

ZAKLJUČNO POROČILO
O REZULTATIH OPRAVLJENEGA RAZISKOVALNEGA DELA
NA PROJEKTU V OKVIRU CILJNEGA RAZISKOVALNEGA
PROGRAMA (CRP) »KONKURENČNOST SLOVENIJE 2006 – 2013«

I. Predstavitev osnovnih podatkov raziskovalnega projekta:

1. Naziv težišča v okviru CRP:

Povezovanje ukrepov za doseganje trajnostnega razvoja

2. Šifra projekta:

V3-0546

3. Naslov projekta:

Varovalni dejavniki pred tveganimi vedenji med mladimi s predlogi ukrepov

3. Naslov projekta

3.1. Naslov projekta v slovenskem jeziku:

Varovalni dejavniki pred tveganimi vedenji med mladimi s predlogi ukrepov

3.2. Naslov projekta v angleškem jeziku:

Protective factors against risky behaviour among young people with proposal for action

4. Ključne besede projekta

4.1. Ključne besede projekta v slovenskem jeziku:

zdravje, vedenja, povezana z zdravjem, varovalni dejavniki, tvegana vedenja, mladostniki, socialno-ekonomski položaj, neenakosti

4.2. Ključne besede projekta v angleškem jeziku:

health, health- behavior, protective factors, risk behaviour, adolescents, socio-economic position, inequality

5. Naziv nosilne raziskovalne organizacije:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

5.1. Seznam sodelujočih raziskovalnih organizacij (RO):

/

6. Sofinancer/sofinancerji:

Ministrstvo za zdravje

7. Šifra ter ime in priimek vodje projekta:

19176

dr. Helena Jeriček Klanšček

Datum: 6. 9. 2011

Podpis vodje projekta:

dr. Helena Jeriček Klanšček



Podpis in žig izvajalca:

Marija Seljak, direktorica

PO POBLASTILU DIREKTORICE

Ada Hočevar Grom

Namestnica direktorice

II. Vsebinska struktura zaključnega poročila o rezultatih raziskovalnega projekta v okviru CRP

1. Cilji projekta:

1.1. Ali so bili cilji projekta doseženi?

- a) v celoti
 b) delno
 c) ne

Če b) in c), je potrebna utemeljitev.

1.2. Ali so se cilji projekta med raziskavo spremenili?

- a) da
 b) ne

Če so se, je potrebna utemeljitev:

Cilji projekta so se med raziskavo v skladu z dogovorom z MZ zaradi novih prioritete in smeri razvoja razširili iz tveganih vedenj na vsa vedenja, zajeta v raziskavo in iz varovalnih dejavnikov na neenakosti v zdravju in vedenjih, povezanih z zdravjem.

2. Vsebinsko poročilo o realizaciji predloženega programa dela¹:

PROGRAM DELA S HIPOTEZO

Projekt je zajemal izvedbo mednarodne raziskave Health Behavior in School-Aged Children (HBSC) in analizo podatkov z vidika neenakosti.

Glavni konceptualni pristopi, integrirani v HBSC študijo, so naslednji:

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

Mednarodna študija HBSC poteka vsake štiri leta po enotni metodologiji v 41-ih evropskih državah in Severni Ameriki. Neprestana rast študije in širjenje mednarodne raziskovalne mreže poudarjata in spodbujata multidisciplinarnost študijskega pristopa. V Sloveniji smo v letu 2010 raziskavo HBSC izvedli že tretjič. Prvič je bila raziskava izvedena v letu 2001/2002.

Zanimali so nas zdravje in z zdravjem povezana vedenja - prehrana, telesna podoba, duševno zdravje, nadzor teže, oralno zdravje, športna/gibalna dejavnost, sedentarno vedenje, uporaba alkohola, tobaka in marihuane, spolnost, trpinčenje, pretepanje in poškodbe, komuniciranje s starši in sovrstniki, odnos do šole itd. njihov razvoj in razširjenost med mladostniki treh starostnih obdobj (11.5, 13.5 in 15.5 let) ter razlike med različnimi skupinami.

Naša raziskava je bila usmerjena k trem raziskovalnim vprašanjem:

- kakšne so razlike v zdravju in vedenjih, povezanih z zdravjem, med spoloma in med posameznimi starostnimi skupinami;
- ali so samoocenjeno zdravje in vedenja, povezana z zdravjem, pomembno povezana z izbranimi kazalniki socialno-ekonomskega položaja mladostnikov in
- katere skupine mladostnikov so bolj ranljive in potrebujejo več pozornosti.

¹ Potrebno je napisati vsebinsko raziskovalno poročilo, kjer mora biti na kratko predstavljen program dela z raziskovalno hipotezo in metodološko-teoretičen opis raziskovanja pri njenem preverjanju ali zavračanju vključno s pridobljenimi rezultati projekta.

Naša hipoteza je bila, da obstajajo razlike v zdravju mladostnikov, ki so preprečljive in nepravilne tako med spoloma, starostnimi skupinami kot tudi med skupinami otrok iz družin z različnim socialno-ekonomskim položajem. V skladu z raziskavami smo predpostavljali, da otroci iz revnejših družin in s slabšo osebno socialno pozicijo slabše ocenjujejo svoje zdravje in imajo manj zdrav življenjski slog v primerjavi z otroki iz bogatejših družin in z boljšo socialno pozicijo.

METODOLOŠKO-TEORETIČEN OPIS RAZISKOVANJA

Raziskava temelji na kvantitativni metodi raziskovanja, in sicer smo izvedli anketo s standardiziranim mednarodnim vprašalnikom na reprezentativnem vzorcu slovenskih všolanih enajst-, trinajst- in petnajstletnikov, pred tem pa še pilotno raziskavo. Anketiranje je bilo izvedeno ob pomoči šolskih svetovalnih delavcev ali učiteljev v februarju in marcu 2010. Vprašalnike na papirju so učenci izpolnjevali samostojno, izpolnjene vprašalnike pa so nato šolski svetovalni delavci ali učitelji po pošti posredovali na Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ), kjer so bili pregledani in vnešeni v bazo. Pregledana in po mednarodni metodologiji pripravljena baza podatkov je bila nato preko spletne aplikacije posredovana v mednarodni center na Norveškem, kjer so zbrane podatke prečistili skladno z mednarodno določenimi pravili. Vse analize so bile izvedene na prečiščeni bazi. Podatki so bili analizirani s programom SPSS 19.

S pomočjo dvo- in trirazsežnih kontingenčnih tabel smo ugotavljali porazdelitve skupin mladostnikov glede na posamezne opazovane spremenljivke. Za ugotavljanje povezanosti med njimi smo uporabili test hi-kvadrat (χ^2), ki nam omogoča sklepanje iz vzorca na populacijo. Za raven značilnosti smo vzeli vrednost statistične značilnosti $p \leq 0,05$. Nato smo z multivariatno logistično regresijo dodatno preverjali vpliv izbranih spremenljivk, ki merijo socialno-ekonomski položaj mladostnikov oziroma njihove družine, na zdravje oziroma posamezna vedenja, povezana z zdravjem.

Mednarodni vprašalnik obsega niz obveznih vprašanj o demografskih, vedenjskih in psihosocialnih vidikih zdravja, poleg tega lahko sodelujoče države dodajo še določeno število neobveznih vprašanj, ki poglobljajo vsebinska področja. V Sloveniji smo v raziskavi, izvedeni v letu 2010, kot dodatno vsebinsko področje vključili duševno zdravje, in sicer vprašalnik prednosti in slabosti (ang. SDQ – Strengths and difficulties Questionnaire), vprašanja o kvaliteti življenja (KIDSCREEN) in vprašanje o občutjih žalosti.

V analizi smo poleg spola in starosti (11, 13 in 15 let), ki sta pomembni dimenziji socialnih razlik, upoštevali več neodvisnih spremenljivk, ki merijo socialno-ekonomski položaj mladostnikov oziroma njihovih družin. V grobem jih lahko razdelimo v dve glavni skupini: socialno-ekonomski položaj družine in mladostnikov osebni socialni položaj.

Socialno-ekonomski položaj mladostnikove družine smo merili z:

- lestvico »Family Affluence Scale« (FAS),
- subjektivno oceno družinskega blagostanja,
- tipom družine in
- zaposlitvenim statusom staršev.

Mladostnikov osebni socialni položaj pa smo merili s:

- številom res dobrih prijateljev,
- šolskim uspehom pri enajst- in trinajstletnikih ter
- programom srednješolskega izobraževanja pri petnajstletnikih.

Poleg navedenih opazovanih neodvisnih spremenljivk smo pri enajst- in trinajstletnikih opazovali tudi vpliv kohezijske regije osnovne šole (ki jo mladostnik obiskuje) na zdravje oz. vedenja, povezana z zdravjem.

Vzorec

V vzorec smo morali zajeti najmanj 1500 11-letnikov, 1500 13-letnikov in 1500 15-letnikov. Enota vzorčenja je bil razred oziroma oddelek. S pomočjo šol in Ministrstva za šolstvo in šport smo zbrali podatke o vseh osnovnih (skupaj 446) in srednjih šolah (od katerih jih 72 izvaja gimnazijske programe, 69 srednje poklicno izobraževanje, 25 nižje poklicno izobraževanje in 92 srednje tehniško ali drugo strokovno izobraževanje) ter iskanih razredih. Ti podatki so predstavljali vzorčni okvir raziskave, torej osnovo za oblikovanje reprezentativnega vzorca. Uporabili smo dvostopenjsko stratificirano vzorčenje. Na prvi stopnji smo najprej vzorčili osnovne in srednje šole, na drugi stopnji pa srednje šole glede na program, ki ga izvajajo (gimnazijske, srednje tehniško ali drugo strokovno izobraževanje, srednje in nižje poklicno izobraževanje). V vzorec je bilo zajetih 5436 mladostnikov.

REZULTATI IN GLAVNE UGOTOVITVE

V analizi so nas zanimale razlike in neenakosti v zdravju všolanih enajst-, trinajst- in petnajstletnikov glede na izbrane socialno-ekonomske determinante, ki smo jih razdelili v štiri vsebinske sklope:

- spol in starost mladostnika,
- socialno-ekonomski položaj (SEP) mladostnikove družine, merjen z lestvico FAS, subjektivno oceno družinskega blagostanja, tipom družine in zaposlitvenim statusom staršev,
- osebni socialni položaj (SP) mladostnika, merjen s šolskim uspehom pri enajst- in trinajstletnikih oz. z vrsto šolskega programa pri petnajstletnikih ter s številom prijateljev,
- kohezijsko regijo, ki zajema občino, v kateri se osnovna šola nahaja.

SPOL IN STAROST MLADOSTNIKA

Spol se je po pričakovanjih pokazal kot pomembna determinanta zdravja. Dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje, doživljajo več psihosomatskih simptomov, so manj zadovoljna z življenjem, izkazujejo slabše duševno zdravje kot fantje, slabše ocenjujejo svoje telo in so več na dieti. Po drugi strani pa je med fanti večji delež poškodb in nekaterih tveganih vedenj (pitje alkoholnih pijač, spolna aktivnost, kajenje marihuane). Dekleta imajo boljše prehranske navade, kar se tiče uživanja sadja in zelenjave ter sladkarij, medtem ko fantje v večji meri redno zajtrkujejo in izkazujejo boljše gibalne navade. Oba spola z mamo lažje komunicirata kot z očetom, s katerim pa lažje komunicirajo fantje kot dekleta. Dekleta lažje komunicirajo s prijatelji in pogosteje uporabljajo e-komunikacijo, fantje pa se s prijatelji pogosteje družijo ob večerih. Po pričakovanjih so dekleta bolj zadovoljna s šolo, občutijo več podpore s strani sošolcev in poročajo o večji učni uspešnosti.

Starost je glede na naše rezultate podobno kot spol pomembna determinanta zdravja. Starejši mladostniki slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni s svojim življenjem, doživljajo več psihosomatskih simptomov, imajo slabše prehranske in gibalne

navade, slabše kazalnike duševnega zdravja in pogosteje poročajo o kajenju tobaka in pitju alkoholnih pijač. Starejši mladostniki v primerjavi z mlajšimi težje komunicirajo z mamo in očetom, lažje in pogosteje pa z vrstniki. S slednjimi starejši mladostniki tudi preživijo več večerov v primerjavi z mlajšimi mladostniki.

SOCIALNO-EKONOMSKI POLOŽAJ (SEP) MLADOSTNIKA GLEDE NA RAZLIČNE KAZALNIKE SEP DRUŽINE IN OSEBNI SP

SEP mladostnika

SEP mladostnika smo merili z različnimi kazalniki SEP družine, in sicer z lestvico FAS, subjektivno oceno družinskega blagostanja, zaposlitvenim statusom staršev in tipom družine.

Rezultat na lestvici FAS, je bil – predvsem pri nizkem in visokem rezultatu – pomembno povezan z večino tematskih sklopov. Mladostniki iz družin z nizkim rezultatom na tej lestvici so svoje zdravje ocenjevali slabše kot tisti iz družin z višjim rezultatom, poročali so o manjšem zadovoljstvu in več psihosomatskih simptomih. Nižji rezultat je povezan tudi s slabšimi kazalniki na področju duševnega zdravja. Z večjo verjetnostjo za poskus kajenja tobaka sta povezana tako nizek kot visok rezultat na lestvici FAS, medtem ko je pitje alkoholnih pijač povezano z višjim rezultatom. Mladostniki iz družin z višjim rezultatom na lestvici FAS so poleg tega poročali o boljši telesni samopodobi, o lažji komunikaciji z mamo, očetom in prijatelji, pa tudi o pogostejši komunikaciji s prijatelji prek elektronskih medijev, o pogostejšem druženju s prijatelji ob večerih, večjem zadovoljstvu s šolo ter o boljših prehranskih in gibalnih navadah. Podobno kot v primeru alkohola je višji rezultat na lestvici FAS pokazal tudi povezavo z večjo prisotnostjo poškodb.

Pri povezavi med subjektivno oceno družinskega blagostanja in zdravjem so bile opazne razlike med mladostniki, ki so družinsko blagostanje ocenjevali kot nadpovprečno, in tistimi, ki so ga ocenjevali kot podpovprečno. Prvi so poročali o boljših prehranskih in gibalnih navadah, o lažji komunikaciji z mamo, očetom in prijatelji, pogostejšem druženju s prijatelji ob večerih ter o večjem zadovoljstvu s šolo. Drugi so izkazovali slabše duševno zdravje ter v večji meri poročali o dietnem prehranjevanju, kajenju tobaka, pitju alkoholnih pijač in trpinčenosti.

Pri tipu družine izstopata predvsem enostarševska in rekonstruirana družina, ki se povezuje s slabšimi kazalniki na področju zdravja. Predvsem otroci iz rekonstruiranih, nekoliko manj pa tisti iz enostarševskih družin, so v primerjavi z mladostniki iz klasičnih družin pogosteje poročali o manjšem zadovoljstvu z življenjem, o tveganih vedenjih (kajenje tobaka, pitje alkoholnih pijač, spolna aktivnost, kajenje marihuane) in slabšem duševnem zdravju. Po pričakovanjih so otroci iz tovrstnih družin poročali tudi o lažji komunikaciji z vrstniki, medtem ko so komunikacijo z mamo in očetom ocenjevali slabše kot tisti iz klasičnih družin. Mladostniki iz neklasičnih družin so poročali tudi o pogostejši komunikaciji s prijatelji prek elektronskih medijev in bili bolj zadovoljni s šolo.

Nezaposlenost staršev je pokazala povezavo s slabšo oceno lastnega zdravja, z večjim nezadovoljstvom z življenjem in več psihosomatskimi simptomi. Prav tako je bila nezaposlenost staršev povezana z večjo pojavnostjo kajenja tobaka, pitja alkoholnih pijač in spolne aktivnosti ter s slabšim duševnim zdravjem. O boljših prehranskih (zajtrkovanje)

in gibalnih navadah so poročali mladostniki, katerih starši so zaposleni. Tudi lažja komunikacija z mamo in očetom je bila značilna za mlade iz družin, kjer sta zaposlena oba starša. Zanimivo je, da so otroci iz družin z obema staršema nezaposlenima poročali o večjem zadovoljstvu s šolo.

Osebni SP mladostnika

Osebni SP mladostnika smo merili s šolskim uspehom pri enajst- in trinajstletnikih oziroma z zahtevnostjo izbranega šolskega programa pri petnajstletnikih ter s številom prijateljev.

Šolski uspeh (pri enajst- in trinajstletnikih) se je pokazal kot pomembna determinanta zdravja. Mladostniki s slabšim uspehom so poročali o manjšem zadovoljstvu z življenjem, slabšem zdravju (samoocena), več psihosomatskih simptomih in več poškodbah. Pogosteje so poročali tudi o kajenju tobaka in pitju alkoholnih pijač, slabšem duševnem zdravju, pogostejši komunikaciji s prijatelji prek elektronskih medijev ter o pogostejšem druženju s prijatelji ob večerih. O lažji komunikaciji z mamo, očetom in prijatelji so poročali mladostniki z boljšim šolskim uspehom, poleg tega pa tudi o boljši telesni samopodobi ter boljših prehranjevalnih navadah. V zvezi s šolskim okoljem je treba izpostaviti, da so uspešnejši mladostniki poročali o večjem zadovoljstvu s šolo, medtem ko so tisti s slabšim uspehom šolo doživljali kot bolj obremenjujočo.

Vrsta šolskega programa, ki smo ga upoštevali le pri petnajstletnikih, se je pokazala kot pomembna determinanta zdravja le na nekaterih področjih zdravja. Mladostniki, ki obiskujejo zahtevnejše šolske programe, so pogosteje poročali o boljših prehranskih in gibalnih navadah ter redkeje o vseh tveganih vedenjih, vključenih v našo raziskavo. Zanimivo je, da se je pokazala povezava med zahtevnejšimi šolskimi programi in slabšim izidi na nekaterih področjih duševnega zdravja. Mladostniki iz zahtevnejših šolskih programov so poročali o lažji komunikaciji z mamo in prijatelji, medtem ko so tisti iz manj zahtevnih programov poročali o pogostejšem druženju s prijatelji ob večerih. Zahtevnejši šolski programi so povezani tudi z občutkom večje obremenjenosti s šolo, medtem ko se je večje zadovoljstvo s šolo pokazalo v povezavi z manj zahtevnimi šolskimi programi.

Število prijateljev in socialna opora, ki jo to daje, je po naših rezultatih sodeč pomemben dejavnik zdravja. Mladostniki z manj prijatelji so poročali o manjšem zadovoljstvu z življenjem, slabšem zdravju (samoocena), več psihosomatskih simptomih, slabšem duševnem zdravju ter o več poškodbah in trpinčenosti. O boljših gibalnih navadah so poročali mladostniki z večjim številom prijateljev. Ti so pogosteje poročali tudi o poskusih kajenja tobaka ali marihuane ter opitosti in o lažji komunikaciji z očetom in prijatelji. Tudi pogostejša komunikacija s prijatelji prek elektronskih medijev je značilnejša za mladostnike, ki imajo večje število prijateljev. Po pričakovanjih so šolo kot bolj obremenjujočo doživljali mladostniki brez prijateljev.

Kohezijska regija

Kohezijska regija (določena glede na občino, v kateri se šola nahaja) pri enajst- in trinajstletnikih se je pokazala kot pomemben dejavnik zdravja v primeru gibalnih navad (boljše gibalne navade imajo mladostniki iz zahodne regije) ter nekaterih vidikov duševnega zdravja (mladostniki z zahoda so izkazali slabše rezultate) in socialnega konteksta (v zahodni regiji doživljajo šolo kot bolj obremenjujočo, v vzhodni pa čutijo več

podpore s strani sošolcev).

PREDLOGI ZA NAPREJ

Zdravje mladostnikov je tesno povezano z zdravjem vse populacije in z uspešnostjo celotne družbe, zato je pomembno, da za čim boljše zdravje mladostnikov vlagamo ustrezna sredstva v učinkovite aktivnosti in programe. Podlage za tovrstno delovanje in pregled prioritete dajejo številni mednarodni dokumenti in mednarodne organizacije, s Svetovno zdravstveno organizacijo (SZO) na čelu.

Prevzemanje in razvoj nezdravega življenjskega sloga in tveganih vedenj pri otrocih in mladostnikih lahko vodi v vzdrževanje teh navad ter v nenalezljive kronične bolezni in druge zdravstvene težave že v otroštvu in adolescenci, predvsem pa v odrasli dobi. V Evropski regiji SZO so prav kronične nenalezljive bolezni najpomembnejši vzrok bremena bolezni. Spodbujanje zdravega življenjskega sloga ter preprečevanje prevzemanja in razvoja nezdravega življenjskega sloga in tveganih vedenj, vključno z zmanjševanjem neenakosti, pri otroku in mladostniku privede do boljšega zdravja, zmanjšane obolevnosti in umrljivosti v populaciji in do višje kakovosti življenja.

Za zdravje mladostnikov so odgovorni tako družina kot tudi vrsta institucij: država, zdravstveni, vzgojno-izobraževalni in socialni sistem ter drugi. V okviru teh sistemov je mogoče ustvariti pogoje za zdrav in vsestranski razvoj otrok in mladostnikov, ki pogojuje tudi dobro zdravje. Vsaka od omenjenih institucij je odgovorna za del skrbi za zdravje otrok in mladostnikov. K skrbi za zdravje sodijo tudi učenje, informiranje in ozaveščanje o zdravju in zdravem načinu življenja, učenje veščin in normativno učenje. Promocija zdravja in preventivne dejavnosti, vključno z zmanjševanjem neenakosti, so pomemben način delovanja na področju zdravja otrok in mladostnikov.

Ne glede na to, kje se programi vzgoje za zdravje izvajajo, morajo biti celostni, standardizirani, dolgoročni in intenzivni ter vključeni v sistem, saj ugotavljamo, da prostovoljno vključevanje vsebin in programov ni dolgoročno in enotno za celotno skupino mladostnikov. Za slovenske osnovne in srednje šole to na primer pomeni, da je treba tovrstne vsebine uvajati v redni učni načrt in tako iste osnovne informacije o vzgoji za zdravje omogočiti vsem učencem. Predvsem pa je treba načrtovati in izvajati take programe, ki vključujejo tako cilje, povezane z zdravjem, kot tudi cilje, povezane z zadovoljstvom v šoli, s šolskim uspehom ter z obvladovanjem stresa zaradi dela za šolo.

Umestitev v učni načrt za področje preventivnega zdravstva otrok in mladostnikov v Sloveniji pomeni okrepitev in poenotenje izvajanja vzgoje za zdravje v predšolskem in šolskem obdobju s predpisanimi programi, zagotovitev virov in ustrezno podporo pri koordinaciji in vrednotenju na vseh ravneh izvajanja. Vsebine si morajo slediti spiralno, se nadgrajevati glede na starostno skupino otrok in mladostnikov ter se dopolnjevati med različnimi okolji. Pri tem ne smemo pozabiti na sodelovanje s starši, lokalno skupnostjo, mediji in drugimi, saj lahko to pomembno prispeva k učinkovitosti programov in aktivnosti.

Dandanes je zdravje otrok in mladostnikov vedno bolj odvisno od številnih družbenih, okoljskih, skupnostnih in individualnih dejavnikov. Pomembne so tudi socialne razlike, ki naraščajo v vseh državah, predvsem v vzhodnem delu evropske regije SZO. Znano je, da

ljudje z nižjim socialno-ekonomskim položajem obolevajo in umirajo prej kot posamezniki iz bolj privilegiranih skupin, kar načeloma velja tudi za otroke.

Za zasnovo učinkovitih ukrepov in programov za spodbujanje zdravega življenjskega sloga ter za preprečevanje in zmanjševanje tveganih vedenj mladostnikov moramo poznati in upoštevati dejavnike, ki vplivajo nanje. Vsaj delen vpogled v tovrstne povezave nudi naša raziskava. V njej smo prikazali, da se številni izbrani vidiki življenjskega sloga mladostnikov pomembno razlikujejo glede na izbrane dejavnike: spol, starost in socialno-ekonomski položaj samega mladostnika in njegove družine. To je lahko izhodišče za dodatne usmeritve poleg tistih, ki smo jih že navedli zgoraj.

S spodbujanjem zdravega življenjskega sloga ter preprečevanjem in zmanjševanjem tveganih vedenj mladostnikov je smiselno začeti čim prej, že pri bodočih starših, pri otrocih v predšolskem obdobju in v prvi triadi osnovne šole, ter vsebine stalno nadgrajevati in z njimi nadaljevati čim dlje, saj so intervencije tako učinkovitejše, kot če z njimi začnemo pozneje. Intenzivneje se moramo usmeriti tudi na ključne prehode v mladostnikovem življenju, predvsem na prehod med osnovno in srednjo šolo, kar potrjuje tudi naša raziskava, ki kaže na pomembne razlike med osnovnošolci in srednješolci.

Programe in aktivnosti je treba do določene mere prilagoditi spolu. Glede na rezultate naše raziskave je pri dekletih treba več pozornosti nameniti gibanju, razpoloženju, duševnemu zdravju in telesni samopodobi, pri fantih pa preprečevanju poškodb in večini tveganih vedenj. Na socialno-ekonomski položaj družine lahko ugodno delujemo preko sektorjev in politik, ki urejajo socialno področje družine.

Številni izbrani vidiki življenjskega sloga mladostnikov se pomembno razlikujejo glede na šolski uspeh ali izbrani šolski program, kar nas usmerja v to, da na skupino otrok s slabšim učnim uspehom in na dijake s šol z najmanj ugodnimi kazalniki (poklicne, pa tudi tehnične srednje šole) usmerimo dodatne programe. S tem bomo zmanjševali neenakosti v zdravju in vedenjih, povezanih z zdravjem, ter vsem otrokom in mladostnikom omogočili boljše kakovost življenja in s tem vplivali na njihovo bolj zdravo in zadovoljno odraslo obdobje.

Bolj podrobno si lahko rezultate projekta preberete v monografiji Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov.

3. Izkoriščanje dobljenih rezultatov:

3.1. Kakšen je potencialni pomen² rezultatov vašega raziskovalnega projekta za:

- a) odkritje novih znanstvenih spoznanj;
- b) izpopolnitev oziroma razširitev metodološkega instrumentarija;
- c) razvoj svojega temeljnega raziskovanja;
- d) razvoj drugih temeljnih znanosti;
- e) razvoj novih tehnologij in drugih razvojnih raziskav.

3.2. Označite s katerimi družbeno-ekonomskimi cilji (po metodologiji OECD-ja) sovpadajo rezultati vašega raziskovalnega projekta:

- a) razvoj kmetijstva, gozdarstva in ribolova - Vključuje RR, ki je v osnovi namenjen razvoju in podpori teh dejavnosti;
- b) pospeševanje industrijskega razvoja - vključuje RR, ki v osnovi podpira razvoj industrije, vključno s proizvodnjo, gradbeništvom, prodajo na debelo in drobno, restavracijami in hoteli, bančništvom, zavarovalnicami in drugimi gospodarskimi dejavnostmi;
- c) proizvodnja in racionalna izraba energije - vključuje RR-dejavnosti, ki so v funkciji dobave, proizvodnje, hranjenja in distribucije vseh oblik energije. V to skupino je treba vključiti tudi RR vodnih virov in nuklearne energije;
- d) razvoj infrastrukture - Ta skupina vključuje dve podskupini:
 - transport in telekomunikacije - Vključen je RR, ki je usmerjen v izboljšavo in povečanje varnosti prometnih sistemov, vključno z varnostjo v prometu;
 - prostorsko planiranje mest in podeželja - Vključen je RR, ki se nanaša na skupno načrtovanje mest in podeželja, boljše pogoje bivanja in izboljšave v okolju;
- e) nadzor in skrb za okolje - Vključuje RR, ki je usmerjen v ohranjanje fizičnega okolja. Zajema onesnaževanje zraka, voda, zemlje in spodnjih slojev, onesnaženje zaradi hrupa, odlaganja trdnih odpadkov in sevanja. Razdeljen je v dve skupini:
- f) zdravstveno varstvo (z izjemo onesnaževanja) - Vključuje RR - programe, ki so usmerjeni v varstvo in izboljšanje človekovega zdravja;
- g) družbeni razvoj in storitve - Vključuje RR, ki se nanaša na družbene in kulturne probleme;
- h) splošni napredek znanja - Ta skupina zajema RR, ki prispeva k splošnemu napredku znanja in ga ne moremo pripisati določenim ciljem;
- i) obramba - Vključuje RR, ki se v osnovi izvaja v vojaške namene, ne glede na njegovo vsebino, ali na možnost posredne civilne uporabe. Vključuje tudi varstvo (obrambo) pred naravnimi nesrečami.

² Označite lahko več odgovorov.

3.3. Kateri so **neposredni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

Neposredni rezultati so na dveh ravneh: na ravni konkretnih izdelkov in na razvojno-raziskovalno- spoznanjski ravni:

1. Konkretni izdelki

- Objava primerjave med slovenskimi in mednarodnimi podatki iz leta 2006 (znanstveni članek, Zdravstveno varstvo 2009).
- Priprava prispevka o socialno-ekonomskem položaju in izbranih vedenjih iz leta 2006 (znanstveni članek v objavi)
- Objava predstavitev rezultatov v dveh strokovnih revijah.
- Izvedba raziskave HBSC na reprezentativnem vzorcu slovenskih otrok in mladostnikov - slovenska baza podatkov poslana v mednarodno bazo v skladu s pravili.
- Izdana znanstvena monografija Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov.
- Distribucija monografije strokovni javnosti (fakultete, knjižnice, šole in zdravstveni domovi).
- Objava ugotovitev na spletni strani IVZ - priprava šestih sporočil za javnost v obdobju od julija do septembra 2011.
- Sodelovanje pri pripravi mednarodnega poročila.
- Sodelovanje pri pripravi dveh mednarodnih člankov (International Journal of Public Health, 2009).
- Predstavitev rezultatov različnim javnostim na konferencah ali posvetih.

2. Razvojno-raziskovalno-spoznanjska raven

- nova spoznanja o razlikah v zdravju mladih, varovalnih dejavnikih in dejavnikih tveganja
- identifikacija najbolj ogroženih skupin
- razvoj vprašalnika, testiranje
- razvoj interdisciplinarnega in multidisciplinarnega pristopa
- osnova za pripravo strateških dokumentov, strategij, programov in ukrepov na socialnem, zdravstvenem in šolskem področju, ki lahko zmanjšajo razlike v zdravju mladih in vplivajo na boljše zdravje
- prepoznavanje pomena socialnega okolja za zdravje in kvaliteto življenja
- povečanje znanja in razumevanja sveta mladih in kontekstov njihovega življenja

3.4. Kakšni so lahko **dolgoročni rezultati** vašega raziskovalnega projekta glede na zgoraj označen potencialni pomen in razvojne cilje?

Z raziskavo izboljšujemo razumevanje sveta mladih, njihovih navad, vedenja in s tem prispevamo v bazo znanja, ki je referenčna tako v Sloveniji kot mednarodno. Poleg tega z izvedbo raziskave, ki je modificirana longitudinalna raziskava, omogočamo spremljanje trendov, kar daje raziskavi še posebno vrednost. Z vključevanjem različnih strokovnjakov omogočamo razvoj interdisciplinarnega in multidisciplinarnega pristopa, z diseminacijo rezultatov različnim javnostim pa razširitev spoznanja in seznanitev z najnovejšimi ugotovitvami na področju zdravja otrok in mladih.

Ugotovitve so osnova tudi za pripravo ustreznih zdravstvenih, šolskih in socialnih politik, na podlagi katerih bomo lahko implementirali programe in ukrepe za celotno populacijo in tudi za tiste mladostnike, ki so se izkazali za bolj ogrožene (npr. mladostniki iz socialno šibkejših okolij, z več tveganimi vedenji, fantje pri nekaterih dejavnikih, določene

starostne skupine ...). Za zasnovo učinkovitih ukrepov in programov za spodbujanje zdravega življenjskega sloga ter za preprečevanje in zmanjševanje tveganih vedenj mladostnikov moramo poznati in upoštevati dejavnike, ki vplivajo nanje. Vsaj delni vpogled v tovrstne povezave nudi naša raziskava. V njej smo prikazali, da se številni izbrani vidiki življenjskega sloga mladostnikov pomembno razlikujejo glede na izbrane dejavnike: spol, starost in socialno-ekonomski položaj samega mladostnika in njegove družine.

3.5. Kje obstaja verjetnost, da bodo vaša znanstvena spoznanja deležna zaznavnega odziva?

- a) v domačih znanstvenih krogih;
- b) v mednarodnih znanstvenih krogih;
- c) pri domačih uporabnikih;
- d) pri mednarodnih uporabnikih.

3.6. Kdo (poleg sofinancerjev) že izraža interes po vaših spoznanjih oziroma rezultatih?

- strokovnjaki s področja javnega zdravja
- Ministrstvo za šolstvo in šport
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve
- osnovne, srednje šole
- drugi, ki delajo z mladimi (vladne in nevladne organizacije)
- mediji, splošna javnost (objave v mediji)
- zdravstveni, šolski in socialni delavci
- študentje in profesorji s fakultet

3.7. Število diplomantov, magistrov in doktorjev, ki so zaključili študij z vključenostjo v raziskovalni projekt?

/

4. Sodelovanje z tujimi partnerji:

4.1. Navedite število in obliko formalnega raziskovalnega sodelovanja s tujimi raziskovalnimi inštitucijami.

Smo člani mednarodne mreže in raziskave Health Behavior in School- Aged Children - www.hbsc.org

4.2. Kakšni so rezultati tovrstnega sodelovanja?

Razultati so:

- letno udeleževanje sestankov
- sodelovanje pri mednarodnem poročilu
- sodelovanje pri pripravi vprašalnika in objavah

5. Bibliografski rezultati³ :

Za vodjo projekta in ostale raziskovalce v projektni skupini priložite bibliografske izpise za obdobje zadnjih treh let iz COBISS-a) oz. za medicinske vede iz Inštituta za biomedicinsko informatiko. Na bibliografskih izpisih označite tista dela, ki so nastala v okviru pričujočega projekta.

6. Druge reference⁴ vodje projekta in ostalih raziskovalcev, ki izhajajo iz raziskovalnega projekta:

Predstavitve rezultatov:

- Helena Jeriček Klanšček: Podiplomski tečaj Javno zdravje otrok, mladostnikov in mladostnic 2009, 2010, 2011 (Predstavitev ugotovitev raziskave)
- Helena Koprivnikar: Razširjenost kajenja v Sloveniji – novi podatki (strokovno srečanje ob svetovnem dnevu brez tobaka, 30. 5. 2011)
- Helena Jeriček Klanšček - predstavitev podatkov na MZ, in sicer medsektorski skupini, julija 2011.

Sporočila za medije

Pripravljenih 6 sporočil za javnost, ker smo podrobno opisali ugotovitve s posameznih področij - objavljeno na spletni strani IVZ: http://www.ivz.si/?nn=sporocila_za_javnost. Odziv vseh medijev je bil zelo dober.

Priprava modelnih ur s področja zdravja

Ugotovitve so bile osnova za pripravo izobraževanja za pripravo modelnih ur s področja duševnega zdravja, gibanja, prehrane, tveganih vedenj.

Podlaga in osnova za strateške dokumente

Rezultati in ugotovitve so bile uporabljene za pripravo različnih dokumentov in strategij s področja zdravja in sociale

³ Bibliografijo raziskovalcev si lahko natisnete sami iz spletne strani: <http://www.izum.si/>

⁴ Navedite tudi druge raziskovalne rezultate iz obdobja financiranja vašega projekta, ki niso zajeti v bibliografske izpise, zlasti pa tiste, ki se nanašajo na prenos znanja in tehnologije. Navedite tudi podatke o vseh javnih in drugih predstavitev projekta in njegovih rezultatov vključno s predstavitvami, ki so bile organizirane izključno za naročnika/naročnike projekta.