovanie dr. Oddrun Samdal za prístupnosť údajov z prieskumu v roku 2005/2006 a dr. Darine Sedlákovej za všestrannú pomoc a podporu. Poďakovanie patrí ÚVZ SR a všetkým participujúcim RÚVZ v Slovenskej republike za realizáciu zberu údajov a ich spracovanie v rámci projektu HBSC.



Obsah

Predhovor	6
<i>D. Sedláková</i>	
Zhrnutie kľúčových zistení a odporúčaní	7
<i>A. Madarasová Gecková, Z. Katreniaková, T. Baška, J.P. van Dijk, J. Kollárová</i>	
Popis HBSC štúdie a prieskumu realizovaného na Slovensku v roku 2005/2006	10
<i>A. Madarasová Gecková, S. Benzeová</i>	
Základné informácie o medzinárodnej, prierezovej štúdii zdravia a so zdravím súvisiaceho správania školákov (ďalej HBSC)	10
Základné informácie o štúdii realizovanej na Slovensku v roku 2005/2006	12
HBSC projekt, národný tím	14
Zdravie školákov	
<i>Z. Veselská, A. Madarasová Gecková</i>	
Kľúčové zistenia	17
Celkové hodnotenie zdravia	18
Životná spokojnosť	20
Zdravotné ťažkosti	22
Úrazy	24
Rodina, rovesníci, škola	
<i>Z. Katreniaková, Z. Tomčíková</i>	
Kľúčové zistenia	26
Komunikácia s rodičmi	27
Komunikácia s otcom	28
Komunikácia s matkou	29
Blízki priatelia - počet	30
Čas trávený s priateľmi vonku – počas dňa	31
Čas trávený s priateľmi vonku – večer	32
Kontakty s priateľmi cez elektronické médiá	33
Postoj k škole	34
Vnímaný školský výkon	35
Stres v škole	36
Vnímaná sociálna opora rovesníkov v triede	37
Obeť šikanovania v škole	38
Účasť na šikanovaní v škole	40

So zdravím súvisiace správanie školákov: stravovanie, fyzická aktivita

M. Bašková

Kľúčové zistenia	42
Celkové hodnotenie stravovania a fyzickej aktivity	43
Raňajkovanie počas pracovných dní	44
Konzumácia ovocia	45
Konzumácia sladených nápojov	46
Dentálne zdravie	47
Nadhmotnosť a obezita	48
Sebahodnotenie svojej postavy	49
Redukcia telesnej hmotnosti	50
Fyzická aktivita	51
Pasívne trávenie voľného času	52

Rizikové správanie školákov: fajčenie, konzumovanie alkoholu, marihuany, fyzické násilie.

T. Baška, P. Kolarčík

Kľúčové zistenia	53
Prvé skúsenosti s fajčením (iniciácia)	54
Fajčenie aspoň raz za týždeň	55
Pitie alkoholu aspoň raz za týždeň	56
Prvé skúsenosti s opitnosťou	58
Opitnosť (respondenti, ktorí boli už aspoň 2-krát opití)	59
Skúsenosť s užívaním kanabisu (marihuany)	60
Súčasnú užívanie kanabisu (marihuany)	61
Fyzické násilie	62

Sexuálne správanie

T. Baška, P. Kolarčík, A. Madarasová Gecková

Kľúčové zistenia	63
Iniciácia sexuálneho správania	64
Sexuálne skúsenosti	65
Ochrana pred neželaným tehotenstvom	66
Užívanie hormonálnej antikoncepcie	67
Používanie kondómu	68

Socioekonomické nerovnosti v zdraví a rizikovom správaní školákov

P. Kolarčík, A. Madarasová Gecková

Kľúčové zistenia	70
Socioekonomické nerovnosti v zdraví v adolescencii	71
Socioekonomické stratifikátory	72
Ekonomický stav rodičov	72
Majetkové pomery rodiny	72
Vnímanie majetkových pomerov rodiny	74
Hlad ako indikátor extrémnej chudoby	75
Socioekonomické nerovností v zdraví a vybraných behaviorálnych charakteristikách školákov	76
Socioekonomické rozdiely v zdraví	76
Socioekonomické rozdiely v stravovaní a fyzickej aktivite	77
Socioekonomické rozdiely v rizikovom správaní	78

Diskusia	79
<i>A. Madarasová Gecková, Z. Katreniaková, T. Baška, J.P. van Dijk, J. Kollárová, Z. Veselská, P. Kolarčík</i>	
Použitá literatúra	85
Prílohy	94



Predhovor

D. Sedláková

Je potešiteľné, že sa Slovenská republika po určitom čase opäť zapojila do medzinárodnej štúdie Zdravotné správanie detí v školskom veku (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC), ktorá sa v pravidelných intervaloch realizuje pod gesciou Regionálneho úradu Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu (WHO/EURO). Tejto najnovšej sa zúčastnilo spolu 41 krajín a jej cieľom bolo skúmať, analyzovať a vzájomne medzi krajinami porovnávať pomerne veľké množstvo parametrov týkajúcich sa zdravia a postojov ku zdraviu u detí a mládeže vo veku 11, 13 a 15 rokov, a to špecificky z hľadiska nerovnosti v zdraví. Cieľom bolo poukázať na to, či a kde sa nerovnosti v zdraví vyskytujú, a ako by bolo možné im v budúcnosti zabrániť. Odporúčam preštudovať túto publikáciu, pretože veľmi názorne a prehľadne informuje o zdraví a blahobyte detí a mládeže v rôznych krajinách a ukazuje postavenie Slovenska medzi nimi.

Je ešte potešiteľnejšie, že sa na Slovensku prvý krát objavila ambícia spracovať z údajov a informácií zozbieraných pre potreby medzinárodnej štúdie aj národnú správu. V rekordne krátkom čase sa s odbornou a finančnou pomocou WHO/EURO skupine nadšencov, vedecko-výskumných pracovníkov, podarilo vyprodukovať publikáciu, ktorej obsahový a odborný potenciál poslúži všetkým, ktorí sa v akomkoľvek smere zaujímajú o deti a mládež, o jej život, zdravie, potreby, školské a domáce zázemie, jej názory a postoje a podobne.

Z prezentovaných údajov sa dá zhrnúť, že väčšina detí a mládeže na Slovensku žije v dobrých socio-ekonomických podmienkach, s primeranou a systematickou starostlivosťou o zdravie. Ale aj tu, podobne ako v iných krajinách, však existujú nežiaduce trendy v zdraví a problematické skupiny, ktorých zdravie je z rôznych dôvodov výrazne ohrozené. Narastajúci počet obéznych detí vyplývajúci z nezdravého spôsobu stravovania alebo absolútneho nedostatku pohybu; duševné poruchy vyplývajúce z pocitu samoty, nedocenenia alebo šikanovania; zvýšená konzumácia návykových látok ako dôsledok zanedbanej výchovy doma v škole – to je len niekoľko prípadov, ktoré by nás nemali nechať ľahostajnými pri zamýšľaní sa nad tým, ako ďalej v starostlivosti o deti a mládež.

Dovoľte mi aj touto cestou poďakovať autorskému kolektívu za vysoko profesionálnu prácu na publikácii. Verím, že v nej nájdete užitočné informácie, ktoré následne pomôžu v plnení Vašich úloh a budú inšpiráciou, ako lepšie a adresnejšie pristupovať k podpore a ochrane zdravia detí a mládeže na Slovensku.

Darina Sedláková
riaditeľka Kancelárie
WHO na Slovensku

Zhrnutie kľúčových zistení a odporúčaní

POZITÍVNE ZISTENIA

- Svoje zdravie, subjektívnu pohodu, životnú spokojnosť hodnotia slovenskí školáci prevažne pozitívne a v týchto indikátoroch sa zaradili do skupiny krajín s nadpriemernými výsledkami.
- Väčšina školákov hodnotí pozitívne komunikáciu so svojimi rodičmi.
- V porovnaní s inými krajinami slovenskí školáci oveľa častejšie trávajú večery so svojimi priateľmi.
- Každodenná fyzická aktivita slovenských školákov je v rámci výsledkov HBSC štúdie nadpriemerná, i keď staršie dievčatá a školáci z nižších socioekonomických skupín sú menej často fyzicky aktívni.
- Výskyt nadhmotnosti u slovenských školákov nepresiahol 10% a je v rámci HBSC podpriemerný. Slovenskí školáci sú spokojnejší so svojou postavou a menej často sa snažia o redukciu svojej hmotnosti.
- Na základe výsledkov HBSC štúdie má na Slovensku skúsenosť s pohlavným stykom 12% školákov vo veku 15 rokov, čo je najmenej spomedzi všetkých krajín zúčastnených v HBSC štúdiu. Takmer tri štvrtiny z nich použilo kondóm pri poslednom pohlavnom styku.

NEGATÍVNE ZISTENIA

- Takmer polovica opýtaných školákov utrpela aspoň jeden lekársky ošetrovaný úraz v uplynulom roku, čím sa Slovensko v rámci HBSC štúdie zaradilo medzi krajiny s najvyšším výskytom úrazov. Vyšším rizikom úrazu boli ohrozené nižšie vekové skupiny, chlapci a vyššie socioekonomické skupiny.
- Výrazne nižší počet slovenských školákov (do 20%) má pozitívny postoj ku škole a vníma dostatočnú sociálnu oporu od svojich spolužiakov (do 50%) v porovnaní so svojimi rovesníkmi z ostatných krajín zahrnutých do HBSC štúdie.
- Iba polovica školákov raňajkuje, pričom starší školáci a dievčatá majú vyššiu tendenciu neraňajkovať.
- Len tretina školákov konzumuje ovocie každý deň a ešte nižší je výskyt v mladších vekových kategóriách a nižších socioekonomických skupinách.
- Skorá iniciácia fajčenia a nadmerného užívania alkoholu je v rámci HBSC štúdie na Slovensku relatívne častá. Vo veku 13 rokov a menej má viac než polovica školákov prvú skúsenosť s fajčením tabaku a viac než tretina školákov prvú skúsenosť s opitostou.
- Výskyt násilného správania (bitky) je v rámci HBSC štúdie relatívne vysoký, a to najmä u chlapcov. Viacnásobnú účasť na bitkách v uplynulom roku potvrdilo 25 až 34% respondentov.
- Väčšina školákov má zamestnaných rodičov (nad 85%), no zároveň polovica školákov spadá do kategórie nízkej miery blahobytu. Napriek tomu väčšina školákov hodnotí materiálne zabezpečenie rodiny uspokojivo.

ODPORÚČANIA K POZITÍVNYM ZISTENIAM

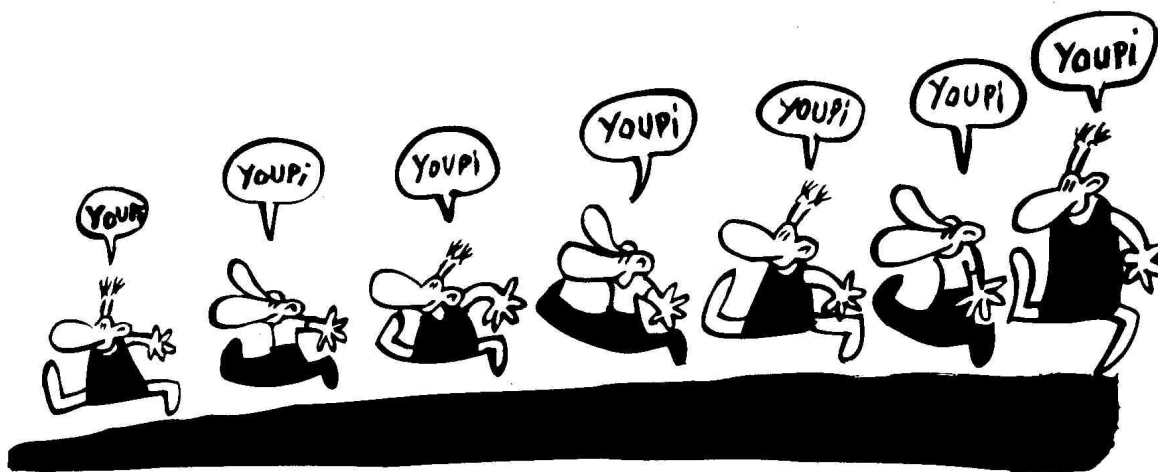
- S cieľom udržať a posilniť pozitívne vnímanie zdravia, životnú spokojnosť, dobrú komunikáciu školákov s rodičmi, fyzickú aktivitu, nízky výskyt obezity, pozitívne trendy v oblasti sexuálneho správania vytvoriť databázu dobrých postupov z doteraz realizovaných programov, projektov a intervenčných aktivít zameraných na tieto oblasti.
- Realizácia epidemiologických analytických štúdií zameraných na zisťovanie ochranných faktorov, ktoré sa významne podieľajú na vyššie uvedených pozitívnych zisteniach a transfer ich výstupov do praxe.

ODPORÚČANIA K NEGATÍVNYM ZISTENIAM

- Realizácia epidemiologických štúdií zameraných na monitoring výskytu úrazov, miest ich vzniku a príčin úrazov s cieľom navrhnúť opatrenia zamerané na konkrétne príčiny vzniku úrazov v konkrétnom prostredí; zisťovanie miery bezpečnosti komunity napr. použitím online dotazníka "Je vaša komunita (mesto, mestská časť, obec) zdravá pre deti?" uverejneného na stránke www.savez.sk v školách, mestských, resp. miestnych častiach, na úrovni VÚC a pod., jeho analýza a návrh opatrení.
- Analýza príčin nepriaznivého hodnotenia školy a školskej atmosféry školákmi a hľadanie možných postupov na zlepšenie tejto situácie.
- Na základe výskumných zistení identifikovať možné príčiny nezdravých stravovacích návykov (napr. tendencia neraňajkovať, nízka konzumácia ovocia) a navrhnúť intervenčné opatrenia. Posilniť intervenčné aktivity zamerané podporu zdravých stravovacích návykov v rámci plnenia už jestvujúcich programov v SR (napr. Program ozdravenia výživy, Národný program podpory zdravia, Zdravá výživa pre zdravé srdce). Pilotné overovanie možných intervenčných metód v spolupráci so sektorom poľnohospodárstva a obchodu, aplikácia dobrých postupov realizovaných v iných krajinách (napr. Program MURA, Slovinsko), využitie postupov a metód odporúčaných „European School Fruit Schemes“ (http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/index_en.htm)
- S cieľom posunúť iniciáciu fajčenia a konzumácie alkoholu do vyššieho veku a znížiť celkový výskyt fajčenia a konzumácie alkoholu mládeže podporiť implementáciu účinnej legislatívy, stratégie a intervencií, napr. dôsledná implementácia Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom a kontrola dodržiavania ustanovení zákona NR SR č. 87/2009 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov.
- Skríningové vyhľadávanie detí so sklonmi k násiliu s následnou intervenciou v spolupráci s psychológmi, špeciálnymi pedagógmi a ďalšími odborníkmi.
- Zriadenie a prevádzkovanie „kontaktných“ ciest napr. telefonické linky, interaktívne internetové stránky, cez ktoré môžu školáci komunikovať v prípade, že sú obeťami násillia.

VŠEOBECNÉ ODPORÚČANIA

- Využívanie metód hodnotenia dopadov na zdravie (HIA) a na rovnosť v zdraví pri príprave a realizácii stratégií, politik a programov zameraných na zlepšovanie zdravia školákov.
- Budovanie kapacít v podpore zdravia, profesionalizácia podpory zdravia – zavedenie študijného odboru podpory zdravia ako špecializačného odboru pre lekárov a ďalších pracovníkov vo verejnom zdravotníctve.
- Vytváranie multidisciplinárnych pracovných skupín zdravotnícky a nezdravotnícke sektory, orgány štátnej správy a samosprávy a výskumné pracoviská s cieľom účinne a efektívne riešiť aktuálne problémy týkajúce sa zdravia a so zdravím súvisiaceho správania školákov.
- Aktívna účasť na európskych projektoch zameraných na riešenie kľúčových problémov zdravia mladých ľudí s cieľom výmeny skúseností a získavania poznatkov o efektívnych intervenčných programoch, ich následná implementácia do praxe.



Popis HBSC štúdie a prieskumu realizovaného na Slovensku v roku 2005/2006

A. Madarasová Gecková, S. Benzeová

Základné informácie o medzinárodnej, prierezovej štúdii zdravia a so zdravím súvisiaceho správania školákov (ďalej HBSC)

HBSC je jedna z prvých medzinárodných prierezových štúdií, ktorá začala ako iniciatíva troch krajín v roku 1983 (UK, Fínsko a Nórsko). Postupne sa pridávali i ďalšie krajiny, štúdia bola prijatá Svetovou Zdravotníckou Organizáciou (1983) a v súčasnosti na nej spolupracuje viac ako 40 krajín. Predložená národná správa je sumarizáciou výsledkov zo siedmej vlny zberu údajov.

Cieľom štúdie je monitorovať zdravie, so zdravím súvisiace správanie školákov v ich sociálnom kontexte a prehĺbiť porozumenie mechanizmov ovplyvňujúcich rozdiely a zmeny v zdraví a rizikovitom správaní školákov. Tieto poznatky sú dôležité pre vypracovanie efektívnych programov podpory zdravia, vzdelávacích programov v oblasti zdravia, sledovanie ich účinnosti, a to nielen na národnej ale i na medzinárodnej úrovni.

Koordinácia projektu: Projekt je koordinovaný v spolupráci s Regionálnou kanceláriou Svetovej Zdravotníckej Organizácie pre Európu, Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU) na Univerzite v Edinburhu (Veľká Británia) a Univerzitou v Bergene (Nórsko). Koordináciu zabezpečuje medzinárodný koordinačný výbor vedený prof. Candance Currie (Child & Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, Scotland, United Kingdom). Zozbierané údaje sú spravované dr. Oddrun Samdal (Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, Norway), ktorá zastáva pozíciu manažéra medzinárodnej databanky.

Účastnícke krajiny: Belgicko (francúzska i flámska časť), Bulharsko, Česká Republika, Dánsko, Estónsko, Fínsko, Francúzsko, Grécko, Grónsko, Holandsko, Chorvátsko, Island, Izrael, Írsko, Kanada, Litva, Lotyšsko, Luxembursko, Macedónsko, Malta, Maďarsko, Nemecko, Nórsko, Poľsko, Portugalsko, Rakúsko, Rumunsko, Rusko, Slovenská Republika, Slovinsko, Škótsko, Španielsko, Švajčiarsko, Švédsko, Taliansko, Turecko, Ukrajina, USA, Veľká Británia a Wales.

Realizované zbery údajov: 1983/84, 1985/86, 1989/90, 1993/1994, 1997/1998, 2001/02, 2005/2006

Slovensko participovalo doteraz na troch zberoch: 1993/94, 1997/98, 2005/06.

Nasledujúci zber údajov je plánovaný v roku 2009/2010.

Dizajn štúdie: Štúdia je prierezová, ale svojím dizajnom umožňuje vytvárať harmonizované dátové súbory, ktoré umožňujú porovnávanie medzi krajinami, ale i sledovanie trendov. Údaje sú zbierané formou anonymného dotazníka administrovaného v školských triedach tímom školených administrátorov. Účasť je dobrovoľná.

Protokol: Pre každý zber údajov je vypracovaný výskumný protokol, ktorý obsahuje teoretické východiská pre jednotlivé cieľové oblasti, povinné moduly dotazníka s podrobnými inštrukciami, požadované procedúry pre vytváranie vzorky, zber údajov a prípravu národnej databázy údajov, pokyny k používaniu medzinárodnej databázy a pravidlá diseminácie. Jednotlivé moduly dotazníka sú vypracované v spolupráci s rozličnými pracovnými skupinami pracujúcimi v rámci medzinárodného tímu HBSC (scientific development group, method development group, protocol development group, topic oriented working groups) a výsledný protokol prechádza schvaľovacím procesom. Nové položky/ moduly sú zaradené až po realizácii pilotných štúdií, zhodnotení a implementovaní ich zistení.

Vzorka: Vzorka sa vytvára v súlade so štruktúrou vzdelávacieho systému v danej krajine a býva stratifikovaná podľa regiónu alebo typu školy. Cieľom je získať údaje o 11-, 13- a 15-ročných školákoch reprezentatívne pre populáciu v danej krajine. Primárnou jednotkou býva školská trieda, ale môže ňou byť aj škola alebo jedinec. V každej krajine je potrebné zozbierať približne 1500 respondentov v každej vekovej kategórii.

Dotazník: Každá účastnícka krajina sa zaviazala zaradiť do dotazníka povinný modul, no zároveň je k dispozícii rozširujúci voliteľný modul, ktorý je použitý len v krajinách, ktoré sa rozhodli skúmať zvolenú problematiku podrobnejšie. Národné tímy sa môžu rozhodnúť zaradiť i dodatočné položky mimo povinných a voliteľných modulov.

Povinný modul obsahuje nasledujúce oblasti:

Demografické údaje: pohlavie, ročník, vek

Ukazovatele zdravia: zdravotné ťažkosti (napr. bolesti hlavy, bolesti brucha, nervozita, ...), celkové hodnotenie zdravia, respondentom udaná výška a hmotnosť (pre výpočet BMI), životná spokojnosť, telesná schéma (vnímanie seba ako príliš tučného alebo príliš chudého), puberta, sexuálne zdravie

So zdravím súvisiace správanie: stravovacie návyky (raňajkovanie, konzumácia vybraných druhov potravín), dentálna hygiena, obmedzenia v jedle a kontrola hmotnosti, fyzická aktivita, fajčenie, konzumácia alkoholu, užívanie marihuany

Násilie: šikanovanie, bitky, úrazy

Škola: školský výkon, spokojnosť so školou, podpora v triede, so školou súvisiaci stres

Rodina: štruktúra rodiny, finančná situácia rodiny, zamestnanie rodičov, komunikácia s matkou, otcom a súrodencami, škála blahobytu rodiny

Rovesníci: počet priateľov, čas strávený s priateľmi mimo školy (cez deň, vo večerných hodinách, prostredníctvom elektronických médií), komunikácia s priateľmi

Voľno časové aktivity: sledovanie televízie, čas strávený pri PC

Webová stránka: www.hbsc.org

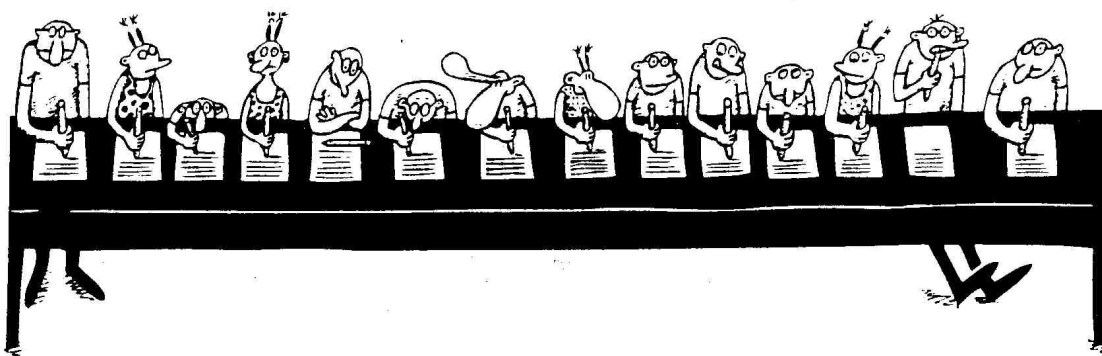
Medzinárodná správa je umiestnená na <http://www.hbsc.org/publications/reports.html>

Národné správy sú umiestnené na <http://www.hbsc.org/publications.html>

Podrobnejšie informácie o projekte:

Roberts Ch., Currie C., Samdal O., Currie D., Smith R., Maes L.: Measuring the health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *J Public Health* 2007;15:179–186

Currie, C.; Gabhainn, S.N.; Godeau, E.; Roberts, Ch.; Smith, R.; Currie, D.; Picket, W.; Richter, M.; Morgan, A.; Barnekow, V. (2008) *Inequalities in young people's health*. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents. Report No. 5.



Základné informácie

o štúdiu realizovanej na Slovensku v roku 2005/2006

Úrad verejného zdravotníctva SR v spolupráci s 36 regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva v SR uskutočnil v priebehu mesiaca jún v roku 2006 realizovaný dotazníkový prieskum na základných školách. Každý z regionálnych úradov verejného zdravotníctva obdržal 126 dotazníkov a ich úlohou bolo zabezpečiť náhodný výber v troch vekových skupinách, teda osloviť 42 jedenásťročných (piata trieda), 42 trinásťročných (siedma trieda) a 42 pätnásťročných respondentov (deviata trieda). Na vybraných základných školách sa teda určila jedna trieda danej vekovej skupiny, v ktorej bol administrovaný dotazník.

Vzorka:

Národná správa analyzuje súbor údajov zozbieraných od 3882 respondentov (z toho 46,3% chlapcov) v troch vekových skupinách, pričom z každej z vytipovaných 37 oblastí (Banská Bystrica, Bardejov, Bratislava, Bojnice, Čadca, Dolný Kubín, Dunajská Streda, Galanta, Humenné, Komárno, Košice, Košice-okolie, Levice, Liptovský Mikuláš, Lučenec, Martin, Michalovce, Nitra, Nové Zámky, Poprad, Považská Bystrica, Prešov, Rimavská Sobota, Rožňava, Senica, Spišská Nová Ves, Stará Ľubovňa, Svidník, Topoľčany, Trebišov, Trenčín, Trnava, Veľký Krtíš, Vranov nad Topľou, Zvolen, Žiar nad Hronom, Žilina) odpovedalo 97 až 147 respondentov.

Tabuľka 1

Počet respondentov podľa veku a pohlavia

	chlapci	dievčatá	spolu
11- roční	608	690	1298
13- roční	595	732	1327
15- roční	591	661	1252

Tabuľka 2

Vek respondentov

	n	min-max vek	priemerný vek (SD)
11- roční	1298	10,5-12,3	11,37 (0,33)
13- roční	1327	12,6-14,3	13,3 (0,31)
15- roční	1252	13,7-16,3	15,3 (0,40)

Prezentácia zistení a analýzy:

Premenné boli dichotomizované rovnakým spôsobom, aký bol použitý pri vypracovaní medzinárodnej správy. Frekvenčné údaje (v percentách) boli spracované formou grafov, pričom boli pre porovnanie pridané i údaje z medzinárodnej správy (HBCS priemer). Štatistická významnosť rodových, vekových i socioekonomických rozdielov bola analyzovaná pomocou logistickej regresie. Prezentované sú pomery šancí (odds ratio, OR) a intervaly spoľahlivosti (confidence interval, CI). Vzhľadom na to, že položky týkajúce sa sexuálneho správania boli použité iba v jednej vekovej skupine, uvedené sú iba rodové rozdiely.

Ako interpretovať pomer šancí, konfidenčné intervaly?

Povedzme, že by nás zaujímalo na koho stavať v nadchádzajúcom zápase Košice vs. Trenčín. Z minuloročnej sezóny náhodne vyberieme 10 zápasov košického tímu a pozrieme sa, ako sa družstvu darilo. Povedzme, že tím vyhral 6 a prehral 4 z týchto zápasov. Pomer vyhratých zápasov k prehratým je teda šesť ku štyrom, čo by sme mohli nazvať jeho šancou na výhru (odds). Podobne by sme náhodne vybrali 9 zápasov trenčianskeho družstva a zistili, že hokejový tím v Trenčíne vyhral 5 a prehral 4 z týchto zápasov, teda pomer je päť ku štyrom. Chceme ale vedieť, na ktorý tím stavať, aký je pomer šancí týchto dvoch tímov (odds ratio). To zistíme vydelením ich šancí: $(6/4)/(5/4)=6/5=1,2$ a v tomto prípade šance na výhru sú väčšie na strane košického tímu. Vypočítali sme síce pomer šancí, ale ešte nevieme aký je interval spoľahlivosti a tiež či prevaha košického tímu je náhodný alebo štatisticky významný rozdiel v šanciach.

Pri výpočte šancí sme vychádzali z nameraných údajov – doteraz odohraných zápasov. Zápasov ale bude odohraných viac a my potrebujeme vedieť, či sa k podobným výsledkom dopracujeme i keby sme vychádzali z inej skupiny odohratých zápasov, inými slovami potrebujeme vedieť, nakoľko sa môžeme spoľahnúť na daný odhad. Interval spoľahlivosti je vlastne interval, v ktorom by sa s 95% pravdepodobnosťou (v 95 prípadoch zo 100) nachádzal určený pomer šancí, ak by sme na výpočet použili inú skupinu náhodne vybraných zápasov. Ak interval spoľahlivosti obsahuje 1, hodnota pomeru šancí (OR) je štatisticky nevýznamná. V tomto konkrétnom prípade je interval spoľahlivosti (0,19-7,44), čo znamená, že napriek tomu, že pomer šancí je v prospech Košíc, je to skôr náhodný výsledok a nedá sa predpokladať, že by sa takýto výsledok zopakoval, ak by sme do úvahy zobrali inú skupinu zápasov. Navyše interval spoľahlivosti je veľmi široký – od približne 5:1 v prospech Trenčína ($1/0,19=5,26$) po 7:1 v prospech Košíc.

V prípade rodových rozdielov sme počítali pomer šancí chlapcov a dievčat na výskyt sledovaného javu (napr. výskytu úrazu, skúsenosti so šikanovaním). Pomer šancí vyšší ako 1 teda znamená, že jav sa s vyššou pravdepodobnosťou vyskytuje u dievčat ako u chlapcov a pomer šancí nižší ako 1 znamená, že jav sa s vyššou pravdepodobnosťou vyskytuje u chlapcov ako u dievčat.

V prípade rozdielov medzi vekovými skupinami sme za referenčnú kategóriu zvolili skupinu 15-ročných a teda počítali pomer šancí 11-ročných a 15-ročných a pomer šancí 13-ročných a 15-ročných. Pomer šancí vyšší ako 1 teda znamená, že 11-roční, respektíve 13-roční majú vyššiu pravdepodobnosť výskytu javu ako 15-roční a pomer šancí nižší ako 1 znamená, že 15-roční majú vyššiu pravdepodobnosť ako 11-roční, respektíve 13-roční.

V prípade rozdielov medzi socioekonomickými skupinami sme za referenčnú kategóriu zvolili skupiny s najvyššou mierou blahobytu rodiny. Pomer šancí vyšší ako 1 znamená, že skupiny s nízkou mierou blahobytu rodiny, respektíve strednou mierou blahobytu rodiny majú vyššiu pravdepodobnosť výskytu javu ako skupina s vysokou mierou blahobytu rodiny a pomer šancí nižší ako 1 znamená pomer šancí v prospech výskytu javu v skupine s vysokou mierou blahobytu.



HBSC projekt, národný tím

Nový národný tím pre riešenie projektu HBSC bol schválený na zasadnutí hlavných riešiteľov, ktoré sa konalo v rámci stretnutia medzinárodného tímu HBSC v Utrechte, 13. - 15. novembra 2008 a svoju činnosť začal na prvom stretnutí národného tímu v januári 2009. Na príprave národnej správy, ako i ďalších činností v rámci tohto projektu sa podieľa niekoľko odborníkov z viacerých inštitúcií.

Hlavný riešiteľ:

Andrea Madarasová Gecková, PhD (geckova@upjs.sk)

¹ Univerzita PJ Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie psychológie zdravia &
Košice Institute for Society and Health (KISH)

² University of Groningen, The Netherlands

Zástupca hlavného riešiteľa:

Assoc. prof. Jitse P. van Dijk, MD, PhD, MPH (j.p.van.dijk@med.umcg.nl)

¹ University of Groningen, The Netherlands &

² Univerzita PJ Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie sociálnej medicíny &
Košice Institute for Society and Health (KISH)

Základný riešiteľský tím:

MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD (zuzana.katreniakova@upjs.sk)

¹ Univerzita PJ Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie sociálnej medicíny &
Košice Institute for Society and Health (KISH)

² Slovenská asociácia verejného zdravia (SAVEZ)

MUDr. Tibor Baška, PhD (tibor.baska@jfmed.uniba.sk)

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie epidemiológie

Doc. RNDr. Ivan Žežula, CSc. (ivan.zezula@upjs.sk)

Univerzita PJ Šafárika v Košiciach, Prírodovedecká fakulta

Ústava matematických vied & Košice Institute for Society and Health (KISH)

Mgr. Peter Kolarčík (peter.kolarcik@upjs.sk)

¹ Univerzita PJ Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie psychológie zdravia &
Košice Institute for Society and Health (KISH)

² University of Groningen, The Netherlands

Mgr. Zuzana Veselská (zuzana.veselska@upjs.sk)

¹ Univerzita PJ Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie psychológie zdravia &
Košice Institute for Society and Health (KISH)

² University of Groningen, The Netherlands

Mgr. Martina Súkeniková (martina.sukenikova@upjs.sk)

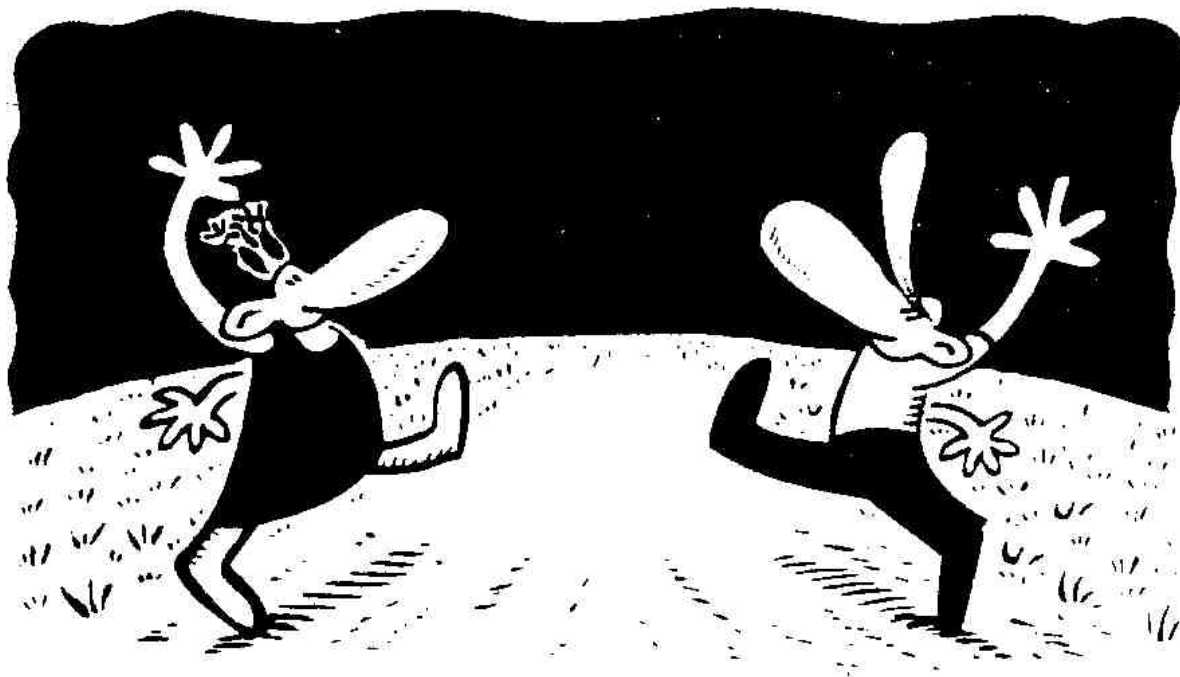
PJ Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta Univerzita
Košice Institute for Society and Health (KISH)

Mgr. Silvia Benczeová (benczeova@uvzs.sk)

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej Republiky

Doc. Mgr. Martina Bašková, PhD (baskova@jfmed.uniba.sk)

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Ústav nelekárskych študijných programov



Zdravie školákov

Z. Veselská, A. Madarasová Gecková

Kľúčové zistenia

- Školáci hodnotili svoje celkové zdravie i životnú spokojnosť prevažne pozitívne.
- Dievčatá vo všetkých vekových skupinách hodnotili svoje celkové zdravie a svoju životnú spokojnosť horšie a udávali výskyt zdravotných ťažkostí častejšie ako chlapci.
- Takmer polovica školákov všetkých vekových skupín udávala aspoň jeden lekársky ošetrovaný úraz v priebehu uplynulých 12 mesiacov.
- Chlapci vo všetkých vekových skupinách udávali viac lekársky ošetrovaných úrazov v priebehu uplynulých 12 mesiacov ako dievčatá.



Celkové hodnotenie zdravia

Nedostatočné zdravie môže významne ovplyvniť dosahovanie životných cieľov. V období adolescencie, ktoré je charakterizované ako obdobie relatívne dobrého zdravia a nízkej mortality, môže mať nedostatočné zdravie významný vplyv na naplnenie vývinových úloh spojených s adolescenciou a viesť k množstvu dlhodobých negatívnych dôsledkov. Mladí ľudia sa v tomto životnom období musia vysporiadať s množstvom výziev, ktoré sú spojené s prechodom do dospelosti. Byť v dobrom zdravotnom stave – fyzicky, emocionálne a sociálne – napomáha vyrovnávať sa so spomenutými výzvami na omnoho lepšej úrovni.

Celkové hodnotenie zdravia je subjektívny indikátor celkového zdravotného stavu a je založené na individuálnej percepcii a hodnotení svojho zdravia a obvykle je založené na vedomom alebo nevedomom porovnávaní sa s rovnako starými rovesníkmi (Bjorner a kol. 1996). Preukázalo sa, že je prediktorom mortality, dokonca aj po tom, čo sa do úvahy zobrali premenné ako demografické, sociálne a medicínske rizikové faktory (Benjamins a kol., 2004). Z tohto hľadiska má podpora zdravia u mladých ľudí významný dopad aj na ich budúce zdravie v dospelosti. Zároveň bol zistený vzťah medzi subjektívnym hodnotením zdravia v adolescencii a objektívnymi zdravotnými výsledkami v dospelosti (Ilder & Benyamani, 1997; Burstroem & Fredlund, 2001). Okrem toho je hodnotenie zdravia spojené s prežívaním úzkosti, depresie (de Matos a kol., 2003) či so školskými a rodinnými faktormi, ako je školská úspešnosť, pozitívne prežívanie školy, šikanovanie, rodinná štruktúra alebo komunikácia s rodičmi (Schnor & Volmer-Larsen Niclasen, 2006; Ravens-Sieberer, Kokonyei & Thomas, 2004; Torsheim a kol., 2004). Preskúmaný bol i vzťah medzi celkovým hodnotením zdravia a rodom, poukazujúci na existenciu pomerne výrazných rozdielov u chlapcov a dievčat, ktoré je potrebné preskúmať hlbšie.

Popis indikátora:

Ako sa momentálne cítiš zdravotne?

výborne
celkom dobre
nie veľmi dobre
zle

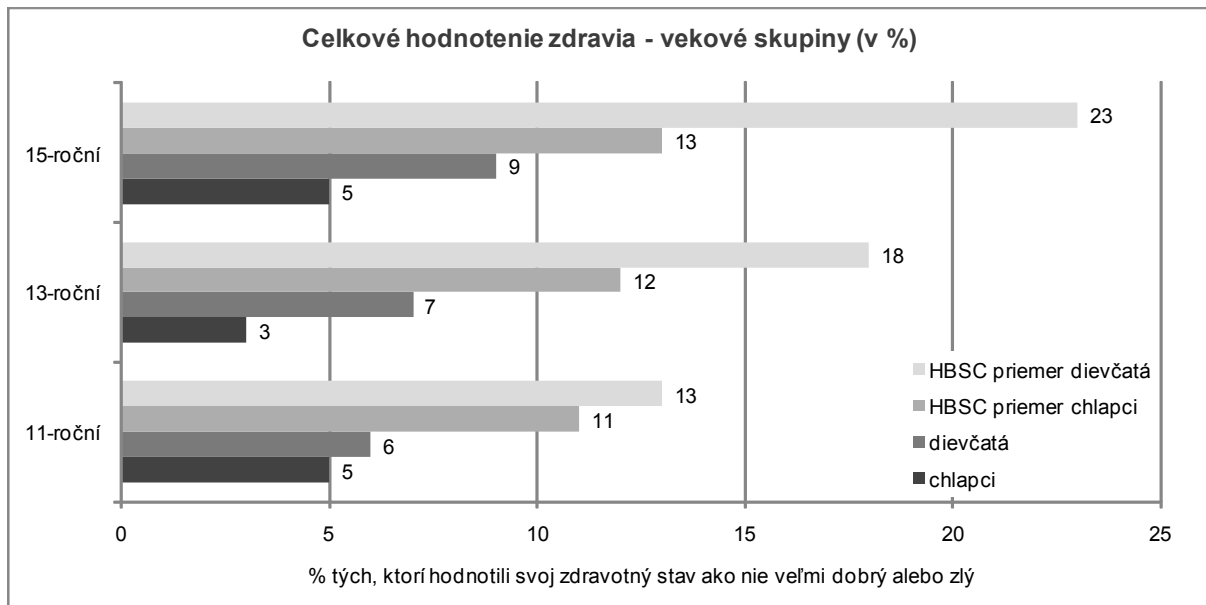
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoj zdravotný stav ako nie veľmi dobrý alebo zlý.

Výskyt: Do 10% školákov v skúmaných skupinách hodnotilo svoje celkové zdravie ako „nie veľmi dobré“ alebo „zlé“. V porovnaní s priemernými hodnotami chlapcov a dievčat HBSC štúdie, hodnotia chlapci a dievčatá na Slovensku svoje celkové zdravie lepšie. Výraznejší je rozdiel v prípade dievčat.

Rodové rozdiely: Dievčatá vo všetkých vekových skupinách hodnotili svoje celkové zdravie horšie ako chlapci. Štatisticky významný rozdiel bolo možné nájsť vo vekových skupinách 13-ročných a 15-ročných (OR/CI: 13-roční: 2,7/1,51-4,91, 15-roční: 1,8/1,14-2,92).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Je vidieť tendenciu hodnotiť svoje celkové zdravie ako horšie u starších školákov, hlavne v prípade dievčat. Nepreukázali sa tu však žiadne štatisticky významné rozdiely.

Obrázok č. 1



Životná spokojnosť

Optimálne ľudské fungovanie zahŕňa nielen absenciu choroby, ale zároveň aj prítomnosť duševnej pohody (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Samotná duševná pohoda v sebe zastrešuje viacero aspektov (Diener, 1984; Wilkinson&Walford, 1998). Veľkú dôležitosť má neprítomnosť distresu, ale rovnako dôležitá je aj prítomnosť pozitívnych emócií, akými je šťastie alebo nadšenie. Dôležitou súčasťou duševnej pohody je i to, ako jednotlivec celkovo hodnotí svoj život, teda aká je jeho životná spokojnosť. Životná spokojnosť je definovaná ako hodnotenie rozmanitých oblastí života jednotlivcom (Diener&Diener, 1995) a je pomerne stála v priebehu života v porovnaní so spontánnymi pocitmi, ktoré sa človeku spájajú s práve prežívanou skúsenosťou (Pavot & Diener, 1993). Životná spokojnosť bola študovaná z globálnej perspektívy (spokojnosť so životom ako takým), ale aj z perspektívy jednotlivých oblastí života (spokojnosť so školským alebo domácim prostredím a jeho prežívaním). Štúdie o životnej spokojnosti preukázali, že počas adolescencie je táto silne ovplyvňovaná životnou skúsenosťou a vzťahmi, obzvlášť v kontexte rodinného prostredia (Edwards&Lopez, 2006; Gohm a kol., 1998). Životná spokojnosť je úzko spojená so zdravím, užívaním návykových látok (Zullig a kol., 2001) a účasťou na fyzickej aktivite (Thome&Espelage, 2004). Pozitívna školská skúsenosť a jej prežívanie je spojená s vyššou celkovou životnou spokojnosťou, pričom negatívna školská skúsenosť zasa naopak s nižšou životnou spokojnosťou (Ravens-Sieberer, Kokonyei&Thomas, 2004).

Popis indikátora:

Do akej miery si spokojný/á so svojim životom? Na danej škále označ číslo, ktoré najlepšie vystihuje tvoju spokojnosť (10 znamená – veľmi spokojný/á a 0 znamená – veľmi nespokojný/á).

10	veľmi spokojný/á
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	veľmi nespokojný/á

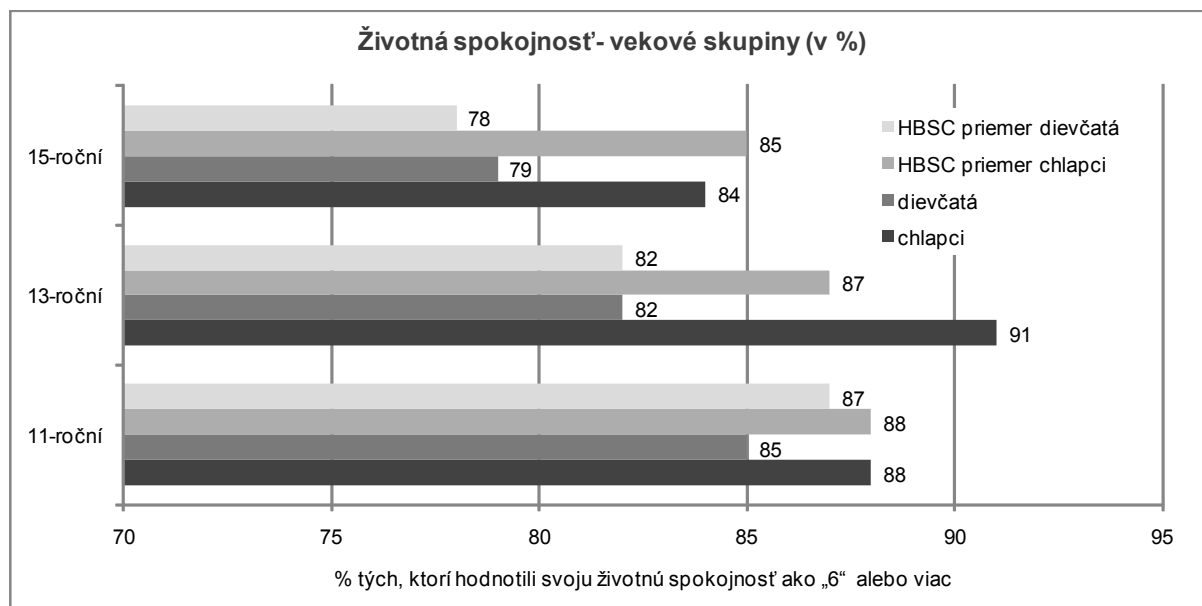
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoju životnú spokojnosť ako „6“ alebo viac, teda ich možno považovať za spokojných so svojím životom.

Výskyt: Až 85% školákov všetkých vekových skupín hodnotilo svoju životnú spokojnosť pozitívne. Slovenskí školáci sa nelíšili od priemerných hodnôt svojich rovesníkov v HBSC štúdiu.

Rodové rozdiely: Dievčatá vo všetkých vekových skupinách hodnotili svoju životnú spokojnosť horšie ako chlapci. Štatisticky významný rozdiel bolo možné nájsť vo vekových skupinách 13-ročných a 15-ročných (OR/CI: 13-roční: 0,5/0,33-0,66, 15-roční: 0,7/0,51-0,91).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Je možné vidieť tendenciu hodnotiť svoju životnú spokojnosť horšie u starších školákov. Štatisticky významný rozdiel bol v hodnotení životnej spokojnosti 13-ročných chlapcov vs. 15-ročných chlapcov (OR/CI: 1,8/1,26-2,59) a v skupine 11-ročných dievčat vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 1,6/1,17-2,08).

Obrázok č. 2



Zdravotné ťažkosti

Ako už bolo spomenuté, vyššia úroveň zdravia je dôležitým zdrojom pre optimálne životné fungovanie a nedostatočná úroveň zdravia môže viesť k dlhodobým negatívnym dôsledkom nielen na súčasné zdravie adolescentov, ale aj na ich zdravie v dospelosti. Okrem toho sú si výskumníci v oblasti zdravia v uplynulých rokoch stále viac vedomí narastajúceho množstva zdravotných ťažkostí, ktoré sú udávané ako chlapcami tak aj dievčatami v období detstva a adolescencie (Haugland a kol., 2001). Subjektívne zdravotné ťažkosti zahrňujú nielen somatické prejavy, akými sú bolesti hlavy alebo bolesti chrbta, ale aj psychologické symptómy, akými je nervozita alebo podráždenosť. Tieto psychosomatické symptómy sú indikátormi schopnosti adolescentov reagovať na stresujúce situácie, ktoré majú z dlhodobého hľadiska negatívny vplyv na ich celkové zdravie a majú tendenciu hromadiť sa. To znamená, že prežívanie jedného zo symptómov je spojené s výskytom ďalších (Hetland, Torsheim & Aarø, 2002). Subjektívne hodnotené zdravotné ťažkosti sa používajú na popis širokej oblasti siahajúcej od príležitostných zdravotných ťažkostí – takých, ktoré z času na čas zažíva väčšina mladých ľudí – až po prejavy klinických zdravotných ťažkostí, ktoré môžu zhoršovať každodenné fungovanie (Haugland a kol., 2001). Prežívanie týchto psychosomatických ťažkostí je spojené s negatívnym prežívaním školy, šikanovaním, rovesníckymi vzťahmi (Torsheim & Wold, 2001; Ravens-Sieberer, Kokonyei & Thomas, 2004), zlým školským prospechom (Krillov a kol., 1998) a vyšším užívaním liekov (Hansen a kol., 2003).

Popis indikátora:

Ako často sa u teba vyskytli nasledujúce ťažkosti počas uplynulých 6 mesiacov: bolesť hlavy, žalúdočné ťažkosti, bolesť chrbta, pocit vyčerpania, podráždenosť alebo zlá nálada, pocit nervozity, ťažkosti so zaspávaním a pocit závrate. Pri každom označ jednu možnosť

takmer každý deň
viac ako raz za týždeň
raz za týždeň
raz za mesiac
takmer nikdy

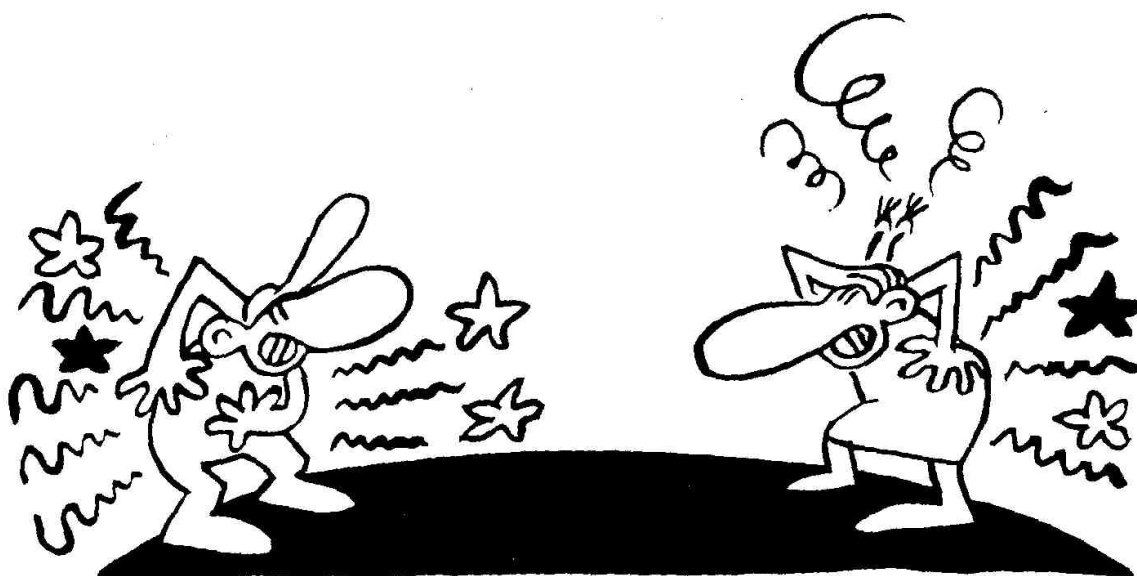
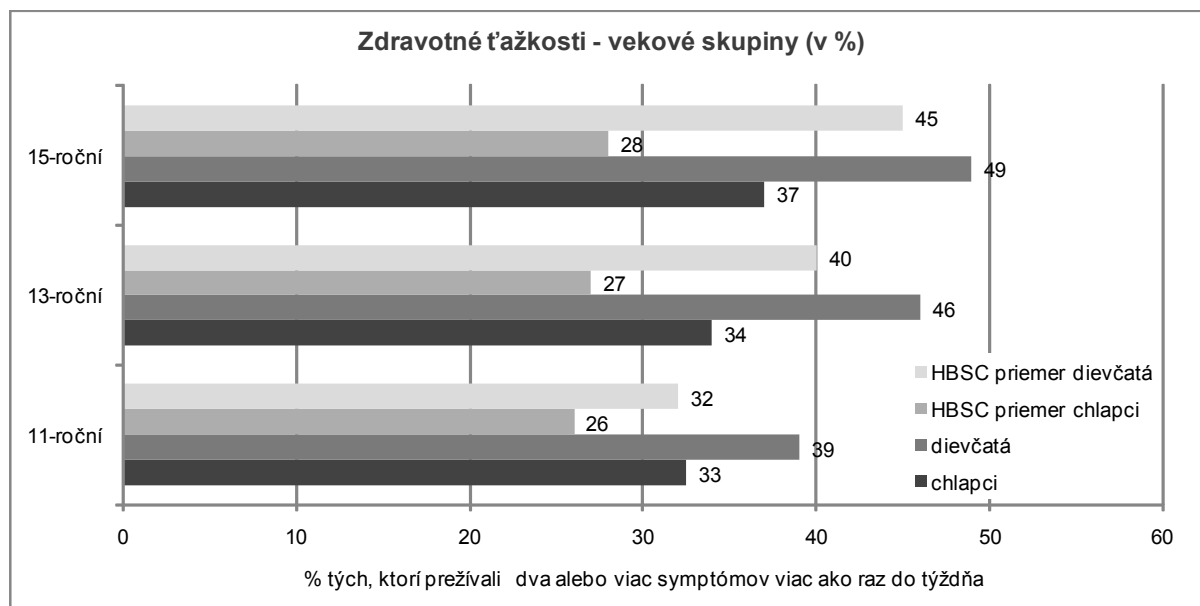
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí prežívali dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa.

Výskyt: Až 40% školákov všetkých vekových skupín odpovedalo, že prežívali dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa. V porovnaní s priemernými hodnotami chlapcov a dievčat HBSC štúdie, udávali chlapci a dievčatá na Slovensku zdravotné ťažkosti častejšie. Výraznejší je rozdiel v prípade chlapcov.

Rodové rozdiely: Dievčatá vo všetkých vekových skupinách udávali výskyt symptómov častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu ťažkostí bola vo všetkých troch vekových skupinách vyššia v skupine dievčat, v porovnaní so skupinou chlapcov (OR/CI: 11-roční: 1,3/1,03-1,65; 13-roční: 1,7/1,32-2,08, 15-roční: 1,6/1,28-2,04).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Je možné vidieť tendenciu udávať zdravotné ťažkosti častejšie s pribúdajúcim vekom, no štatisticky významný rozdiel bol potvrdený len pri porovnaní 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 0,7/0,52-0,82).

Obrázok č. 3



Úrazy

Drobné úrazy sú pomerne často sa vyskytujúcim javom u adolescentov a výskyt v tomto období je v porovnaní s predchádzajúcim a nasledujúcim vývinovým obdobím výrazne vyšší. Úrazy sú na poprednom mieste v prípade akútnych zdravotných problémov vo väčšine rozvinutých krajín. Navyše sa s rozvojom hygieny a pomocou kontroly infekčných chorôb stali úrazy práve v rozvinutých krajinách hlavnou príčinou úmrtia u detí a mladých ľudí po prvom roku života. Je preto potrebné v rámci hodnotenia zdravia mladých ľudí brať do úvahy aj túto premennú. V tomto prípade je však dôležité rozlišovať medzi bežnými úrazmi a úrazmi vyžadujúcimi si lekárske ošetrovanie (Christoffel a kol., 1992). Okrem toho môžu byť úrazy interpretované aj ako signál rizikového životného štýlu, ktorý v sebe zahŕňa rozmanité rizikové správanie s možnými dôsledkami pre zdravie mladých ľudí (Jessor & Jessor, 1990). Mnoho štúdií zaznamenalo vzťah medzi úrazmi a iným rizikovým správaním, ako je užívanie návykových látok (pitie, opitost', fajčenie a užívanie nelegálnych drog) (Pickett a kol., 2005; Simpson a kol., 2005) a záškoláctvo (Pickett a kol., 2002).

Popis indikátora:

Mnoho mladých ľudí utrpí úraz. Zranenia z vonkajších príčin zahŕňujú i otravy a popáleniny. Nezahŕňujú infekčné ochorenia (napr. osýpky alebo nádchu).

Ako často si utrpel/a úraz, ktorý vyžadoval lekárske ošetrovanie počas uplynulých 12 mesiacov?

Neutrpel/a som úraz

Raz

2-krát

3-krát

4-krát a viac

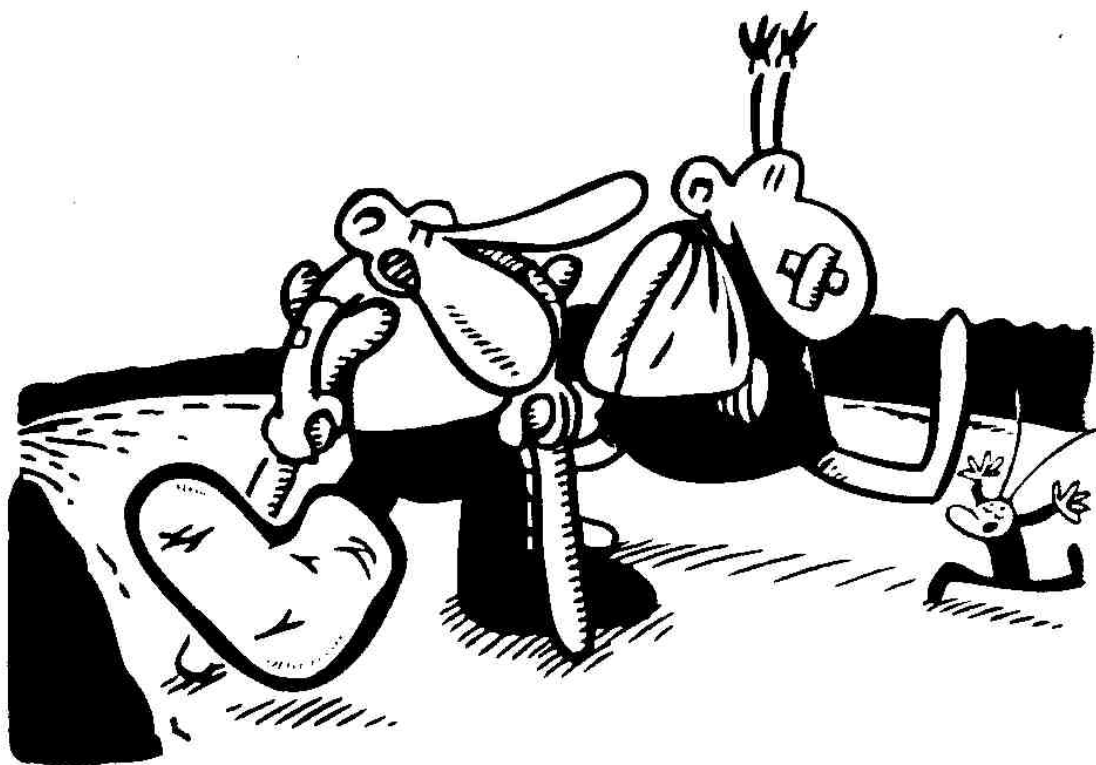
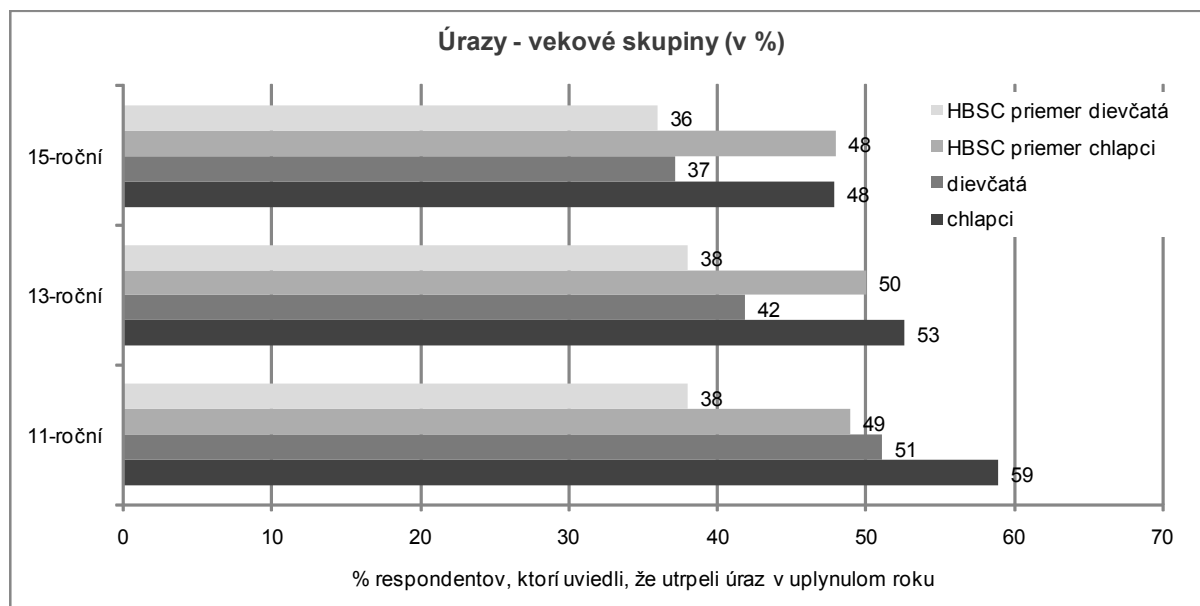
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že utrpeli aspoň jeden úraz v uplynulých 12 mesiacoch.

Výskyt: V porovnaní s celým súborom HBSC štúdie sú zistenia týkajúce sa výskytu úrazov na Slovensku vyššie vo všetkých vekových i rodových kategóriách. Temer dve pätiny dievčat a polovica chlapcov uviedla, že utrpela úraz v uplynulom roku, ktorý si vyžiadala lekárske ošetrovanie.

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť výskytu úrazu bola vo všetkých troch vekových skupinách vyššia v skupine chlapcov, v porovnaní so skupinou dievčat (OR/CI: 11-roční: 0,7/0,58-0,92; 13-roční: 0,7/0,52-0,81, 15-roční: 0,6/0,51-0,81).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významný rozdiel vo výskyte úrazov bol iba medzi najmladšou a najstaršou vekovou skupinou školákov. Pravdepodobnosť výskytu úrazov bola 1,6-krát vyššia v skupine 11-ročných chlapcov v porovnaní so skupinou 15-ročných chlapcov (CI:1,23-1,96) a 1,8-krát vyššia v skupine 11-ročných dievčat v porovnaní so skupinou 15-ročných dievčat (CI:1,42-2,20).

Obrázok č. 4

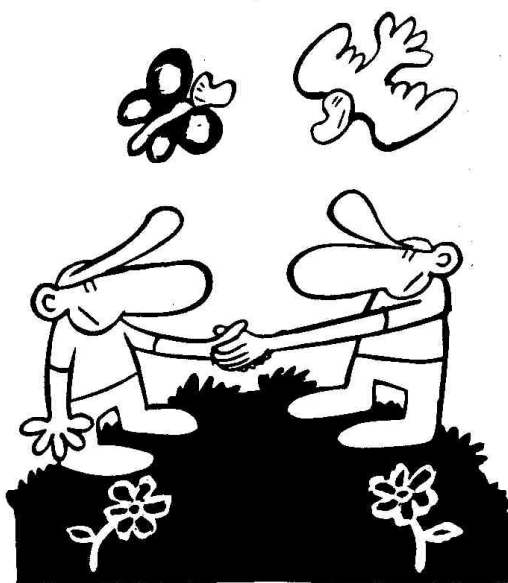


Rodina, rovesníci, škola

Z. Katreniaková, Z. Tomčíková

Kľúčové zistenia

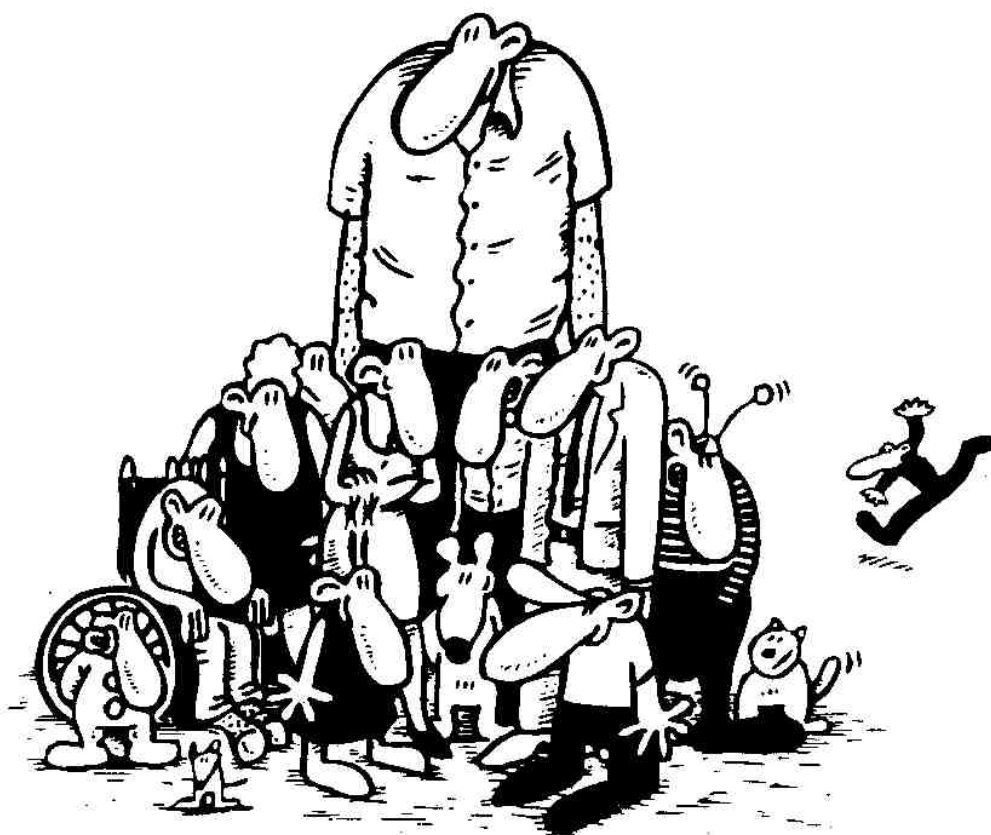
- Väčšina školákov udávala, že ich komunikácia s rodičmi je ľahká alebo veľmi ľahká, avšak u oboch pohlaví s vekom pravdepodobnosť jej výskytu klesá
- Výskyt 3 alebo viac priateľov bol u 13- a 15- ročných chlapcov vyšší ako u dievčat, pričom u dievčat mal s vekom klesajúcu tendenciu
- So stúpajúcim vekom pribudli chlapci aj dievčatá ktorí udávali, že s priateľmi trávajú vonku 4 alebo viac dní, pričom štatisticky významný bol nárast výskytu u 15-ročných dievčat
- So stúpajúcim vekom pribudli chlapci aj dievčatá ktorí udávali, že s priateľmi trávajú vonku 4 alebo viac večerov, pričom štatisticky významný bol nárast výskytu u 15-ročných chlapcov aj dievčat
- Denná komunikácia s priateľmi prostredníctvom elektronických médií mala s vekom tiež stúpajúci trend, pričom vo všetkých vekových skupinách bola štatisticky významne vyššia u dievčat
- So stúpajúcim vekom klesá u oboch pohlaví počet školákov, ktorí udávali, že sa im v škole veľmi páči, ako aj počet tých, ktorí hodnotili svoj výkon ako dobrý alebo veľmi dobrý
- Často alebo niekedy pociťovali stres v škole najviac 13-roční školáci, viac dievčatá
- Ako milých a láskavých hodnotili svojich spolužiakov najviac 11-roční školáci
- Viac chlapcov v každej vekovej skupine udávalo, že sú najmenej 2- až 3-krát za mesiac obeťami alebo aktérmi násilia (šikanovania), v porovnaní s dievčatami
- So stúpajúcim vekom pribúdali chlapci aj dievčatá, ktorí sú najmenej 2- až 3-krát za mesiac aktérmi násilia (škanovania)



Komunikácia s rodičmi

Rodina je jedným z najdôležitejších faktorov ovplyvňujúcich vývin dieťaťa. Je prostredím, kde sa formujú základné hodnoty, normy, postoje a vzorce správania, ale môže sa tiež stať miestom vzniku rôznych vývinových problémov vrátane rizikového správania (Eickhoff, 2001; Currie a kol., 2004).

Komunikácia medzi rodičmi a dieťaťom je v tomto kontexte jedným zo základných pilierov rodiny. Fungujúca komunikácia medzi rodičmi a dieťaťom je indikátorom sociálnej opory, ktorú rodičia poskytujú dieťaťu a rovnako aj rodinných väzieb (Laursen, 1995). Prostredníctvom nej si zároveň deti rozvíjajú komunikačné zručnosti, postoje a vzorce správania (Currie et al, 2008). Fungujúca komunikácia je zároveň účinným protektívnym faktorom vo vzťahu k rôznym typom rizikového správania, čo potvrdilo mnoho štúdií (Youniss a kol., 1997; Bogard, 2005; Resnick a kol., 1997).



Komunikácia s otcom

Popis indikátora:

Je pre teba jednoduché rozprávať sa s členmi tvojej rodiny a priateľmi o veciach, ktoré ťa trápia? Ako s nimi komunikuješ?

V každom stĺpci označ jednu možnosť.

Otec

Veľmi ľahko

Ľahko

Ťažko

Veľmi ťažko

Nemám takýchto ľudí, dávno som ich nevidel.

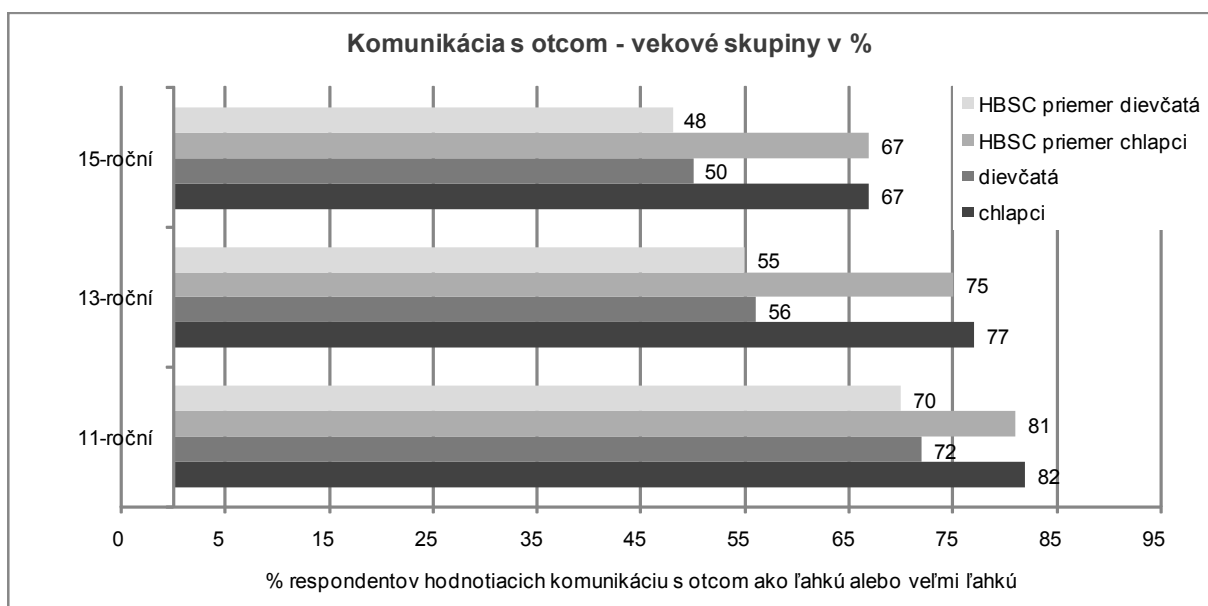
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili komunikáciu s otcom ako ľahkú alebo veľmi ľahkú.

Výskyt: Približne tri štvrtiny chlapcov a necelé dve tretiny dievčat všetkých vekových skupín považuje komunikáciu s otcom za ľahkú alebo veľmi ľahkú. V porovnaní s celým súborom HBSC štúdie sú zistenia týkajúce sa ľahkej komunikácie s otcom na Slovensku rovnaké alebo mierne vyššie.

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť, že komunikácia s otcom bude považovaná za ľahkú bola vo všetkých troch vekových skupinách vyššia v skupine chlapcov, v porovnaní so skupinou dievčat (OR/CI: 11-roční: 0,58/0,44-0,77; 13-roční: 0,37/0,29-0,48, 15-roční: 0,48/0,37-0,61).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významný rozdiel v ľahkosti komunikácie s otcom bol zistený medzi najmladšou a najstaršou vekovou skupinou chlapcov a rovnako aj dievčat. Pravdepodobnosť, že komunikácia s otcom bude považovaná za ľahkú bola 2,2-krát vyššia v skupine 11-ročných chlapcov v porovnaní so skupinou 15-ročných chlapcov (CI:1,65-2,93) a 2,7-krát vyššia v skupine 11-ročných dievčat v porovnaní so skupinou 15-ročných dievčat (CI:2,10-3,41).

Obrázok č. 5



Komunikácia s matkou

Popis indikátora:

Je pre teba jednoduché rozprávať sa s členmi tvojej rodiny a priateľmi o veciach, ktoré ťa trápia? Ako s nimi komunikuješ?

V každom stĺpci označ jednu možnosť.

Matka

Veľmi ľahko

Ľahko

Ťažko

Veľmi ťažko

Nemám takýchto ľudí, dávno som ich nevidel.

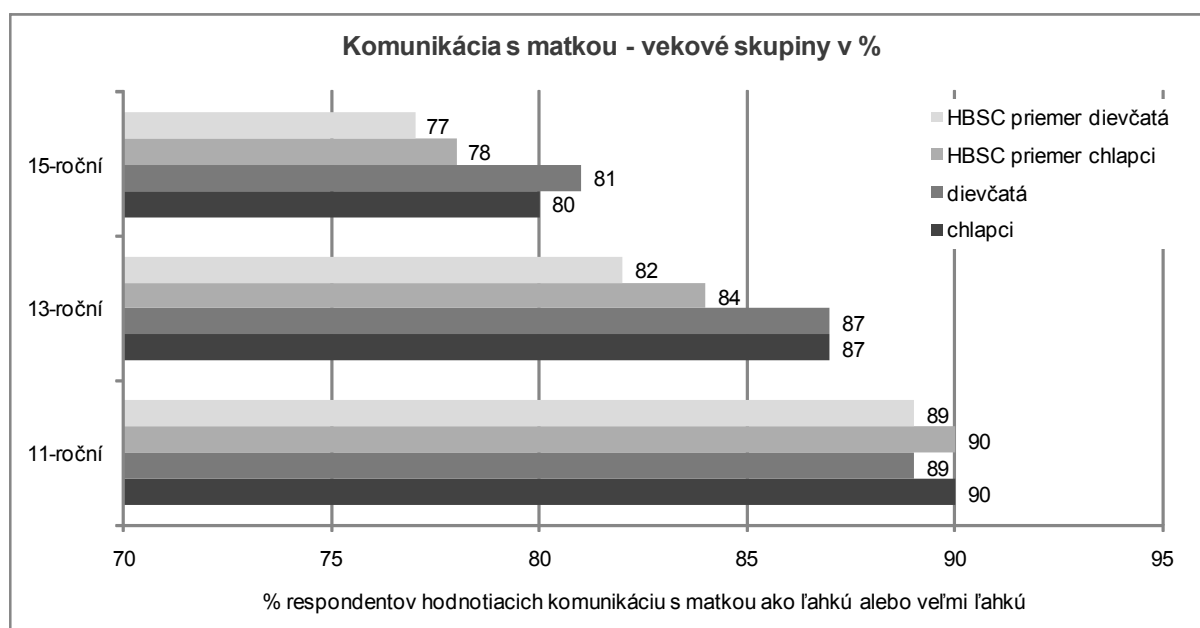
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili komunikáciu s otcom ako ľahkú alebo veľmi ľahkú.

Výskyt: Približne 85% chlapcov aj dievčat všetkých vekových skupín považuje komunikáciu s matkou za ľahkú alebo veľmi ľahkú. V porovnaní s celým súborom HBSC štúdie sú zistenia týkajúce sa ľahkej komunikácie s matkou na Slovensku mierne vyššie v kategórii 13- a 15-ročných chlapcov a dievčat a približne rovnaké v kategórii 11-ročných chlapcov a dievčat.

Rodové rozdiely: Rozdiely medzi chlapcami a dievčatami vo všetkých vekových skupinách neboli štatisticky významné.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významný rozdiel v ľahkosti komunikácie s matkou bol zistený medzi najmladšou a najstaršou vekovou skupinou chlapcov a rovnako aj dievčat. Pravdepodobnosť, že komunikácia s matkou bude považovaná za ľahkú bola 2,3-krát vyššia v skupine 11-ročných chlapcov v porovnaní so skupinou 15-ročných chlapcov (CI:1,58-3,27) a 1,9-krát vyššia v skupine 11-ročných dievčat v porovnaní so skupinou 15-ročných dievčat (CI:1,36-2,61).

Obrázok č. 6



Blízki priatelia – počet

Prostredníctvom priateľstva sa naplňuje potreba mať blízkeho človeka, potreba byť milovaný a akceptovaný skupinou, či potreba spolupatričnosti (Baumister, Leary, 1995). Priateľstvo pomáha adolescentom prispôbiť sa novým a čeliť stresujúcim životným situáciám. Je prediktorom úspešných vzťahov priateľstva v budúcnosti a je spojené s pocitom šťastia (Schneider, 2000).

Popis indikátora:

Kolko máš v súčasnosti skutočných priateľov/priateľiek?

V každom stĺpci označ jednu možnosť.

Žiadneho/Žiadnu

1

2

3 a viac

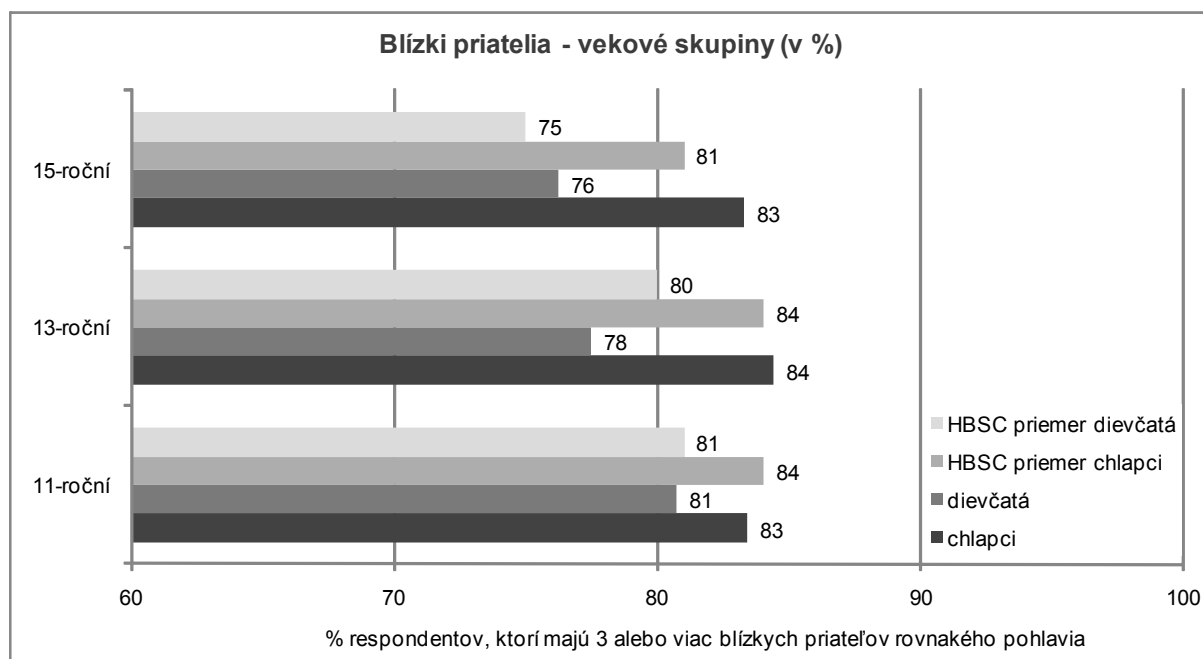
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že majú troch alebo viac blízkych priateľov rovnakého pohlavia.

Výskyt: Takmer 81% všetkých školákov (84% chlapcov a 78% dievčat) uviedlo, že má troch alebo viac blízkych priateľov rovnakého pohlavia. Najnižší výskyt bol u 15-ročných dievčat (76%) a najvyšší u 13-ročných chlapcov (84%). Výsledky sú vo všetkých vekových skupinách porovnateľné s priemernými hodnotami chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Štatisticky významné rozdiely boli v skupine 13-ročných a 15-ročných, v prospech chlapcov. Pravdepodobnosť výskytu troch alebo viac blízkych priateľov rovnakého pohlavia bola vyššia v skupine 13-ročných a 15-ročných chlapcov, v porovnaní so skupinami dievčat (OR/CI: 13-roční: 0,6/0,48-0,85, 15-roční: 0,6/0,48-0,86).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť výskytu troch alebo viac blízkych priateľov rovnakého pohlavia nebola štatisticky významná medzi vekovými skupinami u chlapcov ani u dievčat.

Obrázok č. 7



Čas trávený s priateľmi vonku – počas dňa

Odhaduje sa, že adolescenti trávajú tretinu svojho času s rovesníkmi a priateľmi (Brown, Klute, 2003). Väčšina výskumov sa orientuje na riziká vyplývajúce zo začlenenia sa do rovesníckej skupiny, ale kontakt s rovesníkmi je tiež dôležitým ochranným faktorom. Oba vplyvy, pozitívny aj negatívny, existujú a mali by byť brané do úvahy pri odhaľovaní zložitosti rovesníckej dynamiky (Berndt, 1999).

Popis indikátora:

Ako často sa zvyčajne stretávaš so svojimi priateľmi/priateľkami vo svojom voľnom čase (po skončení vyučovania) počas pracovného týždňa?

- Ani raz
- 1 deň
- 2 dni
- 3 dni
- 4 dni
- denne

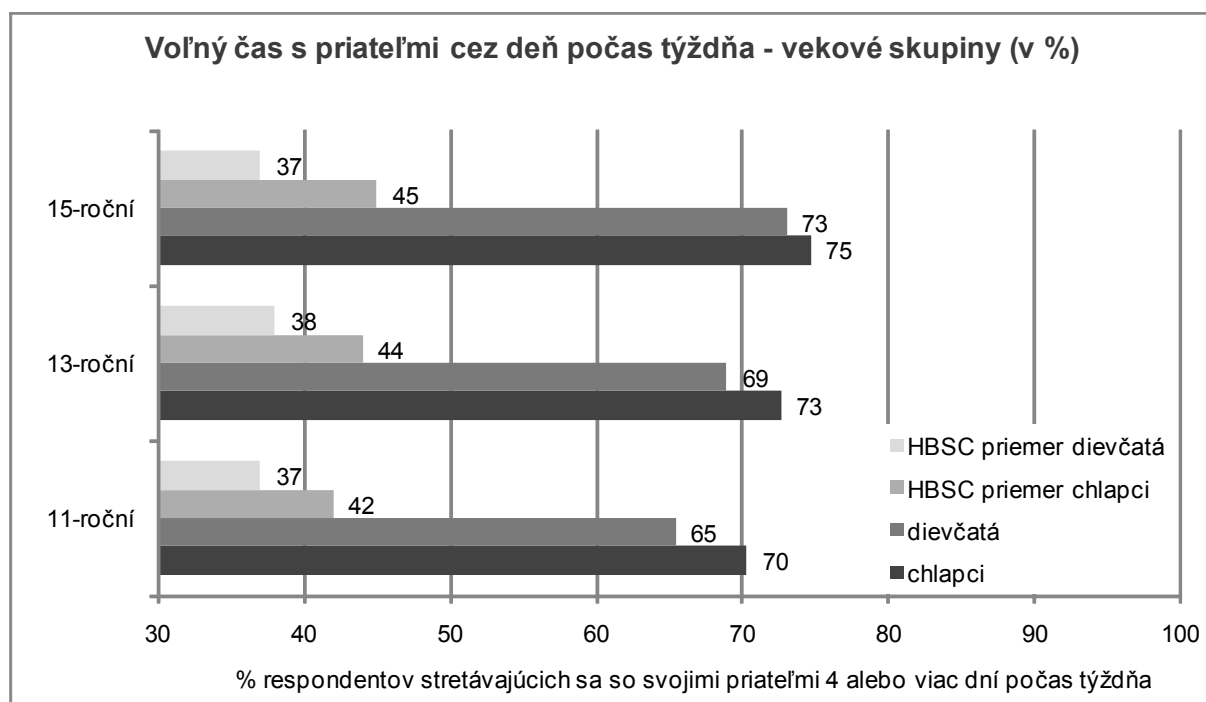
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa stretávajú 4 alebo viac dní počas pracovného týždňa.

Výskyt: Takmer 71% všetkých školákov (73% chlapcov a 69% dievčat) uviedlo, že sa so svojimi priateľmi stretávajú 4 alebo viac dní počas týždňa. Najnižší výskyt bol u 11-ročných dievčat (65%) a najvyšší u 15-ročných chlapcov (75%). Výskyt je vo všetkých vekových skupinách takmer 2-krát vyšší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Štatisticky významné rozdiely neboli zistené ani v jednej vekovej skupine.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť stretávania sa so svojimi priateľmi 4 alebo viac dní počas týždňa bola vyššia v skupine 15-ročných dievčat, v porovnaní so skupinou 11-ročných dievčat (OR/CI: 0,7/0,55-0,89).

Obrázok č. 8



Čas trávený s priateľmi vonku - večer

Už v období pre-adolescencie sa školáci pokúšajú tráviť viac času s rovesníkmi ako s rodičmi (Fuligni et al, 2001; Schneider, 2000). Kontakt s rovesníkmi je dôležitý pre rozvoj ochranných faktorov ako je napr. fyzická aktivita a klubová činnosť. Avšak večery trávené s priateľmi sa veľmi výrazne spájajú s rizikovým správaním, najmä s užívaním návykových látok (Settertobulte, Matos, 2004; Del Carmen, Pedersen, Carrasco, 2002).

Popis indikátora:

Ako často sa zvyčajne stretávaš so svojimi priateľmi po 18.00 hodine počas týždňa?

- Ani raz
- 1 večer
- 2 večere
- 3 večere
- 4 večere
- 5 večerov
- 6 večerov
- Každý večer

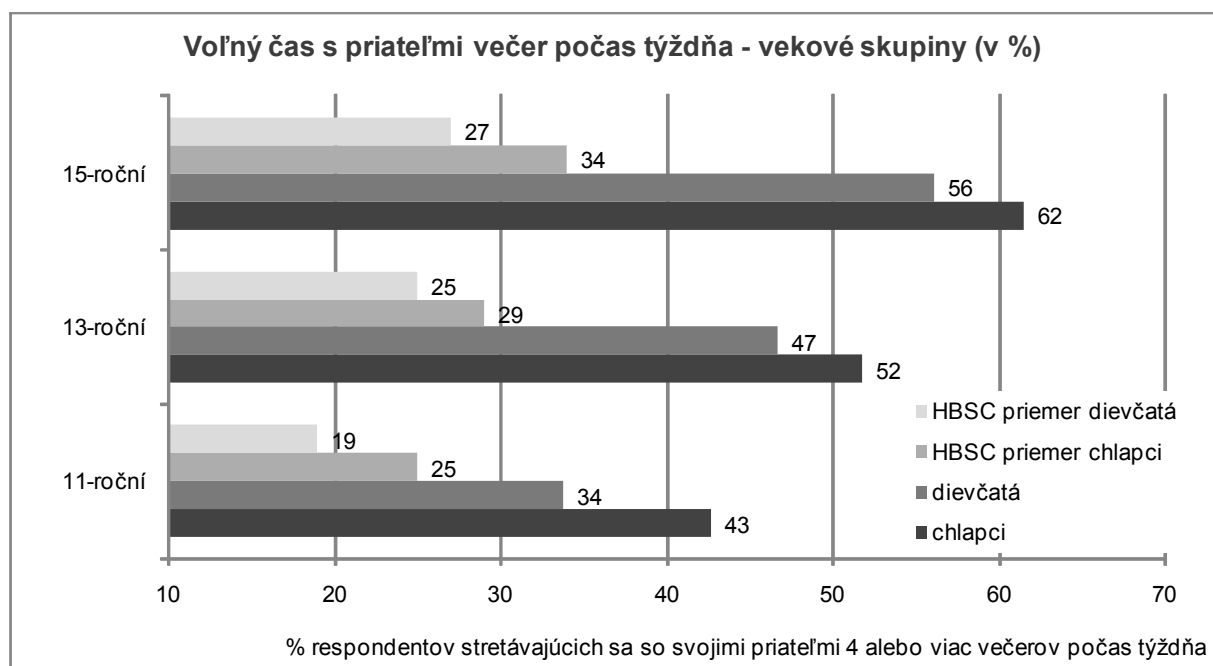
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa so svojimi priateľmi stretávajú 4 alebo viac večerov počas týždňa.

Výskyt: Takmer polovica školákov uviedla, že sa so svojimi priateľmi stretávajú 4 alebo viac večerov počas týždňa. Najnižší výskyt bol u 11-ročných dievčat (34%) a najvyšší u 15-ročných chlapcov (62%). Výskyt je vo všetkých vekových skupinách takmer 2-krát vyšší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Štatisticky významný rozdiel bol v skupine 11-ročných, s vyšším výskytom u chlapcov (OR/CI: 0,7/0,55-0,87).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť stretávania sa s priateľmi 4 alebo viac večerov počas týždňa bola vyššia u 15-ročných chlapcov v porovnaní s obidvomi nižšími vekovými skupinami chlapcov (OR/CI: 11vs15-roční: 0,5/0,37-0,59, 13vs15-roční: 0,7/0,53-0,86). Rovnaké rozdiely boli aj medzi vekovými skupinami u dievčat (OR/CI: 11vs15-ročné: 0,4/0,32-0,50, 13vs15-ročné: 0,7/0,55-0,85).

Obrázok č. 9



Kontakty s priateľmi cez elektronické médiá

Častý kontakt prostredníctvom elektronických médií vplýva negatívne na výkon v škole, plnenie domácich povinností (Wallace, 1999), spôsobuje svalovo-kostrové problémy (Alexander, Currie, 2004; Hakala et al, 2006), vedie k nadhmotnosti a obezite (Kautiainen et al, 2005) a paradoxne, spôsobuje aj samotu a sociálnu izoláciu (Kraut et al, 1998). Na druhej strane, ak ide o komunikáciu s blízkymi priateľmi, nie s neznámymi ľuďmi, využívanie elektronických médií vplýva na výkon v škole aj pozitívne (Subrahmanyam, Greenfield, Kraut, 2001) a zlepšuje sociálne vzťahy, (Gross, Juvonen, Gable, 2002).

Popis indikátora:

Ako často komunikuješ so svojimi priateľmi prostredníctvom telefónu, internetu, SMS-iek?

- Zriedka alebo nikdy
- 1 alebo 2 dni v týždni
- 3 alebo 4 dni v týždni
- 5 alebo 6 dní v týždni
- Denne

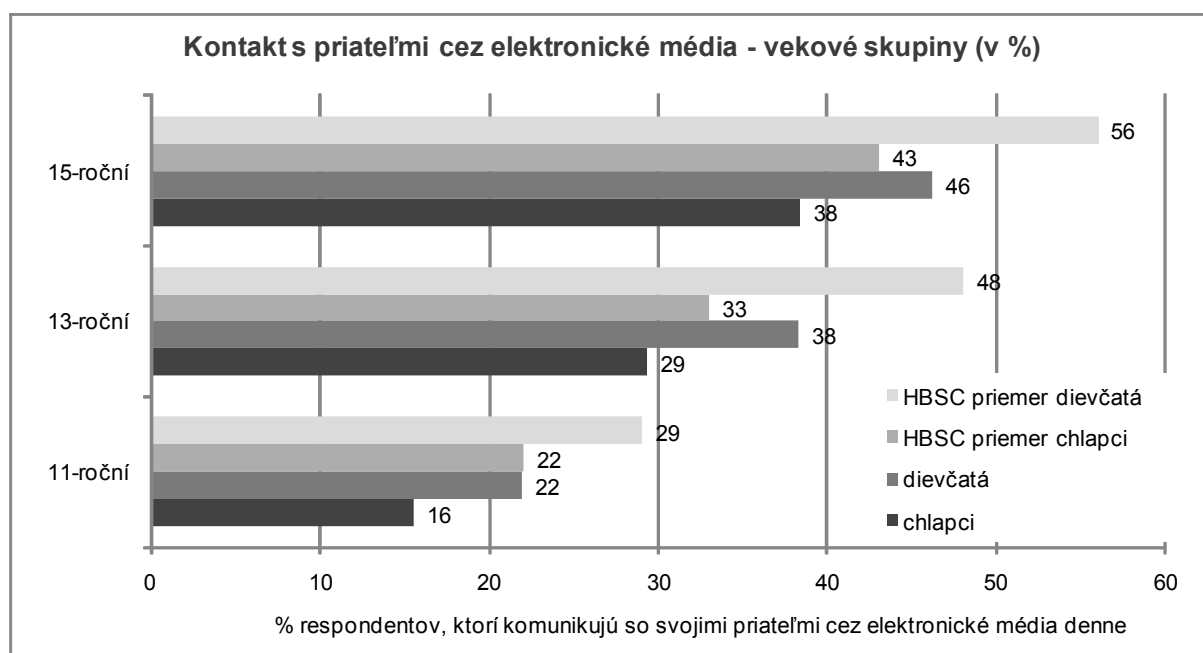
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že so svojimi priateľmi cez elektronické médiá komunikujú denne.

Výskyt: Približne tretina školákov uviedla, že so svojimi priateľmi komunikujú prostredníctvom elektronických médií denne. Najnižší výskyt bol u 11-ročných chlapcov (16%) a najvyšší u 15-ročných dievčat (46%). Výskyt je vo všetkých vekových skupinách nižší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť výskytu dennej komunikácie prostredníctvom elektronických médií bola vo všetkých troch vekových skupinách štatisticky významne vyššia u dievčat, v porovnaní s chlapcami (OR/CI: 11-roční: 1,5/1,14-2,05; 13-roční: 1,5/1,18-1,90, 15-roční: 1,4/1,09-1,73).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť dennej komunikácie prostredníctvom elektronických médií bola vyššia u 15-ročných školákov v porovnaní s obidvomi nižšími vekovými skupinami (OR/CI: 11vs15-roční chlapci: 0,3/0,22-0,39; 13vs15-roční: 0,7/0,52-0,85; 11vs15-ročné dievčatá: 0,3/0,26-0,42, 13vs15-ročné dievčatá: 0,7/0,58-0,90).

Obrázok č. 10



Postoj k škole

Positívny postoj k škole predstavuje ochranný faktor najmä vo vzťahu k rizikovému sexuálnemu správaniu (Dias, Matos, Goncalves, 2005), užívaniu návykových látok, predovšetkým fajčeniu (Samdal et al, 2000; Nutbeam et al, 1993; Rasmussen et al, 2005) a konzumácii alkoholu (Maes, Lievens, 2003). Adolescenti, ktorým sa v škole nepáči, dosahujú častejšie horšie výsledky, osvojujú si so zdravím súvisiace rizikové správanie, majú psychosomatické problémy a nižšiu kvalitu života (Samdal et al, 2000; Dias, Matos, Goncalves, 2005).

Popis indikátora:

Páči sa ti v škole v súčasnosti?

- Veľmi sa mi páči
- Páči sa mi
- Nepáči sa mi
- Vôbec sa mi nepáči

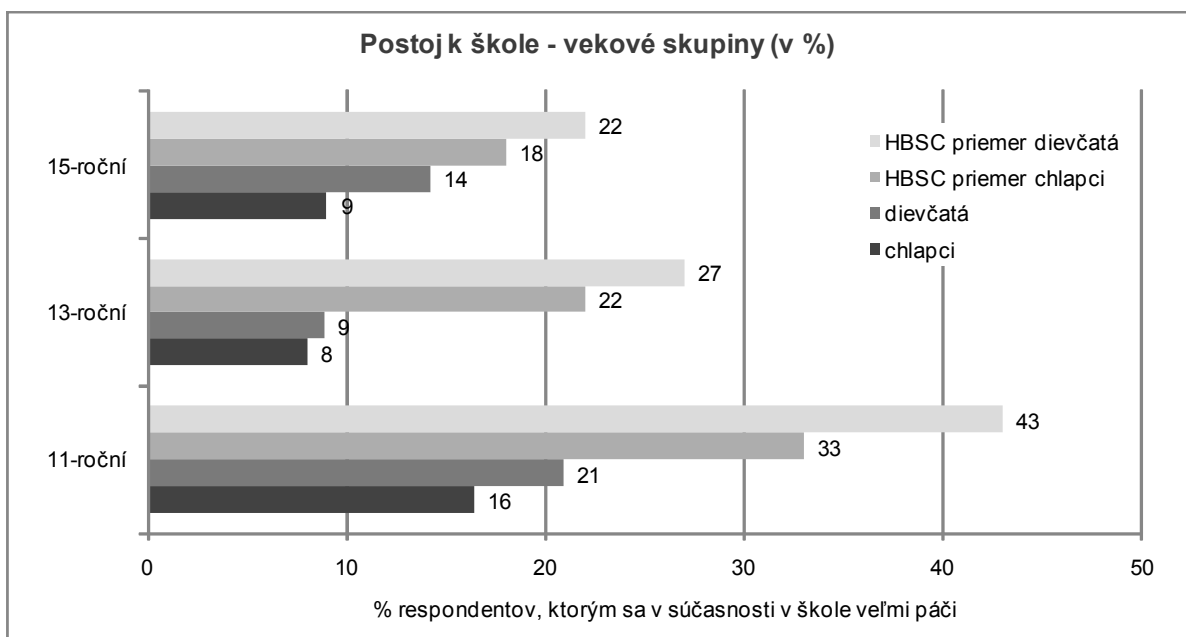
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že v súčasnosti sa im v škole veľmi páči.

Výskyt: Len 13% všetkých školákov uviedlo, že sa im v súčasnosti v škole veľmi páči. Najnižší výskyt bol u 13-ročných chlapcov (8%) a najvyšší u 11-ročných dievčat (21%). Výskyt je vo všetkých vekových skupinách 1,5- až 3-krát nižší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť výskytu odpovedí, že v súčasnosti sa respondentom v škole veľmi páči, bola štatisticky významne vyššia v skupine 11-ročných a 15-ročných dievčat, v porovnaní so skupinami chlapcov (OR/CI: 11-roční: 1,4/1,01-1,81; 15-roční: 1,7/1,17-2,41).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť výskytu odpovedí, že v súčasnosti sa respondentom v škole veľmi páči, bola vyššia u 11-ročných, v porovnaní s 15-ročnými školákmi (OR/CI: 11vs15-roční chlapci: 2,0/1,38-2,86, 11vs15-ročné dievčatá: 1,6/1,20-2,14), avšak v skupine 13-ročných dievčat bola pravdepodobnosť výskytu nižšia, v porovnaní s 15-ročnými dievčatami (OR/CI: 0,6/0,42-0,84).

Obrázok č. 11



Vnímaný školský výkon

Vnímaný školský výkon je významným prediktorom životných šancí v budúcnosti, ako je vzdelanie a pracovné príležitosti, ako aj prediktorom chorobnosti a predčasnej úmrtnosti dospelých. V období adolescencie sa vnímaný školský výkon javí v porovnaní s objektívnym hodnotením ako výraznejší prediktor zdravia a pohody (Suldo, Riley, Shaffer, 2006).

Popis indikátora:

Ako hodnotíš svoje schopnosti a výkony v škole v porovnaní s ostatnými spolužiakmi/čkami?

Plnenie mojich školských povinností je:

- Veľmi dobré
- Dobré
- Priemerné
- Podpriemerné

Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že ich školský výkon je veľmi dobrý alebo dobrý.

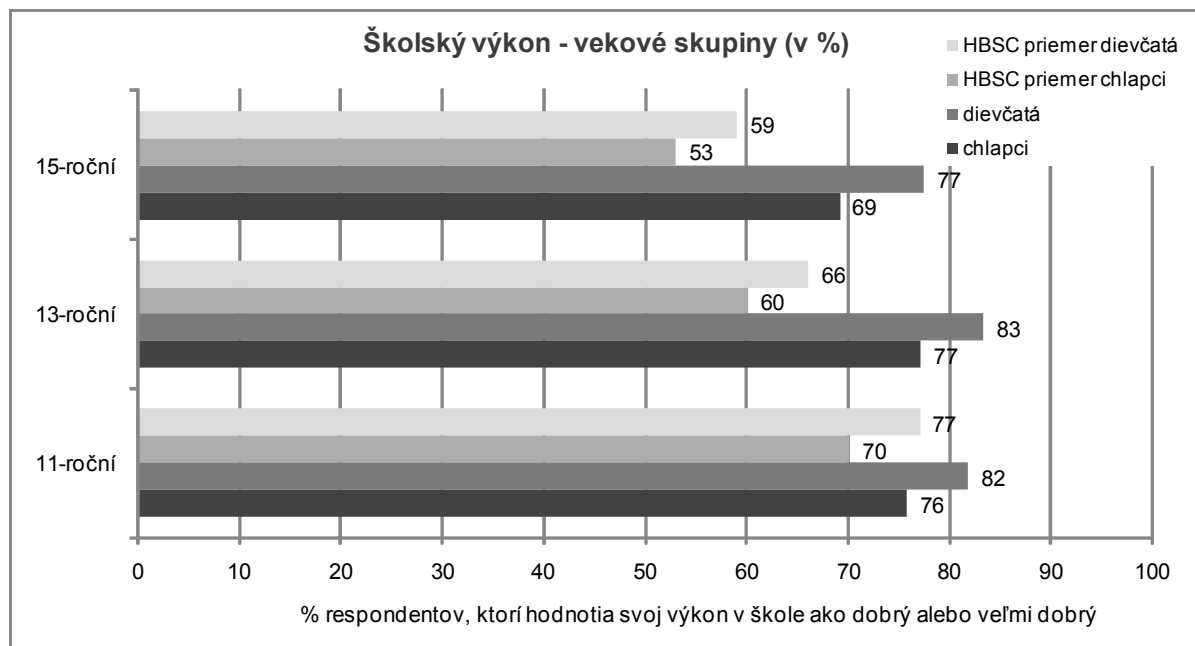
Výskyt:

Približne tri štvrtiny školákov hodnotilo svoj výkon v škole ako dobrý alebo veľmi dobrý. Najnižší výskyt bol u 15-ročných chlapcov (69%) a najvyšší u 13-ročných dievčat (83%). Výskyt je vo všetkých vekových skupinách asi 1-krát vyšší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť hodnotenia školského výkonu ako veľmi dobrý alebo dobrý bola vo všetkých troch vekových skupinách vyššia u dievčat, v porovnaní s chlapcami (OR/CI: 11-roční: 1,4/1,10-1,91; 13-roční: 1,5/1,12-1,95, 15-roční: 1,5/1,18-1,98).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť hodnotenia školského výkonu ako veľmi dobrý alebo dobrý bola vyššia u 11-ročných chlapcov, v porovnaní s 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 11vs15-roční chlapci: 1,4/1,07-1,80), ako aj u 13-ročných chlapcov a dievčat, v porovnaní s 15-ročnými školákmi rovnakého pohlavia (OR/CI: 13vs15-roční chlapci: 1,5/1,15-1,96; 13vs15-ročné dievčatá: 1,5/1,10-1,90).

Obrázok č. 12



Stres v škole

Pocit záťaže alebo stresu z práce v škole je analogickým komponentom ako napätie prežívané v pracovnom prostredí (Torsheim, Wold, 2001^a). Hoci so školou súvisiaci stres sa týka jednotlivých žiakov, zároveň predstavuje charakteristiku širšieho kontextu školy alebo triedy, a teda je spojený nielen s faktormi podmieňujúcim rozdiely medzi jednotlivcami, ale aj s faktormi na úrovni školy alebo triedy (Torsheim, Wold, 2001^b).

Popis indikátora:

Pociťuješ v škole napätie a stres?

- Nie
- Áno, ale len výnimočne
- Áno, ale len niekedy
- Áno, často

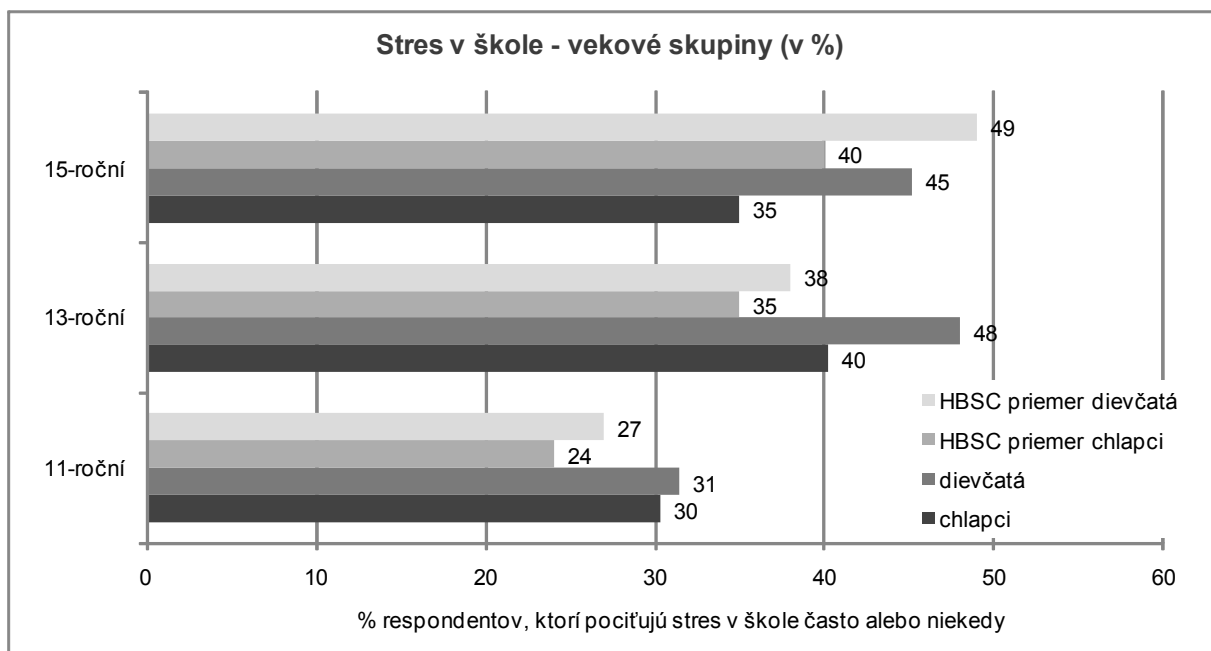
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že napätie a stres pociťujú v škole často alebo niekedy.

Výskyt: Takmer dve pätiny školákov uviedlo, že napätie a stres pociťujú v škole často alebo niekedy. Najnižší výskyt bol u 11-ročných chlapcov (30%) a najvyšší u 13-ročných dievčat (48%). Výskyt je vo všetkých vekových skupinách, okrem skupiny 15-ročných chlapcov, o niečo vyšší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť odpovedí školákov, že napätie a stres pociťujú v škole často alebo niekedy, bola vyššia u 13- a 15-ročných dievčat, v porovnaní s chlapcami (OR/CI: 13-roční: 1,4/1,10-1,72, 15-roční: 1,5/1,21-1,93).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť odpovedí školákov, že napätie a stres pociťujú v škole často alebo niekedy, bola vyššia v skupine 15-ročných dievčat, v porovnaní so skupinou 11-ročných dievčat (OR/CI: 11vs15-ročné dievčatá 0,6/0,44-0,70).

Obrázok č. 13



Vnímaná sociálna opora rovesníkov v triede

Vnímaná sociálna opora rovesníkov v triede predstavuje špecifický typ sociálnej opory (Torsheim, Wold, Samdal, 2000). Je dôležitá pre rozvoj vnímania vlastnej identity (Cauce et al, 1994) a jej miera je úzko prepojená s vnímaním školy, vrátane spokojnosti so školou (Samdal et al, 1998).

Popis indikátora:

Vyjadri svoj súhlas resp. nesúhlas s nasledujúcim tvrdením: Väčšina spolužiakov v mojej triede je milá a láskavá, ochotná pomôcť

- Úplne súhlasím
- Skôr súhlasím
- Neviem
- Skôr nesúhlasím
- Vôbec nesúhlasím

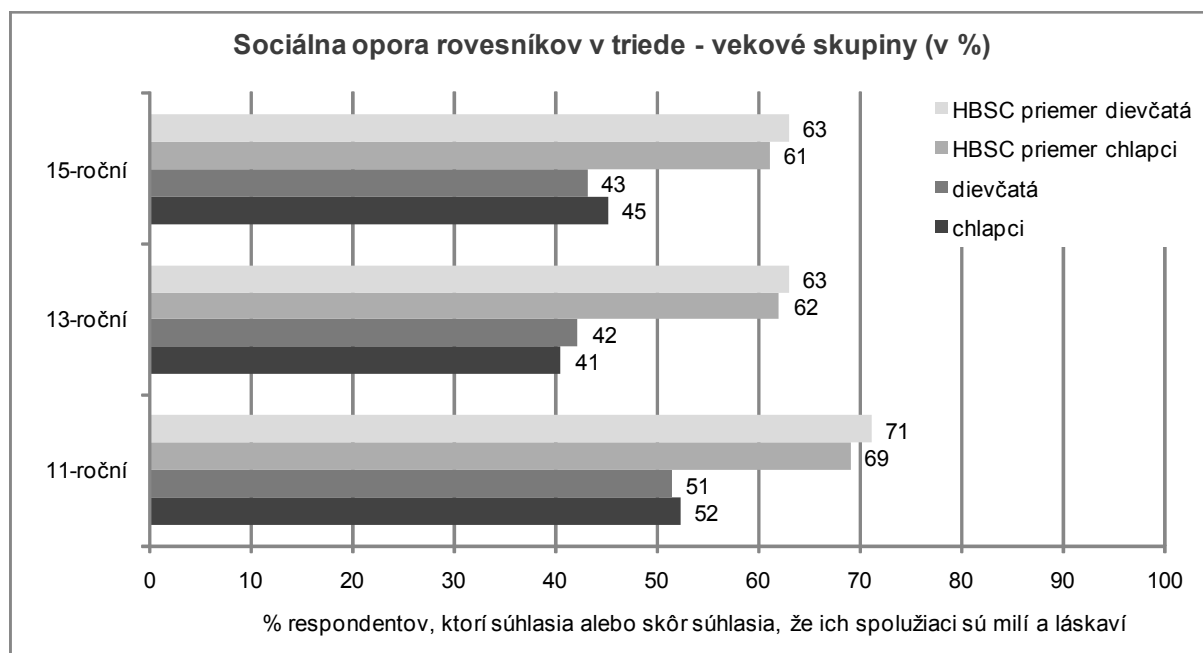
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že s tvrdením súhlasia alebo úplne súhlasia.

Výskyt: Takmer polovica všetkých školákov skôr súhlasila alebo úplne súhlasila s tvrdením, že väčšina spolužiakov v ich triede je milých a láskavých. Najnižší výskyt bol u 13-ročných (41%) a najvyšší u 11-ročných chlapcov (52%). Výskyt je vo všetkých vekových skupinách nižší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Rodové rozdiely: Štatisticky významné rozdiely neboli zistené ani v jednej vekovej skupine.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť výskytu súhlasných odpovedí školákov, že väčšina spolužiakov v ich triede je milých a láskavých, bola vyššia u 11-ročných v porovnaní s 15-ročnými školákmi (OR/CI: 11vs15 roční chlapci: 1,3/1,05-1,68, 11vs15 ročné dievčatá: 1,4/1,12-1,74).

Obrázok č. 14



Obet' šikanovania v škole

Mladí ľudia, ktorí sú obeťami opakovaného násillia, majú psychosomatické ťažkosti (Due et al, 2005), sú viac náchylní trpieť depresiou, úzkosťou a v krajných prípadoch ich to vedie k samovražde (Olweus, 1991; Pepler, Craig, 1995).

Popis indikátora:

Všeobecne sa násillie stotožňuje s fyzickým násillím. Násillím je však každá forma ubližovania, prejavy nadvlády, zneužívania moci, vyhrážania, fyzického, sexuálneho a psychického nátlaku. O šikanovaní hovoríme vtedy, ak jedno dieťa alebo skupina detí hovorí druhému dieťaťu alebo skupine detí hovorí druhému dieťaťu škaredé a nepríjemné veci, bije ho, kope ho, vyhráža sa mu, zamyká ho v miestnosti a pod. Toto sa môže často opakovať a šikanované dieťa sa veľmi ťažko samo bráni. Šikanovanie sú tiež opakované poznámky a posmešky o rodine. Za násillie a šikanovanie nepovažujeme občasnú bitku, hádku a posmievanie dvoch rovnako zdatných fyzických súperov.

Ako často si bol/bola v škole obeťou násillia počas tohto školského roka?

- Nebol som obeťou násillia počas tohto školského roka
- Stalo sa to 1- až 2-krát
- Stalo sa to 2- až 3-krát za mesiac
- Približne raz za týždeň
- Niekoľkokrát za týždeň

Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa stali obeťou násillia najmenej 2- až 3-krát za mesiac.

Výskyt:

Necelých 5% všetkých školákov (7% chlapcov a 3% dievčat) uviedlo, že bolo obeťou násillia najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka. Najnižší výskyt bol u 15-ročných dievčat (2%) a najvyšší u 11- a 13-ročných chlapcov (7%). Výskyt nebolo možné porovnať s priemernými hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie, nakoľko v národnom prieskume boli použité iné možnosti odpovedí.

Rodové rozdiely:

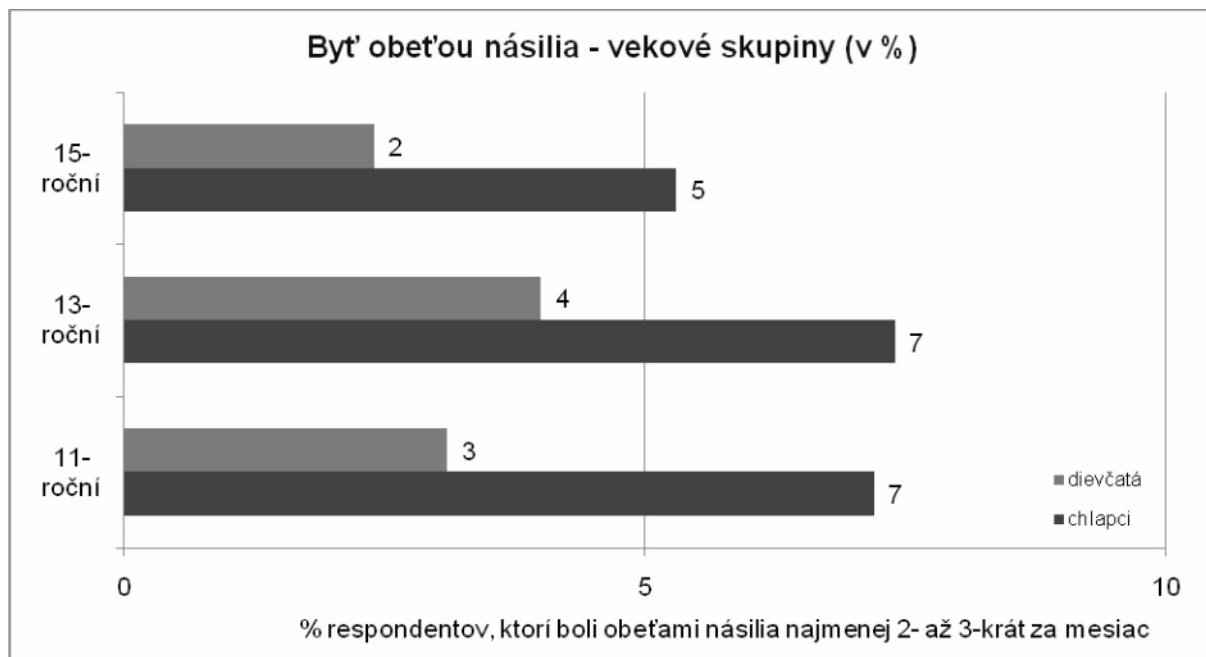
Štatisticky významné rozdiely boli zistené vo všetkých troch vekových skupinách, s vyšším výskytom u chlapcov.

Pravdepodobnosť, že respondenti boli obeťou násillia najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka, bola vo všetkých troch vekových skupinách vyššia u chlapcov, v porovnaní s dievčatami (OR/CI: 11-roční: 0,4/0,24-0,70; 13-roční: 0,5/0,32-0,86, 15-roční: 0,4/0,23-0,82).

Rozdiely medzi vekovými skupinami:

Štatisticky významné rozdiely neboli medzi vekovými skupinami ani u chlapcov ani u dievčat.

Obrázok č. 15



Účasť na šikanovaní v škole

U mladých ľudí, ktorí sú aktérmi opakovaného násillia, je vyššia pravdepodobnosť výskytu so zdravím súvisiaceho rizikového správania ako je fajčenie alebo nadmerné pitie (Nansel et al, 2001, 2004), narušenia spolupatričnosti k rodičom a k škole (Harel, 1999).

Popis indikátora:

Všeobecne sa násillie stotožňuje s fyzickým násillím. Násillím je však každá forma ubližovania, prejavy nadvlády, zneužívania moci, vyhrážania, fyzického, sexuálneho a psychického nátlaku. O šikanovaní hovoríme vtedy, ak jedno dieťa alebo skupina detí hovorí druhému dieťaťu škaredé a neprijemné veci, bije ho, kope ho, vyhráža sa mu, zamyká ho v miestnosti a pod. Toto sa môže často opakovať a šikanované dieťa sa veľmi ťažko samo bráni. Šikanovanie sú tiež opakované poznámky a posmešky o rodine. Za násillie a šikanovanie nepovažujeme občasnú bitku, hádku a posmievanie dvoch rovnako zdatných fyzických súperov.

Ako často si vyvíjal/a v škole násillie voči druhým osobám počas tohto školského roka?

Nestalo sa to

Celkovo sa to stalo iba 1- až 2-krát

2- až 3-krát za mesiac

Približne raz za týždeň

Niekoľkokrát za týždeň

Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že vyvíjali násillie voči druhým osobám najmenej 2- až 3-krát za mesiac.

Výskyt:

Takmer 10% všetkých školákov (14% chlapcov a 6% dievčat) uviedlo, že vyvíjalo násillie voči druhým osobám najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka. Najnižší výskyt bol u 11-ročných dievčat (4%) a najvyšší u 15-ročných chlapcov (17%).

Výskyt nebolo možné porovnať s priemernými hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie, nakoľko v národnom prieskume boli použité iné možnosti odpovedí.

Rodové rozdiely:

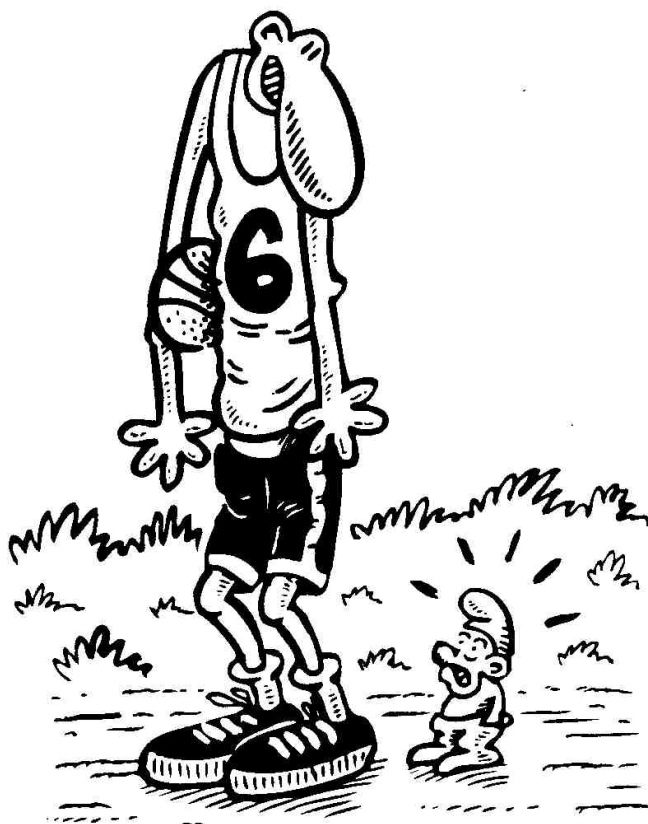
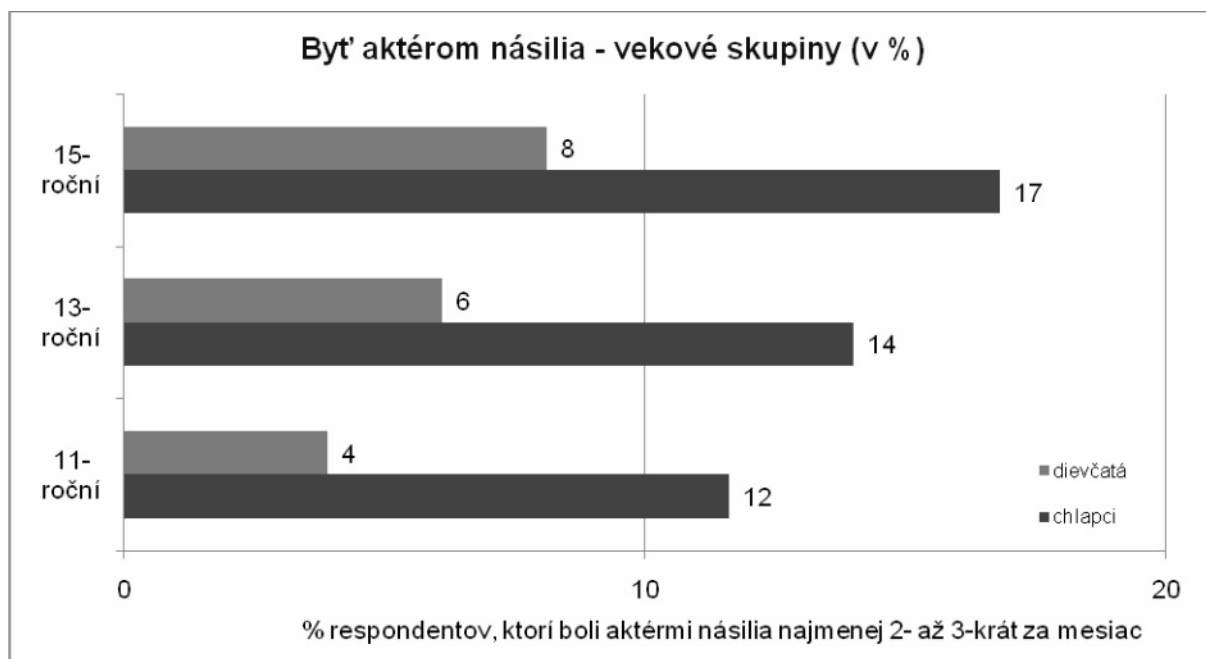
Štatisticky významné rozdiely boli vo všetkých troch vekových skupinách, s vyšším výskytom u chlapcov.

Pravdepodobnosť, že respondenti vyvíjali násillie voči druhým osobám najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka, bola vo všetkých troch vekových skupinách vyššia u chlapcov, v porovnaní s dievčatami (OR/CI: 11-roční: 0,3/0,19-0,50; 13-roční: 0,4/0,27-0,59, 15-roční: 0,4/0,30-0,63).

Rozdiely medzi vekovými skupinami:

Pravdepodobnosť, že respondenti vyvíjali násillie voči druhým osobám najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka, bola nižšia u 11-ročných chlapcov a dievčat, v porovnaní s 15-ročnými školákmi rovnakého pohlavia (OR/CI: chlapci: 0,6/0,46-0,91, dievčatá: 0,5/0,28-0,75).

Obrázok č. 16



So zdravím súvisiace správanie školákov (stravovanie, fyzická aktivita)

M. Bašková

Kľúčové zistenia

- Zistenia naznačujú tendenciu neraňajkovať u starších školákov, hlavne v prípade dievčat.
- Len tretina respondentov uviedla každodennú konzumáciu ovocia. Dievčatá častejšie udávali každodennú konzumáciu ovocia ako chlapci, pričom tento rozdiel bol štatisticky významný len vo vekovej skupine 15-ročných, kde bol rozdiel medzi pohlaviami v neprospech chlapcov o viac ako 10%.
- Viac ako tretina respondentov uviedla každodenné pitie sladených nápojov. Rozdiel medzi pohlaviami sa so zvyšujúcim vekom zväčšoval v dôsledku zvyšovania výskytu u chlapcov, pričom dosiahol štatistickú významnosť vo vekovej skupine 15-ročných.
- Viac ako polovica respondentov, s výnimkou 11-ročných chlapcov uviedla, že si umýva zuby aspoň dva krát denne, pričom u 15-ročných dievčat ich bolo viac ako tri štvrtiny.
- Výskyt nadhmotnosti a obezity u školákov na Slovensku nepresiahol 10%, pričom zistený výskyt predstavoval len asi polovicu priemeru HBSC.
- Percento respondentov, ktorí svoju postavu hodnotili ako tučnú, či príliš tučnú kolísalo od 9% (11-roční chlapci) po 17% (15-ročné dievčatá). Priemer HBSC bol približne dvojnásobne vyšší ako výsledky zistené na Slovensku
- Menej ako 10% chlapcov a menej ako 20% dievčat uviedlo nejaké aktivity na zníženie telesnej hmotnosti. Údaje zistené na Slovensku boli v rámci všetkých podskupín nižšie ako priemerné hodnoty HBSC.
- Počet respondentov, ktorí udávali každodennú telesnú aktivitu sa pohyboval medzi 51% (11- a 13-roční chlapci) a 29% (15-ročné dievčatá). V porovnaní s priemerom HBSC, bol výskyt na Slovensku výrazne vyšší u oboch pohlaví ako aj u všetkých troch vekových skupín.
- Viac ako tri štvrtiny respondentov uviedli sledovanie televízie dve a viac hodín denne počas pracovných dní. Zistenia na Slovensku prevyšujú o viac ako 10% priemerné hodnoty HBSC, čo platí pre obe pohlavia ako aj všetky tri vekové skupiny.

Celkové hodnotenie stravovania a fyzickej aktivity

Zrýchlený rast a sexuálne dozrievanie počas dospievania zvyšujú požiadavky na výživu. Periódy intenzívneho rastu vyžadujú zvýšený kalorický príjem, v dôsledku čoho sa u chlapcov (viac ako u dievčat) objavuje zvýšená chuť k jedlu. Pri posudzovaní kalorického príjmu je nutné zohľadňovať fyzickú aktivitu a pohlavie. Adekvátna výživa je významným predpokladom rastu dieťaťa v školskom a najmä v adolescentnom veku. Skladba jedál by mala zodpovedať základnej potravinovej pyramíde a mala by byť v súlade s odporúčanými výživovými dávkami pre príslušnú vekovú kategóriu a pohlavie. Najvhodnejšie je rozdeliť celodennú stravu do 5 energeticky primeraných jedál s približne 3-hodinovým odstupom.

Všeobecne možno povedať, že počet mladých ľudí, ktorí športujú, či už organizovane alebo rekreačne, je relatívne nízky. Žiaci, ktorí pravidelne fyzicky pracujú a trénujú, sú odolnejší, lepšie sa prispôbujú telesnej i duševnej námahe v škole a majú pevnejšie zdravie ako tí, ktorí žijú v pohybovej nečinnosti. Jednou z možných príčin fyzickej inaktivity je nadmerné sledovanie televízie a trávenie voľného času pri počítači



Raňajkovanie počas pracovných dní

Pravidelné raňajkovanie je významným momentom v zdravej výžive detí (Keski-Rahkonen a kol, 2004). Nepravidelné raňajkovanie má vplyv na kognitívne funkcie jednotlivca a ovplyvňuje schopnosť jeho učenia sa (Wesnes a kol. 2003). Nepravidelné raňajkovanie sa môže prejavovať vyššou únavou, nepozornosťou, bolesťami hlavy (Wesnes a kol. 2003). Niektoré štúdie (Hoglung a kol. 1998, Isralowitz & Trostler 1996, Baumert 1998) opisujú súvis medzi neraňajkovaním a niektorými inými zdraviu škodlivými formami správania, ako fajčenie, príjem alkoholu, užívanie drog a sedavý spôsob života. Vynechávajú raňajok spôsobuje častejšie využívanie tzv. rýchleho občerstvenia, ktoré vedie k zvyšovaniu telesnej hmotnosti, ale aj hladiny cholesterolu a tukov v krvi (Resnicow 1991), pričom vzniká u detí vysoké riziko vzniku obezity (Wolfe a kol. 1994, Nevoral 2003).

Popis indikátora:

Ako často zvyčajne raňajkuješ (minimálne 1 pohár mlieka alebo ovocnej šťavy)?

- nikdy neraňajkujem
- jeden deň v týždni
- dva dni v týždni
- tri dni v týždni
- štyri dni v týždni
- päť dní v týždni

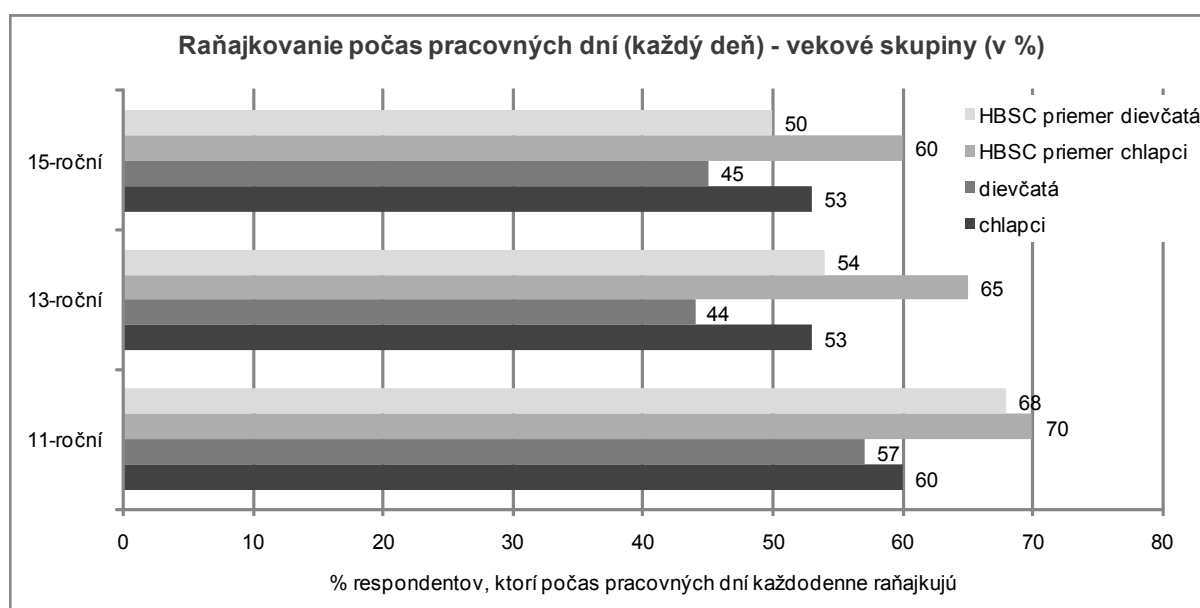
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že raňajkujú každý deň počas pracovných dní (pondelok až piatok)

Výskyt: Iba polovica školákov všetkých vekových skupín uviedla, že raňajkujú každý deň. Častejšie raňajkujú chlapci a s pribúdajúcim vekom sa percento znižuje. V porovnaní s priemernými hodnotami celého HBSC, na Slovensku zriedkavejšie raňajkujú chlapci ako aj dievčatá.

Rodové rozdiely: Dievčatá zriedkavejšie raňajkujú ako chlapci, pričom tento rozdiel je štatisticky významný vo vekových skupinách 13-ročných a 15-ročných (OR/CI: 13-roční: 0,7/0,58-0,89, 15-roční: 0,7/0,58-0,90).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Zistenia naznačujú tendenciu neraňajkovať u starších školákov, hlavne v prípade dievčat. Štatisticky významný je rozdiel medzi 11-ročnými a 15-ročnými (OR/CI: chlapci: 1,3/1,04-1,64; dievčatá: 1,6/1,30-2,00).

Obrázok č. 18



Konzumácia ovocia

Na základe odporúčania WHO sa za postačujúcu považuje denná konzumácia aspoň 2 – 3 porcií ovocia a zeleniny (Resolution WHA55.23, WHO, 2002). Viacerí odborníci na zdravú výživu sa zhodujú na názore konzumovať ovocie alebo zeleninu dokonca minimálne 5-krát denne (Green paper, Commission of the European Communities, 2005, Jurikova a kol. 2006). Ovocie sa vyznačuje vysokým obsahom vody vo viazanej forme, preto sa pomalšie vstrebáva, čím relatívne v menšej miere zaťažuje obličky a srdce. Okrem toho obsahuje vitamíny, minerálne látky a vlákniny. Ako významný zdroj antioxidantov pomáha v predchádzaní vzniku nádorových a kardiovaskulárnych ochorení (Van Duyn&Pivonka 2000, Jurikova a kol. 2006). Význam tejto zložky stravy podčiarkuje aj zistenie, že jednotlivci, ktorí počas detstva jedávali nedostatočné množstvo ovocia a zeleniny, boli v dospelosti vystavení vyššiemu riziku nádorových a kardiovaskulárnych chorôb (Van Duyn&Pivonka 2000).

Popis indikátora:

Ako často v týždni zvyčajne jedávaš ovocie?

- Nikdy
- Menej ako raz za týždeň
- Raz za týždeň
- 2-4 krát za týždeň
- 5- 6 krát za týždeň
- Každý deň, raz denne
- Každý deň viackrát za deň

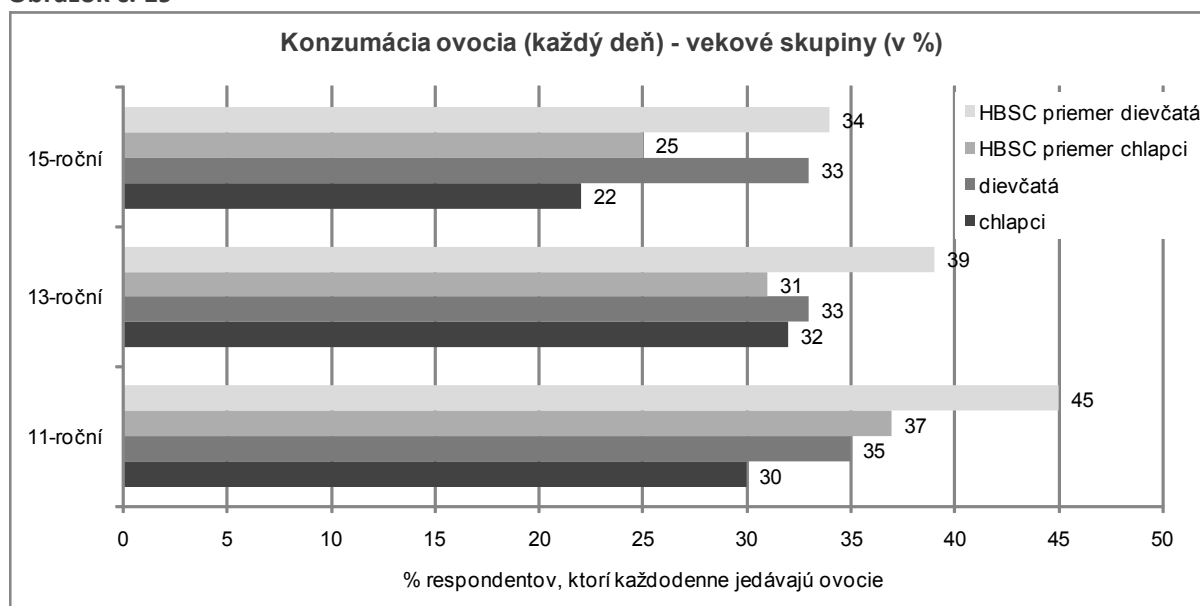
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že konzumujú ovocie denne raz alebo viackrát za deň.

Výskyt: Len približne tretina respondentov uviedla každodennú konzumáciu ovocia. Výsledky sa výraznejšie nelíšili od priemeru zisteného v HBSC s výnimkou vekovej skupiny 11-ročných, kde bol ich výskyt na Slovensku nižší ako v HBSC priemere .

Rodové rozdiely: Dievčatá častejšie udávali každodennú konzumáciu ovocia ako chlapci, pričom tento rozdiel bol štatisticky významný len vo vekovej skupine 15-ročných (OR/CI:1,8/1,38-2,30).

Rozdiely vo vekových skupinách: Kým v skupine dievčat sa vekové skupiny nelíšili v konzumácii ovocia, v skupine chlapcov mladšie vekové skupiny štatisticky významne častejšie udali každodennú konzumáciu ovocia v porovnaní so skupinou 15-ročných (OR/CI: 11vs15-roční: 1,6/1,20-2,03; 13vs15-roční: 12,14).

Obrázok č. 19



Konzumácia sladených nápojov

Pitie presladených nápojov sa podieľa na zvyšovaní výskytu nadhmotnosti a obezity u detí (St Onge a kol. 2003). V kombinácii so sladkými jedlami vedie k vyplaveniu inzulínu s následným rýchlym poklesom glykémie, čo sa môže prejavovať poruchou pozornosti a únavou (Mrdjenovic&Levitsky 2003, Frary a kol. 2004). Okrem toho, príjem presladených nápojov a iných cukrov spolu s nedostatočnou dentálnou hygienou vedie k zvýšenému riziku zubného kazu (Sheiham 2001, Touger-Decker&van Loveren 2003, Tahmassebi a kol. 2006).

Popis indikátora:

Ako často v týždni zvyčajne piješ kofeínové alebo iné sladené nápoje?

- Nikdy
- Menej ako raz za týždeň
- Raz za týždeň
- 2-4 krát za týždeň
- 5- 6 krát za týždeň
- Každý deň raz denne
- Každý deň viackrát za deň

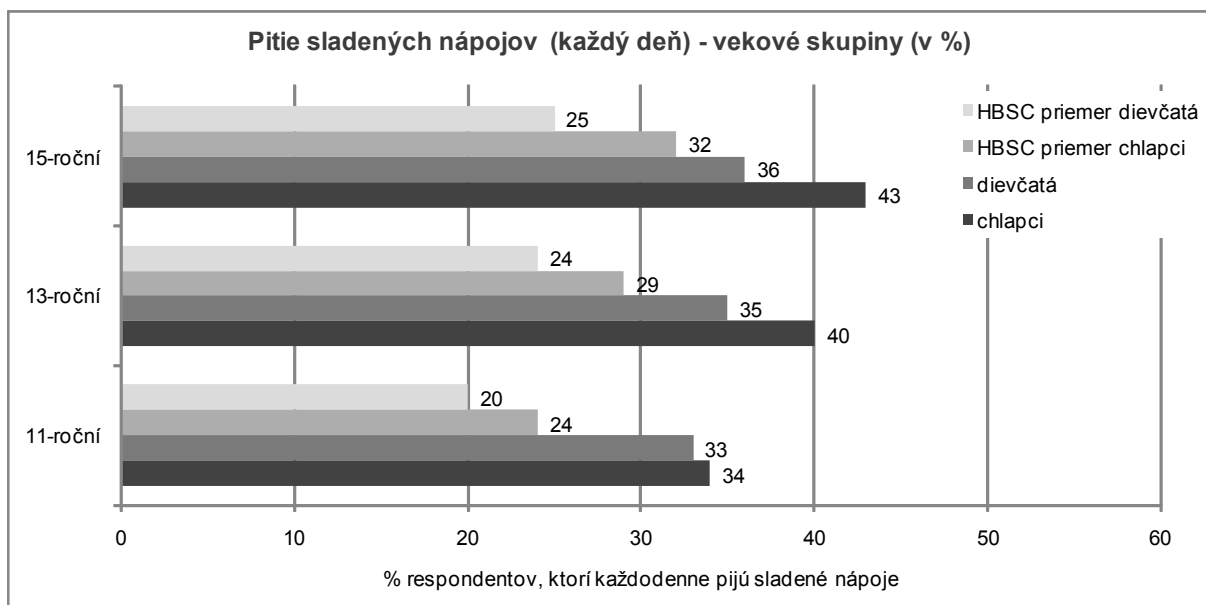
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí priznali každodennú konzumáciu sladených nápojov.

Výskyt: Viac ako tretina respondentov uviedla každodenné pitie sladených nápojov. V porovnaní s priemerom HBSC je výskyt na Slovensku výrazne vyšší (rozdiel viac ako 10%) vo všetkých rodových i vekových skupinách.

Rodové rozdiely: Rozdiel medzi dievčatami a chlapcami sa so zvyšujúcim vekom zväčšoval v dôsledku zvyšovania výskytu u chlapcov, pričom dosiahol štatistickú významnosť vo vekovej skupine 15-ročných (OR/CI:0,8/0,61-0,96).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Zatiaľ čo u dievčat boli rozdiely medzi vekovými skupinami len veľmi malé, u chlapcov došlo k postupnému, signifikantnému nárastu z 34% vo vekovej skupine 11-ročných na 43% vo vekovej skupine 15-ročných (OR/CI: 11vs15-roční chlapci:0,7/0,55-0,89).

Obrázok č. 20



Dentálne zdravie

Pravdepodobnosť vzniku zubného kazu a ochorenia závesného aparátu zubov je možné výraznou mierou znížiť správnou dentálnou hygienou a obmedzením frekvencie a množstva sladkých jedál (Löe 2000). Pozornosť by sa mala zamerať na správnu metódu umývania zubov a udržiavanie zdravých ďasien.

Vo všeobecnosti sa odporúča umývanie zubov aspoň dvakrát denne (Löe 2000). Čistý chrup bez zápachu je motivačným činiteľom pre pravidelné umývanie zubov a odráža sa tu aj sociálna úroveň prostredia, z ktorého dieťa vychádza (Macgregor 1997, McGrath&Bedi, 2005).

Priebežné výsledky zo štúdie HBSC poukazujú na to, že pravidelné umývanie zubov je častejšie medzi dievčatami a adolescentmi pochádzajúcimi z rodín s vyšším socio-ekonomickým statusom (Maes a kol. 2006).

Popis indikátora:

Ako často si zvyčajne čistíš zuby?

- Viac ako raz denne
- Raz denne, každý deň
- Raz denne, nie každý deň
- Menej ako raz za týždeň
- Nikdy

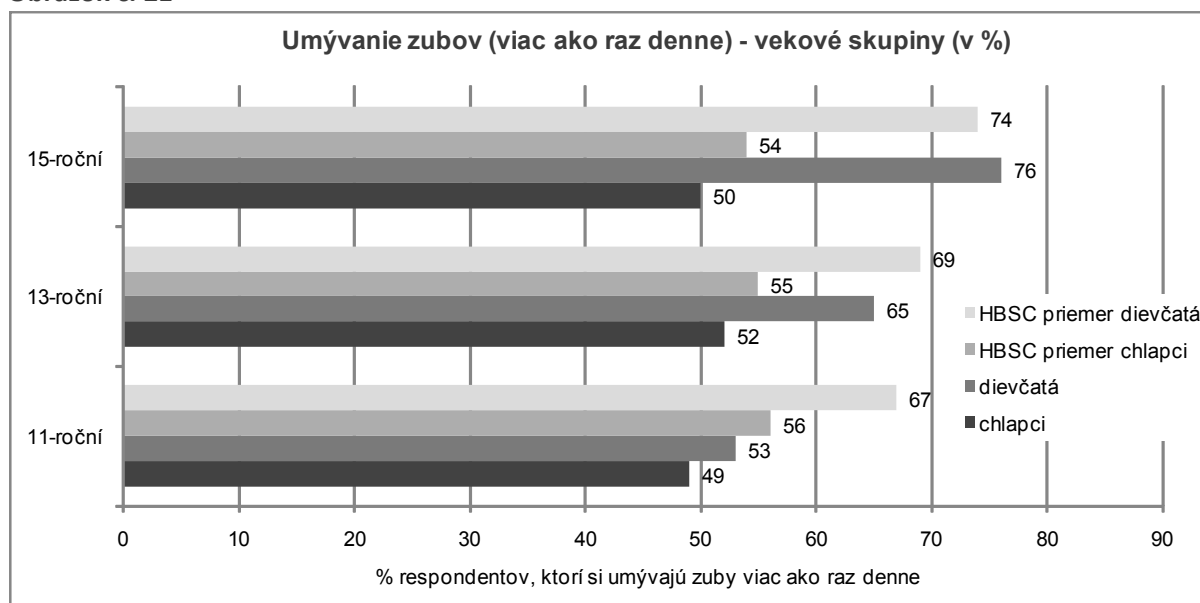
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že si umývajú zuby viac ako raz denne.

Výskyt: Viac ako polovica respondentov, s výnimkou 11-ročných chlapcov uviedla, že si umýva zuby aspoň dva krát denne, pričom u 15-ročných dievčat ich bolo viac ako tri štvrtiny. Od priemeru HBSC sa zistené výsledky odlišujú najmä vo vekovej skupine 11-ročných, keď na Slovensku je výskyt výrazne nižší.

Rodové rozdiely: Dievčatá udávajú každodenné umývanie zubov častejšie ako chlapci, pričom vo vekových skupinách 13- a 15-ročných bol rozdiel štatisticky významný (OR/CI: 13-roční: 1,7/1,35-2,11, 15-roční: 3,1/2,40-3,88).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Kým vekové skupiny chlapcov sa nelíšili vo výskyte tých, čo uviedli, že si denne umývajú zuby, v skupine dievčat bola starostlivosť o chrup štatisticky významne vyššia v skupine 15-ročných (OR/CI: 11vs15-ročné: 0,4/0,29-0,47, 13vs15-ročné: 0,6/0,47-0,75).

Obrázok č. 21



Nadhmotnosť a obezita

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie nadobudol výskyt nadhmotnosti a obezity detí vo vyspelých krajinách epidemické rozmery (WHO technical report series no. 894, 2004). Body Mass Index (BMI), ktorý sa počíta ako druhá mocnina telesnej hmotnosti v kilogramoch delená telesnou výškou v metroch, sa najčastejšie využíva ako ukazovateľ prítomnosti adipozity u detí a adolescentov. BMI priamo súvisí s množstvom tuku (Roche a kol. 1981), rizikovými faktormi kardiovaskulárnych chorôb (Katzmarzyk a kol. 2003), sociálnymi a psychickými problémami (Janssen a kol. 2004) a s celkovou kvalitou života (Williams a kol. 2005). Vysoké hodnoty BMI počas detstva a adolescencie súvisia so zvýšenou pravdepodobnosťou výskytu obezity počas dospelosti (Whitaker a kol. 1997, Guo 2004) a predčasnej úmrtnosti (Engeland 2003, Engeland 2004).

Na Slovensku sa využívajú národné štandardy BMI u detí a mládeže vo veku 7 – 18 rokov. Tieto sa interpretujú ako hraničné hodnoty nadhmotnosti a obezity. Hodnota BMI nad 90. percentilom znamená nadhmotnosť, hodnota nad 97. percentilom znamená obezitu. Optimálny stav je , ak sa hodnota BMI nachádza medzi 25. a 75. percentilom (Nováková&Hamade 2006).

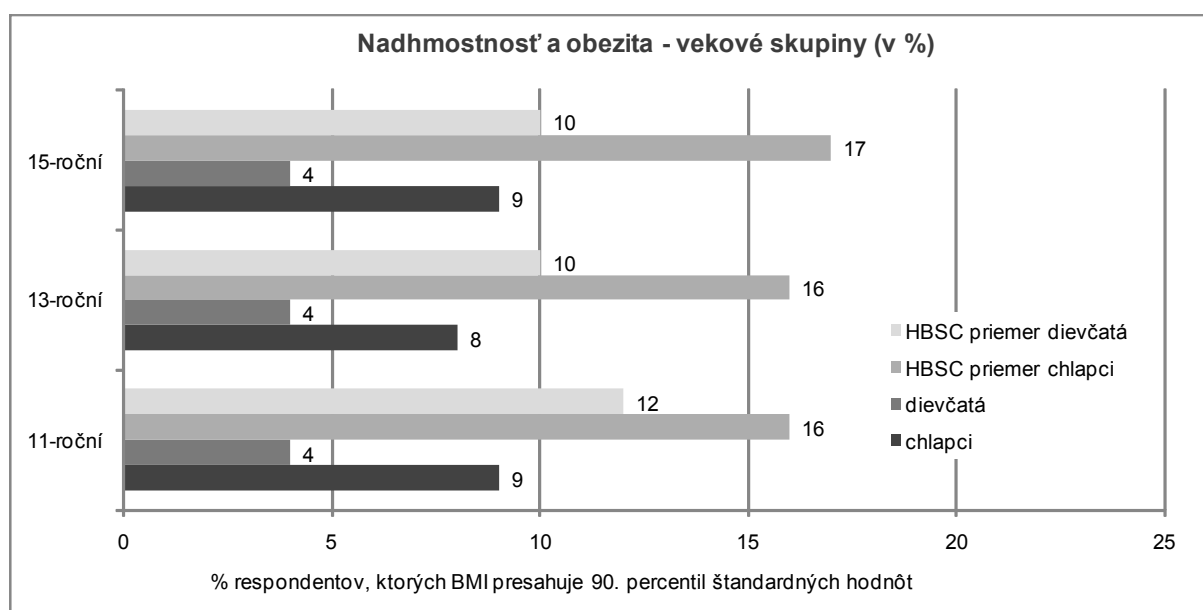
Popis indikátora: Respondenti uvádzali svoju telesnú hmotnosť a výšku a z týchto údajov bol vypočítaný body mass index (BMI) ako druhá mocnina telesnej hmotnosti v kilogramoch delená telesnou výškou v metroch. Za nadhmotnosť a obezitu sa považoval BMI, ktorý presahoval 90. percentil štandardných hodnôt slovenskej populácie pre danú vekovú skupinu (viď. príloha).

Výskyt: Výskyt nadhmotnosti a obezity u školákov na Slovensku nepresiahol 10%, pričom zistený výskyt predstavoval len asi polovicu priemeru HBSC.

Rodové rozdiely: Vo všetkých vekových skupinách chlapci vo výskyte nadhmotnosti a obezity výrazne – približne dvojnásobne – prevyšovali dievčatá: 11-roční (OR/CI: 2,5/1,54-4,10); 13-roční (OR/CI:2,4/1,45- 3,87) a 15-roční (OR/CI:2,0/1,26-3,31).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt v jednotlivých vekových skupinách bol približne rovnaký a rozdiely boli štatisticky nevýznamné.

Obrázok č. 22



Sebahodnotenie svojej postavy

Zvýšený výskyt nadhmotnosti a obezity u detí je vážnym celosvetovým verejnosozdrovničným problémom (WHO technical report series no. 894, 2004). Štíhlosť sa v spoločnosti pozitívne hodnotí, najmä u dievčat a žien a zvyšuje sa výskyt pocitu stigmatizácie v dôsledku zvýšenej telesnej hmotnosti (Latner&Stunkard 2003). U mladých ľudí dochádza počas dospievania k výrazným zmenám vo vzhľade tela. Sebahodnotenie postavy zohráva významnú úlohu v sebahodnotení, mentálnom zdraví a v psychickej pohode (Siegel a kol. 1999, Williams&Currie 2000, Ge 2001). Pubertálny vývoj často súvisí s horším sebahodnotením postavy u dievčat, pričom chlapci častejšie hodnotia svoju postavu pozitívne (Ge 2001, Németh a kol. 2002), čo sa prisudzuje rodovým sociokulturálnym očakávaniam. Sebahodnotenie tela často nesúvisí so skutočným stavom výživy (Strauss, 1999); v skutočnosti pocit nadmernej telesnej hmotnosti je najsilnejším prediktorom snáh o schudnutie, čo môže viesť k zdravotnému riziku v dôsledku nesprávnych zmien v stravovaní. Vysoká úroveň nespokojnosti s postavou často predchádza depresívnym náladám, psychosomatickým poruchám a škodlivým a nevhodným stravovacím návykom (Ge 2001, Stice a kol. 2000, Thompson&Chad 2002).

Popis indikátora:

Myslíš si, že tvoja postava je.....?

- Príliš štíhla
- Štíhla
- Normálna
- Tučná
- Príliš tučná

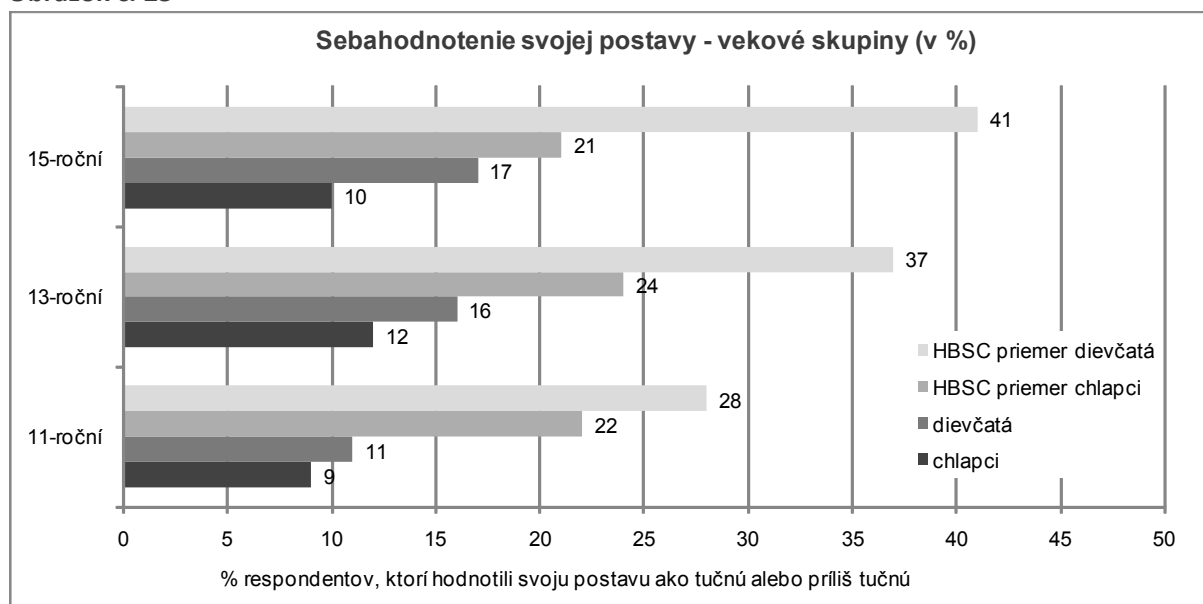
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoju postavu ako tučnú alebo príliš tučnú.

Výskyt: Percento respondentov, ktorí svoju postavu hodnotili ako tučnú, či príliš tučnú kolísalo od 9% (11-roční chlapci) po 17% (15-ročné dievčatá). Priemer HBSC bol približne dvojnásobne vyšší ako výsledky zistené na Slovensku.

Rodové rozdiely: Dievčatá sa častejšie ako chlapci vnímali ako tučné, pričom rozdiel bol signifikantný vo vekovej skupine 13-ročných (OR/CI: 1,4/ 1,02-1,94) a 15-ročných (OR/CI: 1,8/1,29-2,55).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený len pri porovnaní 11- a 15-ročných dievčat, pričom staršie dievčatá sa častejšie hodnotili ako tučné (OR/CI: 0,6/0,44-0,83).

Obrázok č. 23



Redukcia telesnej hmotnosti

S príchodom puberty a dospieváním dievčatá začínajú viac dbať o svoj zovňajšok a vzhľad. Menia svoje detské a pubertálne stravovacie návyky, pozornejšie sledujú svoju telesnú hmotnosť a organizujú svoje stravovanie (Field a kol. 2003, Ginter&Havelková 2004, Jakušová&Dostal 2006). U časti z nich sa však môže prejavíť úplne opačný trend k zmene smerom k neúmernej štíhlosti, chudej postave, a s tým spojenými problémami ako podráždenosť, problémy s koncentráciou, nespavosť, nepravidelnosti menštruačného cyklu, sexuálna nezrelosť, riziko rastovej retardácie a podvýživa (Pesa 1999). Extrémne redukcie hmotnosti sa spája so zníženým sebavedomím, depresiami, úzkosťou, poruchami stravovania a suicidálnymi sklonmi (Field a kol. 2003, Ge a kol. 2001, Edmunds&Hill 1999, Patton a kol. 1999, Thompson&Chad 2002, Ginter&Havelková 2004, Jakušová&Dostal 2006).

Popis indikátora:

Držíš v súčasnosti nejakú diétu alebo sa akýmkoľvek spôsobom snažíš schudnúť?

- Nie s mojou hmotnosťou som spokojný/á
- Nie, ale rád/a by som schudla/ a o pár kíl
- Nie, pretože chcem pribrať
- Áno

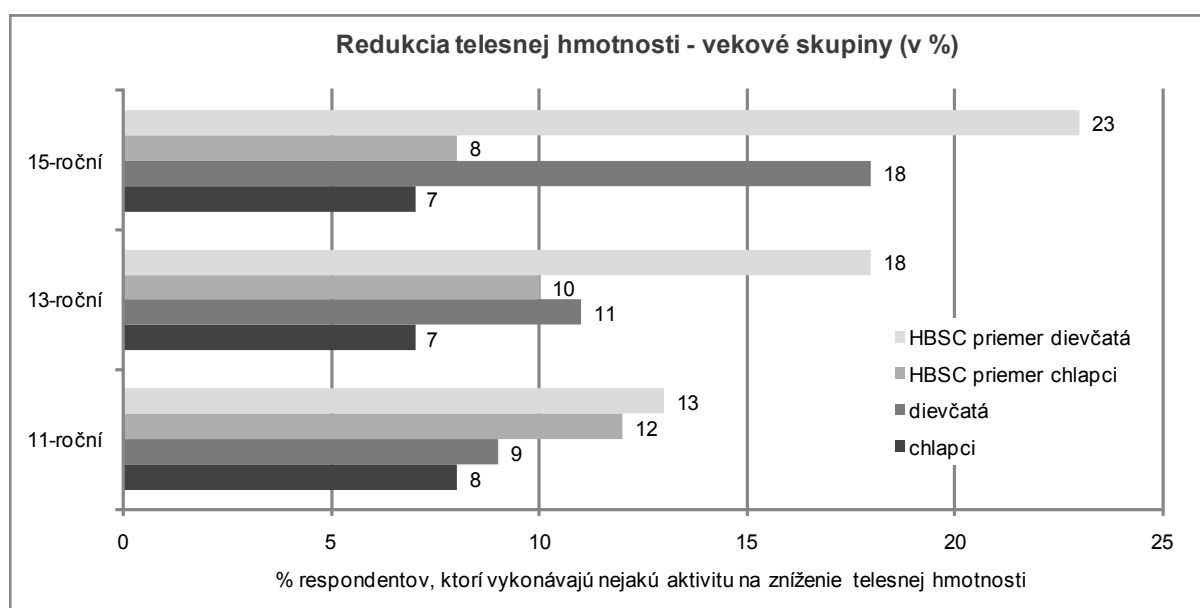
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí na otázku odpovedali „áno“, z čoho vyplýva, že vykonávajú nejakú aktivitu na zníženie telesnej hmotnosti.

Výskyt: Menej ako 10% chlapcov a menej ako 20% dievčat uviedlo nejaké aktivity na zníženie telesnej hmotnosti. Údaje zistené na Slovensku boli v rámci všetkých podskupín nižšie ako priemerné hodnoty HBSC.

Rodové rozdiely: Dievčatá sa častejšie ako chlapci snažili o redukciu hmotnosti. Tento rozdiel bol štatisticky významný vo vekovej skupine 13-ročných (OR/CI: 1,6/ 1,09-2,38), ale predovšetkým vo vekovej skupine 15-ročných (OR/CI: 2,8/ 1,94-4,05).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významné rozdiely medzi vekovými skupinami sa potvrdili iba v skupine dievčat (OR/CI: 11vs15-ročné: 0,4/0,30-0,59; 13vs15-ročné: 0,6/ 0,41-0,76). O redukciu sa častejšie snažili 15-ročné dievčatá.

Obrázok č. 24



Fyzická aktivita

Všeobecne možno povedať, že počet mladých ľudí, ktorí športujú, či už organizovane alebo rekreačne, je relatívne nízky. Na základných školách sa len malé percento žiakov venuje organizovanej športovej činnosti. Žiaci, ktorí pravidelne fyzicky pracujú a trénujú, sú odolnejší, lepšie sa prispôsobujú telesnej i duševnej námahe v škole a majú pevnejšie zdravie ako tí, ktorí žijú v pohybovej nečinnosti (Janssen a kol. 2004, Hallal a kol. 2006, Strong a kol. 2005, Parfitt&Eston 2005, Penedo&Dahn 2005, Nelson&Gordon-Larsen 2006). Primárnym mechanizmom vzniku nadhmotnosti a obezity je nerovnováha príjmu a výdaja energie. Zníženie telesnej aktivity a sedavý životný štýl tento problém ešte prehľbuje (Hallal a kol. 2006, Kelder a kol. 1994). Jednou z možných príčin fyzickej inaktivity je nadmerné sledovanie televízie a trávenie voľného času pri počítači (Nelson&Gordon-Larsen 2006).

Popis indikátora:

Fyzická aktivita je akákoľvek aktivita, pri ktorej sa zvýši srdcová frekvencia (počet tepov), niekedy sa zadýchaš a spotíš. Fyzická aktivita je napr. beh, rýchla chôdza, tancovanie, bicyklovanie, korčuľovanie, plávanie, lyžovanie, futbal, basketbal, volejbal a iné. Ako často si vykonal túto fyzickú aktivitu trvajúcu menej ako 60 minút denne počas uplynulých 7 dní?

- Ani raz
- 1 deň
- 2 dni
- 3 dni
- 4 dni
- 5 dní
- 6 dní
- Každý deň

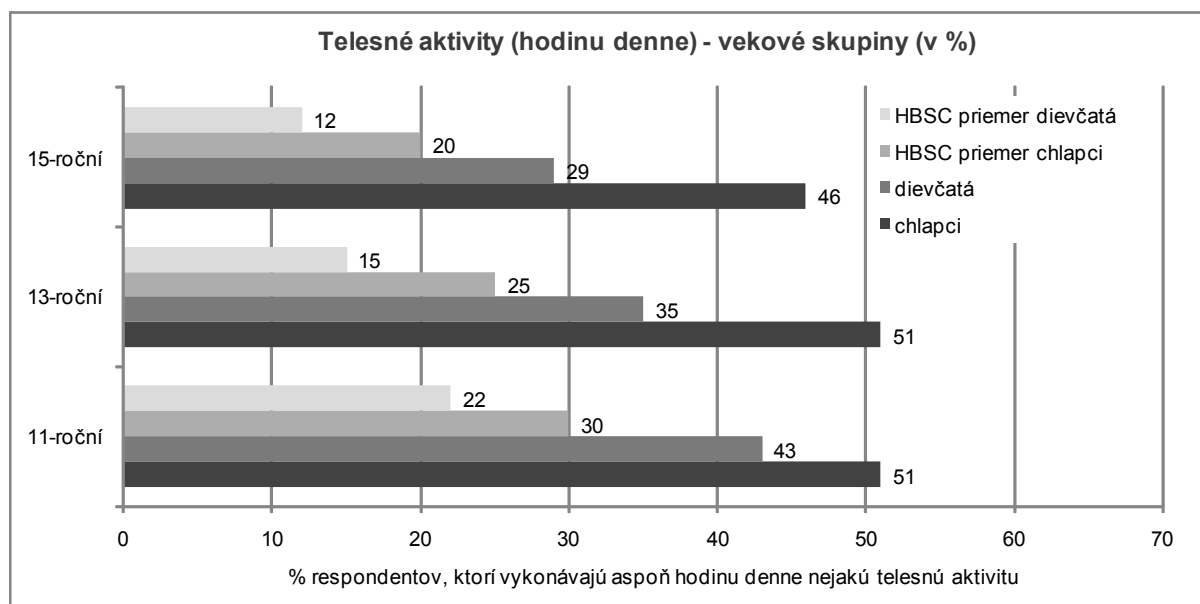
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí boli fyzicky aktívni každý deň.

Výskyt: Počet respondentov, ktorí udávali každodennú telesnú aktivitu sa pohyboval medzi 51% (11- a 13-roční chlapci) a 29% (15-ročné dievčatá). V porovnaní s priemerom HBSC, bol výskyt na Slovensku výrazne vyšší u oboch pohlaví ako aj u všetkých troch vekových skupín.

Rodové rozdiely: Chlapci dominovali nad dievčatami vo všetkých vekových skupinách (OR/CI: 11-roční: 0,7/0,56-0,88; 13-roční: 0,5/0,40-0,63; 15-roční: 0,5/0,36-0,59).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významné rozdiely medzi vekovými skupinami boli potvrdené iba v skupine dievčat (OR/CI: 11vs15-ročné: 1,8/1,43-2,26; 13vs15-ročné: 1,3/1,03-1,64). Mladšie dievčatá boli častejšie aktívne každý deň v porovnaní s 15-ročnými dievčatami.

Obrázok č. 25



Pasívne trávenie voľného času

Paneurópsky TV prieskum UPC (Paneurópsky TV prieskum UPC 2007) uvádza, že 37 % detí na Slovensku trávi pred televíznou obrazovkou v priemere 1,5 až 3 hodiny denne. Takmer 35% detí sleduje televíziu menej ako 1,5 hodinu denne, ale až 22% detí trávi pred televízorom viac ako 3 hodiny denne (Paneurópsky TV prieskum UPC 2007). WHO odporúča u detí maximálnu dobu sledovania televízie a DVD 1-2 hodiny denne (American Academy of Paediatrics 2001, Canadian Paediatric Society 2003, Európska stratégia pre zdravie a vývoj detí a adolescentov, WHO 2005). Sledovanie televízie sa dáva do súvislosti so šikanovaním (Kuntsche a kol. 2006), zvýšenou konzumáciou kalorických potravín (Dietz 2002), sladkosťami a sladených nápojov, ako aj so zníženým príjmom ovocia a zeleniny (Vereecken a kol. 2006).

Popis indikátora:

Koľko hodín denne vo svojom voľnom čase zvyčajne sleduješ televízne programy (vrátane videa a DVD filmov)

- Takmer nikdy
- Približne pol hodiny
- Približne 1 hodinu
- Približne 2 hodiny
- Približne 3 hodiny
- Približne 4 hodiny
- Približne 5 hodín
- Približne 6 hodín
- Približne 7 a viac hodín

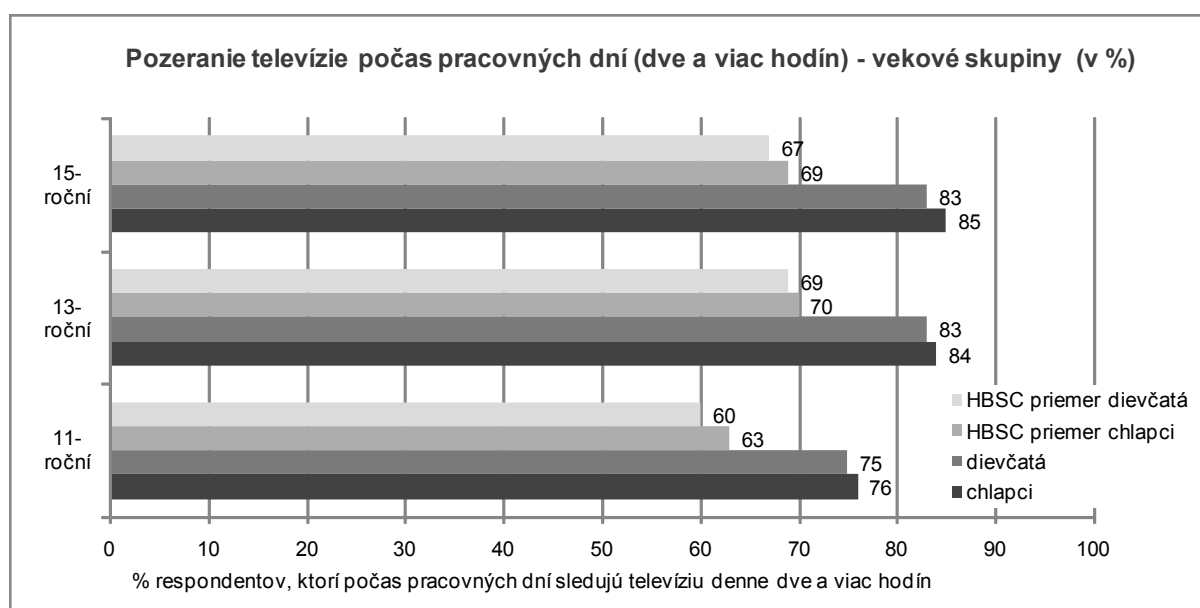
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že počas pracovných dní sledujú televíziu denne dve a viac hodín.

Výskyt: Viac ako tri štvrtiny respondentov uviedli sledovanie televízie dve a viac hodín denne počas pracovných dní. Zistenia na Slovensku prevyšujú o viac ako 10% priemerné hodnoty HBSC, čo platí pre obe pohlavia ako aj všetky tri vekové skupiny.

Rodové rozdiely: Nepotvrdili sa štatisticky významné rodové rozdiely v sledovanom indikátore.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: 15-roční chlapci i dievčatá štatisticky významne častejšie sledovali televíziu denne dva a viac hodín, v porovnaní so skupinou 11-ročných (OR/CI, 11vs15-roční chlapci: 0,6/0,41-0,73; 11vs15-ročné dievčatá: 0,6/ 0,46-0,77).

Obrázok č. 26



Rizikové správanie u školákov: fajčenie tabaku, konzumácia alkoholu a kanabisu, fyzické násilie

T. Baška, P. Kolarčík

Kľúčové zistenia

- Väčšina 15-ročných respondentov začala fajčiť vo veku 13 rokov a menej. Výskyt fajčenia aspoň raz za týždeň stúpal s vekom (2% chlapcov a 1% dievčat vo veku 11 rokov, 18% chlapcov a 15% dievčat vo veku 15 rokov)
- Pravidelné pitie alkoholu aspoň raz za týždeň uviedlo viac chlapcov ako dievčat, pričom výskyt stúpal s vekom (14% chlapcov a 10% dievčat vo veku 11 rokov, 33% chlapcov a 22% dievčat vo veku 15 rokov).
- 40% chlapcov a 31% dievčat vo veku 15 rokov uviedlo, že boli prvý raz opití vo veku 13 rokov a menej.
- 21% chlapcov a 15% dievčat vo veku 15 rokov už niekedy užívalo marihuanu
- Respondenti udávali vzájomné bitky aspoň 3 razy za posledný rok od 8% (15-ročné dievčatá) po 34% (11-roční chlapci), pričom boli častejšie u chlapcov a výskyt klesal s vekom.

Prvé skúsenosti s fajčením tabaku (iniciácia)

Užívanie tabaku, predovšetkým vo forme fajčenia cigariet patrí v súčasnosti k najrozšírenejším preventabilným príčinám chorobnosti a úmrtnosti. Podľa oficiálnych odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie na následky jeho užívania zomiera ročne 5,4 milióna ľudí, predovšetkým v dôsledku kardiovaskulárnych a nádorových ochorení (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008).

Slovensko patrí ku krajinám s pomerne vysokým výskytom fajčenia cigariet (The European Tobacco Control Report, 2007). Podľa aktuálneho odhadu u nás medzi dospelou populáciou fajčí 34,8% mužov a 15,5% žien. Tieto údaje odrážajú situáciu charakteristickú pre stredoeurópske a východoeurópske krajiny, kde v porovnaní so Západnou Európou a Severnou Amerikou jasnejšie dominuje fajčenie mužov (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008). K prvým skúsenostiam s fajčením cigariet dochádza spravidla v staršom školskom veku (Warren a kol., 2008). Hoci len časť z tých detí, ktoré experimentujú s cigaretami sa stanú neskôr pravidelnými fajčiarmi, vek je z tohto hľadiska významným faktorom: čím v nižšom veku dochádza k prvým skúsenostiam, tým je vyššia pravdepodobnosť dlhoročného fajčenia počas dospelosti (Khuder a kol., 1999), ako aj vyššej intenzity prejavujúcej sa počtom vyfajčených cigariet za deň (Lando a kol., 1999; Fernandez a kol., 1999). To má príslušné zdravotné dopady. Preto by preventívne opatrenia u školskej mládeže mali byť zamerané predovšetkým na zabránenie experimentovania s cigaretami, prípadne sa snažiť aspoň o jeho oddialenie, aby sa presunulo do vyšších vekových skupín.

Popis indikátora:

Kedy si po prvý raz vyfajčil/a cigaretu ?

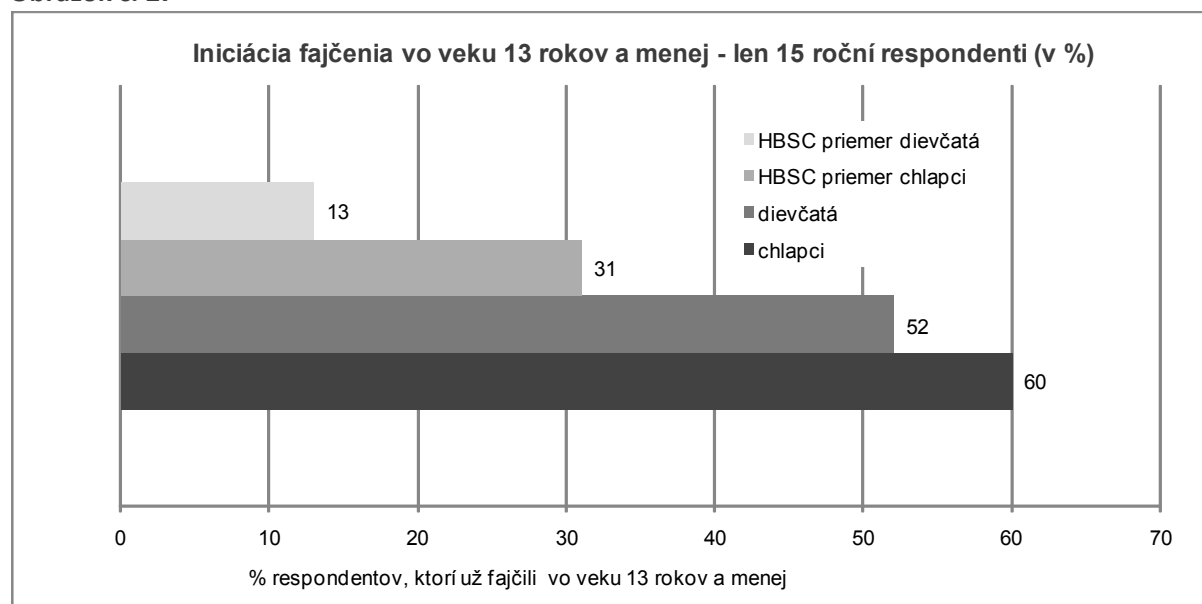
- nikdy
- v 11 rokoch a menej
- v 12 rokoch
- v 13 rokoch
- v 14 rokoch
- v 15 rokoch
- v 16 rokoch

Výskyt: Väčšina 15-ročných respondentov udávala prvé skúsenosti s fajčením vo veku 13 rokov a menej. Zistené údaje výrazne prevyšujú priemer v rámci HBSC, najmä u dievčat (52% vs. 13%).

Rodové rozdiely: Chlapci začínali fajčiť vo veku 13 rokov a menej častejšie ako dievčatá, pričom tento rozdiel dosahoval štatistickú významnosť (OR/CI: 1,43/1,13-1,82).

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí udávali prvé skúsenosti s fajčením vo veku 13 rokov a menej.

Obrázok č. 27



Fajčenie tabaku aspoň raz za týždeň

Pre vznik a vývoj fajčiarskeho návyku je rozhodujúci detský a adolescentný vek. Práve do tohto obdobia spadajú prvé skúsenosti s užívaním tabaku, vznik spoločenských a psychologických väzieb, na základe ktorých vzniká neskôr u veľkej časti fajčiarov závislosť na nikotíne (Jarvis 2004). Pokiaľ nezačne jednotlivec fajčiť počas adolescence, je veľmi malá pravdepodobnosť vzniku fajčiarskeho návyku (Ellickson a kol. 2001). Preto má z hľadiska prevencie mimoriadny význam sledovanie výskytu fajčiarskeho návyku a s ním súvisiacich faktorov u školskej mládeže. U fajčiarskeho návyku v adolescentnom veku dominujú najmä spoločenské a psychické aspekty (Jarvis, 2004). Dôležitým motívom je snaha o dosiahnutie pocitu dospelosti, presadenia svojej vôle, ako aj vzdorovanie daným normám. Intenzita fajčiarskeho návyku je spravidla nižšia ako u dospelých, každodenné pravidelné fajčenie je veľmi zriedkavé a prevládajú najmä príležitostní fajčiari (Hammond, 2005). Okrem priamych negatívnych zdravotných účinkov (Preventing tobacco use among young people, 1994) fajčenie adolescentov úzko súvisí aj s inými aspektmi rizikového správania sa (Ellickson a kol., 2001, Forrester a kol. 2007). Z nich má význam najmä pitie alkoholu, ale aj nezdravé stravovacie návyky, ako aj nedostatok telesného pohybu. Okrem toho, fajčenie cigariet zvyšuje pravdepodobnosť užívania nelegálnych drog, najmä kanabisu (marihuany) (Duncan a kol. 1998).

Popis indikátora:

Ako často v súčasnosti fajčíte tabakové výrobky ?

každý deň

viac ako raz za týždeň, ale nie každý deň

menej ako raz za týždeň

nefajčím

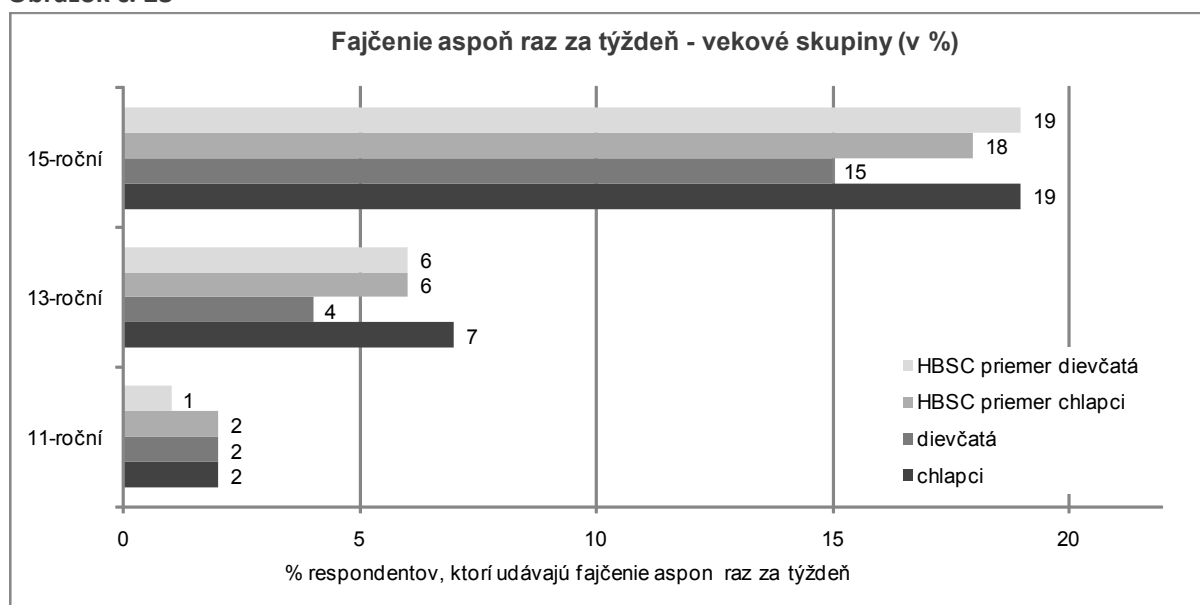
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí udávali fajčenie viac ako raz za týždeň.

Výskyt: Len menšia časť respondentov uviedla fajčenie tabaku raz za týždeň a častejšie. Výskyt kladných odpovedí bol v rozmedzí 1% (11-ročné dievčatá) až po 18% (15-roční chlapci). Zistenia zo Slovenska boli veľmi podobné priemeru HBSC.

Rodové rozdiely: Hoci výskyt u chlapcov mierne prevyšoval dievčatá, rozdiel ani v jednej vekovej skupine nedosiahol úroveň štatistickej významnosti.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt fajčenia aspoň raz za týždeň výrazne stúpil s vekom, pričom rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,07/0,04–0,14) i dievčatami (OR/CI: 0,08/0,04-0,15); ako aj medzi 13- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,31/0,29-0,51) i dievčatami (OR/CI: 0,25/0,17-0,38).

Obrázok č. 28



Pitie alkoholu aspoň raz za týždeň

Nadmerné užívanie alkoholu a s ním spojené zdravotné spoločenské dopady predstavujú významný verejno-zdravotnícky problém. V európskom regióne, najmä vo východnej Európe, je podľa oficiálnych údajov najvyššia spotreba alkoholu na svete (The European health report, 2005; Global Status Report on Alcohol, 2004). Na Slovensku v priemere každý obyvateľ vo veku 15 rokov a viac vypije ročne alkoholické nápoje zodpovedajúce 12,4 l čistého etanolu. K tomu treba prirátať približne 7 litrov etanolu zodpovedajúceho nápojom, ktoré nepodliehajú oficiálnej registrácii, t.j. najmä doma dorobeného vína a nelegálne pálených destilátov (Rehm a kol., 2003). Tým sa dostáva Slovensko medzi krajiny s najvyššou spotrebou alkoholu na svete. Tomu zodpovedajú aj zdravotné dopady: alkohol sa u nás podieľa 13.2% na predčasnej strate zdravia populácie a je príčinou 11.5% všetkých úmrtí (The European health report, 2005). V populácii adolescentov jeho priame zdravotné dopady spočívajú najmä vo zvýšenom riziku úrazov a iných vonkajších príčin poškodenia zdravia, prípadne úmrtí (Zatonski a kol., 2008). Skoré skúsenosti s pitím alkoholu zvyšujú pravdepodobnosť užívania nelegálnych drog ako aj problémové pitie a závislosť na alkohole v neskoršom veku (Chassin a kol., 2002; Patton a kol., 2007). Podobne je preukázaná jasná súvislosť medzi pitím alkoholu a rizikovým sexuálnym správaním (Alcohol use and sexual risk behaviour, 2005).

Z hľadiska konzumovaných druhov alkoholických nápojov u dospelaj populácie dominujú na Slovensku pivo a destiláty, pričom víno sa pije relatívne zriedkavejšie. U mladých ľudí zohrávajú osobitnú úlohu miešané alkoholické nápoje. Vzhľadom na svoju príjemnú chuť sú v tejto vekovej skupine atraktívne a často predstavujú vstupnú bránu pre užívanie iných druhov alkoholu (Global Status Report on Alcohol, 2004).

Popis indikátora:

Ako často v súčasnosti piješ akékoľvek alkoholické nápoje? V každom riadku označ jednu možnosť (každý riadok v rámci tejto otázky predstavoval druh alkoholického nápoja: pivo, víno, likéry, miešané alkoholické nápoje, destiláty, akékoľvek nápoje, ktoré obsahujú alkohol

- denne
- aspoň raz za týždeň
- aspoň raz za mesiac
- zriedkavo
- takmer nikdy
- v 15 rokoch
- v 16 rokoch

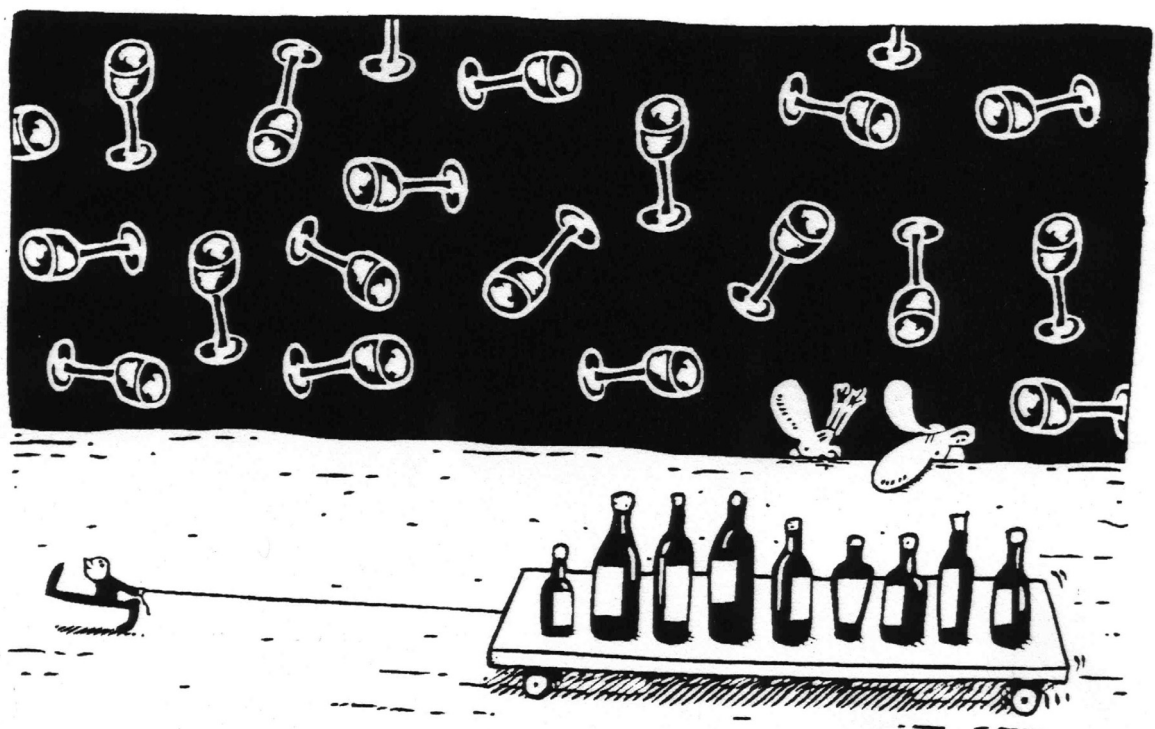
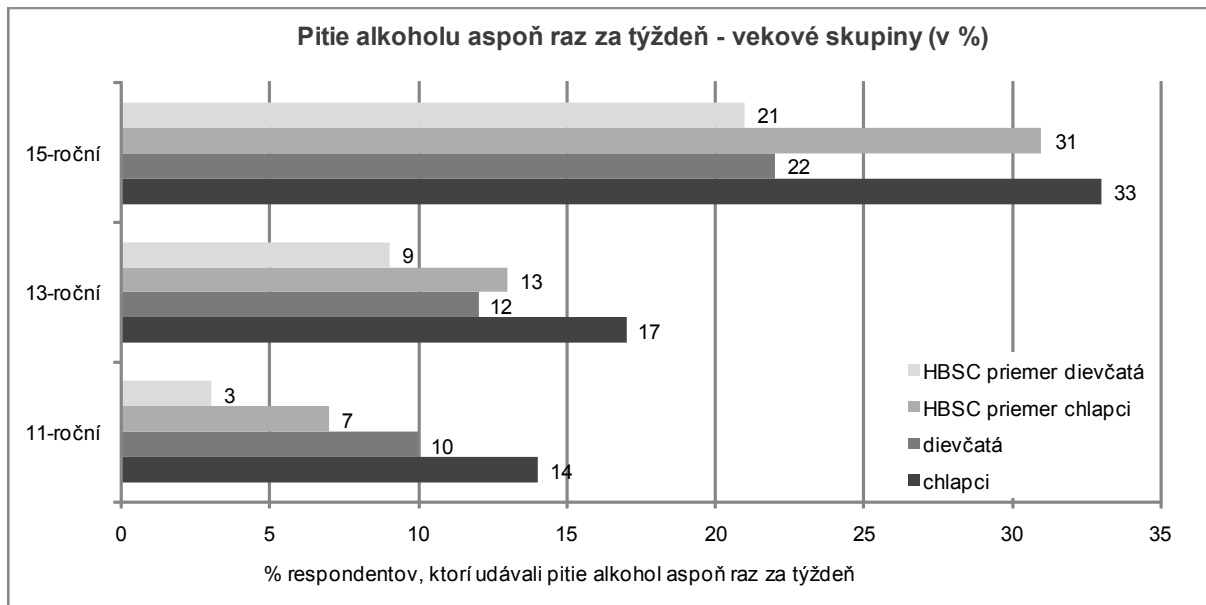
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli aspoň v jednom riadku možnosť „denne“ alebo „aspoň raz za týždeň“.

Výskyt: Menšia časť respondentov uviedla pitie alkoholu aspoň raz za týždeň. Najviac ich bolo spomedzi 15-ročných chlapcov (33%) a najmenej u 11-ročných dievčat (10%). Vo vekovej skupine 13- a 15-ročných výsledky približne zodpovedali priemeru HBSC. U 11-ročných respondentov údaje zo Slovenska nápadne prevyšovali priemer v rámci HBSC.

Rodové rozdiely: Vo všetkých vekových skupinách boli pozitívne odpovede častejšie u chlapcov v porovnaní s dievčatami: 11-roční (OR/CI: 1,61/1,10-2,35), 13 roční (OR/CI: 1,43/ 1,03-1,98), 15-roční (OR/CI: 1,84/1,43-2,37).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: So zvyšovaním veku narastá výskyt pitia alkoholu a to najmä po 13. roku života. Štatisticky významné boli rozdiely medzi 11- a 15-ročnými (OR/CI chlapci: 0,32/0,24-0,44, dievčatá: 0,37/0,26-0,52) ako i medzi 13- a 15-ročnými (OR/CI -chlapci: 0,38/0,29-0,51, dievčatá: 0,50/0,37-0,57).

Obrázok č. 29



Prvé skúsenosti s opitosťou

Konzumácia alkoholu vedúca k opitosti je ukazovateľom nebezpečného tzv. nárazového pitia. Opitie, čiže akútna intoxikácia alkoholom mení úsudok, rozhodovanie a vedie k rizikovému správaniu v zmysle zvýšenia pravdepodobnosti násilného správania, úrazov, uvoľnenému sexuálnemu správaniu ako aj somatickému poškodzovaniu organizmu (WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, 2007; Global Status Report on Alcohol, 2004). V tomto zmysle sú znepokojujúce epidemiologické údaje, na základe ktorých je možné v posledných rokoch pozorovať rastúci výskyt pitia adolescentov s cieľom opitia sa. Tento trend poukazuje okrem iného na zvyšujúcu sa spoločenskú toleranciu takýchto schém správania sa (Global Status Report on Alcohol, 2004).

Popis indikátora:

Kedy si bol/a opitý/á po prvý raz ?

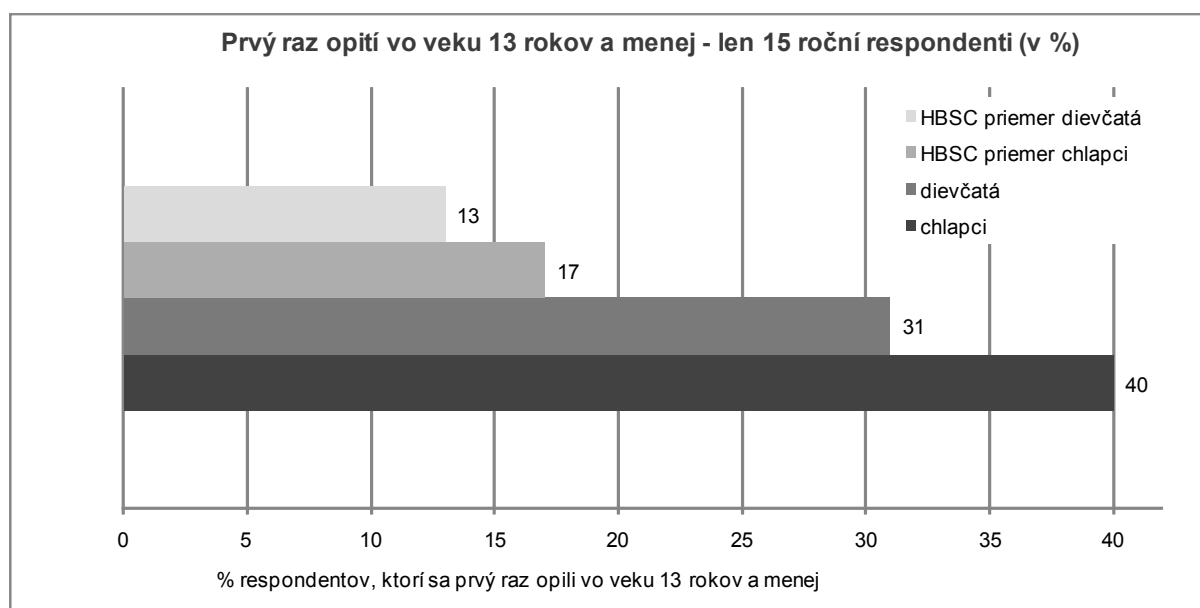
- nikdy
- v 11 rokoch a menej
- v 12 rokoch
- v 13 rokoch
- v 14 rokoch
- v 15 rokoch
- v 16 rokoch

Výskyt: Približne tretina respondentov uviedla, že boli opití prvý raz v živote vo veku 13 rokov a menej (40% chlapcov a 31% dievčat). Tieto výsledky viac ako dvojnásobne prekračujú priemer HBSC.

Rodové rozdiely: Chlapci o viac ako 10% dominovali nad dievčatami, pričom rozdiel bol štatisticky významný (OR/CI: 1,47/1,10-1,96).

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí udávali prvú opitnosť vo veku 13 rokov a skôr.

Obrázok č. 30



Opitosť (respondenti, ktorí boli už aspoň 2-krát opití)

Opakovaná konzumácia alkoholu vedúca k opitosti je ukazovateľom nebezpečného tzv. nárazového pitia. Čím častejšie dochádza k opitosti, tým je väčšie riziko poškodenia zdravia zapríčineného rizikovým správaním, t.j. najčastejšie úrazmi, ale aj sexuálne prenosnými ochoreniami, z nich najzávažnejší HIV/AIDS (WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, 2007; Global Status Report on Alcohol, 2004). Okrem toho, významná časť neželaných tehotenstiev v adolescentom veku nastáva práve v dôsledku sexuálnych kontaktov pod vplyvom opitosti (Bennett & Nassim, 2005).

Popis indikátora:

Bol si už niekedy opitý ?

nie, nikdy

áno, raz

áno, 2-3-krát

áno, 4-10-krát

áno, viac ako 10-krát

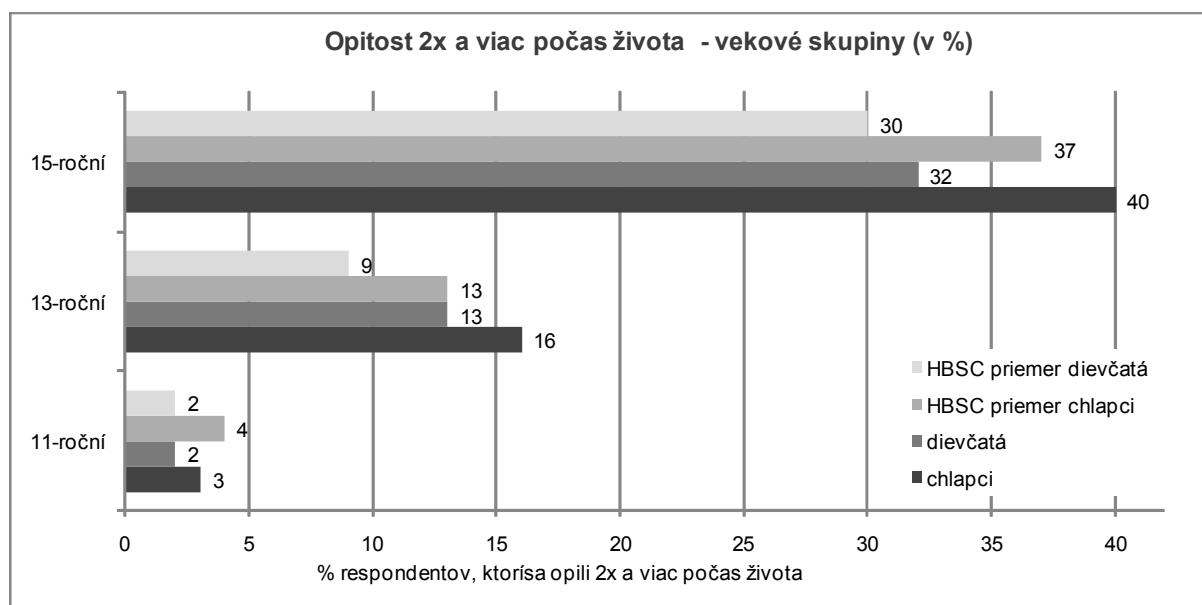
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí priznali, že sa opili aspoň 2-3 krát.

Výskyt: Prevalencia výskytu opitosti sa pohybovala v rozsahu 2% (11-ročné dievčatá) až 40% (15-roční chlapci). Zistenia zo Slovenska zodpovedajú priemeru HBSC.

Rodové rozdiely: Hoci chlapci prevažujú nad dievčatami vo všetkých vekových skupinách, rozdiel dosiahol štatistickú významnosť len u 15-ročných respondentov (OR/CI: 1,43/1,13-1,81)

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt opitosti stúpala výrazne s vekom a štatisticky významné rozdiely boli medzi 11- a 15-ročnými (OR/CI chlapci: 0,04/0,03-0,07; dievčatá: 0,04/0,02-0,07) ako aj 13- a 15-ročnými (OR/CI - chlapci: 0,28/0,21-0,38; dievčatá:0,31/0,24-0,41).

Obrázok č. 31



Skúsenosť s užívaním kanabisu (marihuany)

Užívanie kanabisu, najčastejšie vo forme fajčenia marihuany, predstavuje najrozšírenejší druh nelegálnej drogy. Na Slovensku tvorí asi polovicu všetkých priznaných prípadov užívania nelegálnych drog (Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku, 2008). Výskyt skúseností s užívaním marihuany možno považovať za ukazovateľ informujúci o celkovej spoločenskej situácii v oblasti nelegálnych drog a ich rozšírenosti. Hoci ojedinelé užitie marihuany nemusí zapríčiniť poškodenie organizmu, jej pravidelné užívanie je spojené s mnohými zdravotnými následkami (Ramström, 2004). Okrem toho, užívanie kanabisu predstavuje u adolescentov bránu k užívaniu iných drog, čo tiež predstavuje vážny verejno-zdravotnícky problém.

Popis indikátora:

Máš skúsenosti s užívaním marihuany počas uplynulých 12 mesiacov ?

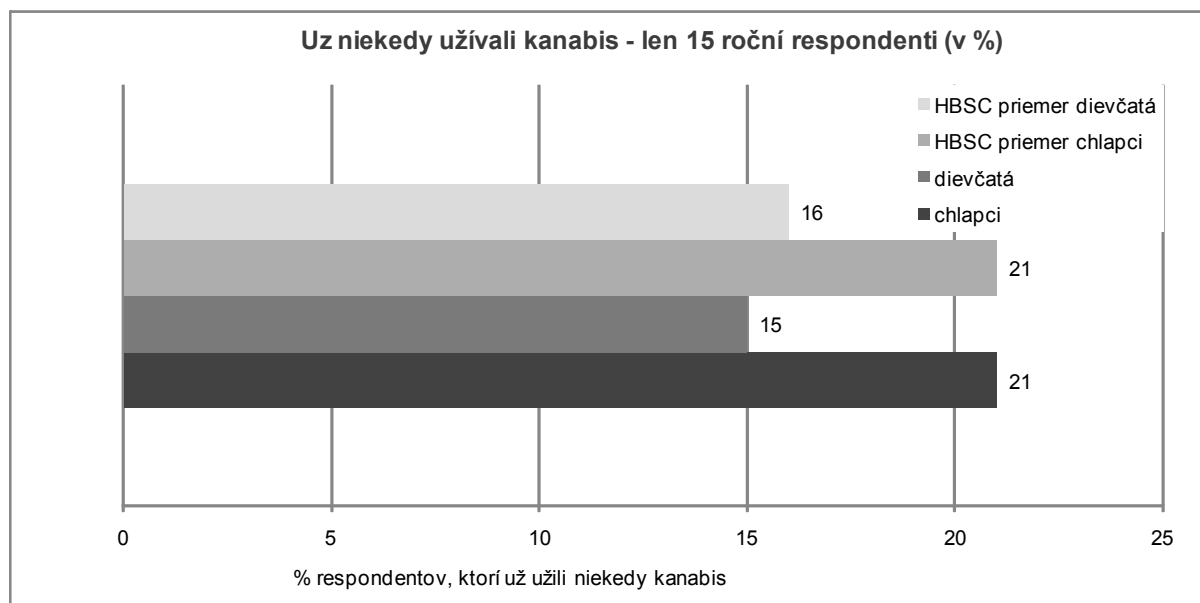
- nikdy
- 1-2-krát
- 3-5-krát
- 6-9-krát
- 10-19-krát
- 20-39-krát
- 40-krát a viac

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli ktorúkoľvek s možných odpovedí s výnimkou „nikdy“.

Výskyt: Menej ako štvrtina 15-ročných respondentov (21% chlapcov a 15% dievčat) uviedla užívanie marihuany niekedy v živote. Výsledky sa prakticky zhodujú s priemerom HBSC

Rodové rozdiely: Chlapci udávali štatisticky častejšie skúsenosť s užívaním marihuany (OR/CI: 1,60/1,19-2,15).

Obrázok č. 32



Súčasnú užívanie kanabisu (marihuany)

Hoci sa užívanie kanabisu (marihuany), ako najčastejšej nelegálnej drogy (Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku, 2008) často považuje za relatívne bezpečné, asi u 10% užívateľov vzniká somatická závislosť, ktorá sa prejavuje nutkavým pocitom potreby drogy a abstinennými príznakmi po jej vysadení. Pravidelné užívanie marihuany môže spustiť prejavy viacerých psychických ochorení. U užívateľov sú častejšie prítomné depresie, oslabené kognitívne funkcie a narušený sociálny vývin. Fajčenie marihuany zanecháva okrem toho dlhodobé následky na dýchacích orgánoch. Vzhľadom na veľmi vysoký obsah dechtov v dyme sa predpokladá ešte výraznejší karcinogénny účinok ako u tabakových cigariet. Avšak, zatiaľ existuje len málo epidemiologických štúdií, ktoré by presne stanovili mieru tohto rizika (Ramström, 2004).

Užívanie kanabisu tiež predstavuje u adolescentov bránu k užívaniu iných nelegálnych drog a má súvis s ich celkovým rizikovým správaním (Ramström, 2004).

Popis indikátora:

Máš skúsenosti s užívaním marihuany počas uplynulých 30 dní?

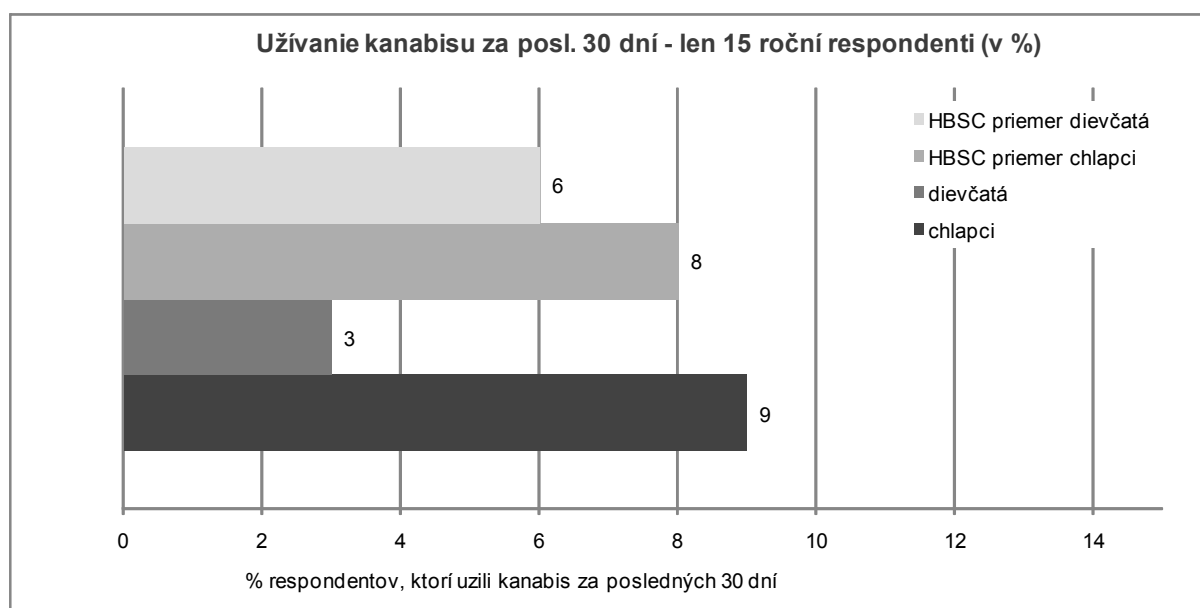
- nikdy
- 1-2-krát
- 3-5-krát
- 6-9-krát
- 10-19-krát
- 20-39-krát
- 40-krát a viac

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli ktorúkoľvek z možných odpovedí s výnimkou „nikdy“.

Výskyt: Až 9% respondentov uviedlo užívanie kanabisu za posledných 30 dní. V porovnaní s priemerom HBSC, na Slovensku je o polovicu nižší výskyt pozitívnych odpovedí u dievčat (3% vs. 6%)

Rodové rozdiely: Užívanie kanabisu na Slovensku bolo častejšie u chlapcov, pričom rozdiel bol štatisticky významný (OR/CI: 4,02/2,23-7,25).

Obrázok č. 33



Fyzické násilie

Násilné správanie a sklony k nemu predstavujú významný problém súvisiaci s psychosociálnym vývojom u detí a adolescentov (Krug a kol., 2002). Bitky ako prejav násilia sú častou manifestáciou agresivity v medziľudských vzťahoch (Nansel a kol., 2003).

Fyzické násilie súvisí so zvýšeným rizikom úrazov, často vyžadujúcich lekárske ošetrovanie a hospitalizáciu (Molcho a kol., 2004). Jeho výskyt tiež súvisí s užívaním drog (Kuntche & Gmel, 2004), patologickými vzťahmi v rodine, ako aj zlým prospechom v škole (Laufer & Harel, 2003). Z tohto dôvodu sa zvýšený výskyt bitiek u detí a adolescentov považuje za významný ukazovateľ naznačujúci rizikové správanie jednotlivca (Sosin a kol., 1995).

Popis indikátora:

Ako často si sa bil/a, zápasil/a resp. teba bili a zápasili s tebou počas uplynulých 12 mesiacov?

- počas uplynulých 12 mesiacov som nebol/a účastníkom bitky raz
- 2-krát
- 3-krát
- 4-krát a viac

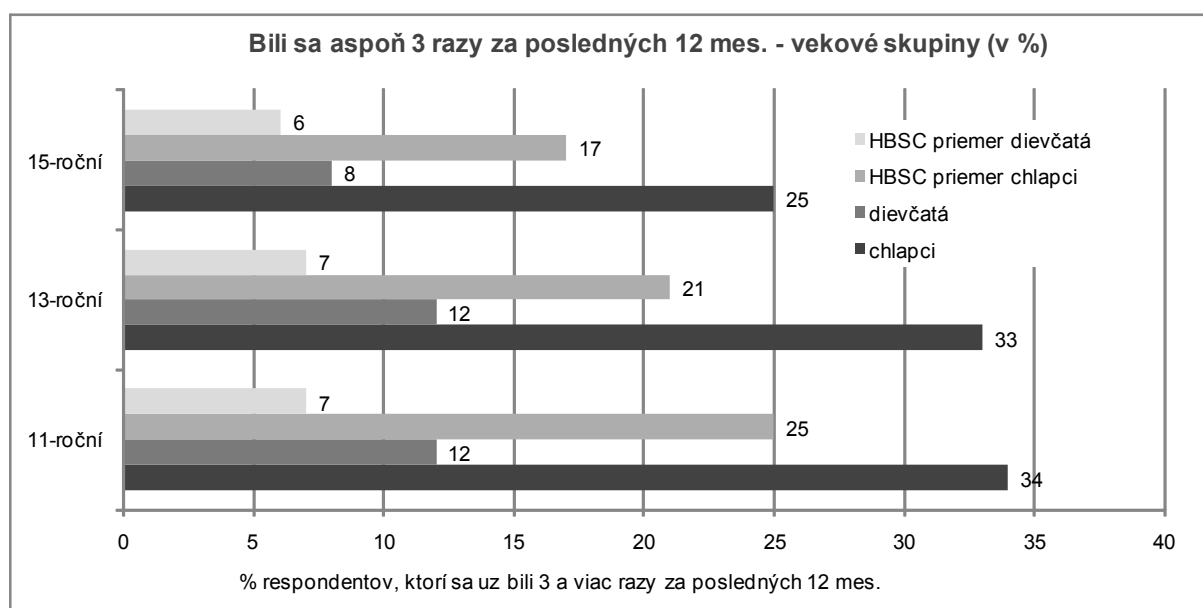
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí priznali, že sa zapojili do bitky aspoň 3-krát a viac v uplynulom roku.

Výskyt: Respondenti udávali vzájomné bitky aspoň 3 razy za posledný rok od 8% (15-ročné dievčatá) po 34% (11-roční chlapci). V porovnaní s priemerom HBSC boli tieto údaje vyššie, najmä u chlapcov.

Rodové rozdiely: Chlapci udávali vzájomné bitky približne 3-krát častejšie ako dievčatá, vo všetkých troch vekových skupinách. Všetky rozdiely boli štatisticky významné v skupine 11-ročných (OR/CI: 3,74/2,78- 5,04), 13-ročných (OR/CI:3,56/2,67-4,74) i 15-ročných (OR/CI:3,74/2,65- 5,26).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Častejšie udávali vzájomné bitky 11- a 13-roční respondenti v porovnaní s 15-ročnými u oboch pohlaví (OR/CI 11vs15 roční chlapci: 1,50/1,16-1,94; 13vs15 roční chlapci: 1,47/1,13 – 1,90; 11vs15-ročné dievčatá: 1,50/1,03-2,17; 13vs15-ročné dievčatá: 1,54/1,07-2,22).

Obrázok č. 34

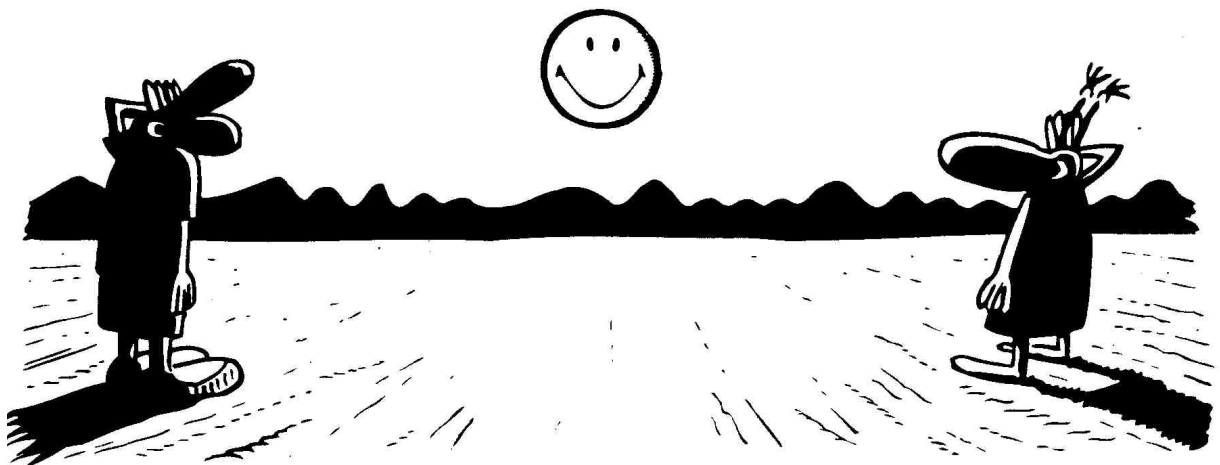


Sexuálne správanie

P. Kolarčík, T. Baška, A. Madarasová Gecková

Kľúčové zistenia

- Na Slovensku má skúsenosť s pohlavným stykom 12% školákov vo veku 15 rokov (13% chlapcov a 11% dievčat), čo je najmenej spomedzi všetkých krajín zúčastnených na štúdii HBSC. Väčšina týchto školákov mala prvý pohlavný styk vo veku 14 a 15 rokov.
- 69% sexuálne aktívnych školákov vo veku 15 rokov použilo na zabránenie neželaného tehotenstva pri poslednom pohlavnom styku kondóm, ďalších 10% respondentov uviedlo, že pri poslednom pohlavnom styku použili inú, bližšie nešpecifikovanú antikoncepčnú metódu. Takmer 7% uviedlo požitie hormonálnej antikoncepcie a prerušovanú súlož. Žiadnu antikoncepčnú metódu pri poslednom pohlavnom styku uviedlo 1% školákov.
- 74% sexuálne aktívnych školákov vo veku 15 rokov (73% chlapcov a 75% dievčat) použilo kondóm ako ochranu pred pohlavne prenosnými chorobami pri poslednom pohlavnom styku.



Iniciácia sexuálneho správania

Obdobie puberty a ranej adolescencie je obdobím, kedy mladý človek začína pociťovať a objavovať svoju sexualitu. Dosiahnutie zrelej sexuality, ako z pohľadu psychologického, tak aj z fyzického, patrí medzi hlavné úlohy, ktoré sú neodmysliteľnou súčasťou obdobia prechodu medzi detstvom a dospelosťou. V rámci tohto prechodu sa mladý človek musí vysporiadať s vlastnou sexualitou, vyrovnávať sa s tlakmi okolia, mať sex a nakoniec sa rozhodnúť či vôbec, kedy a s kým začne byť sexuálne aktívny (Roche a kol., 2005). Vek prvej sexuálnej skúsenosti sa v posledných desaťročiach znižoval, pričom v posledných rokoch sa tento trend v rozvinutých krajinách spomaľuje. Dochádza však k zmenšovaniu rozdielov vo veku prvej sexuálnej skúsenosti medzi chlapcami a dievčatami (Currie a kol., 2008). Skorá sexuálna skúsenosť sa spája s častejším rizikovým sexuálnym správaním, väčším počtom sexuálnych partnerov, zriedkavejším používaním ochrany pred neželaným tehotenstvom a pohlavne prenosnými chorobami, väčším rizikom neželaného tehotenstva a nakazenia sa sexuálne prenosnou chorobou (Metcalfe, 2004; Wellings a kol., 2007; Roche a kol., 2005; Crockett a kol., 1996). Vek prvého pohlavného styku je nie len prediktorom sexuálneho rizikového správania, ale aj prediktorom neskorších gynekologických problémov u žien (Mardh a kol., 2005). Skorá sexuálna skúsenosť súvisí s ďalšími formami rizikového správania, akými sú fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, užívanie iných nelegálnych drog, antisociálne správanie, záškoláctvo, úteky z domu (Schofield a kol., 2008). Na sexuálny debut vplýva tiež kontakt s rovesníkmi s rôznym problémovým správaním, nízka rodičovská kontrola a napäté vzťahy v rodine (Metzler a kol., 1994). Včasná sexuálna skúsenosť môže odrážať snahu o kompenzovanie nevhodných sociálnych vzťahov alebo zvýšenie nízkej sebaúcty (Crockett a kol., 1996). Dievčatá, ktoré mali pohlavný styk v mladom veku častejšie uvádzajú pocity osamelosti, napätia, problémy so spánkom, suicidálne myšlienky a správanie (Orr a kol., 1991).



Sexuálne skúsenosti

Vývoj sexuality počas puberty je sprevádzaný psychickými zmenami, vývojom spoločenských vzťahov a hodnotového systému. V súčasnosti, najmä vo vyspelých krajinách, sa presúva začiatok sexuálneho života do stále mladších vekových skupín (Teitler, 2002; Wellings, 2006). Problémom je nerovnováha medzi zrýchleným somatickým vývojom, ktorý predbieha psychosociálny vývoj. Predčasné sexuálne skúsenosti adolescentov môžu prinášať viaceré negatívne dôsledky, z ktorých vystupuje do popredia predovšetkým nechcené tehotenstvo a sexuálne prenosné ochorenia (Teitler, 2002; Young people at risk, 2002). Navyše, skorý začiatok sexuálnych skúseností súvisí s rôznymi aspektmi rizikového správania, najmä užívaním legálnych a nelegálnych drog (Traeen & Lundin Kvalem, 1996; Pickett a kol., 2002), ako aj so zvýšenou pravdepodobnosťou promiskuitných vzťahov v neskoršom období (Kuortti & Kosunen, 2009).

Popis indikátora:

Mal/a si už pohlavný styk ?

áno

nie

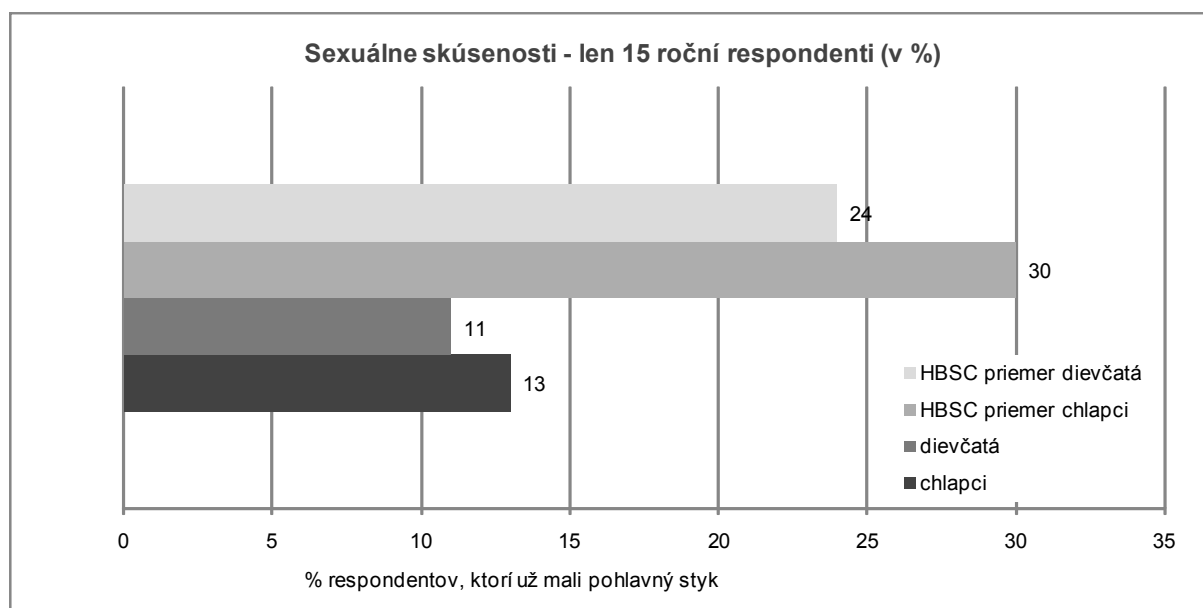
Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli odpoveď „áno“.

Výskyt: K prvému pohlavnému styku u 8% chlapcov a dievčat došlo vo veku 14 a 15 rokov. Dve percentá chlapcov uviedlo, že prvý pohlavný styk mali vo veku 11 a menej rokov a jedno percento chlapcov a dievčat uviedlo, že prvý pohlavný styk malo v 13-tich rokoch. Takmer 90% školákov nikdy nemalo pohlavný styk.

Približne jedna desatina 15-ročných respondentov uviedla vlastné sexuálne skúsenosti. Výskyt je o viac ako polovicu nižší v porovnaní s priemerom HBSC.

Rodové rozdiely: Výskyt vlastných sexuálnych skúseností bol u chlapcov a dievčat približne rovnaký, bez štatisticky významného rozdielu.

Obrázok č. 35



Ochrana pre neželaným tehotenstvom

Zodpovedný prístup k sexualite sa odráža v zvolení vhodnej ochrany pred nežiaducimi následkami. Neželané tehotenstvo je jedným z najväčších negatívnych dôsledkov rizikového sexuálneho správania adolescentov (Garriguet, 2005). Prevencia neželaných tehotenstiev je v záujme verejného zdravia a patrí medzi priority mnohých krajín (Cubbin a kol., 2005; Tripp & Viner, 2005). Neželané tehotenstvo u tínedžerov je vnímané ako problematické, s nepriaznivými spoločenskými ako aj medicínskymi následkami (Peckham, 1993; Wellings a kol., 2007). Výskumy ukazujú, že adolescenti ako ochranu pred neželaným tehotenstvom používajú najčastejšie antikoncepcčné tabletky alebo kondóm, prípadne oboje (Milne & Glasier, 2008). Efektivitu týchto prostriedkov však zaručuje ich správne použitie, čo môže byť u tínedžerov problematické. Podľa niektorých autorov sú tínedžeri pri používaní antikoncepcie často nedôslední (Amu & Appiah, 2006). Neželané tehotenstvo u adolescentov je častejšie v rodinách s nízkym vzdelaním rodičov, s nízkym socio-ekonomickým statusom a u mladých dievčat s nedostatkom ašpirácií, s odporom k škole, nedostatkom rodinnej spolupatričnosti a rodičovskej kontroly (Milne & Glasier, 2008; Amu & Appiah, 2006).

Popis indikátora:

Akú metódu na zabránenie neželaného tehotenstva si použil/a (resp. tvoj partner/ka) počas posledného pohlavného styku?

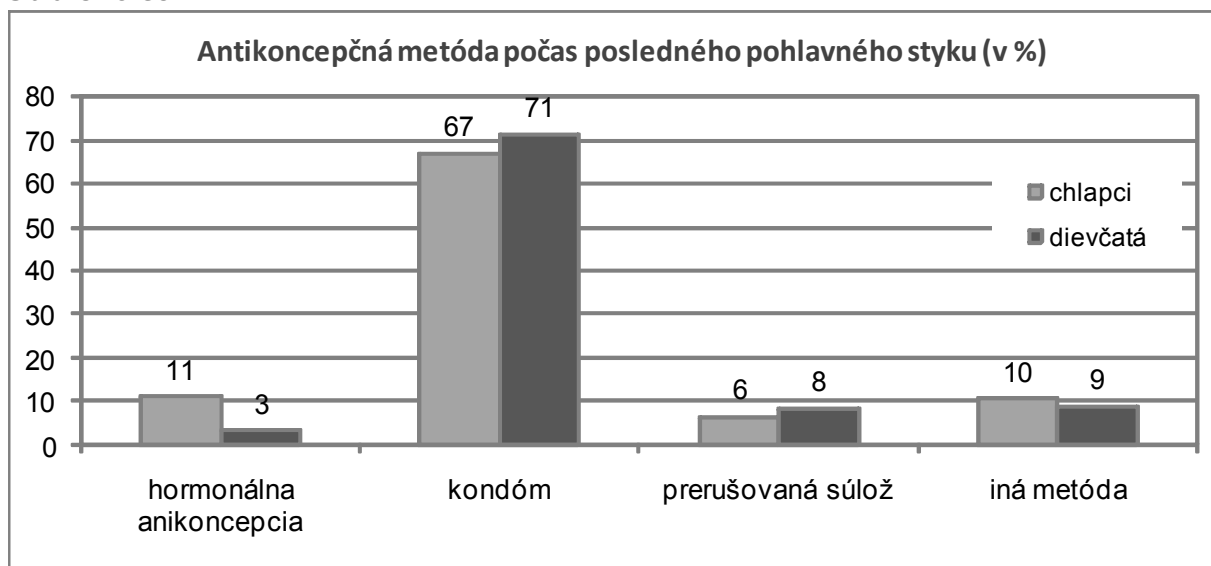
- Nikdy som nemal/a pohlavný styk
- Žiadnu metódu na zabránenie tehotenstva sme nepoužili
- Tabletky (hormonálna antikoncepcia)
- Kondóm
- Prerušovanú súlož
- Inú metódu
- Nie som presvedčený/á, že partner/ka použil/a nejakú metódu

Prezentované sú kladné odpovede 15-ročných respondentov k jednotlivým metódam antikoncepcie.

Výskyt: Najčastejšou metódou na zabránenie neželaného tehotenstva pri poslednom pohlavnom styku bolo použitie kondómu. Uviedlo to 69% sexuálne aktívnych školákov. Takmer 10% respondentov uviedlo, že pri pohlavnom styku použili inú, bližšie nešpecifikovanú metódu. Použitie hormonálnej antikoncepcie a prerušovanej súlož má medzi sexuálne aktívnymi školákmi rovnaké zastúpenie, takmer 7%. Žiadnu antikoncepcčnú metódu pri poslednom pohlavnom styku použilo iba 1% školákov.

Rodové rozdiely: Medzi chlapcami a dievčatami nie sú štatisticky významné rozdiely v použitej antikoncepcčnej metóde počas posledného pohlavného styku.

Obrázok č. 36



Užívanie hormonálnej antikoncepcie

Jednou z rozšírených metód na zabránenie neželaného otehotnenia je hormonálna antikoncepcia. Pri správnom užívaní ide o veľmi spoľahlivú metódu s výskytom zlyhania menej ako 1%, ktorú väčšina žien znáša dobre bez akýchkoľvek vedľajších účinkov. Z hľadiska adolescentov je však problematické dodržiavanie správneho, t.j. pravidelného užívania bez vynechávania dávok. Preto treba počítať s tým, že výskyt zlyhaní v reálnych podmienkach v tejto vekovej skupine bude vyšší (Greydanus a kol., 2001). Iným problémom spojeným s užívaním hormonálnej antikoncepcie je nepriaznivé ovplyvňovanie krvnej zrážanlivosti a riziko trombembolických, v niektorých prípadoch až život ohrozujúcich, komplikácií. Ohrozené sú z tohto hľadiska najmä ženy s určitou vrodenou poruchou zrážanlivosti (tzv. Leidenská mutácia faktora zrážania V) vyskytujúcej sa asi u 5-7% populácie (Bloemenkamp a kol., 1995; Kemmeren a kol., 2002). Riziko trombembólie sa významnou mierou zvyšuje pri súčasnom fajčení (Lidegaard, 1999; Castelli 1999; Farley a kol., 1998). Hoci sa predpokladá, že moderné prípravky obsahujúce v porovnaní s 90-tymi rokmi 20. storočia relatívne malé množstvo hormónov značne znížili pravdepodobnosť takýchto komplikácií, neexistujú v súčasnosti relevantné epidemiologické štúdie osobitne hodnotiace tento aspekt, zvlášť v populácii adolescentiek.

Popis indikátora:

Akú metódu na zabránenie neželaného tehotenstva si použil/a (resp. tvoj partner/ka) počas posledného pohlavného styku? Tabletky (hormonálna antikoncepcia).

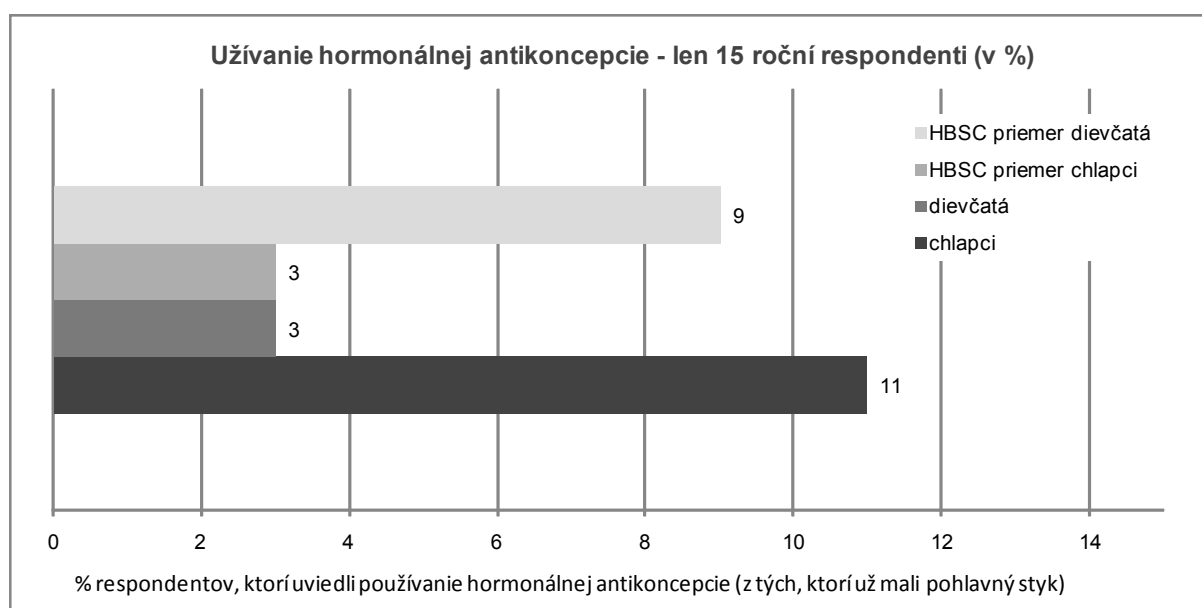
áno
nie

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli odpoveď „áno“ z tých, ktorí už mali pohlavný styk, pričom táto metóda bola uvádzaná v dotazníku ako jedna z viacerých metód.

Výskyt: Len malá časť respondentov (11% chlapcov a 3% dievčat) uviedla používanie hormonálnej antikoncepcie. Výsledky sú podobné priemeru HBSC.

Rodové rozdiely: Hoci chlapci udávali užívanie hormonálnej antikoncepcie u svojich partneriek častejšie, rozdiel nebol štatisticky významný.

Obrázok č. 37



Používanie kondómu

Kondóm predstavuje relatívne spoľahlivý prostriedok zabraňujúci okrem neželanému tehotenstvu aj infekcii sexuálne prenosnými ochoreniami. Ide súčasne o dostupnú a bezpečnú formu ochrany, preto je v súčasnosti najrozšírenejšou formou antikoncepcie u adolescentov (Godeau a kol., 2008). Podobne ako u hormonálnej antikoncepcie, je výskyt zlyhaní, spôsobený najmä neskúsenosťou, vyšší ako u dospeljej populácie a odhaduje sa až na 5-20% (Deligeoroglou a kol., 2006). Problémom je, že pomerne zriedkavo sa kondómy používajú práve pri najrizikovejších praktikách, ako sú náhodné sexuálne kontakty, najmä pod vplyvom opitosti (Takakura a kol., 2007).

Pohlavne prenosné choroby nie sú medzi tínedžermi výnimočné, dokonca prevalencia týchto chorôb je vo vekovom rozmedzí 15-19 rokov druhá najväčšia (Dehne & Riedner, 2005) a podľa zahraničných výskumov má mierne stúpajúcu tendenciu (Currie a kol., 2008). Sexuálne aktívni adolescenti sú vystavení väčšiemu riziku nákazy pohlavne prenosným chorobami, čo je dané najmä relatívne častou rizikovosťou ich sexuálneho života, t.j. náhodní a neznámi partneri, ich striedanie a pod. (WHO, 2004; Crockett a kol., 1996). Používanie kondómu zabezpečuje výraznú ochranu, nie len proti neželanému tehotenstvu, ale aj proti pohlavne prenosným chorobám, vrátane vírusu HIV (Younge a kol., 2008). Napriek tomu u adolescentov nie je jeho používanie konzistentné, čo zvyšuje riziko nakazenia sa niektorou z chorôb (Tripp & Viner, 2005; Amu & Appiah, 2006). Používanie kondómu súvisí s vyššou seba účinnosťou a vnímanými postojmi rovesníkov (Dilorio a kol., 2001). Jeho nepoužívanie je indikátorom ďalších foriem sexuálne rizikového správania ako je skorá sexuálna skúsenosť, vyšší počet sexuálnych partnerov a pod. (Currie a kol., 2008). Použitie kondómu pri poslednom pohlavnom styku sa vo výskumoch často využíva ako indikátor jeho častého a konzistentného používania, čím sa predpokladá dôslednejšia prevencia nákazy (Younge a kol., 2008).

Popis indikátora:

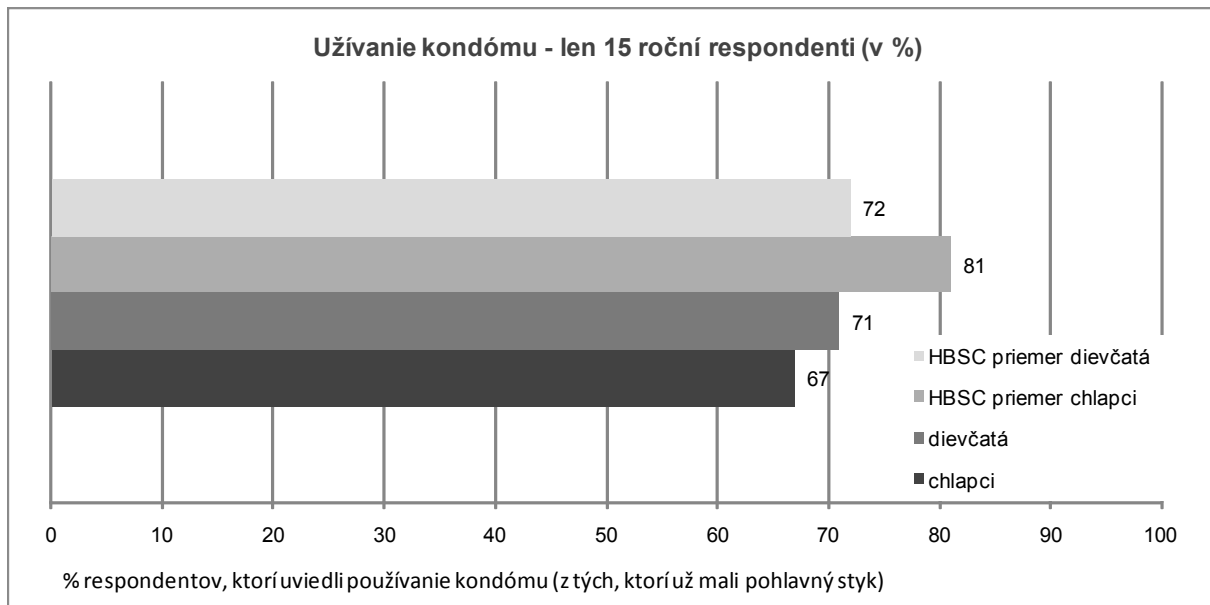
Akú metódu na zabránenie neželaného tehotenstva si použil/a (resp. tvoj partner/ka) počas posledného pohlavného styku? Kondóm
áno
nie

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli odpoveď „áno“ z tých, ktorí už mali pohlavný styk, pričom táto metóda bola uvádzaná v dotazníku ako jedna z viacerých metód.

Výskyt: Menej ako tri štvrtiny z tých 15-ročných respondentov, ktorí už mali pohlavný styk uviedli používanie kondómu (67% chlapcov a 71% dievčat). Prevalencia používania kondómu v tejto cieľovej skupine je u chlapcov o niečo nižšia ako priemer HBSC

Rodové rozdiely: Medzi výpoveďami chlapcov a dievčat bol len malý rozdiel, ktorý nedosahoval štatistickú významnosť.

Obrázok č. 38



Socioekonomické nerovnosti v zdraví a rizikovom správaní školákov

P. Kolarčík, A. Madarasová Gecková

Kľúčové zistenia

- Väčšina školákov má zamestnaných rodičov (nad 85%), no zároveň temer polovica školákov spadá do kategórie nízkej miery blahobytu rodiny. Napriek tomu školáci hodnotia materiálne podmienky rodiny ako veľmi dobré alebo dobré (80%).
- Takmer 11% školákov potvrdilo, že aspoň občas prídu do školy hladní, pretože doma nemajú dostatok jedla.
- Sociálny gradient znevýhodňujúci školákov z rodín s nižšou mierou blahobytu nebol potvrdený v žiadnom zo skúmaných indikátorov zdravia. Respondenti z rodín s vyššou mierou blahobytu boli častejšie spokojní so svojim životom, no na druhej strane častejšie utrpeli úraz v poslednom roku.
- Vyššia miera rodinného blahobytu je tiež významným prediktorom každodennej konzumácie ovocia, fyzickej aktivity a užívania marihuany, no nie pravidelného raňajkovania, konzumácie alkoholu, fajčenia či sexuálneho správania školákov.
- Miera rodinného blahobytu je významným prediktorom životnej spokojnosti, výskytu úrazov za posledných 12 mesiacov, každodennej konzumácie ovocia, fyzickej aktivity a užívania marihuany.



Socioekonomické nerovnosti v zdraví v adolescencii

Systematické rozdiely v zdraví medzi skupinami s vyššou a nižšou socioekonomickou pozíciou, ktorým je možné sa vyhnúť a zároveň sú nespravodlivé považujeme za socioekonomické nerovnosti v zdraví (Mackenbach&Bakker 2002). Podstatným kritériom pri určovaní miery nespravodlivosti býva miera individuálnej kontroly nad okolnosťami ovplyvňujúcimi zdravie a miera do akej sú tieto rozdiely všeobecne vnímané ako neakceptovateľné (Whitehead 1990).

Najnovšie zistenia založené na rozsiahlej medzinárodnej štúdii nerovností v zdraví (EUROTHINE Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach, 2004-2007) potvrdili výskyt socioekonomických rozdielov v úmrtnosti i chorobnosti dospelaj populácie v 22 krajinách (Mackenbach a kol. 2007).

Socioekonomické nerovnosti v zdraví sú intergeneračným fenoménom, teda manifestácia v dospelaj populácii má svoje korene v období detstva a adolescencie (Wadsworth 1997, Hertzman a kol. 2001, Wilkinson&Marmot 1998). Navyše socioekonomické znevýhodnenie má tendenciu sa kumulovať v priebehu života a znevýhodnenie v minulosti znižuje šance na úspešnú mobilitu v rámci socioeconomickej stratifikácie, a to v každom kritickom období života akým je i prechod zo základnej školy na strednú školu (Wilkinson&Marmot 1998). Adolescencia je obdobím dôležitým pre budúce umiestnenie v socioeconomickej stratifikácii skrze úspešnosť vo vzdelávacom systéme, na trhu práce. Zároveň je to obdobie, v ktorom sa vytvára a upevňuje životný štýl vrátane správania, ktoré má významný dosah na súčasné i budúce zdravie. Vplyv prostredia, v ktorom sa to deje, významných osôb medzi ktorými sa to deje, je dôležitý a zároveň odlišný v rozličných socioekonomických skupinách, čo môže mať vplyv na prehlbovanie či zmiernovanie súčasných alebo budúcich socioekonomických nerovností v zdraví (Madarasová 2005).

Zistenia týkajúce sa výskytu respektíve absencie socioekonomických nerovností v zdraví u adolescentov nie sú konzistentné. Na základe niektorých štúdií (Piko&Fitzpatrick 2001, Tuinstra 1998, Rahkonen&Lahelma 1992, West a kol. 1990) je možné predpokladať ich nevýskyt, kým iné potvrdzujú ich výskyt u adolescentov (Madarasova Geckova a kol. 2004, Call&Nonemaker 2000, Haldorsson a kol. 2000).



Socioekonomické stratifikátory: ekonomický stav rodičov, majetkové pomery rodiny a ich subjektívne vnímanie, extrémna chudoba.

Klasickými indikátormi socioeconomickej pozície sú zamestnanie (sociálna trieda podľa pracovného zaradenia), vzdelanie a príjem. Použitie týchto indikátorov v období dospievania nesie so sebou viacero problémov, ktoré súvisia s tým, že údaje o rodičoch sú zväčša získavané od adolescentov, ktorí nemusia mať spoľahlivé informácie. I preto sa v tejto oblasti využívajú zástupné indikátory mapujúce majetkové pomery, ekonomické ťažkosti či stres, extrémnu chudobu a podobne.

HBSC štúdia poskytuje niekoľko socioekonomických stratifikátorov a v tejto časti popíšeme iba niektoré z nich, konkrétne: ekonomický stav rodičov, majetkové pomery rodiny, subjektívne vnímanie majetkových pomerov rodiny a hlad ako indikátor extrémnej chudoby.

Ekonomický stav rodičov

Viacero štúdií potvrdilo nepriaznivý dopad nezamestnanosti na duševné ale i fyzické zdravie (Šléšková 2006, Buchtová 2002). Nezamestnanosť rodičov má vplyv aj na ostatných členov rodiny a to nielen v dôsledku zníženia rodinných príjmov, ale v dôsledku zmien v množstve a účinnosti vnímanej sociálnej opory rodičov adolescentmi (Šléšková 2006). Uplatnenie rodičov na trhu práce teda neovplyvňuje len majetkové pomery rodiny, ale i prítomnosť a možný transfer úspešných stratégií na uplatnenie na trhu práce z rodičov na ich potomkov.

Popis indikátora:

Zamestnanosť rodičov bola meraná nasledujúcou položkami:

Je tvoj otec /matka zamestnaný?

Áno

Nie

Neviem

Nemám otca alebo nevidel/a som ho alebo nie som s ním v kontakte

Výskyt: Z výpovedí školákov vyplýva, že 88% z nich má zamestnaného otca a takmer 85% má zamestnanú matku. Na túto otázku nevedelo odpovedať 2% školákov v prípade otca a 1% v prípade matky. Takmer 4% respondentov otca nemá alebo s ním nie je v kontakte. Necelé 1% nemá alebo nie je v kontakte s matkou.

Majetkové pomery rodiny

Výhodou tejto škály je, že vyžadované informácie sú obvykle jednoznačné a ľahko dostupné dospievajúcim, takže sa predpokladá nízky výskyt chýbajúcich údajov a väčšia presnosť údajov v porovnaní s otázkami zisťujúcimi povolanie či vzdelanie rodičov (Wardle a kol. 2002).

Výpočet skóre škály blahobytu rodiny a vytvorenie socioekonomického stratifikátora

Škála blahobytu rodiny pozostáva zo štyroch položiek mapujúcich majetnosť rodiny, ktorých úpravou podľa skórovacieho pravidla (vid'. tabuľka 3) a sčítaním sa získa sumárne skóre škály (od 0 do 7), ktoré je následne rozdelené do troch kategórií uvedených v tabuľke 4.

Tabuľka 3
Skórovanie škály blahobytu rodiny

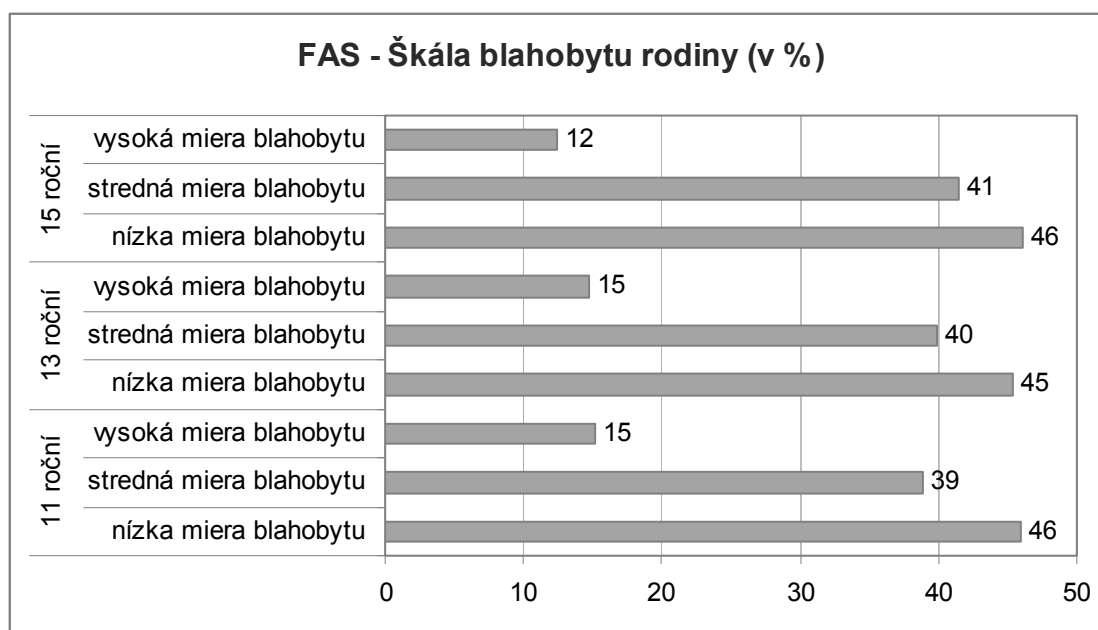
Č.p.	Znenie položky	Možné odpovede	Skórovanie
1	Má tvoja rodina vlastné auto (osobné, nákladné...)?	(1) nie	0
		(2) áno, má 1	1
		(3) áno, má 2 a viac	2
2	Máš izbu sám/a pre seba?	(1) nie	0
		(2) áno	1
3	Ako často si počas prázdnin bol so svojou rodinou na dovolenke počas uplynulých 12 mesiacov?	(1) nebol som na dovolenke	0
		(2) raz	1
		(3) 2-krát	2
		(4) viac ako 2-krát	2
4	Koľko počítačov máte vo svojej rodine?	(1) žiadny	0
		(2) jeden	1
		(3) dva	2
		(4) viac ako dva	2

Tabuľka 4
Kategoríe skóre v škále blahobytu rodiny

	Hrubé skóre v škále blahobytu rodiny
Nízka miera blahobytu (nízka SEP)	0-3
Stredná miera blahobytu (stredná SEP)	4-5
Vysoká miera blahobytu (vysoká SEP)	6-7

Výskyt: Takmer 46% všetkých školákov spadá do kategórie nízkej miery rodinného blahobytu. Rovných 40% školákov tvorí kategóriu strednej miery rodinného blahobytu. Do kategórie vysokej miery rodinného blahobytu patrí 14% školákov.

Obrázok č. 39



Vnímanie majetkových pomerov rodiny

Popis indikátora:

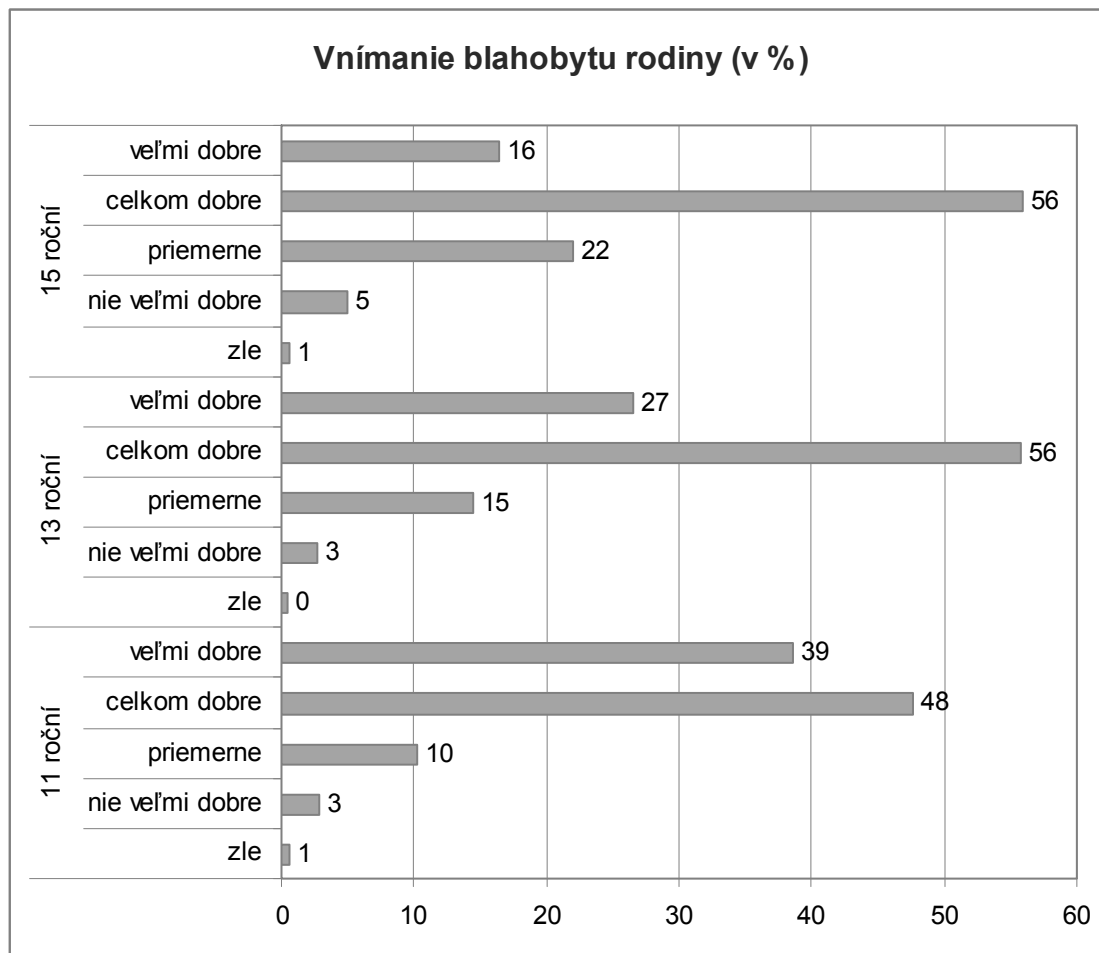
Subjektívne vnímanie bohatstva resp. blahobytu svojej rodiny bolo merané nasledujúcou položkou:

Čo si myslíš, ako sa má tvoja rodina po materiálnej stránke?

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

Výskyt: Takmer 80% školákov hodnotí to, ako sa jeho rodina má po materiálnej stránke, ako veľmi dobre alebo dobre. Priemerne to vníma 16% a nie veľmi dobre alebo dokonca zle to vníma zvyšných 4% školákov.

Obrázok č. 40



Hlad ako indikátor extrémnej chudoby

Nedostatok jedla je v štúdiu HBSC používaný ako indikátor chudoby a temer 15% školákov potvrdilo, že občas, často alebo každý deň prišli do školy hladní, pretože doma nemali dostatok jedla. Zdá sa, že sa to deje vo všetkých socioekonomických skupinách rovnako často (Molcho a kol. 2007), no tiež, že tento faktor súvisí s nezdravým stravovaním a vyšším rizikom fyzických a psychických symptómov.

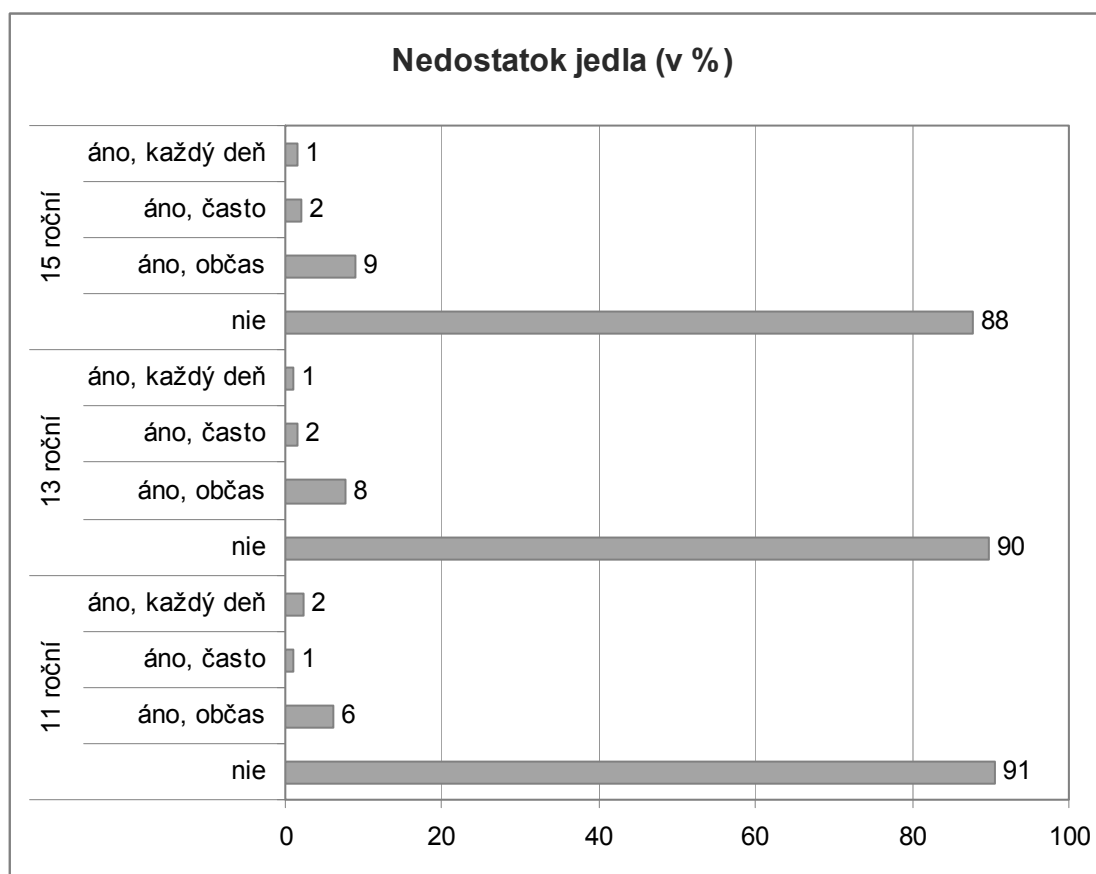
Popis indikátora:

Niektoré deti prídu do školy hladné, pretože nemajú doma dostatok jedla. Stalo sa ti to už niekedy?

- Áno, každý deň
- Áno, často
- Áno, občas
- Nie

Výskyt: Takmer 11% školákov uviedlo, že aspoň občas prídu do školy hladné, pretože doma nemajú dostatok jedla. Z toho každý deň sa to stáva necelým 2% školákov.

Obrázok č. 41



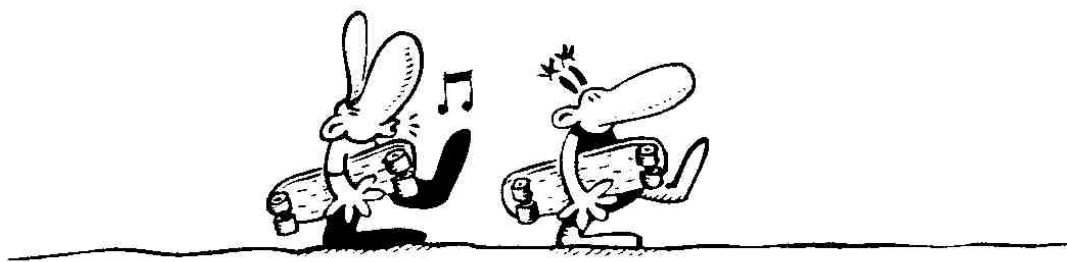
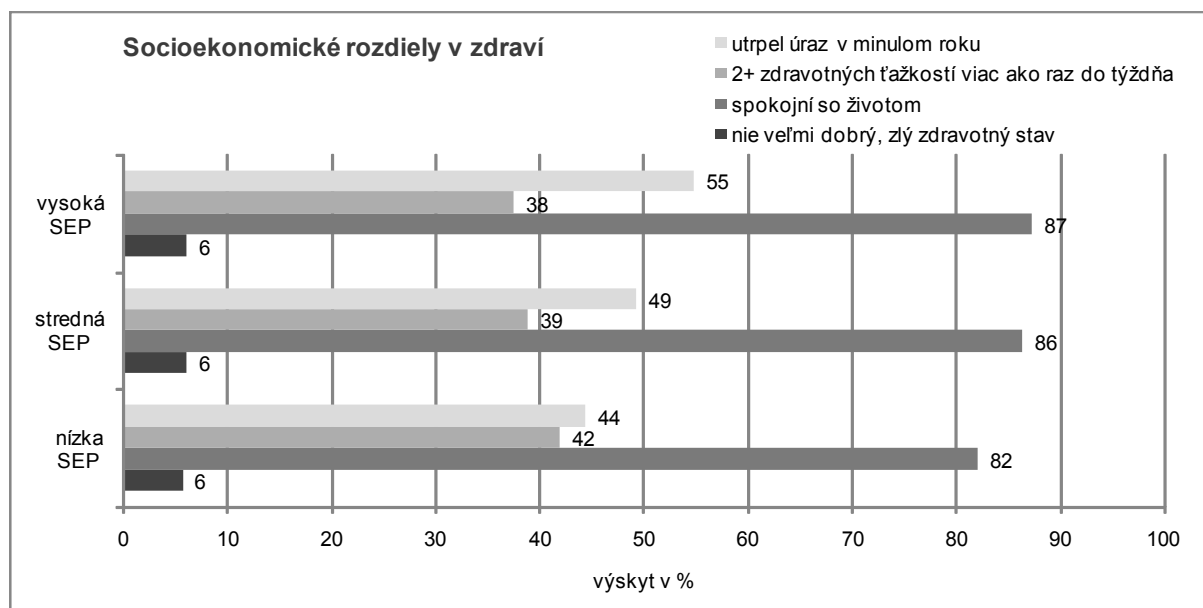
Socioekonomické nerovnosti v zdraví a vybraných behaviorálnych charakteristikách školákov

Pri hodnotení socioekonomických nerovností v zdraví a vybraných behaviorálnych charakteristikách školákov sme za indikátor socioekonomickej pozície zvolili skóre v Škále blahobytu rodiny rozdelené do troch kategórií: nízka, stredná a vysoká socioekonomická pozícia (ďalej SEP). Overovali sme teda rozdiel medzi skupinou školákov s nízkou respektíve strednou SEP so skupinou školákov s vysokou SEP.

Socioekonomické rozdiely v zdraví

Vplyv socioekonomických faktorov na celkové hodnotenie zdravia u školákov sa na našej vzorke nepotvrdil. Respondenti z nízkou či strednou SEP sa štatisticky významne nelíšili vo výskyte hodnotenia celkového zdravia ako "nie veľmi dobrého", či "zlého" v porovnaní so svojimi rovesníkmi z vysokou SEP. Respondenti s nízkou SEP štatisticky významne menej často boli spokojní so svojim životom v porovnaní s rovesníkmi s vysokou SEP (OR/CI: nízka vs. vysoká SEP: 0,7/0,50- 0,91), ale rozdiel medzi respondentmi so strednou a vysokou SEP sme nepotvrdili. Respondenti s nízkou či strednou SEP sa nelíšili vo výskyte zdravotných ťažkostí od svojich rovesníkov z vysokou SEP. Výskyt úrazov za uplynulý rok bol štatisticky významne častejší v skupinách s vysokou SEP ako v skupinách s nízkou (OR/CI: nízka vs. vysoká SEP: 0,7/0,54-0,80) či strednou SEP (OR/CI: stredná vs. vysoká SEP: 0,8/0,65-0,98).

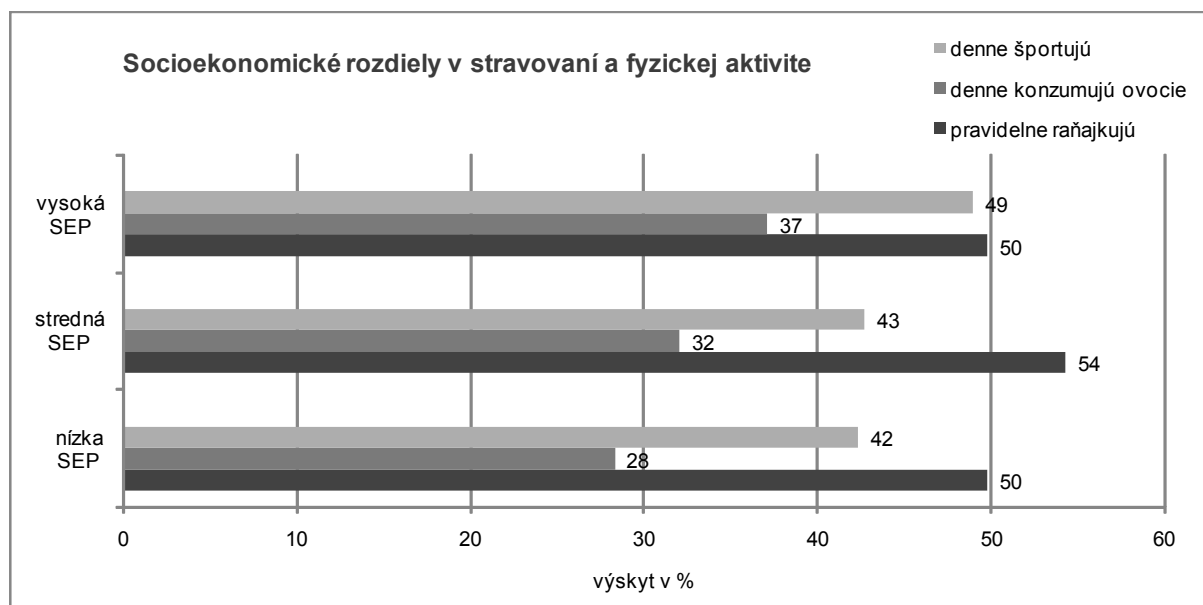
Obrázok č. 42



Socioekonomické rozdiely v stravovaní a fyzickej aktivite

Vplyv socioekonomických faktorov na výskyt pravidelného raňajkovania sme nepotvrdili. Každodenná konzumácia ovocia sa vyskytovala štatisticky významne častejšie v skupinách s vysokou SEP v porovnaní so skupinou so strednou (OR/CI: stredná vs vysoká SEP: 0,8/0,64-0,98) či nízkou SEP (OR/CI: nízka vs. vysoká SEP: 0,7/0,54-0,82). Podobne každodenná fyzická aktivita bola štatisticky významne častejšia v skupinách s vysokou SEP v porovnaní so skupinou so strednou (OR/CI: stredná vs vysoká SEP: 0,8/0,63 – 0,96) či nízkou SEP (OR/CI: nízka vs vysoká SEP: 0,8/0,62- 0,94).

Obrázok č. 43

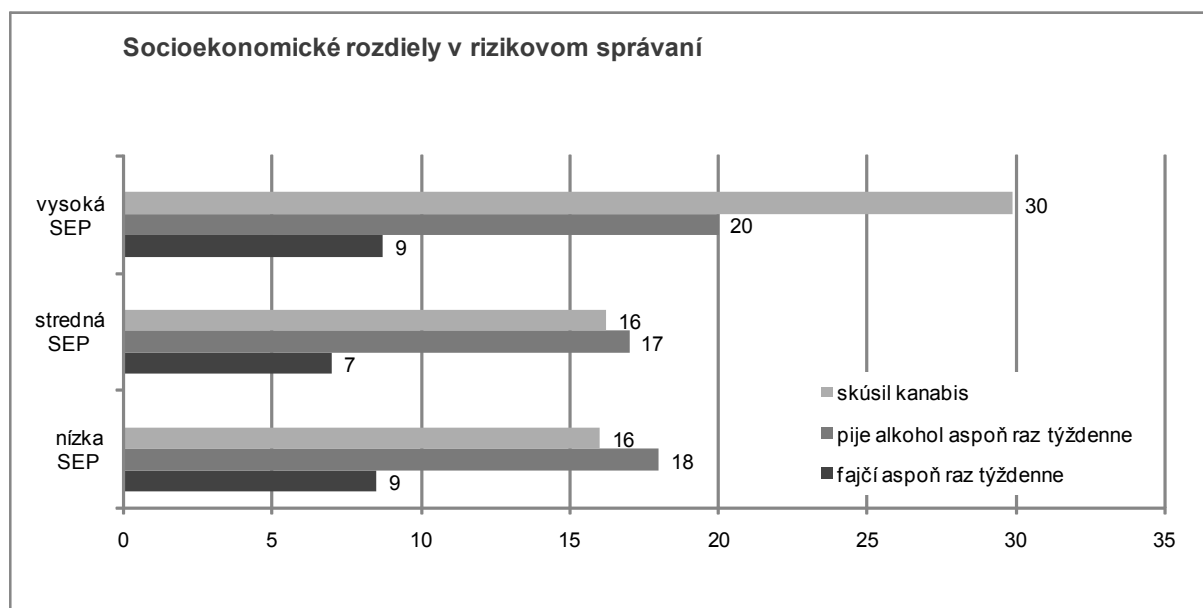


Socioekonomické rozdiely v rizikovom správaní

Vo výskyte fajčenia (aspoň raz týždenne) a konzumovania alkoholu (aspoň raz týždenne) sme socioekonomické rozdiely nepotvrdili. Výskyt skúsenosti s užívaním kanabisu bol štatisticky významne vyšší v skupine s vysokou SEP oproti výskyt v skupinách so strednou (OR/CI: stredná vs vysoká SEP: 0,45/0,30 – 0,70) a nízkou SEP (OR/CI: nízka vs. vysoká SEP: 0,45/0,29 – 0,69).

Vo výskyte skúsenosti s pohlavným stykom, v použití antikoncepcie či kondómu počas posledného pohlavného styku sme nepotvrdili socioekonomické rozdiely.

Obrázok č. 44



Diskusia

A. Madarasová Gecková, Z. Katreniaková, T. Baška, J.P. van Dijk, J. Kollárová, Z. Veselská, M. Bašková, P. Kolarčík

Väčšina školákov všetkých vekových skupín hodnotila svoje celkové zdravie ako „výborné“ alebo „celkom dobré“ (96% chlapcov a 93% dievčat) a 85% školákov všetkých vekových skupín bolo spokojných so svojím životom (88% chlapcov a 82% dievčat). Takmer polovica školákov všetkých vekových skupín odpovedala, že prežívala dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa (34% chlapcov a 45% dievčat). Okrem toho je v spomenutej oblasti zdravia jasný trend rodových rozdielov. Dievčatá vo všetkých vekových skupinách hodnotili svoje celkové zdravie a svoju životnú spokojnosť horšie a udávali výskyt zdravotných ťažkostí častejšie ako chlapci. Tento trend je vo všetkých vekových skupinách, s pribúdajúcim vekom sa zároveň hodnotenie zdravia a množstvo zdravotných ťažkostí zväčšuje hlavne v prípade dievčat. Dievčatá v tomto životnom období hodnotili svoje zdravie ako menej dobré a udávali viac zdravotných ťažkostí ako je tomu v skupine chlapcov. Veľmi podobná situácia je však aj v ostatných krajinách zahrnutých do HBSC projektu. Aj tu bola tendencia u dievčat hodnotiť svoje zdravie horšie a udávať viac zdravotných ťažkostí v porovnaní so skupinou chlapcov. Je možné porovnať chlapcov a dievčatá na Slovensku s ostatnými krajinami zapojenými do HBSC štúdie. V prípade celkového hodnotenia zdravia je Slovensko na spodku rebríčka, keďže chlapci a dievčatá na Slovensku mali tendenciu vnímať svoje celkové zdravie omnoho lepšie ako je tomu v ostatných krajinách. Odlišná situácia je v prípade konkrétnych zdravotných ťažkostí. Tu sa hodnotenie školákov na Slovensku blížilo k priemerným hodnotám krajín zapojených do HBSC štúdie. V percentuálnom zastúpení chlapcov a dievčat, ktorí udávali viac ako dva symptómy aspoň raz do týždňa, sú hodnoty Slovenska v prvej tretine rebríčka. Pokiaľ ide o životnú spokojnosť, hodnoty všetkých krajín HBSC štúdie sú pomerne vyrovnané a aj chlapci a dievčatá na Slovensku udávali životnú spokojnosť na úrovni priemeru HBSC štúdie.

Trochu odlišnou oblasťou sú lekárske ošetrené úrazy a ich výskyt za uplynulých 12 mesiacov. Ako bolo uvedené už vyššie, až polovica školákov všetkých vekových skupín udávala aspoň jeden lekárske ošetrený úraz v priebehu uplynulých 12 mesiacov (53% chlapcov a 43% dievčat). Chlapci vo všetkých vekových skupinách udávali viac lekárske ošetrených úrazov v priebehu uplynulých 12 mesiacov ako dievčatá. Opäť sa tu teda potvrdzujú rodové rozdiely, aj keď v tomto prípade ide o rodové rozdiely v opačnom smere. Chlapci, pravdepodobne vďaka svojej väčšej aktivite, zažívali úrazy častejšie ako dievčatá. Podobná situácia je vo väčšine krajín HBSC štúdie, v ktorej sa vo všeobecnosti dá opäť sledovať takýto trend. Porovnateľné je aj percento chlapcov a dievčat na Slovensku, ktorí udávali lekárske ošetrené úrazy s údajmi z ostatných krajín HBSC štúdie a jej celkovým priemerom. Výnimku tvorí len skupina 11-ročných chlapcov, u ktorých bolo percento tých, ktorí mali úraz jedno z najvyšších z krajín HBSC štúdie.

Tieto výrazné rodové rozdiely poukazujú vo významnej miere na potrebu sústrediť sa na rozdiely, ktoré existujú v oblasti zdravia medzi chlapcami a dievčatami. Je dôležité zaoberať sa nimi nielen v oblasti výskumu, ale v prvom rade v oblasti podpory zdravia.



Zistenia týkajúce sa komunikácie našich školákov s rodičmi sú pozitívne v tom, že väčšina školákov hodnotí túto komunikáciu ako ľahkú alebo veľmi ľahkú. Zatiaľ, čo pri komunikácii s matkou rodové rozdiely nenachádzame, tak pri komunikácii s otcom je pravdepodobnosť výskytu takejto komunikácie vyššia u chlapcov vo všetkých troch vekových skupinách. So stúpajúcim vekom pravdepodobnosť výskytu ľahkej alebo veľmi ľahkej komunikácie oboch pohlaví klesá.

V porovnaní s priemernými hodnotami HBSC štúdie je výskyt 3 alebo viac priateľov u našich školákov približne rovnaký. Zaujímavým je však zistenie, že v porovnaní s priemernými hodnotami HBSC štúdie, je počet našich chlapcov aj dievčat, ktorí trávajú s priateľmi vonku 4 alebo viac dní/ večerov, takmer 2-krát vyšší.

Viac 13- a 15- ročných chlapcov má 3 alebo viac priateľov v porovnaní s dievčatami rovnakého veku, pričom u dievčat má tento výskyt s vekom klesajúcu tendenciu. Tieto zistenia naznačujú, že dievčatá uprednostňujú s pribúdajúcim vekom skôr menej vzťahov, ktoré však majú dôvernejší charakter čo je v súlade s výskumnými zisteniami zo starších štúdií (Gecková a kol. 2000).

Štatisticky významný je nárast výskytu času tráveného s priateľmi 4 alebo viac dní u 15-ročných dievčat, ako aj nárast výskytu času tráveného s priateľmi 4 alebo viac večerov u 15-ročných dievčat aj chlapcov. Do budúcnosti by bolo zaujímavé analyzovať možné dopady týchto trendov na zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa školákov.

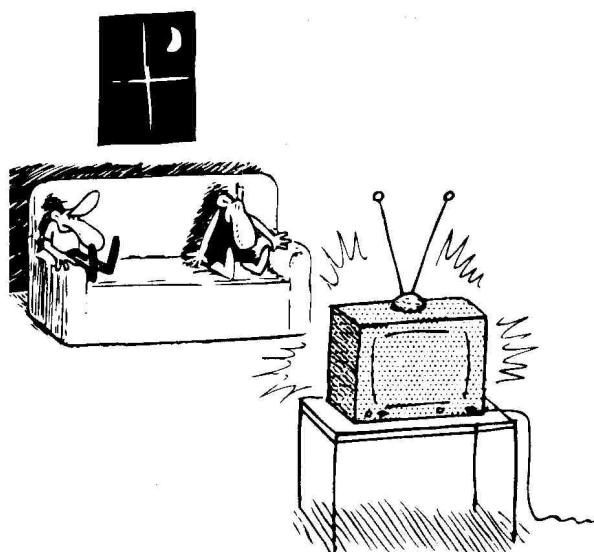
So stúpajúcim vekom sa zvyšuje aj počet školákov, ktorí okrem osobného kontaktu, denne komunikujú so svojimi priateľmi prostredníctvom elektronických médií (telefón, internet, sms-ky), pričom túto cestu komunikácie viac využívajú vo všetkých troch vekových skupinách viac dievčatá. Výskyt je vo všetkých vekových skupinách nižší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie, čo môže byť podmienené napríklad nižšou dostupnosťou, či vyššou finančnou náročnosťou elektronických médií v našich podmienkach.

Len 13% všetkých školákov uviedlo, že sa im v súčasnosti v škole veľmi páči. V porovnaní s priemerom HBSC štúdie je počet našich školákov, ktorým sa v škole páči alebo veľmi páči nižší vo všetkých vekových skupinách. So stúpajúcim vekom klesá u oboch pohlaví nielen počet školákov, ktorým sa v škole veľmi páči, ale aj počet tých, ktorí hodnotia svoj výkon ako dobrý alebo veľmi dobrý. Avšak v porovnaní s priemernými hodnotami HBSC štúdie je výskyt takehoto hodnotenia výkonu vo všetkých vekových skupinách vyšší.

Často alebo niekedy prežívajú stres v škole najmenej 11-roční chlapci (30%) a najviac 13-ročné dievčatá (48%) a 13-roční chlapci (40%). Na druhej strane, ako milých a láskavých hodnotia svojich spolužiakov najviac 11-roční školáci (52% chlapcov a 51% dievčat). Výskyt pozitívneho hodnotenia spolužiakov je však vo všetkých vekových skupinách nižší ako sú priemerné hodnoty chlapcov a dievčat HBSC štúdie.

Necelých 5% všetkých školákov (7% chlapcov a 3% dievčat) uvádza, že bolo obeťou násilia najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka a takmer 10% všetkých školákov (14% chlapcov a 6% dievčat) uvádza, že vyvíjalo násilie voči druhým osobám najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka. V každej vekovej skupine udáva pritom viac chlapcov, že sú najmenej 2- až 3-krát za mesiac obeťami alebo aktérmi násilia, v porovnaní s dievčatami. So stúpajúcim vekom pribúdajú chlapci aj dievčatá, ktorí sú najmenej 2- až 3-krát za mesiac aktérmi násilia, pričom štatistický významný je rozdiel medzi skupinami 11- a 15- ročných. Tieto zistenia nie je možné porovnať s priemernými hodnoty HBSC štúdie, nakoľko v národnom prieskume boli použité iné možnosti odpovedí.

V dennom stravovacom režime starších školákov a adolescentov je mnoho nedostatkov. Mnohí neraňajkujú, vynechávajú desiatu, mnohokrát neobedujú alebo obedujú až v čase olovrantu. Malý počet jedál vo väčších množstvách je z hľadiska látkovej výmeny nevýhodný. Veľmi častou a stále sa opakujúcou chybou je nadmerná konzumácia sladkostí. Medzi problémy, ktoré súvisia s výživou a zároveň ovplyvňujú aj sebavedomie mladého človeka, patria obezita, mentálna anorexia a bulímia. Klesajúca telesná aktivita a nesprávne stravovanie vedú k zvýšenému výskytu obezity u mladých ľudí. Obezita sa často začína ešte v predadolescentnom veku a pokračuje počas dospievania a ak pretrváva až do dospelosti, vystavuje človeka riziku poškodenia zdravia. Výskyt nadhmotnosti a obezity u školákov na Slovensku nepresiahol 10%, pričom zistený výskyt predstavoval len asi polovicu priemeru HBSC. Vo všetkých vekových skupinách, chlapci vo výskyte nadhmotnosti a obezity výrazne – približne dvojnásobne – prevyšovali dievčatá. U chlapcov je závislosť výskytu nadhmotnosti a obezity od veku iná ako u dievčat. S narastajúcim vekom percento chlapcov s nadhmotnosťou stúpa, až dosiahne vo veku 11 – 12 rokov, pred nástupom puberty, maximum a potom opäť klesá. Na základe mierne vyšších hodnôt nemožno povedať, že u chlapcov je významne vyšší výskyt obezity a nadhmotnosti ako u dievčat. Sebahodnotenie postavy u sledovaných respondentov, ktorí svoju postavu hodnotili ako tučnú, či príliš tučnú kolísalo od 9% (11-roční chlapci) po 17% (15-ročné dievčatá). Priemer HBSC bol približne dvojnásobne vyšší ako výsledky zistené na Slovensku. Signifikantný rozdiel bol vo vekovej skupine 13-ročných dievčat oproti chlapcom. U chlapcov boli rozdiely medzi vekovými skupinami len malé, nesignifikantné. U 11-ročných dievčat bol výskyt pozitívnych odpovedí výrazne nižší v porovnaní s ostatnými vekovými skupinami. Nadmerná konzumácia sladkostí, pokiaľ nie je kompenzovaná dostatočnou pohybovou aktivitou, vedie k zvyšovaniu telesnej hmotnosti, negatívne pôsobí na zubnú sklovinu a podporuje tvorbu zubného kazu. Nezdravé stravovanie predstavuje čoraz väčší problém takmer vo všetkých európskych krajinách. Môže viesť k obezite u všetkých školopovinných detí a zvýšiť riziko kardiovaskulárnych a iných systémových ochorení v ďalšom veku. Rastúca epidémia obezity je jedným z najobávanejších problémov v mnohých európskych krajinách.



V 80. rokoch 20. storočia sa v Západnej Európe zvýšila prevalencia fajčenia u dievčat natoľko, že prevýšila prevalenciu u chlapcov, a takáto proporcia v mnohých krajinách ostala dodnes. Takýto trend bol pozorovaný aj na Slovensku (Pitel a kol, 2009): medzi rokmi 1998 a 2006 prevalencia fajčenia u dievčat stúpala a u chlapcov poklesla, čím sa pomer obrátil v neprospech dievčat. V konzumácii

alkoholu nebola v tomto výskume zistená štatisticky významná zmena v medzirodovom pomere šancí. Bol však zaznamenaný výrazný nárast fyzickej aktivity u dievčat popri nižšom náraste u chlapcov. Rozdiely v tomto smere naďalej pretrvávajú v prospech chlapcov. Najmarkantnejšie sa tento posun prejavil v strednej socioeconomickej skupine .

Výsledky HBSC na Slovensku poukázali na vysokú rozšírenosť fajčiarskeho návyku u školákov. Hoci sa pravidelné týždenné fajčenie výrazne neodlišovalo od celkového priemeru HBSC, na Slovensku začínajú deti v porovnaní s ostatnými krajinami experimentovať s tabakom veľmi skoro – väčšina z nich má vo veku 13 rokov už skúsenosti s fajčením tabaku. Pozoruhodná je aj skutočnosť, že kým u dospelšej populácie na Slovensku stále vo fajčení dominujú muži (The European Tobacco Control Report, 2007), u školákov významné rozdiely medzi pohlavím už nie sú prítomné a epidemiologická situácia v tejto vekovej skupine sa veľmi podobá situácii v Západnej Európe. Na základe toho možno predpokladať v blízkej budúcnosti vyrovnávanie rozdielov medzi pohlaviami, najmä na úkor zvýšenia výskytu u žien. Tento trend, pokiaľ sa neuplatnia účinné preventívne opatrenia zamerané cielene na dievčatá a mladé ženy, sa neskôr odrazí aj v príslušných zdravotných a spoločenských dopadoch.

Z hľadiska pitia alkoholu, v porovnaní s priemerom HBSC sa s ním na Slovensku školáci stretávajú skôr (pitie aspoň raz za týždeň u 11-ročných respondentov) a aj skôr si osvojujú rizikový spôsob pitia, t.j. pitie vedúce k opitosti (opitnosť vo veku 13 rokov a menej). Berúc do úvahy fakt, že Slovensko patrí tradične ku krajinám s najvyššou spotrebou alkoholu vo svete (Global Status Report on Alcohol, 2004), tieto zistenia treba hodnotiť mimoriadne nepriaznivo. Ukazuje sa potreba uplatnenia účinnejších preventívnych opatrení zameraných jednak na oddialenie prvých skúseností s alkoholom u detí, ako aj na zmeny schém pitia, t.j. podpora umierneného pitia nevedúceho k opitosti, ktoré by mohlo zmierniť dopady pitia alkoholu u mládeže. Okrem toho, za pozornosť stoja len malé rozdiely medzi 13-ročnými chlapcami a dievčatami vo výskyte opitosti 2 krát a viac v živote (u 11-ročných je výskyt veľmi nízky na to, aby bolo možné zodpovedne vysloviť závery). Toto zistenie poukazuje na možné vytrácanie sa tradičných rozdielov medzi pohlaviami a nárast pitia žien v blízkej budúcnosti.

Situácia v oblasti fajčenia marihuany zodpovedá priemeru HBSC, t.j. najmä stavu v ostatných častiach Európy. Tieto zistenia naznačujú, že nelegálne drogy sa na Slovensku už v plnej miere udomácnili a vyžadujú adekvátnu pozornosť, čo je v súlade s inými sledovaniami na Slovensku (Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku, 2008).

Fyzické násilie a sklony k nemu predstavujú problém najmä chlapcov v nižších vekových skupinách. Hoci výskyt bitiek s vekom klesá, celkovo je nápadne vyšší od priemeru HBSC. Vzhľadom na to, že ich možno považovať za určitý indikátor agresivity správania, výsledky si zasluhujú pozornosť a je potrebné venovať sa riešeniu tohto problému.

Adolescencia, ako obdobie objavovania vlastnej sexuality a experimentovania s ňou, je zároveň obdobím, kedy sú mladí ľudia vo väčšej miere vystavení riziku neželaného tehotenstva alebo nakazenia sa pohlavne prenosnou chorobou. Informácie o sexuálnom správaní mladých ľudí sú dôležité pre prevenciu sexuálne rizikového správania, ktorého nepríjemnými dôsledkami môže byť práve neželané tehotenstvo alebo nakazenie sa pohlavne prenosnou chorobou.

V porovnaní s inými krajinami má len malá časť školákov vo veku 15 rokov vlastné sexuálne skúsenosti. Toto zistenie odráža určité pretrvávajúce tradičné názory a postoje. Vzhľadom na to, že sexuálna abstinencia sa v tejto vekovej skupine považuje za fyziologickú (Santelli a kol., 2006; Bennett & Nassim, 2005) a predstavuje najúčinnjšiu formu prevencie pred sexuálne prenosnými ochoreniami ako aj neželaným tehotenstvom, situáciu na Slovensku treba považovať z tohto aspektu za priaznivú. Okrem toho, medzi tými respondentmi, ktorí už sú sexuálne aktívni, je používanie najbežnejších prostriedkov antikoncepcie (hormonálna antikoncepcia a kondómy) porovnateľné s priemerom HBSC. Používanie kondómu je oveľa častejšie ako je tomu v prípade užívania hormonálnej antikoncepcie, čo je tiež potrebné hodnotiť pozitívne: nemá vedľajšie účinky typické pre hormonálnu antikoncepciu a okrem toho poskytuje aj pomerne účinnú ochranu pred nákazou sexuálne prenosnými ochoreniami. Navyše, treba brať do úvahy trend zvyšujúceho sa výskytu fajčenia u dievčat, a tým aj narastanie pravdepodobnosti interakcie užívania tabaku s hormonálnou antikoncepciou. Vzhľadom na to, ako aj na nedostatok relevantných skúseností s dlhodobými

dôsledkami pôsobenia týchto preparátov v prostredí organizmu na prahu dospievania, je potrebná v tejto vekovej skupine rezervovanosť. Okrem toho treba brať na zreteľ, že súčasné odporúčania, podporujúce používanie týchto druhov antikoncepcie u adolescentov, ktorí už sú sexuálne aktívni, sú zamerané najmä na vekovú skupinu 15-19 rokov, preto ich možno v cieľovej skupine HBSC uplatňovať len v obmedzenej miere (Santelli a kol., 2006; Bennett & Nassim, 2005; Deligeoroglou a kol., 2006).

Výsledky o sexuálnom správaní prezentované v tomto texte nepokrývajú komplexne problematiku sexuálneho správania adolescentov.

Naznačujú však základné trendy sexuálneho správania našich školákov, ktoré by mali byť zohľadnené v informovaní o zdravom sexuálnom správaní, ako aj o spoľahlivých metódach antikoncepcie a prevencie pohlavne prenosných chorôb. Niet pochýb, že abstinencia v tomto veku je najlepšou prevenciou pred neželanými dôsledkami sexuálneho správania, napriek tomu by mladý človek ešte pred začatím sexuálnej aktivity mal mať adekvátny prístup ku kvalitným a spoľahlivým informáciám o zdravom sexuálnom správaní, potenciálnych rizikách a metódach ochrany, prevencie pred neželanými dôsledkami.



Väčšina školákov má zamestnaných rodičov (nad 85%), no zároveň polovica školákov spadá do kategórie nízkej miery blahobytu. Na základe predchádzajúcich výskumov sa dá predpokladať, že iba pätina rodičov má základné alebo učňovské vzdelanie (Madarasová, 2005). V našej populácii teda i zamestnaný rodičia s maturitným vzdelaním nedokážu zabezpečiť aspoň strednú mieru materiálneho zabezpečenia rodiny. Napriek tomu väčšina školákov hodnotila materiálne zabezpečenie rodiny uspokojivo.

Položka mapujúca hlad u školákov bola pôvodne zaradená s úmyslom merať extrémnu chudobu, no analýza zozbieraných údajov potvrdzujúca rovnomerný výskyt vo všetkých socioekonomických skupinách (Molcho a kol. 2006) naznačila, že táto položka mapuje skôr zanedbávanie, zlyhávajúcu organizáciu domácnosti a dysfunkčnosť rodiny. Zároveň bola potvrdená súvislosť s nezdravým nutričným správaním (menej častá konzumácia ovocia, zeleniny, tmavého chleba, častejšia konzumácia zemiakových lupienok, hamburgerov, nepravidelné raňajkovanie), vyšším rizikom fyzických a psychických symptómov a nižšou mierou životnej spokojnosti (Molcho a kol. 2006). V slovenskej populácii, takmer 11% školákov potvrdilo, že aspoň občas prídu do školy hladní, pretože doma nemajú dostatok jedla.

Zistenia týkajúce sa výskytu respektíve absencie socioekonomických nerovností v zdraví a rizikovom správaní adolescentov nie sú konzistentné (Madarasová Gecková, 2005). Na Slovensku, pravdepodobne v súvislosti so spoločenskou stabilizáciou, sa socioekonomické rozdiely v zdraví adolescentov postupne vytrácajú a kým v roku 1998 (n=2616, priemerný vek 15 rokov) boli potvrdené v skupine chlapcov i dievčat, v roku 2006 (n=2861, priemerný vek 15 rokov) už iba v skupine dievčat (Madarasova Geckova a kol. 2004, Salonna a kol. 2008a). Tieto štúdie identifikovali socioekonomickú pozíciu na základe informácií o vzdelaní a zamestnaní rodičov. V skupine slovenských adolescentov (n=2616, priemerný vek 15 rokov, zber údajov v roku 1998) bola potvrdená i súvislosť medzi socio-ekonomickou pozíciou (zamestnanie a vzdelanie rodičov, typ školy) a výskytom rizikového správania adolescentov (skúsenosť s fajčením, frekvencia fajčenia, skúsenosť s konzumáciou alkoholu, frekvencia konzumácie

alkoholu, skúsenosť s užívaním drog, nedostatok športovej aktivity, postoje k fajčeniu) s niektorými výnimkami, týkajúcimi sa väčšinou vzdelania rodičov ako indikátora socioekonomickej pozície a výskytu konzumovania alkoholu, respektíve užívania drog (Gecková a kol. 2002). Vplyv socioekonomického pozície na rizikové správanie adolescentov bol nepriamy a sprostredkujúcimi faktormi boli správanie rodičov a správanie rovesníkov (Madarasova Geckova a kol. 2005). Longitudinálna štúdia rizikového správania adolescentov (n=844, priemerný vek 15 rokov, zber údajov v roku 1998, druhá vlna v roku 2002) potvrdila, že s rastúcim vekom adolescentov vzrástla i miera vplyvu socioekonomických faktorov na rizikové správanie adolescentov (Salonna a kol. 2008b).

V rámci štúdie HBSC bohužiaľ neboli zozbierané informácie o vzdelaní rodičov a informácie o zamestnaní neboli spracované, takže nie je možné využiť tieto dve základné indikátory na zmapovanie socioekonomických rozdielov v zdraví a rizikovom správaní školákov. Socioekonomická pozícia bola identifikovaná podľa miery blahobytu rodiny a preto ich nemožno priamo porovnávať so štúdiami uskutočnenými v predchádzajúcom období. Na rozdiel od zistení z ostatných krajín zahrnutých do HBSC štúdie (Currie a kol. 2008), ktoré potvrdzujú súvislosť socioekonomickej pozície s celkovým hodnotením zdravia a výskytom zdravotných ťažkostí, sociálny gradient v zdraví znevýhodňujúci školákov z rodín s nižšou mierou blahobytu nebol v slovenskej vzorke adolescentov potvrdený. Respondenti z rodín s vyššou mierou blahobytu boli častejšie spokojní so svojim životom, no na druhej strane častejšie utrpeli úraz v poslednom roku. Tieto zistenia sú v súlade so zisteniami z ostatných krajín zahrnutých do HBSC štúdie (Currie a kol. 2008). Podobne ako v ostatných krajinách zahrnutých do HBSC štúdie (Currie a kol. 2008), vyššia miera blahobytu bola významným prediktorom každodennej konzumácie ovocia, fyzickej aktivity, no súvislosť s pravidelným raňajkovaním sa nepotvrdila. Len približne polovica zúčastnených krajín potvrdila sociálny gradient v rizikovom správaní ako je fajčenie, konzumácia alkoholu či sexuálne správanie (Currie a kol. 2008). Slovensko však patrí ku krajinám, kde sa táto súvislosť nepotvrdila. Na druhej strane v slovenskej populácii bola na rozdiel od ostatných krajín zúčastnených na HBSC štúdii (Currie a kol. 2008) potvrdená súvislosť vyššej miery blahobytu s vyššou pravdepodobnosťou užívania marihuany u školákov. I keď na základe predchádzajúcich štúdií sa dá predpokladať, že socioekonomické rozdiely v zdraví sa vytrácajú a naše zistenia sú v súlade s nimi, vzhľadom na diskutabilný indikátor socioekonomickej pozície je potrebné zistenia posudzovať opatrne, najmä v mladších vekových skupinách, ktoré sa obvykle vyznačujú hlbšími socioekonomickými rozdielmi v zdraví.

Použitá literatúra

- Alexander LM, Currie CC. Young people's computer use: implications for health education. *Health Education*, 2004, 4:254–261.
- American Academy of Paediatrics. Children, adolescents, and television. *Paediatrics*, 2001, 107:423-426.
- Amu O, Appiah K: Teenage pregnancy in the United Kingdom: Are we doing enough? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2006;11:314-318.
- Baumert PW Jr, Henderson JM, Thompson NJ.: Health risk behaviors of adolescent participants in organized sports. *Journal of Adolescent Health*, 1998;22:460-465.
- Baumister R, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 1995, 17:497–529.
- Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB: Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Social Science and Medicine*, 2004;59:1297-1306.
- Bennett SE, Nassim PA: School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health*, 2005;36(1):72-81.
- Berndt T. Friendship and friends' influence in adolescence. In: Muss R, Porton H, eds. *Adolescent behavior and society*. Boston, MA, McGraw-Hill, 1999.
- Bjorner JP, Kristensen TO, Orth-Gomer K, Tibblin G, Sullivan M, Westerholm P: Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine. *Forskningsrådsnämnden*. Uppsala: Ord & Form AB, 1996.
- Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Büller HR, Vandenbroucke JP: Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*, 1995;346(8990):1593-1596.
- Bogard L. Affluent adolescents, depression and drug use: The role of adults in their lives. *Adolescence*, 2005;40(158):281-306.
- Brown BB, Klute C. Friendships, cliques, and crowds. In: Adams GR, Berzonsky MD, eds. *Handbook of adolescence*. Oxford, Blackwell, 2003:330–348.
- Buchtová B: Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém. Grada, Praha, 2002.
- Burstroem B, Fredlund P: Self-rated health: is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 2001;55:836-840.
- Call KT, Nonnemaker J: Socioeconomic Disparities in Adolescent Health: Contributing Factors. *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, 2000.
- Canadian Paediatric Society: Impact of media use on children and youth. *Paediatric and Child Health*, 2003; 8:301–306.
- Castelli WP: Cardiovascular disease: pathogenesis, epidemiology, and risk among users of oral contraceptives who smoke. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999;180: 349-56.
- Cauce AM et al. Social support during adolescence: methodological and theoretical considerations. In: Nestmann F, Hurrelman K, eds. *Social networks and social support in childhood and adolescence*. Berlin, Walter de Gruyter, 1994:89–108.
- Chassin L, Pitts S, Prost J: Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002;70(1): 67-78.
- Christoffel KK, Scheidt PC, Agran PF, Kraus JF, McLoughlin E, Paulson JA: Standard definitions of childhood injury research: excerpts from a conference report. *Pediatrics*, 1992;89:1027-1034.
- Crockett LJ, Bingham CR, Chopak JS, Vicary JR: Timing of first sexual intercourse: The role of social control, social learning, and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 1996;25:89-111.
- Cubbin C, Santelli J, Brindis CD, Braveman P: Neighborhood context and sexual behaviors among adolescents: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2005;37:125-134.
- Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts Ch, Smith R, Currie D, Picket W, Richter M, Morgan A, Barnekow V: Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2005/2006 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, 2008.

- Currie C, Roberts Ch, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samda O, Barnekow Ramussen V: Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents. Report No. 4, 2004.
- De Matos MG, Barret P, Dadds M, Shortt A: Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in Schoolaged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 2003;18: 3-14.
- Dehne KL, Riedner G: Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Del Carmen Granado Alcon M, Pedersen JM, Carrasco Gonzalez AM. Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildren's drinking behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 2002, 61:319–331.
- Deligeoroglou E, Christopoulos P, Creatsas G: Contraception in Adolescence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2006;1092:78-90.
- Dias SF, Matos MG, Goncalves AC. Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour in School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):200–204.
- Diener E, Diener M: Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995;68: 653-662.
- Diener E: Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 1984;95: 542-575.
- Dietz W: Factors associated with childhood obesity. *Nutrition*, 2002;7(4):290-291.
- Dilorio C, Dudley WN, Kelly M, Soet JE, Mbwarra J, Potter JS: Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13-through 15-year-old adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2001;29: 208-216.
- Due P et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross-sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(2):128–132.
- Duncan SC, Duncan TE, Hops H: Progressions of alcohol, cigarette and marijuana use in adolescence *Journal of Behavioral Medicine*, 1998;21(4):375-88.
- Edmunds H, Hill AJ: Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 1999;25: 435-440.
- Edwards LM, Lopez SJ: Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in Mexican American youth: A mixed-methods exploration. *Journal of Counselling Psychology*, 2006;53: 279-287.
- Eickhoff C: Protection or risk? Family environments reflected in communication between parents and their children. *Research and Practice of Health Promotion*, 2001.
- Ellickson PL, McGuigan KA, Klein DJ: Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *Journal of Adolescent Health*, 2001;29(2):101-108.
- Engeland A: Obesity in adolescence and adulthood and risk of adult mortality. *Epidemiology*, 2004;15: 79-85.
- Engeland A: Body mass index in adolescence in relation to total mortality: 32-year follow-up of 227 000 Norwegian boys and girls. *American Journal of Epidemiology*, 2003;157: 517-523.
- Európska stratégia pre zdravie a vývoj detí a adolescentov, WHO 2005, <http://www.detskylekar.sk/zc/img/European_Strategy_for_Child_and_adolescent_Health_and_Development.pdf> [cit. 2007-11-18].
- Farley TM, Meirik O, Chang CL, Poulter NR: Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998;52(12): 775-85.
- Fernandez E, Schiaffino A, La Vecchia C, Borrás JM, Nebot M, Salto E, Tresserras R, Rajmil L, Villalbi JR, Segura A: Age at starting smoking and number of cigarettes smoked in Catalonia, Spain. *Preventive Medicine*, 1999; 28(4):361-366.
- Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, Gillman MW, Colditz GA: Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 2003;112(4): 900-6.
- Forrester K, Biglan A, Severson HH, Smolkowski K: Predictors of smoking onset over two years. *Nicotine & Tobacco Research*, 2007;9(12): 1259-67.
- Frary CD, Johnson RK, Wang MQ: Children and adolescents' choices of food and beverages high in added sugars are associated with intakes of key nutrients and food groups. *Journal of Adolescent Health*, 2004;34: 56-63.
- Fuligni AJ et al. Early adolescent peer orientation and adjustment during high school. *Developmental Psychology*, 2001, 37(1):28–36.

- Garriguet D: Early sexual intercourse. *Health Reports: Statistics Canada*, 2005;16(3): 11-21.
- Geckova A, Pudelsky M, Tuinstra J: Kontakty s rovesníkmi, socialna siet a socialna podpora z pohladu adolescentov. *Psychopatopsychol dietata*, 2000;32(2):121-136
- Ge XJ, Elder GH, Regnerus M, Cox C: Pubertal transitions, perceptions of being overweight and adolescents' psychological maladjustment: gender and ethnic differences. *Social Psychology Quarterly*, 2001;64: 363-375.
- Ginter E, Havelková B: Demografické údaje o prevalencii nadváhy a obezity v detstve: Slovensko a svet. *Medicínsky monitor*, 2004;6: 12-13.
- Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J: Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse. Results from 24 countries. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2008; 62(1): 66-73.
- Gohm C, Oishi S, Darlington J, Diener E: Culture, parental conflict, parental marital status, and the subjective well-being of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 1998;60: 319-334.
- Green paper. "Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases", Brussels, 2005.
- Greydanus DE, Patel DR, Rimsza ME: Contraception in the Adolescent: An Update. *Pediatrics*, 2001;107(3): 562-573.
- Gross EF, Juvonen J, Gable SLN. Internet use and well-being in adolescence. *Journal of Social Issues*, 2002, 58:75-90.
- Guo SS: Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: the Fels Longitudinal Study. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 2000, 24:1628-1635.
- Hakala PT et al. Frequent computer-related activities increase the risk of neck, shoulder and low back pain in adolescents. *European Journal of Public Health*, 2006, 16(5):536-541.
- Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC: Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, 2006;36: 1019-1030.
- Halldórsson M, Kunst AE, Mackenbach JP, Mackenbach JP: Socio-economic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of the five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 2000;10(4): 281-288.
- Hammond D: Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. *Tobacco Control*, 2005;14(3): 181-5.
- Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE: International survey of self-reported medicine use among adolescents. *The Annals of Pharmacotherapy*, 2003;37: 361-366.
- Harel Y. A cross-national study of youth violence in Europe. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1999, 11:121-134.
- Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B: Subjective health complaints in adolescence – a cross national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001;11: 4-10.
- Hetland J, Torsheim T, Aarø LE: Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002;30: 223-230.
- Hertzman C, Power C, Matthews S, Manor O: Using an interactive framework of society and lifecourse to explain self-rated health in early adulthood. *Social Science and Medicine*, 2001;53:1575-1585.
- Hoglund D, Samuelson G, Mark A: Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998;52: 784-789.
- Ilder EL, Benyamani Y: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997;38: 21-37.
- Isralowitz RE, Trostler N: Substance use: toward an understanding of its relation to nutrition-related attitudes and behavior among Israeli high school youth. *Journal of Adolescent Health*, 1996;19: 184-189.
- Jakušová L, Dostál A: Stravovacie zvyklosti adolescentov a zdravotné riziká, 2. konferencia „Škola a zdraví 21“, Brno 2006. 4 s. [online]. [cit. 2007-11.18.]. Dostupné na internete: <http://www.ped.muni.cz/z21/sbornik_06/pdf/081.pdf
- Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W: Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 2004;113: 1187-1194.
- Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Pickett W: The independent influence of physical inactivity and obesity on health complaints in 6th to 10th grade Canadian youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 2004;1: 331-343.
- Jarvis MJ: Why people smoke. *British Medical Journal*, 2004;328(7434): 277-9.

- Jessor R, Jessor SL: Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York, NY, Academic Press, 1990.
- Juriková T, Seresová K, Matuškoči J: Význam ovocia vo výžive detí. 2. konferencia Škola a zdraví 21, Brno 2006. [cit. 2007-11.18.]. Dostupné na internete: <http://www.ped.muni.cz/z21/sbornik_06/pdf/082.pdf>.
- Katzmarzyk PT, Tremblay A, Perusse L, Despres JP, Bouchard C: The utility of the international child and adolescent overweight guidelines for predicting coronary heart disease risk factors. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2003;56: 456-462.
- Kautiainen S et al. Use of information and communication technology and prevalence of overweight and obesity among adolescents. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:925–933.
- Kelder SH, Perry CL, Klepp KI, Lytle LL: Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *Journal of Public Health*, 1994,84: 1121–1126.
- Kemmeren JM, Algra A, Meijers JC, Bouma BN, Grobbee DE: Effects of second and third generation oral contraceptives and their respective progestagens on the coagulation system in the absence or presence of the factor V Leiden mutation. *Thrombosis and Haemostasis*, 2002; 87(2): 199-205.
- Keski-Rahkonen A, Viken RJ, Kaprio J, Rissanen A, Rose RJ: Genetic and environmental factors in breakfast eating patterns. *Behavioural Genetics*, 2004;34: 503-514.
- Khuder SA, Dayalm HH, Mutgi AB: Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviour*, 1999;24(5): 673-7.
- Kraut R et al. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist*, 1998, 53:1017–1031.
- Krilov LR, Fisher M, Friedman SB, Reitman D, Mandel FS: Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*, 1998;102(2): 360-366.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- Kuntsche E, Overpeck MA, Pickett W, Craig WM, Boyce W, Gaspar de Matos M: Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 2006;39: 908-915.
- Kuntsche EN, Gmel G: Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 2004;99(3): 331-9.
- Kuortti M, Kosunen E: Risk-taking behaviour is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2009;27(1): 47-52.
- Lando HA, Thai DT, Murray DM, Robinson LA, Jeffery RW, Sherwood NE, Hennrikus DJ: Age of initiation, smoking patterns, and risk in a population of working adults. *Preventive Medicine*, 1999;29: 590-8.
- Latner JD, Stunkard AJ: Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research*, 2003;11: 452-456.
- Laufer A, Harel Y: The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2003; 5(3): 235-244.
- Laursen B: Conflict and social interaction in adolescent relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 1995;5(1): 55-70.
- Lidegaard O: Smoking and use of oral contraceptives: impact on thrombotic diseases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999;180: 357-63.
- Löe H: Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dentistry Journal*, 2000; 50: 129-39.
- Macgregor IDM, Regis D, Balding JW: Self-concept and dental health behaviors in adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 1997;24: 335-339.
- Mackenbach J, Bakker M: Reducing inequalities in health. Routledge London, 2002.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M: Socio-economic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective. In Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach. EUROTHINE. Final Report. (pp. 24-48). Erasmus MC, 2007.
- Madarasová Gecková A: Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví, PeGaS s.r.o. Michalovce, 2005, 125 s.
- Madarasová Gecková A, Žežula, I, van Dijk JP, Tuinstra J, Groothoff JW, Post D: Socio-economic inequalities in health among Slovak adolescents. *Social and Preventive Medicine*, 2004;49(1): 26-35.

- Madarasova Geckova A, Stewart R, van Dijk JP, Orosova O, Groothoff JW, Post D: Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents, *European Addiction Research* 2005;4: 204-209.
- Gecková A, van Dijk JP, Groothoff JW, Post D: Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. *Social and preventive medicine*, 2002;47: 233-239.
- Maes L, Lievens J. Can school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:517–529.
- Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S: Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal*, 2006;56: 159-67.
- Mardh PA, Creatsas G, Guaschino S, Hellberg D, Henry-Suchet J: Correlation between an early sexual debut, and reproductive health and behavioral factors: a multinational European study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000;5:177-182.
- McGrath C, Bedi R: Gender variation in the social impact of oral health. *Journal of the Irish Dental Association*, 2005;46: 87-91.
- Metcalf T: Sexual health: meeting adolescents' needs. *Nursing Standard*, 2004;18: 40-43.
- Metzler CW, Noell J, Biglan A, Ary D, Smolkowski K: The Social-Context for Risky Sexual-Behavior Among Adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 1994;17: 419-438.
- Milne D, Glasier A: Preventing repeat pregnancy in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 2008;20: 442-446.
- Molcho M, Gabhainn SN, Kelly C, Friel S, Kelleher C: Food poverty and health among schoolchildren in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Public Health Nutrition*, 2007;10(4): 364-370.
- Molcho M, Harel Y, Lash D: The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2004; 16(3): 223-51.
- Mrdjenovic G, Levitsky DA: Nutritional and energetic consequences of sweetened drink consumption. *Journal of Pediatrics*, 2003;142: 604-610.
- Nansel TR, Overpeck MD, Haynie DL, Ruan WJ, Scheidt PC: Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2003;157(4): 348-53.
- Nansel TR et al. Bullying behaviours among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(16):2094–2100.
- Nansel TR et al. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviours and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2004, 158:730–736.
- Nelson MD, Gordon-Larsen P: Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviours. *Pediatrics*, 2006;117: 1281–1290.
- Németh Á, Bodzsár ÉB, Aszmann A: Maturation status and psychosocial characteristics of Hungarian adolescents. *Anthropológiai Közlemények (Anthropological Communications)*, 2002;43: 85-94.
- Nevoral J: Výživa v dětském věku. Jihočany, H&H, 2003, s.434.
- Nováková J, Hamade J: Public Health Authority of the Slovak Republic, Bratislava, 2006.
- Nutbeam D et al. Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1993, 29(Suppl.1):25–30.
- Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series no. 894. Geneva, World Health Organization, 2004.
- Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Pepler D, Rubin K eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum. 1991:411–448.
- Orr DP, Beiter M, Ingersoll G: Premature Sexual-Activity as an Indicator of Psychosocial Risk. *Pediatrics*, 1991;87: 141-147.
- Paneurópsky TV prieskum UPC, 2007. <<http://www.tvcentrum.com/?action=show&art=5095>> [cit. 2008-01-08].
- Parfitt G, Eston RG: The relationship between children's habitual activity level and psychological well-being. *Acta Paediatrica*, 2005;94: 1791-1797.

- Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R: Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 1999;318: 765-768.
- Patton GC, Coffey C, Lynskey MT, Reid S, Hemphill S, Carlin JB, Hall W: Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*, 2007; 102(4): 607-615.
- Pavot WG, Diener E: Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 1993;5: 164-172.
- Peckham S: Preventing Unintended Teenage Pregnancies. *Public Health*, 1993;107: 125-133.
- Penedo FJ, Dahn JR: Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005;18: 189-193.
- Pepler DJ, Craig WM. A peek behind the fence: naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology*, 1995, 31(4):548-553.
- Psychology, 1995, 31(4):548-553. Pesa J: Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *Journal of School Health*, 1999;69(5): 196-201.
- Pickett W, Garner MJ, Boyce WF, King MA: Gradients in risk for youth injury associated with multiple-risk behaviours: a study of 11 329 Canadian adolescents. *Social Science and Medicine*, 2002;55: 1055-1068.
- Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen I, Kuntsche E, Mazur J, Harel Y, Boyce WF: Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 2005;11: 213-218.
- Pickett W, Schmid H, Boyce WF, Simpson K, Scheidt PC, Mazur J, Molcho M, King MA, Godeau E, Overpeck M, Asymann A, Szabo M, Harel Y: Multiple risk behaviours and injury: an international study of youth in 12 countries, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002;156(8): 786-93.
- Piko B, Fitzpatrick KM: Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science and Medicine*, 2001;53: 817-830.
- Pitel L, Madarasova Geckova A, Orosova O, van Dijk JP, Reijneveld SA: Gender Differences in Adolescent Health-Related Behaviour Diminished between 1998 and 2006. *Scandinavian Journal of Public Health* (posudzované), 2009.
- Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- Rahkonen O, Lahelma E: Gender, social class and illness among young people. *Social Science and Medicine*, 1992; 34(6): 649-656.
- Ramström J: Adverse Health Consequences of Cannabis Use. A Survey of Scientific Studies Published up to and including the Autumn of 2003. Stockholm: National Institute of Public Health – Sweden, 2004.
- Rasmussen M et al. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(6):607-612.
- Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C: School and health. In: Currie C a kol., eds. 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, 2004.
- Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, Frick U: The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003;9(4):147-56.
- Resnick MD: Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, 1997;278(10): 823-32.
- Resnicow K: The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, 1991;6: 81-85.
- Roche AF, Sievogel RM, Chumlea WC, Webb P: Grading body fatness from limited anthropometric data. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1981;34: 2831-2838.
- Roche KM, Mekos D, Alexander C S, Astone NM, Bandeen-Roche K, Ensminger ME: Parenting influences on early sex initiation among adolescents: How neighborhood matters. *Journal of Family Issues*, 2005;26: 32-54.
- Salonna F, Middel B, Sleskova M, Madarasova Geckova A, Reijneveld SA, Grothoff JW, van Dijk JP: Deterioration is not the only prospect for adolescents' health: improvement among boys and girls in self-reported health between the ages of 15 and 19 years of age. *Croatian Medical Journal*, 2008a; 49(1): 66-74.
- Salonna F, van Dijk JP, Madarasova Geckova A, Sleskova M, Grothoff JW, Reijneveld SA: Social inequalities in changes in health-related behavior among Slovak adolescents aged between 15 and 19: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 2008b, 8:57, doi:10.1186/1471-2458-8-57

- Samdal O et al. Achieving health and educational goals through schools: a study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 1998, 13(3):383–397.
- Samdal O et al. Students' perceptions of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research*, 2000, 8(2):141–167.
- Santelli J, Ott MA, Lyon M, Rogers J, Summers D, Schleifer R: Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, 2006;38: 72-81.
- Schneider BH. *Friends and enemies: peer relations in childhood*. London, Arnold, 2000.
- Schnor C, Volmer-Larsen Niclasen B: Bullying among Greenlandic school children: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 2006;65: 305-312.
- Schofield HLT, Bierman KL, Heinrichs B, Nix RL: Predicting Early Sexual Activity with Behavior Problems Exhibited at School Entry and in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008;36: 1175-1188.
- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M (eds.): Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 2000;55: 5-183.
- Settertobulte W, Matos M. Peers and health. In: Currie C et al., eds. *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, 2004.
- Sheiham A: Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutrition*, 2001;4: 569-591.
- Siegel JM, Yancey AK, Aneshensel CS, Schuler R: Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 1999;25(2): 155-165.
- Simpson K, Janssen I, Craig WM, Pickett W: Multi-level analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005;59: 1072-1077.
- Sosin DM, Koepsell TD, Rivara FP, Mercy JA: Fighting as a marker for multiple problem behaviours in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 1995;16(3): 209-15.
- St Onge MP, Keller KL, Heymsfield SB: Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003;79: 537-543.
- Stice E, Hayward C, Cameron R, Killen J, Taylor C: Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000;109(3): 438-444.
- Strauss RS: Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents. National Health and Nutrition Examination Survey III. *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine*, 1999;153: 741-747.
- Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, Hergenroeder AC, Must A, Nixon PA, Pivarnik JM, Rowland T, Trost S, Trudeau F: Evidence based physical activity for school-age children. *Journal of Pediatrics*, 2005;146(6): 732-37.
- Subrahmanyam K, Greenfield P, Kraut R. The impact of computer use on children's and adolescents' development. *Applied Developmental Psychology*, 2001, 22:7–30.
- Suldo SM, Riley KN, Shaffer EJ. Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. *School Psychology International*, 2006, 27(5):567–582.
- Šlěšková M: Unemployment and the health of Slovak adolescents: VIENALA Press, Kosice, 2006.
- Tahmassebi JF, Duggal M, Malik-Kotru G, Curzon M: Soft drinks and dental health: a review of the current literature. *Journal of Dentistry*, 2006; 34(1): 2-11.
- Takakura M, Wake N, Kobayashi M: Relationship of condom use with other sexual risk behaviors among selected Japanese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2007;40(1): 85-8.
- Teitler JO: Trends in youth sexual initiation and fertility in developed countries: 1960–1995. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 2002; 580: 134-152.
- The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
- The European Tobacco Control Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
- The Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986.
- Thome J, Espelage DL: Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 2004;5: 337-51.

- Thompson AM, Chad KE: The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *Journal of Adolescent Health*, 2002;31: 183-89.
- Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S: Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine*, 2004;59(1): 1-12.
- Torsheim T, Wold B^a: School-related stress, school support and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescent Research*, 2001, 16(3):293-303.
- Torsheim T, Wold B^b: School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 2001;24: 701-713.
- Torsheim T, Wold B, Samdal O. The teacher and classmate support scale: factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13- and 15-year-old adolescents. *School Psychology International*, 2000, 21(2):195-212.
- Touger-Decker R, van Loveren C: Sugars and dental caries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003; 78: 88-892.
- Traeen B, Lundin Kvaem I: Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 1996; 9(7): 995-1006.
- Tripp J, Viner R: ABC of adolescence - Sexual health, contraception., and teenage pregnancy. *British Medical Journal*, 2005;330: 590-593.
- Tuinstra J: Health in Adolescence. An Empirical Study of Social Inequality in Health, Health Risk Behaviour and Decision Making Styles. Groningen: Northern Centre for Healthcare Research, 1998.
- Van Duyn MA, Pivonka E: Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 2000;100(12): 1511-21.
- Vereecken CA, Todd J, Roberts C, Mulvihill C, Maes L: Television viewing behavior and associations with food habits in different countries. *Public Health Nutrition*, 2006;9: 244-250.
- Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku za rok 2007. Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky. Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog. Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2008
- Wadsworth MEJ: Health inequalities in the life course perspective. *Social Science and Medicine*, 1997; 44(6): 859-869.
- Wallace P. *The psychology of the internet*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- Wardle J, Robb K, Johnson F: Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(8): 595-599
- Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Costa de Silva V, el Awa F, Thouros A, Rahman K, Fishburn B, Bettcher DW, Asma S: Centers for Disease Control and Prevention: Global Youth Tobacco Surveillance, 2000-2007. *MMWR Surveillance Summary*, 2008 Jan 25; 57(1): 1-28.
- Wellings K: Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006;368: 1706-1728.
- Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E: Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006;368: 1706-1728.
- Wesnes KA, Pincock C, Richardson D, Helm G., Hails S: Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite*, 2003;41: 329-331.
- West P, Macintyre S, Annandale E, Hunt K: Social class and health in youth: Findings from The West of Scotland Twenty-07 Study. *Social Science and Medicine*, 1990; 30(6): 665-673.
- Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH: Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 1997;337: 869-873.
- Whitehead M: The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO, 1990.
- WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Geneva: World Health Organization, 2007.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.
- Wilkinson R, Marmot M: Social determinants of health. The solid facts. WHO, Copenhagen, 1998.
- Wilkinson RB, Walford W: The measurement of adolescent psychological health: one or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence*, 1998;27: 443-455.
- Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E: Health-related quality of life of overweight and obese children. *Journal of the American Medical Association*, 2005;293: 70-76.

Williams JM, Currie C: Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 2000;20: 129-149.

Wolfe WS, Campbell CC, Frongillo EA, Haas JD, Melnik TA: Overweight schoolchildren in New York: prevalence and characteristics. *American Journal of Public Health*, 1994;84(5): 807-813.

World Health Assembly global strategy on diet, physical activity and health. Resolution WHA55.23. Geneva, World Health Organization, 2002.

World Health Organization: Sexually Transmitted Infections: Issues in Adolescent Health and Development. Geneva: World Health Organization, 2004.

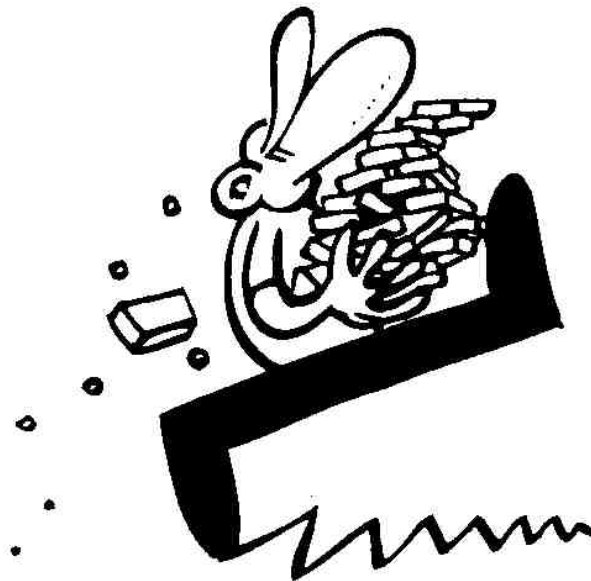
Young people at risk: HIV/AIDS among America's youth. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2002.

Younge SN, Salazar LF, Crosby RF, DiClemente RJ, Wingood GM, Rose E: Condom Use at Last Sex As A Proxy for Other Measures of Condom Use: Is It Good Enough? *Adolescence*, 2008;43: 927-931.

Youniss J, Yates M, Su Y: Social integration, community service and marijuana use in high school seniors. *Journal of Adolescent Research*, 1997;12(2): 245-262.

Zatonski W, Manczuk M, Sulkowska U: Closing the health gap in European Union. Warsaw: Cancer Epidemiology and Prevention Division, the Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, 2008.

Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW: Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 2001;29: 279-288.



Prílohy

Zdravie školákov

	Výskyt						Rodové rozdiely						Vekové rozdiely					
	11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		chlapci		dievčatá			
	ch	d	ch	d	ch	d	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)			
Celkové zdravie (nie veľmi dobré+zlé)	n	25	39	15	49	28	55	1,4(0,82-2,31)	2,7(1,51-4,91)	1,8(1,14-2,92)	0,9(0,51-1,55)	0,5(0,28-1,00)	0,7(0,44-1,03)	0,8(0,53-1,18)				
	%	4,5	6,1	2,7	7,0	5,0	8,8	ns	***	*	ns	ns	ns	ns				
Životná spokojnosť (spokojní, 6+)	n	502	554	514	576	479	494	0,8(0,56-1,08)	0,5(0,33-0,66)	0,7(0,51-0,91)	1,4(0,98-1,93)	1,8(1,26-2,59)	1,6(1,17-2,08)	1,2(0,95-1,62)				
	%	88,1	85,1	90,7	81,9	84,3	78,5	ns	***	*	ns	***	***	ns				
Zdravotné ťažkosti (2+)	n	179	247	190	322	209	308	1,3(1,03-1,65)	1,7(1,32-2,08)	1,6(1,28-2,04)	0,8(0,63-1,04)	0,9(0,68-1,11)	0,7(0,52-0,82)	0,9(0,71-1,10)				
	%	32,5	38,6	34,0	46,0	37,3	49,0	*	***	***	ns	ns	***	ns				
Úrazy (výskyt)	n	329	336	298	293	279	243	0,7(0,58-0,92)	0,7(0,52-0,81)	0,6(0,51-0,81)	1,6(1,23-1,96)	1,2(0,95-1,52)	1,8(1,42-2,20)	1,2(0,98-1,52)				
	%	58,9	51,1	52,6	41,9	47,9	37,2	**	***	***	***	ns	***	ns				

Rodina, rovesníci, škola

	Výskyt				Rodové rozdiely				Vekové rozdiely							
	11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11vs15		13vs15	
	ch	d	ch	d	ch	d	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	
Komunikácia s otcom (ľahká, veľmi ľahká)	n															
	%															
Komunik. s matkou (ľahká, veľmi ľahká)	n															
	%															
Blízki priatelia (3 a viac priateľov)	n	476	521	480	543	473	480	0,8(0,62-1,12)	0,6(0,48-0,85)	0,6(0,48-0,86)	1,0(0,74-1,37)	1,1(0,79-1,49)	1,3(1,00-1,70)	1,1(0,83-1,39)	ns	
	%	83,4	80,7	84,4	77,5	83,3	76,2	ns	*	*	ns	ns	ns	ns		
Priatelia cez deň (4 a viac dní v týždni)	n	402	423	414	484	426	460	0,8(0,63-1,02)	0,8(0,66-1,07)	0,9(0,71-1,18)	0,8(0,62-1,04)	0,9(0,69-1,17)	0,7(0,55-0,89)	0,8(0,65-1,04)	ns	
	%	70,3	65,4	72,6	68,9	74,7	73,0	ns	ns	ns	ns	ns	*	ns		
Večery s priateľmi (4 a viac dní v týždni)	n	244	219	294	329	347	355	0,7(0,55-0,87)	0,8(0,65-1,02)	0,8(0,64-1,01)	0,5(0,37-0,59)	0,7(0,53-0,86)	0,4(0,32-0,50)	0,7(0,55-0,85)	***	
	%	42,7	33,9	51,9	46,7	61,4	56,2	**	ns	ns	***	***	***	***		
IT kontakty (každý deň)	n	89	143	166	271	218	294	1,5(1,14-2,05)	1,5(1,18-1,90)	1,4(1,09-1,73)	0,3(0,22-0,39)	0,7(0,52-0,85)	0,3(0,26-0,42)	0,7(0,58-0,90)	***	
	%	15,5	21,9	29,3	38,3	38,4	46,2	**	***	***	***	***	***	***		
Postoj k škole (veľmi sa mi páči)	n	94	137	46	63	51	90	1,3(1,01-1,81)	1,1(0,75-1,67)	1,7(1,17-2,41)	1,9(1,38-2,86)	0,9(0,59-1,35)	1,6(1,20-2,14)	0,6(0,42-0,84)	*	
	%	16,4	20,9	8,0	8,9	9,0	14,2	*	ns	*	*	ns	*	*		
Školský výkon (dobrý, veľmi dobrý)	n	432	530	438	586	392	490	1,4(1,10-1,91)	1,5(1,12-1,95)	1,5(1,18-1,98)	1,4(1,07-1,80)	1,5(1,15-1,96)	1,3(1,00-1,72)	1,4(1,10-1,90)	*	
	%	75,7	81,8	77,1	83,3	69,1	77,4	*	*	*	*	*	*	ns		
Stres v škole (niekedy, často)	n	173	203	226	336	199	284	1,1(0,83-1,35)	1,4(1,10-1,72)	1,(1,21-1,93)	0,8(0,63-1,03)	1,2(0,98-1,59)	0,6(0,44-0,70)	1,1(0,90-1,39)	ns	
	%	30,3	31,4	40,2	48,0	35,0	45,2	ns	*	*	ns	ns	*	*		
Opora spolužiakov (skôr/úplne súhlasím)	n	291	331	227	296	254	272	1,0(0,77-1,21)	1,1(0,86-1,35)	0,9(0,73-1,16)	1,3(1,05-1,68)	0,8(0,56-1,04)	1,4(1,12-1,74)	1,0(0,77-1,20)	ns	
	%	52,3	51,4	40,5	42,2	45,2	43,1	ns	ns	ns	*	ns	*	ns		
Obet šikanovania (najmenej 2-3x mes.)	n	41	20	41	28	30	15	0,4(0,24-0,70)	0,5(0,32-0,86)	0,4(0,23-0,82)	1,4(0,86-2,26)	1,4(0,88-2,31)	1,3(0,66-2,56)	1,7(0,90-3,23)	ns	
	%	7,2	3,1	7,4	4,0	5,3	2,4	*	*	*	ns	ns	ns	ns		
Účastní šikanovania (najmenej 2-3x mes.)	n	65	77	95	25	42	51	0,3(0,19-0,50)	0,4(0,27-0,59)	0,4(0,30-0,63)	0,6(0,46-0,91)	0,8(0,58-1,11)	0,5(0,28-0,75)	0,7(0,48-1,12)	ns	
	%	11,6	3,9	14,0	6,1	16,8	8,1	*	*	*	*	*	*	*		

So zdravím súvisiace správanie školákov (stravovanie, fyzická aktivita)

	Výskyt												Rodové rozdiely						Vekové rozdiely					
	11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		chlapci		dievčatá		11vs15		13vs15					
	ch	d	ch	d	ch	d	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)					
Raňajkovanie – Po -Pi (každý deň)	MQ5	n	361	392	313	324	297	0,9(0,72-1,12)	0,7(0,56-0,89)	0,7(0,56-0,90)	0,7(0,56-0,90)	1,3(1,04-1,64)	1,0(0,78-1,23)	1,0(0,79-1,20)	1,6(1,30-2,00)	1,0(0,79-1,20)	1,0(0,79-1,20)	1,0(0,79-1,20)	1,0(0,79-1,20)					
		%	59,7	57,0	52,7	44,3	45,1	ns	**	**	**	*	ns	***	***	ns	ns	ns	ns					
Ovocie (každý deň)	MQ6	n	181	237	185	240	219	1,2(0,97-1,55)	0,8(0,64-1,01)	1,8(1,38-2,30)	1,8(1,38-2,30)	1,6(1,20-2,03)	1,7(1,27-2,14)	1,0(0,79-1,23)	1,1(0,86-1,35)	1,0(0,79-1,23)	1,0(0,79-1,23)	1,0(0,79-1,23)						
		%	30,4	34,8	31,5	32,9	33,2	ns	ns	***	***	***	***	***	ns	ns	ns	ns	ns					
Sladené nápoje (každý deň)	MQ6	n	202	220	233	252	237	0,9(0,74-1,17)	0,8(0,64-1,01)	0,8(0,61-0,96)	0,8(0,61-0,96)	0,7(0,55-0,89)	0,9(0,71-1,13)	0,9(0,68-1,07)	0,9(0,68-1,07)	0,9(0,75-1,17)	0,9(0,75-1,17)	0,9(0,75-1,17)						
		%	34,1	32,5	39,7	34,6	36,0	ns	ns	*	*	**	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns					
Umyvanie zubov (viac ako raz denne)	MQ11	n	294	363	306	471	295	1,2(0,97-1,50)	1,7(1,35-2,11)	3,1(2,40-3,88)	3,1(2,40-3,88)	0,9(0,75-1,17)	1,1(0,85-1,35)	0,4(0,29-0,47)	0,6(0,47-0,75)	0,6(0,47-0,75)	0,6(0,47-0,75)	0,6(0,47-0,75)						
		%	48,5	53,2	52,0	64,6	75,5	ns	***	***	***	ns	ns	***	***	***	***	***	***					
Nadhmostnosť	MQ9	n	53	25	48	26	28	2,5(1,54-4,10)	2,4(1,45-3,87)	2,0(1,26-3,31)	2,0(1,26-3,31)													
		%	9,1	3,8	8,4	3,7	4,4					ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns					
Postava (tučná, príliš tučná)	MQ8	n	53	74	69	114	109	1,3(0,87-1,82)	1,4(1,02-1,94)	1,8(1,29-2,55)	1,8(1,29-2,55)	0,9(0,59-1,30)	1,2(0,83-1,74)	0,9(0,70-1,24)	0,6(0,44-0,83)	0,9(0,70-1,24)	0,9(0,70-1,24)	0,9(0,70-1,24)						
		%	8,7	10,8	11,6	15,6	16,6	ns	*	***	***	ns	ns	ns	**	ns	ns	ns						
Redukcia váhy	MQ7	n	48	59	42	80	43	1,1(0,73-1,62)	1,6(1,09-2,38)	2,8(1,94-4,05)	2,8(1,94-4,05)	1,1(0,71-1,68)	1,0(0,62-1,51)	0,6(0,41-0,76)	0,4(0,30-0,59)	0,6(0,41-0,76)	0,6(0,41-0,76)							
		%	7,9	8,6	7,1	11,0	18,1	ns	*	***	***	ns	ns	ns	***	***	***	***						
Fyzická aktivita (každý deň)	MQ12	n	303	292	303	252	187	0,7(0,56-0,88)	0,5(0,40-0,63)	0,5(0,36-0,59)	0,5(0,36-0,59)	1,2(0,94-1,50)	1,2(0,94-1,50)	1,8(1,43-2,26)	1,8(1,43-2,26)	1,3(1,03-1,64)	1,3(1,03-1,64)							
		%	52,7	43,8	52,7	36,1	30,2	**	***	***	***	ns	ns	ns	***	***	*	*						
Pasívne trávenie času (2+ hod denne)		n	457	511	495	601	542	0,9(0,72-1,19)	0,9(0,67-1,20)	0,9(0,63-1,15)	0,9(0,63-1,15)	0,6(0,41-0,73)	0,9(0,67-1,26)	0,6(0,46-0,77)	0,6(0,46-0,77)	1,0(0,73-1,28)	1,0(0,73-1,28)							
		%	75,7	74,2	83,9	82,4	82,9	ns	ns	ns	ns	***	ns	***	***	***	ns	ns						

Rizikové správanie školákov (fajčenie, konzumácia alkoholu a kanabisu, fyzické násilie)

	Výskyt				Rodové rozdiely				Vekové rozdiely						
	11-roční		13-roční		15-roční		11-roční	13-roční	15-roční	chlapci		dievčatá			
	ch	d	ch	d	ch	d	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	11vs15	13vs15	11vs15	13vs15		
Skorá iniciácia fajčenia 15-ročných	MQ22	n	NA	NA	NA	223	202	15-roční	OR(95%CI)	15-roční	OR(95%CI)	13vs15	OR(95%CI)	13vs15	OR(95%CI)
		%	NA	NA	NA	40,2	32,0		ns	1,4(1,13-0,81)	ns	ns	ns	ns	
Fajčenie (aspoň raz týždenne)	MQ19	n	9	9	38	31	108	100	1,2(0,47-2,94)	1,6(0,96-2,55)	1,3(0,93-0,70)	0,1(0,04-0,14)	0,3(0,21-0,46)	0,1(0,04-0,15)	0,3(0,17-0,38)
		%	1,6	1,4	6,6	4,3	18,4	15,2							
Pitie alkoholu (aspoň raz týždenne)	MQ20	n	72	52	87	80	195	143	1,6(1,10-2,35)	1,4(1,03-1,98)	1,8(1,43-2,37)	0,3(0,24-0,44)	0,4(0,29-0,51)	0,4(0,26-0,52)	0,5(0,37-0,67)
		%	14,4	9,5	16,7	12,3	34,3	22,1							
Skorá opitnosť 15-ročných	MQ22	n	NA	NA	NA	NA	124	102	ns	ns	1,5(1,10-1,96)	ns	ns	ns	ns
		%	NA	NA	NA	NA	21,9	16,0							
Opitnosť (aspoň 2x v živote)	MQ21	n	15	10	88	86	231	205	1,7(0,77-3,86)	1,3(0,95-1,80)	1,4(1,13-1,81)	0,04(0,03-0,07)	0,3(0,21-0,38)	0,04(0,02-0,07)	0,3(0,24-0,41)
		%	2,8	1,6	15,6	12,4	39,5	31,3							
Užívanie kanabisu (aspoň raz ročne)	MQ23	n	NA	NA	NA	NA	121	94	ns	ns	1,60(1,19-2,15)	ns	ns	ns	ns
		%	NA	NA	NA	NA	21,3	14,5							
Užívanie kanabisu (aspoň raz mesačne)	MQ23	n	NA	NA	NA	NA	49	15	ns	ns	4,0(2,23-7,25)	ns	ns	ns	ns
		%	NA	NA	NA	NA	8,8	2,3							
Fyzické násilie (2+ minulý rok)	MQ29	n	187	76	186	85	142	52	3,8(2,78-5,04)	3,6(2,67-4,74)	3,7(2,65-5,26)	1,5(1,16-1,94)	1,5(1,13-1,90)	1,5(1,03-2,17)	1,5(1,07-2,22)
		%	33,5	11,8	33,0	12,1	25,1	8,2							

Národné štandardy BMI u detí a mládeže 7 – 18 rokov

Výsledky celoštátneho antropometrického prieskumu,
Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava, 2006

Telesná proporcionalita (nadmotnosť a obezita) sa hodnotí pomocou rastového indexu Body Mass Index **BMI = hmotnosť /výška²** [kg/m²]

Určenie vekovej skupiny podľa WHO: Počíta sa vek na celé roky ku dňu merania výšky a hmotnosti, t.j. napr. do vekovej skupiny 6 ročných patria všetky deti, ktoré v deň merania majú viac ako 6 rokov a menej ako 7 rokov.

Tab. 1

Štandardné hodnoty BMI pre chlapcov – percentily (CAP 2001, desatinné vekové členenie - WHO)

Vek (roky) Age (years)	Percentily BMI – chlapci (boys)						
	3	10	25	50	75	90	97
7	11,42	12,81	14,26	15,83	17,40	18,85	20,24
8	10,39	12,24	14,19	16,29	18,39	20,34	22,19
9	11,56	13,22	14,97	16,86	18,75	20,50	22,16
10	11,53	13,33	15,22	17,27	19,32	21,21	23,01
11	12,01	13,80	15,68	17,71	19,74	21,62	23,41
12	12,42	14,26	16,19	18,28	20,37	22,30	24,14
13	12,98	14,84	16,80	18,92	21,04	23,00	24,87
14	13,70	15,57	17,53	19,66	21,78	23,75	25,62
15	14,53	16,31	18,18	20,20	22,22	24,09	25,87
16	15,17	16,94	18,80	20,80	22,81	24,67	26,43
17	15,78	17,59	19,49	21,55	23,60	25,50	27,32
18	16,00	17,81	19,72	21,78	23,84	25,75	27,57

Novakova J., Hamade J., Public Health Authority of the Slovak Republic, Bratislava, 2006

Použitie: vyššie uvedeným spôsobom určite hodnotu BMI, potom v tejto tabuľke nájdite v riadku vekovej skupiny, kde sa zistená hodnota BMI nachádza. Ak je väčšia ako hodnota 90. percentilu, Vaše dieťa má nadhmotnosť. Ak je nad 97. percentilom, je navyše aj obézne.

Tab. 2

Štandardné hodnoty BMI pre dievčatá – percentily (CAP 2001, desatinné vekové členenie - WHO)

Vek (roky) Age (years)	Percentily BMI – dievčatá (girls)						
	3	10	25	50	75	90	97
7	11,63	12,95	14,35	15,85	17,36	18,76	20,08
8	11,34	12,88	14,49	16,23	17,97	19,59	21,12
9	11,69	13,25	14,89	16,66	18,43	20,07	21,63
10	11,42	13,25	15,17	17,24	19,32	21,23	23,06
11	11,81	13,75	15,79	18,00	20,20	22,24	24,19
12	12,70	14,53	16,46	18,54	20,62	22,55	24,38
13	13,18	15,15	17,22	19,46	21,69	23,76	25,73
14	14,15	15,87	17,68	19,64	21,59	23,41	25,13
15	14,71	16,48	18,34	20,34	22,35	24,21	25,98
16	14,88	16,75	18,72	20,85	22,98	24,95	26,83
17	15,32	17,08	18,93	20,93	22,93	24,78	26,54
18	15,21	17,03	18,95	21,02	23,10	25,01	26,84

Novakova J., Hamade J., Public Health Authority of the Slovak Republic, Bratislava, 2006

Použitie: vyššie uvedeným spôsobom určíte hodnotu BMI, potom v tejto tabuľke nájdite v riadku vekovej skupiny, kde sa zistená hodnota BMI nachádza. Ak je väčšia ako hodnota 90. percentilu, Vaše dieťa má nadhmotnosť. Ak je nad 97. percentilom, je navyše aj obézne.

ISBN 978-80-89284-29-0



9 788089 284290