

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

**Ponašanje u vezi
sa zdravljem
u djece školske dobi
2009/2010**

Djeca i mladi u društvenom okruženju



Zagreb, 2012.



Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Prof. dr. sc. Marina Kuzman, dr. med.

dr. sc. Ivana Pavić Šimetin, dr. med.

Iva Pejnović Franelić, dr. med.

**PONAŠANJE U VEZI SA
ZDRAVLJEM
U DJECE ŠKOLSKE DOBI
2009/2010**

Djeca i mladi u društvenom okruženju

Rezultati istraživanja za Hrvatsku i Grad Zagreb

/The Health Behaviour in School-aged Children/

Zagreb, 2012.

**PONAŠANJE U VEZI SA ZDRAVLJEM U DJECE ŠKOLSKE DOBI –
2009/2010**

The Health Behaviour in School-aged Children 2009/10
(HBSC)

Izdavači:

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Zagreb, Rockefellerova 7
www.hzjz.hr

**HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)
International Coordinating Centre**

Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU)
School of Medicine
University of St Andrews
Medical and Biological Sciences Building
North Haugh
ST ANDREWS, Fife KY16 9TF
United Kingdom
www.hbcs.org

Autori:

prof. dr. sc. **Marina Kuzman**, dr. med.
dr. sc. **Ivana Pavić Šimetin**, dr. med.
Iva Pejnović Franelić, dr. med.

Istraživanje provedeno uz potporu Grada Zagreba
Gradski ured za zdravstvo i branitelje

ISBN 978-953-7031-46-6

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu
Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 801019

Grafička priprema: Mario Hemen

Tisak: Uvez d.o.o. Zaprešić

Naklada: 500 primjeraka

Tiskano u ožujku 2012.

SADRŽAJ

PONAŠANJE U VEZI SA ZDRAVLJEM U DJECE ŠKOLSKE DOBI - Uvod	5
DRUŠTVENO-EKONOMSKE NEJEDNAKOSTI	7
OBITELJSKO OKRUŽENJE	14
ODNOSI S VRŠNJACIMA	21
DOŽIVLJAJ ŠKOLE	27
ZDRAVLJE I DOBROBIT UČENIKA	34
SUDJELOVANJE U NASILJU I TUČNJAVAMA	40
PREHRAMBENE NAVIKE	48
PREDODŽBA O VLASTITOM TIJELU, KONTROLA TJELESNE TEŽINE	55
TJELESNA AKTIVNOST I SJEDILAČKI NAČIN ŽIVOTA	62
SJEDILAČKI NAČIN ŽIVOTA I OPTEREĆENOST ŠKOLOM	66
PUŠENJE CIGARETA	70
PIJENJE ALKOHOLA	78
UZIMANJE MARIHUANE	86
SPOLNO ZDRAVLJE	89
OZLJEDE	95

PONAŠANJE U VEZI SA ZDRAVLJEM U DJECE ŠKOLSKE DOBI

- Uvod

The Health Behaviour in School-aged Children Project (HBSC)

Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi (HBSC) je međunarodno istraživanje koje Svjetska zdravstvena organizacija – Regionalni ured za Europu podupire kao relevantno istraživanje o zdravlju i navikama u vezi sa zdravljem u djece i adolescenata. Istraživanje se provodi kontinuirano u četverogodišnjim razmacima u tridesetak zemalja Europe i Sjeverne Amerike. Istraživanje je započelo još 1982. godine u tri zemlje - Finskoj, Norveškoj i Engleskoj. Prva međunarodna studija provedena je u školskoj godini 1983/84. i od tada se provodi svake četiri godine, primjenjujući zajednički istraživački protokol.

Pravila zahtijevaju da se u zemlji sudionici osnuju istraživački multidisciplinarni timovi, koji su odgovorni za provođenje istraživanja, interpretaciju, prikazivanje i objavljivanje rezultata kao i za znanstvenu analizu i publiciranje znanstvenih i stručnih radova. Koordinativna ustanova je bio Univerzitet u Edinburgu, u 2011. godini koordinaciju je preuzeo University of Saint Andrews u Škotskoj.

Svrha je istraživanja pružiti uvid u zdravlje djece i adolescenata te što bolje razumjeti ponašanje u vezi sa zdravljem i stilove življenja u određenom društvenom kontekstu i okruženju. Temeljni ciljevi istraživanja su:

- pratiti u određenim vremenskim razmacima zdravlje i ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi,

- istražiti utjecaje koje na načine življenja i ponašanja mladih imaju škola, obitelj i drugi društveni čimbenici,
- utjecati na razvoj programa i politike s ciljem promicanja zdravlja djece i mladih,
- poticati interdisciplinarna znanstvena istraživanja o zdravlju mladih i ponašanju u vezi sa zdravljem, kroz međunarodnu mrežu znanstvenika zainteresiranih za to područje.

Iako je istraživanje standardizirano i ujednačeno na međunarodnoj razini, svake se godine nastoji analizirati neko od područja koje bi moglo utjecati na ponašanje ili razlike u ponašanju (društveno okruženje, socio-ekonomski status i sl). U istraživanju 2010. godine težište je stavljeno na spolne razlike i mogući utjecaj spola.

Ciljne grupe istraživanja su djeca od 11, 13 i 15 godina. Uzorak u svakoj dobnoj skupini čini oko 1500 djece. Uzorka se odabire iz popisa razreda pojedine generacije (peti i sedmi razred osnovne te prvi razred srednje škole) Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa. Pritom je za srednje škole očuvna struktura srednjoškolskog obrazovanja (gimnazije, četverogodišnje i trogodišnje škole). Podaci iz svih zemalja uvršteni su u međunarodnu bazu podataka koju održava Univerzitet u Bergenu, Norveška.

Primjena međunarodnog standardiziranog upitnika omogućava prikupljanje istovjetnih podataka u svim zemljama sudionicama, omogućavajući kvantifikaciju ključnih ponašanja u vezi sa zdravljem, zdravstvenih pokazatelja i varijabli okruženja. Takvi podaci omogućavaju usporedbu među zemljama, a također i procjenu trendova kako za sve tako i za pojedine zemlje.

Cilj HBSC projekta nije samo praćenje i istraživanje, već i obavještanje javnosti i svih profesionalaca koji se bave mladima, kao i utjecaj na politiku kako bi podržala i omogućila programe i aktivnosti zdravstvenog odgoja i promicanja

zdravlja usmjerene upravo na potrebe proizašle iz nalaza istraživanja.

Rezultati istraživanja bili su upotrebljavani i još se upotrebljavaju u razvoju politike promicanja zdravlja te programa i aktivnosti usmjerenih djeci i mladima u svim zemljama sudionicama. S ključnim je nalazima upoznata i najšira javnost kako na nacionalnoj tako i na međunarodnoj razini. Podaci se mogu koristiti na dva temeljna načina: za praćenje trendova pojavnosti i/ili promjena određenih ponašanja ili za znanstvenu analizu povezanosti zdravlja i ponašanja te čimbenika koji na to utječu.

U istraživanju 2009/2010. godine sudjelovale su sljedeće zemlje i regije:

Armenija	Irska	Poljska
Austrija	Italija	Portugal
Belgija (Flandrija)	Island	Rumunjska
Belgija (Francuska)	Izrael	Ruska federacija
Češka Republika	Kanada	Slovenija
Danska	Latvija	Slovačka
Engleska	Litva	Švedska
Estonija	Luksemburg	Španjolska
Finska	Makedonija	Švicarska
Francuska	Mađarska	Turska
Grenland	Nizozemska	Ukrajina
Grčka	Norveška	SAD
Hrvatska	Njemačka	Wales

Rezultati istraživanja mogu se koristiti i primjenjivati na nekoliko načina:

- dobivanje temeljnih podataka i utvrđivanje učestalosti određenih navika i ponašanja koji omogućavaju uvid u zdravlje i utjecaje na njega,
- posebno usmjeravanje na specifične probleme važne na

nacionalnoj razini, koji odstupaju od međunarodnog prosjeka,

- doprinos razvoju projekata promicanja zdravlja u školama,
- djelovanje kao poticaj za razvoj zdravstvene politike usmjerene zdravlju, edukaciji i konkretnim aktivnostima u praksi.

Istraživanje je u Hrvatskoj prvi put provedeno 2002. godine, zatim

2006. i treći put 2010. godine. Ustanova nositelj istraživanja je Hrvatski zavod za javno zdravstvo, glavni istraživač prof. dr. sc. Marina Kuzman, a članovi istraživačkog tima su dr. Iva Pejnović Franelić, dr. sc. Ivana Pavić Šimetin, Martina Markelić, prof. soc. i Mario Hemen, ing.

Istraživanje je provedeno na reprezentativnom uzroku djece petih i sedmih razreda osnovne i prvih razreda srednje škole. Pri odabiru uzroka srednjih škola očuvana je struktura srednjoškolskog obrazovanja. Instrument korišten u istraživanju je međunarodni HBSC upitnik (dostupan

na zahtjev). U provođenju su primijenjeni svi zahtjevi međunarodnog israživanja koji osiguravaju anonimnost ispitanika, za sudjelovanje je tražen pisani informirani pristanak roditelja uz preporuku Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa. Istraživanje je financijski poduprlo Povjerenstvo za prevenciju ovisnosti Grada Zagreba.

Posebno su obrađeni podatci za Grad Zagreb (detaljno dostupni u Gradskom uredu za zdravlje, rad i branitelje).

Svi rezultati objavljeni su i kao dio međunarodne publikacije.

Tablica 1. Ispitanici u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu

Hrvatska				
	11 godina	13 godina	15 godina	Ukupno
Dječaci	919	909	1190	3018
Djevojčice	987	1034	1223	3244
Ukupno	1906	1943	2413	6262
Grad Zagreb				
Dječaci	125	108	249	482
Djevojčice	147	142	231	520
Ukupno	272	250	480	1002

DRUŠTVENO-EKONOMSKE NEJEDNAKOSTI

Razlike u zdravlju pojedinca i grupe ovisno o socioekonomskim statusom (SES) označavaju se generičkim terminom društveno-ekonomske nejednakosti u zdravlju. Takve razlike su nepravedne i mogu se izbjeći, jer su uzrokovane nezdravim javnim politikama i životnim stilovima uvjetovanim strukturnim čimbenicima. U zemljama s najvećim društvenim razlikama neizbježna je i najveća razlika

u zdravlju između bogatih i siromašnih. Loše zdravlje nije rezervirano samo za one na dnu socijalne ljestvice; socijalni gradijent oboljenja i smrtnosti zahvaća sve članove društva i što je pojedinac niže na ljestvici to je lošije njegovo zdravlje. Iako socioekonomske dimenzije nejednakosti nisu jedine bitne (važne dimenzije nejednakosti su još i spol, etnička pripadnost, edukacija, zanimanje i zdravlje samo po sebi),

najtradicionalniji pristup razmišljanja o nejednakostima u zdravlju je u odnosu na ekonomsko stanje pojedinca. Čimbenici poput siromaštva, socijalne isključenosti i diskriminacije, loših stambenih uvjeta, nezdravih životnih uvjeta u ranom djetinjstvu i nižeg statusa zaposlenja važne su odrednice većine bolesti, smrtnosti i nejednakosti u zdravlju unutar i između zemalja. Promatrajući iz europske perspektive, veliki uspjesi su postignuti u na primjer smanjenju nejednakosti u smrtnosti, mjerenoj u apsolutnim iznosima, što se povezuje s cjelokupnim unaprijeđenjem životnih i radnih uvjeta. No nejednakost u zdravlju i dalje postoji u svim zemljama, a mjereno u relativnim iznosima, generalni trend je prije u porastu nego u smanjenju, što se pripisuje relativno sporijem poboljšanju zdravlja unutar nižih socioekonomskih grupa nego unutar viših. Tako je u europskim zemljama utvrđeno postojanje socijalne razlike u zdravlju i očekivanom životu, uz razlike od četiri do šest godina u muškaraca i dvije do četiri godina u žena; razlike u zdravim godinama života su još veće, čak i do 15 godina. Razlike postoje ne samo unutar zemalja nego i između zemalja s desetak godina razlike između zemalja s najduljim i najkraćim prosječnim očekivanim trajanjem života.

Razlike u zdravlju ovisno o SES-u postoje već u djetinjstvu, a SES u djetinjstvu utječe na nejednakosti u zdravlju u odrasloj dobi. Za razliku od djetinjstva i odrasle dobi, u adolescenciji uloga socioekonomskih čimbenika u zdravlju nije tako jasna. Povezanost višeg SES u odnosu na niži SES s povoljnijim zdravstvenim ishodima i povoljnijim zdravstvenim ponašanjem utvrđena je na širokom spektru zdravstvenih pokazatelja u

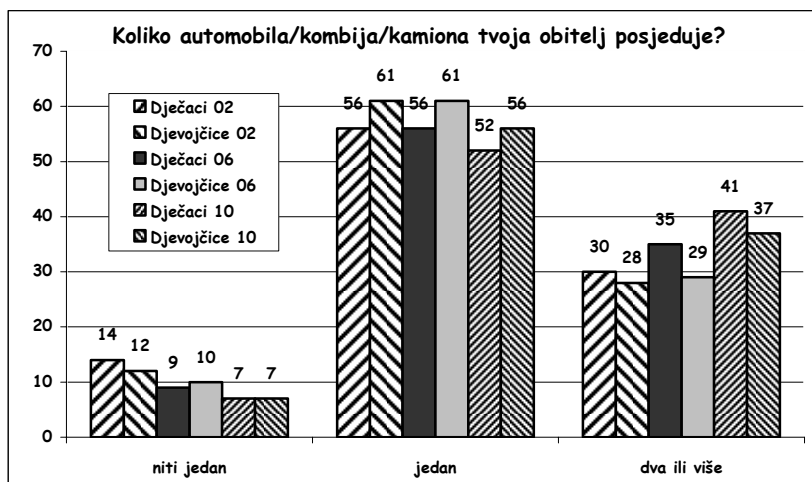
adolescenciji. Suprotno tome neka istraživanja pokazala su zaštitnu ulogu nižeg SES-a u odnosu na viši SES, dok u čitavom nizu istraživanja povezanost između SES-a i zdravlja mladih nije utvrđeno.

Kako bi se mogla istraživati socioekonomska nejednakost u zdravlju najprije je potrebno jasno utvrditi socioekonomski status pojedinih učenika. U ranijim HBSC istraživanjima usuglašena je Skala obiteljskog imovinskog stanja (SOIS), temeljena na odgovorima na sljedeća pitanja:

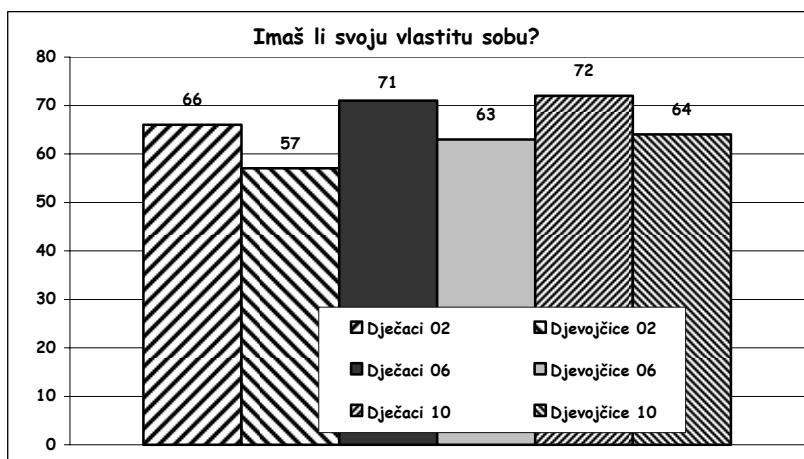
- Ima li tvoja obitelj automobil (kombi, kamion)? (ne=1); (da, jedan=2); (da, dva ili više=3)
- Imaš li svoju vlastitu sobu? (ne=1); (da=2)
- Tijekom posljednjih 12 mjeseci, koliko si puta otputovao/la na praznike ili ljetovanje s obitelji? (nijednom=1); (jednom=2); (dvaput=3); (više no dva puta=4)
- Koliko računala posjeduje tvoja obitelj? (nijedno=1); (jedno=2); (dva=3); (više od 2=4)

Iako za tumačenje pojedinih pitanja mogu nastati različite dvojbe, jer posjedovanje automobila može biti uvjetovano i stanovanjem u ruralnom ili urbanom području, ta su pitanja međunarodno usuglašena kao mjerilo društvene nejednakosti, a valjanost skale dobro je dokumentirana. Za izračunavanje skale pitanja su prekodirana (1=0, 2=1, 3,4=2). SOIS je izračunat za svakog učenika nakon što su zbrojene vrijednosti sva četiri pitanja i pretvoren u ordinarnu skalu: SOIS1 (ukupni zbroj=0,1,2,3), označava slabo imovinsko stanje, SOIS (ukupni zbroj=4,5) srednje i SOIS (ukupni zbroj=6,7) označava dobro imovinsko stanje.

Slika 1.



Slika 2.



Udio obitelji u Hrvatskoj koje ne posjeduju automobil / kombi / kamion iznosio je 2010. godine 7% kod oba spola odnosno nešto manje nego prethodnih godina (9% za muški i 10% za ženski spol 2006.; 14% za muški i 12% za ženski spol 2002.). U 2006. a još više u 2010. godini povećao se udio obitelji koje imaju dva ili više vozila, a smanjio udio obitelji bez vozila. Od 2002. godine raste udio učenika koji imaju vlastitu sobu, što navodi više

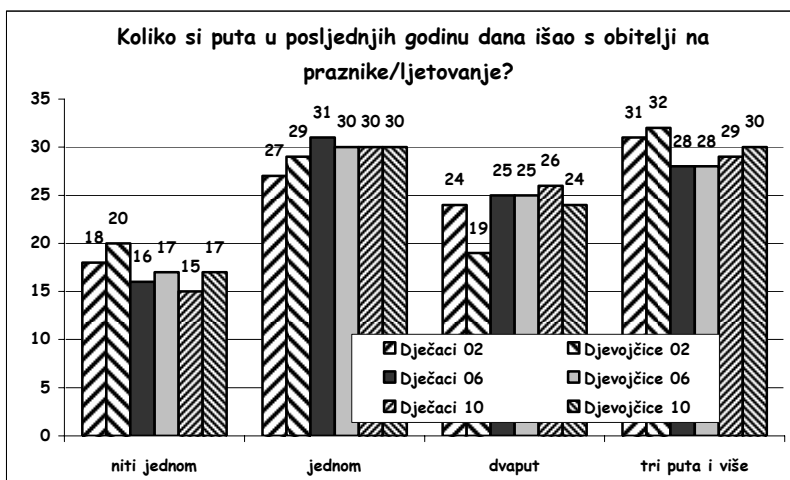
dječaka no djevojčica (72% dječaka i 64% djevojčica u 2010., u odnosu na 66% dječaka i 57% djevojčica u 2002.). Ostali sobu dijele s nekim od ukućana.

Putovanja s obitelji na put/ljetovanje/praznike u godini koja je prethodila istraživanju nisu se znatno promijenila u 2010. godini u odnosu na 2006. godinu. Može se zaključiti da je 2010. kao i 2006. u odnosu na 2002. manje učenika koji nisu putovali (16% u 2010., 17% u 2006. i 19% u 2002.) i

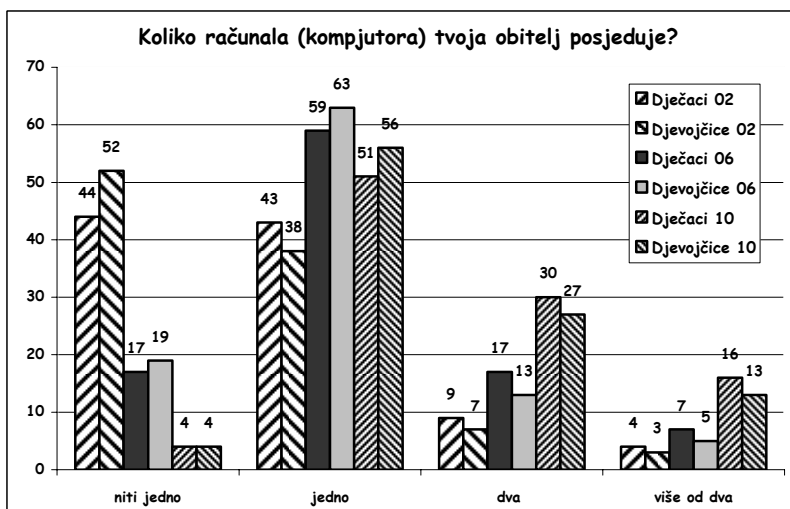
koji su putovali 3 i više puta (29% u 2010., 28% u 2006. i 32% u 2002.), dok je nešto više učenika koji su putovali s obitelji jednom ili dva puta (55% u 2010., 56% u 2006. i 49% u 2002.). Visoki udio djece koja s obitelji odlaze na ljetovanje dijelom se može tumačiti zemljopisnim položajem zemlje i tradicijom odlaska na more. Najveće razlike u odnosu na prethodna istraživanja zabilježena su u

odnosu na broj računala u obitelji. U odnosu na prethodne godine u 2010. višestruko se smanjio udio obitelji bez računala (44% za muški i 53% za ženski spol 2002., 17% za muški i 19% za ženski spol 2006. i 44% za muški i 53% za ženski spol 2002., 4% za oba spola 2010.) dok se višestruko povećao udio obitelji s dva i više računala (43% u 2010., 21% u 2006. i 11% u 2003.).

Slika 3.



Slika 4.



Prema HBSC Skali obiteljskog imovinskog stanja, u 2010. godini nalazimo 33% obitelji dobrog (porast u odnosu na 2002. i 2006.) i 48%

srednjeg imovinskog statusa, te 19% obitelji slabog imovinskog statusa (pad u odnosu na 2002. i 2006.).

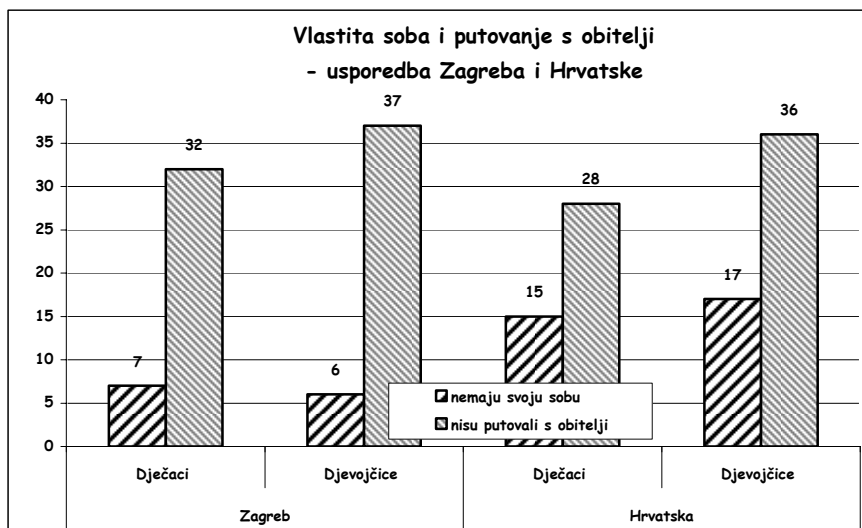
Tablica 2. Ukupna skala obiteljskog imovinskog stanja (SOIS)

Godina	2010.	2006.	2002.
SOIS1 - slabo imovinsko stanje	19%	30%	43%
SOIS2 - srednje imovinsko stanje	48%	48%	43%
SOIS3 - dobro imovinsko stanje	33%	22%	14%

Gledajući cjelovitu Skalu obiteljskog imovinskog stanja u Zagrebu je 2010. u odnosu na cijelu zemlju bilo manje obitelji niskog (10%) i srednjeg imovinskog stanja (45%) te više obitelji dobrog imovinskog stanja (45%). Pojedinačna pitanja u skali pokazuju da je u Zagrebu o odnosu na Hrvatsku nešto manje obitelji bez vozila (6% kod dječaka, 7% kod djevojčica u Zagrebu; 7% u Hrvatskoj za oba spola), nešto manje obitelji bez računala (2% za muški i manje od 1% za ženski spol u

Zagrebu; 4% u Hrvatskoj za oba spola) te da je znatno niži udio učenika i učenica koje nisu putovala s obitelji u protekloj godini (7% učenika i 6% učenica u Zagrebu; 15% učenika i 17% učenica u Hrvatskoj). Zanimljivo je da je udio učenika i učenica koji nemaju svoju sobu viši u Zagrebu nego u cijeloj zemlji (32% učenika i 37% učenica u Zagrebu; 28% učenika i 36% učenica u Hrvatskoj) što je ujedno i jedina komponenta imovinskog stanja povoljnija za cijelu Hrvatsku nego za Zagreb.

Slika 5.



Skala obiteljskog imovinskog stanja može poslužiti kao dobro mjerilo ekonomske pozicije učenika u odnosu na njegove vršnjake, odnosno povezanosti ekonomskog stanja obitelji s rizičnim i zaštitnim čimbenicima života i zdravlja učenika. Istražujući važnost školskog okruženja, vršnjačke grupe i socioekonomskog statusa (mjereno SOIS skalom) u zdravstvenom ponašanju i subjektivnom zdravlju hrvatskih učenika, utvrđene su veće socioekonomske nejednakosti u subjektivnom zdravlju nego u zdravstvenim ponašanjima. Tako su učenici slabog imovinskog stanja imali u dobi od 11 godina 70% veće šanse za nisku samoprocjenu zdravlja i nezadovoljstvo životom, dok su u dobi od 15 godina imali 80% veće šanse za nisku samoprocjenu zdravlja i čak 140% veće šanse za nezadovoljstvo životom. Višestruke zdravstvene smetnje nisu ovisile o socioekonomskom statusu.

Učenici slabijeg imovinskog stanja u dobi od 11 godina 80% su češće bili tjelesno neaktivni od učenika dobrog imovinskog stanja. Za razliku od ostalih pokazatelja zdravlja i ponašanja gdje je povoljniji ishod bio vezan uz veće bogatstvo, što se tiče opijanja povezanost je bila upravo suprotna. Naime, petnaestogodišnji učenici iz obitelji slabijeg imovinskog stanja 30% rjeđe su se opijali od učenika čije su obitelji dobrog imovinskog stanja. Takva štetna uloga višeg socioekonomskog statusa pokazana je i u drugim istraživanjima vezano upravo uz rizična ponašanja. Flamanski učenici višeg socioekonomskog statusa češće su pušili marihuana, a na podacima za 28 zemalja pokazano je u 9 zemalja za muške (uključujući Hrvatsku) i u jednoj zemlji za ženske (Latvija) da su se češće opijali bogati učenici.

Tablica 3. Povezanost obiteljskog imovinskog stanja s zdravstvenim ponašanjima i subjektivnim zdravljem, prilagođeno prema spolu, vršnjačkom okruženju i školskom okruženju (multivarijatna binarna logistička regresija) (baza podataka iz 2006. godine)

<i>Obiteljsko imovinsko stanje</i>	Pušenje	Opijanje	Tjelesna neaktivnost	Neredovit doručak	Dnevno pijeње slatkih pića
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
11 godina					
Srednje vs. dobro	0.8 (0.4-1.8)	1 (0.7-1.5)	1.5 (1.1-2)**	1.1 (0.9-1.5)	1 (0.7-1.3)
Slabo vs. dobro	0.4 (0.1-1.2)	1.1 (0.7-1.7)	1.8 (1.3-2.5)**	1.3 (1-1.8)	1 (0.7-1.4)
15 godina					
Srednje vs. dobro	0.8 (0.6-1.1)	0.8 (0.6-1)	1.3 (0.9-1.7)	1.1 (0.8-1.4)	0.9 (0.7-1.3)
Slabo vs. dobro	0.8 (0.6-1.1)	0.7 (0.5-0.9)*	1.3 (0.9-1.8)	1 (0.8-1.4)	1.1 (0.8-1.4)
	Višestruke zdravstvene smetnje	Niska samoprocjena zdravlja	Nezadovoljstvo životom		
11 godina					
Srednje vs. dobro	0.7 (0.5-1)*	0.9 (0.6-1.4)	1.2 (0.8-1.8)		
Slabo vs. dobro	1 (0.8-1.4)	1.7 (1.1-2.7)*	1.7 (1.1-2.7)*		
15 godina					
Srednje vs. dobro	0.8 (0.6-1)	1.4 (0.9-2.1)	1.7 (1.1-2.4)*		
Slabo vs. dobro	0.9 (0.7-1.3)	1.8 (1.2-2.8)**	2.4 (1.6-3.6)**		

*p<0.05; ** p<0.01; Vs: versus, Odds ratio (90% interval pouzdanosti)

Literatura:

1. Bergstrom E, Hernell O, Persson LA. Cardiovascular risk indicators cluster in girls from families of low socio-economic status. *Acta Paediatr.* 1996 Sep;85(9):1083-90.
2. Boyce W, Torsheim T, Currie C, et al. The family affluence scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-report measure. *Soc Indic Res* 2006; 78: 473–487.
3. Costongs C, Stegeman I, Bensaude De Castro Freire S. Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities [Online], URL: <http://www.eurohealthnet.eu/images/publication/taking%20action%20on%20health%20equity.pdf>. Accessed April 7, 2008.
4. Currie C, Molcho M, Boyce W, et al. Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Soc Sci Med.* 2008 Mar;66(6):1429-36.
5. Gwatkin D.R. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bull World Health Organ.* 2000;78(1):3-18.
6. Janssen I, Boyce WF, Simpson K, et al. Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *Am J Clin Nutr.* 2006 Jan;83(1):139-45.
7. Roberts C, Currie C, Samdal O, et al. Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *J Public Health.* 2007; 15 (3), 179-186.
8. Simetin IP, Kuzman M, Franelic IP, Pristas I, Benjak T, Dezeljin JD. Inequalities in Croatian

- pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: role of school, peers and family affluence. *Eur J Public Health*. 2011 Feb;21(1):122-8. Epub 2010 Feb 16.
10. Ter Bogt T, Schmid H, Gabhainn SN, et al. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*. 2006 Feb;101(2):241-51.
 11. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2), 2007.
 12. WHO Regional Office for Europe European Strategy for child and adolescent health and development Geneva: WHO, Copenhagen; 2005.

OBITELJSKO OKRUŽENJE

Obitelj je najvažnije okruženje u razvojnem razdoblju, gdje dijete stječe društvena znanja i vještine te usvaja načine ponašanja. Razvojne obiteljske teorije usmjeravaju se na sustavne i promjene i obrasce ponašanja koji se zbivaju u obiteljima tijekom života. Pritom se prate promjene kroz životni ciklus od rođenja, rasta, održavanja, do smanjenja i smrti. Razvojne uloge odražavaju promjene u ulogama i odnosima u obiteljima koje se mijenjaju sa svakim stupnjem njenog razvoja. Kako bi uspjeli u održavanju kohezije i odnosa u obitelji, svi se članovi moraju prilagođavati potrebama i zahtjevima i ispunjavati one zadaće koje su nužne za obiteljsko preživljavanje.

I djelovanjem i primjerima roditelji oblikuju i utječu na živote svoje djece od rođenja do odrasle dobi. Utjecaj prijatelja i vršnjaka sve je snažniji u adolescenciji, ali istraživanja jasno pokazuju da je i dalje značajan utjecaj roditelja na ponašanje i odabire tijelom izazovnog razdoblja odrastanja (1).

Bliski odnosi roditelj - dijete, razvijene vještine roditeljstva, zajedničke obiteljske aktivnosti i pozitivan roditeljski model imaju nedvojbeno pozitivan utjecaj na adolescentsko zdravlje i razvoj (2-4).

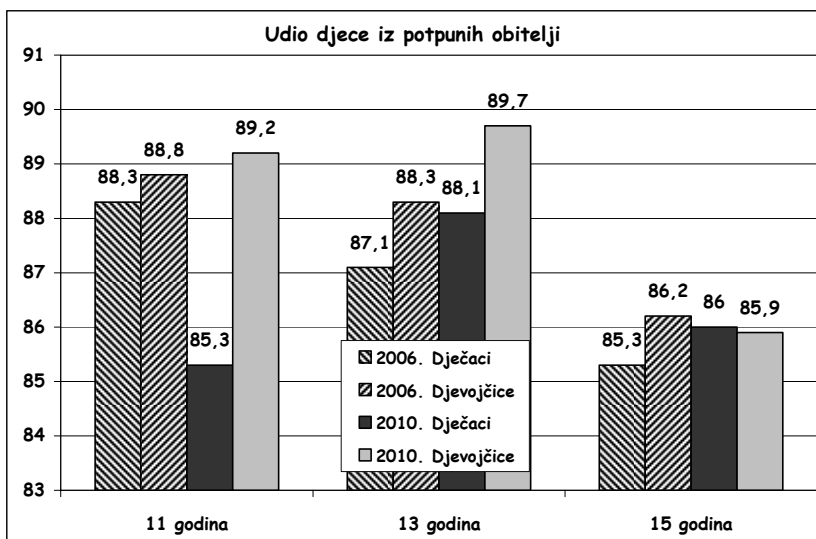
Neke promjene u obiteljskoj strukturi zbivaju se u većini zemalja Europe i Sjeverne Amerike, osobito u posljednjim desetljećima proteklog stoljeća. Sve se manje djece rađa, raste broj razvoda te tako i nepotpunih i/ili restrukturiranih obitelji, što mijenja shvaćanje obitelji a vjerojatno i njene utjecaje.

Djeca iz obitelji s jednim roditeljem su ne samo u povećanom riziku zbog mogućeg rizičnog ponašanja, već je veća i vjerojatnost da te obitelji budu siromašnije, što dodatno može utjecati na zdravlje i općeniti doživljaj dobrog osjećanja u životu. No okolnosti kao nezaposlenost, situacije koje ograničavaju vrijeme provedeno s djecom (noćni rad, dodatni poslovi da bi se popravili prihodi), čine i „primarne“, intaktne obitelji osjetljivima i rizičnima za dječji razvoj.

U HBSC istraživanju promatrana je struktura obitelji te obiteljsko funkcioniranje kroz obiteljsku komunikaciju.

Pitanja o obiteljskoj strukturi u HBSC istraživanju omogućavala su djeci da odgovaraju ne samo o okolnostima u „prvom“, već, ukoliko postoji, i „drugom“ domu, te da opišu sadašnju strukturu svoje obitelji.

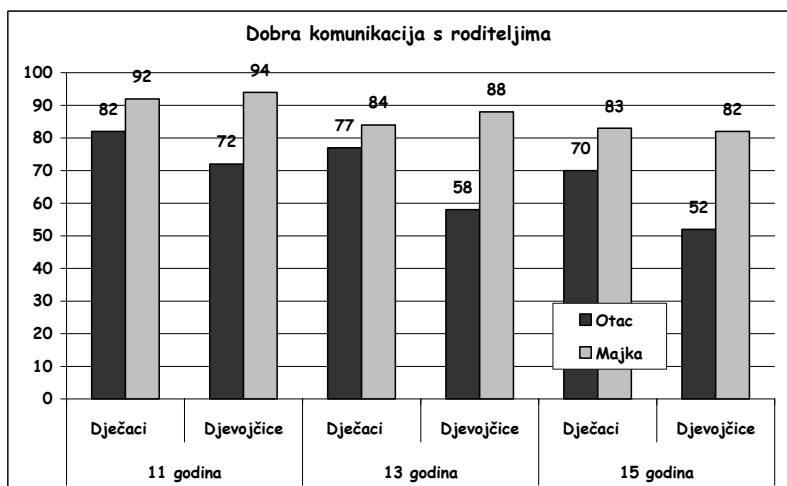
Slika 6.



U Hrvatskoj je u svim generacijama visok udio djece koja izjavljuju da žive s ocem i majkom, usprkos sve prisutnijem trendu razvoda i obitelji koje su ili restrukturirane ili s jednim roditeljem. No opaža se da se u srednjoškolaca udio onih koji žive s oba

roditelja smanjuje, te je za oba spola manji nego u prethodnim generacijama. U četverogodišnjem razdoblju nije bilo značajnijih odstupanja, osim što je više dječaka od 11 godina izjavilo da ne živi s oba roditelja (85,3% - 88,3%).

Slika 7.



Djeca u svim dobnim skupinama lakše komuniciraju s majkama nego s očevima. Osobito je

komunikacija s očevima u petnaestogodišnjih djevojčica percipirana kao loša – samo 52% njih

misli da sa svojim očevima mogu dobro komunicirati – no to je ipak više no u 2006. godini, kada je dobru komunikaciju s ocem iskazivalo 43% djevojčica u dobi od 15 godina. Djevojčice u dobi od 11 i 13 godina s majkama lakše komuniciraju od dječaka na razini statističke značajnosti. U svim dobnim skupinama dječaci statistički značajno bolje komuniciraju s očevima od djevojčica.

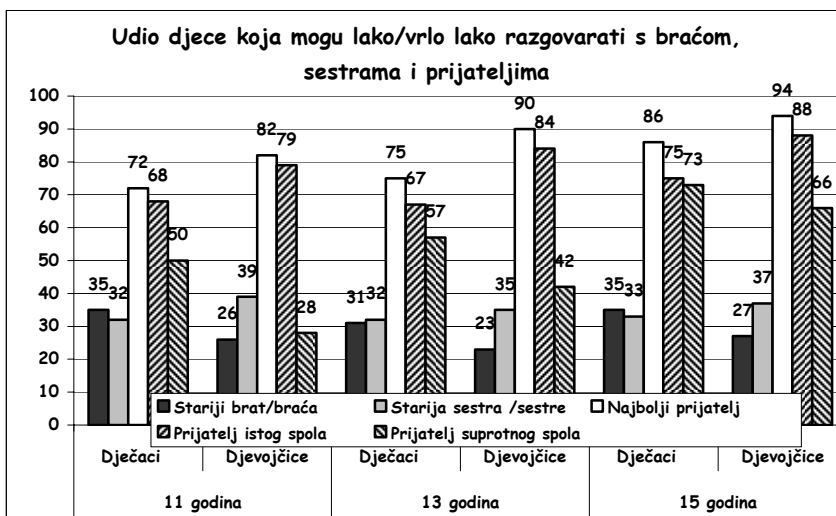
Dobra komunikacija s roditeljima je siguran zaštitni čimbenik kroz razdoblje i djetinjstva i mladosti, štiteći i od rizičnih ponašanja i od devijacija u razvojnem smislu.

Adolescenti provode s majkama više vremena nego s očevima, majke smatraju dostupnijima i rjeđe će primarno od očeva potražiti pomoć i podršku (5). Percipirana komunikacija u razdoblju razvoja i odrastanja može se promatrati i kao odraz promjena u načinu rješavanja problema između očeva, majki i djece (6). Povezanost s roditeljima može djelovati i na vulnerabilnost za rizična ponašanja, ali pritom treba promatrati i spol djeteta i spol roditelja (7) Ipak, percepcija dobre komunikacije s roditeljima smanjuje se s dobi.

Tablica 4. Komunikacija s obitelji i prijateljima

	11 godina		13 godina		15 godina	
	Dječaci	Djevojčice	Dječaci	Djevojčice	Dječaci	Djevojčice
Otac	82	72	77	58	70	52
Majka	92	94	84	88	83	82
Stariji brat/braća	35	26	31	23	35	27
Starija sestra/sestre	32	39	32	35	33	37
Najbolji prijatelj	72	82	75	90	86	94
Prijatelj istog spola	68	79	67	84	75	88
Prijatelj suprotnog spola	50	28	57	42	73	66

Slika 8.



Djeca bolje komuniciraju s braćom/sestrama istog spola, a komunikacija je najlošija u dobi od 13 godina. Djevojčice bolje komuniciraju s osobama koje smatraju najboljim prijateljima i to u svim dobnim skupinama. Dječaci iskazuju da lošije od djevojčica komuniciraju s prijateljima istog spola, a bolje od djevojčica s prijateljima suprotnog spola, i to u svim

dobnim skupinama, što može upozoravati na spolnu razliku u percepciji dobre komunikacije. Maćeha i očuha je u uzorku bilo malo te se nikakve spolne razlike nisu mogle utvrditi. Za sve kategorije utvrđene su statistički značajne spolne razlike, osim za komunikaciju s majkom.

Tablica 5. Povezanost komunikacije s ocem i majkom, školskim zlostavljanjem, psihosomatskim simptomima, zadovoljstvom životom, školom i osjećajem prihvaćenosti

	Dobra komunikacija s ocem			Dobra komunikacija s majkom		
	11 godina	13 godina	15 godina	11 godina	13 godina	15 godina
Rjeđe zlostavljali druge	0,037	0,072**	0,041*	0,084**	0,080**	0,032
Rjeđe bili zlostavljani	-0,01	0,058**	0,024	0,073**	0,155**	0,049*
Rjeđi psihosomatski simptomi						
Glavobolja	-0,105**	-0,099**	-0,118**	-0,018	-0,036	-0,057
Bol u trbuhu	-0,085**	-0,142**	-0,150**	-0,047*	-0,016	-0,055
Bol u leđima	-0,035	-0,050*	-0,075*	-0,049*	-0,079*	-0,095*
Osjećaj potištenosti	-0,063**	-0,163**	-0,221**	-0,093**	-0,148**	-0,157**
Razdražljivost	-0,124**	-0,160**	-0,167**	-0,093**	-0,123**	-0,138**
Nervoza	-0,113**	-0,124**	-0,165**	-0,057**	-0,081**	-0,110**
Poteškoće s usnivanjem	-0,108**	-0,147**	-0,139**	-0,116**	-0,115**	-0,137**
Vrtoglavica	-0,080*	-0,116**	-0,097**	-0,029	-0,081**	-0,076**
Zadovoljniji životom	-0,149**	-0,116**	-0,261**	-0,169**	-0,089**	-0,222**
Bolji uspjeh u školi	0,060*	0,219*	0,080*	0,100**	0,168**	0,100**
Bolji osjećaj u razredu	0,126**	0,112**	0,119**	0,071**	0,108**	0,115**
Zadovoljniji odnosom razreda prema sebi	0,110**	0,133**	0,112**	0,101**	0,149**	0,096**
Osjećaj bolje prihvaćenosti	0,115**	0,127**	0,143**	0,111**	0,101**	0,116**
Više vole školu	0,077**	0,133**	0,072**	0,056**	0,149**	0,108**
Manje su opterećeni školskim zadacima	0,095**	0,083**	0,122**	0,150**	0,133**	0,112**

* p<0,01 **p<0,001

Istražili smo povezanost percepcije dobre komunikacije s roditeljima s različitim aspektima dječjeg okruženja.

Djeca koja bolje komuniciraju s majkama u svim dobnim skupinama manje su izložena nasilju u školi, a u dobi od 11 i 13 godina i manje nasilna prema drugima. Komunikacija s očevima značajna je u dobi od 13 godina, te djeluje na manje zlostavljanja drugih u dobi od 15 godina.

Dobra komunikacija s oba roditelja bila je u dobi od 11 godina povezana s manje psihosomatskih simptoma, većim zadovoljstvom životom, boljim uspjehom u školi, te boljim osjećajem prihvaćenosti u razredu. Osim toga djeca koja su bolje komunicirala s roditeljima više su voljela školu i osjećala se manje opterećena školskim obvezama. U dobi od 13 godina situacija je vrlo slična, osim što je i komunikacija s ocem povezana s vršnjačkim nasiljem – što je bolja komunikacija s ocem, manja je uključenost u vršnjačko nasilje. U toj dobi komunikacija s majkom nije bila povezana s više pojave glavobolje i boli u trbuhu, kao najučestalijih psihosomatskim simptomima u školsko

doba. U dobi od 15 godina djeca koja bolje komuniciraju s ocem manje zlostavljaju druge, a ona koja bolje komuniciraju s majkom su manje zlostavljana. Ostale varijable pokazuju slične značajke kao u prethodnoj dobnj skupini.

Usporedba s ostalim europskim zemljama sudionicama istraživanja pokazuje da je Hrvatska relativno visoko prema dječjoj percepciji komunikacije s roditeljima (na 13. mjestu za 13-godišnjake). Najbolju komunikaciju s očevima iskazuju djeca iz Rumunjske, Slovenije, Nizozemske, najlošiju s Malte, iz Turske, Francuske te valonskog dijela belgije. Najbolju komunikaciju s majkom imaju djeca iz Rumunjske, Slovenije, Nizozemske, Makedonije, a najlošiju iz valonskog dijela Belgije, SAD, Francuske i s Malte.

Djeca iz zagrebačkih škola ne iskazuju značajne razlike u komunikaciji s osobama iz svoje okoline, bilo s roditeljima i/ili braćom i sestrama i prijateljima.

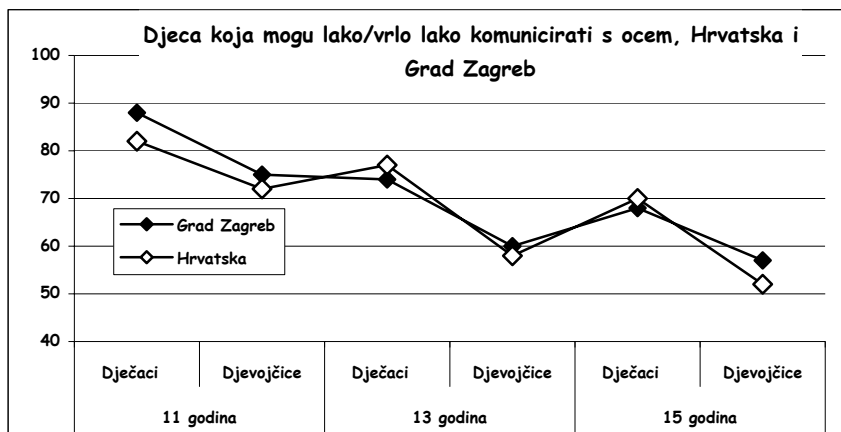
Tablica 6. Djeca Grada Zagreba koja iskazuju da lako/vrlo lako mogu komunicirati s osobama iz svoj okoline

	11 godina		13 godina		15 godina	
	Dječaci	Djevojčice	Dječaci	Djevojčice	Dječaci	Djevojčice
Otac	88	75	74	60	68	57
Majka	92	96	84	84	84	81
Stariji brat/braća	29	24	27	14	33	35
Starija sestra /sestre	26	33	31	34	30	39
Najbolji prijatelj	71	91	70	85	86	94
Prijatelj istog spola	71	74	60	79	80	90
Prijatelj suprotnog spola	47	29	56	37	77	70

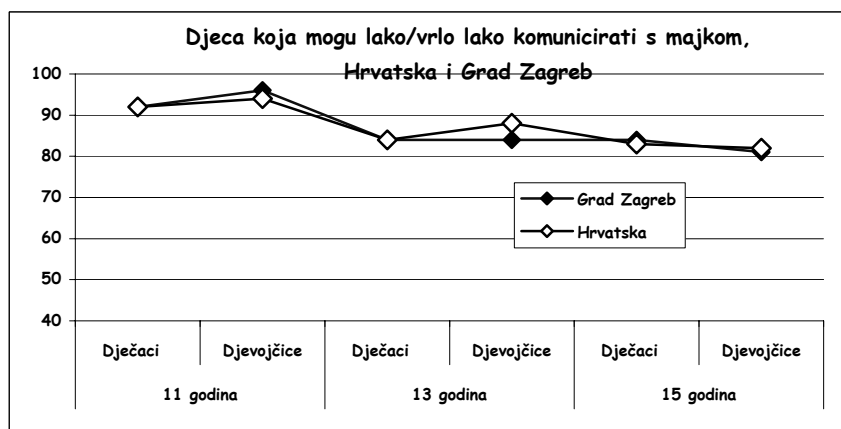
Komunikacija s očevima je u dobi od 11 godina percipirana kao nešto lakša na razini Hrvatske i za dječake i

za djevojčice, te za djevojčice u dobi od 15 godina. Za ostale dobi i za oba spola je vrlo slična.

Slika 9.



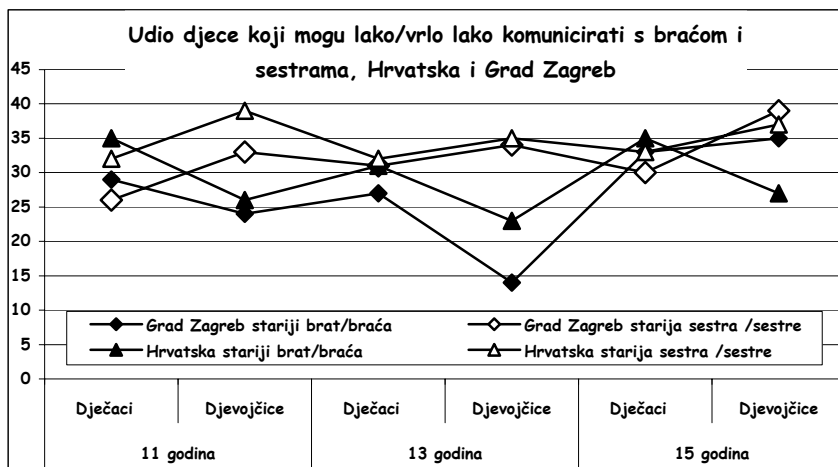
Slika 10.



S majkama je lakše komunicirati i djeci iz Zagreba kao i na razini Hrvatske, osim za djevojčice u

dobi od 13 godina koje u Zagrebu komunikaciju percipiraju nešto lakšom, razlike su vrlo male.

Slika 11.



Komunikacija sa starijom braćom slijedi i u Zagrebu i u Hrvatskoj isti obrazac, najlošija je kod djevojčica u dobi od 13 godina (lošija u Hrvatskoj i tada a i u ostalim dobnim skupinama, za oba spola). Samo u dobi od 15 godina je u Hrvatskoj percipira kao dobru 35% djevojčica, a u Zagrebu 27% djevojčica. I komunikacija sa starijim sestrama je

percipirana boljom u zagrebačke djece za oba spola i u svim dobnim skupinama, osim za djevojčice u dobi od 15 godina. Za tumačenje takvih razlika bila bi potrebna daljnja sociološka istraživanja koja bi mogla uzeti u obzir i druge kontekstualne varijable urbanog doživljaja odnosa u obitelji.

Literatura:

- Mounts N. Young adolescents' perceptions of parental management of peer relationships. *Journal of Early Adolescence* 2001; 27(1): 92-122.
- Hair E, Moore K, Garrett S, Kinukawa A, Lippman L, Michelson E. The parent-adolescent relationship scale. In K. Moore & L. Lippman (Eds.) *What do children need to flourish*; New York: Springer Science 2005: 183-202.
- Parker J, Benson M. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: Self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence*, 39(155): 519-530.
- Resnick M, Ireland M, Borowsky I. Youth violence perpetration: What protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35(5): 424e1-424e10.
- Steinberg et al. *Adolescence*. McGraw-Hill comp.Inc, New York 2002.
- Van Doorn MV, Branje S J T, Meeus WH J. Developmental Changes in Conflict Resolution Styles in Parent-Adolescent Relationships: A Four-Wave Longitudinal Study. *Youth Adolesc* 2011; 40(1): 97-107. Published online 2010 February 23. doi: 10.1007/s10964-010-9516-7)
- Patock-Peckham JA, Morgan-Lopez AA. Direct and mediational links between parental bonds and neglect, antisocial personality, reasons for drinking, alcohol use, and alcohol problems. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(1):95-104.

ODNOSI S VRŠNJACIMA

Kroz prijateljstva zadovoljavamo potrebu za bliskim odnosom s drugim ljudskim bićem, potreba za ljubavlju, pripadnošću i prihvaćanjem. U vrijeme adolescencije, razdoblja velike emocionalne ranjivosti, potreba za prijateljstvom još je veća nego u drugim životnim razdobljima. Utvrđeno je da adolescenti većinu vremena provode sa svojim vršnjacima i prijateljima. Kako se mladi žele osjećati neovisnima od roditeljskog utjecaja, iako o pravoj samostalnosti niti u emocionalnom niti u fizičkom a niti u materijalnom pogledu ne može biti riječi, oni provode često dvostruko više vremena s vršnjacima nego s roditeljima. Uloga vršnjaka presudna je u stvaranju identiteta, u stvaranju samopoštovanja, razvoju osobnih i socijalnih vještina i kompetencija. Prijateljstva pomažu mladima u prilagodbi na nove situacije kao što je primjerice novo školsko okruženje kod prijelaza iz osnovne u srednju školu ili kod promjene škole zbog promijenjenog mjesta stanovanja. Važnost prijatelja još je veća u suočavanju sa stresnim, nepogodnim životnim situacijama. Što su prijateljstva brojnija i bliskija u adolescentnoj dobi veće su šanse da budu takva i u odrasloj dobi, uz što se

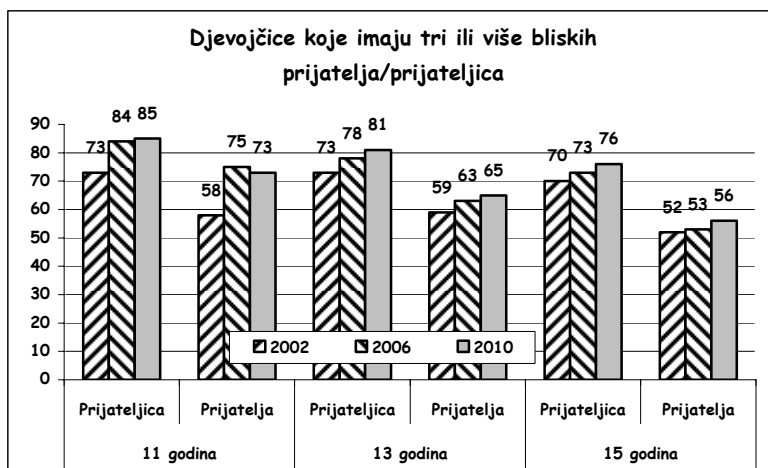
veže osjećaj sreće i dobrobiti kroz čitav život. Podrška i razumijevanje prijatelja povezani su s višim samopouzdanjem i boljem prilagodnom na školi.

Utjecaj prijatelja utvrđivan je učestalošću druženja i susreta s njima (Koliko dana/večeri u tjednu provode s prijateljima i koliko često s njima komuniciraju - telefonom, mobitelom, e-poštom). Izloženost utjecaju prijatelja utvrđivan je i brojem bliskih prijatelja istog i/ili suprotnog spola koji djeca imaju (Koliko sada imaš bliskih prijatelja/prijateljica).

Dječaci njeguju više bliskih prijateljstava od djevojčica. I djevojčice i dječaci imaju više prijatelja istog spola. Tako u 2010. ukupno 64% djevojčica ima tri i više bliskih prijatelja a 81% tri i više bliskih prijateljica, dok ukupno 87% dječaka ima tri i više bliskih prijatelja a 74% tri i više bliskih prijateljica.

U dobnoj skupini od 15 godina manje djevojčica navodi da imaju tri i više i prijatelja i prijateljica no u dobi od 11 i 13 godina. Te promjene mogu uvjetovati s jedne strane prelazak u srednju školu i nestajanje nekih prijateljskih veza iz djetinjstva, a s druge strane promjena kriterija i načina stvaranja grupe i prijateljstva.

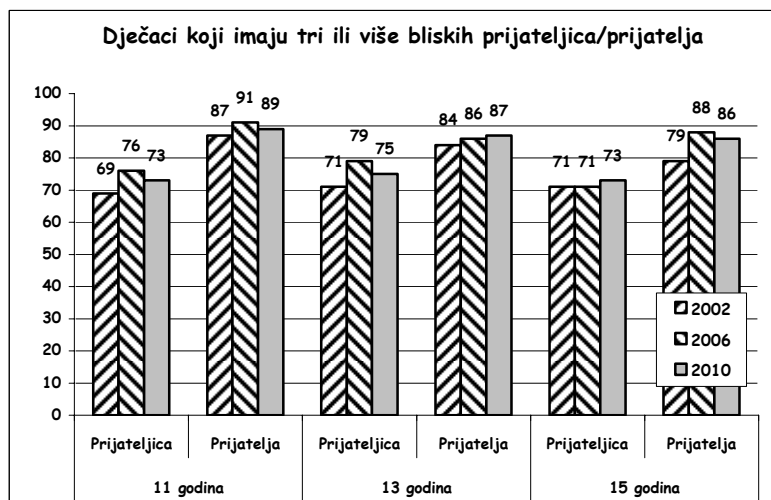
Slika 12.



Kod dječaka za razliku od djevojčica, broj se prijateljica i prijatelja ne mijenja bitno s dobnim skupinama. U oba spola je vrlo malen broj djece koja izjavljuju da nemaju niti jednog prijatelja/prijateljicu (niti jednog prijatelja nema 2% učenika i 8% učenica, niti jednu prijateljicu 7% učenika i 1%

učenica, 2010. godina). Primjećuje se porast broj prijatelja oba spola u 2010. godini u odnosu na 2002., a kod djevojčica i u odnosu na 2006. godinu, te su potrebna daljnja istraživanja kako bi se utvrdili mogući razlozi takvim promjenama.

Slika 13.

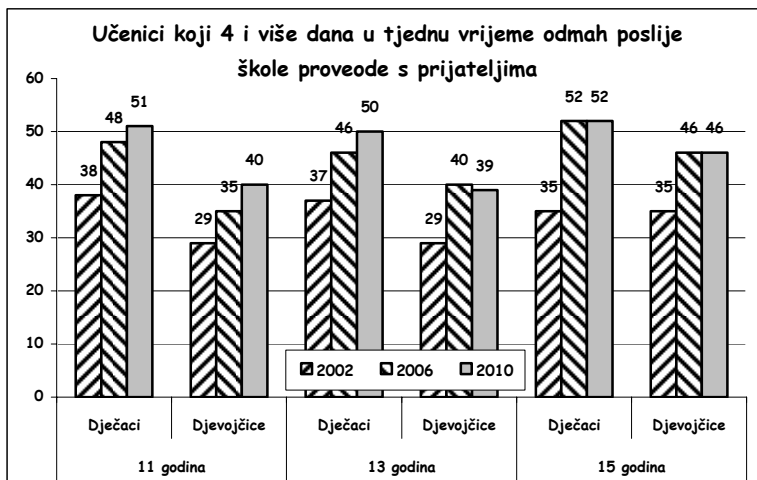


Mogućnost provođenja vremena s prijateljima nakon škole ovisi o školskom sustavu, održavanju nastave

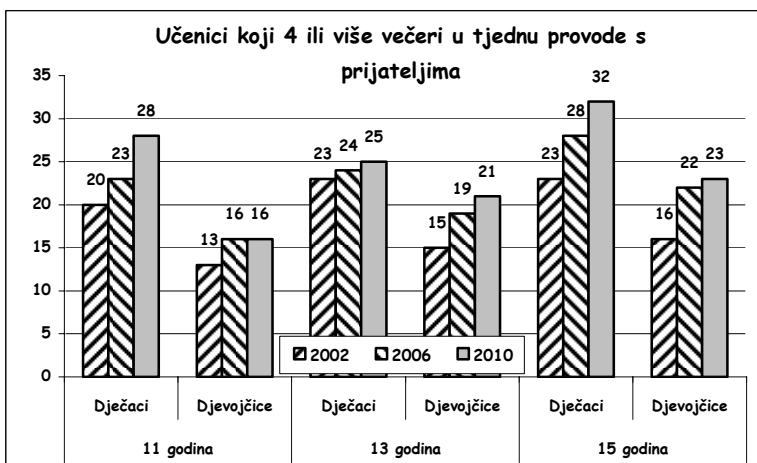
udaljenosti kuće i škole te o kulturološkom okruženju. Ukoliko se škola nalazi u blizini mjesta stanovanja,

a školski satovi završavaju dovoljno rano, te su mogućnosti veće i razumljivije. U srednjoj školi se druženje „u kvartu“ češće zamjenjuje odlaskom u grad ili večernjim izlascima.

Slika 14.



Slika 15.



U 2010. godini u odnosu na prethodna istraživanja bilježi se porast u večernjim izlascima dok su izlasci odmah nakon škole ostali približni onima u 2006. Dječaci u svim dobnim skupinama češće provode vrijeme s prijateljima, iza škole ali i u večernjim izlascima, što je zabilježeno 2002., 2006. i 2010. godine. U 2010. godini

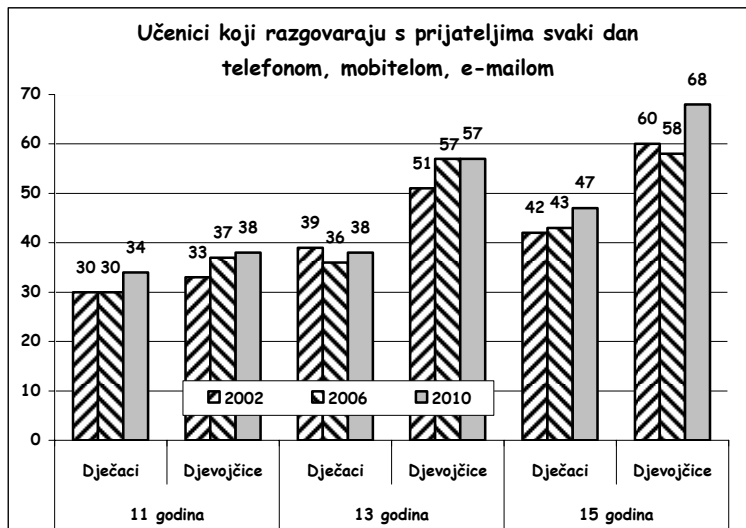
zamjećujemo da petnaestogodišnjaci više izlaze od mlađih dobnih skupina i to se kod dječaka zamjećuje i što se tiče večernjih i dnevnih izlazaka a kod mladića samo što se tiče večernjih izlazaka. Sličan trend porasta s porastom dobi zamijećen je i u prethodnim istraživanjima. Tako najviše vremena s prijateljima provode dječaci u

dobi od 15 godina, odnosno 2010. četiri ili više dana vrijeme s prijateljima odmah poslije škole provodi 52% (52% u 2006., 35% u 2002.), a u večernjim izlascima 32% (28% u 2006., 23% u 2010.) petnaestogodišnjaka.

Iako ti izlasci nisu nužno duljeg trajanja, pitanje je ostavlja li tako

učestalo druženje s vršnjacima dovoljno vremena za druge obaveze. Nadalje, iako se možda izlasci navečer ne moraju uvijek smatrati u mlađoj dobi „pravim“ izlascima, pitanje je zašto toliko visok udio vrlo mladih dječaka može tako učestalo navečer izlaziti.

Slika 16.



Djevojčice češće komuniciraju s prijateljima telefonom ili elektronskim medijima u svim dobnim skupinama a posebno u dobi od 13 i 15 godina kada razlika u udjelu kod ženskog i muškog spola iznosi oko 20%. Isto je zabilježeno i u ranijem istraživanju. Osobito često komuniciraju kada dosegnu dob srednje škole, kada 68% djevojčica u 2010. godini (58% u 2006., 60% u 2002.) izjavljuje da su ti kontakti svakodnevni. Upravo u toj dobi bilježi se i jasan porast u 2010. godini u odnosu na 2006. i 2002. godinu. Još od 2002. prati se visoka učestalost telefonskog ili elektroničkog komuniciranja pa tako u sva tri istraživanja gotovo svaki treći učenik i učenica u dobi od 11 godina a dva od tri učenika i učenice u dobi od 15

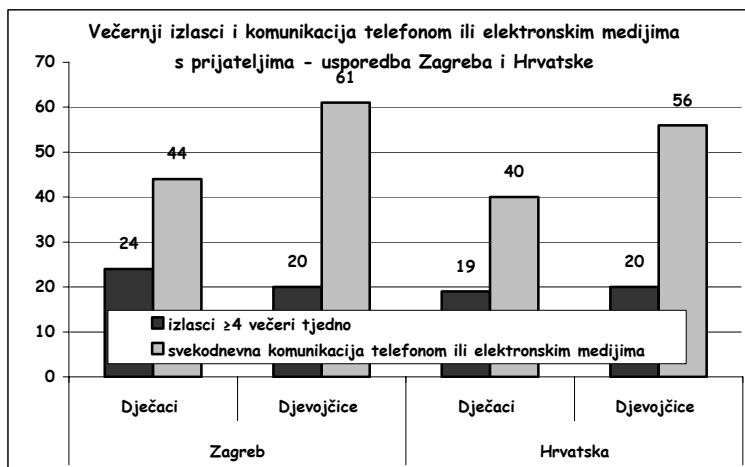
godina svakodnevno na ovaj način komunicira s prijateljima. To ukazuje na potrebu za komunikacijom koja u ostvarenju koristi sve mladima dostupne i atraktivne tehnologije a također i na pomodnu preveliku uporabu mobitela, zamjenu razgovora SMS ili e-mail porukama i djelomično posljedično osobno otuđenje.

U 2010. godini u Zagrebu je 86% učenika i 61% učenica izjavilo da ima tri ili više bliskih muških prijatelja (87% učenika i 64% učenica u Hrvatskoj) dok je 67% učenika i 81% učenica da ima tri ili više bliskih prijateljica (74% učenika i 81% učenica). Iako razlike nisu velike, može se zaključiti da su u Zagrebu učenici (pogotovo dječaci) nešto manje skloni

sklapanju prijateljstava. Dok kod ženskog spola nema znatnih razlika u izlascima, kod muškog spola se može zaključiti da Zagrebački učenici rjeđe izlaze od njihovih kolega iz cijele zemlje odmah nakon škole (četiri i više dana u tjednu 44% učenika i 43% učenica Zagrebački uzorak; 51% učenika i 42% učenica Hrvatski uzorak) a češće u večernjim satima (četiri i više večeri u tjednu 24% učenika i 20% učenica Zagrebački uzorak; 19% učenika i 20%

učenica Hrvatski uzorak). Kada se odvojeno promatra Zagreb najveća razlika u odnosu na cijelu zemlju u ovom području zabilježena je po pitanju komunikacije telefonom ili elektronskim medijima. Zagrebački učenici i učenice više komuniciraju na taj način s prijateljima nego što je to zabilježeno za cijelu zemlju (svakodnevno komuniciranje: 44% učenika i 61% učenica u Zagrebu, 40% učenika i 56% učenica u Hrvatskoj).

Slika 17.



Od svih promatranih pokazatelja druženja s vršnjacima u Hrvatskoj u 2010. godini bilježimo porast u odnosu na 2002. godinu. Porast je manje jasan u odnosu na 2006. godinu. Stagnacija u Hrvatskoj u uporabi elektronskih medija u komunikaciji s prijateljima odražava se i na usporedbu Hrvatske s drugim zemljama. Dok je Hrvatska 2002. godine bila na visokom mjestu po opisanim načinima komuniciranja (za 11 godina na četvrtom, za 13 na trećem u za 15 godina na drugom mjestu od svih zemalja sudionica), nekoliko mjesta je niže pozicionirana u 2006. godini (za 11 godina na šesto, za 13 na deveto, za 15

godina na 17. mjestu od svih zemalja sudionica) kao i u 2010. godine (za 11 godina na četvrto, za 13 na 15. mjesto, za 15 godina na 21. mjestu od svih zemalja sudionica). U sjevernoj Europi veći udio učenika komuniciraju elektronskim medijima nego u ostalim dijelovima Europe. U 2010. godini tri ili više prijatelja istog spola najrjeđe imaju Grci (64% učenika i učenica u dobi od 11 i 13 godina, 56% u dobi od 15 godina) i Rusi (66% u dobi od 11, 65% u dobi od 13 i 57% u dobi od 15 godina) dok se u nekim zemljama isto odnosi na više od 90% učenika i učenica, a u Hrvatskoj na 87% jedanaestogodišnjaka (27. mjesto), 84% trinaestogodišnjaka

(18. mjesto) i 81% petnaestogodišnjaka (16. mjesto). Hrvatska je oko sredine ljestvice i po večernjim izlascima, odnosno na 28. mjestu u dobi od 11 godina (22% naših jedanaestogodišnjaka 4 ili više večeri tjedno provodi s prijateljima), na 19. mjestu u dobi od 13 godina (23%) te na 20. mjestu u dobi od 15 godina (28%). Varijacije između zemalja u večernjim izlascima su jako velike pa primjerice u dobi od jedanaest godina čak 66% učenika i učenica u Italiji i Rusiji provodi 4 ili više večeri tjedno s prijateljima dok se isto odnosi na svega 3% njihovih vršnjaka u Portugalu i Mađarskoj.

Utjecaj grupe vršnjaka može biti i rizični ali i zaštitni čimbenik za ponašanje, navike i stavove mladih. Kada je uspoređivana važnost školskog okruženja, vršnjačke grupe i socioekonomskog statusa u zdravstvenom ponašanju i subjektivnom zdravlju hrvatskih učenika, vršnjačka grupa se pokazala kao važan čimbenik u ponašanju učenika. Tako su učenici koji se slabije snalaze u vršnjačkoj grupi (oni koji imaju manje prijatelja i rjeđe komuniciraju s tim prijateljima) 50%

manje pušili i opijali se u dobi od 15 godina a također su i 50% rjeđe svakodnevno pili slatka pića u dobi od 11 i 15 godina od njihovih vršnjaka koji se bolje snalaze u grupi vršnjaka (koji imaju više prijatelja i koji češće kontaktiraju s tim prijateljima). Suprotno tome, petnaestogodišnjaci s manjom vršnjačkom grupom bili su do 60% manje tjelesno aktivni od njihovih vršnjaka s većom vršnjačkom grupom, dok je u dobi od 11 godina ta razlika iznosila čak 130%. Navedena ponašanja (pušenje, opijanje, pijeње slatkih pića i tjelesna aktivnost) očekivano se vezuju uz veći broj prijatelja i češće kontakte s prijateljima jer su to aktivnosti koje se, posebno u ovoj dobi, i odvijaju unutar vršnjačke grupe. Zato je zanimljivo da je manja vršnjačka grupa bila povezana i s 40% većim šansama za neredovit doručak što je ponašanje za koje se ne bi samo po sebi pretpostavilo da je pod utjecajem vršnjaka, već bi se očekivalo da je više vezano za obiteljsko okruženje. Navedeno potvrđuje koliko je grupa vršnjaka važan čimbenik u životu mladih.

Tablica 7. Povezanost grupe vršnjaka (broja prijatelja i učestalosti kontakata s prijateljima) i zdravstvenih ponašanja, prilagođeno prema spolu, školskom okruženju i socioekonomskom statusu (multivarijatna binarna logistička regresija) (baza podataka iz 2006. godine)

<i>Grupa vršnjaka</i>	Pušenje	Opijanje	Tjelesna neaktivnost	Neredovit doručak	Dnevno pijeње slatkih pića
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
<i>11 godina</i>					
Srednja vs. velika	0.9 (0.4-2.3)	0.8 (0.6-1.2)	1.9 (1.5-2.4)**	1.2 (0.9-1.5)	0.7 (0.6-1)*
Mala vs. velika	2.3 (1-5.8)	0.8 (0.5-1.2)	2.3 (1.7-3.1)**	1.4 (1.1-1.9)*	0.5 (0.4-0.7)**
<i>15 godina</i>					
Srednja vs. velika	0.5 (0.4-0.7)**	0.6 (0.5-0.8)**	1.5 (1.1-1.9)**	1.1 (0.8-1.4)	0.7 (0.5-0.9)**
Mala vs. velika	0.5 (0.3-0.5)**	0.5 (0.3-0.6)**	1.6 (1.2-2.1)**	1.1 (0.9-1.5)	0.5 (0.4-0.7)**

*p<0.05; ** p<0.01; Vs: versus, Odds ratio (90% interval pouzdanosti)

Literatura:

1. Caplan G. Recent developments in crisis intervention and the promotion of support service. *Journal of Primary Prevention* 1989; 10: 3–25.
2. Cauce AM, Felner RD, Primavera J. Social support in high risk adolescents: Structural components and adaptive impact. *American Journal of Psychology* 1982; 10(4): 417–428.
3. Cauce AM, Srebnic DS. Returning to social support systems: A morphological analysis of social networks. *American Journal of Community Psychology* 1990; 18: 609–616.
4. Hirsch BJ, DuBois DL. The school-nonschool ecology of early adolescent friendships. In: Belle D (ed.). *Children's Social Networks and Social Supports*. New York: John Wiley Sons, 1989; 260–274.
5. Jenkins JE, Zunguze ST. The relationship of family structure to adolescent drug use, peer affiliation and perception of peer acceptance of drug use. *Adolescence* 1998;33(132):811-822.
6. Steinberg L, Fletcher A, Darling N. Parental monitoring and peer influence on adolescent substance use. *Pediatrics* 1994;93(6S)Suppl:1060-1064.
7. Sheppard MA, Wright D, Goodstadt MS. Peer pressure and drug use – Exploding the myth. *Adolescence* 1985;20:949-958.

DOŽIVLJAJ ŠKOLE

Učenici provode znatan dio prosječnog radnog dana u školu pa je već samim tim to okruženje koje u velikoj mjeru utječe na njihovo cjelokupno zdravlje i život. Brojni su čimbenici u okviru školskog okruženja koji su važni za zdravlje učenika. Tu su okolišni čimbenika poput prehrane, dostupnosti pitke vode, mogućnosti za bavljenje sportom, igre i druženja na otvorenom. No školsko okruženja krije i brojne psihološke i emocionalne utjecaje. Škola nameće učenicima potrebu za učenjem i akademskim napredovanjem, dok vršnjačko okruženje nameće potrebu za druženjem i afirmacijom unutar grupe vršnjaka. Zadovoljavanje tih dviju potreba često se međusobno isključuju te se učenici mogu osjećati rastrgano između s jedne strane zahtjeva škole a s druge strane zahtjeva vršnjačke grupe. U brojnim istraživanjima školsko okruženje istraživano je kao potencijali uzrok nejednakosti u zdravlju mladih.

Pokazano je da su učenici s boljim školskim uspjehom rjeđe bili pretili, uzimali manje lijekova i rjeđe posjećivali službu za zaštitu mentalnog zdravlja. Pozitivna klima u školi pridonosila je boljem subjektivnom zdravlju, boljim životnim vještinama, zdravijim ponašanjima i zdravijim stavovima. Može se zaključiti da školsko okruženje ima brojne resurse kojima može pridonijeti unaprjeđenju zdravlja učenika, ali ujedno može dovesti i do povećanja razlika u zdravlju između pojedinih učenika.

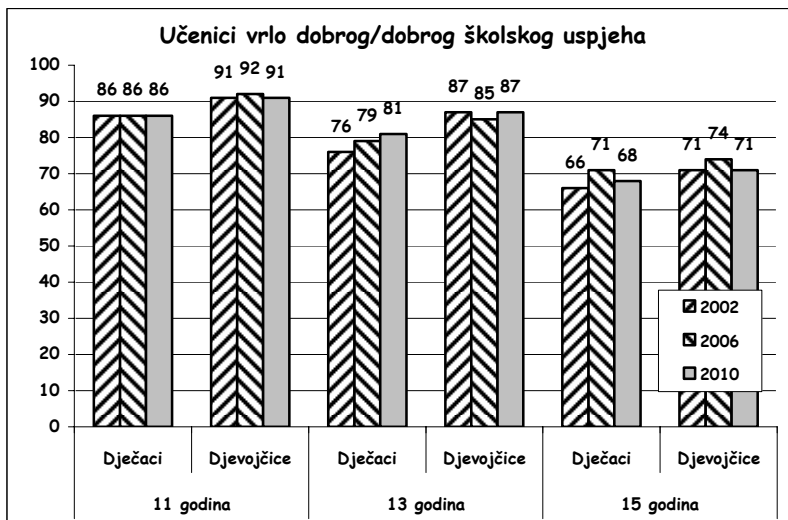
Istraživana su četiri područja školskog okruženja, i to školski uspjeh, koliko učenici vole školu, odnos između učenika u razredu, te opterećenost školom.

Školski uspjeha opada s dobi ispitanika, te u 2010. godini u dobi od 11 godina 86% dječaka i 91% djevojčica ima dobar i vrlo dobar uspjeh, u usporedbi sa 68% dječaka i 71% djevojčica u dobi od 15 godina (bez

znatnih promjena u odnosu na prethodna razdoblja). U sve tri dobne skupine djevojčice su uspješnije u izvršavanju školskih obveza. Oba trenda su prisutna kod praktički svih zemalja sudionica istraživanja. Kao i u prethodna

dva istraživanja (2002. i 2006. godine), 2010. godine Hrvatska je u usporedbi s ostalim zemljama u samom vrhu (četvrta u dobi od 11 g, druga u dobi od 13 g. i 15 g.), dok najbolji školski uspjeh izražavaju učenici iz Makedonije.

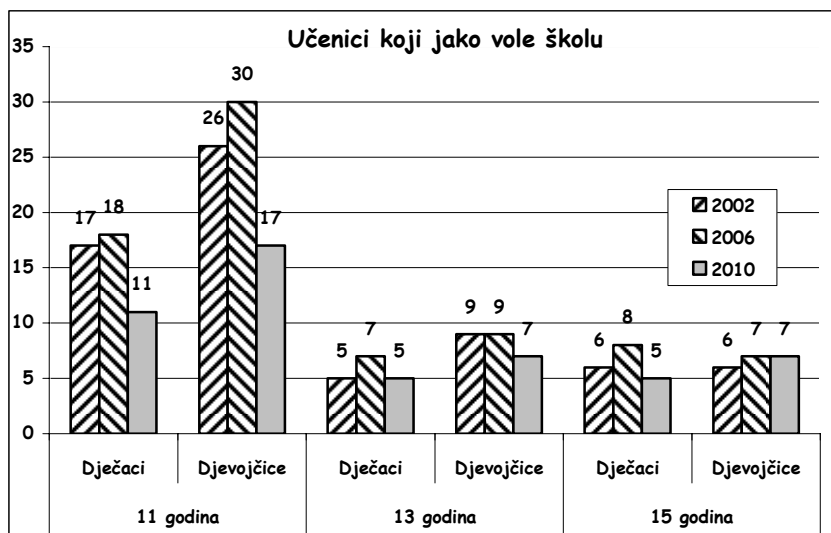
Slika 18.



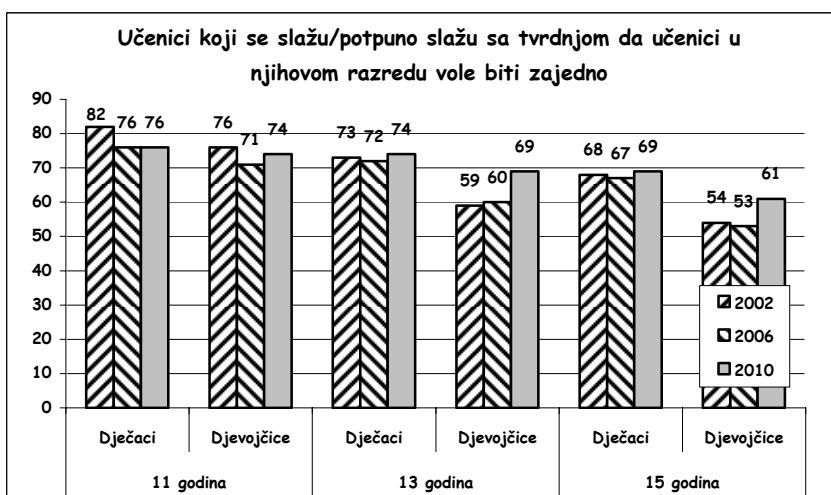
Postotak učenika koji jako vole školu je nizak, a naročito u dobi od 13 i 15 godina kada svega 5% učenika i 7% učenica (2010. godina) izjavljuju da jako voli školu. Djevojčice više vole školu od dječaka. Osim kod petnaestogodišnjih djevojaka, u 2010. godini zabilježen je niži udio učenika i učenica koji jako vole školu nego u prethodnim istraživanjima a posebno u odnosu na 2006. godinu. Kao i 2002. i 2006. godine, podacima za 2010. Hrvatska se u odnosu na Europu svrstala na samom dnu ljestvice, te u

dobi od 11. godina Hrvatska dijeli posljednje mjesto s Estonijom (14% učenika i učenica jako voli školu u obje zemlje), dok je u dobi od 13. i 15. godina, sa 6% učenika i učenica koji jako vole školu, naša zemlja posljednja na ljestvici. Za razliku od niskih vrijednosti za našu zemlju, udjeli učenika koji jako vole školu u nekim su zemljama vrlo visoki pa tako za vodeću Makedoniju u dobi od 11 godina iznose 85% a za vodeću Armeniju u dobi od 13 i 15 godina iznose 58% odnosno 54%.

Slika 19.



Slika 20.



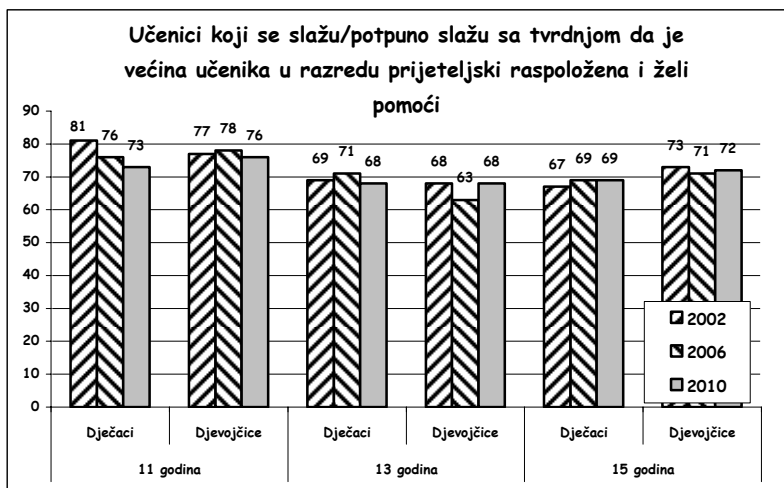
Odnos između učenika u razredu ispitan je pomoću tri tvrdnje: učenici u mom razredu vole biti zajedno, većina učenika u mom razredu je prijateljski raspoložena i želi pomoći, drugi učenici prihvaćaju me takvog kakav jesam. Rezultati su pokazali da je odnos između učenika primjeren u velikom postotku, te nešto bolji u dječaka (osim u tvrdnji o prijateljskom

raspoloženju i pomaganju) i u dobi od 11 godina. Podaci za 2010. ne razlikuju se bitno od prethodnih istraživanja osim što se u dobi od 13 i 15 godina zamjećuje lagani porast udjela učenika i učenica koje tvrde da učenici u njihovom razredu vole biti zajedno. U dobi od 15 godina 61% učenica (53% u 2006., odnosno 54% u 2002.) smatra da učenici u njenom razredu vole biti

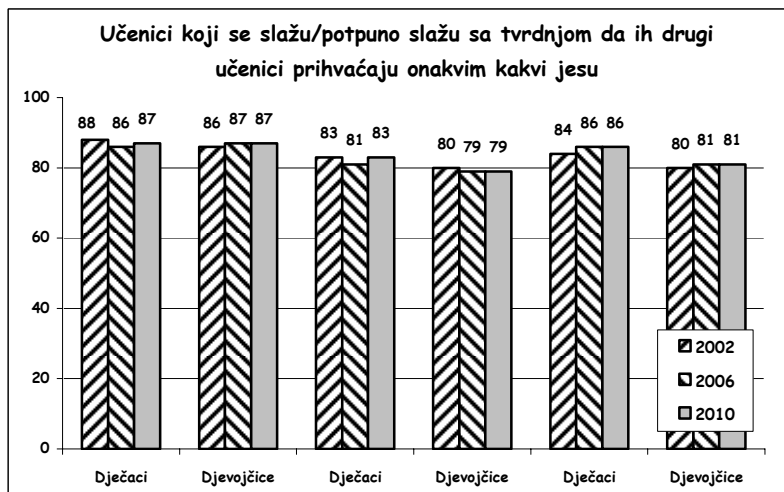
zajedno i to je najniži podatak u ovoj kategoriji, no ipak nešto viši nego u prethodnim istraživanjima. Rezultati za druge zemlje kreću se od 80-90% učenika koji smatraju da su učenici u njihovom razredu prijateljski raspoloženi

i da žele pomoći za npr. Makedoniju, Poljsku i Island, do svega 40-50% za Poljsku i Grčku. Hrvatska se 2010. nalazila oko sredine u dobi od 11 godina (74%) a u gornjoj polovici ljestvice u dobi od 13. (68%) i 15. godina (71%).

Slika 21.



Slika 22.



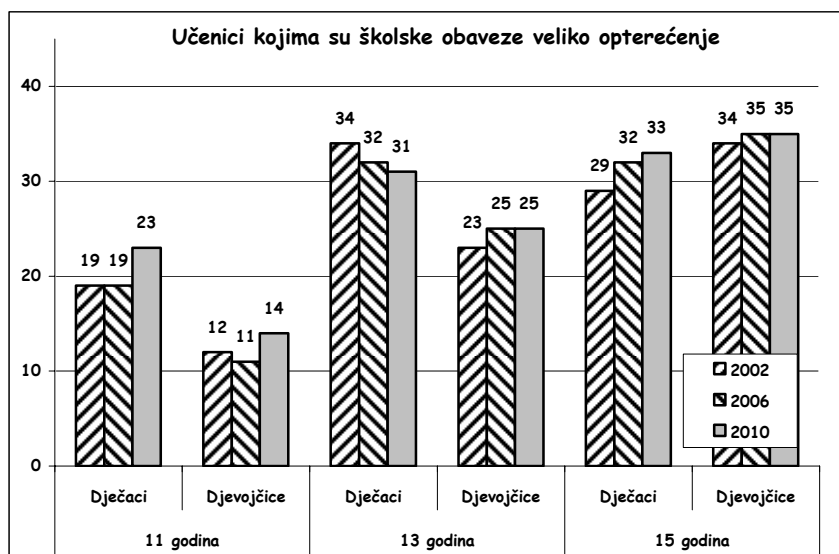
Opterećenost školom raste s dobi posebno kod djevojčica, te 2010. godine iznosi u dobi od 11 godina 23% za dječake (19% u 2006. i 2002.) i 14%

za djevojčice (11% u 2006. i 12% u 2002.), a u dobi od 15 godina 33% za dječake (32% u 2006. i 29% u 2002.) i 35% za djevojčice (35% u 2006. i 34% u

2002.) (toliko je učenika odgovorilo da, dosta i da, puno). Djevojčice se u dobi od 11 godina osjećaju manje opterećene školom od dječaka, a u kasnijoj dobi prestižu dječake, što se primjećuje kod većine zemalja. U odnosu na podatke ostalih zemalja, Hrvatska se 2010. kao i prethodnih godina nalazi u donjoj polovici ljestvice.

Pri tome su varijacije između zemalja velike pa je primjerice u dobi od 11 godina u našoj zemlji zabilježeno 19% učenika i učenica opterećenih školom, dok je u Švedskoj zabilježeno najmanje učenika i učenica opterećenih školom, odnosno, 7% a isto se odnosi na čak 56% turskih učenika i učenica, vodeće zemlje po ovom pokazatelju.

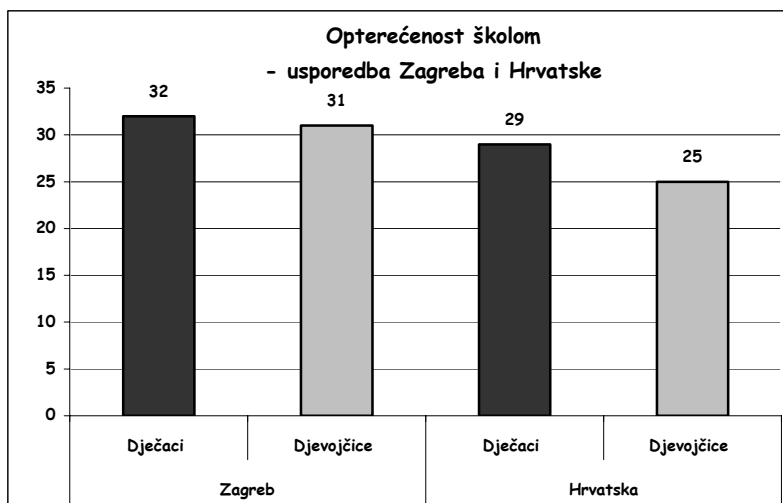
Slika 23.



Prema podacima za 2010. godinu vrlo dobar i dobar školski uspjeh imalo je 78% učenika i 76% učenica iz Zagreba (78% učenika i 82% učenica iz Hrvatske). Da jako voli školu izjasnilo se 7% učenika i 10% učenika kako u Zagrebu tako i u cijeloj zemlji. Zabilježen je nešto nepovoljniji odnos između učenika i učenica u Zagrebu nego u cijeloj zemlji. S tvrdnjom da učenici u razredu vole biti zajedno složilo se 73% učenika i 66% učenica iz Zagreba (73% učenika i 68% iz Hrvatske). S tvrdnjom da je većina učenika u razredu prijateljski raspoložena i želi pomoći

složilo se 72% učenika i 69% učenica iz Zagreba (73% učenika i 72% učenica iz Hrvatske). S tvrdnjom da ga drugi učenici prihvaćaju takvog kakav jesam složilo se 84% učenika u Zagrebu (85% u Hrvatskoj), a isto se odnosi na 76% učenica iz Zagreba (82% iz Hrvatske). Zagrebački učenici i učenici ječe su opterećeni školom od njihovih vršnjaka iz cijele zemlje, pa je tako 32% učenika i 31% učenica iz Zagrebu odgovorili od su (dosta ili puno) opterećeni školom dok se isto odnosilo na 29% učenika i 25% učenica u ukupnom uzorku za cijelu zemlju.

Slika 24.



Svi istraživani pokazatelji školskog okruženja ukazuju na to da škola predstavlja različito iskustvo za učenike različite dobi i spola. Tako učenice više vole školu, osjećaju se više opterećene školom (izuzev u dobi od 11 godina), školski uspjeh im je bolji, no njihov odnos s vršnjacima je lošiji. To je barem djelom razumljivo ako se osvrnemo na karakteristike ranog adolescentnog razvoja. Naime, kod dječaka u dobi od 11 do 15 godina kao posljedica regresivnih, adolescentnih promjena, dolazi do djetinjastijih, nezrelih ponašanja i stavova, što između ostalog dovodi i do popuštanja u učenju, dok djevojčice postaju ozbiljnije te se više posvećuju školskim obavezama.

U sva četiri područja školskog okruženja koja su ispitivana, 11-godišnjaci su pokazali bolje rezultate od 13- i 15-godišnjaka. Tako mlađi učenici imaju bolji uspjeh u školi, više vole školu, osjećaju se manje opterećeni školom i odnos između mlađih učenika u školi je bolji. Uzroci tome su sigurno višestruki. Znanje i vještine koje trebaju

usvojiti učenici viših razreda su opsežniji nego u nižim razredima, što može imati za posljedicu slabiji školski uspjeh, ali i veće opterećenje školom. Ovom posljednjem svakako pridonosi i rastuća svijest o važnosti škole i dobrih ocjena. Također treba uzeti u obzir činjenicu da adolescencija donosi nove razvojne zadatke, poput osamostaljenja od roditeljskog utjecaja, afirmacije u grupi vršnjaka, spolne i seksualne afirmacije i orijentacije. Svi ti zadaci jednako su važni ako ne i važniji od školskih obaveza a istovremeno otežavaju funkcioniranje adolescenata na svim područjima.

U istraživanju u kojem smo uspoređivali važnost školskog okruženja, vršnjačke grupe i socioekonomskog statusa u zdravstvenom ponašanju i subjektivnom zdravlju hrvatskih učenika u dobi od 11 i 15 godina, nepovoljno školsko okruženje istaknuto je kao najjači i najdosljedniji prediktivni čimbenik nezdravih ponašanja i lošeg subjektivnog zdravlja. Nepovoljno školsko okruženje, definirano kao niska

podrška učenika, loš školski uspjeh i nisko zadovoljstvo školom, povezano je s 4 do 7 puta većim šansama za višestruke zdravstvene smetnje, niskom samoprocjenom zdravlja i nezadovoljstvom životom u odnosu na povoljno školsko okruženje i to u obje dobne skupine. Nadalje, učenici koji

školsko okruženje doživljavaju kao nepovoljno 2 puta češće (odnosno 100% i više) puše i opijaju se, te su 50% češće tjelesno neaktivni (11 i 15 godina), 70% češće jednu neredovito doručak (15 godina) i 40% češće piju slatka pića (11 godina).

Tablica 8. Povezanost školskog okruženja (podrška učenika, školski uspjeh i zadovoljstvo školom) s zdravstvenim ponašanjima i subjektivnim zdravljem, prilagođeno prema spolu, vršnjačkom okruženju i socioekonomskom statusu (multivarijatna binarna logistička regresija) (baza podataka iz 2006. godine)

<i>Školsko okruženje</i>	<i>Pušenje</i>	<i>Opijanje</i>	<i>Tjelesna neaktivnost</i>	<i>Neredovit doručak</i>	<i>Dnevno pijenje slatkih pića</i>
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
<i>11 godina</i>					
<i>Srednja vs. velika</i>	0.9 (0.4-2.1)	1.5 (1-2)*	1.4 (1.1-1.7)**	1.3 (1-1.6)*	1.3 (1-1.6)
<i>Mala vs. velika</i>	1.7 (0.6-4.4)	2 (1.3-3.1)**	1.5 (1.1-2.1)*	1.2 (0.9-1.7)	1.4 (1-2)*
<i>15 godina</i>					
<i>Srednja vs. velika</i>	1.5 (1-2)*	1.5 (1.1-2.1)**	1.4 (1-1.9)*	1.3 (1-1.7)	0.9 (0.7-1.3)
<i>Mala vs. velika</i>	2.4 (1.7-3.5)**	2.4 (1.7-3.3)**	1.5 (1.1-2.1)*	1.7 (1.3-2.4)**	1.1 (0.8-1.6)
	<i>Višestruke zdravstvene smetnje</i>	<i>Niska samoprocjena zdravlja</i>	<i>Nezadovoljstvo životom</i>		
<i>11 godina</i>					
<i>Srednja vs. velika</i>	1.6 (1.3-2.2)**	1.9 (1.3-3)**	2.6 (1.7-3.9)**		
<i>Mala vs. velika</i>	3.6 (2.6-5.1)**	5.5 (3.4-8.8)**	6.6 (4.2-10.4)**		
<i>15 godina</i>					
<i>Srednja vs. velika</i>	1.8 (1.2-2.5)**	2.1 (1.2-3.6)**	1.7 (1.1-2.6)*		
<i>Mala vs. velika</i>	4.1 (2.8-5.8)**	5 (3-8.5)**	4.3 (2.8-6.7)**		

*p<0.05; ** p<0.01; Vs: versus, Odds ratio (90% interval pouzdanosti)

Literatura:

1. Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Sep;57(9):692-8.
2. Goodman E, Huang B, Wade TJ, et al A multilevel analysis of the relation of socioeconomic status to adolescent depressive symptoms: does school context matter? *J Pediatr*. 2003;143(4):451-6.
3. Vuille JC, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *Eur J Public Health*. 2001 Sep;11(3):287-93.
4. Koivusilta LK, Rimpela AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*. 2006 Apr 27;6:110.
5. Simetin IP, Kuzman M, Franelic IP, Pristas I, Benjak T, Dezeljin JD. Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: role of school, peers and family affluence. *Eur J Public Health*. 2011 Feb;21(1):122-8. Epub 2010 Feb 16.
6. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med*. 1997 Mar;44(6):833-58
7. Samdal O, Wold B et al. Students' perception of school and their smoking and alcohol use: A cross-national study. *Addiction Research* 2000;8 (2):141-167.

ZDRAVLJE I DOBROBIT UČENIKA

Pod nejednakostima u zdravlju podrazumijeva se da svaki pojedinac odnosno svako dijete nema jednake šanse za zdravlje. Neke razlike u zdravlju, na primjer one koje su genetski uvjetovane (genetske bolesti), uvjetovane spolom ili dobi, ne mogu se (djelomično ili u potpunosti) ukloniti. No nejednakosti u zdravlju koje proizlaze iz različitih životnih stilova, utjecaje okoliša na zdravlje ili socioekonomskih čimbenika mogu se izbjeći ili barem umanjiti odgovarajućim društvenim ili javnozdravstvenim akcijama. Zbog toga su takve izbježive nejednakosti suprotne temeljnom ljudskom pravu na najvišu moguću razinu tjelesnog i duševnog zdravlja. Pravo na zdrav život predviđeno je Ustavom Republike Hrvatske, u članku 69. Nadalje, Konvencija o pravima djeteta Ujedinjenih naroda u članku 24. kaže da državne stranke priznaju djetetu pravo na uživanje najviše moguće razine

zdravlja. Sve je veći broj zemalja i internacionalnih organizacija koje prepoznaju važnost smanjenja razlika u zdravlju što se očituju u brojnim strateškim dokumentima na ovom području. Tako je jednakost u zdravlju uz ostvarivanje najveće moguće razine zdravlja navedeno kao centralna vrijednost politike Zdravlje za sve razvijene u okviru Europske regije Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), kao i u Europskoj strategiji za zdravlje i razvoj djece i adolescenta SZO.

U istraživanju zdravlja i dobrobiti adolescenata posebno mjesto zauzima istraživanje subjektivnog doživljaja zdravlja, koje se temelji na samoprocjeni osobnog doživljaja zdravlja, zadovoljstva životom i zdravstvenih smetnji i to iz nekoliko razloga. Prvo, vrijednost uobičajenih indikatora (podaci nacionalne morbiditetne i mortalitetne statistike)

limitirana je u razdoblju adolescencije budući da su i smrtnost i pobol tada niski, te bi usmjerenost na takve pokazatelje ograničila istraživanje na malu skupinu mladih, a ne na cijelu populaciju. Drugo, u procesu osnaživanja ljudi kao temeljnom konceptu promicanja zdravlja, zdravlje ljudi treba odražavati osobnu perspektivu i osjećaj blagostanja. U adolescenciji više nego u jednom drugom periodu života, istaknuta je važnost zdravlja kao resursa; prerastanjem i izgradnjom u odraslu osobu, mlada osoba mora savladati brojne izazove i prepreke, pri čemu dobro tjelesno, duševno i socijalno zdravlje pomaže u produktivnom i uspješnom savladavanju tih prepreka. SZO prepoznaje zdravlje kao rezervoar produktivnog življenja, te definira zdravlje kao stanje potpunog tjelesnog (fizičkog), duševnog (psihičkog) i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti. Treće, osobni doživljaj zdravstvenih smetnji potaknut će mladog čovjeka da potraži medicinsku pomoć, da uzme lijek, da ostane kod kuće umjesto da ode u školu, da ne sudjeluje u sportskim aktivnostima, te ne taj način subjektivni indikatori zdravlja imaju objektivne posljedice na ponašanje.

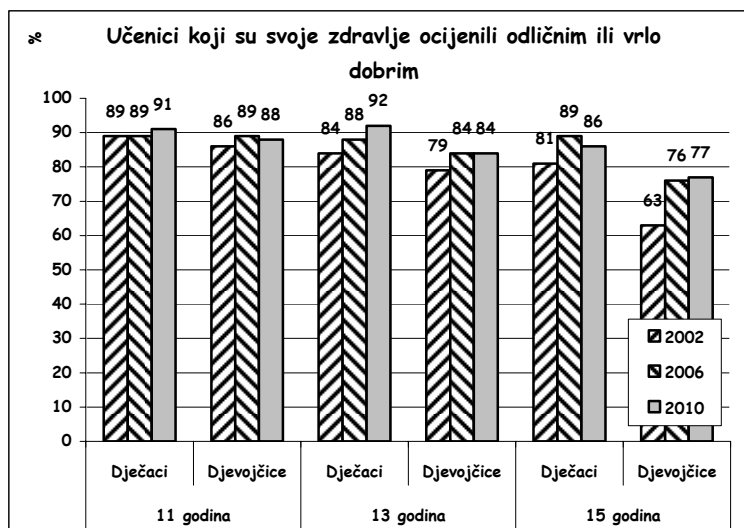
Istražena su tri pokazatelja zdravlja: subjektivan doživljaj zdravlja, subjektivne zdravstvene smetnje i zadovoljstvo životom.

1. Subjektivni doživljaj zdravlja

To je središnji pokazatelj zdravlja koji proizlazi iz holističkog

pristupa zdravlju. Utvrđen je izravnim pitanjem o osobnom zdravlju, što je uobičajeni način istraživanja subjektivnog doživljaja zdravlja (Što misliš kakvo je tvoje zdravlje?, mogući odgovori odlično, vrlo dobro, dosta dobro, loše). Prethodnim istraživanjima je utvrđeno da je subjektivan doživljaj zdravlja prediktor objektivnih zdravstvenih ishoda u odrasloj dobi. Udio učenica i učenika koji su svoje zdravlje ocijenili odličnim ili vrlo dobrim opade s dobi ispitanika, što je jače izraženo za ženski nego za muški spol. Pozitivan je pokazatelj da su u 2010. kao i u 2006. godini učenici u svim dobnim skupinama pozitivnije ocijenili svoje zdravlje nego njihovi vršnjaci 2002. godine. Porasta razlike između spolova s dobi zabilježen je i u ostalim zemljama. Hrvatska se svojim rezultatima u 2010. godini našla na sredini ljestvice zemalja sudionica istraživanja što je zabilježeno i prethodnih godina. Razlike između zemalja su velike pa je na primjer u dobi od 15 godina svoje zdravlje nepovoljno (dosta dobro ili loše) ocijenilo ukupno 5% učenika i učenica iz Makedonije i 7% iz Grčke dok se isto odnosilo na 34% Ukrajinaca te 28% Mađara, Škota i Velšana. Hrvatska s udjelom od 18% petnaestogodišnjaka dosta dobrog ili lošeg zdravlja zauzela je 19. mjesto ljestvice. Zanimljivo je istaknuti da je najmanje učenika koji nepovoljno ocjenjuju svoje zdravlje u sve tri dobne skupine zabilježeno u Makedoniji (3% jedanaestogodišnjaka, 4% trinaestogodišnjaka i 5% petnaestogodišnjaka).

Slika 25.



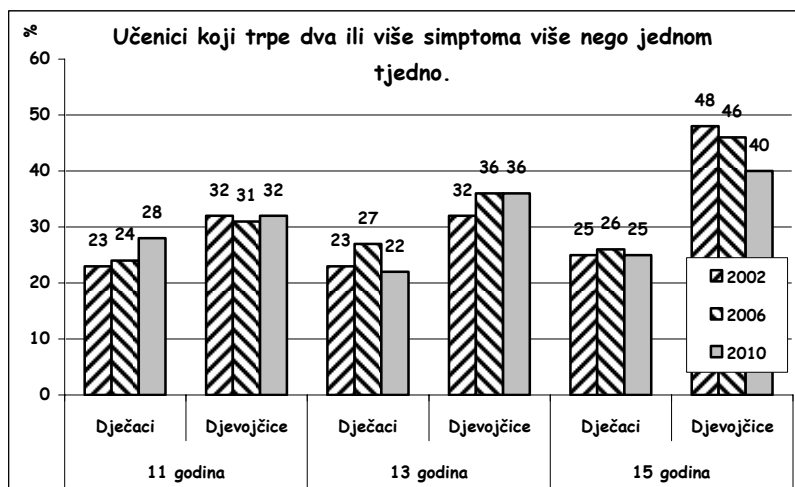
2. Subjektivni zdravstveni simptomi

Različiti zdravstveni simptomi i smetnje mogu imati bitan utjecaj na zdravlje i kvalitetu života osobe. Ovisno o naravi i intenzitetu smetnje, dovest će do izostanka iz škole, lošijeg uspjeha u školi, izbjegavanje sportskih aktivnosti i izlazaka s društvom, učestalih posjeta liječniku, korištenja lijekova. Učenike je pitano za sljedeće simptome: *bol u trbuhu, bol u leđima, potištenost, razdražljivost, loše raspoloženje, osjećaj nervoze, teškoće usnivanja i vrtoglavicu*. Etiologija simptoma nije istraživana.

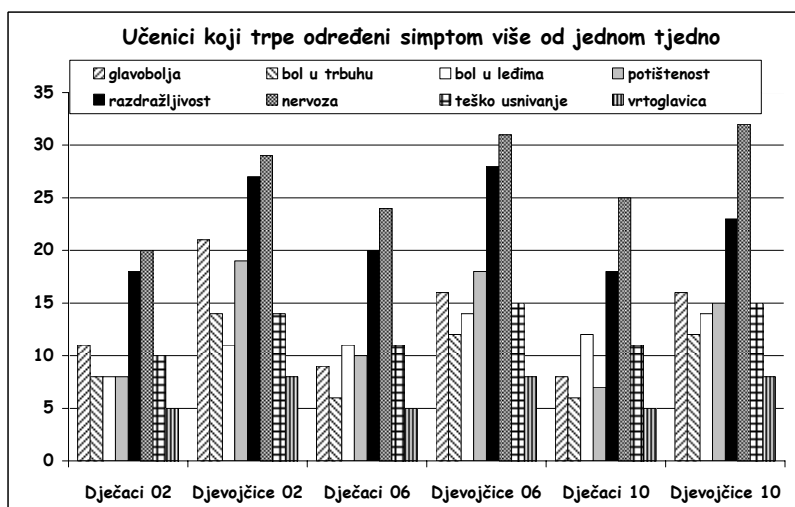
Udio ispitanika koji trpe dva ili više simptoma najmanje dva puta tjedno raste s dobi u djevojčica, te 2010. godine 40% petnaestogodišnjakinja (46% u 2006., 48% u 2002.) u Hrvatskoj trpi dva ili više simptoma dva i više puta tjedno. Ponovno se javlja trend porasta

razlike između spolova s dobi, koji je kao takav zabilježen i u ostalim zemljama. Kao i prethodnih godina, 2010. godine su nađene velike razlike između zemalja, od najnižeg udjela višestrukih zdravstvenih smetnji zabilježenih u Sloveniji (14% u dobi od 11, 17% u dobi od 13 i 19% u dobi od 15 godina) do najvišeg udjela u Turskoj (60% u dobi od 11, 68% u dobi od 13 i 59% u dobi od 15 godina). Hrvatska se nalazila na 24. (30% jedanaestogodišnjaka s višestrukim zdravstvenim smetnjama), 13. (29% trinaestogodišnjaka) odnosno čak na vrlo dobrom 11. mjestu (32% petnaestogodišnjaka) ljestvice zemalja sudionica istraživanja. Kao i prethodnih godina i dječaci i djevojčice najviše su patili od nervoze i razdražljivosti, a najrjeđe od vrtoglavice.

Slika 26.



Slika 27.



3. Zadovoljstvo životom

Adolescencija je razdoblje intenzivnih fizičkih i psihičkih promjena. Intenzivan rast i razvoj sekundarnih spolnih karakteristika dovodi do znatnih promjena u fizičkom izgledu mlade osobe. Te promjene ne odvijaju se jednakim tempom i intenzitetom kod svih učenika i učenica. Zbog toga su razlike u rastu i razvoju a time i u

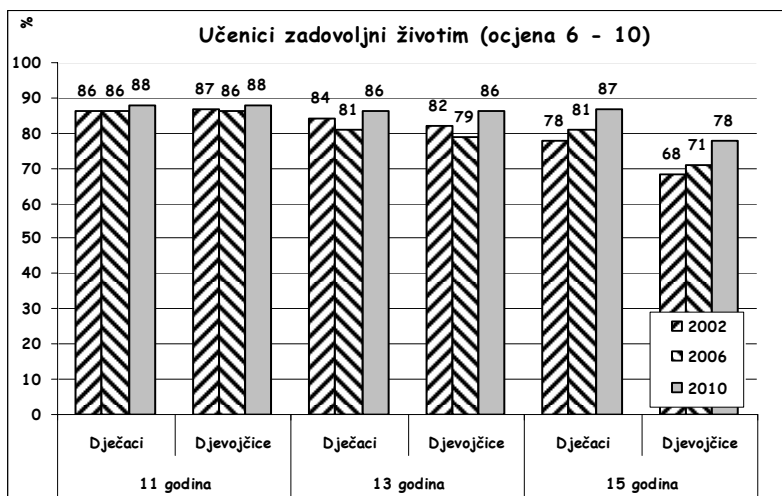
izgledu između vršnjaka vrlo velike. U istom razrednom odjelu mogu se naći učenici (najčešće muškog spola) kod kojih pubertet još nije niti započeo i oni (najčešće ženskog spola) kod kojih je u punom zamahu. Psihičke promjene adolescencije jednako su burne a javljaju se u cilju izgradnje osobnog identiteta, osamostaljivanja od roditelja, pronalaženja vlastite uloge u društvu,

traganja za smislom života te ispunjavanja drugih razvojnih zadataka adolescencije. Ovisno o tome kako će se u tim burnim psihičkim i tjelesnim promjenama snalaziti, učenik će biti manje ili više zadovoljan svojim životom, što onda postaje bitan indikator njegovog zdravlja. Zadovoljstvo životom ocijenjeno je pomoću Cantril ljestvice. Ljestvica ima stepenice od 0 do 10, gdje 0 označava najgori mogući život a 10 najbolji mogući život, dok se ocjena 6 i više tumači kao zadovoljstvo životom.

Positivan je pokazatelj da je udio učenika zadovoljnih životom u oba spola i u svim dobnim skupinama viši 2010. nego u prethodnim istraživanjima. Kod djevojčica je zabilježen pad u zadovoljstvu životom s porastom dobi,

no manje izrazito nego prethodnih godina. U dobi od 15. godina svaka četvrta ili peta djevojčica nije zadovoljna život dok se u prethodnim godinama isto odnosilo na svaku treću petnaestogodišnjakinju (22% 2010, 29% 2006., 32% 2002.). Na ljestvici zemalja sudionica istraživanja Hrvatska se 2010. smjestila oko sredine (17. mjesto u dobi od 11, 21. u dobi od 13 godina i 17. u dobi od 15 godina), odnosno nešto povoljnije nego 2002. i 2006. godine kada se nalazila uglavnom u donjoj trećini ljestvice. U 2010. godini najmanji udio učenika i učenica zadovoljnih životom u sve tri dobne skupine zabilježen je u Turskoj i Rumunjskoj, a najviši u Nizozemskoj.

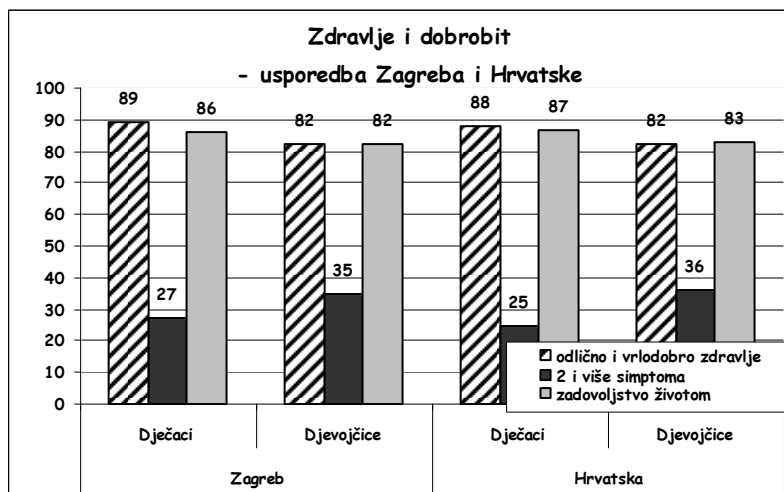
Slika 28.



Kod izdvajanja zagrebačkog uzorka 2010. godine ne nalazi se velike razlike u odnosu na cijelu zemlju. Tako je udio učenica i učenika koji su svoje zdravlje ocijenili odličnim ili vrlo dobrim iznosio 89% za muški i 82% za ženski spol u Zagrebu, odnosno 88% za muški i 82% za ženski spol u Hrvatskoj. Dva ili

više simptoma najmanje dva puta tjedno trpjelo je 27% učenika i 35% učenica u Zagrebu, odnosno 25% učenika i 36% učenica u Hrvatskoj. Zadovoljno životom bilo je 86% učenika i 82% učenica u Zagrebu, odnosno 87% učenika i 83% učenica u cijeloj zemlji.

Slika 29.



Subjektivni doživljaj zdravlja velikog djela mladih je pozitivan i po tome se Hrvatska ne izdvaja u odnosu na europsko okruženje. Manja, no još uvijek značajna skupina učenika nije svoje zdravlje ocijenila odličnim ili vrlo dobrim, barem dva puta tjedno trpi dva ili više zdravstvena simptoma ili nije zadovoljna svojim životom. Kako taj udio učenika s dobi raste, možemo zaključiti da je adolescencija razdoblje uglavnom dobrog zdravlja, no razdoblje u kojemu raste zdravstvena nejednakost. Uz prisutnu spolnu razliku, 15-godišnje

učenice postaju rizična skupina po pitanju subjektivnog zdravlja. Uzroci tome se vjerojatno mogu tražiti u ranijoj fizičkoj i emocionalnoj zrelosti djevojaka koju ne slijedi socijalna zrelost, što djevojke postavlja u nepovoljniju poziciju u odnosu na pitanja socijalizacije, „body imagea“, uspjeha u školi, a dio zdravstvenih smetnji na koje se tuže djevojke vezan je i uz menstrualni ciklus. U svakom slučaju, 15-godišnje učenice su skupina pod posebnim rizikom u suočavanju s izazovima pretvorbe iz djevojčica u odrasle žene.

Literatura:

1. Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.
2. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence – A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. Eur J Public Health. 2001, 11(1):4–10.
3. Holstein BE, Currie C, Boyce W, et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. Int J Public Health. 2009 Sep;54 Suppl 2:260-70.
4. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods J Adolesc Health, 2001, 24(5):611–624.
5. Kälin W, Müller L, Wyttenbach J, eds. The face of human rights. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers, 2004.
6. Konvencija o pravima djeteta. 1989. (Narodne novine – Međunarodni ugovori, br. 12/93)Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2 World Health Organization 2006, reprinted 2007. [Online], URL: <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>. Accessed April 7, 2008.

7. Simetin IP, Kuzman M, Fraelic IP, Pristas I, Benjak T, Dezeljin JD. Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: role of school, peers and family affluence. *Eur J Public Health*. 2011 Feb;21(1):122-8. Epub 2010 Feb 16.
8. Ustav Republike Hrvatske (Narodne novine, br. 56/90, 135/97, 8/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01 i 55/01).
9. Torsheim T, Currie C, Boyce W, et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med*. 2004 Jul;59(1):1-12.
10. WHO Regional Office for Europe (2005c). The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 7; [Online], URL: <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>. Accessed 15 June 2006.

SUDJELOVANJE U NASILJU I TUČNJAVAMA

Donedavno se dječje grubosti nisu smatrale društvenim problemom ili problemom vrijednim medicinske pažnje. „Nasilje među vršnjacima je uobičajeno, normalno i dio je odrastanja“ to će reći neki pripadnici starijih generacija dodajući kako je ono i nužno u procesu odrastanja i učenja kako se zalagati za svoje stavove i kako se braniti. Ranih sedamdesetih godina prošlog stoljeća Dr. Dan Olweus započeo je sustavno istraživanje nasilja među vršnjacima. Zagovarao je sigurno školsko okruženje kao temeljno ljudsko pravo. Još 1981. godine predlagao je uvođenje zakona kojim se zabranjuje nasilje u školi. Većina nas odraslih ima neka iskustva s okrutnim zadirkivanjem ili tiraniziranjem vršnjaka bilo iz svojih vlastitih školskih dana ili kroz školovanje svoje djece. Mijenjanjem društva mijenjalo se i poimanje agresivnog, nasilnog i neprihvatljivog ponašanja među djecom. No da bi se neko ponašanje proglasilo nasiljem, ono mora imati značajke nasilničkog ponašanja - namjerno, uzastopno i opetovano, sa svrhom nanošenja boli ili stresa drugoj osobi, a uz nesrazmjer u snazi između nasilnika i žrtve. Agresija uključuje i

nasilje i tuču. Zajednička podloga ovim oblicima ponašanja je ostvarivanje osobne nadmoći kroz agresiju.

Nasilje među djecom („bullying“) možemo definirati kao negativnu tjelesnu ili verbalnu akciju koja ima neprijateljske namjere, uznemiruje žrtvu, ponavlja se tijekom vremena a zasniva se na nesrazmjeru moći. Osim verbalnog, nasilje može biti fizičko, društveno ili psihičko. Razvoj novih tehnologija stvorio je i nove mogućnosti nasilja među vršnjacima - cyberbullying. S ponavljanjem ovakvog ponašanja razlike među nasilnicima i žrtvama postaju sve veće, nasilnici su sve snažniji, a žrtve sve slabije. U takvom odnosu, djeca žrtve nasilja postaju sve manje sposobna obraniti se.

Proteklih desetljeća podizanjem svijesti šire društvene javnosti o nasilju među djecom („bullying“) javlja se i sve veća zabrinutost roditelja, ali i nastavnika i stručnjaka koji se bave problemima mentalnog zdravlja djece i mladih. Istraživanja pokazuju da djeca koja su bila žrtve nasilja ispoljavaju probleme prilagodbe, češće su depresivna ili agresivna, imaju probleme u socijalnim

kontaktima, probleme tjelesnog zdravlja pa i suicidalne namjere. Nasilje može djecu učiniti usamljenima, nesretnima, i prestrašenima. Mogu se osjećati nesigurni i krivnju za nasilje tražiti u sebi samima. Njihovo samopuzdanje i samopoštovanje može do te mjere biti uzdrmano da započnu odbijati ići u školu i družiti se s djecom. Dok nasilnike među djecom nije teško uočiti, prepoznavanje onih koji su žrtve nasilja, osobito ako se radi o povučenoj, nenametljivoj i inače neupadljivoj djeci, nije jednostavno. Djeca koja su žrtve zadirkivanja mogu patiti od psihičkog i fizičkog stresa, ali pokazivati i dugoročnije posljedice. Rezultati ovakvih situacija mogu dovesti do ozbiljnih akademskih, društvenih, emocionalnih, ali i zakonskih problema. Školski nasilnik može imati moć, ne samo zato što je snažniji ili jači, nego i zbog toga što mu se pridružuju druga djeca, često kako bi na taj način zaštitila sebe. Grupa nasilnika vrši pritisak na promatrače kako bi i oni postali sudionicima njihovih agresivnih aktivnosti. Tako i svjedoci nasilja mogu patiti od stresa. I nasilje (bullying) i tučnjave među djecom ostavljaju dugotrajne negativne posljedice za sve: nasilnike, žrtve, sudionike tuče, ali i za onu djecu koja su samo promatrači.

Retrospektivne studije pokazuju da djeca koja zlostavljaju druge imaju velike izgleda nastaviti s takvim ponašanjem u odrasloj dobi, a da i njihova djeca pokazuju slične obrasce ponašanja, zapravo da djeca koja su žrtve imaju djecu koja su sklona sličnom ponašanju.

Pepler i Craig proučili su nasilje s razvojnog stajališta i smatraju da ova vrsta nasilnog ponašanja zaslužuje pažnju zato što je podloga mnogih problema povezanih s nasiljem

među ljudima. Sudjelovanje u „bullyingu“ mogao bi biti prvi korak nasilničkom ponašanju koje je spoj moći i agresije. Isto korištenje moći i agresije koje susrećemo na igralištu ključ je seksualnog nasilja, nasilja u vezi, nasilja na radnom mjestu, nasilja u braku, zlostavljanja djece i odraslih. Koristeći retrospektivne studije Olweus je zaključio da su adolescenti koji su bili žrtve nasilja s 13 godina, ostali žrtvama nasilja i sa 16. Longitudinalne studije upućuju na činjenicu da je nasilje među djecom povezano s antisocijalnim ponašanjem kao što je kriminalitet i ograničenim mogućnostima postizanja društveno poželjnih ciljeva.

Uzroci nasilničkog ponašanja među vršnjacima su često kompleksni. Nasilničko ponašanje može biti pokušaj stjecanja popularnosti (istraživanja pokazuju da, osobito u mlađoj životnoj dobi, mali nasilnici mogu biti popularni među svojim vršnjacima).

Može to biti pokušaj da se pokažu odlučnima, „tvrdima“ i sposobnima ili da na sebe skrenu pažnju. Nasilje može biti i izraz nemoćne ljubomore na osobu prema kojoj se nasilno odnosi. Može to biti i pokušaj prevladavanja osobnih problema ili frustracija koje dijete ne zna na drugi način riješiti. Dijete izloženo nasilju u vlastitoj obitelji može isti način ponašanja prenijeti i na svoju školsku okolinu. Ponekad nema oštre granice između „mučitelja“ i „žrtve“, jer se u različitim razdobljima i situacijama uloge mogu zamijeniti, te nasilnik postaje žrtvom i obrnuto.

Štete zbog sudjelovanja u nasilju nad vršnjacima za pojedinca, obitelj, školu, i društvo su velike. U mnogim zemljama širom svijeta nasilje u školi predstavlja problem. U nekim je školama nasilja manje, a u nekima više,

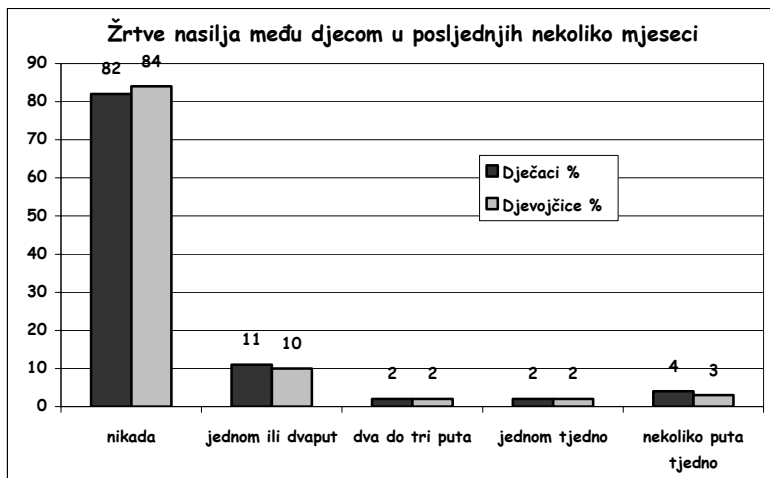
ali nema škole koja je potpuno bez nasilja. Radovi i istraživanja o nasilju među djecom provedena su u mnogim zemljama od Europe i Japana preko Australije do Sjedinjenih Američkih Država. Jedna studija u Velikoj Britaniji ukazuje na činjenicu da je 27% učenika osnovnih i 10% učenika srednjih škola tijekom jedne školske godine najmanje jedanput bilo okrutno mučeno od strane svojih vršnjaka.

Jedno od istraživačkih područja HBSC-a uključilo je i pitanja vezana uz nasilje među učenicima. U uvodnoj napomeni naglašeno je da svađa, sukob ili tučnjava među djecom podjednake snage i sposobnosti nije zlostavljanje, kao ni zadirkivanje na prijateljski i šaljiv način. Na pitanje „Koliko su te često u

školi zlostavljali zadnjih nekoliko mjeseci?“ ponuđeni odgovori bili su sljedeći: u zadnjih nekoliko mjeseci me uopće nisu zlostavljali, jednom ili dvaput, dva ili tri puta na mjesec, otprilike jednom tjedno, nekoliko puta na tjedan.

Među ispitanicima je 82% dječaka i 84% djevojčica izjavilo da nikad nije bilo zlostavljano od strane svojih vršnjaka, 11% dječaka i 10% djevojčica bilo je zlostavljano jednom ili dvaput u zadnjih nekoliko mjeseci, 2% dječaka i 2% djevojčica bilo je zlostavljano dva ili tri puta mjesečno, 2% dječaka i 2% djevojčica bilo je zlostavljano otprilike jednom tjedno, a 4% dječaka i 3% djevojčica bilo je zlostavljano više puta tjedno.

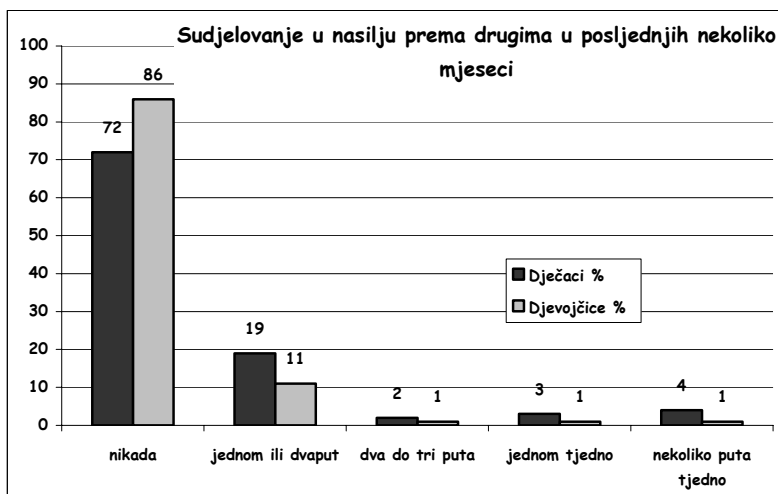
Slika 30.



U nasilju prema drugima u posljednjih nekoliko mjeseci sudjelovalo je: jednom ili dvaput 19% dječaka i 11% djevojčica, dva do tri puta 2% dječaka i 1% djevojčica, otprilike jednom tjedno 3% dječaka i 1% djevojčica, nekoliko

puta tjedno 4% dječaka i 1% djevojčica, dok je 72% dječaka i 86% djevojčica izjavilo da u posljednjih nekoliko mjeseci nisu sudjelovali u nasilju prema drugima.

Slika 31.

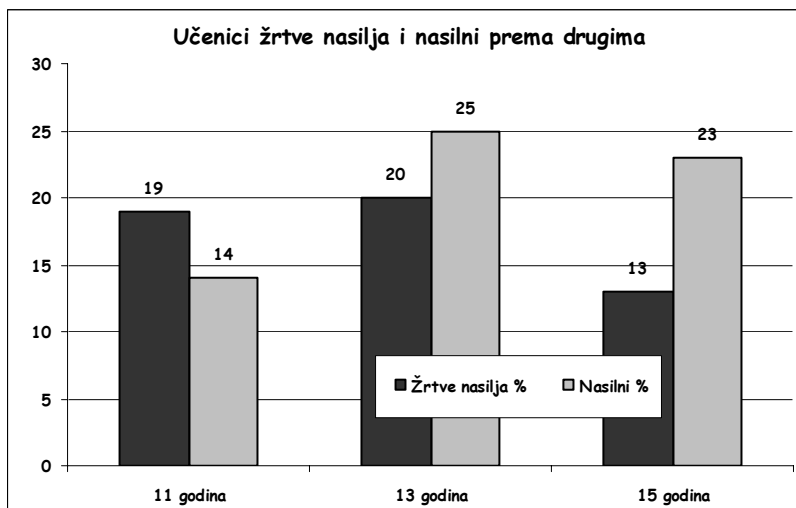


Svaki šesti dječak i svaka šesta djevojčica smatraju da su u posljednjih nekoliko mjeseci bili izloženi nasilju od strane svojih vršnjaka. Svaki četvrti dječak i svaka sedma djevojčica bili su nasilni prema svojim vršnjacima u školi.

Prema trenutno raspoloživim međunarodnim podatcima u Litvi, Belgiji

(francuski dio) i Estoniji najviše je djece koja su bila izložena nasilju svojih vršnjaka. Hrvatska je pri dnu ljestvice s obzirom na udio žrtava nasilja među vršnjacima. U Rumunjskoj, Litvi i Latviji najviše je nasilnih prema svojim vršnjacima. Hrvatska je u donjoj trećini ljestvice prema udjelu djece koja zlostavljaju svoje vršnjake.

Slika 32.



Dječaci su bili žrtve nasilja češće no djevojčice u sve tri dobne skupine (najmanja spolna razlika u dobi od 15 godina). Dječaci su češće bili nasilni prema drugima u svim dobnim skupinama. Uspoređujući podatke iz 2002. i 2006. godine s podacima iz 2010. primijećen je pad udjela djece žrtava zlostavljanja (25% 2002; 20% 2006.; 17% 2010), kao i pad udjela zlostavljača (26% 2002; 22% 2006; 21% 2010).

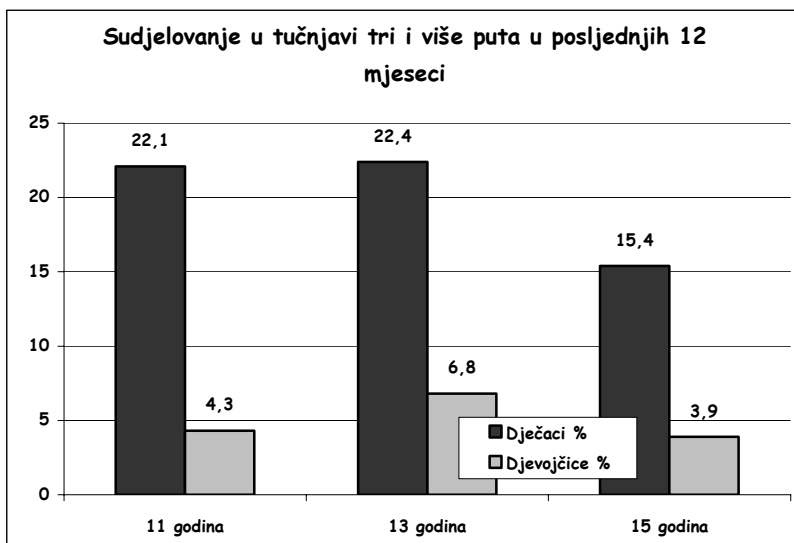
Za razliku od nasilja, tučnjava je agresivno ponašanje gdje su sudionici obično sličnih godina i otprilike podjednako snažni. Tjelesna borba (tučnjava) je najčešći oblik interpersonalnog nasilja u adolescenciji, a stručnjaci ukazuju na činjenicu da se takvo ponašanje najviše dovodi u vezu s nasiljem među mladima i namjernim ozljeđivanjem. Postoji jaka povezanost tučnjave, ozljeda koje zahtijevaju medicinsku skrb i hospitalizacija. Tučnjava je povezana i s nošenjem

oružja i ozljedama te sa zlouporabom sredstava ovisnosti, smanjenim zadovoljstvom životom, lošijim odnosima u obitelji i među vršnjacima. S obzirom da je takvo ponašanje lako uočljivo i često rezultira kontaktom sa zdravstvenim djelatnicima, stručnjaci tučnjavu smatraju najpouzdanijom naznakom višestrukog rizičnog ponašanja i ostalih problema ponašanja.

U protekloj godini 39% ispitanika sudjelovalo je u tučnjavi, od toga 57% dječaka i 22% djevojčica. Tri i više puta u proteklih 12 mjeseci sudjelovalo je u tučnjavi 20% dječaka i 5% djevojčica. Uspoređujući tri dobne skupine (11 god. 41%, 13 god. 45%, 15 god. 32%) najviše je onih u dobi od 13 godina koji izjavljuju da su sudjelovali u tučnjavi u proteklih 12 mjeseci.

Udio djece koja su sudjelovala u tučnjavi u protekloj godini manji je nego 2006. godine (38% 2002; 43% 2006; 39% 2010)

Slika 33.



U Belgiji (francuski dio), Armeniji i Španjolskoj najviše je djece koja su sudjelovala u tučnjavi najmanje tri puta u proteklih 12 mjeseci. Hrvatska je u sredini ljestvice s obzirom na udio djece koja su sudjelovala u tučnjavi.

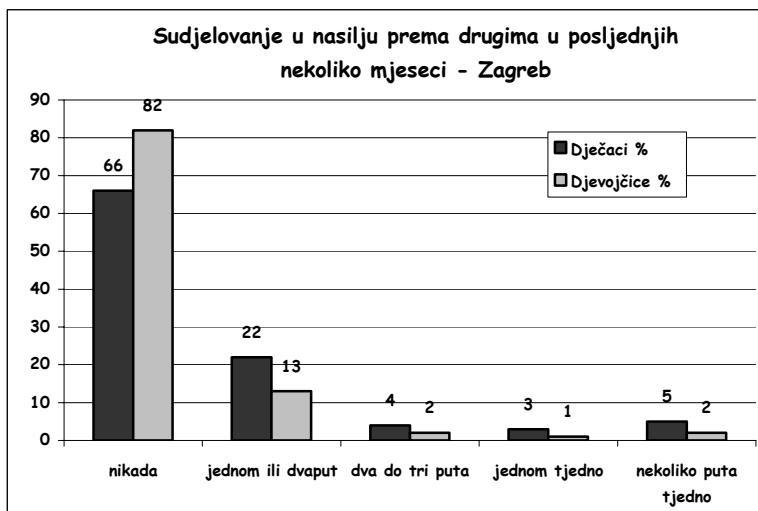
Prema rezultatima HBSC istraživanja, žrtava je nasilja kako sazrijevanje teče manje, od 20% u sedmom, do oko 13% u prvom razredu srednje škole. Uspoređujući tri dobne skupine (11 god. 40%, 13 god. 45%, 15 god. 32%) najviše je onih u dobi od 13 godina koji izjavljuju da su sudjelovali u tučnjavi u proteklih 12 mjeseci.

Nasilništvo prema drugima dosiže vrhunac u sedmom razredu, kada je i pubertetsko razdoblje najburnije.

Velike razlike vezane uz nasilje među vršnjacima u Zagrebu u odnosu

na cijelu zemlju 2010. godine nisu nađene. Nešto više mladih sudjelovalo je u nasilju prema drugima. U nasilju prema drugima u posljednjih nekoliko mjeseci sudjelovalo je: jednom ili dvaput 22% dječaka i 13% djevojčica (19% dječaka i 11% djevojčica iz Hrvatske), dva do tri puta 4% dječaka i 2% djevojčica (2% dječaka i 1% djevojčica iz Hrvatske), otprilike jednom tjedno 3% dječaka i 1% djevojčica (3% dječaka i 1% djevojčica iz Hrvatske), nekoliko puta tjedno 5% dječaka i 2% djevojčica (4% dječaka i 1% djevojčica iz Hrvatske), dok je 66% dječaka i 82% djevojčica (72% dječaka i 86% djevojčica iz Hrvatske) izjavilo da u posljednjih nekoliko mjeseci nisu sudjelovali u nasilju prema drugima.

Slika 34.



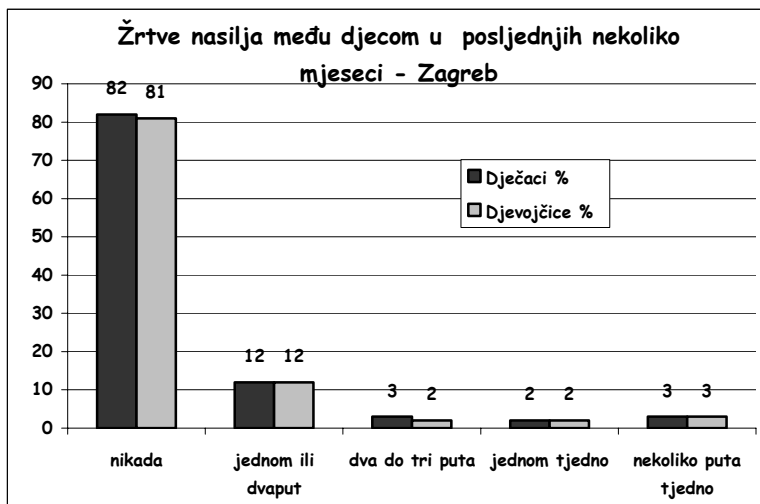
Među zagrebačkim ispitanicima je 82% dječaka i 81% djevojčica (82% dječaka i 84% djevojčica iz Hrvatske) izjavilo da nikad nije bilo zlostavljano od strane svojih vršnjaka, 12% dječaka i 12% djevojčica (11% dječaka i 10%

djevojčica iz Hrvatske) bilo je zlostavljano jednom ili dvaput u zadnjih nekoliko mjeseci, 3% dječaka i 2% djevojčica (2% dječaka i 2% djevojčica iz Hrvatske) bilo je zlostavljano dva ili tri puta mjesečno, 2% dječaka i 2%

djevojčica (2% dječaka i 2% djevojčica iz Hrvatske) bilo je zlostavljano otprilike jednom tjedno, a 3% dječaka i 3%

djevojčica (4% dječaka i 3% djevojčica iz Hrvatske) bilo je zlostavljano više puta tjedno.

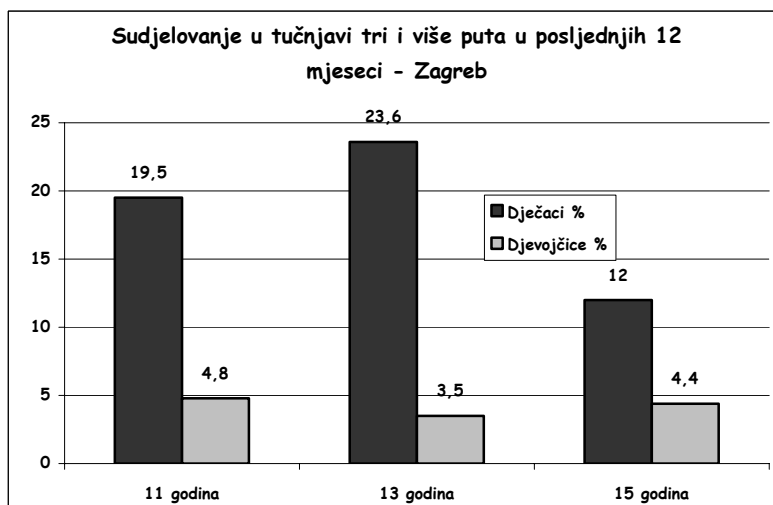
Slika 35.



U 2010. godini u Zagrebu je nešto manje mladih sudjelovalo u tučnjavi nego u cijelom uzorku. 36% ispitanika sudjelovalo je u tučnjavi, od toga 54% dječaka i 20% djevojčica (u Hrvatskoj 39% ispitanika sudjelovalo je

u tučnjavi, od toga 57% dječaka i 22% djevojčica). Tri i više puta u proteklih 12 mjeseci sudjelovalo je u tučnjavi 16% dječaka i 4% djevojčica (u Hrvatskoj 20% dječaka i 5% djevojčica).

Slika 36.



Istraživanja ukazuju na činjenicu da djeca koja su uvučena u nasilje, bilo kao žrtve ili nasilnici, pokazuju više psihosomatskih simptoma, koji su i inače uobičajeni u dječjoj dobi, kao glavobolja, bolovi u trbuhu, nervoza, razdražljivost, smetnje sna i dr. Stoga liječnici, imaju važnu ulogu u otkrivanju djece koja su rizična, probiru psihijatrijskog komorbiditeta, savjetovanju obitelji o problemu i zagovaranju prevencije nasilja među vršnjacima u široj zajednici. U Hrvatskoj liječnici specijalisti školske medicine u okviru skrbi koju pružaju ovdje imaju posebne zadaće i značajnu ulogu.

Dobra komunikacija u obitelji jedan je od načina prevencije nasilja. Obiteljska situacija u slučajevima uočenog nasilja treba biti pažljivo procijenjena, kako se ne bi previdjele moguće naznake zlostavljanja u obitelji. Podršku mogu pružiti svi - nastavnici, roditelji, stručni suradnici, druga djeca. Roditelji koji uporno niječu nasilničko ponašanje ili nastavnik koji ne želi prepoznati nasilje teško da mogu biti potpora dok ne riješe svoje osobne dvojbe. Napori na području prevencije vršnjačkog nasilja trebaju obuhvatiti osobne, obiteljske i društvene rizične čimbenike kao i promicanje razumijevanja ozbiljnosti problema. Odrasli trebaju postati vještiji u prepoznavanju mogućih žrtava i nasilnika. Rješavanje nasilničkog ponašanja među vršnjacima je koji put vrlo teško, a barijera je puno. No vrlo je važno da pojedinac ne preuzme sav

teret rješavanja na sebe – nasilje među djecom u školi ima otvoreniji značaj od nasilja u obitelji i treba ga rješavati sa suradnicima. Studije uspješnih programa protiv vršnjačkog nasilja preporučaju sveobuhvatan pristup u školi koji može dovesti do promjena ponašanja i stavova te povećati spremnost odraslih da interveniraju. Škola treba jasno staviti do znanja da se nasilje ne tolerira. Školska pravila ponašanja mogu biti različita i prilagođena, ali u jednom nedvosmislena – nasilničko ponašanje nije način stjecanja popularnosti i žrtve zaslužuju potporu, a ne sažaljenje.

Konvencija Ujedinjenih naroda o Pravima djeteta nalaže da dok su djeca u skrbi svojih roditelja, skrbnika ili drugih odgovornih odraslih osoba moraju biti zaštićena od svih oblika zlostavljanja. Prema Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji (NN116/2003), svatko je dužan obavijestiti Centar za socijalnu skrb o kršenju djetetovih prava. To se osobito odnosi na sumnju o svim oblicima tjelesnog, duševnog ili spolnog nasilja, zanemarivanja ili nemarnog postupanja, zlostavljanja ili izrabljivanja djeteta. Ako se u slučaju nasilja među djecom u školi posumnja na zlostavljanje (osobito u obitelji), treba postupiti prema zakonskim odredbama.

Nasilje ne treba tolerirati, pred nasiljem ne smijemo zatvarati oči, na problem nasilja treba reagirati. Zalažući se za djetinjstvo bez vršnjačkog nasilja stvaramo preduvjet za sigurno i ravnopravno društvo.

Literatura:

1. Pepler D.J & Craig WM, Ziegler S& Charach A. An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. *Can J Comm Mental Health* 1994;13:95-100.
2. Olweus D. Bully/victim problems among school children: Some basic facts and effects of a school – based intervention program. In D. Pepler and K. Rubin (Eds.), *the Development*

- and Treatment of Childhood Aggression, Hillsdale: N.J.Erlbaum 1991; 441-448.
3. Pepler D & Craig W. Making a Difference in Bullying. LaMarsh Report. Toronto: LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University 2000.
 4. Olweus D. School-yard bullying - Grounds for intervention. *School Safety* 1987;6:411.
 5. Spivak H. Bullying: why all the fuss? *Pediatrics*. 2003;112 :1421-1422.
 6. Tolan PH. International trends in bullying and children's health: giving them due consideration. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158 :831-832.
 7. Forero R, McLellan L, Rissell C, Bauman A. Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *Br Med J*. 1999;319 :344-348.
 8. Crick NR, Bigbee MA. Relational and overt forms of peer victimization: a multiinformant approach. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66 :337-347.
 9. Wolke D, Woods S, Stanford K, Schulz H. Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: prevalence and school factors. *Br J Psychol*. 2001;92 :673-696.
 10. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan JW, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285 :2094-2100.
 11. Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan J. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158 :730-736.
 12. McGuinness TM., Dispelling the myth of bullying. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007 Oct;45(10):19-22.
 13. Dake JA, Price JH, Telljohann SK, The nature and extent of bullying at school. *J Sch Health*. 2003 May;73(5):173-80.
 14. Lyznicki JM, McCaffree MA, Robinowitz CB, Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician*. 2004 Nov 1;70(9):1723-8.
 15. Nansel TR et al. Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003, 157:348-353.
 16. Molcho M, Harel Y, Lash D. The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2004, 16(3):223-251.
 17. Pickett W et al. Cross-national study of fighting and weapon carrying as determinants of adolescent injury. *Pediatrics*, 116(6):855-863.
 18. Kuntsche EN, Gmel G. Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 2004, 98:331-339.
 19. Laufer A, Harel Y. The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2003, 15(3):235-244.
 20. Harel Y. A cross-national study of youth violence in Europe. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1999, 11:121-134.
 21. Sosin DM et al. Fighting as a marker for multiple problem behaviours in adolescence. *Journal of Adolescent Health* 16:209-215.

PREHRAMBENE NAVIKE

U cilju postizanja optimalne razine zdravlja u adolescenciji neophodno je uzeti u obzir ekstremne zahtjeve koje na području prehrane nameće rast i razvoj, karakterističan za tu životnu dob. Prehrambene potrebe u adolescenciji pod utjecajem su

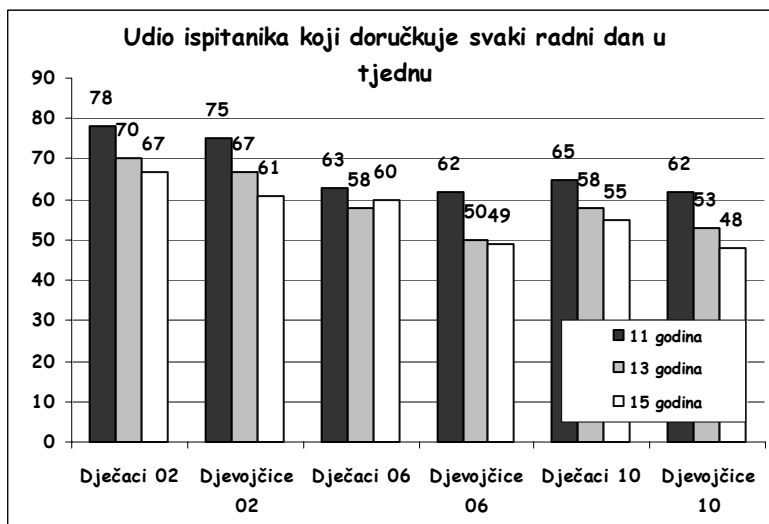
prvenstveno pubertetskog zamaha rasta i smatra se da su veće nego u bilo kojim drugim životnim razdobljima izuzev trudnoće i dojenja. Prehrambene navike u adolescenciji mogu biti narušene različitim nezdravim ponašanjima poput preskakanja obroka (posebno doručka),

težnje za idealnom tjelesnom težinom, prekomjerne sklonosti hrani s niskom razinom hranjivih tvari s visokom razinom šećera i masti (slatkiši, slatka pića, grickalice i brza hrana), pa čak i eksperimentiranjem s alkoholom i pušenjem. Naime, alkoholna pića su bogata energijom te mogu umanjiti apetit a time i jedenje hrane bogate nutrientima, dok pušenje također umanjuje želju za jelom. Zbog toga je u mladosti povećan rizik za nedovoljan unos nutrienata, posebno željeza i kalcija, što se može osjetiti odmah ili tek kasnije u životu. Nedovoljan unos željeza može se osjeti kroz umor i teškoće u koncentraciji što može dovesti do slabijeg školskog uspjeha. Nedovoljan unos kalcija zamjećuje se tek u kasnijoj životnoj dobi kroz povećan rizik od osteoporoze. Osim adekvatnog unosa navedenih mikronutrijenata, brojne su druge prednosti pravilne prehrane u ovoj dobi. Tako je na primjer rast u visinu genetski određen, no hoće li se ispuniti genetski potencijal u potpunosti (odnosno doseći najviša moguća visina) ovisi o pravilnoj prehrani. Adekvatna razina tjelesne aktivnosti moguća je samo uz dovoljno energije unesene prehranom. Pravilna prehrana u mladosti pridonijet će čišćoj i ljepšoj koži, zdravijoj kosi, noktima i zubima a time i cjelokupnom izgledu što je u mladosti možda i važnije nego u drugim periodima života. No u javnozdravstvenom pogledu, najteže i najčešće posljedice nepravilne prehrane vezane su uz pretilost koja je u većini

razvijenih zemalja poprima razmjere epidemije. Dok su u odrasloj dobi tjelesne komplikacije debljine vrlo česte te spadaju u vodeće uzroke pobola i smrti (srčanožilne bolesti i zloćudne bolesti), u mladosti su tjelesne komplikacije općenito rijetke ili uopće nisu prisutne (iako neke, primjerice ortopedske komplikacije, predstavljaju hitna stanja). Nasuprot tome, u mladosti su često prisutne socijalne i emocionalne posljedice pretilosti u smislu teškoća snalaženja u vršnjačkoj grupi, potištenosti, niskog samopouzdanja i sl.

Doručak je najvažniji obrok u danu, budući slijedi nakon perioda noćnog gladovanja, kada se energetske zalihe iscrpljene, a trebaju biti nadopunjene kako bi učenik mogao izvršavati sve obaveze koje pred njega stavlja novi dan. Nadalje je redovit doručak pokazan kao efikasna mjera u smanjenju pretilosti. Zbog toga zabrinjava podatak da od početka praćenja ovog podatka u 2002. godini pa do 2010. godine značajni dio djece uopće ne doručkuje (u 2010. 15% radnim danom, a 6% vikendom; u 2006. 15% radnim danom, a 5% vikendom; u 2002. 15% radnim danom a 4% vikendom). U 2010. godini radnim je danom uvijek doručkovalo 59% učenika i 54% učenica, što je vrlo slično podacima za 2006. godinu (60% dječaka i 54% djevojčica), a predstavlja pogoršanje u odnosu na 2002. godinu (72% dječaka i 68% djevojčica).

Slika 37.



Kao i prethodnih godina i 2010. godine s porastom dobi sve se manje doručkovalo. U sve tri dobne skupine djevojčice su doručkovale manje od dječaka, tako da u dobi od 15 godina tek svaka druga djevojčica (48%) redovito doručkuje radnim danom. Kao i prethodnih godina između zemalja uključenih u istraživanje zabilježena je prilično velika varijabilnost. Radnim danom redovito je doručkovalo više od 90% jedanaestogodišnjih učenika i učenica u Nizozemskoj i Portugalu (nešto više od 70% u dobi od 15 godina), dok se isto odnosilo na svega 50% učenika i učenica iz Slovenije i Rumunjske u dobi od 11 godina (manje od 40% u dobi od 15 godina). Hrvatska se smjestila u daljnjoj polovici ljestvice. Preskakanje doručka često uzrokuje mučninu tijekom jutra i ometa procese učenja i pamćenja. Doručak, pogotovo onaj bogat žitaricama, dobar je početak dana, a pridonosi i boljem raspoloženju, pažnji i postizanju boljih školskih rezultata. Oni koji preskaču doručak zbog jakog osjećaja gladi koji se javlja

tijekom ostatka dana češće konzumiraju hranu bogatu mastima i jednostavnim šećerima a siromašnu vlaknima i hranjivim tvarima.

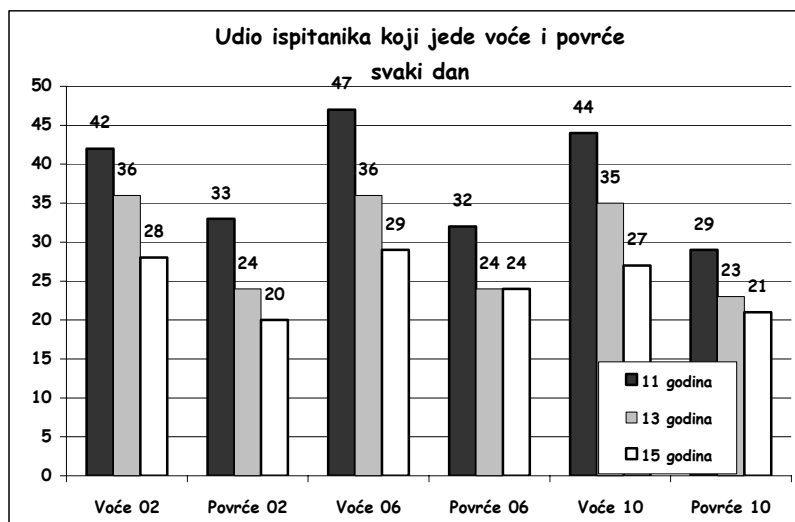
Svakodnevno jedenje voća i povrća smatra se temeljem pravilne prehrane. Istraženo je pitanjem „Koliko puta na tjedan obično jedeš voće, odnosno povrće“, s ponuđenim odgovorima: nikada, manje nego jednom tjedno, jednom tjedno, 2-4 dana u tjednu, 5-6 dana u tjednu, svakog dana jednom na dan, svakog dana više no jednom na dan. Isti odgovori bili su ponuđeni i za pitanje koliko često konzumiraju slatkiše, coca colu i druga slatka bezalkoholna pića.

U 2010. godini konzumacija voća i povrća kod najvećeg dijela mladih nije zadovoljavala stručne preporuke. Dok se 2006. godine situacija nešto poboljšala u odnosu na 2002. godinu, u 2010. na žalost ne pratimo taj trend. Naime, podaci za 2010. pokazuju da ukupno 66% učenika ne jede voće (63% u 2006., 65% u 2002.) a 76% ne jede povrće svaki dan (73% u 2006., 75% u

2002.). Prema preporukama stručnjaka i relevantnih organizacija, pravilna i uravnotežena prehrana trebala bi uključivati svakodnevnu konzumaciju najmanje tri porcije povrća i dvije porcije voća (jedna porcija je jedna zdjelica salate, jedna srednja jabuka i sl.). Takva prehrana štiti od bolesti srca i malignih bolesti kasnije u životu, te se pokazala efikasnom mjerom u prevenciji pretilosti. Zabilježen je pad u konzumaciji voća i povrća s porastom dobi ispitanika, kao i to da djevojčice jedu više voća i povrća u svim dobnim skupinama. Isti trend zabilježen je i kod drugih zemalja. Voće se najrjeđe jede na Grenlandu (19% učenika i učenica u dobi od 11 godina i 13% u dobi od 15 godina jelo je voće svaki dan) a najčešće u Danskoj u dobi od 11 godina (56% učenika i učenica je jelo voće svaki dan) odnosno u Armeniji

u dobi od 15 godina (50% ispitanika jelo je voće svaki dan). U jedenju povrća također postoje velike razlike između zemalja. Svakodnevno se povrće najrjeđe jede u Estoniji (22% u dobi od 11 godina) odnosno Austriji (18% u dobi od 15 godina) a najčešće u Belgiji (53% u obje dobne skupine). Hrvatska se po konzumaciji voće smjestila oko sredine ljestvice u dobi od 11 godina a nešto niže u dobi od 15 godina, dok je po konzumaciji povrća vrlo nisko pozicionirana pa se u dobi od 15 godina povrće rjeđe jede samo u Latviji, Španjolskoj, Estoniji i Austriji. Istraživanje je provedeno u proljeće kada je u Hrvatskoj svježe voće i povrća lakše dostupno, no treba istaknuti da je i u drugim mediteranskim zemljama zabilježena jednako nepovoljna situacija.

Slika 38.



Različiti izvori potvrđuju da djeca jedu previše ugljikohidrata. Slatka pića, šećer i čokolada vodeći su izvori nemiliječnog izvanjskog šećera u prehrani djece, a previše šećera nepovoljno utječe na tjelesnu težinu i

razvoj zubnog karijesa, te ometa unos nutritivno vrijednijih namirnica.

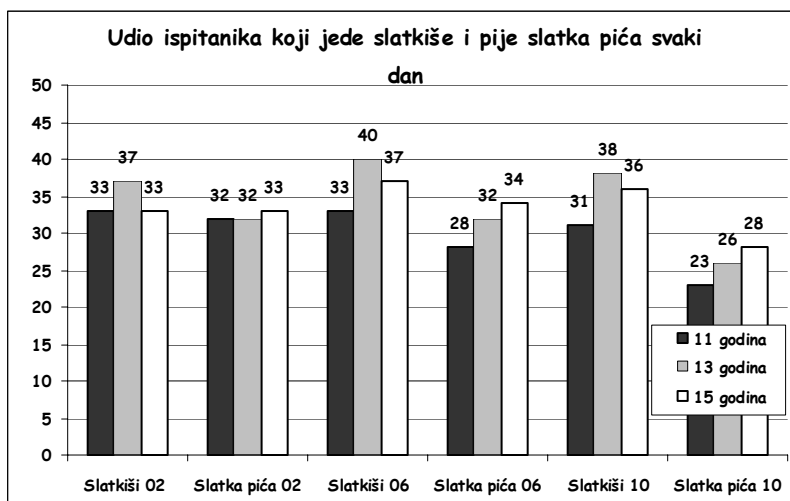
U 2010. godini, slatka pića svaki dan je pilo 30% dječaka i 22% djevojčica što predstavlja izvjesno poboljšanje u odnosu na prethodne

godine (u 2006. 35% dječaka i 28% djevojčica; u 2002. 33% dječaka i 31% djevojčica). U sve tri dobne skupine dječaci piju više slatkih pića djevojčice što se nije promijenilo u odnosu na prethodna istraživanja. Najniži udio učenika i učenica koji svakodnevno piju slatka pića zabilježen je u zemljama sjeverne Europe te u pribaltičkim zemljama dok je Hrvatska kao i u

prethodnom istraživanju zauzela poziciju u gornjoj polovici ljestvice.

Dok se u pijenju slatkih pića bilježi pad u odnosu na prethodne godine, u svakodnevnoj konzumaciji slatkiša ne bilježimo takav trend. Slatkiše je jelo jednom ili više puta dnevno 33% dječaka i 38% djevojčica u 2010. godini (34% dječaka i 28% djevojčica u 2006.; 33% dječaka i 36% djevojčica u 2002.).

Slika 39.



Smanjen unos voća i povrća, a sve veća konzumacija slatkih pića na prijelazu iz dječje u adolescentnu dob posljedica je smanjenog roditeljskog utjecaja na prehranu. Ne smijemo zaboraviti da djeca veliki dio vremena svakodnevno provode u školi, gdje jedu i piju ono što im je na raspolaganju. Ako su u školi automati s grickalicama, slatkišima i slatkim pićima, a školska užina s visokovrijednim namirnicama ili nije na raspolaganju (u srednjim školama) ili ta hrana nije ukusna i primamljiva učenicima, učenici će posegnuti za namirnicama iz automata. Zbog toga je dostupnost ukusnih

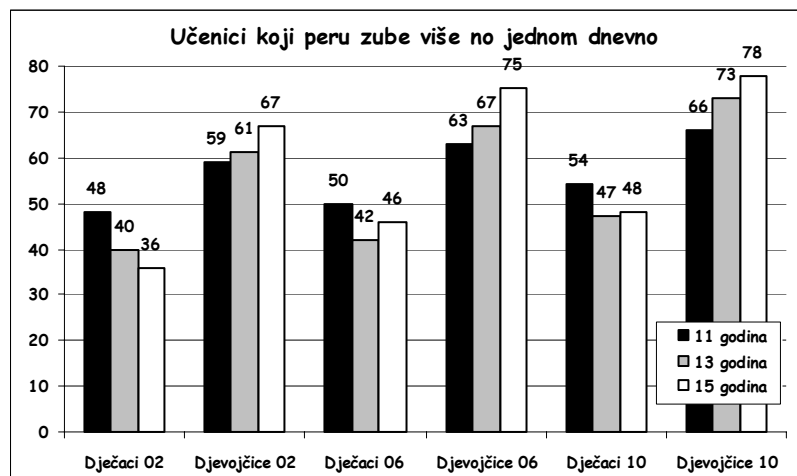
visokovrijednih namirnica upravo u školu važna u pravilnoj prehrani učenika.

Uz nepravilnu prehranu u djetinjstvu i adolescenciji veže se i pojavnost zubnog karijesa, kao najčešće bolest u dječjoj dobi koja nije samoograničavajuća i koja se ne liječi antibioticima. Učestala konzumacija šećera nemliječnog izvora, kao i nedostatak fluora jasno su utvrđena dva vodeća čimbenika u razvoju zubnog karijesa. Praktički u potpunosti se može spriječiti izbacivanjem slatkiša iz prehrane i održavanjem higijene zubne šupljine. Pranje (četkanje) zubi je najraširenija metoda uklanjanja plakova i održavanja higijene, s visokim

stupnjem društvene prihvatljivosti, pa je upravo taj podatak tražen u ovom istraživanju. Rezultati pokazuju da 2010. 61% učenik odnosno učenica u Hrvatskoj peru zube dva ili više puta dnevno odnosno nešto više nego prethodnih godina (57% u 2006., 52% u 2002.), pri čemu smo se smjestili nešto ispod sredine ljestvice zemalja sudionica istraživanja, daleko iza vodećih zemalja poput Švedske, Švicarske i njemačke gdje to iznosi oko 80%. U Hrvatskoj u sve tri dobne

skupine taj postotak je veći za djevojčice nego za dječake. Djevojčice u većem postotku peru zube od dječaka, te znatan dio dječaka ne pere zube svaki dan (2010/2006/2002: 10%/12%/18% u dobi od 11 godina, 9%/14%/17% u dobi od 13 godina i 11%/11%/16% u dobi od 15 godina). Kod djevojčica zamjećujemo porast u pranju zubi porastom dobi, dok kod dječaka pad koji je bio izražen u 2002. nije tako jasno prisutan u 2006. godini kao niti u 2010.

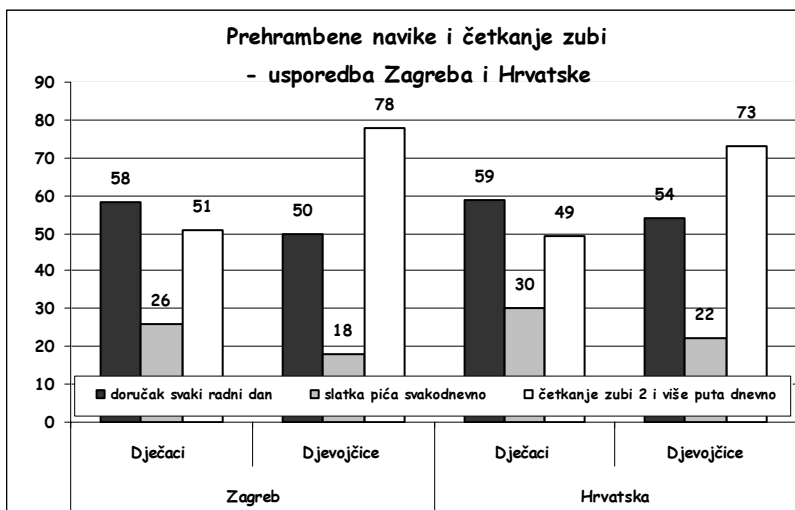
Slika 40.



Velike razlike u prehrambenim navikama zagrebačkog uzoraka u odnosu na cijelu zemlju 2010. godine nisu nađene, iako bi se moglo utvrditi da su ukupno gledajući prehrambenim navikama zagrebačkog uzoraka nešto povoljnije s izuzetkom doručkovanja radnim danom i jedenja voća. Svaki radni dan doručkovalo je 58% učenika i 50% učenica iz Zagreba (59% učenika i 54% učenica iz Hrvatske) a subotom i nedjeljom uvijek doručkuje 82% učenika i 81% učenica iz Zagreba (81% učenika i 80% učenica u cijeloj zemlji). Voće svakodnevno jede ukupno 33% učenika

i učenica u Zagrebu (34% u Hrvatskoj), povrće svakodnevno jede 25% učenika i učenica u Zagrebu (24% u Hrvatskoj), slatkiše svakodnevno jede ukupno 34% zagrebačkih učenika i učenica (u ukupnom uzorku 35%), dok slatka piće svakodnevno pije 22% zagrebačkih učenika i učenica (u ukupnom uzorku 26%). Zagrepčani i Zagrepčanke nešto su češće prali zube od svojih vršnjaka iz cijele zemlje, pa je tako dva i više puta dnevno četkao zube 51% učenika i 78% učenica iz Zagreba a isto se odnosilo na 49% učenika i 73% učenica u ukupnom uzorku.

Slika 41.



Sa podacima na području prehrambenih navika ne smijemo biti zadovoljni. Posebno se to odnosi na dječake starijih dobnih skupina, koji prema ovim rezultatima postaju rizična skupina po pitanju zdravlja zubi. Pozitive

promjene na području znanja, stavova i ponašanja djece u cilju trajne dobre oralne higijene zahtjeva integralni pristup na području zdravstvenog odgoja i promicanja zdravlja.

Literatura:

1. Abu-Omar K, Rütten A, Robine JM. Self-rated health and physical activity in the European Union. *Soz Präventivmed.* 2004;49(4):235-42.
2. Goodwin DK, Knol LL, Eddy JM, Fitzhugh EC, Kendrick OW, Donahue RE. The relationship between self-rated health status and the overall quality of dietary intake of US adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2006 Sep;106(9):1450-3.
3. Iannotti R, Kogan M, Janssen I, Boyce W (in press) Patterns of adolescent physical activity, screen-based media use, and positive and negative health indicators in the U.S. and Canada. *J Adolesc Health.* DOI:10.1016/j.jadohealth.2008.10.142
4. Janssen I, Boyce WF, Simpson K, et al. Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *Am J Clin Nutr.* 2006 Jan;83(1):139-45.
5. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, et al. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J.* 2006 Jun;56(3):159-67.
6. Thome J, Espelage DL. Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eat Behav.* 2004 Nov;5(4):337-51.
7. Vereecken CA, Inchley J, Subramanian SV, et al. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health.* 2005 Jun;15(3):224-32. Epub 2005 May 19.
8. WHO. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health WHA5717 (22 May 2004).*

PREDODŽBA O VLASTITOM TIJELU, KONTROLA TJELESNE TEŽINE

Jedan od najvažnijih događaja kroz koje mladi prolaze na putu odrastanja svakako je prilagođavanje na mnoge tjelesne i psihičke promjene koje nastaju tijekom adolescencije. U posljednjih se dvadesetak godina povećao znanstveni i profesionalni interes za područje percepcije vlastitog tijela i osjećaja zadovoljstva, osobito u adolescenata (1). Jedan od važnih razloga je što je pojava poremećaja jedenja, koja je povezana i s nezadovoljstvom vlastitim tijelom, moguća i neposredno nakon puberteta, prisutna u adolescenciji, a moguće posljedice i u kasnijoj životnoj dobi (2). Percepcija vlastitog tijela kao i ideali izgleda i pojavnosti razlikuju se prema spolu. Dok je ideal izgleda za mnoge djevojke prisilna i neprikosnovena vitkost zadana medijskim pritiscima, u dječaka i mladića je najčešći ideal snažno, dobro oblikovano tijelo, s mnogo manje usredotočenosti na tjelesnu težinu. Posljedično, za djevojke je karakteristično da se češće doživljavaju kao pretile, bez obzira na objektivni indeks tjelesne mase, te su općenito manje zadovoljne vlastitim izgledom nego mladići. Mladići su u pravilu skloniji težiti većem indeksu tjelesne (mišićne) mase te su skloniji doživljavati se kao premršavi odnosno nerazvijeni. Stoga je manji indeks tjelesne mase poželjan za djevojke i nepoželjan za mladiće (3).

Intelektualni razvoj i emocionalna neovisnost omogućuju adolescentima razvoj složenije i

sofisticiranije predodžbe o sebi. Adolescencija je razdoblje u kojem dolazi do zamjene uloga pa vezana samo uz tu činjenicu dovodi do promjene slike o sebi. Povezanost zadovoljstva vlastitim tijelom i samopoštovanja dobro je dokumentirana, iako su rezultati nekonzistentni (4,5). Kada postoji raskorak između doživljaja vlastitog tijela i zamišljenog ideala, ljudska je težnja da taj jaz smanji i time poveća vlastito zadovoljstvo i samopoštovanje. U europskoj civilizaciji to će se u svim društvenim kontekstima nastojati postići odgovarajućim načinima prehrane i tjelesnom aktivnošću.

No u dobi kada je rast i razvoj u svom punom zamahu s pravom zabrinjava podvrgavanje redukcijskim dijetama koje su često medicinski potpuno neprihvatljive. Djeca koja su na dijeti mogu biti razdražljiva, teško se koncentriraju, imaju problema sa spavanjem, zaostaju u rastu, djevojčice imaju neredovite menstruacijske cikluse, seksualni razvoj kasni i često postoji deficit pojedinih hranjivih tvari. Redukcijske dijete mogu imati i značajan utjecaj na psihičko zdravlje, a usko se vežu uz depresiju i smanjenje osjećaja samopoštovanja. Redukcijske dijete koje provode mladi na žalost često uključuju i preskakanje obroka, posebice doručka, gladovanje te povraćanje i zlouporabu laksativa.

S druge strane, pretilost je veliki javnozdravstveni problem, obzirom na visoku stopu prevalencije

već u razmjerima epidemije na koje upozorava Svjetska zdravstvena organizacija (6)

Prekomjerna tjelesna težina i pretilost u mlađoj životnoj dobi dugoročno pokazuju povezanost s morbiditetom i mortalitetom. Najvažnija dugoročna posljedica pretilosti u dječjoj dobi je njezina prisutnost i u odrasloj dobi. Postoje dokazi koji potvrđuju dugoročni negativni učinak prekomjerne tjelesne težine u adolescenciji na odraslu dob, a očituje se povećanom smrtnošću od koronarne bolesti srca, ateroskleroze i kolorektalnog karcinoma. Negativno stereotipno ponašanje prema pretilosti i pretilima razvija se od najranije dobi pa je stoga pretilost diskriminirajući faktor u socijalnom okruženju. Bez agresivnog pristupa prevenciji i liječenju pretilosti posljedice na zdravlje i društvo biti će dugotrajne.

Tjelesna aktivnost odnosno vježbanje također je način doprinosa kontroli tjelesne težine. No ako se vježbanjem u prvom redu želi postići promjena tjelesnog izgleda, odnosno smanjenje tjelesne mase, a ne dobra kondicija i bolje zdravstveno stanje, postoji veći relativni rizik za razvoj poremećaja jedenja (7).

U HBSC upitniku kako bi se dobio uvid u status tjelesne težine i poduzimanje redukcijskih dijeta postavljena su sljedeća pitanja: „Misliš li da si....: izrazito premršav/a, nešto premršav/a, približno dobre težine, malo predebeo/la, izrazito predebeo/la". Odgovori „malo sam predebeo/la i izrazito sam predebeo/la" uzeti su kao indikatori nezadovoljstva vlastitom tjelesnom težinom.

Na pitanje „Jesi li sada na dijete ili činiš nešto drugo da bi smanjio/la težinu?" ponuđeni odgovori bili su sljedeći: „ne, zadovoljan/na sam svojom

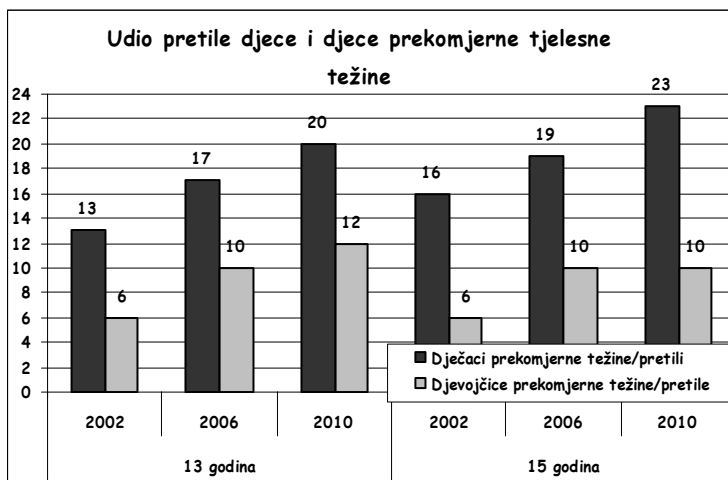
težinom; ne, ali trebao/la bih malo smršaviti; ne jer se trebam malo udebljati; da". Odgovori „da" i „ne, ali trebao/la bih malo smršaviti" smatrani su pokazateljima trenutne dijete i želje za kontrolom tjelesne težine.

Podaci o visini i težini ispitanika dobiveni su anamnestički odgovorima na pitanja:

„Koliko si težak (teška) bez odjeće i obuće?" i „Koliko si visok (visoka) bez cipela?" Iz ovih podataka izračunat je indeks tjelesne mase (BMI) s obzirom na dob i visinu. Povećanu tjelesnu težinu imaju djeca čiji je indeks tjelesne mase između 85. i 95. percentile, a pretili su oni čiji je indeks tjelesne mase iznad 95. percentile.

Podatke o tjelesnoj težini i visini dobili smo od 92,3% djece od 11 godina, 95,6% djece od 13 godina i 96,3% djece od 15 godina. Zbog relativne nepouzdanosti za anamnestičke iskaze 11-godišnjaka, analiziraju se pobliže podatci dviju starijih generacija. U dobi od 13 godina bilo je 2002. godine 13% dječaka s prekomjernom tjelesnom težinom/pretilosti, 2006. godine 17%, a 2010. godine 20% u dobi od 13 godina, odnosno 16%; 28% i 23% u dobi od 15 godina. Među djevojčicama od 13 godina bilo je 6%, 10% i 12% pretilih/s prekomjernom tjelesnom težinom u dobi od 13 godina, odnosno 6%, 10% i 10% u dobi od 15 godina. Ima nekoliko mogućih tumačenja za takvu spolnu razliku: kako su podatci dobivani anamnestički, djevojčice su vjerojatno ipak umanjivale svoju tjelesnu težinu, osobito u dobi od 15 godina. Za dječake su podatci očekivano realniji, odnosno čak je moguće i pretjerivanje zbog želje da se dobije dojam veće tjelesne mase.

Slika 42.

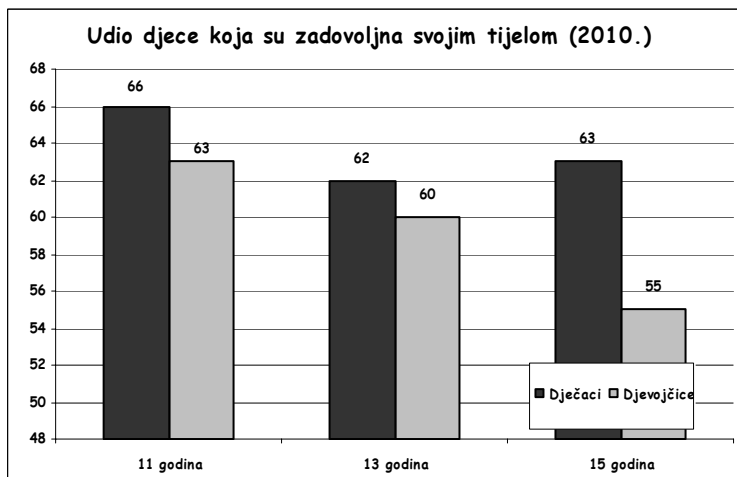


Razvidno je da se povećava udio djece prekomjerne tjelesne težine/pretile i to osobito u mlađim dobnim skupinama. U usporedbi s ostalim europskim zemljama, hrvatska su djeca u dobi od 13 godina bila u 2002. godini na 25. mjestu, u 2006. godini na 11., a u 2010. godini na 7. mjestu. U dobi od 15 godina bila su na 23., zatim na 8. i 2010. na desetom mjestu. No prema indeksu tjelesne mase dječaka, u 2010. godini je

Hrvatska u odbi od 13 godina na četvrtom, a u dobi od 15 godina na petom mjestu od svih zemalja sudionica istraživanja.

Svojom tjelesnom težinom zadovoljno je 66% dječaka i 63% djevojčica u dobi od 11 godina, 62% dječaka i 60% djevojčica u dobi od 13 godina te 63% dječaka i 55% djevojčica u dobi od 15 godina. Kod djevojčica se nezadovoljstvo tjelesnom težinom povećava s dobi.

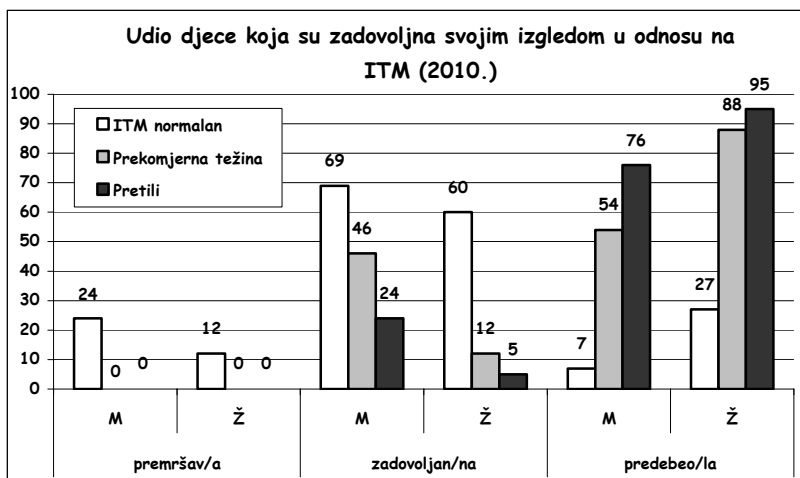
Slika 43.



U analizu je uključen indeks tjelesne mase, izračunat iz dostupnih podataka i raspoređen u centilnu distribuciju prema tablicama Cole i suradnika (ITM<od 85 centile je normalan ITM, ITM 86-95 centile je prekomjerna tjelesna težina, a ITM>95 centile je pretilost). Prema dostupnim podacima, od djevojčica koje imaju normalan indeks tjelesne mase, njih

60% je zadovoljno svojim izgledom, 12% misli da je premršavo, a 27% smatra se predebelima. Od dječaka koji imaju normalan ITM, njih 24% misli da je premršavo, 69% je zadovoljno izgledom, a 7% smatra da je predebelo. Među dječacima koji imaju prekomjernu tjelesnu težinu 46% je zadovoljno svojim izgledom, 12% misli da je premršavo, a 54% smatra se predebelima. Među dječacima koji su pretili 24% je zadovoljno svojim izgledom, 5% misli da je premršavo, a 76% smatra se predebelima. Među djevojčicama koje su pretili 12% je zadovoljno svojim izgledom, 0% misli da je premršavo, a 88% smatra se predebelima.

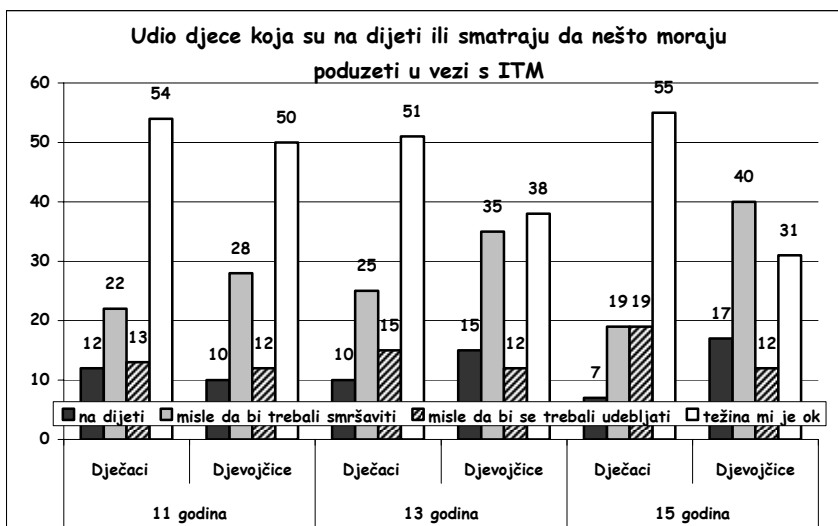
Slika 44.



Trenutno je na dijeti ili misli da bi trebalo smršaviti 34% dječaka i 38% djevojčica u dobi od 11 godina, 35% dječaka i 50% djevojčica u dobi od 13 godina te 26% dječaka i 57% djevojčica u dobi od 15 godina. Dok se udio djevojčica koje žele smršaviti s dobi

povećava, udio dječaka se smanjuje i obratno, povećava se udio dječaka koji bi željeli povećati svoju tjelesnu masu. Udio dječaka koji su zadovoljni svojim izgledom je kroz generacije stabilan, dok se udio nezadovoljnih djevojčica povećava.

Slika 45.



Tablica 9. Udio djece od 15 godina koja smatraju da u vezi s tjelesnom masom nešto trebaju poduzeti u odnosu na njihov ITM

	ITM			Ukupno
	<85c	86-95c	>96c	
Dječaci				
Ne, težina mi je OK	63	33	17	55
Ne, ali bih želio smršaviti	11	46	61	19
Ne, ali bih se želio udebljati	23	2	0	19
Da	3	20	22	7
Djevojčice				
Ne, težina mi je OK	35	3	5	31
Ne, ali bih željela smršaviti	38	57	53	40
Ne, ali bih se željela udebljati	13	0	0	12
Da	15	40	42	17

Iako im je ITM u granicama normale, u adolescenciji se djeca i mladi često neprikladno doživljavaju kao predebeli ili premršavi. Fiziološki se u razdoblju tjelesnog sazrijevanja mišićno i masno tkivo nakupljaju a zatim raspodjeljuju spolno definirano. Upravo u tom razdoblju dječaci zbog naglog rasta u visinu i nerazmjernog razvoja mišićne mase najčešće misle da su

premršavi, dok djevojčice djelovanjem hormona prolaze razdoblja relativne neskladnosti koju doživljavaju kao pretilost. Razvidno je da je 63% dječaka s normalnim indeksom tjelesne mase zadovoljno svojom težinom, a samo 35% djevojčica smatra da zbog težine ne treba ništa poduzimati. Dok 11% dječaka i 38% djevojčica s normalnim ITM želi smršaviti, 23% dječaka i 13%

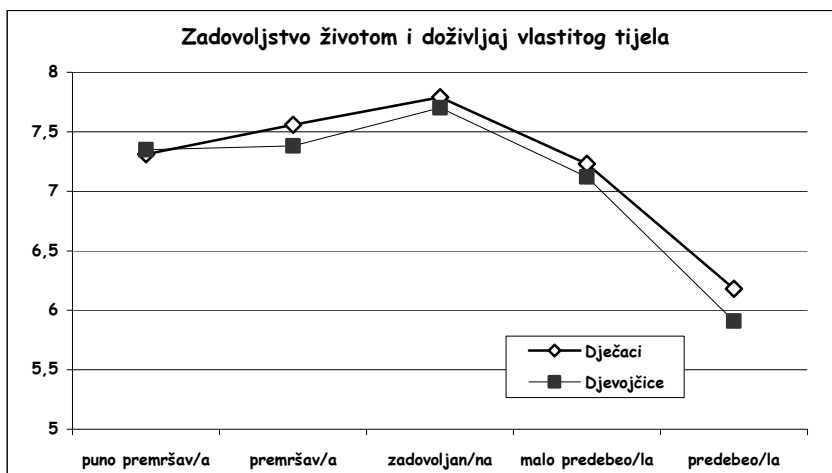
djevojčica bi se željelo udebljati, a 3% dječaka i 15% djevojčica je na aktualnoj dijetei.

No ona djeca koja uistinu imaju prekomjernu tjelesnu težinu ili su pretila, najčešće ne poduzimaju ništa – oko 50% njih izjavljuje da misli da bi trebalo smršaviti, a samo je 20% na aktualnoj dijetei. Iako su redukcijske dijete nepoželjne u razvojnom razdoblju, djeca koja imaju problema s tjelesnom težinom zahtijevaju trajni nadzor, savjetovanje, podršku i skrb, kako bi što uspješnije usvojili navike pravilne prehrane i redovite tjelesne aktivnosti,

regulirala tjelesnu težinu te osnažila samopouzdanje.

Prikaz osjećaja zadovoljstva životom (procjenjivanog na skali od 1 do 10) i zadovoljstva vlastitim tijelom pokazuje da su djeca koja su zadovoljna vlastitim tijelom i najzadovoljnija svojim životom. Pritom osjećaj zadovoljstva vlastitim tijelom nije nužno vezan uz idealni indeks tjelesne mase. No ipak su pretila djeca najmanje zadovoljna svojim životom i osim zdravstvenih i estetskih razloga, to je jasna psihološka poruka da toj djeci treba nastojati pomoći i pružiti im podršku.

Slika 46.



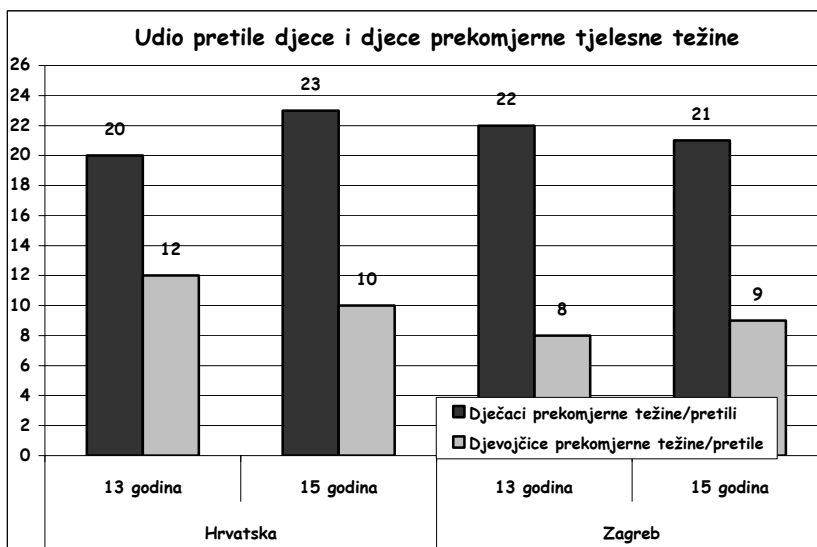
Među europskim zemljama koje su sudjelovale u istraživanju, najviše pretile djece i djece s prekomjernom tjelesnom težinom je u SAD, Grčkoj, Kanadi, Irskoj, Poljskoj, Portugalu, Italiji, dok su najvitkija djeca i mladi u Švicarskoj, Danskoj, Nizozemskoj, Luksemburgu i valonskom dijelu Belgije.

Grad Zagreb

Uz opisana ograničenja rezultata istraživanja i ITM-a, nije začuđujuće da među djecom iz Zagreba i Hrvatske u cjelini nema velikih razlika,

Među dječacima od 13 godina je 20% prekomjerne tjelesne težine/pretilih u Hrvatskoj i 22% u Zagrebu, a među petnaestogodišnjacima 23% u Hrvatskoj i 21% u Zagrebu. Uzimajući u obzir moguće utjecaje i način života, možda je i među dječacima već prisutna svijest o potrebi održavanja ITM-a u poželjnim granicama, više nego u Hrvatskoj koja uključuje i ruralna područja. Za djevojčice su razlike još manje, ali kako njihova visina i težina nisu zbog metode pouzdane, o objektivnim razlikama je teško govoriti.

Slika 47.



Tablica 10. Udio djece od 15 godina koja smatraju da u vezi s tjelesnom masom nešto trebaju poduzeti u odnosu na njihov ITM, Grad Zagreb

Dječaci	ITM			Ukupno
	<85c	86-95c	>96c	
Ne, težina mi je OK	62	34	25	56
Ne, ali bih želio smršaviti	10	42	63	17
Ne, ali bih se želio udebljati	25	2	0	20
Da	3	21	13	7
Djevojčice				
Djevojčice	<85c	86-95c	>96c	Ukupno
Ne, težina mi je OK	37	0	0	34
Ne, ali bih željela smršaviti	35	53	50	37
Ne, ali bih se željela udebljati	10	0	0	9
Da	18	47	50	20

Odnos djece prema vlastitoj tjelesnoj težini, željama i aktualnoj dijete sličan je u Zagrebu kao i u Hrvatskoj. U Zagrebu je svojom težinom zadovoljno 37% djevojčica s ITM-om u granicama normale, u Hrvatskoj 35%; za dječake je zadovoljstvo više i u Zagrebu (62% je zadovoljno svojim izgledom a imaju normalni ITM, u Hrvatskoj 63%). Razlike se opažaju u iskazivanju već poduzetih

aktivnosti – dok u Hrvatskoj 22% dječaka i 42% djevojčica koji su pretili iskazuje da su na dijete, u Zagrebu je to 13% dječaka i 42% djevojčica. Kako u razvojnem razdoblju treba biti pažljiv ne samo s prehranbenim navikama i pravilnim odabirom namirnica, već i u potpori pravilnoj prehrani ukoliko se želi održati postojeća ili smanjiti prekomjerna tjelesna težina ali i osnažiti

onu djecu koja trebaju takve potporne mjere, nije nevažno što su različite percepcije i nezadovoljstva možda povod za neodgovarajuću dijetu ili posvemašnju neaktivnost u tom smislu. Rezultati ukazuju na veliku važnost razvoja učinkovitih, prilagođenih i činjenično utemeljenih programa i

strategija prevencije nastanka i liječenja pretilosti u mlađim dobnim skupinama. Savjetovaništa o pravilnoj prehrani kao i praćenje kretanja tjelesne težine uz nadzor načina života i tjelesne aktivnosti mogli bi spriječiti pretilost i posljedice koje se mogu protezati sve do u odraslo doba.

Literatura:

1. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem and reasons for exercise. *J of Psychology* 2002;36(6):581-96.
2. Tiggemann M, Dayer G. Ideal body shape preferences and eating disorder scores in adolescent women. *Psychology and Health* 1995;10:345-47.
3. Champion H, Furnham A. The effect of the media on body satisfaction in adolescent girls. *European Eating Disorders Review* 1999;1:213-28.
4. Silberstein LR, Striegel-Moore RH, Timko C, Rodin J. Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles* 1988; 19:219-32.
5. Tiggemann M, Winefield H, Winefield A, Goldney R. Gender differences in the psychology correlates of body weight in young adults; *Psychology and Health* 1994;9:395-451.
6. World Health Organisation. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. World Health Organisation, Geneva, 1998.
7. McDonald K, Thompson JK. Eating disturbances, body image dissatisfaction and reasons for exercising: Gender differences and correlation findings. *Int J Eating Disorders* 1992;11:289-92.

TJELESNA AKTIVNOST I SJEDILAČKI NAČIN ŽIVOTA

Dobrobit tjelesne aktivnosti za zdravlje od neprocjenjive je važnosti. Redovita tjelesna aktivnost doprinosi kvaliteti života. Svjetska zdravstvena organizacija upozorava da je pomanjkanje tjelesne aktivnosti moguće odgovorno za 1,9 milijuna smrtni godišnje. Za zaštitu i očuvanje zdravlja važna je tjelesna aktivnost od djetinjstva do starosti. Usvajanje zdravih navika važno je u razdoblju djetinjstva i adolescencije. Dobrobit aktivnog djetinjstva seže u odraslo doba i vrlo je vjerojatno da će aktivno dijete postati aktivna odrasla osoba.

Doprinos tjelesne aktivnosti zdravlju uključuje smanjenje rizika za pojavu kardiovaskularnih bolesti, karcinoma kolona, inzulinske neovisne šećerne bolesti i osteoporoze. Povoljno utječe na pretilost, oboljele od artritisa, anksiozne i depresivne. Tjelesna aktivnost povećava kvalitetu sna, koja je važan dio dobrog zdravlja i kvalitete života općenito.

Trećinu karcinoma bilo bi moguće spriječiti kada bi održavali normalnu tjelesnu težinu i bili tjelesno aktivni kroz sva životna razdoblja. Oni koji nisu niti preporučeno minimalno tjelesno aktivni imaju 1,5 puta veću

šansu oboljeti od bolesti srca i krvnih žila.

Pozitivni učinci tjelesne aktivnosti na mlade nisu tako dobro dokumentirani iako su prepoznati pozitivni učinci na zdravlje vezani uz krvni tlak, lipide u krvi, kosti i psihi. I dok tjelesno vježbanje tijekom perioda rasta nema većeg utjecaja na rast u visinu i sazrijevanje, redovito tjelesno aktivna djeca uglavnom se odlikuju boljom aerobnom izdržljivošću i višom razinom niza funkcionalno-motoričkih sposobnosti.

Prekomjerna konzumacija hrane i nedovoljna tjelesna aktivnost značajno doprinose razvoju kroničnih nezaraznih bolesti, posebice pretilosti. Sa sve većom zabrinutošću stručnjaci u SAD-u i zapadnoj Europi govore o epidemiji prekomjerne tjelesne težine. Dječaci su tjelesno aktivniji od djevojčica iste dobi. Neke studije ukazuju na činjenicu kako su više svakodnevno tjelesno aktivna ona djeca čiji očevi imaju niži ITM.

S obzirom da tjelesna aktivnost predstavlja važnu dobrobit za zdravlje mladih ljudi, poboljšanje tjelesne aktivnosti među mladima predstavlja važan javnozdravstveni izazov.

Prijašnji rezultati HBSC istraživanja pokazuju kako tjelesna aktivnost opada s godinama, osobito među djevojkama. Objavljene studije ukazuju na činjenice koje su povezane s odlukama mladih da se bave nekom tjelesnom aktivnošću. Važni čimbenici su demografija (dječaci i mlađa djeca vjerojatnije će biti aktivnija), psihološki faktori (natjecanje i užitek), socijalni faktori (ohrabrenje i podrška roditelja, i vršnjaka) i okruženje (dostupnost prostora i programa).

Dvije važne preporuke za mlade su sljedeće: svi mladi trebali bi

biti umjereno do intenzivno tjelesno aktivni najmanje 1 sat dnevno. Intenzivna tjelesna aktivnost podrazumijeva aktivnost od koje se ostaje bez daha ili se znoji. Mjeriti tjelesnu aktivnost među mladima nije jednostavno. Screening tjelesne aktivnosti uključuje pitanje koja se odnosi na učestalost te broj sati tjedno izvan redovite školske nastave u kojem mladi intenzivno vježbaju.

U HBSC istraživanju dva pitanja vezana uz pojačanu tjelesnu aktivnost odnosila su se na tjelesnu aktivnost izvan redovite školske nastave i to koliko često i koliko sati tjedno u slobodno vrijeme, intenzivno vježbaš tako da ostaneš bez daha ili se oznojiš. Ponuđeni odgovori bili su svaki dan, 4-6 puta tjedno do rjeđe nego jednom mjesečno i nikada; odnosno uopće ne, oko pola sata, oko jedan sat, oko 2 do 3 sata, oko 4 do 6 sati te sedam ili više sati tjedno.

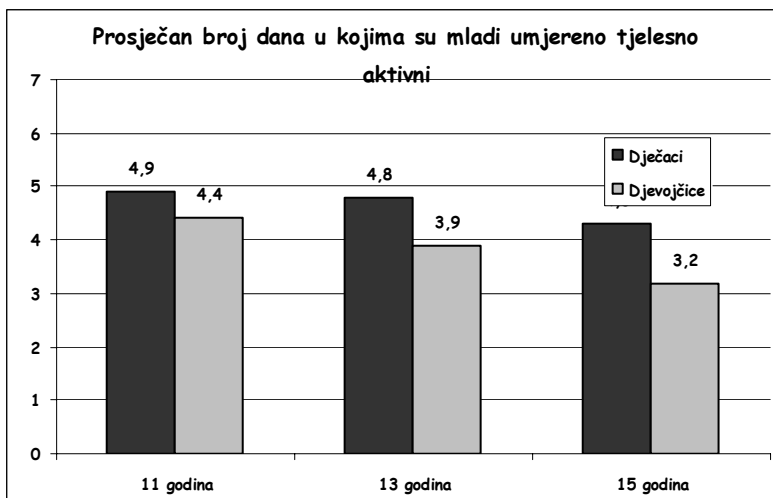
Prema definiciji tjelesna aktivnost je bilo koja aktivnost koja nam ubrzava otkucaje srca i neko nas vrijeme ostavlja bez daha. Definicija je prilagođena HBSC istraživanju tako što uključuje bavljenje tjelesnom aktivnošću u sklopu školskih aktivnosti. Tjelesna aktivnost može se provoditi bavljenjem nekim sportom, igranjem s prijateljima ili hodanjem do škole. Rezultati daju pregled prosječnog broja dana u kojima su mladi tjelesno aktivni jedan ili više sati dnevno što možemo povezati s količinom aktivnosti u koje su uključeni i udjelom aktivnosti s obzirom na preporuke.

Na pitanje: „U proteklih 7 dana, koliko si dana bio/la tjelesno aktivan/na ukupno najmanje 1 sat (60 minuta) dnevno?“ ponuđeni odgovori bili su od 0 dana do 7 dana u tjednu. Prema rezultatima HBSC 2010 mladi u

Hrvatskoj umjereno su tjelesno aktivni u prosjeku 4,2 dana u tjednu (4,6 dana dječaci i 3,8 dana djevojčice). 2002

godine umjereno tjelesno aktivni bili su 3,8 dana u tjednu, a 2006 godine 4,4 dana u tjednu.

Slika 48.

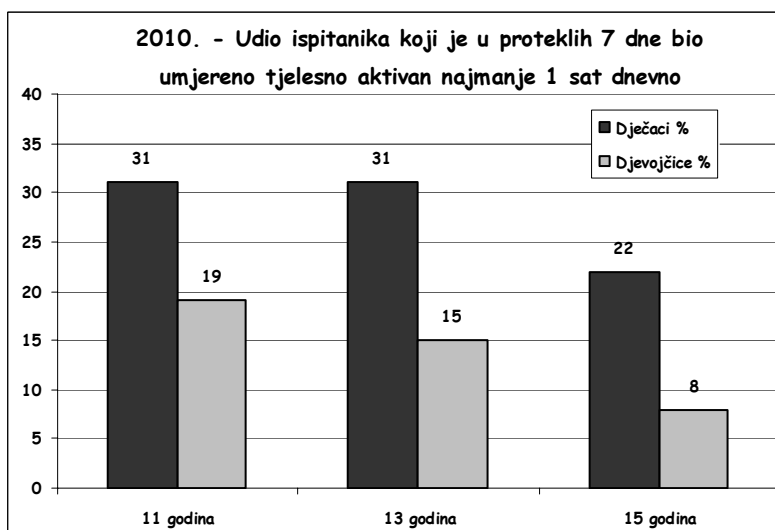


Dječaci su više tjelesno aktivni od djevojčica u svim dobnim skupinama. Tjelesna aktivnost opada s godinama.

u Hrvatskoj nešto su manje tjelesno aktivni (4,4 dana u tjednu 2006, 4,2 dana u tjednu 2010).

Uspoređujući podatke s podacima iz 2006. godine djeca i mladi

Slika 49.



U proteklih sedam dana u dobi od 11 godina 31% dječaka je umjereno tjelesno aktivno ukupno najmanje jedan sat dnevno, a taj udio se smanjuje za 15 godišnjake (22%).

Među djevojčicama je u dobi od 11 godina u proteklih sedam dana njih 19% bilo umjereno tjelesno aktivno ukupno najmanje jedan sat dnevno, a među petnaestogodišnjakinjama samo njih 8%.

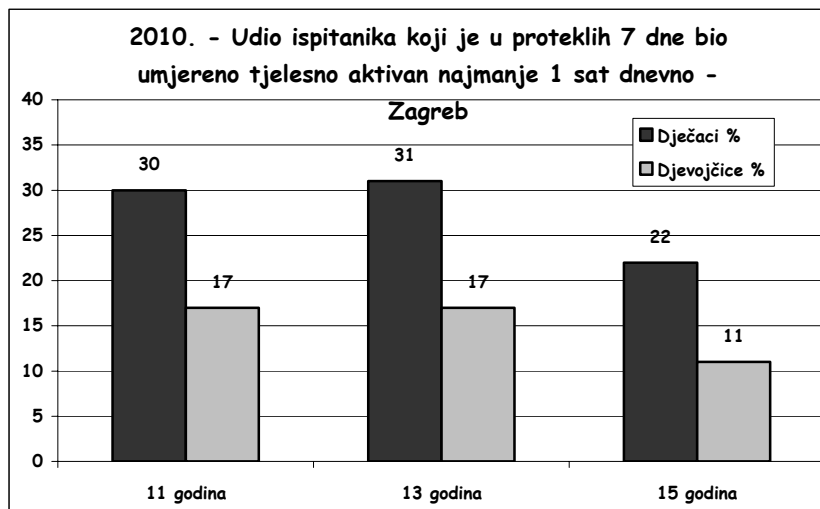
Hrvatska se nalazi u gornjoj trećini ljestvice u kojima se provodilo HBSC istraživanje s obzirom na udio mladih koji je u proteklih sedam dana bio tjelesno aktivan ukupno najmanje jedan sat dnevno. U Irskoj, SAD-u i na Grenlandu mladi su najviše umjereno tjelesno aktivni.

Dva i više sati tjedno intenzivno je bilo tjelesno aktivno 52% dječaka i 31% djevojčica.

Velike razlike vezane uz tjelesnu aktivnost u Zagrebu u odnosu na cijelu zemlju 2010. godine nisu nađene. U proteklih sedam dana u dobi od 11 godina 30% dječaka je umjereno tjelesno aktivno ukupno najmanje jedan sat dnevno (31% dječaka u Hrvatskoj), a taj udio se smanjuje za 15 godišnjake na 22% (22% u Hrvatskoj).

Među djevojčicama je u dobi od 11 godina u proteklih sedam dana njih 17% bilo umjereno tjelesno aktivno ukupno najmanje jedan sat dnevno (15% u Hrvatskoj), a među petnaestogodišnjakinjama samo njih 11% (8% u Hrvatskoj).

Slika 50.



Važno je istaknuti značajnu ulogu predmeta tjelesne i zdravstvene kulture koji uz obitelj ima veliki utjecaj na formiranje stavova mladih i prakticiranje tjelesno aktivnog stila života, kao i satnicu koja zbog obima programa ostavlja nedovoljno vremena za tjelesnu i zdravstvenu kulturu. Sport je idealna

životna škola. Vještine koje se uče kroz igru, tjelesnu i zdravstvenu kulturu, sport osnovni su preduvjet za cjelovit razvoj mlade osobe. Te vještine kao suradljivost („fer“ igra), komunikacija (dijeljenje), poštivanje pravila (samopouzdanje), rješavanje problema (povjerenje), razumijevanje (iskrenost),

kontakti s drugima (samopoštovanje), vodstvo (tolerancija), uvažavanje drugih (otpornost), vrednovanje uloženog napora (timski rad), kako pobijediti (disciplina), kako gubiti (povjerenje), kako se odnositi s konkurencijom važne su za prilagodbu mlade osobe u društvu, a ostaju za cijeli život. Zanimarivanje tjelesne kulture smanjuje kvalitetu edukacije s negativnim posljedicama na javno zdravstvo i zdravstveni budžet.

Intervencije koje uključuju i školu i obitelj i širu zajednicu mogu imati utjecaja na stupanj tjelesne aktivnosti, stoga takve združene intervencije treba podupirati.

Na aktivnost djece svakako utječe i dostupnost dvorana, klubova i igrališta nakon nastave. Prijevoz djece do škole ili pješaćenje s obzirom na organizaciju vremena obitelji, ali i dostupnost sigurnih prilaza i putova školi te biciklističkih staza do škole mogli bi imati važnu ulogu. Cjelokupan način života kao i stavovi roditelja prema tjelesnoj aktivnosti utjecat će na oblikovanje stavova djece i mladih. Aktivno življenje je način koji u dnevnu rutinu uključuje tjelesnu aktivnost. Prilike za tjelesnu aktivnost nisu ograničene na sport i organiziranu rekreaciju. One postoje svugdje - tamo gdje ljudi žive i rade.

SJEDILAČKI NAČIN ŽIVOTA I OPTEREĆENOST ŠKOLOM

Djeca danas veliki dio vremena provode u sjedećem položaju, za računalom, gledajući televiziju, igrajući igrice. Sve učestalije korištenje računala u proteklom desetljeću predstavlja još jedan način zabave i provođenja slobodnog vremena. Do vremena kada će odrasla osoba navršiti 70 godina prosječno će provesti 7 do 10 godina gledajući televiziju. Smanjenom tjelesnom aktivnošću i sve duljim sjedenjem mišićno-koštani sustav nema povoljne uvjete za pravilan razvoj. Sjedilački način života doprinosi i razvoju pretilosti.

Neke studije pokazuju da često korištenje kompjutera ima negativan utjecaj na zdravlje ljudi. Druga istraživanja ukazuju na činjenicu da oni koji se često koriste kompjuterom postižu bolje akademske uspjehe i imaju

aktivniji društveni život. Iako je uvriježeno mišljenje da sve veća popularnost gledanja televizije i korištenja kompjutera među mladima doprinosi razvoju inaktivne generacije uopće.

U HBSC istraživanju u vrste sjedilačkog načina života uključeni su gledanje televizije i videa, korištenje kompjutera za zabavu te učenje i pisanje domaćih zadaća.

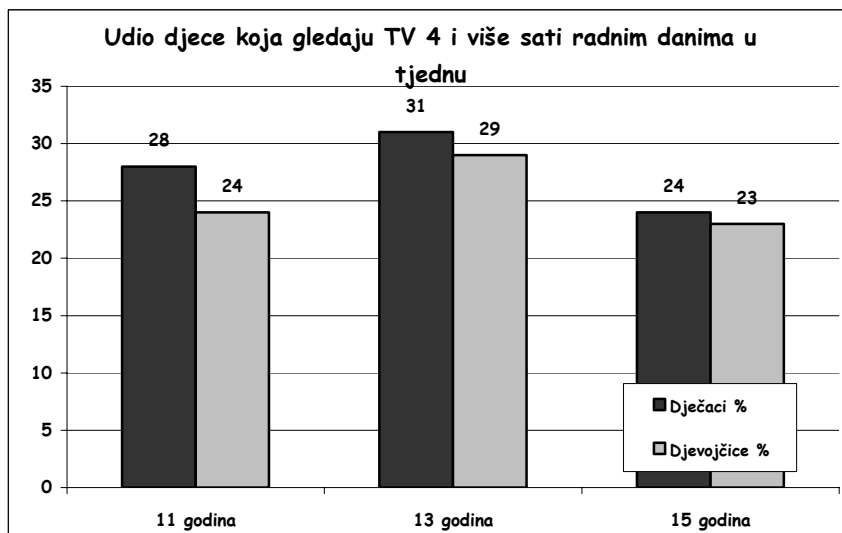
Pitanja vezana uz tri tipa sjedilačkog načina života bila su uključena u HBSC istraživanje kako bi se dobio uvid u odnos tih aktivnosti i umjerene tjelesne aktivnosti mladih u radnom tjednu i vikendom. Djeca su odgovarala na šest pitanja: „Koliko sati na dan radne dane u tjednu/vikendom, u slobodno vrijeme, obično gledaš televiziju (uključujući video i DVD)?”,

„Koliko sati na dan radne dane u tjednu/vikendom, u slobodno vrijeme obično igraš igrice na kompjutoru ili konzoli uključujući i Playstation i sl?“ te „Koliko sati na dan radne dane u tjednu/vikendom (u slobodno vrijeme) obično provedeš uz kompjutor i to na internetu, chatu, šaljući e-mail poruke, pišući domaću zadaću i sl.?.“ Važno je naglasiti da djeca u isto vrijeme mogu biti uključena u nekoliko sjedilačkih aktivnosti npr. pišući zadaću na kompjutoru dok je televizija uključena pa

nije uputno zbrajati vrijeme tih aktivnosti kako bi se dobio uvid u ukupno vrijeme provedeno sjedilačkim načinom života.

Četiri i više sati tijekom radnih dana u tjednu provede gledajući televiziju 27% dječaka i 25% djevojčica (34% i 29% 2002, 33% i 29% 2006), dok vikendom to čini 42% dječaka i 41% djevojčica (56% i 52% 2002, 46% i 46% 2006). U odnosu na prijašnja istraživanja smanjio se udio djece koja četiri i više sati tijekom radnih dana u tjednu provede gledajući televiziju.

Slika 51

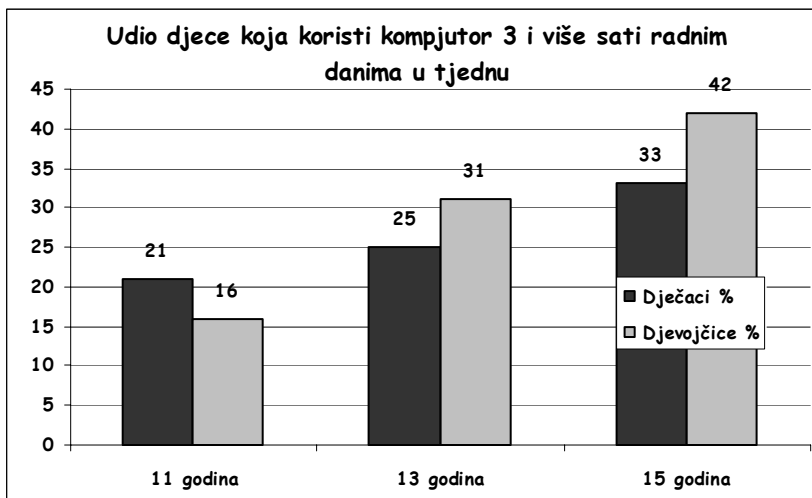


Dva i više sati radnim danima u tjednu gleda televiziju 72% dječaka i 71% djevojčica. Hrvatska se uz Ukrajinu, Slovačku i Armeniju nalazi na samom vrhu ljestvice.

Tri i više sati dnevno tijekom radnih dana u tjednu provode za

računalom 27% dječaka i 30% djevojčica (16% i 5% 2002, 12% i 11% 2006), a vikendom 38% dječaka i 42% djevojčica (32% i 11% 2002, 18% i 15% 2006).

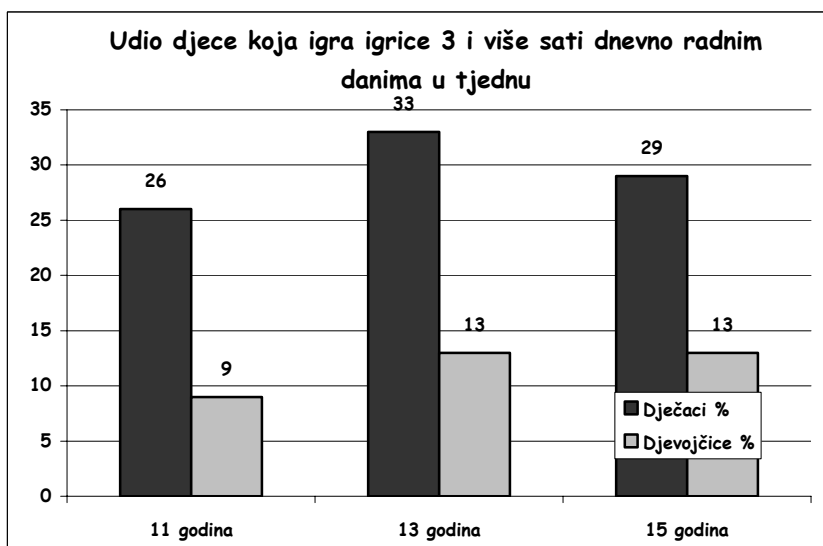
Slika 52.



Uspoređujući podatke s podacima istraživanja iz 2006. godine zamjećujemo porast udjela dječaka i djevojčica koje koriste računalo tri i više sati dnevno. U istraživanju 2010. godine više djevojčica nego dječaka u dobi od 13 i 15 godina koriste računalo tri i više sati dnevno.

Tri i više sati dnevno u tjednu, u slobodno vrijeme obično igra igrice na kompjutoru ili konzoli uključujući i Playstation 29% dječaka i 12% djevojčica, što je više u odnosu na prethodno istraživanje (25% i 5% 2006), dok vikendom to čini 46% dječaka i 22% djevojčica (42% i 13% 2006).

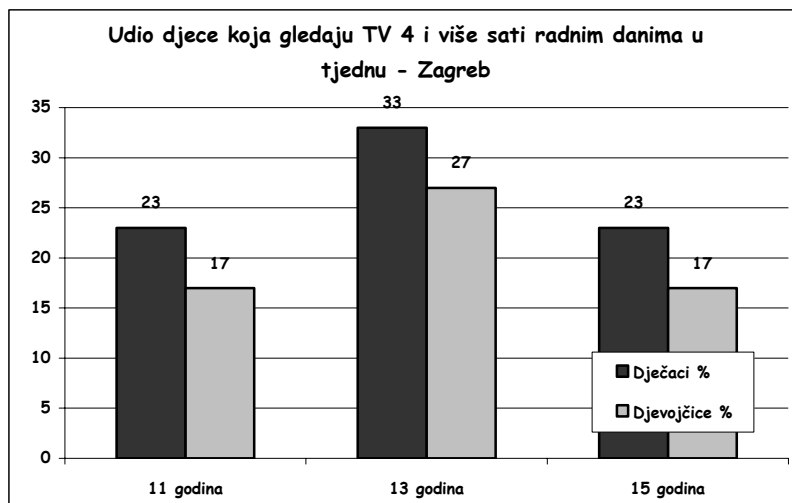
Slika 53.



Velike razlike vezane uz sjedilačku aktivnost u Zagrebu u odnosu na cijelu zemlju 2010. godine nisu nađene. Četiri i više sati tijekom radnih dana u tjednu provede gledajući

televiziju 25% dječaka i 20% djevojčica (27% dječaka i 25% djevojčica Hrvatska), dok vikendom to čini 39% dječaka i 37% djevojčica (42% dječaka i 41% djevojčica Hrvatska).

Slika 54.



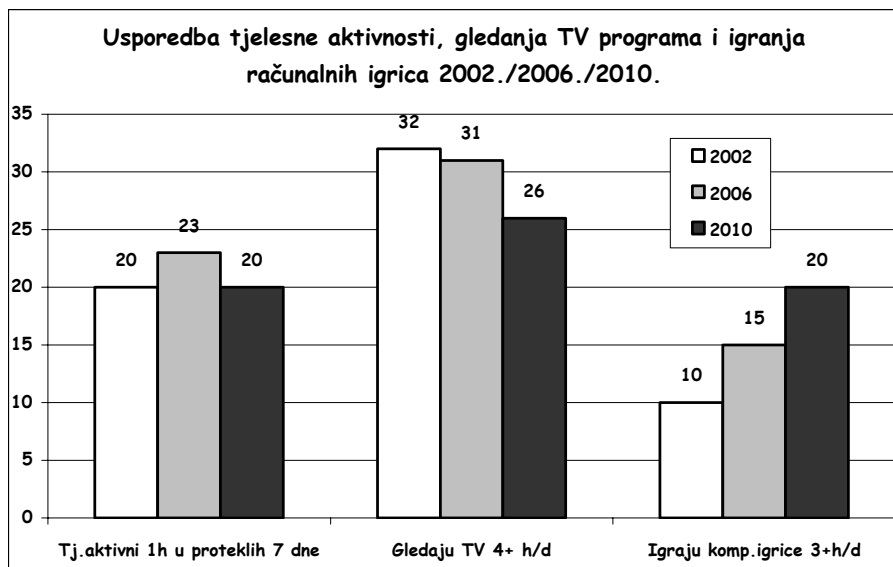
Neka istraživanja pokazuju da su djeca u dobi od 15 godina koja više uče, više i tjelesno aktivna, a manje gledaju televiziju, a djevojčice u dobi od 11 godina koje više uče, više gledaju televiziju.

Daljnje usporedbe ukazuju na činjenice da djeca koja gledaju televiziju 4 i više sati dnevno te igraju igrice 3 i više sati dnevno češće zlostavljaju svoje vršnjake, češće se tuku i imaju više muških prijatelja. Gledanje televizije i igranje igrica veže se uz agresivno ponašanje kao što je bullying i tučnjava. 10 do 20% nasilja u stvarnom životu

može se pripisati utjecaju nasilja u medijima. Jedan dio učenika provodi puno više vremena pred ekranom nego što je preporučeno. Ograničavanje vremena provedenog pred ekranom na ne više od 2 sata dnevno i komentiranje kontraverznog sadržaja s adolescentima mogući su zaštitni faktori.

Uspoređujući podatke s 2006. godinom zamjećujemo da je malo manji udio onih koji su umjereno tjelesno aktivni, manji udio onih koji gledaju televiziju 4 i više sati dnevno tijekom radnih dana, ali veći udio onih koji provode slobodno vrijeme igrajući igrice.

Slika 55.



Literatura:

- Hickman M, Roberts C, Matos M. Exercise and leisure time activities. In Currie C, Hurrelman K., Srtterbolte W, Smith R, Todd J. (Eds.) Health and Health Behaviour Among Young People. WHO Regional office for Europe: Copenhagen, 2000;.
- Andersen RE, Crespo CJ, Bartlett SJ, et al. Relationship of Physical Activity and Television Watching With Body Weight and Level of Fatness Among Children. JAMA 1998; 279 (12):938-942.
- Ho SMY, Lee TMC. Computer usage and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong. J Adol Health 2001; 29:259-266.
- Mišigoj-Duraković M.: Tjelesna aktivnost u prevenciji bolesti srca i krvnih žila, Knjiga sažetaka, Simpozij „Srce za život“ :9, 2004
- Report from UN 2003: Sport for Development and Peace
- Finn K, Johannsen N, Specker B. Factors associated with physical activity in preschool children. J Pediatr. 2002 Jan;140(1):81-5.
- Van Sluijs EM, McMinn AM, Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. BMJ. 2007 Oct 6;335(7622):703. Epub 2007 Sep 20.

PUŠENJE CIGARETA

Pušenje cigareta je jedan od vodećih uzroka smrti koji se može spriječiti. Ograničenje pušenja cigareta u ustanovama i na javnim mjestima koje je u posljednjim godinama na snazi u većini europskih zemalja, proizašlo je iz jasnog uvjerenja da je ne samo aktivno

pušenje već i pasivna izloženost duhanskom dimu mogući potencijalni uzrok kroničnih i zloćudnih bolesti. Društvene mjere rezultirale su stagnacijom pa i smanjenjem prevalencije pušenja u odrasloj populaciji, no iako se kod adolescenata

više ne uočava izrazito povećanje pušenja, eksperimentiranje s cigaretama je i nadalje dio rizičnog ponašanja u tom razdoblju (1).

Iako se utjecaj pušenja na zdravstveno stanje i smrtnost očituje najviše u srednjoj i starijoj dobi, pušenje se kao navika najčešće stječe i ustaljuje u adolescenciji. Mladi eksperimentiraju s cigaretama i preko sve učestalijeg konzumiranja mogu postati ovisni o pušenju već i prije punoljetnosti. Oni koji redovito puše u adolescenciji vjerojatnije će naviku redovitog pušenja zadržati i u odrasloj dobi, postajući tako skloniji zdravstvenim rizicima i obolijevanju od kroničnih i/ili zloćudnih bolesti povezanih s pušenjem (2). No iako se ozbiljni poremećaji zdravlja pojavljuju nakon višegodišnjeg redovitog pušenja, i u mladih pušenje može uzrokovati neposredne zdravstvene posljedice: smanjenu plućnu funkciju, povećanu incidenciju astmatičnih napadaja, kašalj, zaduhu, lošiju tjelesnu kondiciju i povećanu osjetljivost na infekcije dišnog sustava.

Pušenje cigareta adolescenti smatraju dijelom inicijacije u odrastanju, a istraživanja pokazuju vrlo raznolike i složene utjecajne čimbenike. Na pušenje adolescenata utječu i dob, obiteljska struktura, socioekonomski status obitelji, pušenje roditelja, ponašanje vršnjaka, školsko okruženje, samopoštovanje, svijest o zdravstvenim rizicima, ali i utjecaj okoline kao medija, filmova i modelskih likova (1,3). Sve je više znanstvenih dokaza da su čimbenici koji utječu na stvaranje pušačke navike različiti u različitim životnim razdobljima. Dok su motivi u adolescenciji povezani s traženjem zadovoljstva, izazovnom ponašanju i poricanju mogućih budućih štetnih posljedica, razvoju pušačke navike u

odraslo doba pogodovat će stres, anksioznost i depresivno raspoloženje. Genetska istraživanja ukazuju na mogućnosti da su različite skupine gena odgovorne za stvaranje pušačke navike u adolescenciji i u odraslo doba (4). Utvrđivanje obrazaca ponašanja i razvoja pušačke navike značajno je za prilagođavanje preventivnih programa, jer je razvidno da neće svi mladi eksperimentiranje prenijeti u naviku i/ili ovisnost o duhanu (4).

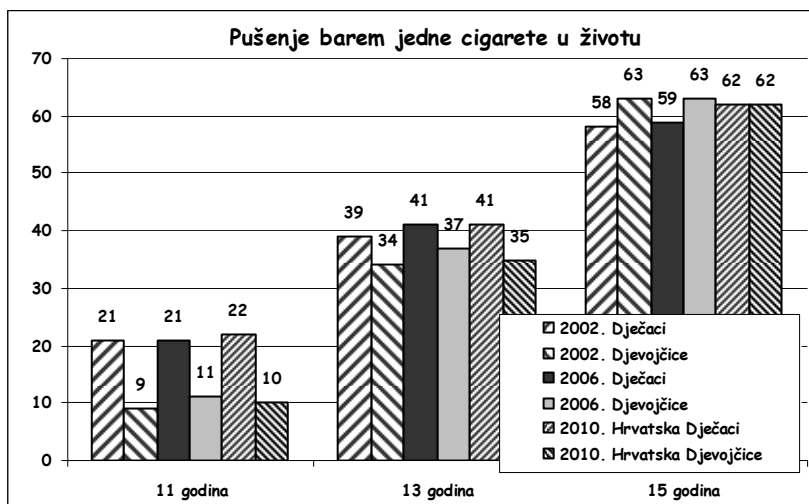
Pušenje je, osobito kao dio društvenog života mladih, često povezano i s drugim rizičnim i/ili nepoželjnim ponašanjima kao pijenje alkohola, uzimanje droga, delinkventno i antisocijalno ponašanje. Iako su mladi posve svjesni opasnosti pušenja, oni te opasnosti ne povezuju s vlastitim pušačkim iskustvima, smatrajući ih dijelom nekog drugog, budućeg, još posve nesagledivog života. Procjenjujući kratkoročne društvene pogodnosti za koje smatraju da im pušenje donosi, podcijenit će i zanemariti dugoročne negativne posljedice pušenja (5).

Pušenje je u ovom istraživanju procjenjivano s tri pitanja: Jesi li ikada pušio/la barem jednu cigaretu? (mogući odgovori: da; ne) Tim pitanjem obuhvaćene su sve moguće kategorije djece i mladih od onih koji su samo jednom ili vrlo rijetko popušili pokoju cigaretu, sadašnje pušače, kao i one koji su već pokušavali prestati. Sljedeće pitanje: Koliko često sada pušiš cigarete? (mogući odgovori: svaki dan, barem jednom tjedno, no ne svaki dan; rjeđe nego jednom tjedno; ne pušim uopće). Podatci o svakodnevnim pušačima, tjednim pušačima i nepušačima dijele ispitanike u tri skupine koje se i inače najčešće istražuju u adolescentnoj dobi u odnosu na različite navike - oni koji nešto rade

redovito, povremeni eksperimentatori i apstinenti. Iako odgovori nisu izravna mjera moguće ovisnosti, ukazuju na mogućnosti da se ona razvije. Pritom je važno upozoriti na oblikovanje pitanja. „Sada“ je važno vremensko određenje, jer istraživanja pokazuju da pitanje o bilo kojem vremenskom razdoblju usmjereno

na prošlost (pa bilo to i pitanje o samo posljednjih 30 dana), zbog vrlo neodređene vremenske percepcije u toj dobi, može utjecati na odgovore. Treće pitanje odnosilo se na dob kada je popušena prva cigareta, s pokušajem utvrđivanja najvulnerabilnije dobi za prva iskustva.

Slika 56.



Zbog vrlo velikog interesa za kretanje pušačke navike u djece i adolescenata prikazujemo podatke za razdoblje 2002.-2010. godina. Što se tiče samog eksperimentiranja, razvidno je da po dobnim skupinama nema velikih oscilacija. Dječaci eksperimentiraju nešto ranije nego djevojčice te je prevalencija eksperimentiranja među dječacima nešto viša u dobi od 11 i 13 godina. Do petnaeste godine se razlika među spolovima gubi te je jednak udio i djevojčica i dječaka koji su s cigaretama barem jednom došli u kontakt. U dobi od 11 godina 22% dječaka izjavljuje da je već probalo pušiti, u sedmom razredu, znači prosječne dobi 13,5 godina 41% dječaka priznaje iskustvo s cigaretom, a

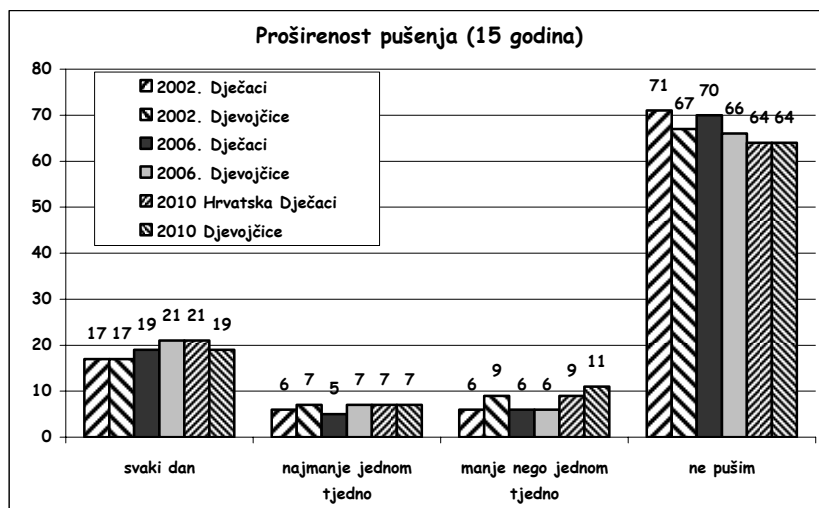
u prvim razredima srednjih škola 62% dječaka izjavljuje da je pušilo, ali se u toj dobi jednako izjašnjava 62% djevojčica. One eksperimentiranje s cigaretama započinju kasnije (u petim razredima 10%, u sedmim razredima 35%). U 2006. godini u prvim razredima srednje škole bile su nešto zastupljenije od muških vršnjaka, no 2010. godine ta se razlika izgubila.

Sadašnje pušenje prikazano je samo za učenike prvih razreda srednjih škola. Svakodnevno puši 21% dječaka i 19% djevojčica, a da puše barem jednom tjedno, ali ne svaki dan još 7% dječaka i 7% djevojčica. Svakodnevno pušenje je za dječake u porastu u razdoblju 2002.-2010. godina, za djevojčice se opaža lagana stagnacija.

Često ali ne i svakodnevno pušenje je u odnosu na 2006. godinu u porastu u dječaka, a za djevojčice istovjetno u sva tri istraživanja. Povremeno pušenje, rjeđe no jednom tjedno, prisutno je u toj dobi u 9% dječaka i 11% djevojčica, što

ukazuje na već dokumentiranu činjenicu da je eksperimentiranje i neredovito pušenje zastupljenije u ženskom, a redovito pušenje i nadalje u muškom spolu (6). Da uopće ne puši izjavljuje 64% dječaka i 64% djevojčica.

Slika 57.



Ako povežemo odgovore na pitanja o eksperimentiranju i nastavku pušenja, od 737 dječaka od 15 godina koji su probali pušiti u životu, njih 301 odnosno 41% nije pušilo u posljednjih mjesec dana; slična je situacija s djevojčicama – od 762 petnaestogodišnjakinje koje su probale pušiti, njih 316 ili 42% nije pušilo u zadnjih mjesec dana. Ostali nastavljaju s pušenjem u većoj ili manjoj mjeri.

Da eksperimentiranje u ranijoj dobi potiče i stjecanje pušačke navike pokazuju prosječne dobi pušenja prve cigarete kod djece koja su u posljednjih mjesec dana češće ili rjeđe pušila.

Analizirajući čitav uzorak, srednja dob pušenja prve cigarete je 13,1 godinu za dječake i 13,4 godina za djevojčice. Ona djeca koja su redoviti pušači (u posljednjih mjesec dana) započela su pušenje ranije - s 12,8 godina (dječaci) i 13,0 godina (djevojčice). Za dječake je jasna povezanost prosječne dobi prvog eksperimentiranja i pušačke navike – što je u posljednjih mjesec dana češće pušenje, ranije se eksperimentiralo s cigaretama. I kod djevojčica je situacija slična – najranije su započele eksperimentirati djevojčice koje su u posljednjih mjesec dana svakodnevno pušile.

Tablica 11. Srednja dob pušenja prve cigarete

	Pušili u životu	Puše manje nego tjedno	Puše tjedno	Puše svakodnevno
Dječaci	13,1	13,7	13,6	12,8
Djevojčice	13,4	13,5	13,4	13,0

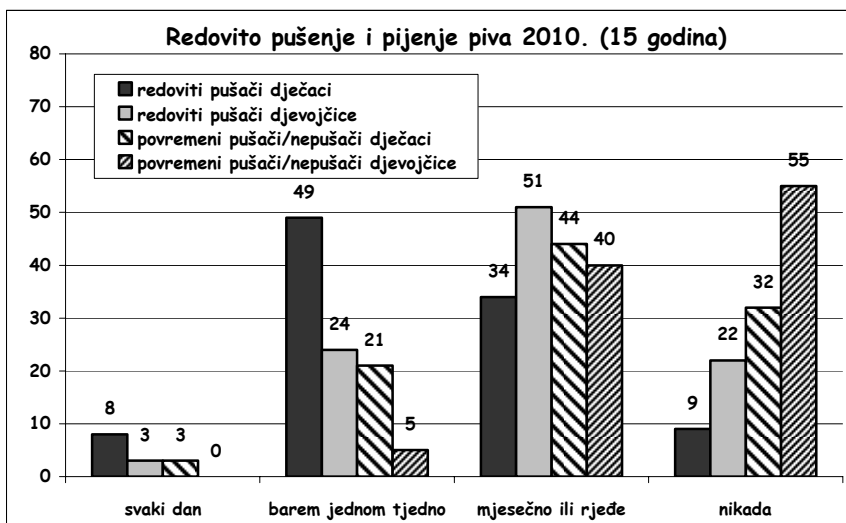
Rano susretanje sa situacijom eksperimenta uz već navedene čimbenike vršnjačkog okruženja, nedovoljne društvene podrške i nejasnih roditeljskih stavova, pogoduje ranom usvajanju pušačkih navika u mladima.

Kako je prema zakonskim propisima prodavanje duhanskih proizvoda mlađima od 18 godina zabranjeno i kažnjivo, postavlja se pitanje koliko se ti propisi primjenjuju, osobito ako se uzme u obzir dob od 11 i 13 godina u kojoj djeca tvrde da su započela svoje eksperimentiranje s duhanom.

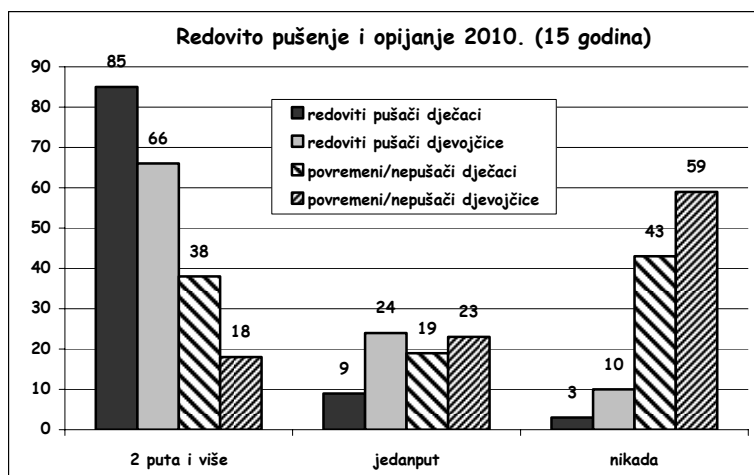
Povezanost redovitog pušenja (definiranog kao svaki dan barem jednu

cigaretu u posljednjih 30 dana) i uzimanja drugih psihoaktivnih tvari prikazuju sljedeće tri slike. Djeca koja su redoviti pušači češće piju pivo od onih koji puše povremeno ili ne puše uopće - barem jednom tjedno pije pivo 49% dječaka pušača i 21% dječaka povremenih pušača ili nepušača te 24% djevojčica koje redovito i 5% djevojčica koje ne puše ili puše povremeno. I među onima koji do petnaeste godine pivo nikada ne piju jasna je razlika u odnosu na pušenje – pivo ne pije 55% djevojčica koje ni ne puše i 22% onih koje puše redovito, a među dječacima koji puše njih 9% ne pije pivo za razliku od 32% onih koji nisu redoviti pušači.

Slika 58.



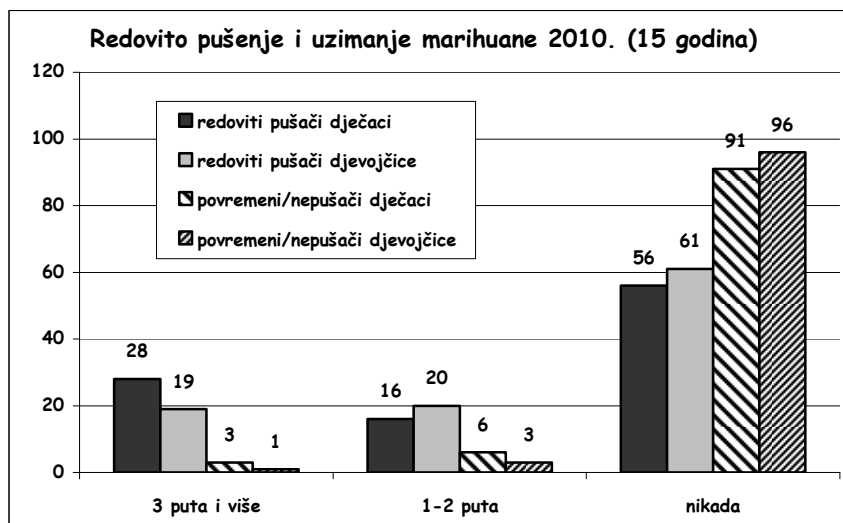
Slika 59.



Među dječacima koji su se u životu opili dva puta i više 95% su redoviti pušači a 38% povremeni pušači ili nepušači. Među djevojčicama koje izjavljuju da su se u životu opile dva i više puta, njih 66% su redovite pušačice a 18% povremene pušačice ili nepušačice. Među djecom koja izjavljuju

da su se u životu jedanput opila nema značajne razlike u odnosu na pušenje, dok je među onima koji se u životu nisu nikada opili 3% redovitih pušača i 10% redovitih pušačica, a 43% povremenih pušača i 59% povremenih pušačica ili nepušačica.

Slika 60.



Među djecom od 15 godina je 16% dječaka i 11% djevojčica izjavilo da je barem jednom u životu eksperimentiralo s marihuanom. No među djecom koja su redoviti pušači njih 44% je uzelo marihuanu barem jednom od toga 16% jedan do dva puta, a 28% 3 puta i više. Među djevojčicama koje su redovite pušačice je 39% uzelo marihuanu, od toga jednom do dva puta 20%, a 19% tri i više puta.

Iako je pušenje u većini europskih zemalja ograničeno u institucijama i javnim prostorima i svjedoci smo sve opsežnijih aktivnosti kojima se stanovništvo pokušava upozoriti na opasnosti pušenja te određene stagnacije pušača među odraslom populacijom, nakon ohrabrujućeg zaustavljanja trenda pušenja među mladima, ponovo je prisutno u većoj mjeri i rezultati ukazuju da su društvene akcije još uvijek nedovoljno jasne i učinkovite.

Hrvatska se s 27% dječaka i 25% djevojčica od 15 godina koji su pušili u proteklom tjednu nalazi na šestom mjestu od 39 zemalja sudionica, daleko iznad prosjeka svih zemalja koji je 19% za dječake i 17% za djevojčice. Razvidno je da još uvijek usprkos deklarativnom suprotstavljanju pušenju kao društveno prihvaćenoj ali zdravstveno pogubnoj navici, poistovjećivanje pušenja s dokazom odraslosti i svojevrsnog bunta protiv odraslih u dijela mladih potiče

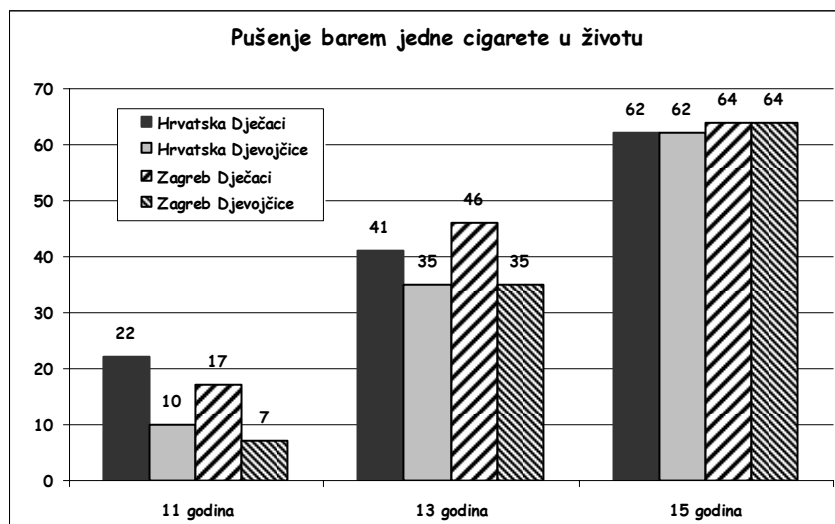
eksperimentiranje i vjerojatni razvoj kasnije navike.

Među svim zemljama sudionicama Hrvatska se nalazi otprilike u sredini zemalja sudionica po pušenju najmanje jednom tjedno u dobi od 11 godina, na desetom mjestu za trinaestogodišnjake i na visokom četvrtom mjestu po pušenju petnaestogodišnjaka najmanje jednom tjedno. Najviše se puši na Grenlandu, u Litvi, Austriji, Latviji i Hrvatskoj, a najmanje u Armeniji, na Islandu, u Kanadi, SAD, Norveškoj. Iako se za pušačku naviku očekivalo smanjenje i bolji položaj Hrvatske u odnosu na druge europske zemlje, osobito nakon uvođenja zakonskih odredbi o ograničavanju pušenja u javnim institucijama i prostorima, očekivani rezultati se još ne registriraju. Stoga se može pretpostaviti da ili mjere nisu dovoljno učinkovite ili se ne primjenjuju dovoljno i općeniti stav društva prema pušenju, osobito pušenju mladih još nije dovoljno jasan i čvrst.

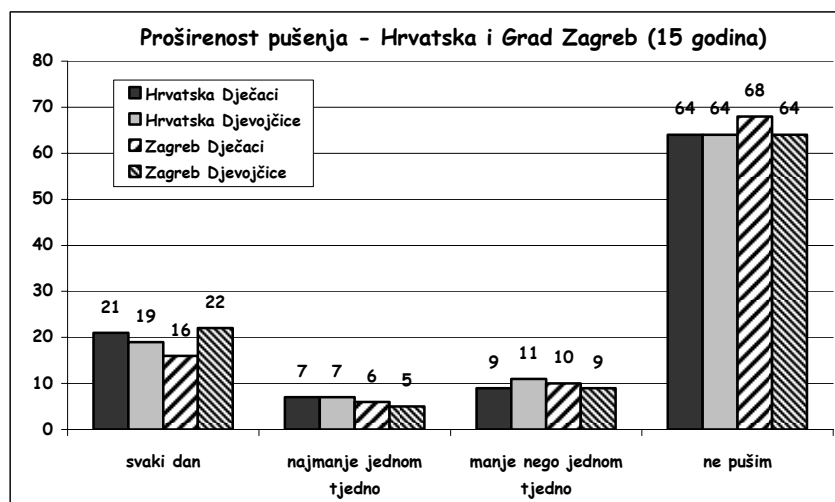
Grad Zagreb

Pušenje je u djece Grada Zagreba jednako zastupljeno kao i u Hrvatskoj, iako izgleda da započinje nešto kasnije. Naime, u dobi od 11 godina manje djece izjavljuje da su već eksperimentirali s cigaretama. No do petnaeste godine 64% i dječaka i djevojčica je probalo cigaretu, 2% više nego u Hrvatskoj u cjelini.

Slika 61.



Slika 62.



Među petnaestogodišnjacima Grada Zagreba 22% djevojčica i 16% dječaka izjavljuje da svakodnevno puši, što se od Hrvatske razlikuje i po frekvenciji i po spolnim značajkama (u Hrvatskoj puši svaki dan više dječaka nego djevojčica, a u Zagrebu ukupno puši više djevojčica i puše više od

dječaka). Kako se one po vremenu početnog eksperimentiranja ne razlikuju od hrvatskog prosjeka, razdoblje između trinaeste i petnaeste godine je za djevojčice izgleda najrizičnije kako za početak eksperimentiranja tako i za razvoj pušačke navike.

Literatura:

1. Tyas SL, Pederson L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco control* 1998;7:409-29..
2. Taioli E, Wynder EL. Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood. *N Engl J Med* 1991;325:968-69.
3. Sargent JD, Beach ML, Adachi-Mejia AM, Gibson JJ, Titus-Ernstoff LT, Carusi CP, Swain SD, Heatherton TF, Dalton MA. Exposure to movie smoking: Its relation to smoking initiation among US adolescents. *Pediatrics* 2005;116(5):1182-89..
4. Ducci F, Kaakinen M, Poula A, Hartikainen AL, Veijola J, Ischanni M, Charoen P, Coin L, Hoggart C, Ekelund J. TTC12-ANKK1-DRD2 and CHRNA5-CHRNA3-CHRNA4 influence different pathways leading to smoking behaviour from adolescence to mid-adulthood. *Biological Psychiatry* 2011;69(7):650 DOI:10.1016/biopsysc.2010.09.055
5. Carvajal SC, Wiatrek DE, Evans RI, Knee CR, Nash SG. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *J Adolesc health* 2000;27:255-65.
6. Hibell B, Guttormson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2007 ESPAD Report. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, The European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction, Council of Europe, Pompidou Group, Stockholm 2008.

PIJENJE ALKOHOLA

Pijenje alkohola je duboko ukorijenjeno u kulturu mnogih naroda u Europi, povezano s obilježavanjem važnih zbivanja u ljudskim i obiteljskim životima, društveno prihvatljivo, a proizvodnja alkoholnih pića, osobito vina, u nekim zemljama važan dio poljoprivrede i turističke ponude. Za mlade je koji žive u takvom okruženju, odrasli, rođaci i vršnjaci uključujući i medije, važni su uzori i modeli prema kojima će oblikovati svoje ponašanje u vezi s uporabom alkohola.

Kronični problemi s alkoholom karakteristični su za odraslu dob, ali je rana i srednja adolescencija rizično razdoblje za početak pijenja (1-3). Za mlade pijenje alkohola je najčešće dio vrtloga adolescentnog odrastanja, koje može uključivati i druga rizična ponašanja potaknuta željom za izražavanjem odraslosti, oponašanjem navika i ponašanja starijih,

impulsivnosti, želje za privlačenjem pozornosti i težnjom za nekonvencionalnošću (4-6). Među vršnjacima alkohol može potaknuti opuštenost, osjećaj otvorenosti i otvorenije komunikacije te biti doživljen kao dobro pomoćno sredstvo za stjecanje poznanstava i popularnosti, osobito u grupi u kojoj je pijenje prihvaćeno kao norma ponašanja. Ti kratkotrajni učinci alkohola među mladima mogu biti prepoznati kao daleko pozitivniji no nedostaci koje bi prekomjerna uporaba mogla donijeti, a dugoročne posljedice i opasnosti od razvoja kroničnog problema s alkoholom i/ili alkoholizma mladima su iz njihove perspektive posve nezamislive (7).

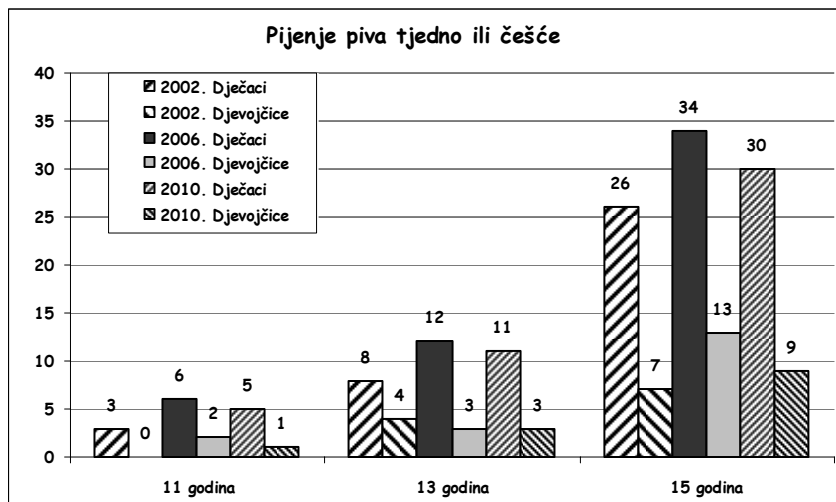
Nepoželjni učinci alkohola među mladima u prvom su redu povezani s prometnim nesrećama pod utjecajem alkohola te delinkventnim ponašanjem i prekršajnim ili kriminalnim

radnjama. U Hrvatskoj godišnje u prometnim nesrećama pogiba nekoliko stotina osoba (u 2010. godini 426, godinu dana ranije 548). Od toga je 58 osoba stradalo u nesrećama koje su prouzročili mladi vozači (godinu dana ranije 116) (8). Pod utjecajem alkohola mladi su vozači skrivili 1.358 prometnih nesreća, u kojima je poginulo 29 osoba, a 1.019 ih je ozlijeđeno. No prekomjerna i česta uporaba alkohola može dovesti i do drugih oblika nepoželjnog ponašanja kao izostajanje iz škole i zaostajanje u školi, umiješanost u tučnjave, probleme s policijom, simptoma depresije, autoagresije, uporabe oružja itd. (9,10) Prema nalazima drugih međunarodnih epidemioloških istraživanja među mladima (ESPAD), uporaba alkohola među mladima je u gotovo svim europskim zemljama u porastu (11).

Navike pijenja ispitivane sa 6 pitanja: Frekvencija pijenja pića (svaki dan, svaki tjedan, svaki mjesec, rijetko, nikada) i to posebno za pivo, vino i žestoka pića; frekvencija pijanstva (opijenosti) (nikada, jednom, 2-3 puta, 4-10 puta, više od 10 puta); dob prvog pijenja alkohola i dob prvog pijanstva.

Kako je poznato iz ranijih istraživanja da djeca prvi kontakt s alkoholom imaju u vlastitom domu i to na poticaj roditelja i/ili starijih rođaka, frekvencija pijenja rjeđa no jednom tjedno nije se smatrala rizičnom niti u jednoj dobnoj skupini (tim više što nije bila specificirana količina popijenog pića). Stoga je učestalost pijenja od barem jednom tjedno i više prikazana za sve dobne skupine i za svaku vrstu pića, jer ona ukazuje na regularno pijenje u vrijeme tjednih izlazaka kao način usvojenog ponašanja (12)

Slika 63.



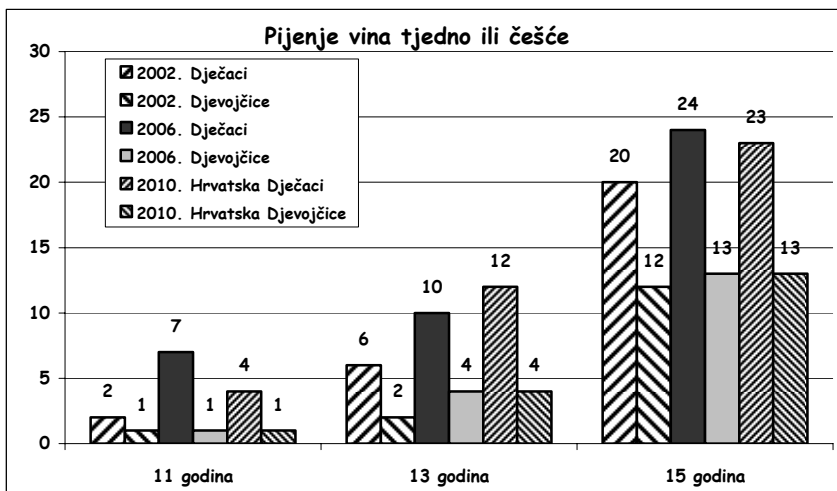
Iako je pijenje piva (rjeđe u toj dobi vina ili drugih pića) registrirano i u svim drugim, a i prethodnim HBSC istraživanjima, rezultati ukazuju da je proširenost pijenja u djece u relativnoj stagnaciji i to u svim dobnim skupinama.

No to ne znači da je pijenje piva malo zastupljeno – svaki treći dječak u dobi od 15 godina i svaka deseta djevojčica pivo piju najmanje svaki tjedan ili i češće. Takva frekvencija pijenja nadilazi eventualne izlaske krajem tjedna, pa je

za pretpostaviti da ti mladi piju i bez obzira na vikend. Ne treba smetnuti s uma da je u Hrvatskoj prodaja i posluživanje alkohola maloljetnicima

zabranjena zakonom, te je svako posluživanje ili prodaja u dućanu prekršaj koji bi trebalo sankcionirati.

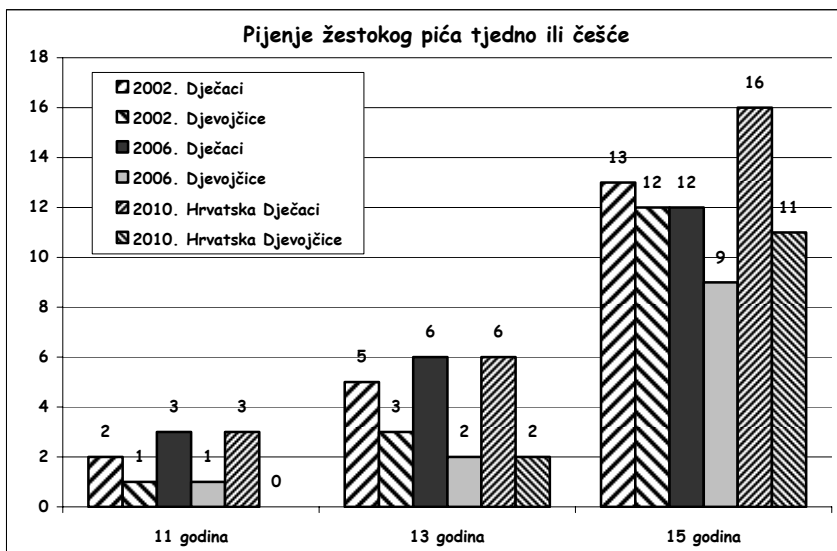
Slika 64.



Iako vino u mladima nije standardno piće, pije se sve više i to se opaža u ranoj dobi – porast konzumacije vina je zamjetan u trinaestogodišnjaka,

znači u sve mlađe djece koja upravo u toj dobi najčešće prvi put dolaze u dodir s alkoholom.

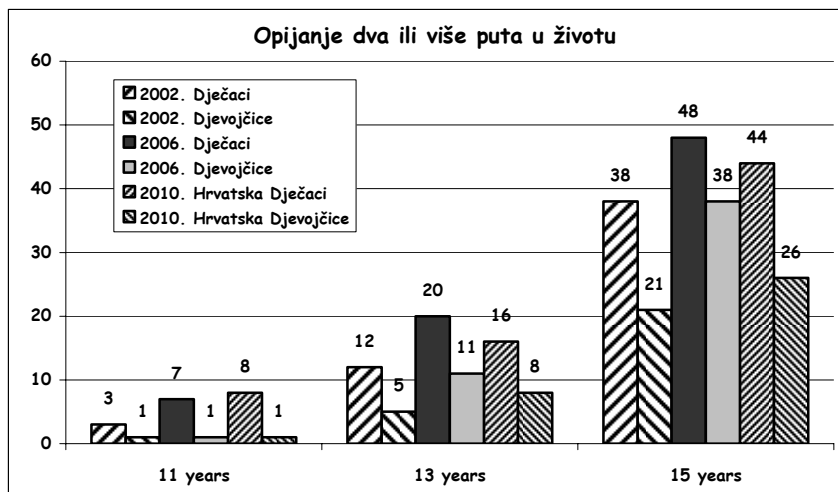
Slika 65.



Pijenje žestokih pića nije karakterističan način konzumacije u mladoj dobi, te tim više iznenađuje porast proširenosti žestokih pića i u dječaka i u djevojčica u dobi od 15 godina. Kako nije realno smatrati da oni

manje piju nego prije četiri godine, možda je pivo zamijenjeno „jačim“ pićima kao žestoka pića (sama ili u kombinaciji) te vinom. Bilo bi korisno ove podatke nadopuniti izravnim pitanjima o navikama i trendovima.

Slika 66.



Nenaviklost organizma, neiskusstvo i nepriznavanje rizika u godinama prvih kontakata s alkoholom nerijetko dovode do opijenosti sa svim neželjenim posljedicama. Iako opijenost odnosno pijanstvo nije nerealan očekivati barem jednom u tom razdoblju, više od dva pijanstva u toj dobi ukazuju na nekontrolirano pijenje alkohola i mogu upozoravati na razvijanje navike te naginjanje neprihvatljivom ponašanju. U razdoblju 2002.-2006. godina udio mladih koji su priznavali dva ili više pijanstava u životu povećavao se u svim dobnim skupinama. Taj je udio 2010.

nešto niži nego 2006., ali viši nego 2002. godine. Gotovo polovica dječaka (44%) i svaka četvrt djevojčica (26%) u dobi od 15 godina izjavljuju da su se u životu opili dva puta ili više, i taj podatak sigurno treba zabrinuti i potaknuti profesionalce i društvo u cjelini, a ponajprije obitelji, na odgovorniji odnos prema pijenju djece i mladih.

Srednja dob u kojoj su djeca koja imaju 15 godina prvi put pila alkohol je 12,8 godina za dječake i 13,3 godina za djevojčice, a srednja dob prvog opijanja je bila 13,7 godina za dječake i 14,0 za djevojčice.

Tablica 12. Pijenje piva, vina, žestokih pića i opijanje i odabrana ponašanja i stavovi djece - sve dobi

	Pijenje piva	Pijenje vina	Pijenje žestokih pića	Opijanje
Tučnjave	,262**	,210**	,229**	,263**
Ozljeđivanje	,113**	,122**	,123**	,135**
Zlostavljanje drugih	,216**	,194**	,224**	,244**
Žrtve zlostavljanja	,029*	,030*	0,024	-,037**
Komunikacija s ocem	-,051**	-,062**	-,088**	-,094**
Komunikacija s majkom	-,141**	-,154**	-,151**	-,150**
Komunikacija s najboljim prijateljem	,062**	,075**	,096**	,074**
Provođenje vremena poslije škole s prijateljima	,131**	,151**	,166**	,188**
Provođenje večeri s prijateljima	,232**	,216**	,259**	,269**
Zadovoljstvo zdravljem	-,070**	-,114**	-,124**	-,100**
Zadovoljstvo životom	-,118**	-,134**	-,125**	-,144*

Povezanost učestalijeg pijenja alkoholnih pića i različitih varijabli okružena u kojem žive djeca i mladi pokazuju rezultati u tablici 12. Učestalije pijenje alkohola (bez obzira na vrstu alkoholnog pića) povezano je s više agresivnog ponašanja kao tučnjave, ozljeđivanje i zlostavljanje. Statistički značajno, iako nešto slabije, povezana je i izloženost zlostavljanju od strane drugih (osim za žestoka pića). Djeca koja češće piju imaju lošiju komunikaciju i s ocem i majkom, a određenu popularnost među vršnjacima pokazuje bolja komunikacija s najboljim prijateljem. Češće ostaju vani poslije škole s prijateljima i češće navečer izlaze, a manje su zadovoljni životom i vlastitim zdravljem.

Prema varijabli pijenja alkohola barem jednom tjedno, hrvatska su djeca u 2010. godini na četvrtom mjestu u

dobi od 15 godina, na istom mjestu u dobi od 13 godina i na šestom mjestu za jedanaestogodišnjake (od 38 zemalja za koje je usporedba moguća). Podatci ukazuju da su hrvatska djeca, u usporedbi s europskim vršnjacima, izrazito sklona pijenju alkohola. Najmanje se pije na Islandu, grenlandu, Finskoj, Portugalu, SAD, Švedskoj i Norveškoj, a najviše u Češkoj, Grčkoj, Ukrajini, Hrvatskoj te Austriji i Italiji.

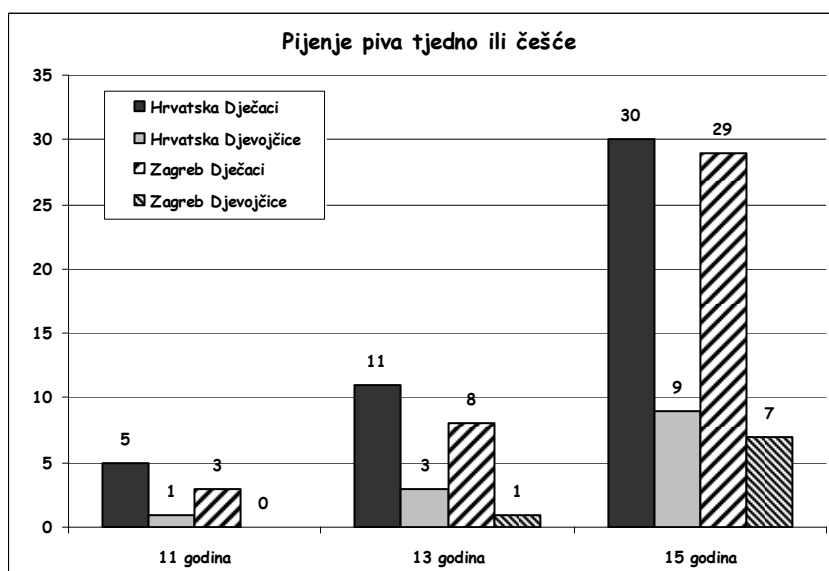
U 2002. godini je, za isu varijablu tjednog pijenja, Hrvatska u odnosu na ostale zemlje sudionice bila na trinaestom mjestu, iza Engleske, Walesa, Nizozemske, Danske, Škotske, Njemačke, Slovenije ali ispred Češke, Španjolske, Mađarske, Ukrajine i niza drugih zemalja kako sjeverne tako i mediteranske Europe.

Grad Zagreb

Prema promatranim varijablama, učenici iz Grada Zagreba u svim dobnim skupinama piju manje u usporedbi s hrvatskim vršnjacima u cjelini. Iako razlike u udjelu djece koja su pila pivo najmanje jednom tjedno nisu velike, i dječaci i djevojčice iskazuju niže frekvencije. No kako je Hrvatska u cjelini vrlo visoko prema toj varijabli pijenja u odnosu na druge europske

zemlje, rezultati samo ukazuju da u Hrvatskoj postoje područja na kojima se pije još više od frekvencija iskazanih na ovim uzorcima. Bilo bi potrebno (kako na županijskim razinama uzorak nije reprezentativan), načiniti analizu podataka barem na regionalnim razinama i utvrditi na kojim je područjima zastupljenost djece koja tako učestalo konzumiraju alkohol još viša.

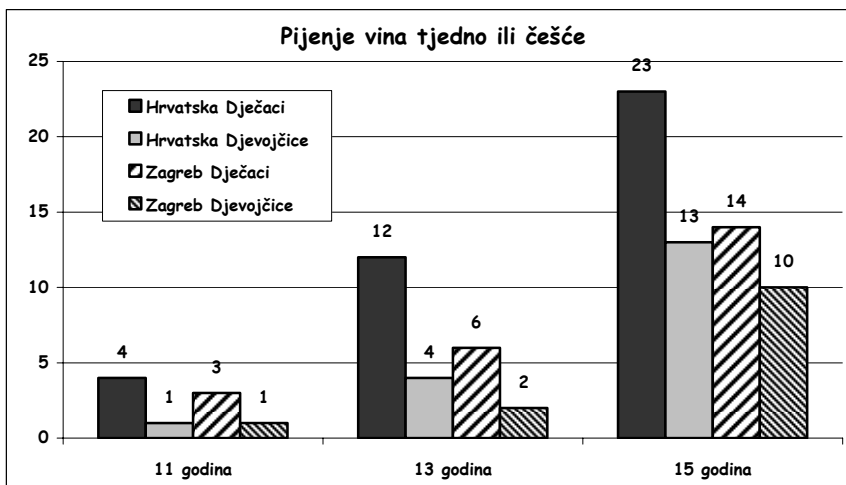
Slika 67.



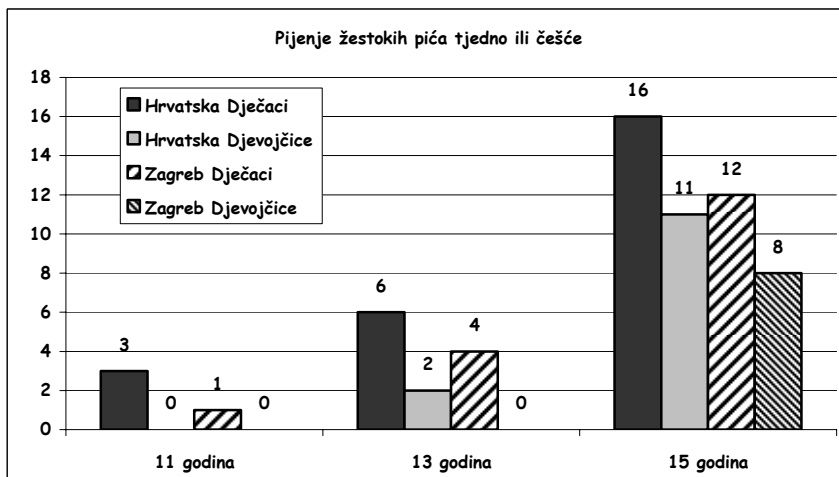
Za pijenje vina razlika između Hrvatske i Zagreba je još uočljivija, u dobi od 15 godina u Zagrebu tjedno ili češće vino pije 14% dječak, a u Hrvatskoj 23%. Vjerojatno se radi o konzumaciji i domaćeg vina, koje je u našoj kulturološkoj tradiciji za dječake od 15 godina već široko dostupno i

smatra se znakom odraslosti a ne rizičnim ponašanjem. Osobito je upozoravajuće da u dobi od 13 godina 12% dječaka izjavljuje da vino pije najmanje jednom tjedno ili češće, dok se u gradskim uvjetima to ipak ne zbiva u toj mjeri.

Slika 68.



Slika 69.

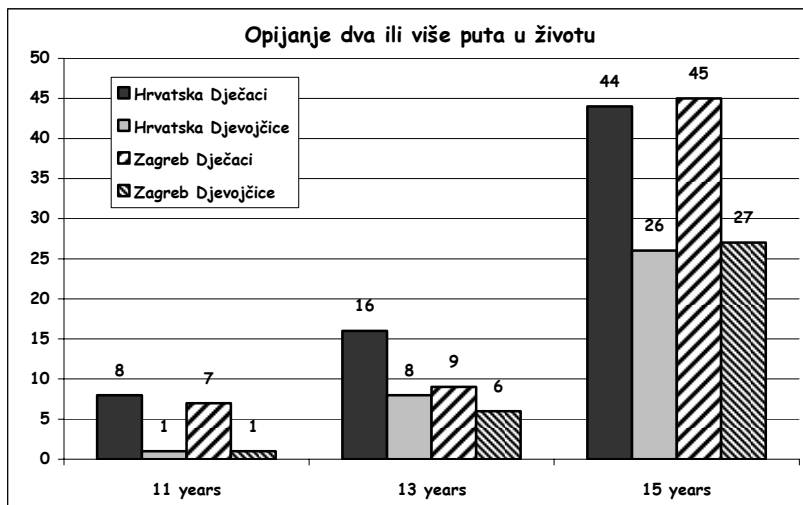


Iako za Grad Zagreb nema podataka iz prethodnih istraživanja, relativno visok udio djece (osobito dječaka) koji konzumiraju žestoka pića najmanje jednom tjedno, visok je i u zagrebačkih petnaestogodišnjaka.

Podatci o opijanju pokazuju da čak i bez obzira na frekvenciju pijenja, ponašanje i neprepoznavanje rizika u djece i mladih nema razlike između zagrebačkih učenika i Hrvatske u cjelini.

Osobito u vrijeme i inače rizičnog razdoblja u tijeku adolescencije, znači u dobi od 15 godina, proširenost opijanja kao jedne od posljedica prekomjerne konzumacije alkohola prisutna je u zagrebačkih učenika jednako, čak i nešto više nego u Hrvatskoj. Gotovo svaki drugi dječak i svaka treća djevojčica u Zagrebu je izjavio da se opio dva i više puta u životu.

Slika 70.



Ako povežemo te podatke s mogućnostima preventive i zaštite koje je svako društvo i država dužno provesti, ne preostaje drugo nego zaključiti da se u području pijenja mladih i rizičnih posljedica prekomjerne

konzumacije alkohola nije učinilo dovoljno i da napore treba svakako usmjeriti na provedbu zakona i promjenu društvene atmosfere i ponašanja.

Literatura:

1. Ellickson, P.L., et al. Teenagers and alcohol misuse in the United States: By any definition, it's a big problem. *Addiction* 91(10):1489-503.
2. Hingson RW, Heeren T, Winter MR. Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:739-46.
3. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2009. *MMWR.* 2010;59, SS-5.
4. Hingson R, Heeren T, Zakocs R, et al. Age of first intoxication, heavy drinking, driving after drinking and risk of unintentional injury among U.S. college students. *J Stud Alcohol.* 2003;64:23-31.
5. Brewer RD, Swahn MH. Binge drinking and violence. *JAMA.* 2005;294(5):616-8.
6. Hingson R, Heeren T, Zakocs R. Age of drinking onset and involvement in physical fights after drinking. *Pediatrics.* 2001;108:872-7.
7. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, et al. Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. *Addict Behav.* 2006;31:1844-57.
8. Ministarstvo unutarnjih poslova: Bilten o sigurnosti cestovnog prometa 2010. Zagreb, 2011.
9. Bossarte RM, Swahn MH. The Associations between Early Alcohol Use and Suicide Attempts among Adolescents with a History of Major Depression. *Addict Behav.* 2011 Jan 13. [Epub ahead of print].
10. Swahn MH, Bossarte RM, Sullivent EE. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk seventh-grade adolescents. *Pediatrics.* 2008;121(2):297-305.
11. Hibell B, Guttormson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2007 ESPAD Report. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, The European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction, Council of Europe, Pompidou Group, Stockholm 2008.
12. Kosterman R, Hawkins JD, Guo J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health* 2000;90(3):360-366.

UZIMANJE MARIHUANE

HBSC istraživanje uključuje pitanja i o zdravstvenim ponašanjima za koje se smatra kako predstavljaju rizik za niz negativnih ishoda. Rizična ponašanja uključuju zlouporabu sredstava ovisnosti, rano stupanje u spolne odnose, nasilničko ponašanje i tučnjavu, a mladići su skloniji rizičnim ponašanjima.

Marihuana je daleko najraširenije sredstvo ovisnosti u svijetu. Procjenjuje se da pola onih koji koriste drogu u svijetu, koristi marihuanu. Gotovo da i nema zemlje na svijetu u kojoj nije zabilježena zlouporaba marihuane. Oko 147 milijuna ljudi, 2,5% svjetske populacije konzumira marihuanu (godišnja prevalencija), dok 0,2% konzumira kokain i opijate. U proteklih desetak godina zlouporaba marihuane raste brže od zlouporabe ostalih sredstava ovisnosti. Najbrži porast zlouporabe kanabisa od 1960-tih zabilježena je u razvijenim zemljama u sjevernoj Americi, zapadnoj Europi i Australiji. Konzumacija marihuane usko se povezuje s kulturom mladih, a dobi inicijacije je obično niža nego kod drugih droga.

Uporabe kanabisa tijekom adolescencije od interesa je zbog niza razloga. Negativne zdravstvene i pravne posljedice za one koju ju konzumiraju su dokumentirane. Dok jedni tvrde kako je za većinu ljudi konzumacija marihuane fenomen adolescencije i nije povezan s zlouporabom sredstava ovisnosti u odrasloj dobi drugi tvrde kako je rana konzumacija kanabisa prediktivna za kasnije probleme psihosocijalne

prilagodbe te povećan rizik ovisnosti o kanabisu u odrasloj dobi.

Istraživanja ukazuju na činjenice kako su izlasci većinu večeri, korištenje droge od strane vršnjaka te braće i sestara i antisocijalno ponašanje najviše povezani sa zlouporabom droga među adolescentima. Roditeljsko praćenje, otvorena komunikacija roditelj-dijete, nadzor te visoka kvaliteta odnosa roditelj-dijete smanjuje mogućnost uključivanja u visoko rizična ponašanja.

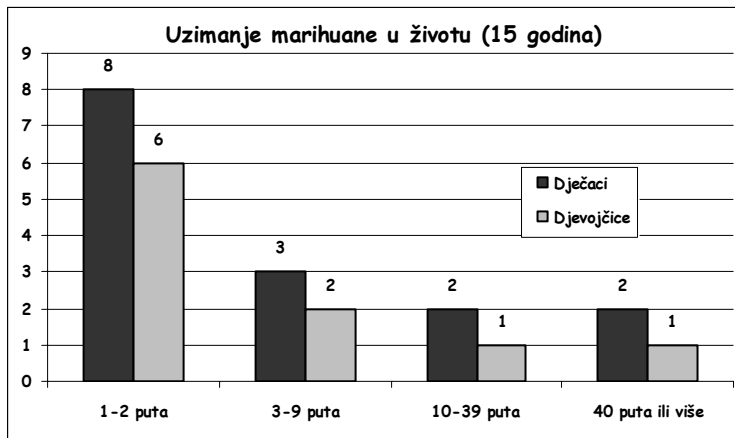
Prosječna dob prvog uzimanja bilo kojeg sredstva ovisnosti u Hrvatskoj je 16,1 godina, a glavnog sredstva 19,7 godina. Prema izjavama osoba liječenih zbog zlouporabe opijata njih 69,7% je kao prvu drogu uzimalo marihuanu. Prosječna dob prvog uzimanja marihuane u Gradu Zagrebu je 16,4 godina, isto kao i u Hrvatskoj. Prema podacima o liječenju osoba zbog zlouporabe marihuane od prvog uzimanja marihuane do dolaska na liječenje u Gradu Zagrebu protekne 5,6 godina (prosjek za Hrvatsku 5,1 godine). U Hrvatskoj je u 2010. godini 858 osoba liječeno zbog zlouporabe kanabinoida.

O uporabi marihuane postavljena su tri pitanja, i to samo za ispitanike od 15 godina. Jesi li ikada (u životu; u zadnjih 12 mjeseci; u zadnjih 30 dana) uzeo/la marihuanu, s mogućim odgovorima: nikada, 1-2 puta, 3-5 puta, 6-9 puta, 10-19 puta, 20-39 puta, 40 puta i više. Upravo zbog mogućih teških posljedica redovitog i učestalog uzimanja marihuane, posebno je prikazana skupina koja je u posljednju godinu dana marihuanu uzimala učestalo (40 puta i više).

Ukupno je 16% dječaka i 11% djevojčica od 15 godina odgovorilo da su barem jednom u životu probali marihuanu (17% dječaka i 11% djevojčica 2006). Najveći broj učinio je to 1-2 puta 8% dječaka i 6% djevojčica (8% dječaka i 5% djevojčica 2006), a 2% dječaka i 1% djevojčica (4%

dječaka i 2% djevojčica 2006) su već tada iskazali učestalu i tešku uporabu (40 puta i više). Ukupno nešto je manji udio 2010. nego 2002. i 2006. godine, petnaestogodišnjih učenika koji su ikada u životu uzeli marihuanu (16% 2002, 14% 2006, 13% 2010.).

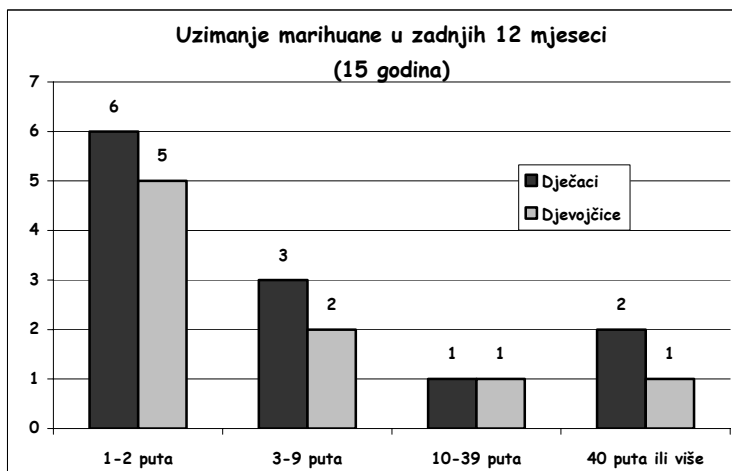
Slika 71.



Ukupno je 12% dječaka i 8% djevojčica (13% dječaka i 9% djevojčica 2006.) iskazalo da je marihuanu uzelo barem jednom u posljednjih 12 mjeseci, tri puta i više to je učinilo 6% dječaka i

3% djevojčica (7% dječaka i 5% djevojčica 2006), a među njima 10 puta i više 3% dječaka i 1% djevojčica (4% dječaka i 2% djevojčica 2006.).

Slika 72.



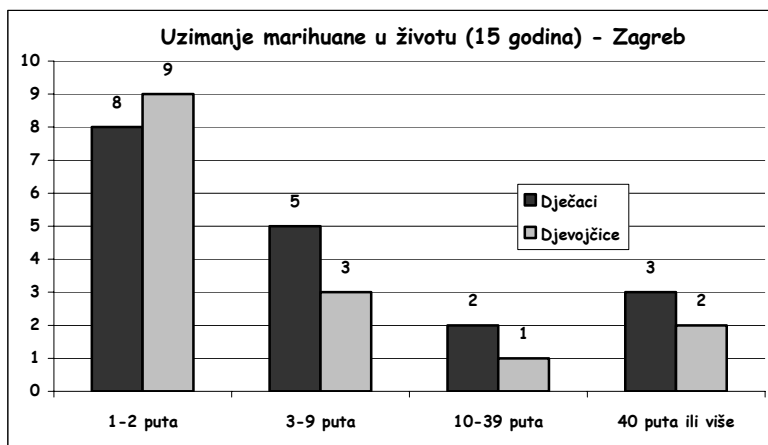
U posljednjih 12 mjeseci, 40 i više puta, marihuanu je konzumiralo 2% dječaka i 1% djevojčica.

Prema trenutno raspoloživim međunarodnim podacima ovog istraživanja najveći je udio petnaestogodišnjaka koji su uzeli marihuanu u Kanadi, Češkoj i Švicarskoj.

Velike razlike vezane uz konzamaciju marihuane u Zagrebu u odnosu na cijelu zemlju 2010. godine nisu nađene. Ukupno je 19% dječaka i 14% djevojčica od 15 godina odgovorilo

da su barem jednom u životu probali marihuanu (16% dječaka i 11% djevojčica u Hrvatskoj). Najveći broj učinio je to 1-2 puta 8% dječaka i 9% djevojčica (8% dječaka i 6% djevojčica u Hrvatskoj), a 3% dječaka i 2% djevojčica (2% dječaka i 1% djevojčica u Hrvatskoj) su već tada iskazali učestalu i tešku uporabu (40 puta i više). Ukupno je manji udio petnaestogodišnjih učenika koji su ikada u životu uzeli marihuanu u Hrvatskoj nego u Zagrebu (13% Hrvatska, 17% Zagreb).

Slika 73.



Ukupno je 14% dječaka i 10% djevojčica (12% dječaka i 8% djevojčica u Hrvatskoj) iskazalo da je marihuanu uzelo barem jednom u posljednjih 12 mjeseci, tri puta i više to je učinilo 7% dječaka i 5% djevojčica (6% dječaka i 4% djevojčica u Hrvatskoj), a među njima 10 puta i više 4% dječaka i 2% djevojčica (3% dječaka i 2% djevojčica u Hrvatskoj).

U mnogim istraživanjima roditeljski nadzor, školski uspjeh i struktura obitelji nađeni su kao snažni prediktori rizičnih ponašanja, uključujući i konzamaciju marihuane, rezultati

multivarijatne analize jednog istraživanja ukazuju da uzimajući u obzir više čimbenika koji utječu na mlade, vršnjaci, dostupnost i drugi uobičajeni izazovi adolescencije kao alkohol i cigarete se izdvajaju te kako većina čimbenika koji utječu na početak i nastavak konzamacije marihuane potječe iz okruženja u kojem mladi žive.

Za prevenciju i učinkovite intervencije vrlo je važno razumjeti sve osobne i okolišne čimbenike povezane s zluporabom droga u adolescenciji. Okruženje u kojem adolescenti donose svoje odluke o zluporabi droga (škola,

susjedstvo) su idealna mjesta za promicanje zdravlja. Nastavnici, roditelji, svi koji žive i rade s mladim ljudima

trebaju ih osnažiti kako bi bili u stanju nositi se s rizicima.

Literatura:

1. Ter Bogt T et al. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*, 2006, 101:241–251.
2. Sumskaš L, Zaborskis A. Alcohol consumption in Lithuanian school-aged children during 1994–2002. *Medicina*, 2004, 40(11):1117–1123.
3. Kuntsche EN, Klingemann HK-H. Weapon-carrying at Swiss Schools? A gender-specific typology in context of victim and offender related violence. *Journal of Adolescence*, 2004, 27(4):381–393.
4. www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis
5. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal enquiry. *American Psychologist*, 1990, 45:612–630.
6. Engels RCME, ter Bogt T. Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 2001, 60:99–107.
7. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 2002, 97(9):1123–1135.
8. Arseneault L et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, 2002, 325(7374):1212–1213.
9. Kokkevi A et al. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 86:67–74.
10. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 2003, 98(11):1493–1504.
11. Croome I, Bloor R. Substance misuse and psychiatric comorbidity in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005, 18(4):435–439.
12. Verdurmen J et al. Alcohol use and mental health: is there an association in secondary school children? Findings from the Dutch 2001 school survey on Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). *Journal of Studies on Alcohol*, 2005, 66:605–609.
13. Kokkevi AE., Arapaki AA., Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E. Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;88:308-312.
14. DeVore ER, Ginsburg KR. The protective effects of good parenting on adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2005 Aug;17(4):460-5
15. HZJZ, MZSK RH, Izvješće o osobama liječenim zbog zlorabe psihoaktivnih droga u Hrvatskoj u 2010. godini, Zagreb, 2011.
16. Pejnovic Franelic I, Kuzman M, Pavic Simetin I, Kern J. Impact of environmental factors on marijuana use in 11 European countries. *CMJ* 2011 Augst, No 4

SPOLNO ZDRAVLJE

U razdoblju rasta, razvoja i sazrijevanja, a osobito u adolescenciji se, osim svih složenosti tjelesnih, emocionalnih i socijalnih promjena usvajaju i obrasci ponašanja i izabire životni stil i usvajaju obrasci ponašanja, što ima utjecaja i na trenutačno zdravlje ali i na zdravlje u budućnosti. Jedno od

najosjetljivijih temeljnih područja adolescentnog razvoja je i usvajanje spolnog identiteta te odgovornog spolnog ponašanja. Neoprezno seksualno ponašanje u adolescenciji može imati neposredne ali i dugoročne posljedice. Od neposrednih su posljedica najznačajnije neželjena

(maloljetnička) trudnoća te spolno prenosive infekcije, a dugoročna djelovanja na reproduktivno zdravlje pa i na trajanje života uključuju kronične upalne bolesti, teškoće zanošenja te zloćudne i životno ugrožavajuće bolesti. Rizični čimbenici koji mogu pridonositi razvoju posljedica i komplikacija su rano započinjanje seksualnog života, veći broj partnera te neuporaba kondoma (1,2).

Postizanje zadovoljavajućeg i sigurnog seksualnog života za osobu ili parove nije samo stvar individualnog opredjeljenja već i društvene okoline koja potiče sigurno i nerizično seksualno ponašanje. Iako se javnozdravstveni pristup često ograničava samo na sprječavanje i suzbijanje neposrednih posljedica kao neželjena trudnoća i/ili spolno prenosive infekcije, ne treba gubiti iz vida utjecaj seksualnog ponašanja na odrednice bitne za populaciju kao neometana plodnost te doprinos ukupnom opterećenju bolešću (3-5). Opisujući globalnu perspektivu seksualnog ponašanja u kontekstu, Wellings je 2006. godine temeljem pregleda brojnih istraživanja naveo nekoliko činjenica ključnih za ovu temu o seksualnom ponašanju adolescenata (6). Trendovi ka sve ranijem započinjanju seksualnog života nisu uvijek tako izraženi kao što se smatra, ali odlaganje stupanja u brak dovodi do sve veće proširenosti prijebračnih seksualnih odnosa. U gotovo svim zemljama svijeta seksualna aktivnost i za žene i za muškarce počinje u kasnim

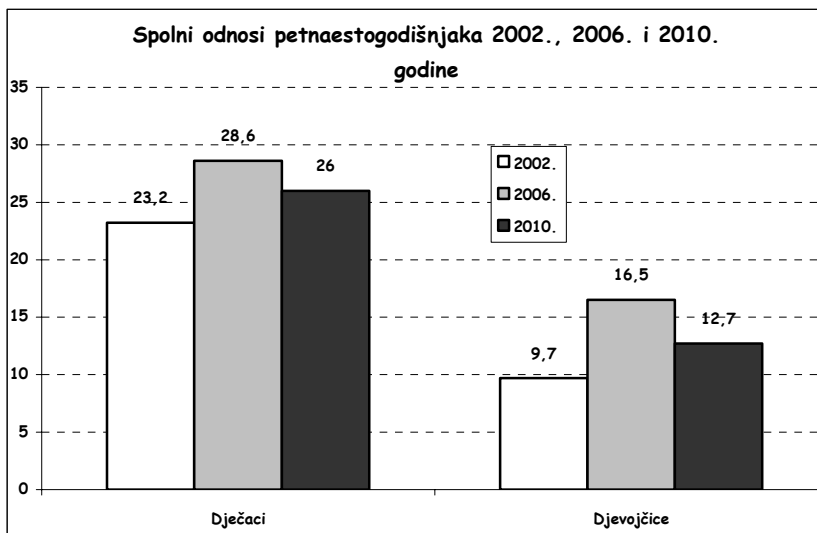
tinejdžerskim godinama (15-19 godina). Kod muškaraca dob prvog seksualnog odnosa nije povezana s običajima ili normama stupanja u brak. Jedan od nedvojbenih čimbenika rizika koji doprinosi učestalosti mogućih zdravstvenih posljedica je i rano stupanje u seksualne odnose.

Različita su istraživanja pokazala da rano seksualno iskustvo u adolescenciji nije izolirani događaj te da je povezan s drugim rizičnim ponašanjima s mogućim neposrednim i dugoročnim posljedicama. Dokazano je da za mlade koji su skloni zlouporabi alkohola i drugih psihoaktivnih tvari postoji i veći rizik upuštanja u rane i rizične seksualne odnose (7-9).

U HBSC istraživanju pitanja o spolnosti odnosila su se samo na učenike u dobi od 15 godina, budući su spolni odnosi u mlađih učenika ipak rijetkost. Osim toga, učenice je pitano o dobi prve menstruacije. Pri razmatranju i komentiranju podataka o seksualnim aktivnostima, koji se temelje na iskazu ispitanika, uvijek valja biti svjestan mogućnosti pogreške koja proizlazi iz osobite osjetljivosti područja koje se istražuje. Mnoga istraživanja pokazuju spolni nesklad podataka, te muškarci u pravilu navode veći broj partnerica i veću seksualnu aktivnost nego žene u istoj populaciji (10).

Srednja dob menarhe za djevojčice od 15 godina je 12,4 godine, a budući još 1,2% ispitanica nisu imale prvu menstruaciju, jasno je da je ta dob za cijelu populaciju nešto viša.

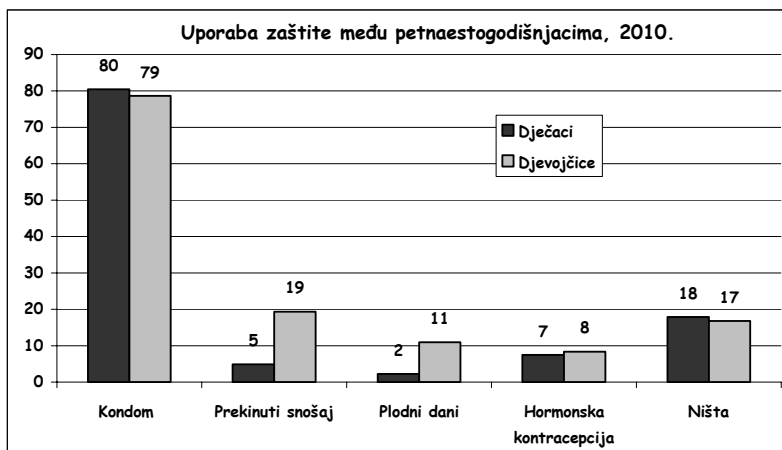
Slika 74.



Udio učenika koji su izjavili da su imali spolni odnos je bio 26% za dječake i 12,7% za djevojčice. Iz prikaza rezultata u sva tri istraživanja uočljive su dvije činjenice: udio djece koja izjavljuju da su imali spolne odnose je u 2010. godini manji nego u 2006. godini za oba spola, a nešto viši nego u 2002. godini. Udio dječaka u svim je godinama istraživanja viši od udjela djevojčica, što se vjerojatno može pripisati potrebi dječaka da se „pohvale“ odraslošću, a što je dokumentirano u meta-analizama istraživanja (10). U usporedbi s ostalim zemljama sudionicama (37 je postavilo ta pitanja u upitniku), Hrvatski su dječaci na 23. mjestu od 37 zemalja. Među

dječacima najveći udio spolno aktivnih je bio u Rumunjskoj, na Grenlandu, u Armeniji, Ukrajini, Grčkoj, Danskoj i Luksemburgu, a najniži u Njemačkoj, Nizozemskoj, Poljskoj i Slovačkoj. Hrvatske djevojčice su po spolnoj aktivnosti na niskom 33. mjestu od 37 zemalja i to s Armenijom, Makedonijom, Slovačkom, Litvom i Poljskom, a najviše je spolno aktivnih bilo na Grenlandu, u Walesu, Danskoj i obje Belgije. Razlika između zemalja sudionica je velika i odražava jednako velike razlike u strukturama društva, moralnim normama, kodeksima ponašanja, religiji, obrazovanju između tih zemalja

Slika 75.



Na pitanje „Koje ste metode za sprječavanje trudnoće ti ili tvoj partner upotrijebili pri zadnjem spolnom odnosu“, ispitanici su u visokom postotku naveli korištenje kondoma (80% dječaci i 79% djevojčice). No određenu nepreciznost u poimanju i odgovaranju pokazuje i činjenica da djevojčice navode i korištenje drugih (manje nepouzdatih) metoda kao „plodni dani“ i prekinuti snošaj. Zanimljivo je da iako je vrlo visok udio onih koji navode korištenje kondoma isto tako visok udio onih koji odgovaraju da nisu koristili ništa (18% i 19%).. Među našim ispitanicima je 19 dječaka i 8 djevojčica navelo istodobno korištenje hormonske kontracepcije i kondoma.

Kod posljednjeg spolnog odnosa kondom je koristilo 82% dječaka i 76% djevojčica, što za oba spola Hrvatsku smješta na 18. mjesto od 33

zemlje koje su taj podatak koristile. Najviši postotak korištenja kondoma je u Švedskoj, Španjolskoj, Luksemburgu i Estoniji, dok je najniže korištenje kondoma registrirano na Islandu, u Norveškoj, Slovačkoj i obje Belgije. Iako je općenito svijest o potrebi zaštite kao i korištenje zaštite sve prisutnije, još se uvijek svaki peti petnaestogodišnjak upušta u spolne odnose bez ikakve zaštite, a među djevojčicama su i dalje prisutna vjerovanja da je prekinuti snošaj ili „računanje“ plodnih dana metoda kontracepcije koja se može koristiti. Isto tako, uporaba hormonske kontracepcije će spriječiti neželjenu trudnoću ali neće spriječiti prenošenje eventualne spolno prenosive infekcije, no o toj čestoj i realnoj posljedici rizičnih spolnih odnosa mladi ne vode dovoljno računa.

Tablica 13. Rani spolni odnos i odabrana ponašanja petnaestogodišnjaka

	Spolni odnos dječaci (%)			Spolni odnos djevojčice (%)		
	Imali	Nisu imali	p	Imale	Nisu imale	p
Redovito pušenje	41	13	<0,001	58	13	<0,001
Pivo tjedno ili češće	57	23	<0,001	27	6	<0,001
Vino tjedno ili češće	40	16	<0,001	28	11	<0,001
Žestoko piće tjedno ili češće	31	10	<0,001	24	9	<0,001
Alcopops tjedno ili češće	28	10	<0,001	32	12	<0,001
Pijanstvo 2 i više puta u životu	69	35	<0,001	67	20	<0,001
Marihuana 3 i više puta u životu	20	4	<0,001	19	3	<0,001
Zlostavljali druge u zadnjih nekoliko mjeseci	41	26	<0,001	22	15	<0,001
Bili zlostavljani u zadnjih nekoliko mjeseci	16	12	<0,001	20	12	<0,001
Dobra komunikacija s ocem	70	69	0,071	38	54	<0,001
Dobra komunikacija majkom	85	82	0,428	72	83	<0,001
Zadovoljni životom	88	88	0,535	63	81	<0,001
Zadovoljni svojim zdravljem	83	88	0,001	65	79	<0,001

Međusobni utjecaj (pre)ranog stupanja u spolne odnose i drugih aspekata života mladih (analizirana generacija petnaestogodišnjaka) pokazuje da rani spolni odnosi nisu izolirani rizični događaj. Mladi koji rano započinju spolni život pokazuju i druga rizična ponašanja, koja nedvojbeno obilježavaju i njihov položaj u društvu i grupi vršnjaka. Pritom je rano stupanje u spolne odnose (s pretpostavkom da su dječaci bili iskreni u odgovorima o svom spolnom životu) rizičnije i kompleksnije za djevojčice nego za dječake. Mladi oba spola koji se odluče na spolne odnose u dobi petnaestogodišnjaka češće su redoviti pušači, češće piju alkohol, opijaju se i eksperimentiraju s marihuanom, skloniji su zlostavljanju ali su češće i žrtve zlostavljanja. Djevojčice lošije komuniciraju s majkom i ocem te su nezadovoljnije svojim životom i zdravlje. U dječaka je komunikacija i s ocem i majkom bez povezanosti sa spolni odnosima, kao i zadovoljstvo

životom. No i dječaci su nezadovoljniji svojim zdravljem. Upravo ta povezanost različitih područja mogućih rizika i ranog stupanja u spolne odnose upozorava da su motivi za tu odluku (osobito kod djevojčica) najčešće izvan konteksta seksualnosti i odraz su želje za samopotvrđivanjem i afirmacijom u grupi i društvu. Preventivne i zaštitne mjere i aktivnosti trebale bi stoga, kao i otvoreno informiranje i odgoj, biti usmjerenu upravo na to vulnerabilno područje života mladih.

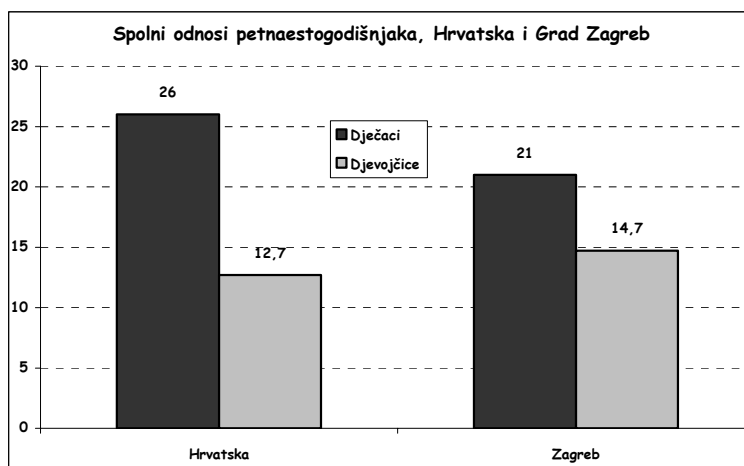
Grad Zagreb

U Hrvatskoj je u 2010. godini registrirano nešto manje djece u dobi od 15 godina koja su bila spolno aktivna nego u 2006. godini. U Gradu Zagrebu je nešto manje dječaka i nešto više djevojčica izjavilo da je već imalo spolni odnos. Ne može se sa sigurnošću reći jesu li dječaci u Zagrebu manje spolno aktivni u toj dobi ili samo manje skloni

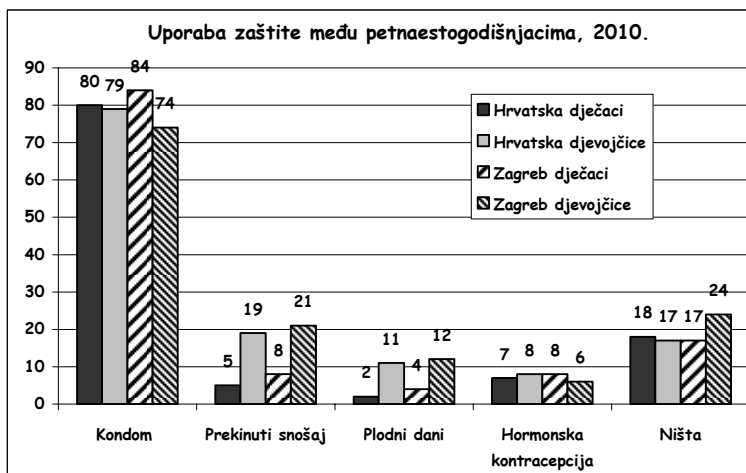
pretjerivanju. Za djevojčice je realno očekivati nešto veći udio onih koje su započele spolni život nego u Hrvatskoj u cjelini. No udio zagrebačkih srednjoškolaca koji izjavljuju da su započeli spolnu aktivnost u odnosu na

ostale europske zemlje nije alarmantan i sve aktivnosti u vezi sa spolnim odgojem, zaštitom reproduktivnog zdravlja i aktivnim pristupom mladima i spolnosti treba nastaviti i unaprijediti.

Slika 76.



Slika 77.



Uporaba kondoma je visoka i među zagrebačkim dječacima kao i u Hrvatskoj u cjelini (viša za 4%), dok su zagrebačke djevojčice izjavile da su nešto rjeđe rabile kondom pri

posljednjem spolnom odnosu (79% - 74%). Nesigurne metode kao prekinuti snošaj ili „sigurni“ dani zastupljene su podjednako, a zabrinjavajuće je da je svaka četvrta djevojčica u Zagrebu, iako

vjerojatno svjesna rizičnosti spolnih odnosa, izjavila da ona i partner nisu upotrijebili nikakvu zaštitu.

Lakomisenost i osjećaj lažne sigurnosti koji su svojstveni adolescentima u svim rizičnim ponašanjima, pa tako i u spolnim odnosima, mogu imati dalekosežne

posljedice. Stoga valja insistirati na zanemarenom području edukacije i osiguranja zaštite reproduktivnog zdravlja kao i omogućavanja razvoja savjetovaništva za reproduktivno zdravlje kao i uvođenja redovitog cijepljenja protiv infekcije humanim papiloma virusom.

Literatura:

1. Kanato M, Saranritichai K. Early experience of sexual intercourse – a risk factor for cervical cancer requiring specific interventions for teenagers. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006;7(1):151-3.
2. Burack R. Teenage Sexual Behaviour: Attitudes Towards and Declared Sexual Activity. *Br J Fam Plann.*, 24(4) (1999) 145-148.
3. Ezzati M, Vander Hoorn S, Rodgers A, Lopez AD, Mathers CD, Murray CJL. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* 2003; 362: 271-80.
4. Slaymaker E. A critique of international indicators of sexual risk behaviour. *Sex Transm Infect* 2004; 80 (suppl II): 13-21.
5. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non use and use of ineffective methods of contraception. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization, 2004: 1255-1320.
6. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368:1706-1728
7. Fergusson DM, Lynskey MT. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Pediatrics.*, 98(1) 1996) 91-96.
8. Deardorff J, Gonzales NA, Christopher FS, Roosa MW, Millsap RE. Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. *Pediatrics* 2005;116(6):1451-6.
9. Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Early Sexual Intercourse and Risk Factors in Croatian Adolescents. *Coll Antropol* 2007; 31 (Suppl 2), 121-130.
10. Curtis SL, Sutherland EG. Measuring sexual behaviour in the era of HIV/AIDS: the experience of Demographic and Health Surveys and similar enquiries. *Sex Transm Infect* 2004; 80 (Suppl 2): 22-27.

OZLJEDE

Uz napredak higijene i kontrole zaraznih bolesti u drugoj polovici 20. stoljeća, ozljede su se pojavile kao najveći uzrok pobola i smrtnosti među djecom i mladima starijima od 12 mjeseci. Ozljede su po definiciji namjerno ili nenamjerno oštećenje tijela koje je rezultat akutnog izlaganja

termičkoj, mehaničkoj, električnoj ili kemijskoj energiji ili oštećenje nastalo zbog izlaganja hladnoći ili odsustva kisika. Ozljede nisu nesreće. Mogu se spriječiti promjenom okoliša, ponašanja pojedinca, proizvoda, socijalnih normi, legislative, državnih i institucionalnih uredbi.

Posljedice ozljeda mogu se sagledavati na više načina. Za mnoge ozljeda uzrokuje trenutnu bol i nelagodnu, ali za neke ozljeda dovodi do kronične boli, oštećenja i invalidnosti te dubljih promjena stila života. Ona ne utječe samo na ozlijeđenog, nego na sve koji s njim žive. Ozbiljnije ozljede zahtijevati će medicinsku skrb, liječenje i rehabilitaciju.

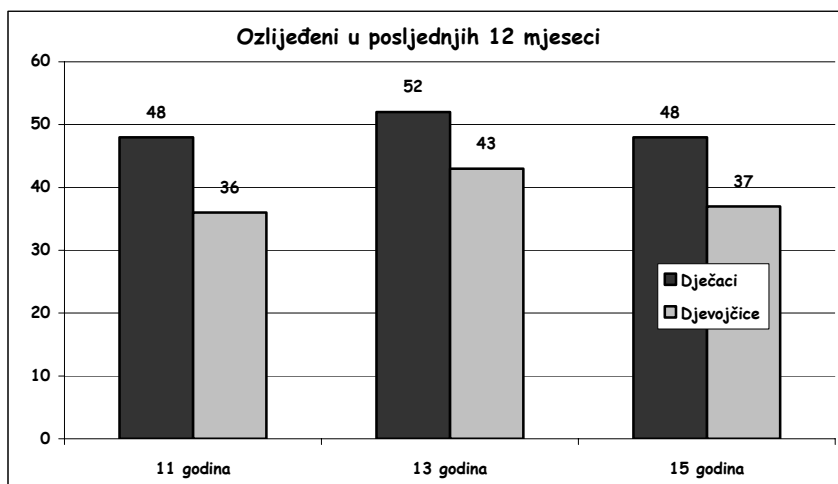
Ozljede su vodeći uzrok akutnih zdravstvenih problema među adolescentima u razvijenim zemljama, a s medicinskim i drugim posljedicama adolescentne ozljede nameću značajan teret društvu. Ozljede također možemo interpretirati kao marker za visoko rizične adolescentne stilove života koji uključuju više rizičnih ponašanja i povezanost sa zdravstvenim posljedicama.

Utjecaj ozljeda na društvo može se procjenjivati cijenom koštanja

medicinskih tretmana, neophodnog bolovanja roditelja ili skrbnika te mogućim gubitkom tjelesne sposobnosti.

U HBSC istraživanju ozljede su istraživane jednim pitanjem, u kojem je pojašnjeno što se smatra ozljedom, a tražilo se izjašnjavanje o tome koliko je puta ispitanik bio ozlijeđen u posljednjih 12 mjeseci tako da je trebao pomoć liječnika ili medicinske sestre (u zadnjih 12 mjeseci se nisam ozlijedio/la; jedanput; dvaput; triput; četiri puta i više). Objašnjenje uz pitanje glasilo je: „Mnogi mladi ljudi dožive udarac ili ozljedu u aktivnostima kao što su sport ili tučnjava na ulici ili kod kuće. Ozljede mogu uključivati i otrovanja ili opekotine. Ozljede nisu bolesti kao ospice ili gripa.” Analizirane su kategorije ozljeđivanja ukupno po dobi i spolu te onih koji su se višekratno ozljeđivali u posljednjih godinu dana.

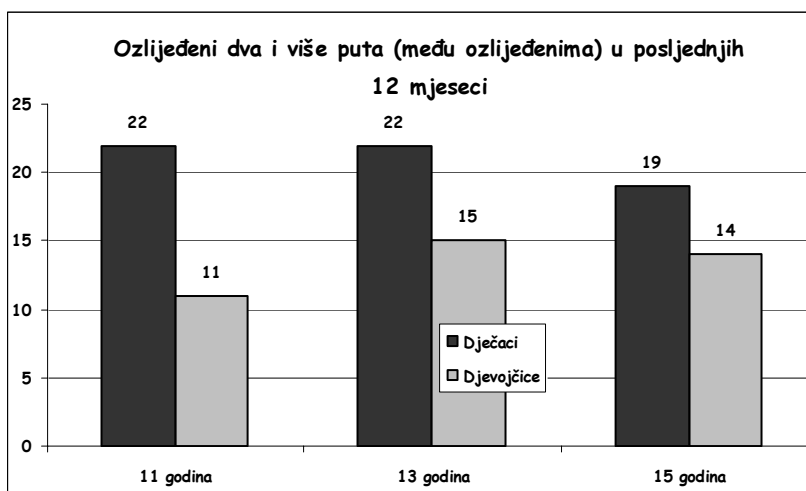
Slika 78.



Dječaci se češće ozljeđuju od djevojčica u svim dobnim skupinama. U dobi od 13 godina najveći je udio i dječaka i djevojčica koji su se ozlijedili u posljednjih 12 mjeseci. U dobi od 11

godina 48% dječaka i 36% djevojčica, u dobi od 13 godina 52% dječaka i 43% djevojčica te u dobi od 15 godina 48% dječaka i 37% djevojčica ozlijedili su se u protekloj godini.

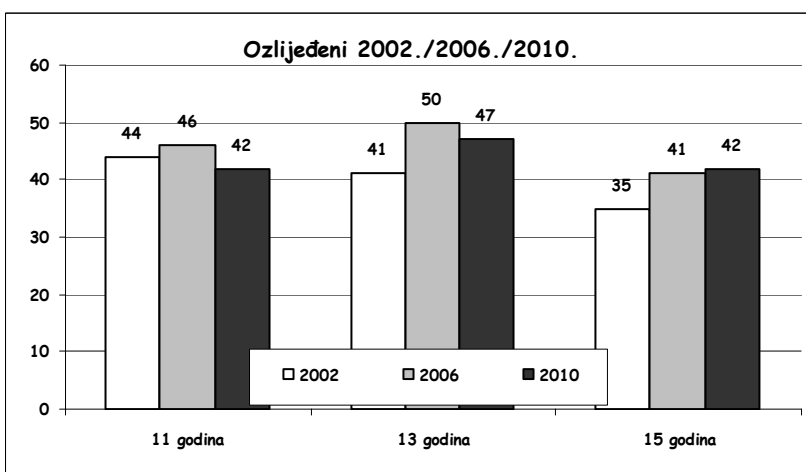
Slika 79.



Od djece koja su se ozlijedila u posljednjih godinu dana, 21% dječaka ozlijedilo se višekratno, tj. dva puta ili više (24% 2006). Opetovanim ozljedama skloni su 15% (15% 2006) djevojčica u sedmim te 14% (13% 2006) djevojčica u prvim razredima srednje škole.

Uspoređujući podatke s podacima iz 2006 godine zamiječeno je smanjenje ozljeda među dječacima i djevojčicama (46% 2006, 44% 2010) kao i smanjenje udjela višekratno ozljeđivanih tako da su trebali pomoć liječnika ili medicinske sestre (19% 2006, 17% 2010)

Slika 80.



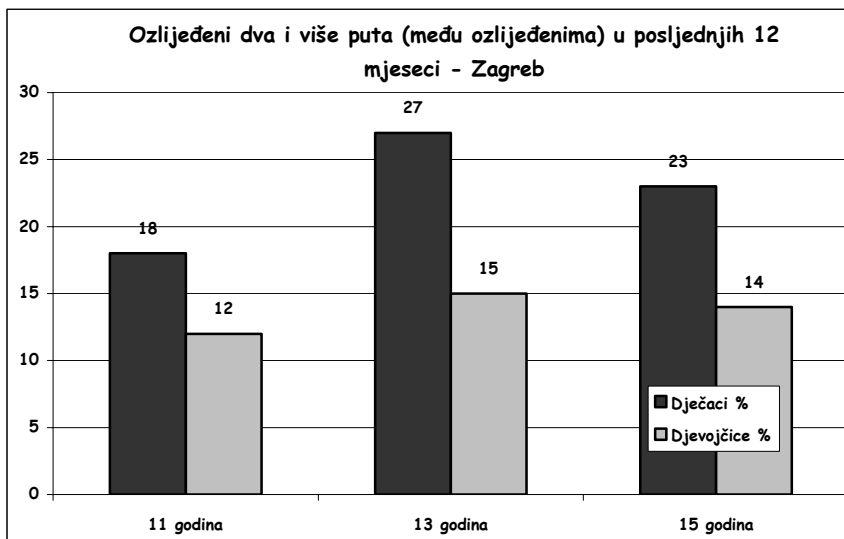
Među svim zemljama sudionicama Hrvatska se nalazi u sredini ljestvice zemalja u kojima je istraživanje provedeno. Najveći je udio

djece koja su se ozlijedila u posljednjih 12 mjeseci u Turskoj, Letoniji i Španjolskoj.

Velike razlike vezane uz ozljeđivanje u Zagrebu u odnosu na cijelu zemlju 2010. godine nisu nađene. U dobi od 11 godina 46% dječaka i 38% djevojčica (48% dječaka i 36% djevojčica Hrvatska), u dobi od 13 godina 57% dječaka i 46% djevojčica (52% dječaka i 43% djevojčica

Hrvatska) te u dobi od 15 godina 53% dječaka i 36% djevojčica (48% dječaka i 37% djevojčica Hrvatska) ozlijedili su se u protekloj godini. Ukupno 45% ispitanika ozlijedilo se u protekloj godini u Zagrebu tako da je trebalo pomoć liječnika ili medicinske sestre (44% u Hrvatskoj).

Slika 81.



Dječaci su skloniji rizicima i češće se ozljeđuju u svim uzrastima. Iako se ozljede mogu pojaviti i u školi i pri sportskim natjecanjima te nije moguće ocijeniti jesu li odraz nedovoljne sigurnosti u školskom okruženju ili neminovni pratilac sportskih borbi, upravo u doba odrastanja rizična ponašanja kao sklonost tučnjavama i sukobima može pogodovati učestalijem ozljeđivanju.

Neka istraživanja ukazuju na činjenicu kako djeca koja su više puta

ozljeđivana u posljednjih godinu dana, češće su i bila sudionicima tučnjava. Iako su djevojčice manje sklone tučnjavama općenito, isti obrazac ponašanja zamijećen je i za ženski spol.

Ozljede su važan zdravstveni problem u školskoj dobi, ali i u školskom okruženju gdje su mjere sigurnosti od velikog značaja. Sprečavanje nesreća vrlo je važan zadatak u unapređenju i zaštiti zdravlja djece i mladih.

Literatura:

1. Dansceco ER, Miller TR, Spicer RS. Incidence and costs of 1987-1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics* 1995;85:99-104.
2. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. 2nd ed. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000.
3. Pickett, W., Molcho, M., Simpson, K., Janssen, I., Kuntsche, E., Mazur, J., Harel, Y. & Boyce, W.F. (2005) Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 11, 213-218.
4. Simpson, K., Janssen, I., Craig, W.M. & Pickett, W. (2005) Multi-level analysis of associations between socioeconomic status and injury among Canadian adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 1072-1077.
5. Chiolerio, A. & Schmid, J. (2002) Repeated self-reported injuries and substance use among young adolescents: the case of Switzerland. *Sozial und Preventivmedizin*, 47 (5), 289-297.
6. Pickett, W., Garner, M.J., Boyce, W.F. & King, M.A. (2002) Gradients in risk for youth injury associated with multiple-risk behaviours: a study of 11, 329 Canadian adolescents. *Social Science and Medicine*, 55, 1055-1068.
7. Web-based injury statistics query and reporting system [web site]. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Social Services, 2000 (<http://www.cdc.gov/wisquars/default.htm>).
8. Jessor R, Jessor SL. *Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York, NY, Academic Press, 1990.

www.hzjz.hr
www.hbsc.org

ISBN 978-953-7031-46-6

