



Sociálne determinanty zdravia školákov

HBSC - Slovensko
2009 / 2010

Národná správa o zdraví a so zdravím
súvisiacom správaní 11, 13 a 15-
ročných školákov na základe
prieskumu uskutočneného v roku
2009/2010 v rámci medzinárodného
projektu „Health Behaviour in School
Aged Children“ (HBSC).



ÚRAD
VEREJNÉHO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ
REPUBLIKY



**World Health
Organization**

Country Office in Slovakia
Kancelária WHO na Slovensku



Sociálne determinanty zdravia školákov

HBSC - Slovensko - 2009/2010

Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní sa 11, 13, a 15-ročných školákov
na základe prieskumu uskutočneného v roku 2009/2010 v rámci medzinárodného projektu
„Health Behaviour in School Aged Children“ (HBSC)

Editori:

Doc. Andrea Madarasová Gecková, PhD

Mgr. Zuzana Veselská, PhD

MUDr. Jana Kollárová

Autorský kolektív:

Doc. MUDr. Tibor Baška, PhD

Doc. Mgr. Martina Bašková, PhD

MVDr. Ladislav Bobák, CSc.

Mgr. Daniela Bobáková

MUDr. Ján Fedačko, PhD

Mgr. Martina Gibalová

Mgr. Viktória Jakubková

MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD

Mgr. Peter Kolarčík

MUDr. Jana Kollárová

Mgr. Peter Koncz

Mgr. Lukáš Pitel

Bc. Jaroslava Rondošová

Mgr. Mária Sarková, PhD

Mgr. Zuzana Tomčíková, PhD

Mgr. Zuzana Veselská, PhD

Doc. RNDr. Ivan Žežula, PhD

Recenzenti:

Doc. Peter Tavel, PhD

Prof. MUDr. Ján Buchanec, DrSc.

Vydal: Equilibria, s.r.o., Košice

Rok vydania: 2011

ISBN 978-80-89284-73-3

Jazyková korektúra: Mgr. Mária Sarková, PhD

Fotografia na obálke: ©Dušan Guzi, sanzi@sanzi.sk

Návrh obálky: Ing. René Říha

Ilustrácie: Ing. Michal Dankulinec, dankulinec@gmail.com, www.dankulinec.com

Tlač: Equilibria, s.r.o., Košice

PodĎakovanie: Projekt finančne podporil Regionálny úrad WHO pre Európu v rámci programu spolupráce s Ministerstvom zdravotníctva SR. Zároveň by sme chceli poďakovať MUDr. Darine Sedlákovej, riaditeľke Kancelárie WHO na Slovensku za všetrannú pomoc a podporu. Ďakujeme všetkým asistentom a mnohým ďalším spolupracovníkom, vďaka ktorým tento projekt mohol byť realizovaný. V neposlednom rade, poďakovanie patrí vedeniu škôl i samotným žiakom a ich rodičom za spoluprácu. Táto práca bola čiastočne podporená Agentúrou pre štrukturálne fondy Európskej únie v rámci projektu CEMIO, ITMS: 26220120058 (30%).



ÚRAD
VEREJNÉHO
ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ
REPUBLIKY



Obsah

Predhovor	7
<i>D. Sedláková</i>	
Zhrnutie kľúčových zistení a odporúčaní	8
<i>T. Baška, M. Bašková, L. Bobák, D. Bobáková, J. Fedačko, M. Gibalová, V. Jakubková, Z. Katreniaková, P. Kolarčík, J. Kollárová, Z. Veselská</i>	
Popis HBSC štúdie a prieskumu realizovaného na Slovensku v roku 2009/2010	12
<i>T. Baška, D. Bobáková, A. Madarasová Gecková, P. Kolarčík, P. Koncz, Z. Tomčíková, I. Žežula</i>	
Základné informácie o medzinárodnej, prierezovej štúdii zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa školákov	12
Základné informácie o štúdii realizovanej na Slovensku v roku 2009/2010	14
Ako interpretovať pomer šancí (OR) a konfidenčné intervaly (CI)?	16
HBSC projekt, národný tím	17
Zdravie školákov	20
<i>A. Madarasová Gecková, Z. Veselská, M. Bašková, J. Kollárová</i>	
Kľúčové zistenia	20
Celkové hodnotenie zdravia	21
Zdravotné ťažkosti	22
Životná spokojnosť	23
Psychická pohoda (KIDSCREEN)	24
Úrazy	25
Prostredie, v ktorom sa stal úraz	26
Nadhmotnosť a obezita	27
Sebahodnotenie svojej postavy	28
Nutričné správanie	29
<i>M. Bašková</i>	
Kľúčové zistenia	29
Raňajkovanie počas pracovných dní	30
Konzumácia ovocia	31
Konzumácia zeleniny	32
Konzumácia sladkostí	33
Konzumácia sladených nápojov	34
Dentálna hygiena	35
Redukcia telesnej hmotnosti	36

Fyzická aktivita	37
<i>M. Bašková, A. Madarasová Gecková</i>	
Kľúčové zistenia	37
Pravidelná fyzická aktivita	38
Dôvody fyzickej aktivity	39
Pasívne trávenie voľného času	42
Fajčenie tabaku	43
<i>T. Baška</i>	
Kľúčové zistenia	43
Prvé skúsenosti s fajčením tabaku	44
Skúsenosť s fajčením tabaku	45
Fajčenie tabaku za posledných 30 dní	46
Fajčenie tabaku aspoň raz za týždeň	47
Konzumácia alkoholu	48
<i>T. Baška</i>	
Kľúčové zistenia	48
Prvé skúsenosti s konzumáciou alkoholu	49
Konzumovanie alkoholu za posledných 30 dní	50
Konzumovanie alkoholu aspoň raz za týždeň	51
Konzumovanie jednotlivých druhov alkoholu aspoň raz za týždeň	52
Nadmerná konzumácia alkoholu	54
Prvé skúsenosti s opitosťou	55
Skúsenosť s opitosťou	56
Opitosť za posledných 30 dní	57
Dostupnosť alkoholu	58
Užívanie nelegálnych drog	59
<i>T. Baška</i>	
Kľúčové zistenia	59
Skúsenosť s užívaním kanabisu	60
Užívanie kanabisu za posledných 30 dní	61
Dostupnosť kanabisu	62

Sexuálne správanie	63
<i>P. Kolarčík, T. Baška</i>	
Kľúčové zistenia	63
Skúsenosť s pohlavným stykom	64
Ochrana pred neželaným tehotenstvom	65
Používanie kondómu	67
Rodinné prostredie	68
<i>Z. Tomčíková</i>	
Kľúčové zistenia	68
Rozvod rodičov	69
Komunikácia s rodičmi	70
Komunikácia s otcom	71
Komunikácia s matkou	72
Rodičovská kontrola	73
Trávenie času po škole - kontrola otcom	74
Trávenie času po škole - kontrola matkou	75
Rovesníci	76
<i>D. Bobáková</i>	
Kľúčové zistenia	76
Rizikové správanie sa rovesníkov	77
Sociálna opora rovesníkov v triede	78
Počet blízkych kamarátov	79
Čas trávený po škole s rovesníkmi	80
Čas trávený večer s rovesníkmi	81
Subkultúry mládeže	82
Škola	83
<i>Z. Katreniaková, A. Madarasová Gecková, M. Sarková</i>	
Kľúčové zistenia	83
Spokojnosť so školou	84
Stres v škole	85
Školský výkon	86
Neospravedlnené absencie v škole	87
Účasť na bitke	88
Obeť šikanovania v škole	89
Aktér šikanovania v škole	90

Školský dotazník	91
<i>J.Kollárová, A. Madarasová Gecková, J.Rondošová</i>	
Kľúčové zistenia	91
Závažné problémy v okolí školy	92
Celková atmosféra na škole	93
Závažné vnútorné problémy školy	94
Zariadenie a vybavenie školy	96
Podpora zdravia na školách	98
Stravovanie na školách	100
Sortiment ponúkaný v školských automatoch, obchodoch alebo bufetoch	102
Podpora fyzickej aktivity na školách	104
Podpora vyučovacích hodín telesnej výchovy	105
Dostupnosť zariadení pre fyzickú aktivitu a šport	106
Regionálne rozdiely	108
<i>L. Pítel</i>	
Kľúčové zistenia	108
Regionálne rozdiely v užívaní psychoaktívnych látok	109
Regionálne rozdiely v zdraví	111
Regionálne rozdiely v socioekonomických ukazovateľoch	113
Regionálne rozdiely v stave a vo vybavení škôl	115
Socioekonomické faktory	117
<i>A. Madarasová Gecková</i>	
Kľúčové zistenia	117
Najvyššie vzdelanie rodičov	118
Zamestnanosť rodičov	119
Majetkové pomery rodiny	121
Bezprostredné okolie školákov	122
Socioekonomické rozdiely v zdraví a so zdravím súvisiacom správaní sa školákov	125
Zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa rómskych školákov	130
<i>P. Kolarčík</i>	
Kľúčové zistenia	130
Etnicita určená používaným jazykom	131
Zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa rómskych školákov	132
Použitá literatúra	137
Prílohy	150

Predhovor

Nie raz sa zamýšľame, prečo dospievajúca mládež reaguje na svoje okolie, ako aj na samu seba tak, ako reaguje. Podľa čoho treba „primeranosť“ alebo „neprimeranosť“ reakcií merať? Aké sú dôvody, že postoje, názory, správanie dokážu byť aj na prvý pohľad v podobných komunitách výrazne odlišné?

V žiadnom prípade nespochybňujeme právo jednotlivca na to, aby si vybudoval vlastné názorové a postojoyé spektrum, predsa len zo spoločenského hľadiska máme snahu odhaliť a pochopiť, čo v tomto procese zohráva podstatnú úlohu.

Mimoriadne pozitívny ohlas, ktorého sa autorom dostalo po vydaní prvej Národnej správy o sociálnych determinantoch zdravia školákov vypracovanej na základe zozbieraných údajov v rokoch 2005/2006, nás povzbudil, aby sme po štyroch rokoch pristúpili k zopakovaniu obdobného prieskumu.

Národná správa vznikla opäť na podklade medzinárodnej štúdie (Health Behaviour in School Aged Children, HBSC), ktorá sa realizuje pod gesciou WHO/EURO v 42 krajinách. To umožňuje porovnať situáciu na Slovensku so situáciou v ostatných zúčastnených štátoch. Vypracovanie národnej správy zasa dokumentuje, či a ako sa situácia na Slovensku zmenila v priebehu štyroch uplynulých rokov.

Unikátne na tejto štúdii je, že na otázky v dotazníkoch odpovedajú priamo adolescenti. Anonymita je vysokou zárukou toho, že odpovede sú pravdivé a výsledkom je reálny obraz o ich živote, správaní sa a postojoch. Národný tím pre realizáciu štúdie na Slovensku sa rozhodol osloviť aj školy s vyučovacím jazykom maďarským a školy s prevahou rómskych žiakov, čím sa doplnil študovaný súbor o ďalších reprezentatívnych respondentov.

Kľúčové ciele štúdie a Národnej správy sú: poskytnúť informácie a dôkazy o vplyve sociálnych a ekonomických determinantov na správanie sa, na postoje k zdraviu a životu u vybranej skupiny adolescentov; zhodnotiť odlišnosti v zdraví u rómskej mládeže v porovnaní s ich rovesníkmi z majoritnej populácie a overiť vplyv vybraných mechanizmov na vytváranie a pretrvávajúce týchto odlišností; skúmať vplyv kultúrnych rozdielov vedúcich k rozdielom v zdravotnej gramotnosti; skúmať rozdiely v psycho-sociálnych charakteristikách; a vplyv kumulácie sociálneho, ekonomického a iného znevýhodnenia na rozdiely v zdraví.

Dovoľte mi poďakovať sa všetkým, ktorí sa zaslúžili o vznik tejto Národnej správy. Je to v prvom rade národný tím pod vedením Doc. PhDr. A. Madarasovej Geckovej PhD. Zázemie mu poskytla Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach, ktorá súhlasila aj s umiestnením webovej prezentácie národného tímu HBSC na svojom serveri. Je potešiteľné, že do realizácie štúdie boli zapojení aj študenti, ktorí z nej čerpali pre svoje bakalárske, diplomové aj doktorandské práce.

Ďakujeme všetkým školám, učiteľom, rodičom a najmä žiakom, ktorí súhlasili s účasťou v štúdii. Bez nich by Národná správa neexistovala.

Množstvo údajov a ich interpretácia v Národnej správe neslúži len vedeckým účelom. Ide o jedinečný zdroj informácií pre všetkých, ktorí sa zaoberajú deťmi a mládežou od úrovne tvorby politik až po každodennú starostlivosť o túto časť populácie. Verím, že im poslúži ako pomôcka pri plnení úloh v rámci podpory a ochrany zdravia detí a mládeže na Slovensku.

Darina Sedláková
riaditeľka Kancelárie
WHO na Slovensku

Zhrnutie kľúčových zistení a odporúčaní

T. Baška, M. Bašková, L. Bobák, D. Bobáková, J. Fedačko, M. Gibalová, V. Jakubková, Z. Katreniaková, P. Kolarčík, J. Kollárová, Z. Veselská

Úvodná kapitola prináša kľúčové zistenia z posledného zberu údajov v rokoch 2009/2010, ktoré sú v niektorých oblastiach porovnané s predchádzajúcim zberom uskutočneným v rokoch 2005/2006. Tieto informácie sú výsledkom analýzy dát získaných priamo od školákov, s výnimkou oblasti „školské prostredie“, ku ktorej sa mali možnosť vyjadriť riaditelia, prípadne iní poverení zamestnanci škôl.

V porovnaní s predchádzajúcim zberom sa potvrdili zistenia, že každé druhé dievča vo veku 13 a 15 rokov a každý tretí chlapec trpí najmenej dvoma zdravotnými ťažkosťami minimálne raz za týždeň. Pozornosť je potrebné venovať zvýšenému výskytu **zdravotných ťažkostí subjektívne udávaných dievčatami medzi 11-tym a 13-tym rokom, ktoré môžu naznačovať existenciu stresujúceho podnetu v ich prostredí** (školskom alebo rodinnom) a **podmieňovať rozvoj psychosomatických problémov**. Identifikované potenciálne stresujúce podnety je potrebné v spolupráci s rodinou, školou a ďalšími odborníkmi následne znižovať prípadne odstraňovať.

Každý tretí školák utrpel v uplynulom roku úraz, ktorý musel byť ošetrený lekárom alebo zdravotnou sestrou. V tejto oblasti bol v porovnaní s predchádzajúcim obdobím zaznamenaný výrazný pokles. Dominancia domáceho prostredia, ako miesta, kde sa pomerne často stávajú úrazy najmä 11-ročným chlapcom a dievčatám poukazuje na nevyhnutnosť uplatňovania účinných opatrení zameraných na zvýšenie bezpečnosti detí práve v tomto prostredí.

Medzi dôležité odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti pre prevenciu kardio-vaskulárnych ochorení (Graham et al. 2007) patrí odporúčanie (1) nefajčiť tabak, (2) aspoň 3 km chôdze denne alebo 30 minút akejkolvek miernej fyzickej aktivity, (3) každodenná konzumácia ovocia a zeleniny, (4) vyhýbanie sa nadváhe, pričom v týchto ukazovateľoch je možné odsledovať nepriaznivé trendy už v skupine školákov.

Asi polovica školákov získala prvé skúsenosti s fajčením tabaku vo veku 13 rokov a menej a vo veku 15 rokov už fajčí asi tretina z nich. Až polovica chlapcov nadobudla skúsenosti s pitím alkoholu vo veku 13 rokov a menej. **Najčastejšie konzumovaným druhom alkoholu je pivo. Okrem toho je rozšírené pitie väčšieho množstva alkoholu vedúce až k opitosti** (až 40% chlapcov vo veku 15 rokov uviedlo opitnosť aspoň dvakrát za život), pričom k prvej opitosti dochádza často už vo veku 13 rokov a menej (jedna štvrtina z tých, čo sa už niekedy opili). Asi jedna pätina chlapcov a viac ako jedna desatina dievčat má skúsenosť s užitím marihuany.

Preventívne opatrenia by sa v danej oblasti mali zameriavať najmä na **oddialenie prvých kontaktov s psychoaktívnymi látkami do čo najvyššieho veku**. Iniciácia v nižšom veku predstavuje zvýšené nebezpečenstvo bezprostredných spoločensko-zdravotných následkov, ako aj väčšie riziko závislosti a neskorších komplikácií. Keďže nárazové pitie vedúce k opitosti predstavuje obzvlášť vysoké riziko vedúce až k možnému ohrozeniu života, je nevyhnutné v rámci prevencie na toto zvlášť upozorňovať, a ako alternatívu je možné za určitých okolností pripustiť umiernenú občasnú spoločenskú konzumáciu alkoholu.

Zistená vysoká dostupnosť alkoholu a kanabisu u školákov poukazuje na nízku účinnosť platnej legislatívy ako aj veľkú mieru spoločenskej tolerancie užívania týchto látok u mládeže. Z tohto dôvodu je potrebné sprísniť kontrolu dodržiavania legislatívy zakazujúcej predaj a podávanie alkoholu deťom a mladistvým, ako aj opatrení na elimináciu nelegálnej distribúcie a predaja kanabisu. Zároveň je potrebné zvyšovať informovanosť verejnosti o negatívnych vplyvoch a následných dopadoch psychoaktívnych návykových látok a o dôležitosti príslušných preventívnych opatrení.

Frekvencia fyzickej aktivity je vo všetkých vekových kategóriách vyššia u chlapcov ako u dievčat, avšak v porovnaní s predchádzajúcim zberom poklesla. Pri príprave efektívnych intervenčných aktivít je dôležité zohľadniť aj zistené motivačné faktory, ktoré sa s vekom líšia. Hlavným motivačným

faktorom pre fyzickú aktivitu u mladších školákov je snaha byť dobrý v športe, kým pre starších školákov je to možnosť zabaviť sa.

Minimálne raz denne konzumuje ovocie menej ako polovica a zeleninu menej ako tretina školákov, pričom frekvencia konzumácie ovocia a zeleniny sa s vekom znižuje. Tieto výsledky sú porovnateľné s predchádzajúcim zberom a svedčia o pretrvávajúcom negatívnom trendu v tejto oblasti. Napriek tomu, že ovocie a zelenina je v dostatočnom množstve a frekvencii zaraďovaná do jedálnych lístkov v školskom stravovaní, je potrebné klásť dôraz na zlepšovanie podmienok podporujúcich ich skutočnú konzumáciu. Ďalšie intervencie orientované na podporu konzumácie ovocia a zeleniny je potrebné zamerať na zvyšovanie uvedomenia o jej dôležitosti pre zdravie.

Oproti poslednému zberu výskyt nadhmotnosti a obezity vzrástol a je vyšší v skupine chlapcov ako v skupine dievčat. V súvislosti s rastúcim výskytom nadhmotnosti a obezity u chlapcov, je potrebné zamerať sa predovšetkým na zistenie príčin podmieňujúcich tento negatívny trend a modifikovať jestvujúce, resp. navrhovať nové intervencie cielene zamerané na znižovanie ich vplyvu.

V porovnaní s inými krajinami je **nízky výskyt skúseností s pohlavným stykom u 15-ročných (13%) pozitívnym zistením.**

Nepoužívanie kondómu, ktoré bolo zistené u 40% sexuálne aktívnych školákov, znamená vysoké riziko možnej nákazy sexuálne prenosnými chorobami. Najvyšší hlásený počet sexuálne prenosných chorôb je vo veku 15 až 24 rokov. Najčastejšími sú chlamýdie, mykoplazmy, ureaplazmy. Prevažne asymptomatický priebeh týchto ochorení uľahčuje ich šírenie hlavne pri rizikovom sexuálnom správaní. Výsledkom ich dlhoročného pôsobenia môže byť neplodnosť spôsobená priamym pôsobením infekcií a/alebo navodením imunologických porúch. Kvapavka a syfilis, ktorých hlásenie je povinné, najčastejšie sprevádzajú chlamýdiové infekcie. Riziko predstavuje aj infekcia onkogénnymi kmeňmi HPV vírusov (Human Papilloma Virus) spôsobujúca rakovinu krčka maternice. **Ďalších 23% sexuálne aktívnych 15-ročných školákov používa hormonálnu antikoncepciu.** Je preto potrebná dostatočná informovanosť a včasná a primeraná sexuálna výchova. Okrem toho by mali byť samozrejmosťou pravidelné lekárske kontroly nielen u dievčat, ale aj u chlapcov. Dôležité je aj odstránenie bariér pre prevenciu, včasnú a dostupnú diagnostiku a intervenciu v prípade potreby. Intervenčné a edukačné aktivity by mali zahrnúť aj informácie o možných nežiadúcich účinkoch antikoncepčných metód. Podmienkou podania alebo predpisania antikoncepčného prostriedku s abortívnym účinkom by mal byť písomný informovaný súhlas po predchádzajúcom poučení.

Jedným z kľúčových elementov fungujúcej rodiny je adekvátna úroveň a kvalita komunikácie medzi rodičmi a ich deťmi, ktorá zároveň funguje ako významný protektívny faktor z hľadiska mnohých druhov rizikového správania sa (Currie et al. 2008). Adolescencia je v oblasti komunikácie medzi rodičmi a ich deťmi špecifickým obdobím – adolescenti hovoria s rodičmi menej často a komunikácia sa stáva vo všeobecnosti náročnejšou pre obidve strany (Barnes et Olson 1985). To naznačujú aj aktuálne zistenia, podľa ktorých sa **s pribúdajúcim vekom miera ľahkosti komunikácie školákov s rodičmi znižuje.** Pri vzájomnej komunikácii rodičov a adolescenta je potrebné zamerať pozornosť na posilnenie spoločne stráveného rodinného času, ktorý poskytne priestor na vzájomné počúvanie sa a vyjadrovanie pocitov. Akceptácia adolescenta ako rovnocenného partnera v komunikácii, vyjadrenie nielen negatívnych, ale predovšetkým pozitívnych postojov ku konaniu a prežívaniu adolescenta posilní jeho potrebu komunikovať s rodičmi a rešpektovať ich výchovný štýl a rodičovskú kontrolu.

Adekvátna miera takejto kontroly funguje ako protektívny faktor z hľadiska mnohých druhov rizikového správania, a to aj v prípadoch, ak je adolescent vystavený rizikovým vplyvom mimo rodiny (vplyv rovesníkov, trávenie času vonku a pod.) (Nash et al. 2005). Zistenia naznačujú, že **otcovia sa podieľajú výraznejšie na rodičovskej kontrole synov, kým matky na rodičovskej kontrole dcér.** V období adolescencie sa rodičovská kontrola stáva náročnejšou – zvyšujúca sa potreba autonómie a nezávislosti vedie adolescentov k častejšiemu tráveniu času mimo rodičovského domu a samotná rodičovská kontrola je založená čoraz menej na priamom pozorovaní správania sa adolescenta, a

čoraz viac na vzájomnej komunikácii medzi rodičmi a adolescentom (Loukas et Prelow 2004; Clark et al. 2008).

Adolescenti si pri napĺňaní sociálnej potreby akceptácie v rámci rovesníckej skupiny zvnútorňujú kultúrne normy a vzorce správania sa danej rovesníckej skupiny, ktoré často manifestujú vo forme rizikového správania (Tarrant et al. 2006). Príslušnosť k rovesníckej skupine poskytuje dospievajúcim priestor pre rozvíjanie ich vlastnej identity a emancipáciu sa z bezpečného rodinného prostredia. Rizikom ale môže byť nekritické prijímanie noriem a filozofie danej rovesníckej skupiny. Tieto skupiny mládeže sú často vnímané ako súčasť širších spoločenských útvarov, t. j. subkultúr mládeže (Smolík 2010). **K subkultúram mládeže (Hip – hop, Techno scéna, Metal, Punk či Skinheads) sa na základe našich zistení hlási polovica 15-ročných školákov.** Príslušnosť k subkultúre mládeže zvyšuje riziko účasti v nežiadúcich formách správania. Ďalšie analýzy potvrdzujú, že 40% členov mládežníckych subkultúr fajčí, nadmerne konzumuje alkohol a experimentuje s užívaním kanabisu (Bobáková zaslané). V praxi je dôležité upriamiť pozornosť **nielen na ciele preventívne programy pre dané skupiny mládeže, ale vytvárať aj priestor pre realizáciu rovesníckych aktivít subkultúr.** Podpora spoločensky akceptovaných rovesníckych aktivít vytvorí priestor pre sebaaprezentáciu osobnosti, zmysluplné trávenie voľného času a zdôrazní pozitívne aspekty zdravého životného štýlu.

V porovnaní s predchádzajúcim zberom dát zaznamenávame vo všetkých vekových skupinách **nárast spokojnosti so školou** (z 13% na 22% u všetkých školákov), zároveň však zostáva najnižší výskyt spokojnosti so školou u 15-ročných chlapcov. V tejto súvislosti je závažné zistenie, že každý tretí 15-ročný školák má v priebehu roka aspoň jednu neospravedlnenú absenciu v škole.

Aktuálne zistenia taktiež potvrdzujú **nárast výskytu násilného až agresívneho správania sa školákov a to najmä v mladších vekových ročníkoch.** Viac ako polovica chlapcov a asi pätina dievčat vo všetkých vekových skupinách priznáva účasť na fyzickej bitke aspoň raz v priebehu uplynulého roka. Za závažné je možné považovať zistenie, že zatiaľ čo miera výskytu agresívneho správania (aktér násillia najmenej 2-3krát za mesiac) zostáva u 15-ročných nezmenená, 11,- a 13,- roční chlapci sa vyrovnávajú s 15-ročnými a u 11- a 13-ročných dievčat je nárast výskytu takéhoto správania dokonca dvojnásobný v porovnaní s predchádzajúcim zberom. Medzi obeťami agresívneho správania sa pritom pribúdajú vo všetkých troch vekových skupinách dievčatá a tiež 11,- a 13,- roční chlapci. Tieto nepriaznivé trendy je potrebné ďalej hlbšie skúmať, najmä z hľadiska ich možných príčin. Tieto zistenia zároveň poukazujú na potrebu preventívneho pôsobenia už u detí v mladšom školskom veku, ako aj na potrebu sociálno-psychologických intervencií orientovaných na podporu medziľudských vzťahov založených na vzájomnej úcte (bez ohľadu na vek, či pohlavie).

Vytváranie zdravia podporujúceho prostredia v školách vedie k budovaniu a posilňovaniu zodpovednosti za zdravie vlastné, ale aj zdravie celej školskej komunity. Pozitívnym zistením štúdie je, že **školy majú sformulované ciele podpory zdravia a vypracované plány aktivít pre ich napĺňanie. Vážnym problémom sú však chýbajúce zdroje na implementáciu týchto plánov.** Zabezpečenie realizácie aktivít podporujúcich zdravie v školskom prostredí by malo byť riešené systematicky, a to predovšetkým z pohľadu ich udržateľného finančného krytia (napr. grantové schémy v rámci Národného programu podpory zdravia), ale aj dostatočných personálnych kapacít.

Vzhľadom k vysokému percentu škôl, ktoré sú schopné žiakom poskytovať teplé obedy, tradíciám školského stravovania v SR a možnostiam ovplyvňovania úrovne stravovania zo strany orgánov verejného zdravotníctva smerom k zdravej výžive, je percento žiakov konzumujúcich obedy v školských jedálňach pomerne nízke. Zistiť príčiny tohto stavu a zatriktívniť školské stravovanie je spoločnou úlohou škôl, stravovacích zariadení, rodičov aj verejných zdravotníkov. Keďže ponuka ovplyvňuje výber, sortiment v bufetoch a školských obchodoch by mal v najvyššej možnej miere spĺňať požiadavky zdravej výživy pre vekovú skupinu adolescentov.

Častými a závažne vnímanými problémami škôl sú vandalizmus, záškoláctvo, fyzické konflikty a šikanovanie medzi žiakmi, ako aj verbálne útoky žiakov voči učiteľom. Učiteľ je tak vo svojej pedagogickej praxi vystavený mnohým interpersonálnym podnetom a situáciám, na ktoré musí

reagovať a riešiť ich vo vzťahu k žiakom, školskej triede, učiteľom a rodičom. Každodenné množstvo komunikačných interakcií môže vyvolávať u učiteľa napätie, vyčerpanosť a stres. V prostredí školy vnímame ako potrebné zamerať sa aj na podporu tréningových programov na posilnenie odolnosti učiteľa voči stresu a náročným školským situáciám.

Rómovia sú jednou z najväčších etnických menšín na území Slovenska aj keď ich identifikácia je problematická. V sčítaní obyvateľov v roku 2001 sa k rómskej národnosti prihlásilo len 89.920 občanov (1,7% populácie), pričom podľa atlasu Rómskych komunít z roku 2004 na Slovensku žije približne 380.000 Rómov (7,2% populácie) (Filadelfiová et al. 2007). Niektoré odhady hovoria o počte 500.000 - 750.000 (Koupilová et al. 2001). Rómovia nepredstavujú homogénnu skupinu. Niektoré výskumy naznačujú, že Rómovia majú horší zdravotný stav a nezdravý životný štýl spojený s rizikovým správaním. Výsledky štúdie HBSC 2009/2010 naznačujú, že **tá časť rómskej školop povinnej populácie, ktorá je v ZŠ, sa výrazne nelíši od majoritnej populácie, napriek niektorým rozdielom v subjektívnom hodnotení zdravia, frekvencii fajčenia, výskyte úrazov a šikanovania.** (Kolarčík et al. 2009, Kolarčík et al. 2010).



Popis HBSC štúdie a prieskumu realizovaného na Slovensku v roku 2009/2010

T. Baška, D. Bobáková, A. Madarasová Gecková, P. Kolarčík, P. Koncz, Z. Tomčíková, I. Žežula

Základné informácie o medzinárodnej, prierezovej štúdii zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa školákov

„Health Behaviour in School Aged Children“ (ďalej len 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 získaných z ôsmej vlny zberu údajov.

Cieľom štúdie je monitorovať zdravie, so zdravím súvisiace správanie sa školákov v ich sociálnom kontexte a prehĺbiť porozumenie mechanizmov ovplyvňujúcich rozdiely a zmeny v zdraví a rizikovom správaní sa školákov. Tieto poznatky sú dôležité pre tvorbu 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 Edinburgu (Veľká Británia) a Univerzitou v Bergene (Nórsko). Koordináciu zabezpečuje medzinárodný koordinálny 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: Albánsko, Arménsko, 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, 2009/2010

Slovensko participovalo doteraz na štyroch zberoch údajov: 1993/94, 1997/98, 2005/06, 2009/2010.

Nasledujúci zber údajov je plánovaný v roku 2013/2014.

Dizajn štúdie: Štúdia je prierezová, avšak 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 respondentov 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 výber vzorky, zber údajov a prípravu národnej databázy údajov, pokyny k používaniu medzinárodnej databázy a pravidiel 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 vyberá 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 sú k dispozícii rozširujúce voliteľné moduly, ktoré sú použité len v krajinách, ktoré sa rozhodli skúmať zvolenú problematiku podrobnejšie. Národné tímy môžu rozhodnúť aj o zaradení dodatočných položiek, ktoré sú z ich pohľadu dôležité v národnom a regionálnom kontexte.

Tabuľka 1

Zloženie povinného modulu dotazníka HBSC 2009/2010

Demografické údaje:	pohlavie, ročník, vek
Ukazovatele zdravia a jeho porúch:	zdravotné ťažkosti (napr. bolesti hlavy, bolesti brucha, nervozita, ťažkosti so zaspávaním ...), celkové hodnotenie zdravia, respondentom udaná výška a hmotnosť, životná spokojnosť, telesná schéma, 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, stres v škole
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
Voľnočasové 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 2009/2010

Vzorka

Výskumná vzorka bola vytvorená v súlade s požiadavkami štúdie HBSC a odzrkadľovala vzdelávací systém na Slovensku. Vzorka bola stratifikovaná podľa regiónu a typu školy (základná škola, osemročné gymnázium). Cieľom bolo získať údaje o 11-, 13- a 15-ročných školákoch reprezentatívne pre populáciu na Slovensku. Zo zoznamu všetkých základných škôl (ZŠ) a osemročných gymnázií, ktorý poskytol Ústav informácií a prognóz školstva, bolo náhodným výberom uskutočneným v HBSC Data Management Centre (Bergen, Nórsko) vybraných 134 škôl z dôvodu potreby nadhodnotenia veľkosti vzorky. Z týchto škôl bolo ďalej náhodne vybraných 108 škôl, ktoré boli telefonicky kontaktované a požiadané o súhlas zúčastniť sa na medzinárodnej štúdiu HBSC. Počas telefonického rozhovoru so školami, ktoré súhlasili s účasťou, boli náhodným výberom vybrané konkrétne triedy, v ktorých prebehol zber údajov. Účasť odmietli 2 ZŠ z dôvodu vysokej frekvencie rôznych výskumov na ich škole. Podrobný popis výberu vzorky je znázornený vo vývojom diagrame (Obrázok 1). Z konečného počtu 8491 žiakov (miera odozvy 79,5%) boli vybraní žiaci vo veku 11, 13, a 15 rokov. Vekové zloženie a pomer chlapcov a dievčat je uvedený v Tabuľke 2.

Tabuľka 2

Vekové zloženie vzorky a počet chlapcov a dievčat v jednotlivých vekových kategóriách

	Priemerný vek	chlapci		dievčatá		spolu	
		N	%	N	%	N	%
11-roční	11,53 (SD=0,27)	528	46,3	612	53,7	1140	100
13-roční	13,50 (SD=0,27)	774	48,4	826	51,6	1600	100
15-roční	15,46 (SD=0,25)	771	49,2	797	50,8	1568	100

Administrácia:

Dotazníky boli administrované vyškoleným administrátorom počas jednej vyučovacej hodiny bez prítomnosti učiteľa. Žiakom bola stručne predstavená štúdia HBSC a prečítaná štandardná inštrukcia. Vypĺňanie dotazníkov trvalo 25 – 45 minút.

Antropometrické merania:

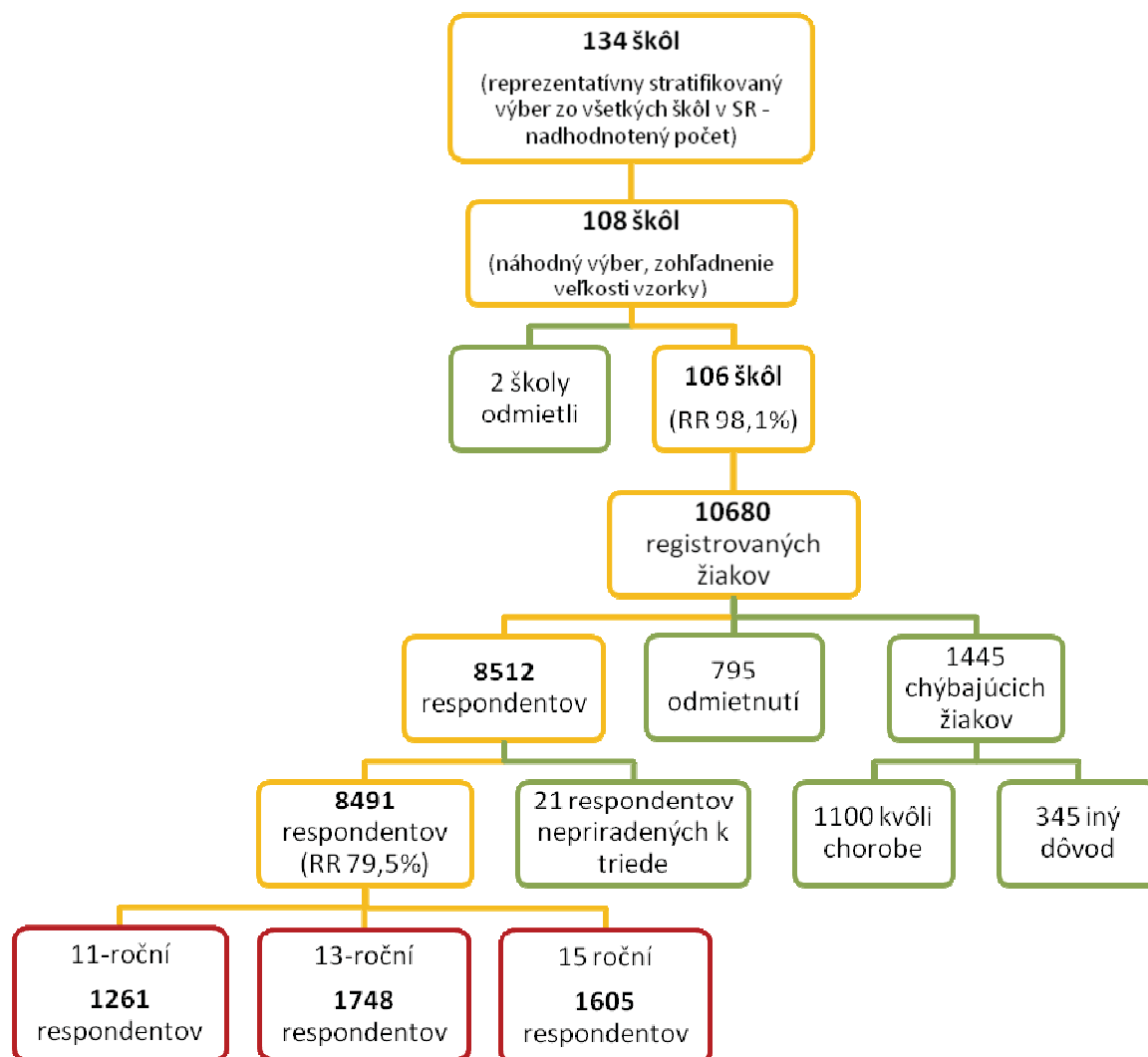
Popri dotazníkovom zbere prebiehal zber antropometrických údajov na časti respondentov. V každej triede bolo v dotazníkoch náhodne distribuovaných 7 hárkov pre antropometrické vyšetrenie. Žiaci, ktorí si našli tieto hárky vo svojich dotazníkoch boli požiadaní o účasť na meraniach, ktoré prebiehali v každej vybranej škole v jednej určenej miestnosti a boli realizované dvomi zamestnancami vybraných regionálnych úradov verejného zdravotníctva (RÚVZ). Antropometrické merania boli vykonávané v Košickom, Žilinskom a Banskobystrickom kraji. Antropometrických meraní sa zúčastnilo 270 žiakov vo veku 11, 13 a 15 rokov.

Prezentácia zistení a analýzy:

Frekvenčné údaje (v percentách) boli spracované formou grafov. Štatistická významnosť rodových, vekových, socioekonomických, regionálnych a etnických 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, subkultúr a užívania návykových látok boli použité iba v jednej vekovej skupine, uvedené sú iba rodové rozdiely.

Obrázok 1

Vývojový diagram vývoja počtu škôl a respondentov vo vzorke



Ako interpretovať pomer šancí (OR) a konfidenčné intervaly (CI)?

Pomer šancí (OR, odds ratio, pomer šancí, pomer pravdepodobností, odhad relatívneho rizika) je index, ktorý vyjadruje, koľkokrát je zvýšená pravdepodobnosť javu v skupine jedincov s určitou vlastnosťou v porovnaní so skupinou, ktorá túto vlastnosť nemá, tzv. referenčnou skupinou. Napríklad porovnávame súčasné užívanie kanabisu u chlapcov a dievčat (str. 61). Užívanie kanabisu sa vyskytuje u oboch pohlaví, avšak už pri jednoduchom pohľade na graf vidíme, že u chlapcov je výskyt vyšší. Inými slovami, pokiaľ sledujeme skupinu chlapcov, máme vyššiu šancu nájsť medzi nimi užívateľov kanabisu v porovnaní s dievčatami. Môžeme teda usudzovať, že u chlapcov je pravdepodobnosť (riziko) užívania kanabisu vyššia. Odpoveď na otázku, koľkokrát je táto pravdepodobnosť vyššia, nám dá práve pomer šancí (OR): v tomto prípade je rovný 3,02, čo znamená, že u chlapcov je šanca (riziko) užívania kanabisu 3,02-krát vyššia ako u dievčat (v tomto prípade sme dievčatá zvolili ako referenčnú skupinu). Ak by bola pravdepodobnosť úplne rovnaká ako u referenčnej skupiny, pomer šancí (OR) by bol rovný 1. Naopak, ak by bola pravdepodobnosť nižšia v porovnaní s referenčnou skupinou, pomer šancí (OR) by bol desatinné číslo menšie ako 1.

Nesmieme však zabúdať, že tieto výpočty robíme na základe vzoriek zostavených z celej populácie slovenských žiakov, a že výsledok je nutne zaťažený náhodnými chybami. Preto zistenia považujeme za odhady zaťažené určitou mierou neurčitosti, t.j. môžu sa do istej miery odchyľovať od skutočného stavu. Aby sme túto mieru neurčitosti vyjadrili, používame aj výraz „**interval spoľahlivosti**“ (CI, confidence interval). Je to interval hodnôt, v našom prípade 1,85-4,92, ktorý vyjadruje rozmedzie, v ktorom môžeme s 95% istotou očakávať skutočnú hodnotu pomeru šancí (OR).

Pre rekapituláciu, zápis OR/CI: 3,02/1,85-4,92 znamená, že sme odhadli riziko užívania kanabisu u chlapcov ako 3,02 krát vyššie v porovnaní s dievčatami. Hoci tento odhad je zaťažený náhodnými chybami, môžeme sa na 95% spoľahnúť, že skutočná hodnota sa bude nachádzať niekde medzi hodnotami 1,85 a 4,92.

Zápis OR/CI nám zároveň dáva informáciu aj o **štatistickej významnosti rozdielu**. Zoberme si iný príklad, a to 11- ročných respondentov, ktorí udávali konzumáciu alkoholu aspoň 1 krát za posledných 30 dní (str. 50). V tomto prípade je OR/CI 1,25 (0,94-1,67). Odhadli sme síce, že riziko konzumácie u chlapcov je 1,25 krát vyššie, avšak keď si všimneme interval spoľahlivosti, vidíme, že prechádza cez číslo 1. Už sme spomínali, že ak je pomer šancí (OR) rovný 1, medzi porovnávanými skupinami nie je rozdiel, t.j. pravdepodobnosť sledovaného javu by bola u oboch rovnaká. Interval spoľahlivosti 0,94-1,67 nás teda informuje, že ak berieme do úvahy možnosť náhodnej chyby, pomer šancí môže byť v skutočnosti rovný 1, prípadne dokonca menší. Teda musíme byť opatrní a pripustiť možnosť, že pomer šancí 1,25 je len dôsledkom náhody a konštatovať, že rozdiel je štatisticky nevýznamný.

V predchádzajúcom prípade (súčasné užívanie kanabisu) leží číslo 1 mimo intervalu spoľahlivosti (dolná hranica 1,85 je viac ako 1). To znamená, že rozdiel medzi chlapcami a dievčatami bude s veľkou pravdepodobnosťou skutočný, nemožno ho vysvetliť len ako dôsledok náhody a preto konštatujeme, že rozdiel je štatisticky významný.

V národnej správe popisujeme pomery šancí a intervaly spoľahlivosti z hľadiska rodových rozdielov (porovnanie chlapcov voči dievčatám) a tiež z hľadiska vekových rozdielov (porovnanie 11- a 13-ročných voči 15-ročným).

HBSC projekt, národný tím

Národný tím pre riešenie projektu HBSC má 10 zástupcov v medzinárodnom riešiteľskom tíme HBSC a ďalších členov, ktorí sa podieľajú na príprave protokolu štúdie, jej realizácie v teréne ako i spracovaní získaných údajov a prenose poznatkov do praxe.

Hlavný riešiteľ:

Doc. Andrea Madarasová Gecková, PhD

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
geckova@upjs.sk

Zástupca hlavného riešiteľa:

Assoc. prof. Jitse P. van Dijk, MD, PhD, MPH

Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences
University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands
j.p.van.dijk@med.umcg.nl

Riešiteľský tím:

Doc. MUDr. Tibor Baška, PhD

Ústav verejného zdravotníctva, Oddelenie epidemiológie
Jesseniova lekárska fakulta v Martina, Univerzita Komenského v Bratislave
tibor.baska@jfmmed.uniba.sk

Doc. Mgr. Martina Bašková, PhD

Ústav nelekárskych študijných programov
Jesseniova lekárska fakulta v Martina, Univerzita Komenského v Bratislave
baskova@jfmmed.uniba.sk

Doc. RNDr. Ivan Žezula, CSc.

Ústav matematických vied
Prírodovedecká fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
ivan.zezula@upjs.sk

RNDr. Daniel Klein, PhD.

Ústav matematických vied
Prírodovedecká fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
daniel.klein@upjs.sk

MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD

Oddelenie sociálnej medicíny, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
Slovenská asociácia verejného zdravia (SAVEZ), Košice
zuzana.katreniakova@upjs.sk

Mgr. Zuzana Veselská, PhD

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
zuzana.veselska@upjs.sk

Mgr. Zuzana Tomčíková, PhD

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o., Česká Republika
tomcikova.zuzana@gmail.com

Mgr. Mária Sarková, PhD

Katedra pedagogickej psychológie a psychológie zdravia
Filozofická fakulta Univerzity P.J.Šafárika v Košiciach
maria.sarkova@upjs.sk

MUDr. Michaela Kostíčová, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave
michaela.kosticova@fmed.uniba.sk

MUDr. Jana Kollárová

Odbor podpory zdravia,
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach
ke.kollarova@uvzs.sk

PhDr. Viktória Jakubková

Úrad verejného zdravotníctva SR
viktoria.jakubkova@uvzs.sk

Mgr. Daniela Bobáková

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
daniela.bobakova@upjs.sk

Mgr. Peter Kolarčík

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
peter.kolarcik@upjs.sk

Mgr. Lukáš Pitel

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
lukas.pitel@upjs.sk

Mgr. Peter Koncz

Katedra kybernetiky a umelej inteligencie
Fakulta elektrotechniky a informatiky Technickej Univerzity v Košiciach
pkoncz@stonline.sk

Bc. Jarmila Rondošová

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach
jrondosova@gmail.com

Ing. Jarmila Frištiková

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach

Ing. Ivana Borysová

Oddelenie psychológie zdravia, Ústav verejného zdravotníctva
& Graduate School Kosice Institute for Society and Health
Lekárska fakulta Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach



Zdravie školákov

Z. Veselská, A. Madarasová Gecková, M. Bašková, J. Kollárová

Kľúčové zistenia

- Školáci hodnotili svoje zdravie aj svoju životnú spokojnosť prevažne pozitívne.
- Výskyt zdravotných ťažkostí bol u školákov, najmä však u dievčat, veľmi častý.
- Dievčatá hodnotili svoje celkové zdravie a svoju životnú spokojnosť horšie ako chlapci.
- Každý tretí školák utrpel v uplynulom roku aspoň jeden úraz vyžadujúci lekárske ošetrovanie. Rizikovým priestorom z hľadiska úrazu bolo domáce prostredie a športoviská.
- Chlapci častejšie ako dievčatá trpeli nadhmotnosťou a obezitou (13 až 15%).



Celkové hodnotenie zdravia

Celkové hodnotenie zdravia je subjektívny indikátor zdravotného stavu založený na individuálnej percepcii a hodnotení svojho zdravia, a zvyčajne vychádza z vedomého alebo nevedomého porovnávania sa s rovnako starými rovesníkmi (Bjorner et al. 1996). Potvrdilo sa, že je prediktorom mortality, dokonca aj po tom, čo sa do úvahy zobrali premenné ako demografické, sociálne a medicínske rizikové faktory (Benjamins et al. 2004). Zároveň bol zistený vzťah medzi subjektívnym hodnotením zdravia v adolescencii a objektívnymi zdravotnými výsledkami v dospelosti (Ilder et Benyamani 1997, Burstroem et Fredlund 2001). Z tohto hľadiska má podpora zdravia u mladých ľudí významný vplyv aj na ich budúce zdravie v dospelosti. Okrem toho je hodnotenie zdravia spojené s prežívaním úzkosti, depresie (de Matos et al. 2003), či so školskými a rodinnými faktormi, ako je školská úspešnosť, pozitívne prežívanie školy, šikanovanie, rodinná štruktúra alebo komunikácia s rodičmi (Schnor et Volmer-Larsen Niclasen 2006, Ravens-Sieberer et al. 2004, Torsheim et al. 2004).

Popis indikátora: Povedal/a by si, že Tvoje zdravie je... ?

vynikajúce
dobré
nie zlé
zlé

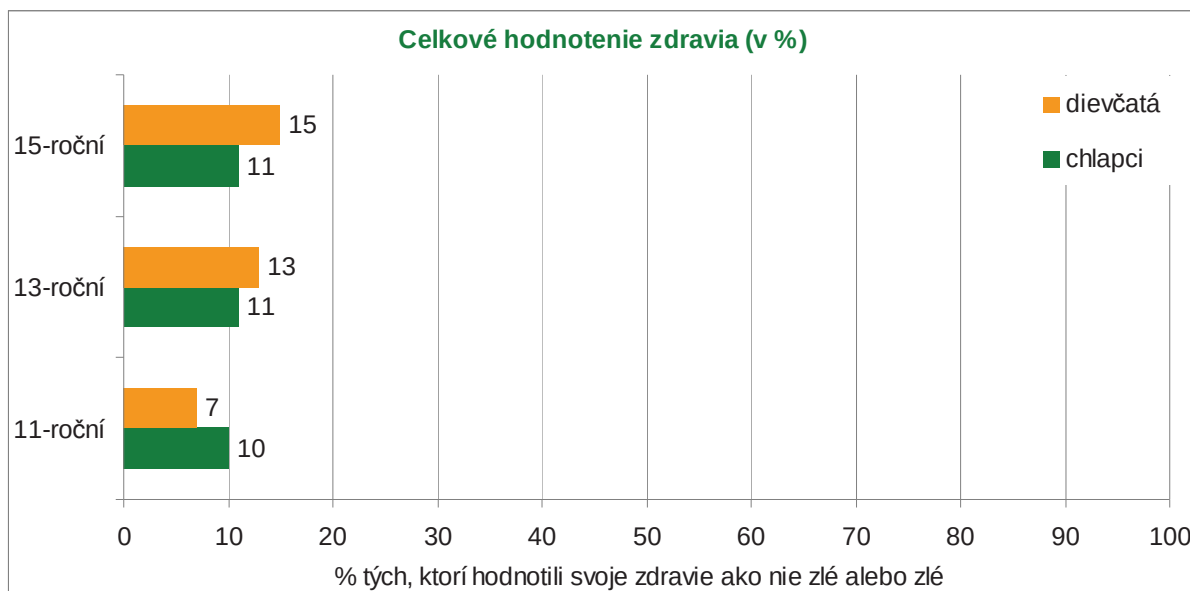
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoje zdravie ako nie zlé alebo zlé.

Výskyt: Len 10% chlapcov a 7% dievčat vo veku 11 rokov hodnotilo svoje zdravie ako „nie zlé“ alebo „zlé“. Vo veku 13 rokov to bolo 11% chlapcov a 13% dievčat. Podobne tomu bolo i vo veku 15 rokov.

Rodové rozdiely: Dievčatá mali vo všeobecnosti tendenciu hodnotiť svoje zdravie horšie ako chlapci. Výnimku tvorila skupina 11-ročných. Štatisticky významný bol rozdiel u 15-ročných (OR/CI: 1,4/1,04-1,88).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Je vidieť tendenciu hodnotiť svoje zdravie so stúpajúcim vekom ako horšie, a to hlavne v prípade dievčat. Práve u nich sa ukázal štatisticky významný rozdiel medzi skupinou 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 0,46/0,32-0,65).

Obrázok 2



Zdravotné ťažkosti

Výskumy v oblasti zdravia v uplynulých rokoch stále viac poukazujú na narastajúce množstvo zdravotných ťažkostí, ktoré sú udávané ako chlapcami, tak aj dievčatami v období detstva a adolescencie (Haugland et al. 2001). Subjektívne zdravotné ťažkosti zahŕňajú nielen somatické prejavy, akými sú bolesti hlavy alebo bolesti chrbta, ale aj psychologické symptómy, akými je nervozita alebo podráždenosť. Subjektívne hodnotené zdravotné ťažkosti sa používajú na popis širokej oblasti siahajúcej od príležitostných zdravotných ťažkostí až po prejavy klinických zdravotných ťažkostí, ktoré môžu zhoršovať každodenné fungovanie (Haugland et al. 2001). Prežívanie týchto psychosomatických ťažkostí je spojené s negatívnym prežívaním školy, šikanovaním, rovesníckymi vzťahmi (Torsheim et Wold 2001, Ravens-Sieberer et al. 2004), zlým školským prospechom (Krillov et al. 1998) a vyšším užívaním liekov (Hansen et al. 2003).

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

Ťa bolela hlava
Ťa bolelo brucho
Ťa bolel chrbát
si bol/a smutný/á, na dne
si bol/a podráždený/á alebo si mal/a zlú náladu
si mal/a pocit nervozity
si mal/a ťažkosti so zaspávaním
točila sa Ti hlava

asi každý deň
viac ako raz za týždeň
asi každý týždeň
asi každý mesiac
zriedkavo alebo nikdy

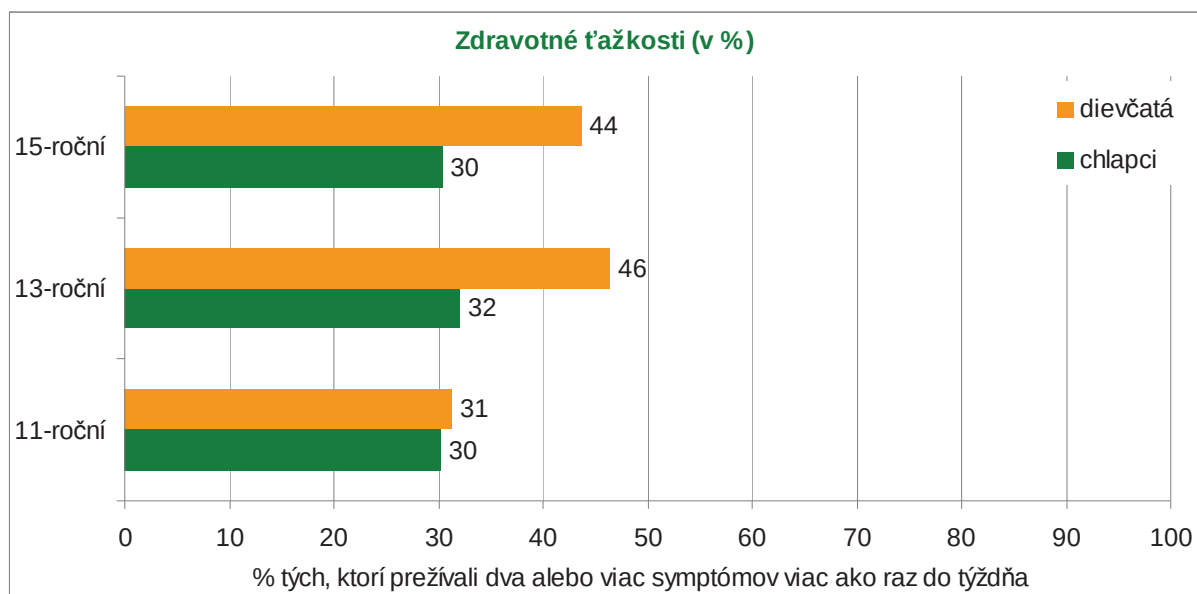
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí prežívali dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa.

Výskyt: Približne 30% 11-ročných školákov odpovedalo, že prežívali dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa. Ešte vyššie je toto percento vo vekových skupinách 13- a 15-ročných dievčat, kde takto odpovedalo približne 45% z nich.

Rodové rozdiely: Dievčatá vo všetkých vekových skupinách udávali výskyt symptómov častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu ťažkostí bola štatisticky významne vyššia v skupine 13- a 15-ročných dievčat, v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 13-roční: 1,8/1,51-2,25; 15-roční: 1,8/1,43-2,17).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Je možné vidieť tendenciu udávať zdravotné ťažkosti častejšie s pribúdajúcim vekom u dievčat. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 0,6/0,47-0,74).

Obrázok 3



Životná spokojnosť

Životná spokojnosť je definovaná ako hodnotenie rozmanitých oblastí života jednotlivcom (Diener et Diener 1995) a je pomerne stála v priebehu života v porovnaní so spontánnymi pocitmi, ktoré sa človeku spájajú s práve prežívanou skúsenosťou (Pavot et 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 adolescence je životná spokojnosť silne ovplyvňovaná životnou skúsenosťou a vzťahmi, obzvlášť v kontexte rodinného prostredia (Edwards et Lopez 2006, Gohm et al. 1998). Životná spokojnosť je úzko spojená so zdravím, užívaním návykových látok (Zullig et al. 2001) a účasťou na fyzickej aktivite (Thome et 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 et al. 2004).

Popis indikátora: Vo všeobecnosti, kde sa cítiš, že stojíš na tomto rebríku Ty v tomto momente? Zaškrtni políčko vedľa čísla, ktoré najlepšie popisuje, kde stojíš Ty.

- 10 Najlepší možný život
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0 Najhorší možný život

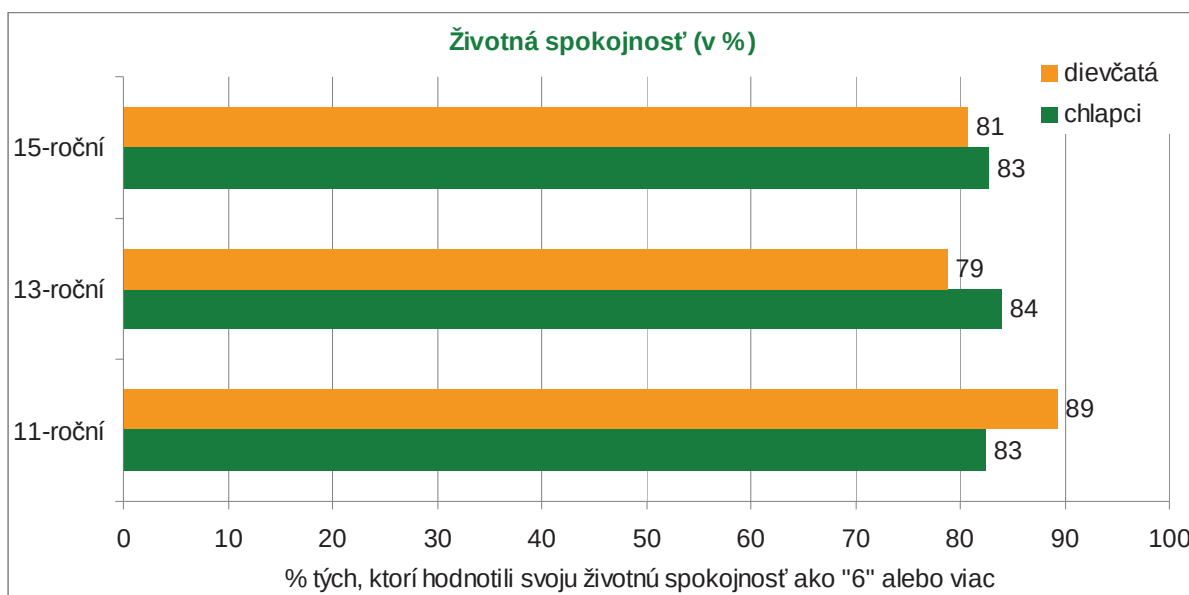
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoju životnú spokojnosť číslom „6“ alebo viac.

Výskyt: Približne 80% školákov vo všetkých vekových skupinách hodnotilo svoju životnú spokojnosť pozitívne. Vo vekovej skupine 11-ročných dievčat svoju životnú spokojnosť hodnotilo pozitívne až 89% z nich.

Rodové rozdiely: Dievčatá mali vo všeobecnosti tendenciu hodnotiť svoju životnú spokojnosť horšie ako chlapci. Výnimku tvorila skupina 11-ročných. Štatisticky významný bol rozdiel u 11-ročných (OR/CI: 1,8/1,27-2,44) a 13-ročných (OR/CI: 0,7/0,56-0,91).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Chlapci hodnotili svoju životnú spokojnosť približne rovnako vo všetkých vekových skupinách. U dievčat je možné sledovať výrazný pokles v hodnotení životnej spokojnosti so stúpajúcim vekom. Štatisticky významný rozdiel bol v skupine 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 2,0/1,46-2,67).

Obrázok 4



Psychická pohoda (KIDSCREEN)

Problémy v oblasti duševného zdravia vytvárajú bremeno, ktoré zasahuje nielen toho, kto nimi trpí, ale aj jeho sociálne prostredie a spoločnosť ako takú (WHO 2003). Napriek tomu je možné sledovať nárast psychologických problémov u detí a adolescentov (Collishaw et al. 2004). Identifikovanie duševných problémov a nižšej psychickej pohody je nevyhnutné pre skoré odhalenie detí a adolescentov, ktorí sú vystavení možnému riziku psychologických problémov v dospelosti a vytvára tak základ pre akúkoľvek formu nevyhnutnej prevencie (Erhart et al. 2009).

Popis indikátora: Porozmýšľaj o minulom týždni... Cítila/a si sa fit a dobre?; Cítil/a si sa plný/á energie?; Cítil/a si sa smutný/á?; Cítil/a si sa osamelý/á?; Mal/a si dostatok času pre seba?; Bol/a si schopný/á urobiť veci, ktoré si chcel/a robiť vo svojom voľnom čase?; Jednali Tvoji rodičia s Tebou slušne?; Zabavil/a si sa so svojimi kamarátmi?; Išlo Ti to v škole dobre?; Bol/a si schopný/á sústrediť sa?

nikdy
zriedkavo
často
veľmi často
vždy

Na každú z otázok bolo možné odpovedať na škále od (1) nikdy po (5) vždy. Sčítaním bodov pre každú otázku bolo získané celkové skóre, ktoré môže byť v rozmedzí od 10 do 50. Prezentované je priemerné skóre pre chlapcov a dievčatá v jednotlivých vekových skupinách. Vyššie skóre vyjadruje lepšiu psychickú pohodu.

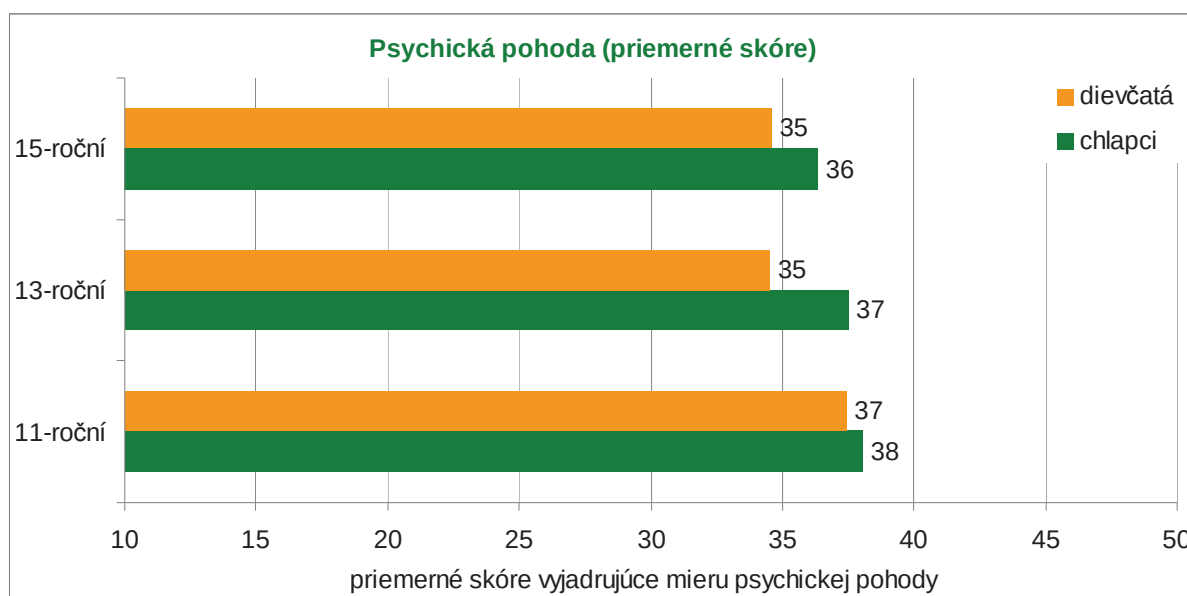
Výskyt: Školáci vo všetkých vekových skupinách udávali priemerné skóre svojej psychickej pohody približne 35. Keďže sa priemerné skóre môže pohybovať v rozmedzí od 10 do 50, kde 50 je najlepšia možná psychická pohoda, je vidieť tendenciu u školákov hodnotiť svoju psychickú pohodu skôr lepšie.

Rodové rozdiely: Dievčatá mali vo všeobecnosti tendenciu hodnotiť svoju psychickú pohodu horšie ako chlapci. Štatisticky významný rozdiel bol vo vekových skupinách 13-ročných a 15-ročných.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Je vidieť tendenciu hodnotiť svoju psychickú pohodu horšie u starších školákov, hlavne v prípade dievčat. Štatisticky významný rozdiel bol zistený medzi skupinou 11-ročných vs. 15-ročných dievčat. V prípade chlapcov bol štatisticky významný rozdiel medzi skupinou 11-ročných vs. 15-ročných a 13-ročných vs. 15-ročných.

* Na overenie štatistických rozdielov bola použitá lineárna regresia.

Obrázok 5



Úrazy

Úrazy sú najčastejšou príčinou úmrtí detí a dospievajúcich vo veku 5 až 19 rokov (European report on child injury prevention 2008, Mytton et al. 2009, Sleet et al. 2010). Najčastejšími príčinami sú dopravné nehody, utopenie, otravy, pády a požiare (tamtiež). Mužské pohlavie, psychologické ťažkosti, hyperaktivita, agresívne a antisociálne správanie, rizikové správanie (fajčenie, konzumovanie alkoholu, užívanie marihuany), vyšší počet súrodencov a nižší vek matky boli vo viacerých štúdiách potvrdené ako rizikové faktory úrazov (Mytton et al. 2009).

Popis indikátora: Mnoho mladých ľudí sa zraní pri aktivitách, ako je šport alebo bitka s inými na rôznych miestach, ako je ulica alebo domov. Zranenia môžu zahŕňať otravu alebo popálenie. Zranenia nezahŕňajú ochorenia ako sú osýpky alebo chrípka.

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

Nebol/a som zranený/a

1 krát

2 krát

3 krát

4 krát a viac

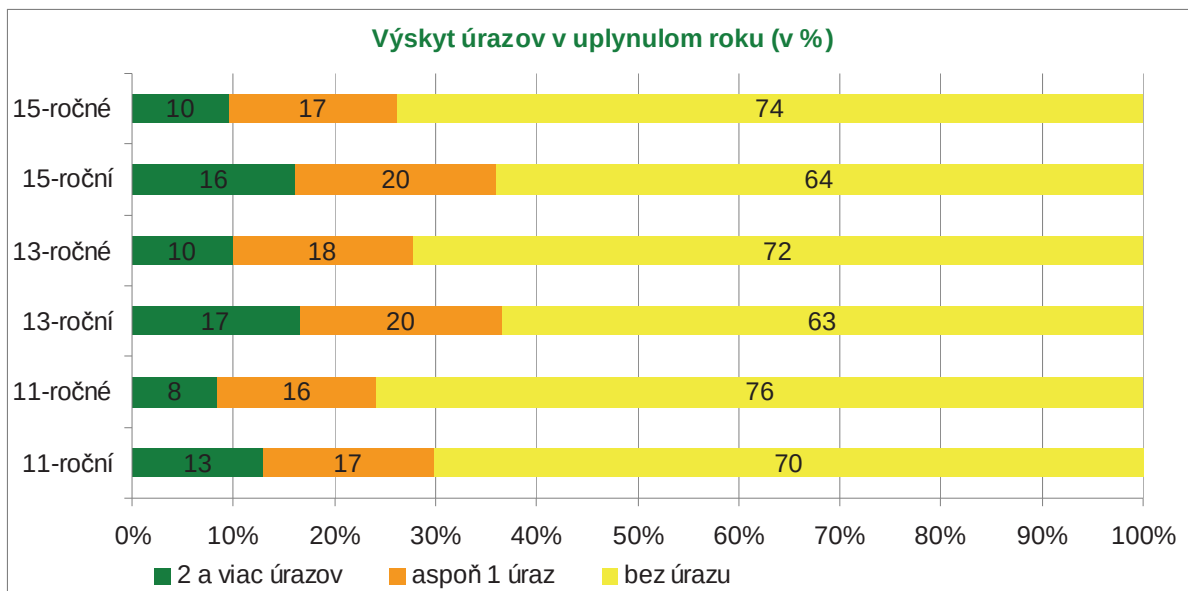
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že utrpeli aspoň jeden takýto úraz v uplynulých 12 mesiacoch.

Výskyt: Výskyt úrazov kolíše medzi 24 až 28% v skupine dievčat a medzi 30 až 37% v skupine chlapcov.

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť výskytu úrazu bola vo všetkých troch vekových skupinách vyššia v skupine chlapcov, v porovnaní so skupinou dievčat (OR/CI: 11-roční: 1,3/1,03-1,72; 13-roční: 1,5/1,23-1,84; 15-roční: 1,6/1,28-1,97).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť výskytu úrazov bola 1,3-krát vyššia v skupine 15-ročných chlapcov v porovnaní so skupinou 11-ročných chlapcov (OR/CI: 0,8/0,60-0,95). Rozdiely medzi ďalšími porovnávanými skupinami neboli štatisticky významné.

Obrázok 6



Prostredie, v ktorom sa stal úraz

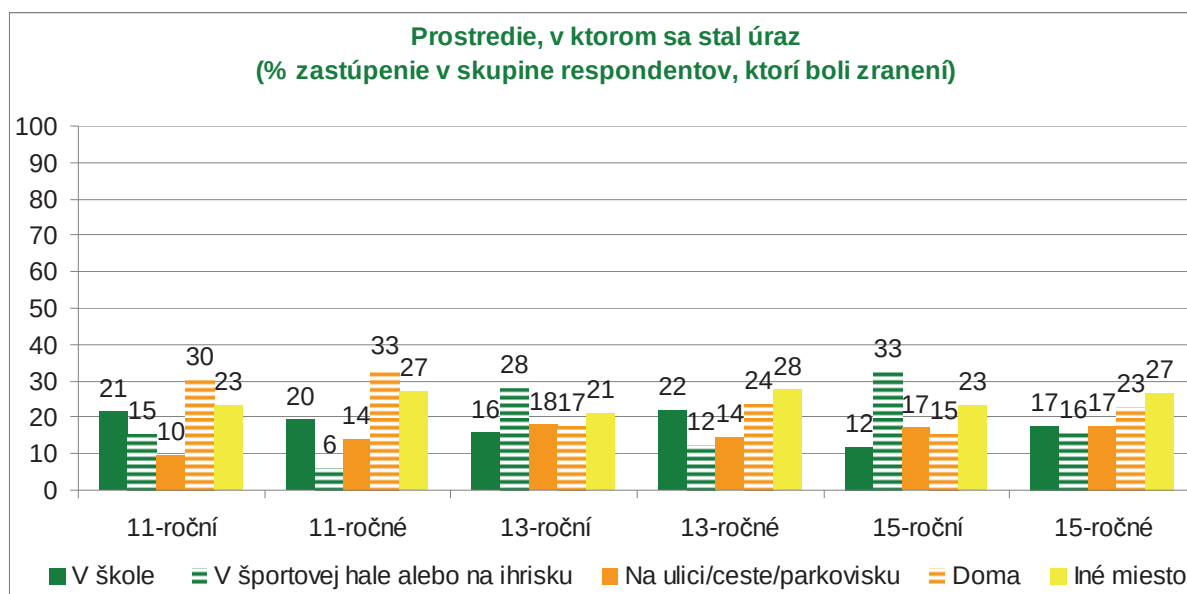
Popis indikátora: Ak si mal/a viac ako jedno zranenie, uvažuj o tom, ktoré bolo najzávažnejšie (zranenie, ktorého liečenie zabralo najviac času), ktoré si mal/a za posledných 12 mesiacov. Kde si bol/a, keď sa Ti toto najzávažnejšie zranenie stalo?

- Nebol/a som zranený/a
- V škole (vrátane školského ihriska) počas vyučovania
- V škole (vrátane školského ihriska) po vyučovaní
- V športovej hale alebo na ihrisku
- Na ulici/ceste/parkovisku
- Doma/na dvore
- Iné miesto

Uvedené je zastúpenie v celej skupine respondentov, ktorí boli zranení.

Výskyt: Výskyt úrazov v domácom prostredí je vysoký a to najmä v skupine 11-ročných: 15 až 33% respondentov uviedlo, že najzávažnejšie zranenie sa stalo doma, alebo na dvore. V priestoroch školy (počas alebo po vyučovaní) utrpelo úraz 12 až 21% respondentov. V skupine chlapcov je vysoký výskyt úrazov na športoviskách: 15 až 33% chlapcov uviedlo toto prostredie ako miesto úrazu. Ďalších 10 až 18% respondentov uviedlo, že boli v uplynulom roku zranení na ulici, ceste, alebo na parkovisku, teda v priestore dopravnej premávky.

Obrázok 7



Nadhmotnosť a obezita

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie nadobudol výskyt nadhmotnosti a obezity detí vo vyspelých krajinách epidemické rozmery (Nevoral et al. 2003). Obezita v detskom veku má závažné zdravotné dôsledky na kostrový a svalový systém a psychické zmeny, ktoré môžu viesť až k depresívnym stavom (Nevoral et al. 2003). Obezita je podmienená geneticky, ale predovšetkým spôsobom životného štýlu a stravovacieho režimu.

Na Slovensku sa využívajú národné štandardy BMI u detí a mládeže vo veku 7 až 18 rokov. Tieto sa interpretujú ako hraničné hodnoty nadhmotnosti a obezity. Hodnota BMI nad 90. percentilom znamená nadhmotnosť, hodnota nad 97. percentilom znamená obezitu. Za optimálny stav je považovaná hodnota BMI v rozmedzí 25. až 75. percentilu (Nováková et al. 2006).



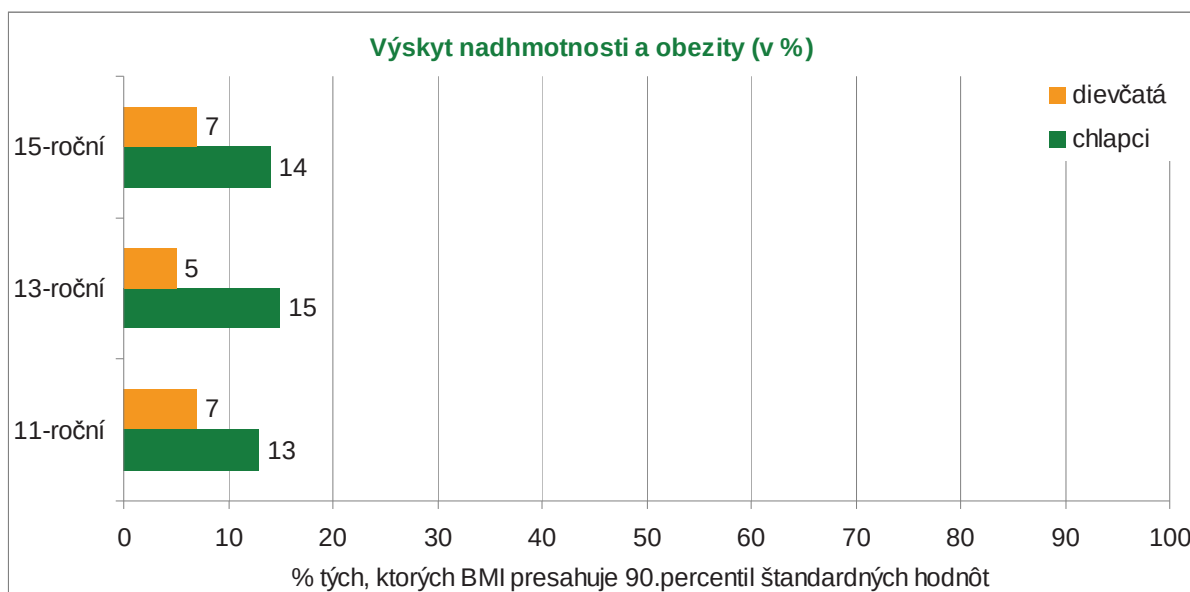
Popis indikátora: Respondenti uvádzali svoju telesnú hmotnosť a výšku, a z týchto údajov bol vypočítaný body mass index (BMI) ako druhá mocnina telesnej hmotnosti v kilogramoch delená telesnou výškou v metroch. Za nadhmotnosť a obezitu sa považoval BMI, ktorý presahoval 90. percentil štandardných hodnôt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

Výskyt: Výskyt nadhmotnosti a obezity u školákov na Slovensku nepresiahol jednu desatinu u dievčat. U chlapcov sa výskyt pohyboval medzi 13% (11-roční) a 15% (13-roční).

Rodové rozdiely: Vo všetkých vekových skupinách chlapci vo výskyte nadhmotnosti a obezity výrazne – približne dvojnásobne – prevažovali dievčatá: 11-roční (OR/CI: 2,19 /1,44-3,33); 13-roční (OR/CI: 2,19 /1,54-3,11). U 13-ročných dokonca trojnásobne (OR/CI: 3,01/2,09-4,35).

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

Obrázok 8



Sebahodnotenie svojej postavy

Obdobie puberty je pre dospievajúceho jedinca psychicky náročným obdobím. Zvyká si na svoju novú telesnú podobu, s ktorou nie je vždy spokojný. To hlavne u dievčat vedie k tendencii regulovať svoju telesnú hmotnosť formou rôznych diét. Extrémnym, ale nie vzácnym prípadom, môže byť vznik poruchy príjmu potravy v zmysle mentálnej anorexie a bulímie (Jakušová & Dostál 2009).

Štíhlosť sa v spoločnosti pozitívne hodnotí najmä u dievčat a žien, a zvyšuje sa tak 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 pri vytváraní sebaobrazu, mentálnom zdraví a psychickej pohode (Siegel et al. 1999, Williams & Currie 2000, Ge 2001). Pubertálny vývoj často súvisí s horším sebahodnotením postavy u dievčat, pričom chlapci pomerne častejšie hodnotia svoju postavu pozitívne (Ge 2001, Németh et al. 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.

Popis indikátora: Myslíš si, že tvoja postava je.....?

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

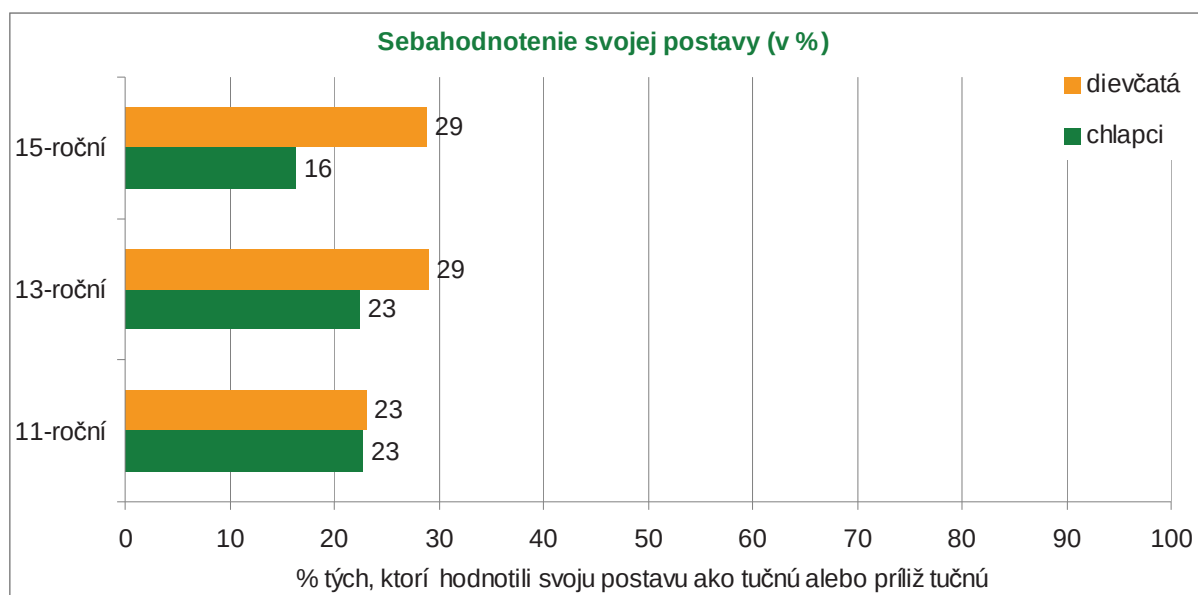
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoju postavu ako trochu tučnú alebo veľmi tučnú.

Výskyt: Percento respondentov, ktorí svoju postavu hodnotili ako trochu tučnú, či veľmi tučnú kolísalo od 16% (15-roční chlapci) po 29% (13- a 15-ročné dievčatá).

Rodové rozdiely: Dievčatá sa častejšie ako chlapci vnímali ako tučné, pričom rozdiel bol signifikantný vo vekovej skupine 13-ročných (OR/CI: 0,71/0,57-0,88) a 15-ročných (OR/CI: 0,48 /0,38-0,61).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významný rozdiel sme potvrdili pri porovnaní 11- a 15-ročných dievčat, pričom staršie dievčatá sa častejšie hodnotili ako tučné (OR/CI: 0,73 /0,58-0,94). Pri porovnávaní chlapcov 11- a 15-ročných a 13- a 15-ročných sa potvrdil významný rozdiel, pričom mladší chlapci sa častejšie hodnotili ako tuční.

Obrázok 9



Nutričné správanie

M.Bašková

Kľúčové zistenia

- Výskyt každodenného raňajkovania či každodennej konzumácie ovocia a zeleniny bol nižší vo vyšších vekových kategóriach, pričom k najvýraznejšiemu poklesu dochádza pravdepodobne po 11. roku života.
- Aspoň dvaja z piatich školákov konzumovali sladkosti každý deň.
- Viac než tretina školákov konzumovalo sladené nápoje každý deň, pričom počet konzumentov bol vyšší najmä v skupine 15-ročných.
- Viac ako polovica chlapcov a tretina dievčat si neumýva zuby viac ako raz denne.
- Každé piate 15-ročné dievča sa snažilo o redukciu hmotnosti, čo je 2x viac v porovnaní so skupinou 15-ročných chlapcov.



Raňajkovanie počas pracovných dní

Pravidelné raňajkovanie je významným prediktorom zdravej výživy detí (Keski-Rahkonen et al. 2004). Percento mladých ľudí, ktorí raňajkujú sa s vekom znižuje, pričom vo veku 6 – 11 rokov raňajkuje 92% detí a vo veku 12 – 19 rokov raňajkuje 77% dospievajúcich (Nutrition and the Health of Young People 2008). Nepravidelné raňajkovanie má vplyv na kognitívne funkcie jednotlivca, ovplyvňuje schopnosť jeho učenia sa, pričom jeho vplyv sa môže prejavovať vyššou únavou, nepozornosťou, bolesťami hlavy (Wesnes et al. 2003). Vynechávanie raňajok spôsobuje častejšie konzumáciu produktov 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 et al. 1994, Nevoral 2003). U obéznych detí sa pozoruje častejšie vynechávanie raňajok a posun posledného jedla do neskorých večerných hodín. Naopak u detí, ktoré raňajkujú je pravdepodobnosť vzniku obezity nižšia.

Popis indikátora: Ako často obvykle mávaš raňajky (viac ako pohár mlieka alebo ovocného džúsu)?

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

- nikdy nemám raňajky počas týždňa
- jeden deň
- dva dni
- tri dni
- štyri dni
- päť dní

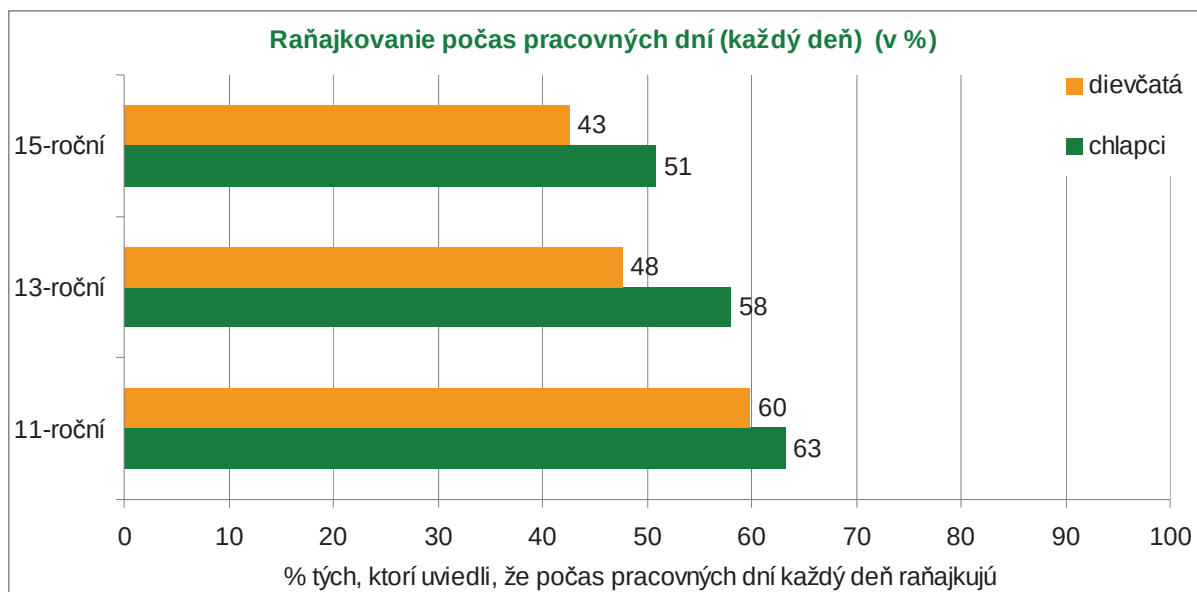
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že raňajkujú každý deň počas pracovných dní (pondelok až piatok).

Výskyt: Výskyt respondentov, ktorí raňajkujú každodenne počas pracovných dní bol v rozmedzi od 43% (15-ročné dievčatá) do 63% (11-roční chlapci).

Rodové rozdiely: Vo všetkých vekových skupinách chlapci častejšie uvádzali každodenné raňajkovanie, pričom rozdiel bol štatisticky významný u 13-ročných a 15-ročných respondentov (OR/CI: 1,52/1,26-1,84; 1,39/1,14-1,70).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt každodenného raňajkovania sa znižuje so stúpajúcim vekom, pričom najvýraznejší pokles je po 11. roku života. Rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 1,66/1,33-2,07), dievčatami (OR/CI: 2,00/1,62-2,47); ako aj medzi 13- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 1,33/1,09-1,63) a dievčatami (OR/CI: 1,22/1,01-1,48).

Obrázok 10





Konzumácia ovocia

Európska kardiologická spoločnosť, ako i SZO odporúča konzumovať ovocie alebo zeleninu minimálne 5-krát denne (World Health Assembly global strategy on diet, physical activity and health 2002, European Guidelines on CVD Prevention in clinical practice 2007). Dostatočný príjem zeleniny a ovocia, ako potravín s nízkou energetickou hodnotou a vysokým obsahom živín, je významný i z hľadiska prevencie obezity (Bédérová 2008).

Popis indikátora: Koľkokrát do týždňa zvyčajne jedávaš ovocie?

- Nikdy
- Menej ako jedenkrát týždenne
- Raz za týždeň
- 2-4 dni za týždeň
- 5-6 dní za týždeň
- Raz denne, každý deň
- Každý deň, viac ako raz

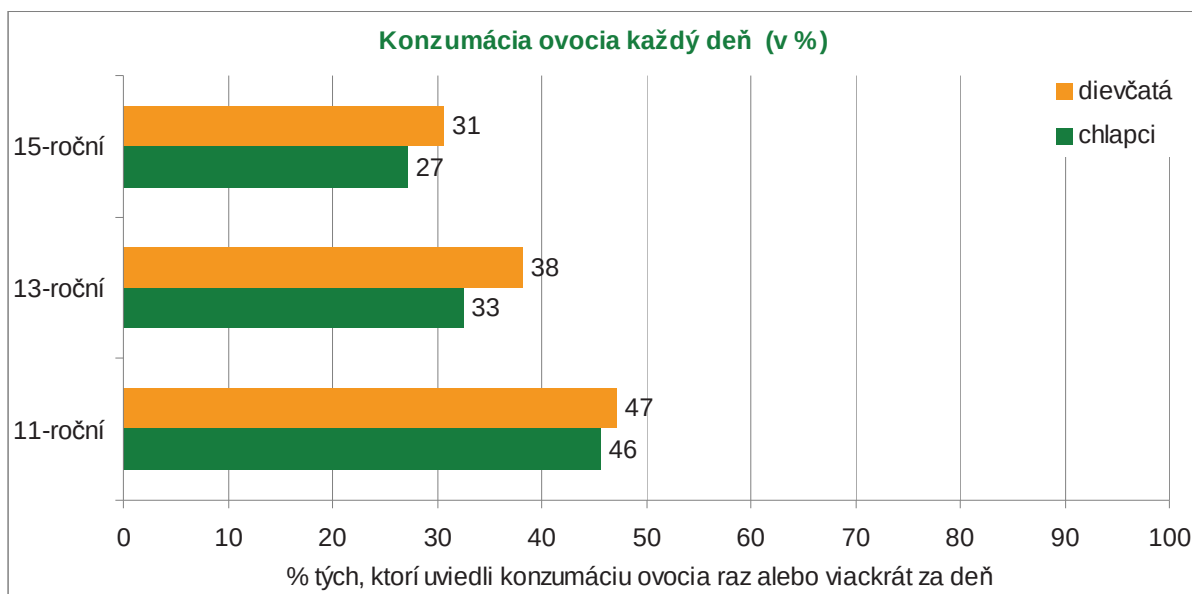
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že konzumujú ovocie denne raz alebo viackrát za deň.

Výskyt: Len menšia časť respondentov uvádzala každodennej konzumáciu ovocia. Najnižší výskyt bol u 15-ročných chlapcov (27%) a najvyšší u 11-ročných dievčat (47%).

Rodové rozdiely: Výskyt konzumácie ovocia bol nižší u chlapcov a rozdiel bol štatisticky významný u 13-ročných respondentov (CI/OR: 0,78/0,64-0,95).

Rozdiely vo vekových skupinách: Výskyt každodennej konzumácie ovocia sa znižuje s vekom a rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 2,25/1,79-2,83), dievčatami (OR/CI: 2,02 /1,63-2,50); ako aj medzi 13- a 15-ročnými dievčatami (OR/CI: 1,39 /1,13-1,70).

Obrázok 11



Konzumácia zeleniny

V súčasnosti sa stále viac dostáva do popredia problematika konzumácie zeleniny detí a mládeže. Význam zeleniny vo výžive detí a mládeže spočíva vo vysokom obsahu vitamínov a minerálnych látok a iných látok, priaznivo ovplyvňujúcich fyziologické procesy v organizme človeka.

Zo zdravotného hľadiska je u zeleniny najviac významný obsah vlákniny a vitamínov, najviac vitamínu C, provitamínu A a kyseliny listovej. Z minerálnych látok je významný obsah železa, vápnika, draslíka, horčíka a mangánu (Pařízková et al. 2007).

Popis indikátora: Koľkokrát do týždňa zvyčajne jedávaš zeleninu?

- Nikdy
- Menej ako jedenkrát týždenne
- Raz za týždeň
- 2-4 dni za týždeň
- 5- 6 dní za týždeň
- Raz denne, každý deň
- Každý deň, viac ako raz

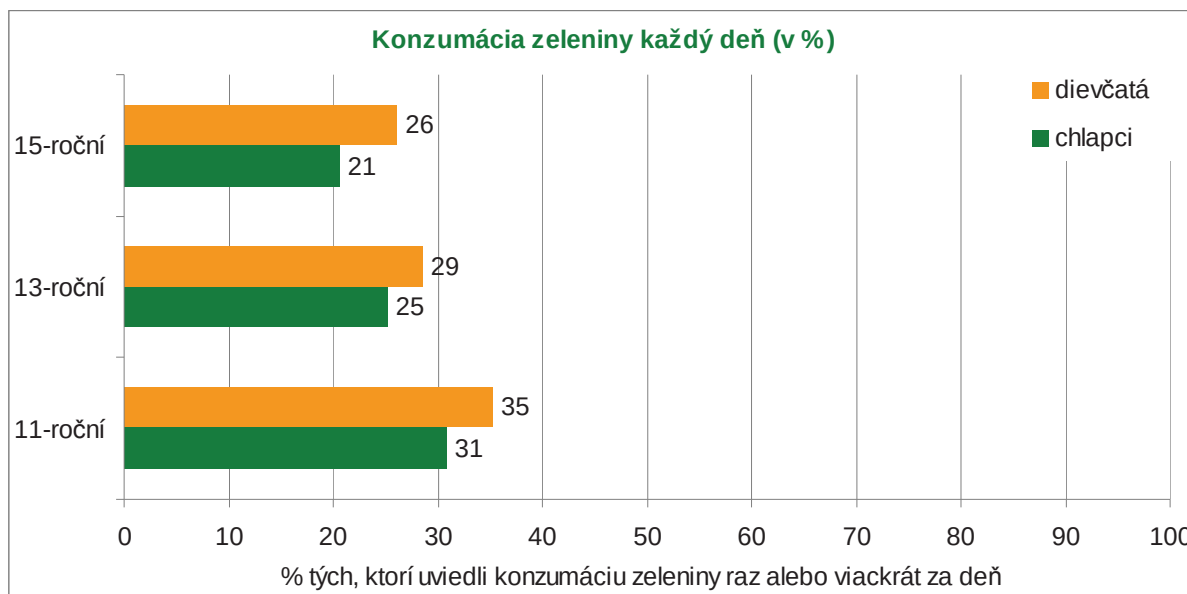
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že konzumujú zeleninu raz denne každý deň alebo viackrát za deň.

Výskyt: Len menšia časť respondentov uvádzala každodennú konzumáciu zeleniny. Najnižší výskyt bol u 15-ročných chlapcov (21%) a najvyšší u 11-ročných dievčat (35%).

Rodové rozdiely: Výskyt konzumácie zeleniny bol nižší u chlapcov a rozdiel bol štatisticky významný u 15-ročných respondentov (OR/CI: 0,74/0,58-0,93).

Rozdiely vo vekových skupinách: Výskyt každodennej konzumácie zeleniny sa znižuje s vekom a rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 1,71/1,33-2,20) ako aj dievčatami (OR/CI: 1,54/1,23-1,94).

Obrázok 12



Konzumácia sladkostí

Konzumácia energeticky bohatých a výživovo menej hodnotných pokrmov ako sladkosti a jedla typu fast-food môže narušiť pravidelnosť stravovacieho režimu a príjmu riadnych plnohodnotných jedál (Babinská et al. 2007). Vo vyspelých západných krajinách, najmä v USA, sú tieto potraviny vo veľkej miere zodpovedné za nárast obezity a zhoršovanie niektorých ukazovateľov zdravotného stavu (Jurkovičová 2005). Tradičné sladkosti nie sú vo výžive detí vhodné. Obsahujú chemicky spracovaný cukor a veľké množstvo tukov. Keďže neobsahujú ani žiadne výživné látky, znamenajú pre organizmus tzv. prázdne kalórie. Výskumy dokazujú, že deti, ktoré konzumujú veľa sladkostí po hlavnom jedle a zároveň sa málo pohybujú, majú tendenciu správať sa podráždene až agresívne (Jedlička 2009). Babinská et al. (2007) uvádza, že so stúpajúcim vekom sa zvyšuje percento detí, ktoré pravidelne jedávajú pokrmy z bufetu alebo sladkosti: z 2,9 % v skupine 6 – 8 ročných až na 25,2 % vo veku 15 – 16 rokov.

Popis indikátora: Koľkokrát do týždňa zvyčajne jedávaš sladkosti (cukríky alebo čokoláda)?

- Nikdy
- Menej ako jedenkrát týždenne
- Raz za týždeň
- 2-4 dni za týždeň
- 5- 6 dní za týždeň
- Raz denne, každý deň
- Každý deň, viac ako raz

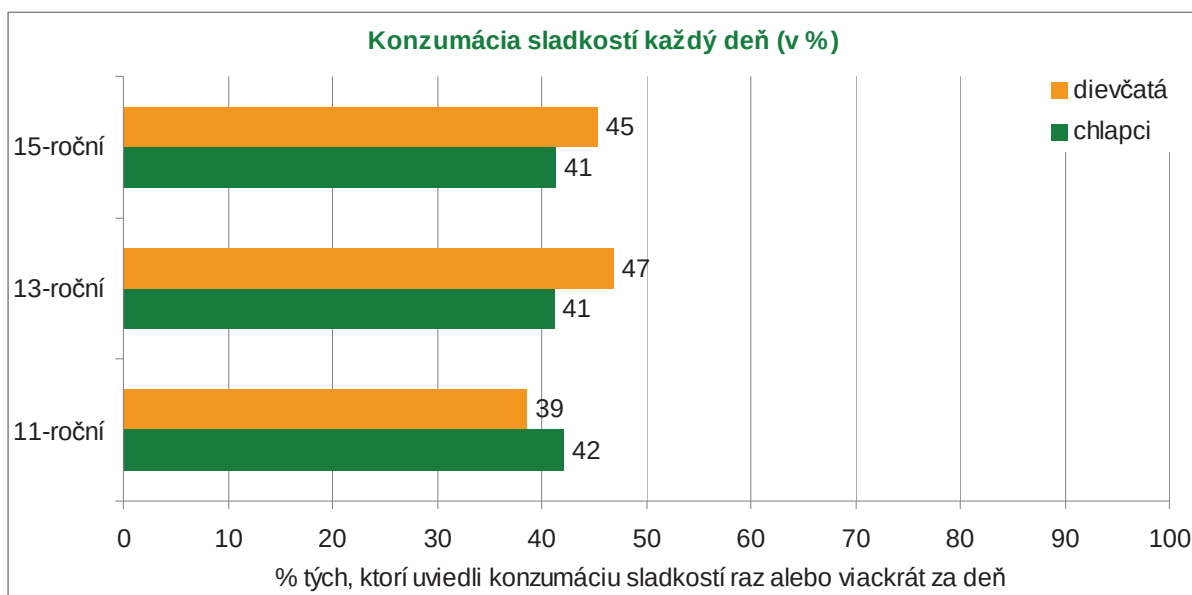
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že konzumujú sladkosti denne raz alebo viackrát za deň.

Výskyt: Tretina respondentov uviedla každodennú konzumáciu sladkostí. Najnižší výskyt bol u 11-ročných dievčat (29%) a najvyšší u 13-ročných dievčat (47 %).

Rodové rozdiely: Výskyt každodennej konzumácie sladkostí bol nižší u chlapcov a rozdiel bol štatisticky významný u 13-ročných respondentov (OR/CI: 0,79 /0,65-0,96).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Zatiaľ čo u chlapcov boli rozdiely medzi vekovými skupinami len veľmi malé, u dievčat došlo k postupnému, signifikantnému, nárastu z 39% vo vekovej skupine 11-ročných na 47% vo vekovej skupine 13-ročných (OR/CI: 0,75/0,61-0,94).

Obrázok 13



Konzumácia sladených nápojov

Pitie presladených nápojov sa podieľa na zvyšovaní výskytu nadhmotnosti a obezity u detí (St Onge et al. 2003). V kombinácii so sladkými jedlami vedie k vyplaveniu inzulínu s následným rýchlym poklesom glykémie, čo sa môže prejavíť poruchou pozornosti a únavou (Mrdjenovic & Levitsky 2003, Frary et al. 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 et al. 2006). K nápojom nevhodným pre deti patria sladké až presladené nápoje, tekutiny s nadmerným obsahom povzbudzujúcich látok (aj čaje presladené a s nadmerným obsahom povzbudzujúcich látok) a sýtené nápoje.

Popis indikátora: Koľkokrát do týždňa obvykle piješ kolu alebo iné nealkoholické nápoje, ktoré obsahujú cukor?

- Nikdy
- Menej ako jedenkrát týždenne
- Raz za týždeň
- 2-4 dni za týždeň
- 5- 6 dní za týždeň
- Raz denne, každý deň
- Každý deň, viac ako raz

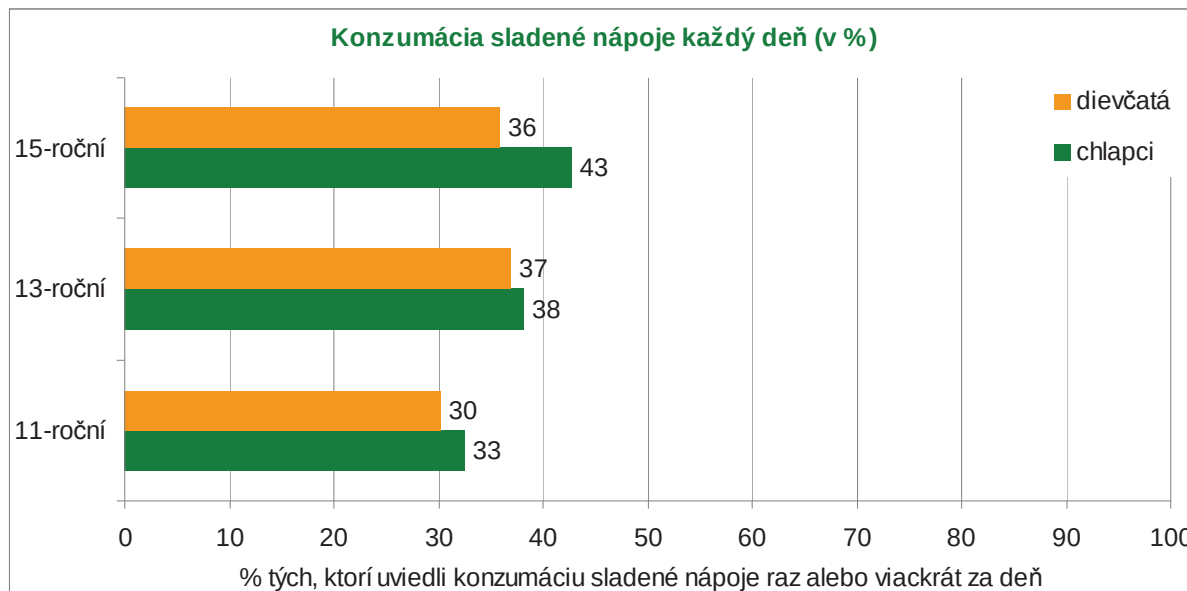
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že konzumujú sladené nápoje denne raz alebo viackrát za deň.

Výskyt: Viac ako tretina respondentov uviedla každodenné pitie sladených nápojov. Najvyšší výskyt bol u 15-ročných chlapcov (43%) a najnižší u 11-ročných dievčat (30%).

Rodové rozdiely: Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami sa so zvyšujúcim vekom zväčšoval v dôsledku zvyšovania výskytu u chlapcov, pričom dosiahol štatistickú významnosť vo vekovej skupine 15-ročných (OR/CI: 1,33/1,09-1,63)

Rozdiely vo vekových skupinách: Rozdiely medzi vekovými skupinami boli u 11- až 15-ročných chlapcov (OR/CI: 0,65/0,52-0,81) aj dievčat (OR/CI: 0,77/0,61-0,96).

Obrázok 14



Dentálna hygiena

Na tvorbe zubného kazu a ochorení peridoncia sa okrem vrodenej predispozície podieľa aj fyzikálna forma, v akej sa sacharidy prijímajú. Príjem nápojov má menší kariogénny efekt ako príjem tuhých potravín obsahujúcich cukry (Jakušová 2003).

Riziko kazivosti 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 udržiavania zdravých ďasien. Neliečený zubný kaz spôsobuje bolesť a infekcie, čo môže viesť k problémom s jedením, rozprávaním, hraním a učením. Aj keď zubnému kazu je možné do veľkej miery predísť, je stále najčastejším chronickým ochorením u detí vo veku 6 – 11 rokov (25%), a mládeže vo veku 12 až 19 rokov (59%) (Preventing Dental Caries with Community Programs, 2010).

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 (McGrath & Bedi 2005).

Popis indikátora: Ako často si čistíš zuby?

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

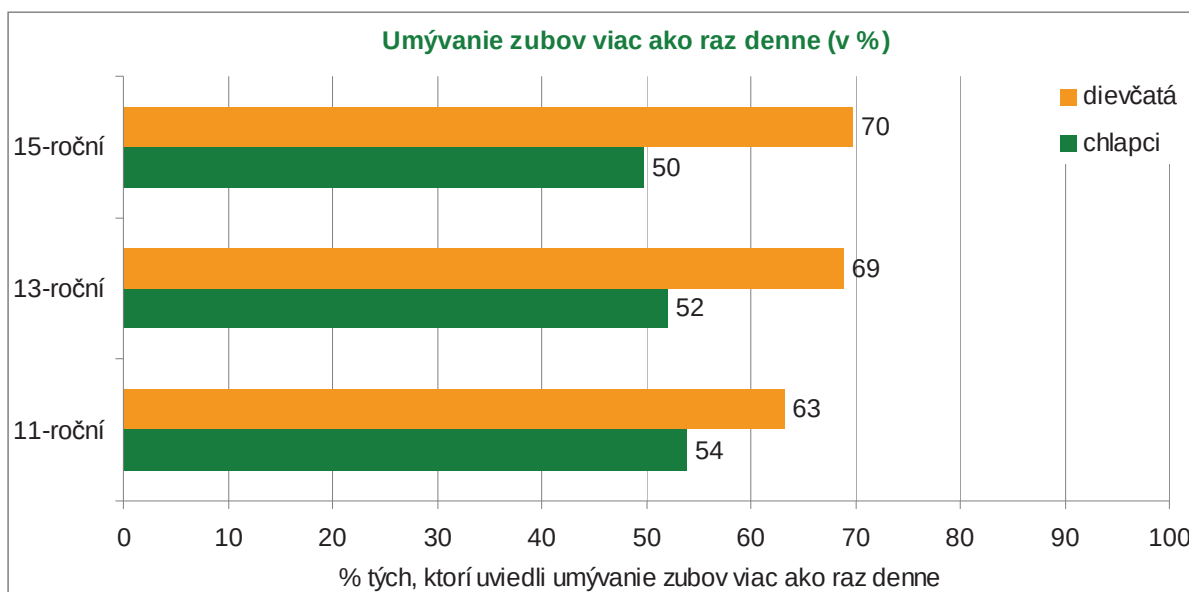
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že si umývajú zuby viac ako raz denne.

Výskyt: Viac ako polovica respondentov, s výnimkou 15-ročných chlapcov (50%) uviedla, že si umýva zuby aspoň dva krát denne, pričom u 15-ročných dievčat ich bolo 70%.

Rodové rozdiely: Dievčatá udávajú umývanie zubov vo väčšej miere ako chlapci, pričom vo všetkých vekových skupinách 11- 13 a 15-ročných je rozdiel štatisticky významný (OR/CI: 11-roční: 0,68/0,54-0,85; 13-roční: 0,49/0,40-0,59; 15-roční: 0,43/0,35-0,52).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Kým vekové skupiny chlapcov sa nelíšili vo výskyte tých, čo uviedli, že si viac ako raz denne umývajú zuby, v skupine dievčat bola starostlivosť o chrup štatisticky významne lepšia v skupine 15-ročných (OR/CI: 0,74/0,60-0,93).

Obrázok 15



Redukcia telesnej hmotnosti

S príchodom puberty a dospievaním 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 et al. 2003, Ginter & Havelková 2004, Jakušová & Dostál 2006). U niektorých 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 redukovanie hmotnosti sa spája so zníženým sebavedomím, depresiami, úzkosťou, poruchami stravovania a suicidálnymi sklonmi (Field et al. 2003, Ge et al. 2001, Edmunds & Hill 1999, Patton et al. 1999, Siegel 2002, Thompson & Chad 2002, Ginter & Havelková 2004, Jakušová & Dostál 2006).

Popis indikátora: Držíš teraz nejakú diétu alebo robíš niečo iné, aby si schudol/schudla?

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

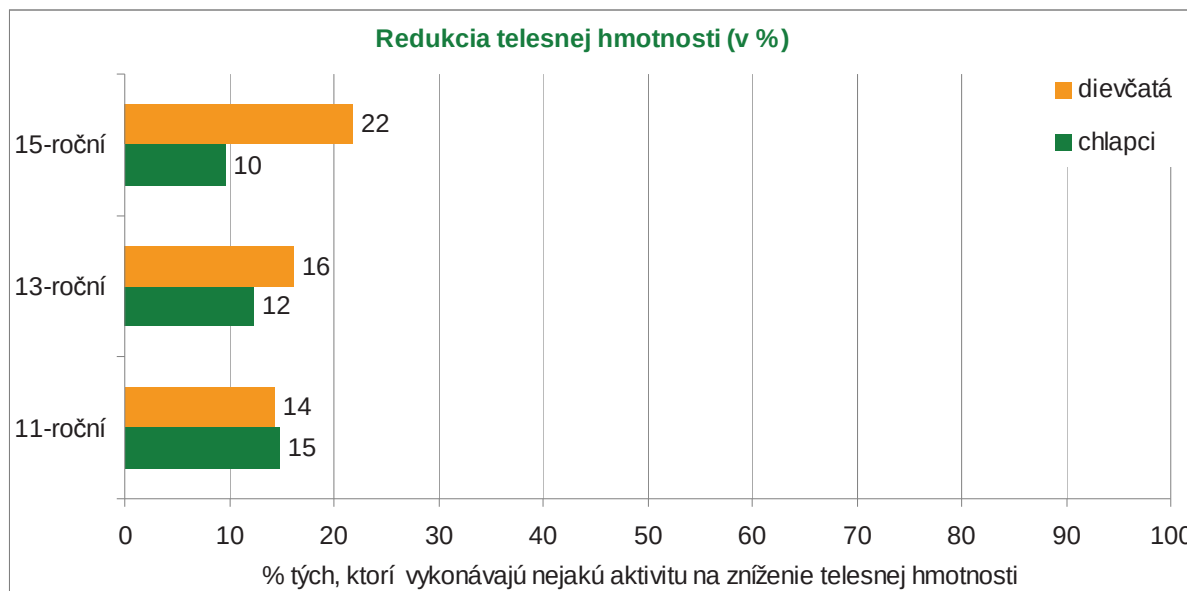
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí na otázku odpovedali „áno“, z čoho vyplýva, že vykonávajú nejakú aktivitu na zníženie telesnej hmotnosti.

Výskyt: Výskyt respondentov, ktorí vykonávajú nejaké nejaké aktivity na zníženie telesnej hmotnosti boli v rozmedzí od 10% (15-roční chlapci) do 22% (15-ročné dievčatá).

Rodové rozdiely: Dievčatá sa častejšie ako chlapci snažili o redukciiu hmotnosti. Tento rozdiel bol štatisticky významný vo vekovej skupine 13-ročných (OR/CI: 0,72/0,55-0,95), ale predovšetkým vo vekovej skupine 15-ročných (OR/CI: 0,38/0,28-0,50).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významné rozdiely medzi vekovými skupinami sa potvrdili iba v skupine dievčat (OR/CI: 11vs15-ročné: 0,60/0,45-0,79; 13vs15-ročné: 0,69/0,54-0,87). O redukciiu sa častejšie snažili 15-ročné dievčatá.

Obrázok 16



Fyzická aktivita

M. Bašková, A. Madarasová Gecková

Kľúčové zistenia

- Tretina chlapcov a pätina dievčat je fyzicky aktívna každý deň, pričom k najčastejším dôležitým alebo veľmi dôležitým dôvodom k fyzickej aktivite patrili v skupine školákov: (1) zlepšiť svoje zdravie, (2) zabaviť sa, (3) vidieť sa s kamarátmi a (4) dostať sa do dobrej formy.
- Mladší školáci v porovnaní so staršími štatisticky významne častejšie uvádzali ako dôležitý alebo veľmi dôležitý dôvod pre fyzickú aktivitu: (1) byť dobrý v športe, (2) tešiť sa z pohybu, (3) potešiť rodičov; v skupine dievčat i (4) byť „cool“ a v skupine chlapcov i (5) udržať si postavu.
- Starší školáci v porovnaní s mladšími štatisticky významne častejšie uvádzali ako dôležitý alebo veľmi dôležitý dôvod pre fyzickú aktivitu: (1) zabaviť sa, (2) vyhrať, (3) vidieť sa s kamarátmi, (4) vyzeráť dobre; v skupine dievčat i (5) dostať sa do dobrej formy a (6) pretože to je vzrušujúce.
- Viac ako tri štvrtiny respondentov uviedli sledovanie televízie dve a viac hodín denne počas pracovných dní. Najčastejšie trávili pasívne svoj voľný čas 13-ročné dievčatá. Nenašli sa štatisticky významné rodové rozdiely vo výskyte pasívneho trávenia času.



Pravidelná 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 et al. 2004, Hallal et al. 2006, Strong et al. 2005, Parfitt & Eston 2005, Penedo & Dahn 2005, Nelson & Gordon-Larsen 2006). Pokles fyzickej aktivity je zaznamenaný hlavne počas obdobia puberty, prevažne v skupine dievčat. Práce zahraničných autorov varujú, že napriek odporúčaniam pravidelnej všestrannej pohybovej aktivity, deti sa pohybujú oveľa menej v školských a predškolských zariadeniach, ale aj počas voľného času (Kovács et al. 2008).

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

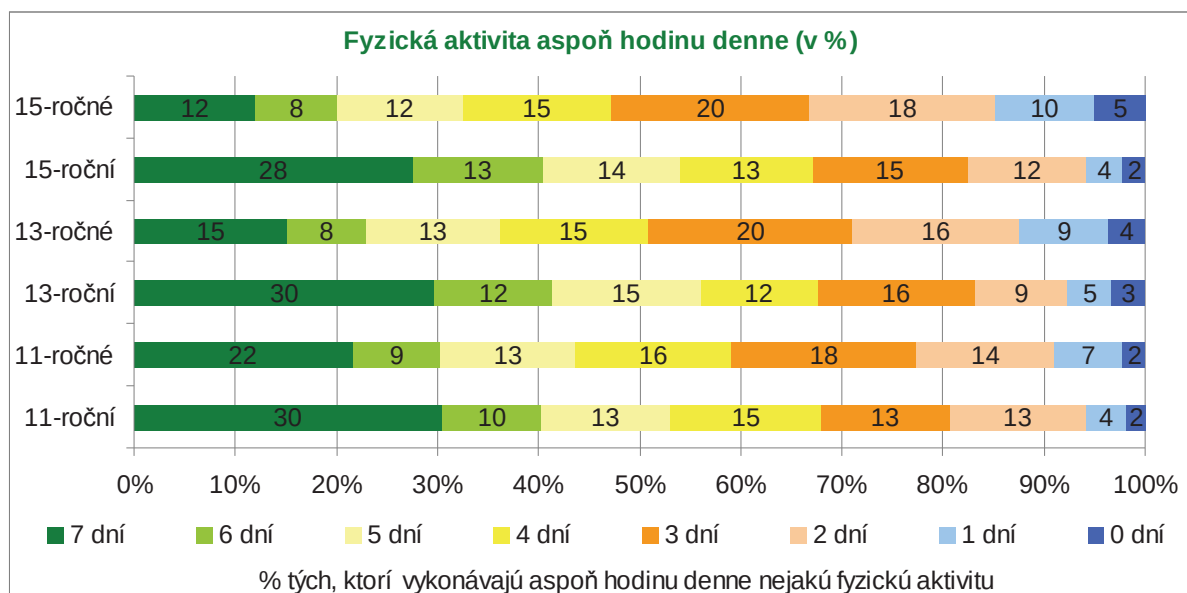
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí boli fyzicky aktívni každý deň.

Výskyt: Počet respondentov, ktorí udávali každodennú telesnú aktivitu sa pohyboval medzi 31% (11 a 13-roční chlapci) a 13% (15-ročné dievčatá).

Rodové rozdiely: Chlapci dominovali nad dievčatami vo všetkých vekových skupinách (OR/CI: 11-roční: 1,5/1,22-2,05; 13-roční: 2,38/1,88-3,02; 15-roční: 2,71/2,08-3,53).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Štatisticky významné rozdiely medzi vekovými skupinami sme potvrdili iba v skupine 11- a 15-ročných dievčat (OR/CI: 1,95/1,47-2,60). Mladšie dievčatá boli častejšie aktívne každý deň v porovnaní s 15-ročnými dievčatami.

Obrázok 17



Dôvody fyzickej aktivity

Popis indikátora: Tu je zoznam dôvodov, ktoré niektorí mladí ľudia udávajú pre účasť na telesnej aktivite vo svojom voľnom čase. Pre každý dôvod, prosím zaškrtni, aké je to pre Teba dôležité.

Zabaviť sa
Byť dobrý/á v športe
Vyhrať
Zoznámiť sa s novými kamarátmi
Zlepšiť svoje zdravie
Vidieť sa s kamarátmi
Dostať sa do dobrej formy
Vyzerať dobre
Tešiť sa z pohybu
Potešiť rodičov
Byť "cool"
Udržiavať hmotnosť
Pretože je to vzrušujúce

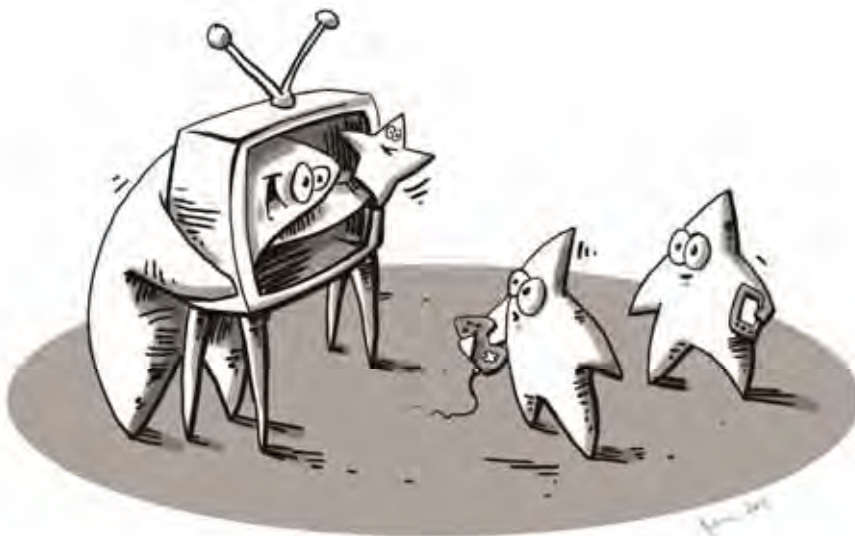
Veľmi dôležité
Dôležité
Nedôležité

Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že daný dôvod je pre nich veľmi dôležitý alebo dôležitý.

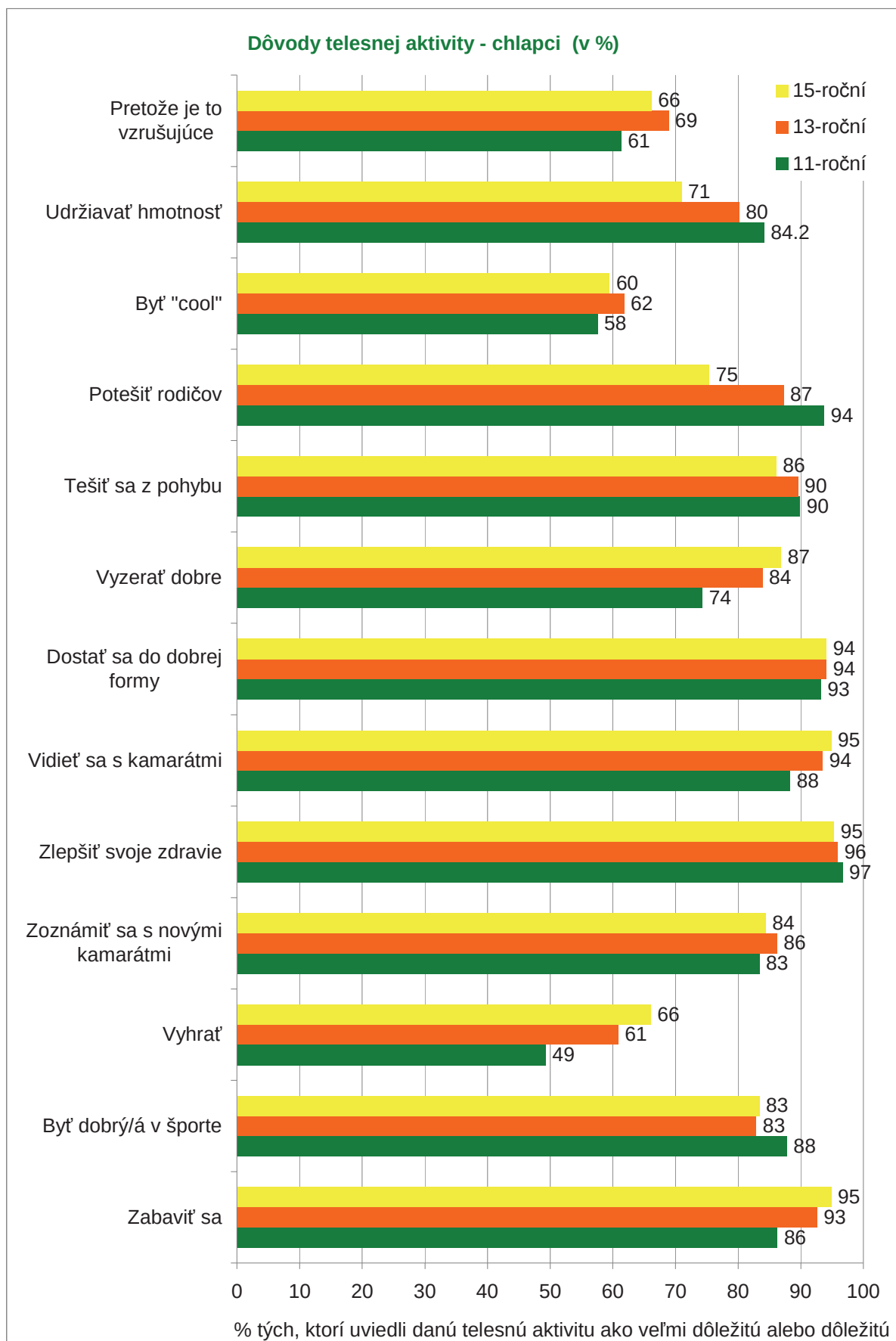
Výskyt: K najčastejším dôležitým alebo veľmi dôležitým dôvodom k fyzickej aktivite patrili v skupine školákov: (1) zlepšiť svoje zdravie, (2) zabaviť sa, (3) vidieť sa s kamarátmi a (4) dostať sa do dobrej formy.

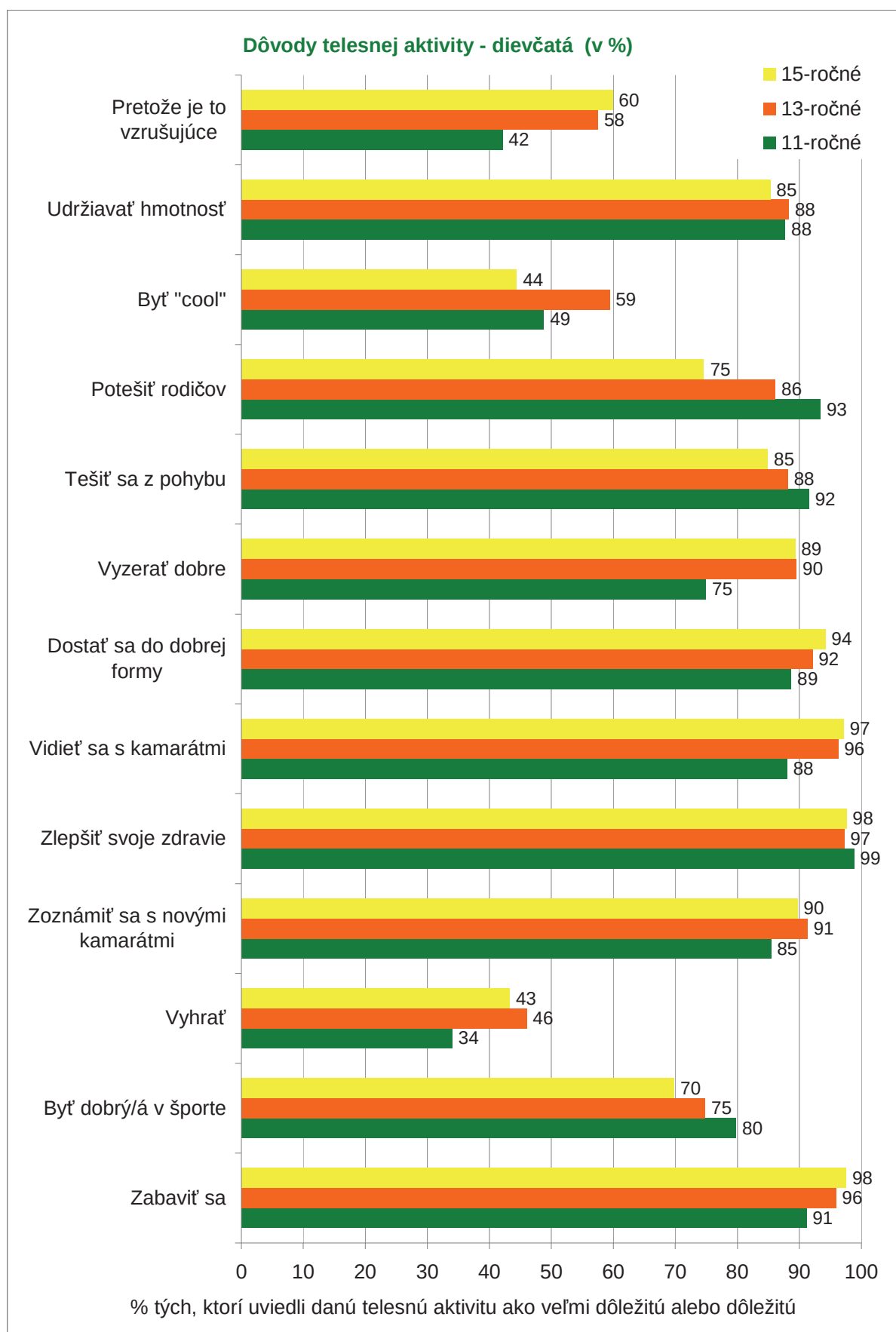
Rodové rozdiely: Dievčatá štatisticky významne častejšie ako chlapci uvádzali ako dôležitý alebo veľmi dôležitý dôvod pre fyzickú aktivitu: (1) zabaviť sa, (2) zoznámiť sa s kamarátmi, (3) zlepšiť svoje zdravie, (4) vidieť sa s kamarátmi, (5) dostať sa do dobrej formy a (6) udržať si svoju postavu. Chlapci štatisticky významne častejšie ako dievčatá uvádzali ako dôležitý alebo veľmi dôležitý dôvod pre fyzickú aktivitu: (1) byť dobrý v športe, (2) vyhrať, (3) dostať sa do dobrej formy, (4) byť „cool“, (5) pretože je to vzrušujúce.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Mladší školáci v porovnaní so staršími štatisticky významne častejšie uvádzali ako dôležitý alebo veľmi dôležitý dôvod pre fyzickú aktivitu: (1) byť dobrý v športe, (2) tešiť sa z pohybu, (3) potešiť rodičov; v skupine dievčat i (4) byť „cool“ a v skupine chlapcov i (5) udržať si postavu. Starší školáci v porovnaní s mladšími štatisticky významne častejšie uvádzali ako dôležitý alebo veľmi dôležitý dôvod pre fyzickú aktivitu: (1) zabaviť sa, (2) vyhrať, (3) vidieť sa s kamarátmi, (4) vyzerať dobre; v skupine dievčat i (5) dostať sa do dobrej formy a (6) pretože to je vzrušujúce.



Obrázok 18





Pasívne trávenie voľného času

Jednou z možných príčin inaktivity je nadmerné sledovanie televízie a trávenie voľného času pri počítači. Až 37% detí na Slovensku podľa výsledkov prieskumu trávi pred televíznou obrazovkou v priemere 1,5 až 3 hodiny denne. Takmer 35% detí sleduje TV menej než 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 (Európska stratégia pre zdravie a vývoj detí a adolescentov, WHO 2005).

Kanadský ústav zdravotníckych informácií (CIHI 2009) uskutočnil štúdiu, ktorá zistila, že nadváha u detí vo veku 6 – 11 rokov bez ohľadu na pohlavie, pravdepodobne súvisí aj so sledovaním televízie. Podľa štúdie až 48% detí s nadváhou v tejto vekovej skupine uviedlo, že trávilo aspoň dve hodiny denne pred televízorom, či počítačom v porovnaní s deťmi (31%), ktoré nemali nadváhu. Tento rozdiel bol výrazný najmä u chlapcov vo veku 6 až 11 rokov, pričom viac ako polovica chlapcov (52%) s nadváhou uviedla, že viac ako dve hodiny svojho voľného času trávi každý deň sledovaním televízie (CIHI 2009).

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

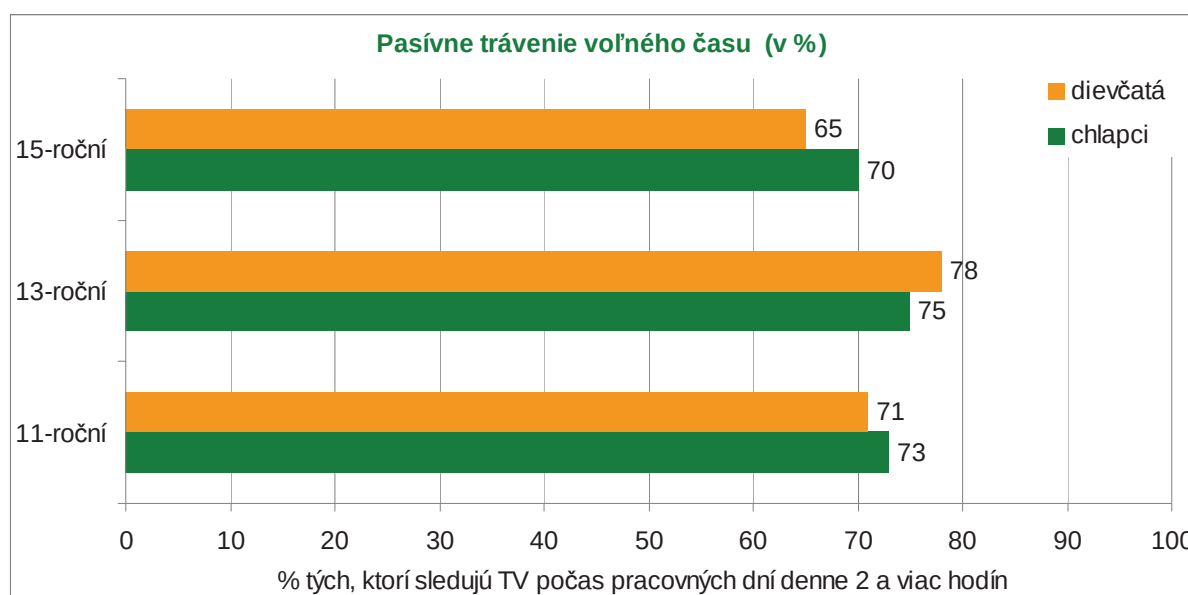
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že počas pracovných dní sledujú televíziu denne dve a viac hodín.

Výskyt: Viac ako tri štvrtiny respondentov uviedlo sledovanie televízie dve a viac hodín denne počas pracovných dní.

Rodové rozdiely: Nenašli sa štatisticky významné rodové rozdiely vo výskyte pasívneho trávenia času.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Najčastejšie trávili pasívne svoj voľný čas 13-ročné dievčatá. Štatisticky významné rozdiely sa vyskytli medzi 11-15 ročnými dievčatami (OR/CI: 0,74/0,59-0,94); a medzi 13-15ročnými dievčatami: (OR/CI: 1,42 /1,14-1,78)

Obrázok 19



Fajčenie tabaku

T.Baška

Užívanie tabaku, predovšetkým vo forme fajčenia cigariet, predstavuje v súčasnosti vo svete jednu z najvýznamnejších preventabilných príčin predčasnej straty zdravia. Podľa oficiálnych informácií Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008) umiera ročne na následky užívania tabaku 5,4 milióna ľudí, najmä v dôsledku kardiovaskulárnych chorôb a zhubných nádorov. To predstavuje asi jednu desatinu všetkých úmrtí vo svete. Tabak je rizikovým faktorom šiestich z ôsmich najčastejších príčin smrti.

Slovensko patrí ku krajinám s pomerne vysokým výskytom fajčenia. Podľa aktuálneho odhadu Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009) jasne prevažujú muži (41%), ktorí tvoria viac ako dvojnásobok výskytu fajčenia u žien (20%). Takmer polovica pravidelných fajčiarov na Slovensku fajčí 10 a menej cigariet denne (44%), 41% vyfajčí 11 až 20 cigariet a len menšia časť fajčí 21 a viac cigariet denne (13%) (Rozšírenosť užívania drog na Slovensku 2006).

Z hľadiska vzniku fajčiarskeho návyku je rozhodujúci adolescentný vek. Až 90% fajčiarov začalo fajčiť vo veku mladšom ako 18 rokov. Ak jedinec dovtedy nezačne fajčiť, je už len malá pravdepodobnosť, že podľahne tomuto návyku v neskoršom veku. Užívanie tabaku v detskej a adolescentnej populácii je v európskom regióne pomerne rozšírené. Podľa údajov Global Youth Tobacco Survey fajčí v tomto regióne aspoň raz za mesiac 21% chlapcov a 17% dievčat vo veku 13-15 rokov (Warren et al. 2009). Na Slovensku je prevalencia fajčenia v tejto vekovej skupine veľmi vysoká (28% chlapcov a 24% dievčat), hoci v porovnaní s okolitými krajinami je situácia o niečo priaznivejšia ako napr. v Čechách a Maďarsku (Baška et al. 2006, Warren et al. 2009).

Tradičná dominancia mužov, typická pre dospelú populáciu vo väčšine krajín sveta, sa vo vekovej skupine adolescentov v Európe a Amerike vytráca. To naznačuje zvýšenie počtu fajčiacich žien v budúcnosti spolu s príslušnými zdravotnými dopadmi na populáciu. Preto by sa mali preventívne programy aj špecificky zameriavať na cieľovú skupinu dievčat.

Kľúčové zistenia

- Výskyt skúseností s užívaním tabaku stúpal s vekom a väčšina 15-ročných respondentov už niekedy fajčila. Spomedzi nich asi polovica fajčila prvýkrát vo veku 13 rokov a menej.
- Asi tretina 15-ročných respondentov fajčila aspoň raz za posledný mesiac a pätina najmenej raz týždenne, pričom v oboch prípadoch prevažovali chlapci nad dievčatami.
- Výskyt fajčenia respondentov stúpalo s vekom. Aspoň raz za týždeň fajčilo vo veku 11 rokov 3% chlapcov a 1% dievčat a vo veku 15 rokov až 22% chlapcov a 16% dievčat.

Prvé skúsenosti s fajčením tabaku

Pre vznik fajčiarskeho návyku má význam vek, v ktorom začne jedinec prvýkrát experimentovať s cigaretami. Čím je vek prvých skúseností s fajčením nižší, tým je vyššia pravdepodobnosť dlhoročného fajčenia počas dospelosti, ako aj vyššej intenzity prejavujúcej sa počtom vyfajčených cigariet za deň (Ellickson et al. 2001, Tucker et al. 2003). Jedinci, ktorí získali prvé skúsenosti s fajčením (aj jediná vyfajčená cigareta) vo veku 11 rokov, mali v neskoršom veku viac ako dvojnásobne vyššiu pravdepodobnosť vzniku pravidelného fajčiarskeho návyku v porovnaní s tými, čo prvýkrát fajčili vo veku 14 rokov (Fidler et al. 2006).

Hoci len časť z tých detí, ktoré experimentujú s cigaretami sa stanú neskôr pravidelnými fajčiarmi, nízky vek prvých skúseností s cigaretami významne zvyšuje riziko pravidelného fajčenia v neskoršom veku.

Popis indikátora: V akom veku si prvýkrát fajčil/a cigaretu (viac ako potiahnutie)?

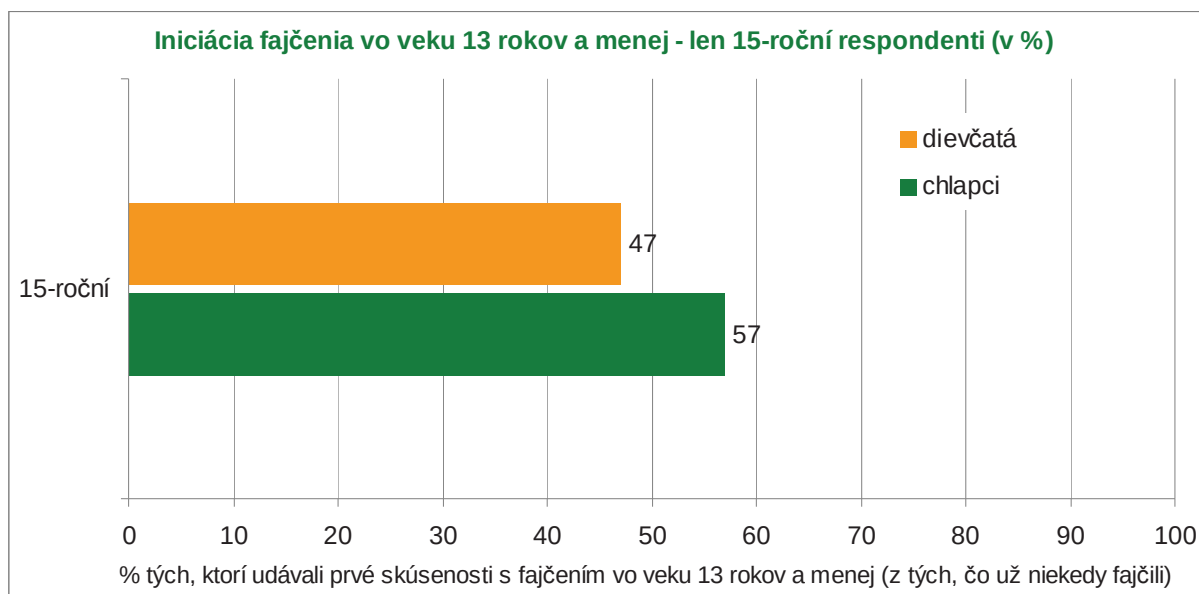
- Nikdy
- 11 rokov alebo menej
- 12 rokov
- 13 rokov
- 14 rokov
- 15 rokov
- 16 rokov alebo viac

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uvádzali prvé skúsenosti s fajčením vo veku 13 rokov a menej spomedzi tých, čo už niekedy fajčili.

Výskyt: Takmer 6 z 10 chlapcov a menej ako polovica dievčat uviedli, že prvýkrát fajčili vo veku 13 rokov a menej (počítané z tých, čo už niekedy fajčili).

Rodové rozdiely: Chlapci dominovali nad dievčatami asi o 10% a tento rozdiel bol štatisticky významný (CI/OR: 1,48/1,14-1,93).

Obrázok 20



Skúsenosť s fajčením tabaku

Rozšírenie skúseností s fajčením a experimentovania s cigaretami u adolescentov poukazuje na mieru spoločenskej tolerancie užívania tabaku a jeho dostupnosti u detí a mládeže. Tieto sú významnými faktormi ovplyvňujúcimi vznik pravidelného fajčenia, a na ne zamerané preventívne a represívne aktivity patria ku kľúčovým opatreniam kontroly tabaku (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008).

Popis indikátora: Fajčil/a si niekedy tabak?
(Najmenej jednu cigaretu, cigaru, fajku)

Áno
Nie

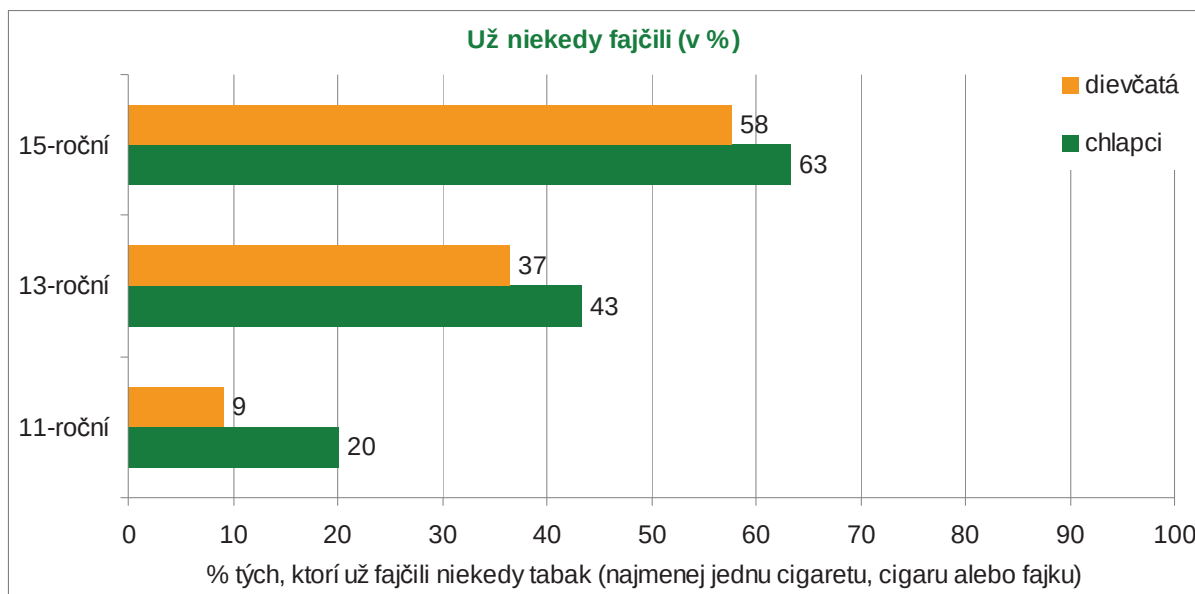
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí na otázku odpovedali kladne, t.j., ktorí už fajčili niekedy tabak.

Výskyt: Osobné skúsenosti s fajčením uviedla viac ako polovica 15-ročných respondentov a približne 4 z desiatich 13-ročných respondentov. Medzi 11-ročnými respondentmi kladne odpovedalo asi 1 z 10 dievčat a jedna pätina chlapcov.

Rodové rozdiely: Chlapci udávali v porovnaní s dievčatami častejšie skúsenosti s fajčením, pričom bol tento rozdiel štatisticky významný vo všetkých vekových skupinách (OR/CI: 2,49/1,79-3,48 u 11-ročných; 1,33/1,10-1,62 u 13-ročných; 1,27/1,04-1,56 u 15-ročných).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt skúseností s fajčením výrazne narastal s vekom, pričom rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,14/0,11-0,19) i dievčatami (OR/CI: 0,07/0,05-0,10); ako aj medzi 13- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,44/0,36-0,54) i dievčatami (OR/CI: 0,42 (0,35-0,51).

Obrázok 21



Fajčenie cigariet za posledných 30 dní

Fajčenie počas adolescencie má význam z hľadiska rozvoja fajčiarskeho návyku. Počas tohto obdobia vznikajú psychosociálne väzby na cigarety a môže sa rozvinúť závislosť na nikotíne (Jarvis 2004). Pokiaľ nezačne jednotliviec fajčiť počas adolescencie, je neskôr veľmi malá pravdepodobnosť vzniku fajčiarskeho návyku (Ellickson et al. 2001). Preto má z hľadiska prevencie mimoriadny význam sledovanie výskytu fajčenia u adolescentov.

Popis indikátora: Koľkokrát si fajčil/a cigarety za posledných 30 dní?

Ani raz
1-2 krát
3-5 krát
6-9 krát
10-19 krát
20-39 krát
40 alebo viac krát

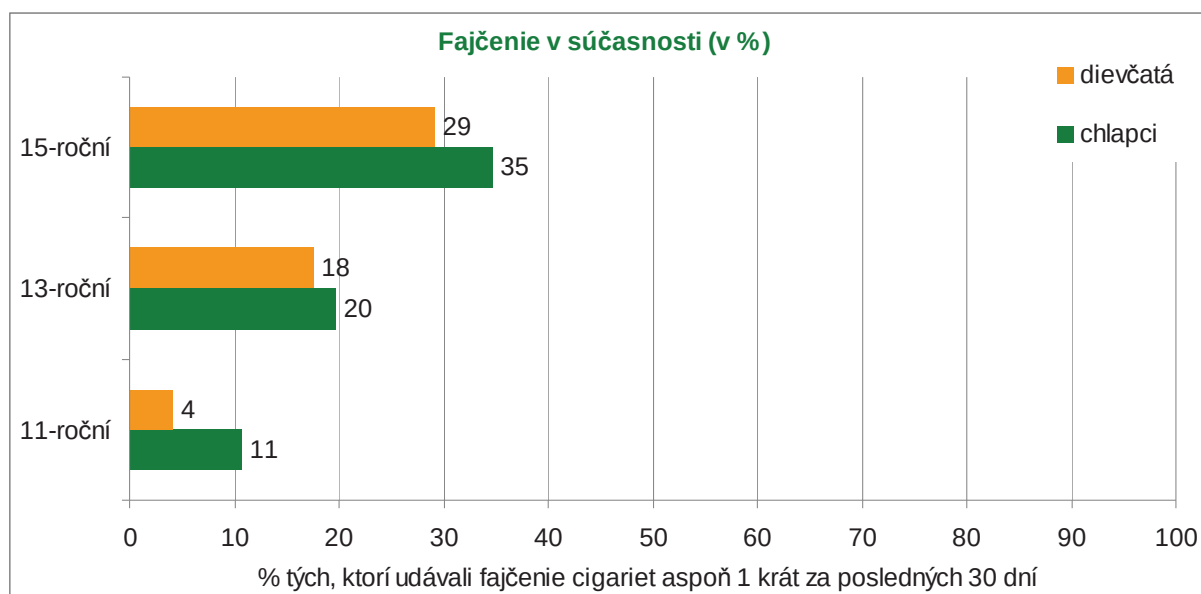
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli fajčenie 1-2 krát a častejšie za posledných 30 dní.

Výskyt: Fajčenie aspoň raz za mesiac uviedla asi jedna tretina 15-ročných respondentov, približne jedna pätina 15-ročných a len 4% 11-ročných dievčat a 11% 11-ročných chlapcov.

Rodové rozdiely: Chlapci častejšie uvádzali fajčenie v súčasnosti, pričom rozdiel dosahoval štatistickú významnosť u 15-ročných (OR/CI: 1,29/1,04-1,59) a u 11-ročných (OR/CI: 2,80/1,76-4,45).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt fajčenia v súčasnosti výrazne narastal s vekom a rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,23/0,17-0,31) a dievčatami (OR/CI: 0,10/0,07-0,16); ako aj medzi 13- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,46/0,37-0,58) a dievčatami (OR/CI: 0,51/0,41-0,65).

Obrázok 22



Fajčenie tabaku aspoň raz za týždeň

Týždenné fajčenie tabaku, na rozdiel od predchádzajúceho ukazovateľa, už naznačuje relatívnu pravidelnosť návyku a poukazuje na prítomnosť psychosociálnych väzieb. Zároveň predstavuje významný prediktor vzniku nikotínovej závislosti a pretrvávajúce užívanie tabaku aj počas dospelosti (Van De Ven et al. 2010). Okrem priamych negatívnych zdravotných účinkov (Preventing tobacco use among young people 1994) fajčenie adolescentov úzko súvisí aj s inými aspektmi rizikového správania sa (Ellickson et al. 2001, Forrester et al. 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 kanabису (Duncan et al. 1998).

Popis indikátora: Ako často fajčíš tabak v súčasnosti?

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

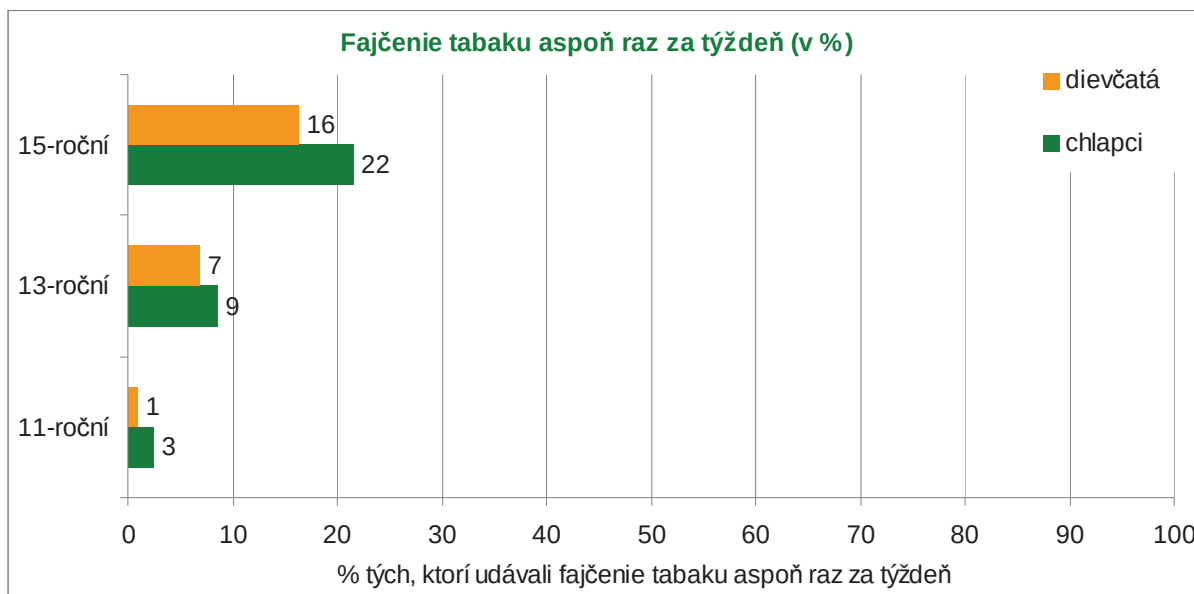
Prezentovaný je výskyt repondentov, ktorí uvádzali fajčenie najmenej raz za týždeň.

Výskyt: Len menšia časť repondentov uvádzala fajčenia najmenej raz za týždeň. Výskyt kladných odpovedí sa pohyboval v rozmedzí od 1% (11-ročné dievčatá) až po 22% (15-roční chlapci).

Rodové rozdiely: Výskyt u chlapcov prevyšoval dievčatá a tento rozdiel bol štatisticky významný u 11-ročných (OR/CI: 2,82/1,10-7,33) a u 15-ročných (OR/CI: 1,40/1,09-1,80).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Prevalencia výrazne narastala s vekom a rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,09/0,06-0,16), dievčatami (OR/CI: 0,05/0,02-0,11); ako aj medzi 13- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,34/0,25-0,46) a dievčatami (OR/CI: 0,38/0,28-0,52).

Obrázok 23



Konzumácia alkoholu

T.Baška

Nadmerné užívanie alkoholu a s ním spojené zdravotné a spoločenské dopady predstavujú významný verejno-zdravotnícky problém. Je to rizikový faktor viacerých chronických ochorení, najmä nádorových, kardiovaskulárnych, neuropsychiatrických porúch a pod. Podieľa sa významnou mierou na výskyte úrazov vznikajúcich najmä v súvislosti s dopravou, násilným správaním a pod. V európskom regióne, najmä východnej Európe, je podľa oficiálnych údajov najvyššia spotreba alkoholu na svete, a s tým súvisiacich zdravotných dopadov (European Status Report on Alcohol and Health 2010). Jeho konzumácia sa v európskej populácii podieľa na predčasnej strate zdravia¹ 11,6% (17,3% u mužov a 4,4% u žien) a zapríčiňuje 6,5% všetkých úmrtí (11,0% u mužov a 1,8% u žien) (Rehm et al. 2009).

Podľa relevantných odhadov pripadá na Slovensku na každého obyvateľa vo veku 15 a viac rokov spotreba alkoholu za jeden rok zodpovedajúca 13,3 l čistého etanolu (európsky priemer: 12,2 l) (Rehm et al. 2009). 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 zdravotné dopady pitia alkoholu spočívajú najmä vo zvýšenom riziku úrazov a iných vonkajších príčin poškodenia zdravia, prípadne úmrtí (Zatonski et al. 2008).

Z hľadiska konzumovaných druhov alkoholických nápojov u dospeléj populácie dominujú na Slovensku pivo a destiláty, pričom víno sa pije relatívne zriedkavejšie. U mladých ľudí zohrávajú osobitný význam miešané alkoholické nápoje. Vzhľadom na svoju príjemnú chuť sú v tejto vekovej skupine atraktívne a často predstavujú vstupnú bránu pre užívanie iných druhov alkoholu (European Status Report on Alcohol and Health 2010).

Odhaduje sa, že na Slovensku trpí závislosťou na alkohole asi 10,2% mužov a 1,1% žien. Nárazové pitie (definované ako vypitie 60g a viac alkoholu pri jednej príležitosti v priebehu posledného týždňa), ktoré predstavuje osobitné riziko z hľadiska zdravotných a spoločenských dopadov, sa vyskytuje u nás asi u 15,0% mužov a 2,2% žien (European Status Report on Alcohol and Health 2010). V tomto zmysle sú znepokojujúce epidemiologické údaje poukazujúce v posledných rokoch na rastúci výskyt pitia adolescentov s cieľom opitia sa, poukazujúceho okrem iného na zvyšujúcu sa spoločenskú toleranciu takýchto schém správania sa (Global Status Report on Alcohol 2004, Farke & Anderson 2007).

Kľúčové zistenia

- **U 15-ročných respondentov asi polovica chlapcov a 4 z 10 dievčat prvýkrát pili alkohol vo veku 13 rokov a menej (spomedzi tých, čo už pili niekedy alkohol).**
- **Pravidelné pitie alkoholu aspoň raz za týždeň dominovalo u chlapcov a výskyt stúpala s vekom (7% chlapcov a 4% dievčat vo veku 11 rokov, 29% chlapcov a 16% dievčat o veku 15 rokov). Najčastejším druhom alkoholického nápoja bolo pivo.**
- **Až 40% chlapcov a 31% dievčat vo veku 15 rokov uviedlo skúsenosť s opitnosťou aspoň dvakrát za život. Z tých, čo sa už niekedy opili, k tomu prvýkrát došlo vo veku 13 rokov a menej asi u jednej štvrtiny a to v takmer v rovnakej miere u chlapcov a dievčat.**
- **Takmer tri štvrtiny respondentov, ktorí si chceli kúpiť alkohol, uviedli, že im ho neodmietli predať vzhľadom na vek.**

¹ Vyjadrené pomocou indexu DALYs (disability adjusted life years). Tento ukazovateľ udáva počet rokov života populácie stratených v dôsledku úmrtí alebo chorôb. Možno prostredníctvom neho vyjadrovať dopad choroby alebo rizikového faktora na zdravie populácie, resp. jeho stratu. Prípadne ním možno vyjadrovať percento, akým sa podieľa choroba či rizikový faktor na strate zdravia populácie.

Prvé skúsenosti s konzumáciou alkoholu

Skoré skúsenosti s pitím alkoholu zvyšujú pravdepodobnosť užívania nelegálnych drog, problémové pitie ako aj závislosť na alkohole v dospelosti (Patton et al. 2007, Buchmann et al. 2009, Dawson et al. 2008). Jedným z cieľov preventívnych opatrení je preto oddialiť vek, keď jedinec prvýkrát konzumuje alkohol (Global strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010).

Popis indikátora: V akom veku si prvýkrát pil/a alkohol (viac ako malé množstvo)?

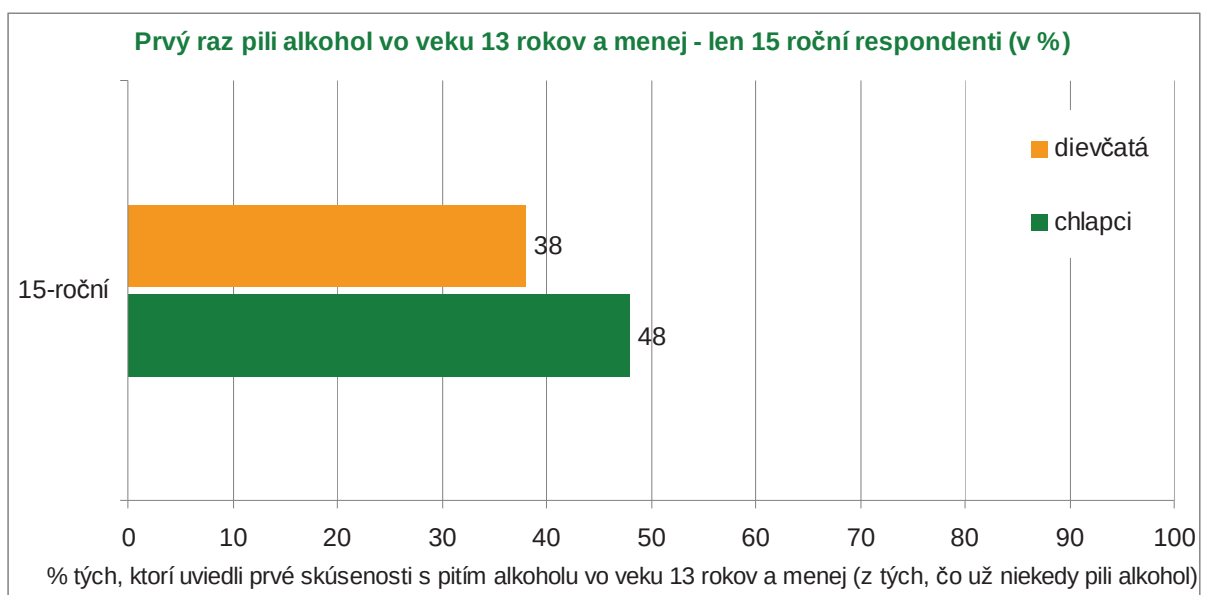
- Nikdy
- 11 rokov alebo menej
- 12 rokov
- 13 rokov
- 14 rokov
- 15 rokov
- 16 rokov alebo viac

Výskyt: Takmer 4 z 10 dievčat (38%) a asi polovica chlapcov (48%) uviedla, že prvýkrát pili alkohol vo veku 13 rokov a menej (počítané z tých, čo už niekedy pili alkohol).

Rodové rozdiely: Chlapci výrazne (o 10%) dominovali nad dievčatami, pričom rozdiel bol štatisticky významný (OR/CI: 1,48/1,17-1,89).

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí prvýkrát pili alkohol vo veku 13 rokov a menej spomedzi tých, čo už pili alkohol.

Obrázok 24



Konzumácia alkoholu za posledných 30 dní

Pravidelná konzumácia alkoholu u adolescentov definovaná ako pitie počas uplynulého mesiaca je ukazovateľom dostupnosti alkoholických nápojov v tejto vekovej skupine. Zároveň však predstavuje riziko vzniku problémového pitia a môže mať zdravotno-spoločenské následky najmä v dôsledku rizikového správania sa pod vplyvom alkoholu (Grant et al. 2006).

Popis indikátora: Koľkokrát si pil/a alkohol za posledných 30 dní?

Ani raz
1-2 krát
3-5 krát
6-9 krát
10-19 krát
20-39 krát
40 alebo viac krát

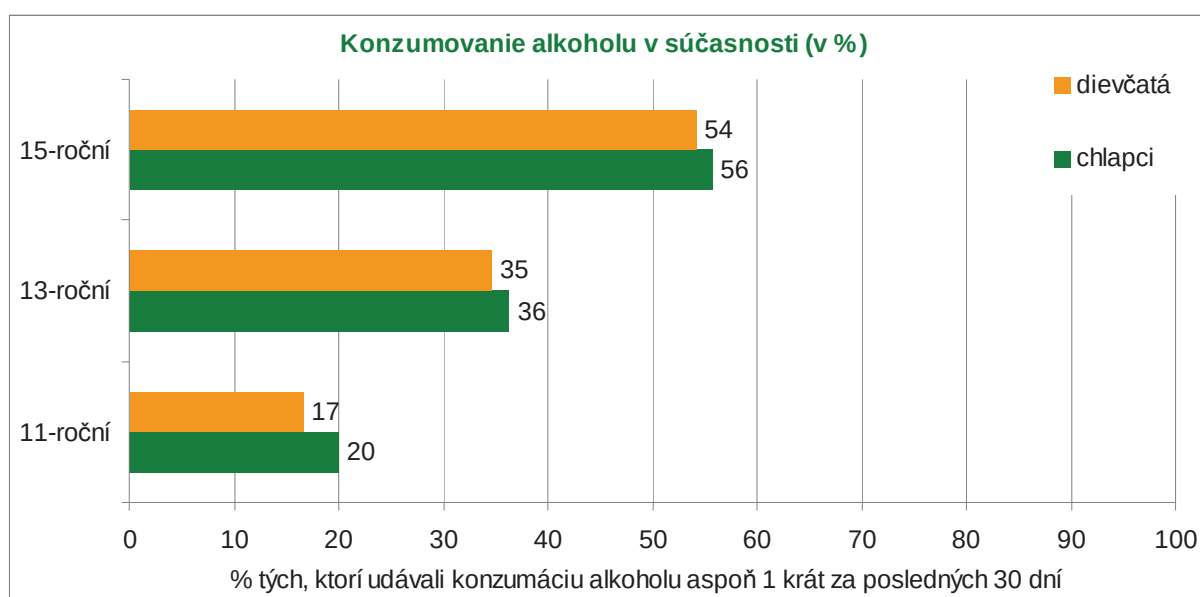
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že pili alkohol 1-2 krát a častejšie za posledných 30 dní.

Výskyt: Pitie alkoholu v súčasnosti (aspoň 1-krát za posledný mesiac) uviedla viac ako polovica 15-ročných, približne tretina 13-ročných a asi jedna pätina 11-ročných respondentov.

Rodové rozdiely: Hoci výskyt kladných odpovedí u chlapcov mierne prevyšoval, ani v jednej vekovej skupine rozdiel nedosahoval štatistickú významnosť.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt výrazne narastal s vekom, rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,20/0,16-0,25), 11- a 15-ročnými dievčatami (OR/CI: 0,17/0,13-0,22), ako aj 13- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,45/0,37-0,55) a 13- a 15-ročnými dievčatami (OR/CI: 0,45/0,37-0,54).

Obrázok 25



Konzumovanie alkoholu aspoň raz za týždeň

Častá pravidelná konzumácia alkoholu počas adolescencie je významným prediktorom problémového pitia a užívania iných psychoaktívnych látok počas dospelosti (Grant et al. 2006). Zároveň predstavuje aj priame ohrozenie zdravia súvisiace najmä s rizikovým správaním. Pitie alkoholu súvisí tiež s užívaním iných psychoaktívnych látok, najmä fajčením tabaku, ale aj užívaním nelegálnych drog. Okrem toho sa preukázala aj jasná súvislosť s rizikovým sexuálnym správaním (Alcohol use and sexual risk behaviour 2005).

Popis indikátora: V súčasnosti, ako často piješ niečo alkoholické, napríklad pivo, víno alebo liehoviny ako vodka, slivovica, borovička? *Pokús sa zahrnúť aj tie prípady, keď si vypil/a iba malé množstvo. Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.* Každý riadok tejto otázky predstavoval druh alkoholického nápoja: pivo, víno, liehoviny/pálenky (napr. vodka, slivovica, becherovka, fernet), miešané alkoholické nápoje (napr. Beton, Bavorák, Smirnoff Ice, Bacardi Breezer), akékoľvek iné nápoje, ktoré obsahujú alkohol.

každý deň

aspoň raz za týždeň

aspoň raz za mesiac

zriedkavo

nikdy

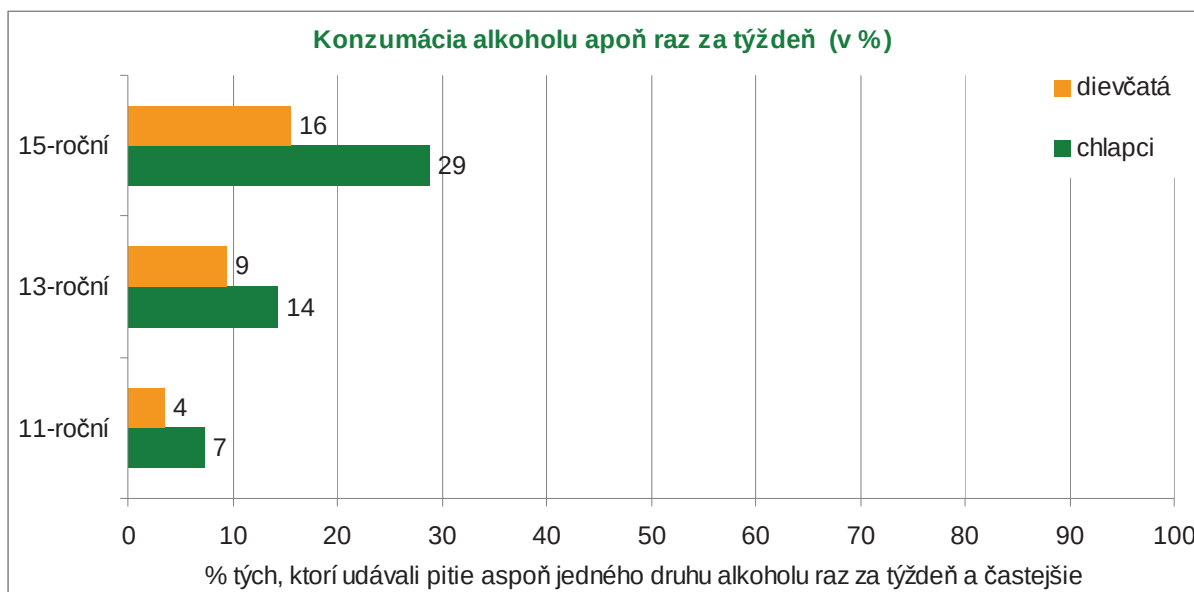
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli aspoň v jednom riadku možnosť „denne“ alebo „aspoň raz za týždeň“.

Výskyt: Menej ako tretina respondentov uviedla pitie alkoholu aspoň raz za týždeň. Najviac ich bolo spomedzi 15-ročných chlapcov (29%) a najmenej u 11-ročných dievčat (4%).

Rodové rozdiely: Vo všetkých vekových skupinách prevažovali pozitívne odpovede u chlapcov v porovnaní s dievčatami: 11-roční (OR/CI: 2,18/1,30-3,66), 13-roční (OR/CI: 1,61/1,19-2,17) a 15-roční (OR/CI: 2,19 (1,71-2,81).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: So zvyšovaním veku narastá výskyt týždenného pitia alkoholu. Rozdiely boli štatisticky významné medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,20/0,14-0,28) a dievčatami (OR/CI: 0,20/0,13-0,32); ako aj medzi 13- a 15-ročnými chlapcami (OR/CI: 0,41/0,32-0,53) a dievčatami (OR/CI: 0,56/0,42-0,76).

Obrázok 26



Konzumovanie jednotlivých druhov alkoholu aspoň raz za týždeň

Preferovanie konzumácie jednotlivých druhov alkoholu súvisí s tzv. kultúrou pitia, ktorú určujú historické, kultúrne a spoločensko-ekonomické faktory. Okrem toho riziko zdravotných následkov, problémového pitia a vzniku závislosti sa líši v závislosti od druhu preferovaného alkoholického nápoja. Podľa viacerých prác adolescentní konzumenti vína relatívne zriedkavejšie pijú nárazovo väčšie množstvo alkoholu a riziko zdravotných problémov je u nich nižšie. Pitie piva a liehovín sa u mládeže sa vo väčšej miere spája s rebelstvom a rizikovým správaním. Relatívne častejšie tiež vedie k vzniku závislosti na alkohole (Kuntsche et al. 2006, Naimi et al. 2007, Flensburg-Madsen et al. 2008, Coder et al. 2009).

Popis indikátora:

V súčasnosti, ako často piješ niečo alkoholické, napríklad pivo, víno alebo liehoviny ako vodka, slivovica, borovička? *Pokús sa zahrnúť aj tie prípady, keď si vypil/a iba malé množstvo. Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý riadok.* Každý riadok tejto otázky predstavoval druh alkoholického nápoja: pivo, víno, liehoviny/pálenky (napr. vodka, slivovica, becherovka, fernet), miešané alkoholické nápoje (napr. Beton, Bavorák, Smirnoff Ice, Bacardi Breezer), akékoľvek iné nápoje, ktoré obsahujú alkohol.

každý deň
aspoň raz za týždeň
aspoň raz za mesiac
zriedkavo
nikdy

Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli v rámci jednotlivých druhov alkoholu možnosť „každý deň“ alebo „aspoň raz za týždeň“.

Výskyt: Najčastejšie konzumovaným nápojom bolo pivo (19% u 15-ročných chlapcov, 3% u 11-ročných dievčat). Najzriedkavejšie uvádzali respondenti pitie vína (6% u 15-ročných chlapcov, 1% u 11-ročných dievčat).

Rodové rozdiely: Chlapci uvádzali pitie jednotlivých druhov alkoholu častejšie ako dievčatá, pričom rozdiel bol štatisticky významný u piva u 13- (CI/OR: 2,48/1,67-3,68) a 15-ročných (CI/OR: 2,96/2,15-4,07), u vína u 15-ročných (CI/OR: 2,31/1,40-3,82), u liehovín u 15-ročných (CI/OR: 1,91/1,37-2,65) a u iných druhov alkoholu u 11- (CI/OR: 2,58/1,11-5,98) a 15-ročných (CI/OR: 1,63/1,18-2,26) respondentov.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: U všetkých druhov alkoholu narastal štatisticky významne výskyt pitia s vekom tak u chlapcov, ako aj dievčat.

Obrázok 27



Nadmerná konzumácia alkoholu

Spotreba väčšieho množstva alkoholu počas jednej príležitosti poukazuje na tzv. nárazové pitie. To predstavuje u adolescentov osobitný problém vzhľadom na to, že riziko zdravotných a spoločenských následkov je pri tomto spôsobe konzumácie výrazne vyššie (Kuntche et al. 2004, Farke & Anderson 2007). Okrem toho, praktizovanie takéhoto typu pítia počas adolescencie predstavuje vyššie riziko vzniku závislosti na alkohole v dospelosti (McCarty et al. 2004).

Popis indikátora: Keď rozmýšľaš o bežnej príležitosti, koľko nápojov obsahujúcich alkohol zvykneš vypiť? „Nápoj“ môže byť pohár vína (približne dva deci), fľaša alebo plechovka piva (približne pol litra), pohárik pálenky (približne pol deci), alebo pohár miešaného nápoja.

- Nikdy nepijem alkohol
- Menej ako jeden nápoj
- 1 nápoj
- 2 nápoje
- 3 nápoje
- 4 nápoje
- 5 alebo viac nápojov

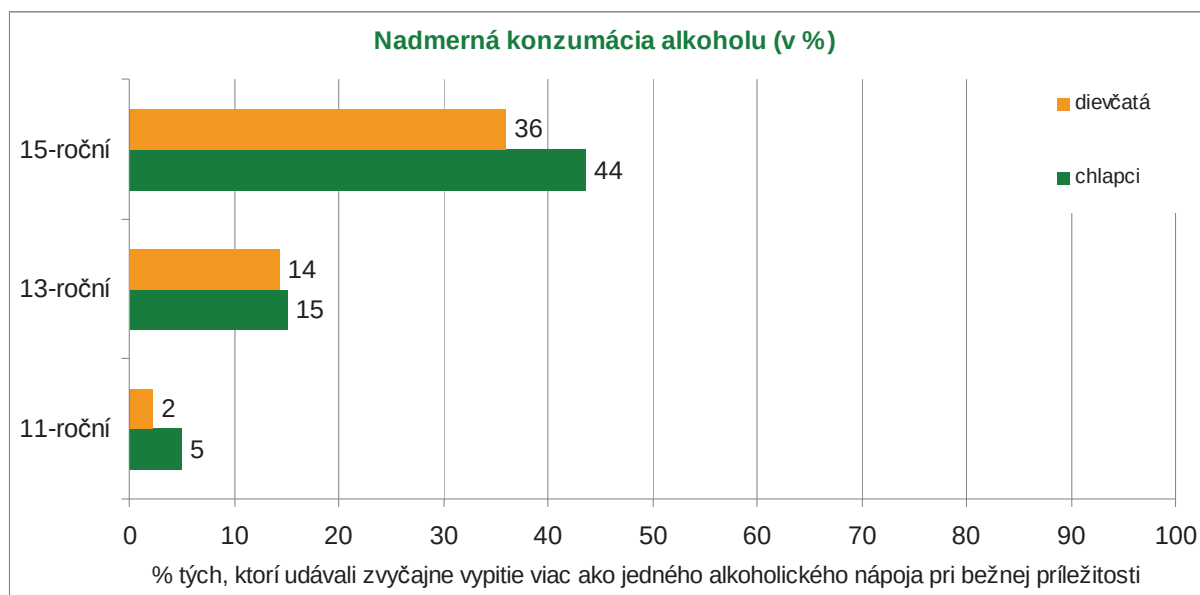
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uvádzali vypitie viac ako jedného alkoholického nápoja pri bežnej príležitosti.

Výskyt: Zvyčajnú konzumáciu viac ako 1 nápoja pri jednej príležitosti uvádzala menšia časť respondentov a výskyt kladných odpovedí sa pohyboval v rozmedzí od 2% (11-ročné dievčatá) do 44 % (15-roční chlapci).

Rodové rozdiely: Výskyt prevažoval u chlapcov nad dievčatami signifikantne u 11-ročných (CI/OR: 2,32/1,23-4,35) a 15-ročných (CI/OR: 1,39/1,14-1,70) respondentov.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt nadmerného pitia stúpal s vekom, a to najvýraznejšie po 13. roku života. Rozdiely boli signifikantné medzi 11- a 15-ročnými respondentmi u chlapcov (OR/CI: 0,07/0,05-0,10) a dievčat (OR/CI: 0,04/0,02-0,08), ako aj medzi 13- a 15-ročnými respondentmi u chlapcov (OR/CI: 0,23/0,18-0,29) a dievčat (OR/CI: 0,30/0,24-0,38).

Obrázok 28



Prvé skúsenosti s opitosťou

Konzumácia alkoholu vedúca k opitosti je tiež ukazovateľom nebezpečného nárazového pitia. Opitie, čiže akútna intoxikácia alkoholom mení úsudok, rozhodovanie a vedie k rizikovému správaniu sa v zmysle zvýšenia pravdepodobnosti násilného správania sa, úrazov, uvoľneného sexuálneho správania sa, ako aj k somatickému poškodzovaniu organizmu (WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption 2007, Global Status Report on Alcohol 2004). Pritom nižší vek skúseností s opitosťou je spojený so zvýšeným rizikom, ako aj väčšou pravdepodobnosťou komplikácií súvisiacich s pitím alkoholu v neskoršom veku (McCarthy et al. 2004).

Popis indikátora: V akom veku si sa prvýkrát opil/a?

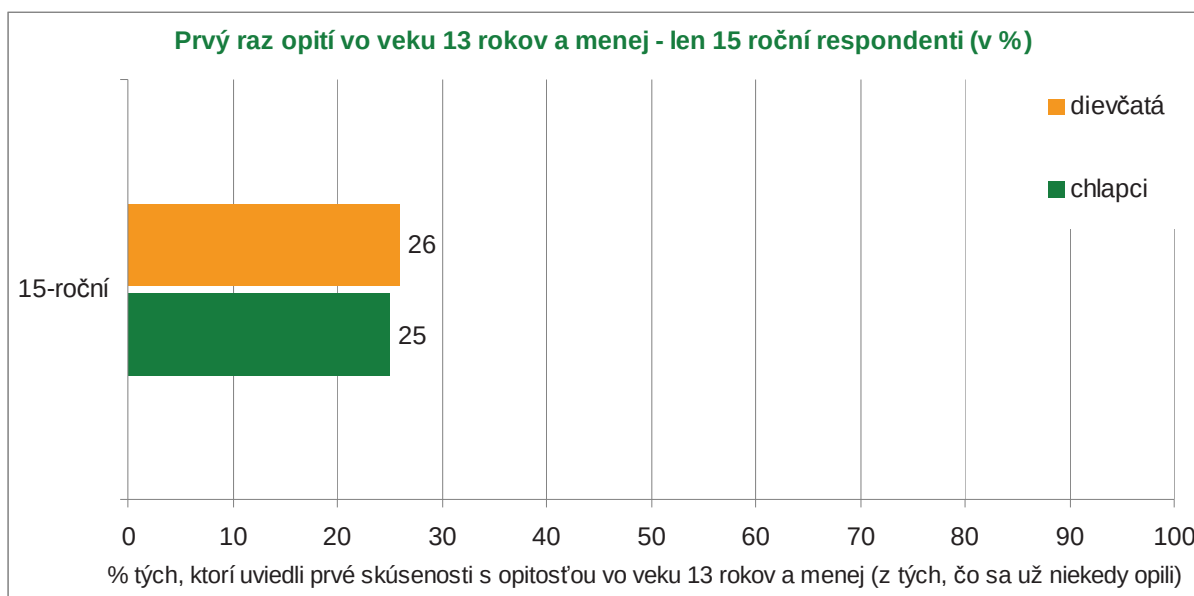
- Nikdy
- 11 rokov alebo menej
- 12 rokov
- 13 rokov
- 14 rokov
- 15 rokov
- 16 rokov alebo viac

Výskyt: Asi jedna štvrtina 15-ročných respondentov, ktorí sa už niekedy opili, uviedla prvú opitosť vo veku 13 rokov a menej.

Rodové rozdiely: Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami bol štatisticky nevýznamný.

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uvádzali prvú opitosť vo veku 13 rokov a menej (počítané z tých, čo sa už niekedy opili).

Obrázok 29



Skúsenosť s opitosťou

Opakovaná konzumácia alkoholu vedúca k opitosti poukazuje u adolescentov na osvojovanie si praktík nebezpečného nárazového pitia. Čím častejšie dochádza k opitosti, tým je väčšie riziko poškodenia zdravia zapríčineného rizikovým správaním, t.j. najmä úrazmi, ako aj sexuálne prenosnými ochoreniami (WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption 2007, Global Status Report on Alcohol 2004). Okrem toho významná časť neželaných tehotenstiev počas adolescencie je dôsledkom sexuálnych kontaktov v opitosti (Bennett et Nassim 2005).

Popis indikátora: Vypil/a si niekedy toľko alkoholu, že si bol/a naozaj opitý/á? *Mal/a si jeden alebo viacero z príznakov: problémy s chôdzou alebo problémy s rečou/hovorením, zvracanie alebo okno (nepamätal/a si si, čo sa stalo)?*

- Nie, nikdy
- Áno, raz
- Áno, 2-3 krát
- Áno, 4-10 krát
- Áno, viac ako 10 krát

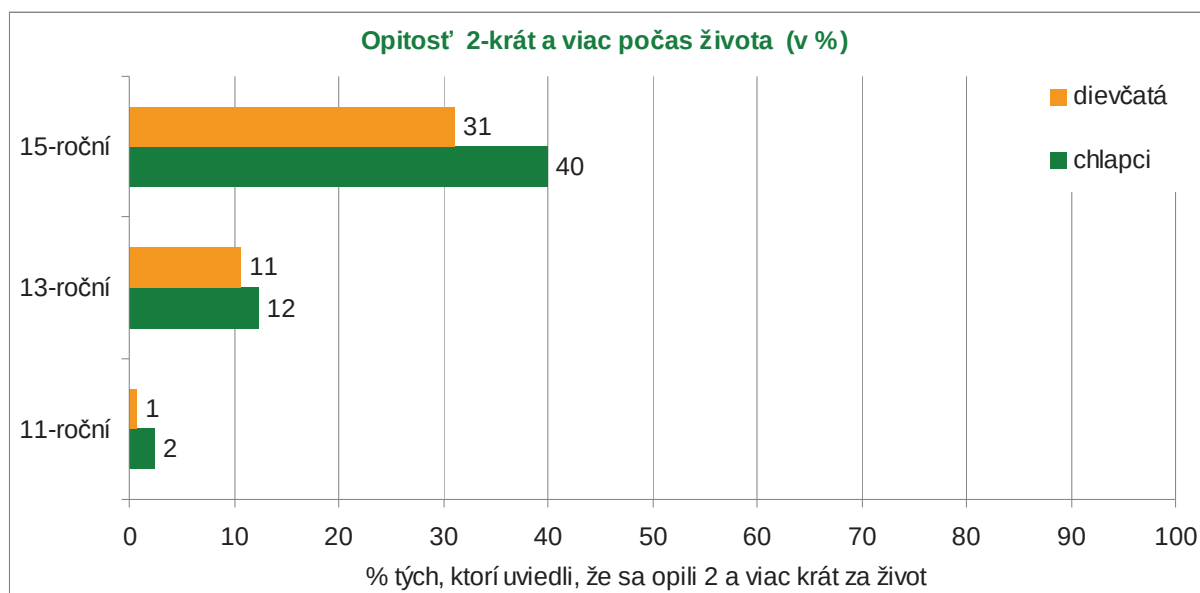
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa opili 2-3 krát a viac.

Výskyt: Skúsenosť s opitosťou uviedli asi 4 z 10 chlapcov a 3 z 10 dievčat vo veku 15 rokov. Podobne, viac ako jedna desatina 13-ročných respondentov oboch pohlaví a zlomok 11-ročných respondentov (1% dievčat a 2% chlapcov) uviedli túto skúsenosť.

Rodové rozdiely: Štatisticky významne prevažovali chlapci nad dievčatami vo vekovej skupine 11-ročných (CI/OR: 3,16/1,13-8,82) a 15-ročných respondentov (CI/OR: 1,48/1,20-1,81).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt výrazne narastal s vekom respondentov a rozdiel bol štatisticky významný medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (CI/OR: 0,04/0,02-0,07), dievčatami (CI/OR: 0,02/0,01-0,04), ako aj 13- a 15-ročnými chlapcami (CI/OR: 0,21/0,16-0,27) a dievčatami (CI/OR: 0,27/0,21-0,34).

Obrázok 30



Opitosť za posledných 30 dní

Pravidelné intenzívne pitie vedúce k opitosti je najnebezpečnejšou formou konzumácie alkoholu u adolescentov. Vyžaduje pozornosť aj vzhľadom na vysoké riziko vzniku závislosti na alkohole (Kuntche et al. 2004, McCarthy et al. 2004).

Popis indikátora: Koľkokrát si bol/a opitý/á za posledných 30 dní?

Ani raz
1-2 krát
3-5 krát
6-9 krát
10-19 krát
20-39 krát
40 alebo viac krát

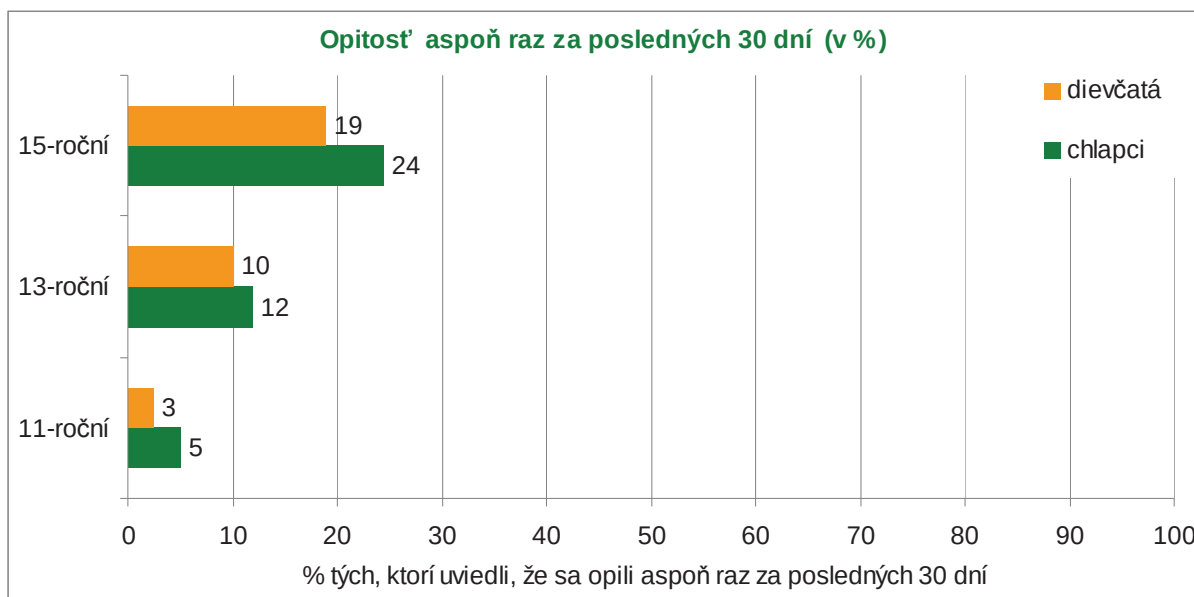
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa opili 1-2 krát a častejšie za posledných 30 dní.

Výskyt: Opitosť v priebehu posledného mesiaca uviedla asi jedna štvrtina 15-ročných chlapcov, jedna pätina 15-ročných dievčat, približne jedna desatina 13-ročných respondentov oboch pohlaví a len zlomok 11-ročných respondentov (5% chlapcov a 3% dievčat).

Rodové rozdiely: Štatisticky významne prevažovali chlapci nad dievčatami vo vekovej skupine 11-ročných (CI/OR: 2,15/1,16-3,99) a 15-ročných respondentov (CI/OR: 1,38/1,09-1,76).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt opitosti za posledný mesiac výrazne narastal s vekom respondentov a rozdiel bol štatisticky významný medzi 11- a 15-ročnými chlapcami (CI/OR: 0,17/0,11-0,25), dievčatami (CI/OR: 0,11/0,06-0,18), ako aj 13- a 15-ročnými chlapcami (CI/OR: 0,42/0,32-0,55) a dievčatami (CI/OR: 0,48/0,36-0,63).

Obrázok 31



Dostupnosť alkoholu

Obmedzovanie dostupnosti alkoholu deťom a adolescentom predstavuje jedno z kľúčových opatrení kontroly alkoholu (Global strategy to reduce the harmful use of alcohol 2010). Je veľmi účinným nástrojom na zníženie konzumácie, ako aj jeho negatívnych dopadov v tejto vekovej skupine. Vzhľadom na legislatívne daný zákaz predaja alkoholu mládeži pod 18 rokov poukazuje možnosť jeho kúpenia na mieru spoločenskej akceptácie tohto zákazu a na účinnosť jeho dodržiavania.

Popis indikátora: Keď si chcel/a kúpiť alkohol v obchode, bare, diskonte a podobne, odmietli ti ho predat' vzhľadom na tvoj vek?

Nekupoval/a som alkohol
Áno, odmietli mi ho predat'
Nie, predali mi ho

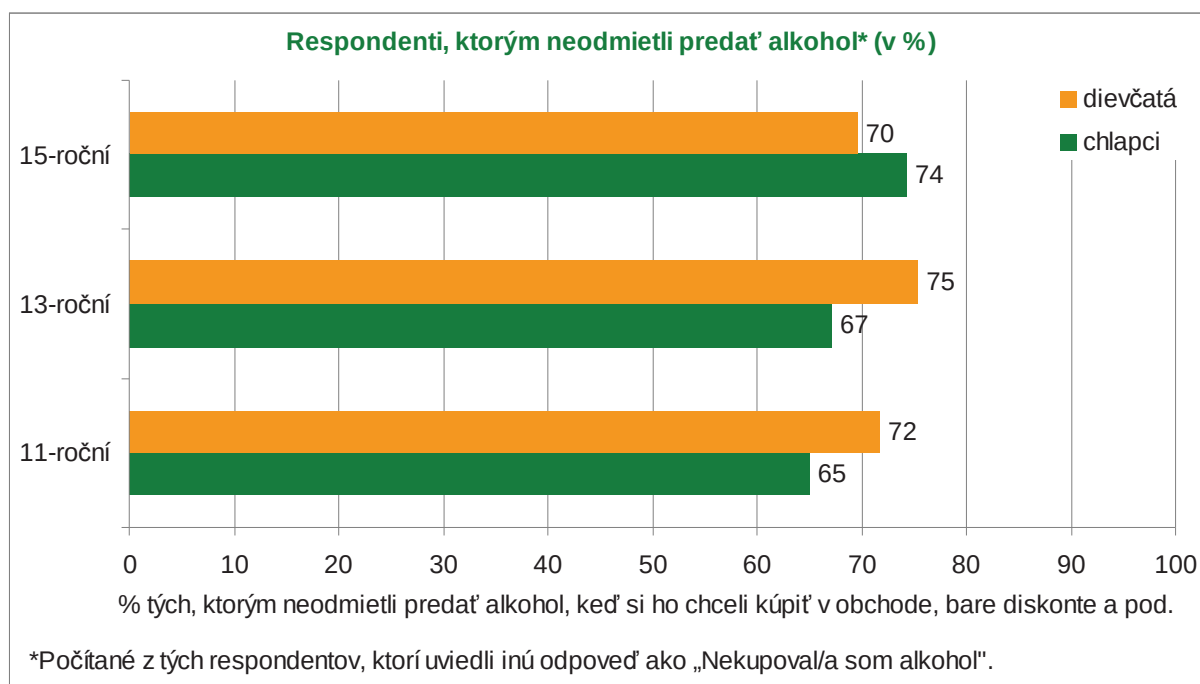
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že im predali alkohol, keď si ho chceli kúpiť (neboli započítaní tí respondenti, ktorí uviedli možnosť „Nekupoval/a som alkohol“).

Výskyt: Výrazná väčšina respondentov, ktorí si chceli kúpiť alkohol uviedla, že im ho neodmietli predat' vzhľadom na vek.

Rodové rozdiely: Rozdiely medzi chlapcami a dievčatami neboli štatisticky významné.

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Výskyt bol približne rovnaký vo všetkých vekových skupinách a rozdiely neboli štatisticky významné.

Obrázok 32



Užívanie nelegálnych drog

T.Baška

Kľúčové zistenia

- 21% chlapcov a 12% dievčat vo veku 15 rokov už niekedy užili kanabis (marihuanu).
- 9% chlapcov a 3% dievčat vo veku 15 rokov užilo kanabis (marihuanu) aspoň raz za posledný mesiac.



Skúsenosť s užívaním kanabisu

Užívanie kanabisu, najčastejšie vo forme fajčenia marihuany, predstavuje najrozšírenejší druh nelegálnej drogy (The state of the drugs problem in Europe 2009). 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 zvyšuje spoločenskú závažnosť tejto problematiky (The state of the drugs problem in Europe 2009).

Popis indikátora: Užil/a si niekedy marihuanu/hašiš (trávu, gandžu, marišku, haš) vo svojom živote

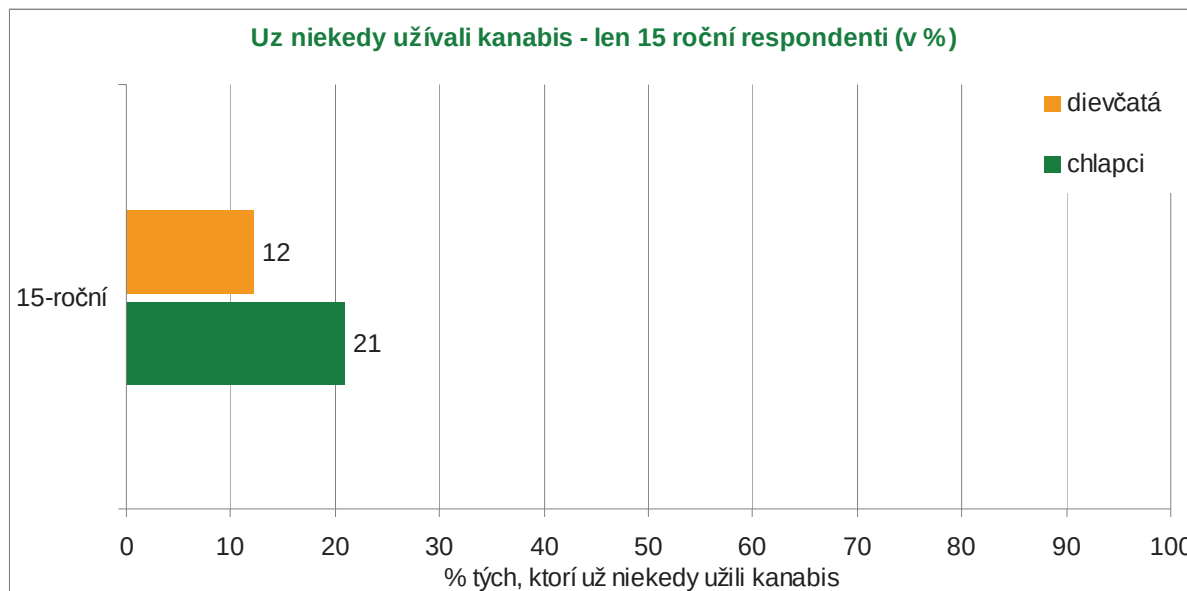
Nikdy
1-2 krát
3-5 krát
6-9 krát
10-19 krát
20-39 krát
40 alebo viackrát

Výskyt: Asi jedna pätina (21%) chlapcov a viac ako jedna desatina (12%) dievčat uviedli, že už užíli aspoň raz vo svojom živote marihuanu.

Rodové rozdiely: Chlapci uvádzali takmer dvojnásobne častejšie užitie marihuany vo svojom živote v porovnaní s dievčatami (OR/CI: 1,88/1,42-2,49).

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli, že užíli marihuanu 1-2 krát a častejšie vo svojom živote.

Obrázok 33



Užívanie kanabisu za posledných 30 dní

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 abstinenčnými 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 kancerogénny efekt 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: Užil/a si niekedy marihuanu/hašiš (trávu, gandžu, marišku, haš) za posledných 30 dní?

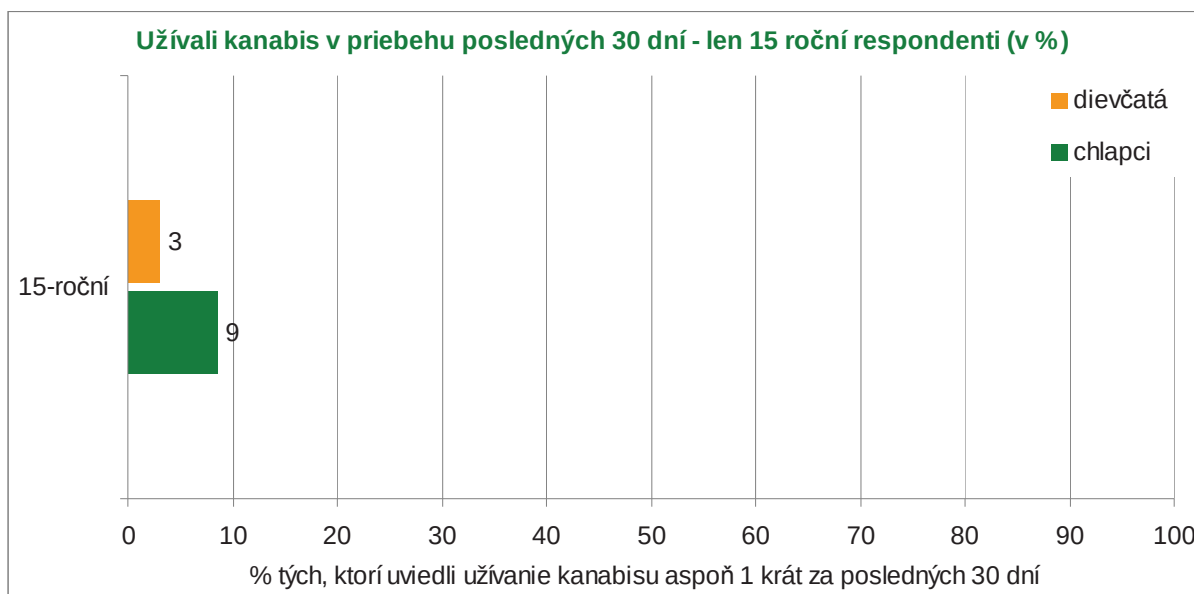
Nikdy
1-2 krát
3-5 krát
6-9 krát
10-19 krát
20-39 krát
40 alebo viackrát

Výskyt: Užívanie kanabisu za posledných 30 dní uviedlo 9% chlapcov a 3% dievčat vo veku 15 rokov.

Rodové rozdiely: Chlapi uvádzali užívanie marihuany asi trikrát častejšie ako dievčatá (OR/CI: 3,02/1,85-4,92).

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli, že užíli marihuanu 1-2 krát a častejšie za posledných 30 dní.

Obrázok 34



Dostupnosť kanabisu

Možnosť obstarat' si kanabis (marihuanu) vedie k rozšíreniu jeho užívania u adolescentov (The state of the drugs problem in Europe 2009). Zároveň poukazuje na mieru uplatňovania legislatívy zakazujúcej jej predaj a distribúciu.

Popis indikátora: Ak užívaš marihuanu, považuješ za ľahké obstarat' si ju?

Neužívam marihuanu

Nie, nepovažujem za ľahké si ju obstarat'

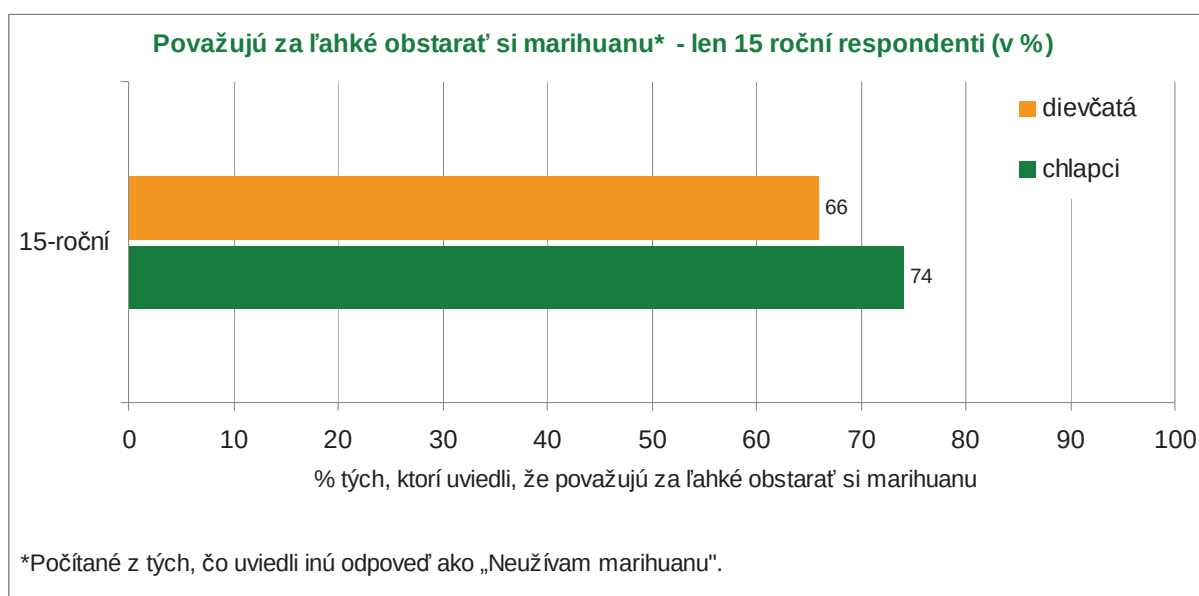
Áno, považujem za ľahké si ju obstarat'

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí považujú za ľahké si obstarat' marihuanu (počítané z tých, ktorí uviedli inú odpoveď ako „Neužívam marihuanu“)

Výskyt: Väčšina (74% chlapcov a 66% dievčat) 15-ročných respondentov, ktorí priznali užívanie marihuany, považujú za ľahké obstarat' si ju.

Rodové rozdiely: Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami nebol štatisticky významný.

Obrázok 35



Sexuálne správanie

P.Kolarčík

Kľúčové zistenia

- Na Slovensku má skúsenosť s pohlavným stykom 13% školákov vo veku 15 rokov (15% chlapcov a 10% dievčat).
- 74% sexuálne aktívnych školákov vo veku 15 rokov použilo na zabránenie neželaného tehotenstva pri poslednom pohlavnom styku kondóm, ďalších 14 % respondentov uviedlo, že pri poslednom pohlavnom styku použili inú, bližšie nešpecifikovanú, metódu. Takmer 23% uviedlo použitie hormonálnej antikoncepcie a 31% prerušovanú súlož. Núdzovú antikoncepciu po styku použilo takmer 12% a antikoncepčnú hormonálnu náplasť 6% sexuálne aktívnych školákov. Žiadnu antikoncepčnú metódu pri poslednom pohlavnom styku uviedlo 14% školákov.
- 61% sexuálne aktívnych školákov vo veku 15 rokov (63% chlapcov a 58% dievčat) použilo prezervatív ako ochranu pred pohlavne prenosnými chorobami pri poslednom pohlavnom styku.



Skúsenosť s pohlavným stykom

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 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, vyrovnáť sa s tlakmi okolia mať sex a nakoniec sa rozhodnúť či vôbec, kedy a s kým začne byť sexuálne aktívny (Roche et al. 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 et al. 2008). Skorá sexuálna skúsenosť sa spája s častejším rizikovým sexuálnym správaním sa, väčším počtom sexuálnych partnerov, zriedkavejším používaním ochrany pred neželaným tehotenstvom a pohlavne prenosnými chorobami, väčším rizikom neželaného tehotenstva a nakazenia sa sexuálne prenosnou chorobou (Metcalf 2004, Wellings et al. 2006, Roche et al. 2005, Crockett et al. 1996). Vek prvého pohlavného styku je nielen prediktorom sexuálneho rizikového správania sa, ale aj prediktorom neskorších gynekologických problémov u žien (Mardh et al. 2000). Skorá sexuálna skúsenosť súvisí s ďalšími formami rizikového správania sa, akými sú fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, užívanie iných nelegálnych drog, antisociálne správanie, záškoláctvo, úteky z domu (Schofield et al. 2008). Na sexuálny debut vplýva tiež kontakt s rovesníkmi s rôznym problémovým správaním, nízka rodičovská kontrola a napäté vzťahy v rodine (Metzler et al. 1994). Včasná sexuálna skúsenosť môže odrážať snahu o kompenzovanie nevhodných sociálnych vzťahov alebo zvýšenie nízkej sebaúcty (Crockett et al. 1996). Dievčatá, ktoré mali pohlavný styk v mladom veku častejšie uvádzajú pocity osamelosti, napätia, problémy so spánkom, suicidálne myšlienky a správanie (Orr et al. 1991).

Popis indikátora: Mal/a si niekedy pohlavný styk (niekedy sa tomu hovorí "milovať sa", „mať sex" alebo „vyspať sa s niekým")?

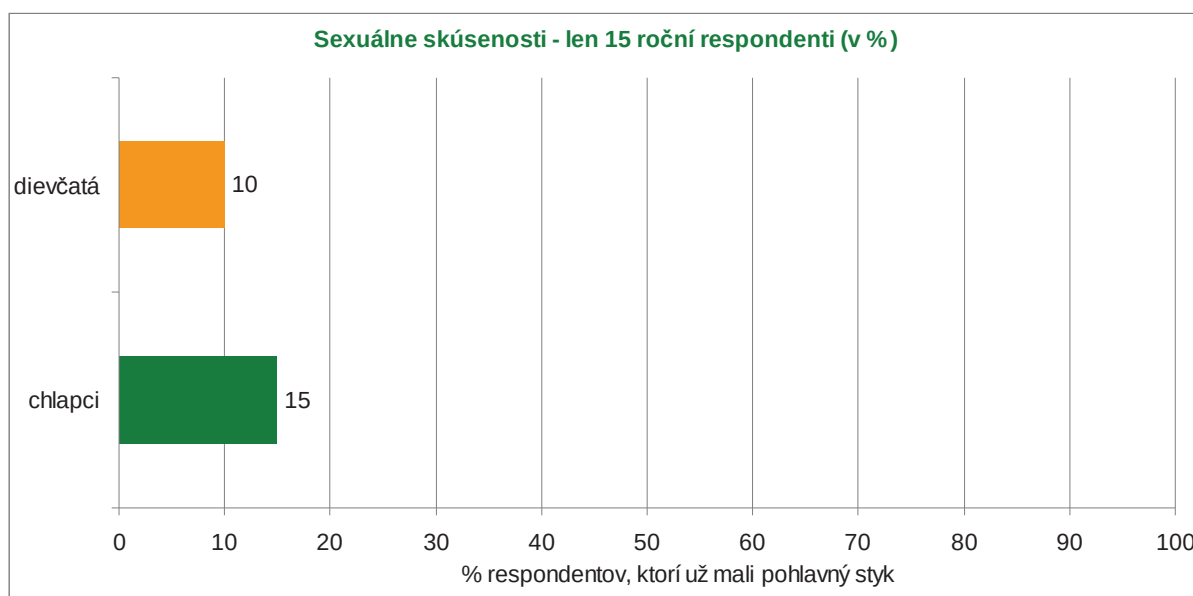
áno
nie

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

Výskyt: Skúsenosť s pohlavným stykom uviedlo takmer 13% školákov vo veku 15 rokov (15% chlapcov a 10% dievčat).

Rodové rozdiely: Dievčatá menej často uvádzali skúsenosť s pohlavným stykom v porovnaní s chlapcami. Rozdiely boli štatisticky významné (OR/CI: 1,6/1,18-2,20 p<0,01).

Obrázok 36



Ochrana pred neželaným tehotenstvom

Zodpovedný prístup k sexualite sa odráža vo zvolení vhodnej ochrany pred nežiadúcimi následkami. Neželané tehotenstvo je jedným z najväčších negatívnych dôsledkov rizikového sexuálneho správania sa adolescentov. Prevencia neželaných tehotenstiev je v záujme verejného zdravia a patrí medzi priority mnohých krajín (Cubbin et al. 2005, Tripp & Viner 2005). Neželané tehotenstvo u tínedžerov je vnímané ako problematické, s nepriaznivými spoločenskými ako aj medicínskymi následkami (Peckham 1993, Wellings et al. 2006). Výskumy ukazujú, že adolescenti ako ochranu pred neželaným tehotenstvom používajú najčastejšie antikoncepčné 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 aspirácií, s negatívnym postojom k škole, nedostatkom rodinnej spolupatričnosti a rodičovskej kontroly (Milne & Glasier 2008, Amu & Appiah 2006).

Popis indikátora: Poslednýkrát, keď si mal/a pohlavný styk, aké metódy si Ty alebo Tvoj/a partner/ka použil/a, aby si zabránil/a tehotenstvu:

Nikdy som nemal/a pohlavný styk
Žiadna metóda nebola použitá na
zabránenie tehotenstva

Zaškrtni všetko čo súhlasí

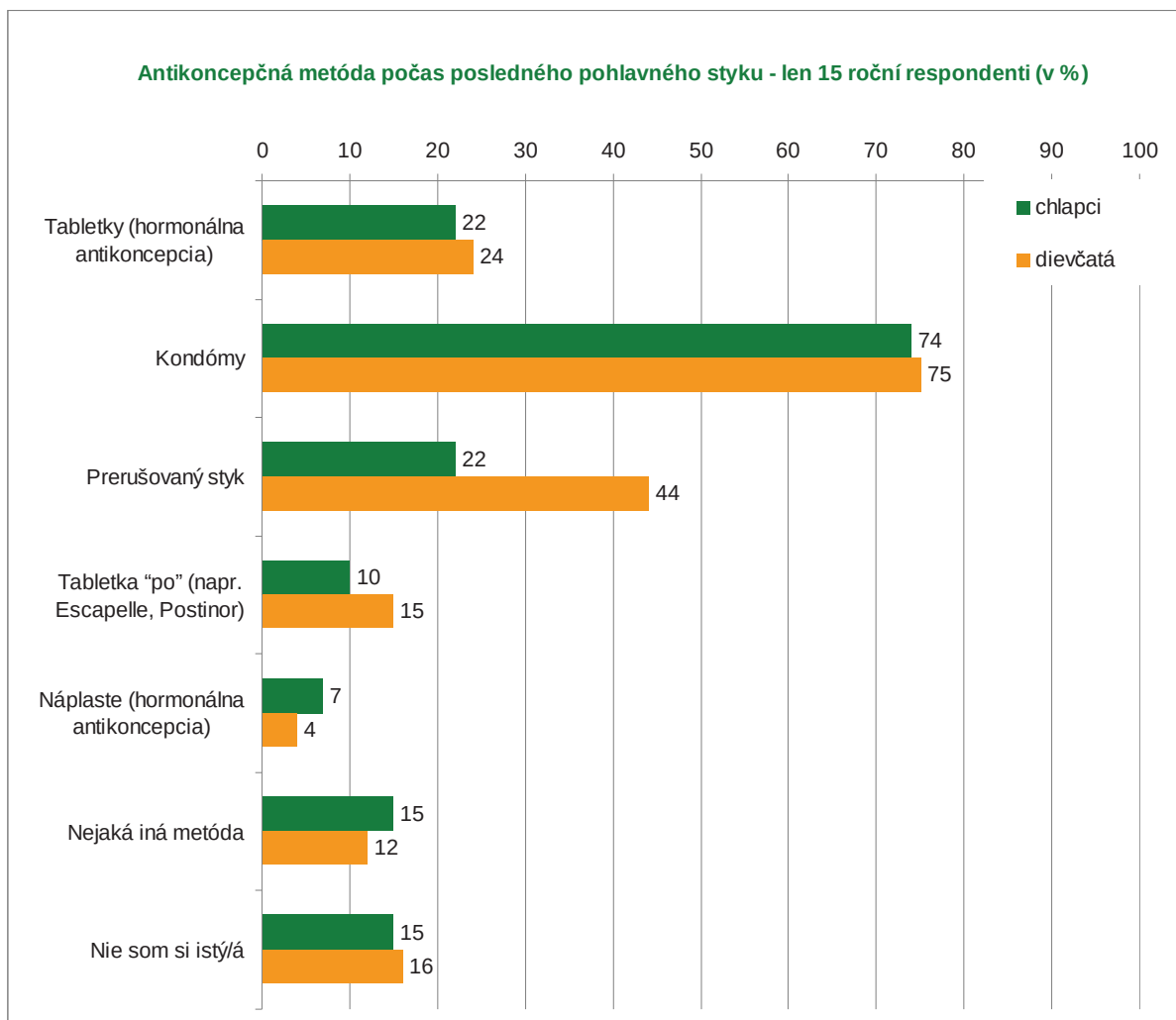
Tabletky (hormonálna antikoncepcia)
Kondómy
Prerušovaný styk
Tabletka "po" (napr. Escapelle, Postinor)
Náplaste (hormonálna antikoncepcia)
Nejaká iná metóda
Nie som si istý/á

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 74% sexuálne aktívnych školákov. Takmer 14 % respondentov uviedlo, že pri pohlavnom styku použili inú, bližšie nešpecifikovanú, metódu. Použitie hormonálnej antikoncepcie uviedlo 23% a prerušovanej súlož 31% sexuálne aktívnych školákov. Núdzovú antikoncepciu po styku použilo takmer 12% a antikoncepčnú hormonálnu náplasť 6% sexuálne aktívnych školákov. Žiadnu antikoncepčnú metódu pri poslednom pohlavnom styku použilo iba 14% a nebolo si istých ďalších 15% školákov.

Rodové rozdiely: Rozdiely medzi pohlaviami boli významné iba pri používaní hormonálnej antikoncepcie (tabletky). Dievčatá uvádzali častejšie použitie hormonálnej antikoncepcie pri pri poslednom pohlavnom styku v porovnaní s chlapcami, ktorí reportovali o svojich partnerkách (OR/CI: 2,7/1,33-5,47). Pri ostatných metódach nebol štatisticky významný rozdiel medzi pohlaviami.

Obrázok 37



Používanie kondómu

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 et al. 2008). Sexuálne aktívni adolescenti sú vystavení väčšiemu riziku nákazy pohlavne prenosnými chorobami, keďže sú biologicky viac náchylní k infekcii, a teda majú vyššie riziko ochorenia pohlavne prenosnou chorobou (WHO 2004; Crockett et al. 1996). Používanie prezervatívu zabezpečuje výraznú ochranu, nielen proti neželanému tehotenstvu, ale aj proti pohlavne prenosným chorobám, vrátane vírusu HIV (Younge et al. 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 prezervatívu súvisí s vyššou sebaúčinnosťou a vnímanými postojmi rovesníkov (Dilorio et al. 2001). Jeho nepoužívanie je indikátorom ďalších foriem sexuálne rizikového správania sa, ako je skorá sexuálna skúsenosť, vyšší počet sexuálnych partnerov a pod. (Currie et al. 2008). Použitie prezervatívu pri poslednom pohlavnom styku sa vo výskumoch často využíva ako indikátor častého a konzistentného používania prezervatívu, čím sa predpokladá dôslednejšia prevencia nákazy (Younge et al. 2008).

Popis indikátora: Poslednýkrát, keď si mal/a pohlavný styk, použili ste kondóm?

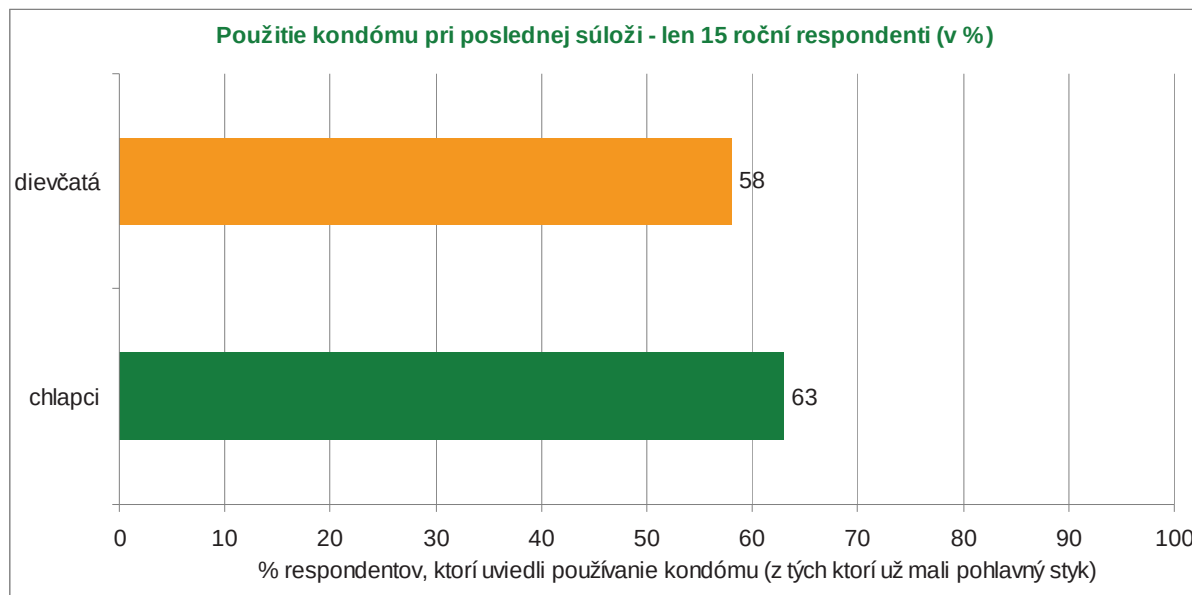
Áno
Nie

Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí mali pohlavný styk a uviedli použitie kondómu pri poslednom pohlavnom styku.

Výskyt: Použitie prezervatívu ako ochrany pred pohlavne prenosnými chorobami uviedlo 61% školákov vo veku 15 rokov (63% chlapcov a 58% dievčat).

Rodové rozdiely: Medzi pohlaviami neboli štatisticky významné rozdiely v použití kondómu pri poslednom pohlavnom styku.

Obrázok 38



Rodinné prostredie

Z. Tomčíková

Kľúčové zistenia

- Menej ako jedna pätina školákov uviedla, že ich rodičia sú rozvedení.
- Chlapci vo všetkých vekových skupinách mali tendenciu hodnotiť komunikáciu s rodičmi pozitívnejšie ako dievčatá.
- Školáci s pribúdajúcim vekom vnímali kvalitu komunikácie s rodičmi menej pozitívne.
- Chlapci udávali vyššiu mieru kontroly toho, kde sa nachádzajú po skončení školy zo strany otca; dievčatá naopak zo strany matky.



Rozvod rodičov

Na Slovensku v súčasnosti končí rozvodom takmer každé druhé manželstvo, pričom rozvodovosť má stúpajúcu tendenciu (v roku 1995 končilo rozvodom 32% manželstiev, v roku 2003 to už bolo 41%) (Mládek et al. 2006). Mnohé štúdie poukázali na negatívny dopad rozvodu rodičov na prežívanie a správanie dieťaťa. Bola zistená napríklad súvislosť s agresívnym správaním, s užívaním omamných látok, ale aj s depresiou alebo úzkosťou (Doherty & Needle 1991, Harland et al. 2002, Hoffmann 2006, Kuntsche & Kuendig 2006; Paxton et al. 2007). Pre tieto vzťahy existuje viacero vysvetlení, ako napríklad znížená rodičovská kontrola po rozvode, menšie finančné možnosti rodiny s jedným rodičom, ale aj bezprostredný vplyv rozvodu ako psychickej záťaže na prežívanie dieťaťa (adolescenta).

Popis indikátora: Sú tvoji rodičia rozvedení?

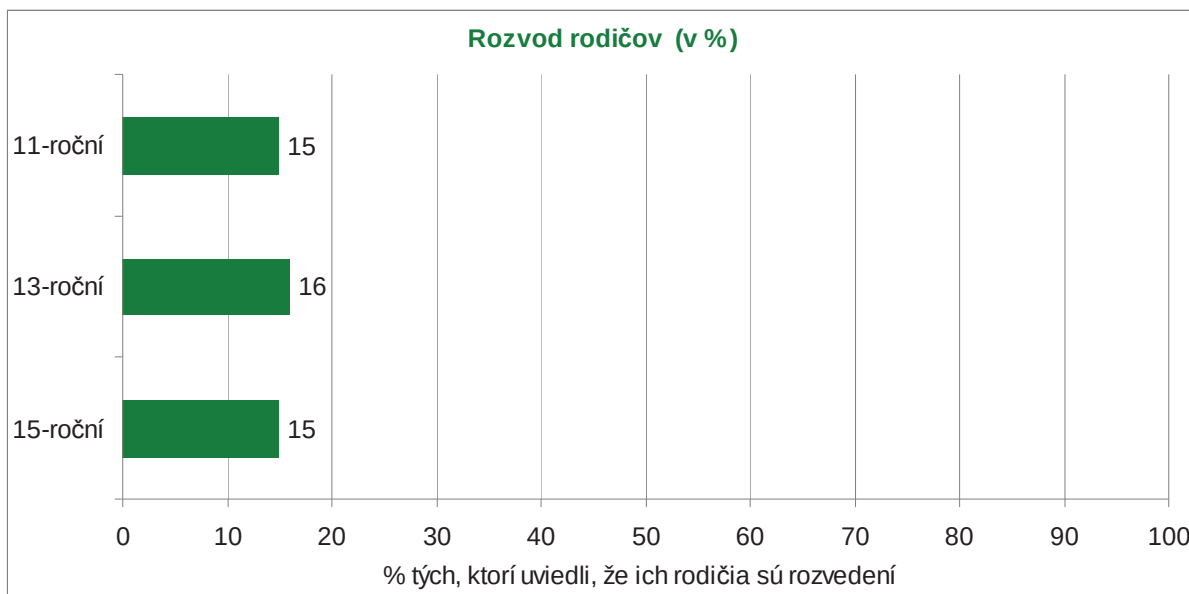
V každom stĺpci označ jednu možnosť.

- Nie
- Áno, menej ako 12 mesiacov
- Áno, viac ako 12 mesiacov, ale menej ako 3 roky
- Áno, viac ako 3 roky

Výskyt: Približne 15% školákov vo všetkých vekových skupinách uviedlo, že ich rodičia sú rozvedení.

Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že ich rodičia sú rozvedení (bez ohľadu na čas, ktorý od rozvodu uplynul).

Obrázok 39



Komunikácia s rodičmi

Jedným z kľúčových elementov fungujúcej rodiny je adekvátne úroveň a kvalita komunikácie medzi rodičmi a ich deťmi, ktorá zároveň funguje ako významný protektívny faktor z hľadiska mnohých druhov rizikového správania sa (Currie et al. 2008). Na jednej strane je dobrá kvalita komunikácie medzi rodičmi a ich deťmi indikátorom sociálnej opory a rodinnej súdržnosti (Laursen 1995), na strane druhej je nízka kvalita komunikácie spojená s častejším rizikovým správaním sa adolescentov (Griffin et al. 2000, Currie et al. 2008). Adolescencia je v kontexte kvality komunikácie medzi rodičmi a ich deťmi špecifickým obdobím – adolescenti hovoria s rodičmi menej často a komunikácia sa stáva vo všeobecnosti náročnejšou pre obidve strany (Barnes & Olson 1985). Pri hodnotení kvality vzájomnej komunikácie majú adolescenti tendenciu vnímať ju ako problematickejšiu a menej otvorenú ako ich rodičia, a zároveň vnímať komunikáciu s matkou ako jednoduchšiu, než komunikáciu s otcom (Noller & Callan 1990, Rosnati et al. 2007). Navyše, dievčatá vnímajú častejšie než chlapci, že je nemožné hovoriť s otcom o svojich problémoch, avšak vo vnímaní komunikácie s matkou neexistujú rozdiely medzi chlapcami a dievčatami (Ackard et al. 2006).



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.

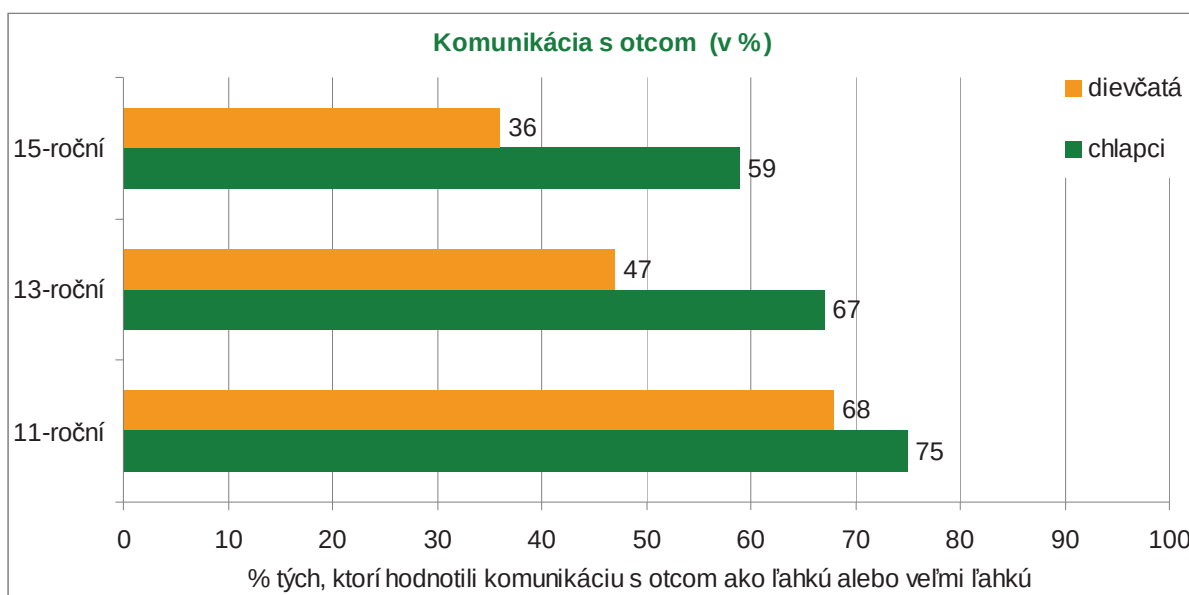
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili komunikáciu s otcom ako ľahkú alebo veľmi ľahkú.

Výskyt: Tri štvrtiny 11-ročných chlapcov a 67% 11-ročných dievčat hodnotilo komunikáciu s otcom ako ľahkú alebo veľmi ľahkú. U 13-ročných školákov to bolo menej (67% chlapcov a len necelá polovica dievčat) a vo vekovej skupine 15-ročných školákov len 58% chlapcov a 36% dievčat hodnotilo komunikáciu s otcom ako ľahkú alebo veľmi ľahkú.

Rodové rozdiely: Chlapci vo všetkých vekových skupinách mali tendenciu hodnotiť komunikáciu s otcom pozitívnejšie ako dievčatá. Štatisticky významný bol rozdiel u 13-ročných (OR/CI: 0,4/0,35-0,52) a 15-ročných školákov (OR/CI: 0,4/0,32-0,49).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: U chlapcov aj u dievčat je s pribúdajúcim vekom možné pozorovať výrazný pokles v hodnotení komunikácie s otcom ako ľahkej alebo veľmi ľahkej. Štatisticky významný rozdiel bol zistený medzi všetkými skúmanými skupinami: 11-ročné dievčatá vs. 15-ročné dievčatá (OR/CI: 0,3/0,21-0,34); 13-ročné dievčatá vs. 15-ročné dievčatá (OR/CI: 0,6/0,30-0,78); 11-roční chlapci vs. 15-roční chlapci (OR/CI: 0,5/0,36-0,60) a 13-roční chlapci vs. 15-roční chlapci (OR/CI: 0,7/0,60-0,85).

Obrázok 40



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.

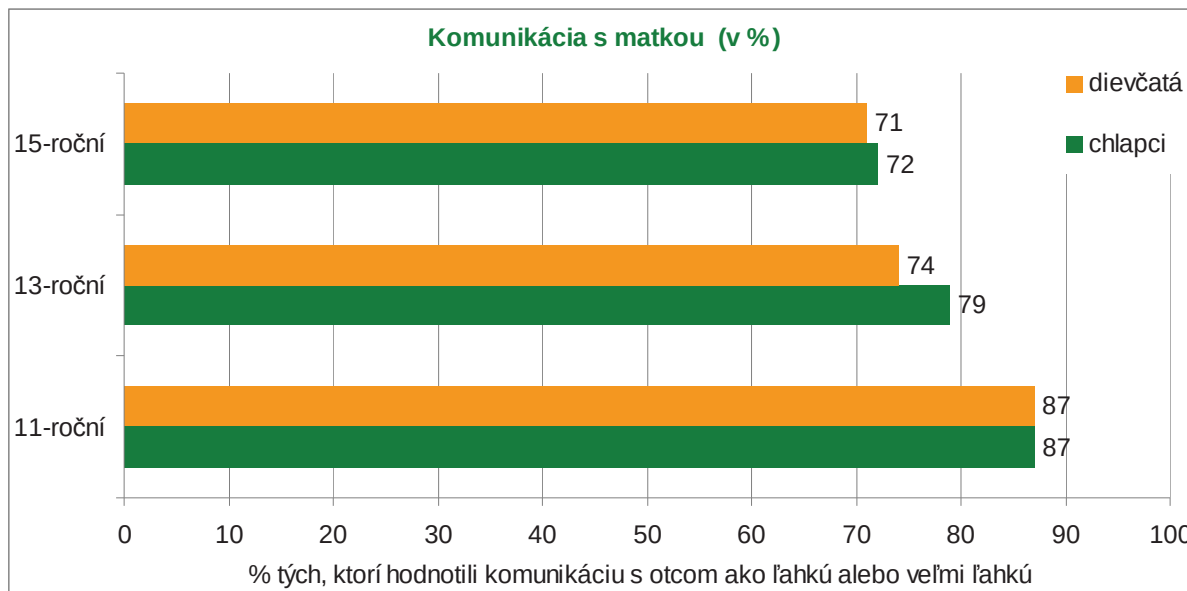
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili komunikáciu s matkou ako ľahkú alebo veľmi ľahkú.

Výskyt: Viac ako tri štvrtiny chlapcov aj dievčat vo všetkých troch vekových skupinách hodnotilo komunikáciu s matkou ako ľahkú alebo veľmi ľahkú.

Rodové rozdiely: Chlapci mali tendenciu hodnotiť komunikáciu s matkou ako ľahkú alebo veľmi ľahkú o čosi častejšie ako dievčatá, výnimku tvorila skupina 11-ročných školákov, kde chlapci aj dievčatá hodnotili komunikáciu s matkou rovnako. Štatisticky významný rozdiel bol zistený len medzi chlapcami a dievčatami vo vekovej skupine 13-ročných školákov (OR/CI: 0,7/0,58-0,93).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: U chlapcov aj u dievčat je s pribúdajúcim vekom možné pozorovať pokles v hodnotení komunikácie s matkou ako ľahkej alebo veľmi ľahkej. Štatisticky významný rozdiel bol zistený medzi skupinami 11-ročných dievčat vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 0,4/0,29-0,51); 11-ročných chlapcov vs. 15-ročných chlapcov (OR/CI: 0,4/0,30-0,54) a 13-ročných chlapcov vs. 15-ročných chlapcov (OR/CI: 0,7/0,52-0,85).

Obrázok 41



Rodičovská kontrola

Rodičovská kontrola je jedným z aspektov rodinného života, prostredníctvom ktorých rodina poskytuje dieťaťu (adolescentovi) nevyhnutné hranice a vedenie (Smetana & Daddis 2002). Zvyčajne je v literatúre definovaná ako miera, do akej sú rodičia informovaní o trávení voľného času, aktivitách a priateľoch svojho dieťaťa (Jacobson & Crockett 2000). Adekvátna miera takejto kontroly funguje ako protektívny faktor z hľadiska mnohých druhov rizikového správania sa, a to aj v prípadoch, ak je adolescent vystavený rizikovým vplyvom mimo rodiny (vplyv rovesníkov, trávenie času vonku a pod.) (Nash et al. 2005). V období adolescencie sa rodičovská kontrola stáva náročnejšou – zvyšujúca sa potreba autonómie a nezávislosti vedie adolescentov k častejšiemu tráveniu času mimo rodičovského domu a samotná rodičovská kontrola je založená čoraz menej na priamom pozorovaní správania sa adolescenta, a čoraz viac na vzájomnej komunikácii medzi rodičmi a adolescentom (Loukas & Prelow 2004, Clark et al. 2008).



Trávenie času po škole - kontrola otcom

Popis indikátora: Koľko vie Tvoj otec v skutočnosti o tom, kde si po skončení školy?

- Vie veľa
- Vie málo
- Nevie nič
- Nemám alebo neviem svojho otca

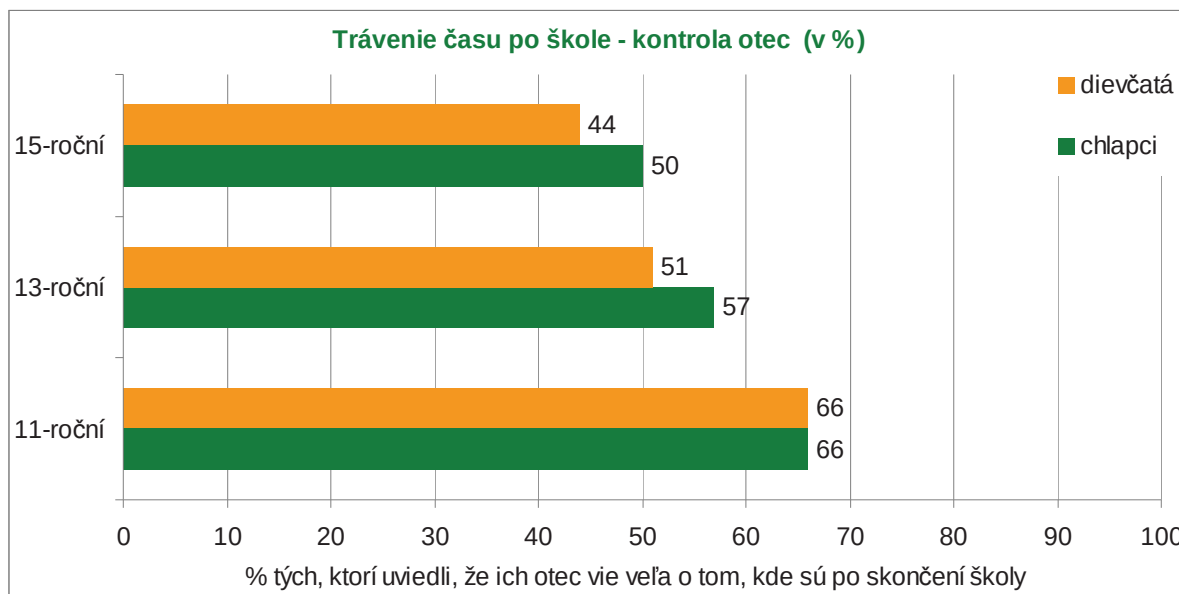
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že ich otec vie veľa o tom, kde sú po skončení školy.

Výskyt: Približne polovica 13- a 15-ročných školákov uviedla, že ich otec vie veľa o tom, kde sú po skončení školy. Vo vekovej skupine 11-ročných školákov bol tento pomer ešte vyšší (66% chlapcov aj dievčat).

Rodové rozdiely: Chlapci mali tendenciu častejšie udávať, že ich otec vie veľa o tom, kde sú po skončení školy. Výnimku tvorila len skupina 11-ročných školákov. Štatisticky významný rozdiel bol zistený v skupine 13-ročných (OR/CI: 0,8/0,65-0,97) a 15-ročných školákov (OR/CI: 0,8/0,64-0,95).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Chlapci aj dievčatá mali tendenciu s pribúdajúcim vekom menej často udávať, že ich otec vie veľa o tom, kde sú po skončení školy. Štatisticky významný rozdiel bol zistený vo všetkých porovnávaných skupinách: 11-roční chlapci vs. 15-roční chlapci (OR/CI: 0,5/0,41-0,66); 13-roční chlapci vs. 15-roční chlapci (OR/CI: 0,8/0,62-0,93); 11-ročné dievčatá vs. 15-ročné dievčatá (OR/CI: 0,4/0,32-0,50) a 13-ročné dievčatá vs. 15-ročné dievčatá (OR/CI: 0,7/0,61-0,90).

Obrázok 42



Trávenie času po škole - kontrola matkou

Popis indikátora: Koľko vie Tvoja matka v skutočnosti o tom, kde si po skončení školy?

- Vie veľa
- Vie málo
- Nevie nič
- Nemám alebo neviдам svoju matku

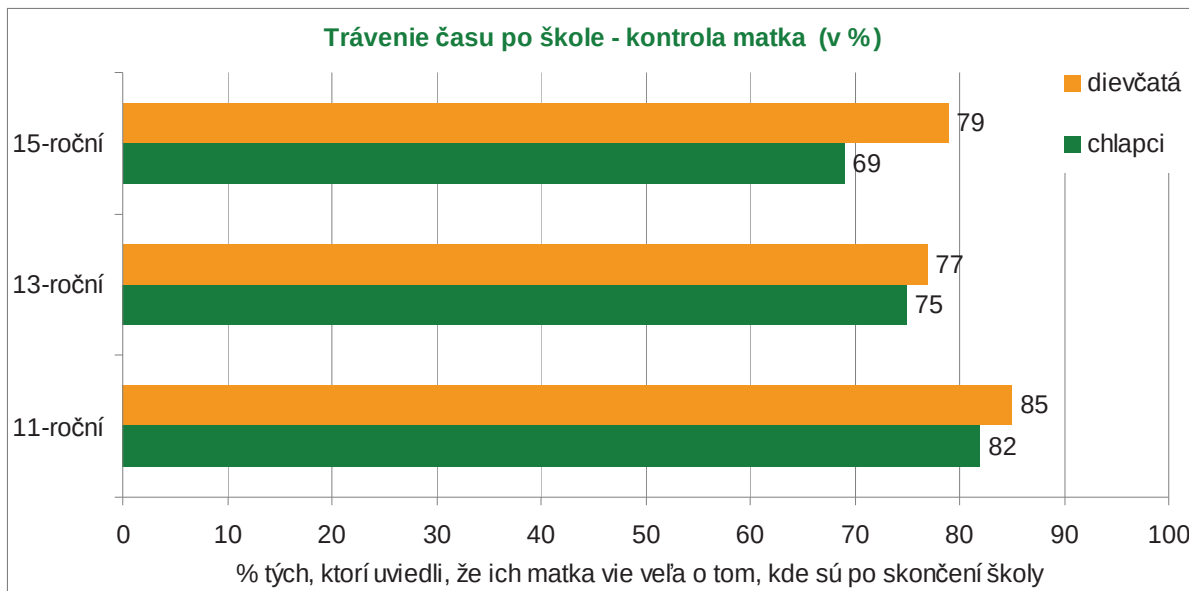
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že ich matka vie veľa o tom, kde sú po skončení školy.

Výskyt: Viac ako 80% 11-ročných školákov a približne tri štvrtiny 13- a 15-ročných školákov uviedlo, že ich matka vie veľa o tom, kde sú po skončení školy.

Rodové rozdiely: Dievčatá vo všetkých vekových skupinách mali tendenciu častejšie udávať, že ich matka vie veľa o tom, kde sú po skončení školy. Štatisticky významný rozdiel bol zistený len medzi chlapcami a dievčatami vo vekovej skupine 15-ročných školákov (OR/CI: 1,7/1,32-2,10).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Chlapci majú tendenciu s pribúdajúcim vekom menej často udávať, že ich matka vie veľa o tom, kde sú po skončení školy. Štatisticky významný rozdiel bol zistený pri porovnaní 11-ročných chlapcov a 15-ročných chlapcov (OR/CI: 0,5/0,36-0,63); a 13-ročných chlapcov a 15-ročných chlapcov (OR/CI: 0,7/0,58-0,92). U dievčat bol štatisticky významný rozdiel zistený pri porovnaní skupiny 11-ročných a 15-ročných (OR/CI: 0,7/0,50-0,89).

Obrázok 43

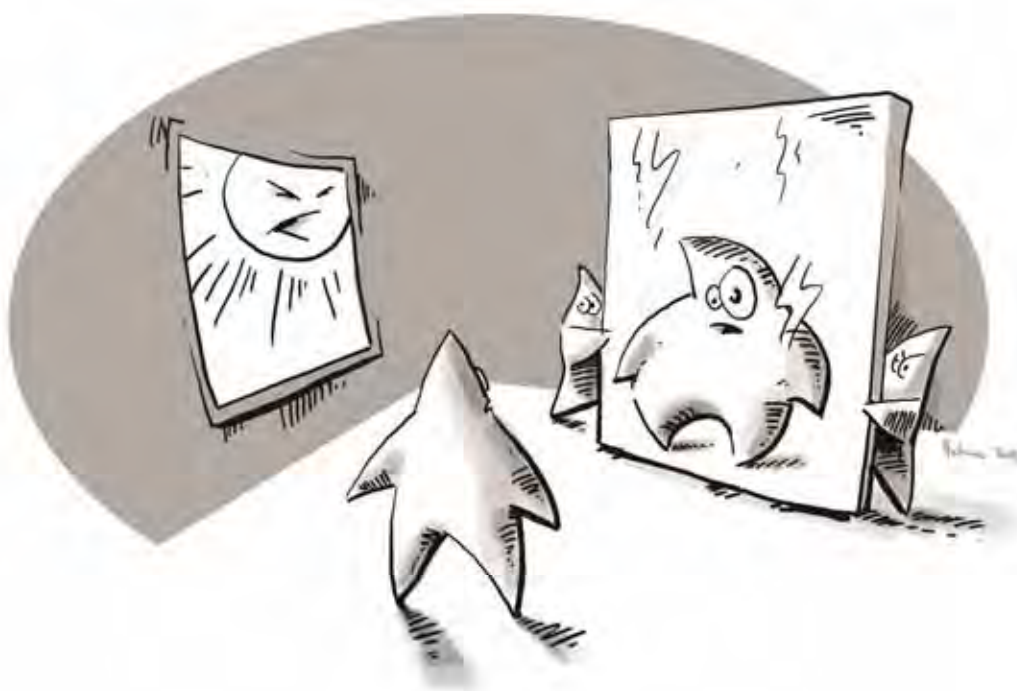


Rovesníci

D. Bobáková

Kľúčové zistenia

- U 15-ročných dominovalo v rizikovitom správaní sa ich rovesníkov pitie alkoholu.
- Dievčatá pociťovali zo strany spolužiakov nižšiu sociálnu oporu ako chlapci.
- Troch a viacerých blízkych kamarátov rovnakého pohlavia malo 88% školákov, pričom pravdepodobnosť výskytu u dievčat s rastúcim vekom klesala.
- Viac ako polovica školákov trávila so svojimi rovesníkmi najmenej 4 dni v týždni čas hneď po škole.



Rizikové správanie sa rovesníkov

Počas adolescencie dochádza k poklesu vplyvu rodičov a nárastu vplyvu rovesníkov na správanie sa adolescentov (De Goede et al. 2009). Rovnako ako socializácia medzi rovesníkmi, tak aj výber rovesníkov adolescentom prispievajú k iniciácii a vývoju rizikového správania sa adolescentov (Simons-Morton 2007). Najväčší vplyv na rizikové správanie sa adolescentov majú pritom ich najbližší priatelia (Hussong 2002). Rizikové správanie sa rovesníkov je teda možné pokladať za silný prediktor rizikového správania sa adolescentov.

Popis indikátora:

Mysli na skupinu priateľov, s ktorými tráviš najviac svojho voľného času. O koľkých z Tvojich priateľov by si usúdil/a že: fajčia cigarety, pijú alkohol, opijú sa niekedy, fajčia marihuanu, mávajú pohlavný styk? Pri každom označ jednu možnosť.

Nikto
Niekoľkí
Väčšina
Všetci

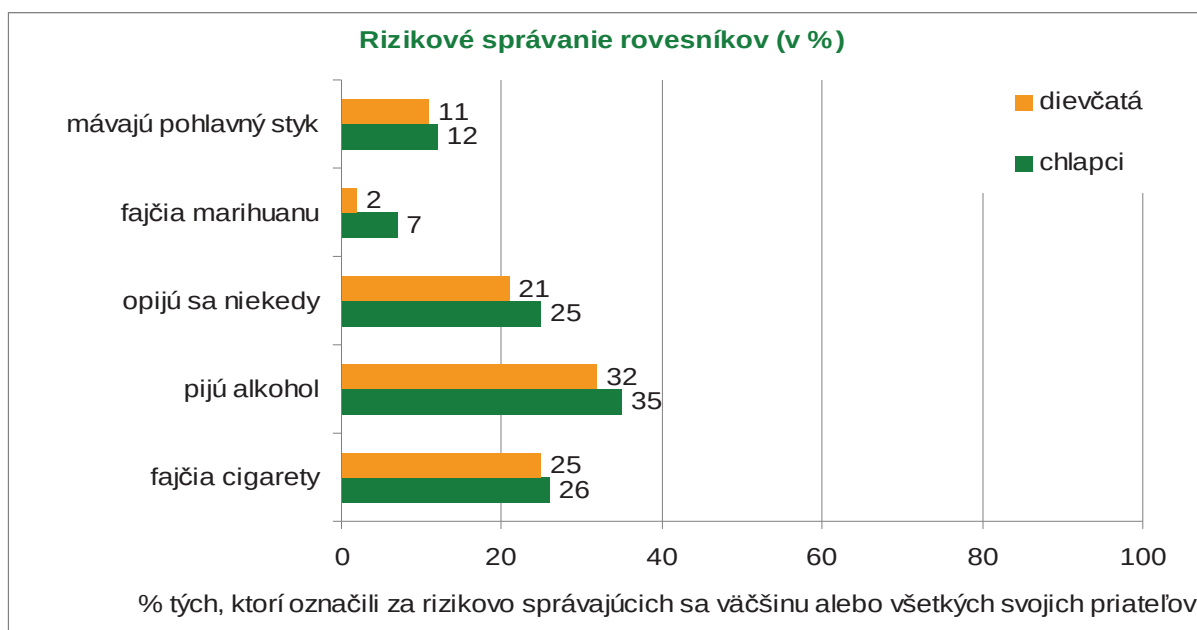
Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí ako rizikovo správajúcich sa v jednotlivých oblastiach označili väčšinu alebo všetkých svojich priateľov.

Výskyt: U 15-ročných dominuje v rizikovom správaní ich rovesníkov pitie alkoholu (33%), nasleduje fajčenie cigariet (25%), občasné opitie sa (23%), pohlavný styk (12%) a fajčenie marihuany (5%).

Rodové rozdiely: Dievčatá majú vo všetkých oblastiach rizikového správania sa menej takto sa správajúcich priateľov ako chlapci. Štatisticky významný rozdiel medzi pohlaviami však bolo možné nájsť iba pri priateľoch, ktorí fajčia marihuanu (OR/CI: 2,96/1,70-5,15).



Obrázok 44



Sociálna opora rovesníkov v triede

Sociálna opora rovesníkov v triede je úzko spojená so vzťahom žiakov ku škole a tiež s celkovou životnou spokojnosťou (Danielsen et al. 2009). Pozitívne oporné vzťahy s rovesníkmi v triede majú pozitívny vplyv na vyvíjanie iniciatívy na vyučovaní, angažovanie sa v práci v škole a školské výsledky a predstavujú efektívnu podporu vzdelávania sa (Danielsen et al. 2009, Muherg 2010).

Popis indikátora:

Toto sú niektoré vyjadrenia o spolužiakoch v Tvojej triede: Spolužiaci v mojej triede sú spolu radi; Mnohí spolužiaci v mojej triede sú priateľskí a milí; Ostatní spolužiaci ma prijali takého aký/á som. Prosím označ, ako veľmi súhlasíš alebo nesúhlasíš s každým z nich.

Úplne súhlasím

Súhlasím

Ani súhlasím ani nesúhlasím

Nesúhlasím

Vôbec nesúhlasím

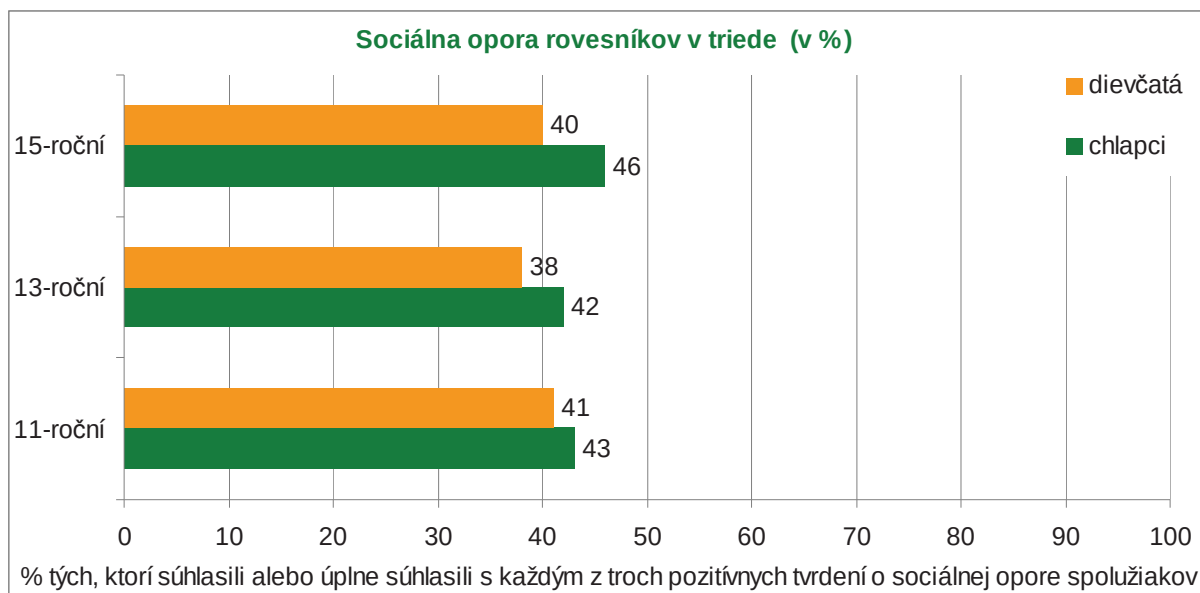
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí s pozitívnymi vyjadreniami o svojich spolužiakoch súhlasili alebo úplne súhlasili, teda je možné predpokladať, že vnímajú vysokú mieru sociálnej opory od rovesníkov.

Výskyt: S pozitívnymi vyjadreniami o svojich spolužiakoch súhlasilo alebo úplne súhlasilo 41% všetkých školákov. Najnižší výskyt bol u 13-ročných dievčat (38%) a najvyšší u 15-ročných chlapcov (46%).

Rodové rozdiely: Chlapci vo všetkých vekových skupinách hodnotili sociálnu oporu spolužiakov v triede o niečo lepšie ako dievčatá. Štatisticky významné rozdiely boli však preukázané iba v skupine 15-ročných v prospech chlapcov (OR/CI: 1.27/1.04-1.55).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Medzi vekovými skupinami sa nepreukázali žiadne štatisticky významné rozdiely.

Obrázok 45



Počet blízkych kamarátov

Vytváranie kamarátsiev je hlavnou sociálnou aktivitou a základným ukazovateľom prispôsobovania sa v rannej adolescencii (Aboud & Mendelson 1998, Nangle et al. 2003). Prostredníctvom kamarátstva sa naplňuje potreba mať blízkeho človeka, potreba byť milovaný a akceptovaný skupinou, či potreba spolupatričnosti (Nurmi 2004). Je prediktorom úspešných vzťahov v budúcnosti a je spojená s pocitom šťastia (Schneider 2000). U adolescentov s nižším počtom kamarátov je väčší predpoklad internalizačných a sociálnych problémov (Waldrup et al. 2008).

Popis indikátora:

Koľko máš v súčasnosti blízkych kamarátov alebo kamarátiek? Zaškrtni, prosím, jedno políčko pre každý stĺpec (chlapcov/dievčat).

Chlapcov

- Žiadneho
- Jedného
- Dvoch
- Troch alebo viac

Dievčat

- Žiadnu
- Jednu
- Dve
- Tri alebo viac

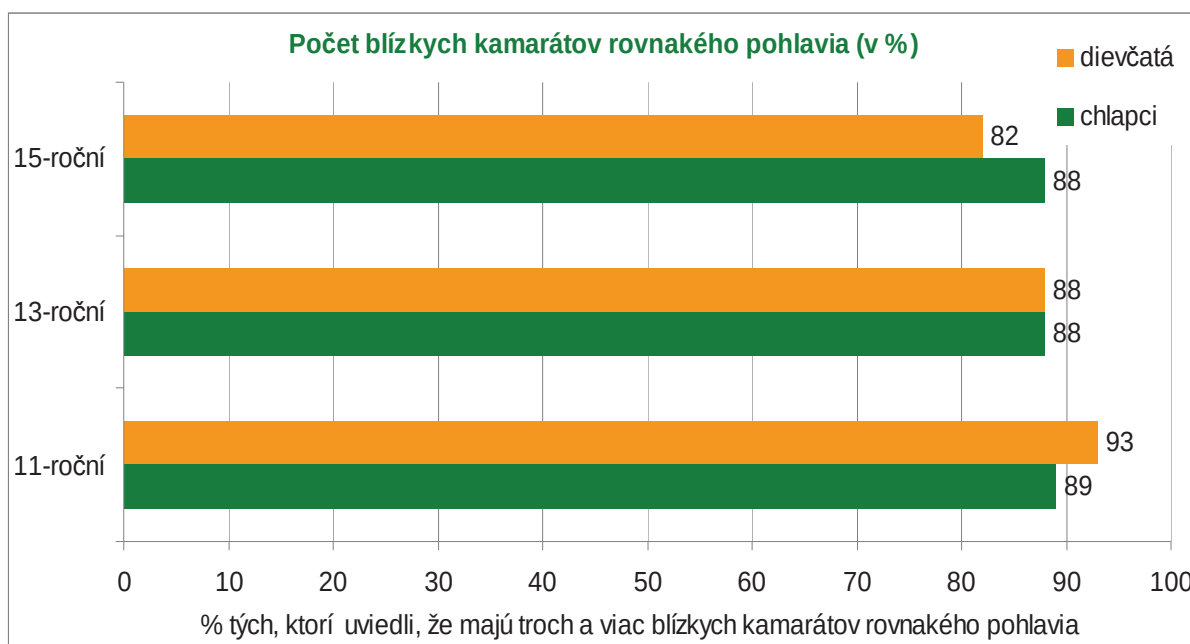
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že majú troch alebo viac blízkych kamarátov rovnakého pohlavia.

Výskyt: Až 88% všetkých školákov uviedlo, že má troch a viac blízkych kamarátov rovnakého pohlavia. U dievčat vekom klesá pravdepodobnosť výskytu troch alebo viacerých kamarátov rovnakého pohlavia. Najnižší výskyt bol u 15-ročných dievčat (82%) a najvyšší u 11-ročných dievčat (93%).

Rodové rozdiely: Štatisticky významné rozdiely v pravdepodobnosti troch a viacerých blízkych kamarátov rovnakého pohlavia boli zistené u 11-ročných v prospech dievčat (OR/CI: 0.63/0.42-0.95) a u 15-ročných v prospech chlapcov (OR/CI: 1.53/1.15-2.03).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť výskytu troch alebo viacerých kamarátov rovnakého pohlavia nebola u chlapcov štatisticky významná. Štatisticky významné rozdiely boli zistené v skupine 11-ročných dievčat v porovnaní s 15-ročnými (OR/CI: 2.65/1.85-3.80) a v skupine 13-ročných dievčat v porovnaní s 15-ročnými (OR/CI: 1.49/1.14-1.96).

Obrázok 46



Čas trávený po škole s rovesníkmi

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 (Berntd 1992).

Popis indikátora:

Koľko dní v týždni zvyčajne tráviš čas hneď po škole so svojimi kamarátmi/kami?

- 0 dní
- 1 dní
- 2 dní
- 3 dní
- 4 dní
- 5 dní
- 6 dní

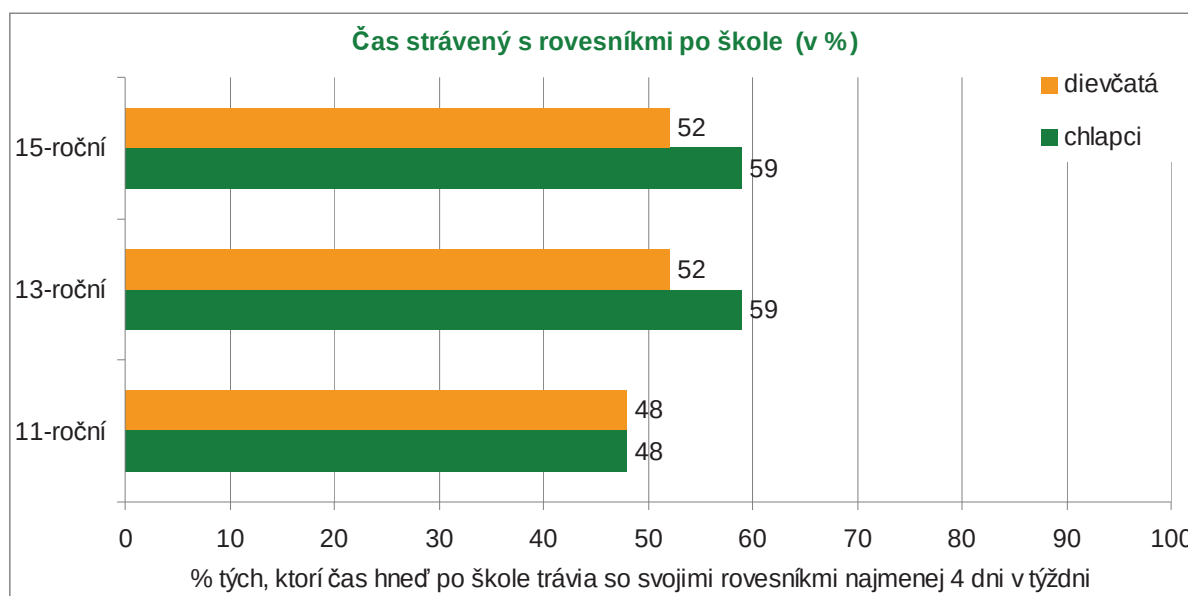
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí čas hneď po škole trávajú so svojimi rovesníkmi najmenej 4 dni v týždni.

Výskyt: Viac ako polovica školákov uviedla, že so svojimi rovesníkmi trávi čas najmenej 4 dni v týždni čas hneď po škole. Najnižší výskyt bol v skupine 11-ročných chlapcov aj dievčat (48%) a najvyšší u 13-ročných a 15-ročných chlapcov (59%).

Rodové rozdiely: Chlapci vo vekových skupinách 13-ročných a 15-ročných trávajú s rovesníkmi po škole o niečo viac času v porovnaní s dievčatami (OR/CI: 13-roční: 1.31/1.08-1.59, 15-roční: 1.31/1.07-1.60).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Vekom rastie počet chlapcov i dievčat, ktorí trávajú čas s rovesníkmi po škole najmenej 4 dni v týždni. Štatisticky významné rozdiely však boli preukázané iba v skupine 11-ročných chlapcov v porovnaní s 15-ročnými (OR/CI: 0.66/0.53-0.83).

Obrázok 47



Čas trávený večer s rovesníkmi

V období adolescence klesá vplyv rodičov a narastá vplyv rovesníkov, u ktorých adolescent hľadajú nezávislosť a oporu (De Goede et al. 2009, Nurmi et al. 2004). 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 agresívnym a rizikovým správaním, ako konzumácia alkoholu či fajčenie cigariet (Gage et al. 2005).

Popis indikátora:

Koľko večerov v týždni zvyčajne tráviš čas vonku so svojimi kamarátmi/kami?

- 0 dní
- 1 dní
- 2 dní
- 3 dní
- 4 dní
- 5 dní
- 6 dní
- 7 dní

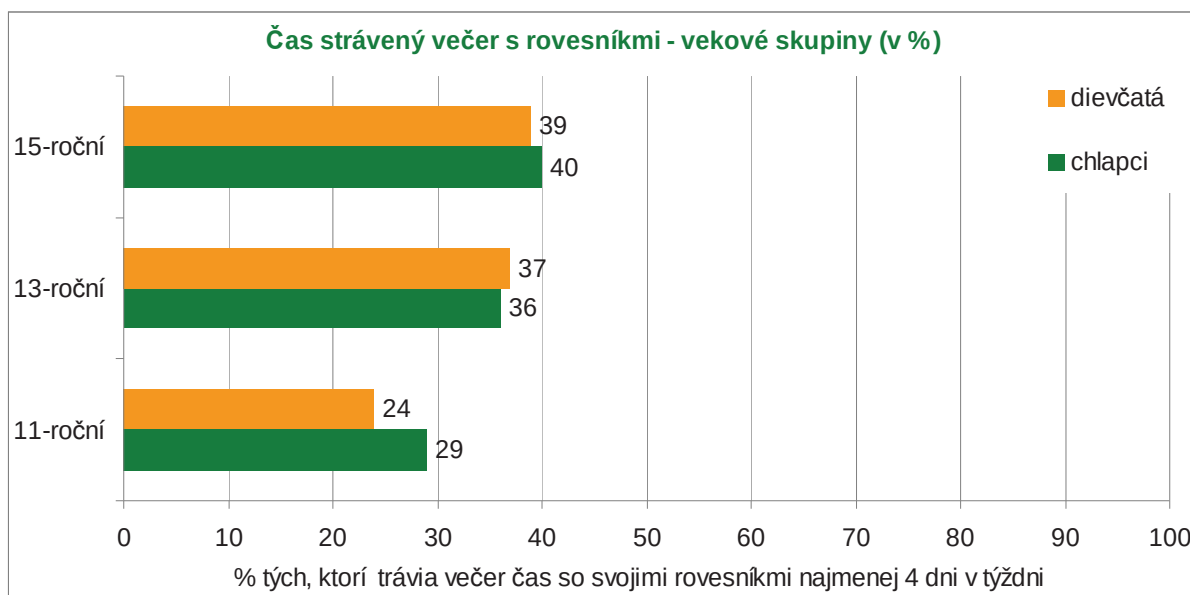
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí čas hneď po škole trávia so svojimi rovesníkmi najmenej 4 dni v týždni.

Výskyt: So svojimi rovesníkmi trávi najmenej 4 večery v týždni 34% školákov. Najnižší výskyt bol v skupine 11-ročných dievčat (24%) a najvyšší u 15-ročných chlapcov (40%).

Rodové rozdiely: Štatisticky významné rozdiely boli preukázané len v skupine 11-ročných v prospech chlapcov (OR/CI: 1.34/1.02-1.76).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Vekom rastie počet chlapcov i dievčat, ktorí trávia večer čas s rovesníkmi najmenej 4 dni v týždni. Boli preukázané štatisticky významné rozdiely v skupine 11-ročných chlapcov v porovnaní s 15-ročnými (OR/CI: 0.63/0.49-0.80). Obdobné rozdiely boli zaznamenané aj v skupine dievčat (OR/CI: 0.49/0.39-0.63).

Obrázok 48



Subkultúry mládeže

Subkultúry mládeže sú viazané na špecifický spôsob správania sa mládeže, sklon k určitým hodnotovým preferenciám, k akceptovaniu či zavrhovaniu určitých noriem, životnému štýlu a v neposlednom rade k hudobným preferenciám (Nicholas 2009). Hudba zohráva dôležitú úlohu pri formovaní rovesníckych skupín (Bakagiannis & Tarrant 2006, Selfhout et al. 2009, Lonsdale & North 2009), pri hľadaní vlastnej identity, vnímaní seba samého, zdieľaní spoločných hodnôt, vzorov správania sa a v ďalších oblastiach sociálneho vývinu (Schwartz 2004, Mulder et al. 2007, Baker & Bor 2008). V rámci globalizácie sa i na Slovensku utvárajú rôzne subkultúry mládeže, ktoré majú svoj predobraz v zahraničí. Najrozšírenejšími na Slovensku sú Hip – hop, Techno scéna, Metal, Punk, Skinheads a kresťanské spoločenstvá, pričom za rizikové vo vzťahu k zdraviu považujeme všetky z uvedených subkultúr okrem kresťanských spoločenstiev. K takzvanému strednému prúdu sme priradili respondentov, ktorí sa nezaradili k žiadnej alebo inej subkultúre.

Popis indikátora:

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

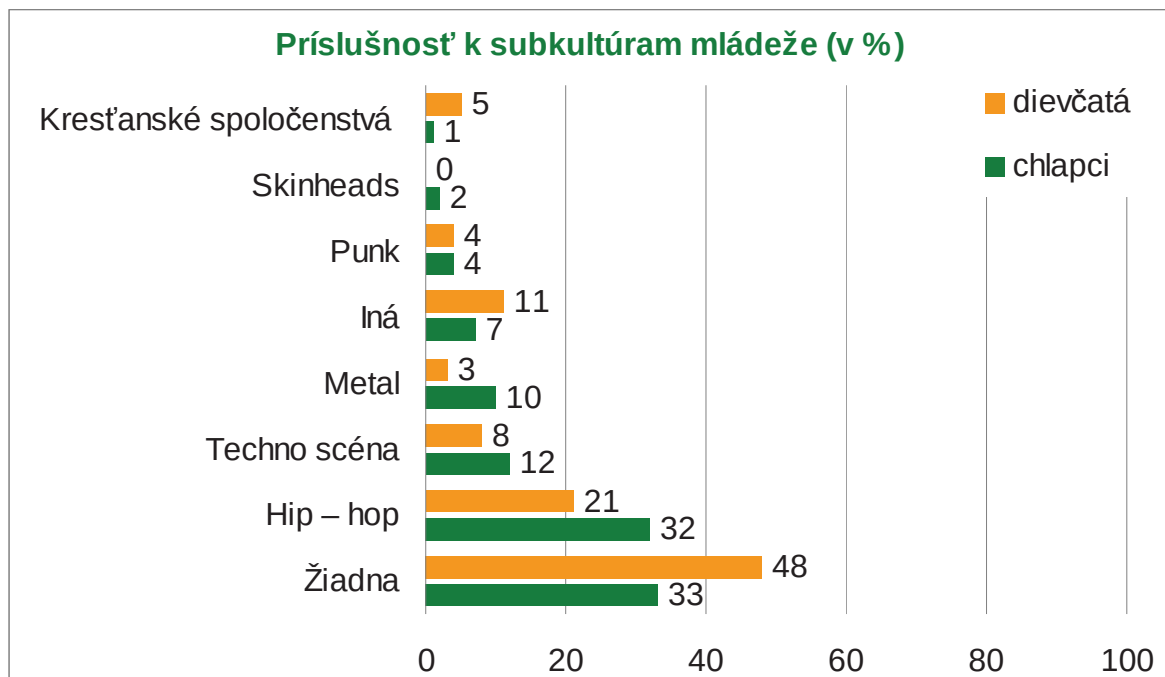
- Hip – hop (rap)
- Punk (Emo, Straight Edge, Anarchopunk...)
- Skinheads (Sharp, Rash, Nazi)
- Technoscéna (Drum&bass, Techno, House...)
- Metal
- Kresťanské spoločenstvá (Gospel)
- Iné, prosím zapíš...
- Nezaradil by som sa k žiadnemu

Prezentované sú odpovede 15-ročných respondentov.

Výskyt: Aspoň k jednej z rizikových subkultúr mládeže sa prihlásilo 47% adolescentov, viac chlapcov (59%) ako dievčat (36%). Takmer polovica adolescentov inklinuje k tzv. strednému prúdu. Najpopulárnejšou subkultúrou mládeže je Hip – hop (26%).

Rodové rozdiely: Chlapci mali väčšiu tendenciu prihlásiť sa k jednej z rizikových subkultúr mládeže v porovnaní s dievčatami. Štatisticky významný rozdiel bolo možné nájsť v subkultúrach Hip – hop (OR/CI: 1.55/1.23-1.97) a Metal (OR/CI: 2.87/1.79-4.59). Chlapci sa v porovnaní s dievčatami hlásili menej ku Kresťanským spoločenstvám (OR/CI: 0.23/0.11-0.50) alebo k takzvanému strednému prúdu (OR/CI: 0.42/0.35-0.52).

Obrázok 49



Škola

Z. Katreniaková, A. Madarasová Gecková, M. Sarková

V období adolescence môže byť škola na jednej strane významným zdravie rozvíjajúcim prostredím, zatiaľčo na strane druhej môže predstavovať zdravie nepodporujúce a rizikové prostredie. Tento pohľad vychádza z viacerých empirických zistení skúmajúcich spokojnosť a spolupatričnosť k škole, školský výkon, stres súvisiaci so školskou záťažou, šikanovanie a pod.

Kľúčové zistenia

- **Dievčatá častejšie ako chlapci vyjadrovali spokojnosť so školou i svoj školský výkon.** S rastúcim vekom ale klesal výskyt pocitu spokojnosti vo vzťahu k škole ako aj kladné hodnotenie školského výkonu, ktoré u oboch pohlaví klesá. Zároveň stúpal výskyt neospravedlnených absencií, pričom tieto rozdiely sa medzi chlapcami a dievčatami s pribúdajúcim vekom vyrovnávali.
- **Pocit záťaže, v zmysle požiadaviek kladených pri výučbovom procese, udávali najčastejšie 13-roční školáci.**
- **Tendenciu k násilnému správaniu sa** (účasť na fyzickej bitke 2 a viackrát v priebehu posledných 12 mesiacov) mala viac ako tretina chlapcov a asi 10% dievčat vo všetkých vekových skupinách. Obeťami agresívneho správania sú častejšie 11- a 13-roční školáci. Závažné je zistenie, že aktérmi násilia (najmenej 2-3 krát za mesiac) boli v rovnakej miere už aj 11- a 13-roční chlapci v porovnaní s 15-ročnými.



Spokojnosť so školou

Prežívanie pocitu spolupatričnosti k škole patrí k dôležitým protektívnym faktorom. Viaceré štúdie poukazujú na spojitosť medzi nedostatočným pocitom spokojnosti so školou a fajčením, konzumáciou alkoholu, či užívaním marihuany (Samdal et al. 2000, Rasmussen et al. 2005, Bond et al. 2007). Pocit nespokupatričnosti k škole sa následne spája s nízkym celkovým hodnotením zdravia (Bonny et al. 2000) a s narastaním záťaže so somatickými a psychickými príznakmi (Due et al. 2003, Shochet et al. 2006, Shochet et al. 2008).

Popis indikátora:

Aký máš v súčasnosti vzťah k škole?

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

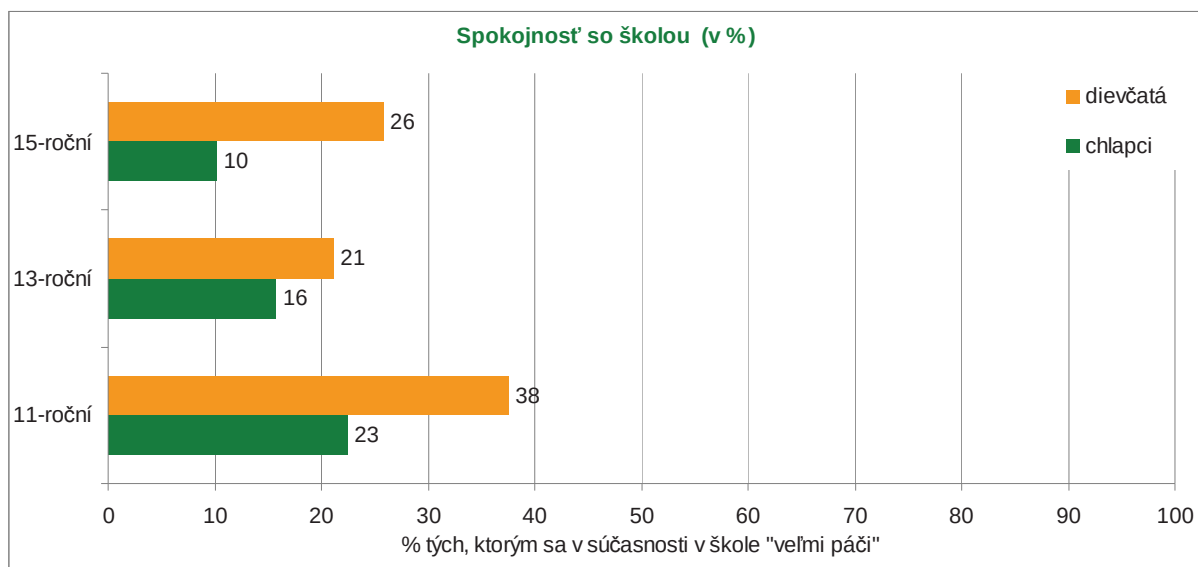
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa im v škole „veľmi páči“.

Výskyt: Takmer 22% všetkých školákov (16% chlapcov a 27% dievčat) uviedlo, že sa im v súčasnosti v škole veľmi páči. Najnižší výskyt odpovedí bol u 15-ročných chlapcov (10%) a najvyšší u 11-ročných dievčat (38%).

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť výskytu odpovedí, že sa školákom v súčasnosti v škole veľmi páči, bola vo všetkých troch vekových skupinách štatisticky významne vyššia u dievčat, v porovnaní s chlapcami (OR/CI: 11-roční: 2,1/1,61-2,65; 13-roční: 1,4/1,13-1,85; 15-roční: 3,1/2,32-4,05).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť výskytu odpovedí, že sa školákom v súčasnosti v škole veľmi páči, bola štatisticky významne vyššia u 11- a 13-ročných chlapcov a u 11-ročných dievčat, v porovnaní s 15-ročnými školákmi rovnakého pohlavia (OR/CI: 11-roční chlapci: 2,6/1,90-3,46; 13-roční chlapci: 1,6/1,22-2,21; 11-ročné dievčatá: 1,7/1,38-2,16). V skupine 13-ročných dievčat však bola pravdepodobnosť výskytu odpovedí nižšia, v porovnaní s 15-ročnými dievčatami (OR/CI: 0,8/0,62-0,97).

Obrázok 50



Stres v škole

Nerovnováha, v ktorej požiadavky (vklady) prevyšujú vnímanú odmenu (zisk), má negatívny dopad ako na fyzické, tak na psychické zdravie. U školákov, ktorí sa cítia byť v škole pod tlakom, je častejší výskyt somatických (napr. bolesti hlavy, brucha alebo chrbtice, závraty), ako aj psychických ťažkostí (napr. pocity smútku, napätia a nervozity), či nižšia miera celkovej životnej spokojnosti (Samdal et al. 2000, Gádin et al. 2003, Ravens-Sieberer et al. 2004, Hjern et al. 2008).

Popis indikátora:

Nakoľko sa cítia byť pod tlakom pri školských úlohách, ktoré musíš robiť?

- Vôbec
- Trochu
- Dosť
- Veľmi

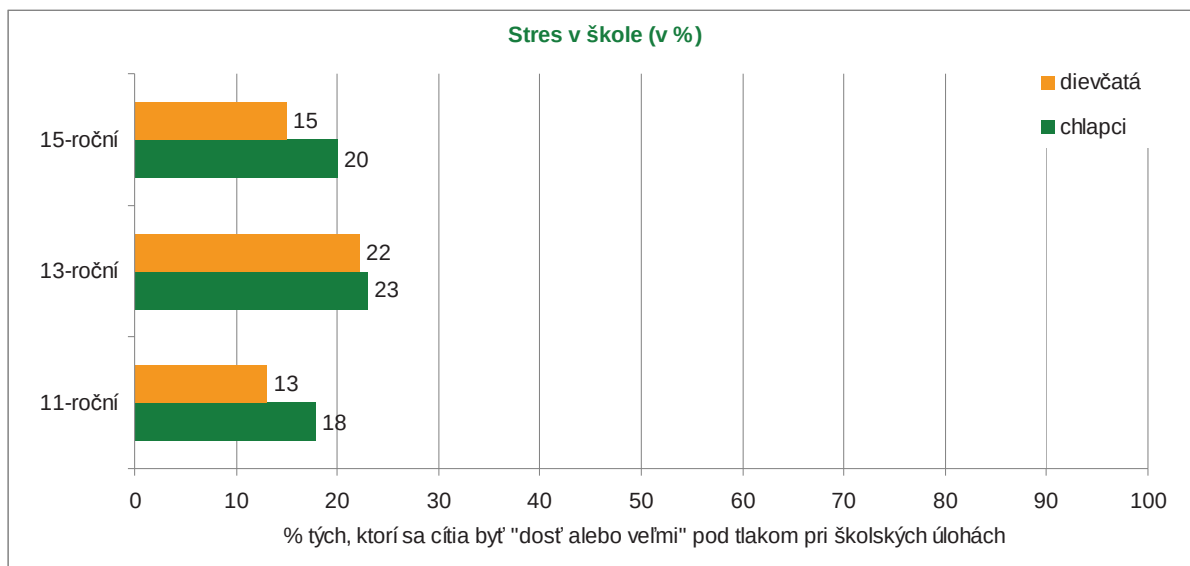
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa cítia byť „dosť alebo veľmi“ pod tlakom pri školských úlohách, ktoré musia robiť.

Výskyt: Necelých 19% všetkých školákov (21% chlapcov a 17% dievčat) uviedlo, že sa pri školských úlohách, ktoré musia robiť, cítia dosť alebo veľmi pod tlakom. Najnižší výskyt odpovedí bol u 11-ročných dievčat (13%) a najvyšší u 13-ročných chlapcov (23%).

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť odpovedí školákov, že sa pri školských úlohách, ktoré musia robiť, cítia dosť alebo veľmi pod tlakom, bola štatisticky významne vyššia u 11- a 15-ročných chlapcov, v porovnaní s dievčatami (OR/CI: 11-roční: 0,7/0,51-0,95, 15-roční: 0,7/0,54-0,91).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť odpovedí školákov, že sa pri školských úlohách, ktoré musia robiť, cítia dosť alebo veľmi pod tlakom, bola štatisticky významne vyššia v skupine 13-ročných dievčat, v porovnaní so skupinou 15-ročných dievčat (OR/CI: 1,6/1,26-2,07).

Obrázok 51



Školský výkon

Vnímaný školský výkon sa v období adolescencie významne spája s celkovou pohodou. Viaceré štúdie však pripúšťajú, že táto spojitosť je sprostredkovaná ďalšími faktormi ako napr. sebaúcta, dobré alebo výborné celkové zdravie, vysoká miera životnej spokojnosti (Vingillis et al. 1998, Ravens-Sieberer et al. 2004, Danielsen et al. 2009).

Popis indikátora:

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

- Veľmi dobre
- Dobre
- Priemerne
- Podpriemerne

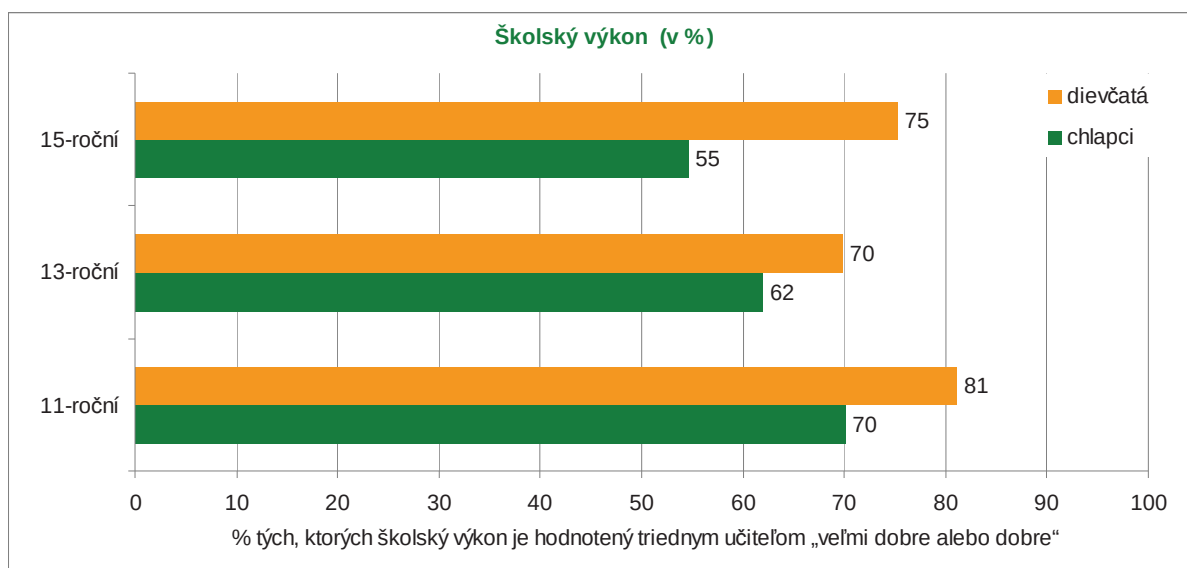
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že ich školský výkon je, v porovnaní s inými, hodnotený triednym učiteľom „veľmi dobre alebo dobre“.

Výskyt: Viac ako 68% všetkých školákov (62% chlapcov a 75% dievčat) si myslí, že ich školský výkon je triednym učiteľom hodnotený veľmi dobre alebo dobre. Najnižší výskyt bol u 15-ročných chlapcov (55%) a najvyšší u 11-ročných dievčat (81%).

Rodové rozdiely: Pravdepodobnosť pozitívneho hodnotenia školského výkonu triednym učiteľom bola vo všetkých troch vekových skupinách štatisticky významne vyššia u dievčat, v porovnaní s chlapcami (OR/CI: 11-roční: 1,8/1,40-2,38; 13-roční: 1,4/1,17-1,74, 15-roční: 2,5/2,05-3,14).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť pozitívneho hodnotenia školského výkonu triednym učiteľom bola štatisticky významne vyššia u 11- a 13-ročných chlapcov a u 11-ročných dievčat, v porovnaní s 15-ročnými školákmi rovnakého pohlavia (OR/CI: 11-roční chlapci: 2,0/1,56-2,44; 13-roční chlapci: 1,4/1,11-1,65; 11-roční dievčatá: 1,4/1,09-1,81). V skupine 13-ročných dievčat však bola pravdepodobnosť výskytu nižšia, v porovnaní s 15-ročnými dievčatami (OR/CI: 0,8/0,61-0,94).

Obrázok 52



Neospravedlnené absencie v škole

Výskyt záškoláctva (neospravedlnených absencií) súvisí s častejším pitím alkoholu, opitnosťou a výskytom problémov súvisiacich s konzumáciou alkoholu (Mounteney et al. 2010), výskytom užívania drog (Swadi 1992), horším výkonom v škole, prípadne predčasným ukončením školy (Henry 2007) a ďalšími formami problémového správania sa. Školáci pochádzajúci zo znevýhodneného sociálneho prostredia (najmä neúplnej rodiny) s neprimeranými sociálnymi väzbami (najmä nedostatočné pripútanie k rodičom a učiteľom) a nízkou mierou prosociálnej orientácie majú vyššiu tendenciu k záškoláctvu (Veenstra et al. 2010).

Popis indikátora:

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

- Nikdy
- Raz alebo dvakrát
- Trikrát a viac

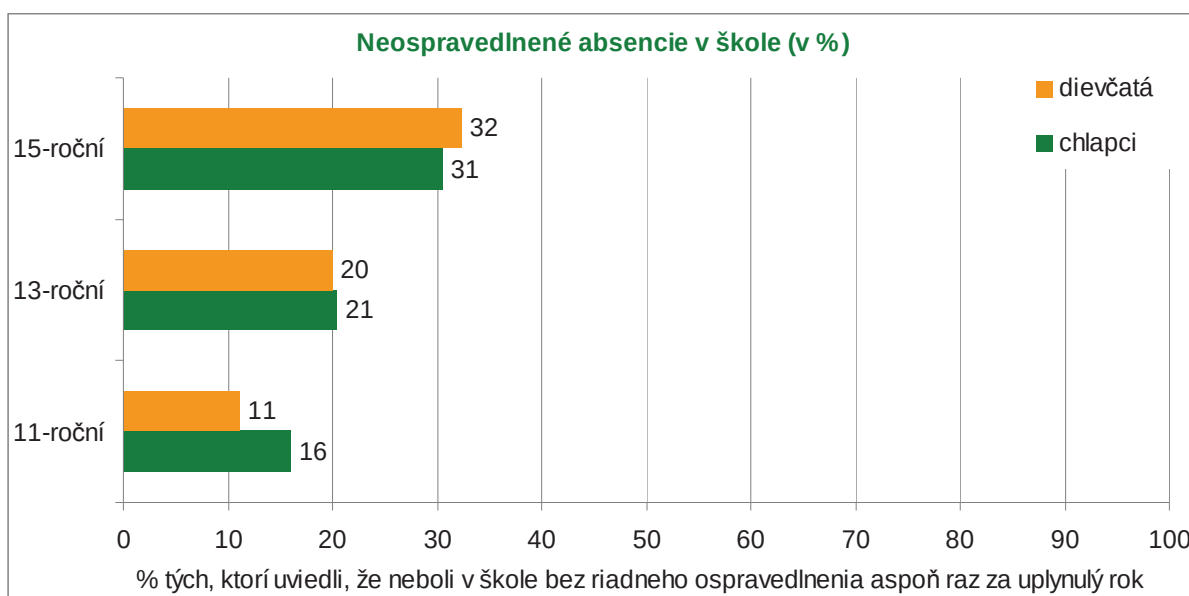
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že aspoň raz neboli v škole bez riadneho ospravedlnenia.

Výskyt: Kým v skupine 11-ročných bol výskyt neospravedlnených absencií 11 až 16%, v skupine 15-ročných to už bolo 31 až 32%.

Rodové rozdiely: Rodové rozdiely vo výskyte neospravedlnenej absencie sme potvrdili len v skupine 11-ročných: chlapci mali 1,5-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu neospravedlnenej absencie v porovnaní so skupinou dievčat (OR/CI:1,5/1,10-2,13).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Vyšší vek štatisticky významne súvisel s vyššou pravdepodobnosťou výskytu neospravedlnených absencií v škole. 15-roční chlapci mali 2,5-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu neospravedlnenej absencie v porovnaní s 11-ročnými (OR/CI:0,4/0,33-0,57) a 1,6-krát vyššiu v porovnaní s 13-ročnými (OR/CI:0,6/0,47-0,73). Podobne 15-ročné dievčatá mali 3,3-krát vyššiu pravdepodobnosť neospravedlnenej absencie v porovnaní s 11-ročnými (OR/CI:0,3/0,20-0,35) a 2-krát vyššiu pravdepodobnosť v porovnaní s 13-ročnými dievčatami (OR/CI:0,5/0,42-0,65).

Obrázok 53



Účasť na bitke

Účasť na bitke je indikátorom násilného správania školákov, ktoré má v pubescencii podľa van Nieuwenhuijzen et al. (2009) tendenciu zhlukovať sa s inými formami správania porušujúceho normy (fajčenie, nezdravé stravovanie sa, delikvencia, riskantné správanie v doprave) a v rannej dospelosti vytvoríť esenciálnu časť antisociálneho správania sa (násilné správanie, delikvencia, zneužívanie substancií, riskantné dopravné správanie). Dobré zázemie v rodinnom prostredí i v škole vytvárajú predpoklady pre pozitívne očakávania do budúcnosti, ktoré sa zdajú byť významným protektívnym činiteľom v súvislosti s násilným správaním sa školákov (Stoddard et al. 2010).

Popis indikátora:

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

Nezúčastnil/a som sa fyzickej bitky v posledných 12 mesiacoch

1 krát

2 krát

3 krát

4 alebo viac krát

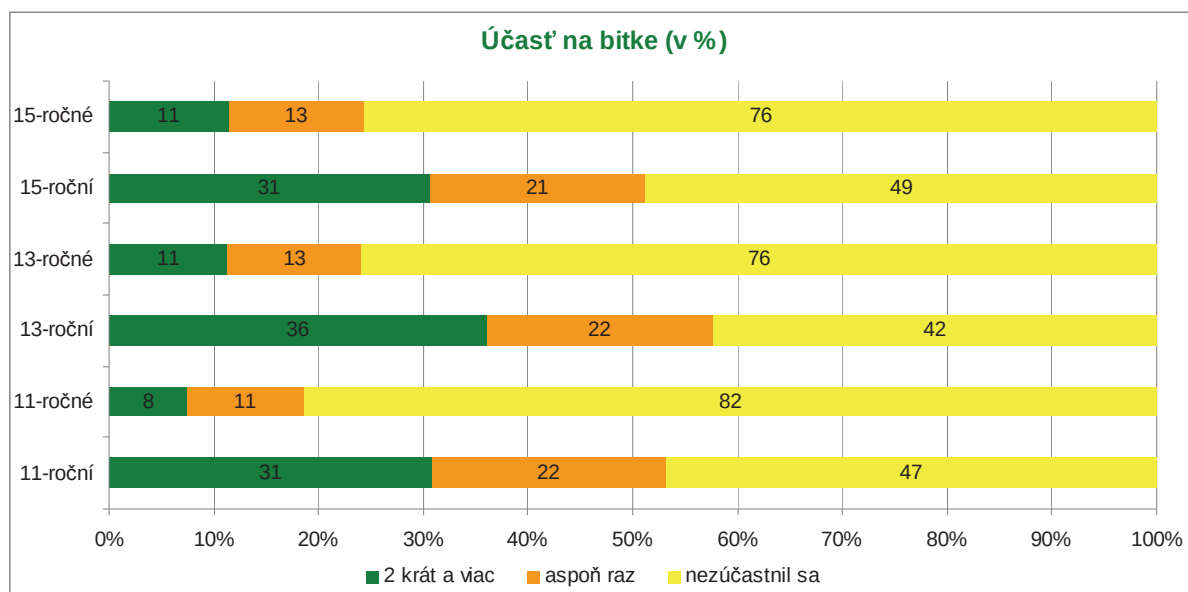
Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa aspoň raz zúčastnili fyzickej bitky.

Výskyt: Viac než polovica chlapcov sa aspoň raz v uplynulom roku zúčastnila bitky. 19 až 24% dievčat priznalo účasť na bitke v uplynulom roku.

Rodové rozdiely: Vo všetkých vekových skupinách chlapci štatisticky významne častejšie uviedli účasť na bitkách (OR/CI 11-roční: 5,0/3,85-6,45, 13-roční:4,3/3,49-5,28, 15-roční:3,3/2,62-4,02).

Rozdiely medzi vekovými skupinami: Pravdepodobnosť účasti na bitke bola 1,3 krát vyššia v skupine 13-ročných chlapcov v porovnaní s 15-ročnými chlapcami (OR/CI:1,3/1,07-1,58) a 1,4 krát vyššia v skupine 15-ročných dievčat v porovnaní so skupinou 11-ročných dievčat (OR/CI:0,7/0,55-0,91).

Obrázok 54



Obeť šikanovania v škole

Agresívne správanie v škole má významný vplyv na psychosociálny vývoj žiakov (Hawker & Boulton 2000, Bond et al. 2001, Rigby 2003), pričom byť obeťou šikanovania neznamená len okrajové postavenie v rámci spolužiackych vzťahov, ale má aj výrazne dôsledky, ako je napr. strata sebaúcty, ktoré môžu pretrvávať až do dospelosti (Boulton & Underwood 1992, Olweus 1994).

Popis indikátora: Toto sú niektoré otázky ohľadom šikanovania. Hovoríme, že spolužiak/čka je šikanovaný/á, keď jemu alebo jej iný spolužiak/čka alebo skupina spolužiakov povedia alebo urobia protivné a nepríjemné veci. Šikanovanie je tiež, keď sa spolužiakovi/čke opakovanne posmievajú spôsobom, ktorý mu nie je príjemný alebo keď je spolužiak/čka schválne vylúčený/á z kolektívu. Šikanovanie ale nie je, keď sa dvaja spolužiaci/čky zhruba rovnako silní/é hádajú alebo bijú. Šikanovanie taktiež nie je, keď je spolužiak/čka podpichovaný/á kamarátskym a hravým spôsobom.

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

Nestalo sa mi to v škole za posledných pár mesiacov

Stalo sa to len raz alebo dvakrát

2- až 3-krát mesačne

Asi raz za týždeň

Niekoľkokrát za týždeň

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

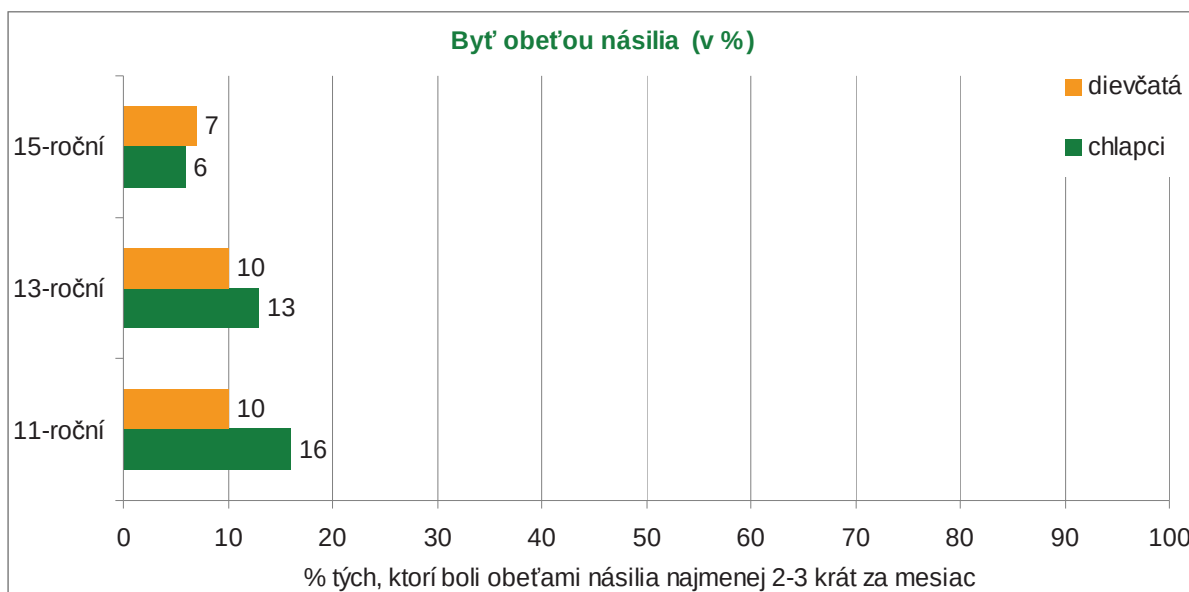
Výskyt: V skupine 11-ročných školákov 16% chlapcov a 10% dievčat uviedlo, že bolo obeťou násilia najmenej 2- až 3krát za mesiac počas školského roka. S rastúcim vekom má výskyt násilia klesajúcu tendenciu (13 roční- 13% chlapcov a 10% dievčat, 15 roční – 6% chlapcov a 7% dievčat).

Rodové rozdiely: Štatisticky významné rozdiely boli zistené vo vekových skupinách 11- a 13-ročných, s vyšším výskytom u chlapcov. Pravdepodobnosť, že respondenti boli obeťou násilia najmenej 2- až 3-krát za mesiac počas školského roka, bola v oboch vekových skupinách vyššia u chlapcov, v porovnaní s dievčatami (OR/CI: 11-roční: 1,73/1,23-2,43; 13-roční: 1,36/1,01-1,82). V skupine 15-ročných nebol medzi chlapcami a dievčatami nájdený štatisticky významný rozdiel.

Rozdiely medzi vekovými skupinami:

Štatisticky významné rozdiely boli zistené medzi všetkými vekovými skupinami aj u chlapcov (OR/CI: 11 vs. 15-roční: 2,85/1,97-4,12; 13 vs. 15-roční: 2,34/1,64-3,33) aj u dievčat (OR/CI: 11 vs. 15-ročné: 1,54/1,05-2,24; 13 vs. 15-ročné: 1,60/1,12-2,27).

Obrázok 55



Aktér šikanovania v škole

Štúdie zaoberajúce sa vplyvom šikanovania v škole na zdravie v dospelosti potvrdzujú, že skúsenosť s takýmto správaním počas školských čias súvisí s depresiami a možným agresívnym správaním v dospelosti (Kaltiala-Heino et al. 2000, Allison et al. 2009).

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

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

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

Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa zúčastnili takéhoto správania najmenej 2- až 3krát za mesiac.

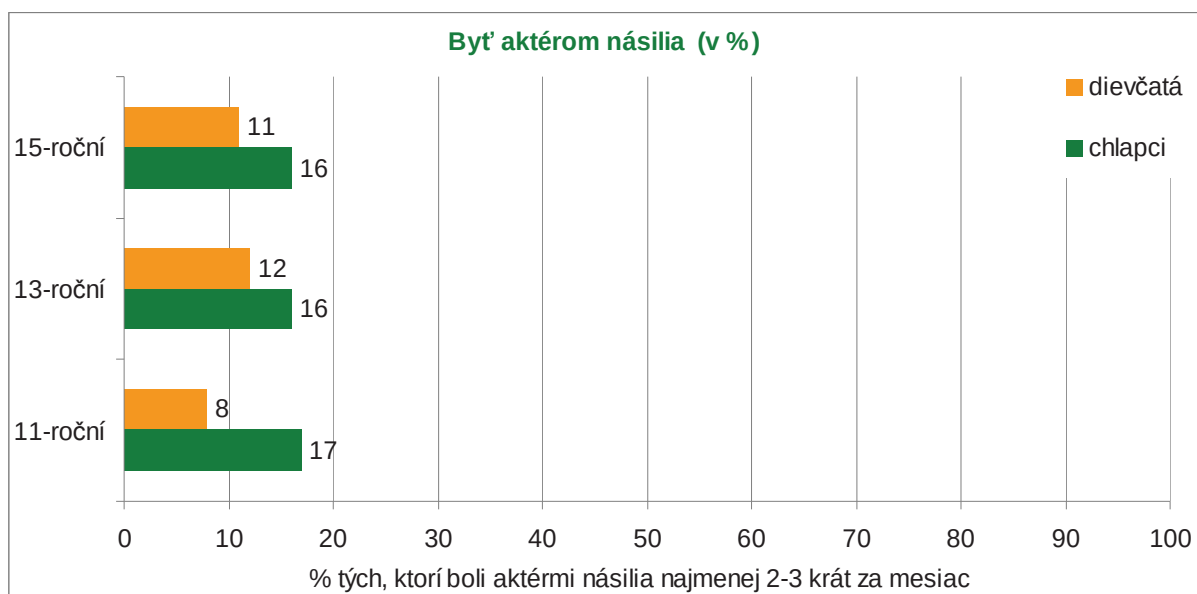
Výskyt: V skupine 11- ako aj v skupine 13-ročných chlapcov 16% respondentov uviedlo, že sa zúčastnili takéhoto správania najmenej 2- až 3 krát za mesiac počas školského roka. V skupine 15-ročných chlapcov 17% respondentov uviedlo účasť na takomto správaní. U dievčat v skupine 11-ročných 8%, 13-ročných 12% a v skupine 15-ročných 11% respondentiek potvrdilo účasť na takomto správaní najmenej 2- až 3 krát za mesiac počas školského roka.

Rodové rozdiely: Štatisticky významné rozdiely boli zistené vo všetkých vekových skupinách, s vyšším výskytom u chlapcov. Pravdepodobnosť, že sa respondenti zúčastnili takéhoto správania najmenej 2- až 3krát za mesiac počas školského roka, bola vo všetkých vekových skupinách vyššia u chlapcov, v porovnaní s dievčatami (OR/CI: 11-roční: 2,05/1,43-2,94; 13-roční: 1,46/1,11-1,93; 15-roční: 1,76/1,31-2,36).

Rozdiely medzi vekovými skupinami:

Neboli zistené štatisticky významné rozdiely vo vekových kategóriách ani u chlapcov (OR/CI: 11 vs. 15-roční: 0,48/0,67-1,21; 13 vs. 15-roční: 0,93/0,71-1,20), ani u dievčat (OR/CI: 11 vs. 15-ročné: 0,77/0,54-1,11; 13 vs. 15-ročné: 1,11/0,82-1,51).

Obrázok 56



Školský dotazník

J.Kollárová, A. Madarasová Gecková, J.Rondošová

Škola je jedným z najvýznamnejších činiteľov poskytujúcich predovšetkým rozumové vzdelanie, formovanie predstáv, postojov a konania detí na základe príkladu dospelých, je to taktiež významný determinant zdravia, lokálne prostredie organizujúce život detského spoločenstva, snažiace sa o pôsobenie predovšetkým kladných a hodnotných vplyvov a podnetov.

Dotazník o škole, určený a vyplnený predstaviteľmi vedenia náhodne vybraných škôl, bol zameraný predovšetkým na zisťovanie informácií o problémoch súvisiacich s prostredím školy, atmosfére v nej, podpore zdravia na školách, úrovni stravovania a možnosti pohybovej aktivity v školách a ich okolí.

Dotazník celkovo vyplnilo 104 reprezentantov škôl, z toho 72% bolo riaditeľov škôl, 23% zástupcov riaditeľa a 5% ďalších, bližšie nešpecifikovaných reprezentantov škôl.

Kľúčové zistenia

- Takmer polovica škôl považovala hustú premávku za závažný problém.
- Približne tretina škôl považovala vandalizmus, záškoláctvo, fyzické konflikty a šikanovanie medzi žiakmi, ako aj neskoré príchody žiakov za závažný problém.
- Vedenie všetkých opýtaných škôl vnímalo celkovú atmosféru v škole pozitívne.
- Len 14% zo všetkých škôl, ktoré sa zúčastnili prieskumu, je bezbariérových.
- Viac ako polovica škôl uviedla, že z dôvodu zlepšenia bezpečnosti potrebuje ich škola rozsiahlu renováciu.
- Ciele pre podporu zdravia malo zrozumiteľne napísaných 80% opýtaných škôl, avšak len 14% škôl malo pre tento školský rok k dispozícii aj fondy na realizáciu aktivít podpory zdravia.
- Percento žiakov konzumujúcich obedy v školských jedálňach bolo pomerne nízke.
- Sortiment predávaný v školských bufetoch a obchodoch tvorili predovšetkým bežné nealkoholické nápoje, ochutené mlieko, sladkosti, sendviče a bagety, pomerne zriedkavá bola ponuka výrobkov z celozrnného chleba, nepostačujúca bola ponuka predaja čerstvého ovocia a zeleniny. Pozitívne je možné hodnotiť pomerne obmedzený predaj hranolčiek a zemiakových lupienkov.
- V priemere 80% opýtaných škôl malo na výučbu telesnej výchovy na druhom stupni vyhradené štyri hodiny v týždni, 81% škôl organizovalo rôzne športové súťaže, v prevažnej miere po vyučovaní.

Závažné problémy v okolí školy

Popis indikátora: Aký závažný problém sú nasledovné skutočnosti v okolí Vašej školy?

Napätie vyplývajúce z rasových, etnických alebo náboženských rozdielov

Odpad, smeti alebo rozbité sklo na ulici, ceste, na chodníkoch alebo vo dvoroch

Predávanie alebo užívanie drog alebo nadmerné pitie alkoholu na verejnosti

Násilie alebo vandalizmus skupín

Hustá premávka

Opustené alebo schátralé domy a budovy

Kriminalita v okolí

Neviem

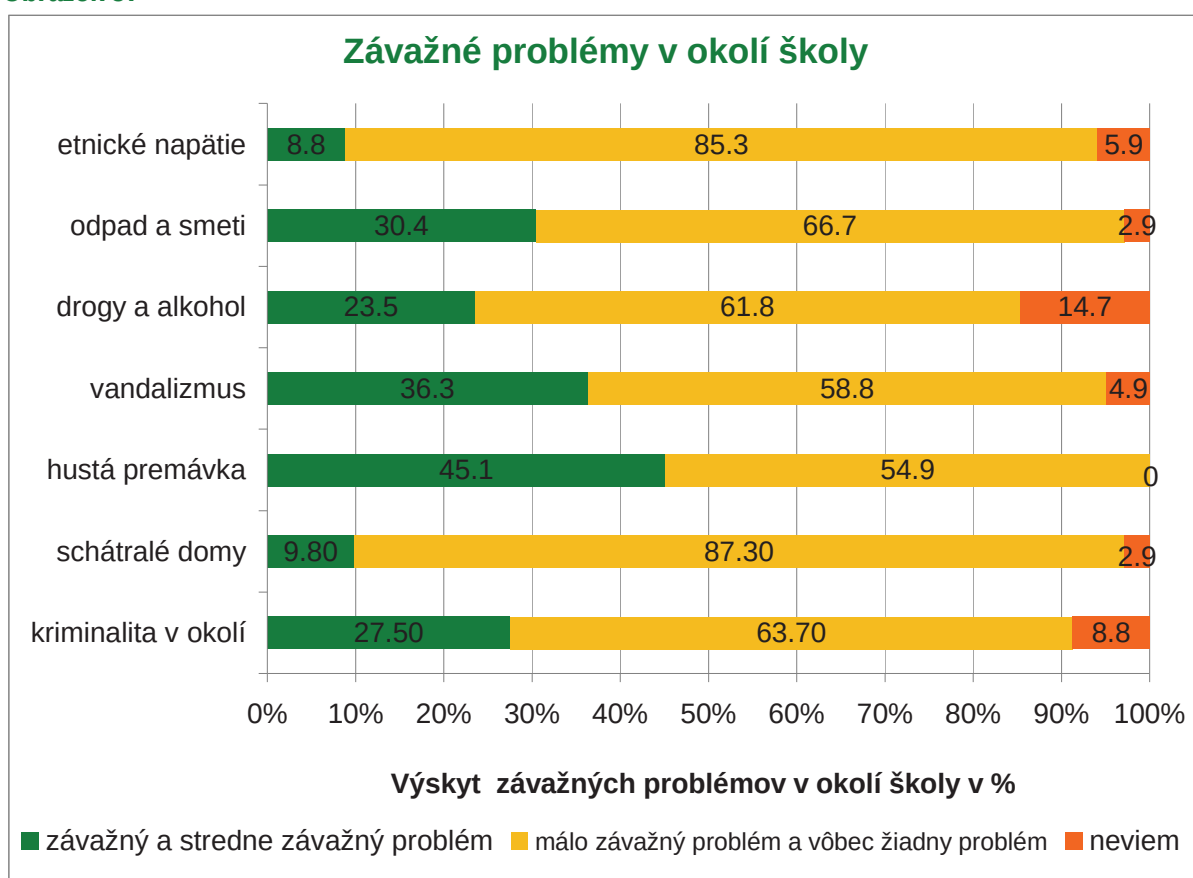
Málo závažný problém a vôbec žiadny problém

Závažný problém a stredne závažný problém

Prezentovaný je percentuálny výskyt rôznej úrovne problémov.

Výskyt: Za najzávažnejší problém vyskytujúci sa v okolí školy bola spomedzi navrhnutých možností uvedená hustá premávka (45,1%), nasledovalo násilie alebo vandalizmus skupín (36,3%). Ako stredne závažný až závažný problém hodnotila takmer tretina škôl odpad, smeti alebo rozbité sklo na ulici, ceste, na chodníkoch alebo vo dvoroch, taktiež kriminalitu v okolí školy a predávanie alebo užívanie drog alebo nadmerné pitie alkoholu na verejnosti. K predávaniu alebo užívaniu drog alebo nadmernému pitiu alkoholu na verejnosti sa nevedelo vyjadriť takmer 15% opýtaných, ku kriminalite v okolí školy takmer 9%.

Obrázok 57



Celková atmosféra v škole

Popis indikátora: Aká je podľa Vás celková atmosféra vo Vašej škole?

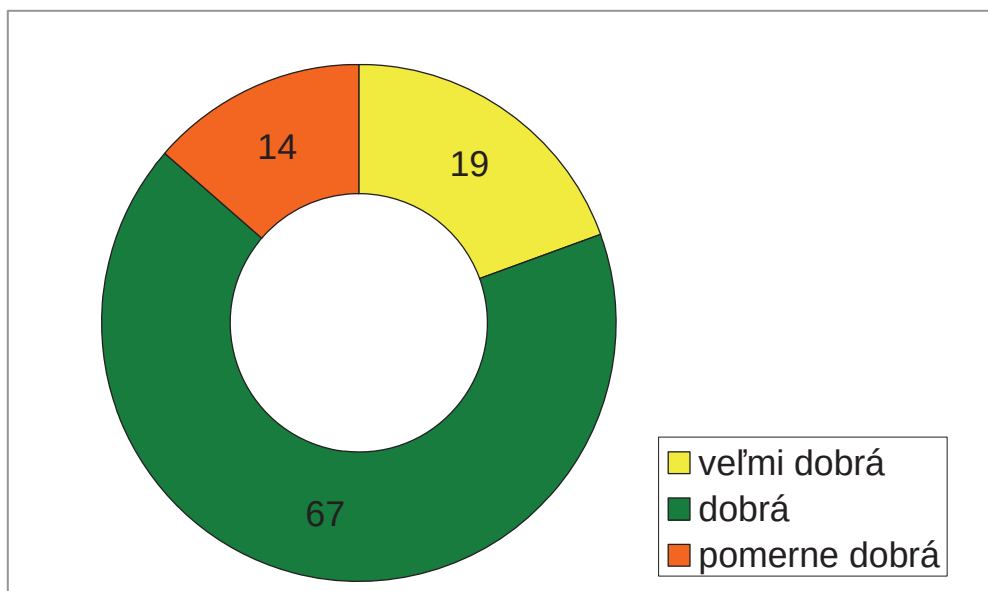
Veľmi dobrá
Dobrá
Pomerne dobrá
Pomerne zlá
Zlá
Veľmi zlá

Prezentovaný je percentuálny výskyt veľmi dobre, dobrej a pomerne dobrej atmosféry v škole.

Výskyt: Vedenie všetkých oslovených škôl vníma celkovú atmosféru v škole pozitívne. 19 % respondentov vníma atmosféru v škole ako veľmi dobrú, 67% ako dobrú a 13% respondentov považovalo atmosféru v škole za pomerne dobrú.

Ani v jednom prípade nebola zaznamenaná odpoveď v negatívnej škále, čiže pomerne zlá, zlá alebo veľmi zlá celková atmosféra v škole.

Obrázok 58



Závažné vnútorné problémy školy

Popis indikátora: Do akej miery sú/boli nasledujúce udalosti problémom pre Vašu školu počas posledných 3 rokov?

Záškolské žiakov
Neskoré príchody žiakov
Fyzické konflikty medzi žiakmi
Šikanovanie medzi žiakmi
Rasová diskriminácia
Nosenie zbraní žiakmi
Verbálne útoky žiakov voči učiteľom
Verbálne útoky učiteľov voči žiakom
Fyzické útoky žiakov voči učiteľom
Lúpeže alebo krádeže v priestoroch školy
Vandalizmus na majetku školy
Fajčenie v priestoroch školy
Donášanie alebo pitie alkoholu žiakmi v škole
Užívanie drog žiakmi
Fluktuácia učiteľského kolektívu
Dlhodobá práceneschopnosť učiteľov
Sťažnosti žiakov alebo rodičov na učiteľov
Suspendovanie učiteľov alebo disciplinárne konanie voči učiteľom

Neviem

Vôbec žiadny problém

Málo závažný problém

Stredne závažný problém

Závažný problém

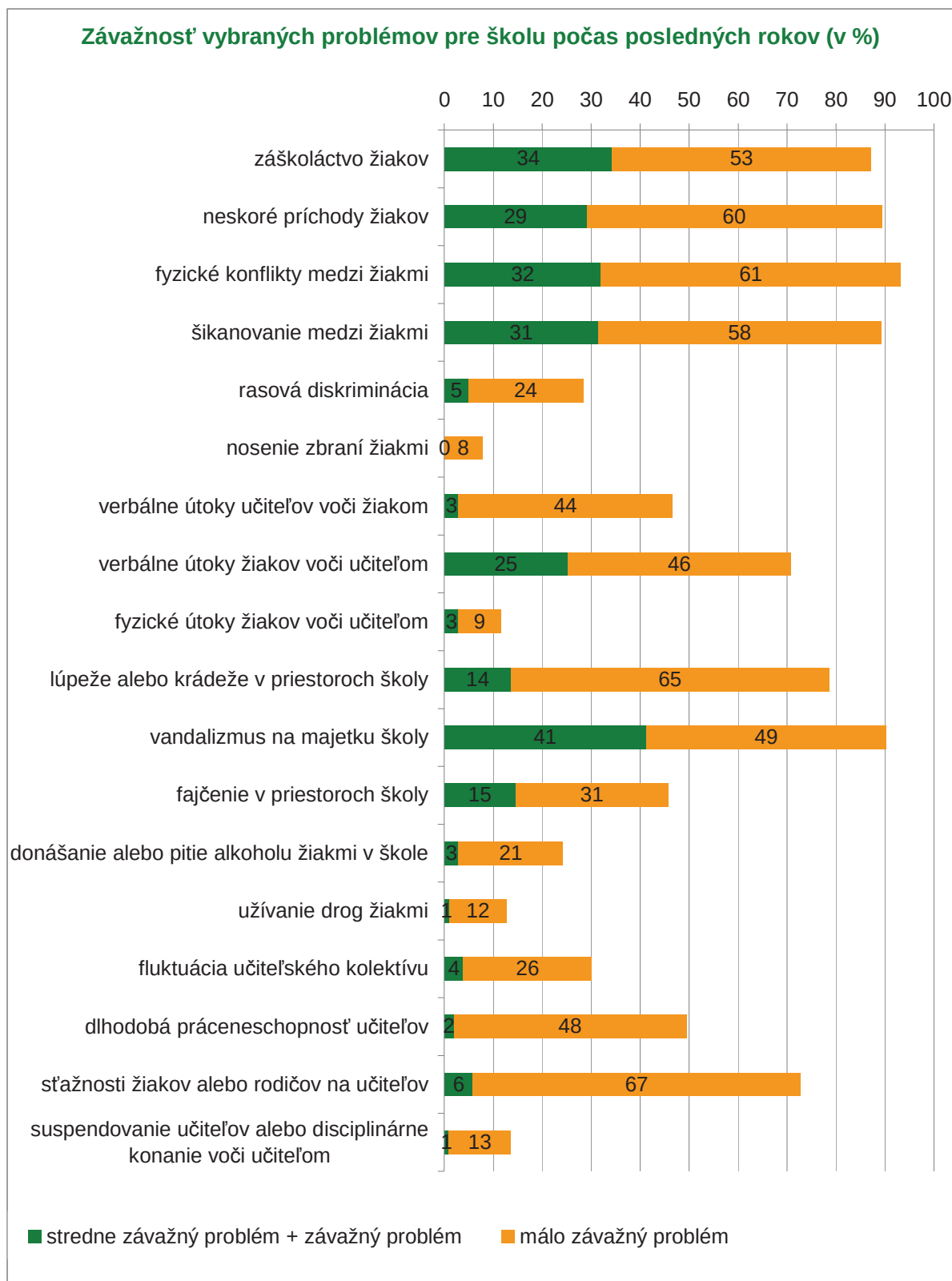
Prezentovaný je percentuálny výskyt odpovedí stredne závažný a závažný problém a málo závažný problém.

Výskyt: Za najzávažnejšie vnútorné problémy, zo všetkých uvedených možností, považuje vedenie opýtaných škôl vandalizmus na majetku školy (41%), záškolské žiakov (34%), fyzické konflikty medzi žiakmi (32%), šikanovanie medzi žiakmi (31%) a neskoré príchody žiakov (29%) . Štvrtina škôl považuje za závažný alebo stredne závažný problém aj verbálne útoky žiakov voči učiteľom.

Positívnym zistením je, že len v malom percente škôl je donášanie alebo pitie alkoholu žiakmi v škole a užívanie drog v škole stredne závažným a závažným problémom.



Obrázok 59



Zariadenie a vybavenie školy

Popis indikátora: Prezentovaný súbor otázok je zameraný na hodnotenie úrovne kvality zariadení a vybavenia škôl.

Do akej miery súhlasíte s nasledujúcimi vyhláseniami o Vašej škole:

- Neexistuje na našej škole
- Neviem povedať
- Silne nesúhlasím
- Nesúhlasím
- Súhlasím
- Silne súhlasím

Škola potrebuje rozsiahlu renováciu na zlepšenie svojej bezpečnosti.

Školské ihrisko je v dobrom stave.

Telocvičňa/športová hala je v dobrom stave.

Špecializované triedy (t.j.: vedecké laboratórium, laboratórium fyziky, pracovná dielňa, atď.) sú dobre vybavené.

Opravy sú vykonané podľa aktuálneho trendu.

Toalety a sanitárne zariadenia sú v dobrom stave.

Ventilačné a vykurovacie systémy sú v dobrom stave.

Táto škola je prístupná pre hendikepovaných jedincov (taktiež napr. toalety a hygienické zariadenia).

Triedy vyhovujú potrebám študentov a učiteľov.

Pomocné multimediálne zariadenia (počítače a softvér, DVD prehrávače, filmové projektory, atď.) sú k dispozícii učiteľom.

Stoly v triedach sú umiestnené tak, že sú poskytnuté optimálne svetelné podmienky (napr. optimálne využitie denného svetla, obmedzenie oslnenia, umelé osvetlenie správnej farby).

Školský nábytok pre študentov vyhovuje ergonomickým požiadavkám, t.j. je nastaviteľný pre individuálne potreby každého študenta.

Opakujú sa problémy s plesňou.

Teplota v triede je primeraná v priebehu celého roka.

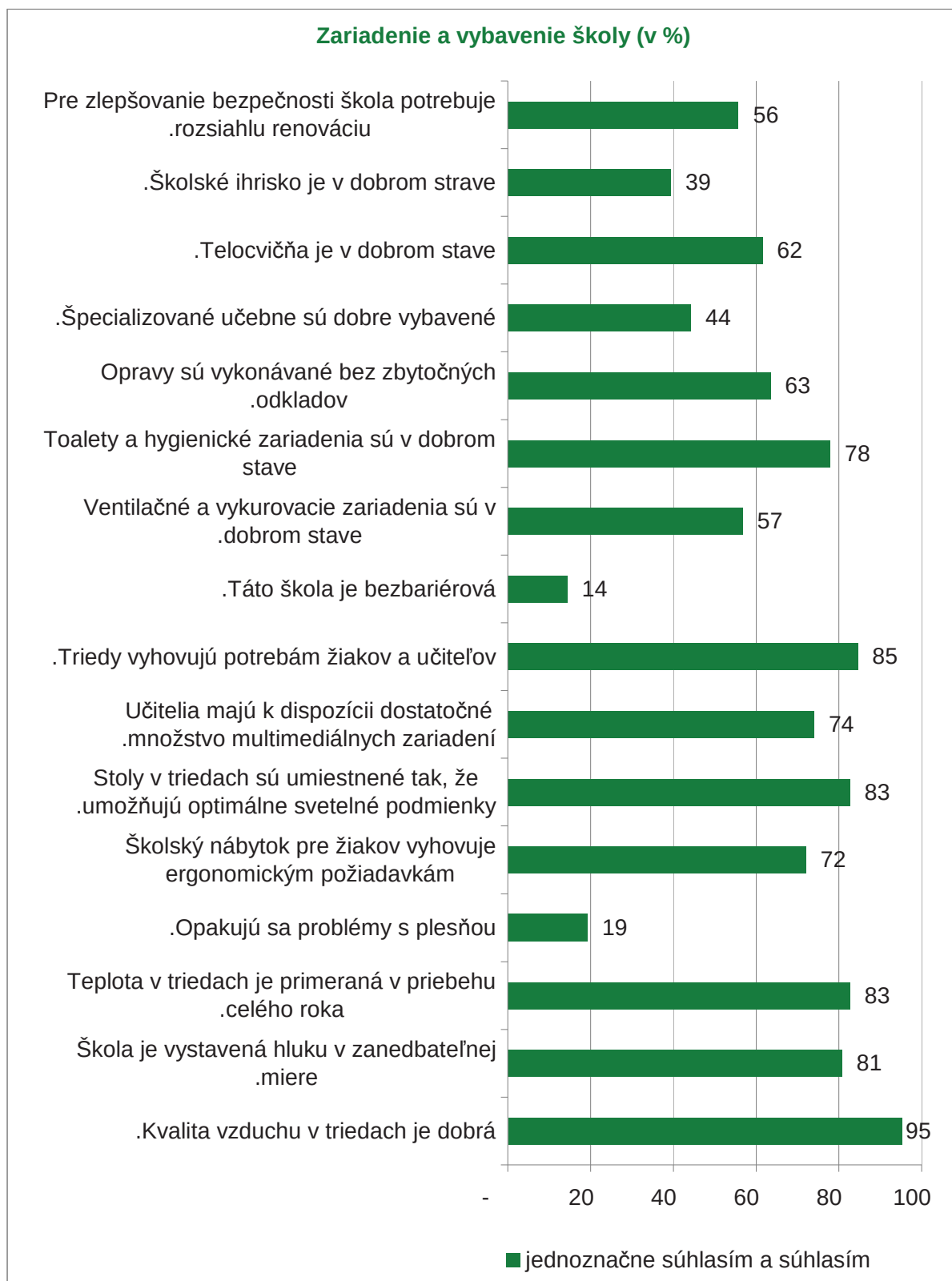
Vystavenie hluku na tejto škole je zanedbateľné.

Kvalita vzduchu v triedach je dobrá.

Prezentovaný je percentuálny výskyt odpovedí jednoznačne súhlasím a súhlasím.

Výskyt: Kvalita pracovného prostredia priamo v triedach (fyzické prostredie – teplo, kvalita ovzdušia, svetelné podmienky vo vzťahu k usporiadaniu školských lavíc, nízka intenzita hluku, ergonomické podmienky, celkové hodnotenie vyhovovania tried potrebám žiakov a učiteľov) a úroveň vybavenia tried multimediálnymi zariadeniami bola respondentmi všeobecne vysoko pozitívne hodnotená. Oproti tomu len necelá polovica škôl (44%) vyjadrila spokojnosť s vybavením špecializovaných tried a 62% opýtaných uviedlo, že telocvičňa je v dobrom stave. Viac ako polovica respondentov si myslí, že z dôvodu zlepšenia bezpečnosti potrebuje ich škola rozsiahlu renováciu, s úrovňou vykonávania opráv v školách je spokojných 63% respondentov a opakujúce sa problémy s výskytom plesní priznáva 19% opýtaných. Za najväčší problém škôl súvisiaci s kvalitou ich zariadenia a vybavenia je možné považovať bezbariérovosť, len 14% opýtaných uviedlo, že ich škola je bezbariérová.

Obrázok 60



Podpora zdravia v školách

Popis indikátora: Tento súbor otázok bol zameraný na zisťovanie úrovne plánovania, realizácie a hodnotenia aktivít súvisiacich s podporou zdravia.

Má Vaša škola zrozumiteľne napísané ciele pre podporu zdravia?

Áno

Nie

Má Vaša škola plán implementácie cieľov pre podporu zdravia?

Áno

Nie

Vyhodnocuje Vaša škola do akej miery boli naplnené ciele podpory zdravia?

Áno

Nie

Je Vaša škola členom siete „Školy podporujúce zdravie“?

Áno, v súčasnosti

Áno, v minulosti

Nie

Má Vaša škola oficiálnu pracovnú skupinu pre podporu zdravia?

Áno

Nie

Má Vaša škola osobu, ktorá sa zaoberá záležitosťami súvisiacimi s podporou zdravia?

Áno

Nie

Má Vaša škola k dispozícii fond na tento školský rok na realizáciu aktivít/opatrení na podporu zdravia?

Áno

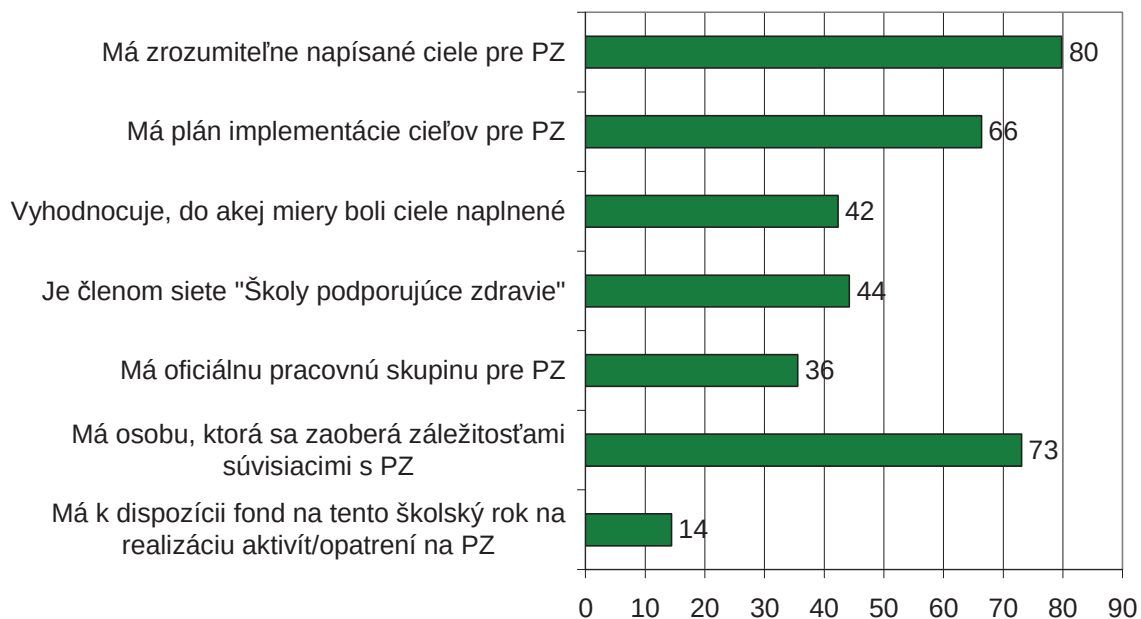
Nie

Prezentovaný je výskyt škôl, ktoré majú napísané ciele pre podporu zdravia a plán implementácie týchto cieľov. Prezentovaný je výskyt škôl, ktoré sú v súčasnosti (alebo v minulosti boli) členom siete „Školy podporujúce zdravie“. Taktiež je prezentovaný výskyt škôl, ktoré majú oficiálnu pracovnú skupinu, prípadne osobu zaoberajúcu sa podporou zdravia na školách a školy, ktoré majú pre tento školský rok k dispozícii fondy na realizáciu aktivít na podporu zdravia.

Výskyt: 80% opýtaných škôl uviedlo, že má ciele pre podporu zdravia zrozumiteľne napísané. Plán implementácie cieľov pre podporu zdravia má podľa odpovedí respondentov vypracovaný 66% škôl, úroveň jeho napĺňania vyhodnocuje 42% škôl. Necelá polovica škôl (44%) v súčasnosti je, resp. v minulosti bola členom siete „Školy podporujúce zdravie“. 36% škôl má vytvorenú oficiálnu pracovnú skupinu zameranú na aktivity súvisiace s podporou zdravia. 73% škôl má podľa výsledkov dotazníka určenú osobu, ktorá sa zaoberá záležitosťami súvisiacimi s podporou zdravia. Len 14% škôl má pre tento školský rok k dispozícii fondy na realizáciu aktivít na podporu zdravia.

Aj keď je možné percento škôl, ktoré sa zaoberajú podporou zdravia hodnotiť veľmi pozitívne, znepokojujúci je zrejmy nedostatok finančných prostriedkov na realizáciu aktivít podpory zdravia, čo v praxi môže viesť k formálnosti a ohrozeniu napĺňania stanovených cieľov.

Podpora zdravia (PZ) na školách (odpoveď áno v %)



Stravovanie v školách

Popis indikátora: Má Vaša škola nasledujúce zariadenia/vybavenie?

Jeden alebo viac nápojových alebo potravinových automatov?

Školský obchod, bufet alebo denný bar?
Jedáleň?

Áno

Nie

Ste schopní ponúkať vo Vašej škole teplé obedy?

Áno

Nie

Aké percento žiakov konzumuje počas bežného dňa teplý obed vo Vašej škole? (odhadnite, prosím)
..... %

Graficky je prezentované percento škôl, ktoré sú vybavené minimálne 1 nápojovým alebo potravinovým automatom, školským obchodom alebo bufetom a jedálňou. V tabuľke je uvedený percentuálny odhad žiakov konzumujúcich teplý obed v škole.

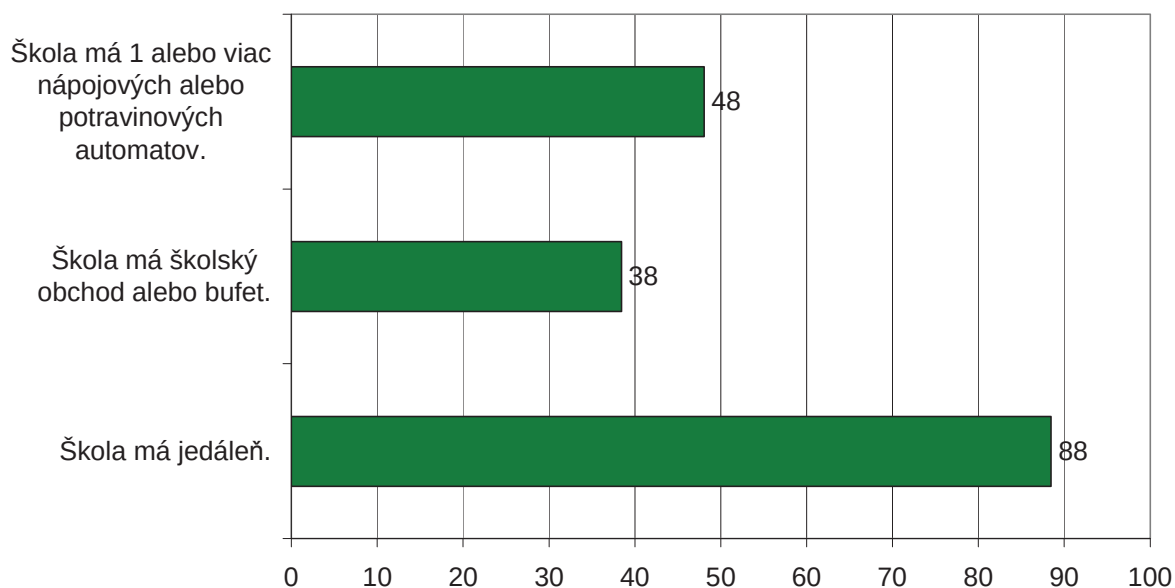
Výskyt: Nápojovými, resp. potravinovými automatmi disponuje 48% škôl, bufet, obchod, resp. denný bar je pre žiakov a učiteľov k dispozícii v 44% škôl. Až 98% škôl je schopných ponúkať teplé obеды, pričom 88% škôl má aj jedáleň, v ktorej poskytuje stravovanie.

Vzhľadom k vysokému počtu škôl, ktoré sú schopné žiakom poskytovať teplé obеды, resp. majú k dispozícii školskú jedáleň, tradíciám školského stravovania v SR a možnostiam ovplyvňovania kvality stravovania zo strany orgánov verejného zdravotníctva smerom k zdravej výžive, je percento žiakov konzumujúcich obеды v školských jedálňach pomerne nízke.



Obrázok 62

Vybavenie školy stravovacími zariadeniami (odpoveď áno v %)



Počet škôl ponúkajúcich teplé obedy.

102 zo 104 škôl je schopných ponúkať teplé obedy v škole.

Tabuľka 3

Percento žiakov konzumujúcich počas bežného dňa teplý obed v škole.

	Kumulatívny výskyt (v %)
30% žiakov a menej	8% škôl
40% žiakov a menej	18% škôl
50% žiakov a menej	42% škôl
60% žiakov a menej	62% škôl
70% žiakov a menej	80% škôl
80% žiakov a menej	90% škôl

Sortiment ponúkaný v školských automatoch, obchodoch alebo bufetoch

Popis indikátora: Môžu vo Vašej škole žiaci kúpiť nasledujúce výrobky v automatoch, v školskom obchode alebo bufete?

Voda vo fľaši
100% ovocný/zeleninový džús
Bežné nealkoholické nápoje, športové nápoje alebo ovocné nápoje, ktoré nie sú 100% džúsom
Diétne nealkoholické nápoje
Plnotučné mlieko
Odtučnené (bez tuku) alebo nízkotučné mlieko
Ochutené mlieko
Teplé nápoje (káva, čaj, horúce kakao)
Čokoláda/ sladkosti/keksy/koláče
Hranolčky/zemiakové lupienky
Ovocie
Zelenina
Jogurt
Zmrzlina
Pizza
Sendviče/bagety
Výrobky z celozrnného chleba

Nie

Áno, v určitom čase počas dňa

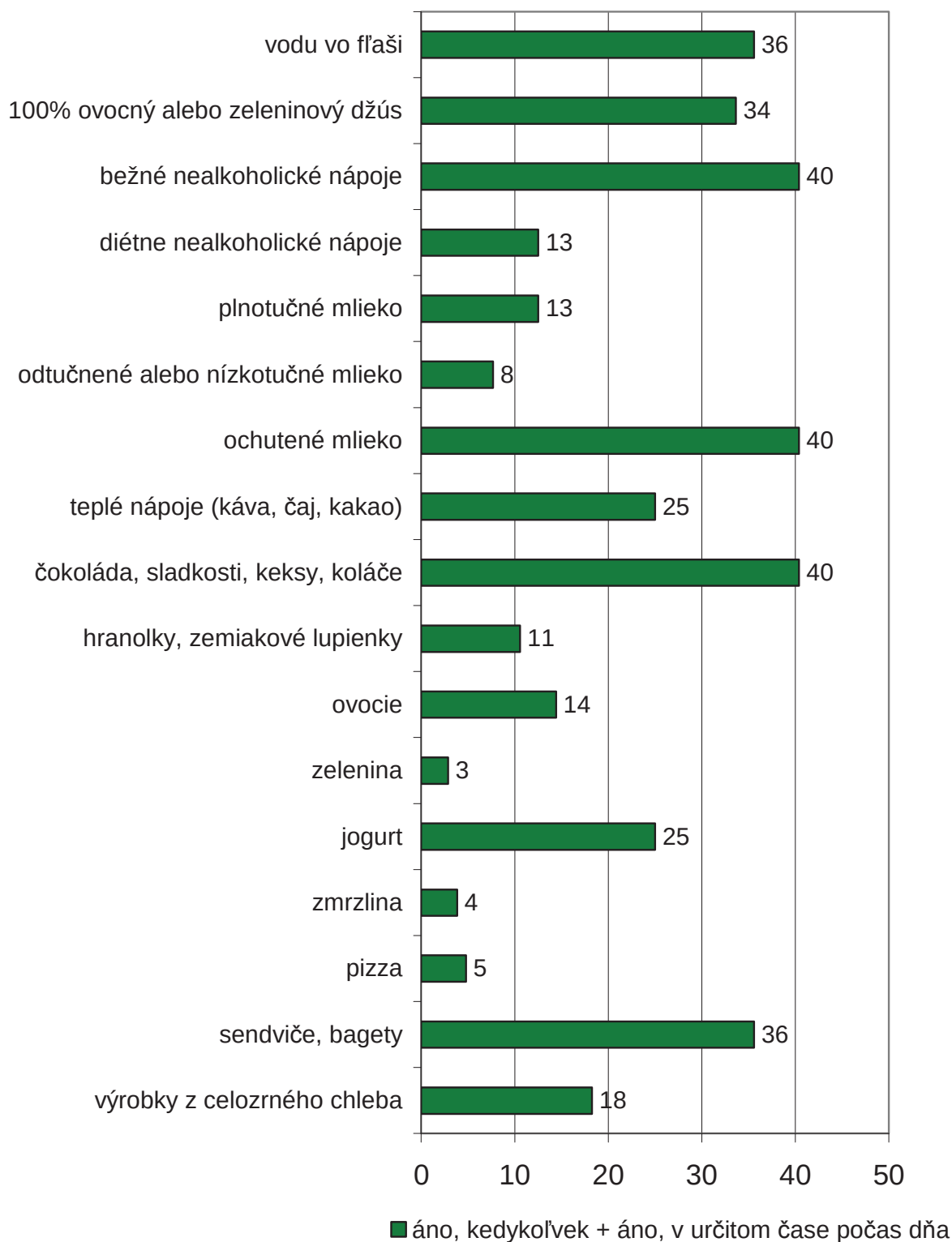
Áno, kedykoľvek

Prezentovaný je výskyt škôl, ktoré odpovedali, že vyššie uvedené výrobky je možné kúpiť v automatoch, v školskom obchode alebo bufete v ich škole kedykoľvek, resp. v určitom čase počas dňa.

Výskyt: Najčastejšie predávaným sortimentom z možností uvedených v dotazníku v školských automatoch, obchodoch či bufetoch je voda vo fľaši (36%), 100% ovocný alebo zeleninový džús (34%), bežné nealkoholické nápoje (40%), ochutené mlieko (40%), sladkosti (40%) a sendviče, bagety (36%). Štvrtina týchto zariadení ponúka teplé nápoje a jogurty, len 18% zariadení ponúka výrobky z celozrnného chleba, 14% čerstvé ovocie a raritným je predaj čerstvej zeleniny (3%). Pozitívne je možné hodnotiť pomerne obmedzený predaj produktov rýchleho občerstvenia; predaj hranolčiek a zemiakových lupienkov ponúka 11% zariadení, predaj pizze len 5%.

Obrázok 63

Dostupnosť nasledujúcich výrobkov v automatoch, školskom obchode alebo bufete v školách (v %)



Podpora fyzickej aktivity v školách

Chôdzu, bicyklovanie alebo iný typ fyzicky aktívneho transportu do školy a zo školy podporuje 57% škôl. Školské športové súťaže organizuje 81% škôl.

Popis indikátora: Organizuje Vaša škola pohybové aktivity v priebehu školského dňa mimo vyučovacích hodín telesnej výchovy?

Pred začatím vyučovania

Počas obeda

Počas prestávok

Po škole

Iný čas v priebehu dňa v škole

Nie

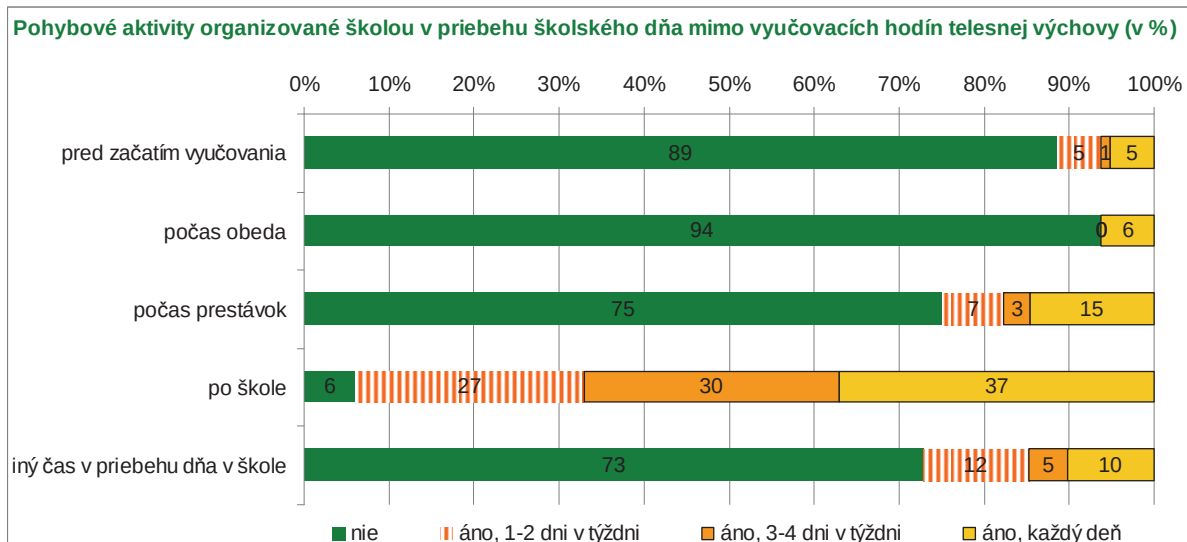
Áno, 1-2 dni v týždni

Áno, 3-4 dni v týždni

Áno, každý deň

Výskyt: Najviac školou organizovaných pohybových aktivít mimo vyučovacích hodín telesnej výchovy organizujú školy po vyučovaní, pričom každý deň tieto aktivity organizuje 37%, 3 – 4 dni v týždni 30% a 1 - 2 dni v týždni 27%. Najmenej raz do týždňa organizuje pohybové aktivity v iný čas v priebehu dňa v škole spolu 27% škôl a počas prestávok 25% škôl.

Obrázok 64



Počet vyučovacích hodín telesnej výchovy

Popis indikátora: Uveďte prosím, koľko vyučovacích hodín za týždeň je vyhradených na výučbu telesnej výchovy (TV) vo Vašej škole pre každý z nasledujúcich ročníkov:

5. ročník: ____ vyučovacích hodín (za týždeň)
Tento ročník na našej škole nie je

6. ročník: ____ vyučovacích hodín (za týždeň)
Tento ročník na našej škole nie je

7. ročník: ____ vyučovacích hodín (za týždeň)
Tento ročník na našej škole nie je

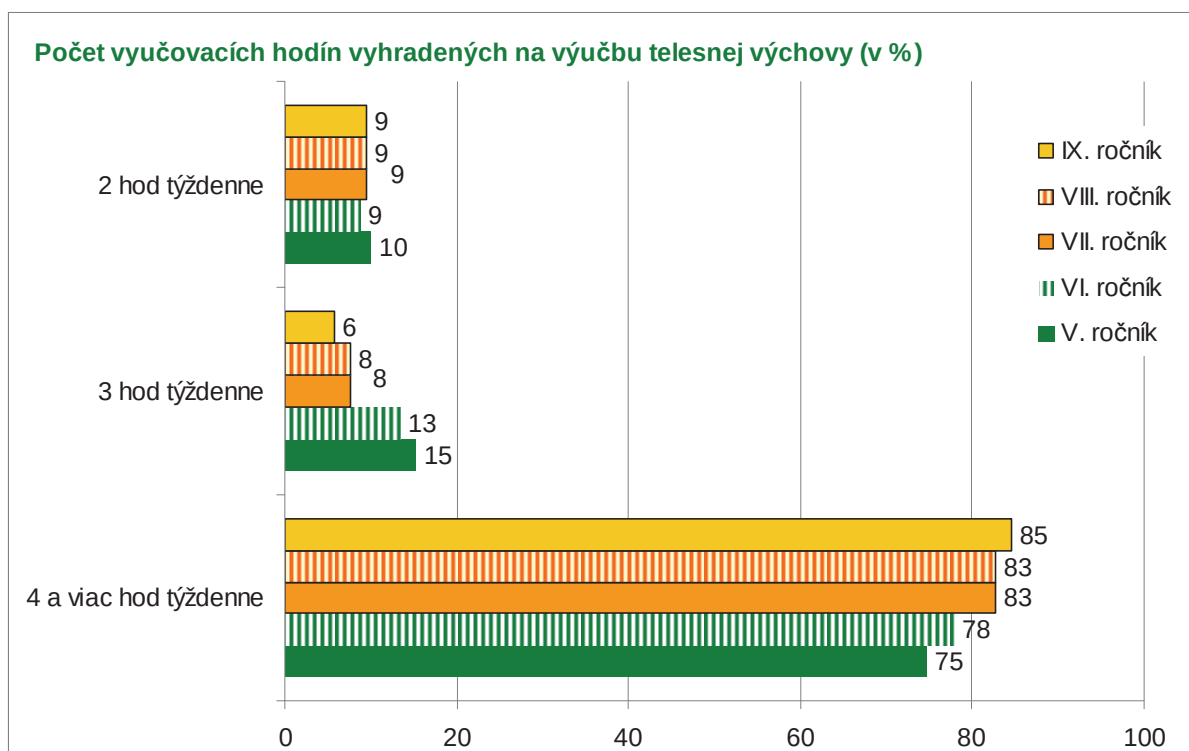
8. ročník: ____ vyučovacích hodín (za týždeň)
Tento ročník na našej škole nie je

9. ročník: ____ vyučovacích hodín (za týždeň)
Tento ročník na našej škole nie je

10. ročník: ____ vyučovacích hodín (za týždeň)
Tento ročník na našej škole nie je

Výskyt: Štyri a viac vyučovacích hodín venovaných telesnej výchove týždenne uviedlo pre piaty ročník 75% škôl, pre šiesty ročník 78%, pre siedmy a ôsmy ročník 83% a pre deviaty ročník 85% škôl. Od 15% škôl (v piatom ročníku) po 6% (v deviatom ročníku) venuje telesnej výchove týždenne tri vyučovacie hodiny. Približne 10% škôl vo všetkých ročníkoch má týždenne vyhradených na výučbu telesnej výchovy dve vyučovacie hodiny.

Obrázok 65



Dostupnosť zariadení pre fyzickú aktivitu a šport

Popis indikátora: Ktoré z týchto zariadení/priestorov nachádzajúcich sa na území školy alebo v susedstve školy (do 2 km) sú využívané Vašou školou na fyzickú aktivitu a šport?

Majú žiaci prístup do tohto zariadenia v neplánovanom čase počas školy? (Prestávky, voľné hodiny)

Telocvičňa

Plaváreň

Futbalové ihrisko

Ihrisko s vybavením pre iné loptové aktivity (basketbal, volejbal)

Detské ihrisko

Priestory na skateboardovanie/korčuľovanie

Školský dvor

Bežecká dráha

Tenisový kurt

Trávnaté plochy/parky

Zalesnené plochy

Vodné plochy (rieka, jazero)

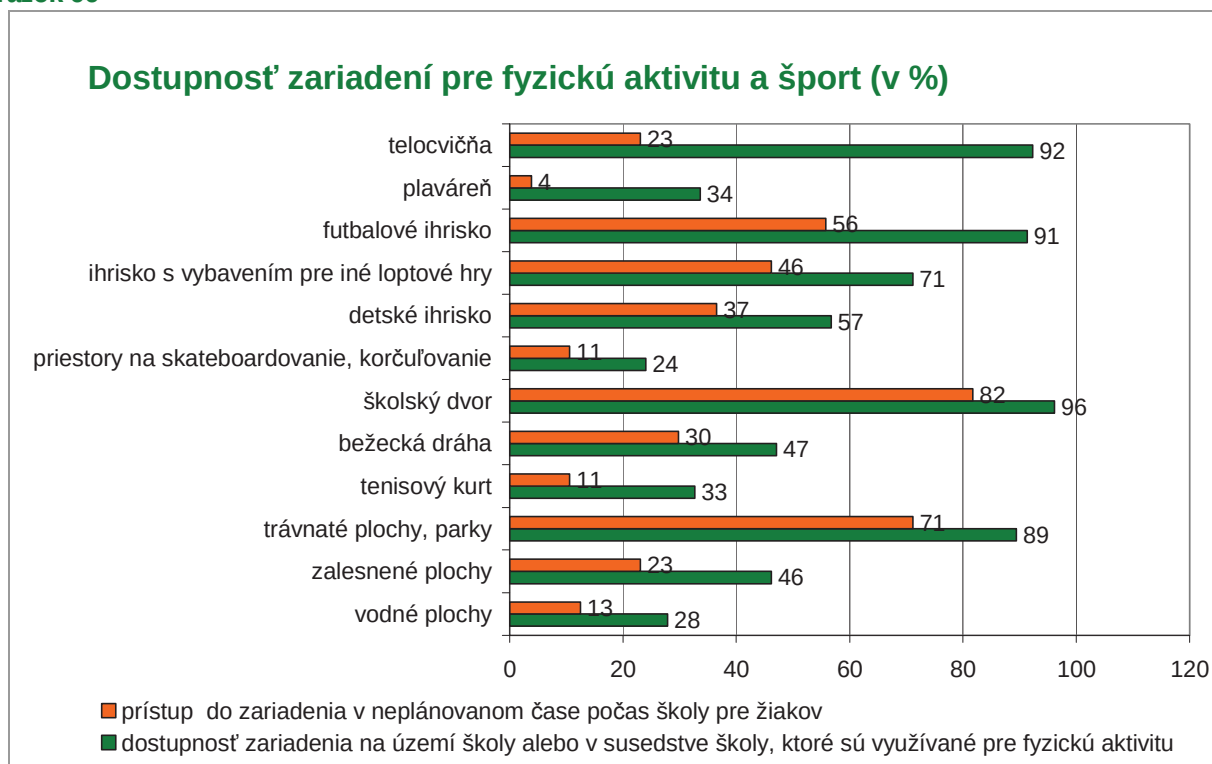
Áno

Nie

Prezentovaný je percentuálny výskyt dostupných zariadení nachádzajúcich sa na území školy alebo v susedstve školy.

Výskyt: Viac ako 90% opytovaných škôl má k dispozícii, a taktiež využíva pre fyzickú aktivitu a šport, telocvičňu, futbalové ihrisko a školský dvor, takmer 89% škôl má v dostupnej vzdialenosti trávnaté plochy a parky, 71% ihrisko s vybavením pre iné loptové aktivity a 57% detské ihrisko. Menej ako polovica škôl má k dispozícii plaváreň, priestory na skateboardovanie/ korčuľovanie, bežeckú dráhu, tenisový kurt, zalesnené plochy a vodné plochy. Čo sa týka možnosti prístupu žiakov do týchto zariadení, resp. priestorov počas prestávok a voľných hodín, najprístupnejší je školský dvor (82%), trávnaté plochy a parky (71%) a futbalové ihrisko (56%). Najmenej prístupná je plaváreň (4%) a pochopiteľne priestory, ktoré sú mimo areálu školy – priestory na skateboardovanie/ korčuľovanie, vodné plochy a zalesnené plochy.

Obrázok 66



Regionálne rozdiely

L. Pitel

Napriek rozsiahlemu výskumu zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa adolescentov na národnej a medzinárodnej úrovni (Currie et al. 2000, 2004, 2008; Hibell et al. 1997, 2000, 2004), výskum regionálnych rozdielov v tejto oblasti je dodnes pomerne zanedbaný, a to i v celoeurópskom kontexte. Nie je nám doteraz známa nijaká reprezentatívna štúdia, skúmajúca regionálne rozdiely na Slovensku v zdraví a so zdravím súvisiacom správaní sa. Boli však zistené výrazné rozdiely medzi dievčatami zo slovenského vidieka a miest vo fajčení, konzumácii alkoholu a marihuany, pričom u chlapcov tieto rozdiely štatisticky významné neboli (Pitel et al. 2010).

Kľúčové zistenia

- **Najvyšší výskyt fajčenia bol zistený u adolescentov na východe Slovenska, najmä u chlapcov.**
- **Štatisticky významné regionálne rozdiely vo výskyte skúsenosti s užívaním kanabisu už takmer nejstávajú.**
- **Najvyšší výskyt šikanovaných adolescentov bol zistený v Bratislavskom kraji.**
- **Medzi Bratislavským krajom a ostatnými kraji Slovenska boli zistené výrazné socioekonomické rozdiely v prospech Bratislavy. V indikátoroch zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa sú tieto rozdiely spravidla nižšie až absentujúce.**



Regionálne rozdiely v užívaní psychoaktívnych látok

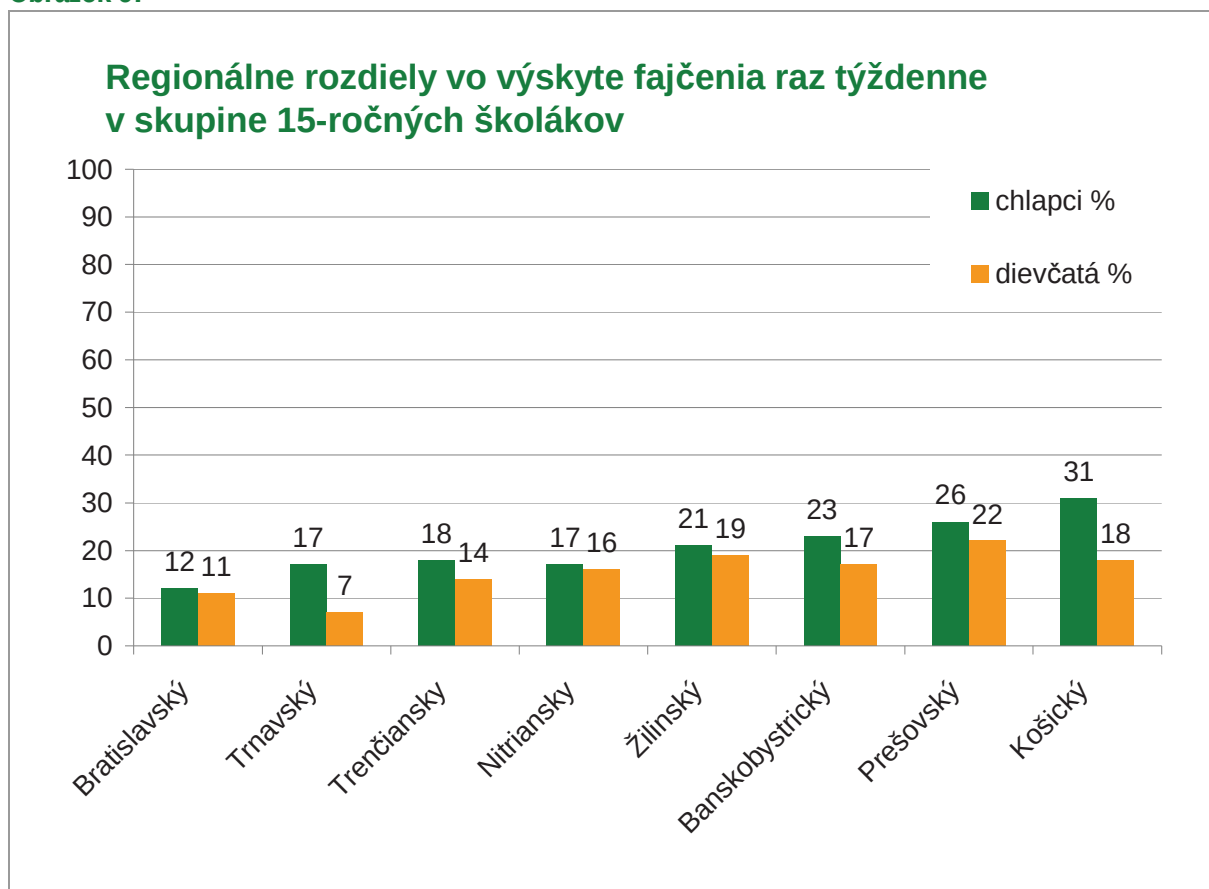
Porovnávali sme žiakov z 8 krajov Slovenskej republiky vo výskyte fajčenia, konzumácie alkoholu a v skúsenosti s konzumáciou hašišu alebo marihuany. Keďže v nižších vekových skupinách je výskyt týchto javov výrazne nižší, sústredili sme sa iba na žiakov vo veku 15 rokov.

Medzi chlapcami bol najvyšší výskyt **fajčenia** (aspoň raz týždenne) zistený v Košickom resp. Prešovskom kraji, kde fajčil približne každý tretí resp. štvrtý chlapec. U dievčat bol najvyšší výskyt fajčenia zistený v Prešovskom kraji. Najnižší výskyt fajčenia medzi chlapcami i dievčatami bol zistený zhodne v Bratislavskom a Trnavskom kraji. Rozdiely medzi Bratislavským krajom a ostatnými regiónmi Slovenska boli u chlapcov štatisticky významné v Košickom (OR/CI 3,36/1,43-7,90) a Prešovskom kraji (OR/CI 2,74/1,20-6,26). Oproti dievčatám Bratislavského kraja, výrazne vyššiu pravdepodobnosť fajčenia mali dievčatá z Prešovského kraja (OR/CI 2,34/1,02-5,35).

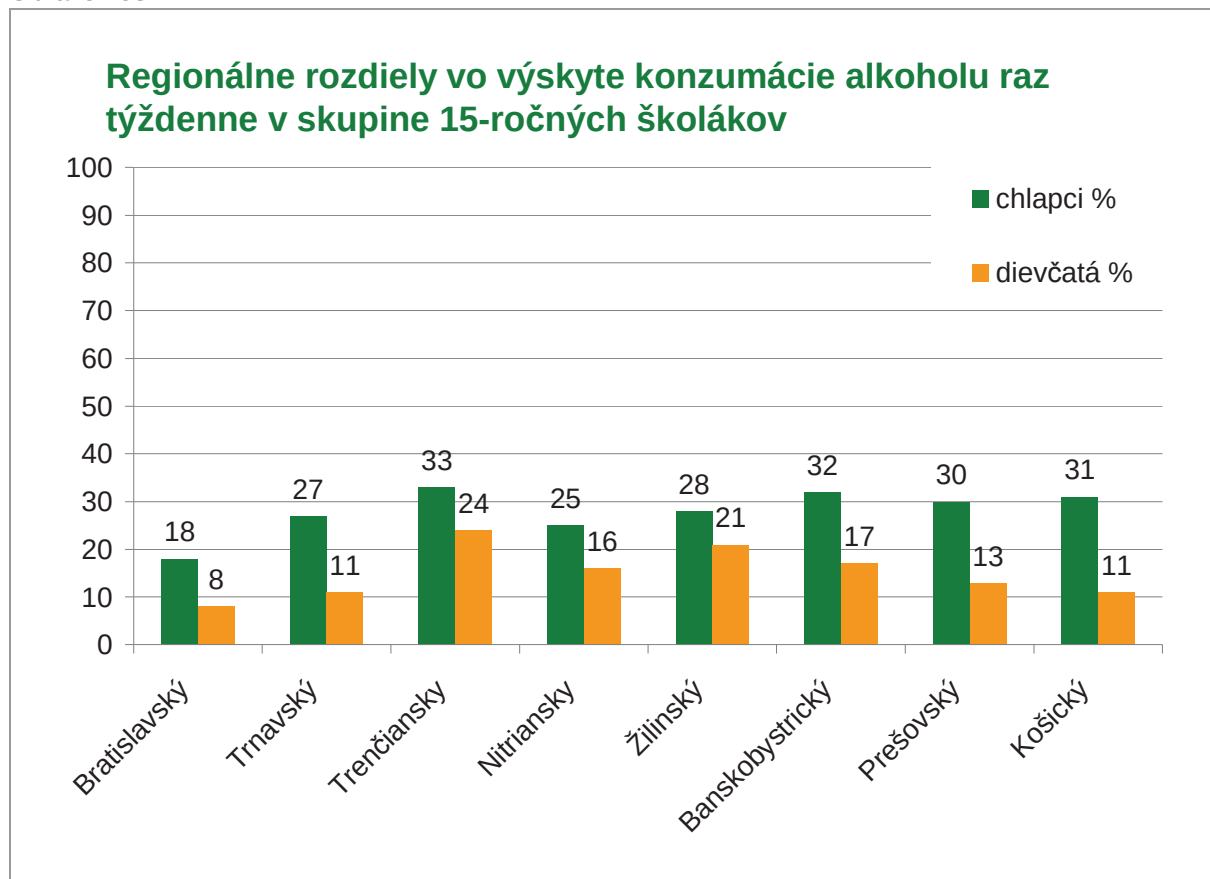
Najvyššia miera **konzumácie alkoholu** (aspoň raz týždenne) bola pozorovaná u chlapcov Trenčianskeho a Banskobystrického kraja - okolo jednej tretiny žiakov (OR/CI 2,21/1,02-4,78 a 2,18/1,02-4,67 oproti Bratislavskému kraju). U dievčat boli najrizikovejšími kraji Trenčiansky a Žilinský (OR/CI 3,57/1,37-9,30 a 3,02/1,18-7,73 oproti Bratislavskému kraju). Najnižší výskyt bol u chlapcov i dievčat pozorovaný v Bratislavskom kraji.

Najčastejšie uviedli **skúsenosť s užitím kanabisu** chlapci zo Žilinského a Košického kraja a dievčatá zo Žilinského kraja. Najnižší bol výskyt u dievčat Trnavského a u chlapcov Trnavského a Nitrianskeho kraja. U chlapcov neboli medzi Bratislavským krajom a ostatnými kraji Slovenska zaznamenané štatisticky významné rozdiely. Od dievčat z Bratislavského kraja sa v miere skúsenosti s marihuanou líšili len dievčatá z Trnavského kraja (OR/CI 0,24/0,07-0,90).

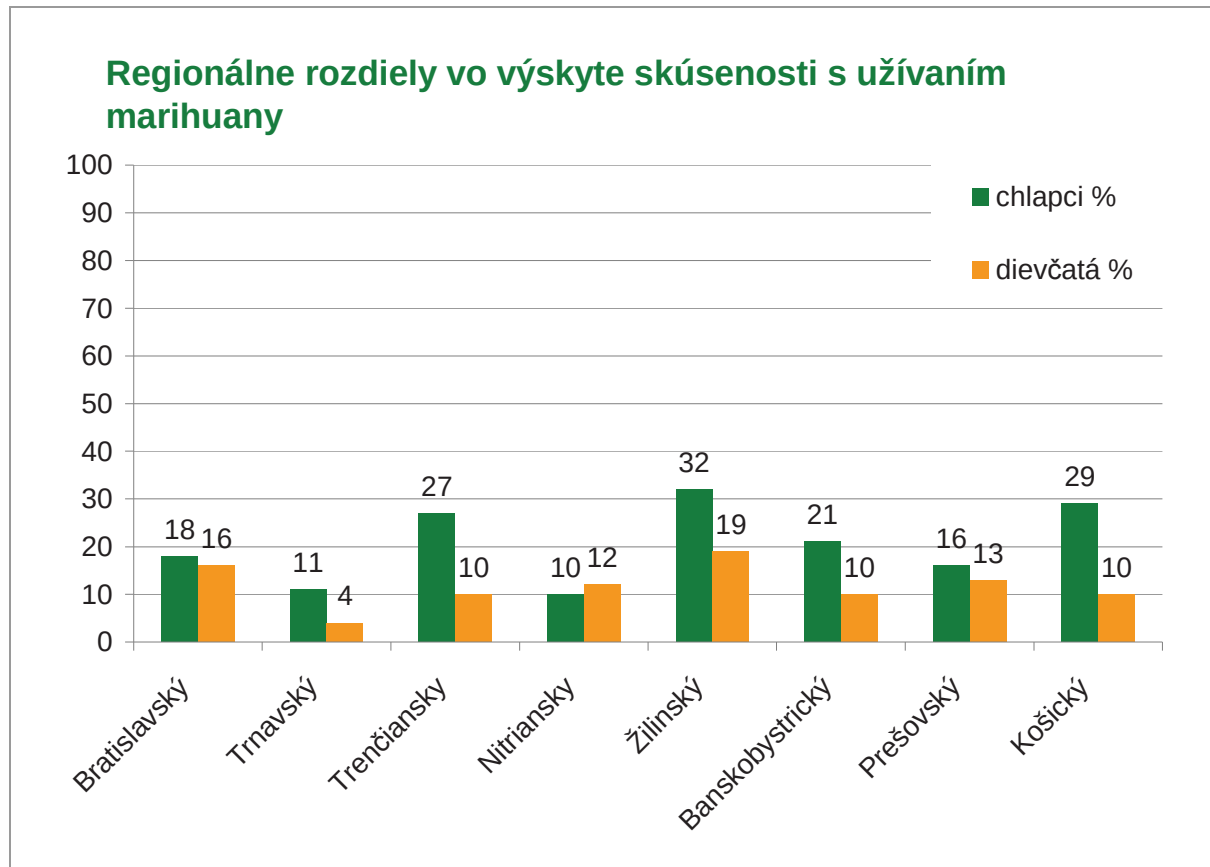
Obrázok 67



Obrázok 68



Obrázok 69



Regionálne rozdiely v zdraví

Porovnávali sme žiakov z 8 krajov Slovenskej republiky vo výskyte **nízkeho celkového hodnotenia zdravia, zranení, nízkej životnej spokojnosti a šikanovania**, nakoľko tento fenomén významne súvisí s nižším hodnotením zdravia (Schnor & Volmer-Larsen Niclasen 2006). Zahrnuté boli všetky tri vekové skupiny – žiaci vo veku 11, 13 a 15 rokov.

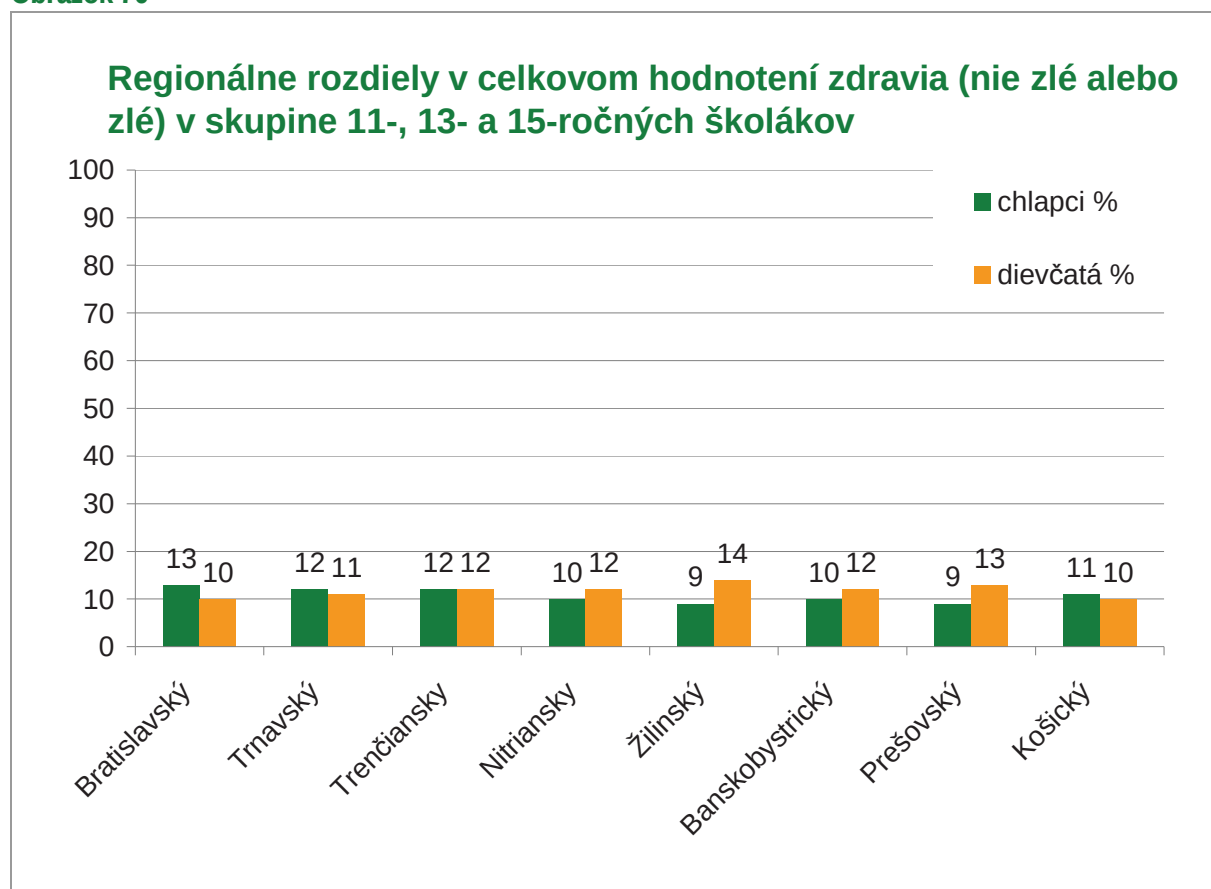
Relatívne najvyšší výskyt **nízkeho celkového hodnotenia zdravia** bol zaznamenaný u chlapcov Bratislavského kraja a u dievčat Žilinského kraja. Rozdiely medzi jednotlivými regiónmi boli zanedbateľné. V ani jednom kraji sa výskyt štatisticky významne nelíšil od výskytu v Bratislavskom kraji.

Relatívne najvyšší výskyt **zranení** možno pozorovať u chlapcov Košického a u dievčat Trenčianskeho a Nitrianskeho kraja. Neodchyľovali sa však výrazne od celoslovenského priemeru. V porovnaní s Bratislavským krajom žiaden región štatisticky významne nevyčnieval.

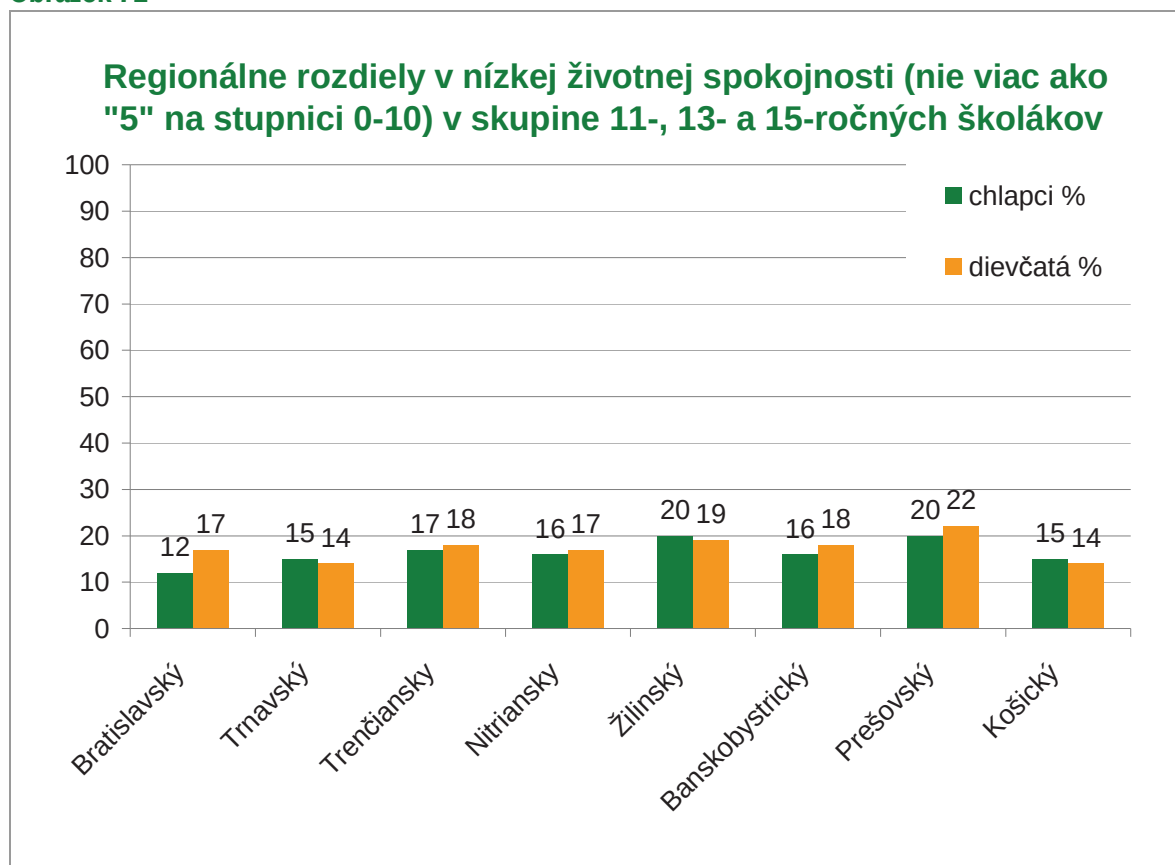
Nízke hodnoty životnej spokojnosti uvádzali najčastejšie chlapci Žilinského a Prešovského kraja a dievčatá Prešovského kraja. U chlapcov v Žilinskom (OR/CI 1,78/1,09-2,90) a Prešovskom kraji (OR/CI 1,08/2,83) bol výskyt nízkej životnej spokojnosti štatisticky významne častejší než u ich rovesníkov z Bratislavského kraja. U dievčat tento rozdiel nebol významný.

Najvyšší výskyt **obetí šikanovania** bol zhodne u chlapcov aj dievčat v Bratislavskom kraji (17% resp. 13%). Oproti nemu mali výrazne nižšiu pravdepodobnosť stať sa obeťou šikanovania chlapci v Trenčianskom (OR/CI 0,33/0,18-0,61), Trnavskom (OR/CI 0,49/0,27-0,89) a Žilinskom kraji (OR/CI 0,59/0,36-0,98) a dievčatá v Banskobystrickom (OR/CI 0,43/0,23-0,83) a Žilinskom kraji (OR/CI 0,46/0,26-0,81).

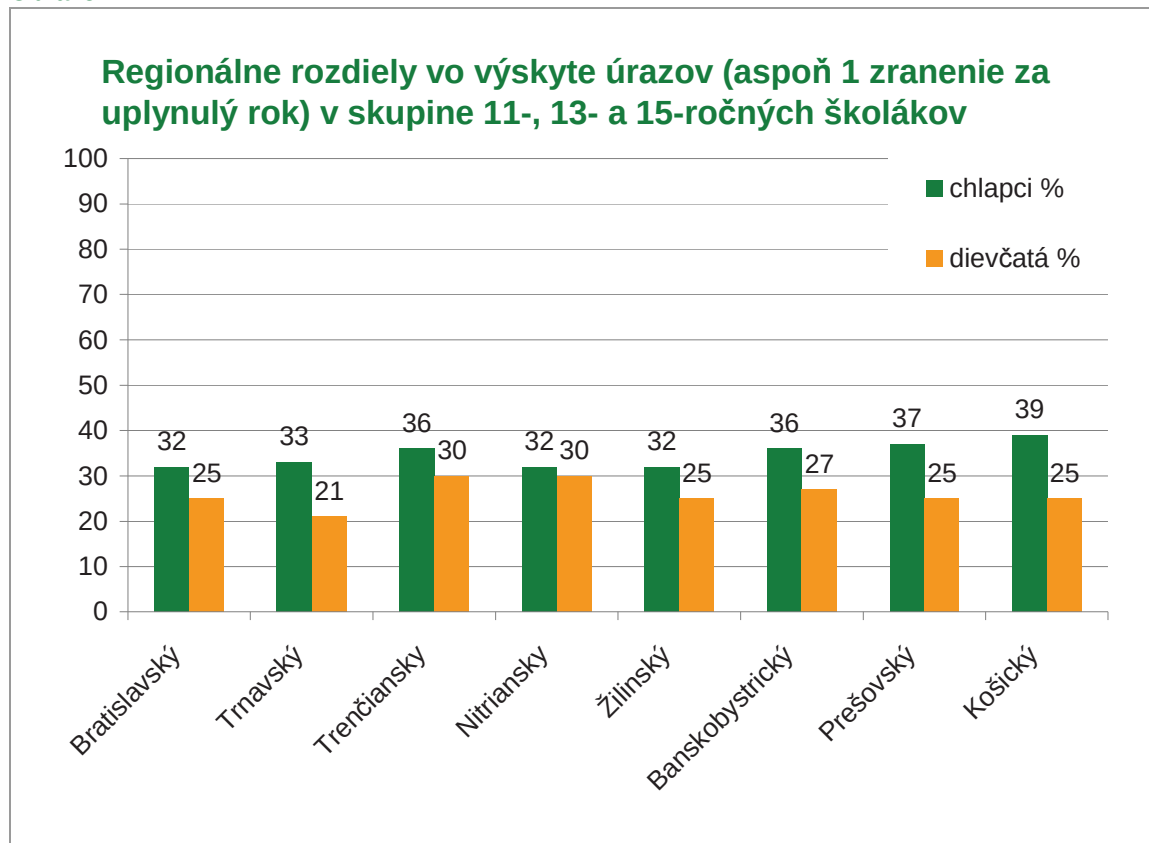
Obrázok 70



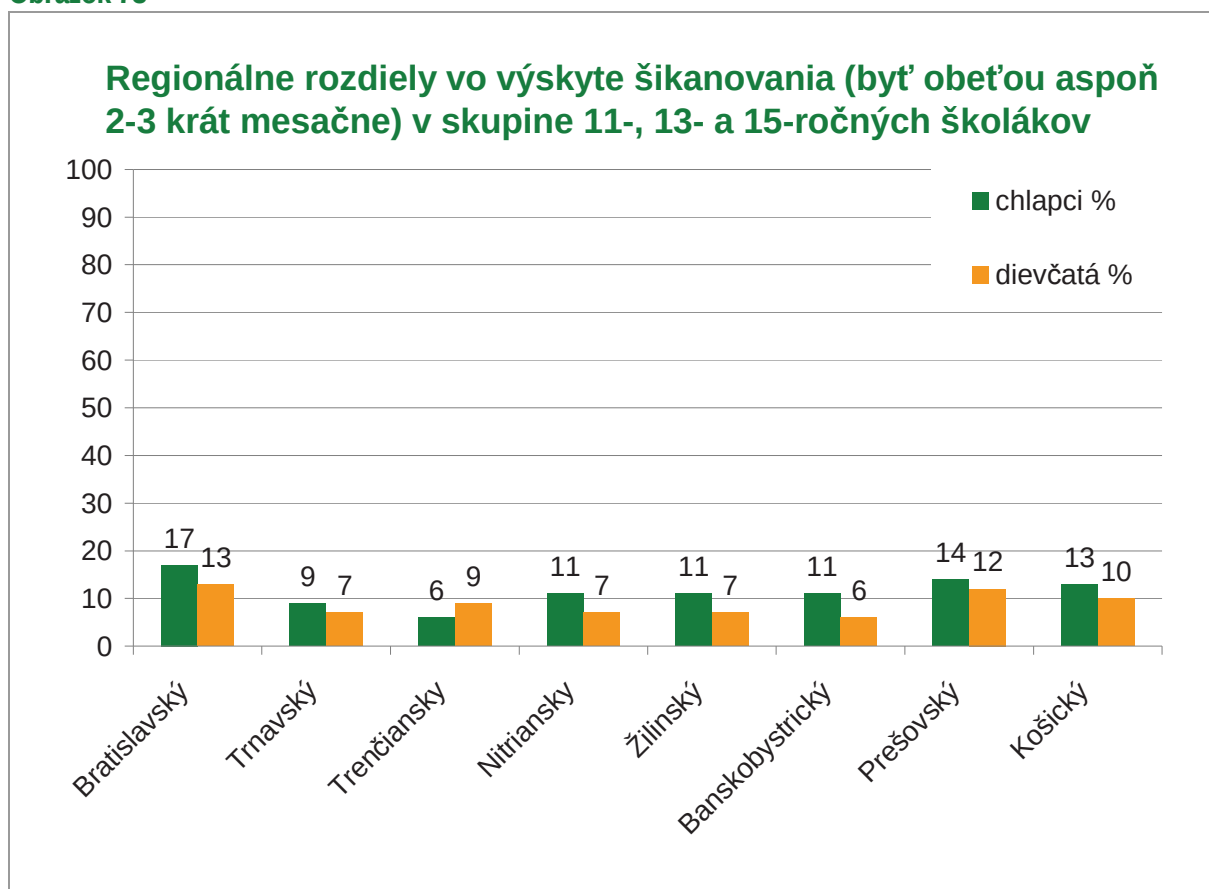
Obrázok 71



Obrázok 72



Obrázok 73

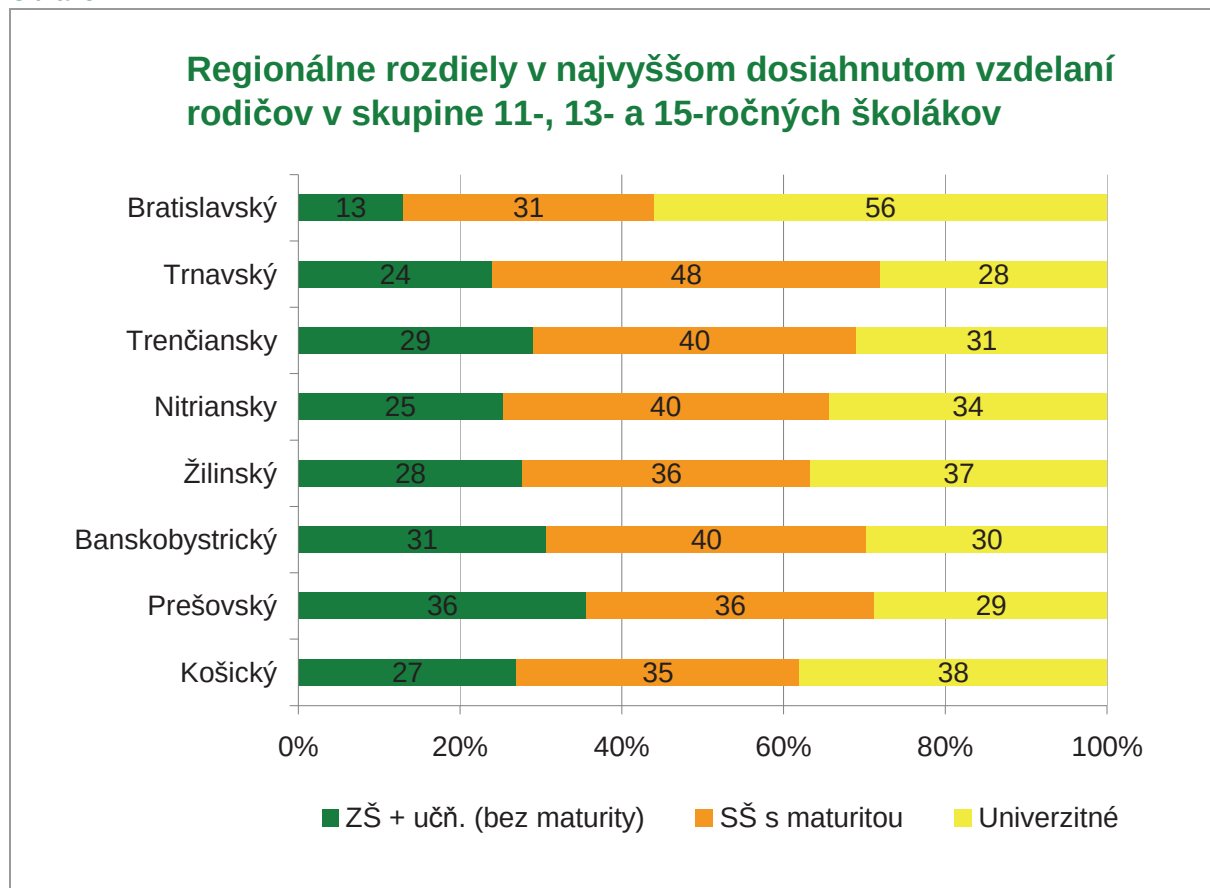


Regionálne rozdiely v socioekonomických ukazovateľoch

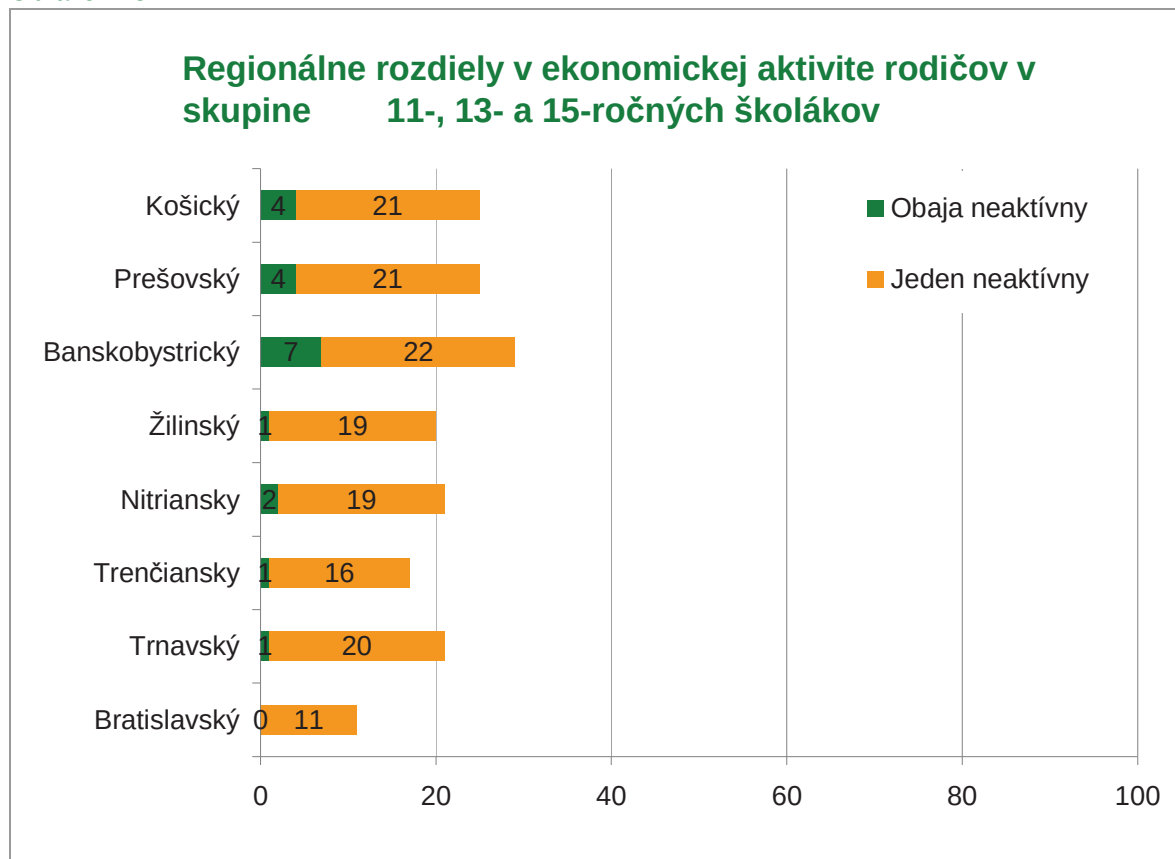
Zisťované boli regionálne rozdiely v najvyššom nadobudnutom vzdelaní rodičov, v ekonomickej aktivite rodičov a v troch vybraných indikátoroch materiálnej chudoby (absencia vlastníctva počítača v rodine, absencia automobilu v rodine a absencia vlastnej izby pre žiaka). V rámci regiónov tu neboli jednotlivo analyzovaní žiaci podľa vekových skupín ani podľa rodu.

Rozdiely medzi Bratislavským krajom a ostatnými krajmi Slovenska sa tu prejavili výrazne markantnejšie než vo výskyte indikátorov zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa. Najvyšší výskyt vzdelaných rodičov, najnižší výskyt ekonomicky neaktívnych rodičov, ako aj najnižšia miera materiálnej chudoby boli zistené v Bratislavskom kraji, ktorý sa – až na drobné výnimky – v skúmaných indikátoroch štatisticky významnými rozdielmi vymykal od ostatných častí Slovenska. V dôsledku kumulácie relatívne vysokého výskytu nízkeho vzdelania rodičov, ekonomickej neaktivity aspoň jedného rodiča a nízkej miery materiálneho blahobytu sa najproblémovjšími javia Prešovský, Banskobystrický a Košický kraj.

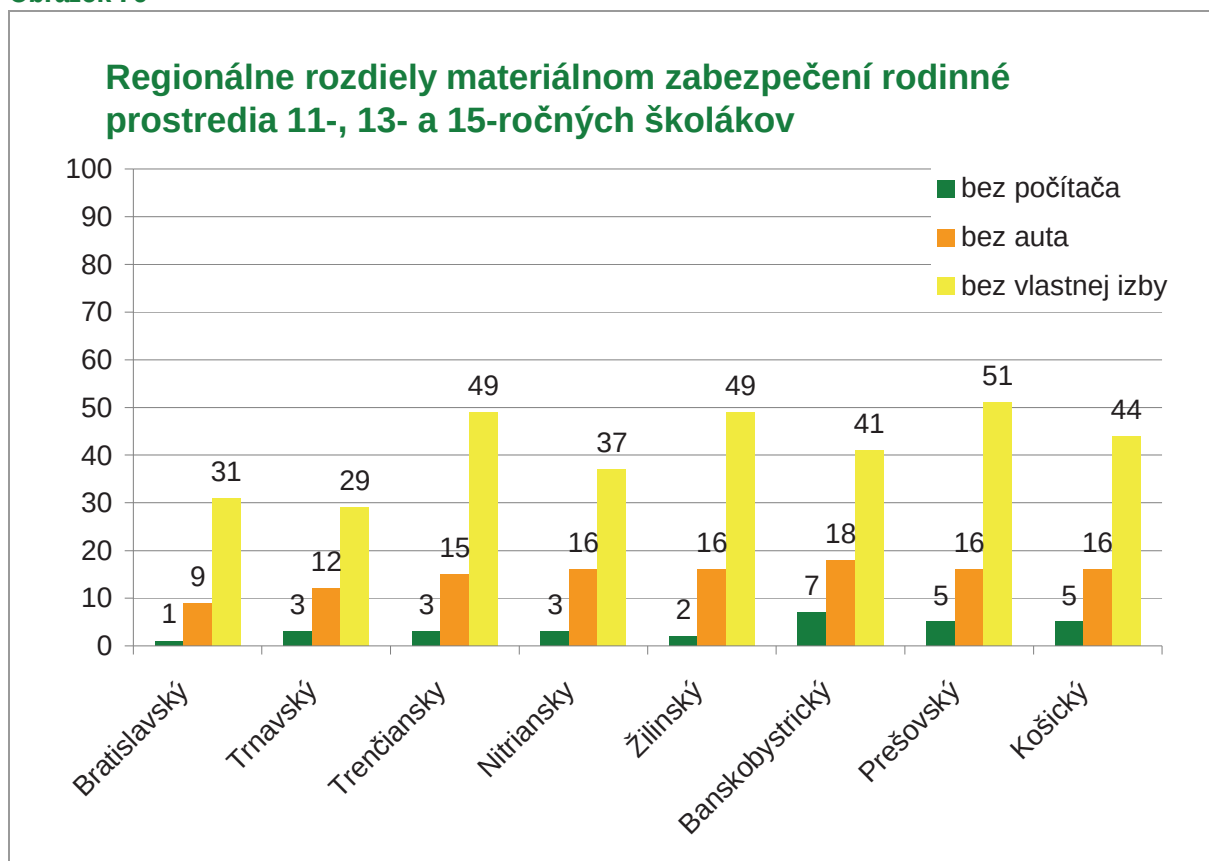
Obrázok 74



Obrázok 75



Obrázok 76

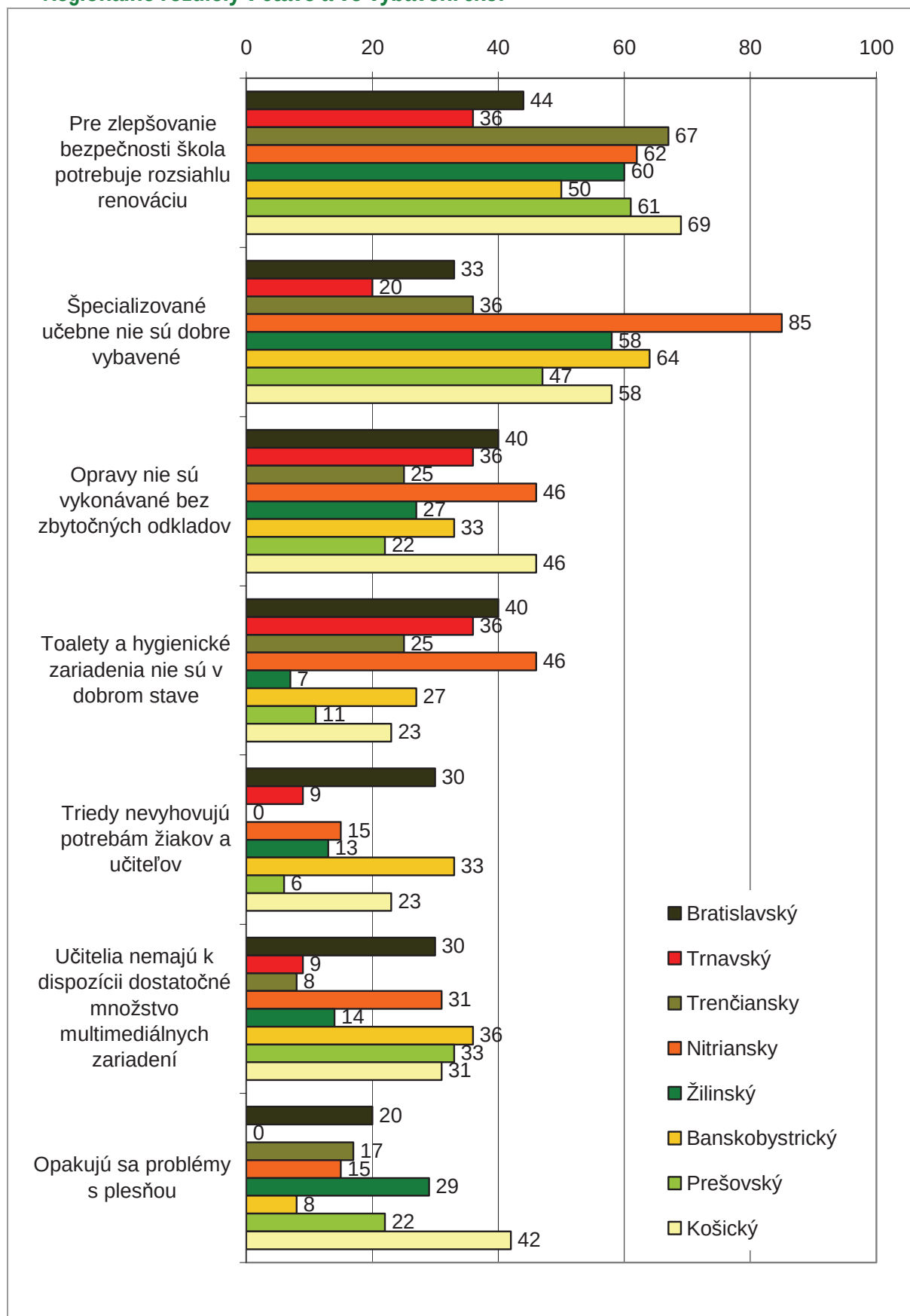


Regionálne rozdiely v stave a vo vybavení škôl

Dotazník na úrovni školy bol vyplňovaný riaditeľmi škôl. Školy jednotlivých regiónov sme porovnávali čo do priestorových a hygienických podmienok (problémy s plesňou, stav toaliet a hygienických zariadení, zbytočné odkladanie opráv, potreba rozsiahlej renovácie školy kvôli bezpečnosti, vhodnosť tried vzhľadom na potreby učiteľov a žiakov) a čo do materiálneho vybavenia škôl pre potreby výučby (dostatok multimediálnych zariadení, vybavenie špecializovaných učební). V nasledujúcich grafoch je prezentované percento predstaviteľov škôl, ktoré čiastočne súhlasili, resp. jednoznačne súhlasili s prítomnosťou negatívneho javu na svojej škole. Vzhľadom na príliš nízky počet škôl v jednotlivých regiónoch (104 škôl v ôsmich regiónoch) nebola štatistická významnosť regionálnych rozdielov testovaná.

Obrázok 77

Regionálne rozdiely v stave a vo vybavení škôl



Socioekonomické faktory

A. Madarasová Gecková

Kľúčové zistenia

T

- Temer každý piaty školák pochádzal z rodiny, kde aspoň jeden rodič bol ekonomicky neaktívny. Podobne každý piaty školák pochádzal z domácnosti s nízkym ekonomickým štandardom.
- Viac než polovica školákov vnímala problémy vo svojom bezprostrednom okolí (znaky deprivácie okolia) ako napr. skupiny mladých ľudí, ktorí spôsobujú problémy, odpadky, rozbité sklo alebo smeti navôkol, schátrané domy alebo budovy.
- Každý tretí školák považoval za veľmi obťažujúci cigaretový dym v ich blízkom okolí.
- Školáci, ktorí pochádzali z rodín s nižším socio-ekonomickým statusom mali 1,5 až 2-krát vyššiu pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí, horšej životnej spokojnosti, nedostatočnej dentálnej hygieny a fajčenia za posledných 30 dní.



Najvyššie vzdelanie rodičov

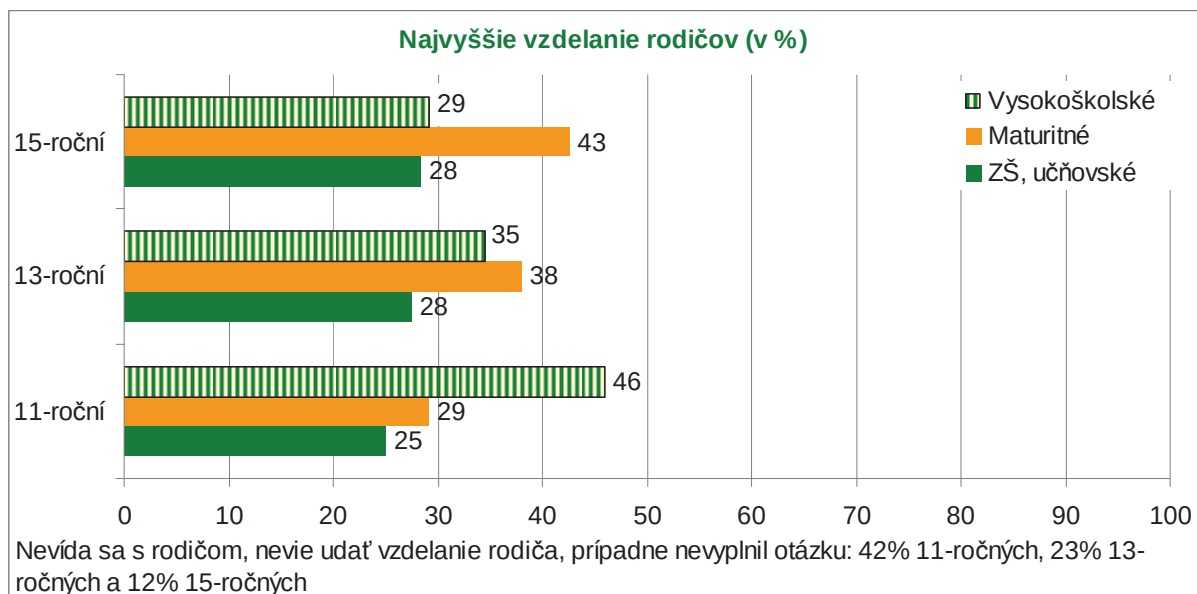
Popis indikátora: Akú školu, aké vzdelanie majú ukončené Tvoji rodičia?

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

Výskyt: Približne tretina respondentov pochádza z rodiny, kde aspoň jeden rodič ukončil vysokoškolské vzdelanie a dve pätiny z rodiny, kde aspoň jeden rodič má maturitné vzdelanie. Vzhľadom na vysoký počet chýbajúcich údajov v skupine 11-ročných školákov je využitie tohto indikátora v tejto vekovej skupine diskutabilné.

Indikátor „najvyššie vzdelanie rodičov“ bol vytvorený kombináciou informácií o matke a otcovi. Za určujúce bolo považované najvyššie vzdelanie dosiahnuté jedným z rodičov.

Obrázok 78



Zamestnanosť rodičov

Popis indikátora: Má tvoj otec/matka prácu?

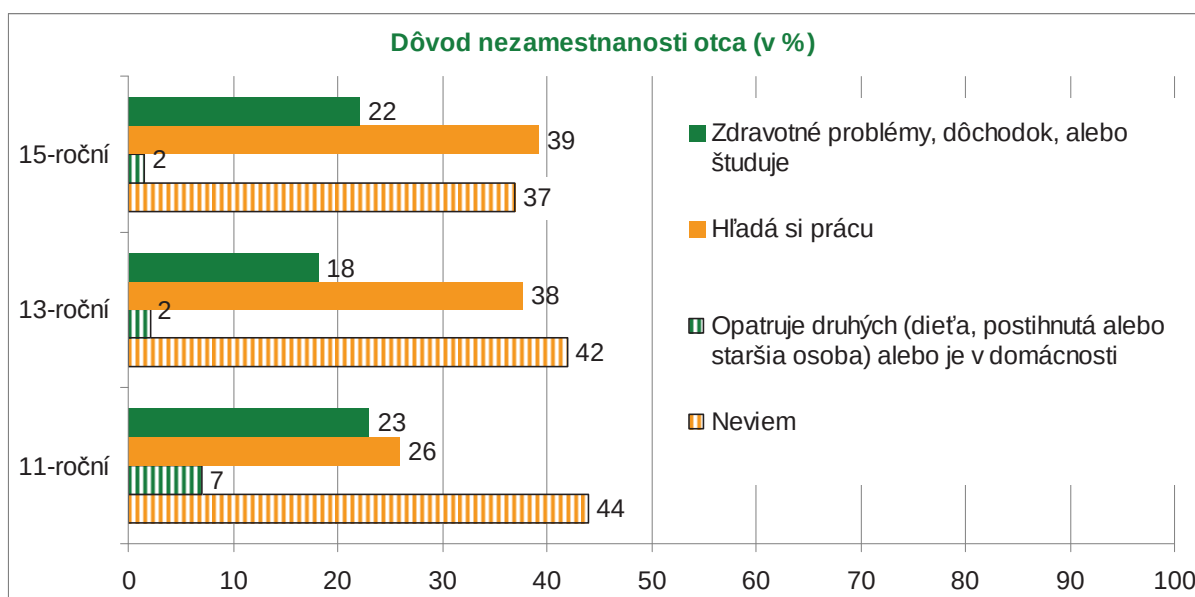
Áno
Nie
Neviem
Nepoznám alebo nestretávam svojho otca/matku

Ak NIE, prečo Tvoj otec/matka nemá prácu?

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

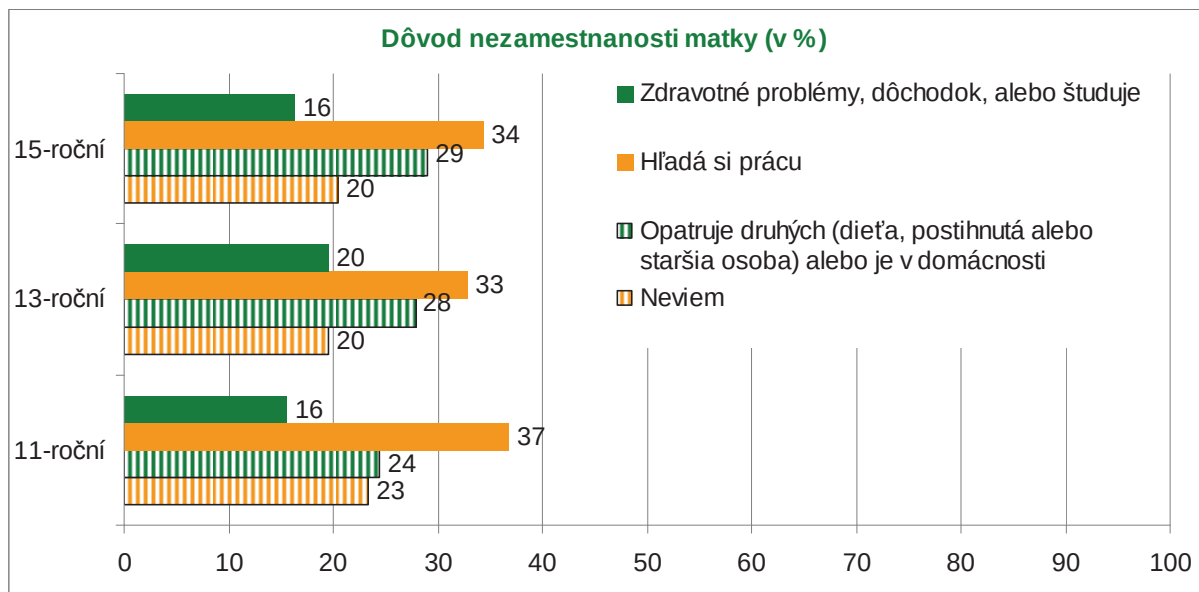
Výskyt: Vychádzajúc z údajov poskytnutých školákmi, 93% otcov a 83% matiek je zamestnaných, pričom 10% školákov sa nevída s rodičom alebo nevedelo poskytnúť informácie o ekonomickej aktivite rodičov. V súbore sa vyskytlo 18,4% domácností, kde aspoň jeden rodič bol ekonomicky neaktívny a 2,3% domácností malo oboch rodičov ekonomicky neaktívnych. Iba tri štvrtiny domácností malo oboch rodičov aktívnych. Z tých, ktorí sú ekonomicky neaktívni, 26 až 39% otcov a 34 až 37% matiek si hľadá prácu, 2 až 7% otcov, no 24 až 29% žien opatruje iné osoby a 18 až 23% otcov a 16 až 20% matiek nepracuje zo zdravotných dôvodov, je na dôchodku alebo študuje.

Obrázok 79



Nepozná alebo nestretáva rodiča, nevie dôvod, prípadne nevyplnil otázku: 13% 11-ročných, 12% 13-ročných a 8% 15-ročných

Obrázok 80



Nepozná alebo nestretáva rodiča, nevie dôvod, prípadne nevyplnil otázku: 12% 11-ročných, 12% 13-ročných a 5% 15-ročných



Majetkové pomery rodiny

Výpočet skóre škály blahobytu rodiny a vytvorenie socioekonomického stratifikátora

Škála blahobytu rodiny pozostáva zo štyroch položiek mapujúcich majetnosť rodiny, ktorých úpravou podľa skórovacieho pravidla (pozri tabuľka 3) a sčítaním sa získa sumárne skóre škály (od 0 do 9), ktoré je následne rozdelené do troch kategórií: (1) nízka miera blahobytu (skóre 0-3), stredná miera blahobytu (skóre 4-6) a vysoká miera blahobytu (skóre 7-9).

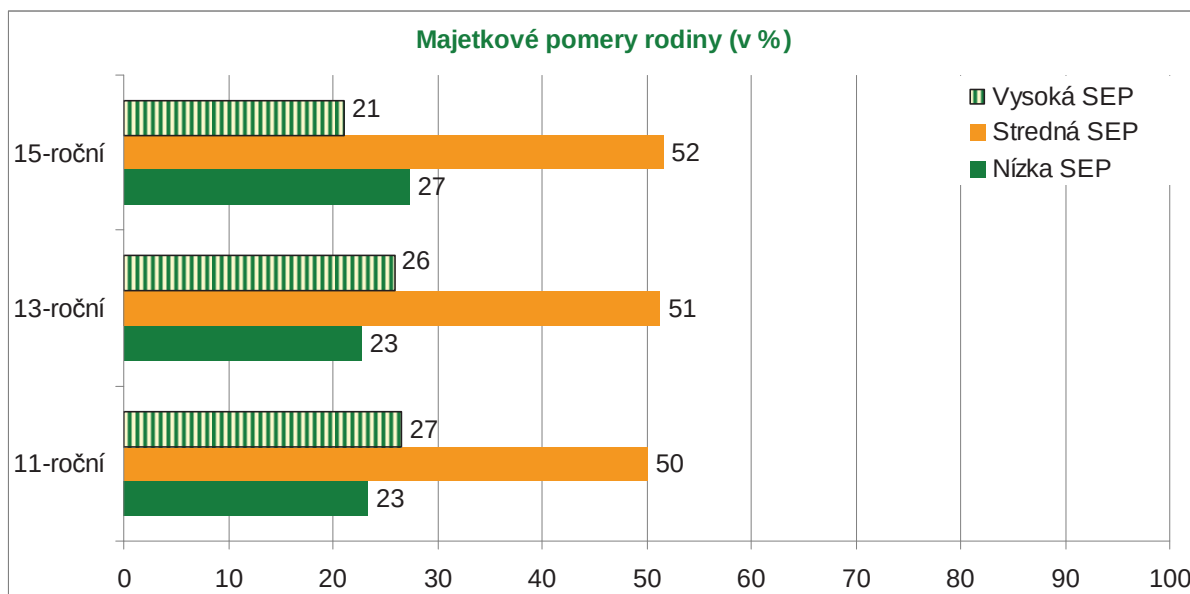
Tabuľka 4

Skórovanie škály blahobytu rodiny

Č.p.	Znenie položky	Možné odpovede	Skórovanie
1	Vlastní Tvoja rodina auto, dodávku alebo nákladné auto?	(1) nie (2) áno, jedno (3) áno, dve alebo viac	0 1 2
2	Máš svoju vlastnú izbu pre seba?	(1) nie (2) áno	0 1
3	Koľkokrát za posledných 12 mesiacov ste vycestovali niekam preč na dovolenku so svojou rodinou?	(1) vôbec (2) raz (3) dvakrát (4) viac ako dvakrát	0 1 2 3
4	Koľko počítačov vlastní Tvoja rodina?	(1) žiaden (2) jeden (3) dva (4) viac ako dva	0 1 2 3

Výskyt: Takmer polovica školákov spadá do kategórie strednej miery rodinného blahobytu. Rovných 40% školákov tvorí kategóriu strednej miery rodinného blahobytu. Do kategórie vysokej miery rodinného blahobytu sa zaradilo 21 až 27% školákov.

Obrázok 81



Nevída sa s rodičom, nevie udať vzdelanie rodiča, prípadne nevyplnil otázku: 42% 11-ročných, 23% 13-ročných a 12% 15-ročných.

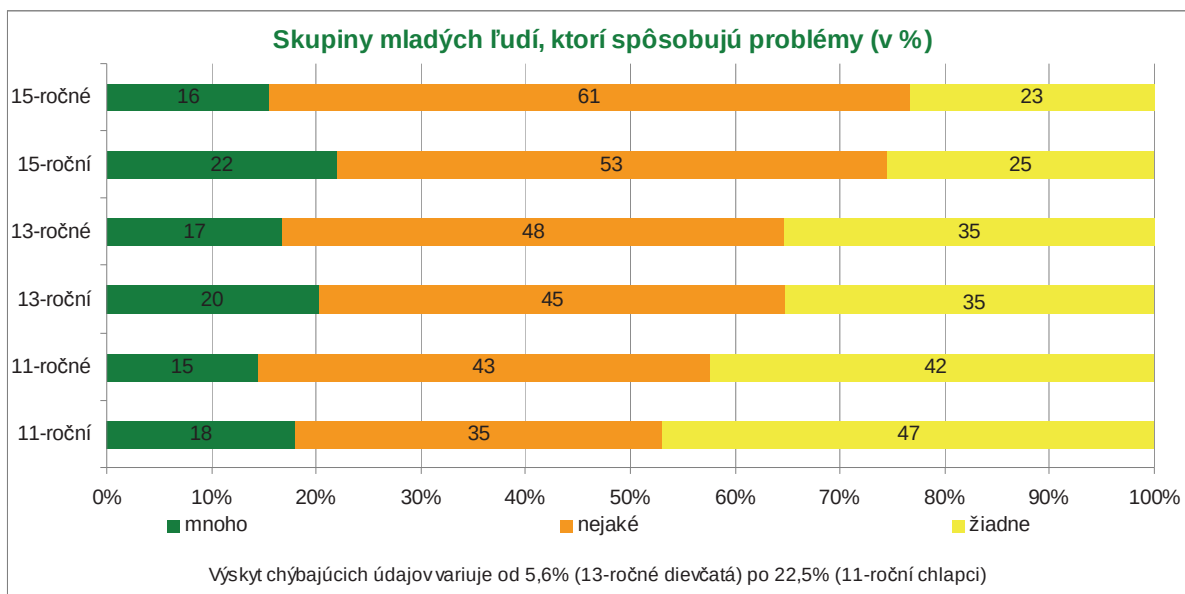
Bezprostredné okolie školákov

Popis indikátora: Sú v mieste Tvojho bydliska (1) skupiny mladých ľudí, ktorí spôsobujú problémy, (2) odpadky, rozbité sklo alebo smeti všade navôkol, (3) schátrané domy alebo budovy?

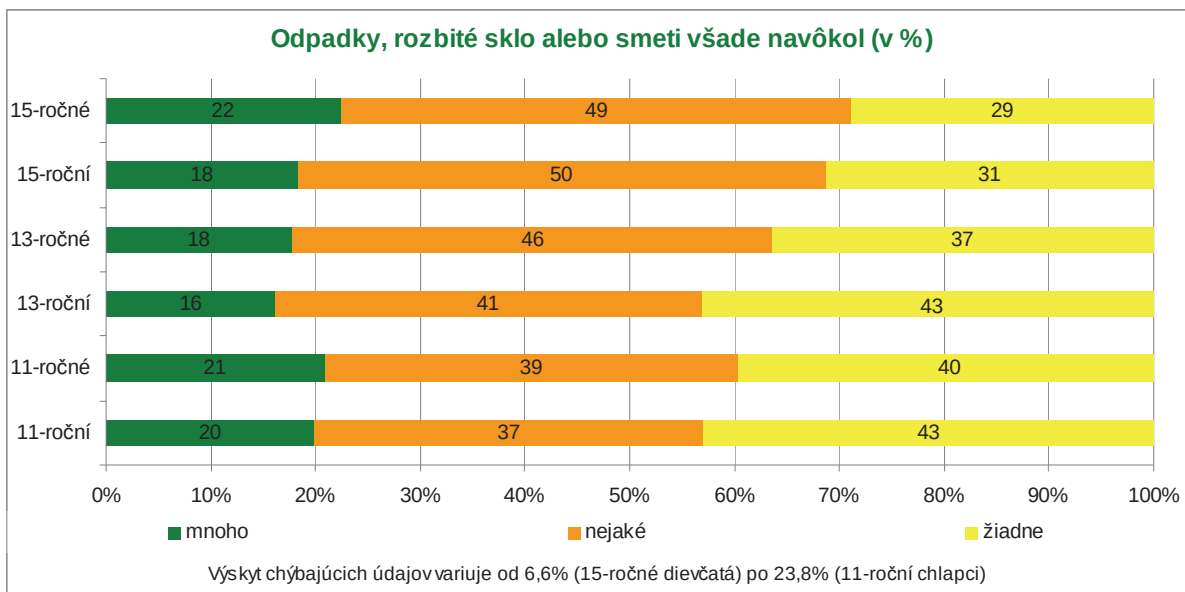
Mnoho
Nejaké
Žiadne

Výskyt: Viac než polovica 11-ročných školákov, no takmer tri štvrtiny 15-ročných školákov uviedlo, že v ich okolí sa vyskytujú skupiny mladých ľudí, ktorí spôsobujú problémy. Približne pätina žije v prostredí, v ktorom sa takéto skupiny vyskytujú často. Podobný je výskyt odpadkov, skla alebo smeti v okolí. Viac než dve pätiny respondentov žije v prostredí, v ktorom sa vyskytujú schátrané domy alebo budovy.

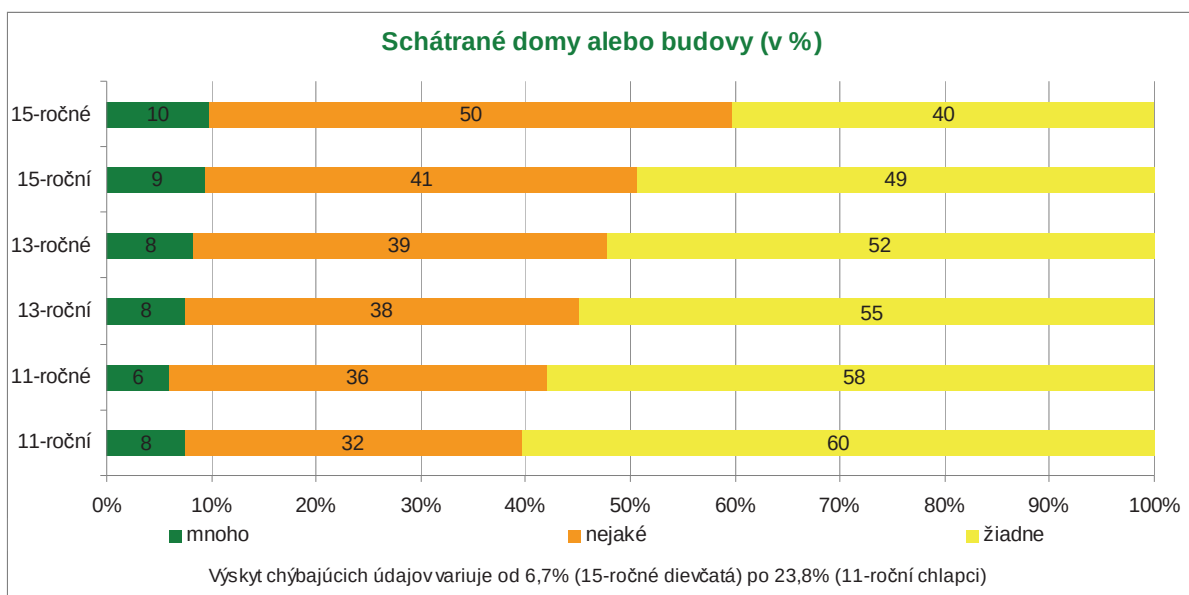
Obrázok 82



Obrázok 83



Obrázok 84

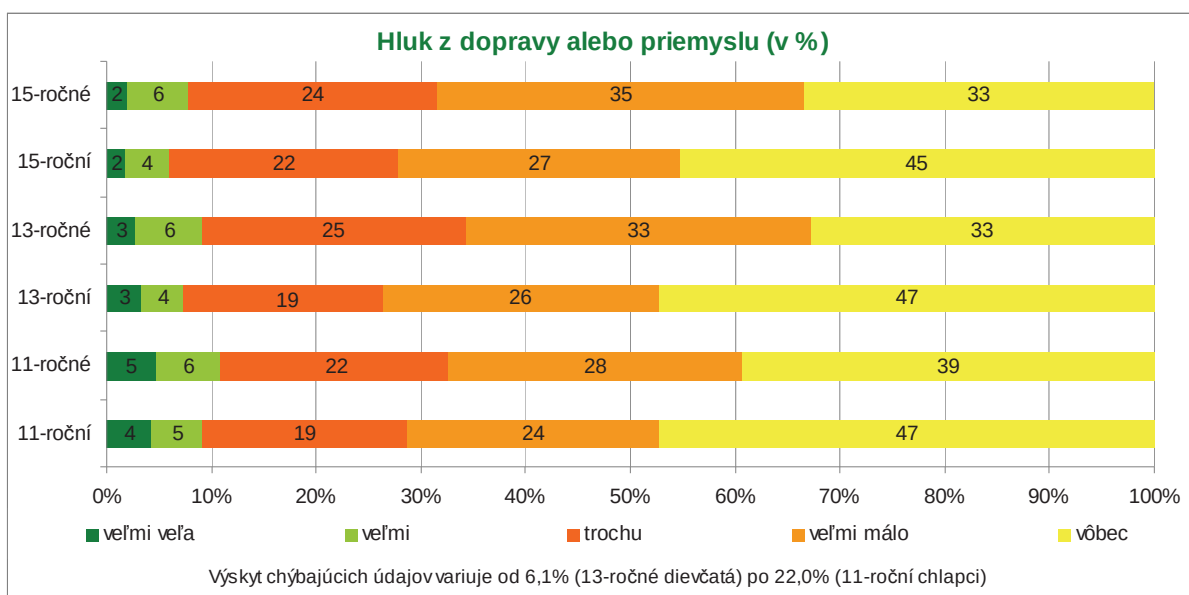


Popis indikátora: Ako veľmi ťa obťažujú nasledujúce faktory v Tvojom blízkom okolí? (1) Hluk z dopravy alebo priemyslu, (2) Cigaretový dym - ľudia fajčiaci v Tvojom blízkom okolí, (3) Chlad - zima doma, v škole

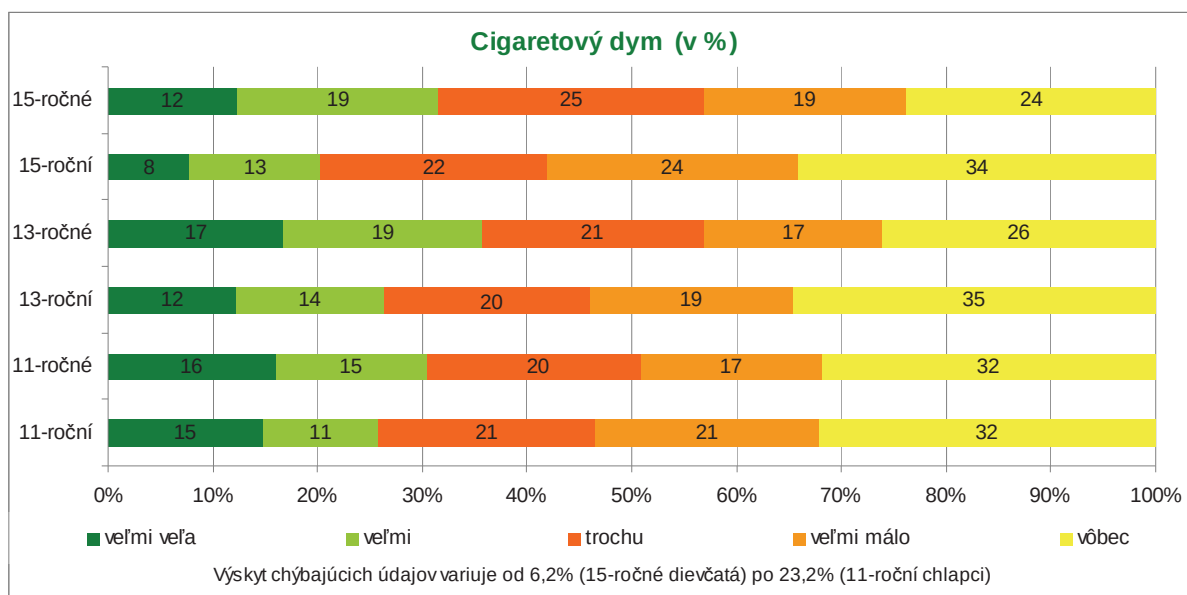
- Vôbec
- Veľmi málo
- Trochu
- Veľmi
- Veľmi veľa

Výskyt: Hluk z dopravy alebo priemyslu vnímala ako veľmi obťažujúci 6 až 11% školákov. Tretina školákov považovala za veľmi obťažujúci cigaretový dym v ich blízkom okolí a 7 až 14% školákov považovalo za veľmi obťažujúci chlad doma alebo v škole.

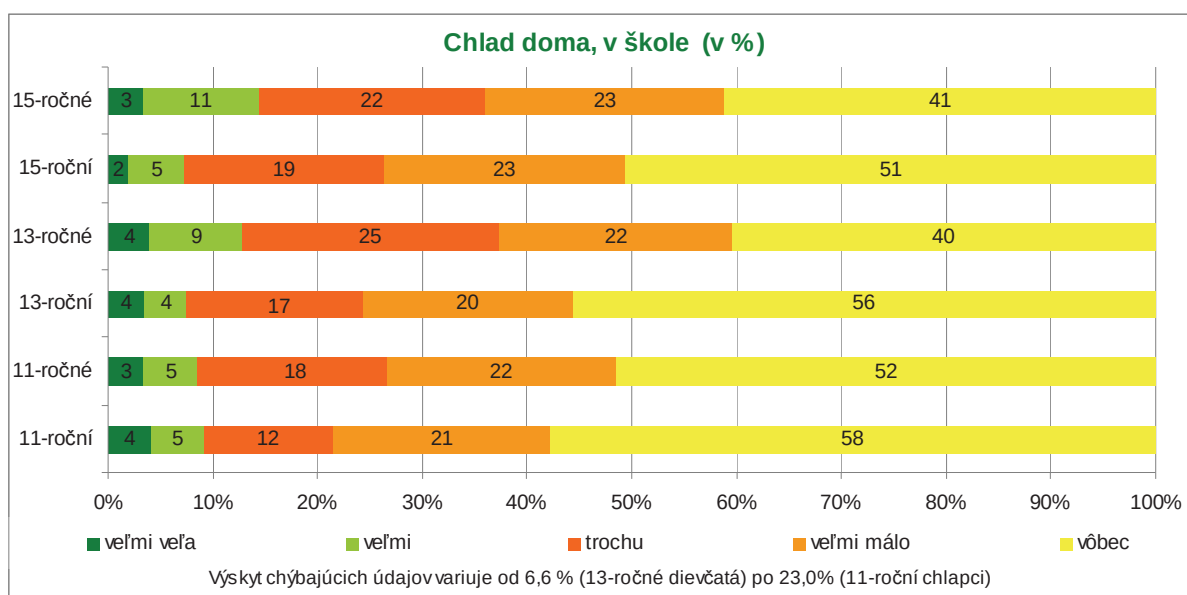
Obrázok 85



Obrázok 86



Obrázok 87



Socioekonomické rozdiely v zdraví a so zdravím súvisiacom správaní sa

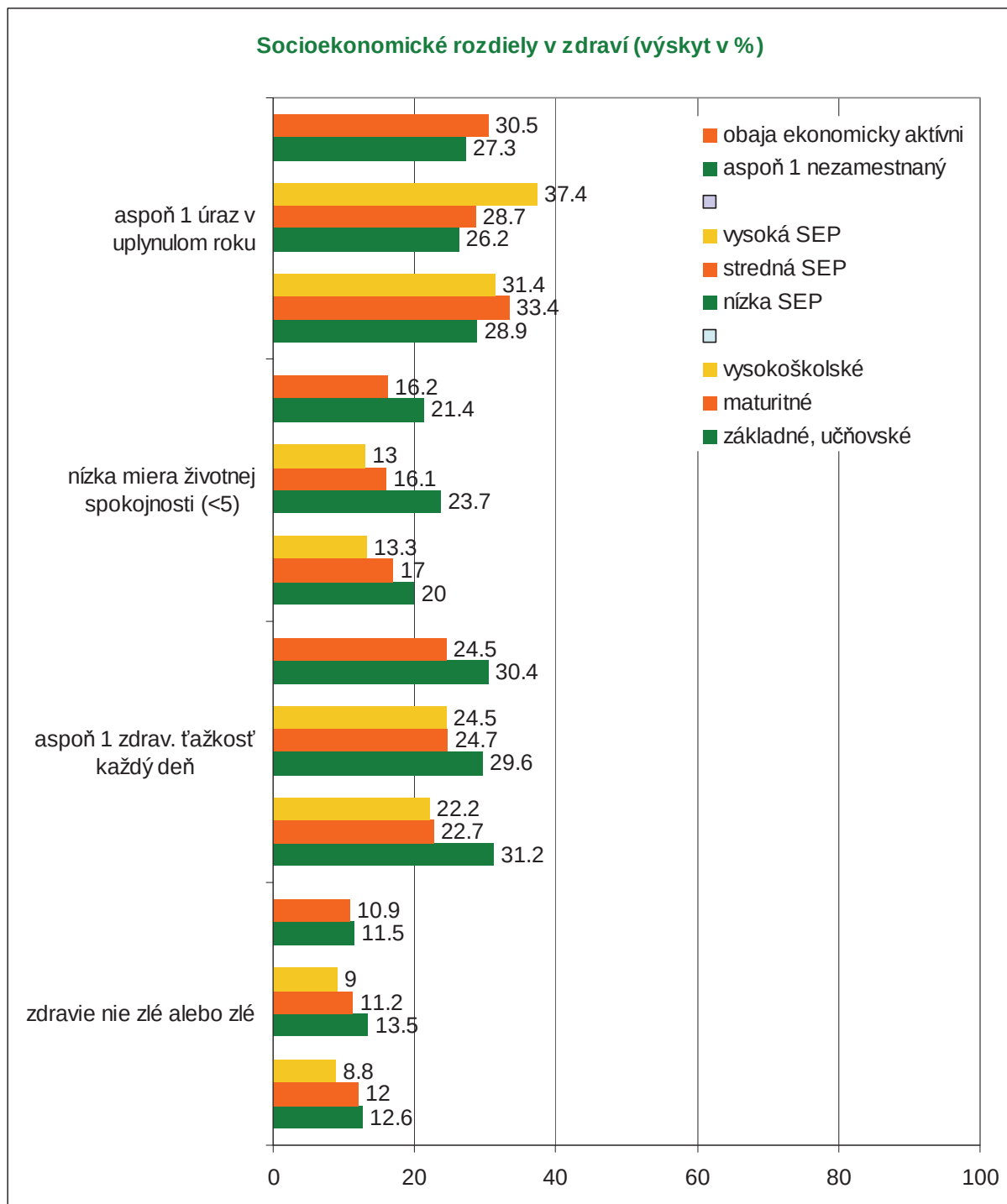
Vybrali sme 3 indikátory socioekonomickej pozície (najvyššie vzdelanie rodičov, majetkové pomery rodiny a ekonomickú aktivitu rodičov), 4 indikátory zdravia (celkové hodnotenie zdravia, zdravotné ťažkosti, životnú spokojnosť a výskyt úrazov) a 7 indikátorov so zdravím súvisiaceho správania sa (dentálna hygiena, fyzická aktivita, fajčenie, opitosť, sexuálna skúsenosť, záškoláctvo a účasť v bitkách). Údaje sme analyzovali pomocou logistickej regresie, pričom model zohľadňoval vekové kategórie i pohlavie.

Školáci z rodín s nižšou vzdelanostnou úrovňou, z chudobnejších pomerov, respektíve rodín, v ktorých je aspoň jeden rodič nezamestnaný, mali vyššie šance na horšie celkové hodnotenie zdravia, častejší výskyt zdravotných ťažkostí a nižšiu mieru životnej spokojnosti, no nižšie šance na výskyt úrazu v uplynulom roku v porovnaní s rovesníkmi, ktorí pochádzali z rodín, kde aspoň jeden rodič mal ukončené vysokoškolské vzdelanie, rodín s lepším materiálnym zázemím a kde obaja rodičia boli ekonomicky aktívni (viď. tabuľka 5).

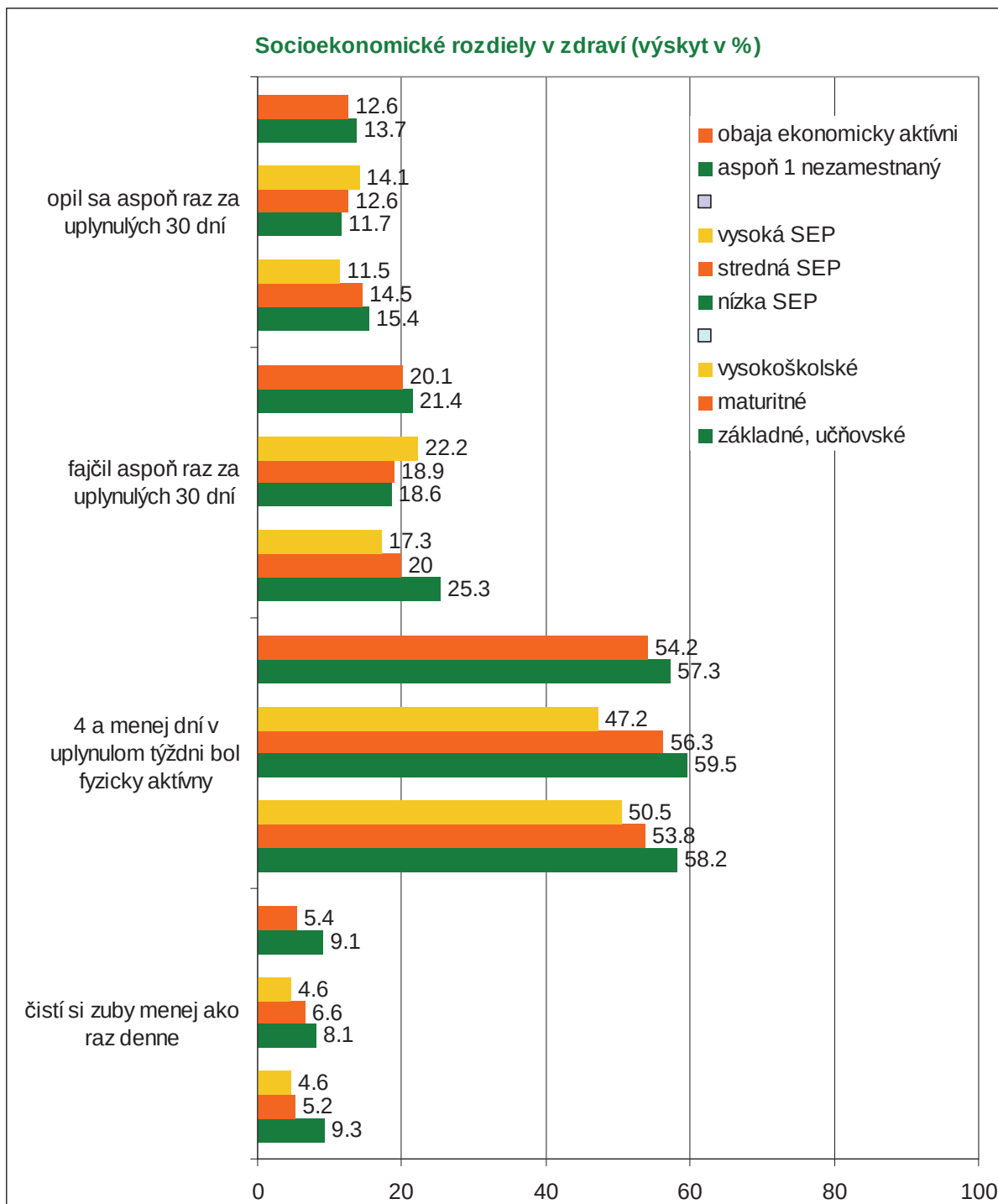
Školáci z rodín s nižšou vzdelanostnou úrovňou, z chudobnejších pomerov, respektíve rodín, v ktorých je aspoň jeden rodič nezamestnaný, mali vyššie šance na výskyt nedostatočnej dentálnej hygieny (čistenie zubov menej ako raz denne), nedostatočnej fyzickej aktivity (4 a menej dní v týždni), fajčenia (aspoň raz za posledných 30 dní), sexuálnych skúseností (mal pohlavný styk, len v skupine 15-ročných), neospravedlnených absencií (aspoň 1 absencia za posledný rok) a účasti na bitke (aspoň raz za posledný rok), v porovnaní s rovesníkmi, ktorí pochádzali z rodín, kde aspoň jeden rodič mal ukončené vysokoškolské vzdelanie, rodín s lepším materiálnym zázemím, a kde obaja rodičia boli ekonomicky aktívni. Výnimkou je iba opačný trend vo výskyte fajčenia (aspoň raz za posledných 30 dní), opitosti (aspoň raz za posledných 30 dní) a výskyte neospravedlnených absencií (aspoň 1 absencia za posledný rok) v prípade majetkových pomerov, kde školáci z lepších majetkových pomerov sa správali rizikovejšie, v porovnaní s rovesníkmi z chudobnejších pomerov.



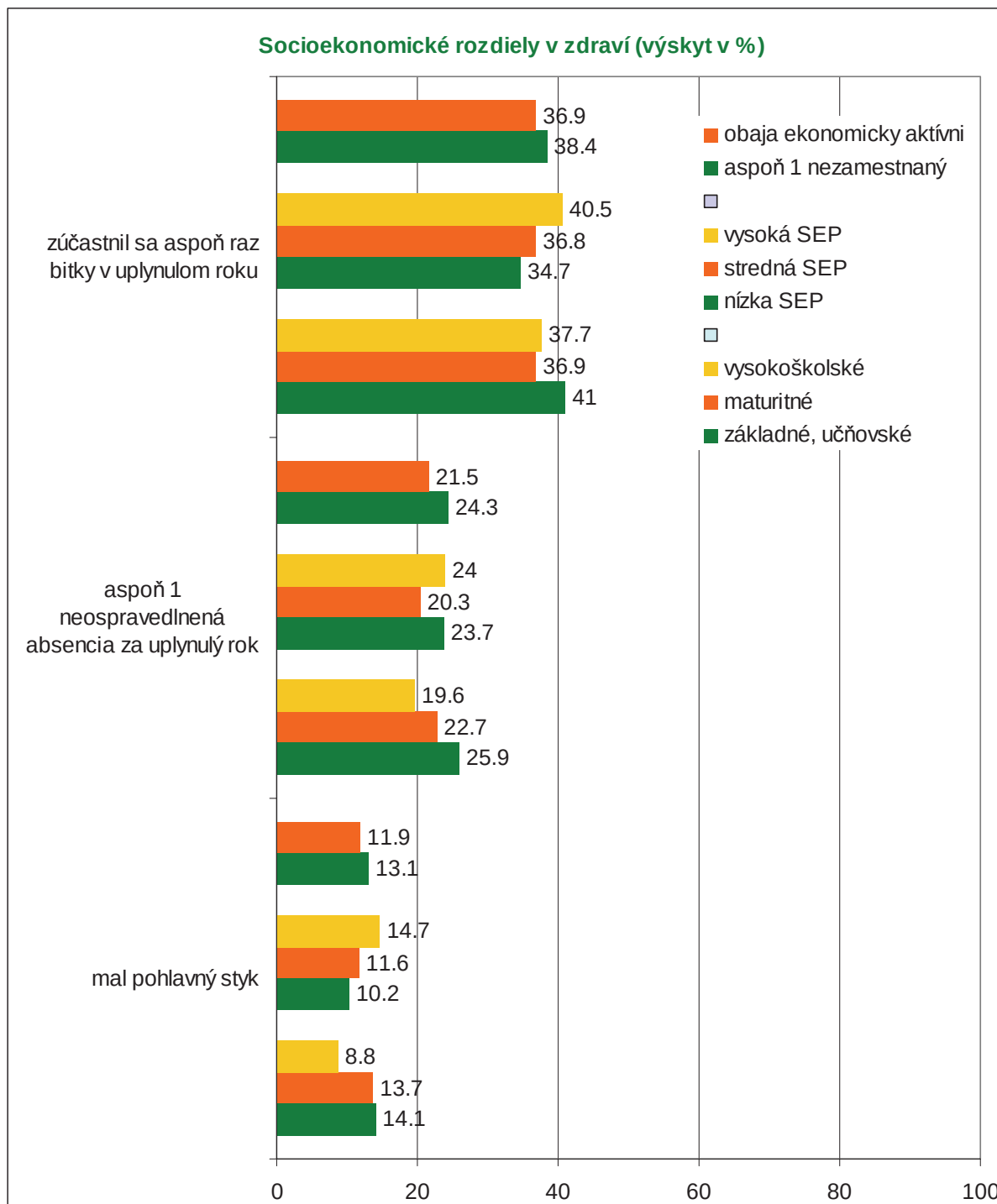
Obrázok 88



Obrázok 89



Obrázok 90



Tabuľka 5

Socioekonomické rozdiely v zdraví a so zdravím súvisiacom správaní

		Vzdelanie rodičov	Majetkové pomery rodiny	Ekonomická aktivita rodičov
Celkové hodnotenie zdravia (nie zlé, zlé)	(1)	1,41 (1,06-1,86) *	1,53 (1,15-2,03)**	1,07 (0,85-1,35) ^{ns}
	(2)	1,30 (1,00-1,69)*	1,25 (0,97-1,61) ^{ns}	
Zdravotné ťažkosti (aspoň 1 symptóm každý deň za posledný polrok)	(1)	1,56 (1,28-1,91)***	1,27 (1,04-1,56)*	1,34 (1,14-1,59)***
	(2)	1,01 (0,83-1,22) ^{ns}	1,01 (0,85-1,21) ^{ns}	
Životná spokojnosť ("5" a menej, 0=najhorší možný život)	(1)	1,58 (1,26-2,00)***	2,06 (1,63-2,61)***	1,42 (1,18-1,71)***
	(2)	1,29 (1,03-1,61)*	1,27 (1,03-1,59)*	
Výskyt úrazov (aspoň 1 úraz v uplynulom roku)	(1)	0,91 (0,75-1,09) ^{ns}	0,61 (0,51-0,74)***	0,87 (0,73-1,02) ^{ns}
	(2)	1,12 (0,94-1,32) ^{ns}	0,67 (0,58-0,79)***	
Dentálna hygiena (čistenie zubov menej ako 1x denne)	(1)	2,39 (1,68-3,40)***	2,14 (1,47-3,12)***	1,82 (1,38-2,39)***
	(2)	1,27 (0,88-1,83) ^{ns}	1,57 (1,11-2,22)***	
Fyzická aktivita (4 a menej dní v uplynulom týždni bol fyzicky aktívny)	(1)	1,26 (1,05-1,50)*	1,52 (1,27-1,83)***	1,13 (0,97-1,31) ^{ns}
	(2)	1,05 (0,89-1,23) ^{ns}	1,41 (1,21-1,65)***	
Fajčenie za posledných 30 dní (fajčil aspoň raz za posledných 30 dní)	(1)	1,48 (1,19-1,84)***	0,73 (0,58-0,91)**	1,13 (0,94-1,36) ^{ns}
	(2)	1,02 (0,83-1,26) ^{ns}	0,76 (0,63-0,92)**	
Opitost' za posledných 30 dní (bol opitý aspoň raz posledných 30 dní)	(1)	1,28 (0,99-1,66) ^{ns}	0,73 (0,56-0,96)*	1,14 (0,91-1,43) ^{ns}
	(2)	1,12 (0,88-1,43) ^{ns}	0,82 (0,65-1,03) ^{ns}	
Sexuálne skúsenosti (mal pohlavný styk)	(1)	1,77 (1,12-2,81)*	0,69 (0,43-1,10) ^{ns}	1,13 (0,76-1,67) ^{ns}
	(2)	1,71 (1,11-2,61)*	0,77 (0,52-1,15) ^{ns}	
Neospravedlnené absencie v škole (aspoň 1 absencia za posledný rok)	(1)	1,33 (1,08-1,63)**	0,92 (0,74-1,13) ^{ns}	1,21 (1,02-1,45)*
	(2)	1,07 (0,88-1,30) ^{ns}	0,77 (0,64-0,92)**	
Účasť na bitke (aspoň raz za posledný rok sa zúčastnil bitky)	(1)	1,33 (1,10-1,60)**	0,90 (0,75-1,10) ^{ns}	1,11 (0,95-1,31) ^{ns}
	(2)	1,08 (0,91-1,29) ^{ns}	0,88 (0,75-1,04) ^{ns}	

Najvyššie vzdelanie rodičov: (1) ZŠ, učňovské vzdelanie vs. vysokoškolské vzdelanie, (2) maturitné vzdelanie vs. vysokoškolské vzdelanie

Majetkové pomery rodiny: (1) nízka miera blahobytu vs. vysoká miera blahobytu, (2) stredná miera blahobytu vs. vysoká miera blahobytu

Ekonomická aktivita rodičov: (1) aspoň jeden rodič nezamestnaný vs. obaja rodičia zamestnaní

Zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa rómskych školákov

P.Kolarčík, A. Madarasová Gecková

Mnoho štúdií sa zaoberá porovnávaním rozdielov v zdraví, rizikovom správaní sa, či v socioekonomickom statuse medzi rôznymi etnickými alebo rasovými skupinami (Gerritsen & Devillé 2009, Kobayashi et al. 2008, Pearce et al. 2004). Takéto porovnávanie našlo, čo sa týka zdravia, rozdiely medzi menšinami a väčšinou spoločnosťou, a to vo väčšine prípadov v neprospech menšín (Kandula et al. 2007). Pre našu prácu sú dôležité hlavne porovnania zdravia a rizikového správania sa medzi Rómami a Nerómami. Výskumov, ktoré sa zaoberajú porovnávaním zdravia medzi Rómami a Nerómami nie je veľa, ale väčšina z nich naznačuje, že Rómovia majú horší zdravotný stav a životný štýl ako majoritná populácia (Hajioff & McKee 2000, Parry et al. 2007, Van Cleemput et al. 2007, Zeman et al. 2003, Filadelfiová et al. 2007, Kósa et al. 2007). Retrospektívna štúdia Kósu et al. (2007) medzi dospelými maďarskými Rómami naznačuje, že Rómovia začínajú fajčiť mladší ako majorita (Kósa et al. 2007, Skaric-Juric et al. 2007). V súvislosti s alkoholom môžeme podľa iných autorov očakávať etnické rozdiely v konzumácii alkoholu (Ringold et al. 2005, Csepe et al. 2007). Dôkazy o etnických rozdieloch v životnej spokojnosti sú nejednoznačné. Existujú štúdie, ktoré uvádzajú jasné etnické rozdiely, (Huebner et al. 2004, Lackland 1998, Verkuyten 1986) ako aj štúdie uvádzajúce malé, nepodstatné rozdiely (Proctor et al. 2009, Mata 2002).

Kľúčové zistenia

- **Rómski žiaci vo veku 15-rokov hodnotili svoje zdravie menej priaznivo v porovnaní s rovesníkmi z majoritnej populácie.**
- **Rómski žiaci vo veku 13-rokov, v porovnaní s rovesníkmi z majoritnej populácie, častejšie utrpeli úraz v uplynulom roku, ktorý si vyžadoval lekárske ošetrovanie.**
- **Rómski žiaci vo veku 13-rokov fajčili častejšie v porovnaní s rovesníkmi z majoritnej populácie.**
- **Rómski žiaci vo veku 13- a 15-rokov boli častejšie obeťami šikanovania v porovnaní s rovesníkmi z majoritnej populácie.**
- **Rómski žiaci sa od svojich rovesníkov z majoritnej populácie nelíšili miere životnej spokojnosti, výskyte každodennej fyzickej aktivity, konzumácie alkoholu aspoň raz za týždeň, užívaní marihuany a skúsenosti s pohlavným stykom.**

Etnicita určená používaným jazykom

V našej štúdii sme príslušnosť žiakov k rómskemu etniku prisudzovali na základe jazyka, akým sa doma najčastejšie rozpráva.

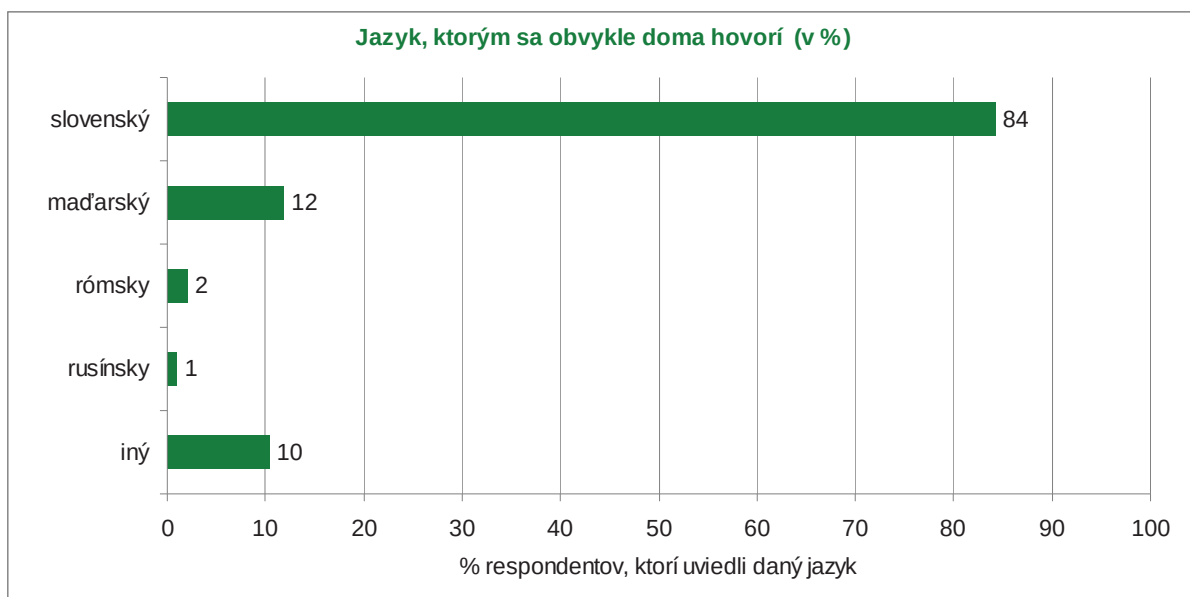
Popis indikátora: Akým jazykom/jazykmi sa doma obvykle rozprávate? Nerátaj cudzie jazyky, ktoré sa učíš v škole. Môžeš označiť aj viacero možností.

Slovenský
Maďarský
Rómsky
Rusínsky
Iný:

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: Prirodzene, najčastejším jazykom, ktorým respondenti doma obvykle hovoria, je slovenský jazyk (N=3887), druhým najčastejším je maďarský jazyk (550). Rómsky jazyk uviedlo 98 respondentov a rusínsky 49 respondentov. Iným jazykom doma hovorí 482 respondentov. Pre ďalšie analýzy nás budú zaujímať respondenti, ktorí uviedli rómsky jazyk. Týchto budeme považovať za Rómov a porovnávať ich s Nerómami, teda tými, ktorí rómsky jazyk neuviedli.

Obrázok 91

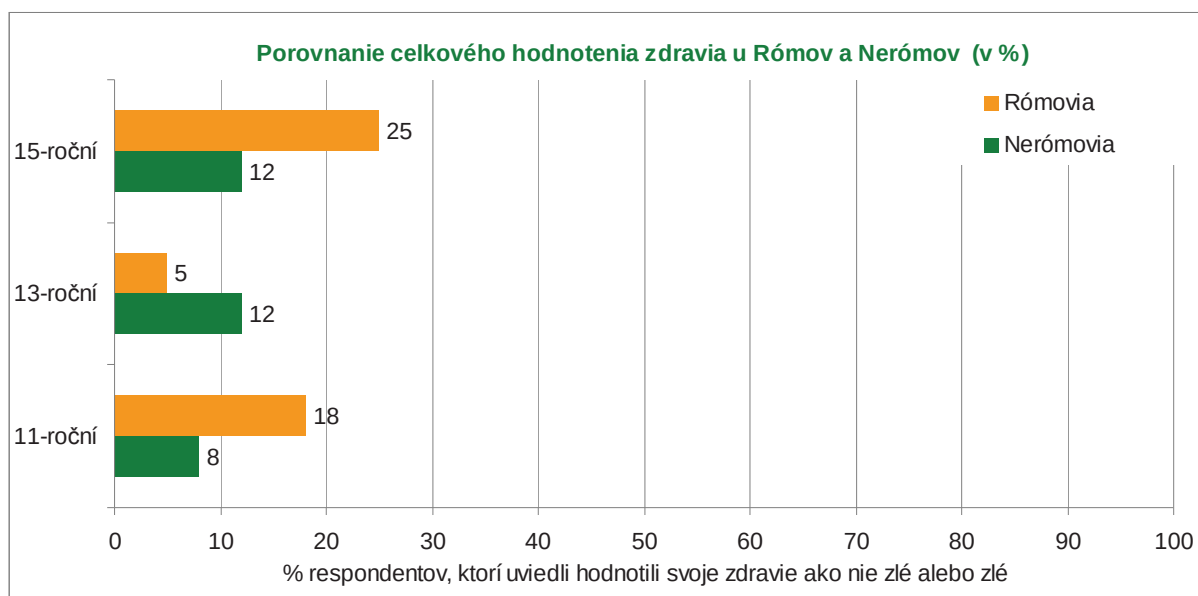


Zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa rómskych školákov

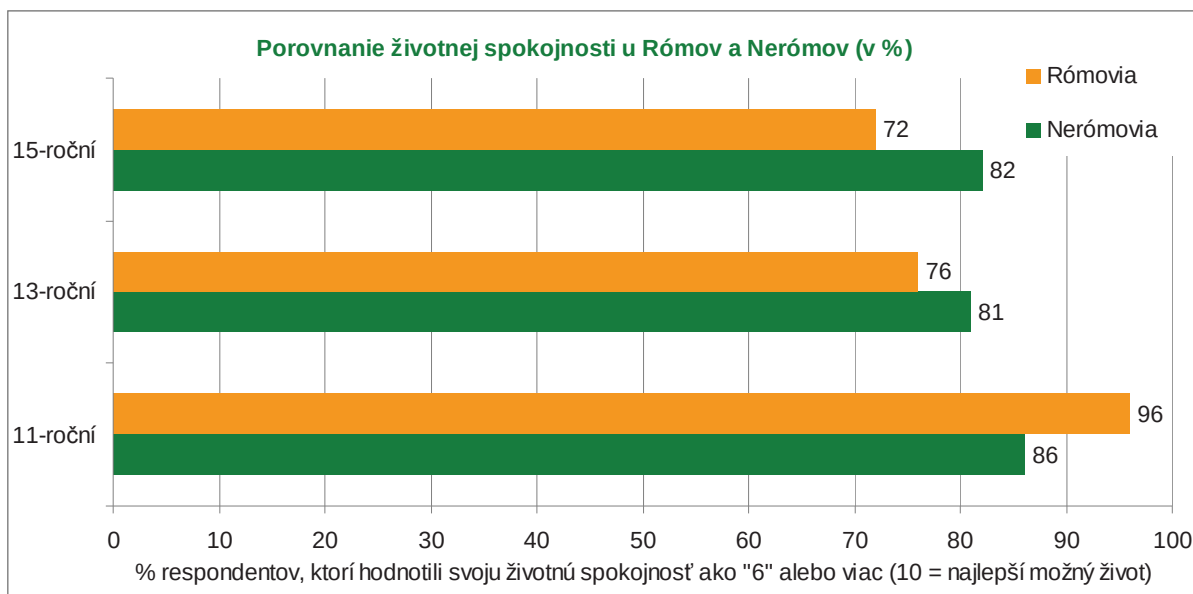
Rómov sme porovnávali v oblasti celkového hodnotenia zdravia, životnej spokojnosti, výskytu úrazov, každodennej fyzickej aktivity, fajčení, konzumácii alkoholu, v skúsenosti s užívaním marihuany, v skúsenosti s pohlavným stykom a v bytí obeťou šikanovania. Výsledky porovnávaní sú znázornené v nasledujúcich obrázkoch.

Etnické rozdiely: Signifikantný rozdiel v **celkovom hodnotení zdravia** medzi Rómami a Nerómami bol len vo vekovej kategórii 15-ročných (OR/CI: 15-roční: 2,3/1,03-5,24): rómski žiaci vo veku 15-rokov hodnotili svoje zdravie štatisticky významne častejšie ako nie zlé alebo zlé, teda menej priaznivo. V **životnej spokojnosti** sme štatisticky významné rozdiely medzi Rómami a Nerómami nepotvrdili. Vo **výskyte úrazov** sme potvrdili štatisticky významné rozdiely medzi Rómami a Nerómami len vo vekovej kategórii 13-ročných (OR/CI: 13-roční: 2,3/1,03-5,24): Rómovia štatisticky významne častejšie ako nerómovia reportovali úraz v uplynulom roku, ktorý si vyžadoval lekárske ošetrenia. Medzi Rómami a nerómami sme nenašli signifikantné rozdiely vo výskyte **každodennej fyzickej aktivity, konzumácie alkoholu aspoň raz za týždeň, užívania marihuany a skúseností s pohlavným stykom**. Signifikantný rozdiel vo **fajčení aspoň raz za týždeň** bol medzi Rómami a Nerómami len vo vekovej skupine 13-ročných a 15-ročných (OR/CI: 13-roční: 2,3/1,11-4,70; 15-roční: 2,8/1,05-7,40), pričom výskyt fajčenia bol vyšší v skupine Rómov oproti nerómom. Rómovia sú častejšie obeťami násilia v porovnaní s Nerómami vo vekových skupinách 13- a 15-ročných (OR/CI: 13-roční: 2,3/1,11-4,70; 15-roční: 2,8/1,05-7,40).

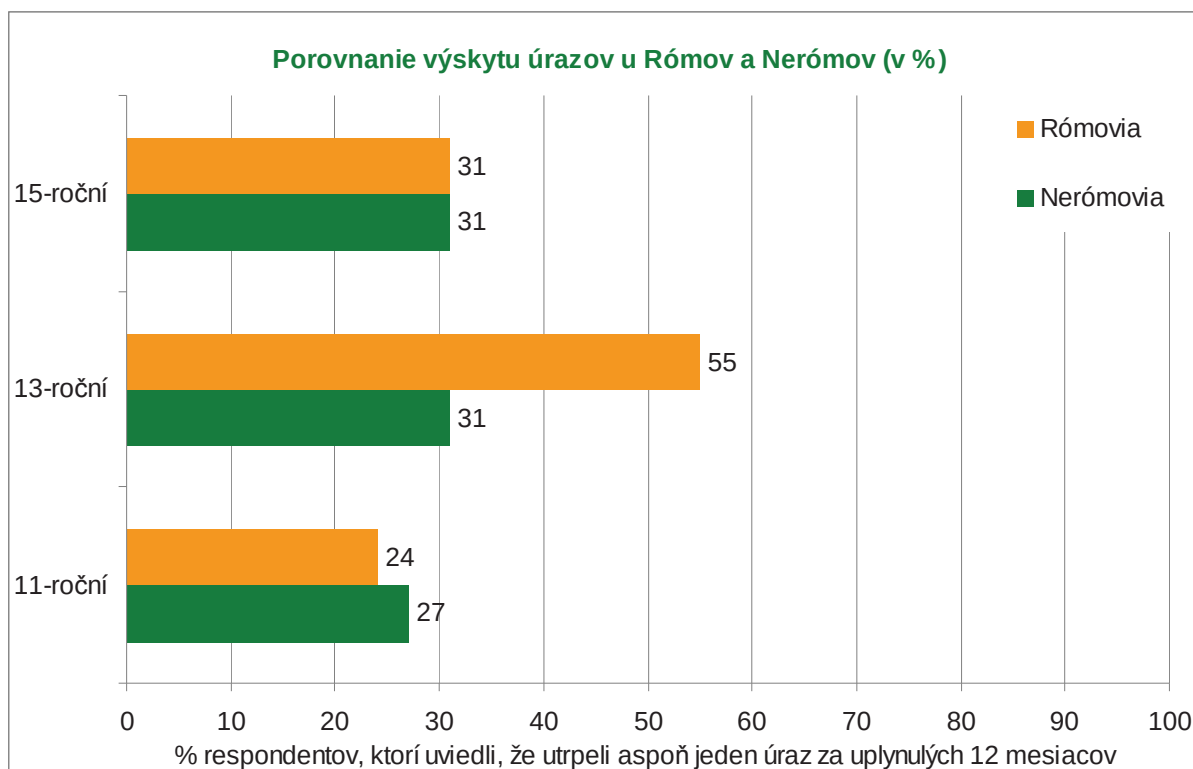
Obrázok 92



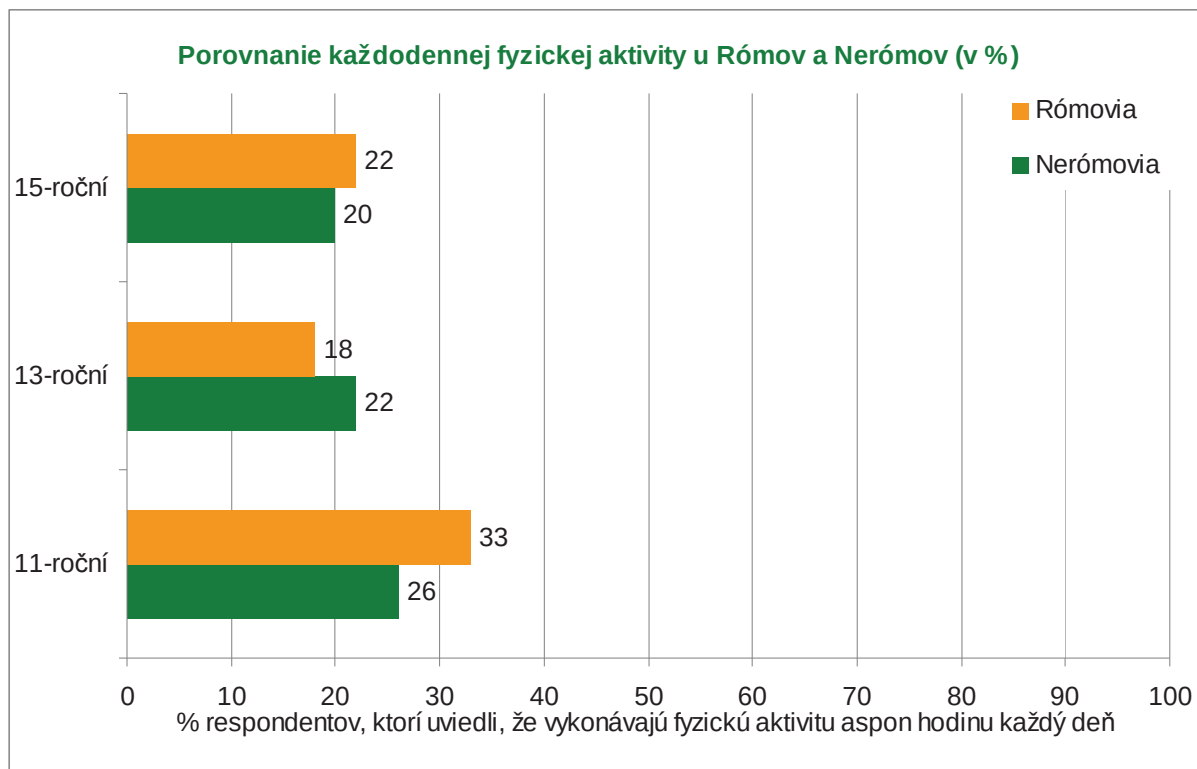
Obrázok 93



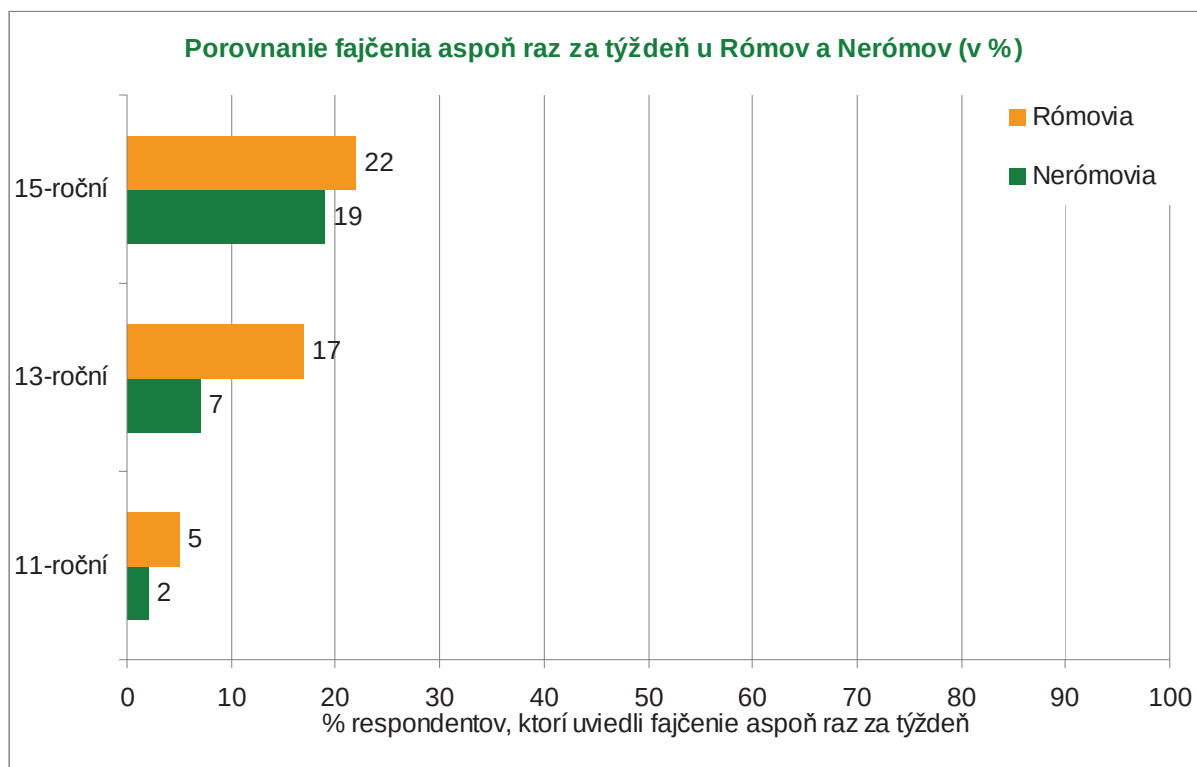
Obrázok 94



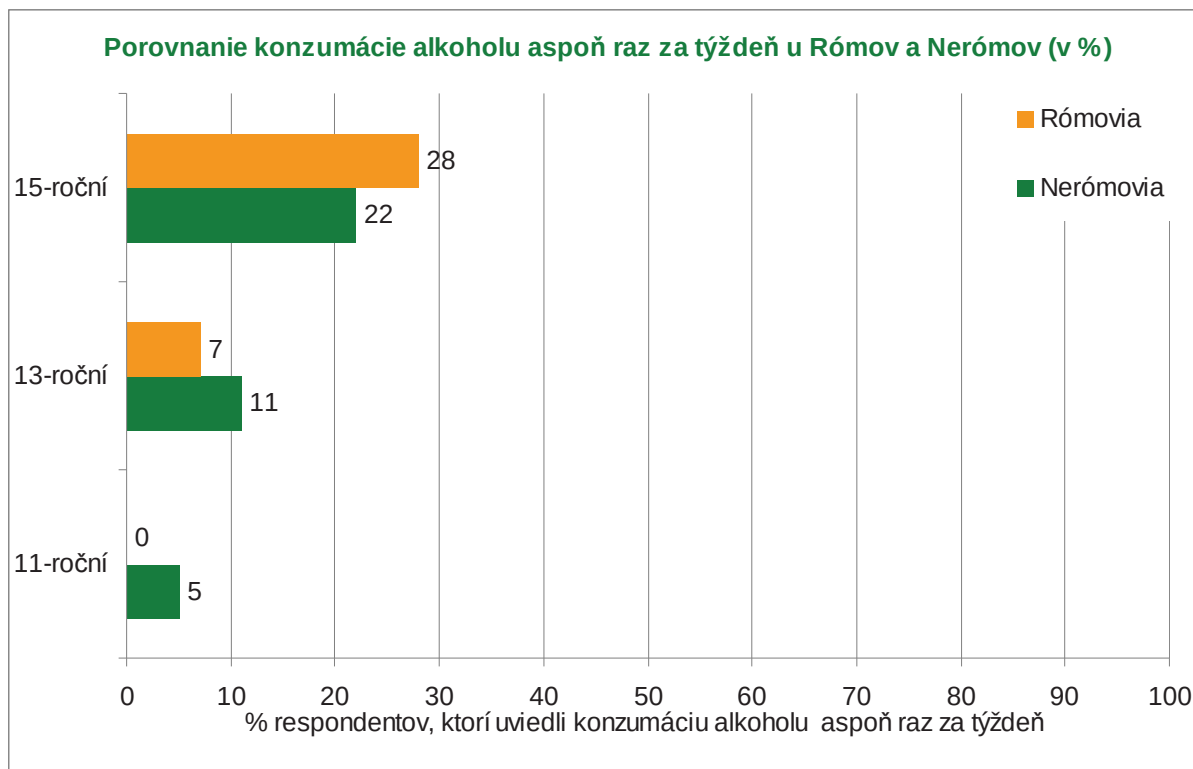
Obrázok 95



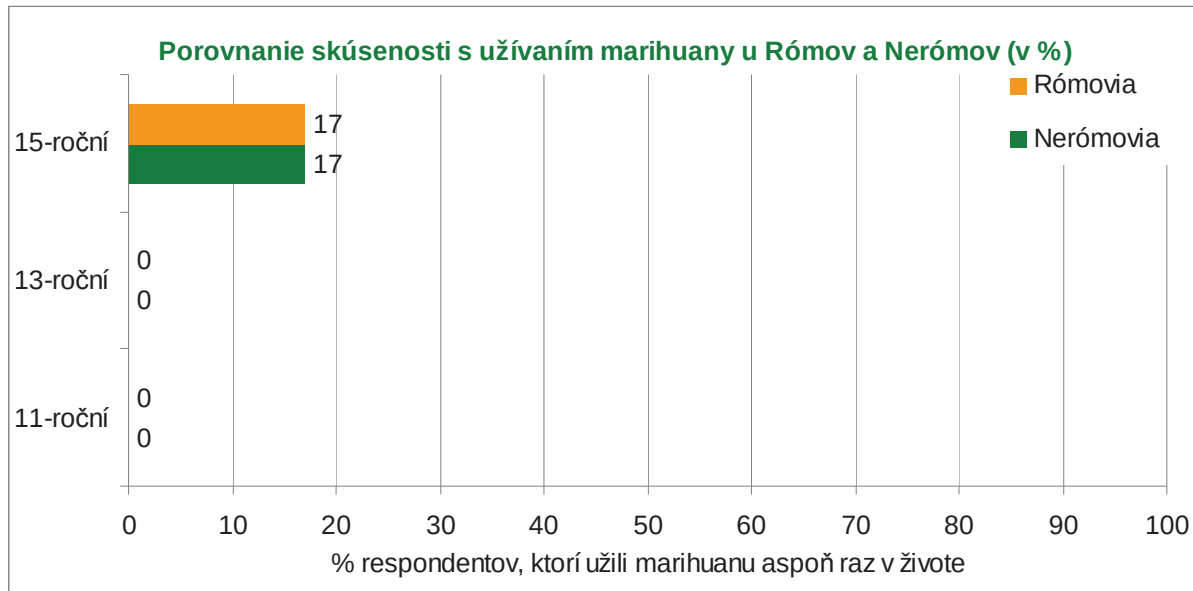
Obrázok 96



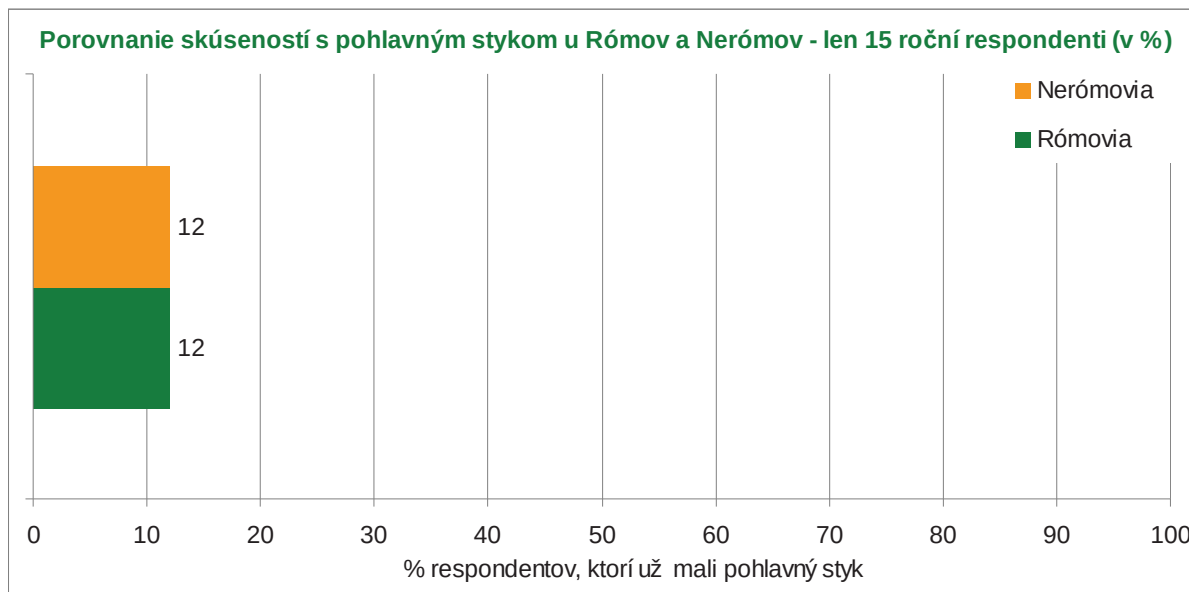
Obrázok 97



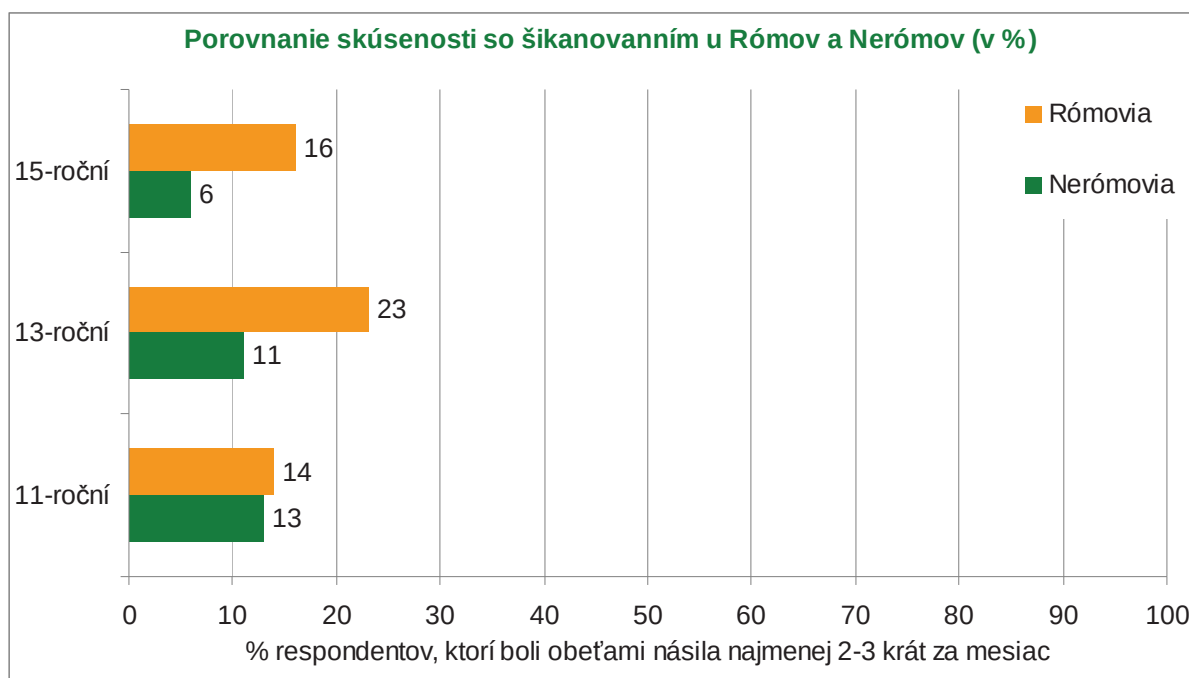
Obrázok 98



Obrázok 99



Obrázok 100



Použitá literatúra

- About FE, Mendelson MJ. Determinants of friendship selection and quality: Developmental perspectives. In: Hartup WW (Ed). *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*. New York: Cambridge University Press, 1998.
- Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *Am J Prev Med* 2006; 30: 59-66.
- Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Allison S, Roeger L, Reinfeld-Kirkman N. Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization. *Aust NZ J Psych* 2009; 43(12): 1163-70.
- Amu O, Appiah K. Teenage pregnancy in the United Kingdom: Are we doing enough? *Eur J Contracep Repr* 2006; 11: 314-318.
- Babinská K, Vitáriušová E, Rosinský J et al. Stravovací režim školákov na Slovensku. *Pediatr prax* 2007; 8(4): 217-220.
- Bakagiannis S, Tarrant M. Can music bring people together? Effects of shared musical preference on intergroup bias in adolescence. *Scand j psychol* 2006; 47(2): 129-136.
- Baker F, Bor W. Can music preference indicate mental health status in young people? *Australas Psychiatry* 2008; 16(4): 284-288.
- Barnes HL, Olson DH. Parent-adolescent communication and the circumplex model. *Child Dev* 1985; 56: 438-447.
- Baška T, Sovinová H, Németh A et al. Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia - smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation. *Sozial- und Präventivmedizin* 2006; 51(2): 110-6.
- Bédérová A. Výživa školákov, 2008 [online] [cit. 2010 – 10 – 27] Dostupné na internete: <http://www.vyzivadeti.sk/odbornici/spravodaj/3-2008>
- Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*. 2004; 59: 1297-1306.
- Bennett SE, Nassim PA. School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *J Adolesc Health* 2005; 36(1): 72-81.
- Berndt TJ. Friendship and Friends' Influence in Adolescence. *Current Directions in Psychological Science* (Wiley-Blackwell) 1992; 1(5): 156-159.
- Bjorner JP, Kristensen TO, Orth-Gomer K et al. Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine. *Forskningsrådsnämnden*. Uppsala: Ord & Form AB, 1996.
- Bobáková D, Madarasová Gecková A, Reijneveld SA, van Dijk JP. How much are the youth subcultures at risk of substance use? Submitted.
- Bond L, Carlin JB, Thomas L et al. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *Brit Med J* 2001; 323(7311): 480-483.
- Bond L, Butler H, Thomas L et al. Social and school connectedness in early secondary school as predictor of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health* 2007; 40: 357.e9-357.e18.
- Bonny AE, Britto MT, Klostermann BK et al. School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. *Pediatrics* 2000; 106: 1017-1021.
- Boulton MJ, Underwood K. Bully/victim problem among middle school children. *Brit J Educ Psychol* 1992; 62(1): 73-87.
- Brown BB, Klute C. Friendships, cliques, and crowds. In: Berzonsky MD (Ed). *Blackwell handbook of adolescence*. Malden: Blackwell Publishing, 2003.
- Buchmann AF, Schmid B, Blomeyer D et al. Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *J Psychiatr Res* 2009; 43(15): 1205-12.
- 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.
- CIHI 2009 Do lifestyle behaviours really differ between overweight and non-overweight girls and boys? 2009 [online] [cit. 2010 - 12 - 14] Dostupné na internete: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/Document/factors+influencing+health /life+style/RELEASE_08OCT09
- Clark DB, Kirisci L, Mezzich A, Chung T. Parental supervision and alcohol use in adolescence: Developmentally specific interactions. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29: 285-292.

- Coder B, Freyer-Adam J, Lau K et al. Reported beverage consumed and alcohol-related diseases among male hospital inpatients with problem drinking. *Alcohol Alcoholism* 2009; 44(2): 216-21.
- Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psyc* 2004; 45: 1350-1362.
- Crockett LJ, Bingham CR, Chopak JS, Vicary JR. Timing of first sexual intercourse: The role of social control, social learning, and problem behavior. *J Youth Adolescence* 1996; 25: 89-111.
- Csepe P, Banoczy J, Dombi C et al. Model program for screening oral cancers in the Roma population. *Magy Onkol* 2007; 51: 95-101.
- Cubbin C, Santelli J, Brindis CD, Braveman P. Neighborhood context and sexual behaviors among adolescents: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Perspect Sex Repro H* 2005; 37: 125-134.
- Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, et al., editors. *Youngpeople's health in context*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Currie C, Gabhainn SN, Godeau E et al. Inequalities in young people's health: Health behaviour in school-aged children (HBSC) international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, editors. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization, 2000.
- Danielsen AG, Samdal O, Hetland J, Wold B. School-Related Social Support and Students' Perceived Life Satisfaction. *J Educ Res* 2009; 102(4): 303-320.
- Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP et al. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32(12): 2149-60.
- De Goede IHA, Branje SJT, Delsing MJMH, Meeus WHJ. Linkages Over Time Between Adolescents' Relationships with Parents and Friends. *J Youth Adolescence* 2009; 38(10): 1304-1315.
- 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. *Eur J Psychol Educ* 2003; 18: 3-14.
- Dehne KL, Riedner G. Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Diener E, Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68: 653-662.
- Dilorio C, Dudley WN, Kelly M et al. Social cognitive correlates of sexual experience and condom use among 13-through 15-year-old adolescents. *J Adolesc Health* 2001; 29: 208-216.
- Doherty WJ, Needle RH. Psychological adjustment and substance use among adolescents before and after a parental divorce. *Child Dev* 1991; 62: 328-337.
- Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(9): 692-698.
- Duncan SC, Duncan TE, Hops H. Progressions of alcohol, cigarette and marijuana use in adolescence. *J Behav Med* 1998; 21(4): 375-88.
- Edmunds H, Hill AJ. Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *Int J Eat Disorder* 1999; 25: 435-440.
- Edwards LM, Lopez SJ. Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in Mexican American youth: A mixed-methods exploration. *J Couns Psychol* 2006; 53: 279-287.
- Ellickson PL, McGuigan KA, Klein DJ. Predictors of late-onset smoking and cessation over 10 years. *J Adolesc Health* 2001; 29(2): 101-108.
- Erhart M, Ottova V, Gaspar T et al. and the HBSC Positive Health Focus Group. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health* 2009; 54: S160-S166.
- European Guidelines on CVD Prevention in clinical practice. *Eur J Cardiov Prev R* 2007; 14 (2): 1-113.
- European Report on child injury prevention: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008. European Status Report on Alcohol and Health 2010. Copenhagen: World Health Organization, 2010.
- Farke W, Anderson P. Binge drinking in Europe. *Adicciones* 2007; 19(4): 333-9.
- Európska stratégia pre zdravie a vývoj detí a adolescentov, WHO 2005 [online] [cit. 2010 – 10 – 04] Dostupné na internete: http://www.detskylekar.sk/zc/img/European_Strategy_for_Child_and_adolescent_Health_and_Development.pdf

- Fidler JA, Wardle J, Brodersen NH et al. Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tob Control* 2006; 15(3): 205-9.
- Field AE, Austin SB, Taylor CB et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 2003; 112(4): 900-906.
- Filadelfiová J, Gerbery D, Škobla D. Report on the living conditions of Roma in Slovakia. Bratislava: United Nations Development Programme Regional Bureau for Europe, 2007.
- Flensburg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL et al. Beverage preference and risk of alcohol-use disorders: a Danish prospective cohort study. *J Stud Alcohol Drugs* 2008; 69(3): 371-7.
- Forrester K, Biglan A, Severson HH, Smolkowski K. Predictors of smoking onset over two years. *Nicotine Tob Res* 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. *J Adolescent Health* 2004; 34: 56-63.
- Gådin KG, Hammarström A. Do changes in the psychosocial school environment influence pupils' health development? Results from a three-year follow-up study. *Scand J Public Health* 2003; 31(3): 169-177.
- Gage JC, Overpeck MD, Nansel TR, Kogan MD. Peer activity in the evenings and participation in aggressive and problem behaviors. *J Adolescent Health* 2005; 37(6): 517.e7-14.
- Ge X. Pubertal transitions, perceptions of being overweight and adolescents' psychological maladjustment: gender and ethnic differences. *Soc Psychol Quart* 2001; 64: 363-375.
- Gerritsen A, Devillé W. Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2009; 9: 1-7.
- 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.
- Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Gohm C, Oishi S, Darlington J, Diener E. Culture, parental conflict, parental marital status, and the subjective well-being of young adults. *J Marriage Fam* 1998; 60: 319-334.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *The European Society of Cardiology* 2007; 14(2): E1-40.
- Grant JD, Scherrer JF, Lynskey MT et al. Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med* 2006; 36(1): 109-18.
- Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM et al. Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. *Psychol Addict Behav* 2000; 14: 174-184.
- Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Commun H* 2000; 54(11): 864-869.
- Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Med* 2006; 36: 1019-1030.
- 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.
- Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioral and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 176-184.
- Haugland S, Wold B, Stevenson J et al. Subjective health complaints in adolescence – a cross national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 2001; 11: 4-10.
- Hawker DSJ, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psc* 2000; 41(4): 441-455.
- Henry KL. Who's skipping school: Characteristics of truants in 8th and 10th grade. *J School Health* 2007; 77(1): 29-35.
- Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S, et al., editors. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2000.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, et al., editors. The 1995 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 26 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 1997.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, et al., editors. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2004.

Hjern A, Alfvén G, Ostberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr* 2008; 97(1): 112-117.

Hoffmann JP. Family structure, community context, and adolescent problem behaviors. *J Youth Adolesc* 2006; 35: 867-880.

Huebner ES, Suldo SM, Valois RF et al. Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale: Sex, race, and grade effects in a high school sample. *Psychol Rep* 2004; 94: 351-356.

Hussong AM. Differentiating Peer Contexts and Risk for Adolescent Substance Use. *J Youth Adolescence* 2002; 31(3): 207-220.

Ilder EL, Benyamani Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.

Jacobson KC, Crockett LJ. Parental monitoring and adolescent adjustment: an ecological perspective. *J Res Adolescence* 2000; 10: 65-97.

Jakušová Ľ. Výživa detí v predškolskom a školskom veku. In: Bánovčin P et al. (Eds). *Detská gastroenterológia*. Martin: Osveta, 2003.

Jakušová Ľ, Dostál A. Stravovacie zvyklosti adolescentov a zdravotné riziká. 2. Konferencia Škola a zdraví 21, Brno, 2006 [online] [cit. 2010 – 10 – 12] Dostupné na internete: http://www.ped.muni.cz/z21/2006/konference_2006/sbornik_2006/pdf/081.pdf.

Jakušová Ľ, Dostál A. Výživa adolescentiek ako budúcich matiek. In: Boledovičová M, Vörösová G, Líšková M (Eds). *Ošetrovateľstvo 21. Storočia v procese zmien III*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2009.

Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF et al. The independent influence of physical inactivity and obesity on health complaints in 6th to 10th grade Canadian youth. *J Phys Activ Health* 2004; 1: 331-343.

Jarvis MJ. Why people smoke. *Brit Med J* 2004; 328(7434): 277-9.

Jedlička J. Zdravý životný štýl. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita, 2009.

Jurkovičová J. Vieme zdravo žiť? Bratislava: Univerzita Komenského, 2005.

Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P, Rimpela A. Bullying at School – An Indicator of Adolescents at Risk for Mental Disorders. *J Adolescence* 2000; 23(6): 661-674.

Kandula NR, Lauderdale DS, Baker DW. Differences in Self-Reported Health Among Asians, Latinos, and Non-Hispanic Whites: The Role of Language and Nativity. *Ann Epidemiol* 2007; 17(3): 191-198.

Keski-Rahkonen A, Viken RJ, Kaprio J et al. Genetic and environmental factors in breakfast eating patterns. *Behav Genet* 2004; 34: 503-514.

Kobayashi KM, Prus S, Lin Z. Ethnic differences in self-rated and functional health: does immigrant status matter? *Ethnic Health* 2008; 13(2): 129-147.

Kolarčík P, Madarasova Geckova A, Orosova O et al. To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Soc Sci Med* 2009; 68(7): 1279-1284.

Kolarčík P, Madarasova Geckova A, Orosova O et al. Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender. *J Epidemiol Commun H* 2010; 64(12): 1043-1048.

Kósa Z, Szeles G, Kardos L et al. A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *Am J Public Health* 2007; 97(5): 853-859.

Koupilová I, Epstein H, Holcik J et al. Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. *Soc Sci Med* 2001; 53(9): 1191-1204.

Kovács L, Babinská K, Ševčíková Ľ et al. *Nové trendy vo výžive detí*. Bratislava: UK, 2008.

Krillov LR, Fisher M, Friedman SB et al. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics* 1998; 102(2): 360-366.

Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. 'I drink spirits to get drunk and block out my problems...' beverage preference, drinking motives and alcohol use in adolescence. *Alcohol Alcoholism* 2006; 41(5): 566-73.

- Kuntsche EN, Kuendig H. What is worse? A Hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Subst Use Misuse* 2006; 41: 71-86.
- Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004; 59(1): 113-27.
- Lackland SD. Predicting life satisfaction among adolescents from immigrant families in Norway. *Ethnic Health* 1998; 3: 5-18.
- Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res* 2003; 11: 452-456.
- Laursen B. Conflict and social interaction in adolescent relationships. *J Res Adolescence* 1995; 5: 55-70.
- Lonsdale AJ, North AC. Musical Taste and Ingroup Favouritism. *Group Processes Interg* 2009; 12(3): 319-327.
- Loukas A, Prellow HM. Externalizing and internalizing problems in low-income Latino early adolescents: Risk, resource, and protective factors. *J Early Adolescence* 2004; 24: 250-273.
- Löe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *Int Dent J* 2000; 50: 129-39.
- Mardh PA, Creatsas G, Guaschino S et al. Correlation between an early sexual debut, and reproductive health and behavioral factors: a multinational European study. *Eur J Contracep Repr* 2000; 5: 177-182.
- Mata F. Looking at life satisfaction and ethnicity in Canada. *Can Ethn Stud* 2002; 34: 51-63.
- McCarty CA, Ebel BE, Garrison MM et al. Continuity of binge and harmful drinking from late adolescence to early adulthood. *Pediatrics* 2004; 114(3): 714-9.
- McGrath C, Bedi R. Gender variation in the social impact of oral health. *J Irish Dental A* 2005; 46: 87-91.
- Metcalfe T. Sexual health: meeting adolescents' needs. *Nurs Stand* 2004; 18: 40-43.
- Metzler CW, Noell J, Biglan A et al. The Social-Context for Risky Sexual-Behavior Among Adolescents. *J Behav Med* 1994; 17: 419-438.
- Milne D, Glasier A. Preventing repeat pregnancy in adolescents. *Curr Opin Obstet Gyn* 2008; 20: 442-446.
- MLádek J, Kusendová D, Marenčáková J et al. Demogeographical analysis of Slovakia. Bratislava: Comenius University, 2006.
- Mounteney J, Haugland S, Skutle A. Truancy, alcohol use and alcohol-related problems in secondary school pupils in Norway. *Health Education Research* 2010; 25(6): 945-954.
- Mrdjenovic G, Levitsky DA. Nutritional and energetic consequences of sweetened drink consumption. *J Pediatr* 2003; 142: 604-610.
- Mulder J, ter Bogt T, Raaijmakers Q, Vollebergh W. Music Taste Groups and Problem Behavior. *J Youth Adolescence* 2007; 36(3): 313-324.
- Muberg TA. The Role of Personal Attributes and Social Support Factors on Passive Behaviour in Classroom among Secondary School Students: A Prospective Study. *Soc Psychol Educ: Int J* 2010; 13(4): 511-522.
- Mytton J, Towner E, Brussoni M, Gray S. Unintentional injuries in school-aged children and adolescents: lessons from a systematic review of cohort studies. *Inj Prev* 2009; 15: 111-124.
- Naimi TS, Brewer RD, Miller JW et al. What do binge drinkers drink? Implications for alcohol control policy. *Am J Prev Med* 2007; 33(3): 188-93.
- Nangle DW, Erdley CA, Newman JE et al. Popularity, Friendship Quantity, and Friendship Quality: Interactive Influences on Children's Loneliness and Depression. *J Clin Child Adolesc* 2003; 32(4): 546-555.
- Nash SG, McQueen A, Bray JH. Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *J Adolesc Health* 2005; 37: 19-28.
- 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.
- Nicholas S. Subcultures & Countercultures. Research starters. Great Neck Publishing, 2009.
- Noller P, Callan V. Adolescents' perceptions of the nature of their communication with parents. *J Youth Adolescence* 1990; 19: 349-362.
- Nováková J, Hamade J. Public Health Authority of the Slovak Republic. 2006 [online] [cit. 2011 – 01 – 07] Dostupné na internete: http://www.uvzsr.sk/docs/info/hdm/Narodne_standardy.pdf

Nurmi J. Socialization and self-development. Channeling, selection, adjustment, and reflection. In: Lerner RM, Steinberg LD (Eds). Handbook of adolescent psychology. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2004.

Nutrition and the Health of Young People. 2008 [online] [cit. 2010 – 12 – 14] Dostupné na internete: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/nutrition/facts.htm>

Olweus D. Bullying at school: Long-term outcomes for the victims and an effective school-based intervention program. In: Huesmann LR (Ed). Aggressive behavior: Current perspectives. New York: Plenum Press, 1994.

Orr DP, Beiter M, Ingersoll G. Premature Sexual-Activity As An Indicator of Psychosocial Risk. Pediatrics 1991; 87: 141-147.

Paneurópsky TV prieskum UPC: Rodičia chcú prísnejší dohľad nad scénami násilia a sexu na TV obrazovkách, 2007 [online] [cit. 2010 – 11 – 15] Dostupné na internete: <http://www.tvcentrum.com/clanky/5095/paneuropsky-tv-prieskum-upc-rodicia-chcu-prisnejši-dohľad-nad-scenami-nasilia-a-sexu-na-tv-obrazovkach/>

Parfitt G, Eston RG. The relationship between children's habitual activity level and psychological well-being. Acta Paediatrica 2005; 94: 1791-1797.

Parry G, Van Cleemput P, Peters J et al. Health status of Gypsies and Travellers in England. J Epidemiol Commun H 2007; 61(3): 198-204.

Pařízková J, Lisá L, Vignerová J et al. 2007. Obezita v dětství a dospívání. Praha: Galén, 2007.

Patton GC, Selzer R, Coffey C et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. Brit Med J 1999; 318: 765-768.

Patton GC, Coffey C, Lynskey MT et al. 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. Psychol Assessment 1993; 5: 164-172.

Paxton RJ, Valois RE, Drane JW. Is there a relationship between family structure and substance use among public middle school students? J Child Fam Stud 2007; 16: 593-605.

Pearce N, Foliaki S, Sporle A, Cunningham C. Genetics, race, ethnicity, and health. Brit Med J 2004; 328: 1070-1072.

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. Curr Opin Psychiatr 2005; 18: 189-193.

Pesa J. Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. J School Health 1999; 69(5): 196-201.

Pitel L, Madarasova Geckova A, van Dijk JP, Reijneveld SA. Gender differences in adolescent health-related behaviour diminished between 1998 and 2006. Public Health 2010; 124: 512-518.

Preventing Dental Caries with Community Programs, 2010 [online] [cit. 2010 – 12 – 14] Dostupné na internete: http://www.cdc.gov/OralHealth/publications/factsheets/dental_caries.htm

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.

Proctor C, Linley P, Maltby J. Youth life satisfaction: A review of the literature. J Happiness Stud 2009; 10: 583-630.

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, Damsgaard MT, Holstein BE et al. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. Eur J Public Health 2005; 15: 607-612.

Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C. School and health. In: Currie C et al. (Ed). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey. WHO policy series: health policy for children and adolescents. Issue 4. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.

Rehm J, Mathers C, Popova S et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. Lancet 2009; 373(9682): 2223-2233.

Resnicow K. The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. J School Health 1991; 61: 81-85.

Rigby K. Consequences of bullying in schools. Can J Psychiatr 2003; 48(9): 583-590.

Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E. Roma in an Expanding Europe: Breaking the Poverty Cycle. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2005.

- Roche KM, Mekos D, Alexander CS et al. Parenting influences on early sex initiation among adolescents: How neighborhood matters. *J Fam Issues* 2005; 26: 32-54.
- Rosnati R, Iafrate R, Scabini E. Parent-adolescent communication in foster, inter-country adoptive, and biological Italian families: Gender and generational differences. *Int J Psychol* 2007; 42: 36-45.
- Rozšírenosť užívania drog na Slovensku a názory občanov na problémy spojené s drogovou závislosťou. Bratislava: Štatistický úrad SR, 2006.
- Samdal O, Wold B, Klepp KI, Kannas L. Students' perception of school and their smoking and alcohol use: A cross-national study. *Addict Res* 2000; 8(2): 141-67.
- Selfhout MHW, Branje SJT, ter Bogt TF M, Meeus WHJ. The Role of Music Preferences in Early Adolescents' Friendship Formation and Stability. *J Adolescence* 2009; 32(1): 95-107.
- Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutr* 2001; 4: 569-591.
- Shochet IM, Dadds MR, Ham D, Montague R. School connectedness is an underemphasised parameter in adolescent mental health: results of a community prediction study. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006; 35(2): 170-9.
- Shochet IM, Homel R, Cockshaw WD, Montgomery DT. How do school connectedness and attachment to parents interrelate in predicting adolescent depressive symptoms? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37(3): 676-81.
- Schneider BH. Friends and enemies: peer relations in childhood. New York: Edward Arnold, 2000.
- Schnor C, Volmer-Larsen Niclasen B. Bullying among Greenlandic school children: development since 1994 and relations to health and health behaviour. *Int J Circumpol Heal* 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. *J Abnorm Child Psych* 2008; 36: 1175-1188.
- Schwartz K. Music Preferences, Personality Style, and Developmental Issues of Adolescent. *J Youth Ministry* 2004; 3(1): 47-64.
- Siegel JM, Yancea AK, Aneshensel CS, Schuler R. Body image, perceived pubertal timing, and adolescent mental health. *J Adolescent Health* 1999; 20: 129-149.
- Siegel JM. Body image change and adolescent depressive symptoms. *J Adolescent Res* 2002; 17: 27-41.
- Simons-Morton B. Social Influences on Adolescent Substance Use. *Am J Health Behav* 2007; 31(6): 672-684.
- Skaric-Juric T, Klaric IM, Narancic N S et al. Trapped between tradition and transition - Anthropological and epidemiological cross-sectional study of bayash Roma in Croatia. *Croat Med J* 2007; 48: 708-719.
- Sleet DA, Ballesteros MF, Borse NN. A Review of unintentional injuries in adolescents. *Ann Rev Publ Health* 2010; 31: 195-212.
- Smetana JG, Daddis C. Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child Dev* 2002; 73: 563-580.
- Smolík J. Subkultúry mládeže: Uvedení do problematiky. Havlíčkov Brod: Grada Publishing, 2010.
- Stoddard SA, McMorris BJ, Sieving RE. Do Social connections and hope matter in predicting early adolescent violence? *Am J Community Psychology* 2010; Epub ahead of print.
- St Onge MP, Keller KL, Heymsfield SB. Changes in childhood food consumption patterns: a cause for concern in light of increasing body weights. *Am J Clin Nutr* 2003; 79: 537-543.
- 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 CJR et al. Evidence based physical activity for school-age children. *J Pediatr* 2005; 146: 732-737.
- Swadi H. Relative risk-factors in detecting adolescent drug-abuse. *Drug Alcohol Depen* 1992; 29(3): 253-254.
- Tahmassebi JF, Duggal MS, Malik-Kotru G, Curzon MEJ. Soft drinks and dental health: a review of the current literature. *J Dent* 2006; 34: 2-11.
- Tarrant M, MacKenzie L, Hewitt LA. Friendship group identification, multidimensional self-concept, and experience of developmental tasks in adolescence. *J Adolescence* 2006; 29(4): 627-640.
- The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.

The state of the drugs problem in Europe. Annual report. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009.

Thome J, Espelage DL. Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eat Behav* 2004; 5: 337-51.

Thompson AM, Chad KE. The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *J Adolescent Health* 2002; 31: 183-189.

Torsheim T, Currie C, Boyce W et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004; 59(1): 1-12.

Torsheim T, Wold B. School-related stress, school support and somatic complaints: a general population study. *J Adolescent Res* 2001; 16(3): 293-303.

Touger-Decker R, Van Loveren C. Sugars and dental caries. *Am J Clin Nutr* 2003; 78: 881-892.

Tripp J, Viner R. ABC of adolescence - Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *Brit Med J* 2005; 330: 590-593.

Tucker JS, Ellickson PL, Klein DJ. Predictors of the transition to regular smoking during adolescence and young adulthood. *J Adolesc Health* 2003; 32(4): 314-24.

Van Cleemput P, Parry G, Thomas K et al. Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study. *J Epidemiol Commun H* 2007; 61(3): 205-210.

Van De Ven MO, Greenwood PA, Engels RC et al. Patterns of adolescent smoking and later nicotine dependence in young adults: a 10-year prospective study. *Public Health* 2010; 124(2): 65-70.

van Nieuwenhuijzen M, Junger M, Klein Velderman M et al. Clustering of health-compromising behavior and delinquency in adolescents and adults in the Dutch population. *Prev Med* 2009; 48: 572-578.

Veenstra R, Lindenberg S, Tinga F, Ormel J. Truancy in late elementary and early secondary education: The influence of social bonds and self-control—the TRAILS study. *International Journal of Behavioral Development* 2010; 34(4): 302-310.

Verkuyten M. The Impact of Ethnic and Sex Differences on Happiness Among Adolescents in the Netherlands. *J Soc Psychol* 1986; 126: 259-260.

Vingilis E, Wade TJ, Adlaf E. What factors predicts student self-rated health? *J Adolescence* 1998; 21: 88-97.

Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku za rok 2007. Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky. Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog. Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2008.

Waldrip AM, Malcolm KT, Jensen-Campbell L. With a Little Help from Your Friends: The Importance of High-quality Friendships on Early Adolescent Adjustment. *Soc Dev* 2008; 17(4): 832-852.

Warren CW, Lea V, Lee J et al. Change in tobacco use among 13-15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Global Health Promotion* 2009; (2): 38-90.

Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368(9548): 1706-1728.

Wesnes KA, Pincock C, Richardson D et al. Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite* 2003; 41: 329-331.

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.

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009.

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

Wolfe WS, Campbell CC, Frongillo EA et al. Overweight schoolchildren in New York: prevalence and characteristics. *Am J 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. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva: World Health Organization, 2003.

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

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

Zatonski W, Manczuk M, Sulkowska U et al. 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.

Zeman CL, Depken DE, Senchina DS. Roma health issues: A review of the literature and discussion. *Ethnic Health* 2003; 8(3): 223-249.

Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES et al. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolescent Health* 2001; 29: 279-288.



Prílohy

Zdravie školákov

		Výskyt						Rodové rozdiely chlapci vs. dievčatá						Vekové rozdiely chlapci					
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11vs15		13vs15		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)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
Celkové zdravie (nie veľmi dobré+zlé)	M104	n	57	48	89	119	87	118	118	14,6	14,6	14,6	14,6	0,9(0,61-1,24)	0,9(0,61-1,24)	0,9(0,72-1,34)	0,9(0,72-1,34)	0,5(0,32-0,65)	0,9(0,67-1,15)
	M96 -	%	9,6	7,3	10,8	13,0	10,9	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	***	ns
Zdravotné ťažkosti (2+)	M103	n	169	197	251	402	234	341	341	43,6	43,6	43,6	43,6	1,0(0,79-1,26)	1,0(0,79-1,26)	1,1(0,87-1,33)	1,1(0,87-1,33)	0,6(0,47-0,74)	1,1(0,92-1,36)
	M105	%	30,3	31,3	32,0	46,4	30,4	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	***	ns
Životná spokojnosť (spokojní, 6+)	M105	n	487	582	686	709	657	649	649	80,8	80,8	80,8	80,8	1,0(0,74-1,31)	1,0(0,74-1,31)	1,1(0,83-1,41)	1,1(0,83-1,41)	2,0(1,46-2,67)	0,9(0,70-1,12)
	M105	%	82,5	89,3	83,9	78,8	82,7	***	***	***	***	***	***	ns	ns	ns	ns	***	ns
Úrazy (výskyt)	M156	n	171	156	300	252	282	210	210	26,2	26,2	26,2	26,2	1,1(0,87-1,34)	1,1(0,87-1,34)	1,3(1,07-1,58)	1,3(1,07-1,58)	0,71(0,55-0,91)	1,0(0,79-1,23)
	M156	%	29,8	24,2	36,6	27,8	36,0	***	***	***	***	***	***	ns	ns	ns	ns	***	ns
Nadmernosť a obezita	M13	n	67	38	109	44	104	52	52	104	104	104	104	0,9(0,67-1,31)	0,9(0,67-1,31)	1,1(0,79-1,41)	1,1(0,79-1,41)	0,9(0,61-1,45)	0,8(0,50-1,16)
	M13	%	13,3	6,5	14,7	5,4	14,0	6,9	6,9	14,0	14,0	14,0	14,0	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Hodnotenie postavy (tučná+príliš tučná)	M12	n	132	152	183	264	129	231	231	28,9	28,9	28,9	28,9	1,5(1,16-1,99)	1,5(1,16-1,99)	1,5(1,16-1,91)	1,5(1,16-1,91)	0,7 (0,58-0,94)	1,0(0,81-1,23)
	M12	%	22,8	23,1	22,5	29,0	16,3	28,9	28,9	16,3	16,3	16,3	16,3	***	***	***	***	***	ns

Nutričné správanie

		Výskyt										Rodové rozdiely				Vekové rozdiely			
		Rodové rozdiely										chlapci vs. dievčatá				chlapci			
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		11vs15		13vs15	
		ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
Raňajkovanie (každý pracovný deň)	M5	n	362	389	471	425	399	340	42,6							***	***	***	13vs15
		%	63,2	59,8	58,0	47,6	50,8	42,6								1,7(1,33-2,07)	2,0(1,62-2,47)	2,0(1,62-2,47)	OR(95%CI)
Ovocie (každý deň)	M7	n	257	309	260	342	214	245	30,7							***	***	***	OR(95%CI)
		%	45,7	47,2	32,5	38,2	27,2	30,7								2,3(1,79-2,83)	1,3(1,03-1,59)	1,3(1,03-1,59)	OR(95%CI)
Zelenina (každý deň)	M8	n	170	227	200	254	160	207	26,1							ns	*	*	OR(95%CI)
		%	30,8	35,2	25,2	28,6	20,6	26,1								0,8(0,64-1,04)	1,3(1,02-1,64)	1,5(1,23-1,94)	OR(95%CI)
Sladkosti (každý deň)	M9	n	234	247	326	417	323	362	45,4							***	***	***	OR(95%CI)
		%	42,2	38,7	41,2	46,9	41,4	45,4								1,0(0,83-1,29)	1,0(0,80-1,20)	0,8(0,61-0,94)	OR(95%CI)
Sladené nápoje (každý deň)	M10	n	181	194	305	328	335	286	35,9							ns	ns	ns	OR(95%CI)
		%	32,5	30,2	38,2	36,9	42,7	35,9								0,6(0,52-0,81)	0,8(0,67-1,01)	0,8(0,61-0,96)	OR(95%CI)
Umyvanie zubov (viac ako raz denne)	M15	n	318	418	431	629	396	563	69,8							***	ns	ns	OR(95%CI)
		%	53,9	63,2	52,0	68,9	49,7	69,8								1,2(0,95-1,46)	1,1(0,90-1,33)	0,7(0,60-0,93)	OR(95%CI)
Redukcia hmotnosti (áno)	M11	n	87	95	102	148	76	177	21,9							***	***	***	OR(95%CI)
		%	14,8	14,4	12,3	16,2	9,6	21,9								1,6(1,18-2,27)	1,3(0,96-1,82)	0,6(0,45-0,79)	OR(95%CI)

Fyzická aktivita

		Výskyt										Rodové rozdiely				Vekové rozdiely			
		Rodové rozdiely										chlapci vs. dievčatá				chlapci			
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		11vs15		13vs15	
		ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
Fyzická aktivita (každý deň)	M16	n	173	140	240	135	217	97	12,7							1,1(0,90-1,45)	1,1(0,90-1,40)	2,0(1,47-2,60)	OR(95%CI)
		%	31,0	22,2	30,8	15,7	28,3	12,7								ns	ns	***	OR(95%CI)
Sledovanie TV (2+hod denne)	M19	n	345	369	563	681	517	544	71,0							0,9(0,68-1,14)	1,1(0,86-1,38)	0,7(0,59-0,94)	OR(95%CI)
		%	70,4	64,6	74,6	77,7	72,8	71,0								ns	ns	**	OR(95%CI)

Důvody telesnej aktivity (udávali veľmi důležité a důležité)

				Výskyt						Rodové rozdiely						Vekové rozdiely					
				11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční	
				ch		d		ch		d		ch		d		ch		d		d	
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zabaví sa	PA 1	n		503	86,3	595	91,1	749	92,6	859	94,9	748	94,9	778	97,5						
		%																			
Byť dobrý v športe	PA 2	n		509	87,8	519	82,9	668	74,8	669	83,4	656	83,4	556	69,8						
		%																			
Vyhrať	PA 3	n		284	49,3	220	34,0	493	60,9	412	52,1	521	66,1	343	43,3						
		%																			
Zoznámiť sa s novými kamarátmi	PA 4	n		477	83,4	554	85,4	691	86,2	809	91,3	665	84,4	714	89,7						
		%																			
Zlepšiť moje zdravie	PA 5	n		561	96,7	642	98,8	772	95,9	874	97,2	747	95,3	779	97,6						
		%																			
Vidieť sa s mojimi kamarátmi	PA 6	n		508	88,3	571	88,0	752	93,5	860	96,2	750	94,9	774	97,1						
		%																			
Dostať sa do dobrej formy	PA 7	n		537	93,2	575	88,7	759	94,1	824	92,1	744	94,1	750	94,2						
		%																			
Vyzeráť dobre	PA 8	n		426	74,3	484	74,9	677	83,9	803	89,5	684	86,9	712	89,3						
		%																			
Teším sa z pohybu	PA 9	n		514	89,9	591	91,5	721	89,6	790	88,1	675	86,1	677	84,9						
		%																			
Potešiť mojich rodičov	PA 10	n		543	93,8	608	93,4	700	87,3	774	93,4	593	75,4	595	74,6						
		%																			
Byť "cool"	PA 11	n		331	57,6	315	48,8	498	61,8	530	59,4	468	59,5	353	44,4						
		%																			
Udržiavať svoju postavu	PA 12	n		484	84,2	569	87,7	644	80,2	792	88,3	557	71,0	681	85,3						
		%																			
Pretože je to vzrušujúce	PA 13	n		343	61,4	262	42,1	547	68,9	504	57,5	516	66,2	470	59,9						
		%																			

Užívanie psychoaktívnych látok

		Výskyt										Rodové rozdiely					Vekové rozdiely				
		chlapci vs. dievčatá										chlapci					dievčatá				
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		11-roční		13-roční	
		ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d
M25	Skúsenosť s fajčením (aspoň raz v živote)	n	116	60	353	330	463	498	463	57,7		1,3(1,04-1,56)	OR(95%CI)	1,3(1,04-1,56)	OR(95%CI)	0,1(0,05-0,10)	OR(95%CI)	0,1(0,05-0,10)	OR(95%CI)	0,4(0,35-0,51)	OR(95%CI)
M39	Fajčenie (aspoň 1 krát za posledných 30 dní)	%	20,1	9,1	43,4	36,5	63,4	63,4	57,7			2,5(1,79-3,48)	***	2,5(1,79-3,48)	***	2,5(1,79-3,48)	***	2,5(1,79-3,48)	***	2,5(1,79-3,48)	***
M26	Fajčenie (aspoň raz za týždeň)	%	63	27	163	159	274	235	292			2,8(1,76-4,45)	***	2,8(1,76-4,45)	***	2,8(1,76-4,45)	***	2,8(1,76-4,45)	***	2,8(1,76-4,45)	***
M38	Skorá iniciácia fajčenia 15-ročných (x<13 rokov)	%	10,7	4,1	19,7	17,5	34,6	29,2	132			1,3(0,87-1,78)	ns	1,3(0,87-1,78)	ns	1,3(0,87-1,78)	ns	1,3(0,87-1,78)	ns	1,3(0,87-1,78)	ns
M40	Pitie alkoholu (aspoň 1 krát za posledných 30 dní)	%	2,5	0,9	8,5	6,9	21,5	16,4	212			1,6(1,28-1,98)	***	1,6(1,28-1,98)	***	1,6(1,28-1,98)	***	1,6(1,28-1,98)	***	1,6(1,28-1,98)	***
M27-30,M34	Pitie alkoholu (aspoň raz za týždeň)	%	n	NA	NA	NA	NA	NA	NA	56,5	46,6	1,1(0,88-1,31)	ns	1,1(0,88-1,31)	ns	1,1(0,88-1,31)	ns	1,1(0,88-1,31)	ns	1,1(0,88-1,31)	ns
M27	Pitie piva (aspoň raz za týždeň)	%	117	109	298	313	441	435	54,2			2,2(1,30-3,66)	***	2,2(1,30-3,66)	***	2,2(1,30-3,66)	***	2,2(1,30-3,66)	***	2,2(1,30-3,66)	***
M28	Pitie vína (aspoň raz za týždeň)	%	7,4	3,5	14,3	9,4	28,8	15,5	59			3,0(2,15-4,07)	***	3,0(2,15-4,07)	***	3,0(2,15-4,07)	***	3,0(2,15-4,07)	***	3,0(2,15-4,07)	***
M29	Pitie liehovín (aspoň raz za týždeň)	%	25	17	82	39	151	59	7,3			2,5(0,78-8,30)	ns	2,5(0,78-8,30)	ns	2,5(0,78-8,30)	ns	2,5(0,78-8,30)	ns	2,5(0,78-8,30)	ns
M30,40	Pitie iných druhov alkohol. (aspoň raz za týždeň)	%	4,2	2,6	10,0	4,3	19,0	7,3	2,9			1,9(1,37-2,65)	***	1,9(1,37-2,65)	***	1,9(1,37-2,65)	***	1,9(1,37-2,65)	***	1,9(1,37-2,65)	***
R88	Nadmerné pitie (viac ako 1 nápoj)	%	1,5	0,6	2,5	1,7	6,4	2,9	61			1,5(0,97-2,29)	ns	1,5(0,97-2,29)	ns	1,5(0,97-2,29)	ns	1,5(0,97-2,29)	ns	1,5(0,97-2,29)	ns
M35	Opitnosť (aspoň 2x za život)	%	1,0	0,8	4,3	3,9	13,6	7,6	7,6			1,6(1,18-2,26)	***	1,6(1,18-2,26)	***	1,6(1,18-2,26)	***	1,6(1,18-2,26)	***	1,6(1,18-2,26)	***
M41	Opitnosť (aspoň raz za posledných 30 dní)	%	18	8	51	39	101	66	8,3			1,4(1,14-1,70)	***	1,4(1,14-1,70)	***	1,4(1,14-1,70)	***	1,4(1,14-1,70)	***	1,4(1,14-1,70)	***
M36	Skorá iniciácia pitia alkohol. 15-ročných (x<13 rokov)	%	3,1	1,2	6,3	4,3	12,9	8,3	446			1,5(1,20-1,81)	***	1,5(1,20-1,81)	***	1,5(1,20-1,81)	***	1,5(1,20-1,81)	***	1,5(1,20-1,81)	***
		%	5,1	2,3	15,1	14,4	43,6	56,4	251			1,2(0,87-1,56)	ns	1,2(0,87-1,56)	ns	1,2(0,87-1,56)	ns	1,2(0,87-1,56)	ns	1,2(0,87-1,56)	ns
		%	14	5	101	98	319	251	31,1			2,2(1,16-3,99)	***	2,2(1,16-3,99)	***	2,2(1,16-3,99)	***	2,2(1,16-3,99)	***	2,2(1,16-3,99)	***
		%	2,4	0,8	12,3	10,7	40,0	31,1	18,9			1,6(1,25-1,94)	***	1,6(1,25-1,94)	***	1,6(1,25-1,94)	***	1,6(1,25-1,94)	***	1,6(1,25-1,94)	***
		%	30	16	97	90	193	152	208												
		%	5,1	2,5	11,9	10,0	24,4	18,9	27,0												
		%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA												
		%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA												

	Výskyt						Rodové rozdiely				Vekové rozdiely			
	11-roční			13-roční			15-roční		chlapci vs. dievčatá	chlapci	13-roční		dievčatá	
	ch	d	NA	ch	d	NA	ch	d			11vs15	OR(95%CI)	11vs15	OR(95%CI)
M37	n	NA	NA	NA	NA	NA	100	98			13vs15	OR(95%CI)	13vs15	OR(95%CI)
	%	NA	NA	NA	NA	NA	13,8	12,8						
SK5	n	39	28	127	129	289	213	213						
	%	65,0	71,8	67,2	75,4	74,3	69,6	69,6						
M42	n	NA	NA	NA	NA	NA	153	95						
	%	NA	NA	NA	NA	NA	20,9	12,3						
M44	n	NA	NA	NA	NA	NA	62	23						
	%	NA	NA	NA	NA	NA	8,5	3,0						
SK6	n	NA	NA	NA	NA	NA	94	42						
	%	NA	NA	NA	NA	NA	74,0	65,6						
	%													

² Respondenti, ktorým neodmietli predat alkohol, keď si ho chceli kúpiť v obchode, bare diskonte a pod. (Počítané z tých respondentov, ktorí uviedli niektorú z odpovedí okrem „Nekupoval/a som alkohol“)

³ 15 roční respondenti, ktorí uviedli, že považujú za ľahké obstarat' si marihuanu (Počítané z tých, čo neuviedli „neužívam marihuanu“)

Sexuálne správanie školákov

		Výskyt						Rodové rozdiely				Vekové rozdiely			
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční OR(95%CI)	13-roční OR(95%CI)	15-roční OR(95%CI)		11vs15 OR(95%CI)	13vs15 OR(95%CI)	11vs15 OR(95%CI)	13vs15 OR(95%CI)
		ch	d	ch	d	ch	d								
Skúsenosť s pohlavným stykom (áno)	M45	n	NA	NA	NA	108	77								
		%	NA	NA	NA	15,2	10,0			1,6(1,18-2,20)	**				
Hormonálna antikoncepcia (áno)	M49	n	NA	NA	NA	21	15			1,2(0,54-2,45)					
		%	NA	NA	NA	22,1	24,6			ns					
Kondómy (áno)	M50	n	NA	NA	NA	84	56			1,1(0,52-1,99)					
		%	NA	NA	NA	74,3	74,7			ns					
Prerušovaný styk (áno)	M51	n	NA	NA	NA	20	27			2,7(1,33-5,47)					
		%	NA	NA	NA	22,2	43,5			**					
Tabletka „po“ (áno)	M52	n	NA	NA	NA	9	8			1,6(0,56-4,29)					
		%	NA	NA	NA	9,9	14,5			ns					
Horm. antikoncepcia v náplastach (áno)	M49	n	NA	NA	NA	6	2			0,6(0,11-2,92)					
		%	NA	NA	NA	6,6	3,8			ns					
Iná metóda antikoncepcie (áno)	M53	n	NA	NA	NA	13	6			0,8(0,28-2,22)					
		%	NA	NA	NA	14,8	12,0			ns					
Nebol si istý akú metódu použil (áno)	M54	n	NA	NA	NA	13	8			1,1(0,43-2,90)					
		%	NA	NA	NA	14,9	16,3			ns					
Použitie kondómu pri poslednom styku (áno)	M55	n	NA	NA	NA	65	44			0,8(0,44-1,45)					
		%	NA	NA	NA	63,1	57,9			ns					

Rodinné prostredie

		Výskyt										Rodové rozdiely				Vekové rozdiely			
												chlapci vs. dievčatá				chlapci			
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční			
ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)		
Komunikácia s otcom (ľahká+veľmi ľahká)	M82	n	371	398	492	384	434	283				0,7(0,53-0,90)	0,4(0,35-0,52)	0,4(0,32-0,49)	0,5(0,36-0,60)	0,7(0,60-0,85)	0,3(0,21-0,34)		
		%	75,3	67,7	67,3	46,7	58,6	36,0			ns		***	***	***	***	***	***	
Komunikácia s matkou (ľahká+veľmi ľahká)	M84	n	429	517	580	617	539	559			1,0(0,70-1,41)	0,7(0,58-0,93)	1,0(0,77-1,19)	0,4(0,30-0,54)	0,7(0,52-0,85)	0,4(0,29-0,51)	0,9(0,70-1,08)		
		%	86,5	86,5	79,3	73,8	71,9	70,9			***	***	ns	***	***	***	ns		
Kontrola otcom-čas po škole (vie veľa)	FC8	n	312	383	414	424	375	343			1,0(0,78-1,31)	0,8(0,65-0,97)	0,8(0,64-0,95)	0,5(0,41-0,66)	0,8(0,62-0,93)	0,4(0,32-0,50)	0,7(0,61-0,90)		
		%	66,0	66,3	57,2	51,4	50,2	44,0			ns	*	*	***	**	***	**		
Kontrola matkou-čas po škole (vie veľa)	FC3	n	394	494	541	638	515	616			1,2(0,86-1,64)	1,1(0,90-1,44)	1,7(1,32-2,10)	0,5(0,36-0,63)	0,7(0,58-0,92)	0,7(0,50-0,89)	1,1(0,84-1,35)		
		%	82,3	84,6	75,1	77,4	68,8	78,6			ns	ns	***	***	**	**	ns		

Rovesníci

		Výskyt						Rodové rozdiely chlapci vs. dievčatá				Vekové rozdiely chlapci				dievčatá	
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční	13-roční	15-roční		11vs15	13vs15	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)		
Rizikové správanie rovesníkov - fajčenie	SK83	n	NA	NA	NA	176	186										
	%	NA	NA	NA	NA	23,9	24,1			1,0(0,78-1,26)	ns						
Rizikové správanie rovesníkov – pitie alk.	SK84	n	NA	NA	NA	234	234										
	%	NA	NA	NA	NA	31,8	30,3			1,1(0,87-1,34)	ns						
Rizikové správanie rovesníkov - opitost'	SK85	n	NA	NA	NA	168	154										
	%	NA	NA	NA	NA	22,9	19,9			1,2(0,93-1,52)	ns						
Rizikové správanie rovesníkov - marihuana	SK86	n	NA	NA	NA	46	18										
	%	NA	NA	NA	NA	6,3	2,3			2,8(1,61-4,88)	***						
Rizikové správanie rovesníkov – pohl. styk	SK89	n	NA	NA	NA	78	85										
	%	NA	NA	NA	NA	10,6	11,0			1,0(0,69-1,33)	ns						
Sociálna opora rovesníkov v triede	M108-110	n	248	263	337	340	321	1,1(0,87-1,37)	1,2(0,95-1,41)	1,3(1,04-1,55)	*	0,9(0,70-1,08)	0,8(0,68-1,01)	1,0(0,82-1,26)	0,9(0,75-1,11)		
	%	42,8	40,6	41,5	37,9	46,1	40,2	ns	ns	*		ns	ns	ns	ns		
Počet blízkych kamarátov (3 a viac)	M91,	n	452	547	677	651	642	0,6(0,42-0,95)	1,0(0,77-1,40)	1,5(1,15-2,03)		1,1(0,77-1,55)	1,0(0,75-1,39)	2,7(1,85-3,80)	1,5(1,14-1,96)		
	M92	%	88,6	92,6	87,9	87,5	82,4	*	ns	**		ns	ns	***	**		
Čas trávený po škole s rovesníkmi (4 a viac)	M93	n	244	283	456	435	404	1,0(0,79-1,27)	1,3(1,08-1,59)	1,3(1,07-1,60)	**	0,7(0,53-0,83)	1,0(0,82-1,23)	0,9(0,70-1,07)	1,0(0,83-1,22)		
	%	48,1	48,1	58,6	51,9	58,5	51,8	ns	**	**		***	ns	ns	ns		
Čas trávený večer s rovesníkmi (4 a viac)	M94	n	148	139	278	321	302	1,3(1,02-1,76)	1,0(0,79-1,18)	1,1(0,85-1,29)		0,6(0,49-0,80)	0,9(0,69-1,04)	0,5(0,39-0,63)	0,9(0,75-1,12)		
	%	29,4	23,7	35,8	36,6	39,8	38,7	*	ns	ns		***	ns	***	ns		

Subkultúry mládeže

		Výskyt						Rodové rozdiely				Vekové rozdiely			
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční	
		ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d	ch	d
Hip-hop	SK81	n	NA	NA	NA	209	150	OR(95%CI)		OR(95%CI)		OR(95%CI)		OR(95%CI)	
		%	NA	NA	NA	32,0	20,7	1,6(1,23-1,97)		***					
Punk	SK81	n	NA	NA	NA	23	28	0,8(0,47-1,45)		ns					
		%	NA	NA	NA	3,5	3,9								
Skinheads	SK81	n	NA	NA	NA	11	0								
		%	NA	NA	NA	1,7	0	ns							
Technoscéna	SK81	n	NA	NA	NA	77	60	1,3(0,93-1,89)		ns					
		%	NA	NA	NA	11,8	8,3								
Metal	SK81	n	NA	NA	NA	67	25	2,9(1,79-4,59)		***					
		%	NA	NA	NA	10,2	3,4								
Kresťanské spoločenstvá	SK81	n	NA	NA	NA	8	34	0,2(0,11-0,50)		***					
		%	NA	NA	NA	1,2	4,7								
Iná	SK81	n	NA	NA	NA	46	80	0,6(0,38-0,81)		**					
		%	NA	NA	NA	7,0	11,0								
Subkultúry mládeže Žiadna	SK81	n	NA	NA	NA	213	349	0,5(0,39-0,59)		***					
		%	NA	NA	NA	32,6	48,1								

		Výskyt				Rodové rozdiely chlapci vs. dievčatá								Vekové rozdiely chlapci				dievčatá			
		11-roční		13-roční		15-roční		11-roční		13-roční		15-roční		11vs15		13vs15		11vs15			
		ch	d	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)		
Spokojnosť so školou (veľmi sa mi páči)	M44	n	132	248	130	194	81	208		2,1(1,61-2,65)	1,4(1,13-1,85)	3,1(2,32-4,05)	1,6(1,22-2,21)	2,6(1,90-3,46)	1,7(1,38-2,16)	0,8(0,62-0,97)					
		%	22,5	37,5	15,7	21,2	10,2	25,8		***	***	***	***	***	***	***	*				
Stres v škole dosť+veľmi pod tlakom)	M46	n	105	86	190	201	159	120		0,7(0,51-0,95)	0,9(0,75-1,18)	0,7(0,54-0,91)	1,2(0,94-1,52)	0,9(0,66-1,14)	0,9(0,64-1,16)	1,6(1,26-2,07)					
		%	17,8	13,1	23,0	22,1	20,0	14,9		*	ns	**	ns	ns	ns	ns	***				
Školský výkon (veľmi dobre+dobre)	M43	n	411	532	510	637	431	605		1,8(1,40-2,38)	1,4(1,17-1,74)	2,5(2,05-3,14)	1,4(1,11-1,65)	2,0(1,56-2,44)	1,4(1,11-1,65)	0,8(0,61-0,94)					
		%	70,1	81,1	62,0	69,9	54,6	75,3		***	***	***	**	***	**	*					
Neospravedlnené absencie (aspoň raz)	M57	n	304	119	472	217	395	194		5,0(3,85-6,45)	4,3(3,49-5,28)	3,3(2,62-4,02)	1,08(0,87-1,34)	1,08(0,87-1,34)	0,7(0,55-0,91)	1,0(0,77-1,23)					
		%	53,1	18,5	57,6	24,1	51,2	24,4		***	***	***	ns	ns	**	ns					
Účasť na fyzickej bitke (aspoň raz)	SK18	n	94	73	170	183	243	260		1,5(1,10-2,13)	1,0(0,81-1,30)	0,9(0,75-1,14)	0,6(0,47-0,73)	0,4(0,33-0,57)	0,3(0,20-0,35)	0,5(0,42-0,65)					
		%	16,0	11,1	20,5	20,0	30,6	32,3		*	ns	ns	***	***	***	***	***				
Obet šikanovania (aspoň 2-3 krát/mes.)	M32	n	91	64	109	92	48	53		1,7(1,23-2,43)	1,4(1,01-1,82)	0,9(0,62-0,39)	2,3(1,64-3,33)	2,8(1,97-4,12)	1,5(1,05-2,24)	1,6(1,12-2,27)					
		%	15,9	9,8	13,4	10,2	6,2	6,6		***	*	ns	***	***	*	**					
Aktér šikanovania (aspoň 2-3 krát/mes.)	M31	n	89	53	131	103	134	84		2,0(1,43-2,94)	1,5(1,11-1,93)	1,8(1,31-2,36)	0,9(0,71-1,20)	0,5(0,67-1,21)	0,8(0,54-1,11)	1,1(0,82-1,51)					
		%	15,6	8,3	16	11,5	17	10,5		***	***	***	ns	ns	ns	ns	ns				

Zdravie a so zdravím súvisiace správanie rómskych školákov

	Výskyt						Etnické rozdiely Rómovia vs. Nerómovia			
	11-roční		13-roční		15-roční		11-roční	13-roční	15-roční	
	R	nR	R	nR	R	nR	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	
Celkové zdravie (nie veľmi dobré+zlé)	n %	4 18,2	101 8,2	206 12,1	8 25,0	197 12,5	2,5(0,82-7,47)	0,3(0,08-1,43)	2,3(1,03-5,24)	*
Životná spokojnosť (spokojní, 6+)	n %	21 95,5	1049 85,8	32 81,3	23 71,9	1283 82,0	3,5(0,46-25,91)	0,7(0,36-1,51)	0,6(0,26-1,23)	ns
Úrazy (výskyt)	n %	5 23,8	323 26,9	24 31,3	10 31,2	482 31,0	0,8(0,31-2,34)	2,6(1,44-4,81)	1,0(0,48-2,15)	ns
Každodenná fyzická aktivita	n %	7 33,3	307 25,7	7 22,2	7 21,9	307 19,7	1,4(0,58-3,62)	0,8(0,34-1,45)	1,1(0,49-2,66)	ns
Fajčenie (aspoň raz za týždeň)	n %	1 4,5	20 1,6	7 16,7	7 21,9	296 18,9	2,9(0,37-22,51)	2,5(1,08-5,71)	1,2(5,16-2,81)	ns
Konzumácia alkoholu (aspoň raz za týždeň)	n %	0 0,0	64 5,3	3 8,6	8 27,6	333 21,7		0,8(0,23-2,51)	1,4(0,61-3,14)	ns
Užívanie marihuany (aspoň raz v živote)	n %	NA	NA	NA	NA	244			1,0(0,33-2,88)	ns
Pohlavný styk (áno)	n %	NA	NA	NA	NA	16,5			1,0(0,31-3,48)	ns
Šikanovanie (aspoň 2-3 krát za mesiac)	n %	3 14,3	152 12,6	10 22,7	5 15,6	96 6,2	1,2(0,34-3,97)	2,3(0,11-4,70)	2,8(1,05-7,40)	*

ISBN 978-80-89284-73-3

ISBN 978-80-89284-73-3



9 788089 284733