

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

HBSC Slovenija 2002

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju



Poročilo o raziskavi

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA REPUBLIKE SLOVENIJE

Z ZDRAVJEM POVEZANO VEDENJE

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

Ljubljana, junij 2006

HBSC (Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National survey/study) je mednarodna raziskava, ki so jo v letu 2001/2002 izvedli v 36 državah.

www.hbsc.org

Mednarodni koordinativni center

Candance Currie

CAHRU – Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh,
Scotland, United Kingdom

Data Bank Manager

Oddrum Samdal

Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, Norway

Izvedbo raziskave so omogočili:

Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport,

Ministrstvo za zdravje (CRP, šifra projekta V5-0568-1027),

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Avorice besedila:

Eva Stergar, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

Nina Scagnetti, Inštitut za varovanje zdravja RS

Vesna Pucelj, Inštitut za varovanje zdravja RS

Natis poročila je omogočilo

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Založil: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Oblikovanje naslovnice: Laura Belopavlovič

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.955

STERGAR, Eva

Z zdravjem povezano vedenje [Elektronski vir] / Eva Stergar,
Nina Scagnetti, Vesna Pucelj. - Ljubljana : Inštitut za varovanje
zdravja Republike Slovenije, 2006

ISBN 961-6202-78-2

1. Scagnetti, Nina 2. Pucelj, Vesna, 1971-
226697728

KAZALO

1.	UVOD.....	6
2.	ZNANSTVENA OSNOVA.....	11
3.	METODE DELA.....	13
4.	VIRI.....	18
5.	DRUŽINA.....	19
6.	SOCIALNO-EKONOMSKA NEENAKOST.....	24
7.	ŠOLA.....	30
8.	ODNOSI Z VRSTNIKI.....	37
9.	PREHRANA IN NAČINI HRANJENJA.....	43
10.	TELESNA DEJAVNOST.....	54
11.	SEDENJE.....	62
12.	ORALNO ZDRAVJE.....	69
13.	SPOLNO VEDENJE.....	73
14.	TRPINČENJE (BULLYING) IN PRETEPANJE.....	79
15.	POŠKODBE.....	88
16.	TVEGANO VEDENJE: UPORABA ALKOHOLA, TOBAKA IN KANABISA.....	93
17.	ZDRAVJE MLADIH.....	107

Dodatek

Seznam tabel in slik

1. UVOD¹

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

1.1 Opis raziskave

1.2 O raziskavi HBSC - Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju

Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC) je mednarodna raziskava, ki poteka v Evropi in Severni Ameriki na podlagi skupne metodologije in v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo (v nadaljevanju SZO), Regionalnim uradom za Evropo.

Pobudo za raziskavo so leta 1982 oblikovali raziskovalci Velike Britanije, Finske in Norveške. Kmalu je projekt prešel pod okrilje Regionalnega urada za Evropo SZO. Prvo anketo med šolarji so izvedli pozimi 1983/84 v že omenjenih treh državah ter v Avstriji. Število sodelujočih držav je iz leta v leto naraščalo, tako da jih je leta 2001/02 sodelovalo že petintrideset². Od š. l. 1985/86 so anketo izvajali v štiriletnih intervalih.

Raziskovalni inštrument je mednarodni standardizirani vprašalnik, ki omogoča zbiranje podatkov v vseh državah in merjenje vzorcev ključnih vrst vedenj, povezanih z zdravjem, kazalcev zdravja in drugih spremenljivk. Na tak način zbrane podatke je možno uporabljati za primerjave med državami.

Ker poteka zbiranje tudi v rednih časovnih intervalih, podatki omogočajo ugotavljanje časovnih trendov v posamezni državi in sprememb med državami. V mednarodnih publikacijah, ki izidejo kmalu po zaključku zbiranja podatkov, so objavljene mednarodne primerjave in spremembe v času za opazovane spremenljivke.

Raziskava ima razvejano organizacijsko strukturo. Za koordinacijo skrbi koordinacijski odbor, ki ga vodi predsednik - mednarodni koordinator. Od leta 1997/98 dalje je to dr. Candace Currie, Research Unit in Health and Behavioural Change, Univerza v Edinburgu, Škotska.

Slovenija je ena redkih držav, ki do leta 2001/02 ni sodelovala v eni najbolj pomembnih mednarodnih raziskav na področju vedenja, povezanega z zdravjem otrok in mladine. Zato smo na Inštitutu za varovanje zdravja RS na pobudo Evropskega urada SZO v letu 2001 začeli z zahtevnimi pripravami na postopek sprejema v pridruženo članstvo v raziskavi. Postopek smo uspešno zaključili 30. maja 2001, ko je večina vodij raziskovalnih timov sodelujočih držav glasovala za naš sprejem. Vse obveznosti v zvezi z raziskavo smo izpolnili, tako da imamo sedaj status polnopravnega člana.

Raziskava o zdravju otrok, vedenju, povezanem z zdravjem, in dejavnikih, ki vplivajo nanj, je bistvena za oblikovanje politike promocije zdravja in za razvoj učinkovite zdravstvene vzgoje. Zdravje mladih je treba preučiti v najširšem smislu, upoštevati je treba telesno,

¹ Glede na to, da gre za mednarodno raziskavo, ki poteka po skupni metodologiji, je poglavje delno povzeto po Currie C et al (eds) *Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey*. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, Scotland, 2001.

² Anglija (Združeno kraljestvo), Avstrija, Belgija (flamsko in francosko govoreče področje), Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Grenlandija (Danska), Hrvaška, Irska, Italija, Izrael, Kanada, Latvija, Litva, Madžarska, Makedonija, Malta, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Ruska federacija, Slovenija, Škotska (Združeno kraljestvo), Španija, Švedska, Švica, Ukrajina, ZDA in Wales (Združeno kraljestvo).

socialno in ekonomsko blaginjo. Pomembno je tudi, da v skladu s perspektivo SZO zdravje pojmuje kot vir vsakdanjega življenja in ne zgolj kot odsotnost bolezni. Raziskava o zdravju otrok mora torej preučiti tako pozitivne plati zdravja kot tudi dejavnike tveganja za slabo zdravje v prihodnosti oziroma za grozeče bolezni. Načini vedenja, ki so del življenjskega sloga mladih, lahko posredno ali neposredno, kratkoročno ali dolgoročno, posežejo v njihovo zdravje, zato je potrebno izmeriti številne spremenljivke. Določeni vedenjski vzorci se pojavijo v adolescenci, druge, npr. v zvezi s prehranjevanjem, pa prevzamejo že mlajši otroci. Uporaba družbene raziskovalne perspektive - v nasprotju s strogo medicinsko - pomeni preučevanje družbe, okolja in psiholoških vplivov oziroma določilnic zdravja otrok in mladostnikov in obnašanja v zvezi z zdravjem. Da bi popolnoma razumeli vzorce obnašanja mladih v zvezi z zdravjem, je torej treba raziskati njihove psihološke lastnosti, družino, šolsko okolje, vrstniške odnose in tudi socialno-ekonomsko okolje, v katerem mladostniki odraščajo.

1.3 Namen in cilji raziskave

Raziskava HBSC naj bi vzpostavila nov pogled in boljše razumevanje vedenja mladostnikov v zvezi z zdravjem, njihovega zdravstvenega stanja in življenjskega sloga v socialnem kontekstu. Študija je tako mednarodna raziskava kot poizkus spremljanja zdravja šolskih otrok in njihovega vedenja, povezanega z zdravjem. Raziskovalci prihajajo s številnih študijskih področij, za opis, analizo in pojasnjevanje zdravja šolskih otrok in njihovega vedenja, povezanega z zdravjem pa uporabljajo množico različnih konceptualnih in teoretskih modelov.

Glavni cilji mednarodne študije so:

- spodbujati redno izvajanje raziskave o vedenju šolskih otrok, povezanem z zdravjem, in o socialnem kontekstu zdravja šolskih otrok na nacionalni in mednarodni ravni;
- prispevati k teoretskemu, konceptualnemu in metodološkemu razvoju na področju raziskovanja omenjene problematike;
- zbirati ustrezne podatke o šolskih otrocih in spremljati njihovo zdravje in vedenje, povezano z zdravjem;
- prispevati v bazo znanja podatke o vedenju, povezanem z zdravjem, in socialnem kontekstu zdravja šolskih otrok;
- posredovati ugotovitve raziskave ciljnemu občinstvu, vključno z raziskovalci, oblikovalci zdravstvene in izobraževalne politike, promotorji zdravja, učitelji, starši in mladimi samimi;
- povezati ugotovitve s cilji SZO, še posebej tistimi, ki se nanašajo na napredovanje v smeri proti ciljem strategije Zdravje v 21. stoletju, ki se nanašajo na vedenje mladostnikov, povezano z zdravjem;
- podpirati razvoj promocije zdravja med šolskimi otroki;
- promovirati in podpirati nacionalne skupine strokovnjakov za vedenje šolskih otrok, povezano z zdravjem, in socialnim kontekstom njihovega zdravja;
- vzpostaviti in okrepiti mednarodno mrežo strokovnjakov na tem področju.

Cilji slovenske raziskave:

- vpeljati in vzdrževati raziskovanje z zdravjem povezanega vedenja in socialnega konteksta zdravja v šolskem obdobju v Sloveniji;
- prispevati k teoretičnemu, konceptualnemu in metodološkemu razvoju na področju raziskovanja z zdravjem povezanega vedenja in socialnega konteksta zdravja šolskih otrok in mladine v Sloveniji in mednarodno;
- zbrati relevantne podatke o šolskih otrocih in mladini in spremljati razvoj z zdravjem povezanega vedenja šolskih otrok in mladine v Sloveniji v treh starostnih obdobjih;
- prispevati v bazo spoznanj podatke o obnašanju v zvezi z zdravjem, in socialnem kontekstu zdravja šolskih otrok in mladine v Sloveniji;
- prispevati podatke o vedenju, povezanem z zdravjem, in socialnem kontekstu zdravja slovenskih otrok in mladostnikov v mednarodno podatkovno bazo;
- izdelati primerjave o vedenju, povezanem z zdravjem, slovenskih otrok in mladine z mladino v preostalih sodelujočih državah;
- z ugotovitvami seznaniti ustrezne ciljne skupine, kot so raziskovalci, politiki (npr., zdravstvo, šolstvo, znanost, šport, družina, delo, socialne zadeve), učitelji, starši, mladostniki ...;
- prispevati podlago in usmeritve za načrtovanje programov promocije zdravja in vzgoje za zdravje v Sloveniji in mednarodno;
- povezati podatke s cilji strategije Zdravje v 21. stoletju Svetovne zdravstvene organizacije, Urada za Evropo, in prispevati k evalvaciji doseganja ciljev v Sloveniji oziroma Evropi;
- podpirati in promovirati vzpostavitev znanja o vedenju, povezanem z zdravjem, in socialnem kontekstu zdravja šolskih otrok in mladine v Sloveniji in mednarodno;
- sodelovati v mednarodni mreži strokovnjakov na področju proučevanja z zdravjem povezanega vedenja.

Nedvomno je najpomembnejši cilj raziskave pridobiti kakovostne usmeritve za pripravo programov promocije zdravja in vzgoje za zdravje mladine v šolah in drugih okoljih, s katerimi bi vplivali na izboljšanje zdravja otrok in mladine. Programi in projekti promocije zdravja so namreč tem bolj učinkoviti, čim bolj upoštevajo znanstvena spoznanja o stanju v neki populaciji in okolju ter o značilnostih te populacije.

1.4 Sodelovanje Svetovne zdravstvene organizacije

SZO je raziskavo HBSC vzela pod svoje okrilje že v začetni fazi leta 1982 in Evropski urad za sodelovanje s SZO ima vse od tlej pomembno vlogo pri širitvi projekta. SZO vse pogosteje in v vedno večjem obsegu uporablja ugotovitve in rezultate HBSC. Raziskovalni pristop in osredotočenje na življenjski slog in determinante zdravja pa se že skladata s politiko SZO Zdravje za vse. Po drugi strani pa strokovnjaki SZO s svojim znanjem in izražanjem stališč o posebej pomembnih vprašanjih v zvezi z zdravjem vplivajo na razvoj raziskave HBSC.

SZO igra ključno vlogo v koordinacijskem odboru HBSC in prispeva k odločanju o organizacijskem razvoju raziskave. SZO pogosto predstavi nove države – potencialne članice v raziskavi. HBSC je tudi povezana z Evropsko mrežo šol, ki promovirajo zdravje (podpirajo jo Svet Evrope, Evropska skupnost in Evropski urad SZO).

Najvidnejši rezultat sodelovanja med SZO in HBSC raziskavo so serije publikacij *Zdravstvena politika za otroke in mladostnike*, v kateri so zbrana mednarodna poročila vseh HBSC raziskav, da bi le-ta dosegla čim širši krog bralcev, vključno z oblikovalci politike in programov. SZO ima svojega predstavnika tudi v Skupini za razvoj politike.

Pomemben element podpore SZO je ustanovitev SZO Kolaborativnih centrov za HBSC na Škotskem in Norveškem, v Walesu in Nemčiji.

1.5 Organizacijska struktura HBSC

Študijo v bistvu predstavlja mreža posameznih raziskovalcev z univerzitetnih oddelkov, raziskovalnih centrov ali organizacij, vladnih ali drugih institucij (vodje raziskave in njihovi nacionalni timi), ki sodelujejo s SZO. V okviru HBSC deluje vrsta delovnih skupin s povsem konkretno odgovornostjo. V skupinah lahko sodelujejo posamezni člani nacionalnih delovnih skupin, prav tako se lahko potegujejo za eno od dveh vlog: mednarodni koordinator in upravnik banke podatkov. Prvi je odgovoren za koordinacijo študije in deluje kot ključna vez s SZO, drugi pa skrbi za bazo mednarodnih podatkov. Trenutno je v HBSC včlanjenih več kot sto posameznikov, od katerih je dobra polovica aktivno sodelovala pri raziskavi 2001/02.

Glavne odločitve sprejema Skupščina, ki jo sestavljajo vse vodje nacionalnih raziskav. O pomembnih vprašanjih o razvoju študije v znanstvenem, političnem in organizacijskem smislu se izrekajo z glasovanjem.

Koordinacijski odbor je telo, ki svetuje mednarodnemu koordinatorju in ga podpira pri sprejemanju odločitev v zvezi z upravljanjem, organizacijo in napredkom študije. Koordinacijski odbor sestavljajo:

- mednarodni koordinator,
- upravnik banke podatkov,
- predstavnik SZO,
- predstavnik Skupine za razvoj znanosti,
- predstavnik Skupine za razvoj politike,
- štiri člani, ki jih izvoli Skupščina.

Štiri izvoljeni člani Koordinacijskega odbora zastopajo severno, osrednjo, južno in vzhodno Evropo.

1.6 Delovne skupine

Po raziskavi 1997/98 so HBSC skupino doletele velike organizacijske spremembe. Zaradi naglega povečanja sodelujočih držav obstoječa organizacijska struktura ni več zadostno predstavljala pogledov in prizadevanj vseh članic. Zato se je na mednarodnem srečanju junija 1998 v Rigi izoblikoval sistem tako imenovanih žariščnih skupin za naslednja posebna področja:

- prehranjevanje in diete
- telesna dejavnost,
- tvegano vedenje,
- nasilje in poškodbe,
- družinska kultura,
- vrstniška kultura,
- pozitivno zdravje/šolsko okolje,
- socialna neenakost.

Žariščna skupina je odgovorna za vsa področja dela znotraj svojega področja – od konceptualnega razvoja in izdelave znanstvene osnove do razvoja novih postavk. Da bi žariščne skupine vzdrževale medsebojno komunikacijo in druga drugo spodbujale k novim idejam, je vsaka izmed njih imenovala predstavnika za povezavo z vsemi drugimi skupinami. Žariščne skupine izvolijo predstavnike v Skupino za znanstveni razvoj, ki jo vodi mednarodni koordinator, odgovoren za pregled in usklajevanje dela posameznih žariščnih skupin in izboljšavo celotnega konceptualnega okvirja. Vsaka žariščna skupina pa ima tudi predstavnika v Skupini za razvoj politike, katere naloga je ustvariti politični okvir, vključno s strategijo izdelave in širjenja mednarodnega poročila raziskave 2001/02.

1.7 Komunikacija znotraj mreže HBSC

Člani HBSC se sestanejo dvakrat letno: na spomladanskem srečanju, odprtem za vse, in jesenskem srečanju, ki je namenjeno poglobljenemu delu žariščnih skupin. Da bi komunikacija med srečanji potekala kar najbolj učinkovito, so dostopni sezname elektronskih naslovov. Po njih lahko potujejo informacije o uspehu in razvoju različnih delovnih skupin, Skupščina pa po elektronski pošti tudi glasuje o zadevah, ki jih je treba rešiti med dvema srečanjema. Prav tako deluje spletna stran z naslovom <http://www.hbsc.org> kot način komunikacije znotraj mreže in zanesljiv vir informacij za zunanjo uporabo.

2. ZNANSTVENA OSNOVA

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

2.1 Konceptualni pristopi, uporabljeni pri razvoju študije

HBSC izvira v vedenjskih in socialnih vedah. Zametek študije je bil trdno zakoreninjen v pristopu življenjskega sloga, saj so si njeni izvajalci prizadevali analizirati razmerje med osebo in okoljem s socialno-psihološkega in ekološkega vidika, upoštevajoč makrosocialni kontekst (1). Pristop življenjskega sloga, ki se uporablja v HBSC, preučuje kompleksna razmerja, ki obstajajo med spremenljivkami v zvezi z življenjskim slogom (v tem primeru skupine obnašanj v zvezi z zdravjem), ter njihovim socialnim in okoljskim kontekstom. Opisati in analizirati poskuša, kako bi lahko bile te spremenljivke povezane z zdravjem. V pričujočem modelu je vedenje, povezano z zdravjem, mogoče razumeti kot pot, po kateri ekološki, socialni in psihološki dejavniki delujejo vzajemno in vplivajo na zdravje.

Utemeljitelji študije so »življenjski slog« opredelili kot »sorazmerno stabilen vzorec vedenja, navad, stališč in vrednot, značilnih za skupine, ki jim posamezniki pripadajo ali želijo pripadati.« Osrednje zanimanje študije so z zdravjem povezani pojavi življenjskega sloga, zlasti vedenje. Za ugotavljanje in razumevanje širšega socialnega konteksta zdravja pa vključuje tudi socialne in okoljske pojave, kot so sestava družine in vrstniški odnosi, in demografske pogoje, kot je socialno-ekonomski status. Za z vedenje, povezano z zdravjem, so menili, da ga sooblikujejo strukturalni, kulturni, socialni in psihološki dejavniki in konteksti. Na makro ravni je kot pomemben sestavni del modela treba upoštevati politiko, izobrazbo in ozaveščenost.

Študija HBSC služi predvsem spremljanju zdravja mladih, vendar pa skuša tudi prispevati k boljšemu razumevanju tega pojava. Gre za projekt generiranja znanja ter širjenja in poglobljanja informacij, ki jih ne zasledimo v drugih študijah. Slednje imajo pogosto površno teoretsko osnovo in zato bolj malo prispevajo k razumevanju vedenjskih vzorcev.

Od samega začetka je eden od osnovnih ciljev študije informirati politiko in prakso promocije zdravja na osnovi boljšega razumevanja vzorcev in povezav različnih z zdravjem povezanih načinov vedenja v njihovem socialnem kontekstu.

Pristop življenjskega sloga k proučevanju zdravja, ki so ga prevzeli utemeljitelji študije, je vodil načrtovanje zbiranja podatkov. Glavne kategorije »pomembnih skupin vprašanj« zajemajo:

1. za zdravje koristne in zdravju škodljive pojave vedenja in navade,
2. osebnostne lastnosti,
3. zaznavanje okoljskih (fizičnih in socialnih) pogojev,
4. zaznavanje lastnega zdravja,
5. demografske spremenljivke.

2.2 Razvoj konceptualnega okvirja

V zadnjih letih so rabo termina »življenjski slog« nadomestili preprostejši izrazi o zdravju, z zdravjem povezanim vedenjem, osebnostnih in kontekstualnih dejavnikih. Ta sprememba ustreza širokemu pristopu socialnih okolij/kontekstov, ki je postal splošen okvir, ki ga uporablja mednarodna raziskovalna skupina. Rast študije in širjenje mednarodne

raziskovalne mreže poudarjata in spodbujata multidisciplinarnost študijskega pristopa. Študijo je obogatilo sodelovanje novih članov z različnih raziskovalnih področij, kar je imelo za rezultat »stapljanje« konceptualnih pristopov.

Obstajajo najmanj trije glavni konceptualni pristopi, integrirani v raziskavo HBSC:

1. **Socialno-psihološki pristop**, ki vsebuje pristop življenjskega sloga in pristop bolj splošnega socialnega okolja/konteksta. Ta paradigma lahko obsega razvojne perspektive in pristope, ki upoštevajo psihološke dejavnike, kot so sposobnost obvladovanja problemov, samospoštovanje, zaznana socialna podpora in pritisk, za razlage zdravja in z zdravjem povezanega vedenja na ravni posameznika.
2. **Pristop javnega zdravja oziroma epidemiološki pristop**, vključno z nadzorom, preučevanjem populacij s tveganjem, trendov, ugotavljanjem dejavnikov tveganja. Mednarodno spremljanje zdravja in obnašanja, povezanega z zdravjem mladih, je privlačno za politike, načrtovalce programov in za končne uporabnike, ki so zainteresirani za evalvacijo.
3. **Makrosociološki oziroma večnivojski pristop**, ki lahko vključuje: raziskovanje vzročnih modelov za proučevanje dejavnikov tveganja in sprožilnih dejavnikov znotraj socialnega okolja in okoliščin; izvajanje raziskovanja, ki ga vodi teorija, ali raziskovanja, ki gradi teorijo; uporaba multivariatnih in večnivojskih analiz; odkrivanje spremenljivk socialne strukture/sistema za boljše razumevanje odvisnih spremenljivk. Ta pristop je morda najnovejša izboljšava HBSC, saj je z njim mogoče raziskati različne ravni podatkov; na primer posameznika, šolsko ali nacionalno politiko.

Vse tri perspektive so pomembne in legitimne za HBSC, vsi trije pristopi pa so tudi komplementarni in se v resnici prekrivajo. Rezultat tega multidisciplinarnega načrta študije so bogate baze podatkov, ki jih je mogoče uporabiti za različne namene od proučevanja zdravja in z zdravjem povezanega vedenja dijakov, kot ga zaznavajo in opisujejo oni sami, do evalvacije programov promocije zdravja in ukrepov na nacionalni ali lokalni ravni.

3. METODE DELA

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

HBSC je raziskava, ki poteka v šolah. Temelji na podatkih, zbranih z vprašalnikom, ki ga učenci/dijaki izpolnjujejo v učilnicah. Starost ciljnih skupin je 11, 13 in 15 let. Vzorec zajema približno 1.500 predstavnikov vsake starostne skupine v vseh sodelujočih deželah.

3.1 Vzorčenje

3.1.1 Načrt raziskave

Za kar najbolj natančno predstavitev sprememb, ki jih mladi v adolescenci občutijo v zvezi s svojim zdravjem, naj bi služila metodologija longitudinalne študije; to je večletno spremljanje določenih posameznikov. Takšna raziskava ne bi bila samo draga, ampak bi bila tudi iskanje dijakov in dostop do njih zelo težavna. Načrt pričujoče raziskave, katere pristop je v bistvu presečen, je poizkus simulacije longitudinalnega spremljanja. Tri starostne skupine so izbrane z razmikom enega leta med vsakim parom starosti. Časovne periode so izbrane tako, da zajamejo začetek adolescence – 11 let; telesne in čustvene spremembe – 13 let; in srednja leta adolescence, ko je potrebno začeti sprejemati pomembne življenjske in poklicne odločitve – 15 let.

Pomembno je, da vsaka država oblikuje raziskovalni načrt tako, da zadovolji potrebo po veljavni primerjavi v času in med regijami. Da zadovolji tudi potrebo po mednarodnih primerjavah, pa mora vzorec v vsaki sodelujoči državi biti zasnovan na enak način. Veljavne mednarodne primerjave so še posebej pomembne za poudarjanje podobnosti in razlik med različnimi državami. Prav tako je tudi za raziskovalce zdravja pomembno, da je vzorec reprezentativen, saj tako lahko zaupajo rezultatom raziskave za načrtovanje programov promocije zdravja. Za mnoge države so spremembe v času v njihovi državi pomembnejše kot mednarodne primerjave, ker jim to omogoča oceno promocije zdravja na nacionalni ravni.

3.1.2 Ciljna populacija in vzorec

Specifične populacije, izbrane za vzorec raziskave 2001/02, zajemajo všolane otroke in mladostnike, stare 11, 13 in 15 let. V šolskem letu 2001/02 je v Sloveniji večina otrok še obiskovala osemletno osnovno šolo, nekateri že devetletko. Večina 11-letnikov je obiskovala 5. razred OŠ, večina 13-letnikov 7. razred OŠ oziroma 8. razred devetletke, večina 15-letnikov pa prvi letnik srednjih šol.

V načrtu vzorčenja smo se odločili, da bo enota vzorčenja oddelek. Da bi lahko izbrali slučajne vzorce 11-, 13- in 15-letnikov, smo izdelali sezname vseh oddelkov 5., 7. oziroma 8. razreda (devetletke) in prvega letnika srednjih šol po vrsti programa. V Tabeli 1 prikazujemo vpis v 5., 7. oziroma 8. razred osnovnih šol in v 1. letnik srednjih šol po vrsti programa.

Tabela 1. Podatki o ciljni populaciji v š. l. 2001/02

RAZRED/LETNIK	ŠT. ODDELKOV	ŠT. UČENCEV/ DIJAKOV	ŠT. FANTOV
5. r. OŠ	1040	22075	11224
7. + 8. r. OŠ (tudi devetletke)	1112	24239	12416
1. letnik gimnazije	318	9600	3905
1. letnik srednje tehniške in strokovne šole	311	8923	4703
1. letnik srednje poklicne šole	312	8114	5142
1. letnik nižje poklicne šole	66	954	751
Skupaj	3159	73905	38141

Po priporočilu mednarodne metodologije se v vsako starostno skupino izbere približno 1.500 subjektov, ki naj bi sodelovali v anketiranju. Izdelali smo slučajni vzorec učencev/učenk 5. in 7. razredov in stratificirani slučajni vzorec dijakov/dijakinj prvega letnika. Velikosti vzorcev so prikazane v Tabeli 2.

Tabela 2. V vzorec izbrani razredi v š. l. 2001/02

RAZRED/LETNIK	ŠT. ODDELKOV	ŠT. UČENCEV/ DIJAKOV	ŠT. FANTOV
5. r. OŠ	78	1649	832
7. + 8. r. OŠ (tudi devetletke)	77	1656	842
1. letnik gimnazije	19	573	259
1. letnik srednje tehniške in strokovne šole	19	529	258
1. letnik srednje poklicne šole	18	428	275
1. letnik nižje poklicne šole	4	64	54
Skupaj	215	4899	2520

Na našo prošnjo, da bi izbrani oddelki sodelovali v raziskavi, so se odzvali prav vsi v vzorec izbrani oddelki iz vseh šol. Odziv prikazujemo v Tabeli 3, iz katere je razvidno, da je v raziskavi sodelovalo 92,8% vseh v vzorec izbranih oseb. Največji odziv je bil med 11-letniki, najmanjši med dijaki srednjih poklicnih šol. S starostjo narašča odsotnost od pouka: med 11-letniki je bilo v času anketiranja odsotnih 3,5% učencev/učenk, med 13-letniki 7,5% učencev/učenk, med 15-letniki pa kar 10,8% dijakov/dijakinj.

Tabela 3. Odziv na anketiranje

RAZRED/LETNIK/ STAROST	ŠT. ODDELKOV	ŠT. UČENCEV/ DIJAKOV	ODZIV (v %)
5. r. OŠ (11)	78	1591	96,5
7. + 8. r. OŠ (tudi devetletke) (13)	77	1531	92,5
1. letnik gimnazije (15)	19	518	90,4
1. letnik srednje tehniške in strokovne šole (15)	19	477	90,2
1. letnik srednje poklicne šole (15)	18	370	86,4
1. letnik nižje poklicne šole (15)	4	57	89,1
Skupaj	215	4544	92,8

V procesu pregledovanja je bilo iz različnih razlogov (predvsem neresno izpolnjevanje) izločenih 30 vprašalnikov. V bazo podatkov je bilo zapisanih 4.514 zapisov.

Tabela 4. *Struktura baze podatkov po starosti in spolu*

STAROST	ŠTEVILO ZAPISOV	% ZAPISOV	OD TEGA FANTJE	% FANTOV
11	1573	34,8	800	34,8
13	1522	33,7	750	32,6
15	1419	31,4	748	32,6
SKUPAJ	4514	99,9	2298	100,0

Datoteko smo po opravljenih kontrolah poslali v Bergen v mednarodno banko podatkov. Tam so izvedli čiščenje podatkov in izločili 217 zapisov. Zapise se izločili, če je manjkal bodisi podatek o spolu ali razredu, če je bila starost zunaj določenega razpona ali pa je bilo preveč manjkajočih vrednosti.

Da bi bilo 90% starosti v razponu povprečna starost +/- pol leta, so izločili še 346 zapisov. Končno število se je tako zmanjšalo na 3.956 zapisov. V Tabeli 4 prikazujemo končni vzorec po starosti in spolu.

Tabela 5. *Končna struktura baze podatkov po starosti in spolu*

STAROST	FANTJE % (N)	DEKLETA % (N)	VSI % (N)
11 let	37,2 (743)	37,3 (731)	37,3 (1474)
13 let	34,9 (696)	36,6 (717)	35,7 (1413)
15 let	27,9 (557)	26,1 (512)	27,0 (1069)
SKUPAJ	100,0 (1996)	100,0 (1960)	100,0 (3956)

V končnem vzorcu je bilo 50,5 % fantov in 49,5 % deklet.

3.2 Raziskovalni instrument - vprašalnik

3.2.1 Ozadje

Standardni mednarodni vprašalnik za vsako raziskavo HBSC je rezultat sodelovanja med člani raziskovalne mreže HBSC, kjer so zastopane vse države članice. Dogovori o vprašalniku potekajo na mednarodnih srečanjih pa tudi po elektronski pošti. Države članice morajo v vprašalnik vključiti vse obvezne postavke, vprašanja pa se morajo skladati z obliko, predpisano v raziskovalnem protokolu, kolikor to dopušča prevod.

Mednarodni vprašalnik HBSC obsega niz obveznih vprašanj o demografskih, vedenjskih in psihosocialnih vidikih zdravja. Razen teh jedrnih vprašanj je bil v vsaki raziskavi v vprašalnik vključen še niz žariščnih vprašanj, ki pa se z vsako raziskavo spreminjajo.

3.2.2 Obvezna vprašanja v študiji 2001/02

Standardni mednarodni vprašalnik raziskave 2001/02 je rezultat pregleda in izboljšav ter predelav jedrnega instrumenta prejšnjih raziskav.

Namen je bil ustvariti raziskovalni instrument, ki se osredinja na glavne kontekstualne in vedenjske dejavnike zdravja mladih. Za raziskavo 2001/02 so bila prvič v vprašalnik uvrščena tudi vprašanja o uporabi ilegalnih drog (kanabisa) in spolnemu vedenju (samo za 15-letnike). Ti dve temi se v nekaterih državah članicah smatrata za zelo občutljivi in ju zato niso uvrstili v vprašalnik.

V Tabeli 6 prikazujemo obvezna vprašanja vprašalnika za študijo 2001/2002.

Tabela 6. Pregled obveznega dela vprašalnika za raziskavo HBSC 2001/02

OSNOVNI PODATKI	INDIVIDUALNI IN SOCIALNI VIRI	Z ZDRAVJEM POVEZANO VEDENJE	IZIDI
<p>Demografija: Starost Spol</p> <p>Družbeno okolje <u>Izobraževanje (vrsta šole)</u> <u>SES razred:</u> - Zaposlitev staršev <u>Struktura družine</u> <u>Lestvica gmotnega stanja družine (FAS):</u></p> <p>- Počitnice - Spalnica - Lastništvo avtomobila - Lastništvo PC</p> <p><u>Zaznana blaginja družine:</u></p> <p>- Kako dobro gre tvoji družini?</p> <p><u>Revščina:</u> - Lačen spat</p> <p>Individualni dejavniki <u>Dozorevanje:</u> - Menstruacija</p>	<p>Individualni</p> <p>Lastno zaznavanje: - Akademsko vedenje</p> <p>Telesna samopodoba: - Akademsko vedenje</p> <p>Družina <u>Podpora:</u> Z lahkoto se pogovarjam z/s: - mamo/očetom - mačeho/očimom - starejšim bratom/sestro</p> <p>Vrstniki <u>Podpora:</u> Z lahkoto se pogovarjam z/s: - najboljšim prijateljem - prijatelji istega spola - prijatelji nasprotnega spola</p> <p><u>Kohezija:</u> - Št. zares dobrih M/Ž prijateljev - Skupaj po šoli/ob večerih - Stiki po telefonu, e-pošti</p> <p>Šola - Všečnost <u>Podpora:</u> - Podpora sošolcev <u>Pritisk:</u> - Obremenjenost z delom - Trpinčen</p>	<p>Telesna dejavnost - TD med tipičnim tednom - TD pretekli teden - Gledanje TV - Domače naloge - Raba računalnika</p> <p>Kajenje - Kadil v življenju - Kako pogosto sedaj - Začetek kajenja</p> <p>Raba alkohola - Kako pogosto pije pivo/vino/žgane pijače - Kolikokrat bil opit - Začetek pitja - Začetek pijanosti</p> <p>Raba kanabisa - Že uporabil - Raba v preteklih 12 mesecih</p> <p>Spolnost - Že imel spolne odnose - Starost pri prvem odnosu - Raba kondoma - Metode za preprečevanje nosečnosti</p> <p>Prehranjevanje in diete, oralno zdravje - Diete v preteklih 12 mesecih - Uživanje sadja/zelenjave/sladkarij/brezalkoholnih sladkanih pijač - Čiščenje zob</p> <p>Agresivnost/nasilje/trpinčenje - Pretepanje - Trpinčenje drugih</p> <p>Poškodbe - Incidenca poškodb v 12 mesecih</p>	<p><u>Simptomi:</u> - Glavobol - Bolečine v želodcu - Bolečine v hrbtu - Se je počutil na tleh - Razdražljivost - Nervoznost - Ni mogel zaspati - Omotičnost</p> <p><u>Zadovoljstvo z življenjem</u></p> <p><u>Lastno zaznavanje zdravja</u></p> <p><u>Indeks telesne mase (ITM)</u> - Višina in teža</p>

3.2.3 Neobvezna vprašanja

Razen razvoja obveznih vprašanj je bil cilj žariščnih skupin izdelati tudi niz neobveznih vprašanj za njihova tematska področja, da bi bil vprašalnik bolj poglobljen ali da bi raziskal nove vidike teme in tako povečal domet raziskave. Države članice lahko izbirajo, katere skupine neobveznih vprašanj so za vključitev v njihov nacionalni vprašalnik najbolj zanimive.

Slovenski tim je sodeloval v žariščni skupini »pozitivno zdravje/šolsko okolje«. V vprašalnik smo vključili naslednja neobvezna vprašanja s teh dveh področij:

- za 11-letnike: Pozitivno zdravje
 - bolečine v vratu in ramenih
 - strah me je bilo
 - utrujen in izčrpan
- za 13-letnike: Pozitivno zdravje
 - bolečine v vratu in ramenih
 - strah me je bilo
 - utrujen in izčrpan

Šolsko okolje

 - avtonomija učencev (9 postavk)
 - podpora učiteljev (5 postavk)
 - podpora staršev v zvezi s šolo (5 postavk)
 - zahtevnost
 - s šolo povezano življenjsko zadovoljstvo
 - podpora sošolcev (dodatna postavka)
 - kompetenca
- za 15-letnike: Pozitivno zdravje
 - bolečine v vratu in ramenih
 - strah me je bilo
 - utrujen in izčrpan

Šolsko okolje

 - avtonomija učencev (9 postavk)
 - podpora učiteljev (5 postavk)
 - podpora staršev v zvezi s šolo (5 postavk)
 - zahtevnost
 - s šolo povezano življenjsko zadovoljstvo
 - podpora sošolcev (dodatna postavka)
 - kompetenca.

3.2.4 Prevajanje

Nacionalni vprašalniki naj bi bili prevod in priredba standardnega mednarodnega vprašalnika. Poskrbeti je treba za prevod iz angleškega v nacionalni jezik in nato za neodvisni prevod iz nacionalnega jezika v angleški jezik. Neodvisne prevode je pregledala ga. Rebecca Smith z Univerze v Edinburghu in opozorila na vsa morebitna pomenska odstopanja, ki so se pojavila v vprašalniku.

3.2.5 Pilotski preizkus

Vprašalnik smo preizkusili v po dveh razredih vsake starostne skupine. Z izpolnjevanjem ni bilo težav, razen pri vprašanju o družini (spraševali smo o tem, s kom anketiranec živi; na voljo sta bila glavni/edini dom in drugi dom).

3.3 Zbiranje podatkov

Anketiranje za raziskavo HBSC poteka v razredih med poukom. Za izvedbo anketiranja smo zaprosili šolske svetovalne delavce.

Prvi stik s šolami smo navezali že jeseni 2001, ko smo zbirali podatke o oddelkih 5. in 7. razreda oziroma prvega letnika srednje šole. V začetku leta 2002 smo zaprosili za pismo podpore Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport.

Nato smo pisali ravnateljem v vzorec izbranih šol in jih zaprosili, da dovolijo izvedbo ankete v svojem okolju. Po privolitvi smo navezali osebni stik s šolskimi svetovalnimi delavci in jim razložili vse, kar je bilo potrebno vedeti za izvedbo raziskave.

Šolskim svetovalnim delavcem smo v šolo na ime dostavili potrebno gradivo (navodila, vprašalnike, kuverte) za izvedbo ankete.

Anketiranje je potekalo od 29. marca do 2. aprila 2002.

Po končanem anketiranju je stekla faza šifriranja in pregledovanja vprašalnikov. Pred tem smo izdelali šifrant razredov in šol in šifrant socialno-ekonomskega položaja (na podlagi zapisa učenca o tem, kakšno delo in kje ga njegovi starši (oče/mati) opravljajo).

Vsak vprašalnik smo opremili tudi z identifikacijsko kodo.

Vnos podatkov v računalniško bazo je opravila skupina študentov, ki je pred tem izvedla šifriranje in kodiranje, v programu Access.

Kontrole podatkov in obdelavo smo opravili s programom SPSS za osebni računalnik.

4. VIRI

1. Aarø LE et al. Health behaviour in school-children. A WHO cross-national survey. Health promotion 1986; 1:17-33.

5. DRUŽINA

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

5.1 Uvod

Družina je zelo verjetno najpomembnejši kontekst za razvoj otroka, saj se v njej nauči vedenja in privzame stališča, zato strokovnjaki družinsko okolje smatrajo kot tisto, v katerem se otrok seznanja tudi s konceptom zdravja (1). Družina ni zaprta in statična enota, temveč je celovit in dinamičen sistem v medsebojnem vplivu s socialnim, kulturnim in zgodovinskim razvojem (2), pa tudi z življenjskimi cikli in prehodnimi obdobji posameznika (3). Vpliv družine na otroka/e se različno intenzivno nadaljuje iz otroštva preko adolescence v vsa življenjska obdobja.

Eden od najbolj pomembnih prehodov se zgodi v adolescenci. Družina je v adolescenci za mladostnika še zelo pomembna in na mnoge načine odločilno usmerja njegov razvoj in določa njegove življenjske razmere. Postopno osamosvajanje od družine poteka vzporedno z zorenjem mladostnikove osebnosti in njegovim usposabljanjem za večjo samostojnost. Družinski odnosi, vrednostni sistem in način življenja se v tem obdobju vse bolj dopolnjujejo z nedružinskimi vplivi. Mladostniki, ki se šolajo, so od družine vsestransko odvisni. Odnosi s starši in sorojenci vsestransko vplivajo na njihovo počutje in doživljanje, izkušnje iz teh odnosov jih usmerjajo v navezovanje odnosov z vrstniki in vplivajo tudi na oblikovanje odnosa s »pomembnimi drugimi«. V tem smislu je mladostnikov razvoj najbolj odvisen od čustvene opore staršev, njihovega vpliva na njegovo doživljanje lastne vrednosti, od zastavljanja meja s strani staršev, njihovega nadzora in spodbujanja ali omejevanja mladostnikove avtonomije. (4)

Vzorec družinske strukture se je tekom zgodovine razvijal kot rezultat socialnih, kulturnih in ekonomskih sprememb. Še posebej so bili v zadnjih desetletjih dvajsetega stoletja vidni premiki pri oblikovanju družine v Evropi in Severni Ameriki: upad števila rojstev, porok in naraščanje razvez. (5, 6)

Razen naraščajočega števila enostarševskih družin pomeni vse večja razširjenost ločitev ali razvez in nova partnerstva staršev kompleksno spremembo v življenju mladih. Za opisovanje novih družinskih struktur, tradicionalno opisanih kot 'enostarševske' družine, in raznolikih odnosov v novih gospodinjstvih sta se pojavila izraza 'preoblikovana' in 'dopolnjena' družina. Ker v njih, na primer, pogosto živijo otroci iz obeh prejšnjih zakonskih oziroma partnerskih zvez, kot tudi otroci, rojeni v novi družinski ureditvi, je taka dopolnjena družina za enega otroka družina s krušnimi starši, za drugega pa družina z obema od bioloških staršev. Otrok sebe dojema kot člana dveh dopolnjenih družin oziroma družin s krušnimi starši, kadar oba biološka roditelja zaživita v novih gospodinjstvih. Lahko pa tudi večino časa živi z enim od bioloških staršev in se kljub temu počuti kot član krušne družine drugega od bioloških staršev.

Z družinskim življenjem so povezani številni dejavniki zaščite in tveganja za zdravje adolescentov (1). Za enostarševske družine obstaja večje tveganje za revščino, kar je glavni napovednik zdravja. Raznolikost življenjskih razmer in vpliv le-teh na zdravje in razvoj mladih sta opazna tudi v tradicionalnih družinah. Na primer brezposelnost enega ali obeh staršev, dolg delovni dan staršev in tesne vezi znotraj razširjene družine prispevajo k raznolikosti družinskih tipov.

V raziskavi Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih je leta 1996 84% anketiranih odgovorilo, da živijo z obema staršema, 11% je imelo razvezane starše, 1,6% anketiranih je odgovorilo, da je mati umrla. Oče je umrl 4 %, oba starša pa 0,1% anketiranih. Dve tretjini sta odgovorili, da so deležni veliko ali zelo veliko čustvene opore s strani staršev. Približno 80%

fantov in 70% deklet je imelo le redke ali občasne konflikte s starši. Spore s starši je težko doživljalo 48% fantov in 61% deklet. O zelo pogostih konfliktih je poročalo 9% fantov in 17% deklet. (4)

5.2 Metode

Anketirani so odgovarjali na vprašanje o tem, s kom živijo. Glede na pestre variante družinskih oblik v Evropi in Severni Ameriki so imeli možnost, da povedo, s kom živijo v glavnem oziroma edinem domu, pa tudi v drugem domu. Vprašanje smo razložili na ta način:

Vsi otroci ne živijo z obema od staršev. Včasih živijo samo z enim, včasih pa imajo dva doma ali dve družini.

V stolpec A vpišeš odgovore za svoj glavni ali pa edini dom. V stolpec B vpišeš odgovore le v primeru, da imaš tudi drugi dom (vendar sem ne šteje počitniška hiša!).

Označili so lahko naslednje osebe: mati, oče, mačeha (ali očetova partnerka), očim (ali mamin partner), stara mati, stari oče, živim v rejniški družini ali v sirotišnici, nekdo drug ali nekje drugje (prosimo, da napišeš).

Nato so odgovarjali o številu bratov in sester (vključno s polbrati in polsestrami, otroci očetove partnerke/materinega partnerja) in o tem, kako pogosto živijo v glavnem oziroma v drugem domu.

Zanimala nas je tudi komunikacija s starši, ki kaže na kakovost odnosa otroka s starši. Vprašanje se je glasilo:

Kako lahko se z naštetimi osebami pogovarjaš o stvareh, ki te resnično zanimajo?

Možni odgovori so bili: zelo lahko, lahko, težko, zelo težko, nimam/se ne videvam s to osebo.

Pri interpretaciji smo se poglobili predvsem v odgovore tistih, ki so povedali, da se težko ali zelo težko pogovarjajo z mamo/očetom.

5.3 Rezultati

Z obema staršema je živel 87% anketiranih, z enim 9%, z nadomestnim staršem 4%, v drugačni sestavi družine pa manj kot 1%.

V Sloveniji z lahkoto komunicira o stvareh, ki jih resnično zanimajo, z materjo preko 90% anketiranih, z očetom pa 80%. Fantje v primerjavi z dekleti pogosteje zlahka komunicirajo z očetom ($\chi^2= 141,012$; $p<0,=0001$; $C=0,19$), kar velja za vse tri starostne skupine. Pogovori o resnično pomembnih stvareh z materjo tečejo brez razlik med spoloma, kar velja za vse tri starostne skupine.

S starostjo se manjšajo odstotki mladih, ki so odgovorili, da se z materjo pogovarjajo zelo lahko, večajo pa se odstotki mladih, ki so odgovorili, da se z materjo pogovarjajo lahko oziroma težko ($\chi^2= 171,097$; $p<0,=0001$; $C=0,21$). Podobno je pri pogovorih z očetom: manjša se odstotek mladih, ki komunicirajo zelo lahko, večja pa se odstotek mladih, ki komunicirajo lahko oziroma težko ($\chi^2= 246,949$; $p<0,=0001$; $C=0,25$).

5.4 Razpravljanje

V primerjavi s povprečjem HBSC več slovenskih anketirancev živi v »klasičnih« družinah in manj v enostarševskih oziroma restrukturiranih. (Slika 1.1) Več otrok živi z obema staršema le še na Malti, v Makedoniji, Grčiji, Italiji in na Hrvaškem.

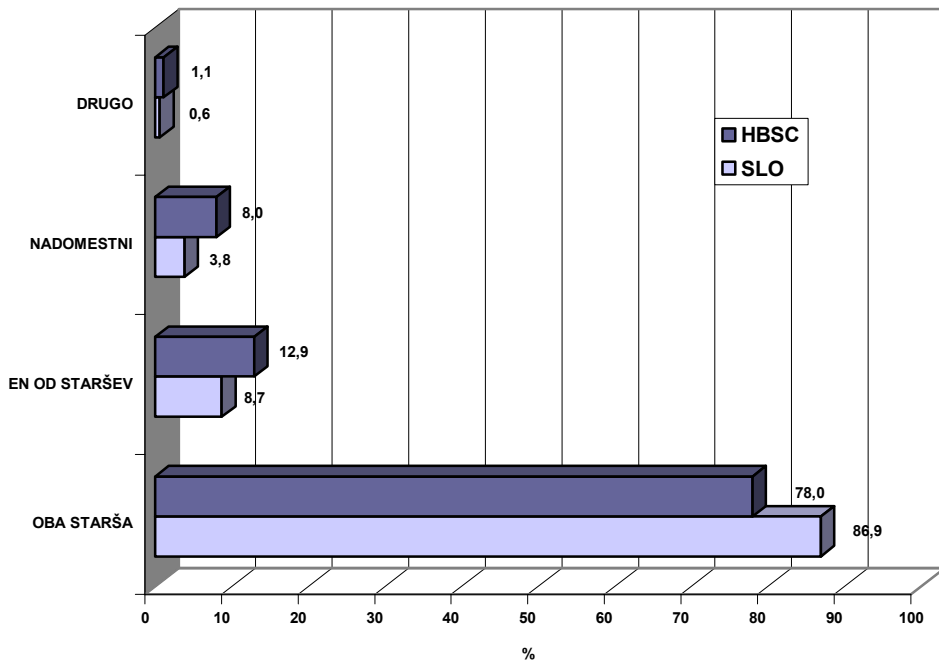
Več anketirancev lažje komunicira z materjo kot z očetom, kar velja za oba spola in vse starosti. S starostjo se spreminja lahkost komunikacije s starši predvsem zaradi sprememb, ki jih prinaša to razvojno obdobje.

Slovenski anketiranci vseh starosti močno odstopajo od povprečja HBSC po velikosti skupine, ki se z lahkoto pogovarja s svojima roditeljema o stvareh, ki jih zanimajo (Slika 1.2, 1.3). Vse tri starostne skupine so na drugem mestu po odstotku tistih, ki zlahka komunicirajo z materjo. Pri komunikaciji z očetom pa sta mlajši starostni skupini na prvem mestu, najstarejša pa na drugem. Kljub obetavni sliki pa ne smemo prezreti dejstva, da se v odnosu oče – hči med odraščanjem zgodi nekaj pomembnega, saj kar tretjina 15-letnic odgovarja, da razgovor z očetom teče težko oziroma zelo težko.

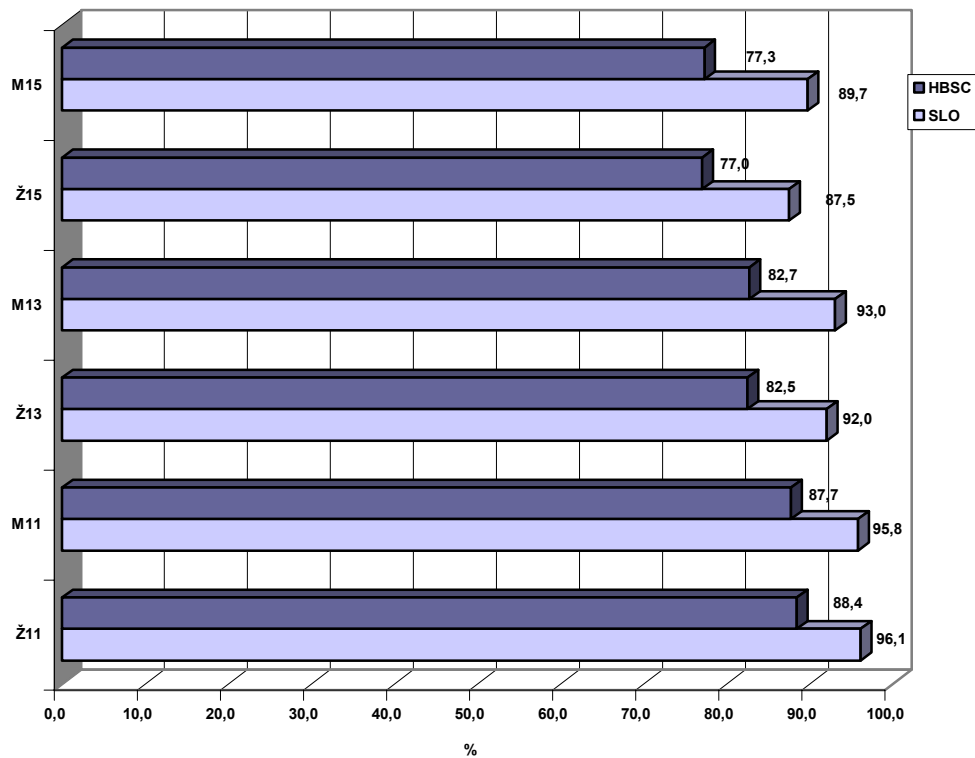
5.5 Viri

1. Tomori M. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO, 1994.
2. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
3. Cowan PA, Hetherington M, (eds.) Family transitions. Hillsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, 1991.
4. Tomori M. Rezultati in razprava. V: Tomori M, Stikovič S, eds. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998: 17-50.
5. Coleman J, Hendry LB. The nature of adolescence (third edition). London: Routledge, 1999.
6. Coleman J, Roker D. (eds.) Supporting parents of teenagers. A handbook for professionals. London: Jessica Kingsley Publishers, 2001.

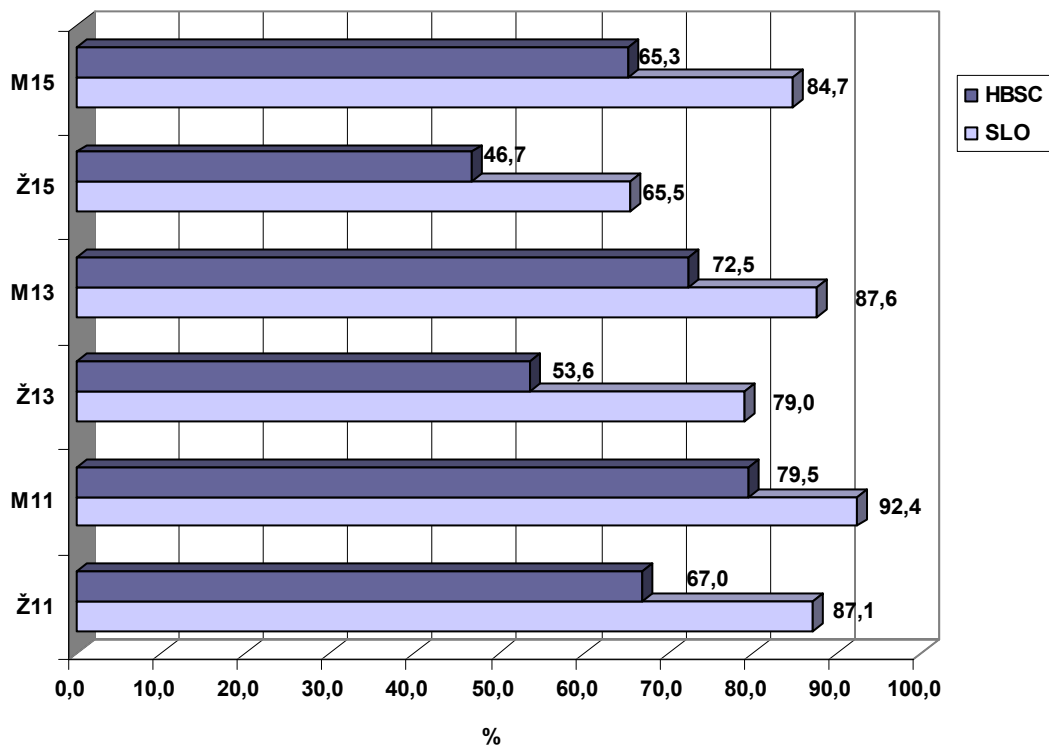
Slika 1.1 Odstotki anketiranih, ki živijo v različnih oblikah družin, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 1.2 Odstotek anketiranih, ki se z materjo lahko ali zelo lahko pogovarjajo o stvareh, ki jih resnično zanimajo, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 1.3 Odstotek anketiranih, ki se z očetom lahko ali zelo lahko pogovarjajo o stvareh, ki jih resnično zanimajo, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



6. SOCIALNO-EKONOMSKA NEENAKOST

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

6.1 Uvod

V tem poglavju bo govor o socialno-ekonomskem položaju mladih ljudi in neenakosti v zdravju mladih. Upoštevanje neenakosti je ključnega pomena pri oblikovanju politike javnega zdravja za katero koli populacijo (1). Socialno-ekonomski položaj, za katerega se smatra, da je glavna osnova za neenakost, je sestavljena mera, ki vključuje ekonomski (dohodek), socialni (izobrazba) in delovni položaj (zaposlitev).

Socialno-ekonomska neenakost je izjemno pomemben napovednik zdravja vseh starostnih skupin. Na zdravje vpliva neposredno in posredno. Neposredni vpliv izvira iz slabšega materialnega standarda (npr. slabši stanovanjski pogoji, izbor slabše prehrane, brezposelnost, manj možnosti za dejavno preživljanje prostega časa). Posredni vpliv pa izhaja iz doživljanja revščine, pa tudi iz tveganih vedenj, ki delno izvirajo iz frustracij, povezanih z nezadostno družbeno afirmacijo. Vedenje, povezano z zdravjem, kot je na primer kajenje, prehrana, telesna dejavnost in uporaba alkohola, je neposredno povezano tako s socialno-ekonomskim položajem kot z zdravstvenim stanjem odraslih. Problemi z duševnim zdravjem, kot so npr. depresija, sovražnost, anksioznost, nizko samospoštovanje, stres in pomanjkanje virov za obvladovanje le-tega, so posredno povezani z nizkim socialno-ekonomskim položajem. Ta značilnost se pojavlja v vseh dohodkovnih razredih: ne le da so revni ljudje slabšega zdravja kot tisti iz bolj ugodnih razmer, razlike obstajajo tudi znotraj socialno-ekonomskih razredov (2, 3).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) usmerja veliko pozornosti v proučevanje neenakosti v zdravju in priporoča državam oblikovanje politik, ki bodo prispevale k zmanjševanju razlik v zdravju tako v državah kot med državami. Pred velikimi družbenimi spremembami v Srednji in Vzhodni Evropi ter bivši Sovjetski zvezi na prelomu devetdesetih let je SZO opozarjala na povezavo med socialno-ekonomskim položajem in zdravjem in razlikami v industrializiranih državah, kjer se je število ljudi, ki živijo v revščini, povečevalo. (4) Družbene spremembe na prelomu devetdesetih letih in tranzicija vplivajo na povečevanje neenakosti (v zdravju) v bivših socialističnih in komunističnih državah. Mladi ljudje so v času, ko se pogloblja prepad med bogatimi in revnimi in ko se večja del populacije, ki živi v revščini, še posebno ranljivi. (5)

6.2 Metode

V okviru HBSC so razvili lestvico družinskega izobilja (LDI) (6, 7). Sestavljena je iz odgovorov na štiri vprašanja, na katera mladi zelo verjetno zelo dobro poznajo odgovore: število avtomobilov v lasti družine, lastna soba/spalnica, število družinskih počitnic in število osebnih računalnikov v lasti družine.

Ali ima vaša družina lasten avto, kombi ali kamion?

Možni odgovori: ne; da, enega; da, dva ali več.

Ali imaš svojo lastno sobo?

Možna odgovora: ne, da.

Kolikokrat si šel/šla v preteklih 12 mesecih s svojo družino na počitnice?

Možni odgovori: sploh nismo šli, enkrat, dvakrat, več kot dvakrat.

Koliko računalnikov imate v tvoji družini?

Možni odgovori: nobenega, enega, dva, več kot dva.

V zvezi s temi vprašanji je nekaj pristranosti in omejitev. Lastništvo avtomobilov je lahko povezano s tem, ali živi družina v mestnem ali vaškem okolju. Lastna soba je povezana s kulturnimi značilnostmi in velikostjo družine, pa tudi s starostjo in spolom otroka.

Za vsakega anketiranca/anketiranko smo izračunali sestavljeno vrednost LDI (lestvica družinskega izobilja), ki temelji na njegovih/njenih odgovorih na omenjena štiri vprašanja. Za analizo smo uporabili ordinalno skalo s tremi vrednostmi, kjer je LDI 1 (skor 0 do 3) majhno družinsko izobilje, LDI 2 (skor 4, 5) srednje družinsko izobilje, LDI 3 (skor 6, 7) pa veliko družinsko izobilje.

6.3 Rezultati

Večina (94%) anketiranih živi v družini, ki ima vsaj en avtomobil, 6% je odgovorilo, da nimajo avtomobila. 71% anketiranih ima svojo sobo. 12% anketiranih v preteklem letu ni bilo na počitnicah, 24% jih je bilo na počitnicah enkrat, četrtnina dvakrat, 38% pa več kot dvakrat. 18% anketiranih doma nima osebnega računalnika, 63% ima enega, 14% dva, 5% pa več kot dva.

Fantje so bolj pogosto odgovorili, da imajo v njihovi družini dva ali več avtomobilov ali pa da ga nimajo ($\chi^2=10,943$; $p<0,004$; $C=0,05$), dekleta pa da imajo en avtomobil. Odgovori o številu avtomobilov v družini so povezani s starostjo – čim starejši so anketiranci, tem več je odgovorov, da imajo dva ali več avtomobilov.

Statistično značilno več deklet je odgovorilo, da nimajo svoje sobe ($\chi^2= 13,407$; $p<0,0001$; $C=0,06$). S starostjo se število anketiranih, ki imajo svojo sobo, značilno veča.

Anketiranke so značilno bolj pogosto odgovorile, da v preteklem letu niso bile na počitnicah ali da so bile enkrat ($\chi^2= 15,451$; $p<0,001$; $C=0,06$). Mlajši anketiranci so bili bolj pogosto na počitnicah kot starejši. S starostjo izrazito narašča število tistih, ki so odgovorili, da niso bili na počitnicah z družino ($\chi^2= 133,090$; $p<0,0001$; $C=0,18$).

Statistično značilno več fantov je odgovorilo, da imajo doma dva ali več računalnikov ($\chi^2= 30,404$; $p<0,0001$; $C=0,09$), kar velja za vse starosti.

Na podlagi indeksa LDI sodi 20,5% anketiranih v nižji sloj, 48,1% anketiranih v srednji in 31,4% v višji sloj družin. Ugotovili smo statistično značilno povezavo s spolom in sicer je več anketirank odgovorilo, da živijo v nižjem oziroma srednjem sloju ($\chi^2= 21,307$; $p<0,0001$; $C=0,07$) glede na LDI.

V primerjavi s povprečjem HBSC živi več slovenskih otrok v družini, ki ima dva ali več avtomobilov (Slika 2.1), nekaj manj slovenskih anketirancev ima svojo sobo (Slika 2.2), bolj pogosto hodijo na počitnice (Slika 2.3) in imajo en računalnik (Slika 2.4).

V primerjavi z anketiranimi iz drugih držav, ki so sodelovale v raziskavi HBSC, so se slovenski respondenti uvrstili na zlato sredino držav po rezultatu na LDI. Tu vodijo otroci iz Norveške, kjer jih več kot polovica sodi v višji sloj, zadnje mesto pa je pripadlo otrokom iz Ukrajine, kjer jih skoraj tri četrtine sodi v nižji sloj. V primerjavi s povprečjem držav HBSC sodi na osnovi LDI manj slovenskih anketirancev v nižji sloj, več pa v srednjega in višjega. (Slika 2.5)

6.4 Razpravljanje

Podatki osvetljujejo socialno-ekonomski položaj slovenskih otrok. Lestvica družinskega izobilja statistično značilno korelira s subjektivno zaznavo zdravja (otroci iz višjih slojev pogosteje označujejo svoje zdravje kot odlično), z zadovoljstvom z življenjem (otroci iz višjih slojev pogosteje izražajo višje stopnje zadovoljstva z življenjem), akademskimi dosežki (otroci iz višjih slojev pogosteje menijo, da bi razrednik njihovo delo za šolo ocenil dobro oziroma odlično). Rezultat LDI je v statistično značilni povezavi z zaposlitveno-izobrazbenim položajem očeta in matere, ki sta tudi v visoki korelaciji.

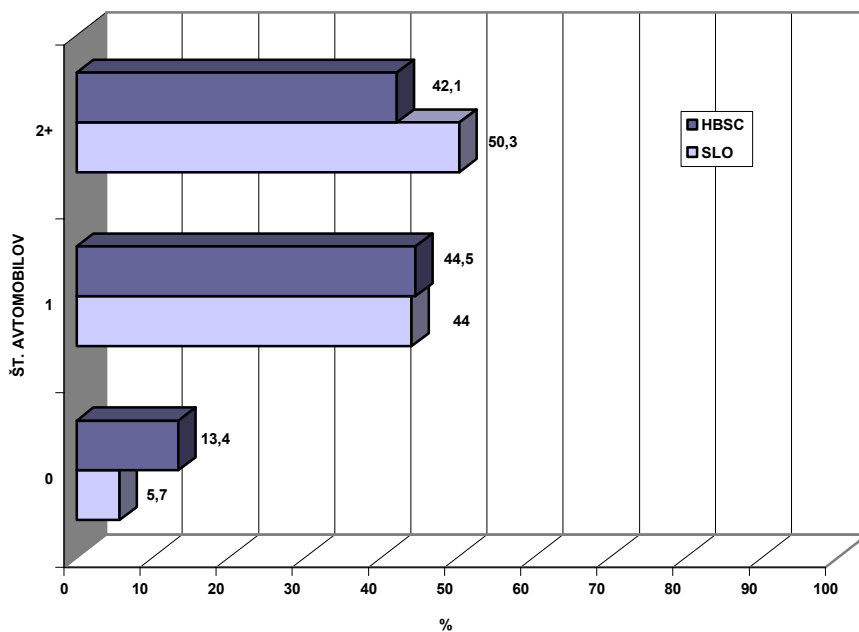
Petina slovenskih anketirance ne živi v izobilju. Prikrajšani so za dobrine, kot so na primer počitnice, lastna soba, osebni računalnik ali prevoz z avtomobilom. Materialne razmere sovplivajo na oblikovanje samospoštovanja in samopodobe ter prispevajo k občutjem (ne)zadovoljstva, strahu ali veselja – kot končni rezultat na subjektivno zaznavo zdravja in zadovoljstva z življenjem.

Podatek, da živi petina otrok v slabih materialnih razmerah, bi vsekakor moral biti izhodišče za načrtovanje programov promocije zdravja v šolskem obdobju. Šola in njen kontekst lahko v socialni državi kompenzirata del primanjkljajev, ki jih doživljajo otroci, ki živijo v slabših razmerah in v domačem okolju nimajo na voljo spodbud in možnosti za pridobivanje znanja in veščin (npr. delo na osebem računalniku, subvencije pri počitnicah – šola v naravi, tabori).

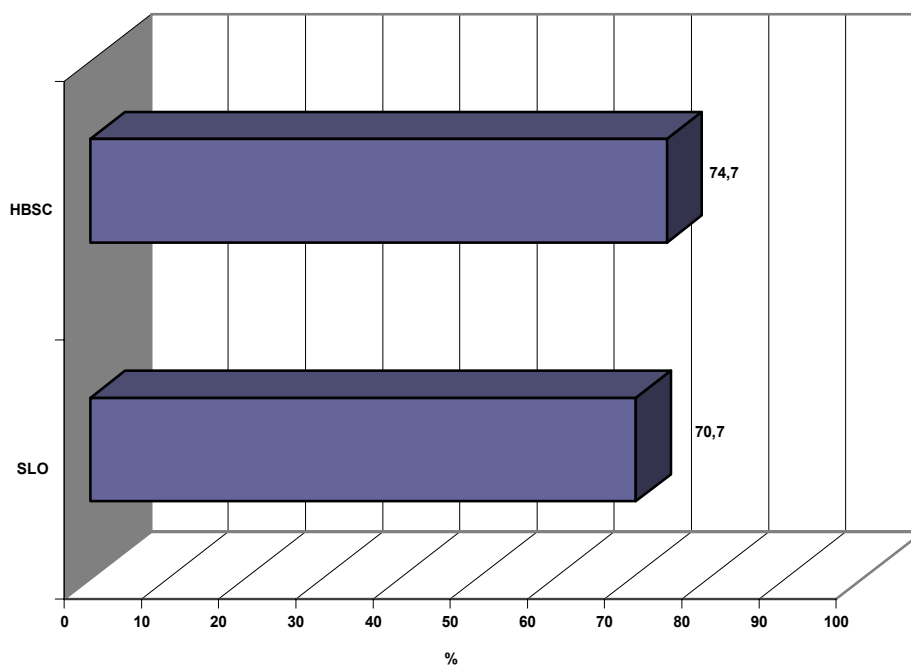
6.5 Viri

1. Alleyne G, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Pan American Journal of Public Health* 2002; 12(6): 388-397.
2. Adelstein AM. Life-style in occupational cancer. *Journal of Toxicology and Environmental Health* 1980; 6: 953-962.
3. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991; 337(8754): 1387-1393.
4. Priority research for health for all. *European health for all series*; No. 3. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1988.
5. Mikuš Kos A. Revščina, izključevanje in psihosocialni razvoj otrok. V: Kraševc Ravnik E, ed. Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Kolaborativni center SZO za duševno zdravje otrok pri Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše, 1999: 44-57
6. Currie CE et al. Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research* 1997; 12: 385-397.
7. Currie C. Socio-economic circumstances among school-aged children in Europe and North America. In: Vleminckx K, Smeeding TM, Eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol: Policy Press, 2001:347-364.

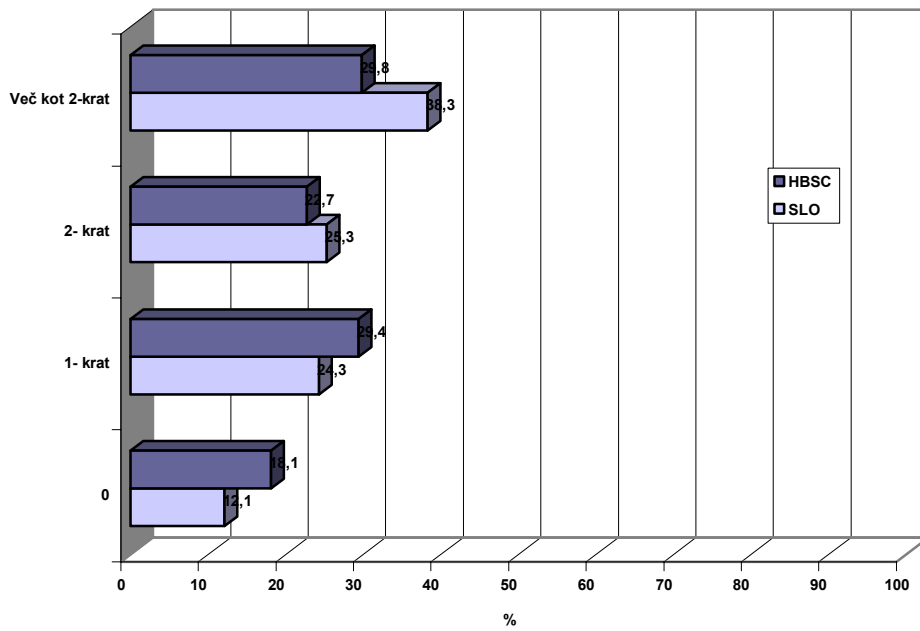
Slika 2.1 Odstotki odgovorov o številu avtomobilov v družini, Slovenija in povprečje HBSC



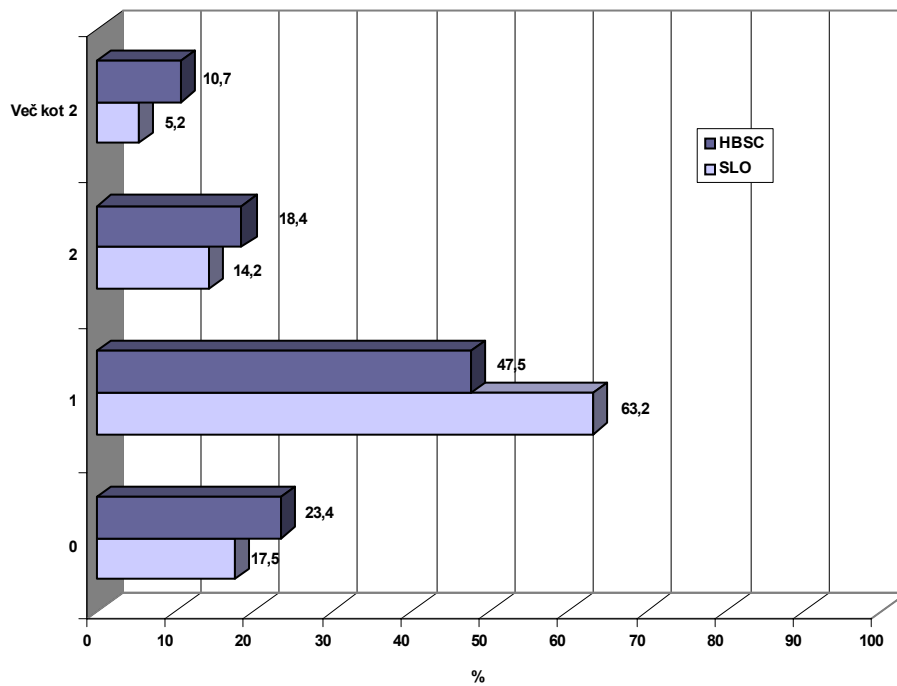
Slika 2.2 Odstotek anketiranih, ki imajo lastno sobo, Slovenija in povprečje HBSC



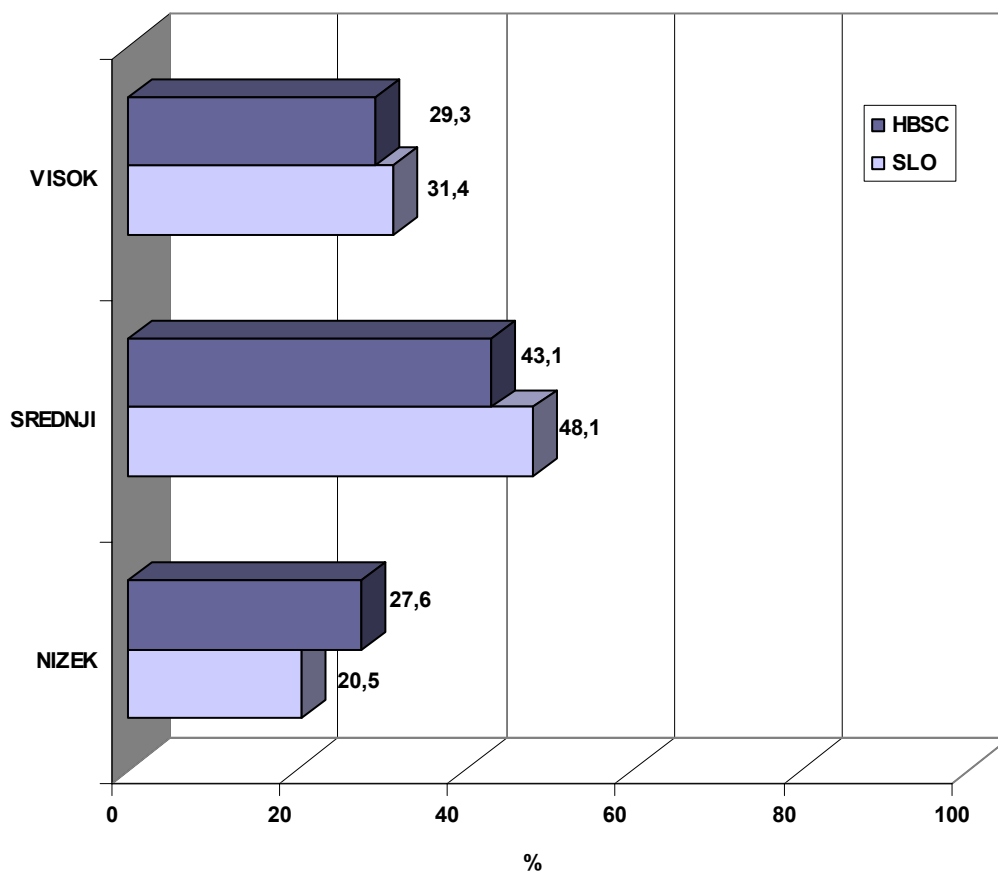
Slika 2.3 Odstotki odgovorov o številu družinskih počitnic v preteklem letu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 2.4 Odstotki odgovorov o številu osebnih računalnikov doma, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 2.5 Razlike v izobilju družin glede na LDI (lestvica družinskega izobilja), Slovenija in povprečje HBSC



7. ŠOLA

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

7.1 Uvod

Šolski sistemi v državah, ki sodelujejo v raziskavi HBSC, se močno razlikujejo po nacionalni izobraževalni politiki, virih, ki se namenjajo izobraževanju oziroma šolam, in drugih značilnostih. Tudi šole v posameznih državah se močno razlikujejo po vrsti značilnosti: opremljenost, skrb za učence, odprtost za inovacije, sodelovanje v različnih projektih ... Šola igra v življenju mladega človeka zelo pomembno razvojno vlogo, ne glede na to, kakšen je izobraževalni sistem.

Glede na to, da raziskava izhaja iz biopsihosocialnega modela zdravja, nas zanima, kakšno je psihosocialno ozračje na šoli in ali je povezano s subjektivnimi zaznavami zdravja. Zelo verjetno je, da mladi, ki so radi v šoli in uživajo v delu za šolo, dosegajo dobre rezultate in poročajo o višji stopnji subjektivno zaznanega zdravja. In obratno! Seveda pa ne gre prezreti, da človek, ki ga pesti slabo zdravje, ne deluje dobro in zato lahko dosega slabše rezultate, zaradi česar se počuti slabše – in tako se sklene krog.

Proučevanje šolskega okolja v povezavi z zdravjem je zelo pomembno. Šola je pomemben del življenja vsakega učenca/dijaka, od nje je odvisna kakovost življenja, torej tudi psihofizični razvoj in zdravje. Mladina preživi v šoli obvezno 8 let (po novem 9). Skoraj vsi nadaljujejo s šolanjem na neki srednji šoli, kar podaljšuje čas v šolskih klopih na najmanj 11 let in pol. V šoli so v povprečju 6 do 8 ur. S tega vidika je lahko šola varovalni dejavnik, lahko pa tudi dejavnik tveganja za zdravje mladostnika. V tem času se da z različnimi ukrepi promocije zdravja doseči zelo dobre rezultate. (1, 2)

Proučevanje šolskega okolja temelji na povezavah zdravja in izkušenj v šoli, ki so jih odkrili v dosedanjih raziskavah HBSC (3, 4). »Biti rad/a v šoli« deluje kot varovalni dejavnik.

7.2 Metode

V obveznem delu smo raziskovali naslednja področja šolskega okolja: ocena šolskega uspeha, kakšna se zdi anketirancem šola, kakovost odnosov s sošolci/sošolkami in obremenjenost z delom za šolo. Anketirani so odgovarjali na naslednja vprašanja.

Kakšna se ti zdi šola sedaj?

Možni odgovori: zelo mi je všeč, malo mi je všeč, ni mi všeč, sploh mi ni všeč.

Kaj misliš, kako bi tvoj razrednik/razredničarka ocenil/a tvoje delo za šolo v primerjavi s tvojimi sošolci/sošolkami?

Možni odgovori: zelo dobro, dobro, povprečno, pod povprečjem.

Sklop vprašanj o počutju v razredu, na katera so odgovarjali tako, da so označili stopnjo strinjanja s trditvijo: *močno se strinjam, strinjam se, niti se strinjam niti ne strinjam, ne strinjam se, močno se ne strinjam.*

V mojem razredu se sošolci/sošolke radi družimo.

Večina učencev/učenk v mojem razredu je prijaznih in radi/e pomagajo.

Ostali učenci/učenke me sprejemajo takega/tako, kot sem.

*V kolikšni meri te delo, ki ga moraš opraviti za šolo, obremenjuje?
Možni odgovori: sploh nič, malo, še kar, veliko.*

7.3 Rezultati

Slaba tretjina anketiranih, dekleta statistično značilno pogosteje ($\chi^2= 32,860$; $p<0,=0001$; $C=0,09$), je odgovorila, da jim je šola zelo všeč. Všečnost šole je statistično značilno povezana s starostjo ($\chi^2= 294,875$; $p<0,=0001$; $C=0,26$): s starostjo upada odstotek anketiranih, ki so odgovorili, da jim šola sploh ni všeč.

Slovenski anketiranci so se glede na odstotke tistih, ki jim je šola zelo všeč, v skupini 11-letnikov uvrstili na deveto mesto (šola je zelo všeč 48,7% deklic in 36,6% fantov; oboje nad povprečjem držav HBSC), v skupini 13-letnikov na dvajseto mesto (šola je zelo všeč 21,3% deklet in 14,7% fantov; oboje pod povprečjem držav HBSC) in v skupini 15-letnikov kar na drugo mesto (šola je zelo všeč 36,1% deklet in 35,3% fantov; oboje nad povprečjem držav HBSC). (slika 3.1)

Skoraj četrtnina vseh anketiranih je menila, da bi njihov razrednik/razredničarka ocenil/a njihovo delo za šolo v primerjavi s sošolci zelo dobro, slaba polovica je menila, da bi bilo delo za šolo ocenjeno dobro, 23 % povprečno in le 4 % podpovprečno. Razlika med spoloma je bila statistično značilna ($\chi^2= 29,471$; $p<0,=0001$; $C=0,09$): več deklet je menilo, da bi bile ocenjene zelo dobro. Razlike med spoloma so se v omenjeni smeri pokazale za 11- in 13-letnike, za 15-letnike pa niso bile statistično značilne.

Mnenje o ocenah šolskega dela se značilno spreminja s starostjo ($\chi^2= 384,268$; $p<0,=0001$; $C=0,298$): čim starejši so, tem manj je zelo dobrih in dobrih ocen, naraščajo pa povprečne in podpovprečne ocene.

Podatki za slovenske anketirance vseh treh starostnih skupin so nad povprečjem držav HBSC. (Slika 3.2)

Več kot tri četrtine anketiranih se je strinjalo s trditvami, ki kažejo, da se s sošolci radi družijo, da je večina sošolcev/sošolk prijaznih in radi pomagajo in se počutijo sprejete. Približno 10 do 15% odgovorov je bilo nevtralnih (najmanj pri postavki o sprejemanju anketiranca takega, kot je). Pri vseh postavkah se je pokazala bolj ali manj močna povezava s spolom: več fantov se je močno strinjalo s trditvijo, dekleta pa so bolj pogosto odgovorila, da se s trditvami strinjajo. Povezava s starostjo je bila statistično značilna in sicer se pri večini vprašanj o razredni klimi s starostjo večja odstotek nevtralnih mnenj.

Na sliki 3.3 prikazujemo podatke o tem, koliko slovenskih otrok je odgovorilo, da so njihovi sošolci/sošolke prijazni in pripravljeni pomagati v primerjavi s povprečjem HBSC. Kot kaže, so odnosi s sošolci boljši kot v preostalih državah.

Z delom za šolo se je počutilo v Sloveniji še kar ali veliko obremenjenih:

- a. med 11-letniki 24,6% deklet in 40% fantov;
- b. med 13-letniki 57,6% deklet in 53,4% fantov in
- c. med 15-letniki 56,4% deklet in 50,3% fantov.

Med anketiranci in anketirankami ni bilo statistično značilnih razlik v doživljanju obremenjenosti z delom, ki ga morajo opraviti za šolo. Ugotovila pa smo statistično značilno povezavo s starostjo in sicer se s starostjo manjša odstotek tistih, ki so odgovorili, da jih delo,

ki ga morajo opraviti za šolo, sploh nič ne obremenjuje ali jih obremenjuje malo, narašča pa odstotek tistih, ki jih delo za šolo še kar ali zelo obremenjuje ($\chi^2= 232,070$; $p<0,=0001$; $C=0,24$).

Podatki o obremenjenosti z delom za šolo so nad povprečjem HBSC za vse tri starostne skupine (Slika 3.4). Če države rangiramo po odstotkih anketiranih, ki so odgovorili, da jih delo za šolo obremenjuje, potem po veliki obremenjenosti izstopajo predvsem 13-letniki, ki so se znašli na tretjem mestu – za Litvo in Malto. 11-letniki so na 10. mestu, 13-letniki pa na 11.

Zanimalo nas je tudi, kako anketirani ocenjujejo svoje učitelje glede pravičnosti, spodbujanja k izražanju lastnega pogleda in nudenju dodatne pomoči, če bi jo potrebovali. Rezultati so prikazani na Sliki 3.5. Prvo, kar zbode v oči, je to, da je bilo zelo veliko nevtralnih odgovorov – pri pravični obravnavi učencev kar 28%, pri spodbujanju izražanja lastnih pogledov pa četrtina. Manj kot polovica anketiranih ocenjuje učitelje pri obravnavi učencev kot pravične. Nekaj manj kot 60% je menilo, da jih spodbujajo k izražanju lastnih pogledov, več kot 60% pa, da so pripravljeni nuditi dodatno pomoč, če jo potrebujejo.

Ocene različnih vidikov odnosa z učitelji so statistično značilno povezane z odgovori na vprašanje, ali je anketirancem v šoli všeč. Tisti, ki so se močno strinjali, da jih učitelji obravnavajo pravično, so bolj pogosto odgovorili, da jim je v šoli zelo všeč ($\chi^2= 380,672$; $p<0,=0001$; $C=0,37$). Tisti, ki so se močno strinjali, da kadar potrebujejo dodatno pomoč od učiteljev, jo tudi dobijo, so bolj pogosto odgovorili, da jim je v šoli všeč ($\chi^2= 194,050$; $p<0,=0001$; $C=0,27$). Tisti, ki so se močno strinjali, da jih učitelji spodbujajo k izražanju lastnega pogleda, so bolj pogosto odgovorili, da jim je v šoli všeč ($\chi^2= 244,328$; $p<0,=0001$; $C=0,30$).

Slovenski anketiranci so odgovorili, da večino staršev (92,6%) zanima, kaj se dogaja z njimi v šoli. 94,8% staršev spodbuja svoje otroke, naj v šoli dobro delajo. Če bi anketiranci imeli v šoli težave, bi jim starši (93%) priskočili na pomoč in šli bi na pogovor z učitelji (93%). 80% staršev je pripravljenih pomagati pri domačih nalogah.

7.4 Razpravljanje

Rezultati kažejo, da se velik del anketiranih dobro počuti v šolskem okolju in da radi hodijo v šolo. Stopnja zadovoljstva s šolo je variirala s starostjo in spolom. Zanimivo je, da je šola še posebno všeč 15-letnikom, kar daje misliti, da jim je uspelo priti na tisto šolo, ki jih zares zanima in se to odslikava v njihovem počutju na šoli. Všečnost šole je močno povezana s tem, kako učitelji obravnavajo učence: ali jih spodbujajo k izražanju lastnega pogleda, ali so do njih pravični in ali učenci/učenke lahko računajo na njihovo pomoč, če bi jo potrebovali.

Podatke o doživljanju šolskega okolja smo korelirali z rezultati na lestvici družinskega izobilja (LDI) in ugotovili statistično značilno povezavo z naslednjimi šolskimi spremenljivkami:

Otroci iz družin z nižjim rezultatom na LDI so bolj pogosto odgovarjali, da jim je v šoli všeč, čeprav pa ne doživljajo vedno, da se učenci radi družijo med seboj in da jih sošolci sprejemajo take, kot so. Otroke iz družin z višjim LDI delo za šolo bolj obremenjuje kot otroke iz družin z nižjim LDI.

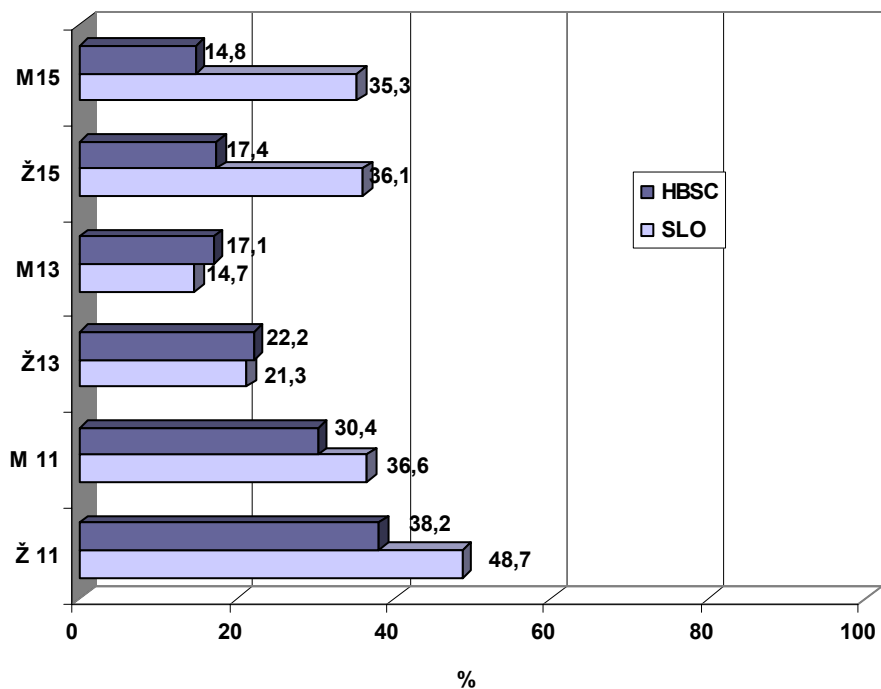
Pozitivne zaznave šole so bile značilno povezane z večjim življenjskim zadovoljstvom, manj težavami z zdravjem in manjšim tveganjem za kajenje.

Nedvomno je treba ugotovitve v zvezi z doživljanjem šolskega okolja vzeti zelo resno v poštev – ne glede na to, da so v primerjavi z rezultati v preostalih državah HBSC še kar spodbudni. Služijo lahko za načrtovanje programov promocije zdravja, ki bi morali biti usmerjeni tudi v krepitev varovalne vloge šole za otroke iz prikrajšanih okolij. Več naporov bi bilo smotrno tudi usmeriti v vse vidike medosebnih odnosov.

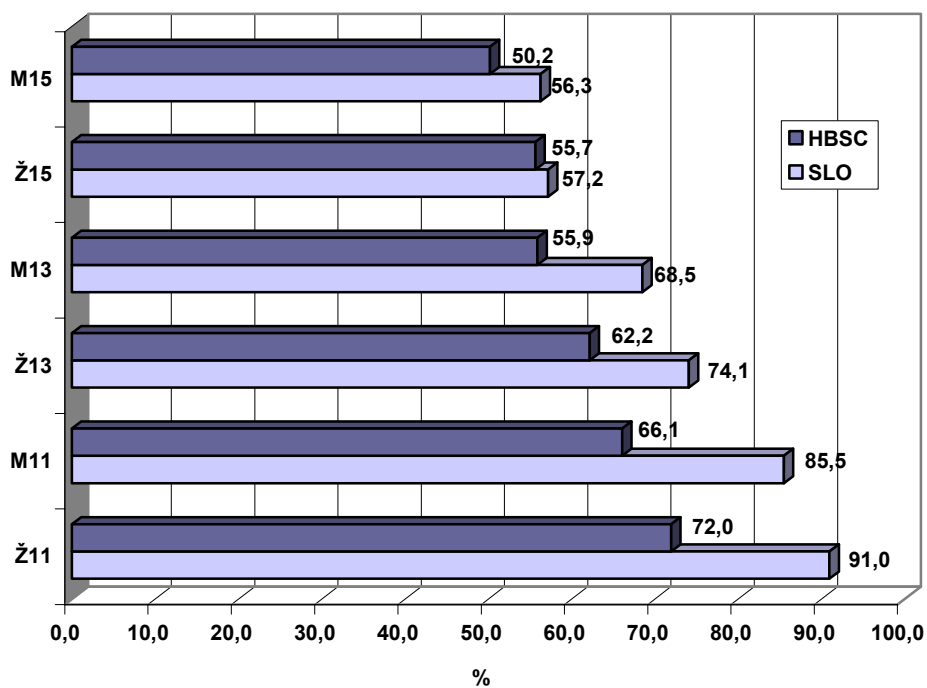
7.5 Viri

1. Stergar E, Stankovič MB, Pucelj V. When the political conditions are unstable - what works for the network of health promoting schools to survive?. In: Abstract book of the European conference on linking education with the promotion of health in schools; 2002, Sep 25-27; Egmond aan Zee. Woerden: Netherlands Institute of health promotion and disease prevention, 2002; 8.
2. Stergar E. The health promoting school concept – Slovenian Network of Health Promoting Schools. In: Bruun Jensen B, Simovska V, eds. Models of Health Promoting Schools in Europe. Copenhagen: World Health Organization, 2002: 52 – 55.
3. Samdal O, Nutbeam D et al. Achieving health and educational goals through schools: A study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. Health Education Research 1998; 13(3):383-397.
4. Perry CL, Kelder SH et al. The social world of adolescents: Family, peers, schools, and the community. In: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century. New York: Oxford University Press, 1993:73-96.

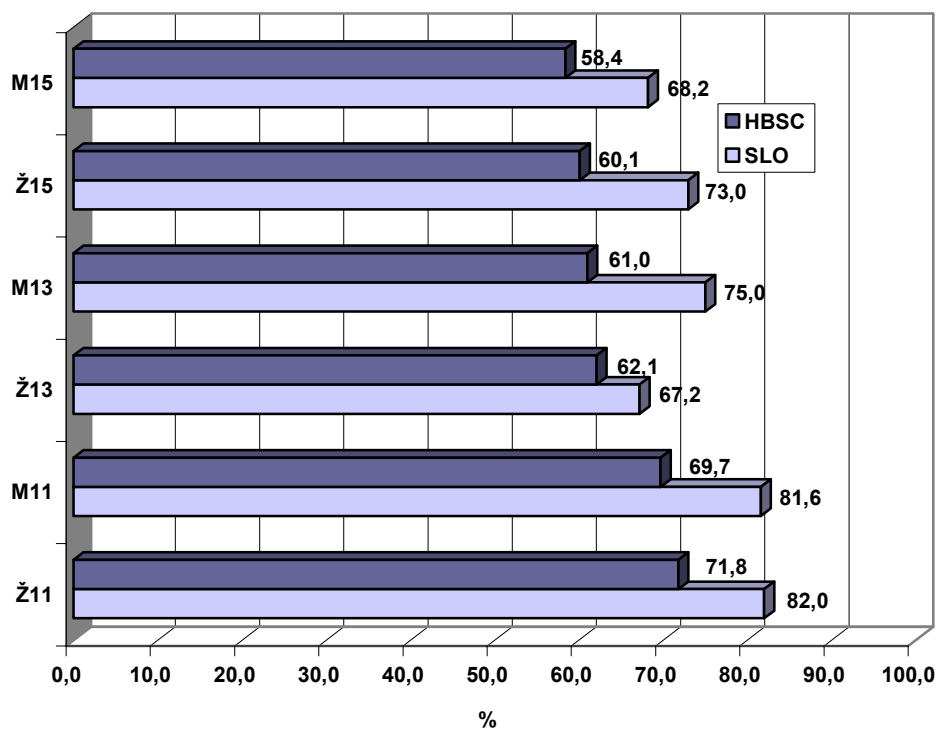
Slika 3.1 Odstotek anketiranih, ki jim je šola zelo všeč, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



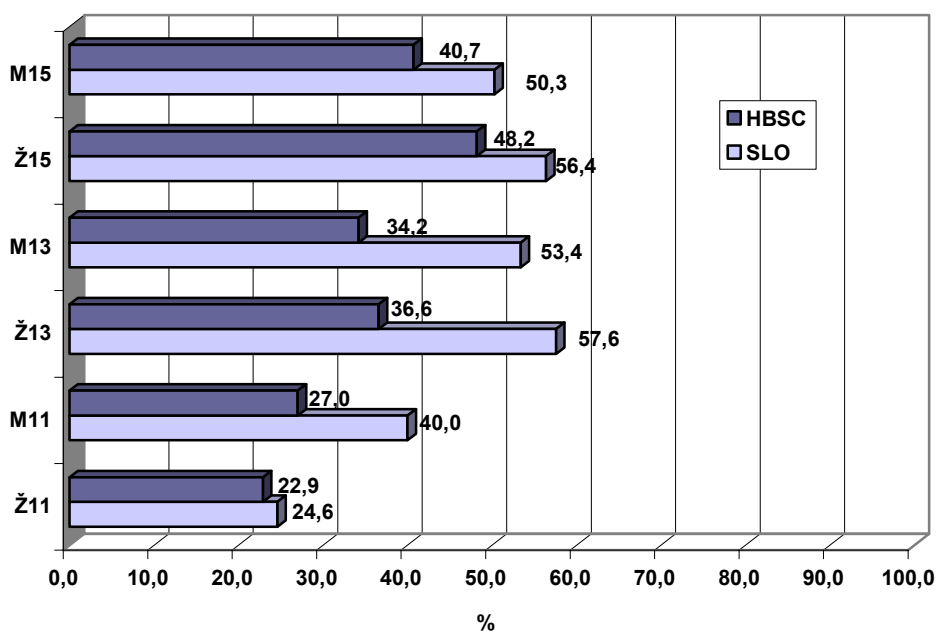
Slika 3.2 Odstotki anketiranih, ki menijo, da bi jih razrednik v primerjavi s sošolci/sošolkami ocenil zelo dobro oziroma dobro, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



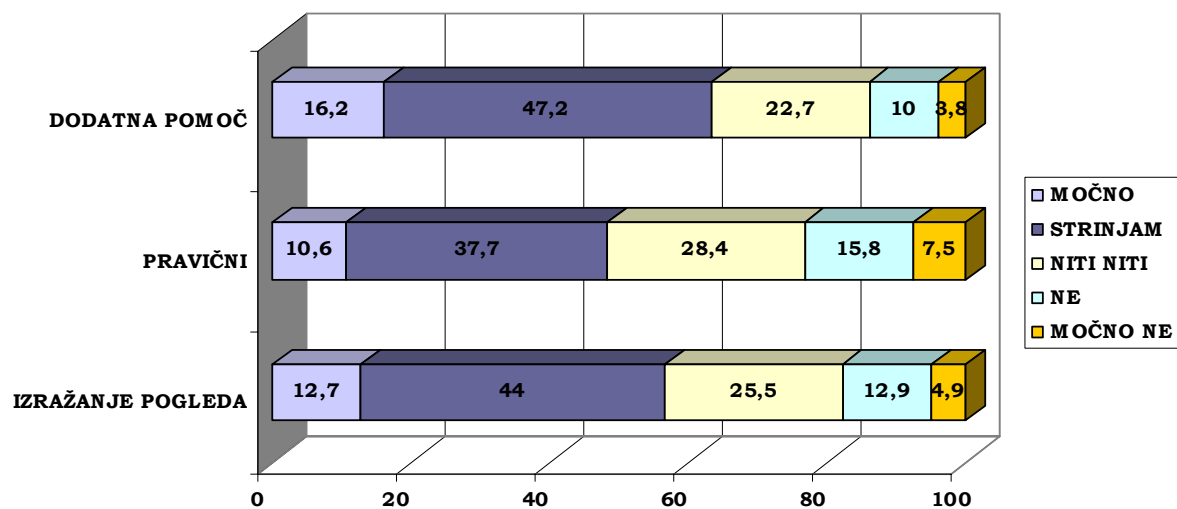
Slika 3.3 Odstotek anketiranih, ki menijo, da so njihovi sošolci/sošolke prijazni in radi/e pomagajo, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 3.4 Odstotek anketiranih, ki so odgovorili, da jih delo, ki ga morajo opraviti za šolo še kar oziroma veliko obremenjuje, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 3.5 Mnenja anketiranih o učiteljih - vsi anketirani



8. ODNOSI Z VRSTNIKI

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

8.1 Uvod

HBSC raziskuje obdobje razvoja, ko se mladostnik privaja in prilagaja na telesne, duševne in socialne spremembe, gradi lastno identiteto, raziskuje spolnost, postaja vedno bolj samostojen in se tesneje navezuje na skupine prijateljev in vrstnikov.

Vrstniki so za mladostnika pomembna skupina, ki vpliva na njegova vedenja, povezana z zdravjem, in na stališča, vrednote. Vrstniki prevzemajo vrsto vlog, ki oblikujejo mladostnikovo osebnost. Omogočajo razvoj občutja pripadnosti širši skupnosti, urjenja in preizkušanja različnih socialnih vlog, učenje sodelovanja in lojalnosti, tekmovanja in pomoči drugemu. Pritisk vrstnikov odločilno spodbuja ali zavira določene oblike vedenja, ki so za posameznika v adolescenci lahko usodne tako v pozitivnem kot v negativnem smislu. (1) Gledano z vidika zdravja je vpliv vrstnikov kompleksen, saj vrstniška skupina ponuja tako varovalne dejavnike kot dejavnike tveganja.

Za mladostnikov razvoj (zdravja) je pomembno, da je priljubljen in sprejet v vrstniški skupini. Mladostniki, ki socialno niso integrirani, bodo zelo verjetno imeli težave s telesnim in čustvenim zdravjem (2). Za mladostnike, ki se ne družijo z vrstniki, je bolj verjetno, da bodo občutili osamljenost in psihične simptome (3). Druženje z vrstniki vpliva na osvajanje socialnih spretnosti in krepi sposobnost obvladovanja stresnih dogodkov (4). V raziskavi Dejavniki tveganja za zdravje srednješolcev so ugotovili, da so bili dijaki/dijakinje, ki so jim starši ali prijatelji nudili v zadnjem letu dovolj čustvene opore, bolj verjetno v skupini, ki ni uporabljala drog kot njihovi vrstniki, ki niso odraščali v stabilnih pogojih in niso bili deležni dovolj čustvene opore staršev ali pa vrstnikov (5).

Po drugi strani pa lahko vrstniki vplivajo na osvajanje zdravju škodljivo vedenje in delujejo kot dejavniki tveganja. V raziskavah ESPAD je bilo ugotovljeno, da je večina anketiranih, ki so že vzeli kakšno prepovedano drogo, kot vir prve droge najbolj pogosto navedla vrstniško skupino in starejše ali mlajše prijatelje (6, 7). Ni pa še dovolj raziskana smer vplivanja na obnašanje v zvezi z zdravjem: ali je odločilen vpliv vrstniške skupine ali pa mladostnik izbere skupino v skladu z lastnimi preferencami.

Z raziskavo HBSC smo želeli osvetliti pogostost izpostavljenosti vrstniškimi vplivom.

8.2 Metode

Za merjenje izpostavljenosti vrstniškimi vplivom smo uporabili dve glavna kazalca: velikost vrstniške skupine in pogostost stikov z vrstniki (osebno in preko elektronskih medijev).

Velikost vrstniške skupine smo ugotavljali z vprašanjem:

Koliko zares dobrih prijateljev in prijateljic imaš sedaj?

Možni odgovori (ločeno za prijateljice in prijatelje): nobenega, enega, dva tri ali več.

Za tiste, ki imajo tri ali več prijateljev istega ali nasprotnega spola, smatramo, da imajo precej veliko skupino, v kateri potekajo socialni procesi.

Pogostost stikov z vrstniki smo merili z vprašanjema o pogostosti druženja s prijatelji po šoli in zvečer:

Koliko dni na teden ponavadi preživljaš skupaj s prijatelji/prijateljicami takoj po šoli?

Možni odgovori: 0 dni, 1 dan, 2 dneva, 3 dni, 4 dni, 5 dni.

Koliko večerov na teden si ponavadi zunaj skupaj s svojimi prijatelji?

Možni odgovori: 0 večerov, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 večerov.

Odgovore, da se dobivajo s prijatelji 4- krat na teden in več (bodisi po šoli bodisi zvečer), smo smatrali za pogosto druženje z vrstniki.

V preteklih letih so se močno uveljavile nove tehnologije (mobilni telefoni, ki omogočajo sms, internet, elektronska pošta), zato smo med kazalce izpostavljenosti vrstniški skupini uvrstili tudi pogostost komunikacij s prijatelji po telefonu, pošiljanja sms-ov in elektronskih sporočil. Zastavili smo jim naslednje vprašanje:

Kako pogosto se pogovarjaš s svojimi prijatelji/prijateljicami po telefonu, jim pošiljaš elektronsko pošto ali sms (sporočila po mobilnem telefonu)?

Možni odgovori: redko ali nikoli, 1 do 2 dneva na teden, 3 ali 4 dni na teden, 5 ali 6 dni na teden, vsak dan.

Kot pogosto izpostavljenost vrstniški skupini se šteje odgovor, da so komunicirali vsak dan.

8.3 Rezultati

Tri ali več zares dobrih prijateljev (v nadaljevanju: prijatelj/prijateljic) istega spola ima 77% anketirancev in 65% anketirank. Tri ali več prijateljev nasprotnega spola ima manj kot polovica anketirank in 59% anketirancev. Zveza med spolom in številom prijateljev je statistično značilna ($\chi^2 = 520,565$, $p < 0,0001$, $C = 0,34$), prav tako zveza med spolom in številom prijateljic ($\chi^2 = 138,289$, $p < 0,0001$, $C = 0,185$). Fantje imajo statistično značilno pogosteje tri ali več prijateljev, dekleta pa bolj pogosto nobenega, enega ali dva. Pri številu prijateljic je bila povezava naslednja: fantje imajo značilno bolj pogosto eno ali nobeno, dekleta pa dve ali tri prijateljice.

S starostjo se večja odstotek fantov, ki nimajo nobenega, enega oziroma dva prijatelja istega spola, in manjša odstotek fantov, ki imajo tri ali več prijateljev. Trinajstletniki imajo pogosteje enega ali dva prijatelja ($\chi^2 = 19,299$, $p < 0,004$, $C = 0,1$).

S starostjo se manjša odstotek fantov, ki nimajo nobene prijateljice. S starostjo narašča odstotek fantov, ki imajo eno ali dve prijateljici. Odstotek fantov, ki imajo tri ali več prijateljic, se s starostjo ne spreminja izrazito ($\chi^2 = 21,207$, $p < 0,002$, $C = 0,10$).

S starostjo se manjša odstotek anketirank, ki nimajo nobenega prijatelja, poveča se odstotek anketirank z enim ali dvema prijateljema, zmanjša pa se odstotek anketirank s tremi prijatelji ($\chi^2 = 58,338$, $p < 0,0001$, $C = 0,17$). S starostjo se večja odstotek anketirank z nobeno, eno ali dvema prijateljicama, manjša pa odstotek anketirank s tremi ali več prijateljicami ($\chi^2 = 60,720$, $p < 0,0001$, $C = 0,17$).

V primerjavi s povprečnimi odstotki anketiranih s tremi ali več prijatelji/prijateljicami so slovenski anketiranci/anketiranke vseh starosti (razen enajstletnikov) precej pod povprečjem držav HBSC. (Slika 4.1)

40,0% anketiranih (43,2% fantov in 36,8% deklet) preživlja ponavadi čas po šoli skupaj s prijatelji štirikrat na teden ali bolj pogosto. Fantje značilno bolj pogosto preživljajo po šoli 5 dni na teden skupaj s prijatelji, dekleta pa en dan ali nobenega ($\chi^2 = 60,720$, $p < 0,0001$, $C = 0,17$).

V primerjavi s povprečji držav HBSC večji odstotek slovenskih 11- in 15-letnikov preživlja čas po šoli z vrstniki štirikrat ali bolj pogosto na teden. (Slika 4.2)

19% anketiranih (23% fantov, 15% deklet) ponavadi preživlja s prijatelji/prijateljicami štiri ali več večerov na teden. Fantje bolj pogosto kot dekleta ponavadi preživljajo večere z vrstniki, dekleta pa so značilno pogosteje zvečer doma ali pa imajo izhod en večer na teden ($\chi^2 = 66,603$, $p < 0,0001$, $C = 0,13$). S starostjo se značilno zmanjša odstotek tistih, ki so vse večere doma, in poveča odstotek tistih, ki ponavadi z vrstniki preživijo dva oziroma tri večere na teden ($\chi^2 = 232,524$, $p < 0,0001$, $C = 0,24$).

V primerjavi z anketiranci iz držav HBSC manjši odstotek slovenskih anketirancev obeh spolov in vseh starosti preživlja ponavadi štiri ali več večerov na teden skupaj z vrstniki. (Slika 4.3)

S prijatelji/prijateljicami je po telefonu, e-pošti ali preko sms-ov vsak dan v stiku tretjina anketiranih – 28% fantov in 39% deklet. Dekleta značilno pogosteje kot fantje uporabljajo sodobne poti komuniciranja z vrstniki vsak dan oziroma 5 do 6 dni na teden ($\chi^2 = 81,428$, $p < 0,0001$, $C = 0,14$). Takšna povezava se je pokazala za vse tri starostne skupine.

V primerjavi z ostalimi anketiranci iz držav HBSC slovenski vseh starosti in obeh spolov pogosteje uporabljajo sodobne komunikacijske poti, da pridejo v stik z vrstniki. (Slika 4.4)

8.4 Razpravljanje

Anketiranke vseh treh starostnih skupin imajo več prijateljic kot prijateljev. S starostjo se večja odstotek deklic, ki imajo eno ali dve prijateljici. Podobne spremembe se s starostjo dogajajo pri številu prijateljev. Manj petnajstletnic kot 13- in 11-letnic je odgovorilo, da imajo tri ali več prijateljev. Do teh sprememb pride zelo verjetno zaradi spremembe okolja in posledično vrstniških skupin ob prehodu v srednjo šolo. Verjetno pa tudi zaradi spreminjanja interesov, potreb in brušenja meril za izbiro skupine prijateljev/prijateljic.

In zrcalna slika za fante – anketiranci vseh starosti imajo več prijateljev kot prijateljic. S starostjo se večja odstotek fantov, ki imajo enega ali dva prijatelja in manjša odstotek fantov s tremi ali več zares dobrimi prijatelji. Pri številu prijateljic pa razlike niso zelo izrazite. Odstotki fantov, ki imajo tri ali več prijateljic, so podobni za vse tri starostne skupine.

Manj slovenskih anketirancev/anketirank se pogosto družijo z vrstniki/vrstnicami tako po šoli kot ob večerih. Ta primanjkljaj skušajo nadoknaditi s pogostimi stiki po telefonu, e-pošti oziroma preko sms-ov, kjer so posebno dejavne deklice.

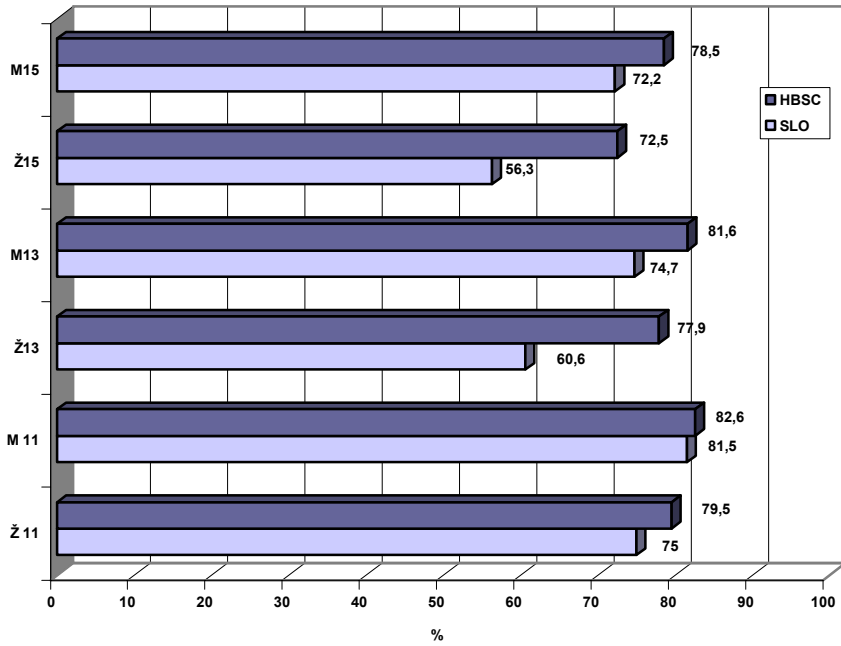
Tako kot v drugih okoljih tudi pri nas stiki z vrstniki narastejo, ko mladi v puberteti širijo socialno mrežo vrstnikov. Na začetek in intenzivnost tega procesa vplivajo številni dejavniki, kot so norme, tradicija in priložnosti. Zelo verjetno pri mlajših na pogostost stikov z vrstniki vplivata šolski sistem in organizirane priložnosti, za starejše pa je druženje z vrstniki bolj prepuščeno mladim samim in se odvija v različnih okoljih. Nedvomno se v

odgovorih slovenskih anketirancev odlikavajo tudi strožja vzgojna merila, zlasti za dekleta. To pa mladi – še zlasti dekleta – kompenzirajo s pogostejšo uporabo sodobnih medijev.

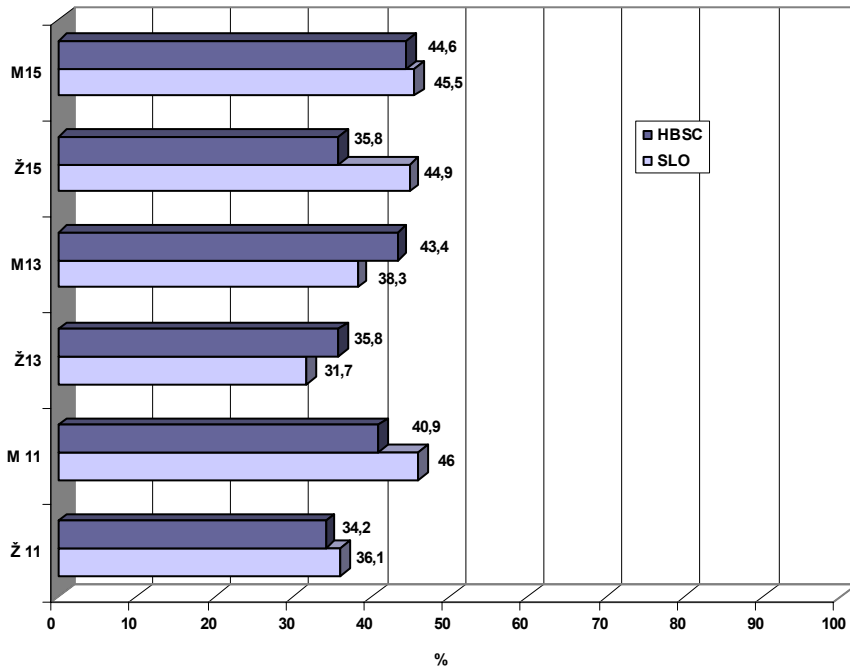
8.5 Viri

1. Tomori M. Rezultati in razprava. V: Tomori M, Stikovič S, eds. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998: 17-50.
2. Page RM, Scanlan A, Deringer N. Childhood loneliness and isolation: Implications and strategies for childhood educators. *Child Study Journal*, 24 (2): 107-118.
3. Muuss R, Porton H. *Adolescent behaviour and Society*. Boston: MacGraw-Hill, 1999.
4. Berndt TJ. Friendship and Friends' influence in adolescence. *Current Directions in Psychological Science* 1992; 1 (5): 156-159.
5. Stergar E. Kajenje tobaka, uživanje alkohola in preostalih drog – tveganje za mladostnikovo zdravje. V: Tomori M, Stikovič S, eds. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998: 97-123.
6. Stergar E. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Poročilo ESPAD za Republiko Slovenijo 1995. *Zdrav Var* 1999, 38: Suppl.
7. Stergar E, Hafner A, Stanojevič Jerkovič O, Valič S. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Poročilo ESPAD 1999 za Republiko Slovenijo. *Zdrav Var, Supl*, 2001, 40

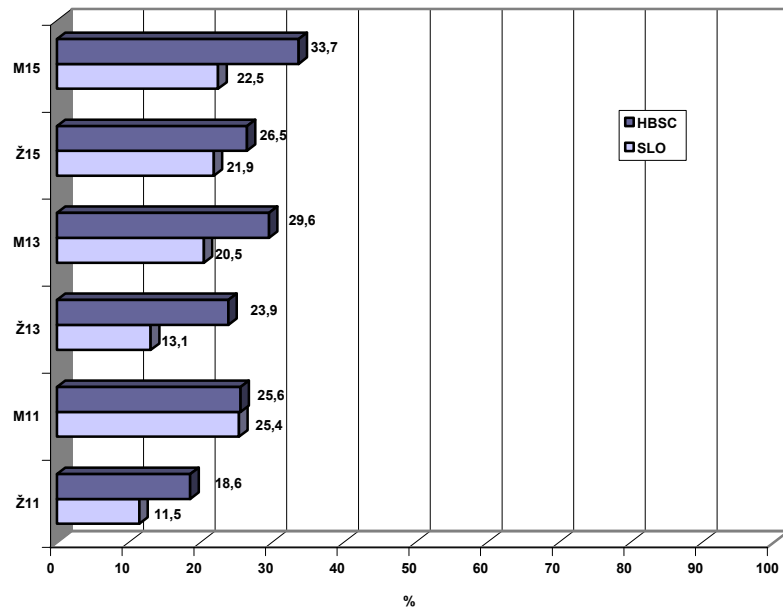
Slika 4.1 Odstotki anketiranih, ki so odgovorili, da imajo tri ali več zares dobrih prijateljev istega spola, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



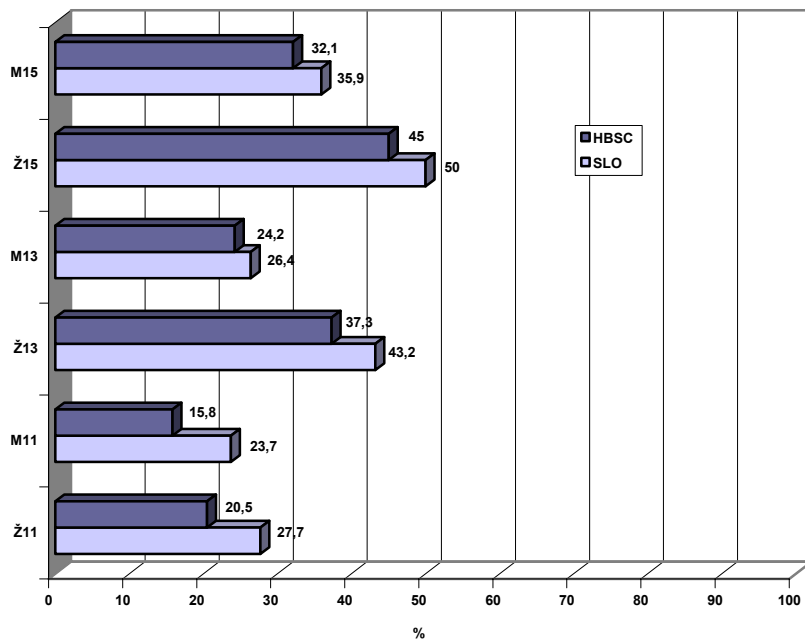
Slika 4.2 Odstotki anketiranih, ki preživljajo čas po šoli skupaj s prijatelji/prijateljicami štiri dni na teden ali več, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 4.3 Odstotki anketiranih, ki preživljajo štiri večere ali več na teden skupaj s prijatelji/prijateljicami, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 4.4 Odstotki anketiranih, ki komunicirajo s prijatelji/prijateljicami po telefonu, preko e-pošte in sms vsak dan, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



9. PREHRANA IN NAČINI HRANJENJA

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

9.1 Uvod

Vedenje mladih v zvezi s prehranjevanjem je pomembno, saj zdravi vzorci prehranjevanja v otroštvu in adolescenci omogočajo optimalno zdravje, rast in intelektualni razvoj otrok (1). Način hranjenja v otroštvu in mladosti nima le takojšnjih učinkov na zdravje otrok, ampak ima tudi dolgoročne pozitivne ali negativne vplive na zdravstveno stanje v odraslem obdobju (2). Zdravo prehranjevanje v otroštvu preprečuje takojšnje zdravstvene probleme, kot so npr. pomanjkanje železa, slabokrvnost, čezmerna teža, debelost, motnje hranjenja in karies, pa tudi dolgoročne zdravstvene probleme, kot so npr. koronarna bolezen srca, rak, kap, visok krvni tlak in osteoporoza (1, 2, 3). Za otroke, ki razvijejo navade zdravega prehranjevanja v otroštvu, je bolj verjetno, da se bodo tako prehranjevali tudi kot odrasli in bodo na ta način zmanjšali tveganje za kronične bolezni v prihodnosti (4).

Zato je v prvi vrsti treba poznati vzorce hranjenja otrok in mladine. Za razvoj ustrezne, vsestranske politike, programov in prakse za vplivanje na vzorce hranjenja mladih ljudi, moramo vedeti, kaj jedo, kdaj in kje dobijo hrano, ki jo pojedjo, kako se odločajo glede hranjenja in vzorcev prehranjevanja in kje dobijo informacije, na osnovi katerih se odločajo. HBSC lahko znatno prispeva k razumevanju vzorcev hranjenja mladih ljudi.

Med mladimi ljudmi narašča »površen« pristop k prehranjevanju namesto uživanja »poštenih« obrokov (5), kar je verjetno posledica vedno večje dostopnosti različnih prigrizkov (6). Izpuščanje obrokov je pomembno. Če npr. otrok ne zajtrkuje, to vodi do dopoldanske utrujenosti in vpliva na spoznavne procese in učenje. To so učinki, ki so bolj izraženi pri mladih, ki so slabo hranjeni, kot pri dobro hranjenih (7).

Tisti, ki preskočijo zajtrk, čez dan bolj pogosto jedo prigrizke z več maščobami in z manj vlakninami (8). Čeprav odsotnost običajnih obrokov ni glavni problem za najstnike, pa se bodo morda težje koncentrirali, če bodo lačni (3). Še več, zajtrkovanje je povezano z boljšim splošnim stanjem hranjenosti (8). Mladostniki, ki pojedjo vsaj dva obroka – s prigrizki ali brez – imajo bolj hranilno gost način prehranjevanja, kar zadeva kalcij, železo, vitamin E in vlaknine, kot tisti, ki imajo drugačne vzorce obrokov (9).

Na način prehranjevanja v adolescenci vplivajo močno tudi socialni dejavniki. Prehranske navade mladih zrcalijo vedno manjši vpliv staršev, družine in vedno večji vpliv vrstnikov – zlasti na izbiro hrane in na vzorce hranjenja. »Osvobajanje« izpod nadzora staršev se odlikava tudi v naraščajočem številu obrokov, ki jih mladostnik poje zunaj doma in šole, kar pogosto vključuje tudi »hitro« hrano. Otroci in mladostniki so tudi pod vplivom marketinških in oglaševalskih sporočil, namenjenih tej starostni skupini.

Na prehranske navade vplivajo tudi kulturni pritiski po »idealni« postavi. Želja biti vitek/vitka in pečat debelosti sta lahko prav posebna skrb mladih, kar vpliva na telesno podobo, telesno oceno in samospoštovanje.

Zdravo prehrano opišemo kot dnevni vnos živil, ki imajo pravo razmerje hranilnih snovi, potrebnih za rast in vzdrževanje zdravja. Vzorci hranjenja mladih imajo lahko za posledico manjši vnos sadja in zelenjave, ki sta pomembna vira ogljikovih hidratov, vitaminov in mineralov.

Pitje »kol in sladkih brezalkoholnih pijač« in uživanje »sladkarij«, ki vsebujejo veliko praznih kalorij, ovira vnos bolj hranilnih živil in lahko preprečujejo upoštevanje priporočil za zdravo

prehranjevanje (10). Povečan vnos sladkanih pijač bi bil lahko povezan z ugotovljenim porastom prevalence debelosti (11).

V Sloveniji je bila pred pričujočo raziskavo med januarjem in marcem leta 1999 opravljena presečna epidemiološka študija o navadah in razvadah dijakov v zvezi s prehranjevanjem, ob čemer so bile predstavljene tudi njihove osnovne demografske značilnosti, socialno-ekonomski dejavniki in kulturno okolje, v katerem živijo. Zajela je vzorec 296 fantov in deklet. Študija je potekala na ljubljanskih poklicnih in srednjih šolah ter gimnazijah. Uporabljena je bila metoda zaprtega anketnega vprašalnika in zapisa jedilnika za dan pred izpolnjevanjem vprašalnika.

Avtorica ugotavlja, da se dijaki v prestolnici na splošno prehranjujejo neredno (opuščajo predvsem zajtrk in večerjo) in nimajo ustaljenega prehranjevalnega ritma, pri čemer najbolj izstopajo dijaki poklicnih šol, katerih obroki so tudi najslabše kakovosti. Potem je raziskava razkrila, da vsi srednješolci, dekleta pa še posebej, niso dovolj telesno dejavni in neurejeno spijo, ti dve navadi pa lahko nadalje spodbujata škodljive prehranjevalne navade. Razen tega, da se predstavnice nežnejšega spola prehranjujejo slabše, so tudi manj zadovoljne s svojo telesno težo kot fantje.

Na splošno se ljubljanski dijaki tretjih letnikov ne prehranjujejo zelo zdravo, saj pojedjo premalo sadja in zelenjave, mleka in mlečnih izdelkov ter rib, pa tudi ne pijejo zadostnih količin tekočin. Še posebej to velja za tiste, ki zaužijejo manj kot tri dnevne obroke, kolikor jih anketiranci, vključeni v vzorec, pojedjo povprečno. Njihovi obroki so tudi manj pogosto topli, slabše kakovosti, redkeje kot njihovi vrstniki jih uživajo sede. Bolj občutijo razliko v prehrani med delavnikom in za vikend, pri redni prehrani pa jih bolj ovirajo šolske obveznosti. Zanje je na koncu značilno, da imajo manj znanja o zdravem prehranjevanju, bolj pogosto kadijo, niso zadovoljni s svojo telesno težo, manj so telesno dejavni, dekleta pa ponoči še manj spijo. Rezultati raziskave nakazujejo obratno povezavo med številom dnevnih obrokov in indeksom telesne mase, ki je sicer šibka, vendar obstaja (12, 13).

9.2 Metode

Merjenje prehranjevalnih navad med otroki in mladostniki na enoten način v različnih državah, kulturah, na kontinentih v okviru raziskave, ki želi osvetliti najpomembnejše vedenje, povezano z zdravjem, predstavlja problem. Drage, časovno zamudne in obsežne metode niso uporabne. Zato je bil izbran set vprašanj, ki so ustrezala večini držav in zrcalijo splošne prehranjevalne navade: vzorci hranjenja, vnos sadja, zelenjave, sladkarij in sladkanih brezalkoholnih pijač.

9.3 Merjenje vzorcev hranjenja

Tri obvezna vprašanja merijo pogostost treh glavnih obrokov (zajtrk, kosilo, večerja) med tednom in vikendom.

Vprašanja o vzorcih obrokov so ločena za delovni teden in vikend, saj se le-ti pogosto razlikujejo med tednom in vikendi. Še več - vzorci obrokov se razlikujejo tudi med starostnimi skupinami. Ločitev na delovni teden in vikend in natančne kategorije za odgovore ponujajo možnost prepoznavanja tistih, ki imajo redne vzorce obrokov, tistih, ki jedo manj redno, in tistih, ki jedo zelo neredno - tako med šolskim tednom kot med vikendom. Vse te kategorije so zelo zanimive z vidika javnega zdravja, slednji (neredni jedci) pa tudi z vidika tveganega vedenja.

Anketiranci/anketiranke so odgovarjali na vprašanja o tem, kako pogosto ponavadi zajtrkujejo (zaužijejo kaj več kot le kozarec mleka, kakava ali čaja), kosijo in večerjajo – ločeno za dneve med tednom in ob koncu tedna.

Možni odgovori za dneve med tednom so bili: med tednom nikoli ne zajtrkujem / kosim / večerjam, en dan, dva dneva, tri dni, štiri dni, pet dni.

Možni odgovori za dneve ob koncu tedna so bili:

- med vikendom nikoli ne zajtrkujem / kosim / večerjam;
- običajno zajtrkujem / kosim / večerjam samo en dan med vikendom (v soboto ALI nedeljo);
- običajno zajtrkujem / kosim / večerjam oba dneva med vikendom (v soboto IN nedeljo).

9.4 Merjenje pogostosti vnosa živil

Vprašanje o tem, kako pogosto ponavadi je sadje, zelenjavo, sladkarije in pije kole oziroma sladkane brezalkoholne pijače, kažejo na to, kakšna je kakovost anketirančeve prehrane.

Pogostost vnosa posameznih živil smo merili z vprašanjem, kako pogosto na teden po navadi je oziroma pije naštetih živil: sadje, zelenjava, sladkarije (bonboni ali čokolada), kola ali druge brezalkoholne pijače. Možni odgovori so bili: nikoli; manj kot enkrat na teden; 2 – 4 dni na teden; 5 – 6 dni na teden; enkrat na dan, vsak dan; vsak dan, večkrat na dan.

9.5 Rezultati

Zajtrkovanje

Zajtrkuje 42% fantov in 37% deklet, nikoli ne zajtrkuje 30% fantov in 38% deklet. Vsak dan zajtrkuje statistično značilno več fantov ($\chi^2= 33,215$; $p<0,0001$). S starostjo se statistično značilno manjša delež tistih, ki zajtrkujejo vsak dan ($\chi^2= 28,853$; $p<0,001$). Od 5. razreda do 1. letnika srednje šole se odstotek fantov, ki zajtrkujejo, zmanjša za 7,5, deklet pa za 4.

Ob koncu tedna zajtrkuje v soboto in nedeljo 81% fantov in 80% deklet. Nikoli (niti med tednom niti med vikendom) ne zajtrkuje 4% 11,5- do 15,5-letnikov.

Kosilo

Vsak dan kosi 80% anketiranih, nikoli med tednom ne kosi 3% fantov in 2% deklet. Fantje so statistično značilno pogosteje odgovorili, da ne kosijo nikoli oziroma enkrat na teden ($\chi^2= 27,227$; $p<0,0001$). Vseh pet dni v delovnem tednu ima kosilo statistično značilno več učencev 5. in 7. razredov kot dijakov 1. letnikov ($\chi^2= 72,272$; $p<0,0001$).

Kosilo je jedlo v soboto in nedeljo 88% fantov in 93% deklet. Statistično značilno več 11- in 13-letnih fantov ne kosi nikoli ob koncu tedna oziroma samo na en dan ($\chi^2= 20,217$; $p<0,0001$).

Večerja

Vsak dan večerja 61% fantov in 43% deklet, nikoli ne večerja 5% fantov in 13% deklet. Dekleta so statistično značilno pogosteje odgovorila, da med tednom nikoli ne večerjajo ($\chi^2=173,925$; $p<0,0001$).

Oba dneva ob koncu tedna je večerjalo 75% fantov in 57% deklet, nikoli pa 6% fantov in kar 14% deklet. Razlike med fanti in dekleti so statistično značilne: oba dneva ob koncu tedna večerja statistično značilno več fantov ($\chi^2=160,881$; $p<0,0001$).

Uživanje sadja

Vsak dan je enkrat ali večkrat jedlo sadje 33% fantov in 45% deklet, sadja nikoli ne je 2% fantov in 1% deklet. Fantje statistično značilno bolj pogosto jedo sadje manj kot enkrat na teden ali nikoli ($\chi^2=68,968$; $p<0,0001$). Po uživanju sadja najbolj izstopajo učenci 7. razredov ($\chi^2=87,134$; $p<0,0001$).

Uživanje zelenjave

Vsak dan je enkrat ali večkrat jedlo zelenjavo 22% fantov in 30% deklet, zelenjave nikoli ne je 12% fantov in 8% deklet. Fantje statistično značilno bolj pogosto jedo zelenjavo manj kot enkrat na teden ali nikoli ($\chi^2=42,192$; $p<0,0001$). S starostjo se manjša delež tistih, ki jedo zelenjavo vsak dan enkrat ali večkrat ($\chi^2=72,757$; $p<0,0001$).

Uživanje sladkarij

Vsak dan je enkrat ali večkrat jedlo sladkarije 26% fantov in 27% deklet, sladkarij nikoli ne je po 2% fantov in deklet. Razlike med spoloma niso statistično značilne. S starostjo statistično značilno narašča delež tistih, ki jedo sladkarije vsak dan enkrat ali večkrat ($\chi^2=37,382$; $p<0,0001$).

Pitje kol ali sladkanih brezalkoholnih pijač

Vsak dan je enkrat ali večkrat pilo sladkane brezalkoholne pijače 42% fantov in 37% deklet, kol nikoli ne pije 5% fantov in 7% deklet. Fantje statistično značilno bolj pogosto pijejo kole kot dekleta ($\chi^2=72,908$; $p<0,0001$). S starostjo statistično značilno narašča delež tistih, ki pijejo sladkane brezalkoholne pijače vsak dan enkrat ali večkrat ($\chi^2=63,436$; $p<0,0001$).

Diete

V času ankete je bilo na taki ali drugačni dieti 8% fantov in 20% deklet. S svojo težo je bilo zadovoljnih 64% fantov in 41% deklet. Da morajo shujšati (vendar niso na dieti), je menilo 20% fantov in 33% deklet. 9% fantov in 6% deklet je odgovorilo, da bi se morali zrediti. V času ankete je bilo na dieti ali je počelo kar koli, da bi shujšali, statistično značilno več deklet kot fantov ($\chi^2=290,243$; $p<0,0001$). S starostjo se statistično značilno večja delež tistih, ki so na dieti, da bi shujšali ($\chi^2=47,445$; $p<0,0001$).

Telesna podoba

Da je telo ravno pravšnje, je menilo 56% fantov in 36% deklet. Da so mnogo presuhi, je menilo 2% fantov in 1% deklet. Da so mnogo predebili, je menilo 3% fantov in 8% deklet. Za malo predebele se je ocenilo 24% fantov in 44% deklet. Razlike med spoloma so statistično značilne: več fantov meni, da so ravno pravi; več deklet je menilo, da so malce ali mnogo predebele ($\chi^2=264,323$; $p<0,0001$). S starostjo se statistično značilno manjša delež tistih, ki zaznavajo svoje telo kot ravno pravšnje in večja delež tistih, ki se sami sebi zdijo predebili ($\chi^2=39,818$; $p<0,0001$).

9.6 Razpravljanje

Nedvomno z rezultati o prehranjevalnih vzorcih naših otrok in mladostnikov ne moremo biti zadovoljni, saj jih tretjina (30% fantov in 38% deklet) odhaja vsak dan v šolo brez zajtrka, redno zajtrkuje le 42% fantov in 37% deklet. Vsak dan med tednom kosi 80% anketiranih, večerja pa 61% fantov in 43% deklet. Dekleta predvsem izpuščajo zajtrk in večerjo.

Tisti otroci in mladostniki, ki redno zajtrkujejo, kosijo in večerjajo, se tudi sicer statistično značilno bolj zdravo prehranjujejo – bolj pogosto uživajo sadje in zelenjavo, s svojo težo so zadovoljni, statistično značilno bolj pogosto menijo, da je njihovo telo ravno pravšnje.

Zanimivo je, da je redno uživanje kosila in večerje povezano tudi s statistično značilno bolj pogostim uživanjem sladkarij (poobedeck?) in kol oziroma sladkanih brezalkoholnih pijač.

Ob koncu tedna se vzorci prehranjevanja spremenijo: zajtrkuje 80% anketiranih (nikoli 7%), kosi 91% (nikoli 2%) in večerjata dve tretjini anketiranih (nikoli 10%). Med vikendi ne večerjajo predvsem dekleta.

Strokovnjaki za prehrano priporočajo uživanje sadja in zelenjave večkrat na dan vsak dan. V skupni 11,5- do 15,5-letnikov temu merilu zdravega prehranjevanja odgovarja le 39% anketiranih (več deklet). To so predvsem tisti, ki redno uživajo tri dnevne obroke: zajtrk, kosilo in večerjo.

Četrtnina anketiranih je odgovorila, da vsak dan enkrat ali večkrat uživa sladkarije. 40% jih enkrat ali večkrat pije kole ali sladkane brezalkoholne pijače.

Tisti, ki so odgovorili, da so trenutno na dieti, statistično značilno pogosteje jedo sadje in zelenjavo enkrat ali večkrat na dan, manj pogosto pa jedo sladkarije in pijejo sladkane brezalkoholne pijače.

Tisti, ki menijo, da je njihovo telo malce ali precej predebelo, se glede uživanja sladkarij in pitja kol delijo v dve skupini: eni jih jedo/pijejo vsak dan enkrat ali večkrat, drugi skoraj nikoli. Tisti, ki zaznavajo svoje telo kot presuho, jedo sladkarije bolj pogosto in tudi bolj pogosto pijejo sladkane brezalkoholne pijače.

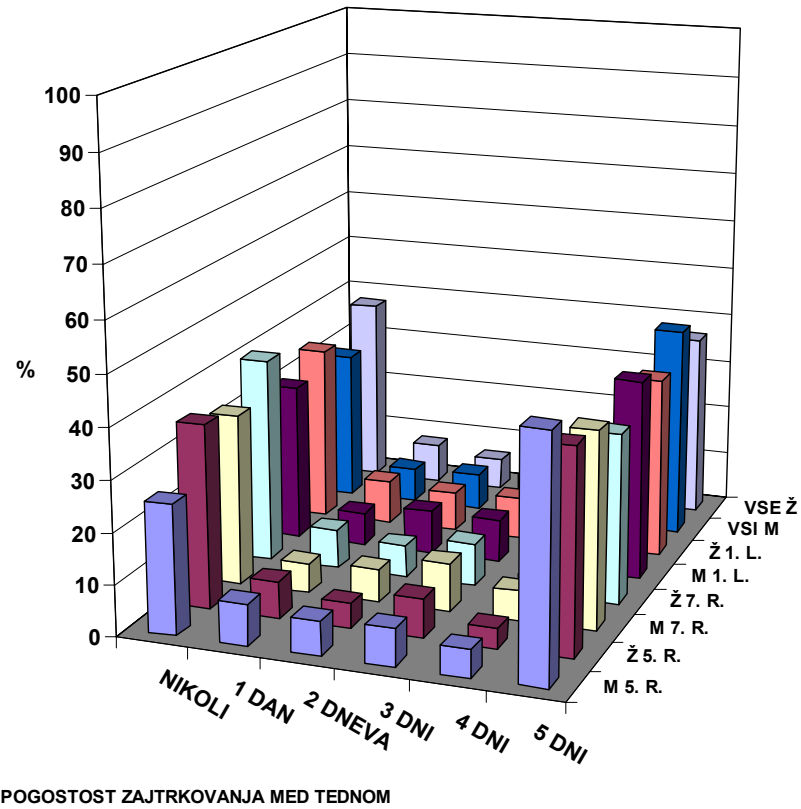
Premisliti moramo:

- Ali je našim otrokom in mladostnikom zagotovljena zdrava, uravnotežena prehrana?
- Ali imajo otroci in mladostniki dovolj kakovostnih informacij o prehrani?
- Ali jim ponujamo prave ideale (glede telesne podobe)?
- Ali vemo, kako vsa različna sporočila o zdravi prehrani, hujšanju in raznih dietah vplivajo na otroke in mladostnike?

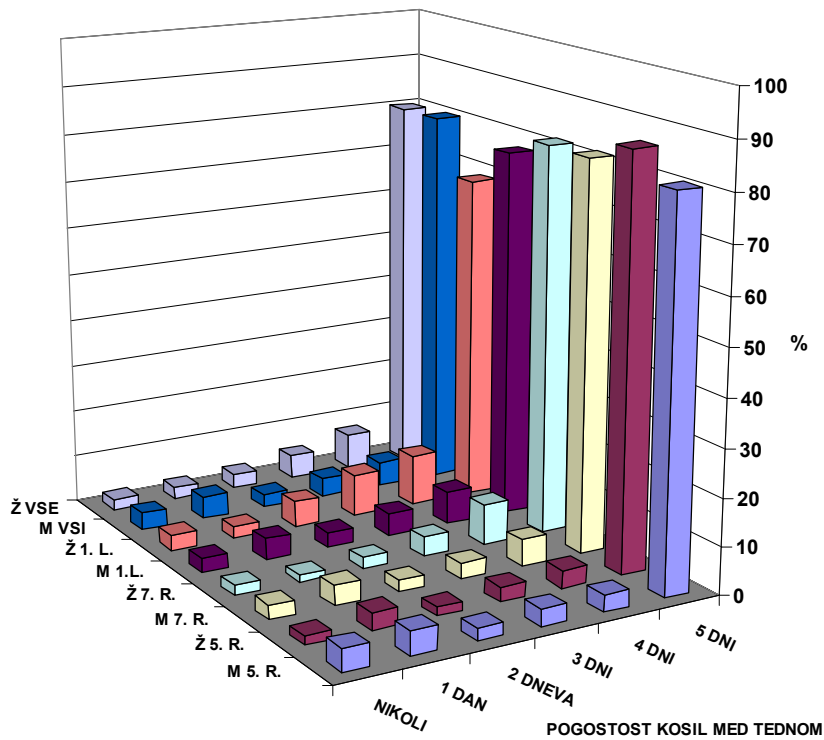
9.7 Viri

1. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. Centers for disease control and prevention. *Journal of School Health* 1997; 67: 9 – 26.
2. Williams CL, Bollella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fibre in childhood. *Pediatrics* 1995; 96: 985-988.
3. Miles G, Eid S. The dietary habits of young people. *Nurs.Times* 1997; 93: 46-48.
4. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. World Health Organization Technical Report Series 916. Geneva: World Health Organization, 2003.
5. Anderson AS, Macintyre S, West P. Adolescent meal patterns: grazing habits in the west of Scotland. *Health Bulletin* 1993; 51: 158-165.
6. Drummond S, Crombie N, Kirk T. A critique of the effects of snacking on body weight status. *European Journal of Clinical Nutrition* 1996; 50: 779-783.
7. Pollitt E, Mathews R. Breakfast and cognition: an integrative summary. *American Journal of Clinical Nutrition* 1998; 67: 804S-813S.
8. Resnicow K. The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health* 1991; 61: 81-85.
9. Siega-Riz AM, Carson T, Popkin B. Three squares or mostly snacks--what do teens really eat? A sociodemographic study of meal patterns. *Journal of Adolescent Health* 1998; 22: 29-36.
10. Harnack L, Stang J, Story M. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association* 1999; 99: 436-441.
11. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001; 357: 505-508.
12. Gabrijelčič Blenkuš M. Prehrambene navade ljubljanskih srednješolcev. Podiplomska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2000.
13. Gabrijelčič Blenkuš M. Število obrokov v celodnevem jedilniku ljubljanskih srednješolcev v povezavi z nekaterimi prehranskimi značilnostmi in značilnostmi življenjskega sloga srednješolcev ter njihovim indeksom telesne mase. Specialistična naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2001.

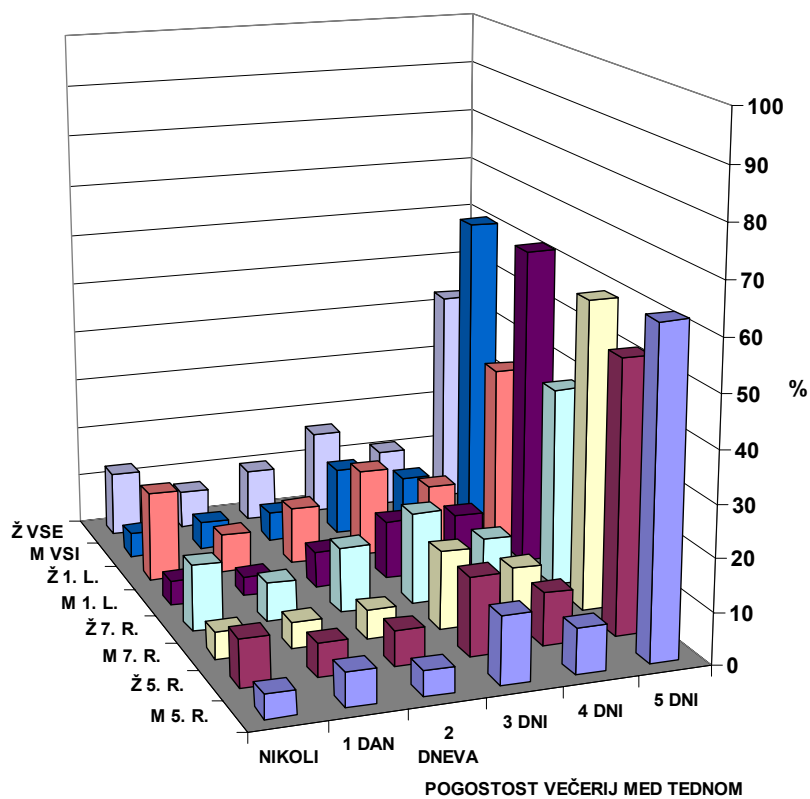
Slika 5.1 Pogostost zajtrkovanja med tednom po spolu in letniku



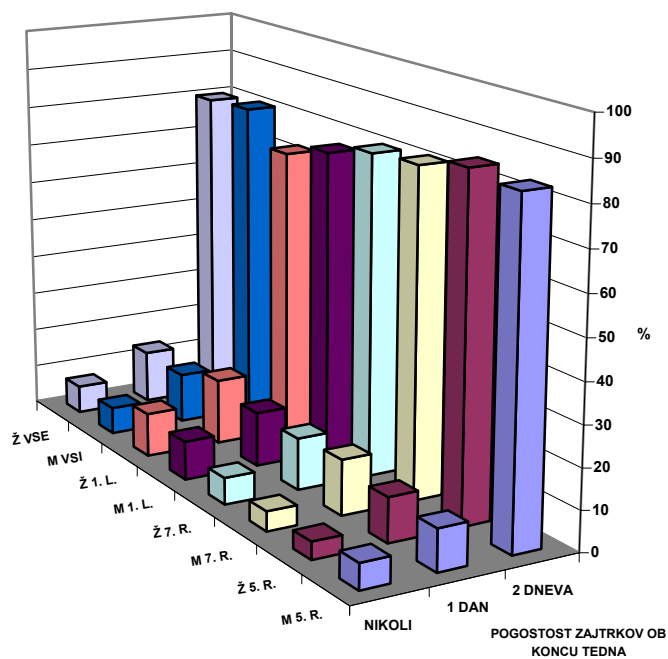
Slika 5.2 Pogostost kosil med tednom po spolu in letniku



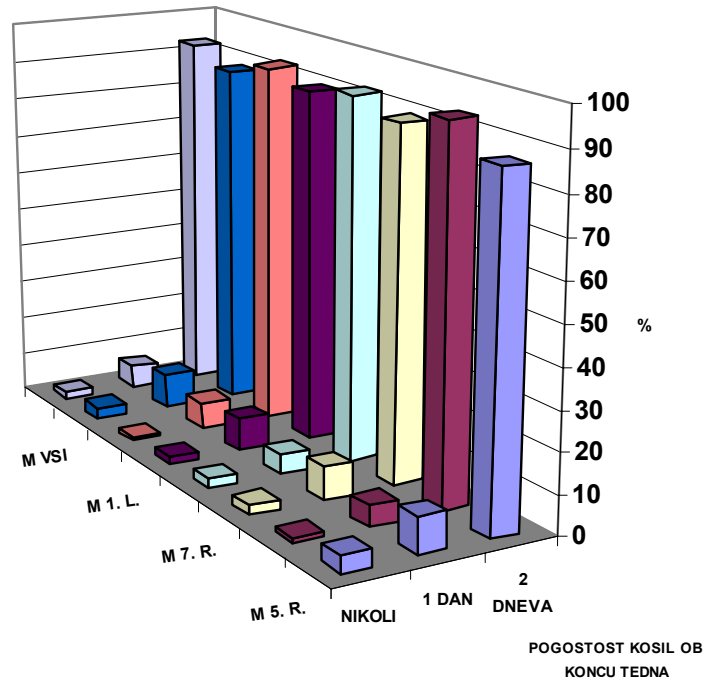
Slika 5.3 Pogostost večerij med tednom po spolu in letniku



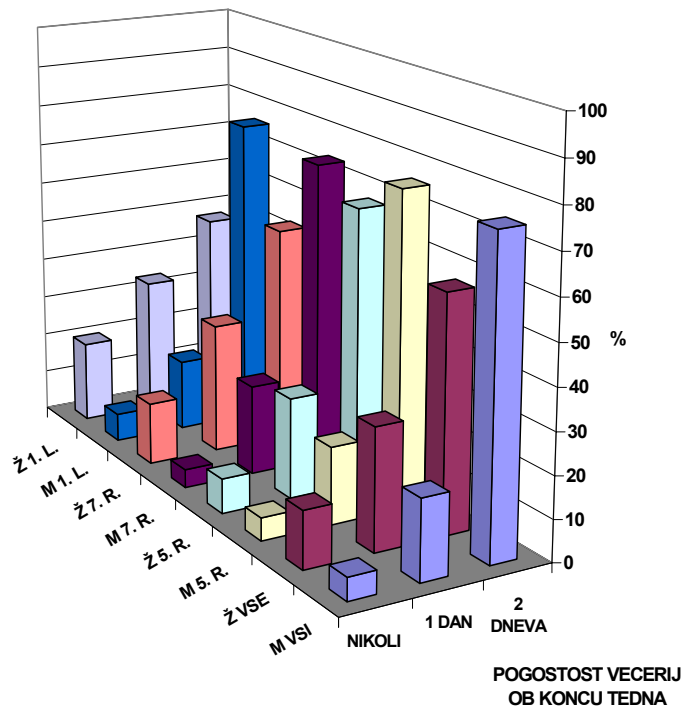
Slika 5.4 Pogostost zajtrkov ob koncu tedna po spolu in letniku



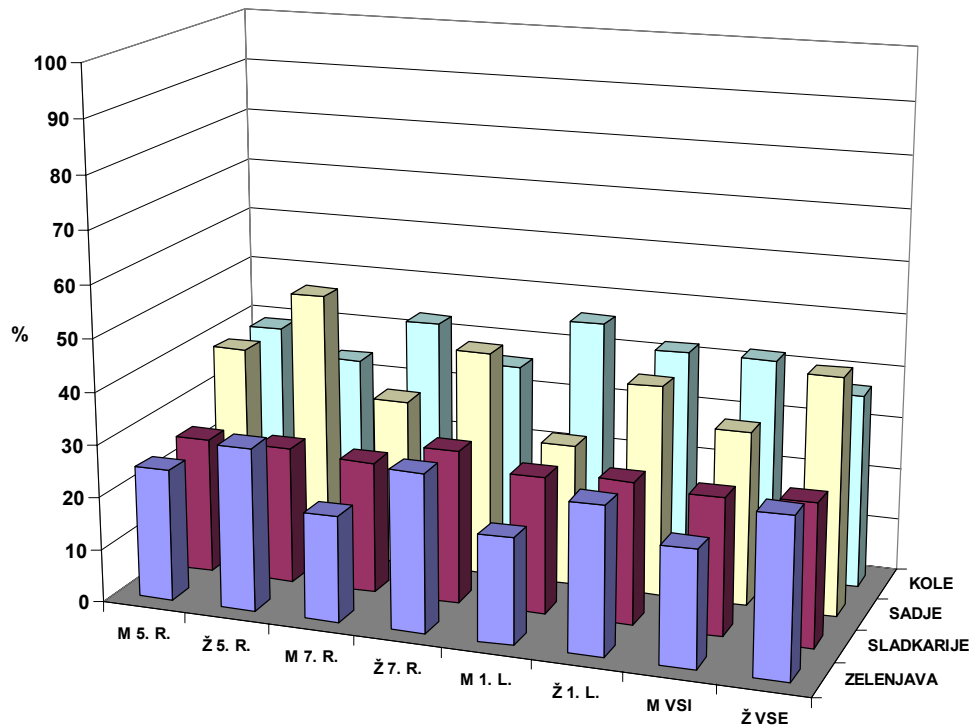
Slika 5.5 Pogostost kosil ob koncu tedna po spolu in letniku



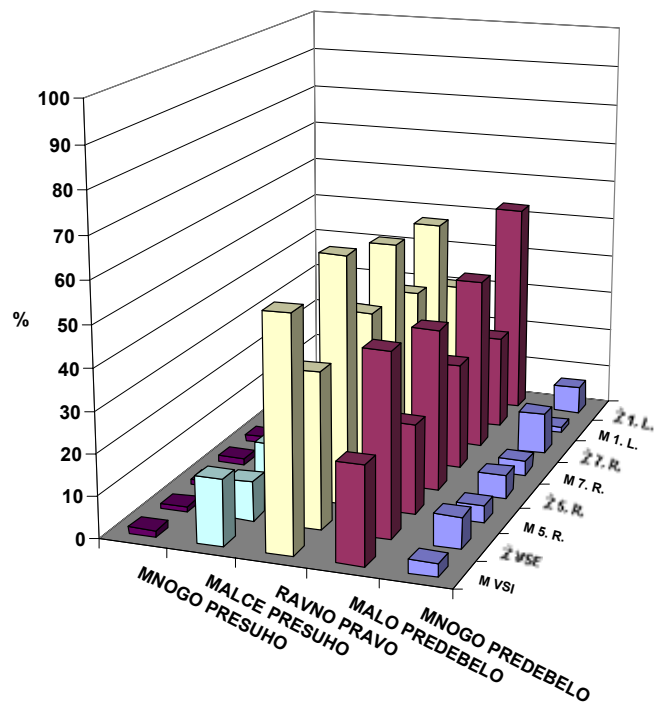
Slika 5.6 Pogostost večerij ob koncu tedna po spolu in letniku



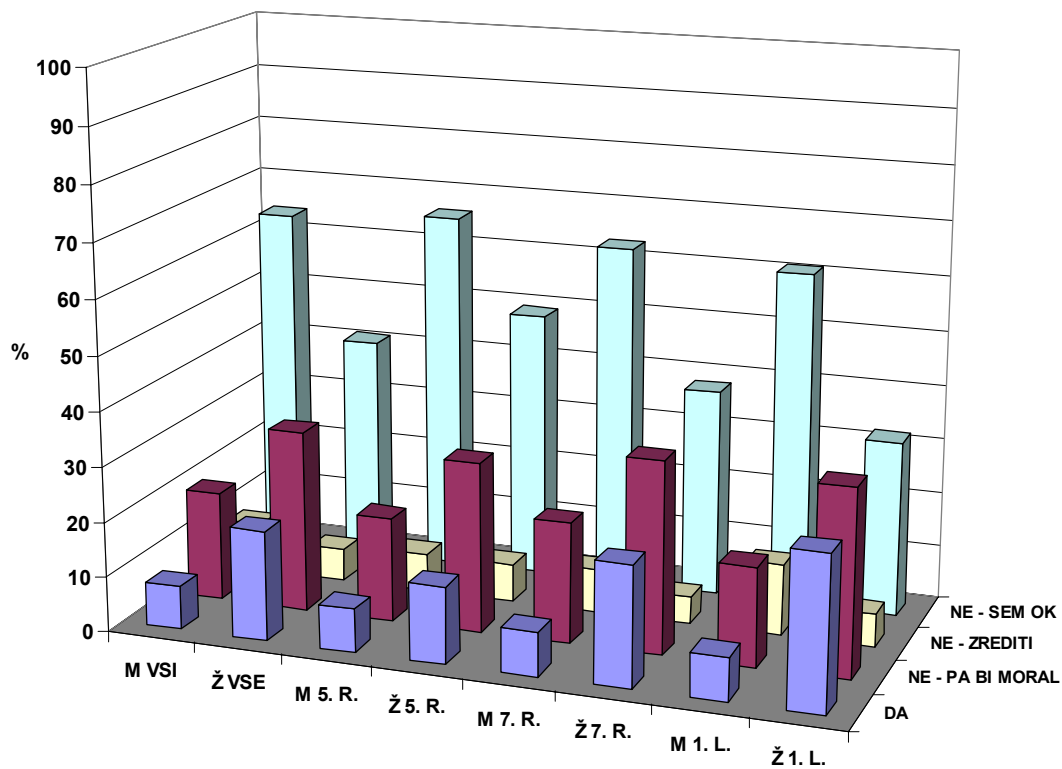
Slika 5.7 Pogostost odgovorov o uživanju posameznih živil enkrat na dan ali bolj pogosto po spolu in letniku



Slika 5.8 Pogostost odgovorov o telesni podobi po spolu in letniku



Slika 5.9 Pogostost odgovorov o morebitnih shujševalnih dietah po spolu in letniku



10. TELESNA DEJAVNOST

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

10.1 Uvod

Gibanje je prevladujoča človekova dejavnost že od prvih dni življenja. Je izraz zadovoljstva, svobode, igrivosti in ustvarjalnosti, hkrati pa tudi pomembno sredstvo vzgoje, samopotrjevanja in samouresničevanja. Gibalne sposobnosti so tesno povezane z otrokovimi funkcionalnimi sposobnostmi, zdravstvenim stanjem, intelektualnim, čustvenim in socialnim razvojem (1).

Telesna dejavnost ugodno vpliva na zdravje, prispeva k boljši kakovosti življenja tako v telesnem kot v psihosocialnem smislu. Že 30 minut zmerne telesne dejavnosti dnevno, kot je na primer hitra hoja, je za odrasle dovolj da dosežejo koristi za zdravje. S povečevanjem ravni dejavnosti se bodo povečale tudi koristi (2).

Redna telesna dejavnost:

- zmanjšuje tveganje za prezgodnje smrti;
- zmanjšuje tveganje za smrt zaradi srčne bolezni ali kapi, ki sta vzrok za tretjino vseh smrti;
- zmanjšuje tveganje za razvoj srčne bolezni ali raka debelega črevesa za do 50%;
- zmanjšuje tveganje za razvoj diabetesa tipa II za 50%;
- pomaga preprečevati/zniževati povišan krvni tlak, ki muči tretjino odraslega svetovnega prebivalstva;
- pri ženskah pomaga preprečevati osteoporozo in zmanjševati tveganje za zlom kolka do 50%;
- zmanjšuje tveganje za razvoj bolečin v spodnjem predelu hrbta;
- spodbuja duševno blaginjo, zmanjšuje stres, občutja strahu, depresijo in občutek osamljenosti;
- pomaga preprečevati ali nadzirati tvegano vedenje, kot so na primer uporaba tobaka, alkohola in preostalih snovi, nezdrava prehrana ali nasilje pri otrocih in mladostnikih;
- pomaga nadzirati telesno težo in zmanjševati tveganje za debelost za 50% v primerjavi z ljudmi s sedečim načinom življenja;
- pomaga zgraditi in ohraniti zdrave kosti, mišice, sklepe in poveča energijo ljudem s kroničnimi boleznimi;
- ljudem lahko pomaga shajati z bolečinami, kot na primer z bolečinami v hrbtu ali v kolenih (2).

Povečana telesna dejavnost je povezana tudi z boljšo telesno pripravljenostjo, ki lahko povratno vpliva na kakovost spanja (3). Kakovost spanja je bistveni del dobrega zdravja in splošne kakovosti življenja.

Dokazani so tudi učinki redne telesne dejavnosti na zdravje otrok in mladostnikov. Vpliva na rast, razvoj in ohranitev zdravih kosti, mišic in sklepov, pomaga nadzirati telesno težo, razgrajevati maščobe ter prispeva k učinkovitemu delovanju srca in pljuč. Prispeva k razvoju gibanja in koordinacije ter pomaga preprečevati in nadzirati občutje strahu in depresije (2). Igranje, igre in ostala telesna dejavnost dajejo mladim možnost za samoizražanje, prispevajo k oblikovanju samozavesti, doživljanju občutkov uspešnosti, ustvarjanju medsebojnih odnosov in pri vključevanju v družbo. Ti pozitivni učinki blažijo tveganja in škodo, ki nastane zaradi zahtevnosti, tekmovalnosti, stresa in sedečega načina življenja, ki je pogosto prisoten v življenju mladih (2).

Sodelovanje v pravilno vodeni telesni dejavnosti in športu lahko prispeva k osvojitvi preostalih zdravih načinov vedenja kot na primer izogibanje tobaku, alkoholu, uporabi drugih drog in nasilnemu vedenju (2).

Otroci, ki so bolj telesno dejavni, so v šoli uspešnejši. Skupinske igre in igranje spodbujajo pozitivno vključitev v družbo in omogočajo razvoj spretnosti v medosebnih odnosih pri otrocih (2).

Za vzorce telesne dejavnosti, pridobljene v otroštvu in adolescenci, obstaja večja verjetnost, da se bodo ohranili vse življenje in s tem zagotovili temelje za dejavno in zdravo življenje. Dejaven otrok bo bolj verjetno postal dejaven odrasel človek (2, 4). Na drugi strani pa se nezdrav način življenja, vključno s sedečim načinom življenja, slabo prehrano in zlorabo drog, ki je bil pridobljen v mladosti, pogosto nadaljuje v odraslem življenju (2).

Ob tem pa se je treba zavedati, da verjetnost poškodb mišičevja ali okostja s stopnjo telesne vadbe narašča. Iz podatkov dosedanjih raziskav HBSC o vedenju povezanem z zdravjem v šolskem obdobju, je razvidno, da je več kot polovica poškodb, pri katerih je bila zabeležena medicinska oskrba, nastala zaradi športne vadbe ali rekreacijske dejavnosti (5).

Ker telesna dejavnost zelo koristi zdravju, pomeni širjenje vadbe med mladimi pomemben izziv skrbi za javno zdravje. Še posebej pa moramo biti pozorni ob koncu odraščanja, saj prav v tem obdobju največ ljudi preneha s telesno dejavnostjo in se navzame sedečega življenjskega sloga (6).

Spremljanje telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine v Sloveniji v obdobju 1990 – 2000 kaže na pozitivne spremembe v gibalnih zmožnostih v srednješolski populaciji, kar avtorji razlagajo med drugim z izboljšanimi materialnimi pogoji v srednjih šolah, s povečanim številom ur športne vzgoje, bolj razvejanim programom šolskih športnih tekmovanj in prireditvev netekmovalnih oblik in z ugodnejšo morfološko strukturo. Žal se sočasno pojavljajo negativni trendi pri otrocih na razredni stopnji (7).

Če želimo spodbujati telesno dejavnost med mladimi, moramo poznati glavne determinante: demografsko/biološke, psihološko/spoznavno/ čustvene dejavnike, vedenjske značilnosti in veščine, družbeno/kulturne in okoljske dejavnike. Zato se je mnogo študij usmerilo v ugotavljanje dejavnikov, ki so povezani z udeležbo mladih pri telesni dejavnosti. Sallis in njegovi sodelavci trdijo, da so ključne determinante demografske (med fanti in mlajšimi ljudmi je telesna dejavnost bolj razširjena), družbene (spodbujanje staršev, sester in bratov ter vrstnikov) in fizično okolje (dostopnost pripomočkov in programov za telesno dejavnost) (8).

Priporočljiva stopnja telesne dejavnosti

V zadnjih letih se pojavljajo razprave o intenzivnosti in trajanju telesne vadbe, pri čemer niso dosti razpravljali o mladih kot ciljni populaciji. Zaradi dokazov, da zdravju koristne učinke prinaša predvsem čas, porabljen za telesno dejavnost, se v zvezi z mladimi (tako kot z odraslimi) poudarja zmerna intenzivnost telesne dejavnosti (9).

Leta 1997 je mednarodna skupina strokovnjakov preučila smernice za mlade in priporočila dvoje: mladi, ki so trenutno manj dejavni, naj bi se udeleževali zmerne telesne dejavnosti vsaj 30 minut na dan; in kar je še bolj pomembno, idealno bi bilo, da bi vsi mladi vsak dan izvajali eno uro zmerne telesne dejavnosti (10, 11). Zmerna intenzivnost je po definiciji primerljiva z živahno hojo, ki daje občutek '... toplote in rahle zadihanosti'. Dodatno so še priporočili vsaj dvakrat tedensko dejavnost, ki povečuje mišično moč, gibljivost in krepi kosti.

Sedanja stališča močno odstopajo od stališč pred letom 1994 o dvajsetminutni zmerni do intenzivni telesni dejavnosti trikrat ali večkrat na teden (12). Razloga za to sta dejstvo, da veliko mladih že sedaj upošteva 30 minut telesne dejavnosti vsak dan, in skrb zaradi naraščajočega števila debelih.

Merjenje telesne dejavnosti

Welk je poudaril, da merjenje telesne dejavnosti mladih ni lahka naloga (13), še večji izziv pa postane, če jo želimo izmeriti v različnih državah. Ob pripravi postavk za raziskavo HBSC, ki pokriva širok niz zanimanj v zvezi z zdravjem in z zdravjem povezanimi dejavniki, so se pojavile tri omejitve:

- čas, ki ga šole lahko namenijo;
- v vprašalniku dostopen prostor;
- potreba po usklajevanju s postavkami na drugih področjih.

10.2 Metode

V raziskavo HBSC 1997/98 sta bili vključeni dve vprašanji v zvezi s tem, koliko ur na teden in kako pogosto vsak teden so bili mladi telesno dejavni (14). Vprašanji naj bi merili telesno dejavnost v prostem času zunaj šole. Da bi upoštevali najnovejša priporočila v zvezi s telesno dejavnostjo mladih, sta v raziskavo 2001/2002 vključeni vprašanji o najmanj zmerni vadbi v šoli ali/in v prostem času v tednu pred izvedbo raziskave ter v običajnem tednu posameznika.

Metodo merjenja zmerne do intenzivne telesne dejavnosti (moderate to vigorous physical activity, v nadaljevanju MVPA) je razvil Prochaska in jo sestavljata dve vprašanji o številu dni najmanj 60-minutne vsaj zmerne telesne dejavnosti, kot o njej poročajo mladi (15). Definicija telesne dejavnosti je za študijo HBSC nekoliko spremenjena, saj mora vključevati tudi dejavnosti v sami šoli. Anketirancem smo jo razložili z naslednjim besedilom:

Telesna dejavnost je katera koli dejavnost, pri kateri naraste srčni utrip in pri kateri se za nekaj časa zadrihaš. Telesno dejavni smo pri športu, šolskih dejavnostih, med igro s prijatelji ali med hojo v šolo. Tek, hitra hoja, rolanje, kolesarjenje, ples, skejtanje, plavanje, nogomet, košarka, surfanje ... so primeri za telesno dejavnost.

Vprašanji sta se glasili:

Koliko dni od preteklih 7 dni si bil/a telesno dejaven/a vsaj 60 minut skupaj na dan?

Kategorije odgovorov: 0 dni, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dni

Če odgovarjaš za tipični ali običajni teden, koliko dni si telesno dejaven/dejavna vsaj 60 minut skupaj na dan?

Kategorije odgovorov: 0 dni, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dni

Seštevek obeh postavk, deljen z dva, ki znaša 5 ali več, uvršča anketiranca med tiste, ki dosegajo priporočilo v zvezi s telesno dejavnostjo: eno uro ali več zmerne dejavnosti na dan večino dni v tednu. Raziskava v Združenih državah Amerike je pokazala, da je MVPA sprejemljiva metoda za ocenjevanje sodelovanja v telesni dejavnosti in za ocenjevanje doseganja veljavnih priporočil. Dodatno vrednost ji daje kratkost in značilna korelacija z objektivnimi merami telesne dejavnosti.

10.3 Rezultati

Podatke o telesni dejavnosti anketirancev v preteklem tednu in običajnem tednu smo obdelali z metodo MVPA. Anketirance smo razporedili v dve kategoriji: tiste, ki do- ali presega merilo za zmerno do intenzivno telesno dejavnost, in tiste, ki ga ne dosegajo.

Rezultati kažejo, da je bilo v celotnem vzorcu 40,8% anketirancev, ki so bili zmerno do intenzivno telesno dejavni. Med 11-letniki je merilo MVPA izpolnjevala skoraj polovica, med 13-letniki 38% in med 15-letniki 32%.

Ugotovili smo statistično značilne razlike med fanti in dekleti (slika 6.1) ter po starosti (slika 6.2). Statistično značilno več fantov izpolnjuje merilo za zmerno do intenzivno telesno dejavnost ($\chi^2 = 112,611$ je značilen pri $p < 0,0001$, $C = 0,17$). Statistično značilno več 11-letnikov izpolnjuje merilo za zmerno do intenzivno telesno dejavnost ($\chi^2 = 79,78$ je značilen pri $p < 0,0001$, $C = 0,14$). Izpolnjevanje merila MVPA po starosti in spolu prikazujemo na sliki 3. S starostjo se manjša odstotek fantov in deklet, ki dosegajo merilo MVPA.

Primerjava s povprečjem držav HBSC kaže, da se slovenski 11-, 13- in 15-letniki/ce uvrščajo med bolj telesno dejavne (Slika 6.4). V skupini 11-letnikov so med 35 državami na tretjem mestu po odstotku tistih, ki dosegajo merilo MVPA. V skupini 13-letnikov so med 35 državami na desetem mestu po odstotku tistih, ki dosegajo merilo MVPA. V skupini 15-letnikov so med 35 državami na devetem mestu po odstotku tistih, ki dosegajo merilo MVPA.

10.4 Razpravljanje

Rezultati zelo jasno kažejo, da je med fanti telesna dejavnost v priporočljivi meri bolj razširjena kot med dekleti, čeprav se velika razlika med spoloma spreminja tudi s starostjo.

Za skupino 11- do 15-letnikov v povprečju velja, da je zmerno do intenzivno telesno dejaven vsak drugi fant in vsako tretje dekle.

Za fante velja, da je zmerno do intenzivno telesno dejaven vsak drugi 11-letnik, 41% 13-letnikov in vsak tretji 15-letnik.

Za dekleta velja, da je zmerno do intenzivno telesno dejavna vsaka tretja 11-letnica, vsaka četrta 13-letnica in vsaka peta 15-letnica.

Preverili smo tudi nekatere trditve, ki nakazujejo povezave med telesno dejavnostjo in drugimi razvadami ter zadovoljstvom z življenjem in ugotovili naslednje povezave, ki se skladajo z ugotovitvami predhodnih raziskav (2, 8).

Med tistimi anketiranci, ki so zmerno do intenzivno telesno dejavni, jih statistično značilno več meni, da je njihovo telo ravno pravo ($\chi^2 = 32,846$ je značilen pri $p < 0,0001$, $C = 0,09$) in da je njihova teža v redu in jim ni treba hujšati/zrediti se ($\chi^2 = 54,378$ je značilen pri $p < 0,0001$, $C = 0,119$).

Med tistimi anketiranci, ki so zmerno do intenzivno telesno dejavni, jih je statistično značilno več odgovorilo, da ne kadijo ($\chi^2 = 21,667$ je značilen pri $p < 0,0001$, $C = 0,08$).

Med tistimi anketiranci, ki so zmerno do intenzivno telesno dejavni, jih je statistično značilno več odgovorilo, da je njihovo zdravje odlično ($\chi^2 = 112,936$ je značilen pri $p < 0,0001$, $C = 0,17$). Na lestvici zadovoljstva z življenjem se jih je statistično značilno več uvrstilo v kategorije, ki odsevajo najboljše možno življenje ($\chi^2 = 104,778$ je značilen pri $p < 0,0001$, $C = 0,17$).

Ne glede na to, da se slovenski anketiranci uvrščajo med anketirance, katerih telesna dejavnost je nad povprečjem držav HBSC, pa z ugotovljenim stanjem ne smemo biti zadovoljni, saj večji del populacije 11- do 15-letnikov ni dovolj telesno dejavnih. Še posebej zaskrbljujoče je stanje med dekleti.

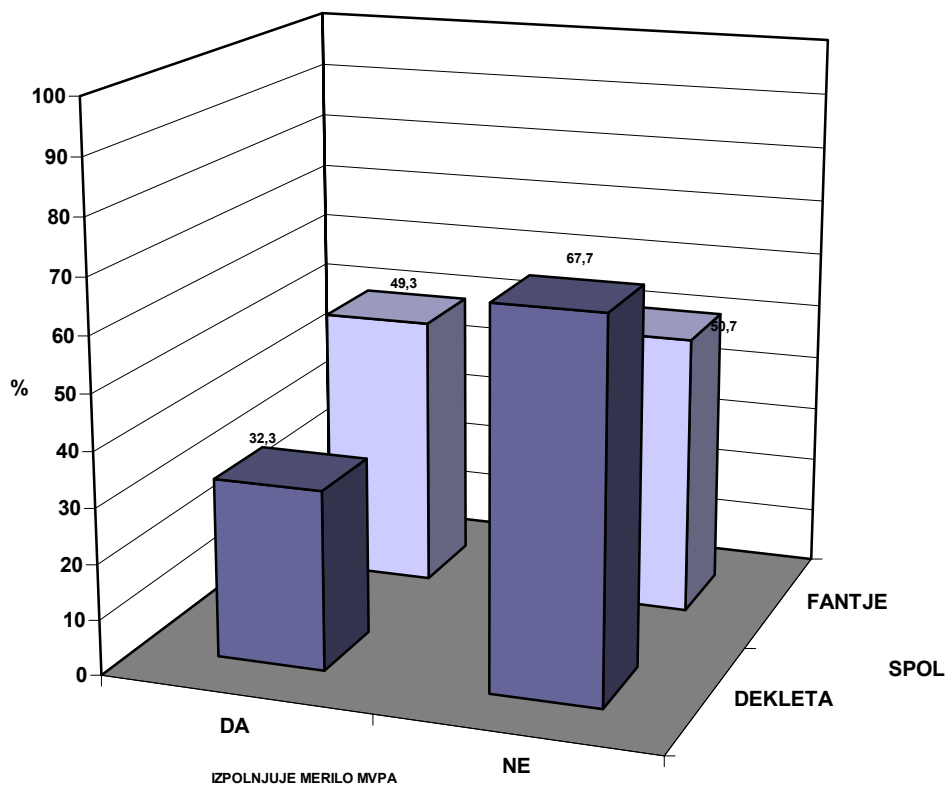
Mnogo bo še treba storiti, da se bo povečala udeležba v telesnih dejavnostih in se bodo pokazali pozitivni učinki za zdravje. Politiki in oblikovalci programov morajo biti pozorni na ključne ovire, ki preprečujejo udeležbo in na dokaze o učinkovitosti svojih ukrepov. Predlagamo, da se čim prej vsestransko prouči (dejavniki posameznikov, dejavniki okolja, organizacija, pristopi), kateri so vodilni razlogi za telesno nedejavnost, in čim prej začne z intenzivno popularizacijo telesne dejavnosti med mladino.

10.5 Viri

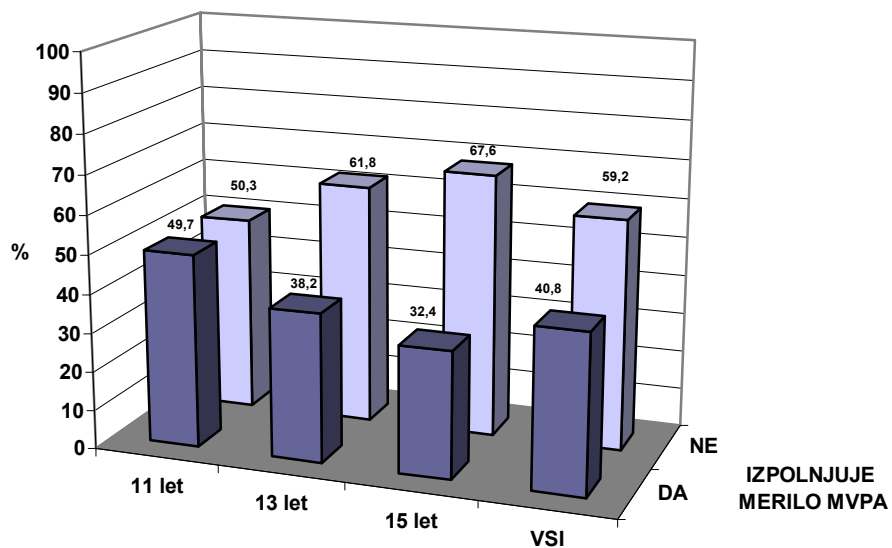
1. Kovač M, Starc G, editors. Ovrednotenje spremljave gibalnega in telesnega razvoja otrok in mladine v šolskem letu 2001 - 2002 in primerjava nekaterih parametrov športnozgojnega kartona s šolskim letom 2000 - 2001 ter z obdobjem 1990 - 2000. Ljubljana: Zavod za šport Slovenije, 2003.
2. Anon. Agita mundo - gibanje za zdravje. Svetovni dan zdravja 7. april 2002. Zdrav Var 2002; 41: Zdravstvena kultura.
3. Shapiro CM, Warren PM, Trinder J, Paxton SJ, Oswald I, Flenley DC, Catterall JR. Fitness facilitates sleep. *European Journal of Applied Physiology* 1984; 53, 1-4.
4. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 1996; 67(3) (Supp), S1-S10.
5. Williams JM, Wright P, Currie CE, Beattie TF. Sports-related injuries among Scottish adolescents aged 11-15. *British Journal of Sports Medicine* 1998; 32: 291-296.
6. Pišot R, Završnik J. Z gibanjem do zdravja - od otroka do mladostnika. Zdrav Var 2002; 41: 12 - 15.
7. Strel J, Kovač M, Leskošek B, Jurak G, Starc G, Bednarik J. Telesni in gibalni razvoj otrok in mladine v Sloveniji v letih 1990-2000. In: Kovač M, Strel J, Mišigoj-Duraković M. Telesna vadba in zdravje: znanstveni dokazi, stališča in priporočila. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, Fakulteta za šport, Zavod za šport Slovenije, Zagreb: Kineziološka fakulteta, 2003: 319-342.
8. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1999; 32: 963-975.
9. U. S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: US department of Health and Human services, Centers for Disease Control and Prevention and National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
10. Biddle S, Sallis J, Cavill N. Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, editors. Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications. London: Health Education Authority, 1998.
11. Pate R, Trost S, Williams C. Critique of existing guidelines for physical activity in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, editors. Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications. London: Health Education Authority, 1998.
12. Sallis JF, Patrick K. Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement. *Pediatric Exercise Science* 1994; 6: 302-314.

13. Welk GJ, Corbin CB, Dale D. Measurement Issues in the Assessment of Physical Activity in Children. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 2000; 71: 59-73.
14. Currie C. Health Behaviour in School-aged Children. Research protocol for the 1997-98 survey. A World Health Organisation Cross-National Study. Edinburgh: University of Edinburgh, 1998.
15. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Paediatrics & Adolescent Medicine* 2001; 155: 554-559.

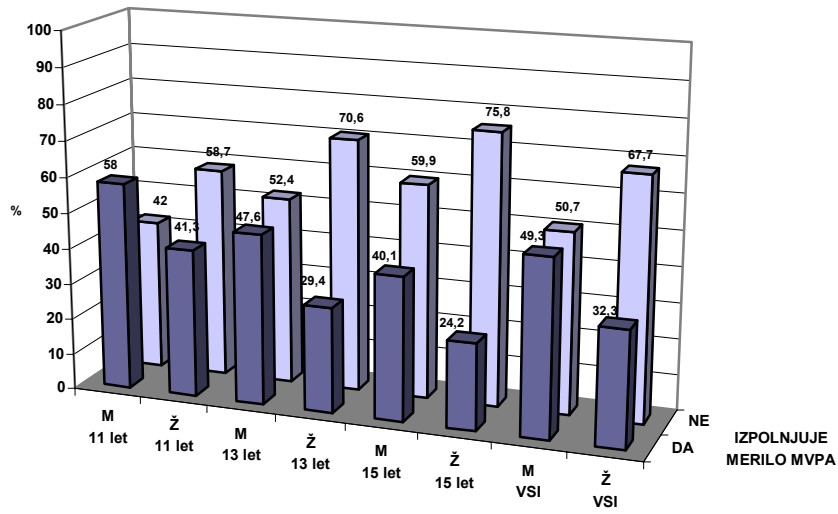
Slika 6.1 Odstotki zmerno do intenzivno telesno dejavnih po spolu



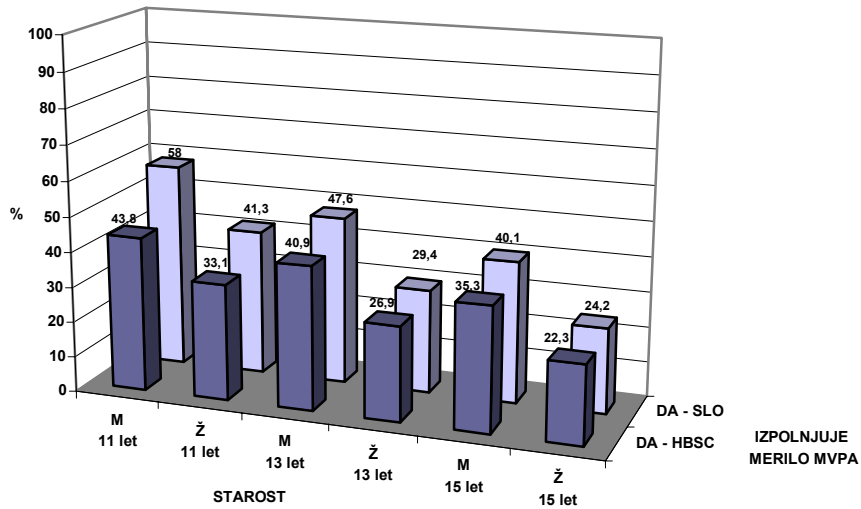
Slika 6.2 Odstotek zmerno do intenzivno telesno dejavnih po starosti



Slika 6.3 Odstotek zmerno do intenzivno telesno dejavnih po starosti in spolu



Slika 6.4 Odstotki zmerno do intenzivno telesno dejavnih po starosti v Sloveniji v primerjavi s povprečjem HBSC



11. SEDENJE

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

11.1 Uvod

V tem poglavju bomo pozornost usmerili v tri oblike sedečega vedenja, in sicer v gledanje televizije, uporabo računalnika in pisanje domačih nalog v času po šoli. Vse tri sedeče dejavnosti se po navadi odvijajo v tako imenovanem prostem času. Seveda pa se je treba zavedati, da otroci in mladostniki preživijo vsak delovni dan v šoli – in to večinoma sede – vsaj pet do šest ur. Vse to pa je povezano z ravno njihove športne/gibalne dejavnosti.

Razvoj novih tehnologij v drugi polovici dvajsetega stoletja je poleg skokovitega napredka v dostopnosti informacijskih virov, pridobivanja in obdelave informacij povzročil spremembe življenjskega sloga. Če nas je v petdesetih letih dvajsetega stoletja televizija navdajala z navdušenjem, povzroča sedaj količina časa, ki ga mladi preživijo pred televizijskim ekranom, precejšnjo zaskrbljenost (1). Hitro naraščanje uporabe osebnih računalnikov v preteklem desetletju kaže na novo priljubljeno prostočasno sedečo dejavnost za mlade, ki prav tako kot televizija verjetno izpodriva telesno dejavnost. Nekatere študije so pokazale, da ima zelo pogosta uporaba računalnikov negativen učinek na blaginjo ljudi (2). Poleg tega število ur, posvečenih pisanju domačih nalog, dodatno omejuje čas, razpoložljiv za aktivne prostočasne dejavnosti.

Skrb vzbujajo vse večja razširjenost sedečih dejavnosti med mladimi, ki zmanjšuje porabo energije ob nespremenjenem vnosu. Rezultat je večanje prevalece čezmerne teže in debelosti otrok in mladih (3, 4, 5, 6). Debelost se lahko pri otrocih razvije zaradi majhnega, a dolgotrajnega energetskega neravnovesja (7). Kot posledica se lahko razvijejo diabetes tipa 2, dejavniki tveganja za kardiovaskularne bolezni, pljučne bolezni in psihosocialne težave (8).

Čeprav je splošna domneva, da naraščajoča priljubljenost televizije in razširjenost drugih sedečih dejavnosti prispevata k vse bolj telesno nedejavni generaciji, obstajajo tudi nekateri dokazi, da je del rednih uporabnikov medijev bolj telesno dejaven kot njihovi vrstniki (9, 10, 11). Nadalje se je v nekaterih raziskavah pokazala pozitivna povezava med pogosto uporabo računalnika na eni strani in ucnim uspehom, samozavestjo in družabnimi telesnimi dejavnostmi na drugi strani (9 in 12).

V raziskavi Dejavniki tveganja za slovenske srednješolce so raziskovalke za reprezentativni vzorec prek 4.600 slovenskih srednješolcev vseh letnikov in programov ugotovile v zvezi s sedečimi dejavnostmi v prostem času naslednje: četrtnina anketiranih igra računalniške igrice vsaj enkrat na teden. Podoben odstotek pogosto igra na inštrument ali poje. 16,1% srednješolcev bere knjige (pa ne tiste za šolo) enkrat na teden ali pogosteje. Dekleta so pogosteje kot fantje igrala na inštrument ali pela in brala. Fantje so pogosteje kot dekleta igrali računalniške igrice in na igralne avtomate za denar. Dejavnosti v prostem času, s katerimi so se pogosteje ukvarjali dijaki nižjih letnikov kot višjih, so bile: branje knjig, igranje računalniških igric, aktivno ukvarjanje s športom, ukvarjanje s konjički, igranje inštrumenta in petje. Dijaki višjih letnikov so v prostem času pogosteje kot dijaki nižjih letnikov obiskovali diskoteke, kavarne in zabave oziroma so se sami potepali po mestu. Dobra tretjina anketirancev je odgovorila, da gledajo televizijo približno eno uro ali manj, 29% približno dve uri, ostali (tretjina) tri ure ali več – med njimi 5,2% pet ur ali več na dan. Fantje so bolj pogosto kot dekleta gledali televizijo dve uri ali več na dan. Z letnikom šolanja so se manjšali odstotki dijakov, ki gledajo televizijo vsak dan tri ure ali dlje. Gimnazijci so pogosteje

odgovorili, da gledajo televizijo od 0 do 2 uri, dijaki srednjih strokovnih šol so jo gledali pogosteje od pol do tri ure, dijaki poklicnih šol pa od tri do pet ur in več.

Anketiranci, ki so namenili gledanju televizije na povprečen dan v tednu veliko (=tri ali več) ur v primerjavi s tistimi, ki sploh ne gledajo televizije oziroma jo gledajo do dve uri, so pogosteje odgovorili, da nikoli ne berejo knjig (razen tistih za šolo), pogosto igrajo računalniške igrice, se pogosto potepajo po mestu s prijatelji ali sami, pogosto igrajo na igralne avtomate za denar, nimajo konjičkov, ne igrajo na inštrument ali pojejo, pogosto drivijo z motornimi vozili in se pogosto zdvijajo ob glasbi (12).

11.2 Metode

Vprašanja o sedečih dejavnostih dopolnjujejo merjenje telesne dejavnosti, saj merijo tudi telesno nedejavnost. Pri tem so bila uporabljena tri vprašanja: gledanje televizije in videa, uporaba računalnika in pisanje domačih nalog. Da bi dobili čim ustreznejšo sliko o udeležnosti anketirancev v sedečih dejavnostih, je bilo treba razlikovati udeležnost v teh dejavnostih med tednom in ob koncu tedna.

Anketirance smo povprašali, koliko ur na dan navadno v prostem času gledajo televizijo (vključno z videom); koliko ur na dan v prostem času običajno uporabljajo računalnik (za igranje igrice, pošiljanje elektronske pošte, klepetanje ali surfanje po internetu), in koliko ur na dan v prostem času običajno porabijo za domače naloge (pri tem naj ne bi upoštevali nalog, ki so jih naredili v šoli).

Anketiranci so odgovarjali o vključenosti v vse tri sedeče dejavnosti ločeno za dneve med tednom in ob koncu tedna.

Časovne kategorije, izbrane za analizo, so bile oblikovane tako, da zrcalijo skrajnosti vsake dejavnosti, še posebej za dneve med tednom. Ker so lahko anketiranci udeleženi v več kot eni sedeči dejavnosti hkrati (kot na primer: pišejo domačo nalogo na računalnik ali ob prižganem televizorju) ne smemo preprosto sešteti časa, ki ga porabijo za vsako od sedečih dejavnosti.

Odgovore smo za analizo kombinirali tako, da smo za vsako sedečo dejavnost opredelili tudi visoko raven uporabe:

- dolgotrajno gledanje televizije (4 ure ali več na dan)
- dolgotrajna uporaba računalnika (3 ure ali več na dan)
- dolgotrajno pisanje domačih nalog (3 ure ali več na dan).

11.3 Rezultati

Gledanje televizije in videa

V celotnem vzorcu je bilo 3% anketiranih, ki med tednom sploh ne gledajo televizije, in 7%, ki ji posvetijo le pol ure na dan. 19% anketiranih je vsak dan gledalo televizijo 4 ure ali dlje. Razlike med spoloma so statistično značilne ($\chi^2= 37,633$; $p<0,=0001$; $C=0,1$) - med dolgotrajnimi gledalci je več fantov kot deklet. V primerjavi z delovnim tednom anketiranci med vikendom gledajo televizijo dalj časa: štiri ure ali dlje kar 38%. Več fantov kot deklet nameni med vikendom spremljanju programa štiri ure ali več.

S starostjo se statistično značilno manjša odstotek mladih, ki namenijo med tednom gledanju televizije štiri ali več ur, vztrajajo pa tudi razlike med spoloma – televizijo gleda v prostem času med tednom manj deklet (slika 7.1) kot fantov.

S starostjo se število ur, ki jih anketirani fantje prebijejo pred televizijo ob koncu tedna, ne spreminja. Za dekleta pa velja naslednje: med 11. in 13. letom se znatno poveča odstotek deklet, ki preživijo med vikendom pred televizorjem 3 ali več ur; med 13. in 15. letom pa se minimalno zmanjša.

V primerjavi z anketiranci iz ostalih držav HBSC so se slovenski anketiranci po odstotkih tistih, ki vsak dan med tednom preživijo pred televizorjem štiri ure ali več, uvrstili med 11-letniki na 22. mesto, med 13-letniki na 23. mesto in med 15-letniki na 32. mesto (slika 7.2).

Uporaba računalnika

Eden od treh anketiranih med tednom v prostem času ne uporablja računalnika, petina presedi za njim približno pol ure, petina eno uro, dobra desetina dve uri in desetina tri ure ali več. Razlike med spoloma so statistično značilne ($\chi^2= 356,114$; $p<0,=0001$; $C=0,29$): dekleta v prostem času bolj pogosto kot fantje sploh ne uporabljajo računalnika ali pa ga uporabljajo pol ure.

Med vikendom računalnika ne uporablja dobra četrtina anketiranih. Znatno se poveča odstotek tistih, ki ga uporabljajo dve (16%) ali tri ure ali dlje (24%). Dekleta bolj pogosto sploh ne uporabljajo računalnika ali pa ga uporabljajo pol do eno uro.

S starostjo se uporaba računalnika v prostem času med tednom ne spreminja. Uporaba računalnika ob koncu tedna in starost pa sta statistično značilno povezana pri dekletih: med 15-letnicami je v primerjavi s 13- in 11-letnicami značilno več deklet, ki preživijo za računalnikom dve ali tri ure in več časa.

V primerjavi z anketiranci iz ostalih držav HBSC so se slovenski anketiranci po odstotkih tistih, ki vsak dan med tednom preživijo pred računalnikom tri ure ali več, uvrstili med 11-letniki na 20. mesto, med 13- in 15-letniki na 28. mesto (slika 7.3).

Domače naloge

72% anketiranih porabi za domače naloge med tednom približno pol do eno uro časa na dan, 18% dve uri, 7% tri ure ali več, 4% pa nič. Razlike med fanti in dekleti glede časa, porabljenega za pisanje domačih nalog med tednom, so statistično značilne ($\chi^2= 133,289$; $p<0,=0001$; $C=0,18$). Fantje so bolj pogosto odgovorili, da ne porabijo za pisanje domačih nalog med tednom nič ali pol ure. Dekleta so bolj pogosto odgovarjala, da porabijo za pisanje domačih nalog eno ali več ur. Med vikendom se domačih nalog ne dotakne petina anketiranih, 60% jim nameni pol do eno uro, 12% dve uri in 8% tri ali več ur. Več fantov sploh ne dela nalog; če pa jih, zanje porabijo manj ur kot dekleta.

S starostjo se večja odstotek anketiranih fantov in deklet, ki ne pišejo nalog med tednom, manjša se odstotek tistih, ki porabijo za naloge eno uro, med dekleti se večja odstotek tistih, ki porabijo za naloge 2 uri.

S starostjo se večja odstotek deklet, ki ob koncu tedna ne delajo domačih nalog, večja se pa tudi odstotek deklet, ki porabijo za naloge dve ali več ur.

V primerjavi z anketiranci iz preostalih držav HBSC so se slovenski 11-letniki uvrstili po odstotku tistih, ki porabijo med tednom za domače naloge tri ure ali več, na 29. mesto (na prvem mestu so Grki – 62% deklet in 48% fantov porabi vsak dan med tednom tri ure ali več za pisanje nalog), med 13-letniki na 30. mesto in med 15-letniki na 31. mesto (slika 7.4). Po

odstotkih tistih, ki pišejo domače naloge med vikendom tri ure ali več, so se slovenski mladostniki v primerjavi z vrstniki držav HBSC uvrstili v zadnjo tretjino v vseh treh starostnih skupinah.

11.4 Razpravljanje

Če primerjamo vsa tri sedeča obnašanja, obremenjuje največji odstotek mladih – podobno kot njihove vrstnike v večini držav HBSC – dolgotrajno gledanje televizije. V Sloveniji med tednom posveti gledanju televizije vsak dan med tednom štiri ure ali več skoraj petina mladih, med vikendom pa kar 38%. Gledanju televizije torej velik del mladih nameni veliko prostega časa. Po priporočilu Ameriške Akademije za pediatrijo naj otroci ne bi gledali televizije več kot dve uri dnevno. Tega priporočila se v Sloveniji med tednom drži le 60% mladih – oziroma njihovih staršev; ob koncu tedna pa le 41%.

Dolgotrajni uporabi računalnika se med tednom posveča 10% anketiranih (več fantov), za domače naloge pa porabi tri ure ali več na teden 7% anketiranih (več deklet kot fantov). Ob koncu tedna se dolgotrajna uporaba računalnika zelo poveča, saj za ekranom preživi tri ure ali več skoraj četrtnina anketiranih (več fantov). Za domače naloge pa se ob koncu tedna časovna razporeditev skorajda ne spremeni – tri ure ali več jih dela 8% (več deklet).

V primeru dolgotrajne uporabe računalnika lahko na trajanje vplivajo tudi stroški dostopa do interneta. Naprave za video igre skrajšujejo čas, ki ga mladi namenijo gledanju televizije. Marsikje se tudi spreminja način uporabe računalnika med mladimi. Vse bolj je priljubljeno presnemavanje glasbe in klepetanje po internetu, saj le-to tej sedeči dejavnosti daje socialni element.

S starostjo se med fanti in dekleti delež tistih, ki med tednom namenijo televiziji štiri ure ali več, manjša. Veča se delež tistih, ki televizije med tednom sploh ne gledajo. Dolgotrajno gledanje televizije ob koncu tedna je povezano s starostjo pri dekletih – čim starejša so, tem več jih sedi več ur pred ekranom.

Ugotavljali smo povezavo med številom ur, porabljenih za telesno dejavnost med tednom, in vsemi tremi oblikami sedečega obnašanja. Korelacija je bila statistično značilna pri uporabi računalnika med tednom (pozitivna).

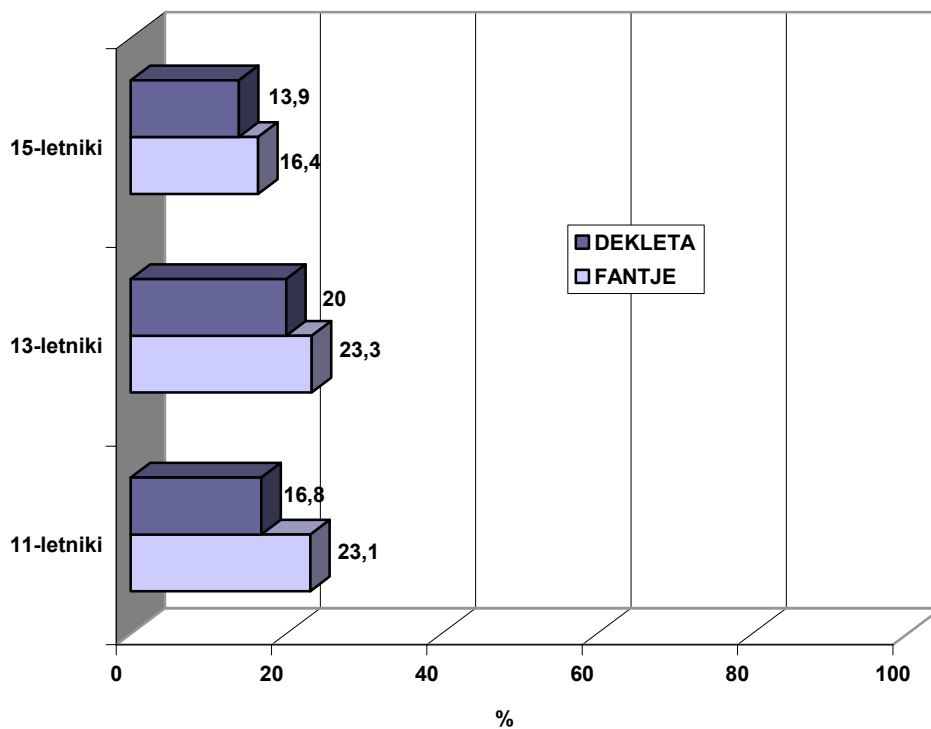
Žal rezultatov zaradi različno zastavljenih vprašanj in različnih vzorcev ne moremo primerjati z ugotovitvami prejšnje raziskave (11).

11.5 Viri

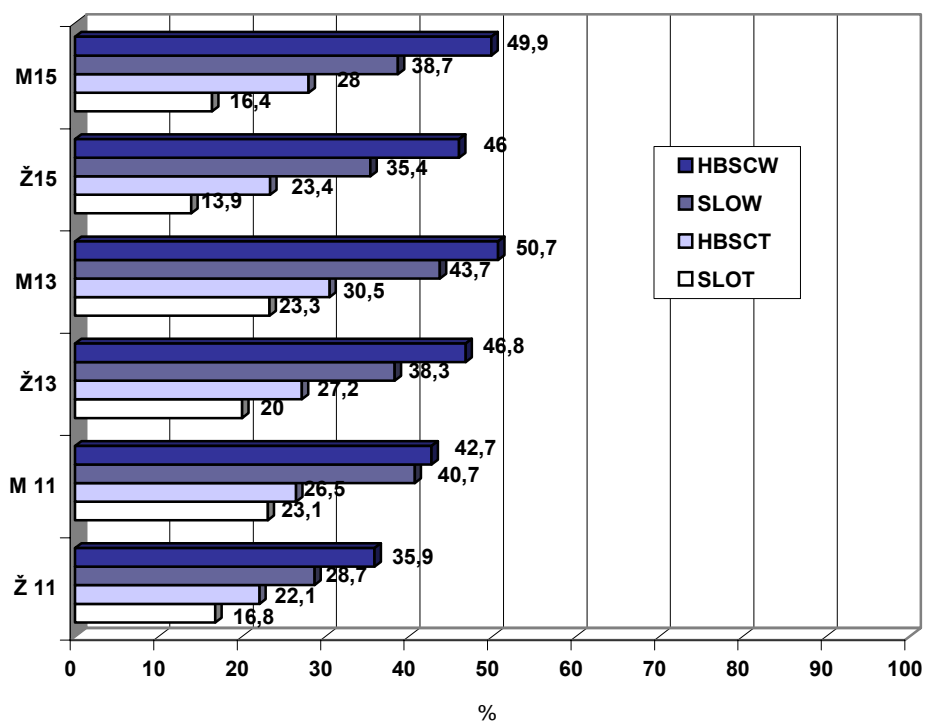
1. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. *Pediatrics* 2001; 107(2): 423-426.
2. Kraut R et al. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychology* 1998; 53: 1017-1031.
3. Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics* 1985; 75(5): 807-812.
4. Andersen RE et al. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. *JAMA* 1998; 279(12): 938-942.
5. Hernandez B et al. Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *International Journal of Obesity* 1999; 23: 845-854.

6. Guan-Sheng MA et al. Effect of Television Viewing on Pediatric Obesity. *Biomedical and Environmental Sciences* 2002; 15: 291-297.
7. Dietz W. Factors associated with childhood obesity. *Nutrition* 1991; 7(4): 290-291.
8. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-482.
9. Ho SMY, Lee TMC. Computer use and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health* 2001; 29: 259-266.
10. Marshall SJ et al. Clustering of sedentary behaviours and physical activity among youth: A cross-national study. *Pediatric Exercise Science* 2002; 14(4): 401-417.
11. Stergar E. Odnos srednješolcev do zdravja ter izbrani vidiki obnašanja v zvezi z zdravjem. V: Tomori M, Stergar E, Pinter B, Rus Makovec M, Stikovič S. *Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998.
12. Rocheleau B. Computer use by school-age children: Trends, patterns, and predictors. *J Educational Computing Research* 1995; 12(1): 1-17.

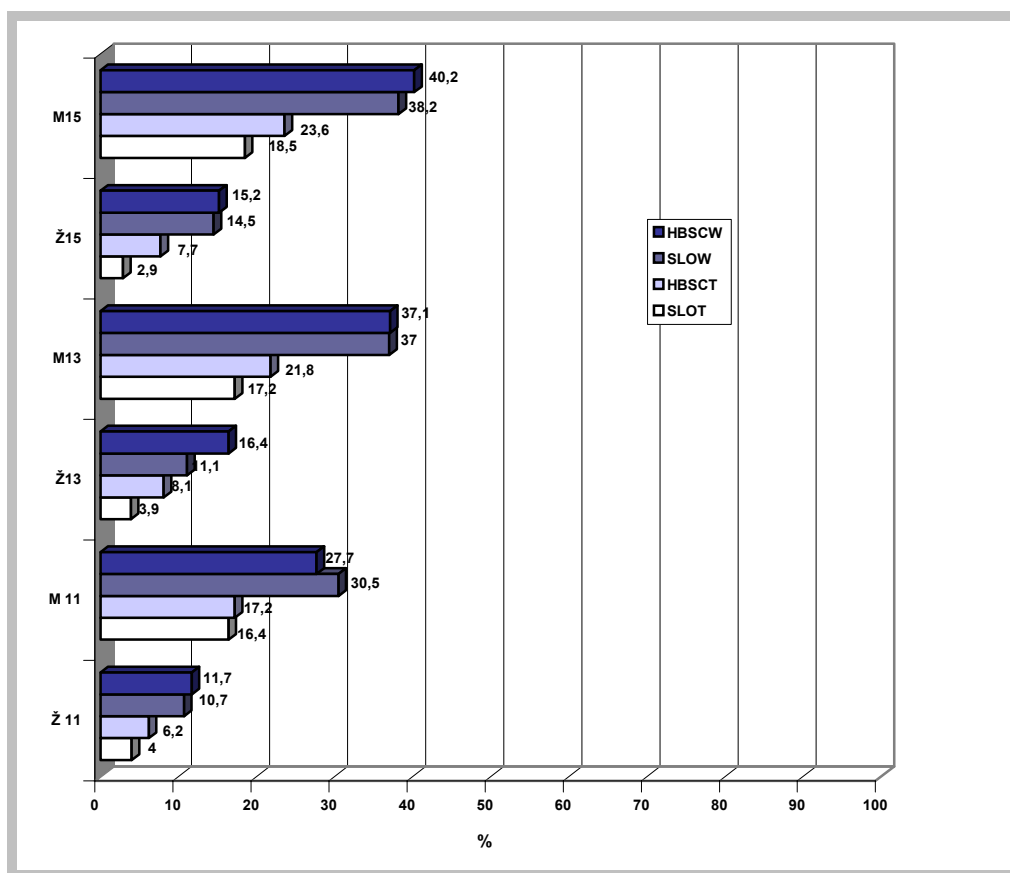
Slika 7.1 Odstotek anketirancev, ki gledajo med tednom televizijo štiri ali več ur, po spolu in starosti



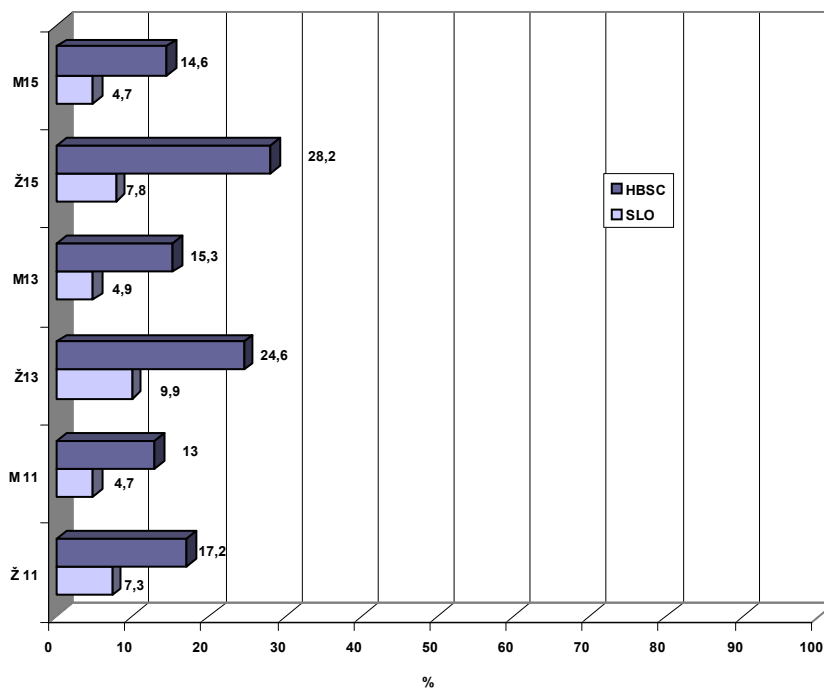
Slika 7.2 Odstotki anketirancev, ki gledajo TV štiri ure ali več med tednom oz. ob koncu tedna, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBCS



Slika 7.3 Odstotki anketirancev, ki preživijo pred računalnikom tri ali več ur vsak dan med tednom in ob koncu tedna, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 7.4 Odstotki anketirancev, ki porabijo za domače naloge med tednom tri ali več ur na dan, po spolu in starosti, Slovenija in povprečje HBSC



12. ORALNO ZDRAVJE

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

12.1 Uvod

Zobne in ustne bolezni spadajo med najbolj pogoste bolezni industrijskih družb (1). Oralno zdravje ne pomeni le, da so zdravi zobje, ampak mnogo več. Težave z zobmi so pogost vzrok bolečin (2) in pomemben vir onesposobljenosti in prikrajšanosti. Slabo oralno zdravje omejuje osebne izbire in družbene priložnosti. Oralne bolezni zmanjšujejo zadovoljstvo z življenjem na enak način kot bolezni drugih telesnih sistemov (3, 4).

Najbolj razširjene oralne bolezni – zobni karies in bolezni obzobnih tkiv – je mogoče obravnavati kot probleme, povezane z vedenjem, saj jih je mogoče preprečiti z manj pogostim uživanjem sladkanih izdelkov, z vzdrževanjem dobre ustne higijene in z uporabo zobnih krem z dodanim fluoridom pri rednem ščetkanju zob (1). V zadnjih desetletjih se razširjenost zobnega kariesa v mnogih evropskih državah in v Severni Ameriki manjša (5 - 9), vendar so še vedno prisotne velike socialno-ekonomske razlike pri dojemaju in upoštevanju preventivnih ukrepov (10). Ščetkanje zob je še vedno glavna preventivna metoda. Splošno sprejeto priporočilo je: redno ščetkanje zob zjutraj in zvečer (1, 11, 12).

Zakon o zdravstvenem varstvu iz leta 1980 (Uradni list SRS 1/80) je predpisal mladinsko zobozdravstvo kot obvezno dejavnost osnovnega zdravstvenega varstva ter s tem omogočil širši razmah preventivne dejavnosti za otroke, šolarje in mladino.

V Sloveniji je sistematično organizirano preventivno in kurativno zobozdravstveno varstvo otrok, šolarjev in mladine. Rezultati teh dejavnosti so se na začetku devetdesetih let kazali zlasti v povečanem deležu 6-letnih otrok brez zobnega kariesa in v nižji prevalenci kariesa pri 12-letnih šolarjih (13). Za devetdeseta leta 20. stoletja prevladuje ocena, da se je oralno zdravje otrok in mladine v Sloveniji precej izboljšalo. Kljub temu pa bi bilo potrebno izboljšati zdravstveno vzgojo in nameniti posebno skrb vzgoji za zdrav način življenja ter ozavestiti posameznika, da bo aktivno skrbel za svoje zdravje in zdravje drugih, kar mu mora družba tudi omogočiti. Podatki, zbrani med letoma 1984 in 1999 pri otrocih in mladini, kažejo na povečevanje števila otrok in mladine brez karioznih, izdrtih in plombiranih zob. Delež otrok in mladine z zdravim obzobnim tkivom s starostjo upada, stanje je boljše med deklicami, razlike med spoloma na račun dečkov pa se s starostjo še povečujejo (14).

Zdravje ustne votline ne pomeni samo lepšega videza, večje samozavesti in socialne sprejemljivosti, ampak predvsem boljše in daljše zdravje posameznika in vse družbe. Zobna in ustna higiena sta izraz kulture in higienskih navad. Iz podatkov o razširjenosti zobnih in nekaterih ustnih bolezni lahko zato sklepamo o splošni in zdravstveni kulturi neke družbe (14).

12.2 Metode

Navade v zvezi z oralnim zdravjem smo merili z vprašanjem o tem, kako pogosto si anketiranec umiva zobe. Možni odgovori so bili: več kot enkrat na dan; enkrat na dan; vsaj enkrat na teden, a ne vsak dan; manj kot enkrat na teden; nikoli.

12.3 Rezultati

V celotnem vzorcu je več kot polovica (58%) anketiranih odgovorila, da si čistijo zobe več kot enkrat na dan, dobra tretjina (35%) enkrat na dan, 5% vsaj enkrat na teden, a ne vsak dan, 2% manj kot enkrat na teden in pol odstotka nikoli. Razlike med fanti in dekleti so bile statistično značilne ($\chi^2=154,793$; $p<0,0001$; $C=0,2$): dekleta so bolj pogosto odgovorila, da si umivajo zobe večkrat na dan. Fantje so bolj pogosto označili vse kategorije odgovorov, ki kažejo na manj pogosto umivanje zob (slika 8.1).

S starostjo se higienske navade ne spreminjajo, statistično značilne razlike med spoloma pa vztrajajo.

V primerjavi s povprečjem HBSC so se slovenski anketiranci uvrstili na 17. mesto med 11-letniki, 21. mesto med 13-letniki in 26. mestu med 15-letniki (slika 8.2).

12.4 Razpravljanje

Ugotovitev, da si dekleta umivajo zobe pogosteje kot fantje, se ujema z ugotovitvami drugih avtorjev (15). Statistično značilnih razlik med tremi starostnimi skupinami glede pogostosti čiščenja zob nismo ugotovili. To pomeni, da bi morali intenzivno razvijati higienske navade v predšolskem obdobju in začrtati učinkovite programe za starše in predšolske otroke. Posebno pozornost je treba nameniti zobozdravstveni vzgoji dečkov, saj si čistijo zobe v skladu s preventivnimi priporočili (vsak dan vsaj dvakrat – zjutraj in zvečer) manj kot polovica fantov v starosti 11 do 15 let.

Slovenski anketiranci so se glede na povprečje držav HBSC pri odgovoru o izpolnjevanju priporočila glede umivanja zob (več kot enkrat na dan) uvrstili na sredino v skupini 11-letnikov, skupina 13-letnikov je zdrsnila za štiri mesta, skupina 15-letnikov pa celo za devet mest na 26. mesto.

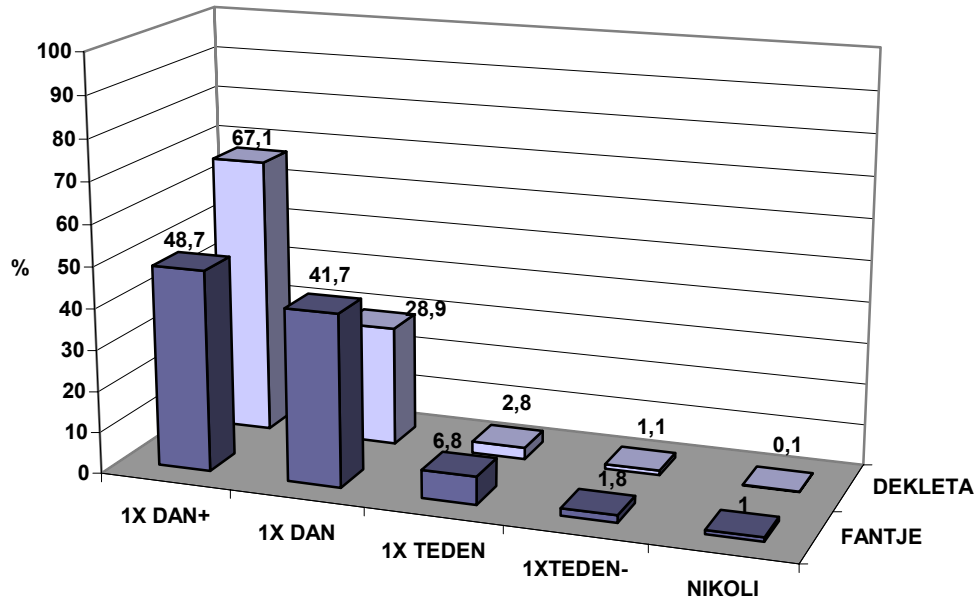
Nedvomno bi bilo treba ponovno razmisliti o tem, kako intenzivirati preventivno delo zobozdravnikovega tima v vrtcih in šolah, predvsem pa, kako ustvariti v vrtcih in šolah pogoje za redno čiščenje zob.

12.5 Viri

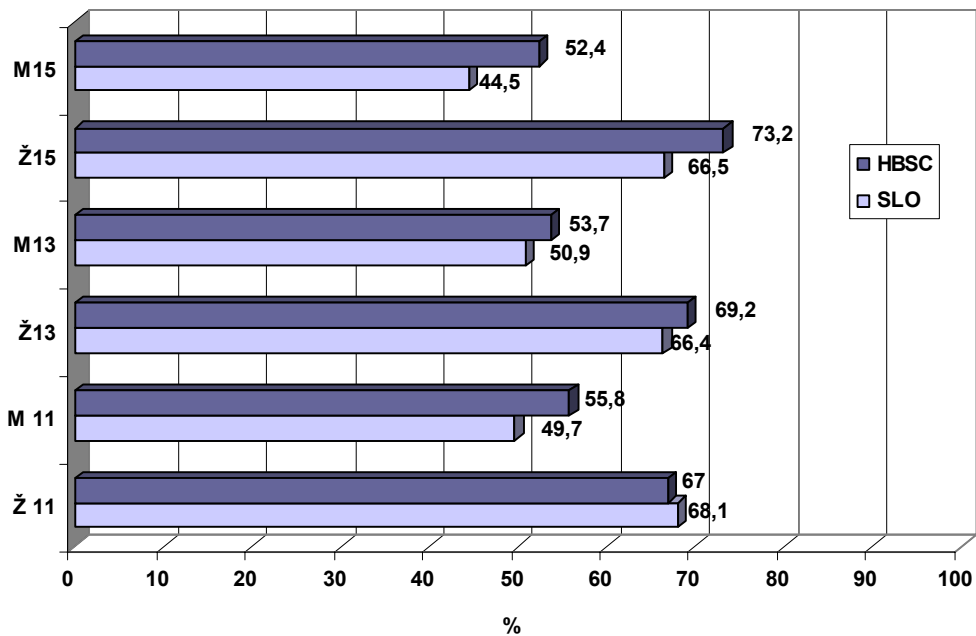
1. Honkala et al. A case study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg: ECSC_EC_EAEC, 2000.
2. Reisine S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. American Journal of Public Health 1985; 75: 27-30.
3. Shaw W, Meek S, Jones, D. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. British Journal of orthodontics 1980; 7: 75-80.
4. Smith J, Sheiman A. How dental conditions handicap the elderly. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1979; 7: 305-310.
5. Truin GJ, König KG, Bronkhorst EM, Mulder J. Caries prevalence amongst schoolchildren in The Hague between 1969 and 1993. Caries Research 1994; 28: 176-80.
6. Vargas CM, Crall JJ, Schneider DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANESS III, 1988-1994. Journal of the American dental Association 1998; 129: 1229-1238.
7. Marthaler TM. Caries status in Europe and predictions of future trends. Caries Research 1990; 24: 381-396.

8. Von der Fehr FR, Haugejorden O. The start of caries decline and related fluoride use in Norway. *European Journal of Oral Science* 1997; 105: 21-26.
9. Brown LJ. Trends in total caries experience : permanent and primary teeth. *Journal of the American dental Association* 2000; 131(1): 93-100.
10. Truin GJ et al. Time trends in caries experience of 6- and 12-year-old children of different socio-economic status in The Hague. *Caries Research* 1998; 32: 1-4.
11. Sheiham A. Prevention and control of periodontal disease. In: Klavan B et al., eds. *International conference on research in the biology of periodontal disease*. Chicago: University of Illinois, 1977: 309-376.
12. Frandsen A. Mechanical oral hygiene practices. State of the science review. In: Loe H, Kleinman DV, eds. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford: IRL Press, 1986: 93-116.
13. Premik M, Vrbič V. Nekateri rezultati zobozdravstvenega programa v Sloveniji. In: Šolar in študent v svojem okolju. Prvi kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1994: 111-118.
14. Artnik B. Oralno zdravje otrok in mladine v Sloveniji. *Zdrav Var* 2001; 40 (Suppl): 69-75.
15. Kuusela S et al. Oral Hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European Countries and Canada in 1993-1994. *Journal of Dental Research* 76: 1-9.

Slika 8.1 Pogostost umivanja zob po spolu



Slika 8.2 Odstotki anketiranih, ki si čistijo zobe več kot enkrat na dan, po spolu in starosti, Slovenija in povprečje HBSC



13. SPOLNO VEDENJE

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

13.1 Uvod

Spolno zdravje je pomemben del splošne, socialne in osebne blaginje adolescentov (1). Eden od osnovnih razvojnih vidikov adolescence je utrditev posameznikove identitete na splošno, še posebej pa spolne identitete. Spolno dozorevanje je eden najbolj kompleksnih delov adolescentovega razvoja (2). Razvoj spolnosti v adolescenci vključuje telesne spremembe, povezane s puberteto, psihološke spremembe in dogodke na področju medosebnih odnosov. Proces je povezan s kulturnimi merili in vrednotami. Za posameznika je vir vznemirjenja, bojazni, pričakovanj, ugodja in nezadovoljstva. Samo spolno vedenje je le del tega procesa (2). Adolescenti se morajo naučiti dobro počutiti v svoji koži, kako ravnati, razreševati lastno spolno občutje in imeti zdrave odnose z drugimi ljudmi.

Adolescenca je tako obdobje priložnosti, raziskovanja novih izbir in idej, a tudi čas ranljivosti in tveganja. Na srečo imajo vse te spremembe pri večini adolescentov pozitivni izid. Kakor koli že, nekatera obnašanja, povezana z adolescenco – spontanost, socialna nedozorelost, drznost in lahkomišelnost – lahko vplivajo na mnoge probleme v zvezi s spolnim zdravjem.

Nosečnost in spolno prenosljive bolezni so ključni javnozdravstveni problem, povezan s spolnim zdravjem mladih. Povzročajo namreč resne zdravstvene, socialne in ekonomske težave med mladimi, možno pa jih je preprečiti z usklajenim naporom družin, šol, zdravstvenih in izobraževalnih ustanov ter lokalnih skupnosti.

Učinkoviti programi za šole in lokalne skupnosti morajo izhajati iz informacij o naravi in obsegu obnašanja adolescentov v zvezi s spolnostjo. Strokovnjaki, ki delujejo na področju politike in razvoja programov, potrebujejo sveže informacije v zvezi s spolnostjo mladih. Poleg tega bi bilo za temeljite ukrepe, ki bi jih bila deležna natančno določena ciljna populacija, nujno bolje razumeti tako socialno-kulturne determinante tveganja v zvezi s spolnostjo kot tudi ustrezne varovalne dejavnike.

V Sloveniji je bilo opravljenih nekaj raziskav o spolnem vedenju mladih – tako na nacionalnih kot na mestnih vzorcih (2, 3, 4). Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za srednješolce, v katero je bil zajet reprezentativni vzorec prek 4.600 dijakov vseh letnikov vseh programov srednjih šol, kažejo, da so skoraj vsi anketirani srednješolci že bili zaljubljeni (91%), na zmenku jih je bilo 77%, poljubljalo se jih je 70%, petting je izkusilo 43%. Spolne odnose je imelo 38% vseh anketiranih (39% deklet in 36% fantov). S starostjo narašča odstotek anketiranih, ki vstopajo v spolne odnose in sicer z 21% deklet in 19% fantov med 16-letniki na 58% deklet in 50% fantov med 19-letniki. Srednješolci, zlasti dekleta, se za prvi spolni odnos največkrat (45%) odločijo zaradi ljubezni, vendar jih kljub temu skoraj polovica vstopi v spolno življenje brez temeljitega premisleka. Med spolno aktivnimi jih večina (60%) uporablja kondom, še vedno pa ena petina (19%) slovenskih srednješolcev ne uporablja nobene kontracepcije. Več kot polovica (53%) spolno aktivnih deklet je doslej imela le enega spolnega partnerja, med fanti pa jih je skoraj ena četrtina (24%) imela pet ali več partneric, zaradi česar so bolj ogroženi od svojih vrstnic. Srednješolci menijo, da so najprimernejši vir informacij o spolnosti prijatelji (26%) in starši (19%) (2).

Raziskava o spolnem vedenju slovenskih osmošolk in osmošolcev je bila izvedena na vzorcu 1217 učencev v šolskem letu 1996/97 in kaže, da je spolno vedenje mladih pogosto za zdravje tvegano. Čim mlajši so, tem bolj tvegajo. Tveganje avtorica povezuje predvsem z nizko

spolno ozaveščenostjo in z značilnostmi spolnega vedenja mladih brez izkušenj. Znanje, ki ga mladi ob koncu obveznega šolanja imajo o osnovah spolnega dozorevanja, pogojih spočetja, prvih znakih nosečnosti, zaščiti pred nosečnostjo, je slabo. Ob koncu obveznega šolanja (do 15. leta starosti) je imelo spolne odnose (podatki iz samoporočanja) 7% deklet in 21% fantov, 20% jih je imelo izkušnjo s pettingom (3).

V raziskavi med ljubljanskimi srednješolci, izvedeni leta 1994, sta avtorici ugotovili, da je bila polovica srednješolcev že spolno aktivnih v starosti 17,5 let.

13.2 Metode

O spolnem zdravju adolescentov je na voljo le malo mednarodnih podatkov. HBSC 2001/02 je prva raziskava, ki vključuje kratek niz standardiziranih vprašanj o spolnosti, na katerega so odgovarjali petnajstletniki.

Vprašanja o spolnem zdravju so povzeta po raziskavi o tveganem obnašanju med mladimi v Združenih državah Amerike (Youth Risk Behaviour Survey, krajše YRBS) (5). Na vprašanja v zvezi s spolnostjo so odgovarjali samo petnajstletni dijaki/ dijakinje, ker velika večina mlajših adolescentov še ni imela spolnih odnosov, poleg tega pa za tovrstna vprašanja velja, da so neprimerna za mlajšo starostno skupino.

Anketiranci so odgovarjali na naslednja štiri vprašanja:

Ali si že kdaj imel/a spolne odnose (včasih temu rečemo tudi »spati skupaj«, »ljubiti se«, »iti z nekom v posteljo« ali »seksati«)?

Koliko si bil/a star/a, ko si prvič imel/a spolne odnose?

Ali si nazadnje, ko si imel/a spolne odnose, ti ali tvoj partner/tvoja partnerka uporabil/a kondom?

Katero metodo za preprečevanje nosečnosti si ti ali tvoj partner/tvoja partnerka uporabil/a nazadnje, ko si imel/a spolni odnos?

Vprašanje o izkušnji spolnega odnosa vključuje tudi namig, ki mladim pomaga razumeti pomen izraza »spolni odnos«. Študije veljavnosti so pokazale, da je samoporočanje točno (6) in da večina adolescentov namig razume kot vaginalni spolni odnos. Zato se je treba zavedati, da druge oblike spolnega obnašanja, ki bi tudi utegnile predstavljati tveganje za spolno prenosljive okužbe, v to raziskavo niso bile vključene. Dodatno omejitev podatkov predstavlja tudi dejstvo, da so anketiranci odgovarjali samo na vprašanje, ali so »že kdaj« imeli spolne odnose, iz česar ni mogoče prepoznati populacije, ki je trenutno spolno aktivna in kot taka tvega tako nosečnost kot spolno prenosljivo okužbo.

Vprašanje o starosti ob prvem spolnem odnosu je bilo vključeno v raziskavo zato, ker je nizka starost ob prvem spolnem odnosu pogosto povezana z nenačrtovanim, nezaščitenim spolnim odnosom, zato je tveganje nenačrtovane nosečnosti in spolno prenosljive bolezni največje. Zgodnejši začetek spolnega življenja korelira tudi z drugimi oblikami tveganega obnašanja (kot so npr. pitje alkohola, uporaba ilegalnih drog, tobaka).

Zavedati se je treba, da nepristranske ocene o starosti pri prvem spolnem odnosu ni mogoče zagotoviti vse dotlej, dokler niso vsi potencialni kandidati imeli priložnosti za spolni odnos. Tisti, ki do časa raziskave niso imeli spolnih odnosov, bodo z njimi začeli pri višji starosti in s tem dvignili povprečno starost ob prvem spolnem odnosu.

13.3 Rezultati

Izkušnje s spolnimi odnosi

Na vprašanje o tem, ali so že kdaj imeli spolni odnos, je pritrtilno odgovorila dobra četrtina (26%) anketiranih 15-letnikov. Razlike med spoloma so statistično značilne ($\chi^2= 11,512$; $p<0,001$; $C=0,1$) in sicer je imelo spolne odnose več fantov (31%) kot deklet (22%).

Tisti anketiranci, ki so odgovorili, da so že imeli spolne odnose, so bolj pogosto odgovorili, da pijejo alkoholne pijače enkrat na teden ali bolj pogosto ($\chi^2= 39,788$; $p<0,0001$; $C=0,19$), da so že uporabljali marihuano ($\chi^2= 68,415$; $p<0,0001$; $C=0,25$) in tobak ($\chi^2= 54,094$; $p<0,0001$; $C=0,2$) (slika 9.1). Povezave so statistično značilne tako za fante kot za dekleta – za slednja so nekoliko bolj intenzivne.

Primerjava odstotkov slovenskih anketirancev, ki so odgovorili, da so že imeli spolne odnose, s povprečjem HBSC, uvršča slovenske anketirance na 11. mesto (slika 9.2).

Starost ob prvem spolnem odnosu

Ob prvem spolnem odnosu so bili fantje v povprečju stari 14,1 let, dekleta pa 14,4 let. V primerjavi s povprečjem držav HBSC – dekleta 14,3 let, fantje 14,0 let – so se glede na povprečno starost ob prvem spolnem odnosu uvrstili na 16. mesto med tridesetimi državami, ki so v vprašalnik uvrstile vprašanja o spolnosti. Na prvem mestu je Ukrajina z najvišjimi povprečnimi starostmi za dekleta oziroma fante ob prvem spolnem odnosu, na zadnjem pa sta Avstrija in Litva z najnižjo povprečno starostjo ob prvem spolnem odnosu. Upoštevati je treba opombo v poglavju o metodi.

Uporaba kondoma oziroma kontracepcije

Med zadnjim spolnim odnosom je uporabilo kondom 67,6% anketiranih deklet in 80,4% fantov. Vsaj eno obliko kontracepcije (kontracepcijske tablete, kondom, spermicidni sprej ali pena, naravna metoda, neka druga metoda) je uporabilo 83,3% deklet in 89,2% fantov.

13.4 Razpravljanje

Dobra četrtina anketiranih petnajstletnikov – slaba tretjina fantov in dobra petina deklet – je že imela spolne odnose. S spolnimi odnosi so fantje v povprečju začeli v starosti 14,1 let, dekleta pa nekoliko starejša – pri 14,4 letih. Med spolno aktivnimi sta se pred nenačrtovano nosečnostjo in možnostjo okužbe s spolno prenosljivimi boleznimi s kondomom zaščitili le dobri dve tretjini deklet in 80% fantov. Pred nenačrtovano nosečnostjo se je s katero koli obliko kontracepcije ob zadnjem spolnem odnosu zaščitilo 83% deklet in 89% fantov. Kar kaže na to, da se preventivna sporočila o nujnosti uporabe kondoma zaradi prisotnosti grožnje okužbe s HIV/aidsom in drugimi spolno prenosljivimi boleznimi niso prijela v vseh delih mlade populacije. Rezultati kažejo tudi na to, da se mladi bolj zavedajo tveganj v zvezi z nenačrtovano nosečnostjo kot s spolno prenosljivimi okužbami.

Študija HBSC ne predstavlja idealnega sredstva za ustvarjanje celostne slike o tem, kdaj mladi pričnejo živeti spolno dejavno življenje, saj so celo najstarejši anketiranci šele v svojem šestnajstem letu starosti, zato večina šolarjev še ni spolno dejavni. Vendar pa populacijo, ki je v raziskavi HBSC prepoznana kot spolno dejavna, zastopajo večinoma tisti z najnižjo starostjo ob iniciaciji v spolno življenje in na katere po definiciji gledamo kot na tiste, ki imajo večje tveganje za nenačrtovan in nezaščiten spolni odnos, pa tudi za druge oblike tveganega obnašanja, povezanega z impulzivnostjo.

Na drugi strani pa sorazmerno visok odstotek teh zgodnjih iniciatorjev poroča o uporabi kondoma oziroma neke druge kontracepcijske metode. To ne pomeni zgolj, da je določen del mladih prejel različna sporočila o »varni spolnosti«, temveč tudi, da so jih sprejeli in se ravnajo v skladu z njimi.

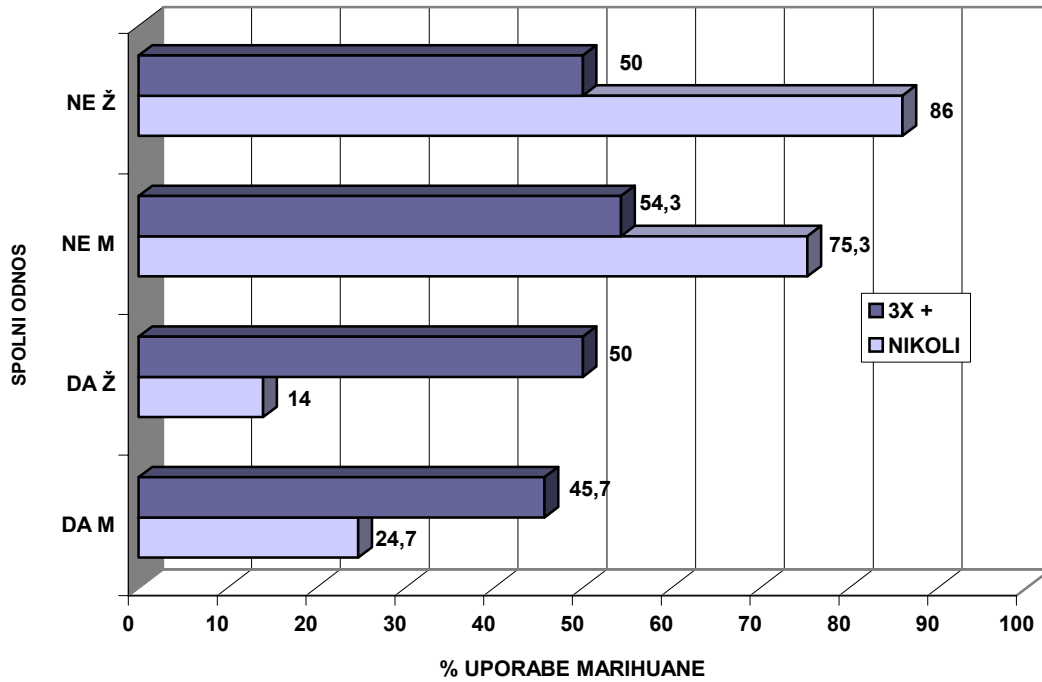
Nedvomno so potrebne nadaljnje raziskave in analize spolnega vedenja mladih, ki bi nudile več vpogleda v odločanje glede rabe kontracepcijskih sredstev.

Nedvomno bo potrebno začeti sistematično izvajati spolno vzgojo v najširšem pomenu besede (medosebni odnosi, odraščanje, odgovornost, sprejemanje odločitev, tvegano spolno vedenje, spolne bolezni, partnerstvo, integriteta) tako v predšolskem kot v šolskem obdobju. Človek je spolno bitje. Spolnost je del osebnosti, doživljanja sebe in drugih. Zato je mladim treba s primernimi programi nuditi vse potrebne informacije, da se bodo za spolno življenje utemeljeno odločali in pri tem upoštevali priporočila za zmanjševanje različnih tveganj, ki so povezana s spolnimi odnosi.

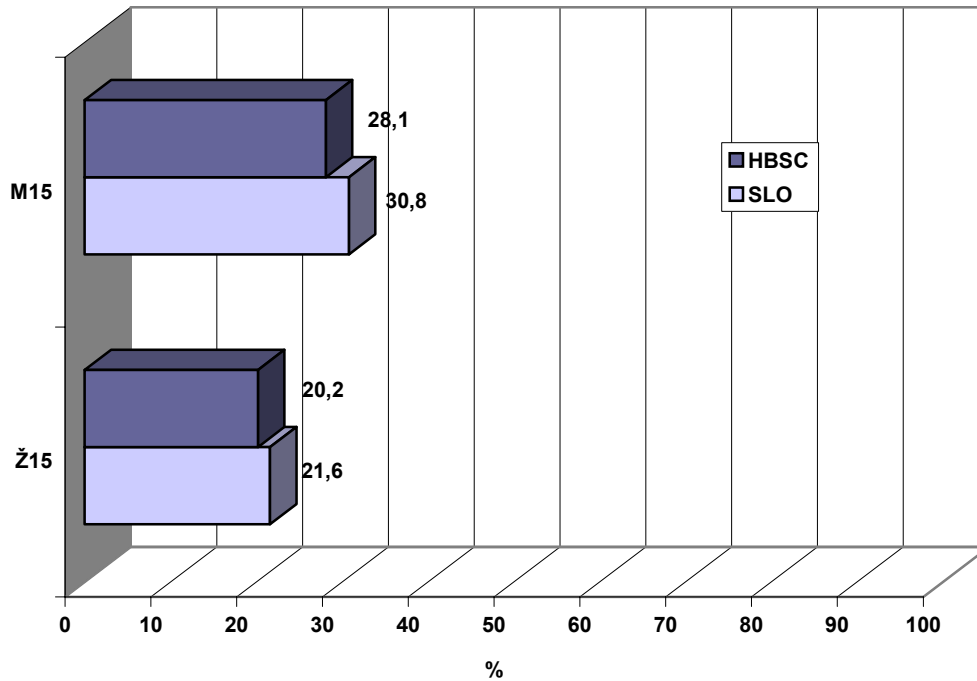
13.5 Viri

1. Raphael D. Determinants of health of North-American adolescents: Evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health* 1996; 19, 6-16.
2. Pinter B. Spolno vedenje. V: Tomori M, Stergar E, Pinter B, Rus Makovec M, Stikovič S. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998.
3. Brcar P. Spolno vedenje slovenskih osmošolk in osmošolcev. In: Ogroženo zdravje mladostnikov. Zbornik II. kongresa šolske in visokošolske medicine Slovenije. Zdrav Var 1998; 37: Suppl: 119-32.
4. Pinter B, Andolšek L. Spolno vedenje ljubljanskih srednješolcev. *Slovenska pediatrija* 1995; 4: 13-16.
5. Kolbe LJ, Kann L, Collins JL. Overview of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Public Health Reports* 1993; 108: Suppl 1: 2-10.
6. Orr DP, Fortenberry JD, Blythe M. Validity of self-reported sexual behaviors in adolescent women using biomarker outcomes. *Sexually Transmitted Diseases* 1997; 24: 261-266.

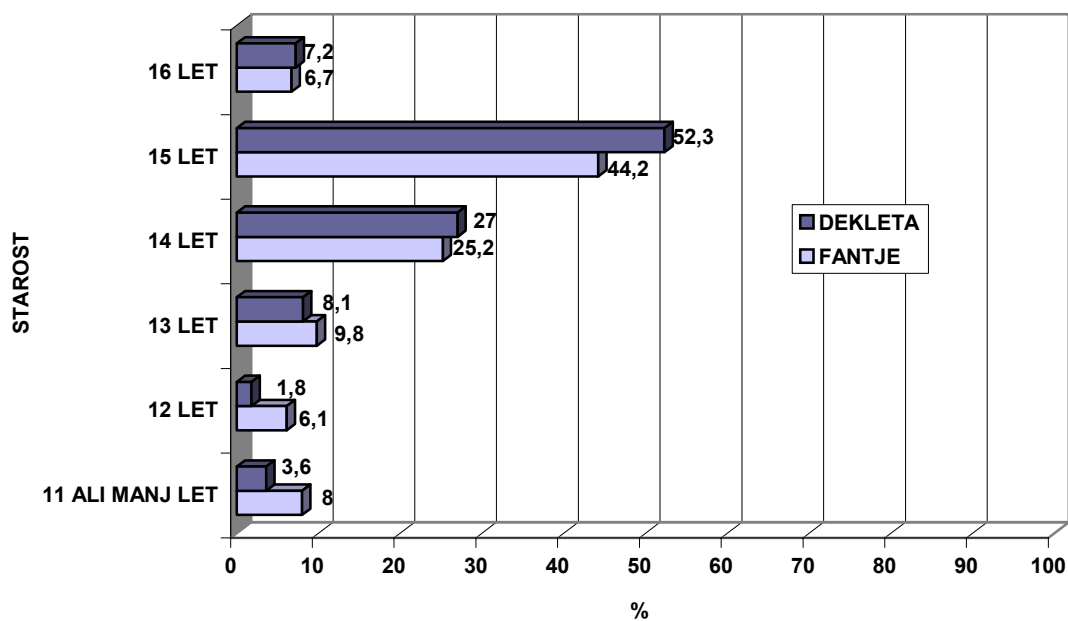
Slika 9.1 Odgovori anketirancev na vprašanji, ali so že imeli spolne odnose in o uporabi marihuane v vsem življenju (nikoli, 3-krat ali bolj pogosto)



Slika 9.2 Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so že imeli spolni odnos, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 9.3 Starost ob prvem spolnem odnosu (N = 274)



14. TRPINČENJE (BULLYING)³ IN PRETEPANJE

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

14.1 Uvod

Nasilje v šoli je problem, ki pesti številne države po vsem svetu in tudi Slovenijo (1 - 5). Trpinčenje in pretepanje sta vedenjska vzorca, ki predstavljata različni obliki vpletenosti v nasilno obnašanje v obdobju adolescence. Trpinčenje je problem v odnosu; gre za uveljavljanje osebne moči z nasiljem. Vključuje negativna telesna ali verbalna dejanja, katerih namen je sovražiti. Žrtev spravlja v stisko in se v času ponavlja. Značilna je razlika v moči med nasilnežem/storilcem in žrtvijo. Posameznik v vlogi žrtve je tarča napadalnega vedenja. Za žrtev je značilno, da je šibkejša od storilca (storilec je večji, močnejši ali starejši od žrtve). S ponavljajočim se trpinčenjem pride do vzpostavitve trajnega razmerja moči: nasilnež pridobiva moč, žrtev pa jo izgublja. V takem odnosu je trpinčeni otrok vse bolj nesposoben braniti se. Nasprotno pa gre pri pretepanju za vzorec nasilnega obnašanja, za katerega je značilno, da so vpleteni posamezniki večinoma podobne starosti in enako močni (4, 5, 6).

Poleg takojšnjih učinkov ima trpinčenje in pretepanje tudi dolgoročne negativne posledice za vse vpletene v nasilje: nasilneže, žrtve, pretepače in opazovalce. Iz nekaterih poročil je razvidno, da nasilni otroci postanejo nasilni odrasli, ki imajo nasilne otroke, žrtve pa postanejo starši otrok, ki postanejo prav tako žrtve (7).

Pepler in Craig sta raziskovala trpinčenje iz razvojne perspektive. Trdita, da gre za tip nasilnega vedenja, ki si zasluži vso pozornost, saj opozarja na mnoge težave, povezane z medosebnim nasiljem. Trpinčenje morda pomeni korak proti nadaljnemu nasilnemu vedenju. Enaka kombinacija moči in nasilja, ki je značilna za trpinčenje na otroškem igrišču, je tudi komponenta spolnega nadlegovanja in nadlegovanja na delovnem mestu, nasilnosti na zmenkih in v zakonu in zlorabe otrok ali starejših (8). Longitudinalne raziskave kažejo, da je trpinčenje v otroštvu povezano z asocialnim obnašanjem odraslih, kot so kazniva dejanja in omejene priložnosti za doseg socialno zaželenih ciljev, kot so na primer stabilna zaposlitev in dolgotrajna zveza (7). Otroci - žrtve so potencialno izpostavljeni vrsti negativnih učinkov: bolj so prestrašeni in negotovi, imajo manj samospoštovanja, so bolj osamljeni, zanje pa je tudi verjetneje, da jih zavračajo vrstniki, so bolj potrti kot drugi otroci. Osnovnošolskim otrokom grozi stalna nevarnost, da ostanejo žrtve. Olweus je ugotovil, da fantje, ki so žrtve pri trinajstih, ostanejo žrtve tudi pri šestnajstih. Trpijo tudi vrstniki žrtev, saj so pod skupinskim pritiskom, da se morajo priključiti nasilnežem. Že samo opazovanje trpinčenja lahko povzroča stisko.

Posledice posameznikov, družin, šol in družbe zaradi trpinčenja so hude. Otroci, ki so storilci ali žrtve, trpijo dolgoročne posledice. Pogosto se vključijo v različne sisteme, kot so na primer službe za mentalno zdravje, mladinsko sodstvo, posebno izobraževanje in socialno skrbstvo. Prevalenca in resnost trpinčenja silita raziskovalce, da raziščejo dejavnike tveganja in zaščite, povezane z iniciacijo, vzdrževanjem in prekinitvijo trpinčenja. Pridobljeno znanje je lahko koristno za usmerjanje politik in oblikovanje učinkovitih ukrepov v zvezi z izkoreninjenjem ali vsaj omejevanjem tega problema.

Norveška nacionalna raziskava, ki je vključevala 568.000 učencev, je razkrila, da je vsak sedmi učenec v tej državi udeležen pri trpinčenju. Med temi 15% norveških otrok jih je bilo

³ V poglavju obravnavamo »bullying«. Za besedo v slovenskem jeziku nimamo povsem ustreznega prevoda. Irena Dogša je pri prevodu knjige D. Olweusa *Bullying at School* uporabila izraz »trpinčenje«, ki ga uporabljamo tudi v tem poglavju.

9% žrtev in 7% nasilnežev, 1,6% pa je imelo obe vloge. Dečki so pogosteje žrtve kot deklice, predvsem pa so pogosto v vlogah nasilnežev pri neposrednem trpinčenju. Deklice so pogosteje izpostavljene posrednemu trpinčenju, med dečki pa je bolj navzoče telesno trpinčenje. Več kot 60% trpinčenih deklic je žrtev dečkov, tudi dečke pa v večini primerov trpinčijo drugi dečki. V povprečju je več kot 40% učencev razredne stopnje in skoraj 60% učencev predmetne stopnje poročalo, da poskušajo učitelji trpinčenje ustaviti samo »občasno« ali »skoraj nikoli« (6).

V raziskavo o obsegu vrstniškega nasilja v Sloveniji in reakcijah učencev nanj, izvedeno januarja 1996, je bilo vključenih 1.553 oseb iz 15 vrtcev, 20 osnovnih šol, 21 srednjih šol različnih vrst in 4 dijaških domov. Uporabili so Olweusov anketni vprašalnik v različicah za nižjo starostno stopnjo in za višjo starostno stopnjo, ki se razlikujeta deloma po bolj preprosti postavitvi vprašanj, deloma po manjšem obsegu ponujenih odgovorov. Med učenci tretjih razredov je imelo izkušnjo s trpinčenjem vsaj kdaj pa kdaj 27%, med šestošolci in dijaki srednjih šol pa 6 do 16%. Iz odgovorov je razvidno, da je tako med nasilneži kot tudi med žrtvami več fantov kot deklet, da trpinčenje s starostjo upada in da večino šolarjev trpinči po en deček (sošolec iz razreda). Le slaba polovica vseh anketirancev je trdno prepričana, da ne bi sodelovala pri trpinčenju tistih, ki jih ne marajo. Žrtve in nasilneži imajo to vlogo pogosto več let, nekateri so nosilci obeh vlog. V šoli sami je trpinčenja manj kot na poti v šolo ali iz nje in drugje (5).

14.2 Metode

Vprašanja v zvezi s trpinčenjem je za raziskavo HBSC oblikoval Dan Olweus. Za uvod v vprašanja je vodilni strokovnjak s tega področja postavil sledečo definicijo trpinčenja:

»Pravimo, da učenca/učenka trpinčijo, kadar mu nek/a drug/a učenec/učenka ali skupina govorijo ali storijo grde in neprijetne stvari. Za trpinčenje gre tudi, kadar nekoga drugi učenci/učenke redno zafrkavajo na tak način, da mu/ji to ni všeč, ali ko ga/jo zanalašč izločijo in osamijo iz neke dejavnosti. Ni pa trpinčenje, kadar se dva učenca/dve učenki, ki sta približno enako močna/močni, prepirata ali stepeta. Ne gre za trpinčenje tudi takrat, kadar je zafrkavanje prijateljsko in igrivo, ne gre za trpinčenje.«

Ta obsežna definicija vključuje tudi koncept namerne izključitve kot obliko trpinčenja in pomaga kar se le da zmanjšati napake, do katerih bi lahko prišlo pri prevajanju v jezike, ki – tako kot slovenščina – ne poznajo izraza za »bullying«.

Definiciji sledita dve vprašanji in sicer, kako pogosto v preteklih nekaj mesecih so anketiranca v šoli trpinčili in kako pogosto je sodeloval pri trpinčenju nekega učenca/učenke v šoli v preteklih nekaj mesecih. Možni odgovori so bili:

V preteklih nekaj mesecih me v šoli niso trpinčili; Zgodilo so je le 1-krat ali 2-krat; 2-krat ali 3-krat na mesec; Približno 1-krat na teden; Nekajkrat na teden.

Raziskujeta se dve ravni vpletenosti v trpinčenje:

- žrtve ali storilci vsaj enkrat v preteklih nekaj mesecih,
- žrtve ali storilci vsaj 2-krat ali 3-krat na mesec in bolj pogosto (pogosta vpletenost v trpinčenje).

Ta metoda ocenjevanja prevalence trpinčenja je dobro preizkušena.

Merjenje pretepaškega vedenja je potekalo z enim vprašanjem in sicer so anketiranci odgovarjali, kolikokrat v preteklih 12 mesecih so se pretepali. Možni odgovori so bili: Nisem se pretepal/a; 1-krat; 2-krat; 3-krat; 4-krat ali bolj pogosto.

Podobno kot pri trpinčenju so podatki predstavljeni tudi za tiste, ki se pretepajo:

- pretepači so tisti, ki so odgovorili, da so se pretepali vsaj enkrat v preteklih 12 mesecih,
- pogosti pretepači so tisti, ki so odgovorili, da so se pretepali trikrat ali bolj pogosto v preteklih 12 mesecih.

To metodo so uveljavili že v preteklih raziskavah HBSC.

14.3 Rezultati

V nasilno obnašanje je bilo tako ali drugače vpletenih 57% vseh anketiranih in sicer 69% vseh fantov in 45% vseh deklet. Med vpletenimi v nasilje pa je bilo 61% fantov in 39% deklet.

Po 23% anketirancev je odgovorilo, da so v preteklih nekaj mesecih trpinčili druge oziroma, da so bili žrtev trpinčenja. Križanje odgovorov na obe vprašanji kaže, da je bilo 35% vseh anketiranih v preteklih nekaj mesecih udeleženih v trpinčenju bodisi kot storilec bodisi kot žrtev ali v obeh vlogah. Ena desetina anketiranih je bila v preteklih nekaj mesecih vpletena v trpinčenje kot storilec in kot žrtev.

41% anketiranih se je v preteklem letu pretepal.

Trpinčenje drugih v šoli

23% vseh anketirancev je odgovorilo, da so v preteklih nekaj mesecih sodelovali pri trpinčenju nekega sošolca ali sošolke. 18% jih je odgovorilo, da se je to zgodilo le enkrat ali dvakrat, dva odstotka sta druge trpinčila dvakrat ali trikrat na mesec, 3% pa enkrat na teden ali bolj pogosto. Pogostih storilcev trpinčenja je bilo med slovenskimi anketiranci 5,4% - 7,5% fantov in 3,3% deklet.

Fantje so bolj pogosto trpinčili svoje vrstnike kot dekleta ($\chi^2=60,562$; $p<0,0001$; $C=0,12$). Med anketiranci treh starostnih skupin nismo ugotovili statistično značilnih razlik po pogostosti trpinčenja vrstnikov.

Za tiste anketirance, ki so odgovorili, da pogosto trpinčijo svoje vrstnike, je značilno, da v več primerih kot tisti, ki so trpinčili le enkrat ali dvakrat v preteklih nekaj mesecih, nimajo očeta ali z njim nimajo stikov. Za tiste, ki očeta imajo, pa je značilno, da se z njim bolj pogosto zelo težko pogovarjajo o stvareh, ki jih resnično zanimajo. Podobno – a v bolj mili obliki – se kaže odnos z materjo: bolj pogosto je odsotna, pogovor z njo pa ne teče zelo lahko.

Tiste, ki so odgovorili, da so v preteklih nekaj mesecih trpinčili vrstnike, bolj pogosto mučijo psihosomatski simptomi, kot so glavobol, bolečine v želodcu, hrbtu, vratu in ramenih, razdražljivost, nervoznost, težave s spanjem, omotica in izčrpanost. Statistično značilno bolj pogosto jih je bilo strah in so se počutili na tleh.

Slovenski anketiranci so se glede na odstotek anketiranih, ki je trpinčil druge vsaj enkrat v preteklih nekaj mesecih, v primerjavi s povprečjem HBSC uvrstili med 11-letniki v spodnjo tretjino na 29. mesto, med 13-letniki še mesto niže in med 15-letniki na 29. mesto (Slika 10.1).

Slovenski anketiranci so se glede na odstotek pogostih storilcev trpinčenja v primerjavi s povprečjem HBSC uvrstili v skupini 11-letnikov na 30. mesto, v skupini 13- in 15-letnikov pa na 28. mesto (slika 10.2).

Žrtve trpinčenja v šoli

77% anketiranih je odgovorilo, da jih v preteklih nekaj mesecih vrstniki v šoli niso trpinčili. 15% jih je odgovorilo, da se jim je to zgodilo le enkrat ali dvakrat, dva in pol odstotka anketiranih so bili žrtve trpinčenja dva ali trikrat na mesec, skoraj 5% pa enkrat ali večkrat na teden. Med dekleti in fanti ni bilo statistično značilnih razlik.

V celotnem vzorcu je bilo 7,3% anketirancev, ki so bili pogosto žrtve trpinčenja (vsaj dva ali trikrat v preteklih nekaj mesecih) – med 11-letniki skoraj 9%, med 13-letniki 7% in med 15-letniki 6%. S starostjo se odstotek žrtev trpinčenja manjša - statistično značilno več 15-letnikov je odgovorilo, da niso bili žrtve trpinčenja v šoli.

Za žrtve trpinčenja je značilno, da so bolj pogosto odgovorili, da se z očetom oziroma materjo težko pogovarjajo o stvareh, ki jih resnično zanimajo.

Pogoste žrtve trpinčenja so statistično značilno bolj pogosto odgovorile, da jih več kot enkrat na teden ali vsak dan mučijo psihosomatski simptomi, kot so glavobol, bolečine v želodcu, hrbtu, vratu in ramenih. Pogosto jih prevzemajo negativna čustva, kot je strah, in se počutijo na tleh. So razdražljivi ali slabe volje, nervozni, omotični, izčrpani in imajo težave s spanjem.

V primerjavi s povprečji HBSC so se glede na odstotek anketirancev – žrtev trpinčenja vsaj enkrat v preteklih nekaj mesecih – slovenski 11- in 13-letniki uvrstili na rep držav pred Švedsko in Češko, kjer jih je bilo najmanj. 15-letniki pa so zasedli 30. mesto (slika 10.3). Tudi, kar zadeva pogoste žrtve, so se slovenski anketiranci v primerjavi s povprečji HBSC uvrstili med 11-letniki na 33. mesto, med 13-letniki na 32. mesto in med 15-letniki na 29. mesto (Slika 10.4).

Pretepanje

V celotnem vzorcu je bilo 41% anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih preteпали. Med njimi je bilo statistično značilno več fantov kot deklet ($\chi^2= 484,461$; $p<0,=0001$; $C=0,33$). Pogostost pretepanja je povezana s starostjo – med 11- in 13-letniki jih je značilno več odgovorilo, da so se v preteklih 12 mesecih preteпали ($\chi^2= 78,190$; $p<0,=0001$; $C=0,14$). Povezava je izrazitejša za fante ($C=0,2$) kot za dekleta ($C=0,1$).

V celotnem vzorcu je bilo 15% pogostih pretepačev – 22% fantov in 8% deklet. Med 11-letnimi fanti je bilo pogostih pretepačev 30%, med 13-letnimi fanti 21%, med 15-letnimi pa 14%. Med 11-letnimi deklicami je bilo pogostih pretepačk ena desetina, med trinajstletnicami 8%, med 15-letnicami pa 6%.

Med tistimi, ki so se v preteklem letu preteпали, je značilno več takih, ki jim šola sploh ni všeč, ki pogosto pijejo alkohol, kadijo tobak oziroma marihuano.

V primerjavi s povprečjem HBSC so se slovenski anketiranci uvrstili med 11-letniki v zgornjo tretjino (10. mesto) po odstotkih tistih, ki so se v zadnjem letu preteпали vsaj enkrat, med 13-letniki na začetek zlate sredine (13. mesto), med 15-letniki pa na 21. mesto (Slika 10.5).

V primerjavi s povprečjem HBSC so se po odstotkih pogostih pretepačev slovenski anketiranci uvrstili v skupini 11-letnikov kar na osmo mesto, med 13-letniki na 17., med 15-letniki pa na 22. mesto (slika 10.6).

14.4 Razpravljanje

V nasilno obnašanje (trpinčenje in pretepanje) je bilo tako ali drugače vpletenih več kot polovica vseh anketiranih in sicer 69% vseh fantov in 45% vseh deklet. Med vpletenimi v nasilje pa je bilo 61% fantov in 39% deklet.

Trpinčenje je na slovenskih šolah precej razširjen pojav. Po 23% anketirancev je odgovorilo, da so v preteklih nekaj mesecih trpinčili druge oziroma, da so bili žrtev trpinčenja. 35% vseh anketiranih je bilo v preteklih nekaj mesecih pred anketo udeleženi v trpinčenju bodisi kot storilec bodisi kot žrtev bodisi v obeh vlogah. Ena desetina anketiranih je odgovorila, da je bila v preteklih nekaj mesecih vpletena v trpinčenje kot storilec in kot žrtev. O tem, ali so bili priča trpinčenja, nismo spraševali. 7% anketiranih je bilo pogostih žrtev trpinčenja, pogostih storilcev je bilo 5%.

Med anketiranci jih je 41% odgovorilo, da so se v preteklem letu preteпали, pogostih pretepačev je bilo 15%.

Podobno kot v drugih raziskavah se je za slovenske anketirance pokazalo, da fantje bolj pogosto trpinčijo in se pretepaajo kot dekleta. To dejstvo ne nakazuje nujno, da so fantje bolj napadalni kot dekleta, temveč prej, da so pogosteje vpleteni v to očitno obliko napadalnosti, medtem ko so dekleta morda vpletena v bolj prefinjene, prikrite oblike posrednega nasilja, ki jih vprašalnik HBSC ne vključuje. Med žrtvami pa nismo ugotovili statistično značilnih razlik po spolu.

S starostjo se odstotki žrtev in pretepačev manjšajo, medtem ko ostajajo odstotki storilcev podobni.

Rezultati nakazujejo, da so pretepanje, trpinčenje in vpletenost vanju pogosti pojavi in potencialno predstavljajo resno skrb za zdravje otrok in mladostnikov, saj je vsak tretji šolar poročal o izkušnji s trpinčenjem in skoraj vsak drugi s pretepanjem. Čeprav se prevalenca nasilnih vedenj ob večanju pogostosti manjša (to je trije ali več preteпов v zadnjem letu ali sodelovanje pri trpinčenju vsaj dvakrat na mesec ali bolj pogosto), rezultati kažejo, da številni šolarji sodelujejo pri trpinčenju in pretepanju ali pa so žrtve le-tega, manjšina med njimi pa je v trpinčenje ali pretepanje vpletena redno. Čim pogosteje so mladi vpleteni v tako vedenje, tem večje je njihovo tveganje za čustvene, telesne, psihične in učne težave, kar tudi dokazujejo statistično značilne povezave s pogostostjo mnogih psihosomatskih simptomov, kar velja tako za storilce kot za žrtve.

Rezultati raziskave bi lahko imeli vrsto pomembnih posledic za razvoj politik in ukrepov na področju varovanja zdravja. Najprej jasno opozarjajo, kako velik problem sta trpinčenje in pretepanje med mladostniki. Poudarjajo tudi, da ju je pomembno prepoznati kot resen duševni in telesni zdravstveni problem.

Razumevanje in prepoznavanje pretepanja in trpinčenja kot problem pomeni samo prvi korak. Učinkoviti ukrep proti tovrstnim vzorcem obnašanja mora temeljiti na empiričnih ugotovitvah. Vse več je dokazov, da sistematični, celostno zasnovani ukrepi v šolah učinkovito vplivajo na zmanjševanje problemov v zvezi s trpinčenjem. Proces sprememb pa je zahteven in počasen, saj je nujno učinkovito delo z otroki povzročitelji trpinčenja, z otroki žrtvami trpinčenja, z vrstniško skupino, učitelji, starši in širšo skupnostjo. Najbolj učinkoviti ukrepi, npr. ukrepi, ki jih izvajajo na Norveškem, stopnjo trpinčenja in število žrtev trpinčenja zmanjšajo kar za 50% (9).

Ni pa tveganje, da sodelujejo pri pretepanju, trpinčenju ali/in, da postanejo žrtve trpinčenja, za vse mlade enako veliko, v smislu resnosti, pogostosti in prodornosti problema. 43% mladih, npr. sploh ni povezanih s trpinčenjem in pretepanjem, (čeprav so deležni negativnih vplivov, kadar so člani vrstniške skupine, ki opazuje pretepanje in trpinčenje). Nekatere skupine se v trpinčenje in pretepanje vpletajo občasno, splošni program pa bo verjetno učinkovit pri spreminjanju njihovega obnašanja in pri njihovem dejavnem delovanju za preprečevanje trpinčenja.

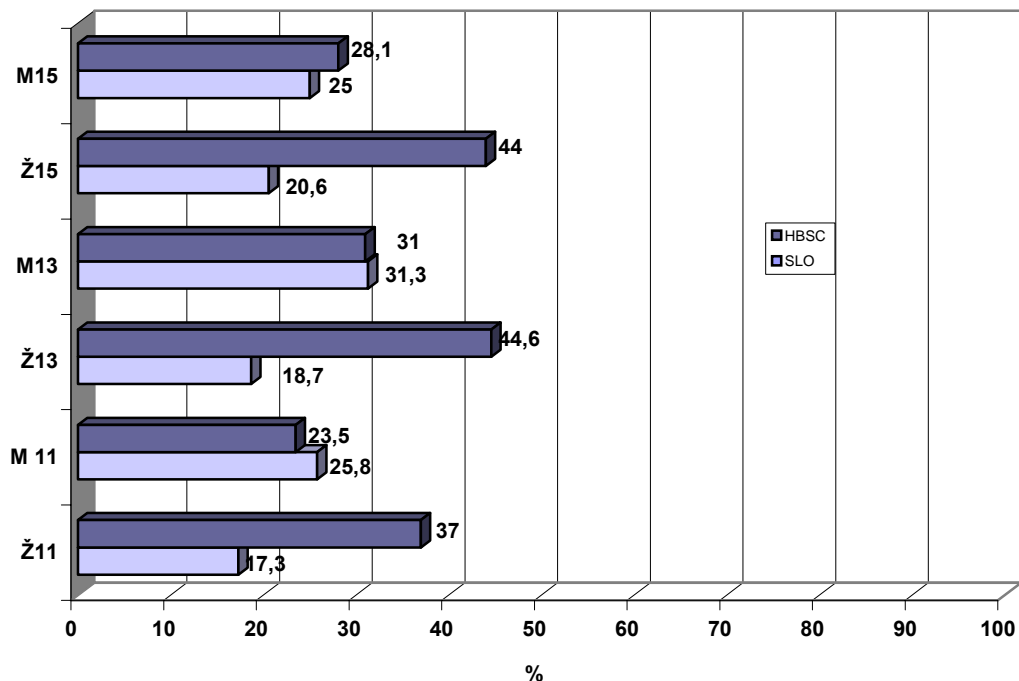
Dobra petina mladih (dve tretjini fantov, več mlajših kot starejših) pogosto sodeluje pri pretepanju ali trpinčenju in verjetno izkusi negativne posledice teh dveh pojavov. Ti otroci imajo nedvomno težave s prilagajanjem in potrebujejo najbolj učinkovito ukrepanje.

S starostjo razširjenost nasilnega obnašanja upada. Zato je potrebno zgodnje posredovanje, preden prevalenca nasilnega obnašanja naraste. Za učinkovito preprečevanje nasilnega obnašanja so torej nujni preventivni programi, katerih ciljna populacija so otroci, mlajši od 11 let. Ujetost v vrstniško nasilje je pomembna ovira za zdravo izobrazbeno, družbeno in čustveno prilagajanje mladih. Brez posredovanja se ti mladi ujamejo v vzorec negativnih interakcij z družino, učitelji, vrstniki in partnerji. Njihove možnosti za prilagajanje se sčasoma močno zmanjšajo, saj se vse bolj odtujujejo od bistvenih družbenih vplivov in podpore. Visoka prevalenca nasilja in izpostavljenost nasilju sproži znatne družbene stroške, pa tudi izgubo ustvarjalnega potenciala mladih.

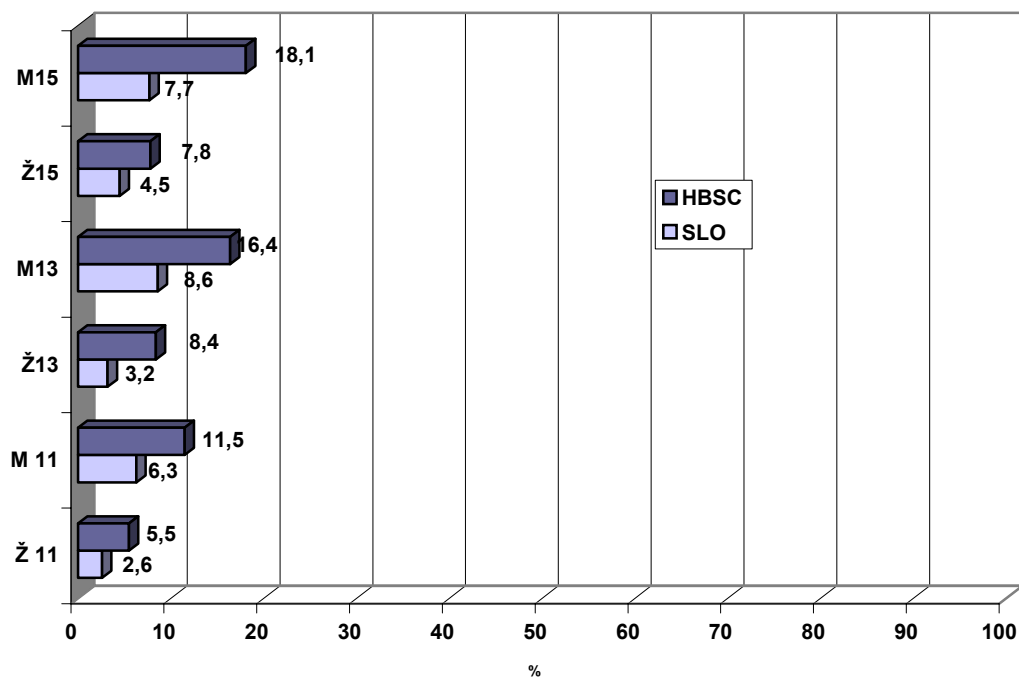
14.5 Viri

1. Rigby K, Slee P. Bullying among Australian children: Reported behaviour and attitudes to victims. *Journal of Social Psychology* 1991; 131: 615-627.
2. Boulton MJ, Underwood K. Bully/victim problems among middle school children. *British Journal of Educational Psychology* 1992; 62:73-87.
3. Smith PK, Sharpe S. The problem of school bullying. In: Smith PK, Sharpe S, editors. *School Bullying*. London: Routledge, 1994.
4. Marjanovič Umek L et al. Smernice za analizo, preprečevanje in obravnavo/ obvladovanje nasilja v šolskem prostoru. http://www.mszs.si/container292/ECOS/nk_nasilje_v_soli.doc
5. Pušnik M. Projekt Trpinčenje med otroki in mladostniki. Delovno gradivo. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 1996.
6. Olweus D. Trpinčenje med učenci. Kaj vemo in kaj lahko naredimo. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport, 1995.
7. Farrington DP. Understanding and preventing bullying. In: Tonry M, Morris N, eds. *Crime and Justice*, Vol 17: 381-458. Chicago: University of Chicago Press, 1993.
8. Pepler D, Craig W. Making a Difference in Bullying. LaMarsh Report. Toronto: LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University 2000.
9. Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Pepler D, Rubin K, eds. *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991: 411-448.

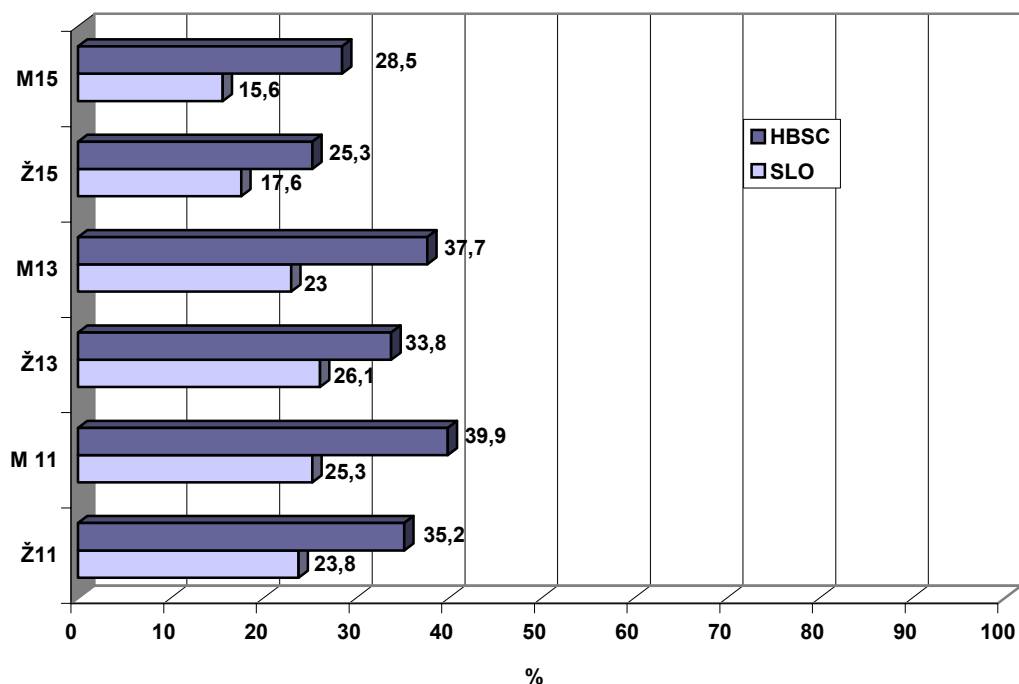
Slika 10.1 Odstotki anketiranih, ki so trpinčili druge vsaj enkrat v preteklih nekaj mesecih, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



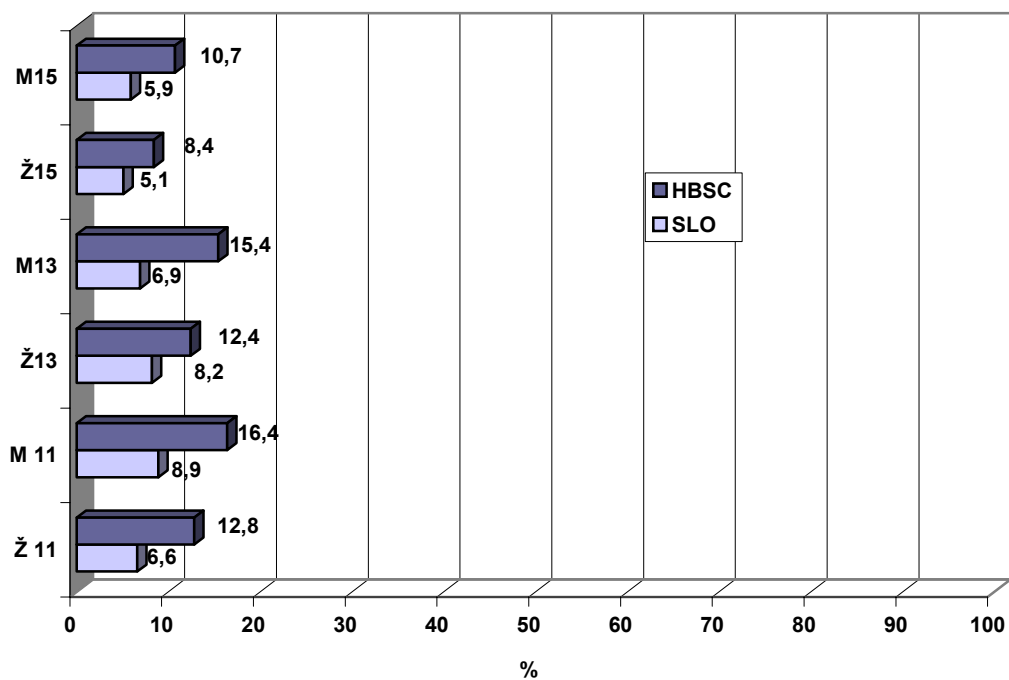
Slika 10.2 Odstotki anketiranih, ki so trpinčili druge vsaj dvakrat ali trikrat v preteklih nekaj mesecih, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



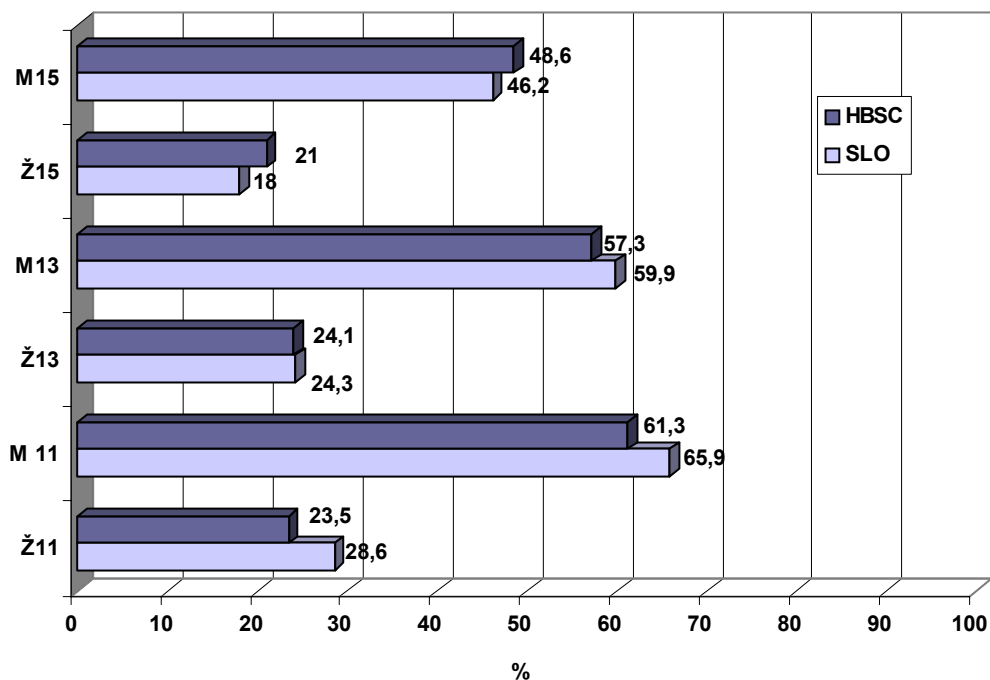
Slika 10.3 Odstotki anketirancev, ki so bili vsaj enkrat v preteklih nekaj mesecih žrtve trpinčenja, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



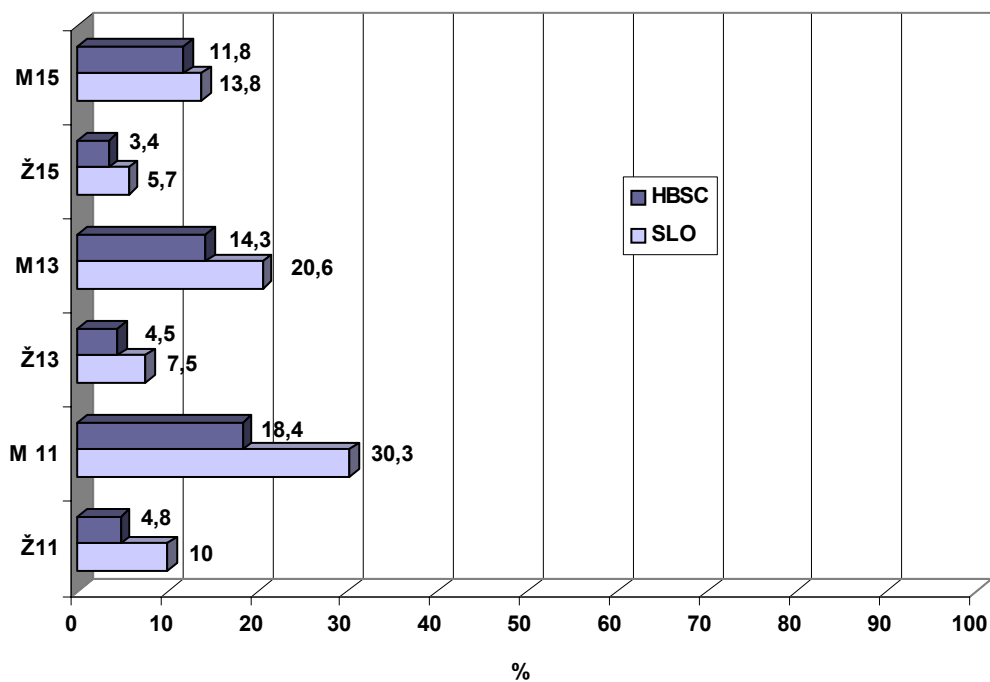
Slika 10.4 Odstotki anketirancev, ki so bili vsaj dvakrat ali trikrat v preteklih nekaj mesecih žrtve trpinčenja, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 10.5 Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih pretepali vsaj enkrat, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 10.6 Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih pretepali trikrat ali bolj pogosto, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



15. POŠKODBE

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

15.1 Uvod

Poškodbe in zastrupitve so eden glavnih vzrokov umrljivosti in trajne prizadetosti ljudi v svetu. Trenutno poškodbe predstavljajo 7% celotne umrljivosti v svetu, po projekciji SZO pa bodo do leta 2020 postale drugi najpomembnejši vzrok umrljivosti, takoj za kroničnimi nenalezljivimi in pred nalezljivimi boleznimi (1).

Poškodbe in zastrupitve so velik javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. Smrti zaradi poškodb in zastrupitev se kot vodilni vzrok smrti pojavljajo po 1. letu starosti in so vodilni vzrok umrljivosti prebivalstva vse do približno 45. leta starosti. Čeprav se število smrti zaradi poškodb in zastrupitev rahlo znižuje (bolj izraženo pri moški populaciji), ima Slovenija še vedno eno najvišjih stopenj te umrljivosti v Evropi in za 100% presega evropsko povprečje (2).

Poškodbe in zastrupitve z izstopajočimi prometnimi nezgodami in samomori so pomemben zdravstveni problem in vodilni vzrok umrljivosti, bolnišničnega zdravljenja ter prvih obiskov v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu slovenskih otrok in mladine. V skupini mladih, starih od 7 do 19 let, je bilo v obdobju 1990 - 1999 letno zabeleženih 38 smrti na 100.000 mladih. Kar 67% smrti je bilo zaradi poškodb in zastrupitev. V starejši skupini (15 do 19 let) je bilo kar trikrat več smrti kot v mlajši skupini (7 do 14 let) in med fanti trikrat več smrti zaradi poškodb kot med dekleti.

Na zdravljenje v bolnišnico morajo mladi, stari od 7 do 19 let, najpogosteje zaradi poškodb in zastrupitev. Od 81 bolnišničnih zdravljenj na 1000 mladih na leto jih je kar 18,3% zaradi poškodb in zastrupitev, 12,1% zaradi bolezni dihal in 11,3% zaradi bolezni prebavil (3). Med šolskimi otroki in mladostniki je v obdobju 1988 - 1996 upadala umrljivost zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev ter namernih poškodb, ki so jih povzročile druge osebe, vendar pa je linearno rasla umrljivost zaradi samomorov. Šolski otroci so v 79% primerov umrli zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev, od tega največkrat zaradi prometnih nezgod (47,9%), zaradi utopitev in zadušitev (10,5%) in zaradi drugih nezgod. Slednje so bile najpogosteje udarci padlih predmetov, udarci ob objekt ali osebo in nezgode z različnimi delovnimi stroji in napravami.

Med namernimi poškodbami so prevladovali samomori (15,1%). Tudi pri mladostnikih so bile najpogostejši vzrok umrljivosti nenamerne poškodbe in zastrupitve, od teh 74,3% največkrat prometne nezgode (59,1%), druge nezgode (3,9%) ter utopitve in zadužitve (3,4%). Med drugimi nezgodami so prevladovale nezgode z elektriko in nezgode z različnimi delovnimi stroji in napravami. Zaradi samomora je umrlo 21,3% mladostnikov (4).

Posledice poškodb prispevajo k tihi epidemiji, ki jo izkušajo mladi po vsem svetu. V drugi polovici 20. stoletja so poškodbe nadomestile infekcijske bolezni kot najpomembnejši vzrok smrti otrok in mladih v nekaterih državah (5). Tveganje za poškodbe dramatično naraste, ko otroci vstopijo v najstniška leta, saj so nenamerne in namerne poškodbe več kot 75% vseh smrti mladih (3).

Stroške, povezane s poškodbami, je mogoče izmeriti na različne načine. Na ravni posameznika dojemajo poškodbe mladi kot bolečino, trpljenje, izgubo časa in storilnosti ter kot neprijetnost za žrtve in njihove družine. Posledica bolj težkih oblik poškodb je lahko dolgotrajno zdravljenje, potreba po rehabilitaciji, trajna nesposobnost ali celo smrt. Družbeni vpliv poškodb je mogoče izmeriti denarno, v smislu stroškov zdravljenja, rehabilitacije in izgube storilnosti. V Združenih državah Amerike, na primer, so poškodbe mladih v zgodnjih devetdesetih letih prejšnjega stoletja znašale več 10 milijard dolarjev izgube letno (6, 7).

15.2 Metode

Merjenje pojava poškodb je potekalo z enim samim vprašanjem, ki se je po ocenah prejšnjih raziskav HBSC in drugih študij izkazalo kot sprejemljivo za mlade. Vprašanje, kolikokrat v preteklih 12 mesecih si se poškodoval/a in te je zaradi tega zdravil zdravnik oziroma si potreboval/a nego medicinske sestre, je uvedla razlaga, kaj poškodba je in kaj ni:

»Mnogo mladih ljudi se rani ali poškoduje pri dejavnostih, kot je npr. šport ali pa če se pretepajo z drugimi na različnih krajih - npr. na ulici ali doma. Med poškodbe štejemo tudi zastrupitve in opekline, ne štejemo pa bolezni, kot sta npr. gripa ali ošpice. V naslednjem vprašanju te sprašujemo o poškodbah, ki si jih imel/a v preteklih 12 mesecih.«

Možni odgovori so bili: V preteklih 12 mesecih se nisem poškodoval/a; 1-krat; 2-krat; 3-krat; 4-krat ali bolj pogosto.

15.3 Rezultati

V preteklih 12 mesecih se ni poškodovalo 53% anketiranih. Enkrat se je poškodovalo 28%, dvakrat 10%, trikrat 5% in štirikrat ali bolj pogosto 4% anketiranih. Med poškodovanimi je bilo statistično značilno več fantov kot deklet ($\chi^2= 89,551$; $p<0,=0001$; $C=0,15$). Vsaj enkrat se je v preteklem letu poškodovalo 42% deklic in 55% fantov med 11-letniki; 39% deklet in 55% fantov med 13-letniki, in 40% deklet in 52% fantov med 15-letniki.

S starostjo se je rahlo manjšal odstotek poškodovanih anketirancev ($\chi^2= 21,635$; $p<0,=01$; $C=0,07$).

Če upoštevamo tiste, ki so se poškodovali več kot enkrat, pa je slika naslednja: v preteklih 12 mesecih se je več kot enkrat poškodovalo 19% vseh anketirancev in sicer skoraj četrtina vseh fantov in 14% vseh deklet. Med večkrat poškodovanimi je bilo 63% fantov in 37% deklet.

Slovenski anketiranci so po odstotkih tistih, ki so se v preteklih 12 mesecih poškodovali vsaj enkrat, v primerjavi s povprečjem držav HBSC v skupini 11-letnikov na 14. mestu, v skupini 13-letnikov na 21. mestu in v skupini 15-letnikov na 16. mestu (slika 11.1).

Primerjava odstotkov slovenskih anketirancev, ki so se poškodovali dvakrat ali bolj pogosto, s povprečjem HBSC, uvršča slovenske 11-letnike na 21. mesto, 13-letnike na 31. mesto in 15-letnike na 28. mesto (slika 11.2).

15.4 Razpravljanje

Rezultati raziskave ponujajo dopolnilni pogled na redno letno zbrane statistične podatke o poškodbah in zastrupitvah otrok in mladostnikov. Zajemajo tudi tiste poškodbe, ki niso zahtevale hospitalizacije. Kažejo, da se je v enem letu vsaj enkrat poškodovalo 43% anketiranih, statistično značilno več fantov kot deklet. Med poškodovanimi se jih je največ (60%) poškodovalo enkrat, petina dvakrat, 11% trikrat in 9% štirikrat. Med pogosteje poškodovanimi je bilo več fantov kot deklet.

Žal v tej raziskavi nismo spraševali tudi o teži poškodbe, posledicah (število dni izostankov v šoli zaradi zdravljenja ali morebitne rehabilitacije), kraju poškodbe in vzrokih zanj, kar vse bi bistveno prispevalo k učinkovitejšemu preprečevanju poškodb.

V najstniških letih mladi pogosto privzamejo obnašanje, ki škoduje njihovemu zdravju. K temu spada kajenje, pitje, uporaba drog v družabne namene, nasilno obnašanje, kot sta trpinčenje ali pretepanje. Tudi za slovenske anketirance smo ugotovili statistično značilno povezavo s pogostim pitjem alkoholnih pijač, kajenjem tobaka in marihuane (slika 11.3). Mladi tudi ne upoštevajo določenih varnostnih ukrepov, kot je na primer uporaba varnostnih pasov v vozilih ali čelade na kolesu ali motorju.

Rezultati študije imajo številne pomembne posledice za oblikovanje zdravstvene politike. Jasno kažejo na razširjenost poškodb med mladimi in predstavljajo resno grožnjo zdravju mladih. Če jih dopolnimo s podatki iz rednih statističnih zbirk, ne bo odveč, da še enkrat poudarimo, da nujno potrebujemo nacionalno strategijo obvladovanja poškodb in zastrupitev z jasno izraženimi cilji, usmerjenimi v mlado populacijo.

Velika večina poškodb, o katerih poročajo mladi, se pojavi v enem od štirih okolij: domu, šoli, prostoru za organizirane športne dejavnosti in na ulicah ali cestah. Nekatera teh okolij so bolj pripravljena na spremembe kot druga. Na splošno pa se kaže jasna potreba po tem, da bi bilo okolja, ki so pogosto povezana s poškodbami mladih, potrebno narediti kar se le da varna.

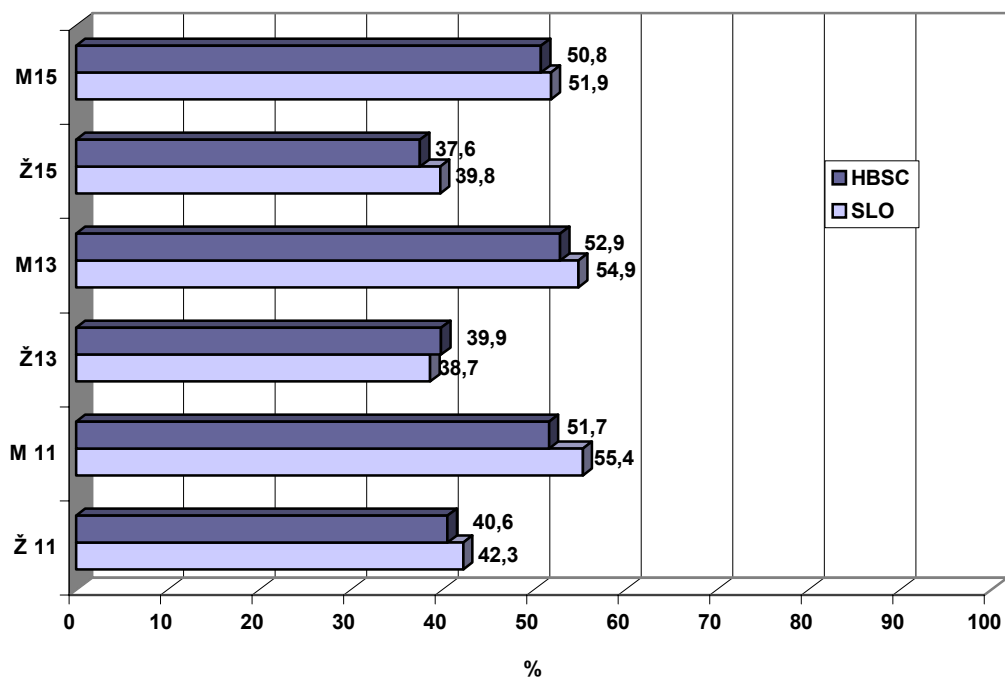
V Sloveniji se je že v devetdesetih letih začel razvijati program za preprečevanje poškodb in zastrupitev med predšolskimi in šolskimi otroki. Program za zmanjševanje poškodb in zastrupitev med predšolskimi otroki je usmerjen predvsem v njihove starše. Cilj programa je zmanjševanje tveganja in spodbujanje previdnega vedenja. Po drugi strani pa so tekle tudi dejavnosti za seznanjanje ciljnih populacij z varno opremo za stanovanje in promet.

Poškodbe so eden najbolj resnih problemov, s katerimi se soočajo mladi in družba, saj je znaten delež anketirancev za obdobje 12 mesecev pred izvedbo študije poročal o poškodbi, ki je zahtevala medicinsko oskrbo. Z vidika razvoja učinkovitih preventivnih strategij bi bilo treba več napora usmeriti v nadaljnje raziskovanje poškodb predvsem z vidika različnih dejavnikov, ki so soudeleženi pri nastanku poškodb (človeški, oprema, fizično okolje, socialno-ekonomsko okolje) pred, med in po nezgodi.

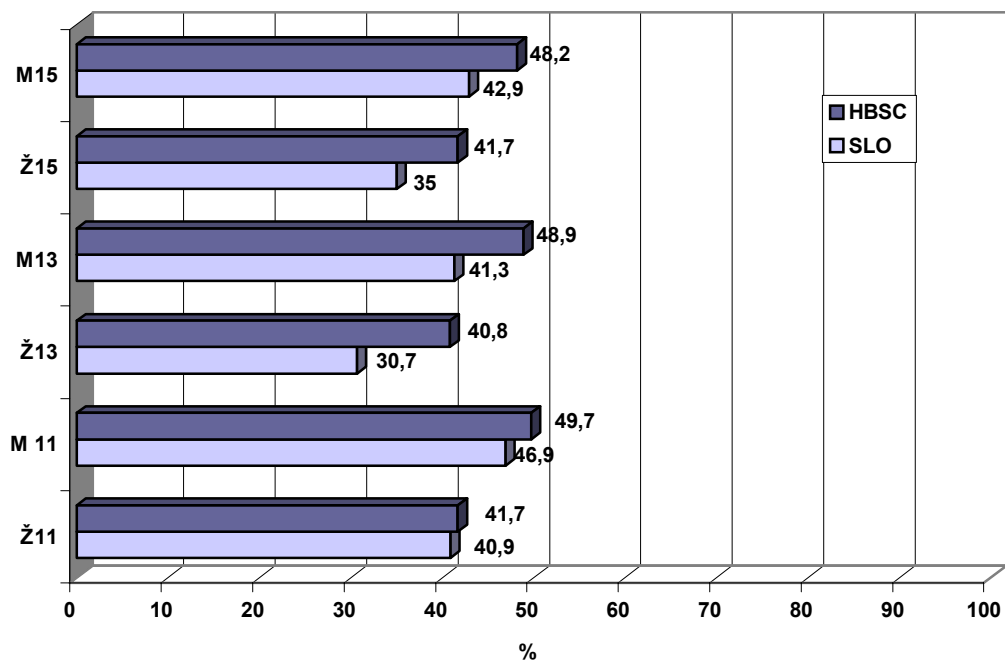
15.5 Viri

1. Rok Simon M. Poškodbe. V: Markota M, ur. Zdravje v Sloveniji 2001. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2003:46-48.
2. Markota M, ur. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo in Inštitut za varovanje zdravja RS, 1999.
3. Brčar P. Zdravje mladih. Tipkopis. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001.
4. Rok Simon M. Ocena razširjenosti in resnosti problema poškodb in zastrupitev v Sloveniji. Zdrav Var 1999; 38, Zdravstvena kultura - samostojna zdravstvenovzgojna priloga revije Zdravstveno varstvo št. 26/1999.
5. WISQARS™ (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) (database online). Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention, 2004 (<http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>).
6. Max W, Rice DP, MacKenzie EJ. The lifetime cost of injury. Inquiries 1990; 27 (4): 332-43.
7. Dansceco ER, Miller TR, Spicer RS. Incidence and costs of 1987-1994 childhood injuries: demographic breakdowns. Pediatrics 1995; 85:99-104.

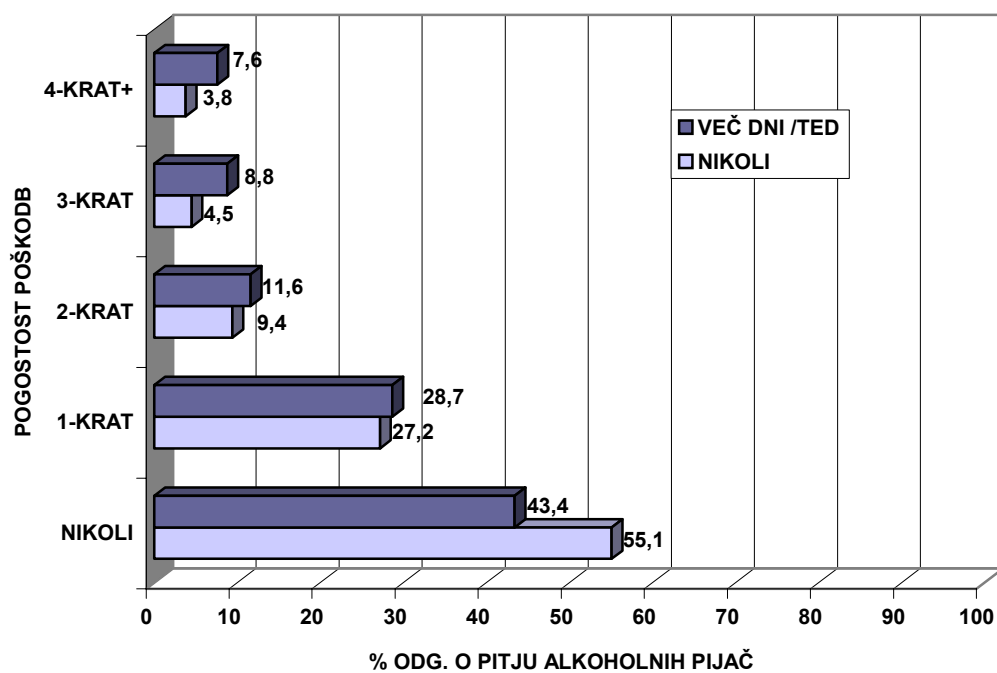
Slika 11.1 Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih poškodovali vsaj enkrat, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 11.2 Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih poškodovali dvakrat ali bolj pogosto, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 11.3 Povezava pitja alkoholnih pijač in pogostosti poškodb v preteklem letu



16. TVEGANO VEDENJE: UPORABA ALKOHOLA, TOBAKA IN KANABISA

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

16.1 Uvod

Uporaba drog je bila in je še vedno resen problem javnega zdravja. Je pomemben napovednik obolevnosti in umrljivosti med odraslimi, dojema pa se predvsem kot tvegano vedenje mladostnikov. Uporaba drog škodi zdravju tako kratko- kot dolgoročno. Poleg tega pa je tudi pomemben kazalnik blaginje in socialnih odnosov (1). Širok spekter problemov, povezanih z uporabo drog, obsega pomembne posledice za zdravje, razprtije v družini, rahljanje socialnih vezi in ogrožanje ekonomskega položaja.

O tveganem obnašanju, še posebej uporabi drog, obstajajo številne teorije. Teorija primarne socializacije predstavlja globalni pogled na razvoj adolescentov, kar vključuje tudi uporabo drog (2). Ta model, tako kot model socialne ekologije, napoveduje večjo verjetnost tveganega vedenja v primeru, ko so vezi med adolescentom in njegovo družino ali šolo šibke. Mnogo je bilo napisanega o sindromu multiplih problematičnih vedenj, ki opisuje mlade, močno izpostavljene tveganju, in napoveduje povečano pogostost s tem povezane obolevnosti in umrljivosti. Uporaba drog spada med najbolj tvegane vedenjske vzorce mladih.

Z uporabo alkohola, tobaka in prepovedanih drog med mladimi so povezani različni dejavniki: socialno-demografski (npr. starost, spol, etična pripadnost in kulturno okolje, socialno-ekonomski položaj staršev ter soseska), osebnostni (npr. neustrezne življenjske spretnosti ali nizka stopnja samospoštovanja pa tudi zaupanja vase, potrtnost, stres, neuspeh v šoli) in vedenjski (npr. učni uspeh, dovzetnost za tveganje, življenjski slog). Pomembno vlogo pri tveganem vedenju adolescentov, kamor spada tudi uporaba drog, igrajo socialna razmerja. V tej starostni skupini kajenje, uporaba alkohola ali drugih drog le izjemoma ne poteka skupinsko, zato si je uporabo drog do neke mere mogoče razlagati kot del »mladostniške kulture«.

V obdobju adolescence se socialni odnosi temeljito spreminjajo, saj se socialna mreža širi in postaja za posameznika vse bolj pomembna. Vrstniška skupina v primerjavi z družino pridobiva na pomenu. Seveda pa izkušnje v družini do določene mere vplivajo na izkušnje v vrstniški skupini. Do prve uporabe drog navadno pride v vrstniški skupini (3). Vrstniška skupina vpliva tudi na vzdrževanje in oblike uporabe drog. Vendar pa igrajo pomembno vlogo tudi struktura družine, podpora staršev in nadzor staršev. Prav tako ne gre spregledati vloge šole, kjer otroci in mladostniki živijo in se učijo vsak delovni dan dobršen del dneva.

Problema uporabe droge se zavedajo tako lokalne kot nacionalne in mednarodne vladne in nevladne organizacije. SZO je v strategiji Zdravje v 21. stoletju v 12. cilju zapisala, naj bi vse države-članice do leta 2015 značilno zmanjšale škodljive posledice uporabe adiktivnih snovi, kot so alkohol, tobak in preostale psihoaktivne snovi. Z uporabo drog sta povezana tudi 8. cilj (zmanjševanje nenalezljivih bolezni) in 9. cilj (zmanjševanje poškodb zaradi nasilja in nezgod) (4).

V Sloveniji je bila februarja leta 2004 sprejeta Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004 - 2009, v kateri so med drugim jasno določeni cilji države na področju obvladovanja problematike drog (5). Zato pa so potrebni podatki tako o razširjenosti uporabe drog v skupini mladostnikov in med polnoletnimi kot tudi razumevanje medsebojnega prepleta različnih dejavnikov, ki vplivajo na uporabo drog.

V Sloveniji je bilo do sedaj na nacionalnih vzorcih opravljenih šest raziskav o razširjenosti uporabe drog med mladino (6, 7, 8, 9, 10, 11). V osemdesetih letih je bila opravljena raziskava o zlorabi drog med študenti ljubljanske univerze (12).

Raziskava Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih je osvetlila razširjenost različnih dejavnikov tveganja v populaciji slovenskih srednješolcev in njihove medsebojne povezave. Avtorice so identificirale skupine z največjim tveganjem in ugotovljale, od kod izvira najresnejša ogroženost dijakov (družina, neustrezni vedenjski in kognitivni slogi, nefunkcionalna stališča, osebnostne lastnosti, ki povečujejo ranljivost posameznikov ...), pa tudi kateri dejavniki jih varujejo. V poglavju o razširjenosti pitja alkoholnih pijač, kajenja tobaka in uživanja psihoaktivnih snovi so ugotovile, da je med anketiranci najbolj razširjeno pitje alkoholnih pijač, saj je 71% anketirancev odgovorilo, da pijejo alkoholne pijače; 30% anketirancev je bilo v preteklem mesecu opitih. V času ankete je tobak kadilo 27,2% anketiranih. V zadnjem mesecu pred anketo je uživalo marihuano oziroma hašiš 11,2% anketiranih, heroin in kokain pa 1,6%. 10,6% anketirancev je jemalo pomirjevala oz. druge tablete, ki vplivajo na duševno počutje - statistično značilno več deklet kot fantov. Anketiranci s srednjih strokovnih in poklicnih šol so statistično značilno bolj pogosto kot gimnazijci kadili cigarete, pili alkoholne pijače in se z njimi opijali. Fantje so bolj pogosto kot dekleta pili alkoholne pijače in se opijali, uživali marihuano oziroma hašiš, pri kajenju cigaret pa ni bilo statistično značilnih razlik po spolu. Med dejavniki zaščite so izdvojile izoblikovana prepričanja o tem, kaj koristi zdravju; zdrav življenjski slog; optimistični odnos do prihodnosti; pozitivne dejavnosti v prostem času in stabilno družino z mnogo čustvene opore staršev in/ali prijateljev. Ugotovile so naslednje dejavnike tveganja za uživanje različnih drog: negativne dejavnosti v prostem času, depresivnost, veliko problemov in samouničevalno vedenje (9).

Podatki, ki izvirajo iz dveh zaporednih raziskav ESPAD, kažejo, da se je v Sloveniji v štirih letih med všolanimi 15- do 16-letniki značilno povečala vseživljenjska uporaba tobaka, alkohola, kanabisa, hlapil, pomirjeval (jih ni predpisal zdravnik), LSD-ja oz. drugih halucinogenov, ekstazija, heroina, kokaina, kreka, amfetamina, alkohola in tablet skupaj. Do rahlega zmanjšanja razširjenosti je prišlo pri dopiškimi sredstvih in vbrizgavanju drog, vendar pa je treba opozoriti, da gre za redka pojava v tej starostni skupini. Do najbolj izrazite - morda celo alarmantne - spremembe oziroma povečanja je prišlo pri uporabi kanabisa, saj kaže primerjava podatkov o kajenju kanabisa oziroma hašiša v vsem življenju za leti 1995 in 1999 kar 89-odstotni porast (s 13% na 25%). Prav tako se je močno povečal odstotek anketiranih, ki so bili že opiti - s 54% na 67%. Opozoriti je treba tudi na spremembo v razširjenosti uporabe ekstazija med 15 do 16-letniki: z 1,2% na 4,2%. Mladi pogosto pijejo alkoholne pijače in hkrati jemljejo pomirjevala oziroma pijejo alkohol in hkrati kadijo kanabis (8, 10).

Razvoj od neuporabnika do uporabnika neke droge poteka v štirih fazah in je odvisen od soigre treh skupin dejavnikov: otrok (biološka opremljenost, psihološki dejavniki, lastna aktivnost), okolje (družina, širše okolje) in lastnosti droge (kemijske in fizikalne lastnosti, simbolne lastnosti). Vsaka od štirih faz - priprava, iniciacija in eksperimentiranje, navajanje, vzdrževanje in odvisnost - ima svoje značilnosti. Z vidika množičnosti poteka proces razvoja od neuporabnika do zasvojenosti z drogo v obliki lijaka. Vsi otroci gredo skozi fazo priprave. Nekaj manj jih prestopi mejo med uporabo in neuporabo. Še manj jih vztraja in nadaljuje s poizkusi. Še manj je vztrajnih, ki »vadijo«, in najmanj jih postane zasvojenih z drogo.

Prehajanje iz faze v fazo je odvisno od vrste dejavnikov. Med najpomembnejšimi so:

- starši (njihovo vedenje, stališča, pričakovanja, pravila, odnos);
- mediji;
- vrstniki in starejši sorojenci (vedenje, stališča in pričakovanja, zaznana prevalenca drog, norme);
- dostopnost drog v okolju;
- zakonodaja;
- oglaševanje (neposredno, posredno) oziroma dejavnosti službe za stike z javnostmi;
- prepričanja v zvezi z drogami;
- samospoštovanje in samopodoba (13).

16.1a Uporaba tobaka

Uporaba tobaka je grožnja za zdravje po vsem svetu. Letno povzroči skoraj 5 milijonov smrti. Kajenje tobaka je povezano z boleznimi srca in pljuč, rakom na pljučih, v grlu, ustih, požiralniku in sečnem mehurju, lahko pa povzroči tudi kap, nizko porodno težo, nenadno smrt dojenčka ali alergije. Finančno breme, povezano z boleznimi zaradi kajenja, je ogromno. Gre za stroške zdravljenja bolezni, povezanih s kajenjem tobaka, in upad produktivnosti zaradi prezgodnje smrti (14).

Čeprav večina smrti, povezanih s kajenjem, nastopi v srednjem in poznem starostnem obdobju, se kadilske navade nedvomno vzpostavijo v adolescenci. Večina odraslih kadilcev je prvo cigareto prižgala pred 18. letom.

Dlje kot se odloži začetek kajenja, manj verjetno je, da bo oseba postala zasvojen z nikotinom. Ko se zasvojenost že pojavi, jo je izjemno težko odpraviti.

16.1b Uporaba alkohola

Uporaba alkohola je prisotna v večini držav sveta, čeprav ne v vseh. Pivske navade so v različnih kulturah različne. V nekaterih kulturah je tradicionalni vzorec pitja občasno pitje (predvsem ob slavnostnih priložnostih), v drugih – med njimi je tudi slovenska – pa ima alkohol mesto v vsakodnevnem življenju. Škodljivo in čezmerno pitje alkoholnih pijač je zelo pomemben javnozdravstveni problem. S škodljivo rabo alkohola je povezano večje tveganje za bolezni, kot so npr. jetrna ciroza, vnetje trebušne slinavke, alkoholna psihoza, vlogo pa igra tudi pri drugih vzrokih smrti: tuberkuloza, samomor, umor, prometne in druge nezgode ter ostale oblike nasilnih smrti (15).

Čeprav je umrljivost, povezana z alkoholom, največja med 45. in 54. letom starosti, je proučevanje uživanja alkohola med mladimi pomembno, ker gre za obdobje, v katerem se oblikujejo vzorci življenjskega sloga. Kot kaže, obstaja povezava med starostjo ob prvem pitju alkohola ter vzorci uporabe in zlorabe alkohola v odraslosti (16, 17, 18). Izkazalo se je tudi, da lahko problemi z alkoholom ogrozijo mladostnikov psiholoških razvoj.

Evropske države in SZO se zavedajo, da je uživanje alkohola med mladimi specifičen problem. Februarja 2001 so v Stockholmu na Ministrski konferenci o mladih in alkoholu sprejeli Deklaracijo o mladih in alkoholu, s katero so zastavili cilje, politične ukrepe in dejavnosti na področju preprečevanja škodljive uporabe alkohola med mladimi v Evropi.

Tudi v Sloveniji se sicer zelo, zelo počasi, a vztrajno, spreminja odnos do uporabe alkohola. Leta 2003 je bil sprejet Zakon o omejevanju porabe alkohola, leta 2004 pa je bil ustanovljen svet za alkoholno politiko.

16.1c Uporaba prepovedanih drog

Razen tobaka in alkohola so v obdobju adolescence mladi izpostavljeni tveganju, da poizkušajo tudi druge t.i. ilegalne oz. prepovedane droge.

Z zbiranjem podatkov o razširjenosti uporabe različnih drog med mladostniki smo začeli v Sloveniji ob koncu sedemdesetih oziroma v osemdesetih letih 20. stoletja (6, 12) in ga intenzivirali v devetdesetih letih, ko so bile opravljene prve raziskave na reprezentativnih vzorcih slovenskih srednješolcev. (7, 8, 9, 10, 11). V večini omenjenih raziskav, razen tistih, ki so bile opravljene po metodologiji ESPAD, so raziskovalci uporabili različne vprašalnike in na podlagi odgovorov anketiranih oseb ocenili razširjenost uporabe in stopnjo uživanja različnih drog. Primerjave in zaključki v zvezi s trendi uživanja drog v času na podlagi različnih metod zbranih podatkov so omejeni.

V raziskavi Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju smo raziskali uporabo kanabisa v skupini 15-letnikov. Pri tem smo izhajali iz ESPAD metodologije.

Primerjava rezultatov raziskave ESPAD za leti 1995 in 1999 kaže, da je med enaindvajsetimi sodelujočimi državami uporaba kanabisa upadla samo v treh, povečala pa se je kar v štirinajstih, v nekaterih celo za dvakrat. Med evropskimi državami so velike razlike glede redne in občasne uporabe te substance. Odstotek tistih 15- do 16-letnikov, ki so že uporabljali kanabis, se v državah ESPAD giblje med 10 in 30%. Na splošno obstaja za fante večja verjetnost, da bodo uporabljali kanabis kot dekleta (19).

Adolescenti so v zvezi z uporabo kanabisa izpostavljeni nasprotujočim si vplivom. Po eni strani jim le-ta predstavlja grožnjo za zdravje in mentalno stabilnost ter celo pomeni korak bližje do uporabe drugih drog. Po drugi strani pa med mladimi kanabis uživa sloves kot ena od drog, ki jih uporabljajo zvezdniki in drugi njihovi vzorniki. Starši in učitelji lahko s svojimi nasveti poskrbijo, da se mladi zavedajo škodljivosti drog in tako vplivajo na neuporabo le-teh. Kljub temu pa lahko – podobno kot na pitje alkohola in kajenje tobaka – mladostniki gledajo na eksperimentiranje s kanabisom kot na del procesa odraščanja. Čeprav starši, drugi vzorniki, politiki in medijske kampanje lahko do neke mere vplivajo na stališča o legalni in ilegalni uporabi psihoaktivnih snovi, je najmočnejši napovednik uporabe drog zaznana uporaba drog v vrstniški skupini.

Zelo pomembno je ločiti priložnostno uporabo kanabisa od pogoste uporabe. Le-ta je povezana z vrsto negativnih izidov. Pogosta uporaba kanabisa v mladosti je povezana z večjo verjetnostjo za osip iz šolanja, nezaščitene spolne odnose in vpletenost v delinkventno vedenje. Uporaba kanabisa lahko sproži psihozo in depresijo, še zlasti pri tistih, ki so predisponirani za obe bolezni (21, 22, 23, 24, 25).

16.2 Metode

16.2a Tobak

Celostno sliko kadilskega vedenja od faze poskusov do tekočega (ne)kadilskega statusa skušajo osvetliti tri postavke, in sicer vprašanje o tem, ali je anketiranec že kdaj v življenju kadil tobak; vprašanje o tem, koliko je bil star, ko je, če je, prvič kadil tobak; in vprašanje o tem, ali je v času ankete kadil tobak.

Med posameznike, ki so kadar koli kadili tobak, spadajo tisti, ki s tobakom eksperimentirajo, potencialni redni kadilci, redni kadilci, nekdanji kadilci, potencialni opuščevalci kajenja in občasni kadilci.

Pogostost kajenja v času ankete je predstavljena v dnevni in tedenski časovni presledki. Podatki so hierarhične narave. Tako so dnevni kadilci vključeni v skupino tedenskih kadilcev, ti pa v skupino onih, ki so sploh kadar koli kadili. Čeprav zastavljena vprašanja ne merijo neposredno odvisnosti, pa so kazalec vedenja, ki jo zrcali. Podatki omogočijo zasledovanje tistih, ki od poskusov kajenja preidejo k občasni ali celo bolj redni uporabi tobaka. Skupina rednih kadilcev je najbolj izpostavljena tveganju, da bodo kadili tudi kot odrasli ter občutili kratkoročno in dolgoročno škodo, povezano s kajenjem tobaka.

Določanje starosti, ko so skupine najmlajših pričele kaditi, ima očitne metodološke pomanjkljivosti: nepristranske ocene o starosti pri začetku kajenja ni mogoče zagotoviti vse do tedaj, dokler niso vsi možni kandidati za tako obnašanje imeli priložnosti, da začnejo kaditi. Možno je namreč, da tisti, ki do časa raziskave še nikoli niso kadili, začnejo kaditi pri višji starosti in s tem dvignejo povprečno starost ob iniciaciji. Zato je aktualna analiza starosti ob začetku kajenja omejena na petnajstletnike.

16.2b Alkohol

Anketiranci so odgovarjali na vprašanje, kolikokrat na teden navadno uživajo katero koli alkoholno pijačo, kako pogosto uživajo pivo, vino, ali/in žgane pijače; kako pogosto, če sploh, so spili toliko, da so bili resnično pijani; in koliko so bili stari, ko so začeli piti alkohol in bili prvič opiti.

Prej kot nekdo začne piti alkohol, bolj verjetno je, da privzame življenjski slog, ki vključuje vzorce pitja, s tem pa je povezano večje tveganje za slabo zdravje in za odvisnost od alkohola. Zato so raziskovalci v vprašalnik 2001/02 vključili tudi vprašanje o starosti ob začetku uživanja alkohola in prvi pijanosti.

16.2c Kanabis

Kanabis je nedvomno ilegalna droga, s katero ima izkušnje največ mladostnikov in polnoletnih (11, 20), vendar pa precej manj kot z alkoholom in tobakom (8, 9, 10, 11).

Glede na to, da uporaba kanabisa med mlajšimi (11, 13 let) otroki ni množično razširjena, so na vprašanja o uporabi kanabisa v vsem življenju in v preteklem letu odgovarjali le 15-letniki. Nekateri mladostniki eksperimentirajo s kanabisom enkrat ali nekajkrat in nato nehajo, medtem ko jo drugi uporabljajo bolj redno. Med temi lahko ločimo rekreacijske uporabnike in težke uporabnike. Slednjih je najmanj.

Anketiranci so odgovarjali na dve vprašanji v zvezi z uporabo kanabisa in sicer o pogostosti uporabe v vsem življenju in zadnjih 12 mesecih pred raziskavo.

16.3 Rezultati

16.3a Tobak

Iniciacije

Med 11-letniki je bilo 14% anketirancev, ki so odgovorili, da so v življenju že kadili tobak. Razlike med dečki in deklicami so bile statistično značilne, in sicer je značilno več dečkov odgovorilo, da so že kadili tobak ($\chi^2= 15,283$; $p<0,=0001$; $C=0,1$). Med 13-letniki je bilo 38% anketirancev, ki so odgovorili, da so v življenju že kadili tobak. Razlike po spolu so bile sicer statistično značilne ($\chi^2= 5,302$; $p<0,02$; $C=0,06$), zveza pa ne zelo močna. Med 15-letniki je odgovorilo 65% anketiranih, da so v življenju že kadili tobak. Statistično značilnih razlik med spoloma nismo več zaznali.

Med 11. in 15. letom statistično značilno narašča delež iniciacij kajenja tako med fanti ($\chi^2=321,226$; $p<0,0001$; $C=0,373$) kot med dekleti ($\chi^2=389,899$; $p<0,0001$; $C=0,408$).

V primerjavi s povprečjem HBSC so bili po iniciacijah slovenski 11- in 13-letniki pod povprečjem na 14. mestu oziroma 16. mestu, 15-letniki pa nad povprečjem na 13. mestu (slika 12.1).

Trenutno kajenje tobaka

Velika večina 11-letnikov (97,6%) in 13-letnikov (91,8%) v času ankete ni kadila. Med 15-letniki jih je v času ankete kadilo 36,9%. Med 11-letniki jih je vsak dan kadilo skoraj 1%, vsaj enkrat na teden (a ne vsak dan) pol odstotka in manj kot enkrat na teden 1%. Razlike po spolu so bile sicer statistično značilne, zveza pa ni bila močna ($\chi^2=10,943$; $p<0,012$; $C=0,09$). Fantje so v primerjavi z dekleti statistično značilno bolj pogosto kadili vsak dan, vsaj enkrat na teden ali manj kot enkrat na teden.

Med 13-letniki jih je vsak dan kadilo 2,6%, vsaj enkrat na teden (a ne vsak dan) 2,5% in manj kot enkrat na teden 3%. Razlike med spoloma niso bile statistično značilne.

Med 15-letniki je vsak dan kadilo 23% anketiranih, vsaj enkrat na teden (a ne vsak dan) in manj kot enkrat na teden pa po 7%. Razlike med spoloma niso bile statistično značilne.

V primerjavi s povprečjem HBSC so bili glede kajenja vsak dan oziroma vsak teden slovenski 11-letniki na povprečju ali rahlo nad povprečjem HBSC, 13-letniki pod povprečjem HBSC, 15-letniki pa močno nad povprečjem HBSC (slika 12.2).

Starost ob prvem kajenju tobaka

Analizo smo v skladu z utemeljitvijo v uvodu opravili le za 15-letne anketirance in ugotovili, da so bili ob prvem kajenju tobaka stari v povprečju 12,87 let; fantje 12,72 let (mediana je 13 let), dekleta pa 13,02 (mediana je 14 let).

16.3b Alkohol

Pogostost pitja alkoholnih pijač

70% vseh anketirancev je na vprašanje, kako pogosto na teden pijejo alkoholne pijače, odgovorilo, da nikoli ne pijejo alkoholnih pijač. 15% jih je odgovorilo, da jih pijejo manj kot enkrat na teden, 8% jih pijejo enkrat na teden, 3,4% dva do štirikrat na teden, 0,9% pet do šestkrat na teden in 0,6% vsak dan vsaj enkrat. Razlike med spoloma so bile statistično značilne ($\chi^2=116,690$; $p<0,0001$; $C=0,17$). Fantje so namreč značilno bolj pogosto kot dekleta označili vse odgovore, ki kažejo na pitje alkoholnih pijač. Dekleta so bolj pogosto označila le odgovor »nikoli«.

Pogostost pitja piva, vina in žganih pijač

Odgovori anketirancev o pogostosti pitja različnih vrst alkoholnih pijač kažejo, katere so bolj popularne in katere manj. Pivo in vino sta pijači, ki ju je v času ankete pila več kot tretjina anketiranih, žgane pijače pa je pila nekaj več kot četrtina anketiranih. Med fanti in dekleti so statistično značilne razlike glede pogostosti pitja različnih alkoholnih pijač. Fantje bolj pogosto kot dekleta pijejo pivo in vino, pri žganih pijačah pa se jim dekleta precej približajo (slika 12.3).

Pivo pije vsak teden ali bolj pogosto 11% anketiranih fantov in 2,1% deklet, vino 7,8% fantov in 4,2% deklet, žgane pijače pa 4,8% fantov in 3,8% deklet.

Pogostost pitja različni alkoholnih pijač – piva, vina in žganih pijač – je statistično značilno povezana s starostjo anketiranih: s starostjo se manjša odstotek tistih, ki so odgovorili, da

nikoli ne pijejo naštetih alkoholnih pijač. Ugotovitev velja tako za fante kot za dekleta (slika 12.4).

V primerjavi s povprečji držav HBSC so se slovenski anketiranci po pitju katere koli alkoholne pijače vsak teden ali bolj pogosto uvrstili na 10. mesto v skupini 11-letnikov, na 22. mesto v skupini 13-letnikov in na 11. mesto v skupini 15-letnikov (slika 12.5).

Pogostost opijanja

Tisti mladostniki, ki spijejo toliko alkoholne pijače, da se opijejo in to ponavljajo večkrat, imajo večjo verjetnost za negativne zdravstvene izide. Zato smo v raziskavi zastavili tudi vprašanje o tem, ali so bili že opiti in – če – koliko krat v življenju. Več tvegajo tisti, ki so bili opiti dva- ali večkrat.

Na vprašanje o tem, ali so že kdaj v življenju spili toliko alkoholne pijače, da so bili prav zares pijani, sta dobri dve tretjini anketiranih (68,4%) odgovorili negativno. Razlike med spoloma so bile statistično značilne ($\chi^2= 65,678$; $p<0,0001$; $C=0,13$). Dekleta so namreč bolj pogosto odgovorila, da se niso nikoli opila. Zveza v tej smeri se je pokazala za vse tri starostne skupine in celotni vzorec.

S starostjo se statistično značilno manjša odstotek anketiranih fantov oziroma deklet, ki so odgovorili, da še nikoli v življenju niso spili toliko alkoholne pijače, da bi bili pijani.

V primerjavi s povprečji držav HBSC so se slovenski 11-letniki vrstili na 9. mesto po odstotkih tistih, ki so odgovorili, da so že bili pijani dva- ali večkrat, 13-letniki so se uvrstili na 16. mesto, 15-letniki pa na 13. mesto.

Starost ob prvem pitju in pijanosti

Starost ob začetku pitja alkoholnih pijač in prvi pijanosti prikazujemo za skupino 15-letnikov iz istih razlogov, kot so bili opisani pri uporabi tobaka. Skoraj tretjina anketiranih (32,5%) – 28,8% fantov in 36,6% deklet – je odgovorila, da še nikoli niso pili alkoholnih pijač (več kot majhno količino). Opitih še nikoli v življenju ni bilo 42,1% anketiranih – 37,5% fantov oziroma 46,9% deklet.

Povprečna starost ob prvem pitju tistih, ki so že pili alkoholne pijače, je bila 13,09 let (standardna deviacija 2,23), mediana in modus pa 14 let. Fantje so bili ob prvem pitju v povprečju stari 12,84 let (standardna deviacija 2,41, mediana 13, modus 14 let), dekleta pa 13,39 let (standardna deviacija je 1,94, mediana in modus sta 14 let).

Povprečna starost ob prvi pijanosti je bila za vse 15-letnike 13,86 let (standardna deviacija je 1,73, mediana 14 let, modus pa 15 let); za fante 13,75 let (standardna deviacija je 1,92, mediana 14, modus pa 15 let), za dekleta pa 14 let (standardna deviacija je 1,44, mediana 14 let, modus 15 let).

Fantje je začnejo piti alkoholne pijače mlajši kot dekleta, tudi opijejo se v povprečju četrtno leta prej kot dekleta.

V primerjavi s povprečjem držav HBSC sodijo slovenski anketiranci po povprečni starosti prvega pitja alkoholnih pijač med države, kjer mladostniki začnejo piti alkoholne pijače kasneje – tako dekleta kot fantje v povprečju pol leta kasneje (slika 12.7).

16.3c Kanabis

72% anketiranih je odgovorilo, da še nikoli v življenju niso uporabili kanabisa. Med tistimi, ki so kanabis že uporabili, ga je skoraj tretjina (31%) uporabila en- do dvakrat, 16% tri- do petkrat, 9% šest- do devetkrat, 13% deset- do devetnajstkrat, 9% dvajset- do devetintridesetkrat in dobra petina (22%) štiridesetkrat ali bolj pogosto. Statistično značilnih razlik med spoloma v pogostosti uporabe kanabisa v vsem življenju nismo ugotovili.

V primerjavi s povprečjem HBSC se je Slovenija po odstotkih uporabe kanabisa v vsem življenju uvrstila na enajsto mesto (slika 12.8).

V zadnjem letu pred anketo je kanabis uporabljala skoraj četrtnina (24%) anketiranih 15-letnikov. Nakazala se je tendenca, da so ga dekleta uporabljala manj pogosto kot fantje ($\chi^2=14,435$; $p<0,03$; $C=0,12$). Med tistimi, ki so v zadnjem letu uporabljali kanabis, ga je skoraj tretjina uporabljala enkrat ali dvakrat, skoraj petina tri- do petkrat, 15% šest- do devetkrat, dobra desetina deset- do devetnajstkrat, 8% dvajset- do devetintridesetkrat in 17% štiridesetkrat ali bolj pogosto.

V primerjavi s povprečjem HBSC so se slovenski anketiranci po uporabi kanabisa v preteklem letu pred anketo uvrstili tako kot pri vseživljenjski uporabi na enajsto mesto (slika 12.8).

16.4 Razpravljanje

16.4a Tobak

Razširjenost prve uporabe tobaka narašča s starostjo anketiranih – med 11-letniki jih je že kadilo tobak 14%, med 13-letniki 38%, med 15-letniki pa skoraj dve tretjini.

Do starosti 15 let in pol poskusita kaditi tobak skoraj dve tretjini starostne skupine. V tej starosti kadi tedensko 30% starostne skupine, vsak dan pa skoraj četrtnina vsolanih mladostnikov. V starosti 15 let in pol med spoloma ni več statistično značilnih razlik glede razširjenosti kajenja tobaka, so pa glede povprečne starosti ob začetku kajenja – fantje začnejo kaditi prej kot dekleta.

Podatki so primerljivi s tistim, ki smo jih leta 2003 ugotovili v študiji ESPAD (11) in kažejo, da se je strmo naraščanje kajenja med 15-letniki stabiliziralo po letu 2000 na dveh tretjinah iniciacij. Ugotovitev, da pri 15-letnikih ni statistične povezave med pogostostjo kajenja in spolom, se sklada z ugotovitvami raziskav ESPAD (8, 10, 11). Ugotovitev, da s starostjo narašča odstotek mladih, ki poskusijo kaditi, se ujema z ugotovitvijo raziskave Dejavniki tveganja pri srednješolcih (9).

Nedvomno podatki odslikavajo tudi meje, ki smo jih v državi začrtali z zakonodajo. Dokler je nakup cigaret prepovedan (starost 11 in 13 let), je razširjenost pod povprečjem HBSC, v starosti 15 let in pol pa se odstotki mladih, ki uporabljajo tobak, dvignejo močno nad povprečje HBSC.

Prizadevanja za spodbujanje nekajenja je nujno širiti v vse slovenske šole. Mladim, ki že kadijo, je treba ponuditi podporne programe pri opuščanju kajenja.

16.4b Alkohol

Rezultati kažejo značilne razlike med fanti in dekleti tako glede pogostosti pitja alkoholnih pijač, pogostosti pitja posameznih vrst alkoholnih pijač kot tudi pogostosti opijanja in starosti, pri kateri so prvič pili alkoholne pijače oziroma bili opiti. Podobne razlike med spoloma smo ugotovili tudi v dosedanjih raziskavah (8, 9, 10, 11).

Pivo in vino sta pijači, ki ju je v času ankete pila več kot tretjina anketiranih, žgane pijače pa je pila nekaj več kot četrtnina anketiranih. Med fanti in dekleti so statistično značilne razlike

glede pogostosti pitja različnih alkoholnih pijač. Če gledamo podatke o pitju različnih vrst alkoholnih pijač vsak teden ali bolj pogosto, vidimo, da so fantje najbolj pogosto segali po pivu, dekleta pa po vinu.

S starostjo se razširjenost pitja alkoholnih pijač med mladostniki in mladostnicami veča. V primerjavi z drugimi državami so se slovenski 11- in 15-letniki po razširjenosti pitja uvrstili v zgornjo tretjino držav. Ugotovitev se ujema z ugotovitvami dosedanjih raziskav (7, 9).

Primerjava povprečnih starosti ob prvem pitju in prvi pijanosti kaže, da slovenski mladostniki začnejo piti in se opijati nekoliko kasneje, kot je povprečje za njihove vrstnike po Evropi.

S HBSC pridobljeni podatki se ujemajo z ugotovitvami dosedanjih raziskav in kažejo na razširjenost pitja alkoholnih pijač med slovensko mladino, ki s časom prerašča v patologijo slovenskega alkoholizma.

Ukrepanje v smislu programov promocije zdravja, ki imajo ustrezno podlago v javni politiki, bi bilo več kot nujno in potrebno.

16.4c Kanabis

V skupini všolanih petnajstletnikov, ki smo jih analizirali v pričujoči raziskavi, so se iniciacije uporabe kanabisa leta 2002 povzpele na 28,3%. Leta 1999 smo v raziskavi ESPAD zabeležili v enaki starostni skupini 25% iniciacij. Do najbolj dramatičnega porasta v uporabi marihuane je prišlo v obdobju 1995 – 1999, ko so iniciacije narasle s 13% na 25% (10).

Kot kaže, se med slovenskimi mladostniki nadaljuje trend večanja iniciacij uporabe marihuane pa tudi redne uporabe marihuane (»40-krat in več«).

Zanimivo je, da – v nasprotju z ugotovitvami v drugih državah in drugih raziskavah – nismo ugotovili statistično značilnih razlik med spoloma niti pri vseživljenjski niti pri uporabi kanabisa v preteklem letu. V primerljivih raziskavah iz preteklih let (8,10, 11), v katerih je bila uporabljena enaka metodologija, tudi ni bilo statistično značilnih razlik med spoloma, razen leta 1999. Takrat se je nakazala značilna, a ne preveč močna ($C=0,09$) zveza: dekleta so bolj pogosto odgovarjala, da še nikoli niso uporabila kanabisa oziroma, da so ga uporabila 10- do 19-krat (10).

V primerjavi z razširjenostjo uporabe marihuane v ostalih državah HBSC se slovenski anketiranci uvrščajo na konec zgornje tretjine.

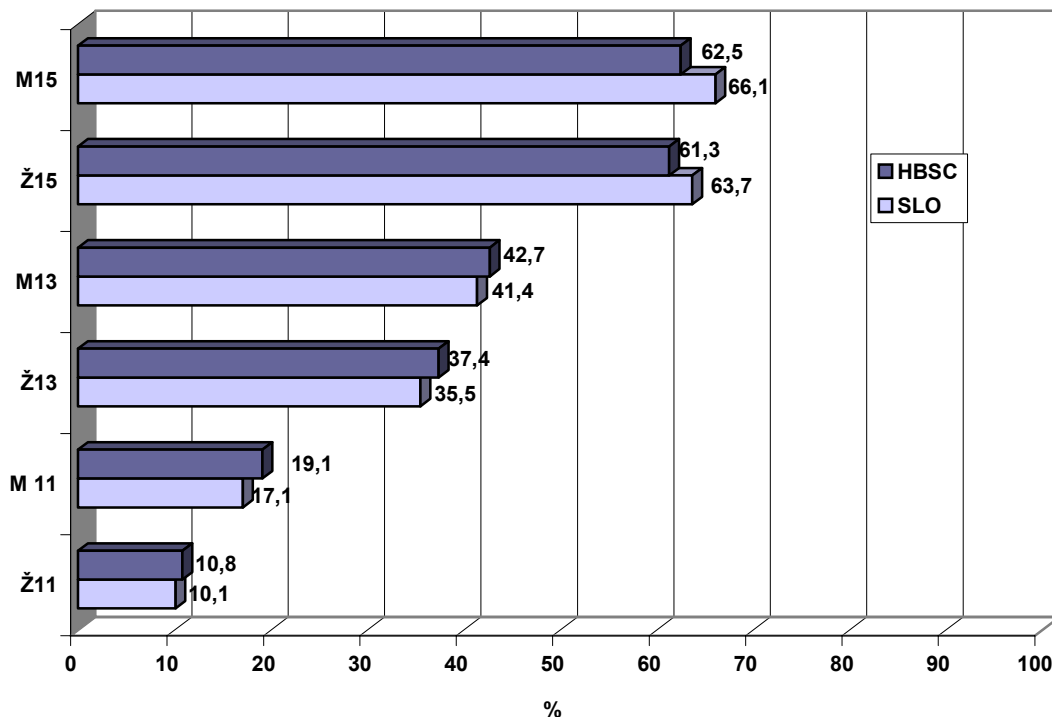
Glede na to, da je bila v državi sprejeta Resolucija o nacionalnem programu na področju drog, ki obsega tudi temeljito razdelan del o zmanjševanju povpraševanja po ilegalnih drogah, upamo, da se bo začela kmalu uresničevati – vsaj preventivni del.

16.5 Viri

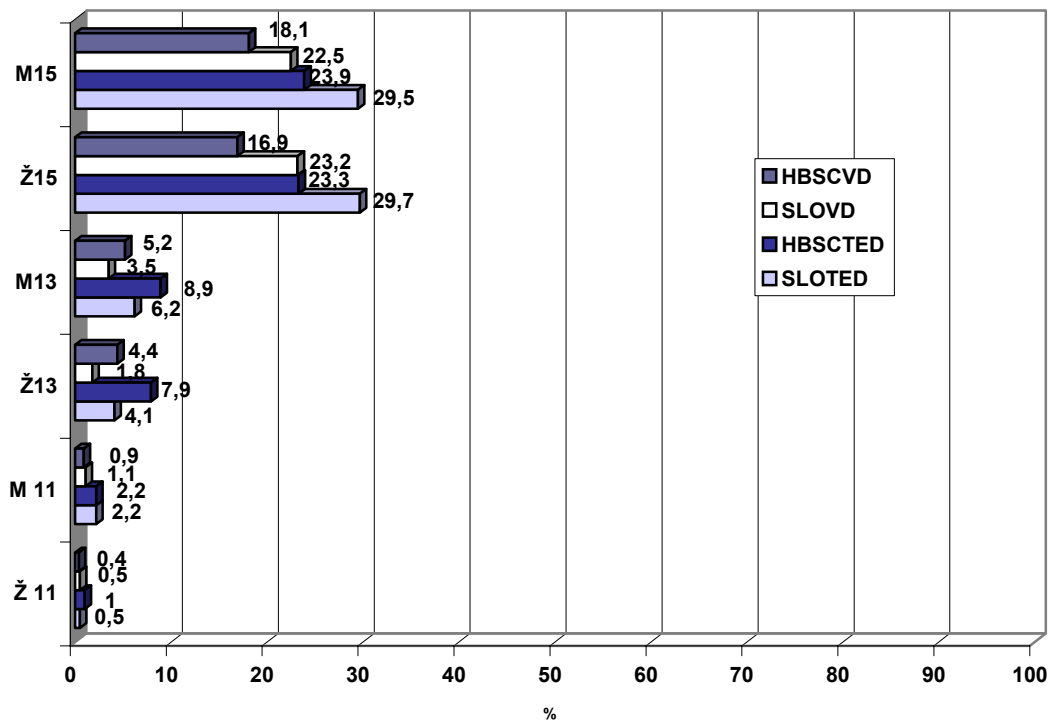
1. Di Clemente RJ et al. Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology. New York: Plenum Press, 1996.
2. Oetting ER et al. Primary socialisation theory : the aetiology of drug use and deviance. Substance use and misuse 1998; 33 (4): 995-1025.

3. Stergar E. Trendi v razširjenosti uporabe drog med vsolanimi mladostniki v Sloveniji 1995-1999. *Varstvoslovje* 2003; 5(3):183-91.
4. Health21: health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All*; Series No. 6. Copenhagen: World Health organization, Regional Office for Europe, 1999.
5. Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004 - 2009. http://www.dz-rs.si/si/aktualno/spremljanje_zakonodaje/sprejeti_akti/sprejeti_akti.html
6. Žmuc Tomori M. Nekatere značilnosti populacije toksikomanov v Sloveniji. Doktorska dizertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 1979.
7. Stergar E. Mladi in alkohol. Ljubljana: Univerzitetni zavod za zdravstveno in socialno varstvo, 1990.
8. Stergar E. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Poročilo ESPAD za Republiko Slovenijo 1995. *Zdrav Var* 1999; Supl, 38.
9. Tomori M, Stergar E, Pinter B, Rus - Makovec M, Stikovič S. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998.
10. Stergar E, Hafner A, Stanojevič Jerkovič O, Valič S. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Poročilo ESPAD 1999 za Republiko Slovenijo. *Zdrav Var* 2001; Supl, 40.
11. Stergar E. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Poročilo ESPAD 2003 za Republiko Slovenijo, v tisku.
12. Gosar A, Kuzman M, Perharič L, Petrič V, Pšenica J. Zloraba drog med študenti v Ljubljani. Delo po razpisu odbora za Prešernove nagrade študentom. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 1983.
13. Tomori M. Mladostnik in droga - tvegano iskanje. In: Namesto koga roža cveti. O problemih uničevalnosti in samouničevalnosti na Slovenskem. Ljubljana: Meridiana d.o.o., 1995.
14. <http://www.who.int/tobacco/en/>
15. Zureik M, Ducimetière P. High alcohol related premature mortality in France: concordant estimates from a prospective cohort study and national mortality statistics. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20.3 : 428-433.
16. De Wit et al. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 745-750.
17. Poikolainen K et al. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism* 2001; 36(1): 85-88.
18. Duncan SC et al. Adolescent alcohol use development and young adult outcomes. *Drug Alcohol Depend* 1997; 49 (1): 39-48.
19. Hibell B, Andersson B, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Stergar E: The 1999 ESPAD report. *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN. Council of Europe, 2000; 383.
20. Lovrečič M, Kostnapfel Rihtar T, eds. Report to the EMCDDA by the RETOX National Focal Point, the Republic of Slovenia, Drug situation 2001. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, November 2002.
21. Van Os J et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American journal of epidemiology* 2002; 156: 319-327.
22. Arseneault L et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British medical journal* 2002; 325: 1199-1201.
23. Zammit S et al. Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *British medical journal* 2002; 325: 199-201.
24. Fergusson DM et al. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological medicine* 2003; 33: 15-21.
25. Patton GC et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *British medical journal* 2002; 325: 1195-1198.

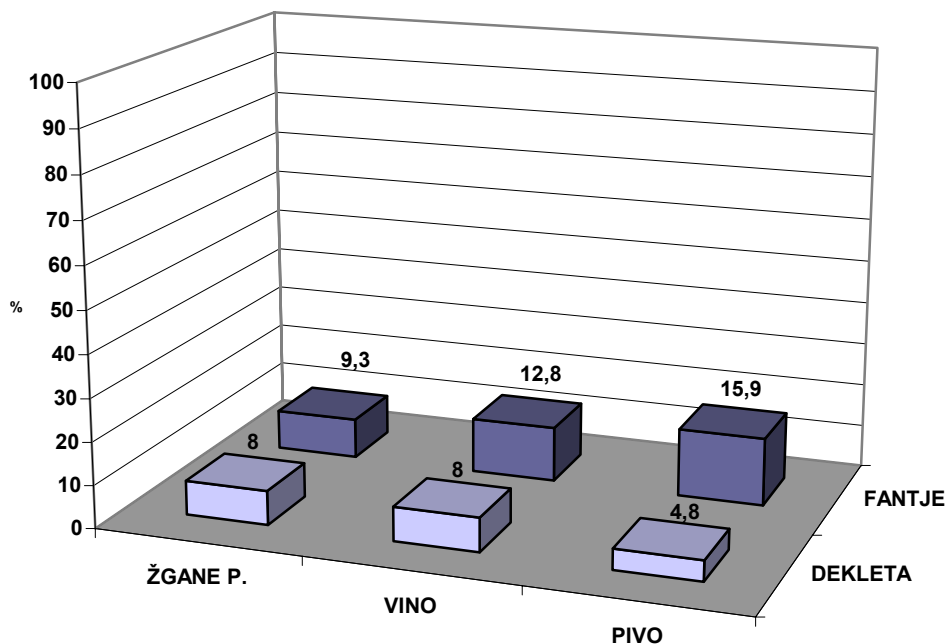
Slika 12.1 Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so že kadili, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



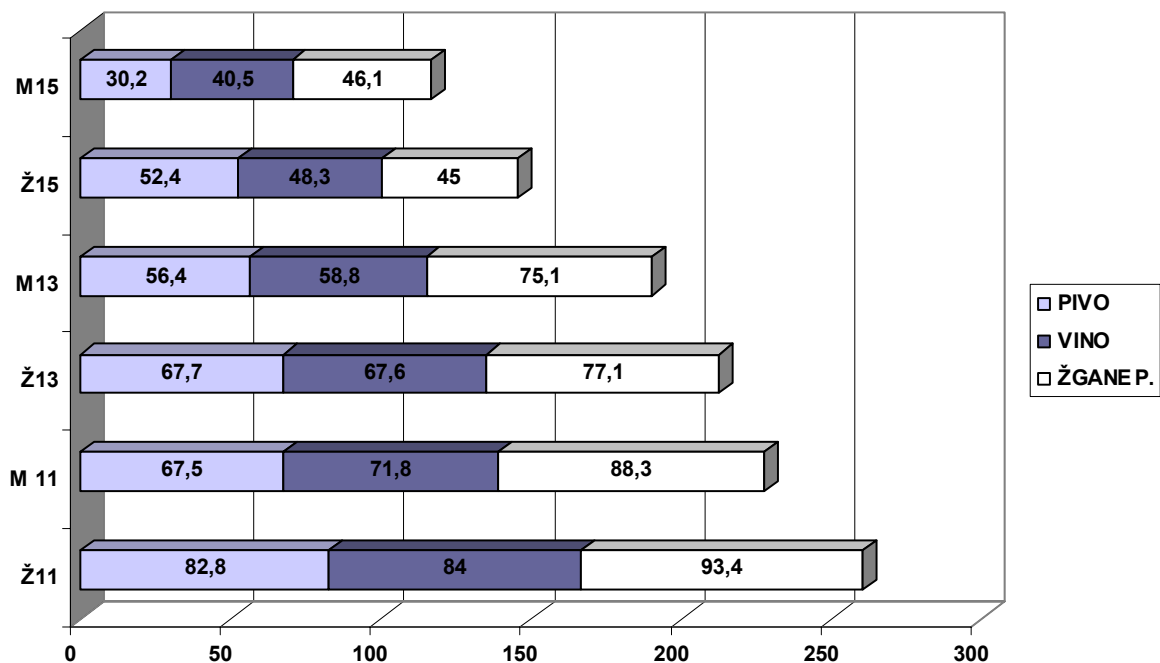
Slika 12.2 Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da kadijo vsak dan oziroma vsak teden, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC



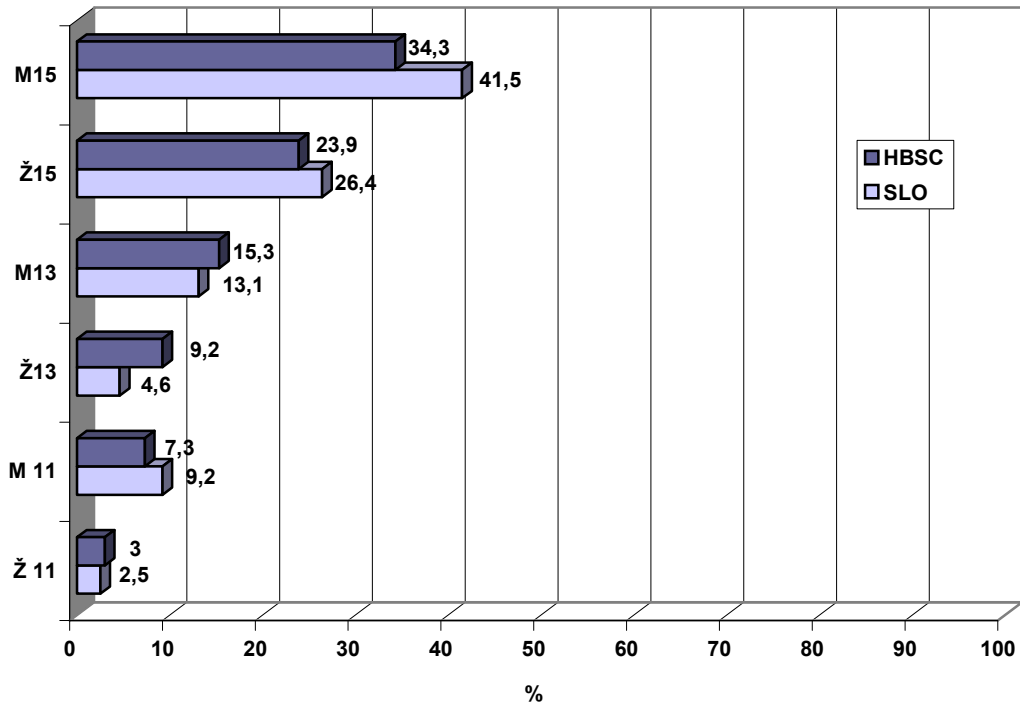
Slika 12.3 Odstotki anketiranih, ki so pili različne alkoholne pijače vsak mesec ali bolj pogosto, Slovenija



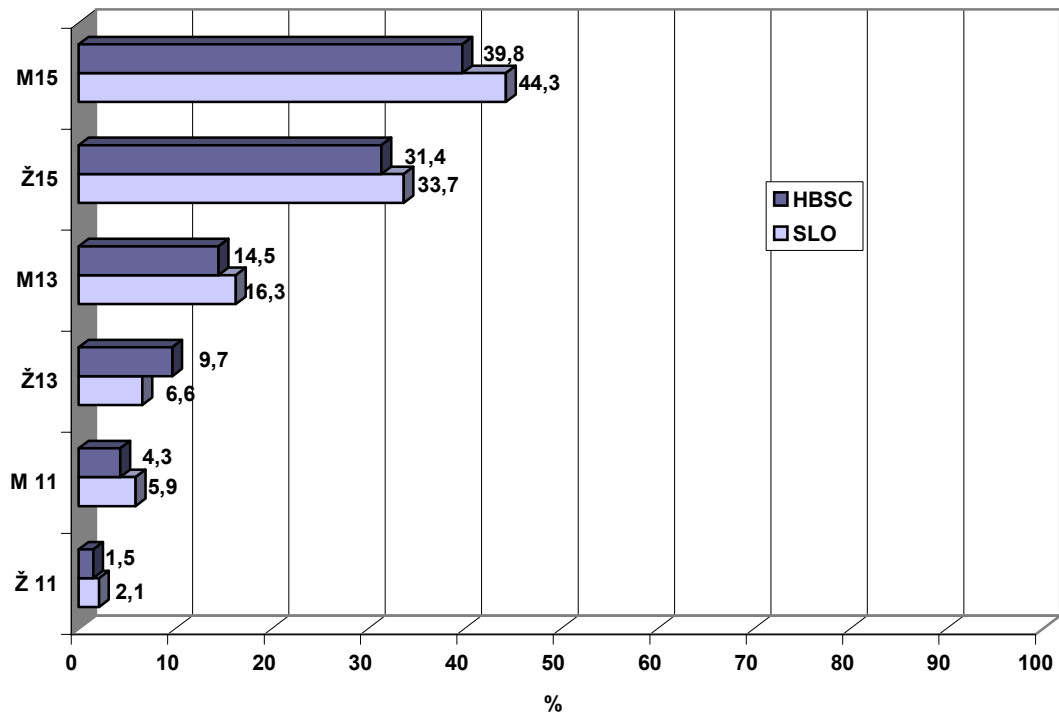
Slika 12.4 Odstotki anketiranih, ki so odgovorili, da nikoli ne pijejo piva, vina oziroma žganih pijač, po starosti, Slovenija



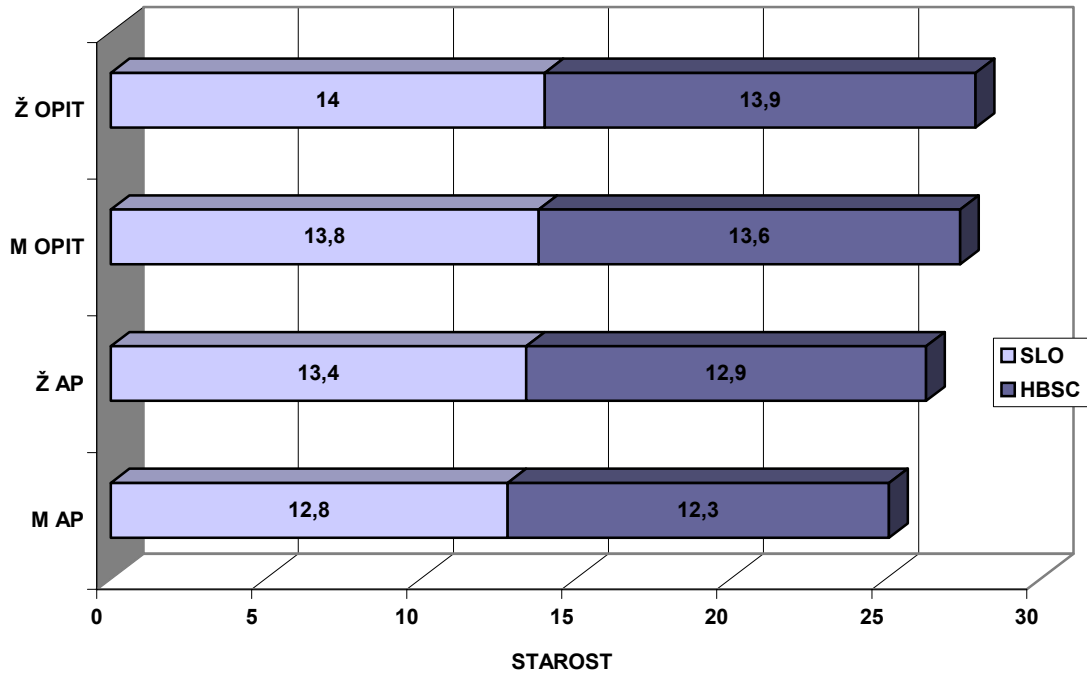
Slika 12.5 Pitje katerekoli alkoholne pijače vsak teden ali bolj pogosto, Slovenija in povprečje HBSC



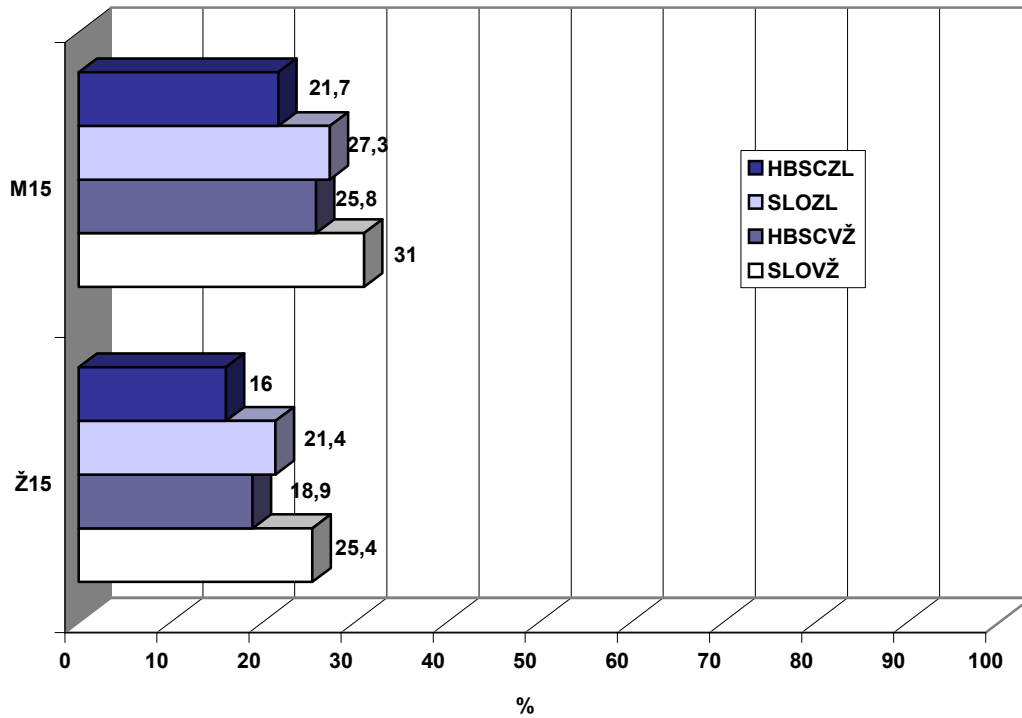
Slika 12.6 Opijanjanje dvakrat ali bolj pogosto v življenju; Slovenija in povprečje HBSC



Slika 12.7 Povprečne starosti pri prvem pitju alkoholnih pijač in pri prvi opitosti, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Slika 12.8 Uporaba kanabisa v vsem življenju in zadnjem letu, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC



17. ZDRAVJE MLADIH

Eva Stergar, Nina Scagnetti, Vesna Pucelj

17.1 Uvod

V tem poglavju bomo orisali subjektivno doživljanje zdravja po starosti in spolu. Definicija zdravja Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) vključuje telesno, duševno in socialno blaginjo kot glavne komponente zdravja.

V raziskavi izhajamo iz biopsihosocialnega modela zdravja (1) in predpostavljamo, da je zdravje zelo pomemben vir produktivnega življenja (2, 3). Model upošteva procese na mikro in na makro ravni ter njihovo medsebojno delovanje, kar ima za posledico različne stopnje zdravja ali bolezni. Na zdravje in bolezen vpliva mnogo dejavnikov. Telesa, duševnosti in življenjskega okolja ne moremo obravnavati izključujoče, saj v interakciji zelo jasno vplivajo na posameznikovo zdravje. Model poudarja tako zdravje kot bolezen in ne opredeljuje bolezni kot odklon od nekega sta(bi)lnega stanja. Zdravje posamezniku ni dano in določeno zgolj z geni, ampak lahko nanj vpliva z lastno dejavnostjo na osnovi upoštevanja bioloških, psiholoških in družbenih potreb. Na zdravje vplivata tudi mikro in makro okolje, v katerem posameznik živi. (1)

Adolescenca je obdobje več sočasnih in pospešenih sprememb na področju telesnega razvoja, spoznavnih sposobnosti, psihološkega dozorevanja in socialnih spretnosti. Razvojne naloge, katerih izpolnitev naj bi zagotavljala odraslost in »zrelost« osebniosti, so kompleksne, težavne in zahtevne. (4) Je obdobje življenja, v katerem se razvijajo in osvojijo ključne življenjske sposobnosti in vedenja – tudi vedenje povezano z zdravjem. Od poteka adolescence in rezultatov odraščanja je odvisna tudi nadaljnja življenjska pot. Slabo zdravje v adolescenci ima lahko dolgoročne negativne učinke.

Vedenje, ki ogroža, vzdržuje bodisi krepki zdravje, je v otroštvu oziroma adolescenci povezano s kratkoročnimi zdravstvenimi izidi in napoveduje obolevnost in uporabo zdravstvenih storitev. Zdravje ogrožajoče obnašanje v adolescenci lahko posredno vpliva na šolanje in psihosocialni razvoj. Vzorci obnašanja, ki se oblikujejo zgodaj v življenju, se pogosto obdržijo tudi v adolescenci in obdobju odraslosti.

Obolevnost in smrtnost, ki sta osnovna kazalca zdravja, lahko za obdobje adolescence podata le omejene informacije, saj sta v tem življenjskem obdobju navadno zelo nizki. Zato v okviru raziskave HBSC ocenjujemo zdravje mladih na podlagi treh subjektivnih kazalcev, ki izhajajo iz zaznav in poročanja mladih o zdravju. Za tak pristop je več razlogov:

- če zagovarjamo načelo opolnomočanja mladih, potem mora študija, ki prikazuje njihovo zdravje, upoštevati njihovo doživljanje in opis duševnega in čustvenega počutja. (5)
- za razliko od standardnih kazalcev bolezni temelji koncept na prikazovanju zdravja celotne populacije mladih in ne zgolj kliničnih podskupin.
- subjektivno doživljanje ima objektivne vedenjske posledice.

Raziskava na reprezentativnem vzorcu več kot 4.000 slovenskih srednješolcev je ugotavljala odnos mladih do zdravja in njihovo vedenje, povezano z zdravjem. Rezultati kažejo, da je več kot tri četrtine (79,3%) celotnega vzorca srednješolcev ocenilo, da so tako zdravi kot večina vrstnikov. 13,4% je menilo, da so bolj zdravi kot večina vrstnikov in 7,3%, da so manj zdravi. Dekleta so se pogosteje kot fantje ocenile kot manj ali enako zdravi od večine vrstnikov oziroma vrstnic. Dijaki in dijakinje 3-letnih poklicnih šol so se pogosteje ocenili kot manj zdravi od vrstnikov.

Fantje so pogosteje kot dekleta ocenili svoj življenjski slog kot zelo zdrav. Razlike v ocenah življenjskega načina med anketiranci/anketirankami z različnih vrst srednjih šol so bile statistično značilne. Odstotek tistih, ki ocenjujejo svoj način življenja kot »zelo zdrav«, se je od 1. do 4. letnika skoraj prepolovil (s 13,7% na 7%), kar je veljalo predvsem za fante.

Anketiranci/anketiranke, ki so se ocenili kot bolj zdrave od večine vrstnikov, so svoj način življenja pogosteje ocenili kot zdrav ali zelo zdrav.

Anketiranci/anketiranke so menili, da je za ohranjanje zdravja zelo pomembno izogibanje uživanju drog, izogibanje kajenju, varna spolnost, redno spanje, zdrava prehrana in redna rekreacija. Najmanj jih je pripisalo veliko pomembnost za ohranjanje zdravja rednim obiskom pri zdravniku in izogibanju bolnikom in bolnišnicam. Dekleta so se pogosteje zavedala pomembnosti različnih obnašanj za ohranjanje zdravja kot fantje. Z letnikom šolanja se je manjšal odstotek dijakov, ki pripisujejo določenemu obnašanju pomembnost za ohranjanje zdravja. Dijaki različnih vrst šol so se razlikovali v oceni pomembnosti različnih obnašanj za ohranjanje zdravja. (6)

17.2 Metode

Zdravje smo merili s tremi kazalci: zaznava lastnega zdravja, subjektivno zaznane težave z zdravjem in zadovoljstvo z življenjem.

Zaznava lastnega zdravja

Ključni kazalec zdravja je subjektivna izkušnja z zdravjem. Navadno se jo izmeri tako, da anketiranci/anketiranke enostavno odgovarjajo na vprašanje, kako ocenjujejo svoje zdravje. Ocene zdravja predstavljajo zelo dragoceno informacijo. Študije odrasle populacije jasno kažejo, da navidez subjektivne ocene zdravja napovedujejo ali celo sovpadajo z objektivnim zdravstvenim stanjem. (7)

Anketiranim smo zastavili vprašanje:

Kakšno se ti zdi tvoje zdravje?

Možni odgovori so bili: odlično, dobro, še kar dobro, slabo.

V analizi je treba posebno pozornost nameniti mladim, ki so odgovorili, da je njihovo zdravje »še kar« ali »slabo«, saj je ta skupina lahko posebno ogrožena, kajti večina mladih ocenjuje svoje zdravje kot odlično oz. dobro.

Subjektivno zaznane težave z zdravjem

Z izrazom »subjektivno zaznane težave z zdravjem« označujemo skupino somatskih in psihičnih simptomov. S tem ko ugotovljamo posameznikovo izkušnjo in poročanje o zaznani težavi, se izognemo razglabljanju, kakšne vrste je primarni vzrok (biološki ali psihični). Subjektivno zaznane težave z zdravjem se navadno povezujejo v klastre. (8) Na subjektivno zaznane težave z zdravjem lahko gledamo kot na sindrom, v okviru katerega posameznik redno doživlja sočasno dve težavi ali več z zdravjem – od običajnega glavobola, ki ga kdaj pa kdaj doživlja večina mladih, do kliničnih pojavov somatskih ali čustvenih simptomov, ki negativno vplivajo na vsakdanje delovanje. Ti negativni vplivi so povezani s slabšimi akademskimi dosežki (9), pogostejšim obiskovanjem primarnega zdravstvenega varstva (10) in povečano uporabo zdravil (11).

Za merjenje subjektivno zaznanih težav z zdravjem smo uporabili standardni seznam enajstih simptomov:

Kako pogosto v zadnjih 6 mesecih si imel/a: glavobol, bolečine v želodcu, bolečine v hrbtu, si se počutil/a na tleh, si bil/a razdražljiv/a ali slabe volje, si bil/a nervozen/nervozna, nisi mogel/mogla zaspati, si bil/a omotičen/omotična, si imel/a bolečine v vratu in ramenih, te je bilo strah, si bil/a utrujen/a in izčrpan/a.

Možni odgovori so bili: približno vsak dan, več kot enkrat na teden, približno vsak teden, približno vsak mesec, redko ali nikoli.

V analizi je treba posebno pozornost nameniti mladim, ki poročajo o več zaznanih težavah z zdravjem večkrat na teden ali vsak dan v zadnjih 6 mesecih. Več pogostejših subjektivno zaznanih težav z zdravjem je hujše breme pri vsakdanjem delovanju kot posamezen simptom.

Zadovoljstvo z življenjem

Merjenje zadovoljstva z življenjem je izpeljano iz tehnike, ki jo poznamo kot Cantrilova lestev (12). Lestev ima 10 stopnic: vrh lestve je najboljše možno življenje, dno pa najslabše možno življenje. Vprašanje, na katerega so odgovarjali anketiranci/anketiranke, se je glasilo:

Tu je narisana lestev.

Na vrhu lestve '10' označuje najboljše možno življenje zate, na dnu pa '0' najslabše možno življenje zate. Na splošno – kje na lestvi se nahajaš trenutno? Označi okence ob številki, ki najboljše opisuje, kje se trenutno nahajaš.

Oceno 6 in več upoštevamo kot pozitivno raven zadovoljstva z življenjem.

17.3 Rezultati

Zaznava lastnega zdravja

84% deklet in 90% fantov zaznava svoje zdravje kot dobro oziroma odlično: dobra tretjina deklet in dobra polovica fantov je menila, da je njihovo zdravje odlično; z oceno »dobro« ga je ocenilo nekaj manj kot polovica deklet in dobra tretjina fantov. Svoje zdravje zaznava kot še kar dobro oziroma slabo 16% deklet in 9% fantov (mnogo več ocen »še kar dobro« kot »slabo«) (Slika 13.1).

Razlike po spolu v subjektivni zaznavi zdravja so statistično značilne ($\chi^2= 121,683$; $p<0,=0001$; $C=0,17$): fantje značilno pogosteje ocenjujejo svoje zdravje kot odlično, kar velja za vse tri starostne skupine.

Zaznava lastnega zdravja je statistično značilno povezana s starostjo ($\chi^2= 123,827$; $p<0,=0001$; $C=0,17$): 11-letniki statistično značilno pogosteje ocenjujejo svoje zdravje kot odlično, 13-letniki kot dobro, 15-letniki pa pogosteje kot dobro, še kar oziroma slabo, kar velja tako za fante kot dekleta.

Po odstotku slabih ocen zdravja so se slovenski anketiranci/anketiranke vseh treh starostnih skupin uvrstili pod povprečje držav HBSC (slika 13.2) oziroma v spodnji del ranga držav oziroma regij (od največjih odstotkov odgovorov še kar oziroma slabo proti najmanjšim odstotkom): 11-letniki na 25. mesto, 13-letniki na 27. mesto in 15-letniki na 27. mesto.

Subjektivno zaznane težave z zdravjem

Več kot tretjina anketiranih je odgovorila, da so bili v zadnjih šestih mesecih več kot enkrat na teden utrujeni in izčrpani. Petina jih je bila tako pogosto nervoznih, prav toliko razdražljivih. 16% več kot enkrat na teden ni moglo zaspati. Po desetina jih je izkusila strah, glavobol, počutili so se na tleh in imeli bolečine v vratu. 8% so pogosto pestile bolečine v hrbtu, 7% bolečine v želodcu, 5% pa jih je bilo več kot enkrat na teden omotičnih (slika 13.3).

Pri večini subjektivno zaznanih težav z zdravjem se je pokazala statistično značilna povezava s spolom anketiranih. Povezave nismo ugotovili pri pogostosti bolečin v vratu in ramenih; šibka zveza se je pokazala pri bolečinah v hrbtu in utrujenosti oziroma izčrpanosti.

Anketiranke so značilno pogosteje odgovarjale, da so psihosomatske simptome doživljale zelo pogosto, anketiranci pa, da so jih doživljali redko ali nikoli. Povezava s spolom je bila najbolj izrazita pri občutjih strahu ($\chi^2= 257,541$; $p<0,=0001$; $C=0,25$) in bolečinah v želodcu ($\chi^2= 168,707$; $p<0,=0001$; $C=0,20$).

Analiza pogostosti psihosomatskih simptomov glede na starost anketiranih je pokazala, da se prisotnost nekaterih simptomov s starostjo veča (kot na primer potlačenost, bolečine v hrbtu, utrujenost in izčrpanost), drugih pa manjša (kot na primer razdražljivost, nervoznost, bolečine v želodcu).

O dveh ali več subjektivno zaznanih težavah več kot enkrat na teden v preteklih šestih mesecih je poročalo 26,2% 11-letnic in 17,4% 11-letnikov; 29,7% 13-letnic in 20,1% 13-letnikov ter 36% 15-letnic in 17,6% 15-letnikov (slika 13.4). Dekleta so bolj pogosto poročala o dveh ali več psihosomatskih simptomih več kot enkrat na teden kot fantje. S starostjo se je večal odstotek deklet, ki so tožile o težavah (s 26% med 11-letnicami na 36% pri 15-letnicah), medtem ko se v skupini fantov s starostjo statistično značilno ni spreminjal.

O psihosomatskih simptomih, kot so npr. glavobol, bolečine v želodcu oziroma hrbtu, razdražljivost ali slaba volja, nervoznost, občutek strahu ... je poročal manjši odstotek slovenskih anketirancev kot v večini držav HBSC. Približno četrtnina slovenskih šolarjev v starosti 11, 13 in 15 let je občutila dva ali več psihosomatskih simptomov več kot enkrat na teden. V Italiji, ki sodi med 35 državami med tiste, ki vodijo po odstotku anketirancev s psihosomatskimi simptomi, je o dveh ali več psihosomatskih simptomih poročala skoraj polovica 11-, 13- in 15-letnikov.

Zadovoljstvo z življenjem

Ocene 6 ali več na Cantrillovi lestvi smatramo za izraz zadovoljstva z življenjem. Le-tega je izrazilo 86% celotnega vzorca, anketiranke statistično značilno redkeje kot anketiranci ($\chi^2= 36,76$; $p<0,=0001$; $C=0,10$). Razlik med dečki in deklicami glede zadovoljstva z življenjem v skupini najmlajših nismo ugotovili, v skupini 13- in 15-letnikov pa so bile statistično značilne ($\chi^2= 13,67$; $p<0,=0001$; $C=0,10$; $\chi^2= 31,89$; $p<0,=0001$; $C=0,20$).

Odstotek nezadovoljnih z življenjem se je značilno večal s starostjo anketiranih ($\chi^2= 38,99$; $p<0,=0001$; $C=0,10$), predvsem med anketirankami. (slika 13.5)

Primerjava odstotkov anketiranih, ki so zadovoljni z življenjem, v Sloveniji s povprečjem držav HBSC kaže, da so slovenski enajstletniki in enajstletnice med bolj zadovoljnimi - na desetem mestu med 35 državami. Trinajst- in petnajstletni anketirani pa so se uvrstili na sredino rang lestvice glede na odstotke anketiranih, ki so izrazili zadovoljstvo z življenjem.

17.4 Razpravljanje

Gledano v celoti, sta zdravje in blaginja, ki smo ju izmerili s tremi kazalci lastnega zdravja in blaginje, za anketirane značilni. 87% (90% anketirancev in 84% anketirank) ocenjuje svoje zdravje dobro. Z življenjem je zadovoljnih 86% anketiranih (89% fantov in 83% deklet). Korelacija med oceno zdravja in zadovoljstva z življenjem znaša 0,383 in je statistično značilna na ravni 0,01: bolj zdravi anketiranci so bolj zadovoljni s svojim življenjem; anketiranci, ki so bolj zadovoljni z življenjem, se ocenjujejo kot zdrave. O pogostih psihosomatskih težavah je poročala približno četrtnina anketiranih. Ocena zdravja in zadovoljstva z življenjem negativno korelira s pogostostjo vseh psihosomatskih simptomov (vse korelacije so značilne na ravni 0,01). Bolj zdravi anketiranci/anketiranke dosegajo boljše akademske dosežke (korelacija je značilna na ravni 0,01).

Pri večini kazalcev subjektivne zaznave zdravja so se mladostnice izkazale kot bolj kritične oziroma kot tiste, ki se subjektivno zaznavajo za manj zdrave v primerjavi s fanti. Ocene zdravja so povezane tudi s starostjo.

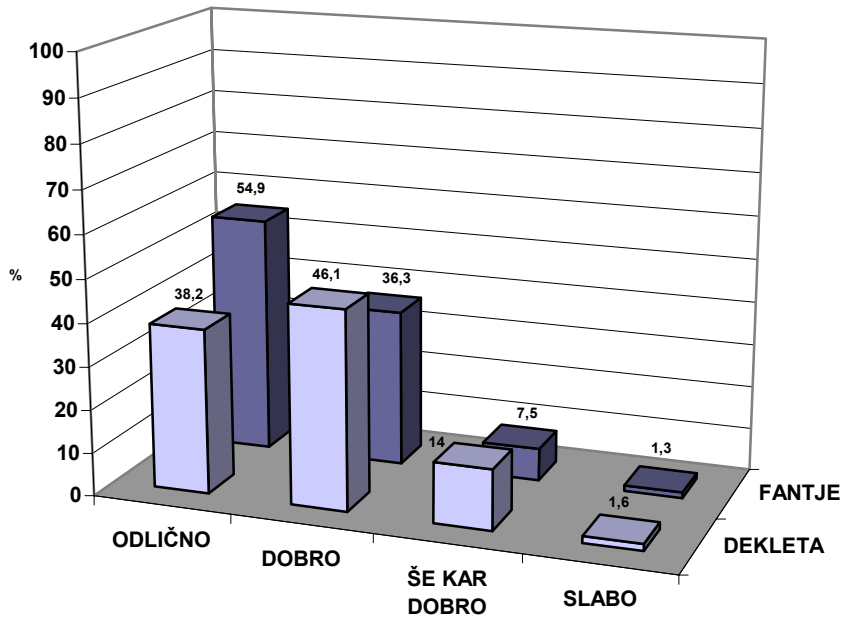
Rezultati uvrščajo slovenske anketirane v družini držav HBSC med bolj zdrave, bolj zadovoljne z življenjem in tiste, ki redkeje občutijo psihosomatske simptome. Vendar pa ne gre prezreti dejstva, da nam je določen odstotek mladih sporočil, da ne zaznava blaginje, ki naj bi prevladovala v tem razvojnem obdobju – značilno več anketirank kot anketirancev. Pomembna manjšina poroča, da je njihovo zdravje še kar dobro ali slabo in ima izkušnje s številnimi ponavljajočimi se zdravstvenimi težavami. Ti negativni kazalci zaznanega zdravja so se bolj pogosto pojavljali med starejšimi šolarji, dekleta pa so pogosteje kot fantje poročala o slabem zdravju ali subjektivnih težavah z zdravjem. Še posebej ranljiva so petnajstletna dekleta, saj kar ena od petih petnajstletnic poroča, da je njeno zdravje slabo ali še kar dobro, kar 36% dijakinj te starosti pa ima psihosomatske težave več kot enkrat tedensko.

Pričujoča raziskava kaže enake vzorce razlik med spoloma in po starosti, kot je bila ugotovljena v raziskavi na polovici devetdesetih let. (6)

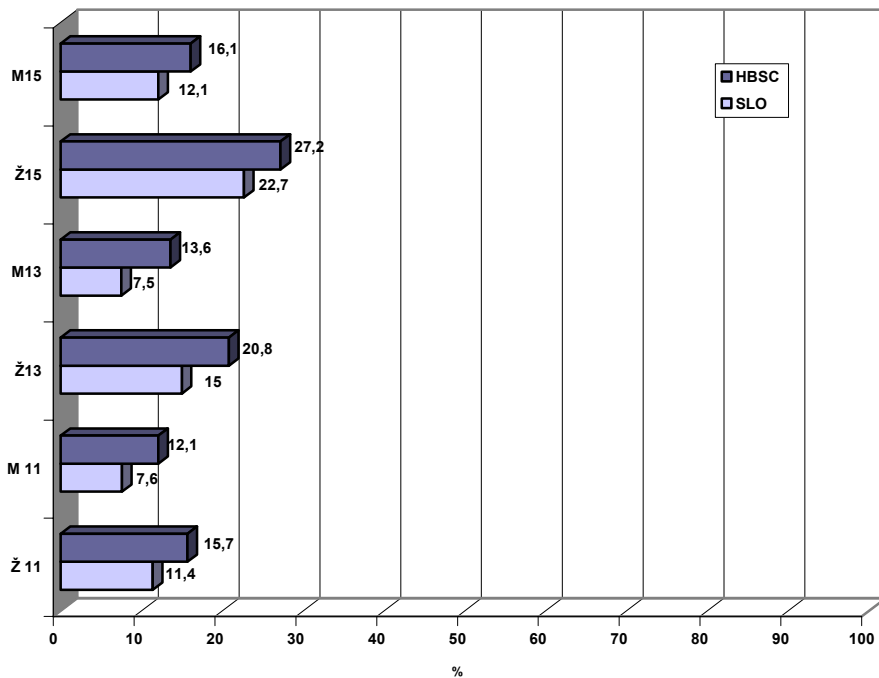
17.5 Viri

1. Taylor SE. Health Psychology. New York: McGraw – Hill, Inc.: 1991.
2. Conrad G, Schmidt W, editors. Health Promotion Glossary. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990.
3. Anon. Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. The move towards a new public health. Ottawa, November 17-21, 1986.
4. Tomori M. Tvegano vedenje v adolescenci. V: . V: Tomori M, Stikovič S, eds. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998: 5-8.
5. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century. 1 ed. New York: Oxford Univerisity Press, 1993.
6. Stergar E. Odnos srednješolcev do zdravja in bolezni ter izbrani vidiki obnašanja v zvezi z zdravjem: preživljanje prostega časa, telesna dejavnost in gledanje televizije. V: Tomori M, Stikovič S, eds. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998: 51 – 71.
7. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behaviour 1997; 38(1): 21-37.
8. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence - A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. European Journal of Public Health 2001; 11(1): 4-10.
9. Krilov LR, Fisher M, Friedman SB, Reitman D, Mandel FS. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. Pediatrics 1998; 102(2): 360-366.
10. Belmaker E. Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. International journal of adolescent medicine and health 1985; 1(1,2): 1985.
11. Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. Annals of Pharmacotherapy 2003; 37(3): 361-366.
12. Cantril H. The Pattern of Human Concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1965.

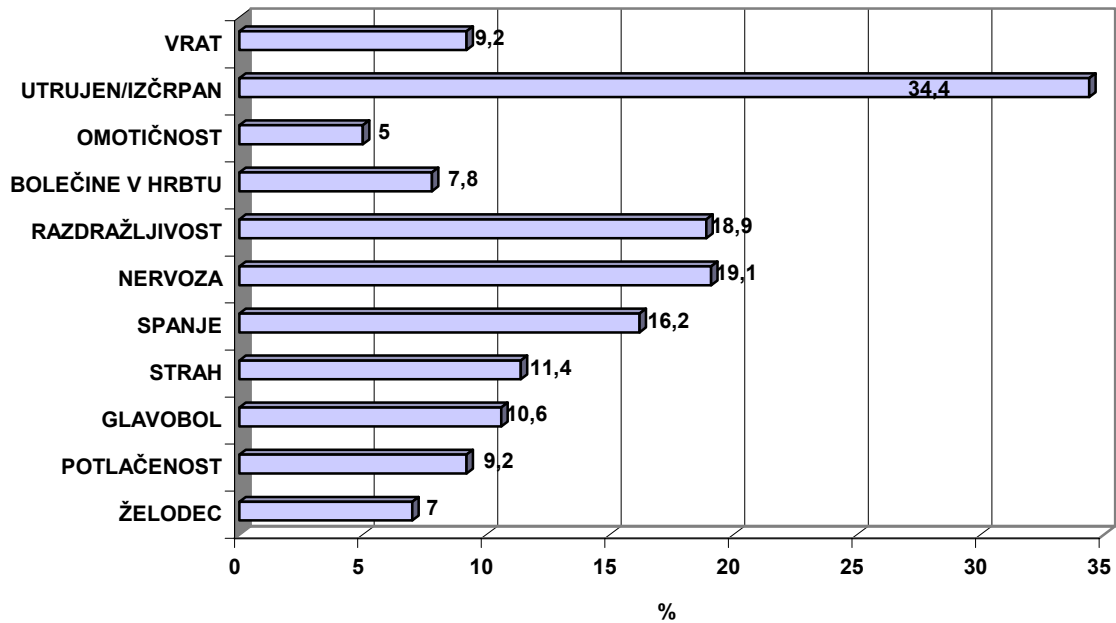
Slika 13.1 Subjektivna zaznava zdravja po spolu



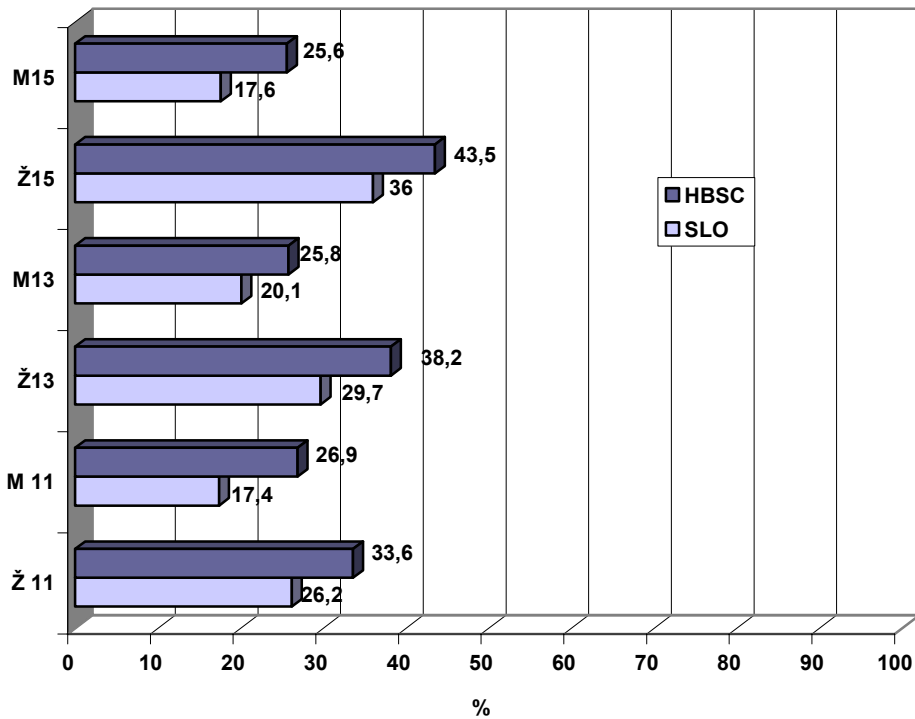
Slika 13.2 Odstotki mladih, ki menijo, da je njihovo zdravje slabo oziroma še kar, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



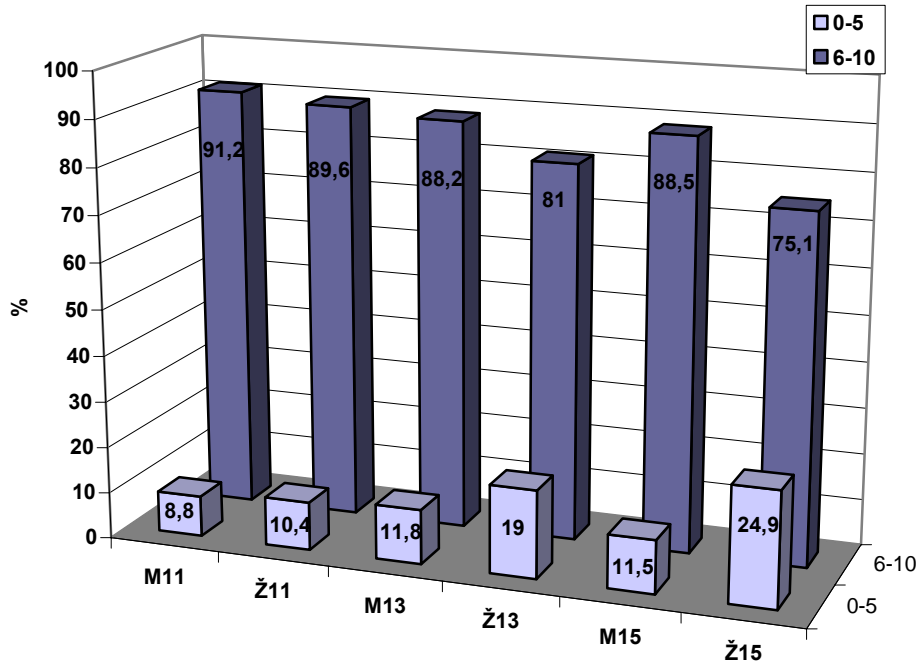
Slika 13.3 Odstotki anketiranih, ki so odgovorili, da so posamezen psihosomatski simptom doživljali več kot enkrat na teden



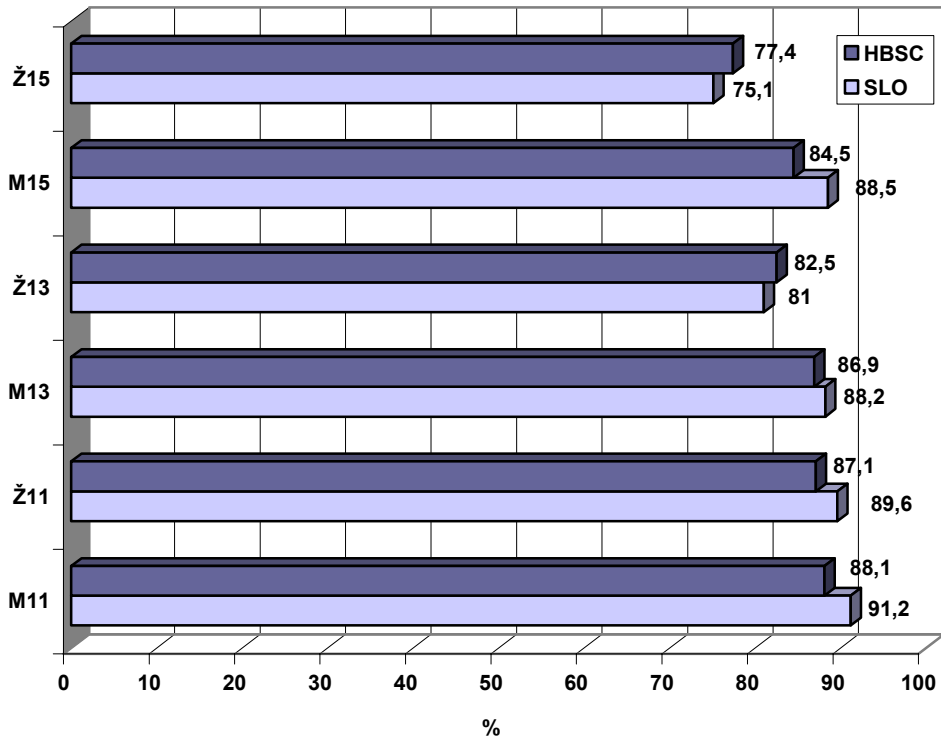
Slika 13.4 Odstotki anketiranih, ki so imeli dva ali več psihosomatskih simptomov bolj pogosto kot enkrat na teden, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje držav HBSC



Slika 13.5 Odstotki odgovorov o zadovoljstvu z življenjem, po starosti in spolu



Slika 13.6 Odstotki zadovoljnih z življenjem po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC



Seznam tabel in slik:

Tabela 1	<i>Podatki o ciljni populaciji v š.l. 2001/02</i>
Tabela 2	<i>V vzorec izbrani razredi v š.l. 2001/02</i>
Tabela 3	<i>Odziv ba anketiranja</i>
Tabela 4	<i>Struktura baze podatkov po starosti in spolu</i>
Tabela 5	<i>Končna struktura baze podatkov po starosti in spolu</i>
Tabela 6	<i>Pregled obveznega dela vprašalnika za raziskavo HBSC 2001/02</i>
Slika 1.1	<i>Odstotki anketiranih, ki živijo v različnih oblikah družin, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 1.2	<i>Odstotek anketiranih, ki se z materjo lahko ali zelo lahko pogovarjajo o stvareh, ki jih resnično zanimajo, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 1.3	<i>Odstotek anketiranih, ki se z očetom lahko ali zelo lahko pogovarjajo o stvareh, ki jih resnično zanimajo, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 2.1	<i>Odstotki odgovorov o številu avtomobilov v družini, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 2.2	<i>Odstotek anketiranih, ki imajo lastno sobo, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 2.3	<i>Odstotki odgovorov o številu družinskih počitnic v preteklem letu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 2.4	<i>Odstotki odgovorov o številu osebnih računalnikov doma, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 2.5	<i>Razlike v izobilju družin glede na LDI (lestovica družinskega izobilja), Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 3.1	<i>Odstotek anketiranih, ki jim je šola zelo všeč, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 3.2	<i>Odstotki anketiranih, ki menijo, da bi jih razrednik v primerjavi s sošolci/sošolkami ocenil zelo dobro oziroma dobro, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 3.3	<i>Odstotek anketiranih, ki menijo, da so njihovi sošolci/sošolke prijazni in radi/e pomagajo, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 3.4	<i>Odstotek anketiranih, ki so odgovorili, da jih delo, ki ga morajo opraviti za šolo še kar oziroma veliko obremenjuje, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 3.5	<i>Mnenja anketiranih o učiteljih - vsi anketirani</i>
Slika 4.1	<i>Odstotki anketiranih, ki so odgovorili, da imajo tri ali več zares dobrih prijateljev istega spola, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 4.2	<i>Odstotki anketiranih, ki preživljajo čas po šoli skupaj s prijatelji/prijateljicami štiri dni na teden ali več, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 4.3	<i>Odstotki anketiranih, ki preživljajo štiri večere ali več na teden skupaj s prijatelji/prijateljicami, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 4.4	<i>Odstotki anketiranih, ki komunicirajo s prijatelji/prijateljicami po telefonu, preko e-pošte in sms vsak dan, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 5.1	<i>Pogostost zajtrkovanja med tednom po spolu in letniku</i>
Slika 5.2	<i>Pogostost kosil med tednom po spolu in letniku</i>
Slika 5.3	<i>Pogostost večerij med tednom po spolu in letniku</i>
Slika 5.4	<i>Pogostost zajtrkov ob koncu tedna po spolu in letniku</i>
Slika 5.5	<i>Pogostost kosil ob koncu tedna po spolu in letniku</i>
Slika 5.6	<i>Pogostost večerij ob koncu tedna po spolu in letniku</i>
Slika 5.7	<i>Pogostost odgovorov o uživanju posameznih živil enkrat na dan ali bolj pogosto po spolu in letniku</i>
Slika 5.8	<i>Pogostost odgovorov o telesni podobi po spolu in letniku</i>
Slika 5.9	<i>Pogostost odgovorov o morebitnih shujševalnih dietah po spolu in letniku</i>
Slika 6.1	<i>Odstotki zmerno do intenzivno telesno dejavnih po spolu</i>
Slika 6.2	<i>Odstotek zmerno do intenzivno telesno dejavnih po starosti</i>
Slika 6.3	<i>Odstotek zmerno do intenzivno telesno dejavnih po starosti in spolu</i>
Slika 6.4	<i>Odstotki zmerno do intenzivno telesno dejavnih po starosti v Sloveniji v primerjavi s povprečjem HBSC</i>

Slika 7.1	<i>Odstotek anketirancev, ki gledajo med tednom televizijo štiri ali več ur, po spolu in starosti</i>
Slika 7.2	<i>Odstotki anketirancev, ki gledajo TV štiri ure ali več med tednom oz. ob koncu tedna, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 7.3	<i>Odstotki anketirancev, ki preživijo pred računalnikom tri ali več ur vsak dan med tednom in ob koncu tedna, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 7.4	<i>Odstotki anketirancev, ki porabijo za domače naloge med tednom tri ali več ur na dan, po spolu in starosti, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 8.1	<i>Pogostost umivanja zob po spolu</i>
Slika 8.2	<i>Odstotki anketiranih, ki si čistijo zobe več kot enkrat na dan, po spolu in starosti, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 9.1	<i>Odgovori anketirancev na vprašanji, ali so že imeli spolne odnose in o uporabi marihuane v vsem življenju (nikoli, 3-krat ali bolj pogosto)</i>
Slika 9.2	<i>Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so že imeli spolni odnos, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 9.3	<i>Starost ob prvem spolnem odnosu (N = 274)</i>
Slika 10.1	<i>Odstotki anketiranih, ki so trpinčili druge vsaj enkrat v preteklih nekaj mesecih, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 10.2	<i>Odstotki anketiranih, ki so trpinčili druge vsaj dvakrat ali trikrat v preteklih nekaj mesecih, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 10.3	<i>Odstotki anketirancev, ki so bili vsaj enkrat v preteklih nekaj mesecih žrtve trpinčenja, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 10.4	<i>Odstotki anketirancev, ki so bili vsaj dvakrat ali trikrat v preteklih nekaj mesecih žrtve trpinčenja, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 10.5	<i>Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih pretepali vsaj enkrat, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 10.6	<i>Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih pretepali trikrat ali bolj pogosto, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 11.1	<i>Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih poškodovali vsaj enkrat, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 11.2	<i>Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so se v preteklih 12 mesecih poškodovali dvakrat ali bolj pogosto, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 11.3	<i>Povezava pitja alkoholnih pijač in pogostosti poškodb v preteklem letu</i>
Slika 12.1	<i>Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da so že kadili, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 12.2	<i>Odstotki anketirancev, ki so odgovorili, da kadijo vsak dan oziroma vsak teden, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 12.3	<i>Odstotki anketiranih, ki so pili različne alkoholne pijače vsak mesec ali bolj pogosto, Slovenija</i>
Slika 12.4	<i>Odstotki anketiranih, ki so odgovorili, da nikoli ne pijejo piva, vina oziroma žganih pijač, po starosti, Slovenija</i>
Slika 12.5	<i>Pitje katerekoli alkoholne pijače vsak teden ali bolj pogosto, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 12.6	<i>Opijanje dvakrat ali bolj pogosto v življenju; Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 12.7	<i>Povprečne starosti pri prvem pitju alkoholnih pijač in pri prvi opitosti, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 12.8	<i>Uporaba kanabisa v vsem življenju in zadnjem letu, po spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 13.1	<i>Subjektivna zaznava zdravja po spolu</i>
Slika 13.2	<i>Odstotki mladih, ki menijo, da je njihovo zdravje slabo oziroma še kar, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>
Slika 13.3	<i>Odstotki anketiranih, ki so odgovorili, da so posamezen psihosomatski simptom doživljali več kot enkrat na teden</i>
Slika 13.4	<i>Odstotki anketiranih, ki so imeli dva ali več psihosomatskih simptomov bolj pogosto kot enkrat na teden, po starosti in spolu, Slovenija in povprečje držav HBSC</i>
Slika 13.5	<i>Odstotki odgovorov o zadovoljstvu z življenjem, po starosti in spolu</i>
Slika 13.6	<i>Odstotki zadovoljnih z življenjem po starosti in spolu, Slovenija in povprečje HBSC</i>

