

Masarykova univerzita

Fakulta sociálních studií

Habilitační práce

**Skúmanie zdravia a subjektívnej životnej pohody slovenských
adolescentov vo vzťahu k so zdravím súvisiacemu správaniu:
od kvantitatívneho ku kvalitatívnemu prístupu**

Brno 2013

Mgr. Zuzana Dankulinová PhD

Obsah

Úvod.....	4
1. Teoretické koncepty zdravia a subjektívnej životnej pohody	6
1.1 Teoretický pohľad na zdravie ako koncept	6
1.2 Zdravie v adolescencii ako zdroj kvalitného fungovania.....	8
1.3 Definovanie zdravia	9
1.4 Vybrané indikátory zdravia a subjektívnej životnej pohody.....	11
1.4.1 Celkové hodnotenie zdravia.....	11
1.4.2 Zdravotné ťažkosti	12
1.4.3 Subjektívna životná pohoda (well-being) a životná spokojnosť	13
2. Teoretické koncepty so zdravím súvisiaceho správania	17
2.1 Definovanie so zdravím súvisiaceho správania	17
2.2 Teoretické koncepty determinantov so zdravím súvisiaceho správania	20
2.2.1 Rizikové správanie ako reakcia na vývinové úlohy	25
2.3 Podpora zdravého životného štýlu a vplyv na zdravie a subjektívnu životnú pohodu	26
3. Adolescencia ako obdobie zmien.....	28
3.1 Biologické zmeny v adolescencii a súvislosť so zdravím a subjektívnou životnou pohodou	30
3.2 Kognitívne a emocionálne zmeny v adolescencii a súvislosť so zdravím a subjektívnou životnou pohodou	31
3.2 Psychosociálne zmeny v adolescencii a súvislosť so zdravím a subjektívnou životnou pohodou.....	32
4. Štúdia Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	35
4.1 História vzniku a rozvoja štúdie HBSC	35
4.2 Ciele a dizajn štúdie HBSC.....	35
4.3 Základné informácie o vlne zberu v rámci HBSC štúdie realizovanej na Slovensku v školskom roku 2009/2010.....	38
5. Zdravie a subjektívna životná pohoda slovenských adolescentov podľa HBSC štúdie 41	
5.1 Prevalencia ukazovateľov zdravia a subjektívnej životnej pohody podľa vekových skupín a pohlavia	41
5.2 Porovnanie ukazovateľov zdravia a subjektívnej životnej pohody podľa socioekonomického statusu	52
5.3 Porovnanie ukazovateľov zdravia a subjektívnej životnej pohody s krajinami strednej Európy	55

6. Vzťah zdravia, subjektívnej životnej pohody a vybraných foriem so zdravím súvisiaceho správania u slovenských adolescentov podľa HBSC štúdie.....	59
6.1 Vplyv účasti na násilnom správaní na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov.....	59
6.2 Vplyv fyzickej aktivity a stravovacích návykov na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov.....	63
6.3 Vplyv rizikového správania na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov	71
7. Interpretácia výsledkov HBSC štúdie z pohľadu teórií zdravia a subjektívnej životnej pohody	82
7.1 Vplyv účasti na násilnom správaní na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov.....	82
7.2 Vplyv fyzickej aktivity a stravovacích návykov na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov.....	83
7.3 Vplyv rizikového správania na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov	85
8. Špecifiká získavania informácií o zdraví a subjektívnej životnej pohode v skupine zdravotne znevýhodnených adolescentov.....	87
8.1 Výzvy výskumu v skupine zdravotne znevýhodnených	88
8.2 Alternatívne prístupy k zberu dát v skupine zdravotne znevýhodnených.....	89
9. Nové spôsoby prístupu k skúmaniu zdravia a subjektívnej životnej pohody adolescentov za využitia princípov „participatory research“	91
9.1 Participatívny prístup v skúmaní zdravia.....	92
9.2 Mapovanie konceptov ako príklad participatívneho prístupu	95
9.2.1 Zdroje stresu a copingové stratégie adolescentov utekajúcich z domu – ukážka využitia mapovania konceptov.....	97
9.3 Prínos mapovania konceptov ako novej techniky kvalitatívneho výskumu	99
Záver	102
Abstrakt.....	104
Summary	105
Zoznam obrázkov.....	106
Zoznam tabuliek.....	107
Zoznam grafov	109
Zoznam literatúry.....	110

Úvod

„Aj keď deti dosiahnu obdobie dospelosti, potrebujú viac ako kedykoľvek predtým, aby sme na ne dávali pozor. Dospelosť nie je o tom nechať len tak ísť. Dospelosť je o tom vydržať počas veľmi hrboľatej jazdy.“
Ron Taffel

Adolescencia je obdobie plné príležitostí, príležitostí určovať svoje budúce smerovanie. „Čo sa v mladosti naučíš, v starobe akoby si našiel.“ hovorí jedno zo slovenských porekadiel a okrem iného výstižne popisuje trend, ktorý platí v oblasti zdravia a životného štýlu. Práve adolescencia je obdobím osvojovania si určitého fungovania, v jeho pre zdravie prospešnej alebo naopak v jeho zdravie ohrozujúcej podobe. Takto osvojený životný štýl v období dospelosti však nezostáva izolovaným javom a vytvára podklad pre fungovanie v neskorších obdobiach života, kedy už k zmenám dochádza s väčšou námahou. Okrem toho nezdravé správanie sa vytvára svojim kumulovaním určité znevýhodnenie aj v oblasti celkového budúceho fyzického a psychického zdravia, ktoré je tak povediac „diskvalifikované“ už na jeho štartovacej čiari. Práve úvodná kapitola je preto venovaná teoretickému pohľadu na oblasť zdravia adolescentov, najčastejšie používaných teoretických modelov a jednotlivých aspektov fyzického a psychického zdravia, ktorým bude venovaná pozornosť v nasledujúcich kapitolách.

Adolescencia je obdobie plné zmien, s ktorými sa mladý človek musí vyrovnávať a ktorých zvládanie prináša veľké množstvo subjektívnej nepohody, stresu a napätia. Nezdravé formy životného štýlu ako je fajčenie, pitie alkoholu, užívanie návykových látok sa tak pre mnohých stávajú spôsobom zvládania, copingovou stratégiou slúžiacou na elimináciu existujúceho napätia, stresu vyplývajúceho z nepretržite plynúcich požiadaviek spájajúcich sa s existujúcimi zmenami, ktoré sa dejú v ich tele, formujúcej sa identite, v ich rodine, škole či v ich vzťahoch. So zdravím súvisiace správanie a jeho vzťah k zdraviu je v svojej teoretickej podobe zastrešené v kapitole druhej. Praktické skúmanie tohto vzťahu je v práci prezentované skrze výsledky medzinárodnej štúdie Health Behaviour in School-aged Children, ktorá je podrobne popísaná v kapitole štvrtej. Piata a šiesta

kapitola je venovaná konkrétnym výsledkom skúmania zdravia, so zdravím súvisiaceho správania sa a ich vzájomných vzťahov. Interpretácii výsledkov z pohľadu existujúceho výskumu a teoretických konceptov je venovaná siedma kapitola.

Adolescencia je obdobie plné hľadania svojho miesta vo svete, ktoré je mnohokrát problematickejšie v prípade mladých ľudí so znevýhodnením, ktoré napriek neustále silnejúcim snahám o ich prirodzené integrovanie, sa stále v mnohých ohľadoch ocitajú na okraji bežne fungujúcej spoločnosti. Ak chceme porozumieť zdraviu a so zdravím súvisiacemu správaniu sa mladých ľudí, musíme sa o to snažiť v komplexnom pohľade, ktorý nebude zabúdať na žiadnu časť tejto populácie. Práve problematike zahrnutia mladých ľudí so zdravotným znevýhodnením do výskumu zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa je venovaná jedna zo záverečných kapitol, definujúca nutné budúce smerovania oblasti skúmania adolescentnej populácie.

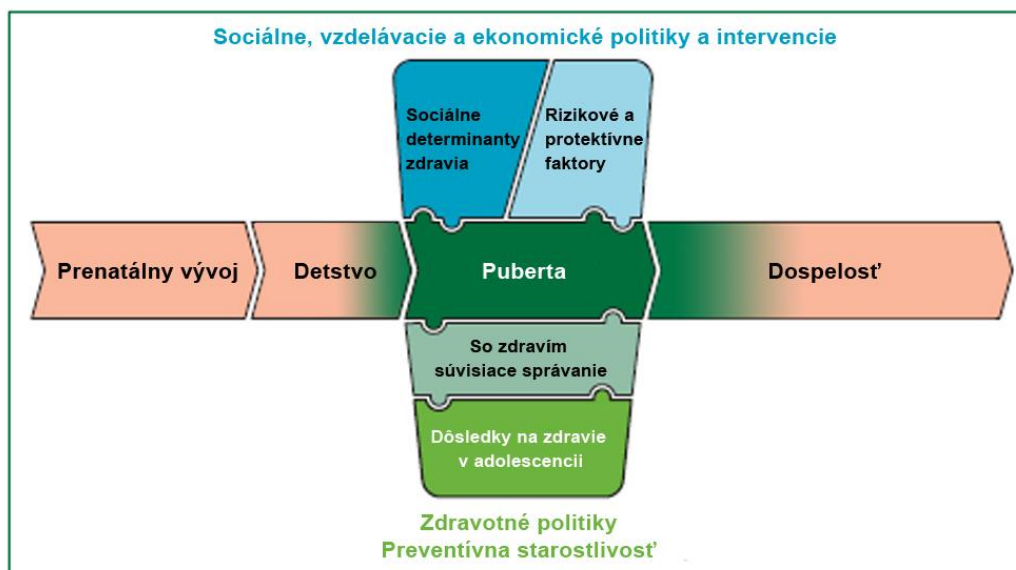
Adolescencia je v neposlednom rade obdobie plné túžby vyjadriť svoj názor, presadiť svoj „hlas“, na čo by sme pri skúmaní zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa adolescentov nemali zabúdať. Mladí ľudia stále intenzívnejšie objavujú čaro svojich vlastných myšlienok a názorov, vlastných postojov a odpovedí na všetko čo ich „páli“. Bola by preto veľká škoda osvojovať si paternalizujúci postoj bez ochoty počúvať práve tých, ktorí sú objektom nášho skúmania a obráť sa tak o možnosť porozumieť a naučiť sa viac. Participatívny výskum ako forma zapojenia adolescentov do existujúceho výskumu je záverečnou témou deviatej kapitoly uzatvárajúci tému možností ďalšieho smerovania budúceho výskumu sústreďujúceho sa na obdobie dospievania.

1. Teoretické koncepty zdravia a subjektívnej životnej pohody

1.1 Teoretický pohľad na zdravie ako koncept

Adolescencia je obdobím v živote človeka, v ktorom sú položené základy vzorcov budúceho zdravia pre obdobie dospelosti a kedy je možné hovoriť o vo všeobecnosti pomerne vynikajúcich príležitostiach pre udržanie dobrého zdravotného stavu či už po stránke fyzickej ako aj po stránke psychickej. Zdravie v adolescencii je výsledkom interakcie už existujúcich vplyvov, ktoré prebehli počas prenatálneho vývinu ako aj v rannom detstve spolu s charakteristickými biologickými a sociálnymi zmenami, ktoré typicky obdobie adolescencie sprevádzajú. Tie sú v neposlednom rade určované práve v období adolescencie rozmanitými sociálnymi determinantmi ako aj pozitívne či negatívne pôsobiacimi faktormi, ktoré skrze osvojenie si so zdravím súvisiaceho správania ovplyvňujú v prvom rade okamžité zdravie v období adolescencie, ale z dlhodobého hľadiska majú svoj neodškriepiteľný vplyv na zdravie dospelšej populácie (Sawyer, 2012). Tento pohľad na obdobie adolescencie, zmeny ktoré ju sprevádzajú, a dôsledky ktoré z toho plynú sú zachytené na Obrázku 1, ktorý znázorňuje Sawyerovej (2012) **model celoživotnej perspektívy v pohľade na zdravie**.

Obrázok 1 Model celoživotnej perspektívy v pohľade na zdravie podľa Sawyerovej (2012)



Ďalším pomerne často prezentovaným modelom sústreďujúcim sa na oblasť zdravia vo všeobecnosti, a ktorý slúžil ako teoretický podklad tejto práce je **model sociálnych determinantov** zdravia Dahlgrena a Whiteheada (1991), zobrazený na Obrázku 2. Z pohľadu tohto modelu je možné vnímať jednotlivé skupiny determinantov zdravia ako existujúce potencionálne vrstvy vplyvu. V jadre tohto modelu sa nachádzajú viac menej fixne dané **konštitučné charakteristiky**, pohlavie a vek, ktoré zdravie jednotlivca nesporne ovplyvňujú. Na ne v prvej vrstve nadväzujú **behaviorálne faktory individuálneho životného štýlu** akými je všetko zdravie podporujúce (fyzická aktivita, aktívne trávenie voľného času a pod.) ako aj zdravie ohrozujúce správanie (fajčenie, konzumácia alkoholu, rizikové sexuálne správanie a pod.). V druhej vrstve je možné vidieť **vplyv sociálneho kontextu** a v ňom existujúcich sociálnych interakcií v rámci sociálnej siete a komunity. Širšie koncipované **vplyvy prostredia**, v ktorom sa jedinec nachádza, ako sú životné a pracovné podmienky vytvárajú tretiu vrstvu. Na záver je zdravie jednotlivca determinované **všeobecnými socioekonomickými, kultúrnymi a environmentálnymi podmienkami**, ktoré sa vyskytujú v spoločnosti celkovo.

Medzi všetkými uvedenými vrstvami prebiehajú vzájomné interakcie, ktoré zdôrazňujú aj autori tohto teoretického modelu zdravia. Individuálny životný štýl je vložený do existujúcej sociálnej siete a komunity a konkrétne daných životných a pracovných podmienok, ktoré sú následne určované širším socioekonomickým a kultúrnym prostredím spoločnosti. Prvej vrstve modelu zdravia podľa Dahlgrena a Whiteheada je venovaná druhá kapitola a v celej tejto práci sa zameriame práve na konkrétny vplyv individuálneho životného štýlu a s ním spojených behaviorálnych faktorov vo vzťahu ku zdraviu adolescentnej populácie.

Obrázok 2 Model sociálnych determinantov zdravia Dahlgrena a Whiteheada (1991)



1.2 Zdravie v adolescencii ako zdroj kvalitného fungovania

Nedostatočné zdravie môže významne ovplyvniť dosahovanie životných cieľov. V období adolescencie, ktoré je charakterizované ako obdobie relatívne dobrého zdravia a nízkej mortality, môže mať nedostatočné zdravie významný vplyv na naplnenie vývinových úloh spojených s adolescenciou a viesť k množstvu dlhodobých negatívnych dôsledkov. Mladí ľudia sa v tomto životnom období musia vysporiadať s množstvom výziev, ktoré sú spojené s prechodom do dospelosti. Byť v dobrom zdravotnom stave – fyzicky, emocionálne a sociálne – napomáha vyrovnávať sa so spomenutými výzvami na omnoho lepšej úrovni (Currie a kol., 2012, Madarasová Gecková a kol., 2011).

Pri pohľade na zdravie ako na základný zdroj kvalitného životného fungovania začína byť investovanie do zdravia nie len otázkou liečenia alebo predchádzania chorôb, ale je aj snahou poskytnúť ľuďom možnosti optimálneho

fungovanie v súlade s požiadavkami a výzvami, ktorým čelí počas jednotlivých období svojho života (Ravens-Sieberer a kol., 2009).

Obvykle sú údaje o zdraví získavané z národných štatistík chorobnosti a úmrtnosti. Kým chorobnosť a úmrtnosť sú dôležitými indikátormi zdravia, môžu ponúknuť len obmedzené informácie najmä o zdraví v období detstva a adolescencie, pretože je ich výskyt zvyčajne v tomto období života veľmi nízky (WHO 2005).

Výskum a monitoring zdravia a psychickej pohody mladých ľudí je obzvlášť dôležitý v období hlbokých spoločenských zmien (Mortimer a Larson, 2002). Mladí ľudia dnes vyrastajú v spoločnostiach s výrazne starnúcou populáciou, rastúcimi nerovnosťami v zdraví, meniacou sa štruktúrou rodiny, náročnejším prechodom zo školy do pracovného procesu, a predĺženým obdobím socializácie smerujúcej k dospelosti (Mortimer a Larson, 2002). Šírenie informačných a komunikačných technológií vytvorilo úplne nové vzorce sociálnej interakcie (Katz a Rice, 2002). Kým tieto zmeny ponúkajú nové príležitosti, obsahujú v sebe tiež nové požiadavky, ktoré vyžadujú silné adaptívne schopnosti mladých ľudí. Pochopenie toho, ako tieto dramatické spoločenské zmeny ovplyvňujú zdravie mladých ľudí, má zásadný význam pre vytváranie na zdravie orientovaných politík (Ravens-Sieberer a kol., 2009). Súčasná generácia mladých ľudí bude mať inú cestu cez dospievanie od predchádzajúcich generácií a bude čeliť novým výzvam pre ich zdravie a psychickú pohodu. Ako konajú v týchto rokoch bude mať silný vplyv na ich budúce zdravie a v konečnom dôsledku aj na hospodársku a sociálnu perspektívu svojich krajín (Sawyer, 2012).

1.3 Definovanie zdravia

V súčasnej dobe existuje veľké množstvo definícií zdravia (Manderbacka, 1998), takže identifikácia spoločnej a široko akceptovanej charakteristiky zdravia a choroby je pomerne komplikovaná (Zemp-Stutz a Buddeberg-Fischer, 2004, Ziegelmann, 2002). Celkovo sa uvedené definície odlišujú najmä v tom, či sa orientujú na charakterizovanie zdravia z pozitívneho alebo negatívneho pohľadu. Negatívne orientované definície zdravia smerujú skôr k absencii choroby, zatiaľ

čo pozitívne orientované definície smerujú viac k jeho kladným aspektom ako je schopnosť tešiť sa zo života a cítiť sa „fit“ (von Wright, 1963). Definície zdravia sa okrem toho líšia aj v závislosti na kultúrnom pozadí a perspektíve z pohľadu ktorej sú vytvárané (lekárska, psychologická, sociologická, etnologická, filozofická a právna) (Schumacher a Brähler, 2004).

Veľmi dôležitá je v oblasti výskumu zdravia individuálna perspektíva, ktorá sa primárne zameriava na subjektívne prežívanie zdravia a choroby (Schumacher a Brähler, 2004). V posledných desaťročiach je práve táto individuálna perspektíva zohľadňovaná v oblasti výskumu zdravia čoraz viac. Príkladom je aj celosvetovo uznávaná definícia zdravia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá uvádza, že **„zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, a nielen iba neprítomnosť choroby a postihnutia“** čo silne naznačuje práve toto subjektívne hľadisko (WHO, 1948). Teoretické koncepty subjektívneho zdravia, so zdravím súvisiacej kvality života a psychickej pohody sú navzájom prepojené a možno ich od seba len ťažko oddeliť (Leplege a Hunt, 1997). Definícia Svetovej zdravotníckej organizácie takisto jasne uvádza, že zdravie je zdrojom a nie je cieľom života (WHO, 1986).

Netreba zabúdať, že zdravie je ako subjektívna skúsenosť pomerne situačné a jednotlivci sa líšia v ich vlastnom interpretovaní zdravia a choroby v závislosti na ich súčasnej situácii, pohlaví, sociálne triedy a etnicite (Blaxter, 1990, Stainton-Rogers, 1991). Zdravie tak môže byť vymedzované nielen ako stav, ale tiež ako dynamický, celoživotný proces. Blaxter (1989, 1990) v tomto zmysle rozlišuje medzi zdravotným statusom (relatívne dlhodobá charakteristika jednotlivcov) a zdravotným stavom (kratšie trvajúci momentálny stav). V oblasti výskumu zdravia mládeže je táto kategorizácia obzvlášť užitočná pri analýze vzťahu medzi zdravím a kontextovými faktormi. Vzťah medzi zdravotným statusom a sociálnym prostredím by tak bol v období prechodu z detstva do adolescencie pomerne stabilný, zatiaľ čo zdravotný stav by pravdepodobne viac kolísal v závislosti na meniacej sa sociálnej situácii (West a Sweeting, 2004).

Tento širší pohľad na zdravie je užitočný pri formulovaní nástrojov výskumu v oblasti zdravia. Základný koncept, čiže zdravie, je komplexný a

zahŕňa biologické, psychologické a sociálne dimenzie. Z tohto dôvodu, spôsob akým je zdravie koncipované má význam pre to ako má byť merané, ako aj pre to ako sú interpretované výsledky empirických štúdií. Okrem toho, to ako respondenti rozumejú zdraviu má výrazný vplyv na spôsob, akým odpovedajú na otázky, ktoré sa ho týkajú (Ravens-Sieberer a kol., 2009). V súčasnosti však napriek dôležitosti skúmania tejto problematiky neexistuje medzinárodne stanovený zoznam indikátorov zdravia (Patton a kol., 2012). Nižšie sú prezentované vybrané indikátory zdravia a subjektívnej životnej pohody frekventovane využívané pri realizácii viacerých medzinárodných štúdií zameraných na zdravie adolescentnej populácie a boli použité aj v rámci medzinárodnej štúdie Health Behaviour in School-aged Children, ktorej výsledky budú v nasledujúcich kapitolách prezentované.

1.4 Vybrané indikátory zdravia a subjektívnej životnej pohody

1.4.1 Celkové hodnotenie zdravia

Celkové hodnotenie zdravia je založené na individuálnom vnímaní a hodnotení svojho zdravia, a je zvyčajne vedome alebo nevedome podložené na porovnaní s vekovo podobnými rovesníkmi (Bjorner a kol., 1996). Celkovo hodnotené zdravie možno odlišiť od iných konštruktov zdravia najmä v tom, že zachytáva zdravie ako celok, skôr než zhrnutie skrze jednotlivé špecifické oblasti zdravia.

Význam takéhoto všeobecného vnímania zdravia bol preukázaný v rade empirických štúdií, v ktorých bolo celkovo hodnotené zdravie prediktorom mortality, a to aj po zohľadnení demografických, sociálnych a pre zdravie rizikových faktorov. Prehľad dvadsiatic siedmich štúdií (Idler a Benyamin, 1997) ukázal konzistentné zistenia o vzťahu medzi celkovým hodnotením zdravia a mortality, ktorý pretrvával aj keď boli do analýzy zahrnuté početné ukazovatele zdravia a ďalšie príslušné skresľujúce premenné.

Celkové hodnotenie zdravia má centrálnu pozíciu v definícii zdravia podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. Podľa tejto definície nemôže byť zdravie redukované len na absenciu choroby či prítomnosť psychickej pohody (WHO,

1986, WHO, 1998). Zdravie je viac než súčet jednotlivých oblastí, dôležité je tiež to ako na seba jednotlivé oblasti pôsobia (Nutbeam, 1998). Napríklad chronické ochorenie je možné popisovať ako stav, ktorý má silný vplyv na zdravie skrze fakt, že takáto choroba obmedzuje životné príležitosti, alebo zhoršuje možnosti pre zdravý životný štýl. To naznačuje potrebu holistického konštruktú zdravia odkazujúceho na celkový stav jednotlivca. Koncepcia celkového hodnotenia zdravia poukazuje na fakt, že stav systému nie je možné určiť z izolovaných častí. Celkové hodnotenie zdravia tak vytvára určité kontinuum siahajúce od toho čo je označované ako "negatívny zdravie" až po "pozitívny" stav, v závislosti na celkovom stave systému (Keyes a Lopez, 2005, Bowling, 2005).

V dospievaní je zdravie veľmi dôležitým zdrojom pre každodenné fungovanie a zlý zdravotný stav môže viesť k dlhodobým negatívnym dôsledkom, ktoré môžu pretrvávať v priebehu celého života (WHO, 2006). Adolescenti sa počas svojho vývinu musia vysporiadať s rôznymi problémami. Byť v dobrej kondícii - fyzicky, emocionálne a sociálne - pomáha mladým ľuďom riešiť tieto výzvy produktívne (Burt, 2002). Práve z tohto dôvodu môže mať podpora zdravia v období adolescencie dlhodobé výhody nie len pre jednotlivcov ale aj pre spoločnosti, najmä ak to prispieva k zdraviu budúcich generácií (WHO, 2005).

1.4.2 Zdravotné ťažkosti

V posledných dekádach stúpa uvedomovanie si rastúcich zdravotných ťažkostí v detstve a adolescencii. Zdravotné ťažkosti zahŕňajú nielen somatické symptómy ako bolesť hlavy alebo chrbta, ale aj psychické príznaky, ako je nervozita alebo podráždenosť. Subjektívne zdravotné ťažkosti sa používajú na opis širokého spektra javov, ktoré môžu siahať od príležitostných zdravotných ťažkostí - teda tie, ktoré väčšina mladých ľudí pociťuje raz za čas - ku klinickým prejavom zdravotných ťažkostí, ktoré môžu narušiť každodenné fungovanie.

V prípade subjektívnych zdravotných ťažkostí je dôležité zobrať do úvahy skutočnosť, že zdravotné problémy ako bolesť hlavy, bolesť chrbta či únava majú tendenciu zoskupovať sa (Alfven, 1993, Mikkelsen a kol., 1997, Starfield a kol., 1984, WHO, 2006) a nie vo všetkých prípadoch sú prejavom konkrétnej diagnózy

či ochorenia (Garalda, 1996). Somatické ťažkosti bez zjavnej organickej príčiny sú označované ako psychosomatické ťažkosti a sú vnímané ako výsledok stresovej reakcie založenej na psychosociálnom napätí (Holler-Nowitzki, 1994). V dôsledku toho môžu pôsobiť ako obrovská záťaž ako na jednotlivca, tak aj na systém zdravotnej starostlivosti (Haugland a kol., 2001).

1.4.3 Subjektívna životná pohoda (well-being) a životná spokojnosť

Dospievanie, najmä stredná adolescencia, je vek typický pre začiatok radu duševných porúch (Hoven a kol., 2008). Napríklad riziko pre nástup unipolárnej depresie vrcholí vo veku 15 rokov, čo naznačuje, že obdobie dospievania je okrem toho zásadné tiež vo formovaní vzorcov duševného zdravia (WHO, 2000). Monitorovanie a dokumentovanie trendov a medzinárodných rozdielov v psychickom zdraví mladých ľudí tak môže slúžiť ako prvý dôležitý krok k minimalizovaniu rastúceho bremena psychických problémov.

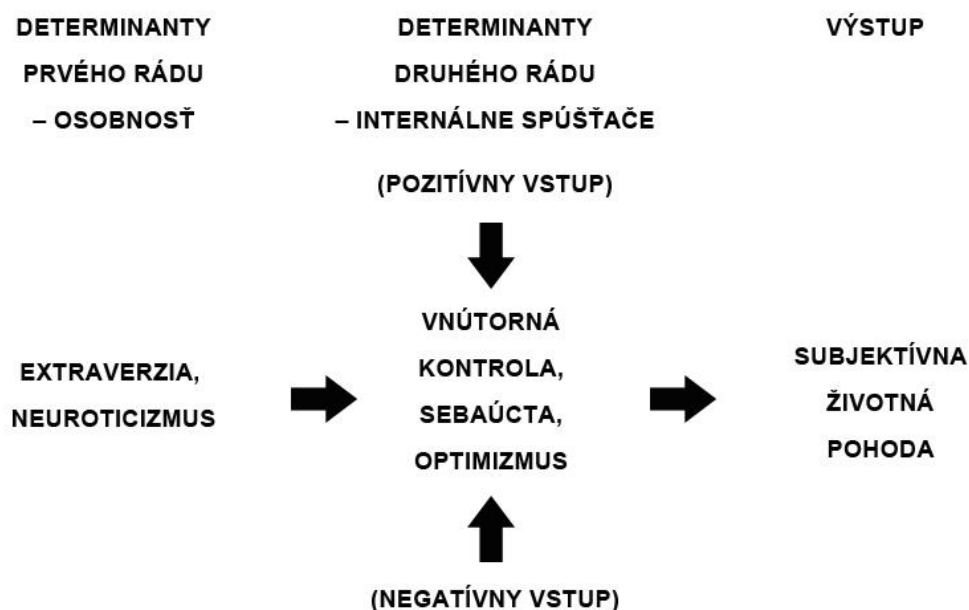
Problémy v oblasti duševného zdravia vytvárajú bremeno, ktoré zasahuje nielen toho, kto nimi trpí ale aj jeho sociálne prostredie a spoločnosť ako takú (WHO, 2003). Napriek tomu je možné sledovať nárast psychologických problémov u detí a adolescentov (Collishaw a kol., 2004). Identifikovanie duševných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

Subjektívna životná pohoda (anglické „subjective well-being“) je mnohostranný koncept (Diener, 1984, Wilkinson a Walford, 1998), ktorá je Dienerom, Lucasom a Oishim (2002) definovaná ako „*kognitívne a emocionálne hodnotenie vlastného života*“.

Podobnú definíciu prináša aj Cummins (2000), ktorý subjektívnu životnú pohodu považuje za nadradený globálny pojem obsahujúci mieru kognícií (životná spokojnosť) a afektu (pozitívna a negatívna afektivita). Proces udržiavanie subjektívnej životnej pohody prirovnáva k homeostatickému modelu. Psychologické procesy zodpovedné za vyvolávanie spokojnosti a teda

i subjektívnej životnej pohody predstavujú vysoko integrovaný systém, pozostávajúci z primárnej genetickej kapacity spojenej so sekundárnym systémom v podobe akýchsi ochranných nárazníkov („bufferov“). Primárny systém zahŕňa faktory osobnosti, ktoré tvoria geneticky determinovanú základnú úroveň spokojnosti. V druhom rade je spokojnosť ovplyvňovaná vnútorným nárazníkovým systémom, ktorý zahŕňa vnímanú kontrolu, sebaúctu a optimizmus. Vnútorné nárazníky slúžia k neustálemu prispôbaniu sa negatívnym vplyvom prostredia s cieľom udržať subjektívnu životnú pohodu a udržiavať tak homeostázu (Cummins, 2000).

Obrázok 3 Homeostatický model subjektívnej životnej pohody podľa Cumminsa (2000)



Medzi jednotlivé komponenty tvoriace subjektívnu životnú pohodu Diener (1984, 2000) konkrétne zaradzuje životnú spokojnosť (globálne kognitívne hodnotenie vlastného života), spokojnosť s dôležitými oblasťami života, pozitívny afekt (zažívanie príjemných emócií a nálad), nízku úroveň negatívneho afektu (nízka frekvencia zažívania nepríjemných emócií a nálad), či absenciu bolesti. Emocionálny aspekt je teda hodnotený z hľadiska absencia distressu aj keď

rovnako dôležitá je prítomnosť pozitívnych emocionálnych stavov, ako je šťastie a vzrušenie. Dôležitým kognitívnym aspektom subjektívnej životnej pohody je celkové hodnotenie života, teda životná spokojnosť.

Konceptualizácia životnej spokojnosti ako kognitívneho aspektu širšieho strešného pojmu subjektívnej životnej pohody do značnej miery čerpá z psychologického a sociologického výskumu s dôrazom na hodnotiace aspekty subjektívnej pohody. Mnohé, pre danú tému relevantné teórie, vnímajú životnú spokojnosť ako štruktúrovanú na základe stanovených cieľov (Emmons, 1986). Základným východiskom je predpoklad, že zdroje, ktoré vedú k dosiahnutiu vývojových úloh, majú významný pozitívny vplyv na celkovú životnú spokojnosť. Tieto zdroje môžu existovať ako na úrovni jednotlivca tak na kontextuálnej úrovni.

Životná spokojnosť je globálne hodnotenie vlastného života, relatívne stabilné v priebehu času, v porovnaní k spontánnym pocitom, ktoré sa spájajú s bezprostrednou skúsenosťou (Pavot a Diener, 1993). Medzi dospelými je spojená s depresiou, úzkosťou, samovražednými tendenciami, pracovnou neschopnosťou, smrteľnými nehodami a mortalitou (Fiscella a Franks, 1997, Helliwell, 2007, Koivumaa-Honkanen a kol., 2001, Koivumaa-Honkanen a kol., 2002, Koivumaa-Honkanen a kol., 2004a, Koivumaa-Honkanen a kol., 2004b).

Výskumy v oblasti subjektívnej životnej pohody a životnej spokojnosti zistili, že v období dospievania je táto silne ovplyvnená životnými skúsenosťami a vzťahmi (Edwards a Lopez, 2006, Gohm a kol., 1998, Rask a kol., 2003). Konkrétne sa na jej formovaní v pozitívnej forme podieľajú ochranné faktory ako podporné rodinné a školské prostredie či rovesnícke vzťahy. Fyzická aktivita a zdravé stravovacie návyky ako súčasť zdravého životného štýlu môžu mladých ľudí chrániť a zvyšovať ich subjektívnu životnú pohodu (Marshall, 2001, Taylor a Turner, 2001, Allison a kol., 2005, Rayle, 2005). Na strane druhej, niektoré zo zdravia ohrozujúcich foriem so zdravím súvisiaceho správania sa ako šikanovanie, fajčenie, pravidelná konzumácia alkoholu a iných návykových látok či nechránený sex naopak vplýva na subjektívnu životnú pohodu adolescentov

negatívne (Cuijpers, 2002, Ethier a kol., 2006, Rigby a kol., 2007, Tomcikova a kol., 2010, Sarkova, 2010, Kalina a kol., 2011).

2. Teoretické koncepty so zdravím súvisiaceho správania

2.1 Definovanie so zdravím súvisiaceho správania

Adolescentná populácia je vo všeobecnosti vnímaná ako pomerne zdravá. Napriek tomu je v oblasti výskumu ako aj v rámci médií a laickej verejnosti venovaná veľká pozornosť so zdravím súvisiacemu správaniu sa adolescentov, či už ide o užívanie návykových látok, zlé stravovacie návyky, skorú sexuálnu skúsenosť či nedostatok fyzickej aktivity. Napriek stále prepracovanejším teoretickým konceptom so zdravím súvisiaceho správania, ktoré boli formulované v posledných dvoch dekádach (Jessor, 1991, Flay, 2002) existujú v rámci tohto výskumu určité výzvy najmä z hľadiska mechanizmov, prostredníctvom ktorých toto správanie ovplyvňuje fyzické zdravie a psychickú pohodu súčasnej adolescentnej a budúcej dospelaj populácie (Richter, 2009).

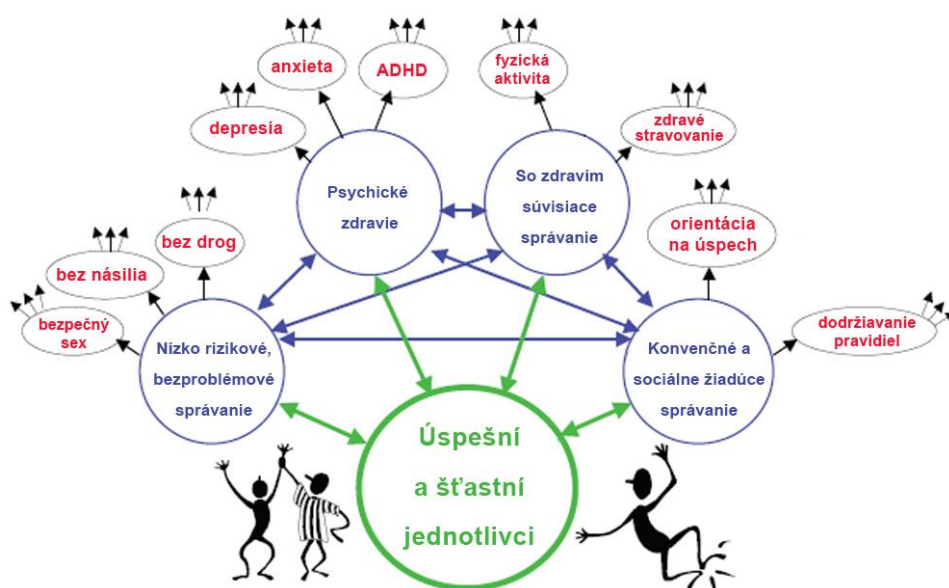
So zdravím súvisiace správanie je tradične definované ako správanie uskutočňované jednotlivcami majúce vplyv na ich zdravie (Kasl a Cobb, 1966). Toto správanie môžeme ďalej rozlišovať na zdravie ohrozujúce správanie (napr. fajčenie, konzumácia alkoholu, užívanie kanabisu a nechránený sex) majúce nežiaduci či negatívny vplyv z hľadiska celkového zdravia a na zdravie podporujúce správanie (napr. fyzická aktivita, zdravá stravovanie), ktoré má naopak podporný, pozitívny účinok na zdravie. Napriek tomu, že do určitej miery ich možno považovať za prirodzenú súčasť adolescentného vývinu, vzorce zdravie ohrozujúceho správania sa, ich iniciácia a priebeh v dospievaní, sú všeobecne považované za prediktívne pre neskoršie zapojenie sa do takéhoto správania v dospelosti a sú spojené s množstvom negatívnych následkov skrze ich trvalý efekt nielen na súčasné ale aj na budúce zdravie adolescentov (Tucker, Ellickson, Orlando, Martino, a Klein, 2005). Príkladom sú mladí ľudia, ktorí začnú piť na začiatku adolescencie. Majú totižto omnoho vyššiu pravdepodobnosť, že sa v priebehu najbližších desiatich rokov stanú závislí na alkohole a vybudujú si celoživotnú závislosť na alkohole, ako tí, ktorí začínajú piť v staršom veku (Hingson, Heeren a Winter, 2006). Vzorce zdravého životného štýlu, ktoré

obsahujú zdravie podporujúce správanie možno tiež vystopovať spätne až do obdobia detstva a dospievania (Hallal, Viktora, Azevedo a Wells, 2006).

Mnoho príležitostí pre prevenciu neinfekčných civilizačných ochorení, duševných porúch a úrazov u dospelých sa vytvára práve skrze zameranie sa na elimináciu rizikových a ochraňujúcich behaviorálnych faktorov životného štýlu, ktoré začínajú pred alebo počas dospievania. Mnohé so zdravím súvisiace formy správania, ktoré sa formujú v období adolescencie (fajčenie, konzumácia alkoholu, nedostatok fyzickej aktivity) totižto vo výraznej miere prispievajú k epidémii civilizačných ochorení v dospelosti (Sawyer, 2012) prostredníctvom ich priameho a nepriameho vplyvu na zdravie a psychickú pohodu (Jessor, Turbin a Costa, 1998).

Predchádzajúce výskumy (Van Nieuwenhuijzen a kol., 2009; Lam, Stewart a Ho, 2001; Jessor, 1991) poukazujú na fakt, že uvedené správanie má tendenciu sa zhľukovať ako je to prezentované na Obrázku 4, čo vedie k predpokladu, že má taktiež podobné skupiny determinantov.

Obrázok 4 Flayov (2002) model vzájomnej súvislosti zdravia a so zdravím súvisiaceho správania



Zdá sa však, že spôsob akým sa jednotlivé formy so zdravím súvisiaceho správania zlučujú do širších zhlukov prechádza v období adolescencie určitými zmenami. Van Nieuwenhuijzen a kol. (2009) vo svojej štúdii zamerali pozornosť na vekové skupiny v skorej a strednej adolescencii (12-15 rokov) a neskorej adolescencii (16-18 rokov). V prípade skorej a strednej adolescencie potvrdili existenciu skupiny rizikového správania a skupiny, ktorá zastrešovala konzumáciu alkoholu, fajčenie a užívanie drog. To pravdepodobne odráža životnú fázu, v ktorej mladí ľudia experimentujú s látkami a je potvrdené aj predchádzajúcimi zisteniami (Faeh a kol., 2006). Vzhľadom k tomu, že uvedené dve skupiny sú pomerne silne korelované, zdravie ohrozujúce správanie v tomto veku sa zdá byť súčasťou širšieho rámca nepriaznivého správania, ako už v svojej práci navrhoval Arnett (1992). V neskorej adolescencii potvrdili existenciu troch skupín so zdravím súvisiaceho správania, pričom prvá bola tvorená zdravie podporujúcim správaním (stravovacie návyky a fyzická aktivita), druhá typickým rizikovým správaním (nechránený sexuálny styk či konzumácia alkoholu) a tretia a posledná skupina bola charakterizovaná najmä delikventným správaním (fyzická či verbálna agresia, delikventné správanie, užívanie drog) (Van Nieuwenhuijzen a kol., 2009).

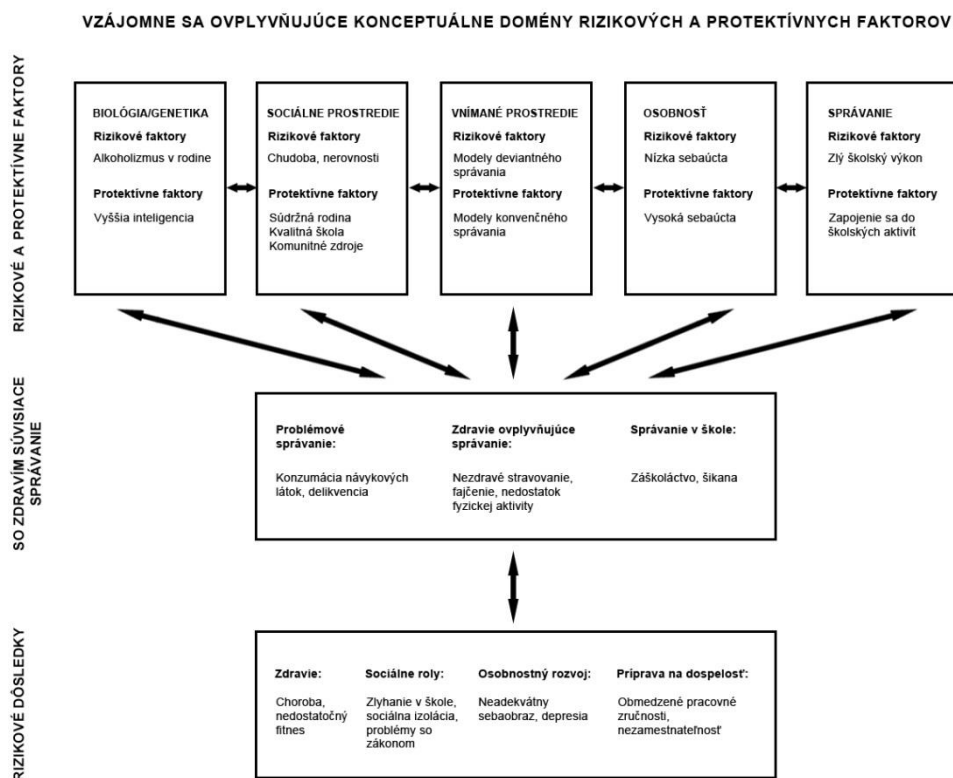
Takéto zhluky správania odrážajú spôsob fungovania adolescentov. Ako uvádza Jessor (1991), existencia takýchto klastrov v rámci so zdravím súvisiaceho správania sa adolescentov vedie k otázkam o pôvode a zdroji takéhoto zhlukovania. Ako uvádza, jedným z možných vysvetlení môže byť „sociálna ekológia“ adolescentného života, ktorá ponúka spoločensky organizované príležitosti pre osvojovanie si rôznych foriem rizikového správania sa spoločne ako aj normatívne očakávania, že tieto formy rizikového správania sa budú aj spoločne uskutočňované. Ako druhú z existujúcich možností vysvetlenia uvádza Jessor (1991) predpoklad, že rôzne formy rizikového správania sa môžu slúžiť tomu istému účelu a plniť tak tú istú funkciu.

Tieto výsledky naznačujú nutnosť zameriavať sa na so zdravím súvisiace správanie v jeho komplexnosti a nevenovať sa len individuálnym formám správania, ktoré môžu v svojich dôsledkoch zásadne vplývať na okamžité ako aj dlhodobé zdravie.

2.2 Teoretické koncepty determinantov so zdravím súvisiaceho správania

Empirické dôkazy podporujú existenciu organizovaných vzorcov správania súvisiaceho so zdravím, ktoré má v období adolescencie podľa viacerých teoretických modelov rizikového správania niekoľko skupín determinantov (Petraitis, Flay, Miller, 1995; Jessor, 1991). Na Obrázku 5 je prezentovaný prvý z široko používaných modelov so zdravím súvisiaceho správania prepracovaný Jessorom (1991).

Obrázok 5 Jessorov (1991) model so zdravím súvisiaceho správania

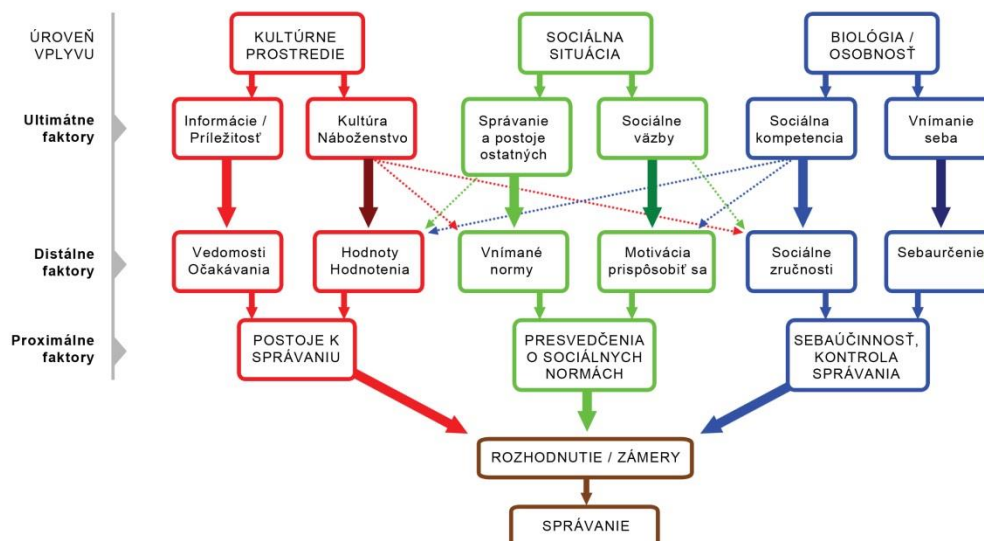


Teória problémového správania (Jessor, 1991) predpokladá, že rôzne druhy problémového správania možno vysvetliť podobnými mechanizmami. Niektoré zistenia skutočne ukázali zoskupenie niekoľkých druhov rizikového správania (van Nieuwenhuijzen a kol., 2009). **Teória problémového správania**

tak následne rozlišuje päť kategórií faktorov, ktoré prispievajú k vytváraniu a udržiavaniu problémového správania: (1) **biologické a genetické faktory**, (2) **sociálny kontext**, (3) **sociálne modely**, (4) **osobné faktory**; (5) **správanie** (Jessor, 1991). Všetky tieto uvedené kategórie determinujúcich faktorov vplyvajú na správanie adolescentov, ktoré formuje ich životný štýl a následne vedie k zdraviu ohrozujúcim dôsledkom v oblasti zdravia, sociálnych rolí, osobnostného rozvoja a prípravy na dospelosť.

Druhým často v teórii aj výskume používaním je **model triadického vplyvu determinantov so zdravím súvisiaceho správania** (Flay, 2002). Je potrebné rozlišovať medzi tromi skupinami faktorov: (1) **kultúrnymi a postojevými**, (2) **sociálnymi a interpersonálnymi** a (3) **intrapersonálnymi**.

Obrázok 6 Triadický model determinantov so zdravím súvisiaceho správania (Flay, 2002)



Prvú skupinu vplyvu predstavujú **kultúrne a s postojmi súvisiace faktory**, zastrešujúce vlastné, pre dané so zdravím súvisiace správanie špecifické postoje adolescentov a kultúrne dané faktory, ktoré tieto postoje definujú. Je

možné implicitne predpokladať, že práve osobné hodnoty adolescentov hrajú kľúčovú rolu pri utváraní pozitívneho postoja k rôznym formám zdravia ohrozujúceho správania sa. Adolescenti majú väčšiu tendenciu zapájať sa do zdravia ohrozujúceho správania sa ak a) nie sú zástancami konvenčnej spoločnosti, náboženstva, školy, či ľudí s negatívnym postojom k zdraviu ohrozujúcemu správaniu, b) vnímajú zdravie ohrozujúce správania ako symbolické odmietnutie konvenčných hodnôt, c) pociťujú sociálne odcudzenie, d) orientujú sa na krátkodobé ciele a hedonické potešenie, e) majú potrebu rebelovať, f) majú malý záujem o úspech, g) túžia po nezávislosti od rodičov a h) majú tolerantný až pozitívny postoj voči deviantnému správaniu (Petraitis, Flay, Miller, 1995).

Sociálne a interpersonálne vplyvy zachytávajú charakteristiky a správanie sa ľudí (rodina, rovesníci a iné), ktorí by mali vytvárať najbližší podporný sociálny systém v živote adolescentov, zachytávajúc s tým súvisiaci súhrn postojov týchto ľudí k rôznym formám so zdravím súvisiaceho správania. Ako ukážku negatívne pôsobiacich faktorov v oblasti rodiny je možné uviesť a) málo vrele rodinné vzťahy, b) nedostatočnú rodičovskú kontrolu a posilnenie, c) negatívne hodnotenie zo strany rodičov, d) rozvod rodičov či ich odlúčenie. Je možné predpokladať, že tieto uvedené charakteristiky ovplyvňujú náchylnosť adolescentov upierať sa k odlišným modelom rolového správania sa a motiváciu adolescentov prispôbovať sa aj zdraviu ohrozujúcim formám so zdravím súvisiaceho správania týchto modelov rolového správania sa (Petraitis, Flay, Miller, 1995).

Intrapersonálne faktory obsahujú a) fundamentálne a relatívne stabilné osobnostné črty, b) o niečo viac prechodné intrapersonálne dispozície a afektívne stavy, c) všeobecné behaviorálne zručnosti a d) presvedčenia o svojich pre dané so zdravím súvisiace správanie špecifických zručnostiach (Petraitis, Flay, Miller, 1995).

Medzi nimi však zároveň existujú tri úrovne vplyvu: **(1) najvyššej ultimátnej úrovni, (2) na úrovni distálnej a na (3) proximálnej úrovni.**

Faktory vplývajúce na **proximálnej úrovni** sú vysoko prediktívne pre dané formy so zdravím súvisiaceho správania sa, avšak zameriavajú sa len na najbezprostrednejšie antecedenty správania. Ako také, proximálne faktory nevysvetľujú korene so zdravým súvisiaceho správania do hĺbky. **Distálne faktory** sú nemej dôležitými vplývajúcimi premennými, aj keď sú skôr nepriamo vplývajúcimi determinantmi správania, ktorých efekt býva často sprostredkovaný či mediovaný práve proximálnymi faktormi. Z toho vyplýva o čosi slabšia prediktívna sila distálnych faktorov, avšak stále zostávajú podstatnými pri vysvetľovaní zdrojov so zdravím súvisiaceho správania. **Ultimátne faktory** predstavujú skupinu pomerne široko koncipovaných exogénnych faktorov, ktoré postupne smerujú jednotlivcov k určitej forme so zdravím súvisiaceho správania. Aj keď sú mimo osobnú kontrolu adolescentov, napriek tomu ich vystavujú dlhodobému riziku (Petraitis, Flay, Miller, 1995). Jednotlivé typy vplyvu na troch odlišných úrovniach sú sumarizované v Tabuľke 1.

Tabuľka 1 Typy a úrovne vplyvu na so zdravím súvisiace správanie (Petraitis, Flay a Miller, 1995 – modifikované)

Úrovne vplyvu	Typy vplyvu		
	Kultúrne/postojové	Sociálne/interpersonálne	Intrapersonálne
Ultimátna	Konštrukt: lokálna miera kriminality a nezamestnanosti, nedostatočne vybavené školy, slabé vzdelávacie a pracovné možnosti, ľahký prístup k návykovým látkam	Konštrukt: zriedkavé príležitosti pre odmeny zo strany členov rodiny, nedostatočná rodičovská vrelosť, podpora alebo dohľad, negatívne ohodnotenie od rodičov, rozvod alebo odluka rodičov	Konštrukt: postihnutie kognitívnych funkcií, genetická predispozícia, typy osobnosti, impulzivita, agresivita, emocionálna nestabilita, extravertizácia, sociabilita, externá lokalizácia kontroly
Distálna	Konštrukt: slabý záväzok k bežným hodnotám ako je škola a náboženstvo, sociálne odcudzenie, slabá túžba po úspechu, vzdorovitosť, túžba po nezávislosti od rodičov; deviácie	Konštrukt: slabá väzba na a slabá túžba potešiť rodinných príslušníkov, silná väzba na a silná túžba potešiť rovesníkov, väčší vplyv rovesníkov ako rodičov, konkrétne postoje a správanie vzorov	Konštrukt: nízka sebaúcta, úzkosť, stres, či depresívna nálada, zlé kopingové zručnosti, slabé školské zručnosti
Proximálna	Konštrukt: očakávané náklady a prínosy so zdravím súvisiaceho správania, vyhodnotenie nákladov a prínosov so zdravím súvisiaceho správania, postoje k so zdravím súvisiacemu správaniu od druhých ako aj vlastné	Konštrukt: odhady prevalencie so zdravím súvisiaceho správania, motivácia na dosiahnutie súladu s ostatnými, presvedčenie, že dôležité referenčné osoby podporujú dané so zdravím súvisiace správanie	Konštrukt: sebaúčinnosť pre odmietanie rizikového správania a podporovanie zdravie prospešného správania

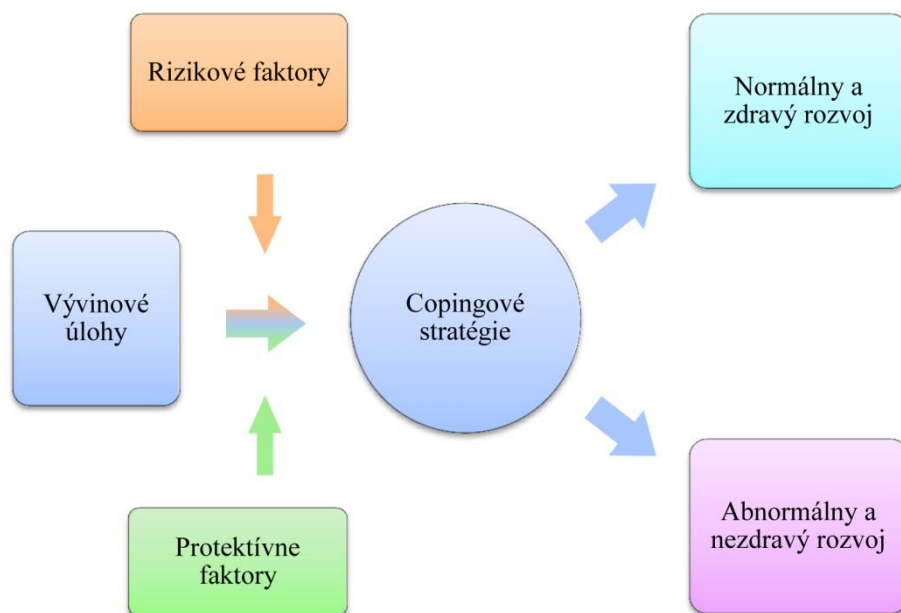
2.2.1 Rizikové správanie ako reakcia na vývinové úlohy

Rizikové správanie v adolescencii je možné vnímať ako dôležitý komponent vyjednávania v rámci dosahovania vývinových úloh nevyhnutných pre prechod z detstva do dospelosti. Ak vývinové úlohy predstavujú prílišný stres, ktorý presahuje dané možnosti zvládania toho ktorého jednotlivca, je veľká pravdepodobnosť zhoršenia celkového zdravia a psychickej pohody adolescenta práve rizikové správanie nastupuje ako copingová stratégia (Hurrelmann a Lósel, 1990). Jedna samostatná vývinová úloha len zriedkavo predstavuje zdroj stresu tak veľký, aby v konečnom dôsledku negatívne ovplyvnil zdravie a psychickú pohodu adolescenta skrze jeho neschopnosť vysporiadať sa s týmto existujúcim stresom obvyklými copingovými stratégiami. Avšak vzhľadom na množstvo vývinových úloh, ktorým musia mladí ľudia v tomto tranzitnom období života čeliť, pravdepodobnosť, že existujúce stratégie zvládania budú nedostatočné vzhľadom na množstvo prostredníctvom náročných vývinových úloh vytváraného stresu (Klein-Hessling, Lohaus a Ball, 2005).

Z tohto hľadiska je možné rizikové správanie vnímať ako výsledok dlhodobého a pre dané životné obdobie charakteristického psychosociálneho stresu spojeného s nedostatočnými zdrojmi v rámci stratégií zvládania náročných životných situácií. Samotný proces zvládania je u každého determinovaný širokým spektrom individuálnych a psychosociálnych protektívnych a rizikových faktorov (Richter, 2009). Celkový model rizikového správania ako reakcie na vývinové úlohy je zachytený na Obrázku 7.

Vhodné zvládanie garantuje, že napriek náročným vývinovým úlohám bude pokračovať normálny a zdravý vývin, ktorého výsledkom bude uspokojivé zdravie a psychická pohoda. Nevhodné copingové stratégie (defenzívne, pasívne alebo vyhýbavé stratégie zvládania) naopak často vedú k rizikovému správaniu. Týmto adolescentom na adekvátne zvládanie situácie chýbajú schopnosti analyzovať situáciu, získať potrebné informácie, ovplyvňovať problematické podmienky, zmeniť svoje správanie a harmonizovať svoje pocity a očakávania (Silbereisen a Todt, 1994).

Obrázok 7 Vývinové úlohy a copingové stratégie na ich zvládanie (Richter, 2009)



2.3 Podpora zdravého životného štýlu a vplyv na zdravie a subjektívnu životnú pohodu

Pochopenie faktorov spojených so zdravím súvisiacim správaním je podstatné pre rozvoj efektívnejších a úspešnejších stratégií, ktoré prispievajú k podpore zdravia a to nielen v období dospievania (súčasnú zdravie), ale aj v dospelosti (budúce zdravie).

So zdravím súvisiace správanie totižto ovplyvňuje zdravie niekoľkými spôsobmi. Z dlhodobej perspektívy sa trajektórie pre dlhý a zdravý život odvíjajú práve z detstva a obdobia adolescencie. Osvojené vzorce správania a nedostatočné zdravie z tohto obdobia môže zvýšiť riziko chronických a nižšej kvality života v dospelosti (Hurrelmann a Richter, 2006). V prípade súčasného zdravia v období adolescencie, primárne riziko morbidity a mortality v tomto období života pochádza často krát práve z predchádzateľného, so zdravím súvisiaceho správania (Catalano a kol., 2012, Kulbock a Cox, 2002), ktoré hrá dôležitú úlohu najmä v prípade iných ako liečiteľných príčin úmrtia (ako sú nehody a samovraždy). Hoci sú to pomerne zriedkavé prípady je dôležité podotknúť, že okrem nich

vplýva so zdravím súvisiace správanie aj na iné aspekty zdravia a psychickej pohody.

Mnohé štúdie preukázali, že pravidelné rizikové správanie súvisí s širokým spektrom pre zdravie neželaných dôsledkov (Geckova, 2002). Predchádzateľné so zdravím súvisiace správanie ako užívanie návykových látok, nezdravé stravovacie návyky, nízka miera fyzickej aktivity či agresívne správanie výrazne prispieva k morbidite adolescentov (Kulbock a Cox, 2002, Richter a Settertobulte, 2003). Jedným z príkladov môže byť intenzívna konzumácia alkoholu a pravidelné fajčenie v adolescencii, ktoré sa môže podieľať na závažných vývinových poruchách. Fyziologický efekt ako aj organické poškodenie je totižto v tomto období v porovnaní s dospelou populáciou omnoho rýchlejší a výraznejší (Settertobulte a kol., 2001).

So zdravím súvisiace správanie má svoj výrazný vplyv nielen na fyzické ale aj psychosociálne zdravie. Sebaúcta ako jeden z aspektov zdravého psychosociálneho vývinu bola v predchádzajúcom výskume opakovane spájaná so zdravím ohrozujúcim ako aj zdravím upevňujúcim správanie. Nedávne štúdie potvrdili súvislosť medzi vyššou sebaúctou a pravidelnou fyzickou aktivitou (Veselska a kol., 2011, White, Kendrick a Yardley, 2009; Penedo & Dahn, 2005; Parfitt a Eston, 2005). Dôkazy o vzťahu medzi fajčením či užívaním marihuany a sebaúctou sú o čosi rozporupľejšie, ale napriek tomu naznačujú súvislosť medzi nižšou sebaúctou a vyššou pravdepodobnosťou fajčenia a užívania marihuany (Veselska, 2010, Veselska a kol., 2009, Kokkevi, Richardson, Florescu, Kuzman, a Stergar, 2007, Wild, Flisher, Bhan, a Lombard, 2004; Carvajal, Wiatrek, Evans, Knee, a Nash, 2000). Štúdie potvrdili tiež vzťah šikanovania ako jednej z foriem agresívneho správania s mnohými formami nedostatočného psychosociálneho zdravia adolescentov (Forero a kol., 1999, Kumpulainen a kol., 1999). K dôsledkom šikanovania je možné zaradiť nízke sebavedomie, depresiu, neúspech v škole (Hawker a Boulton, 2000), delikvenciu (Baldry a Farrington, 2000) a celkovo zhoršenú psychickú pohodu (Sarkova, 2010, Perren a Hornung, 2005, Rigby, 2003)

3. Adolescencia ako obdobie zmien

Termín adolescencia je odvodený z latinského **adolescere** (dorastať, dospievať, mohutnieť) a ako termín označujúci určité obdobie v živote bol použitý už v 15. storočí (Muuss, 1989 podľa Macek, 1999). Je v určitom protiklade k latinskému pojmu *adultus*, ktorý naopak označuje niekoho kto už dorástol, dospel (Sawyer, 2012).

Časové ohraničenie tohto životného obdobia sa v literatúre rôznych autorov odlišuje, aj keď v princípe zastrešuje najmä druhú životnú dekádu. Základnou odlišnosťou býva špecifické vyčleňovanie časového obdobia medzi 11. a 15. rokom života ako obdobie pubescencie, ktoré ešte môže byť členené na prepubertu a pubertu (Langmeier a Krejčířová, 1988, Vágnerová, 2000) a až za ním nasleduje samotné obdobie adolescencie trvajúce medzi 15 až 20 rokom života (Macek, 1999).

Adolescencia je obvykle definovaná v rámci spoločnosti z hľadiska veku a spoločenských rolí, ktoré sú v jej priebehu postupne osvojované, s viacerými odlišnosťami medzi jednotlivými krajinami sveta. V tejto práci sa zameriavame na adolescentov vo veku 10-20 rokov, pretože táto veková skupina zahŕňa väčšinu jednotlivcov, ktorí prechádzajú biologickými zmeny a prechodom v oblasti sociálnych rolí, ktoré v minulosti dospievanie determinovali. Hoci biologicky je priebeh adolescencie veľmi konzistentný, je dôležité si uvedomiť, že zmeny v načasovaní puberty, povaha zmien sociálnych rolí, nádeje a aspirácie dospievajúcich na celom svete sú široko ovplyvnené ekonomickými a sociokultúrne faktory (Sawyer, 2012). Obrázok 8 zachytáva percentuálne zastúpenie adolescentnej populácie vo svete.

Obrázok 8 Distribúcia adolescentnej populácie vo svete

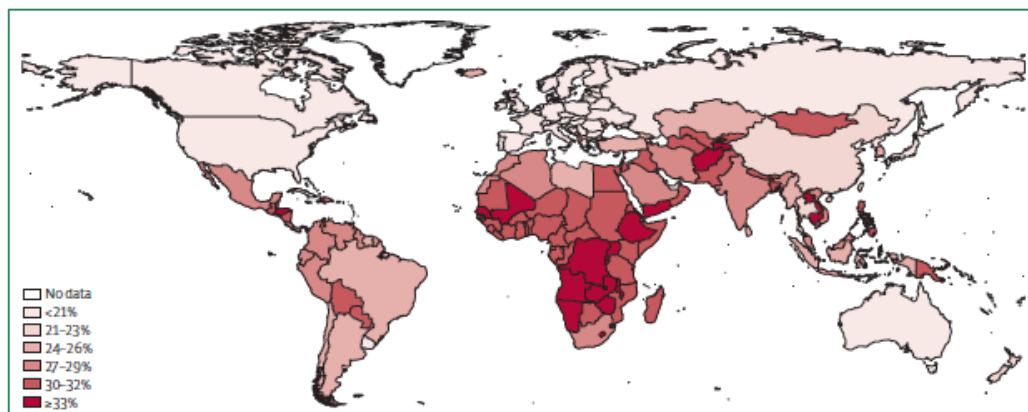


Figure 1: Distribution of people aged 10–24 years as a proportion of the population by country
Population estimates are for 2010 and were taken from the UN World Population Prospects report (2008 revision).²

V tejto práci sa, ako sme už spomenuli vyššie a ako to uvádza aj Macek (1999), orientujeme skôr na periodizáciu podľa ktorej je adolescencia celé obdobie medzi detstvom a dospelosťou. Ako taká môže byť následne diferencovaná do nasledujúcich troch fáz: (1) **skorá adolescencia** v rozmedzí od 10 do 13 rokov, (2) **stredná adolescencia** zastrešujúca obdobie 14 až 16 rokov a (3) **neskorá adolescencia** v rozmedzí od 17 do 20 rokov života, pričom každé z týchto období má svoje špecifiká (Macek, 1999).

Adolescencia, ako obdobie prechodu z detstva do dospelosti, je kritickou fázou. Ide o prechod, v rámci ktorého sa dospievajúci musia vyrovnat' hneď s niekoľkými vývinovými problémami. Teoretické východisko adolescencie ako **obdobia zvládania vývinových úloh** pochádza z práce Havighursta (1974) a uvádza, že v každej vývinovej úlohe sú obsiahnuté buď potreby a očakávania na úrovni spoločnosti alebo jednotlivca ako takého. Samotná spoločnosť pritom ponúka konkrétne zaužívané vzorce správania slúžiace na naplnenie konkrétnych vývinových úloh. Macek (1999) v svojej práci ponúka nasledovný sumarizujúci prehľad vývinových úloh vzťahujúcich sa na obdobie adolescencie: (1) prijatie vlastného tela, fyzických zmien vrátane pohlavnej zrelosti, (2) rozvoj kognitívnej komplexity, flexibility a abstraktného myslenia, (3) využitie kognitívneho a emocionálneho potenciálu na utváranie a udržiavanie rovesníckych vzťahov rovnakého aj opačného pohlavia, (4) zmena vzťahu k dospelým a autoritám vo

všeobecnosti prejavujúci sa nástupom autonómie, vzájomného rešpektu a kooperácie, (5) získanie predstavy o ekonomickej nezávislosti a smerovanie k aspektom ktoré ju utvárajú a súvisia s ňou ako je predstava u budúcej profesii, voľba budúceho povolania a získanie základnej profesnej kvalifikácie, (6) získanie prvých skúseností v erotickom vzťahu ako základ budúceho partnerského a rodinného života, (7) rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálnych zručností zameraných voči spoločnosti ako základ prosociálneho správania, (8) osvojenie si predstavy o prioritách v dospelosti, ktoré zastrešujú osobné ciele a životný štýl, (9) ujasnenie si hierarchie hodnôt a stabilizácia vlastného postoja k svetu a životu.

Vo svetle predostretých vývinových úloh je jasné, že obdobie adolescencie je obdobím výrazných zmien, ktoré prebiehajú na niekoľkých úrovniach a dajú sa klasifikovať na (1) biologické, (2) kognitívne, (3) emocionálne a (4) psychosociálne (Seifert a Hoffnung, 1991 podľa Macek, 1999).

3.1 Biologické zmeny v adolescencii a súvislosť so zdravím a subjektívnou životnou pohodou

Biologické zmeny v období adolescencie sa prejavujú primárne v oblasti rastu, pohlavného zrenia a reprodukčných schopností a sú ovplyvňované nastupujúcimi hormonálnymi zmenami. Okrem zmien samotných je veľmi dôležitá aj význam hodnota, ktorá je týmto zmenách pridelovaná adolescentom samých, jeho okolím ako aj spoločnosťou i kultúrou ako takou (Macek, 1999).

Biologické zmeny ako také teda naznačujú, že dospievajúci sa stáva dospelým minimálne po biologickej stránke. Súčasná kultúra však k tomuto prechodu nadobúda pomerne ambivalentný vzťah. Na jednej strane, biologické zmeny postupne symbolizujú nastupujúcu nezávislosť a osvojenie si role dospelých spolu s osvojením si reprodukčnej schopnosti charakteristickej pre dospelých. Na druhej strane, najmä u dievčat je štíhla predadolescentná postava hodnotená veľmi kladne, pričom ukladanie tuku v dôsledku postupného pohlavného zrenia je vnímané ako menej žiaducou charakteristikou dospelej ženy (Susman, Dorn a Schiefelbein, 2003). Štíhlosť sa v spoločnosti pozitívne hodnotí

najmä u dievčat a žien, a zvyšuje sa tak výskyt pocitu stigmatizácie v dôsledku zvýšenej telesnej hmotnosti (Latner a Stunkard, 2003). Takého spoločenské a kultúrne podmienené očakávania súvisiace so zmenami vo fyzickom vzhľade výrazne ovplyvňujú spôsob akým adolescenti svoje telo vnímajú, ako hodnotia a aký postoj k nemu zaujmú. Sebahodnotenie postavy zohráva významnú úlohu pri vytváraní sebaobrazu, mentálnom zdraví a psychickej pohode (Williams a Currie 2000, Ge 2001, Siegel, 2002) a v neposlednom rade ovplyvňuje aj v tomto období osvojovaný životný štýl a so zdravím súvisiace správanie sa orientované na dosiahnutie želaného vzhľadu. Ten môže byť dosahovaný prostredníctvom zdravia podporujúceho správania sa ako je pravidelná fyzická aktivita či zdravé stravovacie návyky ale aj prostredníctvom pre zdravie v tomto veku menej prospešných diét, ktoré môžu vo vzácných prípadoch viesť až k rozvoju porúch príjmu potravy (Jakušová a Dostál, 2009, Andersen a DiDomenico, 1992).

3.2 Kognitívne a emocionálne zmeny v adolescencii a súvislosť so zdravím a subjektívnou životnou pohodou

Vychádzajúc z kognitívnej teórie podľa Piageta (Inhelder a Piaget, 1958) je možné obdobie skorej adolescencie charakterizovať ako obdobie utvárania formálnych operácií. V tomto období si dospievajúci osvojuje základy abstraktného myslenia, schopnosť pracovať s abstraktnými pojmami, hľadať alternatívne riešenia problémov a reflektovať seba ako subjekt vlastného myslenia čo vedie okrem iného aj zvýšenému egocentrizmu (Inhelder a Piaget, 1958 podľa Macek, 1999).

Ako uvádza Macek (1999) tento rozvoj v kognitívnej oblasti znamená zvýšenú schopnosť uvažovať o aktuálnych možnostiach a alternatívach riešenia jednotlivých problémov. Súvisí tak s vedomím kompetencie a efektívnosti pri riešení problémov čo vedie k pocitom vlastnej autonómie a hodnoty.

V strednej a neskorej adolescencii je menej absolútne a viac relatívne, vzťahové a sebarefektujúce. Postupne tiež pribúda uvedomovanie si možných rizík a zvažovanie dôsledkov. Adolescenti sa tak svojim myslením stále viac približujú dospelým (Macek, 1999).

Výraznými zmenami prechádza adolescent aj v oblasti emocionálneho prežívania, ktoré sa postupne stále viac diferencuje. Obdobie skorej adolescencie, ktoré je úzko spojené s výraznými hormonálnymi zmenami, je možné charakterizovať ako obdobie emocionálnej lability, posunu k negatívnej afektivite a rýchlym zmenám nálad. Tieto emocionálne zmeny však okrem už uvedených hormonálnych zmien súvisia aj so zvýšenou mierou sebareflexie a egocentrizmu, ktoré sú podmienené rozvojom kognitívneho myslenia. Podstatnou je tiež vysoká potreba sebahodnotenia, ktorá je však veľmi kolísavá a labilná, mnohokrát ovplyvňovaná širokým spektrom určujúcich aspektov (Mann a kol., 2004, Macek, 1999). Stredná a neskorá adolescencie je už charakteristická postupným ústupom náládovosti a emocionálnej lability (Macek, 1999).

3.2 Psychosociálne zmeny v adolescencii a súvislosť so zdravím a subjektívnou životnou pohodou

Všetky uvedené zmeny v oblasti biologickej, kognitívnej a emocionálnej determinujú aj neustále sa meniacu oblasť vzťahov, či už vzťahu k sebe alebo vzťahu k druhým.

Vzťah k sebe je silne ovplyvňovaný zvýšenou sebareflexiou, charakteristickou pre toto životné obdobie. V tejto fáze života sa začína meniť vzťahový rámec uvažovania o sebe samom. Do popredia sa dostávajú tzv. „possible selfs“ (**možné Ja**), ktoré reflektujú predstavy a prania adolescentov týkajúce sa ich možného potenciálu a budúcnosti (Markus a Nurius, 1986). Tieto „possible selfs“ sú v svojej podstate výrazne formované prostredníctvom určitého „ideal self“ (**ideálne Ja**), ktoré odzrkadľuje nielen vlastné očakávania v podobe chceného Ja ale aj požiadavky druhých v podobe požadovaného Ja. Obsahujú v sebe však nielen Ja, ktoré túžime dosiahnuť ale i Ja, ktorého dosiahnutie pre nás nie je želané. Ideálne Ja je práve v rámci prebiehajúcej sebareflexie neustále konfrontované s reálnym, aktuálnym Ja. Ak je diskrepancia medzi ideálnym Ja a reálnym Ja mierna a ak sú aspekty obsiahnuté v ideálnom Ja dosiahnuteľné, pôsobí ideálne Ja ako motivujúci prvok podmieňujúci prebiehajúci sebarozvoj. Ak je však rozpor medzi ideálnym Ja a reálnym Ja príliš veľký, či už z dôvodu že je

ideálne poňatie seba samého nedosiahnuteľné alebo je reálne Ja v rozpore s požiadavkami druhých, vedie ten rozpor k prežívaniu viacerých nepríjemných pocitov vrátane sklamaní zo seba samého, pocitom úzkosti a viny (Macek 1999, Macek 1987, Higgins 1987). Väčší rozpor medzi aktuálnym, reálnym obrazom seba samého a svojimi očakávaniami či požiadavkami druhých transformujúcich sa do podoby ideálneho Ja je charakteristický skôr pre obdobie neskoršej adolescencie (Macek, 1999).

Vnímanie seba samého, svojho správania a prežívania a jeho neustále konfrontovanie s vlastnými očakávaniami ako aj očakávaniami druhých v rámci sociálneho porovnávania vedie k sebahodnoteniu („self-esteem“). Základom celkového sebahodnotenia je podľa Rosenberga (1985) vnímanie vlastnej hodnoty a obsahuje v sebe ako hodnotiaci tak aj afektívny aspekt. Vzťahuje sa na adolescentovo celkové hodnotenie svojej pozitívnej alebo negatívnej hodnoty (Markus a Nurius, 1986). Sebahodnotenie má dôsledky nielen pre aktuálne fyzické a duševné zdravie a správanie spojené so zdravím, ale aj pre budúce zdravie a správanie spojené so zdravím v dospelosti (Mann a kol., 2004). Pozitívne sebahodnotenie je základným prvkom duševného zdravia, ale tiež prispieva k lepšiemu zdraviu prostredníctvom jeho úlohy akéhosi „nárazníka“ proti negatívnym vplyvom. Naopak, negatívne sebahodnotenie zohráva kľúčovú úlohu vo vývoji niekoľkých internalizovaných (depresia, úzkosť) a externalizovaných (násilie, užívanie návykových látok) problémov (Mann a kol., 2004).

Sebahodnotenie bolo opakovane spájané so zdravie ohrozujúcim ako aj zdravie upevňujúcim správaním v predchádzajúcich výskumoch. Nedávne štúdie potvrdili súvislosť medzi vyšším sebahodnotením a pravidelnou fyzickou aktivitou ako formou zdravie podporujúceho správania (Veselská a kol., 2011, White a kol., 2009; Penedo a Dahn, 2005; Parfitt a Eston, 2005). Pokiaľ ide o súvislosť medzi sebahodnotením a zdravie ohrozujúcim správaním, dôkazy o vzťahu medzi fajčením a užívaním marihuany a sebahodnotením sú rozporuplné, ale napriek tomu naznačujú súvislosť medzi vyšším sebahodnotením a nižšou pravdepodobnosťou zapojenia sa do fajčenia a užívania kanabisu (Veselská a kol., 2009, Kokkevi a kol., 2007, Wild a kol., 2004; Carvajal, a kol., 2000).

Vzťah k druhým v období adolescencie prechádzajú výraznými zmenami. Charakteristický je najmä posun vo **vzťahu k rodičom**, ktorý sa tradične prejavuje snahou o osamostatnenie sa, o akési zrovnoprávnenie svojej pozície. Vo výraznejšej miere sa začína prejavovať vplyv rovesníkov a rovesníckych skupín. Poskytujú priestor na zdieľanie postojov, pocitov a vzorcov správania, vytvárajúc priestor na testovanie svojich možností. Napriek tomu predstavuje pozitívne rodinné prostredie v období adolescencie jeden z významných protektívnych faktorov v oblasti zdravia a zo zdravím súvisiaceho správania sa. Rodinná štruktúra, úroveň sociálnej opory zo strany rodiny, rodičovská kontrola či kvalita rodinnej komunikácie predstavuje niektoré z faktorov rodinného prostredia, ktoré súvisia s výskytom so zdravím súvisiaceho správania (Tomčíková a kol., 2013, Tomčíková a kol., 2009).

V oblasti **vzťahov k rovesníkom** sú vzhľadom na zdravie a so zdravým súvisiace správanie významné najmä rovesnícke skupiny. **Rovesnícke skupiny**, charakterizované výrazným životným štýlom, hudobnými preferenciami a zdieľanými hodnotami a správaním, sú zdrojom určitých štandardov správania sa a pôsobia ako silná sociálna norma najmä v oblasti so zdravím súvisiaceho správania sa (Nicholas, 2009). Vplyv príslušnosti k tradične definovaným rovesníckym subkultúram na zvýšenú pravdepodobnosť rizikového správania sa ako je fajčenie, konzumácia alkoholu, marihuany bol preukázaný vo viacerých existujúcich štúdiách (Bobáková a kol., 2012a, Bobáková a kol., 2012b) . Tento vzťah je pravdepodobne spôsobovaný potrebou adolescentov byť akceptovaný a rešpektovaný svojimi rovesníkmi ako podstatnou referenčnou skupinou. Spolu s potrebou akceptácie tak prijímajú normy a vzorce správania sa, ktoré môžu byť vnímané ako rizikové (Tarrant a kol., 2006).

4. Štúdia Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

4.1 História vzniku a rozvoja štúdie HBSC

Štúdia Health Behaviour in School-aged Children (ďalej len HBSC) je jednou z prvých medzinárodných štúdií, ktorej zrod sa datuje na začiatok 80-tych rokov 20. Storočia, ktorá sa systematicky a dlhodobo venuje monitorovaniu zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa v období rannej a strednej adolescencie. Vznikla ako výsledok stretnutia výskumníkov v roku 1982 ako iniciatíva troch krajín (Veľká Británia, Fínsko a Nórsko) a už v rokoch 1983/1984 na jej základe prebehol prvý zber dát, na ktorom sa už okrem uvedených krajín podieľalo aj Dánsko a Rakúsko. V priebehu nasledujúcich rokov sa postupne rozrastala. V súčasnosti na nej spolupracuje 43 krajín a regiónov (Európa, USA, Kanada, Izrael) (Kalman a kol., 2011, Madarasová Gecková a kol., 2011, Currie a kol., 2012).

Projekt je takmer od svojho počiatku zastrešovaný Regionálnou kanceláriou Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu a koordinovaný v spolupráci s Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU) na Univerzite v St. Andrews (Škótsko, Veľká Británia) a Univerzitou v Bergene (Nórsko). Koordináciu zabezpečuje medzinárodný koordinačný výbor pod vedením prof. Candace Currie (Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU) na Univerzite v St. Andrews, Škótsko, Veľká Británia) (Madarasová Gecková a kol., 2011).

4.2 Ciele a dizajn štúdie HBSC

Cieľom štúdie je monitorovať zdravie a so zdravím súvisiace správanie sa školákov v ich sociálnom kontexte a prehĺbiť porozumenie mechanizmov ovplyvňujúcich rozdiely a zmeny v zdraví a so zdravím súvisiacom správaní sa školákov. Tieto poznatky sa tak následne stávajú dôležitým podkladom pre tvorbu efektívnych programov podpory zdravia, vzdelávacích programov v oblasti

zdravia, sledovania ich účinnosti nielen na národnej ale aj na medzinárodnej úrovni (Madarasová Gecková a kol. 2011, Currie a kol. 2012).

Štúdia je svojim dizajnom prierezová, ale jej pravidelné opakovanie v štvorročných cykloch umožňuje vytvárať harmonizované dátové súbory, ktoré ponúkajú porovnávanie nielen medzi jednotlivými krajinami ale i v priebehu rokov prostredníctvom sledovania trendov. Údaje sú zbierané formou dotazníka, ktorý je anonymnou formou administrovaný v školských triedach tímom školených administrátorov. Účasť respondentov na zbere dát je zaistená súhlasom vedenia školy, informovaného súhlasu rodičov a aj v samotnej fáze zberu dát v školskej triede je dodržiavaná dobrovoľnosť (Madarasová Gecková a kol., 2011).

Pre každý zber dát je vypracovaný výskumný protokol obsahujúci teoretické východiská pre jednotlivé tematické oblasti, povinné moduly dotazníka s podrobnými inštrukciami k ich prekladu, administrácii a vyhodnocovaniu, požadované procedúry pre výber vzorky, zber údajov a prípravu národnej databázy údajov, pokyny k príprave medzinárodnej databázy a pravidlá diseminácie. Jednotlivé moduly dotazníka sú vypracované v spolupráci s špecializovanými pracovnými skupinami sústreďujúcimi sa na konkrétne aspekty a tematické oblasti štúdie („scientific development group, method development group, policy development group, protocol production group, topic oriented working groups“), ktoré pracujú v rámci medzinárodného tímu HBSC. Výsledný protokol prechádza schvaľovacím procesom. Nové položky prípadne celé moduly sú do zberu dát zaradované až po realizácii pilotných štúdií, zhodnotení a implementovaní ich zistení (Madarasová Gecková a kol., 2011).

Cieľová vzorka 11-, 13- a 15-ročných školákov je vyberaná v súlade so štruktúrou vzdelávacieho systému danej krajiny a býva stratifikovaná podľa regiónu a typu školy. Cieľom je získať údaje o 11-, 13- a 15-ročných školákoch, ktoré by boli reprezentatívne pre cieľovú populáciu v danej krajine. Primárnou jednotkou býva obvykle školská trieda, ale môže ňou byť aj celá škola alebo naopak konkrétny jedinec. Každá krajina sa zaväzuje zozbierať približne 1500

respondentov v každej z troch sledovaných vekových skupín (Madarasová Gecková a kol., 2011).

Každá účastnícka krajina sa zároveň zaväzuje zaradiť do svojho dotazníka povinný modul nevyhnutný pre medzinárodné porovnania, avšak okrem toho má k dispozícii tematicky orientované rozširujúce moduly, ktoré sú používané niektorými krajinami s cieľom skúmať zvolenú problematiku detailnejšie. Národné tímy jednotlivých krajín sa zároveň môžu rozhodnúť a do dotazníka zaradiť aj dodatočné položky, ktoré majú z ich pohľadu špeciálny význam v rámci národného a regionálneho kontextu (Madarasová Gecková a kol., 2011). Tematické okruhy zachytávané v povinnom module dotazníka je možné vidieť v Tabuľke 2.

Tabuľka 2 Tematické okruhy povinného modulu HBSC dotazníka z poslednej vlny zberu v školskom roku 2005/2006

Tematický okruh	Indikátor
Demografické údaje	pohlavie, ročník, vek
Ukazovatele zdravia	zdravotné ťažkosti, celkové hodnotenie zdravia, životná spokojnosť, vnímanie vlastného tela, výška a váha, puberta
So zdravím súvisiace správanie	stravovacie návyky, dentálna hygiena, na redukciu hmotnosti zamerané správanie, fyzická aktivita, fajčenie, konzumácia alkoholu, užívanie marihuany, sexuálne správanie
Násilie	úrazy, bitky, šikanovanie
Voľnočasové aktivity	sledovanie televízie, čas strávený pri počítači
Škola	školský výkon, spokojnosť so školou, podpora v triede, stres spojený so školou
Rodina	štruktúra rodiny, finančná situácia rodiny, zamestnanie rodičov, komunikácia s matkou, otcom a súrodencami, rodinný blahobyť
Rovesníci	počet priateľov, čas strávený s priateľmi mimo školy, komunikácia s priateľmi

4.3 Základné informácie o vlne zberu v rámci HBSC štúdie realizovanej na Slovensku v školskom roku 2009/2010

Výskumná vzorka v poslednej vlne zberu v rámci HBSC štúdie realizovanej na Slovensku v školskom roku 2009/2010 bola vytvorená plne v súlade s požiadavkami štúdie HBSC a odzrkadľovala vzdelávací systém na Slovensku. Vzorka bola stratifikovaná podľa regiónu a typu školy (základná škola, osemročné gymnázium). Cieľom bolo získať údaje o 11-, 13- a 15-ročných školákoch, ktoré by boli reprezentatívne pre populáciu na Slovensku.

Zo zoznamu všetkých základných škôl a osemročných gymnázií, ktorý poskytol Ústav informácií a prognóz školstva, bolo náhodným výberom vybraných 134 škôl. Tento počet bol vopred navýšený z dôvodu potreby nahodnotenia veľkosti vzorky. Z tohto zoznamu bolo ďalej náhodne vybraných 108 škôl, ktoré boli kontaktované telefonicky a boli požiadané o súhlas zúčastniť sa na medzinárodnej štúdii HBSC. Počas telefonického rozhovoru so školami, ktoré súhlasili s účasťou na štúdii, boli náhodným výberom vybrané konkrétne triedy (vždy jedna v 5. až 9. ročníku), v ktorých prebehol zber údajov. Účasť odmietli 2 základné školy z dôvodu vysokej frekvencie výskumov prebiehajúcich na ich škole. Podrobný priebeh výberu vzorky v jej jednotlivých stupňoch je znázornený na vývojovom diagrame (Obrázok 9).

Štúdia bola schválená etickou komisiou Lekárskej fakulty Univerzity PJ Šafárika v Košiciach. Rodičia boli o štúdii informovaní prostredníctvom školy a mohli sa rozhodnúť, či súhlasia o účasti v nej v prípade svojich detí. Účasť v štúdii bola úplne dobrovoľná a anonymná bez explicitných stimulov pre účasť.

Dotazníky boli v triedach administrované vyškoleným administrátorom počas jednej vyučovacej hodiny bez prítomnosti učiteľa. Žiakom bola na úvod stručne predstavená HBSC štúdia a po podaní štandardnej inštrukcie prebehlo vyplnenie dotazníkov žiakmi. Vypĺňanie dotazníkov trvalo približne 25-45 minút.

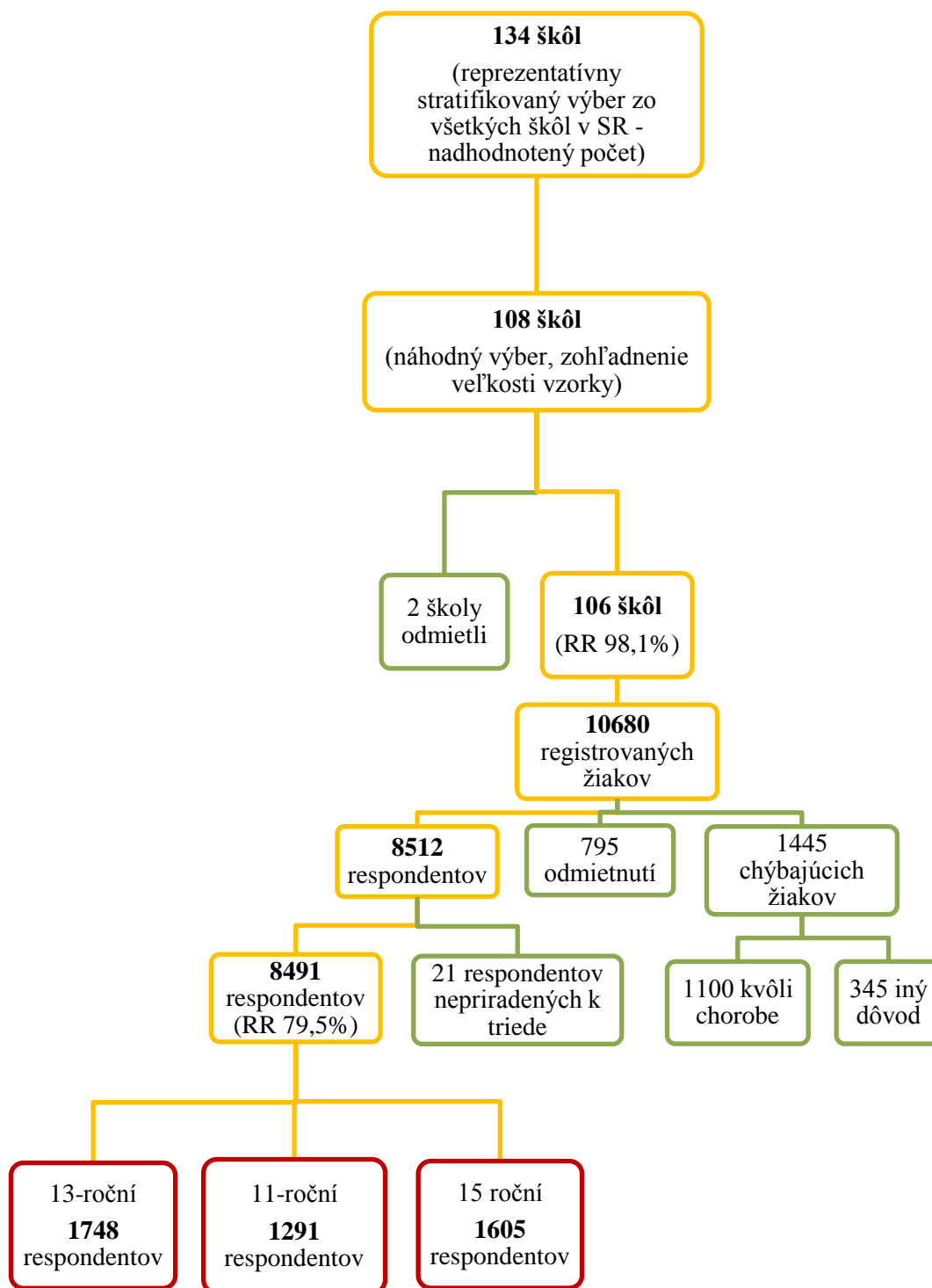
Z konečného počtu 8491 respondentov (miera spätnej odozvy 79,5%) boli vybraní žiaci vo veku 11, 13 a 15 rokov. Neúplná spätná väzba bola predovšetkým z dôvodu choroby (10,3%) a rodičovského nesúhlasu s účasťou ich detí na štúdii (7,4%). Vekové zloženie a pomer chlapcov a dievčat je uvedený

v Tabuľke 3. V nasledujúcich kapitolách budú prezentované výsledky pre vekové kategórie 11-, 13- a 15-ročných školákov.

Tabuľka 3 Vekové zloženie vzorky a zastúpenie respondentov v jednotlivých vekových kategóriách podľa pohlavia

	Priemerný vek	Chlapci		Dievčatá		Spolu	
		N	%	N	%	N	%
11-roční	11.53	528	46.3	612	53.7	1140	100
13-roční	13.50	774	48.4	826	51.6	1600	100
15-roční	15.46	771	49.2	797	50.8	1568	100

Obrázok 9 Vývojový diagram počtu škôl a respondentov vo vzorke



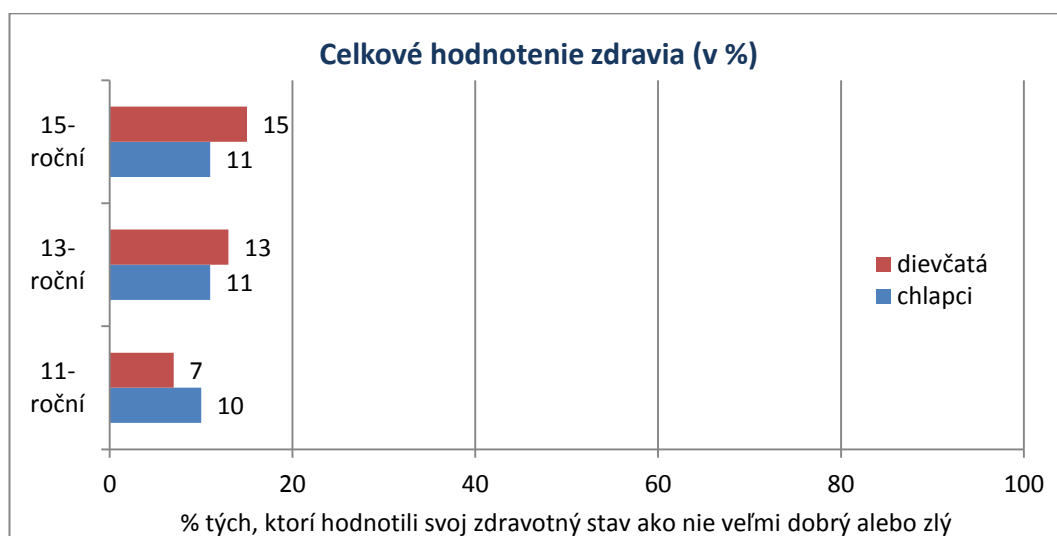
5. Zdravie a subjektívna životná pohoda slovenských adolescentov podľa HBSC štúdie

5.1 Prevalencia ukazovateľov zdravia a subjektívnej životnej pohody podľa vekových skupín a pohlavia

HBSC štúdia využívajú na monitorovanie zdravia a subjektívnej životnej pohody adolescentov niekoľko ukazovateľov. Prvým z nich je celkové hodnotenie zdravia, ktoré je merané prostredníctvom položky „*Povedal/a by si, že Tvoje zdravie je... ?*“ s možnosťami odpovedania „(1) vynikajúce, (2) dobré, (3) nie zlé a (4) zlé“, ktorá sa ukázala byť validným nástrojom vo viacerých uskutočnených štúdiách (Ilder & Benyamani, 1997). Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoje zdravie ako nie zlé alebo zlé. Rodové a vekové porovnania sú prezentované prostredníctvom pomeru šancí (OR) a konfidenčného intervalu (CI) z logistickej regresie (kategória chlapci ako referenčná skupina pre rodové porovnania a kategória 11-ročných ako referenčná skupina pre porovnanie vzhľadom na vek).

Ako je možné vidieť na Grafe 1 Len 10% chlapcov a 7% dievčat vo veku 11 rokov hodnotilo svoje zdravie ako „nie zlé“ alebo „zlé“. Vo veku 13 rokov to bolo 11% chlapcov a 13% dievčat. Podobne tomu bolo i vo veku 15 rokov. Dievčatá mali vo všeobecnosti tendenciu hodnotiť svoje zdravie horšie ako chlapci. Výnimku tvorila skupina 11-ročných. Štatisticky významný bol rozdiel u 15-ročných (OR/CI: 1.4/1.04-1.88). Je vidieť tendenciu hodnotiť svoje zdravie so stúpajúcim vekom ako horšie, a to hlavne v prípade dievčat. Práve u nich sa ukázal štatisticky významný rozdiel medzi skupinou 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 0.46/0.32-0.65).

Graf 1 Celkové hodnotenie zdravia (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia

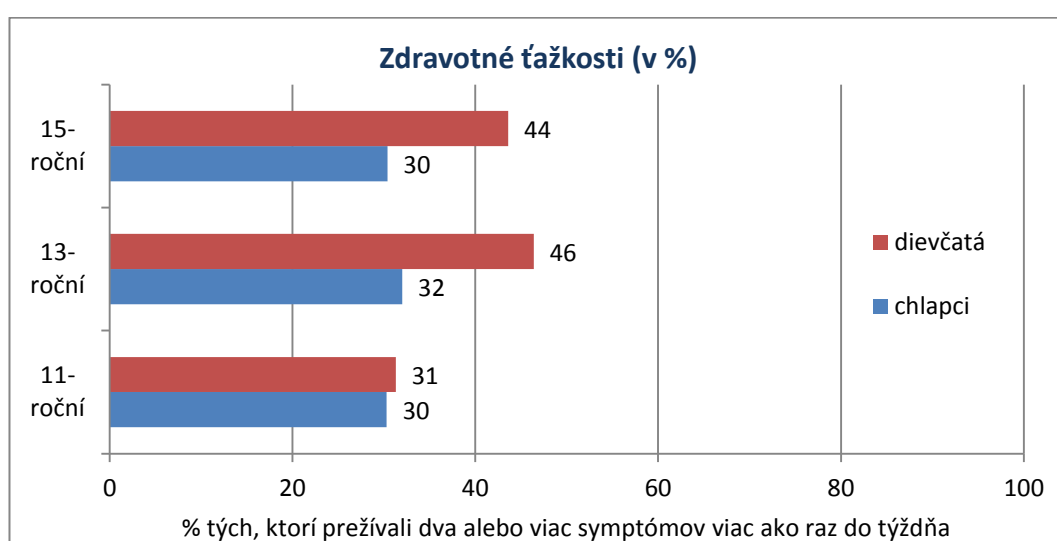


Zdravotné ťažkosti boli merané prostredníctvom pôvodnej v rámci HBSC štúdie vytvorenej otázky „*Za posledných 6 mesiacov: Ako často sa Ti stalo, že... ?*“ zachytávajúcej prežívanie 8 fyzických a psychologických symptómov (a) *Ťa bolela hlava*, (b) *Ťa bolelo brucho*, (c) *Ťa boľel chrbát*, (d) *si bol/a smutný/á, na dne*, (e) *si bol/a podráždený/á alebo si mal/a zlú náladu*, (f) *si mal/a pocit nervozity*, (g) *si mal/a ťažkosti so zaspávaním* a (h) *sa Ti točila hlava* s možnosťami odpovedania (1) *asi každý deň*, (2) *viac ako raz za týždeň*, (3) *asi každý týždeň*, (4) *asi každý mesiac*, (5) *zriedkavo alebo nikdy* (Currie a kol., 2012). Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí prežívali dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa ako aj výskyt jednotlivých symptómov viac ako raz do týždňa. Rodové a vekové porovnania sú prezentované prostredníctvom pomeru šancí (OR) a konfidenčného intervalu (CI) z logistickej regresie (kategória chlapci ako referenčná skupina pre rodové porovnania a kategória 11-ročných ako referenčná skupina pre porovnanie vzhľadom na vek).

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

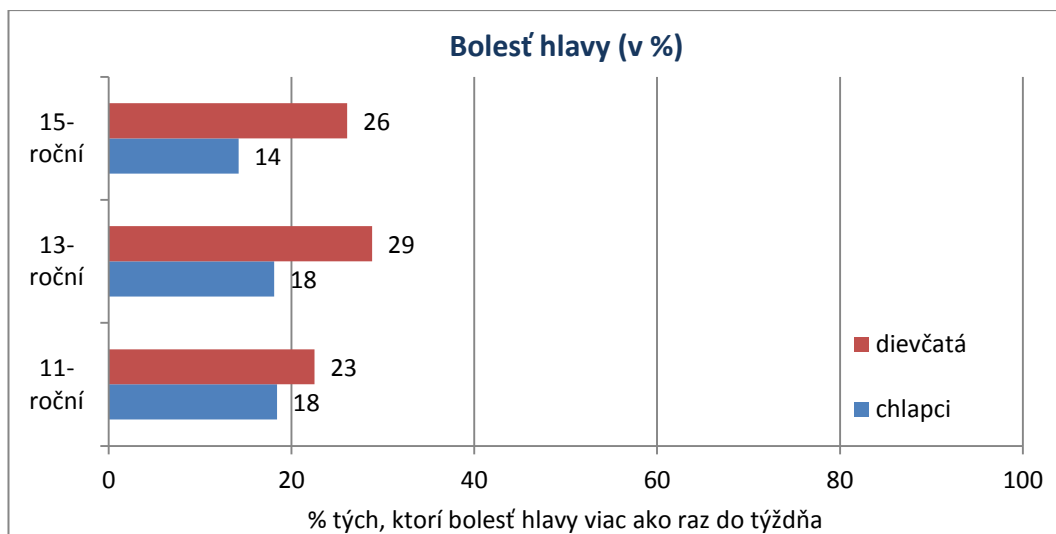
ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu ťažkostí bola štatisticky významne vyššia v skupine 13- a 15-ročných dievčat, v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 13-roční: 1.8/1.51-2.25; 15-roční: 1.8/1.43-2.17). Je možné vidieť tendenciu udávať zdravotné ťažkosti častejšie s pribúdajúcim vekom u dievčat. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 0.6/0.47-0.74) (Graf 2).

Graf 2 Zdravotné ťažkosti (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia



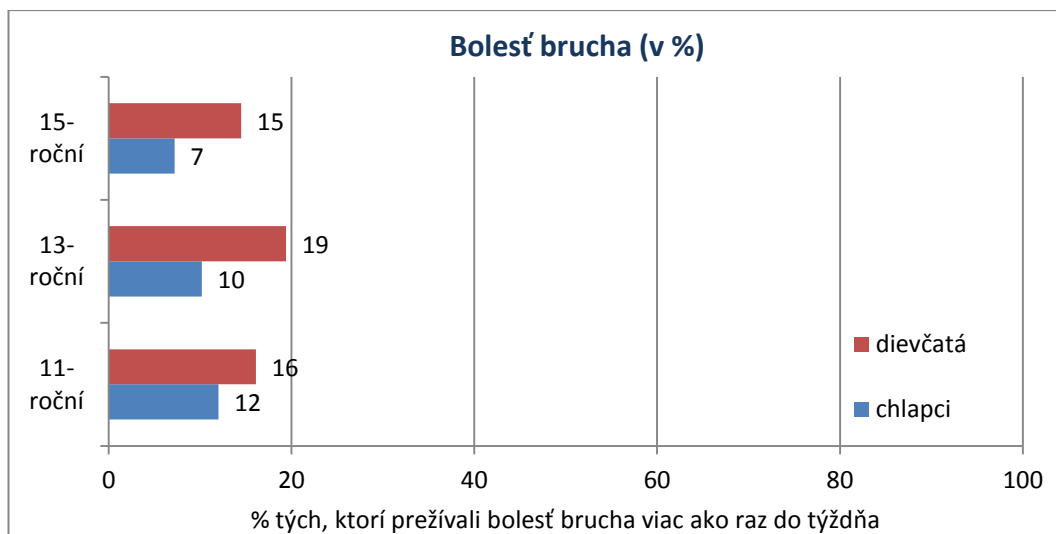
Približne 14% až 18% chlapcov a 23% až 29% dievčat odpovedalo, že prežívali bolesť hlavy viac ako raz do týždňa. Dievčatá vo všetkých vekových skupinách udávali výskyt bolestí hlavy častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia v skupine 13- a 15-ročných dievčat, v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 13-roční: 1.8/1.45-2.30; 15-roční: 2.1/1.66-2.76). Je možné vidieť miernu tendenciu udávať bolesti hlavy častejšie s pribúdajúcim vekom u dievčat zatiaľ čo u chlapcov je táto tendencia klesajúca. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 13-ročných dievčat (OR/CI: 1.4/1.10-1.76) a 11-ročných vs. 15-ročných chlapcov (OR/CI: 0.7/0.55-0.97) (Graf 3).

Graf 3 Bolesť hlavy (v %) stratifikovaná podľa vekových skupín a pohlavia



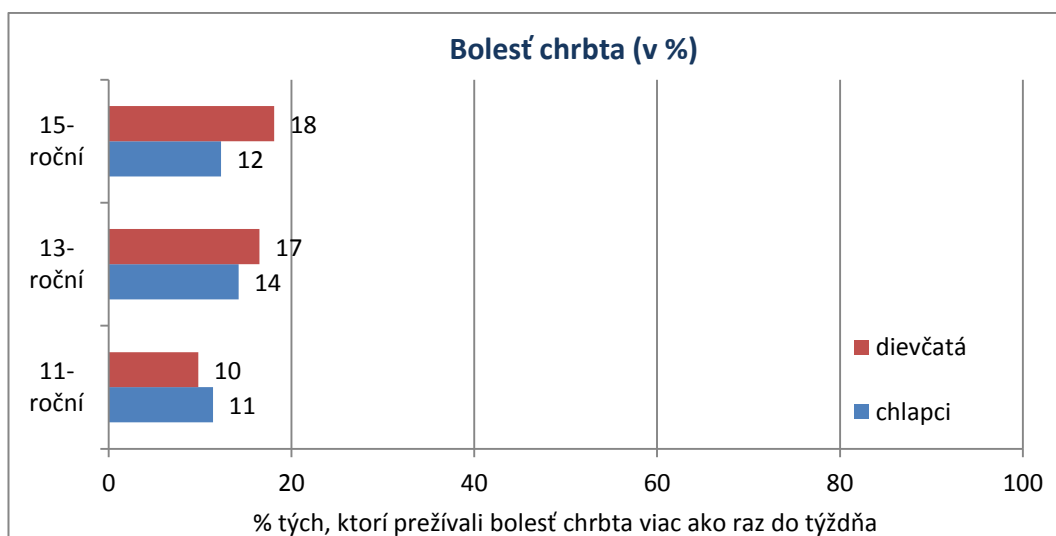
Približne 7% až 12% chlapcov a 15% až 19% dievčat odpovedalo, že prežívali bolesť brucha viac ako raz do týždňa. Dievčatá vo všetkých vekových skupinách udávali výskyt bolesti brucha častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia v skupine 11-, 13- a 15-ročných dievčat, v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 11-roční: 1.4/1.01-1.95; 13-roční: 2.1/1.59-2.79; 15-roční: 2.2/1.56-3.04). Je možné vidieť miernu klesajúcu tendenciu v udávaní bolesti brucha s pribúdajúcim vekom u chlapcov. U dievčat dochádza k nárastu medzi 11-tým a 13-tým rokom a následne k spätnému poklesu medzi 13-tým a 15-tým rokom. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený len pri porovnaní 11-ročných vs. 15-ročných chlapcov (OR/CI: 0.6/0.40-0.83) (Graf 4).

Graf 4 Bolesť brucha (v %) stratifikovaná podľa vekových skupín a pohlavia



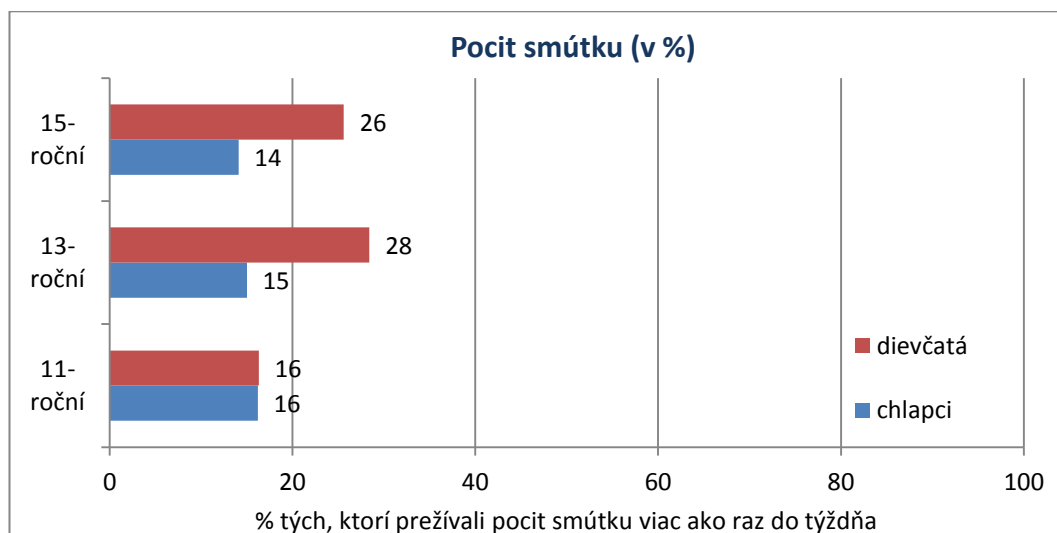
Bolesť chrbta udávalo viac ako raz do týždňa 11% až 14% chlapcov a 10% až 18% dievčat. Dievčatá mali tendenciu udávať výskyt bolesti chrbta častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia len v skupine 15-ročných dievčat v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 15-roční: 1.6/1.19-2.08). Vzhľadom na vekové rozdiely, u dievčat dochádza k nárastu medzi 11-tým a 13-tým rokom. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 13-ročných (OR/CI: 1.8/1.33-2.48) a 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 2.0/1.48-2.78) (Graf 5).

Graf 5 Bolesť chrbta (v %) stratifikovaná podľa vekových skupín a pohlavia



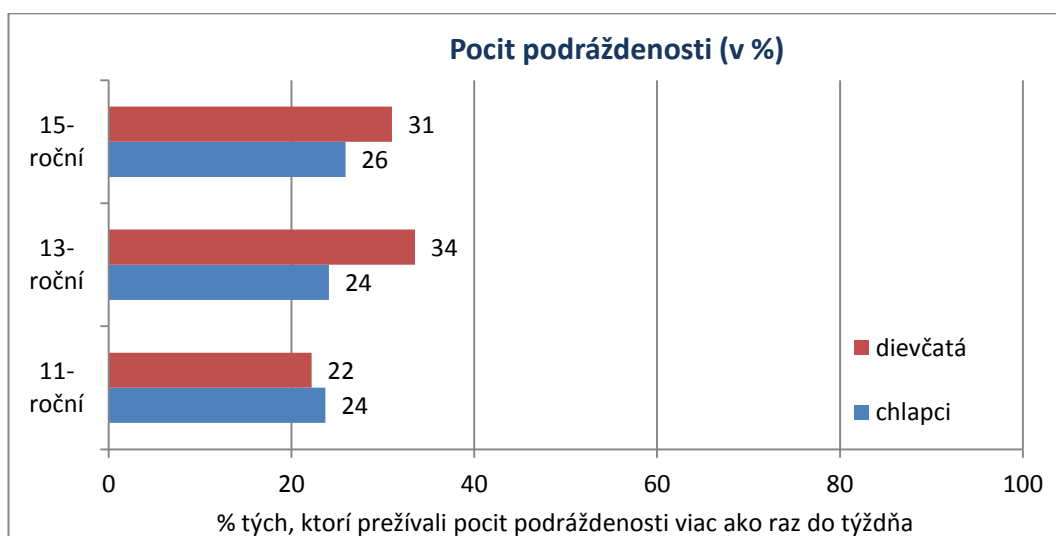
Pocity smútku prežívalo viac ako raz do týždňa 14% až 16% chlapcov a 16% až 28% dievčat. Dievčatá mali tendenciu udávať pocity smútku častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia v skupine 13-ročných a 15-ročných dievčat v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 13-roční: 2.2/1.78-2.86; 15-roční: 2.1/1.63-2.71). Vzhľadom na vekové rozdiely, u dievčat dochádza k nárastu medzi 11-tym a 13-tym rokom. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 13-ročných (OR/CI: 2.0/1.58-2.62) a 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 1.8/1.36-2.29) (Graf 6).

Graf 6 Pocity smútku (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia



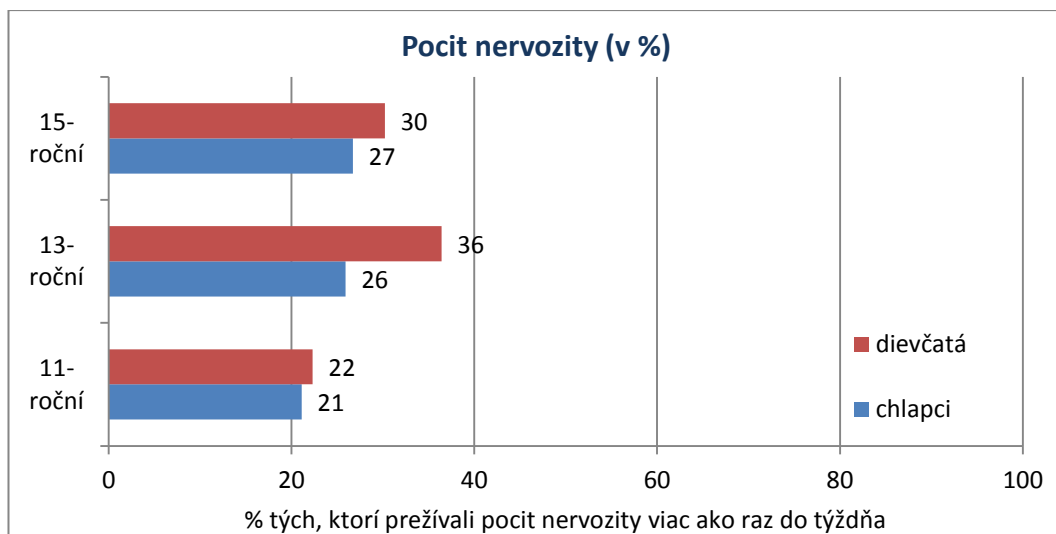
Približne 24% až 26% chlapcov a 22% až 34% dievčat prežívalo pocit podráždenosti viac ako raz do týždňa. Dievčatá mali tendenciu udávať pocity podráždenosti častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia v skupine 13-ročných a 15-ročných dievčat v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 13-roční: 1.6/1.28-1.96; 15-roční: 1.3/1.04-1.61). Vzhľadom na vekové rozdiely, u dievčat dochádza k nárastu medzi 11-tym a 13-tym rokom. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 13-ročných (OR/CI: 1.8/1.40-2.23) a 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 1.6/1.24-2.00) (Graf 7).

Graf 7 Pocit podráždenosti (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia



Pocit nervozity udávalo viac ako raz do týždňa 21% až 27% chlapcov a 22% až 36% dievčat. Dievčatá mali tendenciu prežívať pocity nervozity častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia len v skupine 13-ročných dievčat v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 13-roční: 1.6/1.32-2.01). Je možné vidieť miernu stúpajúcu tendenciu v udávaní pocitov nervozity s pribúdajúcim vekom u chlapcov. U dievčat dochádza k nárastu medzi 11-tým a 13-tým rokom a následne k miernemu poklesu medzi 13-tým a 15-tým rokom. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 13-ročných (OR/CI: 1.3/1.01-1.69) a 11-ročných vs. 15-ročných chlapcov (OR/CI: 1.4/1.06-1.76) ako aj 11-ročných vs. 13-ročných (OR/CI: 2.0/1.59-2.51) a 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 1.5/1.19-1.91) (Graf 8).

Graf 8 Pocit nervozity (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia



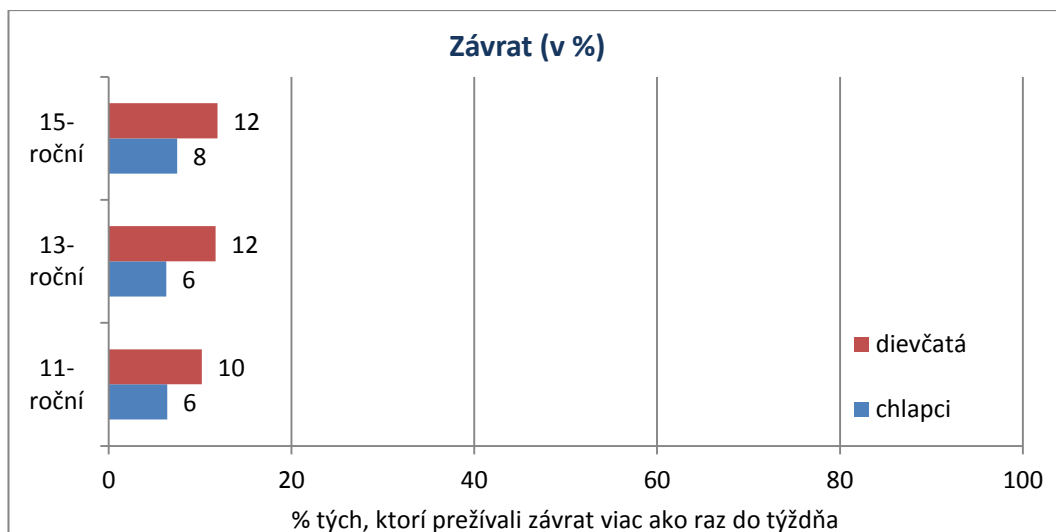
Približne 13% chlapcov a 14% až 19% dievčat udávalo ťažkosti so zaspávaním viac ako raz do týždňa. Dievčatá mali tendenciu udávať ťažkosti so zaspávaním častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia v skupine 13-ročných a 15-ročných dievčat v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 13-roční: 1.4/1.07-1.80; 15-roční: 1.5/1.13-1.94). Z hľadiska vekových rozdielov, u dievčat dochádza k nárastu medzi 11-tym a 13-tym rokom. Štatisticky významný rozdiel bol potvrdený pri porovnaní 11-ročných vs. 13-ročných (OR/CI: 1.3/1.02-1.77) a 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 1.4/1.03-1.81) (Graf 9).

Graf 9 Ťažkosti so zaspávaním (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia



Závrat udávalo viac ako raz do týždňa 6% až 8% chlapcov a 10% až 12% dievčat. Dievčatá mali tendenciu udávať výskyt závratu častejšie ako chlapci. Pravdepodobnosť výskytu bola štatisticky významne vyššia v skupine 11-ročných, 13-ročných a 15-ročných dievčat v porovnaní so skupinou rovnako starých chlapcov (OR/CI: 11-roční: 1.6/1.08-2.50; 13-roční: 2.0/1.40-2.82; 15-roční: 1.7/1.19-2.36). Vzhľadom na vekové rozdiely je výskyt u chlapcov aj dievčat v jednotlivých vekových skupinách približne rovnaký bez štatisticky významných rozdielov (Graf 10).

Graf 10 Závrat (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia

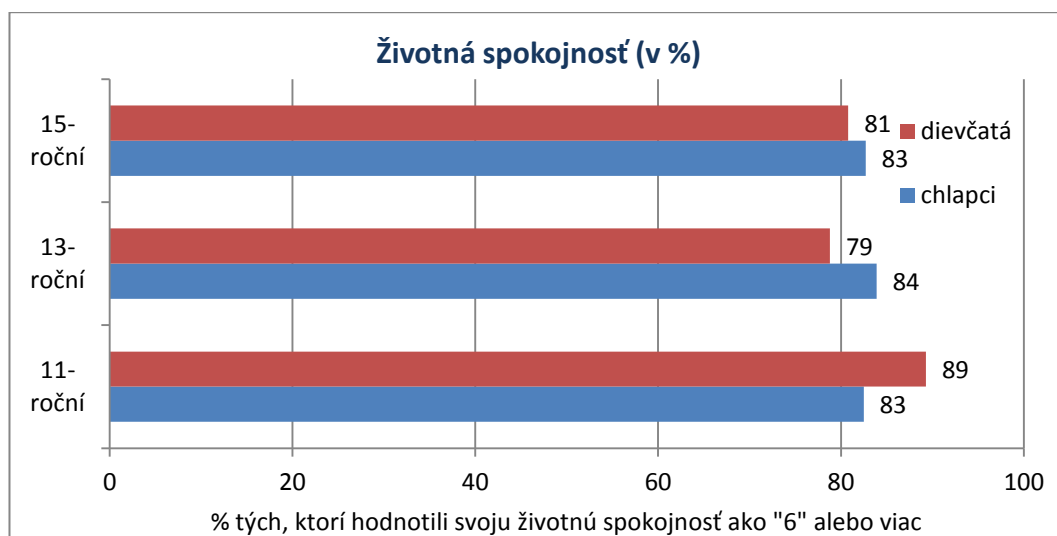


Životná spokojnosť ako aspekt subjektívnej životnej pohody bola overovaná prostredníctvom Cantrilovho rebríka životnej spokojnosti, jednopoložkového meracieho nástroja „*Toto je obrázok rebríka. Vrchná časť rebríka "10" je Tvoj najlepší možný život a spodná časť rebríka „0“ je Tvoj najhorší možný život. Vo všeobecnosti, kde sa cítiš, že stojíš na tomto rebríku Ty v tomto momente? Zaškrtni políčko vedľa čísla, ktoré najlepšie popisuje, kde stojíš Ty.*“ so škálou od „0 najhorší možný život“ po „10 najlepší možný život“ (Cantril, 1965). Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí hodnotili svoju životnú spokojnosť číslom „6“ alebo viac. Rodové a vekové porovnania sú prezentované prostredníctvom pomeru šanci (OR) a konfidenčného intervalu (CI) z logistickej regresie (kategória chlapci ako referenčná skupina pre rodové porovnania a kategória 11-ročných ako referenčná skupina pre porovnanie vzhľadom na vek).

Ako je možné vidieť v Grafe 11 Približne 80% školákov vo všetkých vekových skupinách hodnotilo svoju životnú spokojnosť pozitívne. Vo vekovej skupine 11-ročných dievčat svoju životnú spokojnosť hodnotilo pozitívne až 89% z nich. Dievčatá mali vo všeobecnosti tendenciu hodnotiť svoju životnú spokojnosť horšie ako chlapci. Výnimku tvorila skupina 11-ročných. Štatisticky významný bol rozdiel u 11-ročných (OR/CI: 1.8/1.27-2.44) a 13-ročných (OR/CI: 0.7/0.56-0.91). Chlapci hodnotili svoju životnú spokojnosť približne rovnako vo

všetkých vekových skupinách. U dievčat je možné sledovať výrazný pokles v hodnotení životnej spokojnosti so stúpajúcim vekom. Štatisticky významný rozdiel bol v skupine 11-ročných vs. 15-ročných dievčat (OR/CI: 2.0/1.46-2.67).

Graf 11 Životná spokojnosť (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia

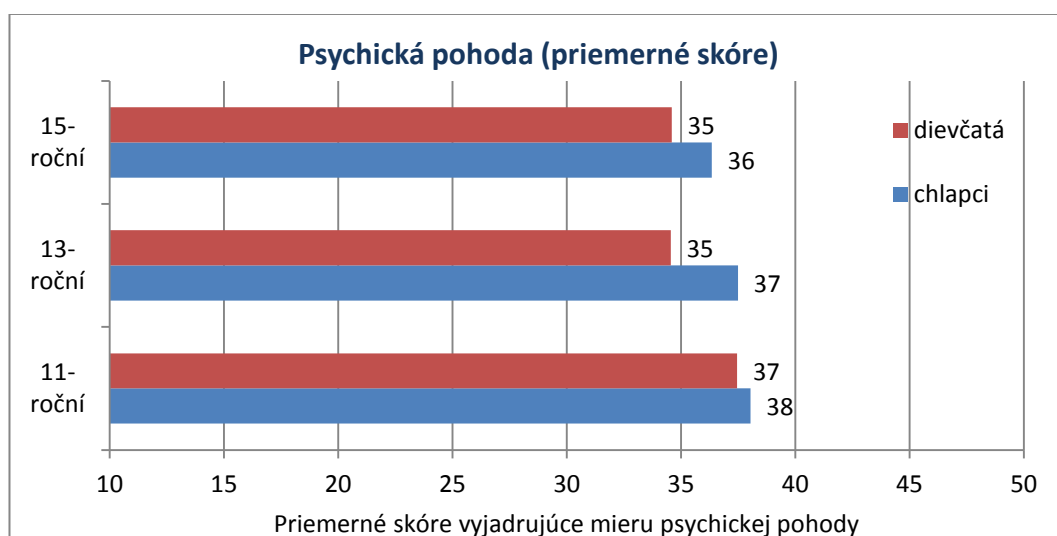


Subjektívna životná pohoda bola taktiež overovaná prostredníctvom dotazníka KIDSCREEN pozostávajúceho z 10 položiek: „Porozmýšľaj o minulom týždni... Cítla/a si sa fit a dobre?; Cítil/a si sa plný/á energie?; Cítil/a si sa smutný/á?; Cítil/a si sa osamelý/á?; Mal/a si dostatok času pre seba?; Bol/a si schopný/á urobiť veci, ktoré si chcel/a robiť vo svojom voľnom čase?; Jednali Tvoji rodičia s Tebou slušne?; Zabavil/a si sa so svojimi kamarátmi?; Išlo Ti to v škole dobre?; Bol/a si schopný/á sústrediť sa?“ s možnosťami odpovedania na 5-bodovej škále (1) nikdy, (2) zriedkavo, (3) často, (4) veľmi často, (5) vždy. Po prekódovaní negatívne orientovaných položiek bolo sčítaním bodov pre každú otázku získané celkové skóre, ktoré môže byť v rozmedzí od 10 do 50. Prezentované je priemerné skóre pre chlapcov a dievčatá v jednotlivých vekových skupinách. Vyššie skóre vyjadruje lepšiu psychickú pohodu (Ravens-Sieberer, 2006). Porovnanie podľa pohlavia bolo uskutočnené prostredníctvom Studentovho

t-testu a porovnanie jednotlivých vekových skupín prostredníctvom ANOVA analýzy za použitia post hoc testov.

Priemerné skóre sa pohybovalo v jednotlivých vekových skupinách u chlapcov a dievčat v rozmedzí od 35 do 38. Dievčatá mali vo všeobecnosti tendenciu hodnotiť svoju psychickú pohodu horšie ako chlapci. Štatisticky významný rozdiel bol vo vekových skupinách 13-ročných a 15-ročných. Je vidieť tendenciu hodnotiť svoju psychickú pohodu horšie u starších školákov, hlavne v prípade dievčat. Štatisticky významný rozdiel bol zistený medzi skupinou 11-ročných vs. 13-ročných a 11-ročných vs. 15-ročných dievčat. V prípade chlapcov bol štatisticky významný rozdiel medzi skupinou 11-ročných vs. 15-ročných a 13-ročných vs. 15-ročných (Graf 12).

Graf 12 Priemerné skóre v psychickej pohode stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia



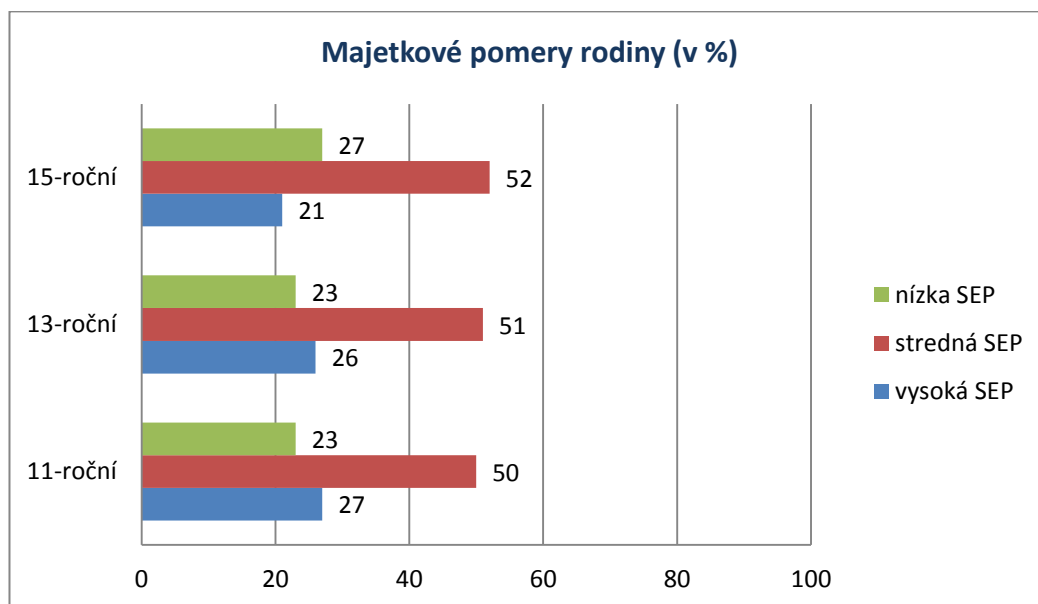
5.2 Porovnanie ukazovateľov zdravia a subjektívnej životnej pohody podľa socioekonomického statusu

Keďže jednotlivé ukazovatele zdravia a subjektívnej pohody môžu byť determinované socioekonomickou pozíciou rodiny (SEP), prevalencia celkového hodnotenia zdravia, zdravotných ťažkostí, životnej spokojnosti ako aj sumárneho

skóre škály psychickej pohody bolo porovnávané aj vzhľadom na tento determinant. Socioekonomická pozícia rodiny bola meraná prostredníctvom Škály rodinného blahobytu, pozostávajúcej zo štyroch položiek mapujúcich majetnosť rodiny („*Vlastní Tvoja rodina auto, dodávku alebo nákladné auto? Máš svoju vlastnú izbu pre seba? Koľkokrát za posledných 12 mesiacov ste vycestovali niekam preč na dovolenku so svojou rodinou? Koľko počítačov vlastní Tvoja rodina?*“), ktorých skórovaním a následným sčítaním sa získa sumárne skóre škály (od 0 do 9), ktoré je následne rozdelené do troch kategórií (1) nízka miera blahobytu (skóre 0-3), (2) stredná miera blahobytu (skóre 4-6) a (3) vysoká miera blahobytu (skóre 7-9).

Polovica školákov spadá do kategórie strednej miery rodinného blahobytu. Približne štvrtina školákov tvorí kategóriu nízkej miery rodinného blahobytu. Do kategórie vysokej miery rodinného blahobytu sa zaradilo 21 až 27% % školákov (Graf 13).

Graf 13 Socioekonomická pozícia rodiny stratifikovaná podľa vekových skupín

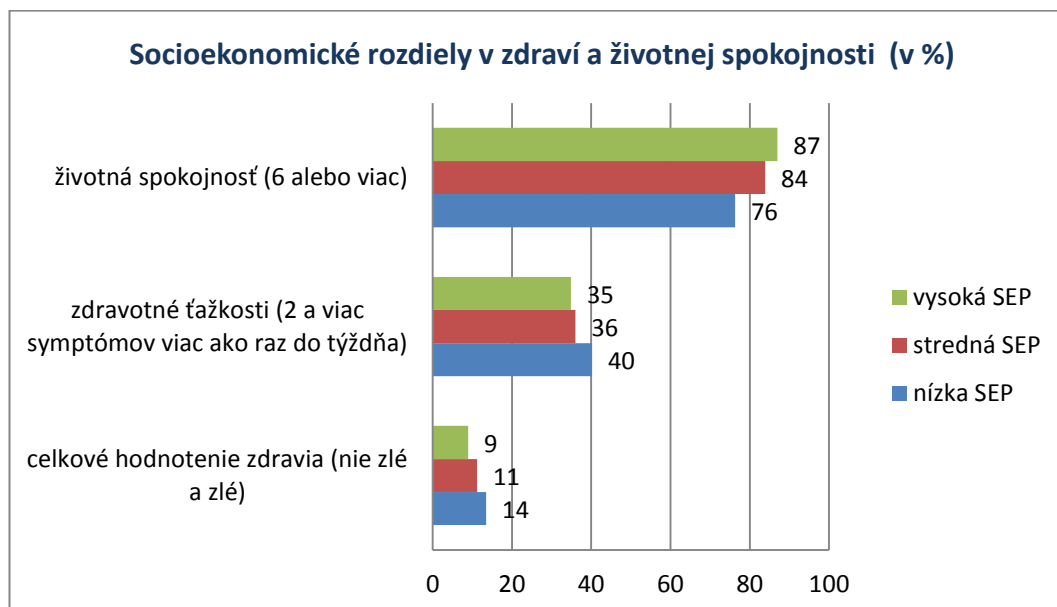


Porovnania na základe socioeconomickej pozície sú v prípade celkového hodnotenia zdravia, zdravotných ťažkostí a životnej spokojnosti prezentované

prostredníctvom pomeru šancí (OR) a konfidenčného intervalu (CI) z logistickej regresie (vysoká SEP ako referenčná skupina) a v prípade priemerného skóre psychickej pohody prostredníctvom ANOVA analýzy za použitia post hoc testov.

V prípade celkového hodnotenia zdravia ako aj zdravotných ťažkostí je možné vidieť klesajúcu tendenciu s narastajúcou socioekonomickou pozíciou rodiny. Štatisticky významný rozdiel bol zistený v celkovom hodnotení zdravia medzi skupinou s nízkou SEP vs. vysokou SEP (OR/CI: 1.6/1.18-2.08). U zdravotných ťažkostí bol štatisticky významný rozdiel rovnako zistený medzi skupinou s nízkou SEP vs. vysokou SEP (OR/CI: 1.3/1.04-1.51). Vzhľadom na životnú spokojnosť je možné sledovať zvyšovanie celkovej životnej spokojnosti s narastajúcou socioekonomickou pozíciou rodiny. Štatisticky významný rozdiel bol zistený v celkovom hodnotení zdravia medzi skupinou s nízkou SEP vs. vysokou SEP (OR/CI: 0.5/0.38-0.61) ako aj medzi skupinou so strednou SEP vs. vysokou SEP (OR/CI: 0.8/0.63-0.97) (Graf 14).

Graf 14 Porovnanie výskytu ukazovateľov zdravia a psychickej pohody podľa socioeconomickej pozície



V prípade priemerného skóre psychickej pohody bola zaznamenaná klesajúca tendencia s narastajúcou socioekonomickou pozíciou rodiny. Štatisticky významný rozdiel bol zistený v priemernom skóre psychickej pohody medzi skupinou s nízkou SEP vs. strednou SEP, skupinou s nízkou SEP vs. vysokou SEP ako aj medzi skupinou so strednou SEP vs. vysokou SEP.

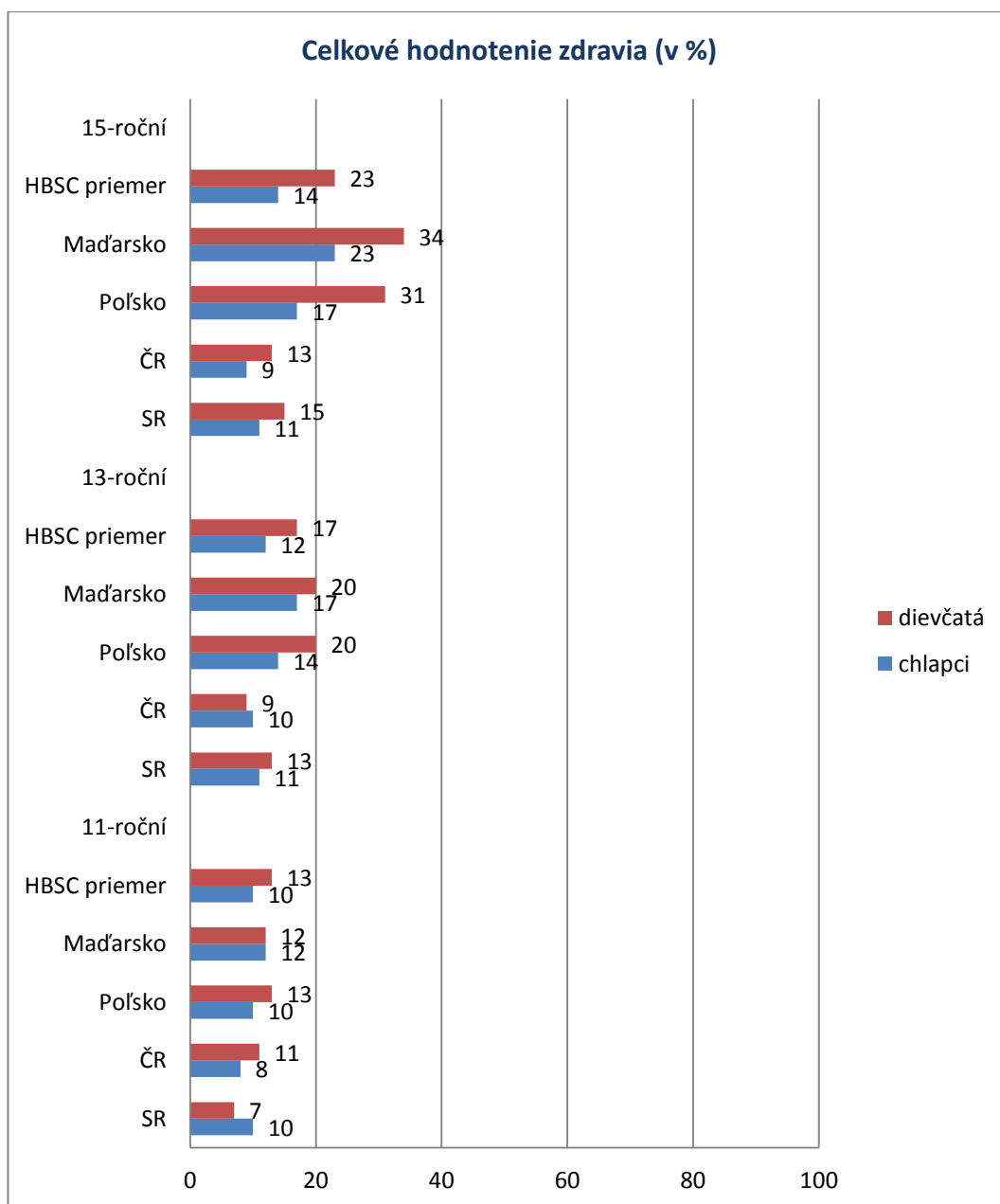
5.3 Porovnanie ukazovateľov zdravia a subjektívnej životnej pohody s krajinami strednej Európy

HBSC štúdiá umožňuje aj porovnávanie medzi jednotlivými krajinami. V tejto podkapitole bude prezentovaný výskyt celkovo hodnoteného zdravia, zdravotných ťažkostí a životnej spokojnosti v krajinách strednej Európy (Slovenská republika, Česká republika, Poľsko a Maďarsko) ako ukazovateľov meraných vo všetkých uvedených krajinách.

Informácie o reportovaní celkovo hodnoteného zdravia, zdravotných ťažkostí a životnej spokojnosti za Českú republiku, Poľsko, Maďarsko a priemer HBSC štúdie sú prebrané z medzinárodnej HBSC správy (Currie a kol., 2012).

V prípade porovnania celkovo hodnoteného zdravia medzi krajinami strednej Európy je vo vekovej skupine 11-ročných možné vidieť, že Slovenská aj Česká republika udáva takmer rovnaké percento tých, ktorí hodnotia svoje zdravie ako nie veľmi dobré alebo zlé. O niečo vyšší je ich percentuálny výskyt v Poľsku a Maďarsku. Výsledky sú v tejto vekovej skupine porovnateľné aj s priemerom HBSC štúdie (Graf 15). V prípade vekovej skupiny 13-ročných sa rozdiely v percentuálnom zastúpení tých, ktorí hodnotia svoje zdravie ako nie veľmi dobré alebo zlé začínajú zväčšovať. Slovenská a Česká republika sú opäť porovnateľné, avšak výskyt v Poľsku a Maďarsku je už výrazne vyšší najmä u dievčat. Podobná je aj situácia vo vekovej skupine 15-ročných, kde sa uvedené rozdiely majú tendenciu ešte viac prehlbovať.

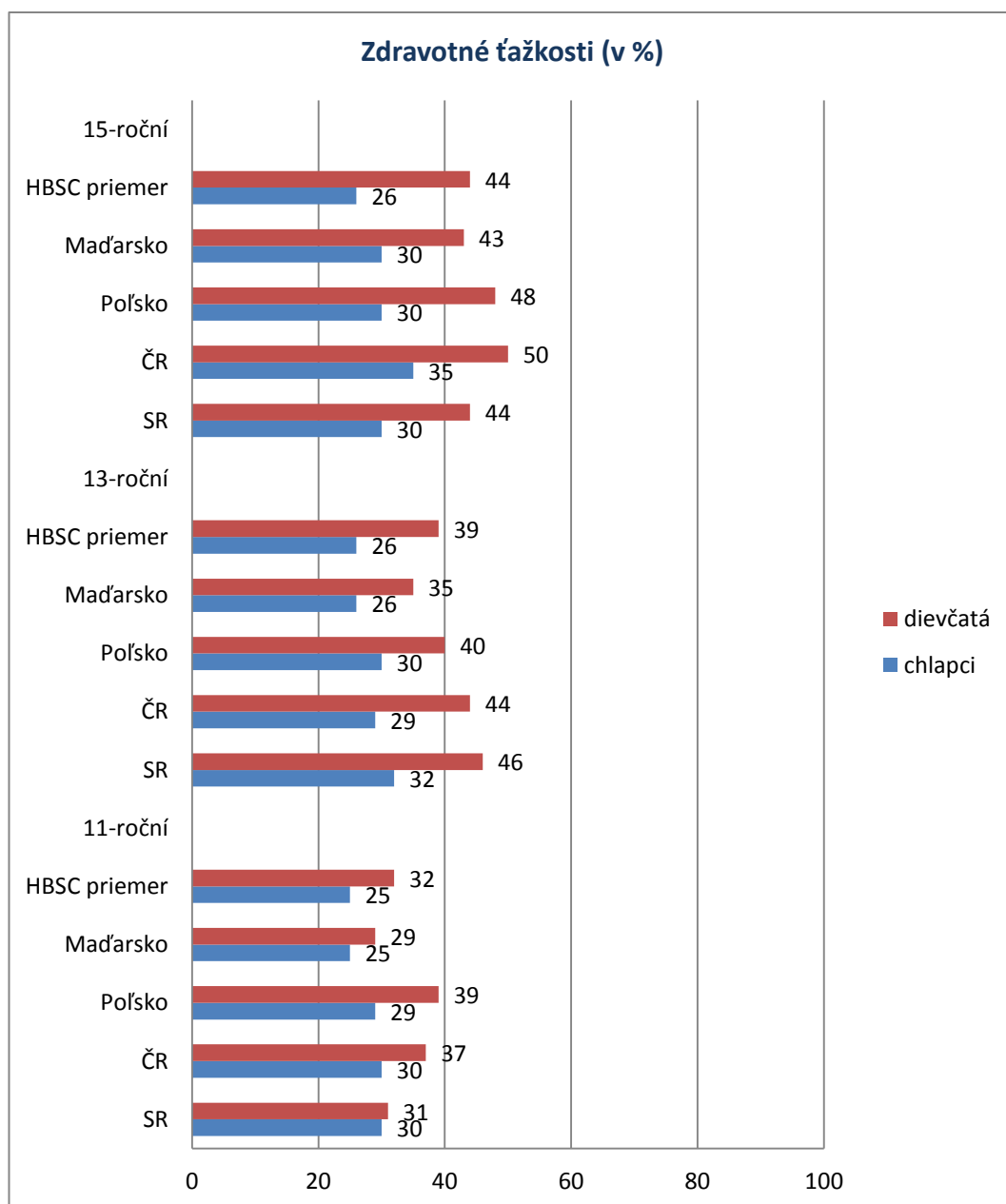
Graf 15 Porovnanie krajín strednej Európy v celkovom hodnotení zdravia



V prípade porovnania zdravotných ťažkostí medzi krajinami strednej Európy je vo vekovej skupine 11-ročných možné vidieť približne rovnaký výskyt tých, ktorí prežívali dva alebo viac symptómov viac ako raz do týždňa u chlapcov v Slovenskej republike, Českej republike a Poľsku a o niečo nižší výskyt v Maďarsku. V skupine dievčat je Slovenská republika porovnateľná s Maďarskom a o niečo vyšší je výskyt zdravotných ťažkostí v Českej republike

a Poľsku. V prípade vekovej skupiny 13-ročných sa rozdiely v percentuálnom vyskytujú skôr v prípade dievčat, skupina chlapcov je v porovnaní krajín pomerne vyrovnaná. Podobná je aj situácia vo vekovej skupine 15-ročných (Graf 16).

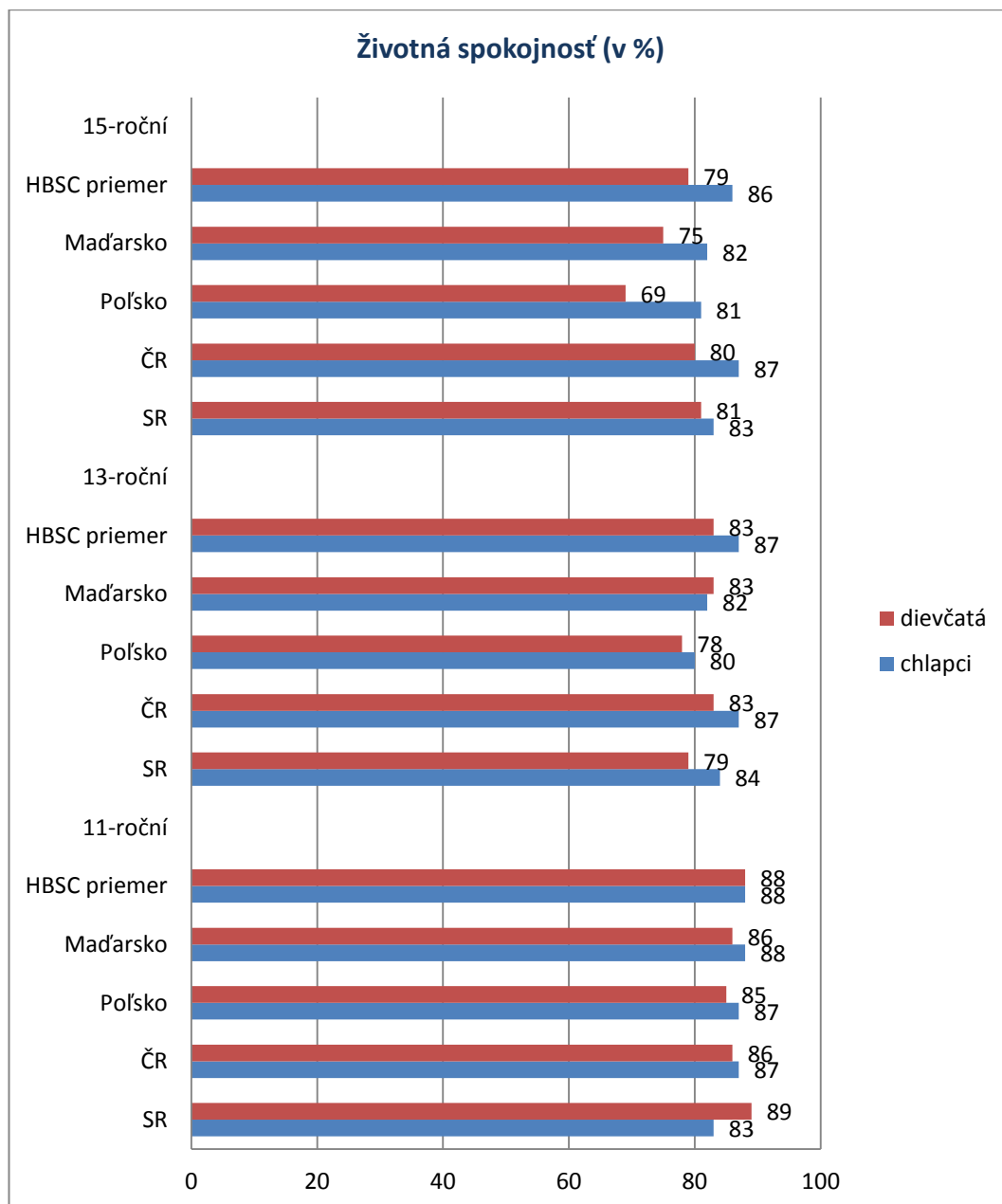
Graf 16 Porovnanie krajín strednej Európy v zdravotných ťažkostiach



Životná spokojnosť „6“ alebo viac je vo vekovej skupine 11-ročných udávaná vo všetkých krajinách strednej Európy približne rovnako. Vo vekovej

skupine 13-ročných je v prípade chlapcov aj dievčat situácia stále pomerne vyrovnaná. Mierne rozdiely je možné sledovať v skupine 15-ročných dievčat, kde najnižšie percentuálne zastúpenie tých, ktoré hodnotia svoju životnú spokojnosť ako „6“ alebo viac uvádza Poľsko (Graf 17).

Graf 17 Porovnanie krajín strednej Európy v životnej spokojnosti



6. Vzťah zdravia, subjektívnej životnej pohody a vybraných foriem so zdravím súvisiaceho správania u slovenských adolescentov podľa HBSC štúdie

Zdravie a subjektívna životná pohoda adolescentov je pomerne úzko prepojená so zdravím súvisiacim správaním. Prezentovaný bude vzájomný vzťah vybraných foriem so zdravím súvisiaceho správania na strane jednej a celkovo hodnoteného zdravia, zdravotných ťažkostí a životnej spokojnosti na strane druhej.

6.1 Vplyv účasti na násilnom správaní na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov

Násilné správanie, reprezentované účasťou na bitke a šikanovaní, bolo hodnotené vo vzťahu k zdraviu a psychickej pohode adolescentov ako prvé. Účasť na bitke bola overovaná prostredníctvom otázky „*V priebehu posledných 12 mesiacov, koľkokrát si sa zúčastnil/a fyzickej bitky?*“ s možnosťami odpovedania (0) *nezúčastnil/a som sa fyzickej bitky v posledných 12 mesiacoch*, (1) *1krát*, (2) *2krát*, (3) *3krát* a (4) *4 alebo viac krát*. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa aspoň raz zúčastnili fyzickej bitky. Účasť na šikanovaní v úlohe obeť alebo agresora bola overovaná dvoma položkami, ktoré boli prezentované s nasledujúcim úvodom: „*Toto sú niektoré otázky ohľadom šikanovania. Hovoríme, že spolužiak/čka je šikanovaný/á, keď jemu alebo jej iný spolužiak/čka alebo skupina spolužiakov povedia alebo urobia protivné a nepríjemné veci. Šikanovanie je tiež, keď sa spolužiakovi/čke opakovane posmievajú spôsobom, ktorý mu nie je príjemný alebo keď je spolužiak/čka schválne vylúčený/á z kolektívu. Šikanovanie ale nie je, keď sa dvaja spolužiaci/čky zhruba rovnako silní/é hádajú alebo bijú. Šikanovanie taktiež nie je, keď je spolužiak/čka podpichovaný/á kamarátskym a hravým spôsobom.*“ V prípade obeť šikanovania bola následne položená otázka „*Ako často Ti niekto takýmto spôsobom ubližoval v škole za posledných pár mesiacov?*“ s možnosťami odpovedania (0) *nestalo sa mi to v škole za posledných pár mesiacov*, (1) *stalo sa to len raz alebo dvakrát*, (2) *2- 3krát mesačne*, (3) *asi raz za týždeň*, (4)

niekoľkokrát za týždeň. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa stali obeťou násilia najmenej 2- až 3-krát za mesiac. V prípade aktéra šikanovania bola následne položená otázka „Ako často si sa zúčastnil/a takéhoto správania voči inému/iným spolužiakovi/spolužiakom v škole za posledných pár mesiacov?“ s možnosťami odpovedania (0) nezúčastnil/a som sa takéhoto správania voči inému/iným spolužiakovi/ spolužiakom v škole za posledných pár mesiacov, (1) stalo sa to len raz alebo dvakrát, (2) 2- 3krát mesačne, (3) asi raz za týždeň, (4) niekoľkokrát za týždeň. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že sa zúčastnili takéhoto správania najmenej 2- až 3krát za mesiac (Olweus, 1996).

Vzťah medzi účasťou na bitke, účasťou na šikanovaní ako obeť a účasťou na šikanovaní ako agresor k celkovo hodnotenému zdraviu, zdravotným ťažkostiam a životnej spokojnosti bol hodnotený prostredníctvom binárnej logistickej regresie v troch krokoch. V prvom kroku bola uskutočnená univariálna analýza, v druhom kroku bola uskutočnená multivariálna analýza, ktorá bola v treťom a finálnom kroku adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status rodiny definovaný prostredníctvom škály rodinného blahobytu. Prezentovaný je pomer šancí (Odds ratio – OR) a 95% konfidenčný interval (95% CI).

Ako je možné vidieť v Tabuľke 4 logistická regresia potvrdila štatisticky významný vzťah medzi účasťou na bitke, účasťou na šikanovaní ako agresor a účasťou na šikanovaní ako obeť vzhľadom k celkovo hodnotenému zdraviu v univariátnej aj multivariátnej analýze a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) tieto výsledky nezmenila. Účasť na bitke, účasť na šikanovaní ako agresor aj ako obeť zvýšila pravdepodobnosť negatívneho celkového hodnotenia svojho zdravia.

Tabuľka 4 Vplyv násilného správania na celkovo hodnotené zdravie (logistická regresia, univariátna analýza, multivariátna analýza, multivariátna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariátna analýza OR (95% CI)	Multivariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Účasť na bitke			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.52 (1.26-1.83)***	1.34 (1.09-1.64)**	1.47 (1.19-1.83)***
Obet' šikanovania			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.88 (1.45-2.43)***	1.71 (1.29-2.27)***	1.81 (1.36-2.41)***
Aktér šikanovania			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.82 (1.44-2.31)***	1.50 (1.15-1.95)**	1.51 (1.16-1.98)**

*** p < 0.001, ** p < 0.01; Ref = referenčná kategória

Podobné výsledky boli získané aj v prípade logistickej regresie pre zdravotné ťažkosti, kde opäť účasť na bitke, účasť na šikanovaní ako agresor aj ako obeť zvýšila pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí (Tabuľka 5).

Tabuľka 5 Vplyv násilného správania na zdravotné ťažkosti (logistická regresia, univariátna analýza, multivariátna analýza, multivariátna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariátna analýza OR (95% CI)	Multivariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Účasť na bitke			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.57 (1.39-1.79)***	1.40 (1.22-1.61) ***	1.75 (1.51-2.04)***
Obet' šikanovania			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	2.11 (1.73-2.58)***	1.69 (1.36-2.11)***	1.76 (1.40-2.20)***
Aktér šikanovania			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.92 (1.61-2.29)***	1.51 (1.24-1.84)***	1.56 (1.28-1.91)***

*** p < 0.001, ** p < 0.01; Ref = referenčná kategória

Ako je možné vidieť v Tabuľke 6 logistická regresia potvrdila tiež štatisticky významný vzťah medzi účasťou na bitke, účasťou na šikanovaní ako agresor a účasťou na šikanovaní ako obeť vzhľadom k životnej spokojnosti v univariátnej aj multivariátnej analýze a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) tieto výsledky nezmenila. Účasť na bitke, účasť na šikanovaní ako agresor aj ako obeť znížila pravdepodobnosť životnej spokojnosti.

Tabuľka 6 Vplyv násilného správania na životnú spokojnosť (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariálna analýza OR (95% CI)	Multivariálna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Účasť na bitke			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.69 (0.59-0.80)***	0.77 (0.65-0.92)**	0.70 (0.58-0.84)***
Obet' šikanovania			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.37 (0.30-0.46)***	0.41 (0.33-0.53)***	0.40 (0.31-0.51)***
Aktér šikanovania			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.64 (0.52-0.79)***	0.81 (0.64-1.03)	0.78 (0.63-1.01)

*** p < 0.001; Ref = referenčná kategória

6.2 Vplyv fyzickej aktivity a stravovacích návykov na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov

Následne bol analyzovaný vzťah fyzickej aktivity a stravovacích návykov k zdraviu a psychickej pohode adolescentov. Zapojenie sa do fyzickej aktivity bolo merané prostredníctvom nasledujúcej otázky „Fyzická aktivita je akákoľvek aktivita, pri ktorej sa zvýši srdcová frekvencia (počet tepov), niekedy sa zadýchaš a spotíš. Fyzická aktivita je napr. beh, rýchla chôdza, tancovanie, bicyklovanie, korčuľovanie, plávanie, lyžovanie, futbal, basketbal, volejbal a iné. Ako často si

vykonal túto fyzickú aktivitu trvajúcu menej ako 60 minút denne počas uplynulých 7 dní?“ s možnosťami odpovedania na škále od (0) *ani raz* po (7) *každý deň*. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí boli fyzicky aktívni každý deň. Redukcia telesnej hmotnosti bola overovaná otázkou „Držíš teraz nejakú diétu alebo robíš niečo iné, aby si schudol/schudla?“ s možnosťami (1) *nie, moja hmotnosť je v poriadku*, (2) *nie, ale mal/a by som schudnúť*, (3) *nie, pretože potrebujem pribrať*, (4) *áno*. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí na otázku odpovedali „áno“, z čoho vyplýva, že vykonávajú nejakú aktivitu na zníženie telesnej hmotnosti. Z hľadiska stravovacích návykov bolo merané raňajkovanie počas pracovných dní prostredníctvom otázky „Ako často obvykle mávaš raňajky (viac ako pohár mlieka alebo ovocného džúsu)?“ s odpoveďami na škále od (0) *nikdy nemám raňajky počas týždňa* po (5) *päť dní*. Sledovali sme tiež konzumáciu sladkostí a to prostredníctvom nasledovnej otázky „Kol'kokrát do týždňa obvykle jedávaš sladkosti (cukríky alebo čokoláda)?“ s možnosťami (0) *nikdy*, (1) *menej ako jedenkrát do týždňa*, (2) *raz za týždeň*, (3) *2-4 dni za týždeň*, (4) *5-6 dni za týždeň*, (5) *raz denne, každý deň*, (6) *každý deň, viac ako raz*. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že konzumujú sladkosti denne raz alebo viackrát za deň. Sledovaná bola aj konzumácia sladených nápojov a to prostredníctvom nasledovnej otázky „Kol'kokrát do týždňa obvykle piješ kolu alebo iné nealkoholické nápoje, ktoré obsahujú cukor?“ s možnosťami (0) *nikdy*, (1) *menej ako jedenkrát do týždňa*, (2) *raz za týždeň*, (3) *2-4 dni za týždeň*, (4) *5-6 dni za týždeň*, (5) *raz denne, každý deň*, (6) *každý deň, viac ako raz*. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že konzumujú sladené nápoje denne raz alebo viackrát za deň (Currie a kol., 2012).

Vzťah zapojenia sa do fyzickej aktivity, redukcie telesnej hmotnosti, raňajkovania, konzumácie sladkostí a sladených nápojov k celkovo hodnotenému zdraviu, zdravotným ťažkostiam a životnej spokojnosti bol hodnotený prostredníctvom binárnej logistickej regresie v troch krokoch. V prvom kroku bola uskutočnená univariálna analýza, v druhom kroku bola uskutočnená multivariálna analýza, ktorá bola v treťom a finálnom kroku adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status rodiny definovaný prostredníctvom škály rodinného

blahobytu. Prezentovaný je pomer šancí (Odds ratio – OR) a 95% konfidenčný interval (95% CI).

Ako je možné vidieť v Tabuľke 7 logistická regresia potvrdila štatisticky významný vzťah medzi každodennou fyzickou aktivitou, redukciou vlastnej hmotnosti a každodenným raňajkovaním k celkovo hodnotenému zdraviu v univariátnej aj multivariátnej analýze a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) tieto výsledky nezmenila. Každodenná fyzická aktivita a raňajkovanie znížila pravdepodobnosť negatívneho celkového hodnotenia svojho zdravia. Naopak redukcia hmotnosti zvýšila pravdepodobnosť negatívneho celkového hodnotenia zdravia. Nepotvrdil sa však vzťah medzi každodennou konzumáciou sladkostí a sladených nápojov na strane jednej a negatívnym hodnotením svojho celkového zdravia adolescentmi na strane druhej.

Tabuľka 7 Vplyv stravovacích návykov a fyzickej aktivity na celkové hodnotenie zdravia (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariálna analýza OR (95% CI)	Multivariálna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Fyzická aktivita denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.64 (0.50-0.82)***	0.67 (0.51-0.89)**	0.69 (0.53-0.91)**
Diéta			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	2.06 (1.66-2.60)***	2.04 (1.60-2.60)***	2.07 (1.62-2.64)***
Raňajkovanie denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.60 (0.50-0.73)***	0.67 (0.55-0.83)***	0.70 (0.57-0.86)***
Sladkosti denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.98 (0.81-1.19)	1.03 (0.83-1.28)	1.03 (0.83-1.28)
Sladené nápoje denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.18 (0.97-1.43)	1.19 (0.95-1.47)	1.18 (0.95-1.47)

*** p < 0.001, ** p < 0.01; Ref = referenčná kategória

V prípade zdravotných ťažkostí sme zaznamenali trochu odlišný trend. Ako je možné vidieť v Tabuľke 8 logistická regresia potvrdila štatisticky významný vzťah medzi redukciou vlastnej hmotnosti, každodenným raňajkovaním a každodennou konzumáciou sladkostí a sladených nápojov k zdravotným ťažkostiam v univariátnej aj multivariátnej analýze a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) tieto výsledky nezmenila. Každodenné raňajkovanie znížilo pravdepodobnosť výskytu zdravotných ťažkostí. Naopak redukcia hmotnosti a každodenná konzumácia sladkostí a sladených nápojov túto pravdepodobnosť zvýšila. Nepotvrdil sa však vzťah medzi každodennou fyzickou aktivitou a zdravotnými ťažkosťami.

Tabuľka 8 Vplyv stravovacích návykov a fyzickej aktivity na zdravotné ťažkosti (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariálna analýza OR (95% CI)	Multivariálna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Fyzická aktivita denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.90 (0.78-1.05)	0.90 (0.76-1.07)	0.98 (0.83-1.17)
Diéta			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.85 (1.56-2.18)***	1.92 (1.60-2.31)***	1.85 (1.53-2.23)***
Raňajkovanie denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.66 (0.58-0.74)***	0.69 (0.60-0.73)***	0.72 (0.62-0.82)***
Sladkosti denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.35 (1.19-1.53)***	1.26 (1.10-1.46)***	1.23 (1.07-1.42)**
Sladené nápoje denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.59 (1.40-1.81)***	1.49 (1.29-1.73)***	1.53 (1.32-1.77)***

*** p < 0.001, ** p < 0.01; Ref = referenčná kategória

Ako je možné vidieť v Tabuľke 9 univariátne aj multivariátne logistické regresie potvrdila štatisticky významný vzťah len medzi redukciami telesnej hmotnosti a každodenným raňajkovaním vzhľadom k životnej spokojnosti a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) tieto výsledky nezmenila. Každodenné raňajkovanie zvýšilo a redukcia telesnej hmotnosti naopak znížila pravdepodobnosť životnej spokojnosti.

Tabuľka 9 Vplyv stravovacích návykov a fyzickej aktivity na životnú spokojnosť (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariálna analýza OR (95% CI)	Multivariálna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Fyzická aktivita denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.18 (0.97-1.43)	1.21 (0.98-1.50)	1.19 (0.95-1.48)
Diéta			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.77 (0.63-0.94)*	0.79 (0.63-0.98)*	0.77 (0.62-0.97)*
Raňajkovanie denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.42 (1.21-1.65)***	1.40 (1.18-1.66)***	1.37 (1.15-1.62)***
Sladkosti denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.07 (0.92-1.26)	1.09 (0.91-1.30)	1.09 (0.91-1.31)
Sladené nápoje denne			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.85 (0.72-0.99)*	0.88 (0.73-1.05)	0.86 (0.72-1.04)

*** p < 0.001, * p < 0.05; Ref = referenčná kategória

6.3 Vplyv rizikového správania na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov

V rámci so zdravím súvisiaceho správania boli vo vzťahu k zdraviu a psychickej pohode adolescentov hodnotené aj viaceré formy rizikového správania. Fajčenie bolo prvou formou rizikového správania, ktoré bolo sledované prostredníctvom nasledujúcich otázok. Prvá z nich bola zameraná na skúsenosť s fajčením tabaku „Fajčil/a si niekedy tabak? (Najmenej jednu cigaretu, cigaru, fajku)“ s možnosťami odpovedania (0) *nie* a (1) *áno*, pričom prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí na otázku odpovedali kladne, t.j., ktorí už niekedy fajčili tabak. Zisťované bolo tiež fajčenie cigariet za posledných 30 dní „Kol'kokrát si fajčil/a cigarety za posledných 30 dní?“ s možnosťami (0) *ani raz*, (1) *1-2 krát*, (2) *3-5 krát*, (3) *6-9 krát*, (4) *10-19 krát*, (5) *20-39 krát*, (6) *40 alebo viac krát*. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli fajčenie 1-2 krát a častejšie za posledných 30 dní. Konzumácia alkoholu sa zameriavala na konzumáciu za posledných 30 dní a opitnosť za posledných 30 dní s nasledujúcimi otázkami „Kol'kokrát si pil/a alkohol za posledných 30 dní?“ a „Kol'kokrát si bol/a opitý/á za posledných 30 dní?“. V oboch prípadoch boli možnosti odpovedania (0) *ani raz*, (1) *1-2 krát*, (2) *3-5 krát*, (3) *6-9 krát*, (4) *10-19 krát*, (5) *20-39 krát*, (6) *40 alebo viac krát*. Prezentovaný je výskyt respondentov, ktorí uviedli, že pili alkohol 1-2 krát a častejšie za posledných 30 dní a ktorí sa opili 1-2 krát a častejšie za posledných 30 dní. V neposlednom rade sa pozornosť sústredila aj na konzumáciu návykových látok, konkrétne marihuany u 15-ročných. Skúsenosť s jej užívaním bola overovaná otázkou „Užil/a si niekedy marihuanu/hašiš (trávu, gandžu, marišku, haš) vo svojom živote“ s možnosťami odpovedania (0) *nikdy*, (1) *1-2 krát*, (2) *3-5 krát*, (3) *6-9 krát*, (4) *10-19 krát*, (5) *20-39 krát*, (6) *40 alebo viac krát*. Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli, že užili marihuanu 1-2 krát a častejšie vo svojom živote (Currie a kol., 2012).

Vzťah skúsenosti s fajčením, pravidelného fajčenia, pitia či opitosti za posledných 30 dní k celkovo hodnotenému zdraviu, zdravotným ťažkostiam a životnej spokojnosti bol hodnotený prostredníctvom binárnej logistickej regresie v troch krokoch. V prvom kroku bola uskutočnená univariálna analýza, v druhom kroku bola uskutočnená multivariálna analýza, ktorá bola v treťom a finálnom

kroku adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status rodiny definovaný prostredníctvom škály rodinného blahobytu. Prezentovaný je pomer šancí (Odds ratio – OR) a 95% konfidenčný interval (95% CI).

Ako je možné vidieť v Tabuľke 10 logistická regresia potvrdila štatisticky významný vzťah medzi skúsenosťou s fajčením ako aj fajčením, konzumáciou alkoholu a opitosťou za posledných 30 dní k celkovo hodnotenému zdraviu v univariátnej analýze. V poslednom kroku multivariátnej analýzy adjustovanej pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) sa ako štatisticky významný preukázal len vplyv predchádzajúcej skúsenosti s fajčením a opitosti za posledných 30 dní, ktoré zvýšili pravdepodobnosť negatívneho celkového hodnotenia svojho zdravia.

Tabuľka 10 Vplyv rizikového správania na celkové hodnotenie zdravia (logistická regresia, univariátna analýza, multivariátna analýza, multivariátna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariátna analýza OR (95% CI)	Multivariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Fajčenie skúsenosť			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.94 (1.61-2.33)***	1.49 (1.18-1.88)***	1.47 (1.14-1.89)***
Fajčenie posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	2.05 (1.68-2.51)***	1.25 (0.95-1.64)	1.30 (0.97-1.73)
Pitie posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.56 (1.29-1.87)***	1.04 (0.82-1.32)	0.98 (0.76-1.25)
Opitosť posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	2.24 (1.79-2.81)***	1.59 (1.19-2.13)***	1.66 (1.22-2.26)***

*** p < 0.001, * p < 0.05; Ref = referenčná kategória

Ako je možné vidieť v Tabuľke 11 logistická regresia potvrdila štatisticky významný vzťah medzi skúsenosťou s fajčením ako aj fajčením, konzumáciou

alkoholu a opitost'ou za posledných 30 dní vzhľadom k zdravotným ťažkostiam v univariátnej aj multivariátnej analýze a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) tieto výsledky s výnimkou opitosti za posledných 30 dní nezmenila. Všetky sledované formy rizikového správania zvýšili pravdepodobnosť zdravotných ťažkostí.

Tabuľka 11 Vplyv rizikového správania na zdravotné ťažkosti (logistická regresia, univariátna analýza, multivariátna analýza, multivariátna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariátna analýza OR (95% CI)	Multivariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Fajčenie skúsenosť			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.77 (1.56-2.01)***	1.40 (1.20-1.64)***	1.45 (1.23-1.72)***
Fajčenie posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.97 (1.69-2.28)***	1.32 (1.09-1.61)**	1.44 (1.17-1.781)***
Pitie posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.58 (1.39-1.79)***	1.19 (1.02-1.39)*	1.21 (1.03-1.43)*
Opitosť posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	1.90 (1.59-2.28)***	1.20 (0.96-1.50)	1.22 (0.96-1.54)

*** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05; Ref = referenčná kategória

Ako je možné vidieť v Tabuľke 12 logistická regresia potvrdila štatisticky významný vzťah medzi skúsenosťou s fajčením ako aj fajčením, konzumáciou

alkoholu a opitost'ou za posledných 30 dní k životnej spokojnosti v univariátnej analýze. V poslednom kroku multivariátnej analýzy adjustovanej pre zvolené kontrolné premenné (rod, vek, socioekonomický status) sa ako štatisticky významný preukázal len vplyv predchádzajúcej skúsenosti fajčenia za posledných 30 dní, ktorý znížil pravdepodobnosť životnej spokojnosti.

Tabuľka 12 Vplyv rizikového správania na životnú spokojnosť (logistická regresia, univariátna analýza, multivariátna analýza, multivariátna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

	Univariátna analýza OR (95% CI)	Multivariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, vek, SES OR (95% CI)
Fajčenie skúsenosť			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.68 (0.58-0.79)***	0.87 (0.72-1.06)	0.88 (0.71-1.09)
Fajčenie posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.56 (0.47-0.67)***	0.71 (0.56-0.90)**	0.68 (0.53-0.87)**
Pitie posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.72 (0.62-0.84)***	0.93 (0.77-1.13)	0.93 (0.76-1.15)
Opitosť posledných 30 dní			
nie	Ref.	Ref.	Ref.
áno	0.57 (0.46-0.70)***	0.77 (0.59-0.99)*	0.77 (0.59-1.02)

*** p < 0.001, * p < 0.05; Ref = referenčná kategória

Vzťah predchádzajúcej skúsenosti s marihuanou bol k celkovo hodnotenému zdraviu, zdravotným ťažkostiam a životnej spokojnosti hodnotený

v skupine 15-ročných prostredníctvom binárnej logistickej regresie v dvoch krokoch. V prvom kroku bola uskutočnená univariálna analýza, ktorá bola v druhom a finálnom kroku adjustovaná pre rod a socioekonomický status rodiny definovaný prostredníctvom škály rodinného blahobytu. Prezentovaný je pomer šanci (Odds ratio – OR) a 95% konfidenčný interval (95% CI).

Ako je možné vidieť v Tabuľke 13 logistická regresia u 15-ročných adolescentov potvrdila štatisticky významný vzťah medzi skúsenosťou s marihuanou vzhľadom k celkovo hodnotenému zdraviu v univariátnej analýze a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, socioekonomický status) tieto výsledky nezmenila. Skúsenosť s marihuanou zvýšila pravdepodobnosť negatívneho celkového hodnotenia svojho zdravia. V prípade zdravotných ťažkostí a životnej spokojnosti sa štatisticky významný vzťah potvrdil na najnižšej hladine významnosti až po adjustácii pre rod a socioekonomický status.

Tabuľka 13 Vplyv skúsenosti s marihuanou na celkové hodnotenie zdravia, zdravotné ťažkosti a životnú spokojnosť u 15-ročných (logistická regresia, univariátna analýza, multivariátna analýza adjustovaná pre rod a socioekonomický status)

Celkové hodnotenie zdravia	Univariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, SES OR (95% CI)
Skúsenosť s marihuanou nie	Ref.	Ref.
áno	2.23 (1.56-3.18)***	2.49 (1.71-3.64)***
Zdravotné ťažkosti	Univariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, SES OR (95% CI)
Skúsenosť s marihuanou nie	Ref.	Ref.
áno	1.24 (0.94-1.64)	1.47 (1.09-1.98)*
Životná spokojnosť	Univariátna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, SES OR (95% CI)
Skúsenosť s marihuanou nie	Ref.	Ref.
áno	0.77 (0.55-1.08)	0.69 (0.48-0.99)*

*** p < 0.001, ** p < 0.01; Ref = referenčná kategória

V neposlednom rade bol skúmaný aj vzťah sexuálneho správania k zdraviu a psychickej pohode 15-ročných adolescentov. Predchádzajúca sexuálna skúsenosť bola meraná v skupine 15-ročných adolescentov prostredníctvom otázky „*Mal/a si niekedy pohlavný styk (niekedy sa tomu hovorí "milovať sa", „mať sex" alebo „vyspať sa s niekým")?*“ s možnosťami odpovedania (0) *nie* a (1) *áno*. Prezentovaný je výskyt 15-ročných respondentov, ktorí uviedli odpoveď „áno“ (Currie a kol., 2012).

Vzťah predchádzajúcej sexuálnej skúsenosti bol k celkovo hodnotenému zdraviu, zdravotným ťažkostiam a životnej spokojnosti hodnotený v skupine 15-

ročných prostredníctvom binárnej logistickej regresie v dvoch krokoch. V prvom kroku bola uskutočnená univariálna analýza, ktorá bola v druhom a finálnom kroku adjustovaná pre rod a socioekonomický status rodiny definovaný prostredníctvom škály rodinného blahobytu. Prezentovaný je pomer šancí (Odds ratio – OR) a 95% konfidenčný interval (95% CI).

Ako je možné vidieť v Tabuľke 14 logistická regresia potvrdila štatisticky významný vzťah medzi sexuálnou skúsenosťou vzhľadom k celkovo hodnotenému zdraviu, zdravotným ťažkostiam a životnej spokojnosti v univariátnej analýze a ani adjustácia pre zvolené kontrolné premenné (rod, socioekonomický status) tieto výsledky nezmenila. Sexuálna skúsenosť u 15-ročných adolescentov zvýšila pravdepodobnosť negatívneho celkového hodnotenia svojho zdravia a zdravotných ťažkostí a naopak znížila pravdepodobnosť životnej spokojnosti.

Tabuľka 14 Vplyv sexuálneho správania na celkové hodnotenie zdravia, zdravotné ťažkosti a životnú spokojnosť u 15-ročných (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod a socioekonomický status)

Celkové hodnotenie zdravia	Univariálna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, SES OR (95% CI)
Sexuálna skúsenosť		
nie	Ref.	Ref.
áno	2.10 (1.42-3.11)***	2.32 (1.53-3.54)***
Zdravotné ťažkosti	Univariálna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, SES OR (95% CI)
Sexuálna skúsenosť		
nie	Ref.	Ref.
áno	2.26 (1.65-3.10)***	2.76 (1.95-3.89)***
Životná spokojnosť	Univariálna analýza OR (95% CI)	Adjustované pre rod, SES OR (95% CI)
Sexuálna skúsenosť		
nie	Ref.	Ref.
áno	0.59 (0.41-0.86)**	0.51 (0.35-0.75)***

*** p < 0.001, ** p < 0.01; Ref = referenčná kategória

7. Interpretácia výsledkov HBSC štúdie z pohľadu teórií zdravia a subjektívnej životnej pohody

Výsledky HBSC štúdie prezentované v predchádzajúcej kapitole potvrdzujú existenciu vzájomných vzťahov medzi jednotlivými formami so zdravím súvisiaceho správania sa a zdravím či subjektívnou životnou pohodou ako sme predpokladali na základe predložených teoretických modelov zdravia a so zdravím súvisiace správania sa, či už ide o teoretický model zdravia Dahlgrena a Whiteheada (1991) alebo o model so zdravím súvisiaceho správania sa podľa Jessora (1991).

7.1 Vplyv účasti na násilnom správaní na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov

V oblasti násilného správania sa po zohľadnení vzájomného vplyvu účasti na bitke či účasti na šikanovaní v pozícii obeť alebo aktéra, ako aj po adjustovaní pre vek, pohlavie a socioekonomický status adolescentov potvrdil vplyv uvedených premenných na zdravie, zdravotné ťažkosti ako aj na životnú spokojnosť.

Účasť na bitke ako aj zapojenie sa do šikanovania v úlohe aktéra na strane jednej ale aj zažívanie šikanovania v úlohe obeť malo výrazný vplyv na subjektívne hodnotené celkové zdravie, ktoré bolo vnímané ako horšie. Rovnako častejšie boli u týchto adolescentov aj zdravotné ťažkosti. V neposlednom rade sa potvrdil aj negatívny vplyv na subjektívnu životnú pohodu, ktorá bola v tejto skupine respondentov nižšia v porovnaní s ich rovesníkmi, ktorí sa na bitke a šikanovaní nepodieľali prípadne neboli obeťou šikanovania.

Tieto výsledky sú v súlade s predloženými teoretickými modelmi (Dahlgren a Whitehead, 1991, Jessor, 1991) ako aj s výsledkami predchádzajúcich štúdií. Potvrdený bol vzťah šikanovania ako jednej z foriem násilného správania s mnohými formami nedostatočného psychosociálneho zdravia adolescentov (Forero a kol., 1999, Kumpulainen a kol., 1999). K dôsledkom šikanovania je

okrem toho možné zaradiť napríklad aj celkovo zhoršenú subjektívnu pohodu (Sarkova, 2010, Perren a Hornung, 2005, Rigby, 2003). Mladí ľudia, ktorí sú obeťami opakovaného násillia, majú častejšie psychosomatické ťažkosti (Due a kol., 2005), sú viac náchylní trpieť depresiou, úzkosťou a v krajných prípadoch ich to vedie k samovražde (Olweus, 1991; Pepler, Craig, 1995). Vyššia pravdepodobnosť depresie sa spolu so zvýšenou anxiitou a psychosomatickými problémami objavila aj v skupine aktérov šikanovania (Kaltiala-Heino a kol., 2000).

Je potrebné uviesť, že dané výsledky treba interpretovať s určitou opatrnosťou, keďže prierezový dizajn štúdie neumožňuje v plnej miere určiť smer vplyvu a potvrdiť tak jasnú kauzalitu skúmaných premenných. Je preto možné predpokladať, existuje aj akýsi spätný vplyv v rámci ktorého tí, ktorých zdravie je horšie, majú viac zdravotných ťažkostí a majú nižšiu subjektívnu pohodu sa budú s väčšou pravdepodobnosťou zapájať do bitiek či šikanovať svojich rovesníkov. Zároveň je možné predpokladať, že práve tí, ktorí majú určité zdravotné problémy a nižšiu subjektívnu pohodu sa pre svoju odlišnosť stávajú terčom šikanovania.

7.2 Vplyv fyzickej aktivity a stravovacích návykov na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov

V oblasti fyzickej aktivity a nutričného správania sa po zohľadnení vzájomného vplyvu pravidelnej fyzickej aktivity, správania sa zameraného na redukciu hmotnosti, pravidelného raňajkovania, či konzumácie sladkostí a sladených nápojov ako aj po adjustovaní pre vek, pohlavie a socioekonomický status adolescentov, potvrdil vplyv uvedených premenných na zdravie, zdravotné ťažkosti ako aj na životnú spokojnosť. Horšie subjektívne hodnotené celkové zdravie sa vo finálnom modeli spájalo nepravidelnou fyzickou aktivitou, absenciou pravidelného raňajkovania ako aj so správaním sa zameraným na redukciu svojej hmotnosti. Vyššia frekvencia zdravotných ťažkostí bola pravdepodobnejšia u adolescentov, ktorí sa snažia redukovať svoju hmotnosť formou diét, absentuje u nich pravidelné raňajkovanie a naopak pravidelne konzumujú sladkosti a sladené nápoje. Horšia subjektívna životná pohoda bola vo

vzťahu s absenciou pravidelného raňajkovania ako aj so správaním zameraným na redukciiu svojej hmotnosti.

Fyzická aktivita a zdravé stravovacie návyky ako súčasť zdravého životného štýlu môžu mladých ľudí chrániť a zvyšovať ich subjektívnu životnú pohodu (Marshall, 2001, Taylor a Turner, 2001, Allison a kol., 2005, Rayle, 2005). Adolescenti, ktorí sú pravidelne fyzicky aktívni majú celkovo lepšie zdravie ako tí, ktorí žijú sa do fyzickej aktivity nezapájajú na pravidelnej báze (Hallal a kol. 2006, Parfitt a Eston 2005, Penedo a Dahn 2005).

Nepravidelné raňajkovanie má zasa vplyv na kognitívne funkcie jednotlivca a práve nepravidelnosť v raňajkovaní sa môže prejavovať vyššou únavou, nepozornosťou, bolesťami hlavy (Wesnes a kol. 2003). Na strane druhej, vynechávanie raňajok spôsobuje častejšie konzumáciu sladkostí či sladených nápojov s cieľom rýchleho prísunu potrebnej energie, ktoré vedie k zvyšovaniu telesnej hmotnosti, ale aj hladiny cholesterolu a tukov v krvi (Resnicow 1991), pričom vzniká u detí vysoké riziko vzniku obezity (Wolfe a kol. 1994, Nevoral 2003). Tradičné sladkosti a sladené nápoje nie sú vo výžive detí vhodné, keďže obsahujú chemicky spracovaný cukor a veľké množstvo tukov, ktoré u mladých ľudí, ktorí ich konzumujú a zároveň sa málo pohybujú vedú poruchám pozornosti, únave, podráždenosti či až k agresívnemu správaniu (Jedlička, 2009, Vartanian a kol., 2007).

S príchodom puberty a dospievaním najmä dievčatá ale v poslednej dobe stále viac aj chlapci (referencie) začínajú viac dbať o svoj zovňajšok a vzhľad. Menia svoje stravovacie návyky, pozornejšie sledujú svoju telesnú hmotnosť a organizujú svoje stravovanie s cieľom dosiahnuť „ideálnu“ mediálne prezentovanú postavu (Field a kol. 2003). U niektorých sa však môže prejaviť úplne opačný trend k zmene smerom k neúmernej štíhlosti, chudej postave a s tým spojenými problémami ako podráždenosť, problémy s koncentráciou, nespavosť, nepravidelnosti menštruačného cyklu, sexuálna nezrelosť, riziko rastovej retardácie a podvýživa (Pesa, 1999).

7.3 Vplyv rizikového správania na zdravie a subjektívnu životnú pohodu adolescentov

V oblasti rizikového správania sa po zohľadnení vzájomného vplyvu skúsenosti s fajčením, fajčenia, pitia alkoholu a opitosti za posledných 30 dní, ako aj po adjustovaní pre vek, pohlavie a socioekonomický status adolescentov, potvrdil vplyv uvedených premenných na zdravie, zdravotné ťažkosti ako aj na životnú spokojnosť. Horšie subjektívne hodnotené celkové zdravie sa vo finálnom modeli spájalo s predchádzajúcou skúsenosťou s fajčením a s opitosťou za posledných 30 dní. Vyššia frekvencia zdravotných ťažkostí bola pravdepodobnejšia u adolescentov s predchádzajúcou skúsenosťou s fajčením, fajčením a pitím alkoholu za posledných 30 dní. Horšia subjektívna životná pohoda bola vo vzťahu s fajčením za posledných 30 dní.

Súvislosť medzi fajčením a väčšou pravdepodobnosťou zdravotných ťažkostí potvrdzuje predchádzajúci výskum, ktorý uvádza, že fajčenie má okrem iného krátkodobé účinky na zdravie mladých ľudí, a to vrátane zníženia pľúcnych funkcií, zníženia celkovej fyzickej kondície, zvýšenia astmatických problémov, kašľa a dýchavičnosti (US Department of Health and Human Services, 2004).

Napriek existujúcim negatívnym dôsledkom fajčenia v ňom môžu dospievajúci vidieť aj pozitívne stránky. Pomerne často je fajčenie využívané ku kontrole negatívnej nálady a depresie, na relaxáciu, pre zlepšenie sústredenia sa alebo k zníženiu prežívaného stresu (Audrain-McGovern a kol., 2012). Fajčenie však okrem toho mnohokrát slúži ako prostriedok vyjadrenia svojej spolupatričnosti k rovesníckej skupine či ako spôsob deklarovania sebestačnosti a vyspelosti (Fry a kol., 2008).

Podobný mechanizmus bol zistený aj v prípade konzumácie alkoholu alebo nárazového pitia vedúceho k opitosti. Aj v tomto prípade bol zistený vzťah medzi konzumáciou alkoholu či opitosťou a výskytom problémov vo forme horšej životnej spokojnosti, častejšieho výskytu internalizovaných a externalizovaných problémov, depresie alebo nižšej sebaúcty (Verdurmen a kol., 2005, Kuntsche a Gmel, 2004).

Ako v svojom prístupe uvádzajú Hurrelmann a Lösel (1990), rizikové správanie v adolescencii je možné vnímať ako dôležitý komponent vyjednávania v rámci dosahovania vývinových úloh nevyhnutných pre prechod z detstva do dospelosti. Ak vývinové úlohy predstavujú prílišný stres, ktorý presahuje dané možnosti zvládania toho ktorého jednotlivca, je veľká pravdepodobnosť zhoršenia celkového zdravia a psychickej pohody adolescenta práve skrze rizikové správanie, ktoré nastupuje ako nevhodne zvolená copingová stratégia.

Osobitná pozornosť bola v skupine 15-ročných venovaná vplyvu rizikových foriem správania sa (užívanie marihuany a skorá sexuálna skúsenosť) na zdravie, zdravotné ťažkosti a subjektívnu životnú pohodu. Užívanie marihuany ako aj príliš skorá sexuálna skúsenosť aj po adjustovaní pre pohlavie a socioekonomický status zvýšila u adolescentov pravdepodobnosť horšieho subjektívne hodnoteného celkového zdravia, vyššej frekvencie zdravotných ťažkostí ako aj horšej subjektívnej životnej pohody.

Rovnako ako u vyššie uvedených foriem rizikové správania sa, je možné predpokladať, že toto správanie môže slúžiť ako nevhodne zvolená copingová stratégia slúžiaca na vyrovnávanie sa s množstvom náročných vývinových úloh tohto životného obdobia, ktorá bohužiaľ následne vedie k narušeniu zdravého vývinu tak ako to v svojom modeli uvádza Hurrelmann a Lösel (1990). Pravidelné užívanie marihuany pritom môže viesť k prejavom anxiety, depresie či k narušeniu zdravého psychosociálneho vývinu (Hall a Degenhardt, 2009, Ramström, 2004).

Skorá sexuálna skúsenosť sa spája s častejším rizikovým sexuálnym správaním, väčším počtom sexuálnych partnerov, zriedkavejším používaním ochrany pred neželaným tehotenstvom a následne vedie k častejšiemu výskytu pohlavne prenosných chorôb, väčšiemu riziku neželaného tehotenstva a nakazenia sa sexuálne prenosnou chorobou (Metcalf 2004, Wellings a kol. 2007, Roche a kol. 2005, Crockett a kol. 1996). Okrem dôsledkov na zdravie sa preukázal aj vzťah so subjektívnou pohodou keďže dievčatá, ktoré mali pohlavný styk v mladom veku častejšie uvádzali pocity osamelosti, napätia, problémy so spánkom, suicidálne myšlienky a správanie (Orr a kol. 1991).

8. Špecifiká získavania informácií o zdraví a subjektívnej životnej pohode v skupine zdravotne znevýhodnených adolescentov

V oblasti zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa je bežnou a najčastejšie študovanou cieľovou skupinou zdravá (a často krát aj najľahšie dostupná) populácia mladých ľudí bez zdravotného znevýhodnenia. Zber dát v adolescentnej populácii prebieha najčastejšie na školách, v ktorých býva mnohokrát integrácia adolescentov so znevýhodnením problematická a tak sa táto skupina do celkovej skúmanej vzorky dostáva len v malom percente. Samotné nástroje merania, ktoré sú v tomto bežnom zbere dát používané nezohľadňujú potreby mladých so zdravotným znevýhodnením, ktorí sú príležitostne v prebiehajúcom zbere dát oslovení. Informácie, ktoré sú o nich v štandardnom zbere dát získané sa tak stávajú veľmi skresľujúcimi.

Zdravotné znevýhodnenie je definované ako „*fyzická alebo duševná porucha, ktorá má podstatný (presahujúci bežné rozdiely v schopnostiach) a dlhodobý (viac ako 12 mesiacov) nepriaznivý vplyv na ich schopnosť vykonávať normálne každodenné aktivity*“ (Disability Discrimination Act, 2005). Práve adolescenti so zdravotným znevýhodnením sa počas svojho života stretávajú s rôznymi formami vylúčenia a následne sú nimi v rôznej miere ovplyvnení, v závislosti od faktorov, ako je druh zdravotného postihnutia ktoré majú, kde žijú a do akej kultúry či sociálnej triedy patria (UNICEF, 2013).

Zdravotné znevýhodnenie v období adolescencie ovplyvňuje fyzickú, kognitívnu, sociálnu a emocionálnu sféru vývinu. Vo **fyzickej oblasti** spôsobujú viditeľné znaky chronického ochorenia, jeho liečby či zdravotného znevýhodnenia vyčlenenie adolescentov ako odlišných práve v období, kedy je ich akceptácia rovesníkmi dôležitou. Negatívne vnímanie seba a svojho tela môže spôsobovať zníženie sebaúcty a tvorbu negatívneho obrazu seba, ktorý môže pretrvávať až do dospelosti (Yeo a Sawyer, 2005). Hoci sa väčšina mladých ľudí pomerne dobre vyrovnáva s **emocionálnymi aspektmi** zdravotného znevýhodnenia, napriek tomu má táto skupina väčšiu pravdepodobnosť nižšej úrovne subjektívnej životnej pohody v porovnaní s ich zdravými rovesníkmi (Yeo a Sawyer, 2005). Vplyv na

kognitívnu oblasť sa môže primárne prejavovať najmä slabou školskou výkonnosťou, ktorá je často krátko výsledkom opakovaných absencií v škole v dôsledku limitácií, ktoré so sebou chronické ochorenie, či zdravotné znevýhodnenie prináša. Okrem toho môže byť táto skupina mladých ľudí v omnoho väčšom riziku **sociálnej izolácie** (Yeo a Sawyer, 2005).

Keďže sa neustále zvyšuje percento zdravotne znevýhodnených ľudí, je v budúcom výskume v oblasti zdravia dospelých nevyhnutné prehĺbenie porozumenia determinantov zdravia a správania súvisiaceho so zdravím práve u zdravotne znevýhodnených dospelých v ich sociálnom kontexte. Istá časť týchto detí je vzdelávaná integrovane, no významná časť je vzdelávaná segregovane, prípadne kvôli svojmu zdravotnému stavu majú výrazne nižšiu šancu zúčastniť sa bežne uskutočňovaných zberov údajov, preto sú z výskumov často vylučovaní.

8.1 Výzvy výskumu v skupine zdravotne znevýhodnených

Meranie zdravia a subjektívnej životnej pohody u adolescentov so zdravotným znevýhodnením predstavuje jedinečný súbor problémov. Keďže sa rozvíjajú a učia vykonávať základné úkony odlišným tempom, môže byť veľmi náročné posúdiť ich stav či odchýlku od predpokladaného normálneho vývoja, typického pre zdravú populáciu (UNICEF, 2008). Rôzna povaha a závažnosť postihnutia, spoločne s potrebou aplikovať vekovo špecifické definície a nástroje merania ešte viac komplikujú zber dát. Okrem toho, zlá kvalita údajov o adolescentoch s postihnutím často krát vyplýva z obmedzeného pochopenia toho, čo je postihnutie a čo pre danú skupinu adolescentov znamená, či z nedostatočnej snahy o vytvorenie pre danú skupinu vhodného meracieho nástroja (UNICEF, 2013).

Prvým z problémov sa tak stáva čo i len adekvátne zachytenie zastúpenia adolescentov so zdravotným znevýhodnením, keďže problematickým sa pri zbere dát stáva často krát aj samotné definovanie a následne meranie zdravotného znevýhodnenia adolescentov. Zdravotné znevýhodnenie je totižto oblasťou, kde sú laické vedomosti a porozumenie prinajlepšom čiastočné a dominujú im štyri

presvedčenia: a) zdravotné postihnutie je primárne fyzického charakteru, b) rozdiely medzi zdravotne znevýhodnenými a zdravou populáciou sú jasne viditeľné, c) zdravotné postihnutie je trvalé a nemenné, a d) spôsobuje neschopnosť (Bajekal a kol., 2004).

Z toho dôvodu sa v poslednej dekáde stále viac objavuje snaha začleniť do zberov dát aj túto cieľovú skupinu a pokúsiť sa v prvom rade vytvoriť spoľahlivé alternatívy dotazníkov, ktoré sú aplikovateľné u dospievajúcich s rôznymi podobami zdravotného znevýhodnenia. V nasledujúcom kroku by tak bol vytvorený priestor identifikovať rozdiely v rámci psychosociálneho vývinu a kvality života, ktorá zahŕňa školskú oblasť, rodinu, sociálne vzťahy, voľnočasové aktivity či životnú spokojnosť a aspirácie.

8.2 Alternatívne prístupy k zberu dát v skupine zdravotne znevýhodnených

Pri snahe zachytiť informácie u adolescentov so zdravotným znevýhodnením je preto nutné aplikovať odlišné prístupy. Jednou z možností je získavanie kombinovaných informácií prostredníctvom tretích osôb, konkrétne by šlo o **rodičov** a/alebo **zamestnancov školy**, ktorý s adolescentom trávia množstvo času v rámci vzdelávacieho procesu (Porter, 2008).

Dôležitým aspektom úspešného zberu dát u adolescentov so znevýhodnením je tiež vytvorenie pozitívneho vzťahu s respondentom a využívanie vhodných komunikačných zručností (Aitken a Millar 2002, Rodgers 1999). Kľúčovou sa tak stáva forma, prostredníctvom ktorej komunikácia prebieha a spôsob konceptualizácie skúmaných premenných tak, aby boli pre respondenta zmysluplné. Slabé alebo obmedzené komunikačné zručnosti môžu viesť k nejasnosti pri interpretácii odpovedí a ťažkostiam s objasnením prenášanej informácie. Nestačí však len používať jednoduchý jazyk a ponúkať rôzne spôsoby komunikácie. Rastúce množstvo dôkazov naznačuje, že štandardný, vopred stanovený formát otázok a odpovedí môže byť viac obmedzujúci, než napríklad voľná narácia alebo používanie menej zväzujúcich tvrdení (Lewis 2002, 2004).

Ako vhodné sa tiež ukázalo byť využitie obrázkov či pomocných kariet na znázornenie škál. Používanie gest alebo iných metód vyjadrenia ako sú fotografie, videá, pohyb sú ďalšou z možností, ktorá nevyužíva ako primárny spôsob prenosu informácie jazyk, ktorý sa v niektorých typoch znevýhodnenia stáva obmedzujúcim. Tieto metódy majú nesporný potenciál priniesť rozsah odpovedí, ktorý môže byť obohacujúcejší, avšak zároveň so sebou prináša problém adekvátneho analyzovania významu, ktorý sa za takto prenášanou informáciou skrýva (Lewis a Porter, 2004).

Je tiež možné predpokladať, že so zvyšujúcou sa mierou rozvoja rôznych technológií sa pri zbere dát budú stále viac využívať informačno-technologické prístupy špeciálne zamerané na konkrétne typy zdravotného znevýhodnenia. Pre úspešné adaptovanie špecifických metód zberu dát u adolescentov so zdravotným znevýhodnením sa zdá byť nevyhnutné začlenenie samotnej cieľovej skupiny do okamžitej prípravy zberu dát, aby od svojho začiatku rešpektovala ich potreby a špecifiká.

9. Nové spôsoby prístupu k skúmaniu zdravia a subjektívnej životnej pohody adolescentov za využitia princípov „participatory research“

Kvantitatívny zber údajov zameriavajúci sa na zdravie adolescentov so sebou prináša neodškriepiteľné limitácie. Dospievajúci je výhradne na strane pasívneho poskytovateľa informácií, často krátko bez akéhokoľvek nasledujúceho kontaktu či spätnej väzby. Zber dát ako taký je formulovaný skupinou výskumníkov a nemusí nutne adekvátne zachytávať neustále sa meniacu realitu svojej cieľovej skupiny.

V uplynulých rokoch sa objavuje stále viac hlasov, ktoré apelujú na sociálnu a kultúrnu platnosť uskutočnených štúdií výskumných pracovníkov, ktorí vedia len málo o cieľovej skupine, kultúre a prostredí, v ktorom ich výskum bol vykonávaný (Schnarch, 2004, Wallerstein a Duran, 2005, Cargo a Mercer, 2008). Zároveň vyvstáva otázka či výsledky výskumu z jedného prostredia môžu byť použité aj pre iné situácie, kontexty a populácie (Glasgow a Emmons, 2007). Okrem toho sa ozývajú hlasy priamo z komunity, ktorá je výskumom bezprostredne zasiahnutá. Vyjadrujú nespokojnosť s faktom, že mnoho krát výskumníci jednorázovo vpadnú do komunity, uskutočnia výskum a po jeho skončení odchádzajú bez poskytnutia informácie, spätnej väzby alebo pomoci (Wallerstein a Duran, 2005). Prostredie škôl s adolescentmi ako cieľovou skupinou netvorí výnimku.

Dospievajúci by preto mali byť v budúcnosti omnoho viac zapojení do oblasti podpory ich vlastného zdravia, či už v rámci na zdravie zameraných politík alebo intervenčných programov. Väčšia angažovanosť mladých ľudí, či už ako príjemcu zdravotnej starostlivosti alebo cieľa preventívnych intervenčných programov, pomôže zaistiť adekvátnosť týchto intervencií, ktoré sa na túto cieľovú skupinu zameriavajú. Ak bude dospievajúcim daný hlas prostredníctvom participácie na identifikácii ich zdravotných problémov a rozvoji vhodných riešení, budú tiež v konečnom dôsledku omnoho prospešnejšími pre spoločnosť ako celok (Sawyer, 2012).

9.1 Participatívny prístup v skúmaní zdravia

Práve z tohto dôvodu je v posledných dekádach stále väčšia pozornosť venovaná tiež metódam **kvalitatívneho výskumu** (Sofaer, 1999). Využívaný býva pomerne často v prípadoch, kedy je o danej zvolenej téme známeho len málo, či v prípade kedy je pre danú oblasť skúmania nutný dodatočný hĺbkový pohľad. Kvalitatívne prístupy prispievajú k odhaleniu informácií a rozšíreniu vedomostí o kontexte, ktorý sledovanú oblasť skúmania obklopuje (Adler & Clark, 1999; Bernard, 2000, Miles & Huberman, 1994; Sofaer, 1999; Steckler a kol. 1992). Individuálne hĺbkové rozhovory a fokusové skupiny predstavujú dve z najčastejšie využívaných techník kvalitatívneho prístupu, ktorým je obvykle venovaná pozornosť. Existuje však celý rad ďalších, nedostatočne využívaných, kvalitatívnych metód. V poslednej dobe boli napríklad k analýze a interpretácii kvalitatívnych dát predstavené viaceré **participatívne prístupy** (Chambers, 1992; Scrimshaw, 1992).

Podľa Cargo a Mercera (2008), **participatívny výskum** môže byť použitý ako strešný pojem pre prístupy, ktoré v svojom jadre zdieľajú rovnakú filozofiu inkluzívnosti a vnímania výhod zapojenia zúčastnených cieľových skupín, teda tých, ktorí by mali z výskumu profitovať, a pre ktorých sú výsledky výskumu v prvom rade určené, do jednotlivých fáz výskumného procesu. Takéto nastavenie je v protiklade ku štandardnému výskumnému procesu, v ktorom sú cieľové skupiny výhradne predmetom skúmania (Israel, Schulz a Parker, 2005, Minkler a Wallerstein, 2003, Green a kol., 1995).

Participatívny výskum je pomerne široko definovaný ako *“systematické skúmanie, v spolupráci s tými, ktorí sú skúmanou problematikou zasiahnutí, s cieľom zhromaždiť vedomosti nevyhnutné pre tvorbu efektívnych odporúčaní a riešení určených cieľovej skupine”* (Green a kol., 1995). Kľúčovou sa v rámci participatívneho výskumu stáva integrácia teoretických a metodologických skúseností výskumníkov s praktickými vedomosťami a skúsenosťami účastníkov z cieľovej výskumnej skupiny do vzájomne sa posilňujúceho partnerstva (Cargo a Mercer, 2008).

Z historického pohľadu bol participatívny výskum ovplyvnený tromi prúdmi. Prvým z nich je tradícia na využitie zameraného **akčného výskumu podľa Kurta Lewina** a **emancipačná tradícia inšpirovaná Paulom Frierom** (Minkler a Wallerstein, 2003). Tretím so zdrojov participatívneho výskumu je neustále narastajúce sebaurčenie a **suverenita hnutia pôvodných obyvateľov** krajín ako je USA (Americkí Indiáni), Austrálie, Nového Zélandu (Mauri) a Kanady (M'etiovia a Inuitovia), ktorí boli vo väčšine výskumov sledovaní bez možnosti akéhokolvek vyjadrenia sa k teoretickým a metodologickým aspektom sledovanej problematiky, ktorá tak bola výrazne skreslená dominantným pohľadom majoritnej populácie, ktorá výskum uskutočňovala. Tieto tri prúdy vplyvu sa navzájom spojili s cieľom vytvoriť vedecké poznatky v spolupráci práve s tými, ktorí sú najviac študovanou problematikou postihnutí a následne skrze aplikáciu získaných vedomostí uskutočniť želanú zmenu (Cargo a Mercer, 2008).

Keďže participatívny výskum je možné vnímať ako prístup (Green a kol., 1995), smerovanie (Minkler a Wallerstein, 2003) či spôsob práce (Springett a Wallerstein, 2003), môže zahrňovať pestrú škálu výskumných dizajnov, metodologických prístupov a metód (Israel, Schulz a Parker, 2005, Minkler a Wallerstein, 2003) siahajúcich od hodnotenie prostredia, v ktorom sa cieľová skupina nachádza (Lipscomb a kol., 2005, Sloane a kol., 2003), cez randomizované kontrolné štúdie (Krieger a kol., 2005), „photovoice“ (Wang a kol., 2004) až po kvalitatívne prípadové štúdie (Israel a kol., 2006). Miera vedeckej kvality participatívneho výskumu býva tradične hodnotená podľa štandardov jednotlivých vedeckých disciplín a/alebo podľa metodologických požiadaviek ako je interná a externá validita v prípade kvantitatívneho výskumu a dôveryhodnosti a schopnosť transferu zistených poznatkov v prípade kvalitatívneho výskumu. Okrem toho je potrebné zobrať do úvahy spoločenskú a kultúrnu validitu, najmä v prípade snahy o čo najširší prenos získaných poznatkov uskutočneného participatívneho výskumu do iných oblastí, kontextov či krajín (Cargo a Mercer, 2008, Giachello a kol., 2003).

Israel a kol. (1998) uvádzajú nasledujúcich **8 princípov participatívneho prístupu** vo výskume:

1. Uznáva skúmanú komunitu/cieľovú skupinu ako jednotný celok s identitou.
2. Staví na silných stránkach a zdrojoch skúmanej komunity/cieľovej skupiny.
3. Vytvára partnerstvá nevyhnutné pre spoluprácu vo všetkých fázach výskumu.
4. Integruje poznatky pre vzájomný prospech všetkých zúčastnených partnerov.
5. Podporuje spoločné učenie sa a posilňuje proces, ktorý eliminuje nerovnosti.
6. Zahŕňa cyklické a iteratívne procesy.
7. Vníma skúmané témy vo výskume z pozitívneho a ekologického hľadiska.
8. Rozširuje poznatky a vedomosti získané smerom ku všetkým partnerom.

Aj keď nie sú vyčerpávacím zoznamom, tieto zásady, opatrenia a pokyny, ktoré sa vyvinuli v reakcii na ich uplatnenie v teréne, prinášajú akademickým ako aj mimo akademickú pôdu pôsobiacim odborníkom sadu nástrojov, ktoré im poskytujú návod ako prepojiť ich doterajší klasický prístup s praxou participatívne orientovaného výskumu (Cargo a Mercer, 2008).

Participatívny prístup v rámci svojej realizácie obsahuje tri kľúčové elementy: **(1) vzájomný rešpekt a dôvera**, **(2) budovanie kapacity, splnomocnenie, vlastníctvo** a **(3) zodpovednosť a udržateľnosť** (Cargo a Mercer, 2008).

Integrita existujúceho partnerstva medzi akademikmi a cieľovou skupinou musí vychádzať z prítomnosti **vzájomného rešpektu a dôvery**, ktoré sú podporované v priebehu uskutočňovania výskumu a umožňujú všetkým zúčastneným stranám vyjadriť a prispôbiť svoje odlišné názory prostredníctvom neustáleho, otvoreného a úprimného dialógu (Minkler, 2004, Ammerman a kol., 2003). Budovanie vzájomného rešpektu si vyžaduje čas a trpezlivosť a ani po jeho vytvorení ho nemožno vnímať ako samozrejmosť (Metzler a kol., 2003, Maciak a kol., 1999).

Klíma vzájomného rešpektu a dôvery, v rámci ktorej sa na tvorbe rozhodnutí uskutočňovaných v rámci participatívneho výskumu podieľa samotná cieľová skupina, vedie k **budovaniu kapacít, splnomocňovaniu** všetkých strán existujúceho partnerstva a **pocitu vlastníctva** všetkých zúčastnených strán za prebiehajúci participatívny výskum aj s jeho výsledkami (Cargo a Mercer, 2008).

Oba vyššie uvedené elementy vedú k **pocitu zodpovednosti** za prebiehajúci participatívny výskum a zabezpečujú tak jeho **udržateľnosť**. Na strane druhej, nevenovanie pozornosti a nedodržiavanie základných elementov participatívneho výskumu môže udržateľnosť takto prebiehajúceho projektu vo výraznej miere ohrozovať (Chung a Lounsbury, 2006, Israel a kol., 2006).

9.2 Mapovanie konceptov ako príklad participatívneho prístupu

Jednou z týchto participatívnych kvalitatívnych techník súčasného výskumu, ktorá umožňuje takéto zapojenie sa dospelajúcej populácie na výskume a v neposlednom rade na pochopení skúmaných konceptov, existujúcich mechanizmov a ich prenesení do praxe je **mapovanie konceptov** (concept mapping).

„Concept mapping“ čiže mapovanie konceptov, vyvinuté Trochimom (1985), predstavuje štruktúrovaný proces konceptualizácie. Jedná sa o participatívnu metódu kvalitatívneho výskumu, ktorá dáva koncepčný rámec pre to, ako skupina vníma konkrétnu tému alebo aspekt témy (Galvin, 1989; Trochim, 1989). Používa induktívne a štruktúrované skupinové procesy zberu dát, ktoré umožňujú zber širokej škály účastníkmi generovaných nápadov a zároveň aplikáciu kvantitatívnych analytických nástrojov (t.j. viacrozmerné škálovanie a hierarchická klastrová analýza). Výsledky kvantitatívnej analýzy sa používajú na tvorbu ilustratívnych klastrových máp, ktoré zobrazujú vzťahy myšlienok, predstáv a nápadov jednotlivých účastníkov mapovania konceptov vo forme klastrov. Táto metóda poskytuje štruktúru a objektivitu kvalitatívnym dátam. Hoci táto metóda bola prijatá odborníkmi na podporu zdravia, ktorí sa orientujú na plánovanie a hodnotenie podporných programov (Trochim, 1989), je stále málo využívaná výskumníkmi snažiacimi sa o zachytenie konkrétnych prežitých skúseností cieľových skupín a skúmanie rizikových faktorov spojených s konkrétnymi aspektmi zdravia. Zároveň nebol naplno využitý potenciál tejto techniky ako exploračnej metódy pre generovanie hypotéz a rozvoj pre danú cieľovú skupinu adekvátnych teórií (Burke a kol., 2005).

Mapovanie konceptov je proces, ktorý tradične zahŕňa šesť krokov: (1) príprava (2), generovanie (3), štruktúrovanie, (4) reprezentácia, (5) interpretácia a (6) využitie (Trochim, 1989).

Počas **prípravnej alebo plánovacej fázy** sú identifikované kľúčové tematické oblasti a určené kritériá pre výber účastníkov štúdie. Po stanovení fokálnej otázky a identifikovaní výberových kritérií pre účastníkov začína formálny proces mapovania konceptov. Tento proces je riadený sprostredkovateľom vyškoleným v tejto technike (Burke a kol., 2005).

V druhom kroku, **generovaní**, prijatí účastníci riešia ústrednú fokálnu otázku a vytvárajú zoznam položiek, ktoré budú použité pri následnom zbere a analýze dát. Ústredná otázka je navrhnutá tak, aby získavala informácie k riešeniu základnej výskumnej otázky. Najčastejšie sú údaje získané pomocou zberu dát v podobe "brainstormingových" sedení.

V nasledujúcom treťom kroku **štruktúrovanie**, účastníci sami organizujú zoznam vytvorených položiek. Účastníci zoradia položky na hromady na základe ich vnímanej podobnosti. Následne je každá položka hodnotená z hľadiska dôležitosti alebo užitočnosti pre ústrednú otázku (Burke a kol., 2005).

Pri **reprezentatívnej fáze** sú výstupné dáta z triedenia a hodnotenia zadané do špecializovaného počítačového softvéru na mapovanie konceptov (Concept Systems), ktorý uskutočňuje analýzu získaných dát. Výsledky zahŕňajú kvantitatívne zhrnutie účastníckych dát a rôzne vizuálne reprezentácie vzťahu a významu jednotlivých položiek. Tieto vizuálne reprezentácie, označované ako konceptové mapy, sú založené na postupnosti analýz, ktoré obsahujú multidimenzionálne škálovanie a hierarchickú klastrovú analýzu (Burke a kol., 2005).

V piatom kroku, **interpretácii**, účastníci spoločne spracovávajú a kvalitatívne analyzujú vytvorené konceptové mapy. Zhodnocujú a diskutujú vytvorené klastrové domény, hodnotia položky, ktoré tvoria každý klaster a preberajú obsah klastrov (Burke a kol., 2005).

V záverečnom kroku **využitie** sú diskutované zistenia s cieľom určiť, ako čo najlepšie spracovať výsledok pôvodnej ohniskovej otázky. Kroky 2 až 6 môžu

byť vykonávané buď počas jedného dlhého stretnutia skupiny účastníkov alebo môžu byť rozdelené do viacerých sedení (Burke a kol., 2005). V neposlednom rade je dobré si uvedomiť, že s rozvojom nových webových technológií, môže byť niektoré kroky procesu mapovania konceptov uskutočňované online (Trochim, Milstein, Wood, Jackson, a Pressler, 2004).

Mapovanie konceptov potenciálne zapája účastníkov na všetkých úrovniach výskumu a tí sa tak stávajú výskumnými spolupracovníkmi, ktorí prispievajú viac ako len jednoduchým odpovedaním na otázky. Účastníci sa zvyčajne podieľajú na formovaní fokálnej otázky, ktorá má byť použitá pre zber dát, produkujú odpovede na danú otázku, triedia a hodnotia takto získané položky a diskutujú o ich relevantnosti pre danú zvolenú tematickú oblasť. Podieľajú sa na interpretácii získaných záverov a prenesení poznatkov do praxe (Trochim, 1989).

9.2.1 Zdroje stresu a copingové stratégie adolescentov utekajúcich z domu – ukážka využitia mapovania konceptov

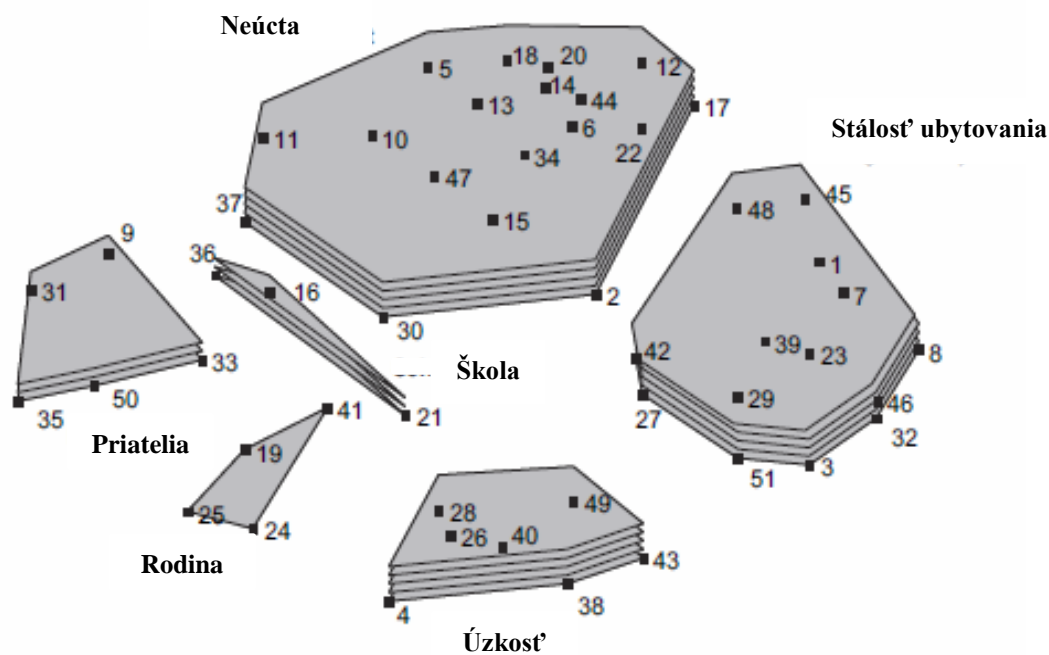
Ukážkou využitia mapovania konceptov v rámci výskumu mladých ľudí je štúdia Chuna a Springera (2005) zameriavajúca sa na skúmanie existujúcich stresorov a copingových mechanizmov u adolescentov utekajúcich z domu. Ich cieľovou skupinou bolo 53 adolescentov vo veku od 13 do 18 rokov, ktorí ušli z domu na dobu viac ako 24 hodín a v čase realizácie štúdie sa nachádzali v útulku.

Mapovanie konceptov bolo v prípade tejto štúdie orientované na zbieranie, organizovanie a interpretáciu kvalitatívnych dát prostredníctvom kvantitatívnych techník. V prvej prípravnej fáze boli stanovené dve fokálne otázky „Veci, ktoré ma stresujú sú...“ a „So stresom sa vysporiadam tak, že...“ na základe ktorých účastníci štúdie generovali 74 tvrdení o stresoroch a 66 tvrdení o copingových stratégiách, z ktorých bolo v následnom procese redukcie vybraných 51 tvrdení, ktoré účastníci v štrukturovacej fáze triedili a hodnotili. Tieto údaje boli prostredníctvom softvéru spracované a ich výsledkom boli tzv. konceptové mapy, ktoré odzrkadľovali to ako mladí adolescenti utekajúci z domu vnímajú vzťahy medzi jednotlivými tvrdeniami o ich existujúcich stresoroch a copingových stratégiách. Prostredníctvom hierarchickej klastrovej analýzy boli existujúce

tvrdenia na základe ich podobnosti zoskupené do konceptuálnych oblastí (Chun a Springer, 2005).

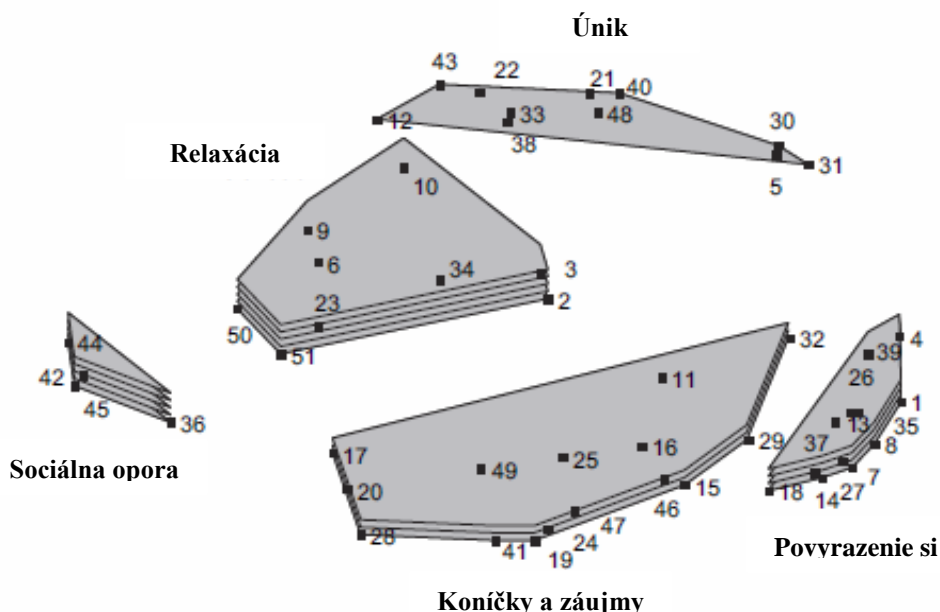
Týmto procesom bolo odhalených šesť hlavných oblastí stresorov: neúcta („Byť obvinený/á z vecí, ktoré som nespravil/a“), stálosť ubytovania („Nemať miesto, ktoré by som mohol/mohla nazvať mojím“), úzkosť („Mať príliš veľa vecí, o ktoré si musím robiť starosti“), škola („Nestíhať v škole za ostatnými“), priatelia („Nebyť s priateľmi“), rodina („Rodičia“) (Obrázok 10) (Chun a Springer, 2005).

Obrázok 10 Konceptová mapa stresorov (Chun a Springer, 2005)



Na strane copingových stratégií bolo prostredníctvom mapovania konceptov identifikovaných päť oblastí: relaxácia („Dať si horúci kúpeľ“), sociálna opora („Hovoriť s ľuďmi, ktorí majú rovnaké problémy“), koníčky a záujmy („Hranie športových hier“) povyrazenie si („Ísť von s priateľmi“) a únik („Užívanie drog“) (Obrázok 11) (Chun a Springer, 2005).

Obrázok 11 Konceptová mapa copingových stratégií (Chun a Springer, 2005)



Takto získané výsledky sú jednak cenným pohľadom do špecificky fungujúcej skupiny mladých ľudí, ktorých fyzické a mentálne zdravie je výrazne ohrozené, zároveň tiež poskytujú podklady nevyhnutné pre vytváranie efektívneho krízového hodnotenia a intervencií vychádzajúcich z reálnych problémov a potrieb určenej cieľovej skupiny.

9.3 Prínos mapovania konceptov ako novej techniky kvalitatívneho výskumu

Napriek tomu, že mapovanie konceptov zdieľa metodologické nedostatky, ktoré sú často spojené s kvalitatívnymi spôsobmi skúmania (napr. nenáhodný výber, príliš malá vzorka, namáhavý proces získavania dát), je unikátnym kvalitatívnym prístupom s niekoľkými silnými stránkami s vysoko potenciálnym príspevkom do výskumu. Navrhnutý tak, aby sledoval sériu štruktúrovaných krokov, mapovanie konceptov integruje niekoľko kvalitatívnych a kvantitatívnych metód do jedného procesu. Využitie metód zberu a analýzy dát v rámci štruktúrovaného procesu umožňuje skúmanie zložitých myšlienok počas relatívne krátkej doby (Burke a kol., 2005).

Proces zhromažďovania dát v rámci mapovania konceptov je jedinečný a čerpá zo vzájomného využitia individuálnych i skupinových aktivít. Prechádza od počiatkových prostredníctvom brainstormingových sedení skupiny získaných individuálnych tvrdení až po spoločný skupinový konsenzus o vzťahu týchto položiek a ich relatívny význam navzájom. V počiatkových fázach procesu zberu dát účastníci pracujú samostatne na viacerých aktivitách, čím sa zabráni typickým problémom skupinovej dynamiky ako je monopolizácia názorov jednotlivca na celú diskusiu alebo zvýšená pravdepodobnosť objavenia sa konformných a sociálne žiadúcich tvrdení. Okrem toho sú účastníci ušetrení nutnosti prezentovať ich názory verejnosti a nie sú povinní verejne zdieľať svoje osobné skúsenosti a názory (Burke a kol., 2005).

Ďalšou jedinečnou vlastnosťou a jednou z hlavných predností mapovania konceptov, je zaradenie účastníkov do procesu interpretácie a analýzy konceptových máp vytvorených samotnou skupinou. To je umožnené vďaka kolektívnemu skupinovému posúdeniu a prerokovaniu vytvorených klastrov ku koncu skupinového sedenia. Na rozdiel od iných kvalitatívnych metód, ako je hĺbkové interview alebo fokusové skupiny, v ktorých sú údaje zhromažďované a následne analyzované neskôr výskumným pracovníkom, účastníci mapovania konceptov priamo prispievajú k analýze dát, riadeniu diskusie a interpretácii výsledkov; úlohou výskumníka ako facilitátora je do značnej miery len riadiť uvedený proces. Práve to zabezpečuje, že výsledky priamo odrážajú myšlienky a vnímanie účastníkov (Burke a kol., 2005).

Pomocou kvalitatívnej diskusie dát získaných v počiatkových fázach, mapovanie konceptov poskytuje prostriedky pre kvantitatívnu analýzu dát a možnosť preskúmať podobnosti produkovaných nápadov skúmanej skupiny a produkovať merateľné informácie, ktoré slúžia k zvýšeniu kvality interpretácie týchto produkovaných myšlienok. Použitie multidimenzionálneho škálovania na skúmanie podobnosti názorov medzi účastníkmi a hierarchická klastrová analýza tvoriaca hranice okolo položiek, ktoré zdieľajú silnú mieru podobnosti, umožňuje generovanie vizuálnych máp zobrazujúcich skupinové konceptualizácie. Táto kombinácia metód poskytuje štruktúru a dôveryhodnosť získavaným údajom (Burke a kol., 2005).

Ako uvádzajú Burke a kol. (2005) práve vizuálne znázornenie vzájomných vzťahov medzi témami a myšlienkami je obzvlášť silnou stránkou mapovania konceptov. Takto vytvorené mapy sú ľahko pochopiteľné a veľmi nápomocné pri znázorňovaní výsledkov vyprodukovaných na výskume sa podieľajúcou skupinou. Rovnako sa dajú vizuálne znázorniť aj výsledky triedenia s cieľom ilustrovať, ktoré z faktorov boli zúčastnenou skupinou vnímané ako dôležité či relevantné v prípade skúmanej problematiky.

Mapovanie konceptov predstavuje podstatne silnejší metodický prístup k pochopeniu zložitých javov než fokusové skupiny alebo hĺbkové rozhovory, a môže byť použité práve na posilnenie a rozšírenie týchto tradičných techník. Na rozdiel od uvedených metód, ktoré umožňujú výskumnému pracovníkovi iba identifikáciu a skúmanie tém vzťahujúcich sa k skúmanému javu, mapovanie konceptov tiež ponúka možnosť analyzovať, ako tieto témy navzájom súvisia. Zatiaľ čo štruktúra fokusových skupín často vyústi v konsenzus a diskusiu v rámci jedinej témy, mapovanie konceptov umožňuje skúmanie viacerých tém naraz a lepšie pochopenie toho, ako sa tieto témy vzťahujú k sebe navzájom. Tieto údaje môžu priamo prispieť k rozvoju testovateľných výskumných hypotéz a budovaniu na praxi založenej teórie (Burke a kol., 2005).

Ak je mapovanie konceptov ako nový a perspektívny prístup spájajúci prvky kvalitatívneho a kvantitatívneho výskumu veľmi nápomocný pre pochopenie existujúcich laických teórií napríklad v oblasti zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa je dôležité uvedomiť si, že výsledky takto realizovaných štúdií by sa nemali obmedzovať len na deskriptívny popis existujúcich tém a potenciálnych mechanizmov. Je nutné testovať ich širšiu platnosť a na ich základe budovať ďalší výskum (Downey a Chang, 2013). Oblasť skúmania zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa by tak mohla čerpať z výsledkov mapovania konceptov pri určovaní kľúčových tém, ktorým je potrebné venovať svoju pozornosť v budúcnosti. Okrem toho je možné používať ich ako základ pri tvorbe meracích nástrojov, ktoré by odzrkadľovali realitu z pohľadu zvolenej cieľovej skupiny, ktorá by sa však aj v nasledujúcich krokoch mala, v zmysle princípov participatívneho výskumu, podieľať na všetkých fázach výskumného procesu vytvárajúc tak neustále sa vzájomne obohacujúce partnerstvo.

Záver

Adolescencia je nesporne obdobím, ktoré v sebe obsahuje množstvo príležitostí, príležitostí pre mladých ľudí určovať svoje budúce smerovanie. Jedno z týchto smerovaní vedie k vzorcom budúceho zdravia pre obdobie dospelosti, ktorého základy sú okrem iného kladené aj v období dospievania. Práve adolescencia je totižto časom osvojovania si určitého fungovania, v jeho pre zdravie prospešnej alebo naopak v jeho zdravie ohrozujúcej podobe. Takto osvojený životný štýl v období dospievania však nezostáva izolovaným javom a vytvára podklad pre fungovanie v neskorších obdobiach života, kedy už k zmenám dochádza s väčšou námahou. Okrem toho nezdravé správanie sa vytvára svojim kumulovaním určité znevýhodnenie aj v oblasti celkového budúceho fyzického a psychického zdravia, ktoré je tak povediac „diskvalifikované“ už na jeho štartovacej čiare.

Na strane druhej je adolescencia je obdobím zmien, s ktorými sa mladý človek musí vyrovnávať a ktorých zvládanie prináša veľké množstvo subjektívnej nepohody, stresu a napätia. Jednou z týchto zmien je v období dospievania aj hľadanie svojho miesta vo svete. Oblasť sociálnych vzťahov sa stáva pre toto obdobie kľúčovou a je charakterizovaná zvyšujúcou sa dôležitosťou rovesníckych skupín, ktoré v niektorých prípadoch nadobúdajú až formu mládežníckych subkultúr, ktoré formujú správanie sa adolescentov v jeho zdravie podporujúcej ako aj zdravie ohrozujúcej forme vplyvom pre danú skupinu platných existujúcich noriem a očakávaní. Pochopenie mechanizmov, ktoré sa takto skrývajú za výberom určitých foriem rizikového alebo protektívneho správania sa však môže len do určitej miery opierať o výsledky kvantitatívnych vedeckých štúdií pracujúcich s bohužiaľ v istom rozsahu limitujúcimi údajmi. Je preto nevyhnutné pátrať aj po subjektívnych vysvetleniach samotnej cieľovej skupiny.

Adolescencia je totižto v neposlednom rade obdobie plné túžby vyjadriť svoj názor, presadiť svoj „hlas“, na čo by sme pri skúmaní zdravia a so zdravím súvisiaceho správania sa adolescentov nemali zabúdať. Mladí ľudia stále intenzívnejšie objavujú čaro svojich vlastných myšlienok a názorov, vlastných postojov a odpovedí na všetko čo ich „páli“.

Možnosťou pre zachytenie tohto vysoko cenného pohľadu je realizácia štúdií za využitia princípov participatívneho výskumu. Dospievajúci by preto mali byť v budúcnosti omnoho viac zapojení do oblasti podpory ich vlastného zdravia, v rámci realizovaných štúdií, na základe ktorých tak môžu byť tvorené omnoho efektívnejšie na zdravie zamerané politiky alebo intervenčné programy. Väčšia angažovanosť mladých ľudí, či už ako príjemcu na zdravie zameranej starostlivosti alebo cieľa preventívnych či intervenčných programov, pomôže zaistiť adekvátnosť týchto snáh, ktoré sa na túto cieľovú skupinu sústreďujú. Ak bude dospievajúcim daný hlas prostredníctvom participácie na identifikácii ich problémov a rozvoji vhodných riešení, budú tiež v konečnom dôsledku omnoho prospešnejšími pre spoločnosť ako celok.

Abstrakt

Adolescencia je obdobím v živote človeka, v ktorom sú položené základy vzorcov budúceho zdravia pre obdobie dospelosti a kedy je možné hovoriť o všeobecnej pomernej vynikajúcej príležitostiach pre udržanie dobrého zdravotného stavu či už po stránke fyzickej ako aj po stránke psychickej (Sawyer, 2012). V období adolescencie, ktoré je charakterizované ako obdobie relatívne dobrého zdravia a nízkej mortality, môže mať nedostatočné zdravie významný vplyv na naplnenie vývinových úloh spojených s adolescenciou a viesť k množstvu dlhodobých negatívnych dôsledkov (Currie a kol., 2012). V oblasti výskumu orientujúceho sa na fyzické a mentálne zdravie adolescentov je venovaná veľká pozornosť ich so zdravím súvisiacemu správaniu sa. Práve vzorce so zdravím súvisiaceho správania sa, ich iniciácia a priebeh v dospievaní, sú všeobecne považované za prediktívne pre neskoršie zapojenie sa do takéhoto správania v dospelosti a sú spojené s množstvom buď pozitívnych alebo negatívnych následkov skrze ich trvalý efekt nielen na súčasné ale aj na budúce zdravie adolescentov (Tucker, Ellickson, Orlando, Martino, a Klein, 2005). Cieľom predkladanej práce preto bolo skúmanie vzťahu medzi so zdravím súvisiacim správaním sa adolescentov a ich súčasným fyzickým zdravím a subjektívnou životnou pohodou. Na overenie predpokladaných vzťahov slúžili národne reprezentatívne dáta z štúdie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), ktorá bola realizovaná v roku 2010 na vzorke 8491 respondentov, z ktorých bolo do finálnych analýz zahrnutých 4644 11-, 13- a 15-ročných adolescentov. Skúmané premenné pokrývajúce fyzické zdravie, subjektívnu životnú pohodu a so zdravím súvisiace správanie boli overované prostredníctvom položiek, ktoré sú súčasťou medzinárodne používaného dotazníka štúdie HBSC. Výsledky modelov logistickej regresie potvrdili existenciu predpokladanej existencie vzťahu medzi jednotlivými formami so zdravím súvisiaceho správania sa a subjektívnych ukazovateľov zdravia a životnej pohody. Zdravie ohrozujúce formy správania sa znižovali a zdravie podporujúce formy správania sa naopak zvyšovali pravdepodobnosť dobrého zdravia a subjektívnej životnej pohody.

Summary

Adolescence is a period in one's life where the foundations of future health patterns for adulthood are built and when it is possible to talk about generally quite excellent opportunities for maintaining good health, physical as well as mental (Sawyer, 2012). In adolescence, which is characterized as a period of relatively good health and low mortality, poor health can have a significant impact on the fulfillment of developmental tasks associated with adolescence and lead to many long-term negative consequences (Currie et al., 2012). In research oriented toward physical and mental health of adolescents much attention is paid to their health-related behavior. Patterns of health-related behavior, the initiation and conduction in adolescence, are generally considered to be predictive of later engaging in such behavior in adulthood and are associated with a number of either positive or negative consequences through their lasting effect not only on the present but also the future health of adolescents (Tucker et al., 2005). The aim of this work therefore was to investigate the association between health-related behaviors of adolescents and their current physical health and subjective well-being. To verify the expected relationships nationally representative data were used from the study Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), which was conducted in 2010 on a sample of 8491 respondents. Final analysis included 4644 11-, 13- and 15-years old adolescents. Studied variables covering physical health, subjective well-being and health-related behaviors were evaluated through items that are part of the international HBSC study questionnaire. The results of the logistic regression models confirmed the existence of the presumed relationship between the various forms of health-related behavior and subjective indicators of health and well-being. Health-endangering behaviors are reduced and health promoting behaviors on the contrary, increase the likelihood of good health and subjective well-being.

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 Model celoživotnej perspektívy v pohľade na zdravie podľa Sawyerovej (2012)

Obrázok 2 Model sociálnych determinantov zdravia Dahlgrena a Whiteheada (1991)

Obrázok 3 Homeostatický model subjektívnej životnej pohody podľa Cumminsa (2000)

Obrázok 4 Flayov (2002) model vzájomnej súvislosti zdravia a so zdravím súvisiaceho správania

Obrázok 5 Jessorov (1991) model so zdravím súvisiaceho správania

Obrázok 6 Triadický model determinantov so zdravím súvisiaceho správania (Flay, 2002)

Obrázok 7 Vývinové úlohy a copingové stratégie na ich zvládanie (Richter, 2009)

Obrázok 8 Distribúcia adolescentnej populácie vo svete

Obrázok 9 Vývojový diagram počtu škôl a respondentov vo vzorke

Obrázok 10 Konceptová mapa stresorov (Chun a Springer, 2005)

Obrázok 11 Konceptová mapa copingových stratégií (Chun a Springer, 2005)

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Typy a úrovne vplyvu na so zdravím súvisiace správanie (Petraitis, Flay a Miller, 1995 – modifikované)

Tabuľka 2 Tematické okruhy povinného modulu HBSC dotazníka z poslednej vlny zberu v školskom roku 2005/2006

Tabuľka 3 Vekové zloženie vzorky a zastúpenie respondentov v jednotlivých vekových kategóriách podľa pohlavia

Tabuľka 4 Vplyv násilného správania na celkovo hodnotené zdravie (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 5 Vplyv násilného správania na zdravotné ťažkosti (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 6 Vplyv násilného správania na životnú spokojnosť (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 7 Vplyv stravovacích návykov a fyzickej aktivity na celkové hodnotenie zdravia (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 8 Vplyv stravovacích návykov a fyzickej aktivity na zdravotné ťažkosti (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 9 Vplyv stravovacích návykov a fyzickej aktivity na životnú spokojnosť (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 10 Vplyv rizikového správania na celkové hodnotenie zdravia (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 11 Vplyv rizikového správania na zdravotné ťažkosti (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 12 Vplyv rizikového správania na životnú spokojnosť (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod, vek a socioekonomický status)

Tabuľka 13 Vplyv skúsenosti s marihuanou na celkové hodnotenie zdravia, zdravotné ťažkosti a životnú spokojnosť u 15-ročných (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod a socioekonomický status)

Tabuľka 14 Vplyv sexuálneho správania na celkové hodnotenie zdravia, zdravotné ťažkosti a životnú spokojnosť u 15-ročných (logistická regresia, univariálna analýza, multivariálna analýza adjustovaná pre rod a socioekonomický status)

Zoznam grafov

Graf 1 Celkové hodnotenie zdravia (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 2 Zdravotné ťažkosti (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 3 Bolesť hlavy (v %) stratifikovaná podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 4 Bolesť brucha (v %) stratifikovaná podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 5 Bolesť chrbta (v %) stratifikovaná podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 6 Pocit smútku (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 7 Pocit podráždenosti (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 8 Pocit nervozity (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 9 Ťažkosti so zaspávaním (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 10 Závrat (v %) stratifikovaný podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 11 Životná spokojnosť (v %) stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 12 Priemerné skóre v psychickej pohode stratifikované podľa vekových skupín a pohlavia

Graf 13 Socioekonomická pozícia rodiny stratifikovaná podľa vekových skupín

Graf 14 Porovnanie výskytu ukazovateľov zdravia a psychickej pohody podľa socioeconomickej pozície

Graf 15 Porovnanie krajín strednej Európy v celkovom hodnotení zdravia

Graf 16 Porovnanie krajín strednej Európy v zdravotných ťažkostiach

Graf 17 Porovnanie krajín strednej Európy v životnej spokojnosti

Zoznam literatúry

- Adler, E. S., & Clark, R. (1999). *How it's done: An invitation to social research*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Aitken, S. A., & Millar, S. V. (2002). *Listening to Children with Communication Support Needs: A rough guide to listening*. CALL Centre; Sense Scotland.
- Alfvén, G. (1993). The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas. An epidemiological study. *Acta Paediatrica*, 82(5), 484-487.
- Allison, K. R., Adlaf, E. M., Irving, H. M., Hatch, J. L., Smith, T. F., Dwyer, J. J., & Goodman, J. (2005). Relationship of vigorous physical activity to psychological distress among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 37(2), 164-166.
- Ammerman, A., Corbie-Smith, G., George, D. M. M. S., Washington, C., Weathers, B., & Jackson-Christian, B. (2003). Research expectations among African American church leaders in the PRAISE! project: a randomized trial guided by community-based participatory research. *Journal Information*, 93(10), 1720-27.
- Andersen, A. E., & DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 283-287.
- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental review*, 12(4), 339-373.
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., Rodgers, K., Cuevas, J., Sass, J., & Riley, T. (2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 120(1), 181-189.
- Bajekal, M., Harries, T., Breman, R., & Woodfield, K. (2004). *Review of disability estimates and definitions*. In-house Report No. 128 DWP.
- Baldry, A. C., & Farrington, D. P. (2000). Bullies and delinquents: Personal characteristics and parental styles. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(1), 17-31.
- Bjorner, J. B. (1996). *Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine*. Swedish Council for Planning and Coordination of Research, Uppsala.
- Blaxter, M. (1989). A comparison of measures of inequality in morbidity. *Health inequalities in European countries*. Aldershot: Gower, 199-230.
- Blaxter, M. (2004). *Health and lifestyles*. Routledge.

- Bobáková, D., Madarasová Gecková A., Reijneveld, S. A., van Dijk, J. P. (2012). Subculture affiliation is associated with substance use of adolescents. *European Addiction Research*, 18, 91-96.
- Bobáková, D., Madarasová Gecková A., Klein, D., Reijneveld, S. A., van Dijk, J. P. (2012). Protective factors of substance use in youth subcultures. *Addictive Behaviors*, 37, 1063-1067.
- Bowling, A. (2005). *Measuring health*. Open University Press.
- Burke, J. G., O'Campo, P., Peak, G. L., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., Trochim, W. M. K. (2005). An introduction to concept mapping as a participatory public health research method. *Qualitative Health Research*, 15, 1392-1410.
- Burt, M. R. (2002). Reasons to invest in adolescents. *Journal of adolescent Health*, 31(6), 136-152.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- Cargo, M., Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice, *Annual Review of Public Health*, 29, 325-350.
- Carvajal, S. C., Wiatrek, D. E., Evans, R. I., Knee, C. R., & Nash, S. G. (2000). Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 27, 255-265.
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin Jr, C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379(9826), 1653-1664.
- Chambers, R. (1992). *Rural appraisal: Rapid, relaxed and participatory* (Institute of Development Studies, Discussion Paper 311). Brighton, UK: IDS.
- Chun, J., & Springer, D. W. (2005). Stress and coping strategies in runaway youths: An application of concept mapping. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(1), 57.
- Chung, K., & Lounsbury, D. W. (2006). The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2129-2140.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1350-1362.
- Crockett, L. J., Bingham, C. R., Chopak, J. S., & Vicary, J. R. (1996). Timing of first sexual intercourse: The role of social control, social learning, and problem behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 89-111.

- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. *Addictive behaviors*, 27(6), 1009-1023.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F., Barnekow, V. (eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. International Report from the HBSC 2009/2010 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No.6, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55:34-43.
- Diener E., Lucas RE, Oishi S (2002). Subjective well-being. In Snyder CS a Lopez SJ (eds). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University press.
- Disability Discrimination Act 2005: New Laws to Help Disabled People*. Stationery Office, 2006.
- Downey, C. A., & Chang, E. C. (2013). Assessment of everyday beliefs about health: The Lay Concepts of Health Inventory, college student version. *Psychology & Health*, 28(7), 818-832.
- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P., & Currie, C. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *The European Journal of Public Health*, 15(2), 128-132.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(5), 1058-1068.
- Edwards, L. M., & Lopez, S. J. (2006). Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in mexican american youth: A mixed-methods exploration. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 279-287.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., ... & Ravens-Sieberer, U. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health*, 54(2), 160-166.

- Ethier, K. A., Kershaw, T. S., Lewis, J. B., Milan, S., Nicolai, L. M., & Ickovics, J. R. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: Interrelationships and temporal effects. *Journal of Adolescent Health, 38*(3), 268-274.
- Faeh, D., Viswanathan, B., Chiolero, A., Warren, W., & Bovet, P. (2006). Clustering of smoking, alcohol drinking and cannabis use in adolescents in a rapidly developing country. *BMC Public Health, 6*, 169–176.
- Field, A. E., Austin, S. B., Taylor, C. B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H. R., Colditz, G. A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics, 112*(4), 900-906.
- Fiscella, K., & Franks, P. (1997). Does psychological distress contribute to racial and socioeconomic disparities in mortality?. *Social Science & Medicine, 45*(12), 1805-1809.
- Flay, B., (2002). Positive youth development requires comprehensive health promotion programs. *American Journal of Health Behavior, 26*, 407–424.
- Forero, R., McLellan, L., Rissel, C., Bauman, A. (1999). Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: Cross-sectional survey. *British Medical Journal, 319*: 344-348.
- Fry, G., Grogan, S., Gough, B., & Conner, M. (2008). Smoking in the lived world: How young people make sense of the social role cigarettes play in their lives. *British Journal of Social Psychology, 47*(4), 763-780.
- Galvin, P. F. (1989). Concept mapping for planning and evaluation of a Big Brother/Big Sister program. *Evaluation and Program Planning, 12*, 53-58.
- Garalda, M. E. (1996). Somatization in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*(1), 13-33.
- Ge, X. (2001). Pubertal transitions, perceptions of being overweight and adolescents' psychological maladjustment: gender and ethnic differences. *Social Psychology Quarterly, 64*, 363-375.
- Geckova, A. (2002). *Inequality in health among Slovak adolescents*. Rijksuniversiteit Groningen: Groningen.
- Giachello, A. L., Arrom, J. O., Davis, M., Sayad, J. V., Ramirez, D., Nandi, C., & Ramos, C. (2003). Reducing diabetes health disparities through community-based participatory action research: the Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. *Public Health Reports, 118*(4), 309-323.
- Glasgow, R. E., Emmons, K. M. (2007). How can we increase translation of research into practice? *Annual Review of Public Health, 28*, 413-433.

- Gohm, C. L., Oishi, S., Darlington, J., & Diener, E. (1998). Culture, parental conflict, parental marital status, and the subjective well-being of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 319-334.
- Green, L. W., George, M. A., Daniel, M., Frankish, C. J., Herbert, C. J., Bowie, W. R., & O'Neill, M. (1995). *Study of participatory research in health promotion*. Ontario: The Royal Society of Canada.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, 374(9698), 1383-1391.
- Hallal, P.C., Victora, C.G., Azevedo, M.R., Wells, J.C.K. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, 36, 1019–1030.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J. I. M., Aaroe, L. E., & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *The European Journal of Public Health*, 11(1), 4-10.
- Havighurst, R. J. (1974). *Developmental tasks and education*. McKay, New York.
- Hawker, D. S., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41(4), 441-455.
- Helliwell, J. F. (2007). Well-being and social capital: Does suicide pose a puzzle?. *Social indicators research*, 81(3), 455-496.
- Higgins, T. E. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(7), 739–746.
- Hoven, C. W., Doan, T., Musa, G. J., Jaliashvili, T., Duarte, C. S., Ovuga, E., ... & Task Force, W. A. (2008). Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *International Review of Psychiatry*, 20(3), 261-270.
- Hurrelmann, K. & Lösel, F. (Eds.) (1990). *Health Hazards in Adolescence*. Berlin/New York: De Gruyter.
- Hurrelmann, K., Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence. The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14: 20-28. Holler-Nowitzki,

- B. (1994). *Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter: schulische Belastungen, Zukunftsangst und Streßreaktionen*. Weinheim: Juventa.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.
- Inhelder, B., Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence*. Basic Books, New York.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173-202.
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (2005). *Methods in community-based participatory research for health*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Israel, B. A., Krieger, J., Vlahov, D., Ciske, S., Foley, M., Fortin, P., ... & Tang, G. (2006). Challenges and facilitating factors in sustaining community-based participatory research partnerships: lessons learned from the Detroit, New York City and Seattle Urban Research Centers. *Journal of Urban Health*, 83(6), 1022-1040.
- Jakušová, E., Dostál, A. (2009). Výživa adolescentiek ako budúcich matiek. In: Boledovičová M, Vörösová G, Líšková M (Eds). *Ošetrovatel'stvo 21. Storočia v procese zmien III*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa.
- Jedlička, J. (2009). *Zdravý životný štýl*. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M. (1998). Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. *Applied Developmental Science*, 2, 194-208.
- Kalina, O., Geckova, A. M., Klein, D., Jarcuska, P., Orosova, O., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2011). Psychosocial factors associated with sexual behaviour in early adolescence. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(4), 298-306.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of adolescence*, 23(6), 661-674.
- Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L., Benešová, D., Csémy, L. (2011). Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na základě mezinárodního projektu „Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National study (HBSC)”. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.

- Kasl, S.V., Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Katz, J. E., & Rice, R. E. (2002). *Social consequences of Internet use: Access, involvement, and interaction*. The MIT Press.
- Keyes, C. L., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health. *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press: Oxford, 45-59.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A., Ball, J. (2005). Psychological predictors of health related behaviour in children. *Psychology, Health and Medicine*, 10: 31-43.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433-439.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Koskenvuo, M., Viinamäki, H., & Kaprio, J. (2002). Life dissatisfaction as a predictor of fatal injury in a 20-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(6), 444-450.
- Koivumaa-Honkanen MD, M. P. H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., & Koskenvuo, M. (2004). Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 994-999.
- Koivumaa-Honkanen, H., Koskenvuo, M., Honkanen, R. J., Viinamäki, H., Heikkilä, K., & Kaprio, J. (2004). Life dissatisfaction and subsequent work disability in an 11-year follow-up. *Psychological Medicine*, 34(02), 221-228.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 67-74.
- Krieger, J. W., Takaro, T. K., Song, L., & Weaver, M. (2005). The Seattle-King County Healthy Homes Project: a randomized, controlled trial of a community health worker intervention to decrease exposure to indoor asthma triggers. *Journal of the American Medical Association*, 293(4), 652-659.
- Kulbock, P. A., Cox, C. L. (2002). Dimensions of adolescent health behaviour. *Journal of Adolescent Health*, 31, 394-400.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., & Henttonen, I. (1999). Children involved in bullying: Psychological disturbance and the persistence of the involvement. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1253-1262.
- Kuntsche, E. N., & Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 99(3), 331-339.

- Lam, T. H., Stewart, S. M., & Ho, L. M. (2001). Prevalence and correlates of smoking and sexual activity among Hong Kong adolescents. *Journal of Adolescent Health, 29*, 352-358.
- Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). *Vývojový psychologie*. Grada Publishing, Praha.
- Latner, J. D., Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obesity Research; 11*, 452-456.
- Leplège, A., & Hunt, S. (1997). The problem of quality of life in medicine. *JAMA: the journal of the American Medical Association, 278*(1), 47-50.
- Lewis, A. (2002) Accessing Children's views about inclusion and integration. *Support for Learning, 17* (3), 110-116.
- Lewis, A. (2004) 'And When Did You Last See Your Father?' Exploring the views of children with learning difficulties/ disabilities. *British Journal of Special Education, 31*(1), 4-10.
- Lewis, A., & Porter, J. (2004). Interviewing children and young people with learning disabilities: guidelines for researchers and multi-professional practice. *British Journal of Learning Disabilities, 32*(4), 191-197.
- Lipscomb, H. J., Argue, R., McDonald, M. A., Dement, J. M., Epling, C. A., James, T., ... & Loomis, D. (2005). Exploration of work and health disparities among black women employed in poultry processing in the rural south. *Environmental Health Perspectives, 113*(12), 1833.
- Macek, P. (1987). Obsah ideálu sebe u adolescentů. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 22*, 485-497.
- Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Portál, s.r.o., Praha.
- Maciak, B. J., Guzman, R., Santiago, A., Villalobos, G., & Israel, B. A. (1999). Establishing LA VIDA: A community-based partnership to prevent intimate violence against Latina women. *Health Education & Behavior, 26*(6), 821-840.
- Madarasová Gecková, A., Veselská, Z., Kollárová, J. (eds.) (2011). *Sociálne determinanty zdravia školákov. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11, 13, a 15-ročných školákov na základe prieskumu uskutočneného v roku 2009/2010 v rámci medzinárodného projektu „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC)*. Equilibria, s.r.o., Košice.
- Manderbacka, K. (1998). *Questions on survey questions on health*. Swedish Institute for Social Research.
- Mann, M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P., de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research, 19*, 357-372.
- Markus, H., Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist, 41*, 954-969.

- Marshall, S. K. (2001). Do I matter? Construct validation of adolescents' perceived mattering to parents and friends. *Journal of Adolescence*, 24(4), 473-490.
- Metcalfe, T. (2004). Sexual health: meeting adolescents' needs. *Nursing Standard*, 18, 40-43.
- Metzler, M. M., Higgins, D. L., Beeker, C. G., Freudenberg, N., Lantz, P. M., Senturia, K. D., ... & Softley, D. (2003). Addressing urban health in Detroit, New York City, and Seattle through community-based participatory research partnerships. *Journal Information*, 93(5), 803-811.
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mikkelsen, M., Salminen, J. J., & Kautiainen, H. (1997). Non-specific musculoskeletal pain in preadolescents. Prevalence and 1-year persistence. *Pain*, 73(1), 29-35.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2003). *Community-based participatory research for health*. Jossey-Brass: San Francisco.
- Minkler, M. (2004). Ethical challenges for the “outside” researcher in community-based participatory research. *Health Education & Behavior*, 31(6), 684-697.
- Mortimer, J. T., & Larson, R. W. (Eds.). (2002). *The changing adolescent experience: Societal trends and the transition to adulthood*. Cambridge University Press.
- Muuss, R. E. (1989). *Theories of Adolescence. 5th Edition*. Random House, New York.
- Nevoral J. (2003). *Výživa v dětském věku*. Jihočany: H & H.
- Nicholas, S. (2009). *Subcultures and countercultures - Research Starters Sociology*. Toledo, Great Neck.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary, *Health Promotion International*, 13, 349-364.
- Olweus, D. (1996). *The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*. Mimeo. HEMIL, University of Bergen, N-5015 Bergen, Norway.
- Olweus, D. (1991). 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.
- Orr, D. P., Beiter, M., & Ingersoll, G. (1991). Premature Sexual-Activity As An Indicator of Psychosocial Risk. *Pediatrics*, 87, 141-147.
- Owen, J. M. (1993). *Program evaluation: Forms and approaches*. St. Leonards, Australia: Allen and Unwin.
- Parfitt, G., Eston, R.G. (2005). The relationship between children's habitual activity level and psychological well-being. *Acta Paediatrica*, 94, 1791-1797.

- Patton, G. C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., & Ferguson, J. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379(9826), 1665-1675.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164-172.
- Penedo, F.J., Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 189-193.
- Pepler, D. J., & Craig, W. M. (1995). A peek behind the fence: Naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. *Developmental Psychology*, 31(4), 548-553.
- Perren, S., & Hornung, R. (2005). Bullying and delinquency in adolescence: Victims' and perpetrators' family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 64(1), 51-64.
- Pesa, J. (1999). Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *Journal of School Health*, 69(5), 196-201.
- Petraitis, J., Flay, B. R., Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Porter, J. (2008). *Disability data collection for children's services*. Department for Children, Schools and Families.
- Ramström, J. (2004). *Adverse Health Consequences of Cannabis Use: A Survey of Scientific Studies Published up to and Including the Autumn of 2003*. National Institute of Public Health.
- Rask, K., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Laippala, P. (2003). Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 129-138.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Ottova, V., Mazur, J., Schnohr, C., Välimäa, R., van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2009) . *HBSC Research Protocol for 2009/10 Survey*. Section 2, Scientific rationales for focus areas: Positive Health.
- Ravens-Sieberer U & the European KIDSCREEN group. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents – handbook*. Papst Science Publisher, Lengerich.
- Rayle, A. D. (2005). Adolescent gender differences in mattering and wellness. *Journal of adolescence*, 28(6), 753-763.
- Resnicow, K. (1991). The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, 61(2), 81-85.

- Richter, M., & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits-und Freizeitverhalten von Jugendlichen. *Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Weinheim, München: Juventa Verlag (im Druck).
- Richter, M. (2009). *Risk behaviour in adolescence: Patterns, determinants and consequences*. Habilitačná práca. Universität Bielefeld.
- Rigby, K. (2003). Consequences of bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 48, 583-590.
- Rigby, K., Slee, P. T., & Martin, G. (2007). Implications of inadequate parental bonding and peer victimization for adolescent mental health. *Journal of Adolescence*, 30(5), 801-812.
- Roche, K. M., Mekos, D., Alexander, C. S., Astone, N. M., Bandeen-Roche, K., & Ensminger, M. E. (2005). Parenting influences on early sex initiation among adolescents: How neighbourhood matters. *Journal of Family Issues*, 26, 32-54.
- Rodgers, J. (1999). Trying to get it right: undertaking research involving people with learning difficulties. *Disability & Society*, 14(4), 421-433.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Sarkova M. (2010). *Psychological well-being and self-esteem in Slovak adolescents*. Rijksuniversiteit Groningen: Groningen.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379: 1630-1640.
- Schnarch, B. (2004). Ownership, control, access, and possession (OCAP) of self-determination applied to research. A critical analysis of contemporary First Nations research and some options for First Nations communities. *Journal of Aboriginal Health*, 1, 80-95.
- Schumacher, J., & Brähler, E. (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. *Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie*, 2-24.
- Scrimshaw, S. C. (1992). Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. In N. S. Scrimshaw & G. R. Gleason (Eds.), *RAP: Qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programs* (pp. 25-38). Boston: INFDC.
- Seifert, K. L., Hoffnung, R. J. (1991). *Child and Adolescent Development*. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Siegel, J. M. (2002). Body image change and adolescent depressive symptoms. *Journal on Adolescent Research*, 17, 27-41.
- Silbereisen, R. K., Todt, E. (1994). *Adolescence in context*. Berlin: Heidelberg.

- Sloane, D. C., Diamant, A. L., Lewis, L. B., Yancey, A. K., Flynn, G., Nascimento, L. M., Cousineau, M. R. (2003). Improving the nutritional resource environment for healthy living through community-based participatory research. *Journal of General Internal Medicine*, 18(7), 568-575.
- Sofaer, S. (1999). Qualitative methods: What are they and why use them? *HSR: Health Services Research*, 34, 1101-1117.
- Springett, J., & Wallerstein, N. I. N. A. (2003). Issues in participatory evaluation. *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*, 2, 199-220.
- Stainton-Rogers, W. (1991). *Explaining health and illness: An exploration of diversity*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Starfield, B., Katz, H., Gabriel, A., Livingston, G., Benson, P., Hankin, J., ... & Steinwachs, D. (1984). Morbidity in childhood--a longitudinal view. *The New England journal of medicine*, 310(13), 824-829.
- Steckler, A., McLeroy, K. R., Goodman, R. M., Bird, S. T., & McCormick, L. (1992). Toward integrating qualitative and quantitative methods: An introduction. *Health Education Quarterly*, 19, 1-8.
- Susman, E. J., Dorn, L. D., Schiefelbein, V. L. (2003). Puberty, sexuality, and health. In Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. Eds., *Handbook of psychology, Volume 6, Developmental psychology*. New Jersey, John Wiley & Sons.
- Taylor, J., & Turner, R. J. (2001). A longitudinal study of the role and significance of mattering to others for depressive symptoms. *Journal of Health and Social Behavior*, 310-325.
- Tarrant, M., MacKenzie, L., Hewitt, L. A. (2006). Friendship group identification, multidimensional self-concept, and experience of developmental tasks in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 627-640.
- Tomčíková, Z., Madarasová Gecková A., Orosová O., van Dijk, J. P., Reijneveld, S. A. (2009). Parental divorce and adolescent drunkenness: Role of socioeconomic position, psychological well-being and social support. *European Addiction Research*, 15, 202-208.
- Tomcikova, Z., Madarasova Geckova, A., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2011). Characteristics of adolescent excessive drinkers compared with consumers and abstainers. *Drug and alcohol review*, 30(2), 157-165.
- Tomčíková, Z., Veselská Z., Madarasová Gecková A., , van Dijk, J. P., Reijneveld, S. A. (2013). Leisure time activities, parental monitoring and drunkennes in adolescence. *European Addiction Research*, 19, 141-145.
- Trochim,W. (1985). Pattern matching, validity, and conceptualization in program evaluation. *Evaluation Review*, 9, 575-604.

- Trochim, W. (1989). An introduction to concept mapping for program planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning, 12*, 1-16.
- Tucker, J. S., Ellickson, P. L., Orlando, M., Martino, S. C., Klein, J. K. (2005). Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: A comparison of smoking, binge drinking, and marijuana use. *Journal of Drug Issues, 35*, 307-332.
- United Nations Children's Fund and the University of Wisconsin (2008). *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*. UNICEF: New York.
- United Nations Children's Fund (2013). *The state of the world's children 2013: Children with disabilities*. UNICEF: New York.
- US Department of Health and Human Services. (2004). *The health consequences of smoking: a report of the surgeon general*. National Centre for Chronic Disease Prevention and Health promotion, Office on Smoking and Health, Washington DC.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál, s.r.o., Praha.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Junger, M., Klein Velderman, M., Wiefferink, K.H., Paulussen, T.W.G.M., Hox, J., Reijneveld, S.A. (2009). Clustering of health-compromising behavior and delinquency in adolescence and adults in Dutch population. *Preventive Medicine, 48*, 572-578.
- Vartanian, L. R., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Journal Information, 97*(4).
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. V., Bogt, T. T., & Vollebergh, W. (2005). Alcohol use and mental health in adolescents: Interactions with age and gender—Findings from the Dutch 2001 health behaviour in school-aged children survey. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 66*(5), 605-609.
- Veselska Z., Gajdosova B., Madarasova Geckova A., Orosova O., van Dijk J.P., Reijneveld S.A. (2009). Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors, 34*, 287-291.
- Veselska Z. (2010). *Intrapersonal factors, social context and health-related behavior in adolescence*. Rijksuniversiteit Groningen: Groningen.
- Veselska Z., Madarasova Geckova A., Reijneveld S.A., van Dijk J.P. (2011). Aspects of self differ among physically active and inactive youths. *International Journal of Public Health, 56*, 311-318.
- Wallerstein, N. B., Duran, B. (2006). Using community-based participatory research to address health disparities, *Health Promotion Practices, 7*, 312-323.

- Wang, C. C., Morrel-Samuels, S., Hutchison, P. M., Bell, L., & Pestronk, R. M. (2004). Flint photovoice: Community building among youths, adults, and policymakers. *Journal Information, 94*(6), 911-913.
- Wellings, K., Collumbien, M., & Slaymaker, E. (2007). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet, 369*(9568), 1220-1231.
- Wesnes, K. A., Pincock, C., Richardson, D., Helm, G., & Hails, S. (2003). Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite, 41*(3), 329-331.
- West, P., & Sweeting, H. (2004). Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Social science & medicine, 59*(1), 13-27.
- White, K., Kendrick, T., Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity, 2*, 44-52.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A., & Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 1454-1467.
- Williams, J. M, Currie C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence, 20*, 129-149.
- Wilkinson, R. B., & Walford, W. A. (1998). The measurement of adolescent psychological health: One or two dimensions?. *Journal of Youth and Adolescence, 27*(4), 443-455.
- Wolfe, W. S., Campbell, C. C., Frongillo Jr, E. A., Haas, J. D., & Melnik, T. A. (1994). Overweight schoolchildren in New York State: prevalence and characteristics. *American Journal of Public Health, 84*(5), 807-813.
- World Health Organization (WHO) (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100); entered into force on 7 April 1948.*
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. WHO: Geneva.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization, 78*(4), 413-426.

- World Health Organization (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- World Health Organization (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents: Report from the 2006 HBSC/WHO Forum*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Wright, G. H. (1963). *The varieties of goodness*. London, Routledge.
- Yeo, M., & Sawyer, S. (2005). ABC of adolescence: Chronic illness and disability. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7493), 721-723.
- Zemp-Stutz E, Buddeberg-Fischer B. (2004) Gesundheit und Krankheit [Health and illness]. In: Buddeberg C, (eds.). *Psychosoziale Medizin*. Springer, Berlin.
- Ziegelmann JP. (2002) Gesundheits- und Krankheitsbegriffe [Concepts of health and illness]. In: Schwarzer R, Jerusalem M, Weber H, (eds.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z: Ein Handwörterbuch*. Hogrefe, Göttingen.