

# Sociální determinanty zdraví a životních podmínek mladých lidí

## Klíčová zjištění studie chování ve vztahu ke zdraví u dětí školního věku (HBSC): mezinárodní zpráva o šetření v období 2009/2010

Editoři: Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith a Vivian Barnekow

Tato zpráva shrnuje zjištění nejnovějšího šetření HBSC. Tento průzkum byl proveden ve 39 zemích a oblastech v Evropě a Severní Americe<sup>1</sup>, týkal se více než 60 témat a předmětem zkoumání bylo více než 200 000 dětí a mladých lidí.

HBSC je mezinárodní studií kolaborativního charakteru zaštitěnou WHO, která každé čtyři roky sbírá data o zdraví, životních podmínkách, sociálním prostředí a zdravotním chování 11letých, 13letých a 15letých školáků a šolaček. Tato mezinárodní zpráva, jejímž autorem je výzkumná síť HBSC a která je publikována Evropskou regionální kanceláří WHO, představuje nejucelenější obrázek o zdraví a životních podmínkách mladých lidí.

### Klíčová zjištění

Zpráva uvádí, že mladí lidé na jedné straně požívají lepšího zdraví a mají více příležitostí k rozvoji než kdykoli předtím, na straně druhé se však mnoho z nich věnuje činnostem, které jejich zdraví zhoršují (kouření, konzumace alkoholu, nezdravá výživa), a že subjektivně hodnotí své zdraví jako špatné. Nedosahují tedy plného zdravotního potenciálu.

Zpráva se zaměřuje na sociální determinanty zdraví a životních podmínek a poukazuje na propastné nerovnosti v oblasti zdraví mezi jednotlivými zeměmi a oblastmi. Zpráva uvádí následující skutečnosti:

- chování vedoucí ke zhoršení zdraví vykazuje rostoucí prevalenci s věkem a se snižujícím se blahobytem rodiny;
- chlapci a dívky vykazují různé chování ovlivňující jejich zdraví, přičemž některé rozdíly se objevují či prohlubují ve fázi dospívání a potenciálně tak přispívají ke genderovým nerovnostem v dospělosti;
- úroveň zdraví se v jednotlivých zemích liší, což vede k závěru, že sociální, kulturní a ekonomický kontext v dané zemi ovlivňuje zdraví a zdravotní chování mladých lidí a následně vede k tvorbě nerovností mezi jednotlivými zeměmi a oblastmi.

### Dospívání: věk příležitostí

Dospívání je „věkem příležitostí“<sup>2</sup> pro boj se zdravotními nerovnostmi. Zdravotní profil mladých lidí se během tohoto období mění, přičemž tyto odlišnosti poukazují na potřebu věkově diferenciovaných intervencí vedoucích k podpoře zdraví a životních podmínek mladých lidí.

Následující příklady srovnávají 11leté a 15leté školáky, pokud není uvedeno jinak.

<sup>1</sup> Mezinárodní zpráva HBSC 2009/2010 se týká následujících zemí a oblastí: Arménie, Belgie (francouzská), Belgie (vlámská), Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Grónsko, Chorvatsko, Irsko, Island, Itálie, Kanada, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Maďarsko, Bývalá jugoslávská republika Makedonie, Německo, Nizozemsko, Norsko, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Ruská federace, Řecko, Slovensko, Slovinsko, Spojené království (Anglie), Spojené království (Skotsko), Spojené království (Wales), Spojené státy americké, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Turecko a Ukrajina.

<sup>2</sup> Zpráva o stavu dětí ve světě 2011. Dospívání: věk příležitostí. New York, Dětský fond OSN, 2011.

### **Vztahy k vrstevníkům a ke škole se mění s věkem**

Prevalence mladých lidí se třemi nebo více blízkými přáteli stejného pohlaví se mezi 11. a 15. rokem snižuje. Pravděpodobnou příčinou je zvýšení vztahové intimity. Starší studenti ve většině zemí a oblastí tráví více večerů venku ve společnosti přátel a ve větší míře používají nástroje elektronické komunikace. Také mívají více negativních názorů na svou školu; celkový průměr studentů se sympatiemi ke škole klesá o téměř 20 % a např. u italských dívek činí 21 %.

### **Zdraví a zdraví podporující chování se v dospívání zhoršuje**

Prevalence negativních zdravotních indikátorů (zdravotní obtíže, špatné subjektivní hodnocení vlastního zdraví a nízká životní spokojenost) se ve fázi dospívání zvyšuje, a to zejména u dívek. Pokles u subjektivního hodnocení zdraví převyšuje 20 % u dívek ve Skotsku, Maďarsku a na Ukrajině; násobné zdravotní obtíže jsou v Řecku četnější o 30 %. Méně dívek ve věku 15 let uvádí vysokou životní spokojenost.

Jedenáctiletí studenti častěji uvádí zdraví podporující chování. Každodenní konzumace snídaně a ovoce se s věkem snižuje v téměř všech zemích a oblastech (každodenní konzumace snídaně o 20 % u dívek v Rakousku a konzumace ovoce o více než 20 % u dívek v Maďarsku), přičemž rozdíl mezi dívkami a chlapci je přibližně 10 %. Každodenní konzumace sladkých nealkoholických nápojů se zvyšuje; rychlejším tempem u chlapců.

### **Výskyt a prohloubení zdravotních nerovností**

Výskyt a prohloubení zdravotních nerovností v dospívání zpravidla vede k nerovnostem v dospělosti. Mezi průměrnou životní spokojeností u chlapců a dívek ve věku 11 let není žádný rozdíl, ale u dívek ve věku 15 let dochází k poklesu o průměrně 10 %. Tento pokles činí přibližně 15 % u dívek ve Švédsku a Polsku a 5 % u chlapců. Nárůst genderově diferenciovaných zdravotních nerovností je patrný ze snah dívek zhubnout (2% rozdíl ve věku 11 let, 13% rozdíl ve věku 15 let) a v rostoucím počtu stížností na zdravotní stav u dívek (7% rozdíl ve věku 11 let, 18% rozdíl ve věku 15 let).

### **Nárůst zdraví ohrožujícího chování**

Výskyt zdraví ohrožujícího chování se zvyšuje, a to zejména mezi 13. a 15. rokem. Osmnáct procent 15letých uvádí, že kouří alespoň jednou týdně, 21 % připouští konzumaci alkoholu, 26 % je sexuálně aktivních. Charakteristika nárůstu se v jednotlivých zemích a oblastech liší, což svědčí o významné roli sociálního, kulturního a ekonomického prostředí.

## **Rozdíly mezi dívkami a chlapci**

Genderové rozdíly v oblasti zdraví a životních podmínek mladých lidí přetrvávají navzdory sociálním změnám a menším genderovým propastem v mnoha oblastech. Variace genderových rozdílů v jednotlivých zemích a oblastech vedou k závěru, že sociální a kulturní faktory sehrávají významnou roli. Genderové rozdíly se u některých zdravotních indikátorů významně zvyšují mezi 11. a 15. rokem. Jedná se tedy o zásadní období, ve kterém lze zabránit tvorbě genderových nerovností v dospělosti.

Pochopení genderových rozdílů je základním předpokladem tvorby úspěšných a cílených intervencí. Genderové rozdíly v dospělosti lze snížit působením na zdraví mladých lidí s genderovým zaměřením.

## **Dívky se chovají zdravěji, avšak mívají více psychologických a zdravotních obtíží**

Dívky se ve větší míře chovají zdravěji, tj. konzumují více ovoce, častěji si čistí zuby a mají nižší příjem sladkých nealkoholických nápojů, nicméně téměř 10 % 15letých dívek pravidelně vynechává snídani a 40 % dívek je nespokojených se svou postavou, což je téměř dvojnásobný počet ve srovnání s chlapci. V průměru drží 22 % 15letých dívek dietu kvůli své váze, i když nadváhou trpí jen 10 % z nich. U chlapců drží dietu 9 %, ale nadváhou jich trpí 18 %. Dívky také hůře subjektivně hodnotí své zdraví a životní spokojenost a také mívají více zdravotních obtíží.

## **Chování chlapců přispívá ke zhoršení zdraví**

Chlapci se ve větší míře řídí doporučeními pro pohybovou aktivitu<sup>3</sup>, ale také se častěji chovají způsobem, který jejich zdraví zhoršuje. U chlapců ve všech věkových skupinách pozorujeme nejméně o 10 % vyšší prevalenci zranění. Při zkoumání věkových, genderových a regionálních rozdílů pozorujeme, že u 13letého chlapce ze Španělska je téměř pětinašobná pravděpodobnost výskytu zranění v porovnání s 13letou dívkou z Bývalé jugoslávské republiky Makedonie.

Chlapci se chovají riskantněji, např. konzumují více alkoholu, více kouří marihuanu a tabák. V této oblasti dochází k velkým genderovým rozdílům: např. u chlapců z Arménie všech věkových skupin je ve srovnání s dívkami přibližně trojnásobně pravděpodobnější, že byli opilí; genderový rozdíl ve zkušenostech s marihuanou u 15letých dětí v Litvě činí 16 %. Chlapci jsou také častějšími agresory a oběťmi šikany. Pravděpodobnost, že se 15letí chlapci účastnili šarvátky, je v porovnání s dívkami trojnásobná (16 % v porovnání s 5 %). Také je u nich více než dvojnásobně pravděpodobné, že šikanovali ostatní (16 % a 7 %). U 15letého chlapce v Belgii (francouzské) je více než 12násobná pravděpodobnost, že byl obětí šikany ve srovnání se stejně starou dívkou žijící v Itálii. Větší procento 15letých chlapců v některých zemích, zejména ve východoevropském regionu, má za sebou sexuální zkušenost: 48 % chlapců v Rumunsku uvádí sexuální zkušenost, což je o 31 % více než u dívek v této zemi.

## **Vztahy**

Dívky mívají pozitivnější zážitky ze školy, vyšší spokojenost se školou a intenzivnější vnímání akademických úspěchů, ale také si více stěžují na tlak ve škole. V oblasti komunikace s rodiči chlapci uvádějí, že je pro ně snadné řešit se svými otci vážnější problémy. U komunikace s matkami nepozorujeme žádné jasné genderové rozdíly.

## **Genderové paradoxy**

Genderové charakteristiky jsou v některých zemích a oblastech obrácené. U dívek je vyšší prevalence opilosti v některých skandinávských zemích a ve Spojeném království: tato charakteristika je významná u 15letých chlapců ve Skotsku, Grónsku, Finsku a Švédsku. Kouření nejméně jednou týdně je výrazně častější u dívek v České republice, Anglii, Španělsku a Walesu. Ačkoli to není statisticky významné, více dívek uvádí sexuální zkušenost (ve věku 15 let) ve Spojeném království a ve Skandinávii: 71 % dívek v Grónsku uvádí sexuální zkušenost v porovnání s 46 % chlapců.

## **Blahobyt rodiny: významný indikátor zdraví mladých lidí**

Blahobyt rodiny je všeobecně spojován s pozitivnějšími vztahy, lepšími zdravotními výsledky a zdravotním chováním. Model rizikového chování však tolik zřejmý není.

## **Vztah mezi nízkým blahobytem rodiny, špatným zdravím a zdravotními výsledky**

Mladí lidé žijící v prostředí nízkého blahobytu častěji uvádějí průměrné nebo horší zdraví. Tento rozdíl činí 20 % u dívek v Dánsku a 18 % u chlapců na Islandu. Rozdíl mezi nízkým a vysokým blahobytem ve

---

<sup>3</sup> Globální doporučení pro zdraví podporující pohybovou aktivitu. Ženeva, Světová zdravotnická organizace, 2010.

vztahu k vysoké životní spokojenosti převyšuje 20 % u dívek na Islandu, v Turecku, Maďarsku, Rumunsku, Lucembursku, Dánsku a Švýcarsku.

Nízký blahobyť rodiny je předpokladem vyšší prevalence nadváhy a obezity v západní Evropě a Severní Americe. Chlapci v Nizozemsku, Itálii a Belgii (vlámské) například vykazují téměř 15% rozdíl v prevalenci mezi rodinami s vysokým a nízkým blahobytem. V některých východoevropských zemích je tento trend opačný; např. v Arménii, kde je vysoký blahobyť rodiny spojen s vyšší prevalencí nadváhy a obezity – rozdíl činí 10 %.

Nižší prevalence každodenní pohybové aktivity v Německu je spojena s nižším blahobytem rodiny s 10% rozdílem u chlapců, avšak výskyt zranění se s vyšším blahobytem zvyšuje. Rozdíl činí téměř 20 % u chlapců ve Finsku a přibližně 25 % u dívek v Lucembursku. Souvislost mezi nízkým blahobytem rodiny a nízkou prevalencí pohybové aktivity je patrný v nemnoha zemích a oblastech.

### **Souvislost mezi vysokým blahobytem rodiny a zdravím podporujícím chováním**

Vysoký blahobyť rodiny je spojen se zdravím podporujícím chováním, jako je častější konzumace ovoce a každodenní konzumace snídaně. Dívky z rodin s vyšším blahobytem z Arménie, Turecka a Ukrajiny uvádějí příjem ovoce o více než 20 % vyšší v porovnání s jejich vrstevnicemi z rodin s nízkým blahobytem. Mladí lidé z rodin s vyšším blahobytem se vyznačují lepší komunikací s matkami a otci, lepší podporou spolužáků a vyšším počtem blízkých přátel. Vyšší blahobyť bývá také spojován s nižší prevalencí sedavého chování (sledování televize).

### **Blahobyť rodiny a rizikové chování: riskují bohatí více?**

Podstata rizikového chování je složitější a často nelze vypořádat souvislost s blahobytem rodiny. Nicméně v některých zemích existuje vztah mezi vyšší týdenní konzumací alkoholu a vyšším blahobytem rodiny, například na Islandu a v Irsku; hodnoty u chlapců na Islandu jsou o 25 % vyšší.

Obdobně platí, že kouření marihuany je častější u mladých lidí z rodin s vyšším blahobytem na Islandu, v Norsku (pouze u chlapců) a ve Spojených státech amerických. Rozdíl v prevalenci mezi skupinami s vysokým a nízkým blahobytem činí více než 50 % na Islandu a více než 20 % v Norsku.

Kouření alespoň jednou týdně je výrazně častější u chlapců a dívek z rodin s nižším blahobytem ve většině zemí, avšak opačný trend lze vypořádat například v Rumunsku, kde alespoň jednou týdně kouří o 11 % více chlapců z rodin s vyšším blahobytem.

### **Nerovnosti mezi zeměmi a oblastmi**

Závěry průzkumu odhalují nerovnosti mezi jednotlivými zeměmi. Míry nadváhy a obezity jsou například u dívek v rozmezí 30 % (Spojené státy americké) až 5 % (Švýcarsko). Hodnoty u kouření jsou u 11letých v podstatě stejné (méně než 1 %), avšak u 15letých pozorujeme v jednotlivých zemích velké rozdíly. V Rakousku a Litvě kouří přes 25 % 15letých chlapců a dívek, zatímco v Norsku a Portugalsku jsou tyto hodnoty 10 %. Z toho plyne, že změnou sociálního prostředí lze dosáhnout zlepšení zdraví mladých lidí.

### **Sociální prostředí ovlivňuje zdraví mladých lidí**

Zdravotní výsledky jsou diferencovány nejen věkem, pohlavím a socioekonomickým postavením, ale také sociálním prostředím, ve kterém mladí lidé vyrůstají. Rodina, vrstevníci a škola mohou zajistit příznivé prostředí pro zdravý vývoj, ve kterém mohou mladí lidé kumulovat ochranné faktory, kdy zvyšují šance na řešení nepříznivých situací i v prostředí hošších životních podmínek. Mladí lidé, kteří v rámci předchozího výzkumu HBSC uvedli snadnou komunikaci s rodiči, nyní častěji uvádějí různé pozitivní zdravotní výsledky, jako je dobré subjektivní hodnocení vlastního zdraví, vyšší životní spokojenost a méně fyzických a psychologických obtíží.

Přátelství mají u dospívajících zásadní význam. Pomáhají formovat vlastní identitu, rozvíjet sociální dovednosti a zvyšovat sebeúctu a nezávislost. U mladých lidí, kteří vnímají vlastní školu pozitivně, je vyšší pravděpodobnost, že si osvojí pozitivní zdravotní chování a dosáhnou lepších zdravotních výsledků, včetně dobrého subjektivního hodnocení vlastního zdraví, vyšší životní spokojenosti, méně zdravotních obtíží a nižší prevalence kouření.

## Závěry

Systematické rozdíly týkající se věku, pohlaví a socioekonomického postavení v oblasti zdraví, následků zdravotního chování a zkušeností v různých životních prostředích vedou ke zdravotním nerovnostem, které volají po strategiích a intervencích na mezinárodní i národní úrovni. Tato opatření musí být zaměřena na determinanty pozorovaných zdravotních nerovností v dětství a dospívání tak, aby měli všichni mladí lidé příležitost maximalizovat aktuální a budoucí zdraví a životní podmínky a aby zjištěné nerovnosti nezasahovaly do dospělosti se všemi negativními následky pro lidský život a společenský rozvoj.

Programy na podporu zdraví musí zohledňovat věk, pohlaví a socioekonomické rozdíly v trajektoriích rozvoje dospívajících a musí nabízet rovné příležitosti pro všechny. Tyto programy by se neměly týkat pouze zdraví a následků zdravotního chování, ale také sociálního kontextu, ve kterém mladí lidé žijí. Tato opatření s širokým záběrem pomohou omezit či snížit zdravotní nerovnosti a stimulovat trvalý pozitivní vývoj mladých lidí nehledě na nerovnosti.

Důkazní základy týkající se věku, pohlaví a socioekonomických nerovností v oblasti zdraví a životních podmínek musí být nadále rozvíjeny, abychom měli dostatek informací o efektivitě zdravotních intervencí a politik. Jedinečná data HBSC jsou pro tuto práci bohatým zdrojem.

Lidé pracující v oblasti zdraví mladých lidí by neměli pouze přímým způsobem řešit zdravotní problémy, ale také by se měli zabývat tím, jak sociální prostředí napomáhají rozvoji zdraví podporujícího chování. „Model přínosů“ systematickým způsobem identifikuje soubor klíčových přínosů pro zdraví a efektivní podporu zdraví a rozvoje.

## Mezinárodní zpráva o studii HBSC 2009/2010

Zpráva obsahuje zjištění studie HBSC 2009/2010, která se zaměřuje na demografické a sociální determinanty zdraví mladých lidí. Poskytuje pevné důkazní základy pro národní i mezinárodní snahy o podporu zdraví a životních podmínek mladých lidí.

Currie C et al., eds. *Sociální determinanty zdraví a životních podmínek mladých lidí. Studie chování ve vztahu ke zdraví u dětí školního věku (HBSC): mezinárodní zpráva o šetření v období 2009/2010*. Kodaň, Evropská regionální kancelář WHO, 2012 (Zdravotní politika pro děti a dospívající č. 6; <http://www.euro.who.int/HBSC>, k dispozici od 2. května 2012).