World Health Organization

hbsc

SĂNĂTATE ȘI STARE DE BINE LA ADOLESCENȚII DIN ROMÂNIA

Rezultatele Studiului "Health Behaviour in School-aged Children - HBSC" 2018

RAPORT DE CERCETARE

SĂNĂTATE ȘI STARE DE BINE LA ADOLESCENȚII DIN ROMÂNIA

Rezultatele Studiului Health Behaviour in School-aged Children HBSC 2018

Autori:

Adriana Băban, Diana Tăut, Robert Balazsi & Ingrid Dănilă

Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

în colaborare cu

WHO, România

CUVÂNT ÎNAINTE

Copilăria și adolescența sunt perioada importante din viața fiecăruia. Sănătatea și bună-starea la această vârstă pot fi un pașaport pentru buna dezvoltare a persoanelor în viitor. Să știm ce are nevoie tânăra generație în ceea ce privește comportamentul sănătos, ne ajută să construim politici de educație pentru sănătate și intervenții personalizate în domeniile nutriției, abuzului de substanțe, sănătății mintale și nu numai. De aceea, studiul HBSC, care urmărește experiențele tinerilor de mai mult de 35 de ani din numeroase țări, este un instrument extraordinar pentru a pune lucrurile în perspectivă pentru factorii de decizie care se ocupă de modelarea viitorului pentru generațiile următoare.

Dr. Miljana Grbic, reprezentanta Organizației Mondiale a Sănătății în România

A cunoaște și a înțelege în evoluție dimensiunea emoțională, comportamentală și socială a adolescentului este un obiectiv major în psihologia sănătății. Cunoașterea nu ar dobândi relevanță practică dacă ar rămâne la nivel descriptiv și dacă nu ar furniza evidențe și direcții care să orienteze acțiuni de suport pentru dezvoltarea armonioasă a adolescentului. Care sunt diferențele dintre adolescenții de 11, 13 și 15 ani? Dar între fete și băieți? Dacă și cum s-au schimbat aceștia în ultimii patru ani, dar în ultimii 14 ani? Sunt adolescenții din România asemănători sau diferiți față de cei din alte țări și regiuni ale Europei? Dacă și în ce sens sunt adolescenții marcați de inegalitățile socio-economice din România? Cât de mult le place școala și cât de stresați se simt de sarcinile școlare? Care este calitatea comunicării cu părinții lor? Cât de mulțumiți sunt cu viața pe care o au și cum își percep starea lor de sănătate? Acestea sunt doar câteva din întrebările la care prezentul raport încearcă să răspundă cu scopul de a pune la dispoziția specialiștilor în politici publice de sănătate și educație date care să fundamenteze și să genereze acțiuni preventive, de remediere sau de promovare a stării de bine a adolescentului.

Prof. univ. Dr. Adriana Băban, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

Coordonator studiu *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC/WHO), România

REZUMAT

Odată cu studiul 2018-2019, HBSC România marchează cea de-a 15 aniversare a sa. Studiul HBSC este una din cele mai ambițioase inițiative menite să pună în evidență traiectoriile developmentale ale indicatorilor sănătății și stării de bine la adolescenții de 11, 13 și 15 ani. Datele din 2018, discutate pe larg în acest raport, aduc, în același timp, vești proaste și bune referitoare la sănătatea și starea de bine a adolescenților.

În primul rând, este de remarcat că doar două treimi dintre adolescenți trăiesc cu ambii părinți. Suportul social rămâne relativ stabil, la nivelul anilor precedenți, cu excepția suportului perceput din partea colegilor, care scade, și a insatisfacției cu școala care crește. În general, suportul perceput din partea părinților, colegilor, profesorilor, scad odată cu înaintarea în vârstă. Tot odată cu vârsta scad și satisfacția generală cu propria viață precum și starea de bine, ceea ce este îngrijorător: mai puțin de jumătate din adolescenții de 15 ani, sunt în general satisfăcuți cu viața lor.

În paralel, crește numărul celor care acuză probleme emoționale, de la 11 la 15 ani, mai ales în rândul fetelor. Jumătate din adolescenți aderă la recomandările referitoare la igiena orală (periaj dentar zilnic, de cel puțin două ori). Nivelurile activității fizice sunt în scădere față de 2014, în timp ce comportamentele sedentare sunt în creștere accentuată. În contrapondere, ratele supraponderalității și obezității rămân constante comparativ cu cele din 2014, cu o creștere ușoară în rândul fetelor dar și o scădere în rândul băieților. Bullying-ul și violența sunt într-o tendință de scădere, și, pentru prima oară, avem date referitoare la prevalența fenomenului de cyberbullying.

Îmbucurător este și faptul că mai puțini adolescenți, comparativ cu 2014, și-au început viața sexuală. Există, totuși, o scădere în rândul băieților în paralel cu o creștere în rândul fetelor care folosesc prezervativul pentru protecție. Inegalitățile sociale rămân un factor cu influență considerabilă asupra unor indicatori ai sănătății și stării de bine, în special în ce privește suportul social, satisfacția cu viața și anumite comportamente de sănătate, toți acești indicatori fiind mai favorabili adolescenților cu statut socio-economic crescut. Pentru comportamentele de risc, datele sunt mixte: adolescenții cu statut socio-economic crescut se angajează în număr mai mare în consum de alcool și de substanțe, însă, în același timp, au o probabilitate mai mare de a raporta și comportamente de protecție (ex. utilizarea prezervativului).

Studiul internațional HBSC dă voce tinerei generații și aduce în prim-plan îngrijorările, preocupările și perspectivele lor referitoare la propria sănătate și stare de bine. Dorința noastră este ca vocile lor să își găsească răspunsul în agendele publice ale experților în sănătate și ale politicienilor, în egală măsură.

CUVINTE CHEIE:
ADOLESCENȚI
SĂNĂTATE
STARE DE BINE
COMPORTAMENTE DE SĂNĂTATE
COMPORTAMENTE DE RISC
CONTEXT SOCIAL
STATUT SOCIO-ECONOMIC

Adresați solicitările referitoare la publicațiile OMS Biroul Regional pentru Europa către:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
O alternativă este să completați un formular de solicitare online a publicațiilor, informațiilor de sănătate sau a permisiunii de citare ori de traducere, pe website-ul Biroului Regional (http://www.euro.who.int/pubrequest).

© World Health Organization 2020

Toate drepturile rezervate. Biroul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății primește solicitări de reproducere sau de traducere a publicațiilor sale în parte sau în întregime.

Scopurile și modalitatea de prezentare a materialului din această publicație nu exprimă opinia Organizației Mondiale a Sănătății privind statutul legal al oricărei țări, teritoriu, oraș sau zonă ori referitoare la autoritățile acestora sau opiniile referitoare la delimitarea granițelor ori frontierelor acestora. Liniile punctate pe hărți reprezintă granițe aproximative pentru care s-ar putea să nu existe acord general.

Menționarea unor companii sau ale unor produse ale anumitor producători nu implică o recomandare pentru acestea de către Organizația Mondială a Sănătății în detrimentul altora, similare, care nu au fost menționate. Cu excepția unor erori sau omisiuni, numele produselor sunt identificate cu inițiale scrise cu literă mare.

Organizația Mondială a Sănătății a luat toate măsurile de precauție rezonabile pentru a verifica informațiile prezente în acest raport. Cu toate acestea, materialul publicat este distribuit fără nicio garanție de vreun fel, expresă sau implicită. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea materialului este a cititorului. În nicio situație, Organizația Mondială a Sănătății nu poate fi răspunzătoare pentru eventualele pagube derivate din utilizarea sa. Perspectivele exprimate de autori, editori sau de grupurile de experți nu reprezintă, în mod necesar, deciziile sau politica explicită a Organizației Mondiale a Sănătății.

CUPRINS

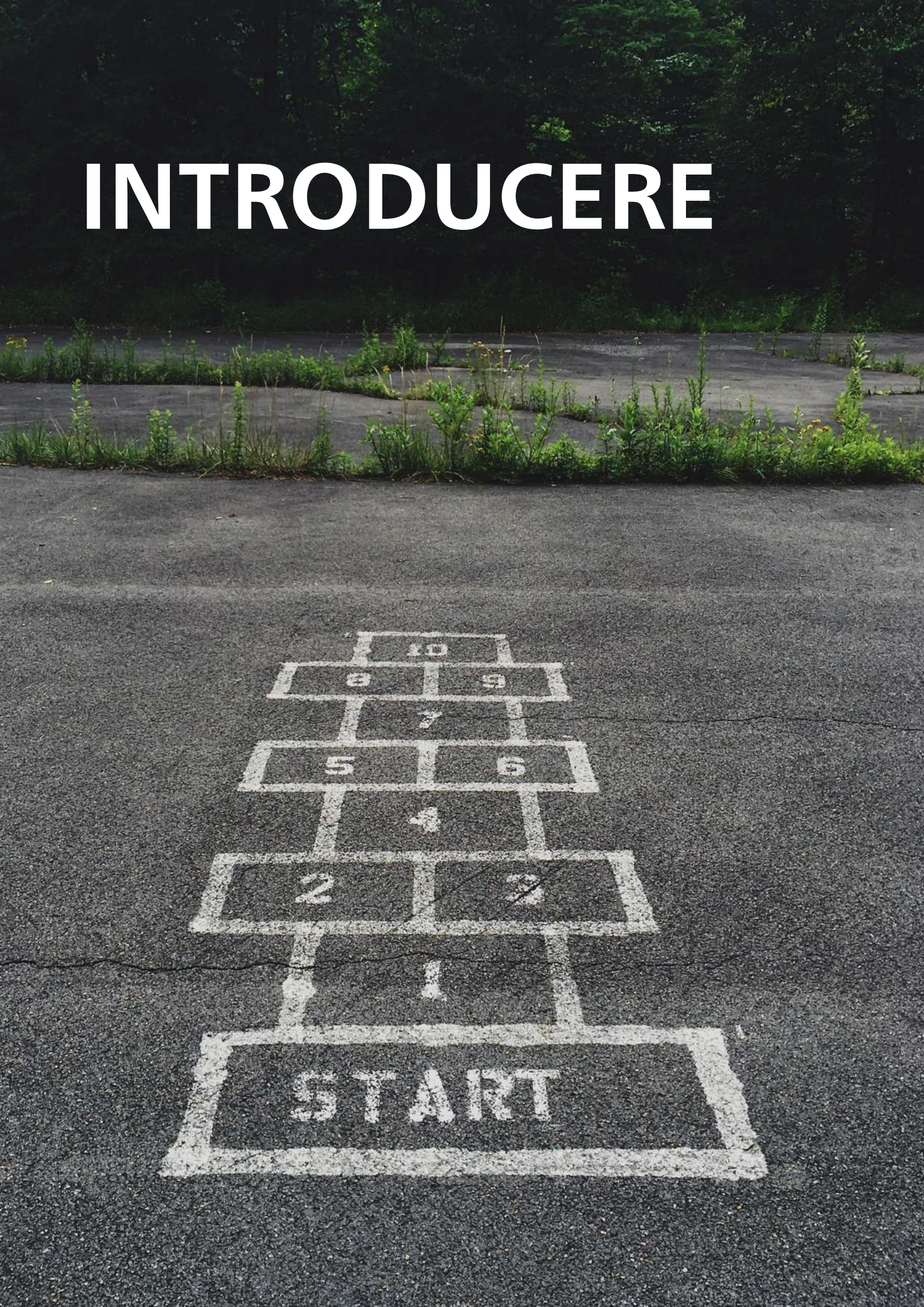
1. Introducere ... 1
2. Metodologia cercetării HBSC/WHO 2018 ... 5
3. Context social ... 10
3.1 Familia ... 10
3.2 Mediul școlar. Satisfacție și presiune școlară, suport perceput ... 17
3.3. Grupul de covârstnici. Suport perceput și comunicare online ... 23
4. Sănătate și stare de bine ... 29
4.1 Satisfacție cu viața și stare de bine ... 31
4.2 Sănătate fizică și psihică ... 33
4.3 Accidentări și răniri ... 36
4.4 Greutate și imagine corporală ... 37
5. Comportamente de sănătate ... 41
5.1 Comportament alimentar ... 41
5.2 Activitate fizică ... 47
5.3. Sănătate orală ... 52
6. Comportamente de risc ... 56
6.1 Fumat, consum de alcool, consum de cannabis ... 56
6.2 Comportament sexual ... 62
6.3 Pariuri și jocuri de noroc ... 67
6.4 Comportament violent: bullying și implicarea în bătăi ... 67
6.5 Dietă și controlul greutății ... 71
6.6 Consum de alimente și băuturi în fața ecranelor ... 73
7. Relația dintre statutul socio-economic și sănătatea adolescentului ... 75
8. Concluzii ... 82

MULȚUMIRI

În România proiectul a fost derulat de către echipa de psihologi de la Departamentul de Psihologie, Laboratorul de Psihologia Sănătății, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, coordonat de prof. univ. dr. Adriana Băban. Cercetarea a beneficiat de finanțarea oferită de biroul Organizației Mondială a Sănătății (OMS) România.

Pe această cale autorii mulțumesc finanțatorilor proiectului și colaboratorilor din biroului național OMS Romania, Dr. Miljana Grbic și Dr. Cassandra Butu, precum și Dr. Martin W. Weber, de la biroul regional OMS pentru Europa, Copenhaga, din *Programul Child and Adolescent Health and Development, Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life-course*. Fără suportul și expertiza lor profesională proiectul nu s-ar fi putut derula.

INTRODUCERE



1. INTRODUCERE

Proiectul de cercetare *Health Behavior School Children (HBSC)* reprezintă una dintre primele încercări de a investiga sistematic, în cadrul unei cercetări internaționale, comportamentul sănătos al copiilor și adolescenților. Succesul acestei inițiative a fost confirmat de extinderea treptată a numărului de țări incluse în studiu, de la trei în 1983 la 41 în 2005, actual rețeaua HBSC însumând 49 de țări membre.

Studiul HBSC este derulat în colaborare științifică cu biroul european al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS/WHO) / programul de Sănătatea Copilului și Adolescentului, în timp ce coordonarea internațională a cercetării, metodologiei și analizei de date provenite de la cele 49 de țări membre este asigurată de Departamentul de Cercetare a Sănătății Copilului și Adolescentului din cadrul Universității de Medicină din St. Andrews și Glasgow, Scoția, UK și de către Departamentul de Promovarea Sănătății de la Universitatea Bergen, Norvegia. Pe baza acestor considerente instituționale cercetarea poartă numele studiu colaborativ transnațional HBSC/WHO.

Pe parcursul celor trei decenii de când studiul HBSC se desfășoară cu regularitate la un interval de patru ani, s-a înregistrat o creștere considerabilă a interesului comunității științifice internaționale și al principalilor decidenți implicați în dezvoltarea politicilor publice de sănătatea și educația copiilor și adolescenților. Mai mult decât atât, în foarte multe țări, aceste politici publice sunt elaborate de specialiști pe baza datelor oferite periodic de studiile HBSC/WHO.

România a devenit membră a rețelei HBSC/WHO în anul 2004, în urma unei evaluări sistematice și atente pe o perioadă de doi ani a capacității instituționale și expertizei profesionale a colectivului de cercetare din cadrul Laboratorului de Psihologia Sănătății, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, coordonat de prof. univ. dr. Adriana Băban. Până în prezent, în România au fost colectate date pentru studiul HBSC/WHO în patru momente diferite: 2006, 2010 și 2014, respectiv 2018. Acest fapt permite în prezent atât analiza situației recente privind comportamentele de sănătate ale adolescenților, cât și analiza tendințelor evolutive ale acestor aspecte în intervalul 2006-2018.

Având în vedere importanța sănătății adolescentului, acumularea de date științifice privind contextul social, familial, școlar și de grup a comportamentelor de sănătate și de risc are o relevanță nu doar epidemiologică dar și aplicativă. Setul de date internaționale, regionale și naționale permite elaborarea și desfășurarea unor programe de promovare a sănătății și reducerea factorilor de risc pentru îmbolnăviri și accidente în rândul tinerilor, părinților și educatorilor/profesorilor în context școlar, comunitar și populațional. În consecință, studiul HBSC/WHO are următoarele obiective:

(1) Studiul sănătății și stării de bine a adolescenților în context developmental (11, 13, 15 ani), familial, școlar și social;
(2) Evaluarea dimensiunilor fizice, emoționale, comportamentale și sociale ale stării de sănătate și ale stării de bine;
(3) Măsurarea factorilor de risc, cât și a celor care promovează sănătatea;
(4) Informarea politicilor publice și practicilor educaționale, sociale în vederea ameliorării stării de sănătate, a stării de bine și a vieții tinerilor, viitori adulți.

Prin adunarea de date auto-raportate de membrii grupurilor țintă (adolescenți de 11,13 și 15 ani), studiul HBSC/WHO permite:

- Colectarea de date descriptive la nivel național (prevalență, intensitate, frecvență, inițiere, durată) privind dimensiunile emoționale, comportamentale, sociale ale sănătății și stării de bine;
- Investigarea diferențelor de vârstă privind aspectele evaluate;
- Evidențierea diferențelor de gen și a intersecției dintre vârstă și gen;
- Identificarea diferențelor induse de inegalitatea socio-economică;
- Cunoașterea atât a dimensiunilor de sănătate pozitive cât și a celor problematice în rândul populației vizate de studiu;
- Analiza comparativă a tendințelor evolutive a datelor (la fiecare 4 ani);
- Analiza comparativă între țări și regiuni europene;
- Realizarea unui "profil de țară" privind aspectele cheie ale sănătății adolescenților;
- Conturarea de politici și servicii educaționale, sociale și de sănătate pentru adolescenți pe baza evidențelor științifice.

Spre deosebire de alte studii care urmăresc izolat doar una sau câteva dimensiuni ale sănătății adolescenților, cu predilecție doar pe cele negative (ex.: fumat, consum de alcool și droguri; emoții negative), studiul HBSC/WHO are avantajul că utilizează o abordare holistică și ecologică a adolescentului în contextele sale specifice de viață, încorporând atât dimensiunea pozitivă a sănătății cât și cea de risc. Studiul HBSC/WHO oferă date (bazate pe percepțiile tinerilor) privind următoarele paliere și dimensiuni ale sănătății:

1. **Contextul social:**
   1.1. Familia (date demografice; comunicare; suport; statut socio-economic)
   1.2. Școala (atitudinea față de școală; stresul școlar; suportul profesorilor și al colegilor)
   1.3. Grupul de prieteni (suportul oferit de prieteni; comunicarea electronică cu aceștia)
2. **Sănătate și stare de bine**
   2.1. Satisfacția cu viața
   2.2. Percepția stării de sănătate
   2.3. Simptome somatice și psihice
   2.4. Greutate și imagine corporală
   2.5. Accidentări și răniri
3. **Comportamente de sănătate**
   3.1. Consumul micului dejun
   3.2. Consum de fructe și legume
   3.3. Consum de lichide
   3.4. Servirea mesei în familie
   3.5. Activitate fizică
   3.6. Sănătate orală
4. **Comportamente de risc**
   4.1. Fumat
   4.2. Consum de alcool
   4.3. Consum de cannabis
   4.4. Comportament sexual
   4.5. Comportament agresiv (implicarea în bătăi)
   4.6. Hărțuire, intimidare (bullying)
   4.7. Comportamente de control al greutății

Metoda de colectare a datelor în studiul HBSC/WHO este cea a chestionarului, deci sunt date raportate de tineri. De aici decurge și una dintre limitele studiului. În același timp, metoda

evaluării prin chestionare este foarte răspândită, metodă predilectă în domenii precum Sănătatea Publică și Psihologia Sănătății (și nu numai).

Numărul mare de respondenți (peste 220.000 la nivel internațional și peste 4500 la nivel național), eșantionarea pe criterii de reprezentativitate națională, eliminarea chestionarelor care nu au fost validate de cercetători, similarități pe regiuni și zone, diferențe internaționale comune pe vârstă și gen, evoluție specifică pe țări în intervalele de 4 ani în adunarea de date, participarea benevolă a elevilor, sunt doar câteva din argumentele pentru a considera datele HBSC ca date științifice solide.

Datele HBSC obținute pe loturile de elevi din România din cercetările anterioare au fost încorporate în Rapoartele Internaționale și publicate de Organizația Mondială a Sănătății, ultimul fiind „Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people health and well-being", lansat la Comisia Europeană, Bruxelles și publicat în 2016 cu scopul de a determina luarea a cât mai multe măsuri practice care să promoveze sănătatea copilului și adolescentului.

METODOLOGIA **CERCETĂRII**

2. Metodologia cercetării HBSC

Studiul HBSC/WHO impune stabilirea unor standarde de calitate riguroase cu privire la metodologia de elaborare și adaptare a chestionarului, respectiv procedura de colectare și analiză a datelor (Smith și colab., 1992). În consecință, calitatea concluziilor, respectiv validitatea și fidelitatea lor reprezintă (și a reprezentat) una dintre principalele preocupări al cercetătorilor implicați în proiectul HBSC (Harkness, 1999; Lynn, 2003). În cadrul procesului de îmbunătățire continuă a calității datelor, începând cu cercetările HBSC/WHO 1997/1998, diferitele scale ale chestionarului au fost supuse unui vast demers de validare.

S-au efectuat o serie de studii de validare și verificare a fidelității scalelor incluse în chestionar, a căror rezultate au fost publicate în reviste de referință pe diverse teme de actualitate: problema bullying-ului (Smith & Robinson, 2019; Wolgast & Donat, 2019), comportamente de risc (Stevens, 2019), activitatea fizică și corelatele ei (Tesler și colab., 2019; Vandendriessch și colab., 2019), comportamentul sexual (Runarsdottir, Smith, & Arnarsson, 2019) sau migrație și stil de viață (Rouche și colab., 2019) (pentru lista publicațiilor vezi http://www.hbsc.org/publications/journal/).

Scopul capitolului actual este de a prezenta modul în care criteriile metodologice riguroase elaborate în cadrul studiului HBSC/WHO 2018 au fost implementate în cercetarea din România. În continuare vom prezenta: i) metodologia elaborării chestionarului aplicat în România; ii) metodologia selecției participanților la studiu și procedura de colectare a datelor; și, iii) procedura de analiză a datelor.

Elaborarea chestionarului

În elaborarea conținutului chestionarului aplicat s-a ținut cont de caracteristicile populației țintă și a modalității de colectare a datelor. Din acest punct de vedere instrumentul de cercetare elaborat se adresează elevilor cu vârsta de 11, 13 și 15 ani și respectă standardele metodologice internaționale de întocmire a unui chestionar autoadministrat în contextul aplicării în grup (în acest caz într-o clasă de elevi) (Roberts și colab., 2007).

Întrebările chestionarului evaluează următoarele domenii din viața unui elev, relevante pentru starea de bine și de sănătate : 1. context familial; 2. context școlar; 3. grup de prieteni; 4. context social; 5. comportamente de sănătate (comportament alimentar; activitate fizică; sănătate orală); 6. comportamente de risc (fumat; consum alcool; consum droguri; comportament sexual; bătăi și hărțuire; cure de slăbire; accidentări); 7. sănătatea mentală și fizică (satisfacția cu viața; percepția stării proprii de sănătate; sănătate pozitivă; imagine corporală; greutate; acuze somatice și emoționale, precum și consum de medicamente asociate acestora). Conform standardelor internaționale, întrebările chestionarului sunt împărțite în trei categorii:

1. Întrebări obligatorii (49 de itemi), care au fost incluse în chestionarele fiecărei țări partenere și care asigură comparabilitatea datelor între țări dar și între intervalele de aplicare a chestionarului (punerea în evidență a tendințelor de modificare, în sens pozitiv sau negativ, ale aspectelor enumerate mai sus).
2. Alături de întrebările obligatorii, în funcție de decizia echipei de cercetare dintr-o anumită țară, chestionarul a inclus pachete de întrebări opționale, ce abordează diferite domenii specifice.
3. În ultima categorie au fost incluse întrebări suplimentare, specifice fiecărei țări, care în opinia grupului de cercetare prezintă relevanță națională.

Chestionarele aplicate celor trei categorii de vârstă (11, 13 și 15 ani) diferă în ceea ce privește numărul întrebărilor incluse (implicit al itemilor). În chestionarele aplicate elevilor de 15 ani au fost

incluse toate întrebările, în timp ce chestionarele adresate elevilor de 13 și 11 ani nu au incluse întrebări care nu reprezintă un subiect relevant pentru aceste categorii de vârstă (ex. în chestionarul celor de 11 ani nu s-au inclus întrebările cu privire la activitatea sexuală sau consumul de droguri).

Chestionarul a fost tradus din limba engleză în limba română de către 2 specialiști ai echipei HBSC/WHO România; în următoarea fază, chestionarul a fost supus procedurii de retroversiune (din limba română în limba engleză), versiune care a fost trimisă și verificată de specialiști ai echipei internaționale HBSC. În următoarea etapă s-a procedat la testarea în studiul pilot a chestionarelor pe grupe restrânse de elevi de 11,13 și 15 ani și la o colectare suplimentară de informații calitative privind înțelegerea sensului întrebărilor, a unor cuvinte, gradul de dificultate, ambiguități în exprimare. În funcție de sugestiile primite au fost operate modificări (minime) în formularea întrebărilor.

Variantele finale ale chestionarului HBSC România, pentru cele trei categorii de vârstă, au fost multiplicate doar după testarea în cadrul studiului pilot și primirea acordului specialiștilor în metodologia studiului HBSC /WHO din echipa internațională de coordonare.

Descrierea eșantionului și procedura de colectare a datelor

Volumul eșantionului a fost setat la 1500 elevi/categorie de vârstă. Pentru a contrabalansa problema refuzului de participare la studiu, respectiv al non-răspunsurilor, s-a optat pentru o strategie de supradimensionare a eșantionului (*over sampling*), astfel încât dimensiunea inițială a fost setată la 2200 de elevi/categorie de vârstă. Unitatea de eșantionare a fost școala, școlile incluse în eșantion fiind împărțite în straturile definite pe baza criteriilor de stratificare, selecția aleatoare aplicându-se în interiorul fiecărui strat, în funcție de ponderea pe care o avea stratul respectiv în întreaga populație.

Structura eșantionului s-a stabilit pe baza datelor obținute de la Ministerul Educației Naționale. Principalele criterii de stratificare a eșantionului au fost: regiunile de dezvoltare (Nord-Est, Sud-Est, Sud, Sud-Vest, Vest, Nord-Vest, Centru și București-Ilfov) și tipul așezării (urban și rural). În interiorul acestor straturi, în eșantion au fost incluse unități de 11 mărimi diferite (potrivit numărului de elevi) din învățământul de stat și particular, astfel încât să fie respectat procentul acestora în distribuția națională a unităților de învățământ.

Potrivit acestui design de eșantionare au fost invitate 186 de școli din 39 județe ale celor 8 regiuni de dezvoltare economică, respectiv 6600 de elevi (2200/categorie de vârstă) din 298 clase. La această solicitare au răspuns pozitiv 160 de școli, respectiv 251 de clase, însumând 5683 elevi (N=1867 pentru categoria 11 ani, N=1988 pentru categoria 13 ani și N=1828 pentru categoria 15 ani).

În urma validării chestionarelor au fost eliminate chestionarele necompletate sau completate incorect, respectiv chestionarele participanților care nu se integrează în grupele de vârstă stabilite (11 ani, 13 ani și 15 ani), astfel încât volumul final al eșantioanelor pe categorii de vârstă au fost N=1481 pentru categoria 11 ani, N=1521 pentru categoria 13 ani și N=1565 pentru categoria 15 ani (total eșantion N=4567 elevi).

Derularea studiului a fost aprobată de Comisia de Etica Cercetării a Universității Babes-Bolyai Cluj-Napoca, pe baza protocolului de cercetare pus la dispoziție. De asemenea, departamentele de resort din Ministerul Educației Naționale precum și din Ministerul Sănătății, au fost informate de cercetarea HBSC/WHO 2018 și s-au obținut acorduri scrise în acest sens.

Pe baza acestor acorduri scrise au fost contactate Inspectoratele Școlare Județene pentru a informa și a solicita un acord de principul privind derularea studiului HBSC/WHO 2018. Pe baza acestor acorduri, operatorii de teren au solicitat aprobarea direcțiunii școlilor selectate în

eșantion. Acordul final de intrare în clasele de elevi a fost dat de directorul școlii, respectiv de profesorul de la ora de curs. Acordul părinților și elevilor a fost obținut pe baza informării privind obiectivele studiului HBSC/WHO 2018; s-a luat în considerare acordul pasiv (adică elevul/părintele care nu era de acord cu participarea la studiu avea dreptul să refuze completarea chestionarului).

Colectarea datelor a fost efectuată de 39 operatori de teren pregătiți pentru această sarcină în cadrul unor cursuri de formare metodologică cu privire la aspectele relevante ale cercetării HBSC/WHO 2018 (abordarea directorilor de școli în baza acordurilor existente, selecția claselor din școli, colectarea datelor în clase, gestionarea chestionarelor astfel încât să se respecte principiile etice de participare și anonimitatea respondentului).

Activitatea operatorilor de teren a fost continuu monitorizată de experții care au contribuit la elaborarea eșantionului teoretic și al protocolului de colectare de date HBSC/WHO 2018. Ulterior validitatea chestionarelor a fost verificată prin contactarea directorilor/profesorilor din instituțiile de învățământ în școala/clasa în care s-a aplicat chestionarul.

În baza protocolului de eșantionare elaborat, prin respectarea unei metodologii riguroase de colectare și verificare a datelor, considerăm că eșantioanele obținute sunt reprezentative național pentru populația copiilor școlarizați din categoriile de vârsta (11 ani, 13 ani și 15 ani).

Procedura de analiză a datelor

În cadrul proiectului HBSC/WHO 2018 s-a acordat o atenție deosebită atât procesării primare (procedura de *cleaning*) cât și analizei statistice secundare a datelor, ceea ce implică efectuarea comparațiilor transculturale. Un astfel de demers, în mod implicit, presupune elaborarea unor baze de date standardizate care să permită astfel de operații. Datele colectate în cadrul cercetării au fost introduse în bazele de date SPSS (baze de date separate pentru fiecare categorie de vârstă), elaborate de Grupul de Dezvoltare a Metodologie Cercetării.

Pentru evitarea artefactelor, introducerea a 10% din totalul datelor a fost efectuată de două ori, astfel permițând oportunitatea unui control ridicat al calității datelor introduse. Înainte de a introduce datele in baze de date, un grup de experți au definit variabilele relevante ale bazei de date și au configurat aceste variabile astfel încât să fie compatibile cu cerințele formulate in caietul de coduri elaborat de Data Management Center (DMC), Bergen University, Norvegia.

Bazele de date completate au fost trimise către DMC, fiind acceptate doar în baza unor documentații detaliate oferite de echipa de cercetare din România, documentație care a inclus: descrierea procedurii de eșantionare, de colectare a datelor, rata de răspunsuri, criterii de stratificare al eșantionului, observații și eventuale abateri de la protocolul internațional de cercetare.

Toate procedurile inițiale de verificare a bazelor de date au fost realizate de echipa de cercetători HBSC/WHO România (eliminarea inconsistențelor în răspunsuri, răspunsuri conflictuale, etc.). Ulterior, baza de date a fost supusă unei faze secundare de verificare și de curățare a datelor de către echipa de cercetare HBSC de la DMC, Bergen, pentru a asigura comparabilitatea transculturală a acestora (ex. eliminarea participanților care depășesc limita de vârstă și suplinirea datelor lipsă).

BIBLIOGRAFIE

Harkness J (1999). In pursuit of quality: issues for cross-national survey research. Int J Soc Res 2:125–40.

Health Behaviour in School-aged Children (2020). Publications: journal articles. In: HBSC [website]. Glasgow: University of Glasgow (http://www.hbsc.org/publications/journal/).

Lynn P (2003). Developing quality standards for cross-national survey research: five approaches. Int J Soc Res. 6:323–36.

Roberts C, Currie C, Samdal O, Currie D, Smith R, Maes L (2007). 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 15:179–86.

Rouche M, de Clercq B, Lebacq T, Dierckens M, Moreau N, Desbouys L et al. (2019). Socioeconomic disparities in diet vary according to migration status among adolescents in Belgium. Nutrients 11(4):812. doi:10.3390/nu11040812.

Runarsdottir E, Smith E, Arnarsson A (2019). The effects of gender and family wealth on sexual abuse of adolescents. Int J Environ Res Public Health 16(10):1788. doi:10.3390/ijerph16101788.

Smith C, Wold B, Moore L (1992). Health behaviour research with adolescents: a perspective from the WHO cross-national Health Behaviour in School-aged Children study. Health Promot J Aus. 2:41–4.

Smith PK, Robinson S (2019). How does individualism-collectivism relate to bullying victimisation? Int J Bullying Prev. 1:3–13. doi:10.1007/s42380-018-0005-y

Stevens A (2019). Is policy "liberalization" associated with higher odds of adolescent cannabis use? A re-analysis of data from 38 countries. Int J Drug Policy 66:94–9. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.01.013

Tesler R, Kolobov T, Ng KW, Shapiro E, Walsh SD, Shuval K et al. (2019). Ethnic disparities in physical activity among adolescents in Israel. Am J Health Behav. 43(2):337–48. doi: 10.5993/AJHB.43.2.10

Vandendriessche A, Ghekiere A, Cauwenberg JV, De Clercq B, Dhondt K, DeSmet A et al. (2019). Does sleep mediate the association between school pressure, physical activity, screen time, and psychological symptoms in early adolescents? A 12-country study. Int J Environ Res Public Health 16(6). doi:10.3390/ijerph16061072

Wolgast A, Donat M (2019). Cultural mindset and bullying experiences: an eight-year trend study of adolescents' risk behaviors, internalizing problems, talking to friends, and social support. Child and Youth Ser Rev. 99:257–69. doi:10.1016/j.childyouth.2019.02.014

CONTEXT
SOCIAL

3. CONTEXT SOCIAL

3.1 FAMILIA

INTRODUCERE

Dezvoltarea adolescenților este influențată de diverși factori de mediu, dintre care un rol important îi revine familiei. Comunicarea părinte-adolescent și suportul din partea părinților sunt factori care au un mare potențial în a modela comportamentele adolescenților (Bandura, 1977; Qu et al., 2015). Adolescenții care au o relație pozitivă cu părinții se angajează mai rar în comportamente de risc comparativ cu cei care percep un deficit la nivelul acestei relații (Qu et al., 2015). Mai mult, literatura ilustrează în mod sistematic rolul protector al familiei în prevenirea și reducerea problemelor emoționale, începând din copilărie și pe întreaga perioadă a adolescenței (Auerbach et al., 2011; Rueger et al., 2011)

MODALITATE DE MĂSURARE

Întrebările incluse în chestionar fac referire la caracteristici demografice ale familiei, la structura familiei, comunicarea în familie și suportul perceput din partea familiei, după cum urmează:

I. Aspecte demografice ale familiei: a. Locul nașterii: *În ce țară te-ai născut tu?; În ce țară s-a născut mama ta?; În ce țară s-a născut tatăl tău?* b. Structura familiei: *"Toate familiile sunt diferite (de exemplu, nu toți copiii locuiesc cu ambii părinți, uneori locuiesc doar cu un părinte sau locuiesc pe rând cu fiecare dintre părinți). Te rugăm să răspunzi la această întrebare gândindu-te la casa în care locuiești tu în cea mai mare parte a timpului și marchează căsuța (căsuțele) din dreptul persoanelor care locuiesc acolo."* c. Statutul de angajat al părinților: *Tatăl tău are serviciu?* și *Mama ta are serviciu?* Variantele de răspuns au fost "da"; "nu"; "nu știu"; "nu îmi cunosc sau nu îmi văd tatăl/mama".

II. Comunicarea în familie: *Cât de ușor îți este să vorbești despre lucrurile care te preocupă, cu următoarele persoane: 1. Tata; 2. Tatăl vitreg sau partenerul mamei; 3. Mama; 4. Mama vitregă sau partenera tatălui.* Variantele de răspuns sunt: *foarte ușor, ușor, dificil, foarte dificil, nu există sau nu mă văd cu această persoană*. În raportare s-a luat în considerare procentul adolescenților care au declarat că le este ușor sau foarte ușor să comunice cu fiecare din cele patru persoane.

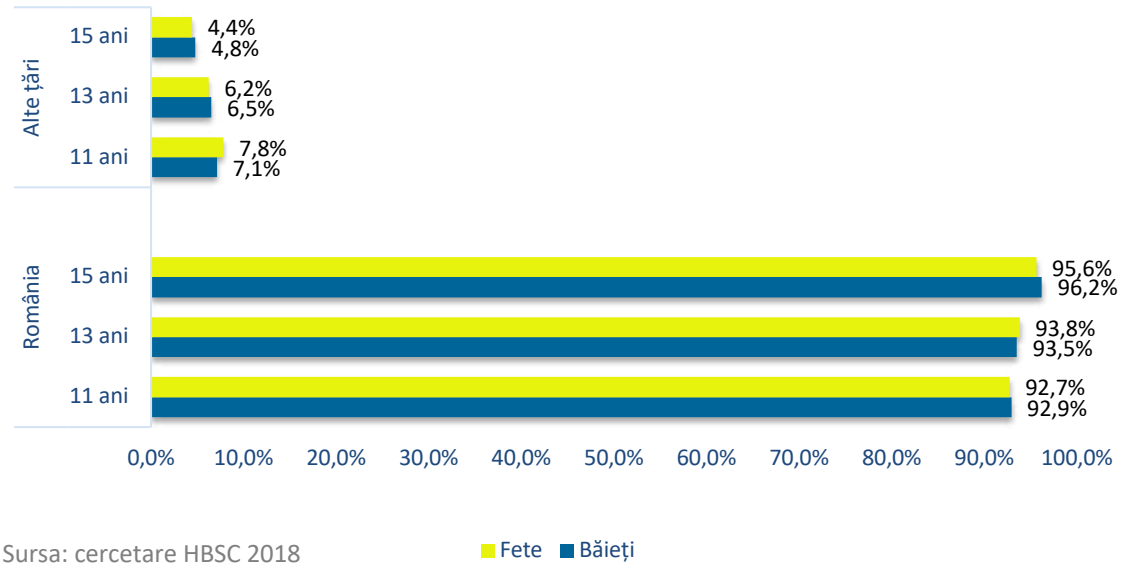
III. Suportul familiei: *1) Familia mea încearcă cu adevărat să mă ajute, 2) Primesc de la familia mea ajutorul și sprijinul emoțional de care am nevoie. 3) Pot să vorbesc despre problemele mele cu familia mea. 4) Familia mea este dispusă să mă ajute să iau decizii.* Răspunsurile adolescenților au fost date pe o scală Likert cu 7 variante de răspuns, exprimând măsura în care sunt sau nu de acord cu fiecare din aceste afirmații, pornind de la *1-dezacord foarte puternic*, și până la *7-acord foarte puternic*. Media celor patru itemi a reprezentat scorul compozit pentru suportul familial. La rezultate sunt prezentate procentele adolescenților care au raportat suport familial ridicat, însemnând o valoare peste 5.5.

REZULTATE

I. Aspecte demografice ale familiei

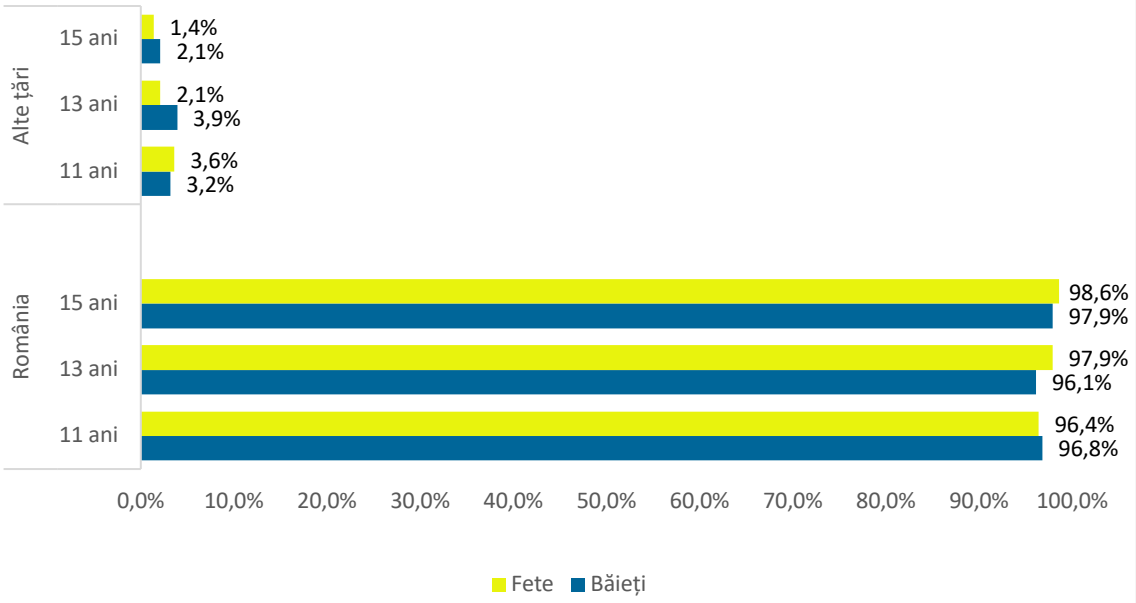
a. Locul naşterii. Conform datelor, 9 din 10 adolescenţi s-au născut în România (fig. 1). Dintre cei care declară că s-au născut în altă ţară, majoritatea raportează ca ţară de naştere: Italia, Spania, Franţa, Germania, Republica Moldova, Marea Britanie. Similar, majoritatea părinţilor elevilor din eşantion sunt născuţi în România (fig. 2 şi 3)

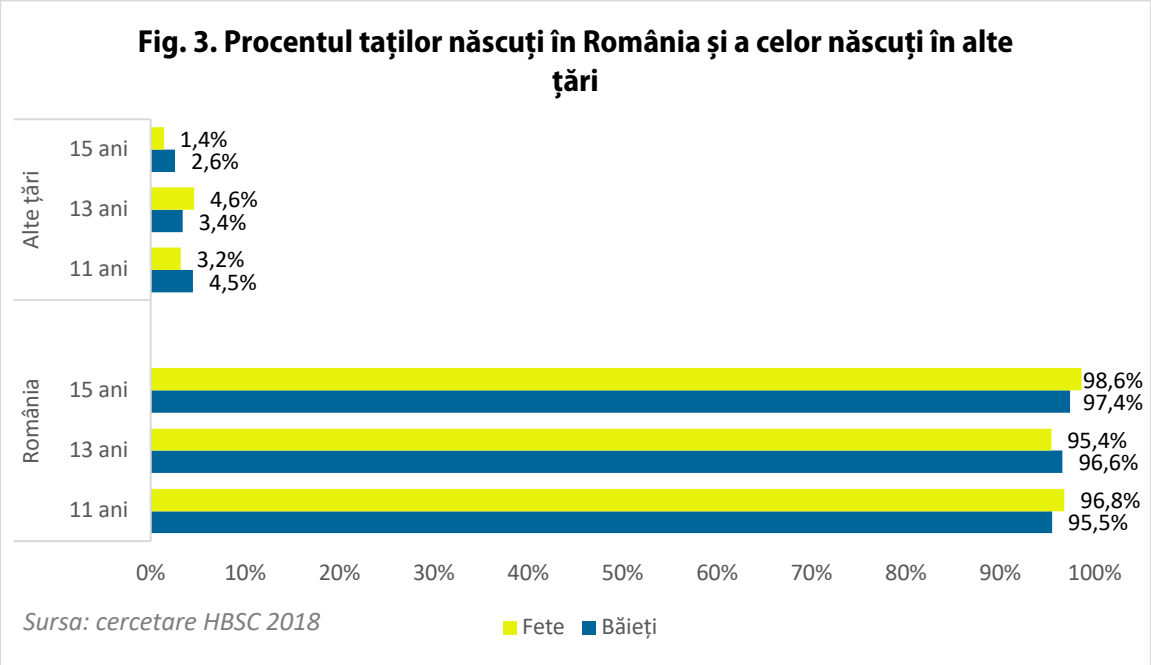
Fig. 1. Procentul adolescenţilor născuţi în România şi al celor născuţi în alte ţări



Sursa: cercetare HBSC 2018

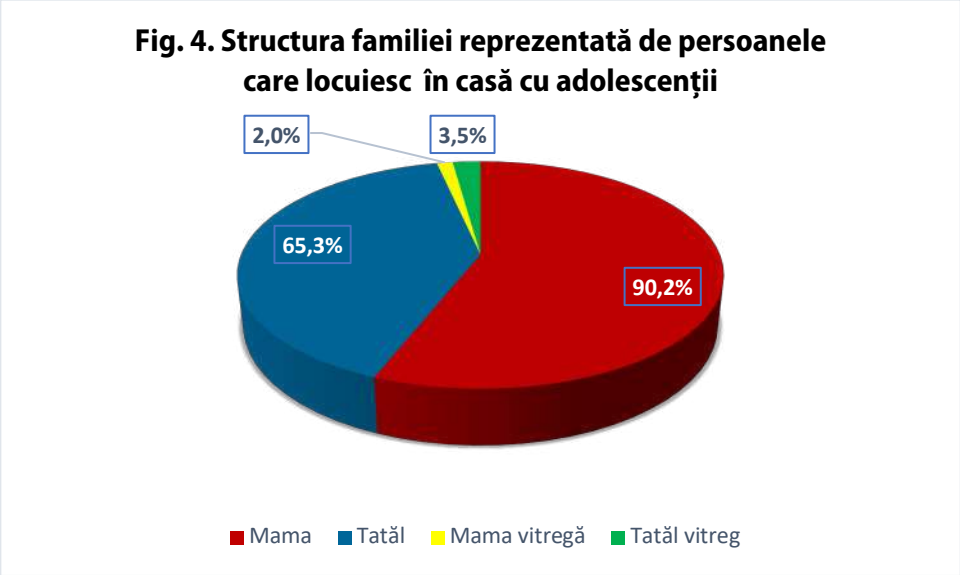
Fig. 2. Procentul mamelor născute în România şi a celor născute în alte ţări





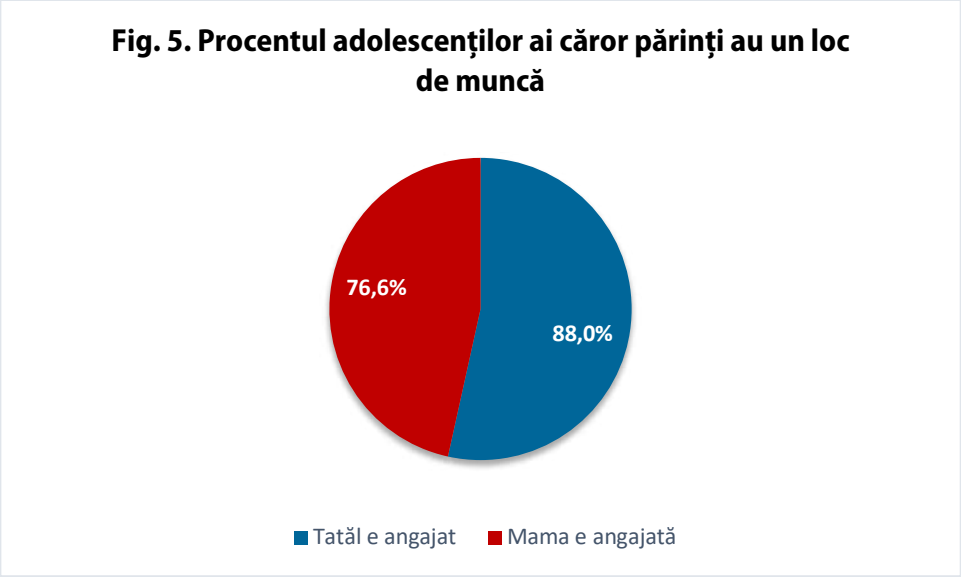
b. Structura familiei

Rezultatele privind structura familiei sunt prezentate în fig. 4. Procentul adolescenților care locuiesc cu ambii părinți (62%) este unul dintre cele mai scăzute din Europa, în timp ce unul din trei adolescenți din România locuiesc în familii monoparentale, de cele mai multe ori cu mama lor. Doar o minoritate locuiește într-o familie cu un părinte vitreg, prezența tatălui vitreg în familie fiind de 3.5%, în timp ce a mamei vitrege este de 2%.



c. Statutul de angajat al părinților

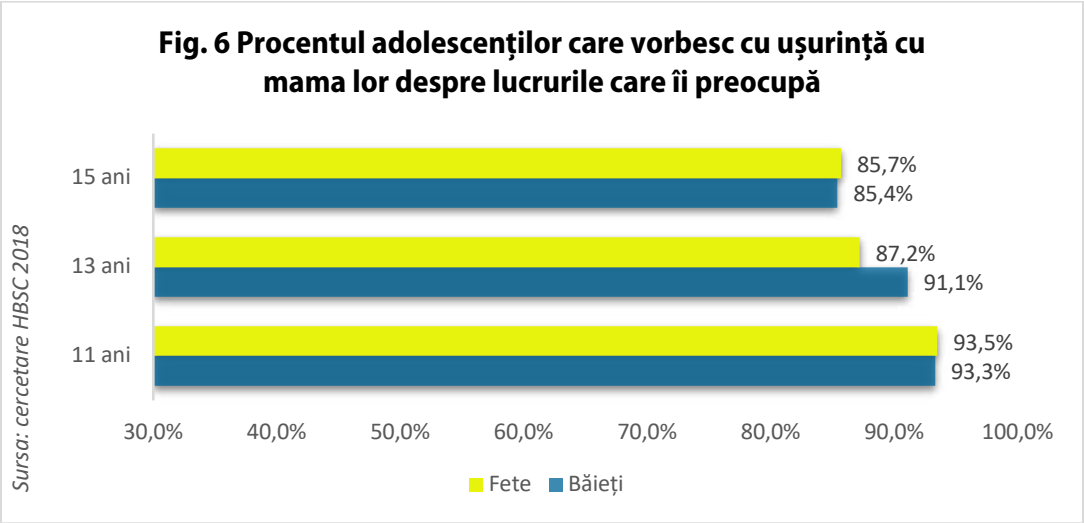
Rezultatele privind locul de muncă al părinților sunt ilustrate în fig. 5. Mai mult de două treimi dintre adolescenți raportează că cel puțin un părinte este angajat. Între statutul de angajat al mamei și cel al tatălui există diferențe, astfel că tatăl este persoana mai des raportată de adolescenți ca având un loc de muncă. Procentul părinților care au un loc de muncă rămâne constant pe măsură ce adolescenții înaintează în vârstă.



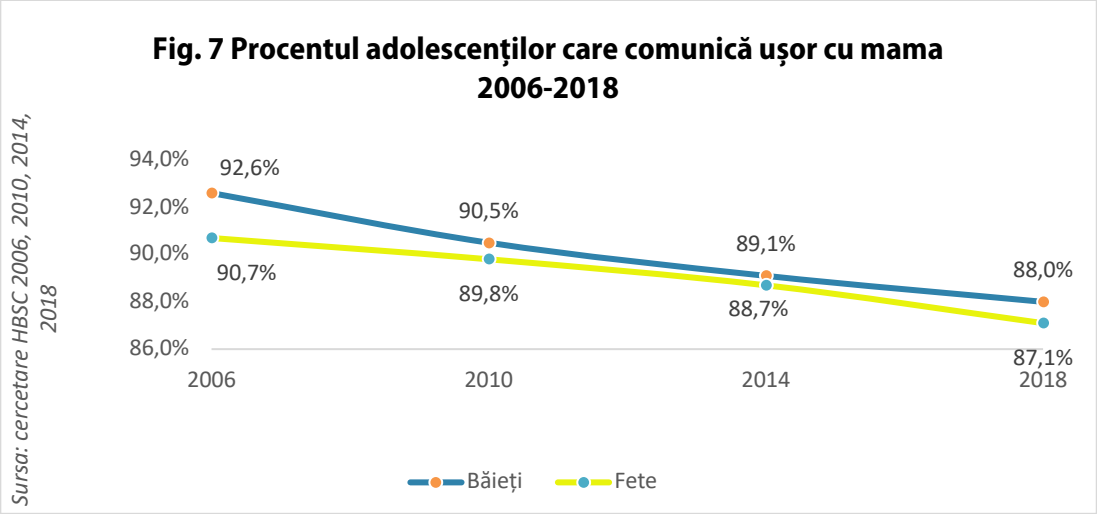
II. Comunicarea în familie

a. Comunicarea cu mama

În medie, 9 din 10 adolescenți vorbesc cu ușurință cu mama lor despre lucrurile care îi preocupă. Fig. 6 prezintă rezultatele în ceea ce privește comunicarea cu mama, în funcție de gen și vârstă. La toate vârstele, se observă că diferențele între fete și băieți sunt mici, dar se remarcă un declin în ceea ce privește ușurința comunicării cu mama odată cu înaintarea în vârstă.

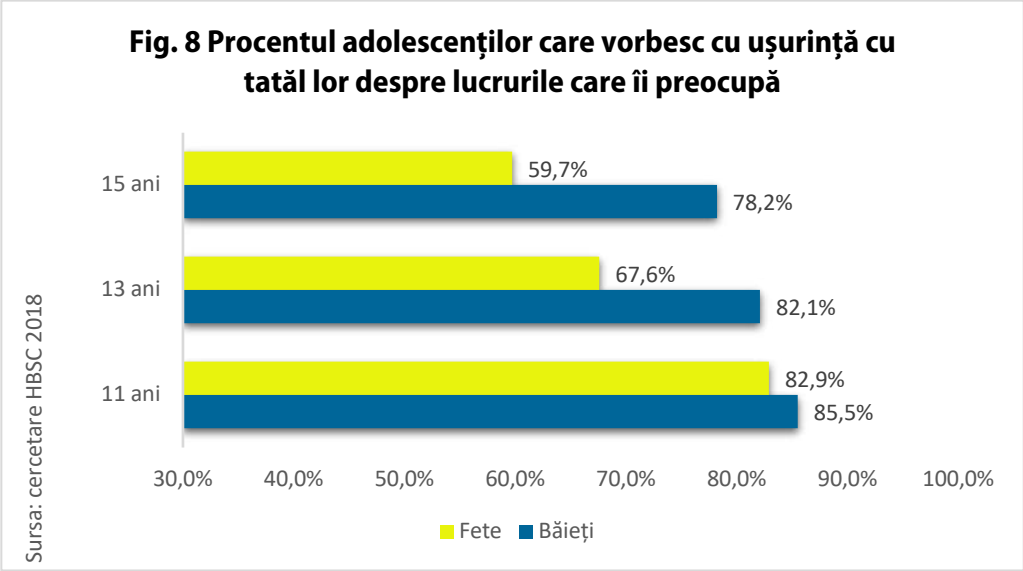


În fig. 7 se observă o tendință de depreciere a comunicării adolescenților cu mama lor despre lucrurile ce îi preocupă în 2018 față de 2006, tendință similară pentru ambele genuri.

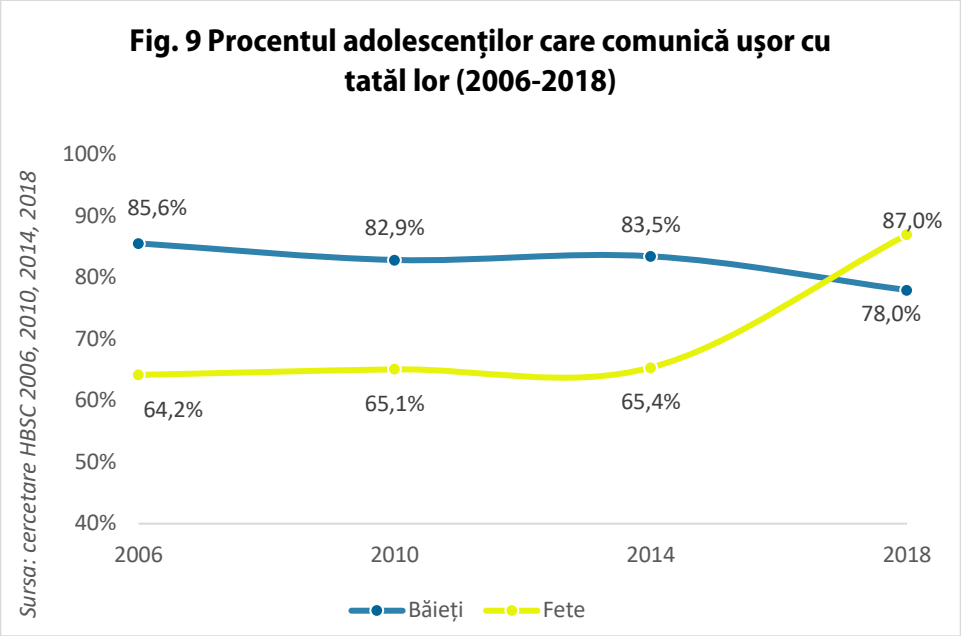


b. Comunicarea cu tatăl

Fig. 8 prezintă rezultatele în ceea ce privește comunicarea cu tatăl, în funcție de gen și vârstă. La toate vârstele există diferențe între fete și băieți, fetele raportând în mai mică măsură faptul că ar comunica ușor cu tatăl lor comparativ cu băieții. Deși această diferență este una minoră la vârsta de 11 ani, ea crește odată cu înaintarea în vârstă. Pentru băieți, ușurința de a comunica cu tatăl se schimbă relativ puțin odată cu înaintarea în vârstă. Pentru fete însă, deprecierea ușurinței comunicării cu tatăl este mai pronunțată, observându-se un declin accentuat.

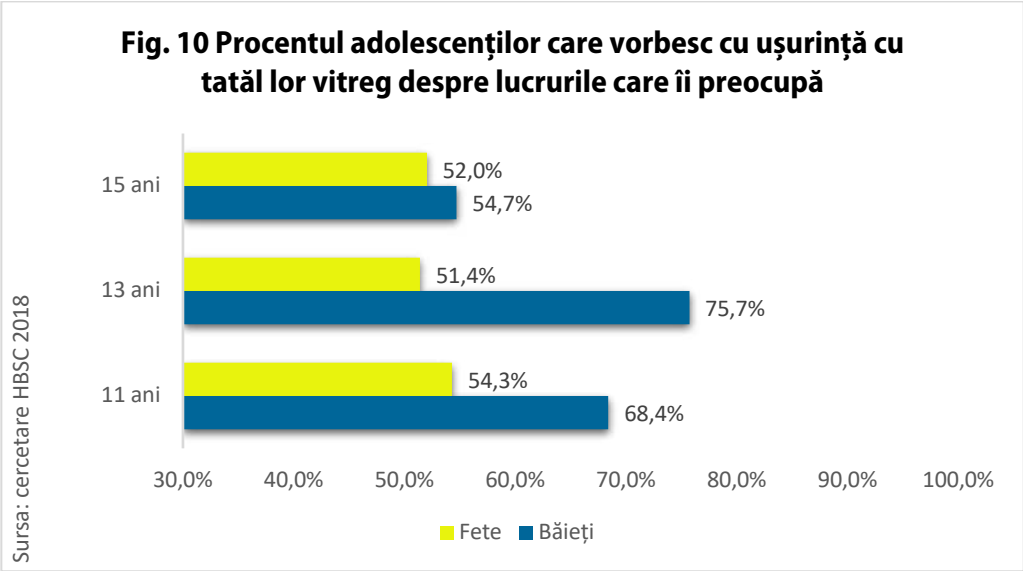


În ceea ce privește evoluția ușurinței comunicării cu tatăl, fig. 9 arată că diferențele de gen care au fost constante între anii 2006-2014 se reduc în 2018. Mai mult, se observă chiar o direcție opusă pentru cele două genuri, fetele raportând mai multă ușurință în comunicarea cu tatăl decât băieții. Totodată, se constată un declin al ușurinței comunicării băieților cu tatăl. Comparativ cu anii anteriori, în anul 2018 se observă cea mai mica diferență între cele două genuri cu privire la ușurința comunicării cu tatăl, precum și creșterea procentului de fete care raportează o bună comunicare cu acesta.



c. Comunicarea cu tatăl vitreg sau partenerul mamei

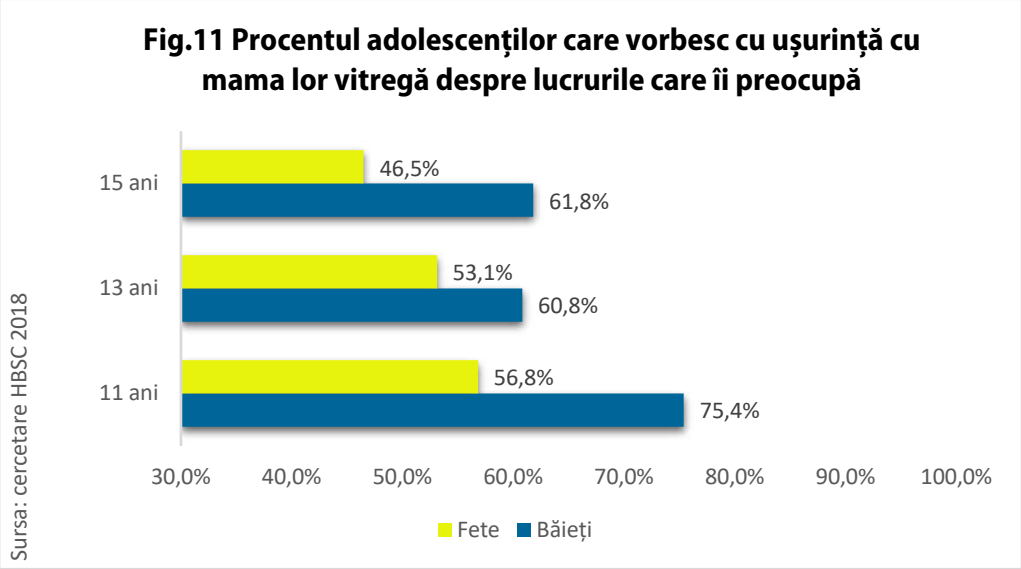
Fig. 10 prezintă rezultatele obținute de la adolescenții care raportează că locuiesc cu tatăl vitreg în ceea ce privește comunicarea cu acesta, în funcție de gen și vârstă. La toate vârstele există diferențe între fete și băieți, băieții raportând într-un procent mai mare o bună comunicare cu tatăl vitreg. Procentul scade odată cu înaintarea în vârstă, la 15 ani aproximativ jumătate dintre aceștia raportează o bună comunicare cu tatăl vitreg. Pentru fete, ușurința comunicării cu tatăl vitreg, raportată de aproximativ 50% dintre acestea, rămâne relativ constantă.



d. Comunicarea cu mama vitregă sau partenera tatălui

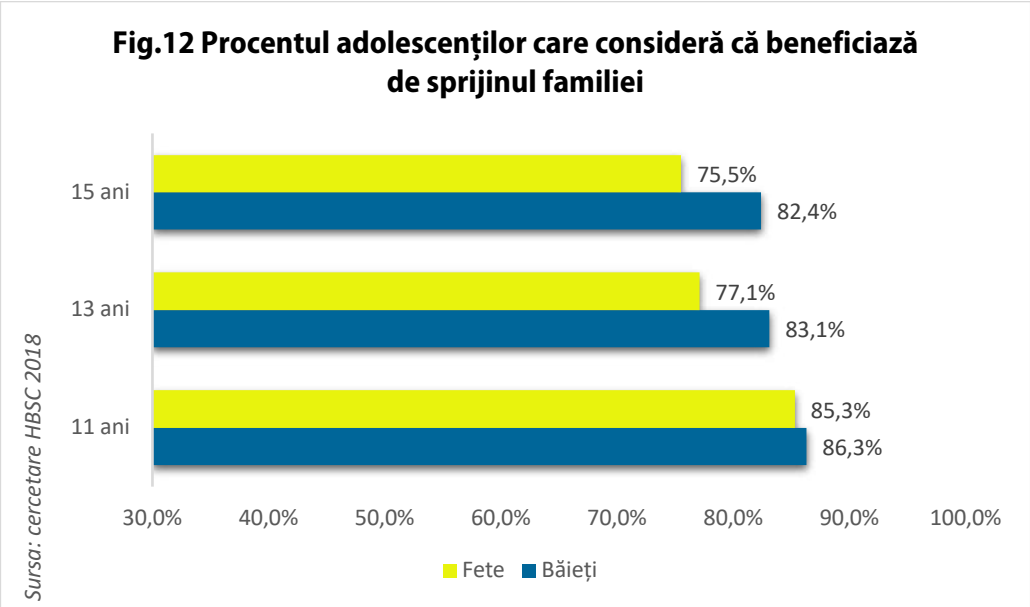
Fig. 11 prezintă rezultatele obținute de la adolescenții care raportează că locuiesc cu mama vitregă în ceea ce privește comunicarea cu aceasta, în funcție de gen și vârstă. La toate vârstele există diferențe între fete și băieți, băieții raportând o mai bună comunicare cu mama lor vitregă. În cazul băieților, aceștia au cea mai mare ușurință de a comunica cu mama vitregă la vârsta de 11

ani, procent care scade la 13 și 15 ani. Situația este similară și în cazul fetelor, unde cea mai mare ușurință a comunicării cu mama vitregă se înregistrează la vârsta de 11 ani, deși într-un procent mai mic decât cel al băieților. Odată cu înaintarea în vârstă se reduce procentul celor care comunică ușor mama vitregă.



III. Suportul familiei

În medie, 8 din 10 adolescenți percep că beneficiază de sprijinul familiei. Fig. 12 prezintă percepția suportului familial în funcție de gen și vârstă. Se observă că, la toate vârstele, băieții percep un nivel mai crescut al suportului familiei comparativ cu fetele. Atât pentru fete cât și pentru băieți, se observă un declin al suportului familial perceput odată cu înaintarea în vârstă.



CONSIDERAȚII FINALE

Aspecte relaționate cu mediul familial, precum comunicarea cu membrii familiei și suportul perceput din partea familiei constituie resurse importante pentru dezvoltarea armonioasă a adolescenților (Inguglia et al., 2015). La nivel general, se observă că majoritatea adolescenților sunt născuți în România și locuiesc cu părinții biologici, mai ales cu mama. În marea lor majoritate, adolescenții declară că părinții lor au un loc de muncă.

Mama este persoana cu care adolescenții de orice vârstă vorbesc ușor despre preocupările cotidiene. În ceea ce privește comunicarea cu tatăl, există diferențe de gen care se accentuează odată cu înaintarea în vârstă, fetele percepând comunicarea cu tatăl mai dificilă decât băieții. Comunicarea pozitivă cu părinții vitregi este raportată de aproximativ jumătate dintre adolescenți. Mai mult de două treimi dintre adolescenți percep că beneficiază de sprijinul familiei, indiferent de categoria de vârstă. Odată cu înaintarea în vârstă, percepția suportului oferit de familie se reduce pentru ambele sexe.

BIBLIOGRAFIE

Auerbach RP, Bigda-Peyton JS, Eberhart NK, Webb CA, Ho M-HR (2011). Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. J Abnorm Child Psychol 39(4):475–87 (http://doi.org/10.1007/s10802-010-9479-x).

Bandura A (1977). Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall.

Inguglia C, Ingoglia S, Liga F, Coco AL, Cricchio MGL (2015). Autonomy and relatedness in adolescence and emerging adulthood: relationships with parental support and psychological distress. J Adult Dev. 22(1):1–13 (https://doi.org/10.1007/s10804-014-9196-8).

Qu Y, Fuligni AJ, Galvan A, Telzer EH (2015). Buffering effect of positive parent–child relationships on adolescent risk taking: a longitudinal neuroimaging investigation. Dev Cogn Neurosci 15:26–34 (https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.08.005).

Rueger SY, Malecki CK (2011). Effects of stress, attributional style and perceived parental support on depressive symptoms in early adolescence: a prospective analysis. J Clin Child Adolesc Psychol. 40(3):347–59 (http://doi.org/10.1080/15374416.2011.563461).

3.2 MEDIUL ȘCOLAR: satisfacție, presiune școlară și suport perceput

INTRODUCERE

În perioada adolescenței, pe lângă rolul primordial pe care îl are familia în dezvoltarea armonioasă a adolescenților, școala reprezintă contextul cel mai apropiat de socializare disponibil adolescenților, având potențialul de a impune norme sociale. Un mediu școlar favorabil și eficient va influența pozitiv dezvoltarea adolescenților și va contribui la adaptarea lor ca adulți (Kasen et al., 1998). Pe de altă parte, un mediu școlar caracterizat prin lipsa suportului și implicării din partea profesorilor este asociat cu un risc crescut de abandon școlar și de comportamente problematice în adolescență (Kasen et al., 1998). Atitudinile și comportamentele negative ale adolescenților în

relație cu școala (ex. eșec școlar, stres, percepția negativă a școlii) sunt factori de risc importanți pentru sănătatea emoțională, socială și comportamentală de mai târziu (Kasen et al., 1998; Mason & Windle, 2001; Damian, 2016).

MODALITATE DE MĂSURARE

Aspectele relaționate cu școala au fost evaluate prin următorii indicatori: satisfacția școlară, presiunea școlară percepută, suportul din partea colegilor și cel venit din partea profesorilor (Rasmussen, 2004).

I. Satisfacția școlară: *Care este părerea ta despre școală în acest moment?* Elevii au avut patru variante posibile de răspuns, care s-au situat pe o scală de tip Likert cu 4 niveluri: de la *nu îmi place deloc* la *îmi place mult*.

II. Presiunea școlară percepută: *Cât de stresat te simți din cauza sarcinilor școlare pe care le primești?* Elevii au avut posibilitatea de a răspunde prin alegerea uneia dintre următoarele variante de răspuns: *deloc, puțin, destul de stresat* sau *mult*.

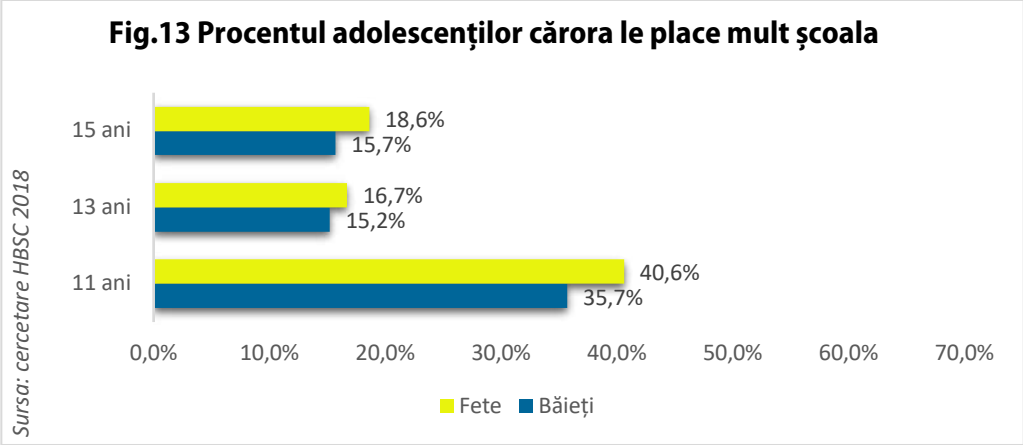
IIIa. Suportul din partea colegilor a fost evaluat pe baza răspunsurilor oferite la trei afirmații legate de colegii de clasă: *Colegilor de clasă le place să petreacă timp împreună; Majoritatea colegilor de clasă sunt drăguți și săritori; Ceilalți elevi mă acceptă așa cum sunt*. Elevii au răspuns pe o scală Likert cu cinci variante de răspuns, exprimând măsura în care sunt de acord cu aceste afirmații: de la *dezacord total* la *acord total*.

IIIb. Suportul din partea profesorilor a fost evaluat pe baza răspunsurilor oferite la trei afirmații legate de profesori: *Simt că profesorii mă acceptă așa cum sunt; Simt că profesorilor le pasă de mine ca persoană; Simt că pot să am multă încredere în profesorii mei*. Pentru fiecare item au existat cinci variante posibile de răspuns care au vizat măsura în care elevii sunt de acord cu fiecare dintre aceste trei afirmații: de la *dezacord total* la *acord puternic*.

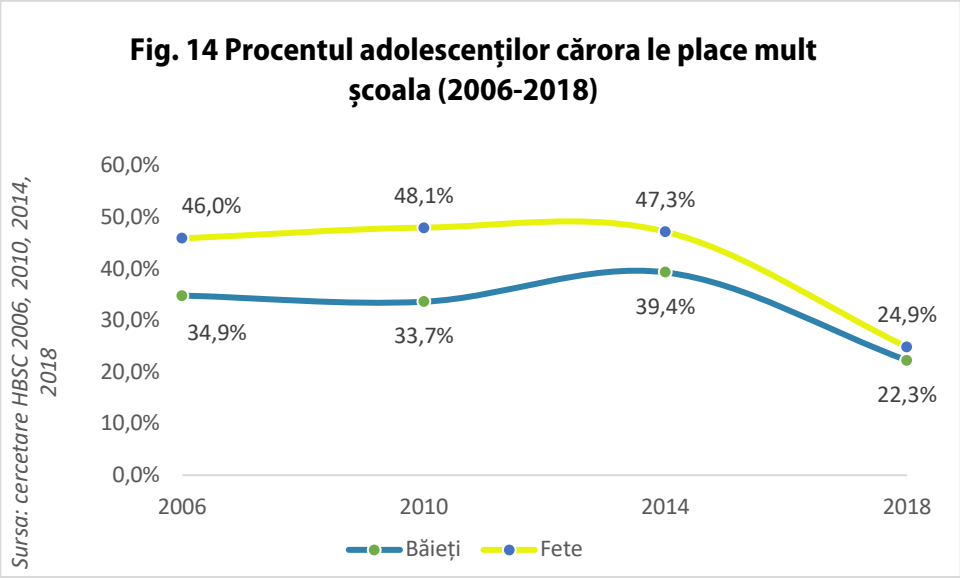
REZULTATE

Satisfacția generală cu școala

Fig. 13 ilustrează procentul adolescenților care raportează că le place mult școala, în funcție de vârstă și de gen. Se observă că există mici diferențe de gen cu privire la măsura satisfacției școlare, fetele având o satisfacție școlară mai mare decât băieții la toate vârstele. Atât în cazul fetelor cât și al băieților, satisfacția școlară se reduce odată cu înaintarea în vârstă, un declin mai mare fiind însă observat în cazul fetelor de la 11 la 13 ani. După vârsta de 13 ani, satisfacția școlară pare să se stabilizeze pentru ambele genuri, fiind sesizată chiar o ușoară creștere a acesteia.



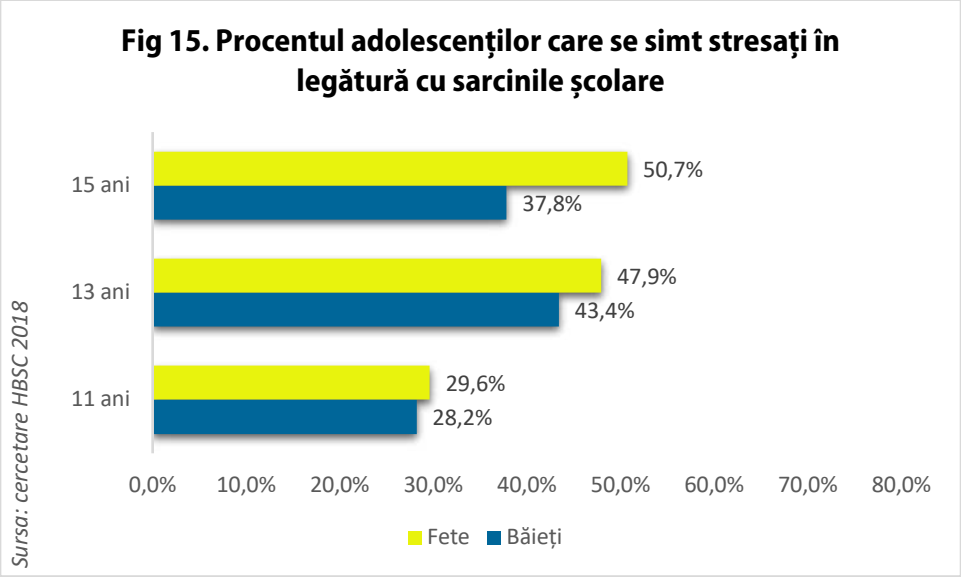
În ceea ce privește evoluția satisfacției generale față de școală, în fig. 14 se poate observa un declin în anul 2018 comparativ cu anii 2006-2014, atât pentru fete cât și pentru băieți. În ciuda înregistrării în anul 2014 a unei mici creșteri în ceea ce privește satisfacția față de școală comparativ cu anul 2006, în anul 2018 satisfacția școlară intră în declin, ajungându-se la cel mai redus nivel raportat până în prezent. Se observă că, de-a lungul anilor, există o tendință a fetelor de a raporta un nivel mai crescut al satisfacției față de școală comparativ cu băieții.



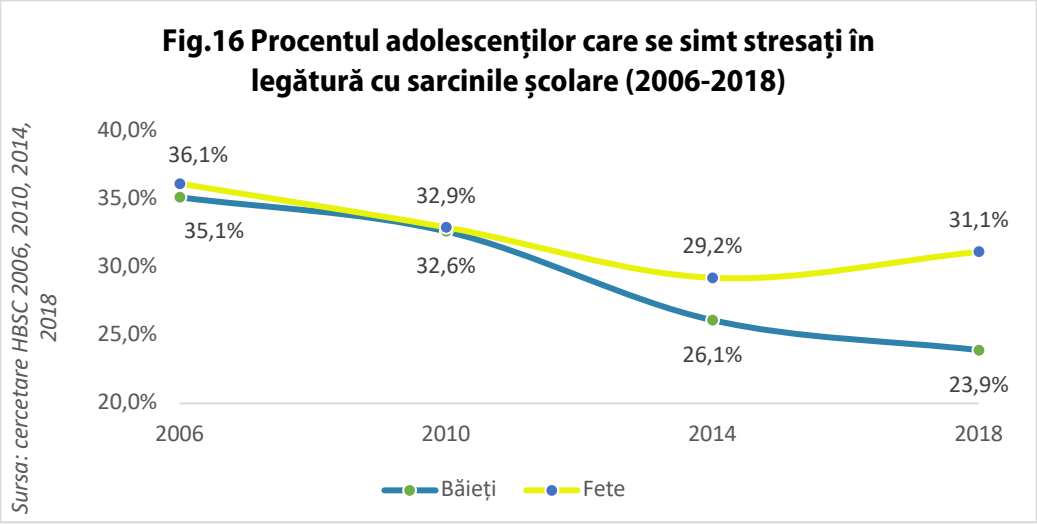
Presiunea școlară percepută

În anul 2018, 4 din 10 adolescenți din România cu vârste cuprinse între 11 și 15 ani raportează un nivel mediu sau ridicat de stres asociat cu sarcinile școlare. La nivel global, fetele resimt niveluri mai ridicate de stres comparativ cu băieții. Conform datelor prezentate în fig.15, la vârsta de 11 ani nivelul de stres școlar raportat de ambele genuri este relativ egal.

Diferența raportată de cele două genuri în ceea ce privește presiunea școlară se accentuează odată cu înaintarea în vârstă, cea mai mare diferență fiind înregistrată la vârsta de 15 ani. Pentru băieți, se înregistrează o reducere a stresului asociat cu sarcinile școlare la vârsta de 15 ani. Pentru fete, odată cu înaintarea în vârstă crește și stresul pus pe seama sarcinilor școlare.

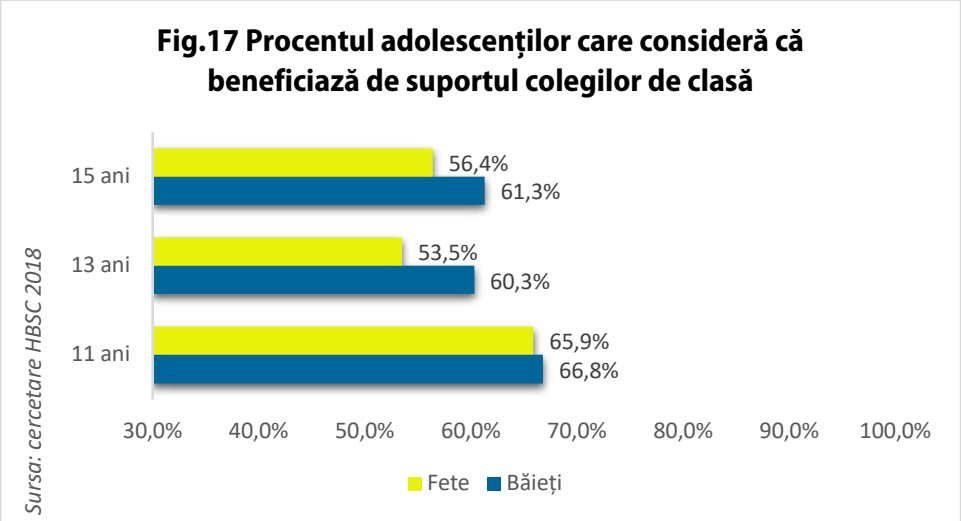


În ceea ce privește schimbările în prevalența stresului școlar perceput în intervalul 2006-2018, se observă (fig. 16) că, în anul 2018, nivelul stresului perceput al fetelor a crescut comparativ cu 2014, pe când pentru băieți acesta s-a redus.

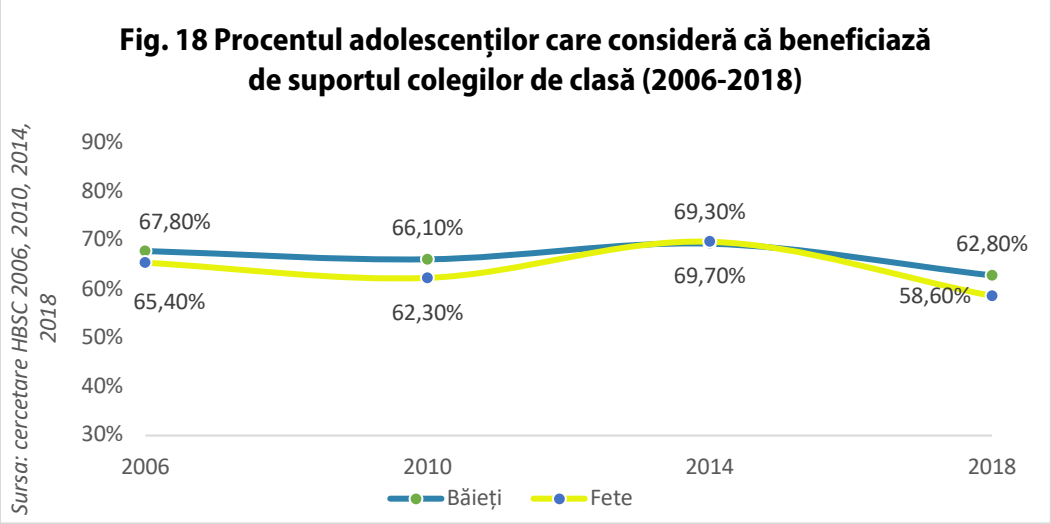


Suportul din partea colegilor

6 din 10 adolescenți consideră că beneficiază de sprijinul colegilor de clasă. Indiferent de categoria de vârstă, suportul perceput de către băieți este mai ridicat comparativ cu cel perceput de fete. Deși diferența înregistrată între cele două genuri este neglijabilă la vârsta de 11 ani, ea crește odată cu înaintarea în vârstă. Pentru ambele genuri, suportul perceput din partea colegilor scade pe măsură ce se înaintează înspre adolescență (fig. 17).

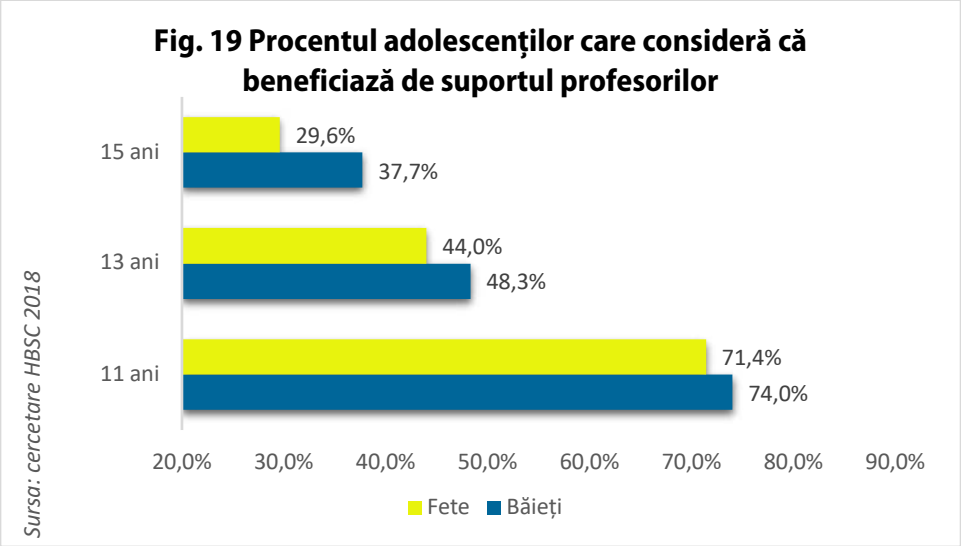


În ceea ce privește evoluția între anii 2006 și 2018 a procentului elevilor care raportează un suport crescut din partea colegilor, se observă (fig.18) că, deși nu există modificări majore de-a lungul anilor, în anul 2018 perceperea suportului din partea colegilor se reduce pentru ambele genuri, fiind înregistrate cele mai mici valori ale suportului perceput până în prezent.



Suportul din partea profesorilor

Aproximativ 5 din 10 adolescenți spun că beneficiază de suport ridicat din partea profesorilor. În ceea ce privește diferențele de gen, atât la nivel general cât și pentru cele trei categorii de vârstă (11, 13 și 15 ani), mai mulți băieți decât fete percep un nivel crescut de suport acordat de profesorii lor (fig. 19). Pentru ambele genuri există o tendință puternic descendentă, odată cu înaintarea în vârstă. Procentul adolescenților care percep că au suportul profesorilor la vârsta de 15 ani se reduce substanțial, fetele înregistrând la această vârstă cel mai redus nivel al suportului din partea profesorilor.



CONSIDERAȚII FINALE

Adaptarea școlară, un nivel redus al stresului și un nivel crescut al suportului social oferit de colegii de clasă și de profesori reprezintă componente importante ale dezvoltării pozitive a adolescenților (Lerner și colab., 2005). Conform rezultatelor prezentate anterior, s-a observat o tendință mai mare a fetelor comparativ cu băieții de a raporta un nivel mai ridicat de satisfacție față de școală. În ciuda acestui fapt, fetele simt niveluri mai mari de stres în relație cu sarcinile școlare comparativ cu băieții. În ceea ce privește suportul perceput în context școlar, băieții percep că beneficiază de sprijinul colegilor și al profesorilor mai frecvent decât fetele, o diferență între genuri care se accentuează odată cu înaintarea în vârstă.

Fațetele multiple ale experienței școlare ar trebui abordate în vederea sprijinirii adolescenților. Crearea unui mediu de învățare pozitiv, care să sprijine adolescenții atât din punct de vedere al dezvoltării emoționale cât și sociale are potențialul de a contribui la dezvoltarea și succesul ulterior (Negru-Subțirică et al., 2015), precum și la adoptarea unui stil de viață sanogen (Archambault et al., 2009).

BIBLIOGRAFIE

Archambault I, Janosz M, Morizot J, Pagani L (2009). Adolescent behavioral, affective, and cognitive engagement in school: relationship to dropout. J Sch Health 79(9):408–15.

Damian LE, Negru-Subtirica O, Pop EI, Baban A (2016). The costs of being the best: consequences of academic achievement on pupils' identity, perfectionism, and vocational development. In: Montgomery A, Kehoe I, editors. Reimagining the purpose of schools and educational organisations: developing critical thinking, agency, beliefs in schools and educational organisations. Geneva: Springer:173–88.

Kasen S, Cohen P, Brook JS (1998). Adolescent school experiences and dropout, adolescent pregnancy, and young adult deviant behavior. J Adolesc Res. 13(1):49–72 doi:10.1177/0743554898131004.

Mason WA, Windle M (2001). Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: a longitudinal study. J Stud Alcohol 62(1):44–53. doi:10.15288/jsa.2001.62.44.

Negru-Subtirica O, Pop EI, Crocetti E (2015). Developmental trajectories and reciprocal associations between career adaptability and vocational identity: a three-wave longitudinal study with adolescents. J Vocat Behav. 88:131–42.

Rasmussen M (2004). HBSC research protocol for 2005/06 survey. Section 2, scientific rationales for focus areas: school setting. Edinburgh: Child and Adolescent Research Unit, University of Edinburgh.

Lerner RM (2005). Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases. Washington, DC: National Academies of Science

3.3 Grupul de covârstnici: suport perceput și comunicare online

INTRODUCERE

La orice vârstă, prieteniile reprezintă o sursă de suport și influențează în mod pozitiv dezvoltarea socială și emoțională a tinerilor, lipsa suportului social fiind adesea asociată cu tulburări emoționale (Miller et al., 2015; Rueger et al., 2016). Adolescența este o perioadă însoțită de o serie de transformări în plan fizic și cognitiv, o perioadă în care adolescenții dezvoltă dorința de a fi independenți. Legăturile formate cu grupul de covârstnici primesc o importanță tot mai mare (Ellis, Marsh & Craven, 2009). În cadrul grupului, tinerii își dezvoltă încrederea în sine, învață să coopereze, să manifeste empatie și să rezolve în mod adecvat conflictele cu care se confruntă (Dodge & Pettit, 2003). Adolescenții care percep că beneficiază de suport din partea covârstnicilor raportează în general o stare de bine crescută (Chu et al., 2010).

MODALITATE DE MĂSURARE

Elementele relevante ale culturii grupului au fost investigate prin intermediul următoarelor întrebări:

I. Suportul perceput din partea covârstnicilor a fost evaluat prin intermediul a 4 itemi, după cum urmează: *Prietenii mei încearcă cu adevărat să mă ajute; Pot să mă bazez pe prietenii mei atunci când lucrurile merg rău; Am prieteni cărora pot să le împărtășesc bucuriile și tristețile; Pot să vorbesc despre problemele mele cu prietenii mei*. Răspunsurile au fost date pe o scală Likert cu 7 variante de răspuns: de la *dezacord foarte puternic* la *acord foarte puternic*. Rezultatele raportate se bazează pe media răspunsurilor, astfel că o medie mai mare sau egală cu 5.5 este considerată ca reprezentând suport crescut din partea prietenilor.

II. Comunicarea în mediul online a fost evaluată prin trei itemi:

a. Comunicarea cu prietenii în mediul online: *Cât de des intri în contact online cu următoarele persoane?*. Răspunsurile au vizat următoarele categorii de persoane: *Prieteni apropiați; Prieteni dintr-un grup mai mare de prieteni; Prieteni pe care i-ai cunoscut pe internet dare pe care nu îi știai înainte; Alte persoane decât prieteni (ex. părinți, frați/surori, colegi, profesori)*. Răspunsurile au fost date pe o scală Likert cu 6 unități: de la *nu știu/nu este valabil pentru mine* până la *aproape tot timpul pe parcursul unei zile*. Se consideră ca reprezentând o utilizare intensivă a mijloacelor media

în scopul comunicării acele răspunsuri unde pentru cel puțin două categorii de persoane s-a răspuns cu *aproape tot timpul pe parcursul unei zile*.

b. Preferința pentru mijloacele de comunicare online: *Vorbesc mai ușor despre secretele mele pe internet decât atunci când sunt față în față cu cineva; Vorbesc mai ușor despre sentimentele mele pe internet decât atunci când sunt față în față cu cineva; Vorbesc mai ușor despre preocupările mele pe internet decât atunci când sunt față în față cu cineva*. Răspunsurile au fost date pe o scală Likert cu 5 variante de răspuns: de la *dezacord puternic* la *acord puternic*. Se consideră în raportarea rezultatelor ca reprezentând o preferință puternică de a utiliza mijloacele media în vederea comunicării răspunsurile *acord* și *acord puternic*, pentru cel puțin două din afirmațiile prezentate.

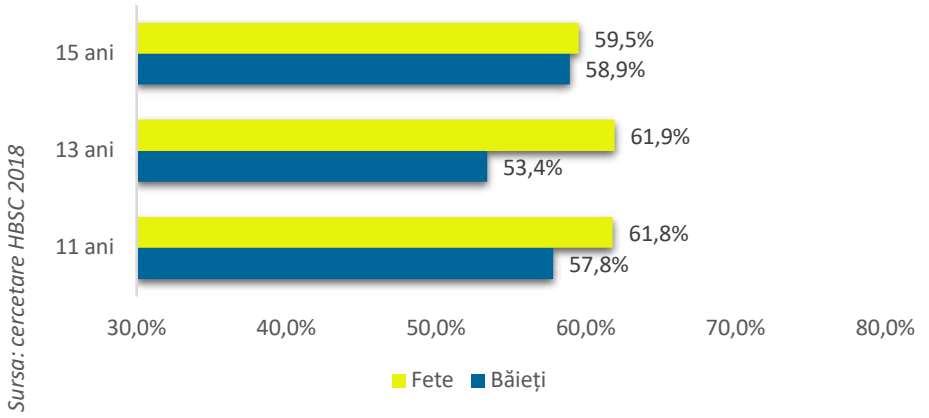
c. Experiența legată de utilizarea mijloacelor media a fost evaluată pe baza răspunsurilor la 9 întrebări adresate adolescenților, care fac referire la ultimul an: *(1) ți-ai dat seama că nu te poți gândi la altceva decât la momentul când vei putea folosi rețelele de socializare din nou?; (2) te-ai simțit adeseori nemulțumit/ă fiindcă ai fi vrut să petreci mai mult timp pe rețelele de socializare?; (3) adeseori te-ai simțit rău pentru că nu ai putut să folosești rețelele de socializare?; (4) ai încercat fără succes să-ți reduci timpul petrecut pe rețelele de socializare?; (5) adeseori ai neglijat alte activități (ex. pasiuni, sporturi) pentru că doreai să folosești rețelele de socializare?; (6) adeseori te-ai certat cu ceilalți din cauza folosirii rețelelor de socializare?; (7)a deseori ți-ai mințit părinții sau prietenii legat de cât timp ai petrecut pe rețelele de socializare?; (8) de multe ori ai folosit rețelele de socializare pentru a scăpa de sentimente neplăcute?; (9) ai avut conflicte serioase cu părinții, frații sau surorile tale pe tema comportamentului tău legat de folosirea rețelelor de socializare?*; Pentru fiecare din aceste întrebări, elevii au putut răspunde cu *da* sau *nu*. În raportarea rezultatelor, s-au considerat ca reprezentând probleme legate de utilizarea media cel puțin cinci răspunsuri *da*, din care un răspuns afirmativ trebuie să fie pentru oricare din itemii 5, 6 sau 9.

REZULTATE

Suport perceput din partea grupului de prieteni

Pentru vârstele mai mici (11 și 13 ani), există o tendință a fetelor de a raporta în mai mare măsură decât băieții că percep suportul grupului de prieteni. Diferențele de gen în ceea ce privește suportul covârstnicilor se reduc la vârsta de 15 ani, ca urmare a unei ușoare creșteri a suportului perceput de către băieți (fig. 20). Atât pentru fete cât și pentru băieți, suportul perceput rămâne relativ constant și la vârste mai mari.

Fig. 20 Procentul adolescenților care consideră că au suport ridicat din partea covârstnicilor

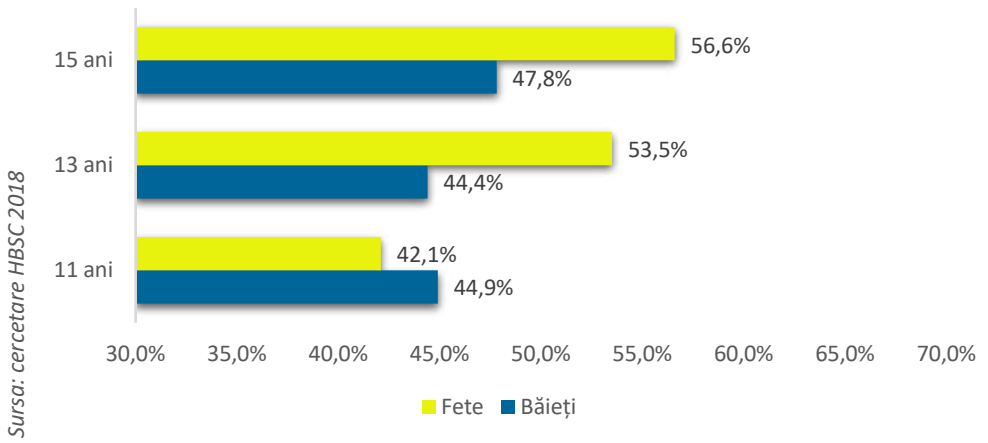


Sursa: cercetare HBSC 2018

Comunicarea cu prietenii în mediul online

Aproape jumătate dintre adolescenţi utilizează reţelele de socializare. Fetele utilizează într-o mai mare măsură decât băieţii mijloacele media pentru a intra în contact cu prietenii, indiferent de vârstă (fig. 21). Există o tendinţă de creştere a intensităţii comunicării online odată cu înaintarea în vârstă pentru ambele genuri, care este mai pronunţată, însă, în rândul fetelor.

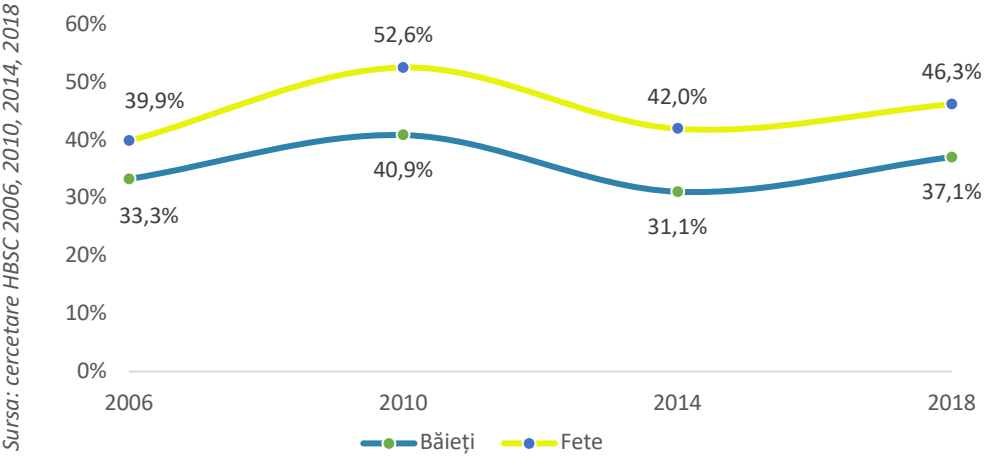
Fig. 21 Procentul adolescenţilor care utilizează intens reţele de socializare pentru a intra în contact cu prietenii



Sursa: cercetare HBSC 2018

În ceea ce priveşte evoluţia utilizării mijloacelor media pentru a intra în contact cu prietenii, se observă un trend relativ stabil şi paralel pentru ambele genuri (fig. 22). Procentul persoanelor care utilizează comunicarea online creşte uşor comparativ cu anul 2014, însă se reduce în comparaţie cu datele înregistrate în anul 2010.

Fig. 22 Procentul adolescenţilor care utilizează intens reţele de socializare pentru a intra în contact cu prietenii (2006-2018)

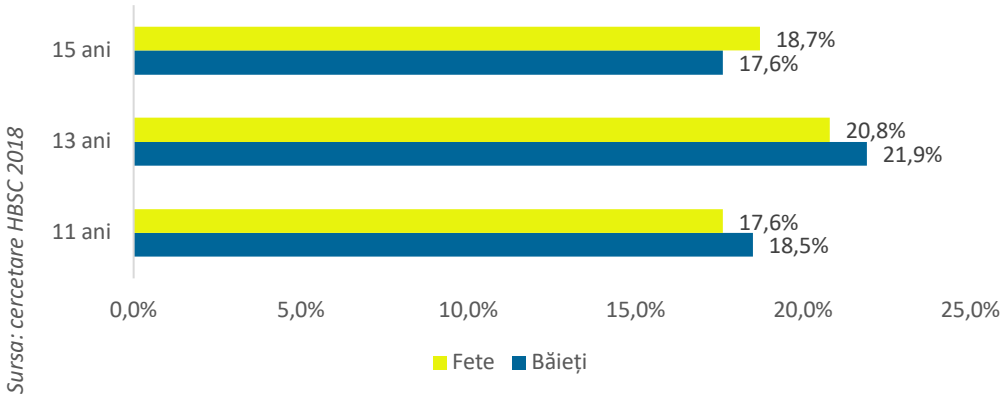


Sursa: cercetare HBSC 2006, 2010, 2014, 2018

Preferința pentru mijloacele de comunicare online

Referitor la ușurința comunicării, respectiv preferința de a comunica în mediul virtual, doar doi din 10 adolescenți raportează că preferă să comunice cu ceilalți pe această cale. Această tendință este relativ stabilă odată cu înaintarea în vârstă, fără a exista diferențe între cele două genuri (fig. 23).

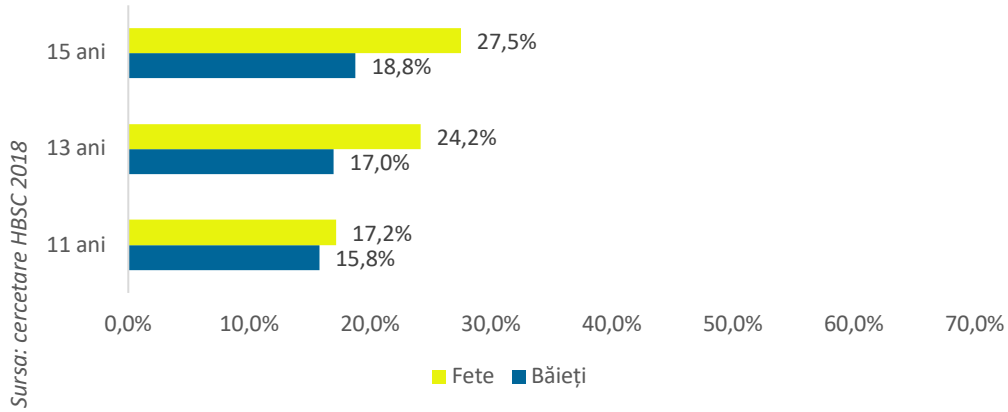
Fig. 23 Procentul adolescenților care preferă comunicarea cu ceilalți în cadru online



Experiența legată de utilizarea mijloacelor media

Fetele raportează mai frecvent probleme legate de utilizarea intensivă a mijloacelor de comunicare online decât băieții, la toate vârstele (fig. 24). Pe măsură ce înaintează în vârstă, problema ridicată de petrecerea timpului în mediul online devine tot mai accentuată pentru fete comparativ cu băieții, unde tendința este relativ stabilă indiferent de vârstă.

Fig. 24 Procentul adolescenților care se confruntă cu probleme legate de petrecerea timpului pe rețele de socializare



CONSIDERAȚII FINALE

Mai mult de jumătate dintre adolescenți percep suport din partea covârstnicilor, percepție care este relativ constant pe parcursul înaintării în vârstă, atât pentru fete cât și pentru băieți. Odată cu înaintarea în vârstă, tinerii apelează în mai mare măsură la mijloace de comunicare online în vederea menținerii legăturii cu prietenii lor, deși doar o minoritate din aceștia raportează

că preferă acest gen de comunicare. Tendința de utilizare a comunicării online este mai accentuată pentru fete și este totodată mai problematică pentru acestea. Posibilitatea comunicării online este dată de o dezvoltare tehnologică majoră de care tinerii zilelor noastre beneficiază. Internetul deschide oportunitatea ca adolescenții nu doar să își exploreze identitatea, dar și cea de a identifica surse de suport și de a dezvolta relații apropiate cu persoane de aceeași vârstă (Valkenburg & Peter, 2009).

BIBLIOGRAFIE

Chu PS, Saucier DA, Hafner E (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. J Soc Clin Psychol. 29(6):624–45. doi:10.1521/jscp.2010.29.6.624

Dodge KA, Pettit GS (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. Dev Psychol. 39(2):349.

Ellis LA, Marsh HW, Craven RG (2009). Addressing the challenges faced by early adolescents: a mixed-method evaluation of the benefits of peer support. Am J Community Psychol. 44(1–2):54–75.

Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. J Adolesc Health. 56(3):286–92.

Rueger SY, Malecki CK, Pyun Y, Aycock C, Coyle S (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. Psychol Bull. 142(10):1017–67 (https://doi.org/10.1037/bul0000058).

Valkenburg PM, Peter J (2009). The effects of instant messaging on the quality of adolescents' existing friendships: a longitudinal study. J Commun. 59(1):79–97. doi:10.1111/j.1460-2466.2008.01405.x.

SĂNĂTATE
ȘI STARE DE BINE

4. SĂNĂTATE ȘI STARE DE BINE

INTRODUCERE

Pentru o perioadă destul de lungă sănătatea a fost echivalată cu absența bolii, iar datele și informațiile legate de sănătate au fost obținute din statistici naționale despre morbiditate și mortalitate (Ravens-Sieberer et al., 2006). Abordările mai recente pun în discuție sănătatea nu doar ca fiind absența bolii, ci ca o stare complexă, multidimensională, relativă și variabilă, procesual-dinamică (Băban, 2006). Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea ca fiind „o integritate anatomică și funcțională, capacitate de confruntare cu stresul fizic, biologic, psihic și social, capacitate de protecție împotriva îmbolnăvirilor și morții premature, confort fizic, psihic, social și spiritual, ca stare de bine" (OMS, 2000; Băban, 2006).

În domeniul sănătății publice, există un interes crescut în a evalua nu doar indicatorii obiectivi ai stării de sănătate dar și datele referitoare la sănătate percepută. În studiul HBSC, acestea includ sănătate autopercepută, satisfacție cu viața, acuze psihice și somatice. Toate acestea evaluează multiplele fațete ale sănătății adolescenților și starea lor de bine, din propria lor perspectivă subiectivă. Pentru a obține o imagine globală a sănătății și stării de bine la adolescenți, au fost luați în calcul mai mulți indicatori, descriși succint în secțiunile de mai jos.

Autoevaluările adolescenților referitoare la sănătatea fizică și psihică

Evaluarea globală a sănătății poate oferi date despre aspecte stabile ale percepției individului referitoare la sănătate și modul în care evoluează această percepție (Boardman, 2007). Această autoevaluare poate fi un bun indicator al sănătății din momentul evaluării dar și un predictor al stării de sănătate în perioada adultă (Hetlevik et al., 2018). Pentru a completa această evaluare globală, adolescenții au fost rugați să raporteze frecvența unor simptome somatice (dureri de cap și dureri de stomac) dar și psihice (sentimente de supărare, iritare, nelinişte și dificultăți de adormire).

Accidentări și răniri

Rănirile și accidentările reprezintă un domeniu cheie de interes în domeniul sănătății publice, acestea fiind considerate a fi cea mai frecventă cauză de deces pentru copii și adolescenți. În fiecare an, milioane de copii din toată lumea mor sau sunt spitalizați din cauza unor factori care ar putea fi preveniți, proces în care rănirile și violența sunt factori cu contribuții importante. Organizația Mondială a Sănătății a estimat că, în anul 2002, aproximativ 875.000 de copii au decedat din cauza rănirilor. În acest context devine imperativă analiza prevalenței acestor situații, precum și a contextului în care acestea apar (Sethi et al., 2006).

Indicele de masă corporală și imaginea corporală

Indicele de masă corporală (IMC), calculat ca și masa în kilograme (kg) împărțită la pătratul înălțimii în metri (m) (kg/m^2), este cel mai utilizat indicator al adipozității la copii și adolescenți (Currie et al., 2014). HBSC aderă la standardele internaționale referitoare la IMC, adoptând pragurile critice pentru supraponderalitate și obezitate avansate de Cole și colaboratorii (Cole et al., 2000) recomandate de International Obesity Task Force (IOTF) și cunoscute sub numele de

praguri critice IOTF. Un IMC crescut în copilărie și adolescență este asociat cu un risc crescut de boală și deces mai târziu în viață, fiind legat de factorii de risc cardiometabolici bine cunoscuți (Maynard et al., 2001). Având în vedere pandemia reprezentată de obezitate, este important să avem o imagine asupra procentelor copiilor și adolescenților supraponderali și obezi, prin determinarea IMC. Cu toate că obezitatea reprezintă o amenințare reală la sănătatea adolescenților, tentativele acestora de a atinge un ideal de frumusețe socio-cultural intens promovat, poate constitui un pericol la fel de serios ca obezitatea. Aceasta cu atât mai mult cu cât dezvoltarea fizică și psihologică care însoțește anii adolescenței este cea mai intensă din întregul traseu de dezvoltare al individului (cu excepția perioadei copilăriei timpurii), ceea ce duce la evaluări dinamice ale propriului corp. Devine astfel relevantă studierea percepției asupra corpului sau a imaginii corporale la adolescenți.

MODALITATE DE MĂSURARE

În studiul HBSC, sănătatea pozitivă a fost măsurată prin intermediul itemilor care fac referire la:

4.1 Satisfacția cu viața și starea de bine

a) Satisfacția cu viața: *În general, unde crezi că te situezi pe această scară în acest moment?* Variantele de răspuns au fost cotate pe o scală de la 0 la 10, unde 0 este *am cea mai rea viață posibilă*, 5 este *am o viață nici bună, nici rea* și 10 este *am cea mai bună viață posibilă*. În raportarea rezultatelor s-a luat în considerare satisfacția ridicată cu viața (scoruri peste 5).
b) Starea de bine a fost evaluată cu "Indexul celor 5 dimensiuni ale stării de bine" (Organizația Mondială a Sănătății), prin care participanții au fost rugați să descrie în ce măsură s-au simțit (în ultimele 2 săptămâni): *veseli și binedispuși, calmi și relaxați, activi și plini de energie, învigorați și odihniți la trezire, plini cu activități care îi interesează*. Am inclus participanții care au marcat răspunsul 3, *Mai puțin de jumătate din timp.*

4.2 Sănătate fizică și psihică, incluzând sănătate autopercepută, trăirea unor simptome somatice și psihice, trăirea unor stări emoționale negative (tristețe și singurătate), dificultăți cognitive, emoționale sau comportamentale. Itemii de evaluare pentru fiecare dimensiune au fost:

a) Evaluare globală a sănătății: *Consideri că starea ta de sănătate este ... ?*. Variantele de răspuns oferite au fost: *excelentă, bună, așa și așa, proastă*. În analiza datelor s-a raportat doar procentul celor care au raportat o stare de sănătate excelentă.
b) Simptome psihosomatice. Existența acestora a fost măsurată prin intermediul unui singur item: *În ultimele 6 luni, de câte ori ai avut unul din următoarele simptome?* Dimensiunile evaluate au fost: *acuze somatice (durere de cap, durere de stomac), distres psihic (supărare, iritare / nervozitate, sentimente de neliniște, respectiv dificultăți de adormire)*. Variantele de răspuns s-au situat pe o scală de la 1 la 5 (1= *aproape în fiecare zi*, 5= *rar sau niciodată*). S-au luat în considerare răspunsurile care indicau prezența fiecărui simptom mai mult de o dată pe săptămână. De asemenea, au fost incluși doar cei care au răspuns afirmativ la această întrebare, raportând în același timp și procentul celor care sunt sub tratament medicamentos ca urmare a simptomelor.
c) Problemele emoționale au fost evaluate cu ajutorul Scalei Scurte de Evaluare a Depresiei (Center for Epidemiological Studies Short Depression Scale, CES-D-R 10). Această scală cuprinde 10 itemi, prin care se evaluează simptome precum: *deprimare, singurătate, teamă, oboseală, lipsă de speranță.* Variantele de răspuns s-au situat pe o scală de la 1 la 4 [1 = *rar sau niciodată (mai puțin de o zi)*, 5 = *tot timpul (5 sau 6 zile)].* S-au luat în considerare răspunsurile care indicau prezența simptomelor enumerate mai sus timp de 3-4 zile pe săptămână.

4.3 Accidentări și răniri care au necesitat îngrijiri medicale au fost evaluate prin itemi ca*: În ultimele două luni, de cât ori ai fost rănit/ă sau accidentat/ă, astfel încât ai avut nevoie să fii tratat de un medic sau o asistentă medicală?* Variantele de răspuns care le-au fost oferite elevilor au fost: *nu am fost niciodată rănit, o dată, de 2 ori, de 3 ori, de 4 sau mai multe ori.* În analiza derulată, s-au luat în considerare răspunsurile care indicau rănirea/accidentarea cel puțin o dată în ultimele 12 luni.

4.4 Greutate și imagine corporală

a) Indicele de masă corporală (IMC), în stabilirea căruia respondenților li s-a cerut să indice înălțimea (fără pantofi) în metri și greutatea aproximativă (fără haine) în kilograme. Pragurile critice pentru supraponderalitate și obezitate au fost alocate după calculul IMC.
b) Imaginea corporală a fost evaluată cu ajutorul unui item: *Îți consideri corpul ca fiind ...* variantele de răspuns mergând de *1- mult prea slab* la *5- mult prea gras*. S-a raportat procentul celor care au marcat alternativele puțin cam gras și mult prea gras.

.

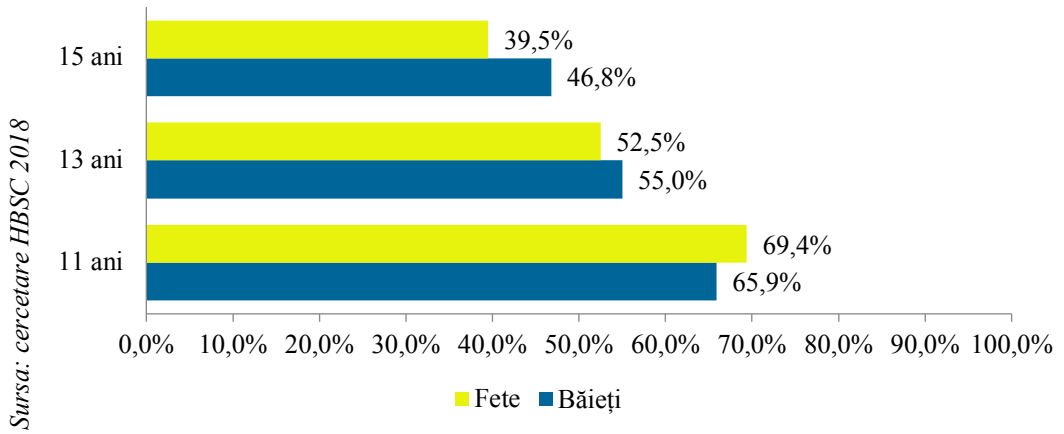
REZULTATE

Satisfacție cu viața și stare de bine

a. Satisfacția cu viața

Fig. 25 arată că mai bine de jumătate dintre fetele și băieții de 11 și 13 ani raportează o satisfacție cu viața peste medie, însă în tendință descendentă de la 11 la 13 și la 15 ani, când mai puțin de jumătate dintre băieți și fete raportează că au o satisfacție crescută. De asemenea, se observă că există diferențe de gen în evaluarea satisfacției cu viața, băieții raportând scoruri mai mari pe această dimensiune comparativ cu fetele. Aceste diferențe cresc de la 2.5% la 13 ani la peste 7% la adolescenții de 15 ani. Tot în cazul fetelor se observă o scădere abruptă de 30% în procentul celor care raportează satisfacție crescută cu viața, de la 11 la 15 ani, în vreme ce, la băieți, această tendință este mai puțin marcantă.

Fig. 25 Procentul celor care raportează satisfacție cu viața peste medie



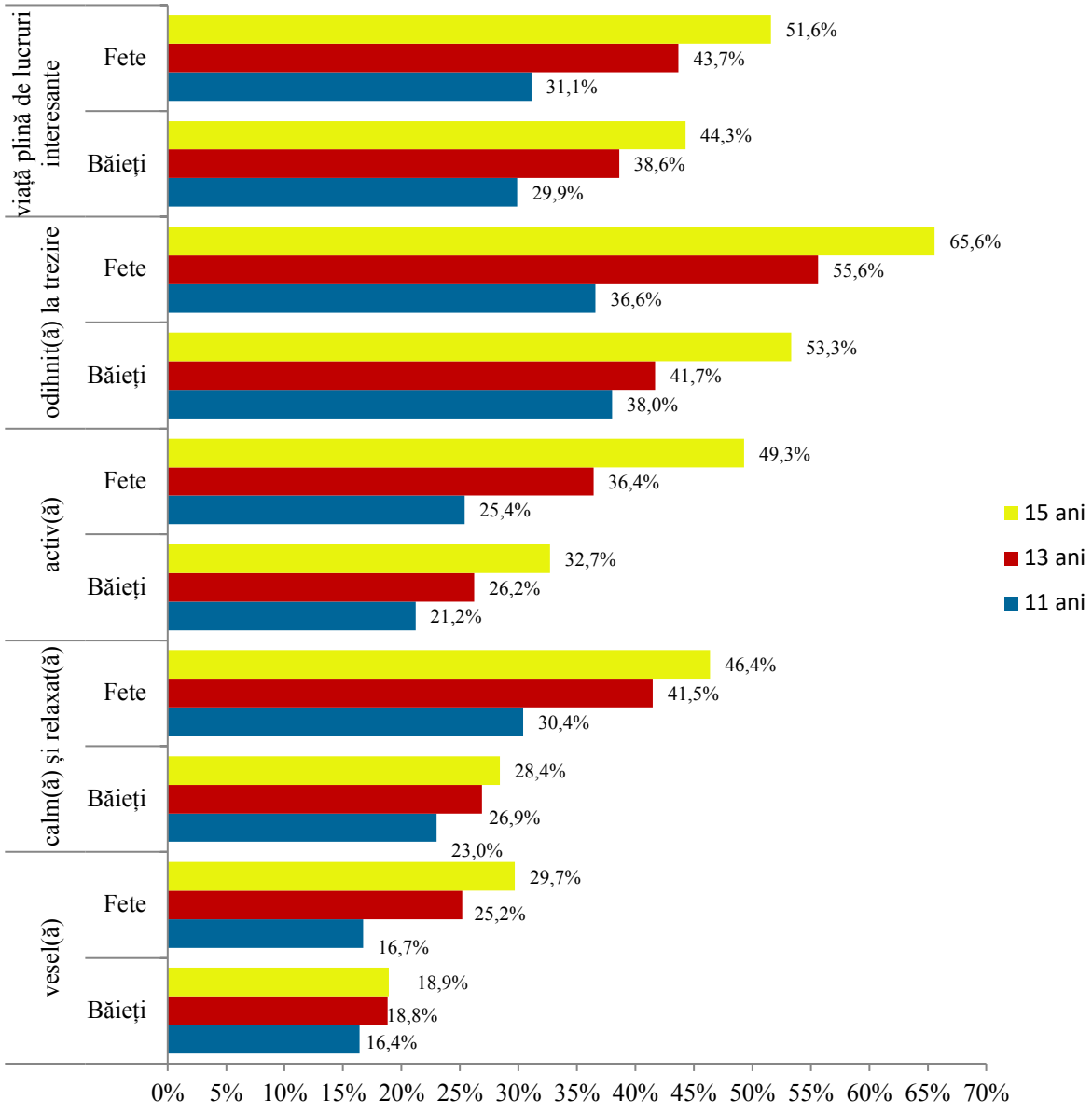
Sursa: cercetare HBSC 2018

b. Starea de bine

Peste o treime din fete și o cincime dintre băieți, indiferent de categoria de vârstă, au raportat că mai puțin de jumătate din timp se simt calmi și relaxați, odihniți la trezire sau având o viață plină

de lucruri interesante. La ambele genuri se observă un declin al stării de bine, de la 11 la 15 ani, pe toate cele 5 dimensiuni: participanții au raportat că se simt veseli, calmi, activi, odihniți etc. mai puțin de jumătate din timp, în proporție mai mare la 15 ani comparativ cu 11 ani (fig. 26).

Fig. 26 Cele 5 dimensiuni ale stării de bine (raportate mai puțin de jumătate de timp)



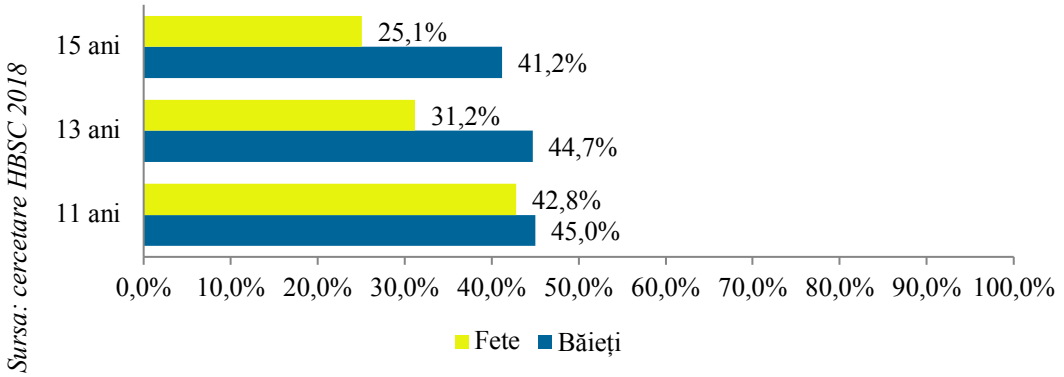
Sursa: cercetare HBSC 2018

Sănătate fizică și psihică

a. Evaluarea globală a sănătății

În ceea ce privește sănătatea autoevaluată, se observă o tendință descendentă o dată cu vârsta în special în cazul fetelor. Dacă la 11 ani peste 40% din adolescenții de ambele genuri raportează o sănătate excelentă, în cazul fetelor acesta scade considerabil la 13 ani (cu peste 10%) și apoi la 15 ani (cu aproape 18%). În cazul băieților, la toate grupele de vârstă, peste 40% afirmă că sănătatea lor este excelentă (fig. 27).

Fig. 27 Procentul celor care raportează stare de sănătate excelentă

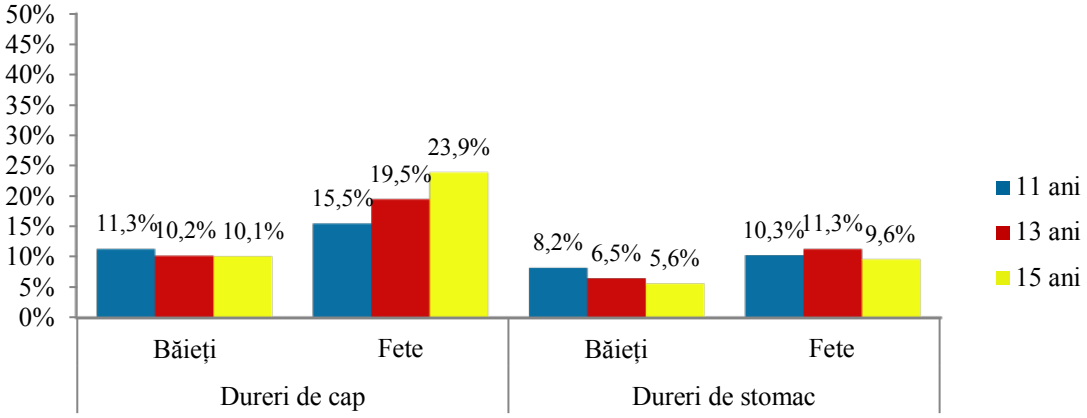


Sursa: cercetare HBSC 2018

b. Simptome psihosomatice

Fig. 28 arată că în ceea ce privește durerile de stomac, un procent relativ constant de băieți și de fete raportează o frecvență săptămânală a acestora la toate grupele de vârstă. Pentru simptome precum durerile de cap, tendințele sunt opuse în cazul băieților versus al fetelor: la băieți, există o ușoară descreștere a procentelor celor care raportează astfel de simptome, în timp ce, pentru fete, există o creștere marcantă a procentelor celor care raportează dureri de cap săptămânal.

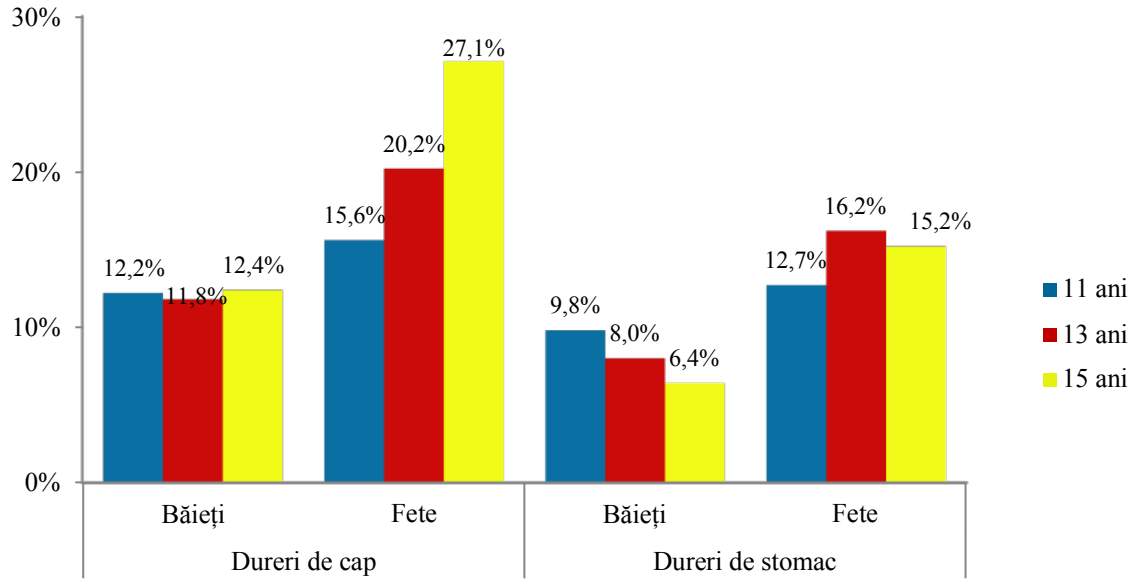
Fig. 28 Procentul celor care raportează simptome somatice mai frecvent decât o dată pe săptămână



Sursa: cercetare HBSC 2018

Tendințele de gen și vârstă se mențin și în rândul celor care au declarat că iau medicație pentru simptomele somatice precum dureri de cap și de stomac. Astfel, observăm că fetele, într-o proporție mai mare decât băieții, tind să utilizeze medicație pentru cele două tipuri de acuze somatice. Tot în cazul fetelor, există o creștere a procentelor celor care iau medicație pentru dureri de cap de la 11 la 13 și la 15 ani și o creștere a procentelor în cazul medicației pentru dureri de stomac de la 11 la 13 ani. Invers, în rândul băieților, există o descreștere a procentelor celor care utilizează medicație pentru dureri de stomac de la 11 la 15 ani (o diferență de 3.4%) și un procent relativ constant al celor care utilizează medicație pentru dureri de cap (diferențe procentuale de maxim 0.6% între cele trei categorii de vârstă) (fig. 29).

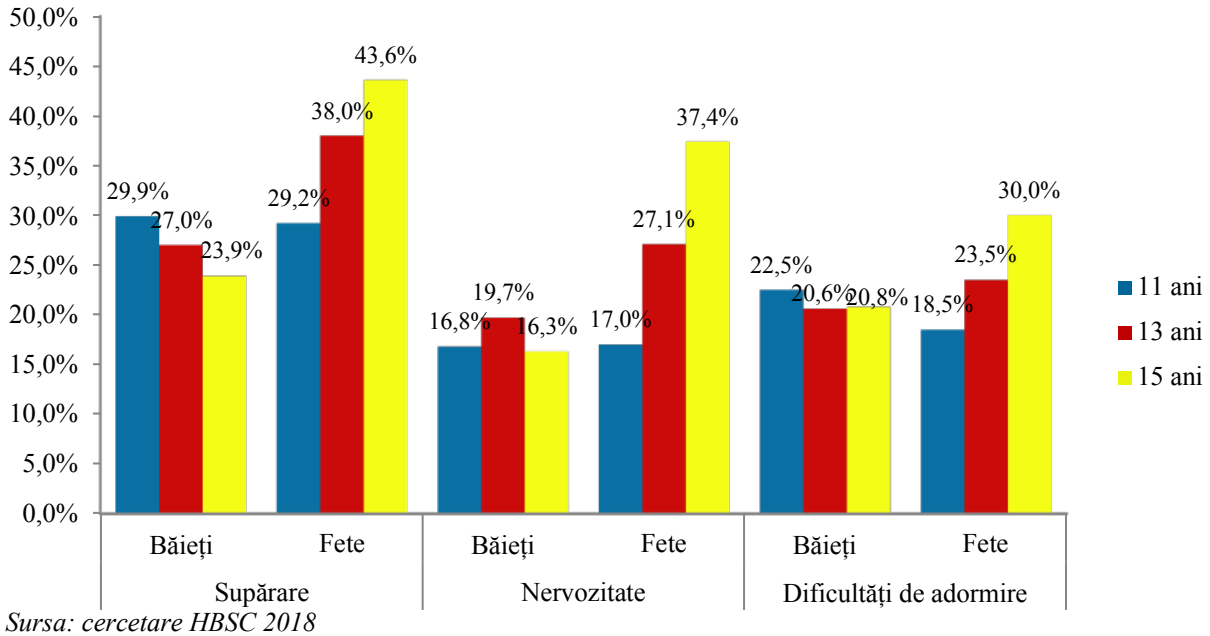
Fig. 29 Procentul celor care iau medicație pentru simptome somatice (mai frecvent decât o dată în ultima lună)



Sursa: cercetare HBSC 2018

Simptomele psihice sunt raportate într-o proporție mai mare de fete comparativ cu băieții, la aproape toate categoriile de vârstă (fig. 30). Se observă tendințe de creștere accentuată în raportarea acestor simptome de la 11, la 13 și la 15 ani în rândul fetelor. Astfel, se înregistrează diferențe de la 11.5% pentru dificultățile de adormire, la 14.4% pentru supărare și până la 20.4% (reprezentând o creștere de peste 100%) pentru nervozitate. La băieți, tendința este ușor descendentă sau se menține constantă, diferențele la 11, 13 și 15 ani în procentul celor care raportează aceste simptome nedepășind 7% (pentru supărare).

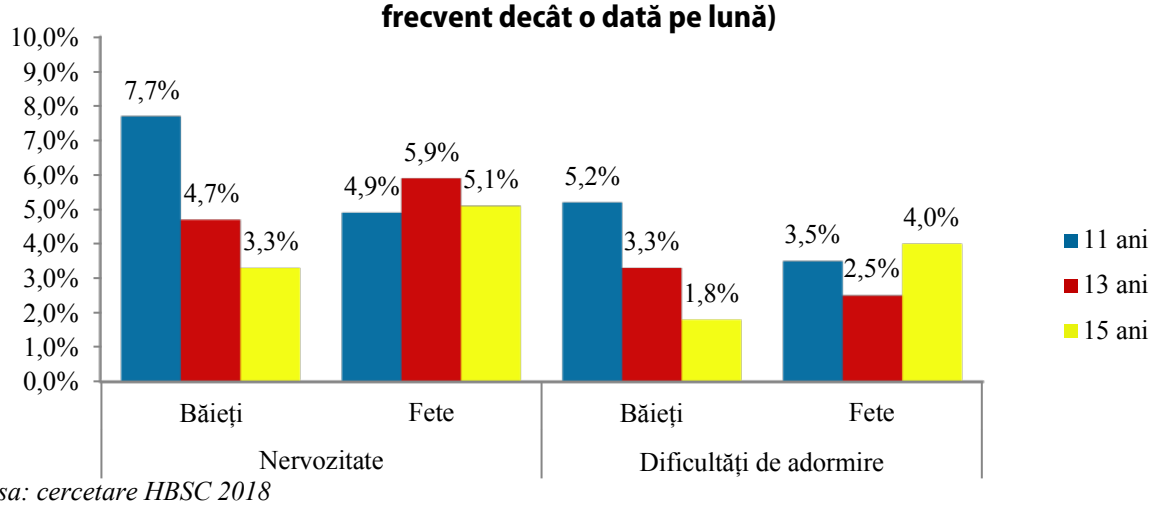
Fig. 30 Procentul celor care raportează simptome psihice (mai frecvent decât o dată pe săptămână)



Sursa: cercetare HBSC 2018

În fig. 31 se observă că, o dată cu vârsta, scade procentul băieților care iau medicație pentru simptome psihice. La fete, în schimb, nu se remarcă o tendință de vârstă evidentă în sensul creșterii sau scăderii procentelor celor care iau medicație, iar diferențele procentuale sunt mici între diferite grupe de vârstă pentru ambele tipuri de probleme.

Fig. 31 Procentul celor care iau medicație pentru simptome psihice (mai frecvent decât o dată pe lună)



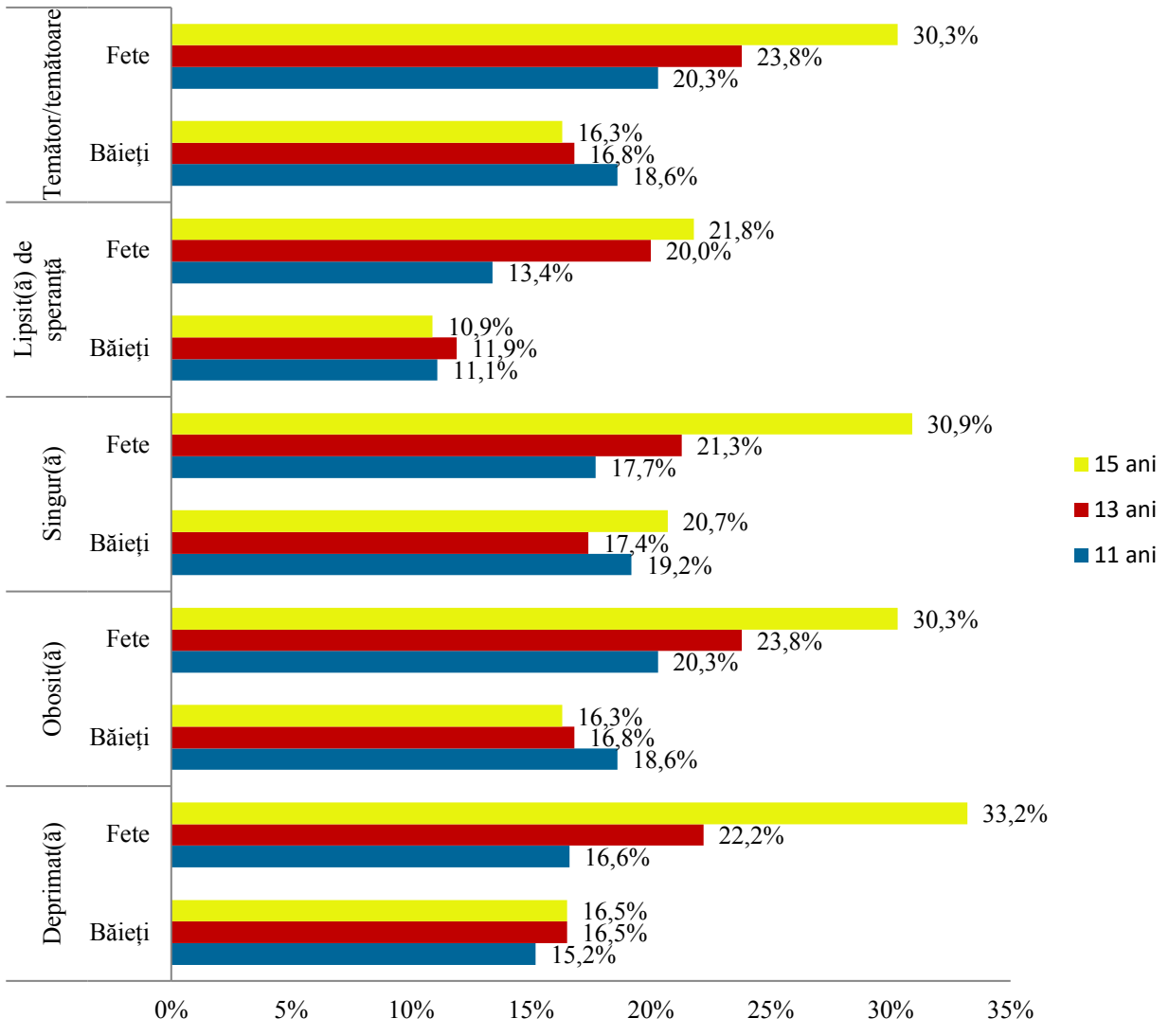
Sursa: cercetare HBSC 2018

c. Probleme emoționale

Fig. 32 arată că, la toate grupele de vârstă, fetele raportează, într-o proporție mai mare decât băieții, probleme emoționale precum: deprimare, teamă, oboseală, singurătate și lipsă de speranță. Pentru deprimare și lipsă de speranță, procentele sunt chiar duble comparativ cu cele

ale băieților de aceeași vârstă (15 ani). Aceste probleme emoționale sunt mai frecvente la vârste mai mari comparativ cu vârste mai mici, mai ales în cazul fetelor. La 15 ani, 1 din 3 fete se simte, de 3-4 ori pe săptămână, deprimată, obosită singură sau temătoare și 1 din 5 se simte lipsită de speranță. În contrast, la 11 ani, aceste probleme emoționale nu ajung la proporții de 20% (1 din 5), cu excepția oboselii și sentimentului de teamă. La băieți, tendința de creștere a frecvenței problemelor emoționale o dată cu vârsta nu este atât de evidentă ca în cazul fetelor: problemele emoționale precum deprimarea sau sentimentul de singurătate sunt raportate mai frecvent după 11 ani, în vreme ce, lipsa de speranță, teama și oboseala scad ușor, cu maxim 2.3% la 15 ani comparativ cu 11 ani.

Fig. 32 Probleme emoționale (selecție CES-D-R 10)

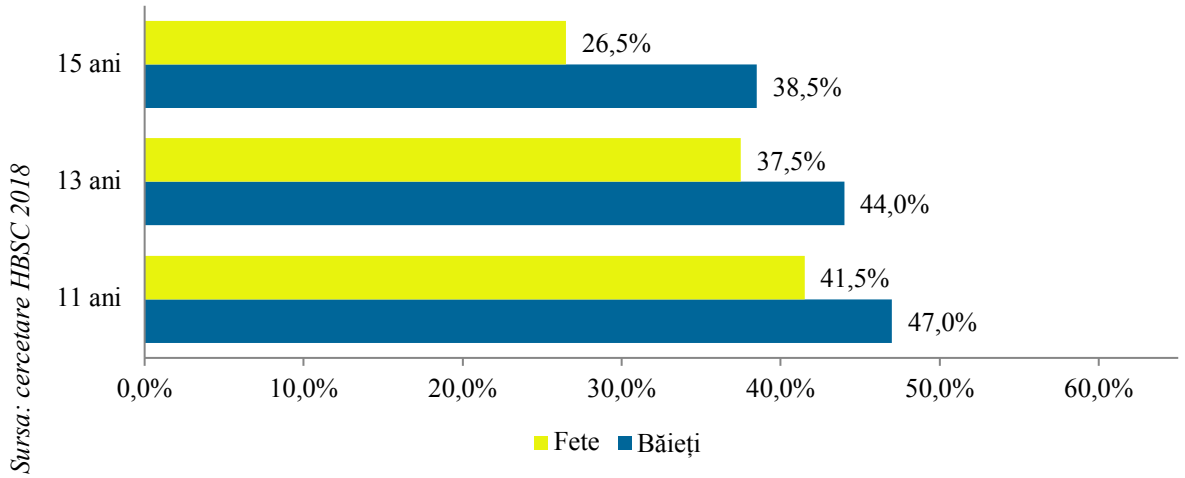


Accidentări și răniri care au necesitat îngrijiri medicale

Fig. 33 arată că aproape jumătate dintre băieții de 11 și 13 ani și mai mult de o treime din fetele de aceleași vârste au suferit, în anul anterior, accidentări și răniri care au necesitat îngrijiri medicale.

Se observă un declin al acestor incidente de la 11 la 15 ani, atât pentru fete cât și pentru băieți. În direcția așteptărilor, procentul băieților care au suferit accidentări și răniri este mai mare decât al fetelor la toate cele trei categorii de vârstă.

Fig. 33 Procentul celor care au avut nevoie de asistență medicală pentru tratarea unei răniri sau accidentări (cel puțin o dată în ultimele 12 luni)

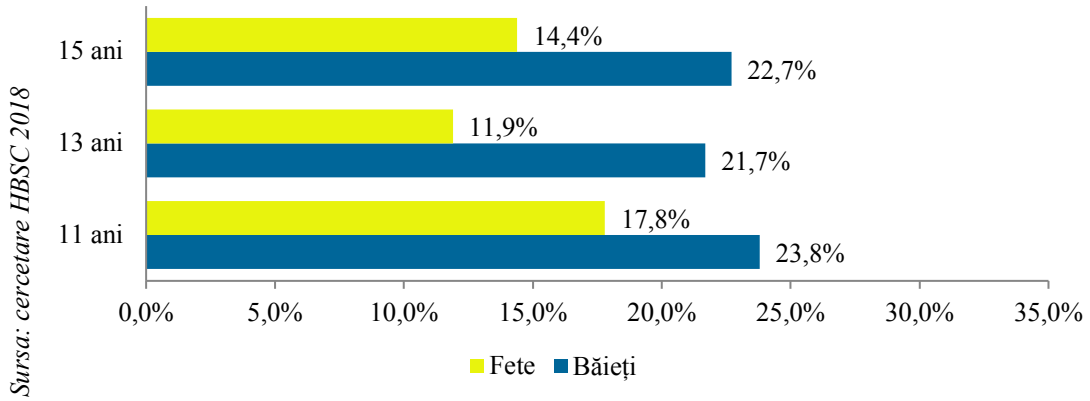


Greutate și imagine corporală

a. Greutate corporală

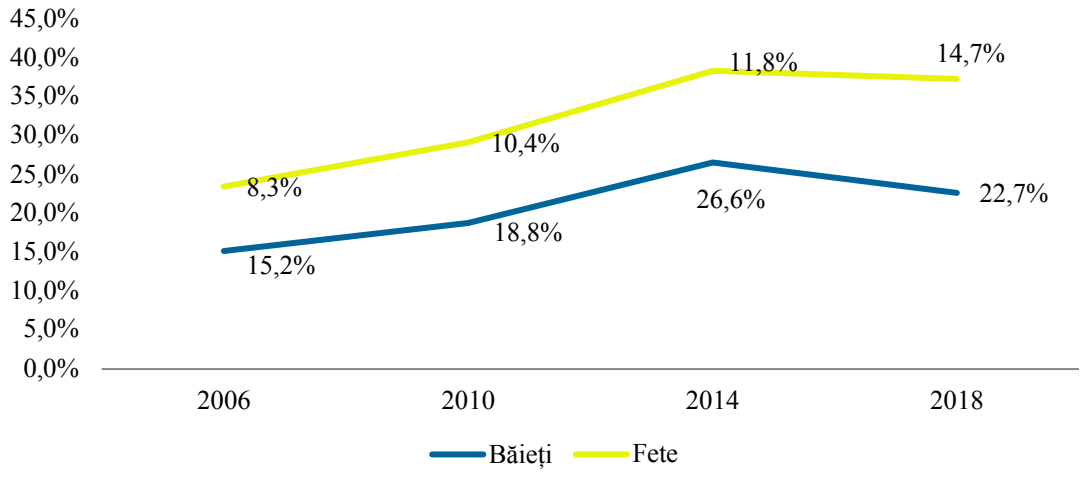
Datele ilustrate in fig. 34 arată că la toate categoriile de vârstă, procentul băieților supraponderali și obezi este semnificativ mai mare decât al fetelor încadrate în aceeași categorie pe baza IMC-ului, diferențele procentuale situându-se între 6% (la 11 ani) și 9.8% (la 13 ani). Pentru băieți, la toate grupele de vârstă, ratele supraponderalității/obezității sunt similare (diferențe de 1-2%) în vreme ce, la fete, aceste diferențe sunt vizibil mai mari (între 2.5% și 6%). Nu se remarcă tendințe de creștere sau de scădere clare pentru supraponderalitate și obezitate odată cu vârsta, pentru niciuna din categoriile de gen.

Fig. 34 Procentul adolescenților supraponderali/obezi (stabilit în baza IMC)



Datele colectate în ultimii 12 ani arată că până în 2014, ratele supraponderalității și obezității au crescut pentru ambele categorii de gen, cu 3.5% (la fete) și 11.4% (la băieți). Această tendință este crescătoare și în 2018 în rândul fetelor, în vreme ce pentru băieți se observă o tendință descrescătoare accentuată (fig. 35).

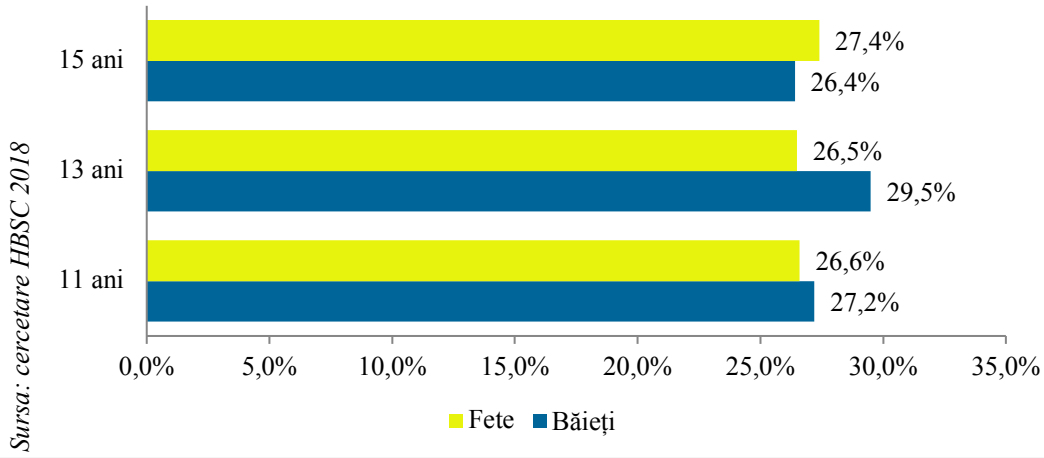
Fig. 35 Procentul adolescenților supraponderali și obezi (stabilit pe baza IMC) 2006-2018



b. Imagine corporală

Fig. 36 arată că percepția corpului ca fiind "prea gras" se menține constantă la 11, 13 și 15 ani pentru ambele genuri. În mod surprinzător, insatisfacția cu propriul corp e mai accentuată la băieții de 11 și 13 ani comparativ cu fetele de aceleași vârste, în timp ce, la 15 ani, tendința este inversă. Cu toate acestea, la toate categoriile de vârstă, diferențele procentuale (fete/băieți) sunt mici pentru acest indicator.

Fig. 36 Procentul adolescenților care se percep prea grași



CONSIDERAȚII FINALE

Datele prezentate în acest capitol oferă o imagine de ansamblu asupra percepțiilor referitoare la sănătate, la starea de bine dar și la frecvența anumitor simptome somatice sau psihice la aceste grupuri de vârstă. În general, se observă că la toate categoriile de vârstă băieții raportează o sănătate mai bună, mai puține simptome fizice și somatice și o stare de bine mai crescută decât a fetelor pe toate cele 5 dimensiuni. De notat este faptul că odată cu vârsta, mai puțini adolescenți își evaluează sănătatea ca fiind excelentă, cu pronunțate diferențe de gen: la 15 ani mai puțin de jumătate dintre băieți și doar un sfert din fete consideră că sănătatea lor este excelentă. În oglindă, satisfacția cu propria viață scade odată cu vârsta, pentru fete mai accentuat decât pentru băieți și cu diferențe de gen care se accentuează la 13 și la 15 ani.

Se remarcă, de asemenea, o accentuare a problemelor emoționale precum deprimarea, oboseala, singurătatea și lipsa de speranță, odată cu vârsta, mai ales în cazul fetelor, în unele situații proporțiile fiind duble la 15 comparativ cu 11 ani. În contrast, descrește marcant și frecvența rănirilor/accidentărilor care necesită îngrijiri medicale la adolescenții mai mari, în cazul ambelor genuri. În ceea ce privește IMC, nu se observă creșteri semnificative ale procentelor supraponderalității / obezității la băieți sau la fete. Analiza tendințelor pe ani arată o creștere ușoară a procentului mediu pentru supraponderalitate / obezitate la fete și o scădere ușoară la băieți.

BIBLIOGRAFIE

Băban A (2006). Suport de curs. Psihologia sănătății. Cluj-Napoca: Editura ASCR (in Romanian).

Boardman JD (2006). Self-rated health among U.S. adolescents. J Adolesc Health 38(4):401–8. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.01.006.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 320:1240–3. doi:https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240.

Currie C, Inchley J, Molcho M, Lenzi M, Veselska Z, Wild F, editors (2014). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews (http://www.hbsc.org).

Hetlevik Ø, Vie TL, Meland E, Breidablik HJ, Jahanlu D (2018). Adolescent self-rated health predicts general practice attendance in adulthood: results from the Young-HUNT1 survey. Scand J Public Health 47(1):37–44 (https://doi.org/10.1177/1403494818772212).

Maynard L, Wisemandle W, Roche A, Chumlea W, Guo S, Siervogel R (2001). Childhood body composition in relation to body mass index. Pediatrics 107, 344–50. doi:10.1542/peds.107.2.344.

Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Valimaa R, Nickel J, Erhardt M, Holstein B et al. (2006). HBSC research protocol for 2005/06 survey. Section 2. Scientific rationales for focus areas: positive health. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.

Sethi D, Racioppi F, Baumgarten I, Vida P (2006). Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

COMPORTAMENTE **DE SĂNĂTATE**

5. Comportamente de sănătate

5.1 COMPORTAMENT ALIMENTAR

INTRODUCERE

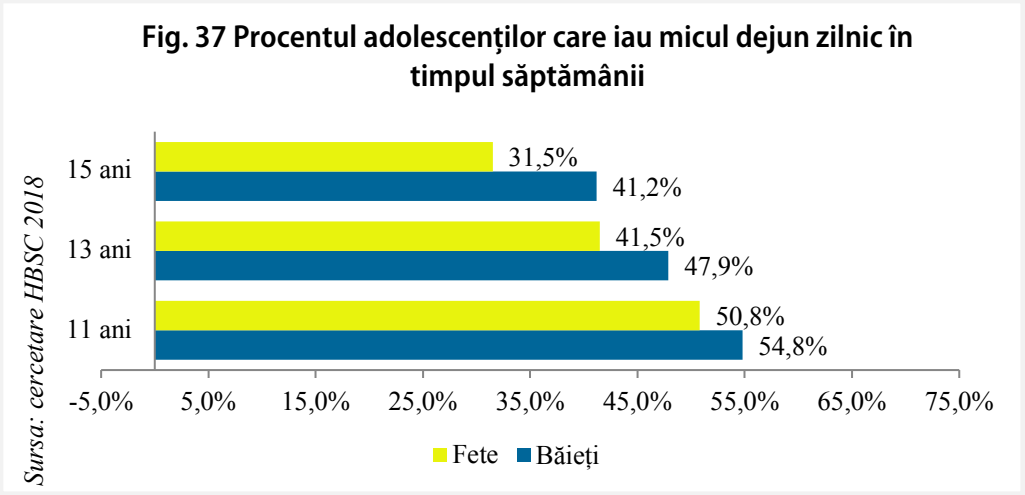
Comportamentul alimentar are un rol esențial în dezvoltarea sănătoasă a copilului (Whitaker et al., 1997). Obiceiurile alimentare dezirabile, precum respectarea meselor principale sau consumul de fructe și legume contribuie la o dezvoltare armonioasă atât în plan fizic cât și intelectual, și la menținerea unei greutăți normale (de Velde, et al. 2007). Prin contrast, obiceiurile alimentare nesănătoase reprezintă factori de risc, care pot determina apariția unor tulburări cronice precum diabetul zaharat, bolile cardiovasculare sau anumite tipuri de cancer (Tirosh, 2011).

MODALITATE DE MĂSURARE

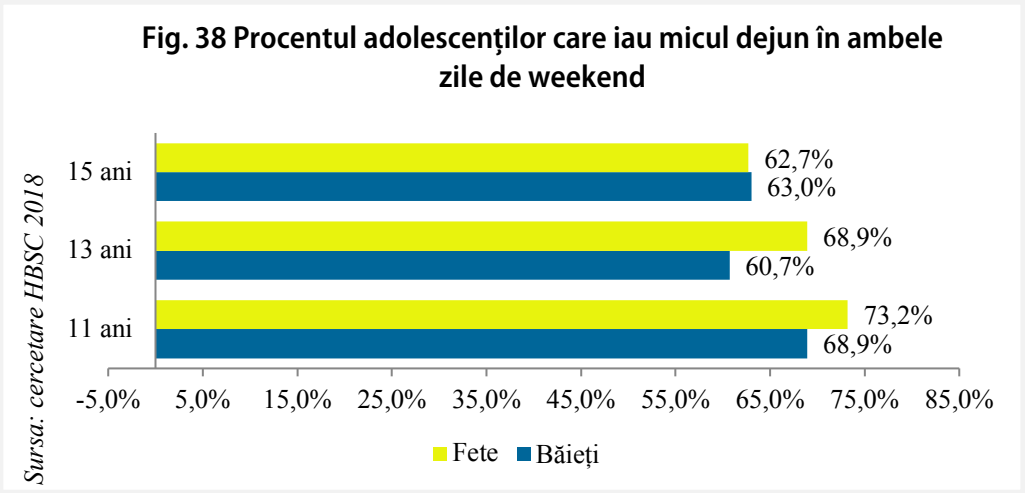
Comportamentul alimentar a fost evaluat prin trei întrebări:
a. Cât de des obișnuiești să iei micul dejun? ... pentru zilele săptămânii și sfârșitul săptămânii, răspunsurile posibile fiind *1. Nu iau niciodată – 6. Cinci zile (pentru zilele săptămânii)* și *1. Nu iau niciodată – 3. De obicei iau micul dejun în ambele zile (pentru zilele sfârșitului de săptămână)*. Datele raportate reflectă procentul elevilor care iau micul dejun în toate zilele săptămânii, respectiv ambele zile de weekend.
b. De câte ori pe săptămână obișnuiești să mănânci... fructe, legume, dulciuri sau să bei băuturi carbogazoase sau băuturi energizante? Răspunsurile posibile variază între *1. Niciodată – 7. În fiecare zi/mai mult de o dată pe zi*. Este raportat procentul adolescenților care consumă zilnic, o dată sau de mai multe ori.
c. Cât de des obișnuiești să iei masa cu familia ta? Răspunsurile posibile variază între *1. În fiecare zi – 5. Niciodată*. Este raportat procentul adolescenților care consumă zilnic, o dată sau de mai multe ori.

REZULTATE

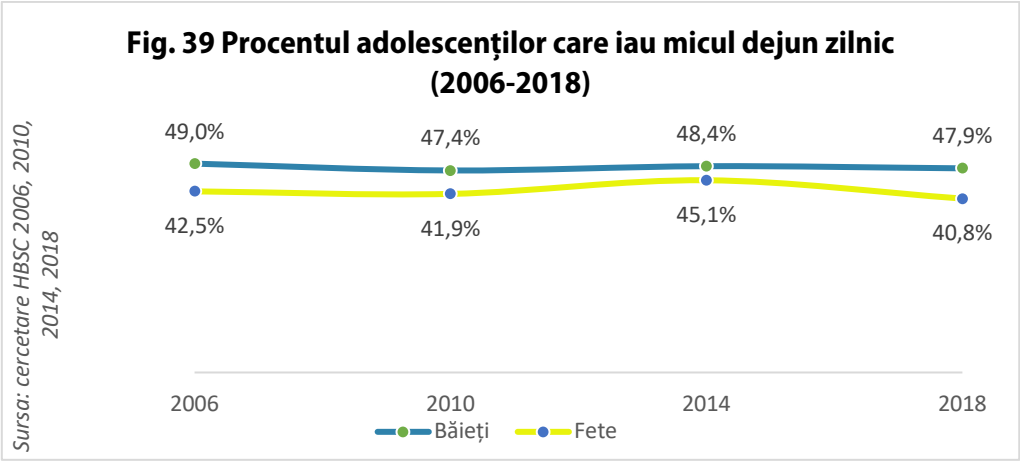
a. Micul dejun în timpul săptămânii și în weekend
Global, se remarcă că un procent scăzut de adolescenți iau micul dejun zilnic în timpul săptămânii. Datele arată că, odată cu vârsta, atât fetele cât și băieții iau micul dejun într-o proporție mai mică, însă în cazul fetelor, aceasta tendință descendentă este mai pronunțată decât în cazul băieților (fig. 37).



Datele referitoare la micul dejun la sfârșit de săptămână sunt reprezentate în fig. 38. În zilele de weekend crește procentul de adolescenți care iau micul dejun, iar diferențele de gen nu sunt semnificative.



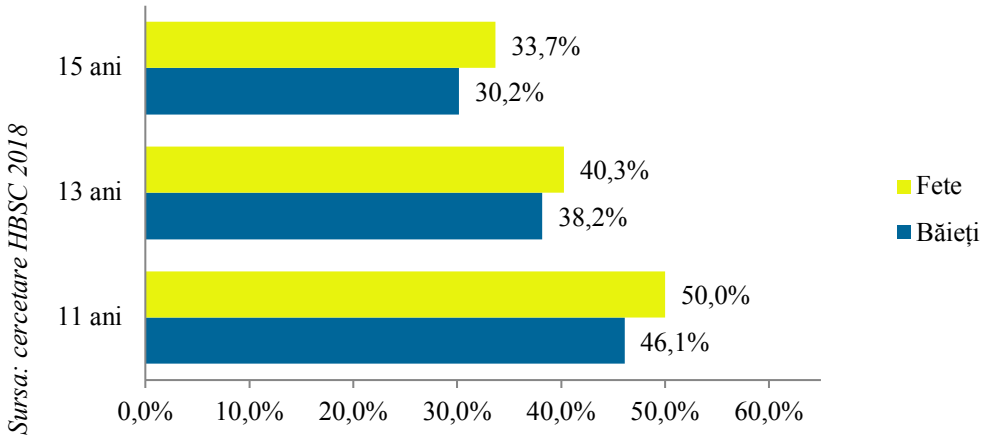
În ceea ce privește evoluția consumului zilnic a micului dejun, observăm că acest comportament este unul relativ stabil de-a lungul celor patru valuri de colectare de date HBSC România (fig. 39), băieții fiind cei care practică cu o frecvență mai mare acest comportament.



b. Alimentație sănătoasă

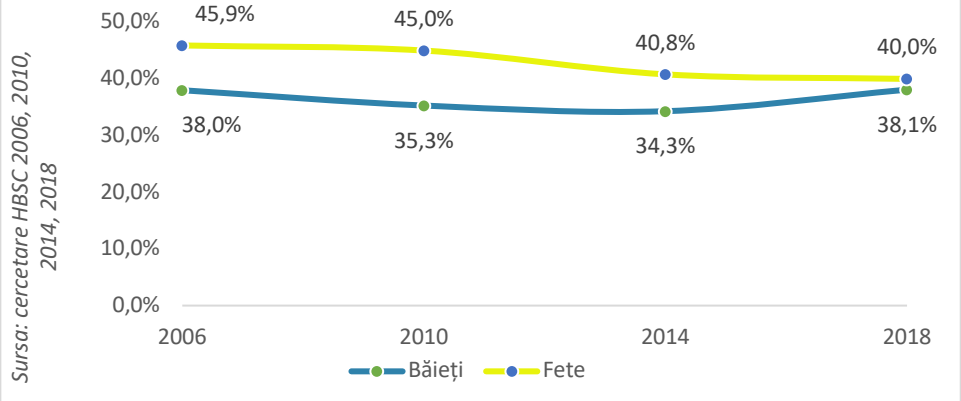
Graficele din secțiunea următoare redau procentul adolescenților care au raportat un consum zilnic (o dată pe zi/ sau de mai multe ori pe zi) pentru fiecare categorie de alimente/băuturi (fructe, legume, dulciuri, băuturi carbogazoase sau băuturi energizante). Din fig. 40 se observă că, în general, fetele consumă fructe într-o proporție mai mare decât băieții. Diferențele pentru acest comportament în funcție de vârstă și gen sunt semnificative.

Fig. 40 Procentul adolescenților care consumă zilnic fructe

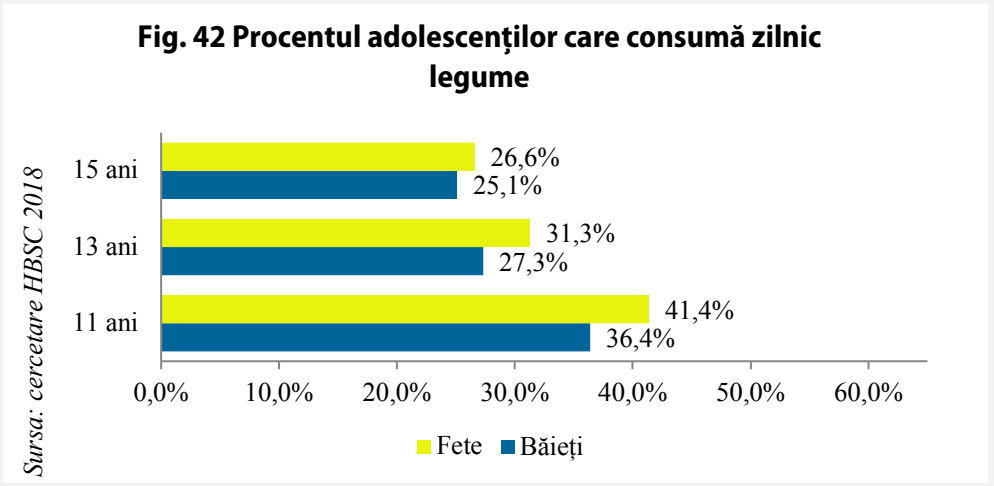


Analizat per ansamblu (fig. 41), acest comportament indică o tendință de descreștere pentru fete (semnificativă mai ales pentru 2018 comparativ cu 2006 și 2010). În schimb, asistăm la o creștere a frecvenței consumului de fructe în cazul băieților în 2018 în comparație cu anii 2010 si 2014.

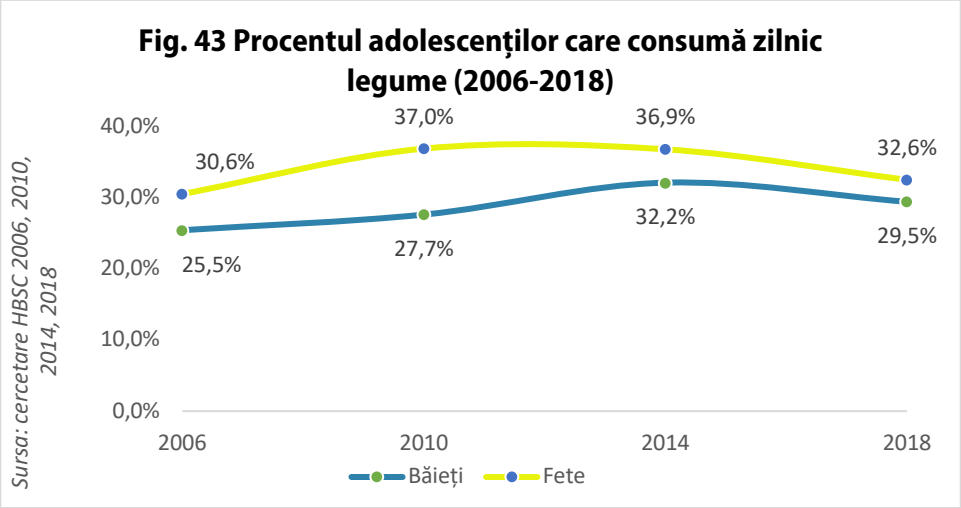
Fig. 41 Procentul adolescenților care consumă zilnic fructe (2006-2018)



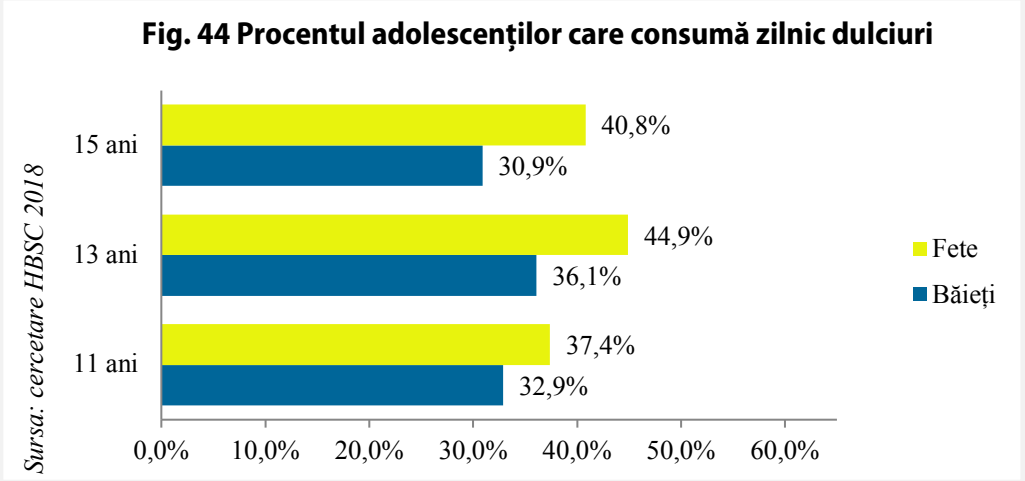
În cazul consumului de legume, se observă în general un consum zilnic redus atât la fete, cât și la băieți, indiferent de categoria de vârstă. De asemenea, se constată o scădere a consumului de legume de la 11 la 13, respectiv de la 13 la 15 ani în cazul ambelor categorii de gen (fig. 42). Diferențele de gen înregistrate sunt semnificative statistic doar în cazul adolescenților de 11 ani.



Analiza tendinței consumului de legume la adolescenți (fig. 43) indică o descreștere în 2018 față de 2014 atât pentru fete cât și pentru băieți.

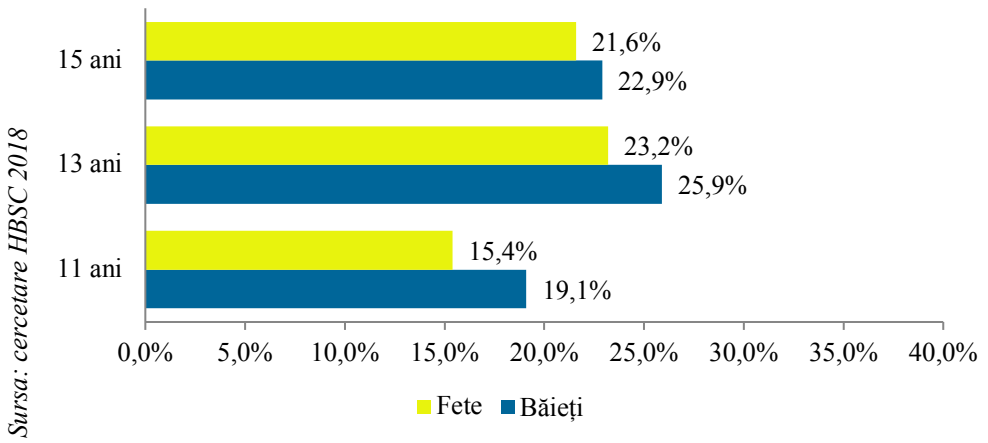


În ceea ce privește consumul unor alimente nesănătoase, datele înregistrate pentru consumul zilnic de dulciuri sunt prezentate în fig. 44. Fetele consumă constant mai multe dulciuri față de băieți, indiferent de vârstă.



Frecvența adolescenților care consumă zilnic sucuri îndulcite cu zahăr este prezentată în fig. 45. Diferențele de vârstă înregistrate sunt semnificative doar în cazul fetelor. În cazul lor, asistăm la o creștere a consumului zilnic de sucuri la vârsta de 13 ani, consum ce înregistrează o ușoară scădere la categoria celor de 15 ani.

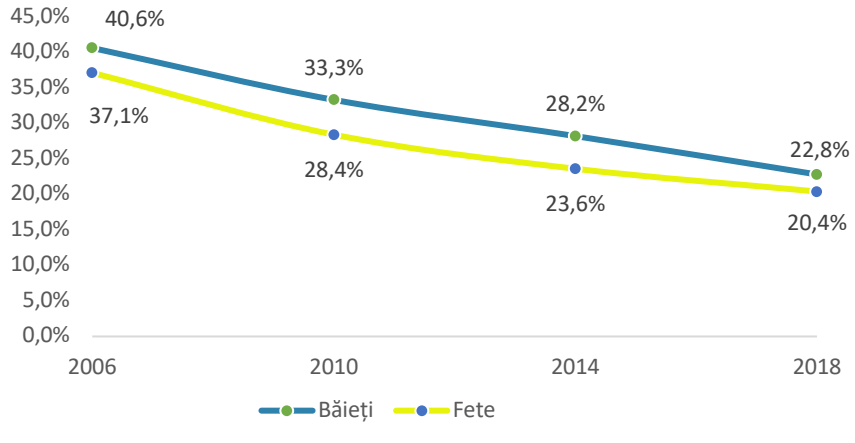
Fig. 45 Procentul adolescenților care consumă zilnic băuturi carbogazoase îndulcite



Sursa: cercetare HBSC 2018

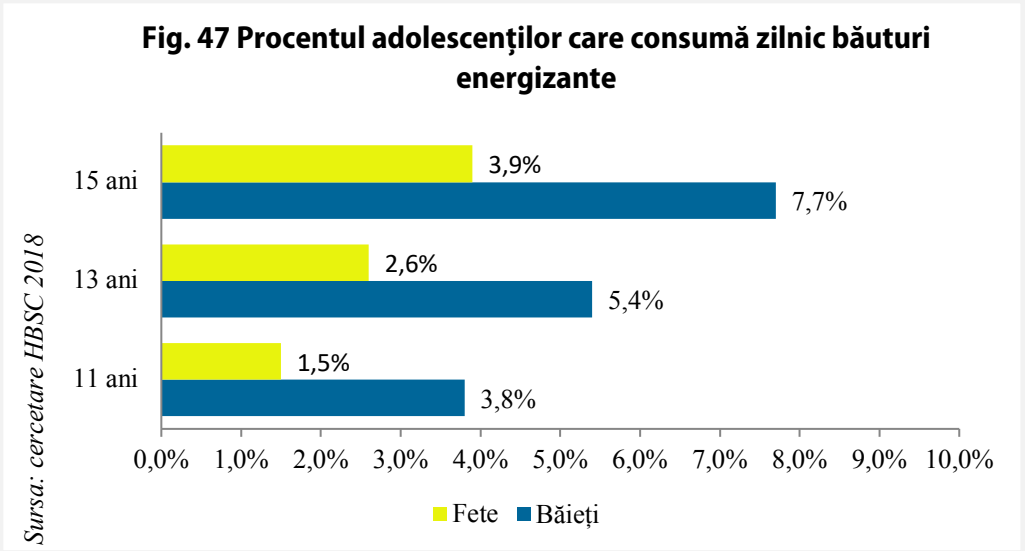
Consumul băuturilor carbogazoase îndulcite înregistrează o tendință constant descrescătoare în intervalul 2006-2018 (fig. 46) pentru ambele genuri. Totodată, se constată o tendință ușoară a băieților de a consuma mai multe băuturi îndulcite comparativ cu fetele.

Fig. 46 Procentul adolescenților care consumă zilnic sucuri carbogazoase îndulcite (2006-2018)



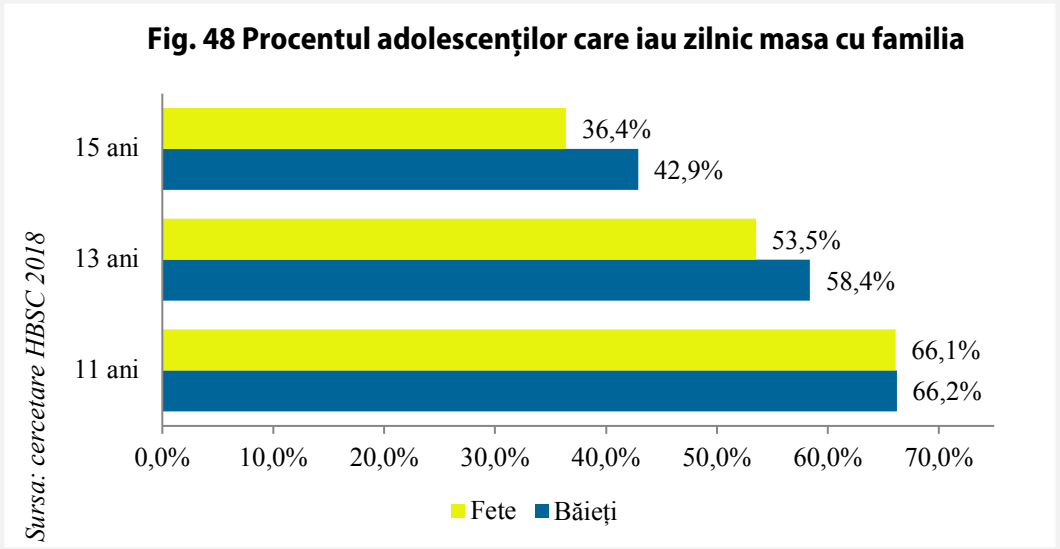
Sursa: cercetare HBSC 2006, 2010, 2014, 2018

Datele cu privire la consumul zilnic de băuturi energizante (fig. 47) arată că, numărul băieților care consumă zilnic băuturi energizante este mai mare comparativ cu cel al fetelor, cu o creștere odată cu vârsta a acestui comportament. De asemenea, această creștere este mai accentuată în cazul băieților, comparativ cu cea înregistrată la fete.



c. Luarea mesei în familie

Datele înregistrate cu privire la frecvența meselor luate în cadrul familiei sunt prezentate în fig. 48. Analizele statistice relevă diferențe de vârstă semnificative în cadrul fiecărei categorii de gen, rata comportamentului scade odată cu înaintarea în vârstă. Această tendință de scădere se manifestă similar pentru cele două categorii de gen până la vârsta de 13 ani. În cazul adolescenților de 15 ani, diferența de gen înregistrată devine semnificativă.



CONSIDERAȚII FINALE

Datele HBSC 2018 indică faptul că luarea zilnică a micului dejun continuă să rămână un comportament deficitar, prezent doar la mai puțin de jumătate din adolescenții de 11, 13 și 15 ani. Odată cu vârsta, atât fetele cât și băieții iau micul dejun într-o proporție mai mică, însă în cazul fetelor, aceasta tendință descendentă este mai pronunțată decât în cazul băieților.

Obiceiul de a lua micul dejun nu a înregistrat modificări semnificative în intervalul 2006-2018. Elevii de 11 ani consumă mai multe fructe, legume și dulciuri și mai puține băuturi carbogazoase decât cei de 15 ani, lucru valabil atât pentru fete cât și pentru băieți. Vârsta de 13 ani reprezintă un moment de turnură, o perioadă de vulnerabilitate, când frecvența obiceiurile

nesănătoase crește (consum de dulciuri și băuturi carbogazoase), urmând ca la 15 ani să se înregistreze o oarecare ameliorare a acestora.

În ceea ce privește frecvența luării mesei în familie, este de asemenea un comportament al cărei frecvență se reduce odată cu înaintarea în vârstă. Analiza tendințelor (2006-2018) indică o ușoară reducere a comportamentelor sănătoase la adolescenții din România (ex. consum de fructe sau legume), care însă nu este dublată de o creștere a consumului de alimente nesănătoase (ex. consum de băuturi carbogazoase îndulcite). Datele existente indică nevoia de a iniția programe de educare a copiilor în vederea formării unor deprinderi alimentare sănătoase.

5.2 Activitate fizică și sedentarism

INTRODUCERE

Activitatea fizică reprezintă una dintre nevoile de bază ale ființei umane (Cavill et al., 2006). În ciuda acestui fapt, datele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) arată că nivelul activității fizice la aproximativ două treimi din populația adultă din statele Uniunii Europene este sub nivelul recomandat. Una din principalele cauze ale acestei stări de fapt este generată de gradul ridicat de mecanicizare și tehnologizare a vieții cotidiene, atât la locul de muncă cât și acasă (Caspersen et al., 1985). În paralel, asistăm la o creștere a numărului de persoane care în timpul liber optează pentru activități sedentare (vizionarea programelor TV, jocuri pe calculator, etc), în detrimentul activităților fizice (mersul pe jos, pe bicicletă, grădinărit, etc), (Samdal et al., 2006). Reducerea nivelului de activitate fizică și creșterea ponderii activităților sedentare este asociată cu o creștere a ratei supraponderalității/obezității, atât la copii cât și la adulți, însoțită frecvent de probleme medicale și psiho-sociale (Sallis, & Patrick, 1994).
Acest capitol își propune să ofere date sintetice care să permită evidențierea nivelului implicării în activități fizice ale elevilor din România.

MODALITATE DE MĂSURARE

Activitatea fizică și modul de petrecere al timpului liber au fost evaluate prin următoarele întrebări:
a. Pe parcursul ultimelor 7 zile, câte zile ai practicat activități fizice cu o durată totală de cel puțin 60 de minute pe zi? Variantele de răspuns au fost între *0 și 7 zile*. În analiza rezultatelor s-a luat în considerare procentul celor care au raportat că practică zilnic activitate fizică, timp de cel puțin o oră.
b. În afara orelor de educație fizică, cât de des faci exerciții fizice? Variantele de răspuns au fost pe o scală de la *1-în fiecare zi, la 7- niciodată*. *În afara orelor de educație fizică, câte ore pe săptămână practici, de obicei exerciții?*. Variantele au fost: *1-nicio oră, 6- aproximativ 7 ore* sau *mai mult*. Răspunsurile la cele două întrebări (frecvență și durată) au fost analizate împreună, și s-a raportat procentul celor care au realizat activitate fizică de minim 4-6 ori pe săptămână, cu o durată de aproximativ o oră.
c. Aproximativ câte ore pe zi obișnuiești să petreci timpul tău liber … i). uitându-te la televizor/video; ii). utilizând calculatorul pentru a rezolva teme sau a comunica. Răspunsurile posibile pentru fiecare întrebare au fost cuprinse între *1-deloc și 9-aproximativ 7 ore sau mai mult pe zi*. Întrebările au fost formulate separat, pentru zilele săptămânii și pentru zilele de sfârșit de săptămână. S-a aplicat un criteriu unic de segmentare al răspunsurilor, împărțind elevii în două categorii, cei care

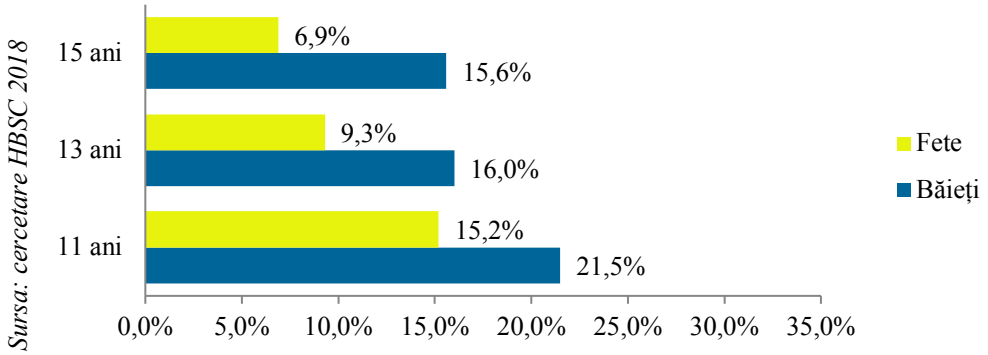
utilizează TV/calculator zilnic mai puțin de 2 ore și cei care petrec 2 ore sau mai mult în fața TV/calculatorului. În raportare s-a luat în considerare procentul celor care utilizează 2 ore sau mai mult pe zi TV/ calculatorul.

REZULTATE

a. Activitate fizică susținută în ultima săptămână

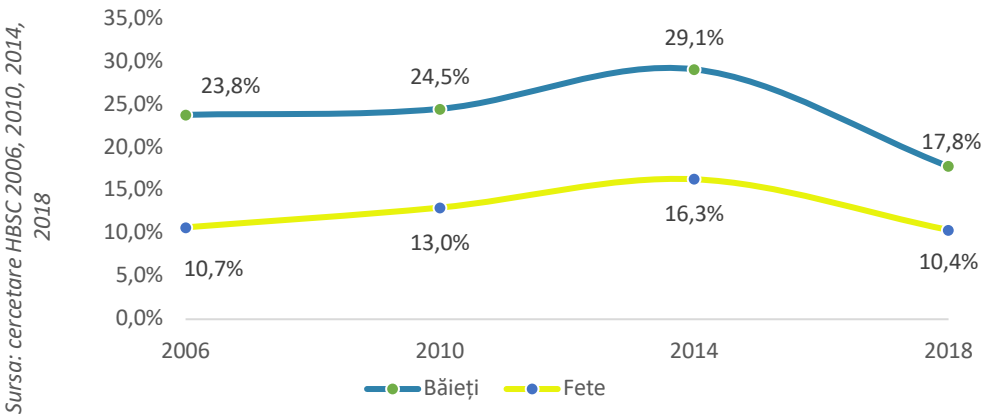
În fig. 49 se observă procentul foarte redus de adolescenți care practică zilnic activitate fizică în acord cu criteriile minimale OMS, procent care scade progresiv odată cu înaintarea în vârstă pentru ambele genuri. La toate categoriile de vârstă se înregistrează un procent mai mare al băieților care se implică în activitate fizică comparativ cu fetele.

Fig. 49 Procentul adolescenților care practică zilnic activitate fizică cu o durată minimă 60 min



Evoluția indicatorilor cu privire la activitatea fizică zilnică de intensitate medie indică o scădere accentuată a frecvenței acestui comportament în 2018 (fig. 50). Scăderea înregistrată este mai evidentă la băieți decât la fete.

Fig. 50 Procentul adolescenților care se angajează zilnic în activitate fizică moderată (2006-2018)

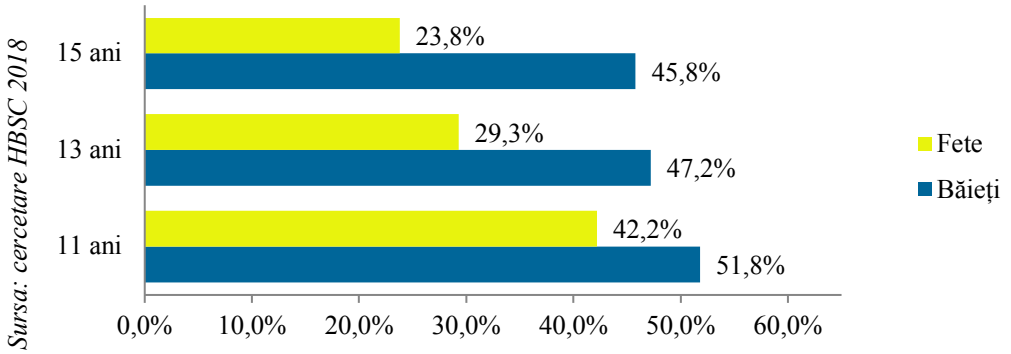


b. Activitate fizică susținută în afara orelor de școală

Activitatea fizică în afara contextului școlar prezintă o distribuție asemănătoare cu cele discutate în subcapitolul anterior. Procentul adolescenților care practică exerciții fizice susținute în afară

orelor de școală de cel puțin de patru ori/săptămână este prezentat în fig. 51. S-au înregistrat diferențe semnificative între băieți și fete la toate categoriile de vârstă. În cazul ambelor categorii de gen se înregistrează o reducere semnificativă a acestui comportament, simultan înaintării în vârstă.

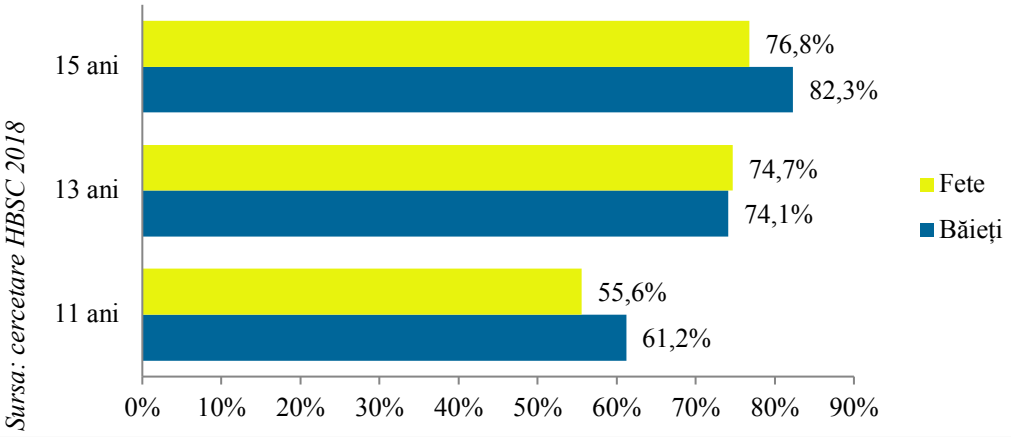
Fig. 51 Procentul adolescenților care practică exerciții fizice susținute în afară orelor de școală de cel puțin de patru ori/săptămână



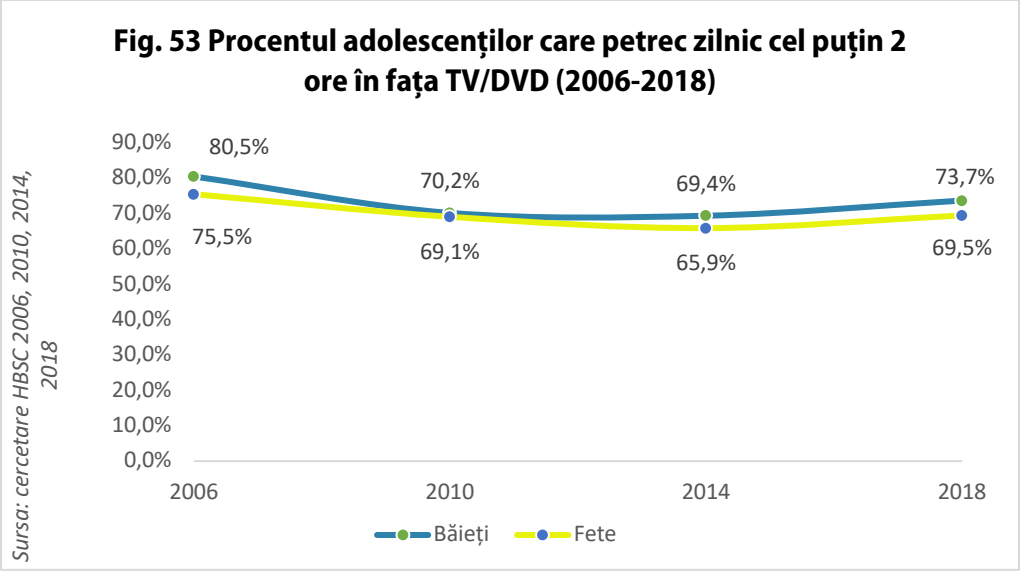
c. Timp petrecut în timpul liber în fața televizorului/dvd sau calculatorului/tabletei

Rezultatele obținute pentru vizionarea TV/video în timpul săptămânii sunt prezentate în fig 52. Diferențe semnificative de gen s-au înregistrat doar pentru categoriile de vârstă 11 și 15 ani (fetele petrec semnificativ mai puțin timp în timpul săptămânii în fața televizorului/dvd sau calculatorului/tabletei, comparativ cu băieții de aceeași vârstă), restul diferențelor fiind nesemnificative statistic.

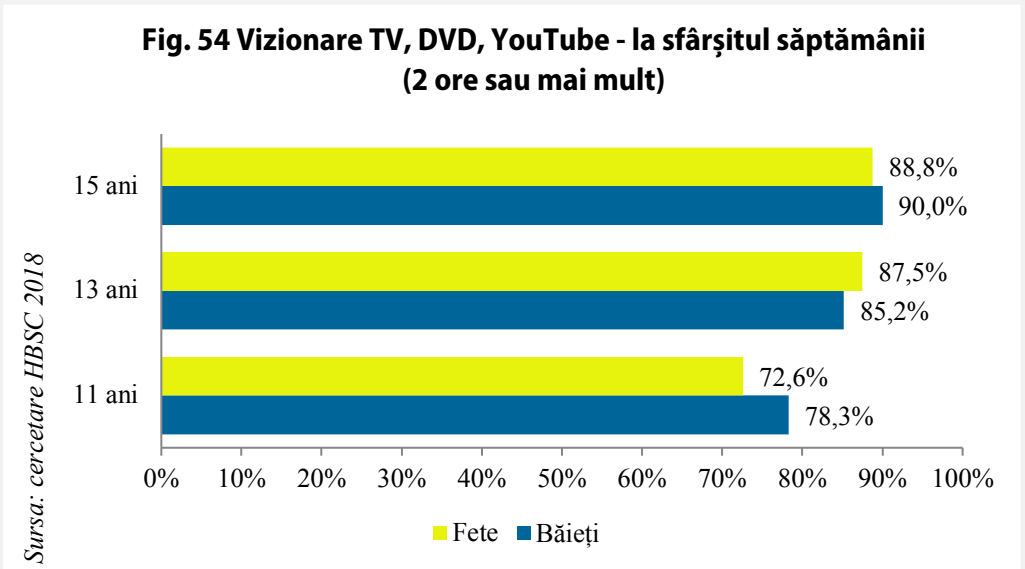
Fig. 52 Vizionare TV, DVD, YouTube - în timpul săptămânii (2 ore sau mai mult)



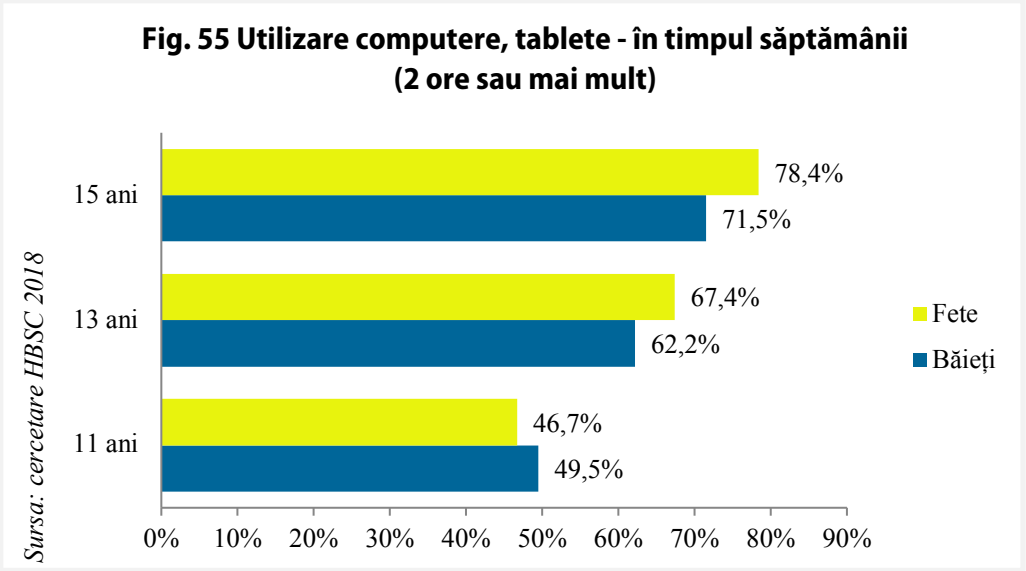
Analiza tendințelor indică o creștere în 2018 a frecvenței acestui comportament față de 2014 (fig. 53), după o scădere înregistrată în intervalul 2006-2014. În fiecare val de măsurători, frecvența acestui comportament este mai ridicată în cazul băieților decât la fete.



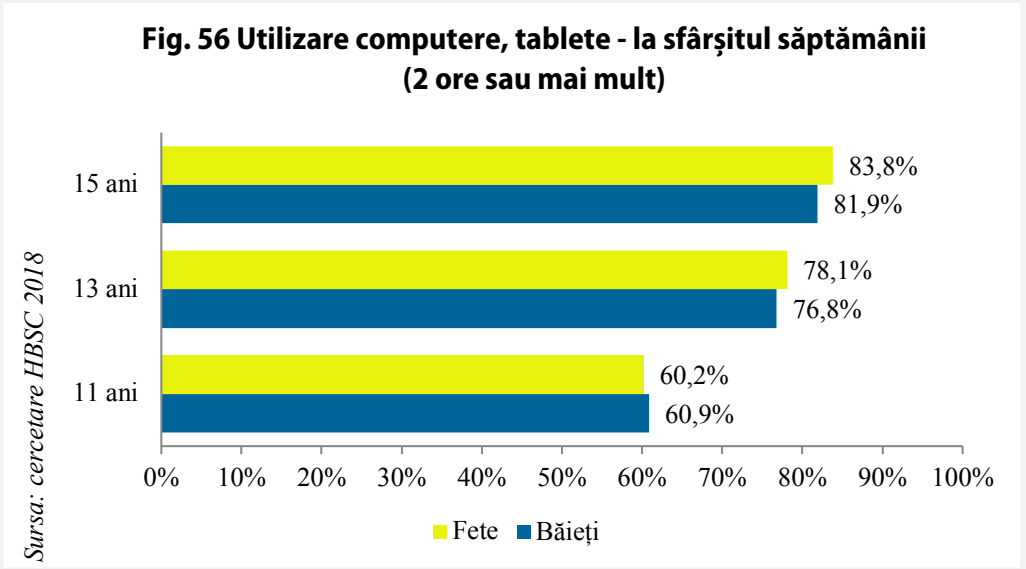
Datele înregistrate pentru zilele de sfârșit de săptămână (fig. 54) indică o distribuție asemănătoare, singura diferență semnificativă de gen fiind înregistrată la vârsta de 11 ani.



Utilizarea computerelor sau tabletelor în timpul liber este mai mare în rândul fetelor (fig. 55) Această diferență trece de pragul semnificației statistice pentru categoriile de 13 și 15 ani. În general, odată cu înaintarea în vârstă, asistăm la o creștere a frecvenței acestui comportament.



Datele privind petrecerea a mai mult de 2 ore în fața computerului/tabletei la sfârșit de săptămână (fig. 56) indică aceeași tendință de creștere a comportamentului odată cu înaintarea în vârstă. În acest caz, însă, nu se înregistrează diferențe de gen pentru niciuna dintre categoriile de vârstă.



CONSIDERAȚII FINALE

Potrivit datelor HBSC 2018, procentul elevilor de 11, 13 și 15 ani care raportează practicarea de activități fizice în ultima săptămână în acord cu criteriile OMS este îngrijorător de redus (17.8% băieți și 10.4% fete). Practicarea activității fizice descrește cu vârsta, iar diferența dintre fete și băieți se menține la toate categoriile de vârstă. În paralel cu reducerea activității fizice, asistăm la o intensificare a comportamentelor sedentare. Frecvența celor care petrec zilnic cel puțin două ore în fața televizorului sau a calculatorului crește cu vârsta. Aproximativ două treimi dintre elevi se uită 2 ore sau mai mult la TV în timpul săptămânii, procentul fiind și mai mare în weekend. Analiza tendințelor în intervalul 2006-2018 indică, în mod clar, o reducere

importantă a frecvenței activității fizice și o creștere a comportamentelor sedentare în cel mai recent sondaj HBSC.

Rezultatele studiului HBSC 2018 indică nevoia creșterii frecvenței activității fizice în rândul elevilor din România, în toate formele sale, organizate formal sau informal, de grup sau individuale. Creșterea numărului de ore de educație fizică din programa școlară, a infrastructurii școlii care să permită desfășurarea acestor ore, a numărului de cluburi care oferă posibilitatea practicării sportului sub îndrumarea unor specialiști, inițierea unor evenimente sportive regulate care să devină tradiție pentru școli și comunitate, până la încurajarea mersului pe jos la/de la școală, plimbări regulate, gimnastică de scurtă durată ca formă de recreere, toate sunt modalități care promovează activitatea fizică ca parte a unui stil de viață sănătos.

5.3. Sănătate orală

INTRODUCERE

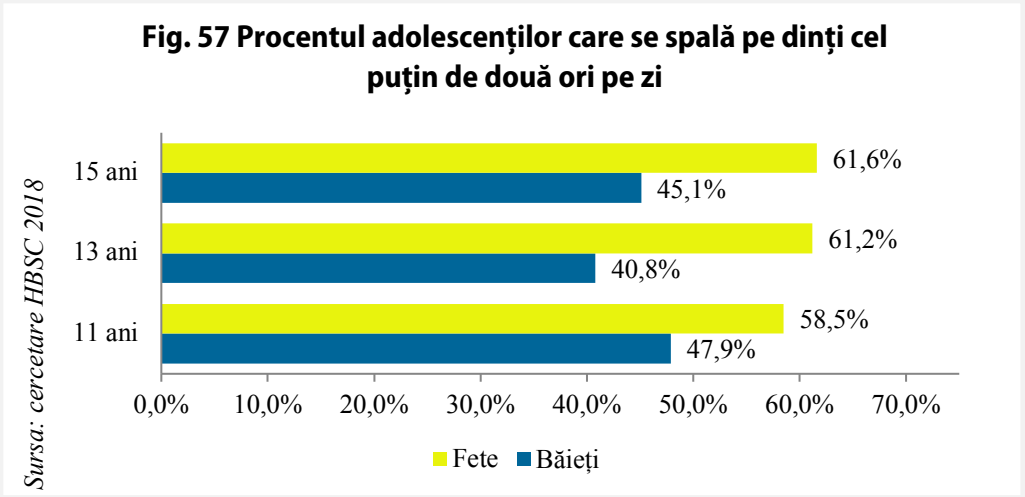
Sănătatea orală este o parte a sănătății generale și un factor esențial pentru starea de bine. O bună sănătate orală înseamnă lipsa afecțiunilor parodontale, cariilor dentare sau altor boli care afectează cavitatea bucală. În ceea ce privește comportamentele de igienă orală la copii, studiile susțin că acestea sunt puternic influențate de mediul copilului. De asemenea, se observă o creștere a frecvenței adoptării comportamentelor de igienă orală pe măsură ce copiii înaintează în vârstă (Honkala et al., 2015).

MODALITATE DE MĂSURARE

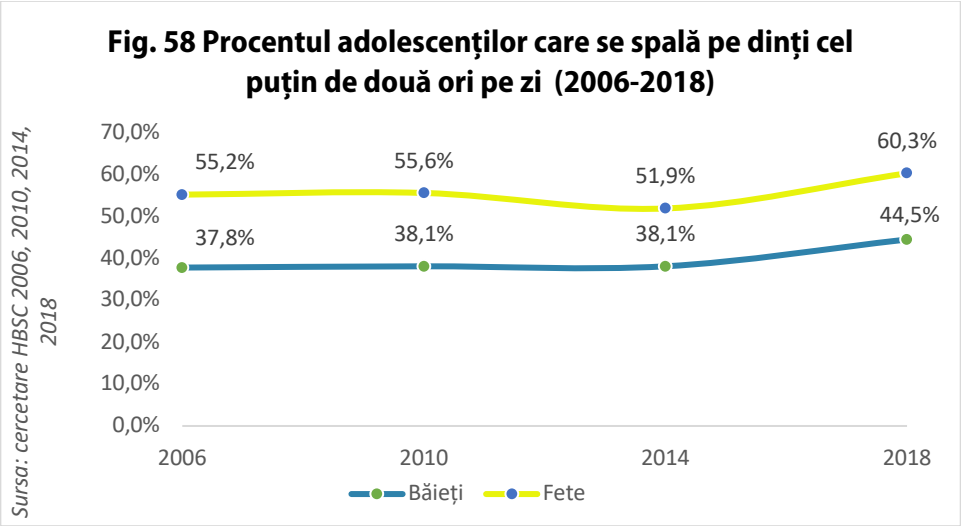
În studiul HBSC, frecvența cu care elevii adoptă comportamente de igienă orală a fost măsurată printr-un singur item: *Cât de des te speli pe dinți?* Variantele de răspuns care le-au fost oferite copiilor au fost: *mai des de o dată pe zi; o dată pe zi; cel puțin o dată pe săptămâna dar nu zilnic; mai rar decât o dată pe săptămână; niciodată*. În analiza s-au luat în calcul răspunsurile care indicau periajul de cel puțin două ori pe zi.

REZULTATE

Procentul adolescenților care se spală pe dinți cel puțin de două ori pe zi este prezentat în fig. 57. Distribuția pe categorii de vârstă nu indică prezența unor diferențe semnificative. În schimb, se înregistrează diferențe semnificative pe categorii de gen în cadrul fiecărei grupe de vârstă, fetele fiind cele care respectă, într-un procent mai ridicat, acest deziderat.



În intervalul 2006-2018, există o creștere relativ constantă a numărului adolescenților care se spală pe dinți de cel puțin două ori pe zi (fig. 58). Tendința este evidentă pentru ambele genuri, însă, fetele înregistrează o frecvență mai ridicată pe tot parcursul intervalului.



CONSIDERAȚII FINALE

Conform rezultatelor raportate, unul din doi elevi din România nu se spală pe dinți conform normelor de igienă dentară, respectiv de cel puțin de două ori pe zi. Având în vedere asocierea unei sănătăți orale precare cu riscul pentru boli cardiovasculare, diabet, boli metabolice, se impune dezvoltarea unor măsuri de promovare a sănătății orale ca parte integrată a promovării sănătății în general. Creșterea frecvenței periajului dentar poate fi realizată prin educarea timpurie a copiilor de către părinți, dar și prin campanii susținute în școli, comunitate sau mass-media. Practicarea regulată și corectă a periajului dentar după mesele principale este o condiție ușor de atins și necesară pentru a îmbunătății sănătatea orală și generală a copiilor și adolescenților.

BIBLIOGRAFIE

Caspersen CJ, Powell KE, Christensen, GM (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 100:126–31.

Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, editors (2006). Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Honkala S, Vereecken C, Niclasen B, Honkala E (2015). Trends in toothbrushing in 20 countries/regions from 1994 to 2010. Eur J Public Health 25(Suppl. 2):20–3.

Sallis JF, Patrick K (1994). Physical activity guidelines for adolescents: consensus statement. Pediatr Exerc Sci. 6:302–14.

Samdal O, Ravens-Sieberer U, Currie C (2006). Overweight in school-aged children in 35 countries: associations with eating habits, physical activity, socioeconomic status and perceived health. In: WHO Regional Office for Europe. WHO/HBSC Forum 2006.

te Velde SJ, Twisk JW, Brug J (2007). Tracking of fruit and vegetable consumption from adolescence into adulthood and its longitudinal association with overweight. Br J Nutr. 2(2):431–8. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0007114507721451.

Tirosh A, Shai I, Afek A, Dubnov-Raz G, Ayalon A, Gordon B et al. (2001). Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. N Eng J Med. 364:1315–25. doi:10.1056/NEJMoa100699

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Eng J Med. 337:869–73. doi:10.1002/pmic.201400359

COMPORTAMENTE **DE RISC**

6. Comportamente de risc

6.1 FUMAT, CONSUM DE ALCOOL, CONSUM DE CANNABIS

INTRODUCERE

Fumatul în rândul adolescenților este o problemă majoră la nivel mondial prin prisma consecințelor negative asupra sănătății și dezvoltării, cât și dată fiind menținerea comportamentului în tranziția spre viața adultă (WHO Regional Office for Europe, 2014). Cei care încep să fumeze la vârste mai mici au șanse mai mari de a deveni fumători constanți (U.S. Department of Health and Human Services, 2014), în special dacă sunt înconjurați de fumători în familie și în grupul de prieteni. Conform OMS, fumatul este principala cauză de mortalitate și morbiditate care poate fi prevenită (WHO, 2013). Cu toate că rata cea mai crescută de decese și afecțiuni cronice relaționate cu fumatul este înregistrată în rândul adulților, inițierea acestui comportament nesănătos este realizată în perioada adolescenței.

Consumul de alcool la tineri are o prevalență ridicată în multe țări europene și nord-americane, în pofida faptului că reprezintă un factor de risc pentru morbiditate și mortalitate. De altfel, alcoolul este cea mai consumată substanță de risc în adolescență (Park & Breland, 2007). Cercetările evidențiază o asociere între inițierea timpurie a consumului de alcool sau/și a episoadelor de ebrietate și consecințe negative precum: rănirea accidentală (Hingson & Zha, 2009), comportament sexual de risc (Hingson et al., 2003), violență (Hingson et al., 2001), relaționare interpersonală problematică (Dawson et al., 2008) și alte probleme fizice, emoționale sau de comportament (Brown et al., 2008).

Până nu demult, consumul de cannabis în adolescență a fost văzut ca fiind un fenomen tranzitoriu (Chabrol, 2003). Cu toate acestea, consumul de cannabis, în special cel practicat în mod regulat și cel inițiat la o vârstă precoce, a fost asociat cu: deteriorări cognitive (Van Ours & Williams, 2009), scăderea performanțelor școlare și abandon școlar (Bachman et al., 2008), probleme de externalizare (asumarea de riscuri, agresivitate, delicvență) și de internalizare (depresie și anxietate) (Griffith-Lendering et al., 2011). Având în vedere riscurile asociate acestor comportamente, este foarte importantă monitorizarea lor cu scopul de a lua măsuri preventive și de combatere a consumului de substanțe în rândul adolescenților.

MODALITATEA DE MĂSURARE

Fumatul a fost evaluat printr-o întrebare referitoare la consumul de tutun: *În câte zile ai fumat țigări (dacă ai fumat): a. În toată viața ta; b. În ultimele 30 de zile*, cu variante de răspuns: de la *niciodată* la *30 de zile sau mai mult*. Au fost luate în considerare răspunsurile pozitive, referitoare la consum "cel puțin o dată" sau mai mult. În mod similar a fost măsurat consumul de alcool / stările de ebrietate și consumul de cannabis.

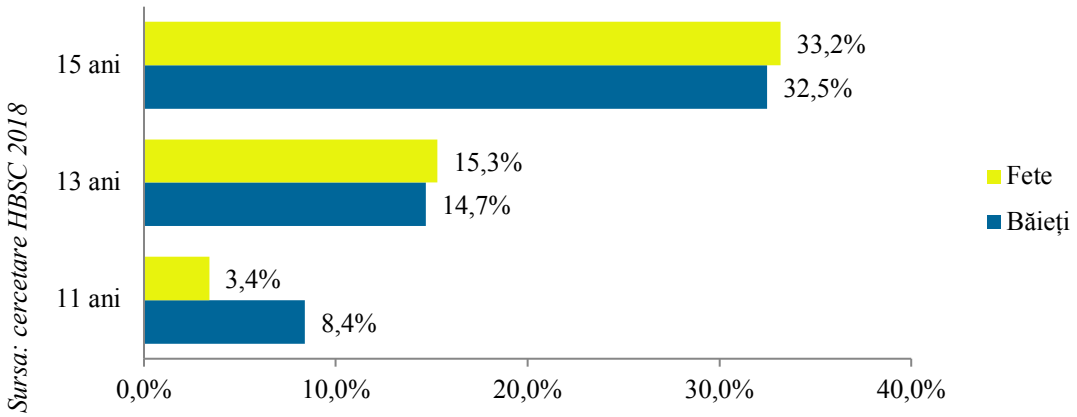
REZULTATE

1.1. Consumul de tutun

a) Consumul de tutun pe parcursul vieții

Mai mult de o treime dintre fetele și băieții de 15 ani au consumat tutun cel puțin o dată în viață, de două ori mai mulți decât cei de 13 ani (ambele genuri) și de aproape patru ori mai mulți băieți, respectiv de aproape 10 ori mai multe fete decât la 11 ani (fig. 59). Dacă la 11 ani procentul băieților care au fumat este mai mare decât al fetelor, tendința se inversează la 13 și 15 ani: cu 0.6% mai multe fete la 13 ani și cu 0.7% mai multe fete decât băieți la 15 ani au spus că au fumat cel puțin o dată pe parcursul vieții.

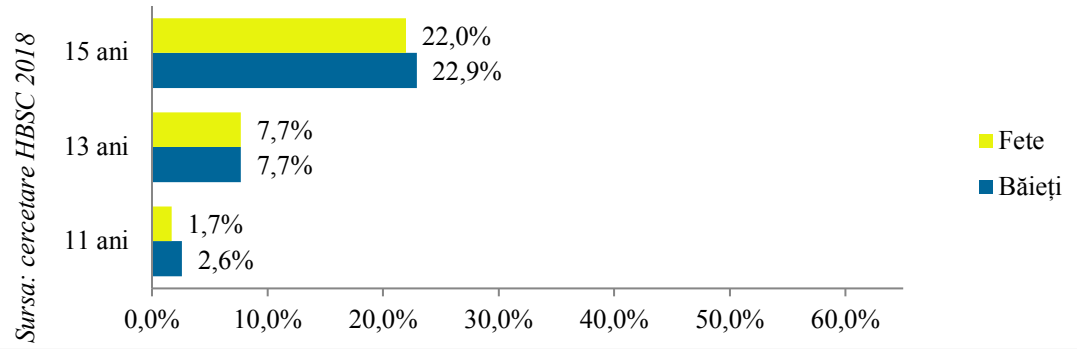
Fig. 59 Procentul adolescenților care au fumat cel puțin o dată pe parcursul vieții



b) Consumul de tutun în ultimele 30 de zile

Și în ceea ce privește consumul de tutun din ultima lună, se observă că diferențele dintre băieți și fete sunt minime (între 0.9% și 1%), cu un procent ușor mai ridicat în rândul băieților la 11 și 15 ani. La 13 ani, procentele sunt egale (fig. 60). Tendința este de creștere accentuată a consumului de tutun de la 11 la 15 ani: de trei ori mai mulți adolescenți de 15 ani au fumat în ultima lună comparativ cu cei de 13 ani. Un procent de 10 până la de 12 ori mai mare de adolescenți de ambele genuri au fumat în ultima lună, în grupul de vârstă 15 ani comparativ cu cel de 11 ani.

Fig. 60 Procentul adolescenților care au fumat cel puțin o dată în ultimele 30 de zile



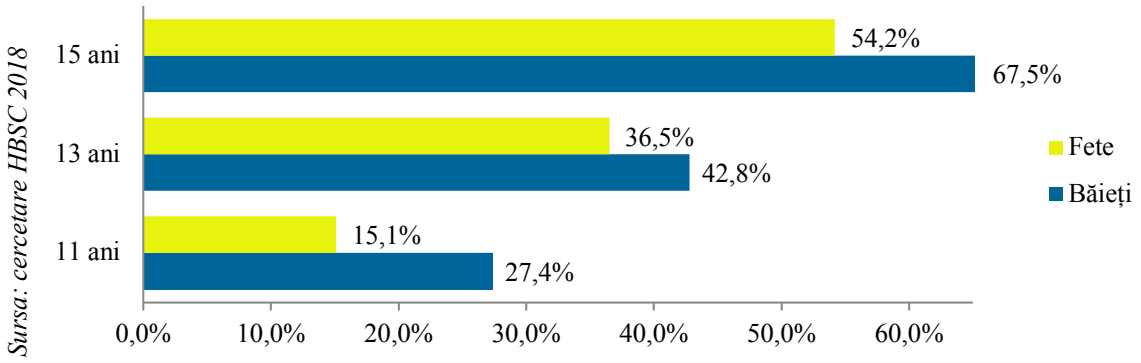
1.2. Consumul de alcool

a) Consumul de alcool pe parcursul vieții

Odată cu vârsta, procentele adolescenților care au consumat alcool cel puțin o dată în viață, crește accelerat pentru ambele categorii de gen (fig. 61). Diferențele de gen sunt mai pronunțate decât

în cazul consumului de tutun, cu procente de la 6.3% până la 13.3% mai mulți băieți decât fete care au consumat alcool cel puțin o dată pe parcursul vieții.

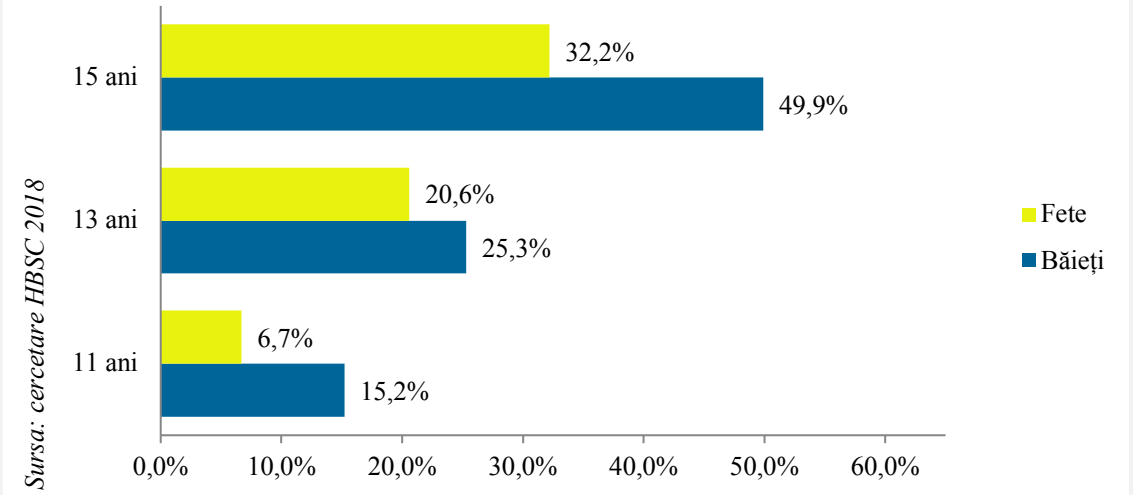
Fig. 61 Procentul adolescenților care au consumat alcool cel puțin o dată pe parcursul vieții



b) Consumul de alcool în ultimele 30 de zile

Jumătate din adolescenții și peste o treime din adolescentele de 15 ani au consumat alcool cel puțin o dată în ultima lună (fig. 62). Aceste procente sunt aproape duble în cazul băieților, comparativ cu cele de la 13 ani și de trei ori mai mari decât la băieții de 11 ani. Se observă aceeași tendință și la fete: de la 11 la 13 ani, procentul celor care au consumat alcool se triplează și crește cu încă 10% de la 13 la 15 ani. Băieții raportează consum de alcool în ultima lună în proporție mai mare decât fetele, la toate categoriile de vârstă.

Fig. 62 Procentul adolescenților care au consumat alcool cel puțin o dată în ultimele 30 de zile



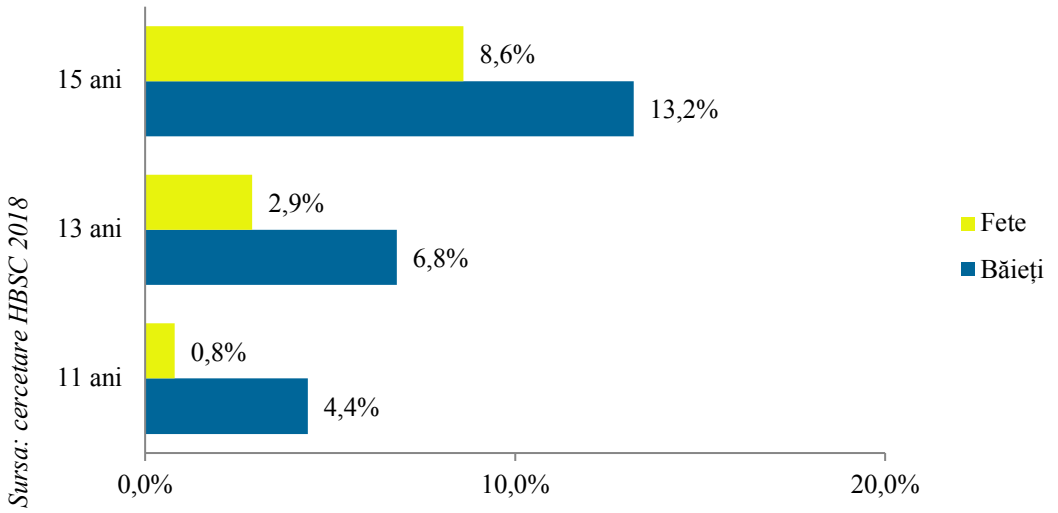
c) Episoade de ebrietate în ultimele 30 de zile

În fig. 63 se observă că mai mult de 1 din 10 băieții de 15 ani s-au aflat în stare de ebrietate cel puțin o dată în ultimele zile. Tendințele de gen se mențin, băieții raportând mai frecvent decât

fetele, la toate categoriile de vârstă, că au avut cel puțin un episod de ebrietate în ultimele 30 de zile.

Cu toate acestea, proporția fetelor care au raportat același lucru cunoaște o creștere mai accelerată odată cu vârsta comparativ cu cea a băieților: de trei până la de zece ori mai mare este proporția fetelor care s-au aflat cel puțin o dată în stare de ebrietate la 15 ani comparativ cu 11 și 13 ani. Pentru băieți procentele cresc de două până la de trei ori la 15 ani comparativ cu 13 și 11 ani.

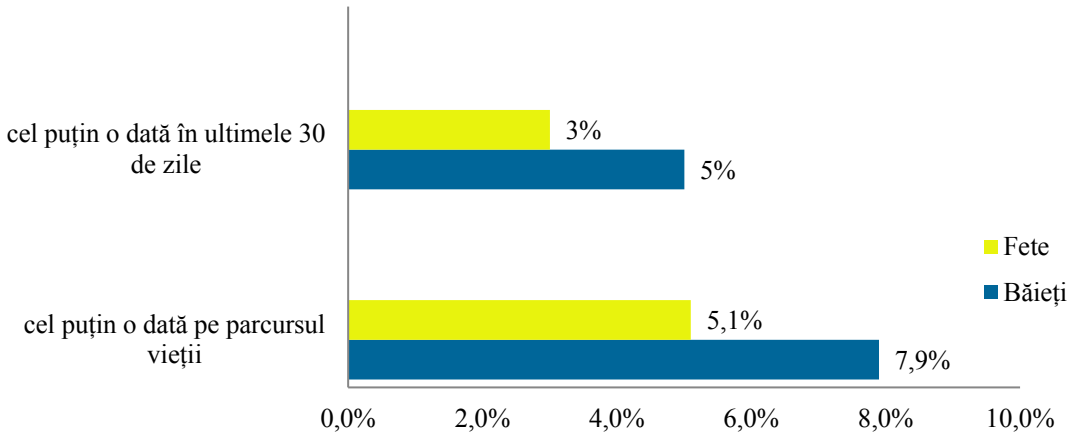
Fig. 63 Procentul adolescenților care s-au aflat în stare de ebrietate cel puțin o dată în ultimele 30 de zile



1.3. Consum de cannabis

Consumul de cannabis pe ambele dimensiuni temporale (pe parcursul vieții și în ultima lună) este mai mare în rândul băieților de 15 ani comparativ cu fetele de aceeași vârstă (fig. 64). Această diferență, de 2.8% pentru consumul pe parcursul vieții și de 2% pentru cel din ultima lună, se traduce prin procente de 40-50% mai mari de consum de cannabis în rândul băieților față de cel al fetelor.

Fig. 64 Procentul adolescenților de 15 ani care au consumat cannabis



Sursa: cercetare HBSC (eșantion 15 ani)

CONSIDERAȚII FINALE

Informațiile cu privire consumul de substanțe (tutun, alcool și cannabis) sunt foarte importante pentru conturarea politicilor guvernamentale și a programelor de prevenție destinate populației adolescenților. Privit în ansamblu, consumul de substanțe este des întâlnit la elevii din România, cu toate că frecvența acestui comportament variază semnificativ în funcție de vârstă și gen.

Consumul de substanțe crește odată cu vârsta, astfel, cea mai ridicată prevalență este întâlnită în cazul elevilor de 15 ani, situație valabilă pentru ambele genuri. Pentru majoritatea indicatorilor comportamentali măsurați în studiu s-a înregistrat o diferență majoră în funcție de gen, băieții raportând o implicare mai frecventă decât fetele, deși aceste diferențe tradiționale de gen încep să se diminueze în unele țări europene.

Deși prevalența consumului de cannabis la elevii din România nu este la fel de mare ca și în alte țări, rezultatele obținute pot fi văzute ca și semnal de alarmă.

BIBLIOGRAFIE

Bachman JG, O'Malley PM, Schulenberg JE, Johnston LD, Freedman-Doan P, Messersmith EE (2008). The education–drug use connection: how successes and failures in school relate to adolescent smoking, drinking, drug use, and delinquency. New York (NY): Lawrence Erlbaum Associates/Taylor & Francis.

Brown SA, McGue M, Maggs J, Schulenberg J, Hingson R, Swartzwelder S (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. Pediatrics 21(Suppl. 4): S290–310.

Chabrol H (2003). Cannabis use in adolescents. Riv Ital Pediatr. 29:1–5.

Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Ruan WJ, Grant BF (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res. 32:2149–60.

Griffith-Lendering MFM, Huijbregts SCJ, Mooijaart A, Vallebergh WAM, Swaab H (2011). Cannabis use and development of externalizing and internalizing behaviour problems in early adolescence: a TRAILS study. Drug Alcohol Depend. 116(1–3):11–7.

Hingson R, Heeren T, Zakocs R (2001). Age of drinking onset and involvement in physical fights after drinking. Pediatrics 108:872–7.

Hingson R, Heeren T, Winter M, Wechsler H (2003). Early age of first drunkenness as a factor in college pupils' unplanned and unprotected sex due to drinking. Pediatrics 111:34–41.

Hingson RW, Zha W (2009). Age of dinking onset, use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. Pediatrics 123(6):1477–84.

Park MJ, Breland D (2007). Alcohol and cigarette use among adolescents and young adult males. Am J Mens Health 1:339–46.

U.S. Department of Health and Human Services (2014). The health consequences of smoking –

50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Van Ours JC, Williams J (2009). Why parents worry: initiation into cannabis use by youth and their educational attainment. J Health Econ. 28(1):132–42.

WHO (2013). WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/).

WHO Regional Office for Europe (2014) Tobacco control database [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://data.euro.who.int/tobacco/).

6.2 COMPORTAMENT SEXUAL

INTRODUCERE

O dezvoltare sexuală sănătoasă reprezintă o componentă esențială a dezvoltării generale a adolescentului, în plan social, fizic și psihologic. Aceasta nu presupune doar evitarea sarcinilor nedorite și a infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS), ci se concentrează și pe integrarea aspectelor fizice, emoționale, valorice și sociale în sexualitatea unei persoane (WHO, 2006; 2010). Conceptul de „dezvoltare sexuală sănătoasă" se referă la acumularea de cunoștințe și formarea de atitudini și valori pozitive cu privire la sexualitatea proprie și a celorlalți (Strasburger & Greydannus, 2000).

Cunoștințele și atitudinile corecte față de sexualitate permit luarea de decizii adecvate vârstei. Peste 1000 de tinere fete din România, cu vârsta între 10 și 14 ani au devenit mame în 2015, iar nașterile pentru categoria de vârstă de 10-19 ani reprezintă 9.8% din totalul nașterilor din România. Conform datelor Eurostat 2017, România ocupă primul loc în Europa la acest indicator cu aproape 30.000 de adolescente devenite mame (Eurostat Newsrelease, 2019).

Chiar dacă statisticile privind sarcinile neplanificate și nedorite finalizate cu avort și incidența ITS în rândul adolescenților sunt aproximative, acestea sunt probleme reale ce nu pot fi ignorate având în vedere consecințelor majore din plan educațional, de sănătate și socio-economic. În ciuda acestor realități, *Educația sexuală*, la fel și *Educația pentru sănătate*, sunt încă absente în majoritatea școlilor din România chiar dacă inițiativele și presiunile specialiștilor pentru introducerea lor ca subiecte de studiu au deja un istoric de aproape trei decenii. Sunt imperios necesare acțiuni comune la diferite nivele: familie, școală, comunitate, societate, de a desfășura programe eficiente pentru promovarea cunoștințelor, atitudinilor și comportamentelor sexuale sanogene și de reducere ale celor risc în rândul adolescenților (WHO, 2010).

MODALITATE DE MĂSURARE

Comportamentul sexual a fost evaluat doar în rândul adolescenților de 15 ani prin intermediul a trei itemi, și anume:

a. "Ai întreținut vreodată relații sexuale?, cu variantele de răspuns *1-da* și *2-nu*. Au fost luate în considerare răspunsurile afirmative ale adolescenților.

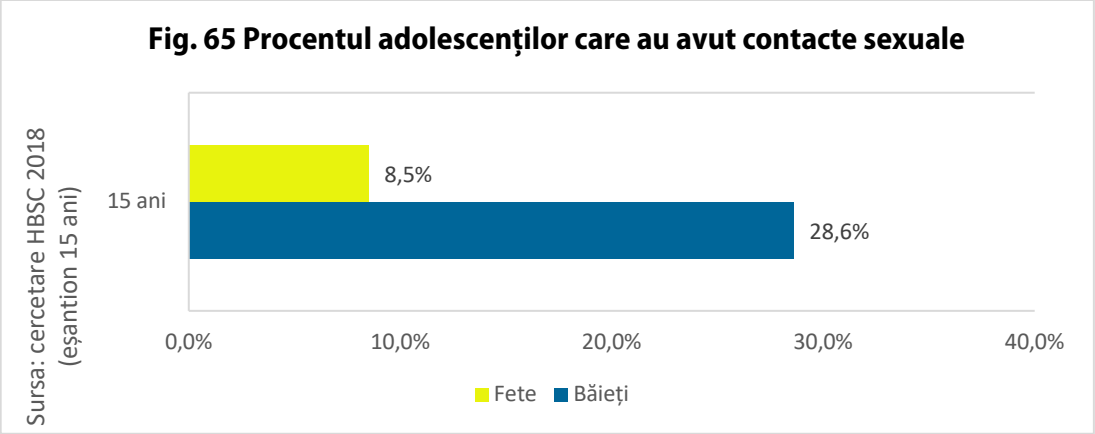
b. "Ce vârstă aveai atunci când ai avut prima ta relație sexuală?". Variantele de răspuns oferite au fost cuprinse între *1 (11 ani sau mai puțin)* și *6 (16 ani)*. În raport s-a inclus procentul adolescenților care și-au început viața sexuală la 13 ani sau înainte de această vârstă.

c. "Ultima dată când ai avut contact sexual ai folosit (tu sau partenerul/ partenera ta)…: 1. prezervativ, 2. pilule contraceptive?". Variantele de răspuns pentru această întrebare au fost: *1- da, 2- nu* și *3- nu știu.* S-a raportat procentul celor care au oferit răspuns pozitiv la una din metodele contraceptive.

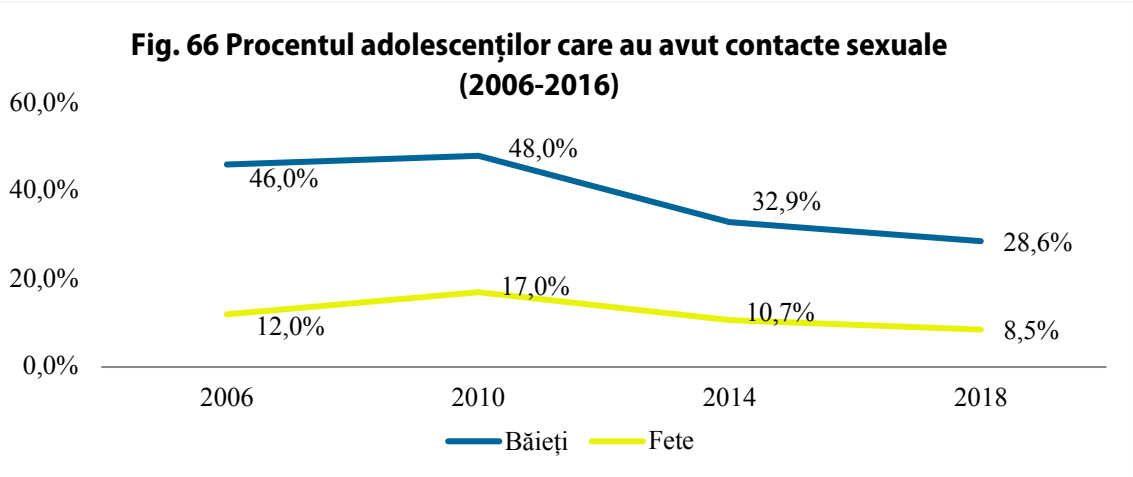
REZULTATE

a) Debutul activității sexuale

Dintre băieți de 15 ani, aproape o treime afirmă că au avut contacte sexuale, în timp ce procentul fetelor de 15 ani care au afirmat același lucru este de peste trei ori mai mic (fig. 65).



Din fig. 66 se observă că, după o creștere inițială între 2006 și 2010, numărul adolescenților băieți și fete care au avut contacte sexuale este în scădere abruptă din 2010 până în 2014 (cu peste 15 % la băieți și peste 6% la fete), apoi în scădere ușoară de aproximativ 4% în rândul băieților și de 2% la fete în 2018.



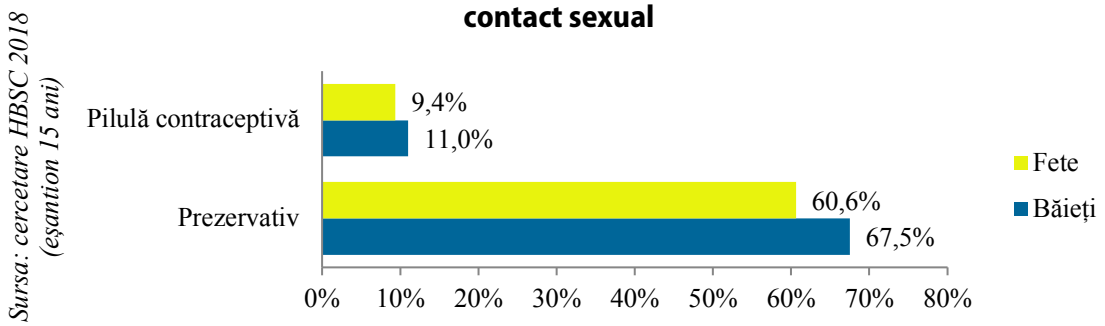
b) Vârsta de debut a vieții sexuale

Dintre băieții care au raportat că și-au început viața sexuală (28.6%), o treime declară că debutul a avut loc la vârste cuprinse între 11 și 13 ani, iar restul de două treimi la vârste cuprinse între 14 și 16 ani. Pentru fetele active sexual la 15 ani (8.5%), 14% și-au început viața sexuală la vârste cuprinse între 11 și 13 ani.

c) Utilizarea metodelor contraceptive la ultimul contact sexual

Mai mult de 6 din 10 adolescenți de 15 ani susțin că au utilizat prezervativul la ultimul contact sexual și aproape 1 din 10 adolescenți de ambele genuri au utilizat pilulele contraceptive. Procentele sunt mai ridicate în rândul băieților în ceea ce privește ambele forme de contracepție, diferențele mai mari de gen observându-se în cazul utilizării prezervativului (fig. 67).

Fig. 67 Procentul adolescenților de 15 ani care susțin că ei sau paretenerul/partenera au utilizat metode contraceptive la ultimul contact sexual



În fig. 68, se observă că tendința de utilizare a prezervativului scade de-a lungul anilor, în rândul băieților, cu peste 13% (2006-2018). La fete se observă aceeași tendință de scădere cu 13%, însă doar până în 2014, după care procentul fetelor care au utilizat prezervativul crește cu aproximativ aceeași valoare până în 2018. Astfel, la fete, ratele de utilizare ale prezervativului sunt similare în 2010 și 2018, în timp ce la băieți, tendința rămâne de scădere constantă. Utilizarea contracepției orale rămâne relativ constantă pentru fete în intervalul 2006-2018, în timp ce, pentru băieți, se remarcă o creștere la fiecare interval de patru ani (fig. 69).

Fig. 68 Procentul adolescenților de 15 ani care susțin că ei sau partenerul/partenera au utilizat prezervativ la ultimul contact sexual (2006-2018)

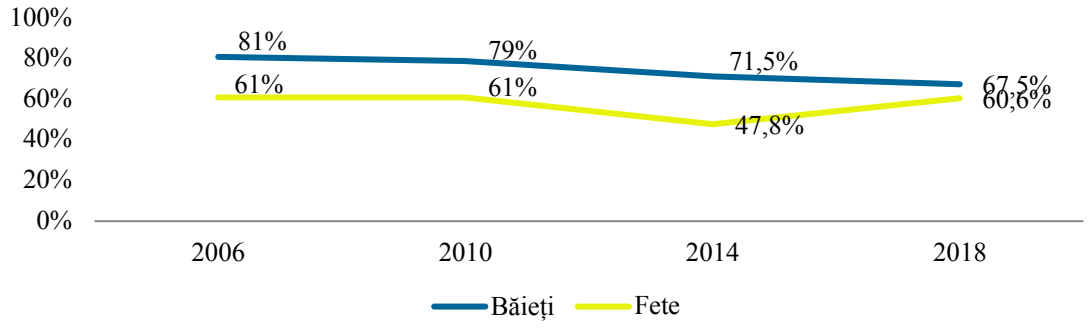
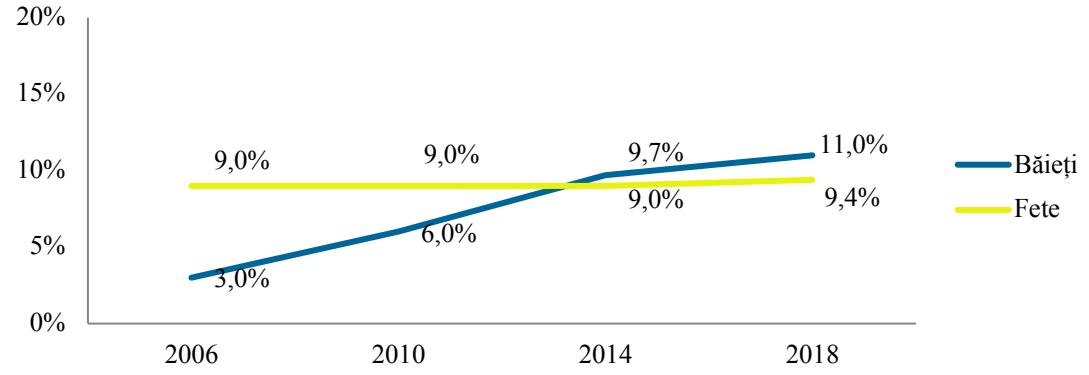


Fig. 69 Procentul adolescenților care au utilizat contraceptive orale la ultimul contact sexual (2006-2018)



CONSIDERAȚII FINALE

Datele din 2018 ne arată că procentul adolescenților de 15 ani care și-au început viața sexuală este în scădere față de anii trecuți, la ambele genuri. Un aspect îngrijorător este însă faptul că, în cazul adolescenților care au declarat că au întreținut relații sexuale, procentul celor care au utilizat prezervativul în timpul ultimului act sexual a scăzut față de anii anteriori pentru băieți, în timp ce pentru fete, procentul se menține în continuare la nivelul anului 2006.

Comparativ cu ceilalți ani, pentru contracepția orală s-a înregistrat o creștere ușoară în cazul fetelor și una mai accentuată pentru băieți. Un alt aspect ce dă motiv de îngrijorare îl reprezintă procentul ridicat de adolescenți, în special băieți, care raportează primele experiențe sexuale la o vârstă timpurie, înainte sau în jurul vârstei de 13 ani. Rezultatele indică necesitatea unor intervenții de educare cu privire la contracepție și riscurilor aferente debutului timpuriu al vieții sexuale.

Debutul timpuriu al vieții sexuale poate să constituie un comportament de risc deoarece se asociază cu inițierea altor comportamente nesănătoase (de ex. fumat, consum de alcool, de cannabis, comportament sexual neprotejat) și poate avea consecințe negative în plan emoțional și fizic (ex. sarcini nedorite, avort) (Poulin & Graham, 2001; Cooper, 2002; Eaton et al., 2006; Parkes et al., 2007).

Printre factorii dovediți a se asocia cu sănătatea sexuală a adolescenților se numără: stima de sine, imaginea corporală, percepția controlului, percepția vulnerabilității, prezența altor comportamente de risc, atitudinile față de părinți, profesori și școală, implicarea și performanța școlară. Studiile au arătat că o stimă de sine crescută îi ajută pe adolescenți să facă față presiunii grupului sau a partenerului/partenerei cu privire la începerea vieții sexuale sau să negocieze folosirea contracepției pentru a evita sarcinile nedorite și infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) (Cheesbrough et al., 1999). Una dintre caracteristicile adolescenței este invulnerabilitatea percepută, tinerii considerând adesea că în vreme ce toți ceilalți se expun riscului sarcinilor nedorite, a contactării ITS sau a apariției problemelor emoționale ca urmare a începerii timpurii a vieții sexuale, ei personal se află în afara oricărui pericol. Această convingere poate influența în sens negativ utilizarea contracepției sau vârsta la care are loc primul contact sexual.

Explorarea comportamentelor sexuale de risc precum și a atitudinilor și convingerilor care se asociază acestora are ca scop informarea unor programe eficiente educație sexuală în rândul tinerilor. Accesul facil al adolescenților la informații precare oferite de mass-media (de ex. pagini internet, filme, reviste), precum și un control parental redus (de ex. din cauza lipsei de timp a părinților, lipsei cunoașterii unor modalități de comunicare despre teme legate de sexualitate) conturează nevoia elaborării unor noi strategii pentru o educație sexuală sănătoasă în școli. Rezultatele studiului HBSC demonstrează nevoia de intervenție pentru a preveni debutul timpuriu al vieții sexuale și pentru a promova utilizarea metodelor contraceptive în rândul tinerilor.

Programele de educație pentru sănătate sexuală ar trebui să respecte principiile OMS (WHO, 2010) și să urmărească respectarea drepturilor tinerilor cu privire la dezvoltarea unei sexualități sănătoase. Centrul de Educație pentru Sănătate al OMS (2010) recomandă introducerea unor standarde pentru educația sexuală comprehensivă. Aceasta urmărește să ofere informații despre toate aspectele legate de sexualitate și să dezvolte abilități care să-i ajute pe tineri să pună aceste informații în practică.

Noul tip de educație sexuală dorește să se îndepărteze de la focalizarea exclusivă pe riscurile asociate comportamentului sexual. O astfel de abordare s-a dovedit a fi ineficientă deoarece nu reușește să trezească interesul tinerilor (WHO, 2010). Prin urmare, temele propuse în noua paradigmă nu se referă doar la prevenția sarcinilor nedorite sau a infecțiilor cu transmitere

sexuală (ITS), ci urmăresc să dezvolte o sexualitate pozitivă (de ex. formarea unei identități de gen, dezvoltarea unei imagini corporale pozitive, abilități de comunicare asertivă în cadrul relației de cuplu, stimă de sine, decizie responsabilă și autoeficacitate, etc.) adecvată diferitelor etape de dezvoltare.

Documentul propus de OMS cuprinde recomandări cu privire la ce ar trebui să știe și să înțeleagă copiii de diferite vârste, ce atitudini și valori ar trebui transmise și ce abilități trebuie să dezvolte adolescentul pentru a face față situațiilor de risc. De exemplu, pentru grupul de 12-15 ani, trebuie transmise informații cu privire la modificarea propriului corp și dezvoltarea unei atitudini pozitive față de aceste schimbări specifice vârstei, informații despre contracepție și formarea unei atitudini pozitive față de asumarea responsabilității pentru contracepție, dezvoltarea de abilități pentru negocierea contracepției, dezvoltarea abilităților de exprimare emoțională, dezvoltarea gândirii critice și cunoașterea drepturilor legate de propria sexualitate.

Dezvoltarea autoeficacității cu privire la utilizarea contracepției sau a rezista presiunii sociale referitoare la debutul timpuriu al vieții sexuale trebuie de asemenea abordate. Altfel spus, educația sexuală nu se referă doar la evitarea sarcinilor nedorite sau a ITS, ci la dezvoltarea armonioasă a adolescentului, care cuprinde și aspectele cognitive, emoționale, valorice, comportamentele, interpersonale și sociale ale sexualității.

BIBLIOGRAFIE

Cheesbrough S, Ingham R, Massey D (1999). Reducing the rates of teenage conceptions: a review of the international evidence on preventing and reducing teenage conceptions: the United States, Canada, Australia and New Zealand. London: NHS Health Development Agency (https://eprints.soton.ac.uk/163461/1/teenconcep_revise_v3.pdf).

Cooper ML (2002). Alcohol use and risk behaviour among college pupils and youth: evaluating the evidence. J Stud Alcohol 14:101–17.

Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Harris WA et al. (2005). Health risk behavior surveillance – United States, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 55:1–108.
Parkes AP, Wight D, Henderson M, Hart G (2007). Explaining association between adolescent substance use and condom use. J Adolesc Health 40(2):180.e1–18.

Eurostat Newsrelease (2019). Eurostat database on births and fertility data. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/

Poulin C, Graham L (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviors among adolescent pupils. Addiction 96:607–21.

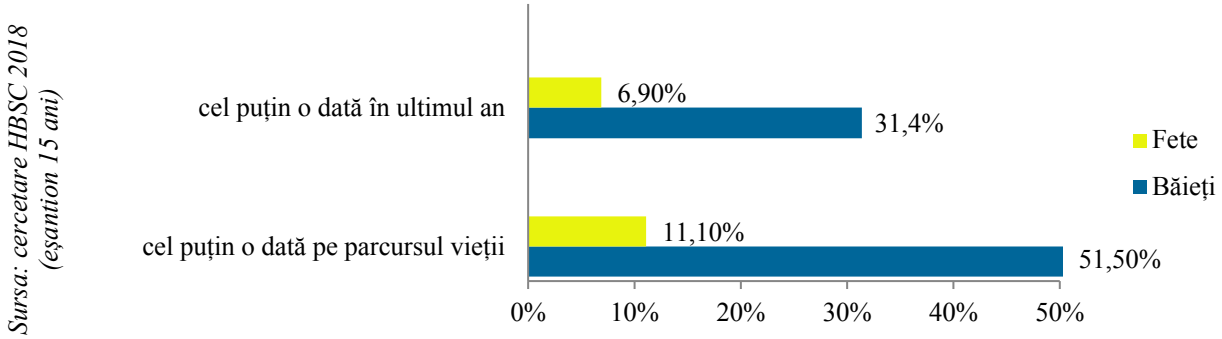
Strasburger VC, Greydanus DE (2000). At-risk adolescents: an update for the new century, Adolesc Med. 11(1):19–33.

WHO Regional Office for Europe and BZgA (2010). Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, education and health authorities and specialists. Cologne, BZgA. Retrieved from https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf

6.3 PARIURI ȘI JOCURI DE NOROC

Tot mai mulți tineri devin dependenți de jocuri de noroc, un comportament cu potențial nociv major. Pentru prima dată, studiul HBSC a inclus o întrebare privind frecvența pariurilor pe bani sau a jocurilor de noroc. Rezultatele sunt redate in fig. 70. Unul din doi băieți și aproape una din zece fete au pariat bani în activități precum jocuri de noroc, pariuri sportive etc., cel puțin o dată pe parcursul vieții. Trei din zece băieți s-au implicat în aceste activități cel puțin o dată în ultimul an, în vreme ce procentul fetelor care au pariat bani în ultimul an este de aproape cinci ori mai mic.

Fig. 70 Procentul adolescenților de 15 ani care s-au implicat în pariuri, jocuri de noroc



6.4 COMPORTAMENT VIOLENT: BULLYING ȘI IMPLICAREA ÎN BĂTĂI

INTRODUCERE

Violența reprezintă o problemă socială majoră la nivel mondial, atât prin prisma prevalenței ridicate, cât și datorită consecințelor negative pe care le are asupra sănătății fizice și mentale a celor implicați (Smith, 2014). În cadrul studiului internațional HBSC, violența manifestată de către copii și adolescenți este măsurată prin itemi care fac referire la implicarea în bătăi, precum și prin implicarea în activități de hărțuire/intimidare (engl. *bullying*), incluzând itemi specifici care evaluează statusul de victimă, precum și cel de agresor/hărțuitor (Currie et al., 2012). Au fost măsurate atât hărțuirea tradițională, cât și hărțuirea realizată prin intermediului mijloacelor tehnologice și media, adică cyber-bullyingul.

MODALITATE DE MĂSURARE

Pentru a măsura cât mai acurat fenomenul de hărțuire, înainte ca elevii să răspundă la întrebările specifice, chestionarul a oferit elevilor următoarea definiție: Noi spunem că un elev a fost intimidat/hărțuit atunci când o altă persoană/grup de persoane îi spun sau îi fac lucruri răutăcioase/neplăcute. De asemenea, este tot intimidare/hărțuire și atunci când persoana este necăjită în mod repetat într-un fel în care nu îi place sau când este exclusă în mod intenționat din

activități. Nu este intimidare/hărțuire atunci când două persoane cu puteri (forță) asemănătoare se ceartă sau se bat.

Întrebările referitoare la comportamentele de hărțuirea (a hărțui și a fi hărțuit) și de implicare în bătăi au fost:

a. *Cât de des ai fost printre cei care au intimidat/hărțuit alte persoane la școală în ultimele două luni?*
b. *Cât de des ai fost intimidat/hărțuit la școală în ultimele două luni?*
c. A fost măsurată și frecvența hărțuirii în ultimele două luni prin intermediul mijloacelor electronice și media (trimiterea de SMS-uri, mesaje răutăcioase și postarea, trimiterea de poze nefavorabile), cu variantele *ai luat parte la hărțuire*? și *ai fost hărțuit?*.

În analiza datelor s-au luat în considerare răspunsurile care indicau o frecvență a comportamentului de hărțuire mai mare de 2-3 ori în ultimele două luni. Implicarea în bătăi a fost măsurată cu întrebarea:

d. *În ultimele 12 luni, de câte ori ai fost implicat într-o bătaie?*

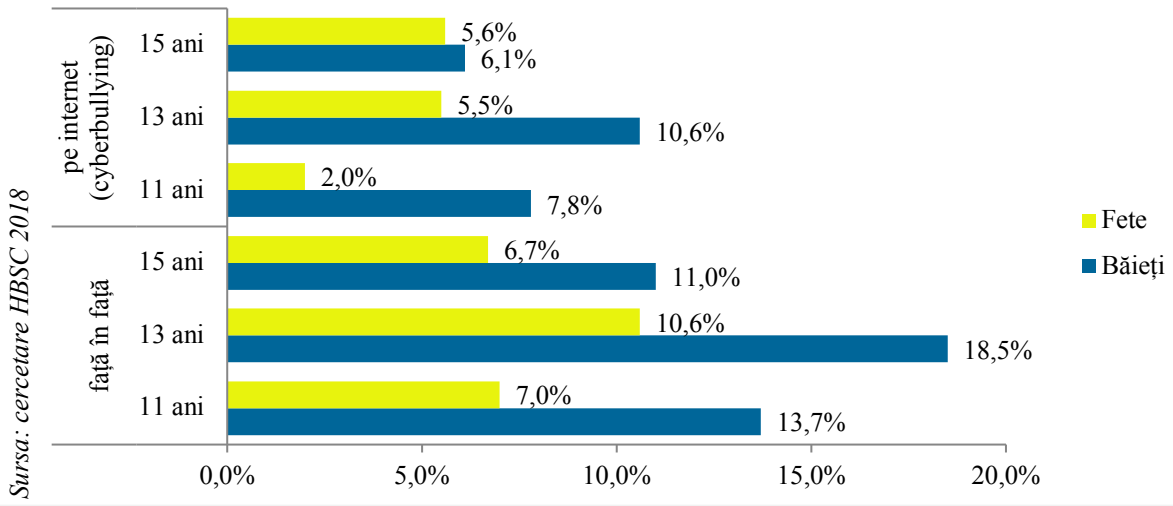
În analiza datelor s-au luat în considerare răspunsurile elevilor care indicau o frecvență a angajării în bătăi de cel puțin trei ori în ultimele 12 luni;

REZULTATE

a) Implicarea în bullying și cyberbullying din postura de agresor

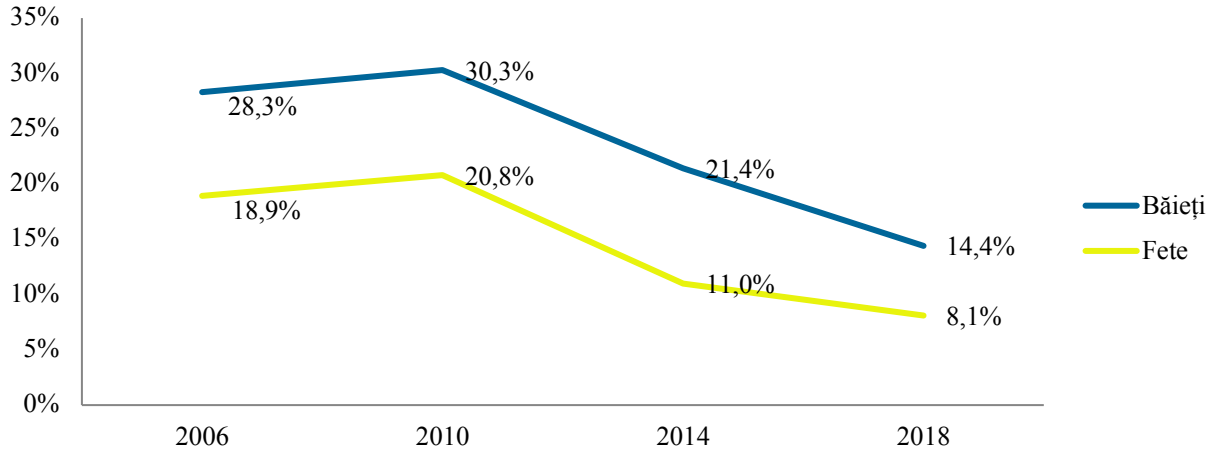
La 13 ani, în medie, 14.6% din adolescenții de ambele genuri spun că au hărțuit pe alții față în față, în vreme ce 8.1% din adolescenții de aceeași vârstă s-au angajat în comportamente de cyberbullying de cel puțin două-trei ori în ultimele două luni. Băieții se angajează mai frecvent ca agresori atât în bullying față în față cât și în cyberbullying, diferențele de gen fiind mai pronunțate la 11 și 13 ani, în timp ce la 15 ani acestea tind sa se atenueze pentru ambele tipuri de comportamente (fig. 71).

Fig. 71. Procentul adolescenților care i-au intimidat/hărțuit pe ceilalți de cel puțin două-trei ori în ultimele două luni



În fig. 72, se observă că procentul celor care se angajează ca hărțuitori în bullying față în față este în scădere constantă din anul 2010, când s-a înregistrat un vârf al acestor comportamente. Tendințele de creștere între 2006-2010 și de scădere accelerată între 2010-2018 se mențin pentru ambele genuri.

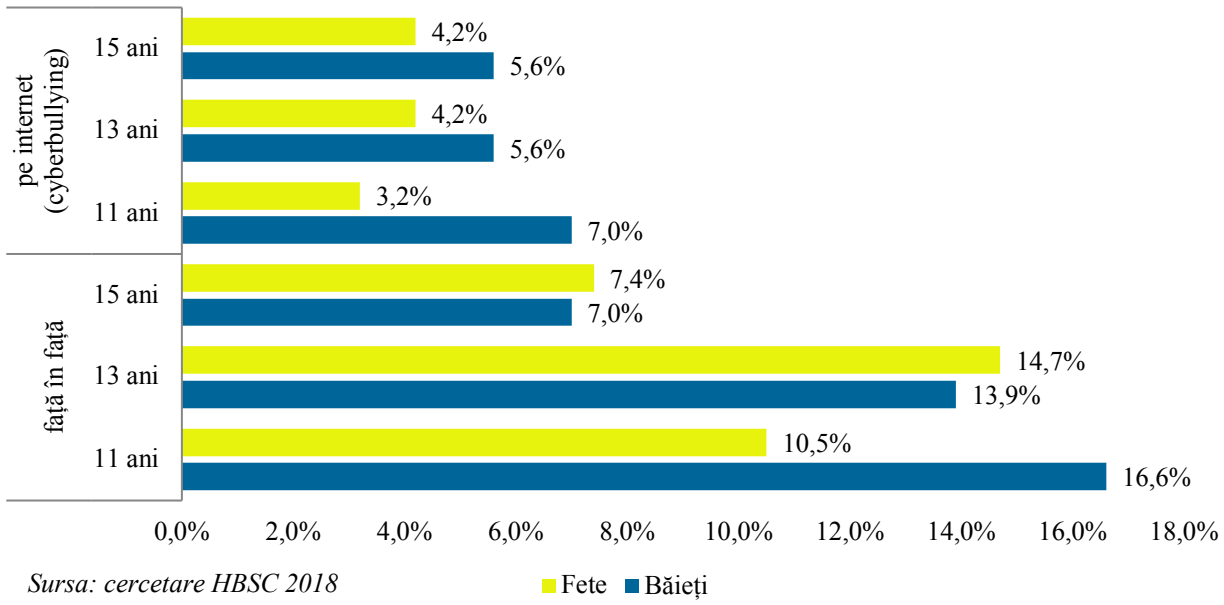
Fig. 72 Procentul adolescenților care s-au angajat în bullying ca agresori de cel puțin două ori în ultimele două luni (2006-2018)



b) Implicarea în bullying și cyberbullying din postura de victimă

În ceea ce privește victimele bullying-ului, procentele mai mari se observă la 11 și la 13 ani, la ambele genuri, similar cu datele referitoare la agresorii implicați în aceste comportamente (fig. 73). Mai multe fete decât băieți au fost victime ale bullying-ului față în față la 13 și la 15 ani, în vreme ce victime ale cyberbullying-ului au fost mai mulți băieți decât fete la toate categoriile de vârstă. Mai puțini băieți sunt victime ale ambelor forme de bullying, la 13 și la 15 ani comparativ cu 11 ani. În cazul fetelor nu se remarcă tendințe clare de declin, ci dimpotrivă, crește numărul fetelor victimizate la 13 ani, pentru ca apoi să scadă (în cazul bullying-ului față în față) sau să rămână constant (în cazul cyberbullying-ului).

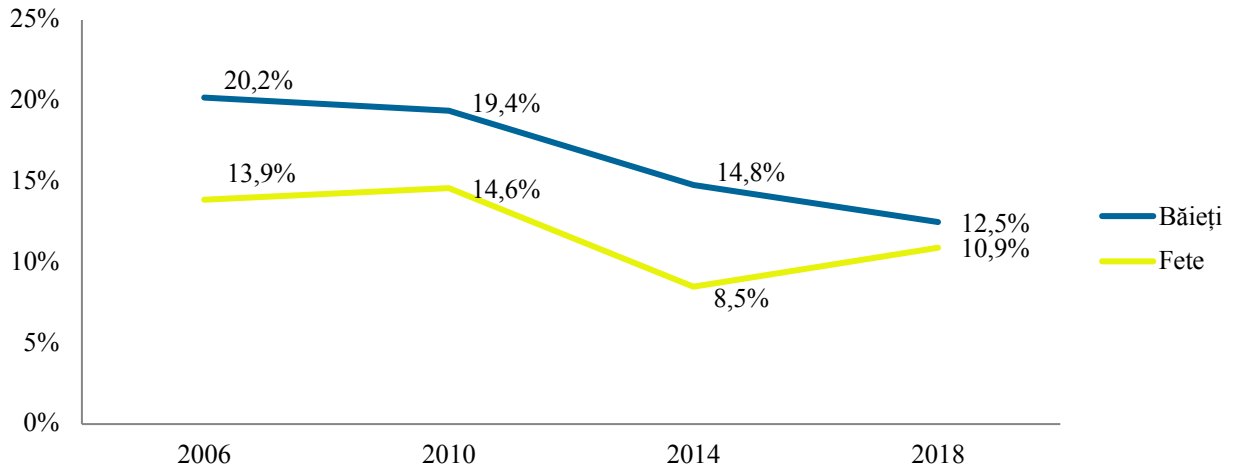
Fig. 73 Procentul adolescenților care au fost intimidați/hărțuiți de cel puțin 2-3 ori în ultimele 2 luni



Sursa: cercetare HBSC 2018

Fig. 74 arată că, în cazul băieților, procentul victimelor bullying-ului a scăzut constant din 2006 până în 2018. La fete, tendința este de scădere între anii 2006-2014, pentru ca apoi procentul celor care au fost victime ale bullying-ului să crească în 2018. Există o diferență de gen clară, mai mulți băieți decât fete declarând că au fost victime ale acestui comportament în fiecare an al studiului. Cu toate acestea, observăm că diferența procentuală între băieți și fete s-a micșorat în timp, de la 6.3% în 2006 la 1.6% în 2018.

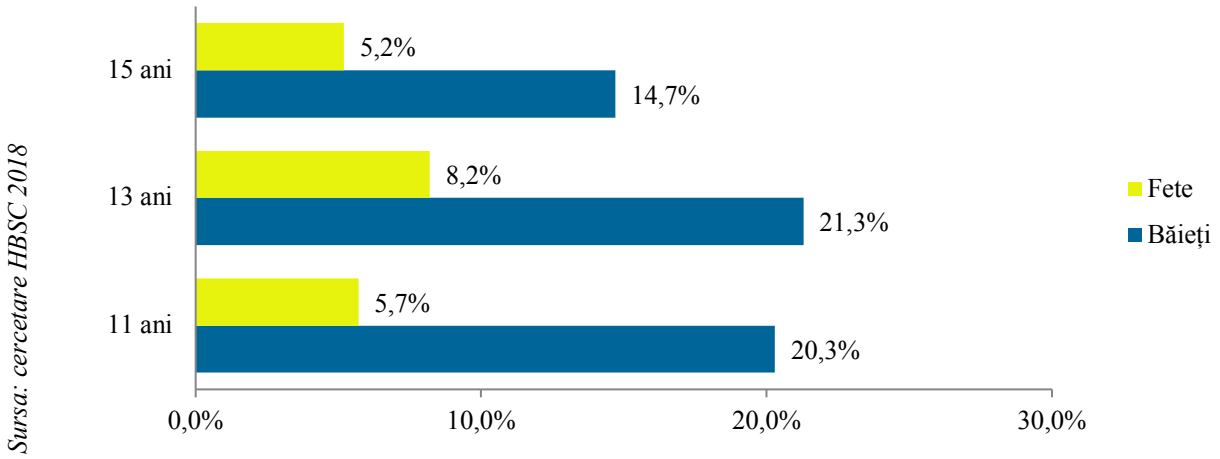
Fig. 74 Procentul adolescenților care au fost victime ale bullying-ului de cel puțin două-trei ori în ultimele două luni



c. Implicarea în bătăi

Unul din cinci băieți de 11 și de 13 ani a fost implicat în cel puțin trei bătăi în ultimul an. Procentele în rândul băieților scad la 15 ani, cu aproximativ 5%. La fete, procentele sunt mult mai mici la toate grupele de vârstă și, în mod similar băieților, scad de la 13 la 15 ani (fig. 75).

Fig. 75 Procentul adolescenților care au fost implicați în cel puțin trei bătăi în ultimele 12 luni



Sursa: cercetare HBSC 2018

CONSIDERAȚII FINALE

Implicarea elevilor în comportamente violente tinde să aibă o prevalență ridicată în contextul școlar românesc. Per ansamblu, putem observa că pentru cele trei comportamente măsurate (participarea la bătăi, hărțuire, victimizare) s-a înregistrat o diferență semnificativă de gen, băieții raportând preponderent o implicare mai frecventă decât fetele. De asemenea, comparativ cu anii anteriori, în anul 2018 s-a putut observa o reducere a implicării în comportamente de hărțuire.

De interes este fenomenul de cyberbullying- hărțuirea mediată electronic. Având în vedere dezvoltarea tehnologiei în ultimele decenii, precum și creșterea semnificativă a folosirii platformelor sociale, devine imperativă monitorizarea comportamentelor de hărțuire care pot apărea online sau care sunt derulate prin folosirea mijloacelor tehnologice. Prevalența victimizării electronice tinde să fie mult mai scăzută comparativ cu ratele victimizării tradiționale.

Aceste rezultate atrag atenția asupra nevoii de implementare a unor programe de prevenție a violenței în școli care să vizeze mai specific și hărțuirea, atât cea tradițională, cât și cea mediată electronic.

BIBLIOGRAFIE

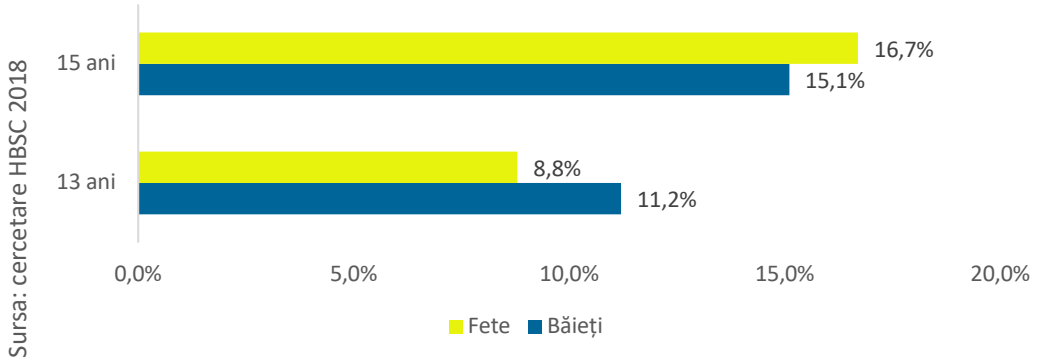
Currie C, Inchley J, Molcho M, Lenzi M, Veselska Z, Wild F, editors (2014). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews (http://www.hbsc.org).

6.5 DIETĂ ȘI CONTROLUL GREUTĂȚII

a) Cură de slăbire în ultimul an

Fig. 76 arată că la 15 ani, mai mult de 1 adolescent din 10, indiferent de gen, s-a angajat cel puțin o lună în ultimul an, într-o cură cu scopul de a slăbi. Deși procentul fetelor care țin cură la 15 ani este mai mare decât al băieților care au același comportament, diferența procentuală e mică (1.6%). Mai mult, la 13 ani, procentele sunt inversate: mai mult 1 din 10 băieți ține cură de slăbire, comparativ cu mai puțin de 1 din 10 fete care raportează același comportament.

Fig. 76 Procentul adolescenților care au ținut cură de slabire in ultimele 12 luni (mai mult de o lună)

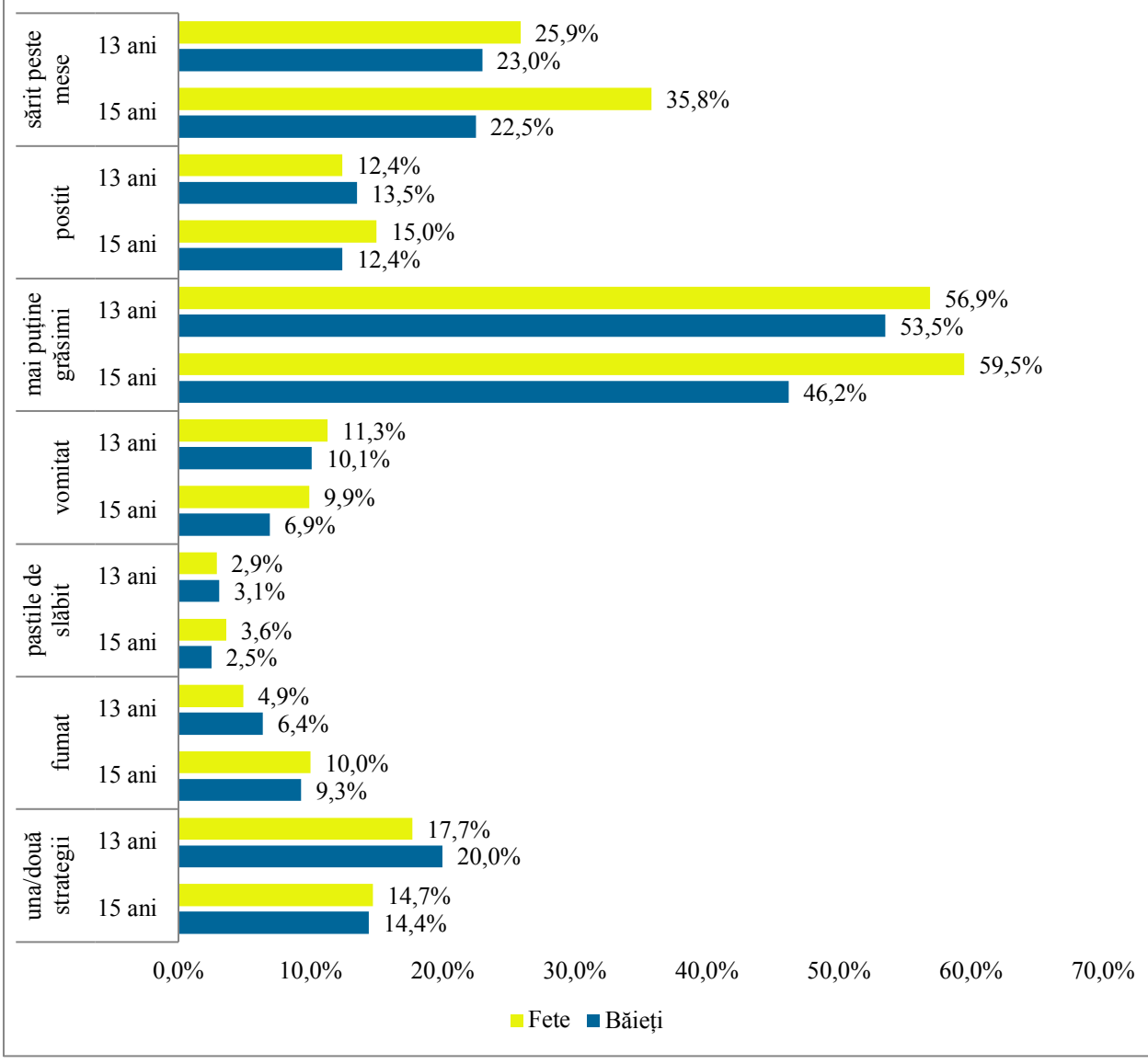


b) Strategii nesănătoase de control al greutății

Din fig. 77 se observă că cea mai populară strategie de control al greutății în rândul adolescenților de 13 și 15 ani, de ambele genuri, este reducerea aportului de grăsimi (aproape jumătate din totalul celor care țin cură de slăbire), urmată de săritul meselor, strategie utilizata, în medie, de 1 din 4 adolescenți la ambele categorii de vârstă. Aproximativ 1 din 10 fetele și băieții de 15 ani care țin cură de slăbire au fumat pentru a slăbi și tot 1 din 10 adolescenții de 13 ani, indiferent de gen, au fumat în același scop.

Unu din cinci băieți de 13 ani a folosit una sau două strategii nesănătoase, în vreme ce, la fetele de 13 ani procentul este ușor mai mic. Deși nu se remarcă o tendință evidentă de vârstă în utilizarea acestor strategii, se remarcă o tendință de gen. Fetele recurg, în general, în proporție mai mare la aceste strategii comparativ cu băieții, cu câteva excepții: postit (13 ani), utilizarea pastilelor de slăbit (13 ani), fumat (13 ani), strategii pe care băieții le utilizează în proporție mai mare decât fetele. Cu toate acestea, diferențele procentuale în funcție de gen sunt, în general, mici.

Fig. 77 Procentul adolescenților care utilizează strategii nesănătoase de control al greutății

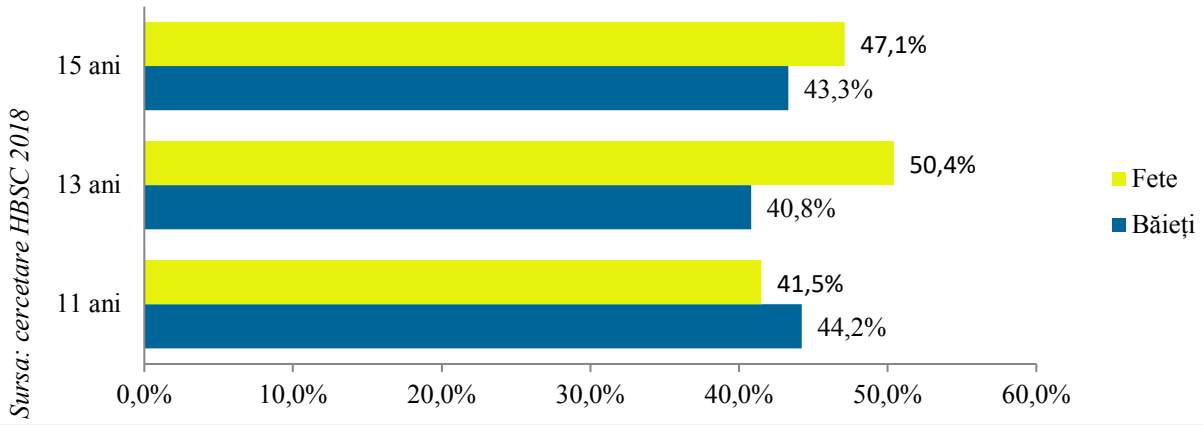


RELAȚIA DINTRE **STATUTUL SOCIO-ECONOMIC ȘI SĂNĂTATE**

6.6 CONSUM DE ALIMENTE ȘI BĂUTURI ÎN FAȚA ECRANELOR

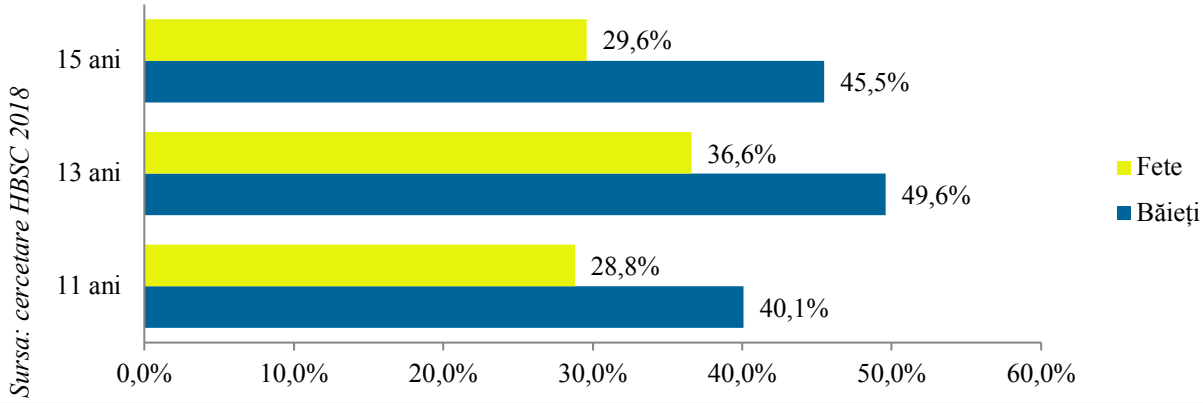
Consumul de alimente și băuturi în fața televizorului este un obicei răspândit în rândul adolescenților de ambele genuri: între 40% și 50% dintre aceștia, indiferent de vârstă, spun că obișnuiesc să mănânce/bea în fața televizorului de cel puțin trei ori pe săptămână. Fetele de 13 și 15 ani raportează acest comportament într-o proporție mai mare decât băieții de aceleași vârste, în vreme ce la 11 ani tendința este opusă (fig. 78).

Fig. 78 Consum de alimente și băuturi în fața televizorului (mai mult de trei-patru zile pe săptămână)



Tendințele nu se schimbă în cazul băieților, atunci când sunt întrebați cât de frecvent consumă alimente în timp ce lucrează/se joacă la calculator: între 40-50% dintre aceștia spun că au acest obicei cel puțin trei zile pe săptămână. Proporția fetelor care fac același lucru este mai scăzută la toate categoriile de vârstă, diferențele procentuale dintre băieți și fete, în cadrul aceleiași categorii de vârstă, fiind între 11.3% și 15.9% (fig. 79).

Fig. 79 Consum de alimente și băuturi în fața altor ecrane (în timp ce lucrează/se joacă) (mai mult de trei-patru zile pe săptămână)



7. Relația dintre statutul socio-economic și sănătatea adolescentului

INTRODUCERE

Statutul socio-economic/afluență familială (AF) joacă un rol important în înțelegerea relațiilor sociale și a suportului primit din partea celorlalți, sănătății și stării de bine, comportamentelor de risc și de sănătate. Datele raportului internațional HBSC din 2014 (Currie et al., 2014) arată că, adolescenții cu un statut socio-economic crescut se bucură, în majoritatea țărilor incluse în studiu, de relații mai bune cu familiile și cu prietenii lor și de o sănătate și o situație școlară mai favorabilă. Capitolul de față prezintă și discută asocierile între AF și diferite dimensiuni ale sănătății în eșantionul HBSC românesc.

În secțiunile următoare, am redat doar dimensiunile sănătății/comportamentelor de risc și de sănătate, asociate semnificativ cu AF. În situațiile în care asocierea a fost semnificativă doar pentru unul din genuri, am optat pentru redarea grafică exclusiv pentru asocierea respectivă, omițând scorurile pentru celălalt gen. Toate asocierile au fost semnificative la un prag $p < .05$.

REZULTATE

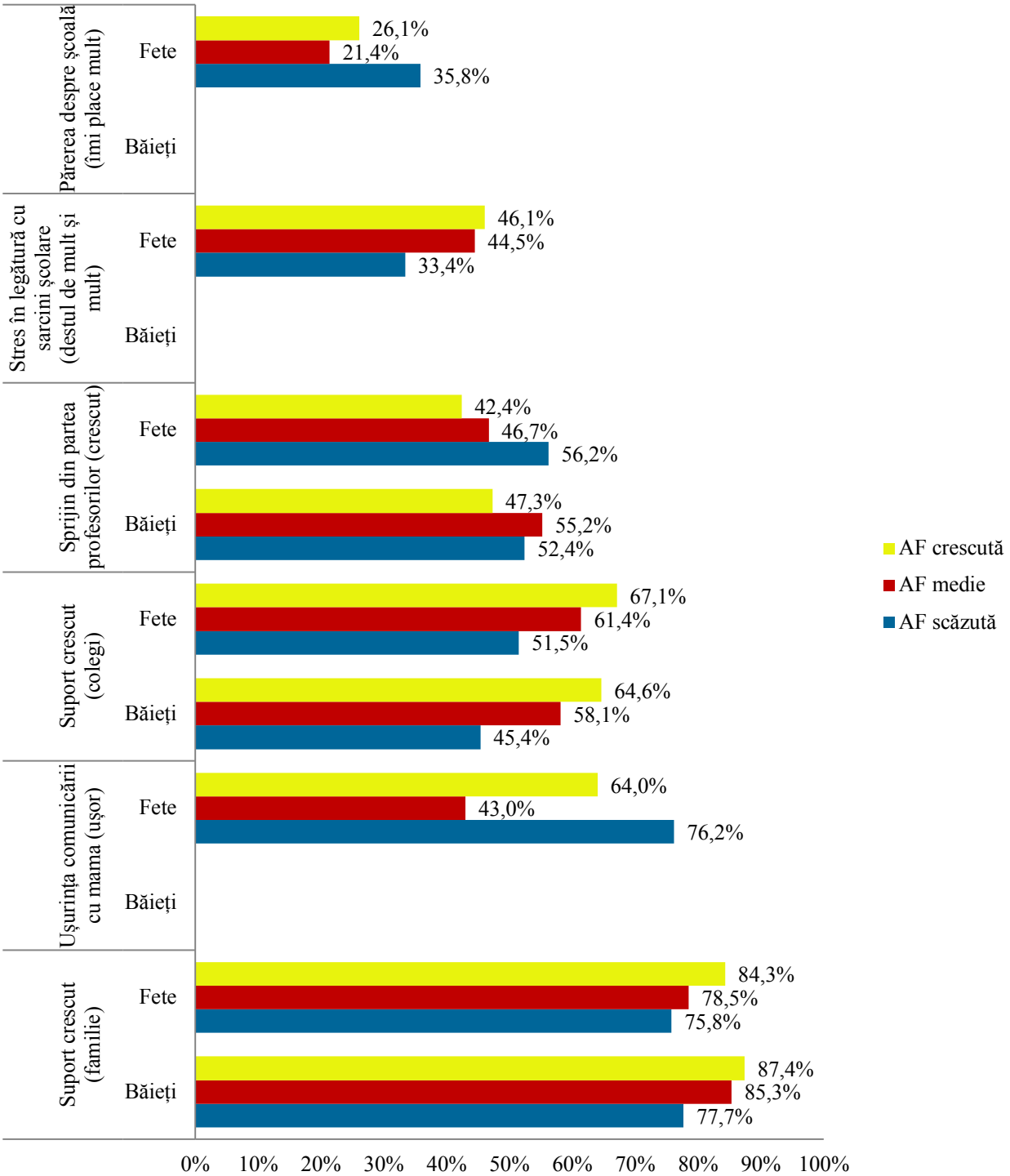
I. CONTEXTUL SOCIAL

Dintre aspectele investigate și cuprinse în domeniul Context Social, pentru 6 dimensiuni există o asociere semnificativă cu AF (fig. 80). Se observă că atât fetele cât și băieții cu AF crescută percep un suport mai bun din partea familiei, comparativ cu cei cu AF medie sau scăzută, unde aceste procente sunt mai mici.

Pentru fete, tendința este opusă în ceea ce privește percepția ușurinței comunicării cu mama, în sensul că fetele cu o AF mai scăzută par să perceapă mai mult suport din partea acesteia comparativ cu cele cu AF medie sau crescută. La ambele genuri se observă că suportul perceput din partea colegilor este mai crescut atunci când AF este mai crescută.

Există o asociere pozitivă între AF și două dintre dimensiunile relației cu școala, însă doar în rândul fetelor. Adolescentele cu AF mai crescută se simt mai presate de sarcinile școlare și au, în procent mai mic, comparativ cu cele cu AF scăzut, o părere pozitivă despre aceasta.

Fig. 80 Context social și afluență familială (AF)



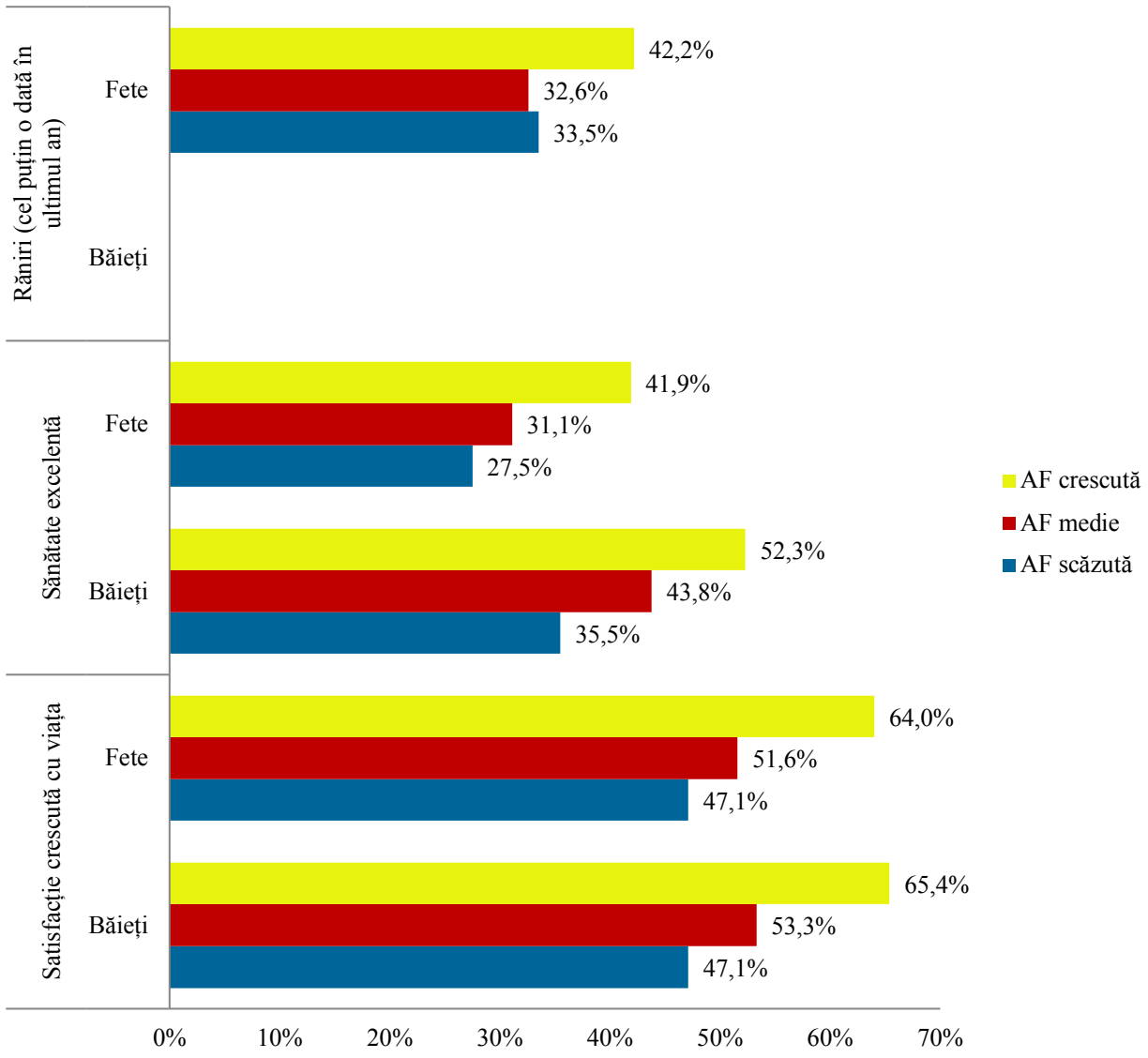
II. SĂNĂTATE ȘI STARE DE BINE

Un procent mai mare de adolescenți cu scoruri favorabile la 3 din 6 indicatori ai sănătății și stării de bine au AF crescut comparativ cu celelalte două grupuri. Satisfacția cu viața este mai bună, atât la fete cât și la băieți, când AF este la rândul său mai crescută. Tot cei cu AF peste medie sau medie consideră în proporție mai mare că sănătatea lor este excelentă comparativ cu cei cu AF

scăzută, cu o diferență de 16.8% în favoarea băieților și 14.4% în favoarea fetelor cu AF crescută comparativ cu ultima categorie.

În mod surprinzător, în rândul fetelor dar nu și al băieților, asocierea dintre AF și frecvența celor care au suferit accidentări/răniri care au necesitat îngrijire medicală este semnificativă. Fetele cu AF crescută au raportat în procent mai mare astfel de evenimente, comparativ cu cele cu afluență medie sau scăzută (fig. 81).

Fig. 81 Sănătate și stare de bine

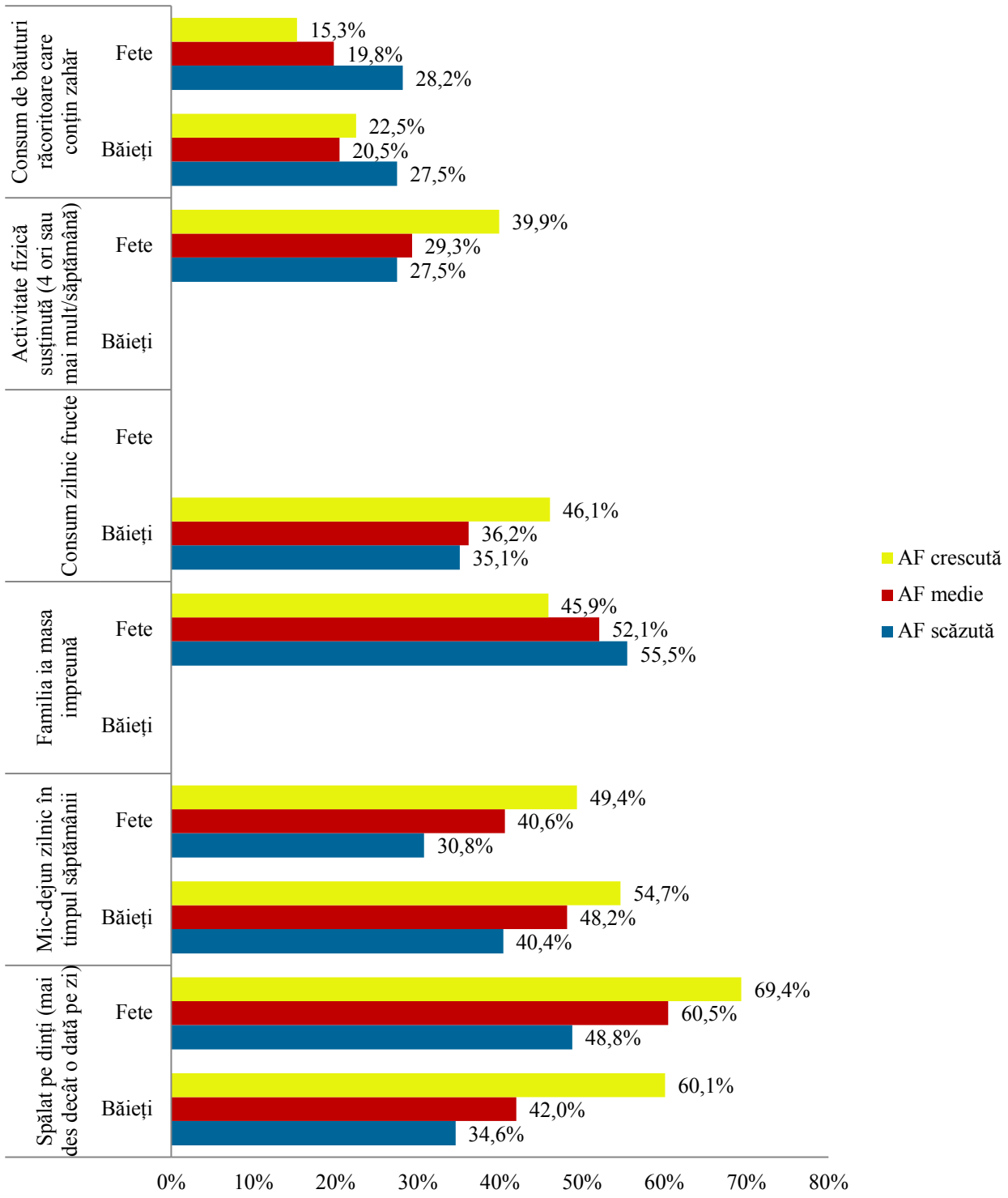


III. COMPORTAMENTE DE SĂNĂTATE

Pentru 4 din 6 comportamente de sănătate pentru care există o asociere semnificativă cu AF, aceasta este în favoarea celor cu AF ridicată: activitate fizică susținută, consum zilnic de fructe, mic dejun în timpul săptămânii și spălat pe dinți de cel puțin două ori pe zi. Astfel, o proporție mai mare de fete cu AF crescută afirmă că au activitate fizică susținută, o proporție mai mare de băieți cu AF crescută afirmă ca zilnic consumă fructe, precum și un procent mai mare de adolescenți cu AF crescut, de ambele genuri, iau micul dejun zilnic în timpul săptămânii și se spală pe dinți de cel puțin două ori pe zi, comparativ cu cei cu AF medie sau scăzută.

În contrast, un procent mai crescut de adolescenţi cu AF scăzută, consumă zilnic, în proporţie mai mare, băuturi răcoritoare care conţin zahăr comparativ cu adolescenţii din celelalte două categorii de afluenţă. Această tendinţă este evidentă în cazul ambelor genuri. În mod surprinzător, fetele cu AF scăzută iau masa împreună cu familia în procent mai mare decât celelalte două categorii (fig. 82).

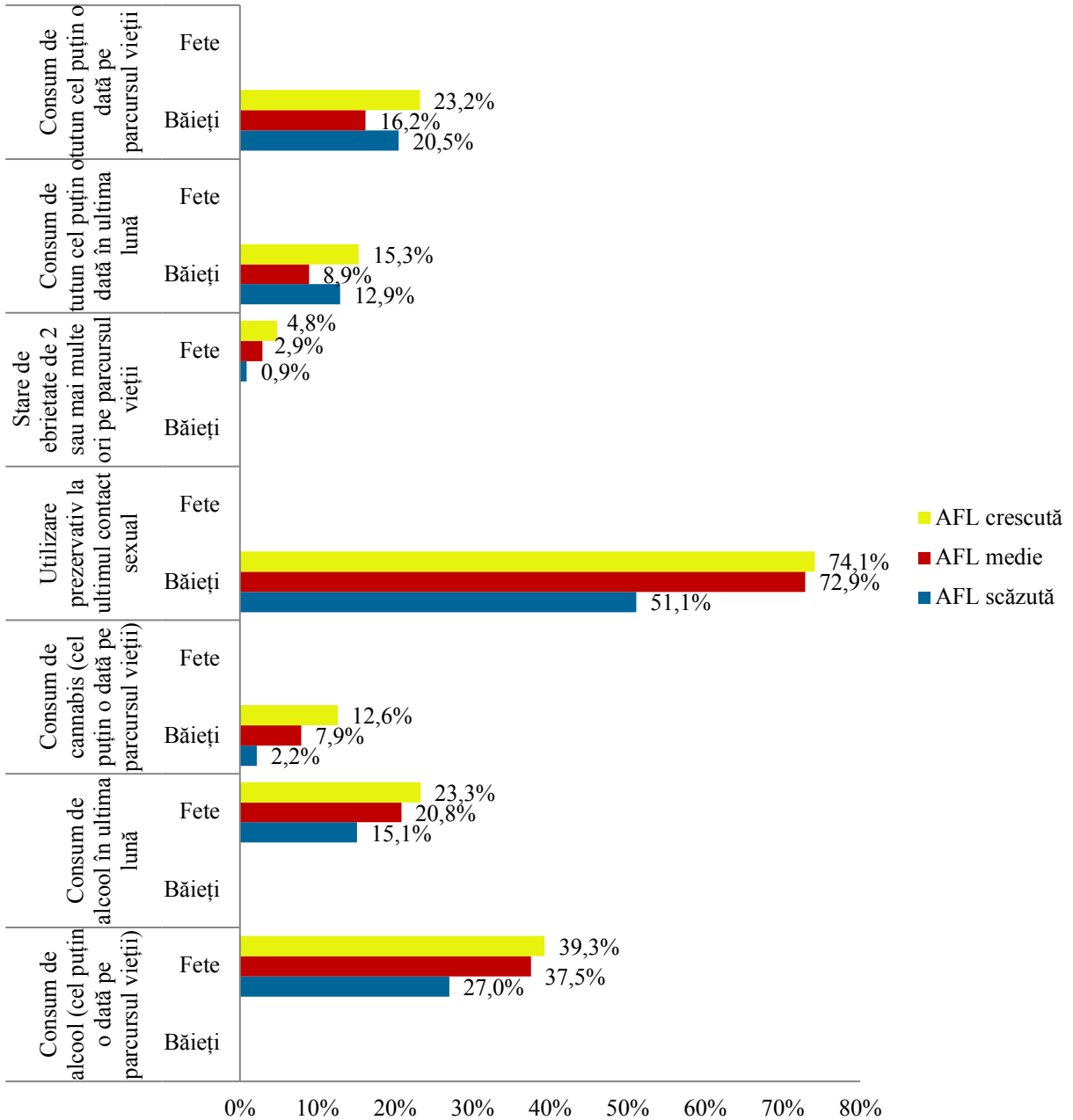
Fig. 82 Comportamente de sănătate



IV. COMPORTAMENTE DE RISC

Majoritatea comportamentelor riscante[1] sunt raportate cu o frecvență mai mare, în rândul adolescenților băieți și fete cu AF ridicată. Băieții din această categorie raportează, în procent mai mare, că au consumat cel puțin o dată pe parcursul vieții cannabis și tutun. Aceeași tendință se observă și în proporția celor care au raportat consum de tutun în ultima lună.

Fig. 83 Comportamente de risc



[1] Cu excepția utilizării prezervativului care, deși este un comportament de protecție, a fost raportat împreună cu comportamente precum vârsta primului contact sexual (debutul timpuriu este considerat un indicator al riscului pentru sănătate). În prezentul raport, acestea, inclusiv utilizarea prezervativului la ultimul contact sexual, au fost discutate în capitolul "Comportamente de risc", astfel încât am păstrat această dimensiune în aceeași secțiune și în prezenta discuție despre AF.

Pentru fete, consumul de alcool (pe parcursul vieții și în ultima lună) și trecerea prin stări de ebrietate (cel puțin două episoade pe parcursul vieții) par a fi mai frecvente în rândul celor cu AF ridicată comparativ cu celelalte două categorii. În contrast, există o diferență considerabilă (23%) între proporția adolescenților băieți cu AF ridicată, care au utilizat prezervativul la ultimul contact sexual, comparativ cu cei cu AF scăzută.

CONSIDERAȚII FINALE

Per ansamblu, statutul socio-economic sau AF ridicată par să fie favorabile pentru a raporta o sănătate și o stare de bine optime și pentru a practica o serie de comportamente sanogene, de la luatul micului-dejun, la un consum mai redus de băuturi carbogazoase sau practicarea, în procent mai mare, de activități fizice viguroase. Nu același lucru se poate spune și despre frecvența angajării în comportamente de risc: în mod repetat, atât fetele cât și băieții cu AF crescută, declară, în proporție mai mare decât cei cu AF scăzută, că se angajează în comportamente asociate consumului de tutun, cannabis sau alcool.

În ceea ce privește contextul social, rezultatele sunt mixte. Pe de-o parte, adolescenții cu AF crescută percep un suport mai mare din partea părinților și a colegilor, pe de altă parte, relația cu școala, în rândul fetelor, și sprijinul perceput din partea profesorilor, sunt raportate în proporție mai mică decât cei cu AF scăzut.

BIBLIOGRAFIE

Currie C, Inchley J, Molcho M, Lenzi M, Veselska Z, Wild F, editors (2014). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey. St Andrews: Child and Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews (http://www.hbsc.org).

CONCLUZII

8. Concluzii

Din punct de vedere ontogenetic, perioada adolescenței este recunoscută ca fiind una de relativă sănătate comparativ cu etape anterioare și ulterioare de viață. Cu toate acestea, ea constituie și o perioadă critică în dezvoltarea și formarea adultului sănătos, în care factorii comportamentali dar și factorii meso- și macro-sociali au efecte imediate pentru individ și societate.

Datele privind populația de adolescenți sunt frecvent neglijate sau minimalizate în statisticile naționale și internaționale de sănătate sau agregate cu cele ale grupurilor de copii sau de adulți tineri. Unul dintre motivele acestei stări de fapt este considerarea adolescenței ca o perioadă de maximă sănătate. Este adevărat că, în Europa ultimelor două-trei decenii, adolescenții se bucură de o stare de sănătate pe care generațiile anterioare nu a cunoscut-o. În ciuda acestui fapt, există indicatori care arată că adolescenții nu au atins potențialul maxim al stării de bine din punct de vedere biopsihosocial.

Comportamentele de risc, stările afective negative creează premisele unor circumstanțe timpuri care pot induce inegalități în sănătatea adultului. Specialiștii care conturează și implementează politici de sănătate au nevoie de date valide care să informeze aceste inițiative. Din aceste nevoi generate de realitate s-a născut studiul HBSC/WHO.

Studiul internațional HBSC/WHO a împlinit 37 de ani de la prima sa desfășurare, respectiv 15 ani pentru studiul național desfășurat în România. În toți acești ani, studiul și datele furnizate au demonstrat relevanța datelor și rolul lor în conturarea strategiilor de sănătate pentru copii și adolescenți. Totodată, rapoartele HBSC/WHO sunt surse potențiale pentru părinți, profesori, educatori în sănătate în vederea înțelegerii cauzalității complexe a stării de sănătate a tinerilor.

- Studiul de față oferă o imagine de ansamblu privind contextele de viață ale adolescenților (social, școlar, familial), dimensiunile sănătății și stării de bine, comportamentele pozitive și de risc. Următoarele aspecte (pozitive și negative) merită a fi reliefate în concluziile studiului HBSC Romania 2018 (bazate pe date colectate de la un eșantion național reprezentativ format din 4567 de adolescenți, fete și băieți, de 11, 13 și 15 ani):
- Familia apare ca un mediu pozitiv pentru adolescenții de 11, 13 și 15 ani din Romania. În medie, 9 din 10 adolescenți vorbesc cu ușurință cu mama lor despre lucrurile care îi preocupă. Există diferențe semnificative de gen și vârstă în calitatea comunicării cu tatăl, fetele de 13 și 15 ani raportând într-un procent mai mic (60%) față de băieți (80%) satisfacție în comunicare cu tatăl.
- În medie, 80% dintre adolescenți percep pozitiv sprijinul oferit de familie.
- Pentru un segment mare de adolescenți, școala nu este percepută ca un mediu care să îi stimuleze și să le inducă sentimentul de plăcere de a petrece timp în spațiul educației formale. Satisfacția cu școala se reduce semnificativ de la 11 ani la 13 și 15 ani. Dacă la 11 ani, aceasta este raportată de 37% dintre elevi, la cei de 13 și 15 ani, nu depășește 20%. Per ansamblu, doar 25% dintre fete și 22% din băieți declară că le place școala.
- Un nivel mediu și înalt al stresului generat de sarcinile școlare este raport de 27% din adolescenții din România cu vârste cuprinse între 11 și 15 ani. Fetele resimt niveluri mai ridicate de stres comparativ cu băieții. Satisfacția redusă cu școala poate fi explicată mai degrabă prin caracteristici ale etosului școlar și mai puțin de stresul sarcinilor școlare.

- Aspecte pozitive ale mediului școlar țin de suportul oferit de profesori (perceput preponderent de către elevii de 11 ani) și de colegii de clasă. Procentul adolescenților care percep suportul profesorilor se reduce substanțial la elevii de 15 ani.
- Grupul de prieteni este un reper important pentru adolescenți. Șase din 10 adolescenți consideră că beneficiază de sprijinul colegilor de clasă.
- Aproape jumătate dintre adolescenți utilizează rețelele de socializare. Fetele utilizează într-o mai mare măsură decât băieții mijloacele media pentru a intra în contact cu prietenii, indiferent de vârstă. În același timp, doar 2 din 10 adolescenți raportează că preferă să comunice cu ceilalți pe această cale.
- Starea de bine este o dimensiune fundamentală a sănătății pozitive. Global, 50% dintre adolescenții români raportează o satisfacție cu viața peste medie (procentul scade odată cu vârsta și este mai mic pentru fetele de 13 și 15 ani).
- Auto-evaluarea nivelului de sănătate este un alt indicator relevant pentru starea de bine. Peste 40% dintre adolescenții băieți percep că au o sănătate excelentă, în timp ce doar o treime dintre fete consideră că sănătatea lor este excelentă.
- La toate grupele de vârstă, fetele raportează, într-un procent mai mare decât băieții, dureri de cap și de stomac cu o frecvență de odată sau mai multe ori pe săptămână. Fetele recurg mai frecvent la medicație decât băieții pentru controlul acestor simptome somatice.
- Una din 4 fete și unul din 5 băieți raportează dificultăți de adormire; 27% dintre fete și 16% băieți resimt stări de nervozitate, respectiv 37% dintre fete și 27% băieți, resimt stări de supărare, mai frecvent decât odată pe săptămână.
- Problemele emoționale sunt mai frecvent raportate la vârste mai mari în special de către fete. La 15 ani, 1 din 3 fete se simte de cel puțin trei-patru ori pe săptămână, deprimată, obosită, singură sau temătoare, și 1 din 5 fete se simte lipsită de speranță. În contrast, la 11 ani, aceste probleme emoționale sunt raportate de mai puțin de 20% dintre fete, cu excepția oboselii și a sentimentului de teamă. Comparativ cu fetele, aproximativ jumătate din băieți raportează probleme emoționale, iar tendința de creștere a frecvenței acestor emoții negative odată cu vârsta nu este atât de evidentă ca în cazul fetelor.
- Aproape jumătate dintre băieții de 11 și 13 ani și mai mult de o treime din fetele de aceleași vârste au suferit, în anul anterior, accidentări și răniri care au necesitat îngrijiri medicale. Se observă un declin al acestor incidente de la 11 la 15 ani, atât pentru fete cât și pentru băieți.
- Gradul de supraponderalitate și obezitate (calculat pe baza IMC) este semnificativ mai mare în rândul băieților (23%) decât al fetelor (15%). La 15 ani, aproape 1 din 3 adolescenți/adolescente se simte prea gras(ă).
- Comportamentul alimentar are un rol esențial în dezvoltarea sănătoasă a copilului și adolescentului. Mai mult de jumătate dintre elevii de 11, 13 și 15 ani din România nu servesc micul dejun înainte de a merge la școală. În rândul fetelor de 15 ani, acest comportament este practicat doar de 31% dintre acestea.
- Doar 39% dintre adolescenți consumă zilnic fructe, iar consumul zilnic de legume este și mai redus (30%). Consumul zilnic de fructe și legume scade semnificativ odată cu înaintarea în vârstă.
- Consumul zilnic de dulciuri este raportat deo treime dintre adolescenți; fetele consumă mai constant mai multe dulciuri decât băieții, indiferent de vârstă.
- Consumul zilnic de băuturi carbogazoase este raportat de 21% dintre elevi; băieții consumă mai multe băuturi carbogazoase decât fetele. Consumul băuturilor carbogazoase înregistrează o tendință constant descrescătoare în intervalul 2006-2018 pentru ambele genuri.

- Consumul zilnic de băuturi energizante este raportat de 5% dintre băieți și 2.5% fete. Datele indică o creștere odată cu vârsta a acestui comportament, creștere mai accentuată în cazul băieților.
- Activitatea fizică este un element esențial pentru sănătate și pentru combaterea obezității și supragreutății. Este îngrijorător procentul redus de adolescenți (18% băieți și 10% fete) care practică zilnic activitate fizică în acord cu criteriile minimale OMS (60 minute/zi). Există diferențe semnificative între grupe de vârstă, la 15 ani se înregistrează cea mai scăzută prevalență a activității fizice.
- Procentul adolescenților care practică exerciții fizice susținute în afară orelor de școală cel puțin de patru ori/săptămână este mai mare. Există diferențe semnificative între băieți (48%) și fete (32%). În cazul ambelor categorii de gen se înregistrează o reducere semnificativă a acestui comportament simultan înaintării în vârstă.
- Per ansamblu, 3 din 4 elevi din România petrec două ore sau mai mult pe zi în fața TV/tablete/computere în timpul zilelor de școală. La sfârșit de săptămână procentul crește semnificativ.
- Sănătatea orală este parte a sănătății generale. Jumătate dintre elevii cu vârste între 11 și 15 ani se spală pe dinți în acord cu normele de igienă dentară, adică de cel puțin două ori pe zi. Băieții se spală pe dinți într-un procent semnificativ mai mic (44%) decât fetele (60%).
- Consumul de substanțe (tutun, alcool, cannabis) reprezintă comportamente de risc pentru sănătate. Adolescenții de 15 ani declară că au fumat cel puțin odată în ultimele 30 de zile într-un procent de 22% (atât în rândul băieților cât și al fetelor). Procentul scade la 8% în rândul elevilor de 13 ani, respectiv la 2% la 11 ani. Nu se înregistrează diferențe semnificative între băieți și fete.
- Jumătate din adolescenții și peste o treime din adolescentele de 15 ani au consumat alcool cel puțin o dată în ultima lună. Băieții raportează consum de alcool în ultima lună în proporție mai mare decât fetele
- Stări de ebrietate în ultimele 30 de zile au fost raportate de 8% dintre băieți și 4% fete. Există diferențe semnificative între categoriile de vârstă și gen, adolescenții băieți de 15 ani raportează mai frecvent episoade de ebrietate (13%).
- Consumul de cannabis în ultimele 30 de zile este raportat de 5% dintre băieții de 15 ani și 3% dintre fetele de aceeași vârstă, în timp ce consumul cel puțin odată în timpul vieții este raportat de 8% dintre băieți și 5% dintre fete.
- Sănătatea sexuală reprezintă o componentă esențială a dezvoltării adolescentului în plan fizic, psihologic și social. Un procent de 28.6% dintre băieții de 15 ani, și 8.5% fete raportează că au avut relații sexuale. În intervalul 2006 - 2018 se constată o tendință constantă de scădere a numărului de adolescenți băieți și fete care au avut contacte sexuale.
- Dintre băieții care au raportat că și-au început viața sexuală, o treime declară că debutul a avut loc la vârste cuprinse între 11 și 13 ani. Dintre fetele active sexual la 15 ani, 14% au început viața sexuală la vârste cuprinse între 11 și 13 ani.
- Dintre adolescenții activi sexuali, 67.5% dintre băieți și 60.1% dintre fete au folosit prezervativul la ultimul contact sexual, respectiv 11% dintre băieți și 9% dintre fete au folosit contracepție orală. Se constată că tendința de utilizare a prezervativului scade de-a lungul anilor în rândul băieților, cu peste 13% (2006-2018), în timp ce la fete procentul de utilizare a prezervativului este același ca și în 2006.

- Un comportament cu potențial nociv este implicarea repetată în jocuri de noroc Unul din doi băieți și aproape 1 din 10 fete au pariat bani în activități precum jocuri de noroc, pariuri sportive etc., cel puțin o dată pe parcursul vieții. Trei din zece băieți s-au implicat în aceste activități cel puțin o dată în ultimul an, în vreme ce procentul fetelor care au pariat bani în ultimul an este de aproape cinci ori mai mic.
- Peste 14% dintre băieții, respectiv 8% dintre fete, afirmă că au recurs la comportamente de hărțuire și intimidare (bullying) a altor colegi în ultimele două luni, în timp ce 12% dintre băieți și 11% dintre fete raportează că au fost victimele hărțuirii în ultimele două luni. Se constată că procentul celor care se angajează ca hărțuitori în bullying față în față este a scăzut cu aproape 50% intervalul 2006-2018. Aceeași tendință de scădere a numărului de victime ale fenomenului de bullying în intervalul 2006-2018 se constată pentru băieți. Pentru fete, datele indică o creștere de 2% a celor care au fost victime ale bullying-ului, în intervalul 2014-2018.
- Hărțuirea prin mijloace electronice (social media, sms, etc) numit cyberbullying este mai frecvent utilizat de către băieți (8%) decât de fete (4%) în ultimele două luni. Mai mulți băieți declară că au fost victimele hărțuirii prin mijloace electronice (6%) decât fete (3.8%).
- Unu din cinci băieți de 11 și de 13 ani a fost implicat în cel puțin trei bătăi în ultimul an. Procentele în rândul băieților scad la 15 ani, cu aproximativ 5%. La fete, procentele sunt mult mai mici la toate grupele de vârstă și, în mod similar băieților acest comportament scade de la 13 la 15 ani.
- Aproximativ 13% dintre fetele și băieții de 13 și 15 ani declară că urmează/au urmat, în ultimul an, o dietă cu scopul de a pierde în greutate. Procentul celor care țin o dietă crește odată cu vârsta, atât în rândul fetelor cât și al băieților.
- Frecvent strategiile utilizate de adolescenți pentru a pierde în greutate sunt nesănătoase: sărit peste mese, postit, fumat, recurgerea la pastile de slăbit. Se remarcă o tendință de gen în utilizarea acestor strategii, fetele recurg în proporție mai mare la aceste strategii comparativ cu băieții.
- Consumul de alimente și băuturi în fața televizorului și a altor ecrane (computer, tabletă) este un obicei răspândit în rândul adolescenților de ambele genuri: între 40% și 50% dintre aceștia, indiferent de vârstă, spun că obișnuiesc să mănânce/bea în fața televizorului de cel puțin trei ori pe săptămână. Fetele de 13 și 15 ani raportează acest comportament într-o proporție mai mare decât băieții de aceleași vârste.
- Contextul socio-economic poate influența sănătatea și starea de bine a adolescenților în sens pozitiv sau negativ. Astfel, a face parte dintr-o familie cu resurse financiare crescute contribuie pozitiv la satisfacția cu viața, la percepția stării de sănătate ca fiind excelentă, la un consum mai mare de fructe, la luarea micului dejun, la igienă orală, la un consum mai redus de băuturi carbogazoase, la practicarea de activități fizice viguroase. În schimb, implicarea în comportamente de risc, precum fumatul, consumul de alcool și cannabis, stările de ebrietate sunt mai frecvente în rândul celor cu o afluență economică mai scăzută.

Rezultatele prezentate conturează câteva domenii cheie, în care intervențiile de nivel macro-social (politici publice de protecție socială și de educație), meso-social (practici și priorități educaționale trasate de școli și comunitate) și micro-social (intervenții la nivelul grupului de apartenență și la nivelul familiei) ar trebui să se îndrepte cu prioritate. Acestea au fost grupate în domenii în deficit (acolo unde este necesară intensificarea eforturilor pentru a crește comportamentele/factorii de protecție și a reduce din comportamentele/factorii de risc), respectiv domenii-resursă care pot fi dezvoltate și utilizate ca mijloace și canale de intervenție asupra domeniilor în deficit.

I. Domeniile în deficit

Alimentația tinerilor este un domeniu care necesită intervenții coordonate pe mai multe paliere, focalizate mai ales pe încurajarea luării micului dejun și a consumului zilnic de fructe și legume, precum și pe scăderea consumului de dulciuri și băuturi carbogazoase. În ceea ce privește consumul de dulciuri și băuturi carbogazoase, intervențiile de tip macro- și meso-social pot fi îndeosebi eficiente, prin promovarea unor inițiative precum: limitarea comercializării acestora în spațiile din proximitatea și din incinta școlilor, reglementarea mai strictă a marketingului televizat și direct pentru băuturi și alimente cu conținut crescut de zahăr, facilitarea accesului elevilor de toate vârstele la alternative sănătoase (ex. existența de surse de apă potabilă în școli precum dozatoare de apă, extinderea unor programe naționale de furnizare a fructelor zilnice etc.).

Activitatea fizică este un alt domeniu cheie pentru asigurarea unei creșteri și dezvoltări armonioase, însă la ora actuală nu este un domeniu prioritar în educație. Reducerea comportamentului sedentar și creșterea nivelului de activitate fizică viguroasă practicată de elevii din România la 60 de minute zilnic sunt deziderate care trebuie incluse în planul de promovare a sănătății copilului și adolescentului. Asigurarea facilităților sportive în comunitate sau în școală, creșterea numărului de ore obligatorii de educație fizică, educarea părinților și a profesorilor pentru a recunoaște importanța activităților fizice sunt doar trei posibile acțiuni, la diferite paliere, care ar încuraja o rutină sănătoasă în rândul tinerilor, cu efecte protective potențiale pe termen lung.

În ceea ce privește comportamentele de risc precum fumatul, consumul de alcool și consumul de cannabis, acestea necesită, la rândul lor, acțiuni coordonate între diferiții actori instituționali. Concentrarea eforturilor doar pe oferirea de informații referitoare la consecințele negative ale acestor comportamente (adeseori recunoscute și bine știute de adolescenți) nu acoperă deficitul de abilități pe care deseori aceștia încearcă să-l compenseze prin consumul de tutun/alcool/substanțe. Dincolo de asigurarea unui cadru legislativ favorabil, literatura de specialitate sugerează că intervențiile focalizate pe dezvoltarea abilităților de viață (eng. *life skills training*) sunt printre cele mai eficiente abordări în contracararea comportamentelor de risc. A prioritiza dezvoltarea gândirii critice, a abilităților de comunicare (asertivitate, rezistență la presiunea socială), a autoeficacității și a unei imagini de sine pozitive, a abilităților de rezolvare de probleme și de luare a deciziilor, sunt câteva din strategiile cu potențial substanțial de prevenire/contracarare a acestor comportamente.

Același tip de strategii referitoare la abilități de viață se dovedesc eficiente și în domeniul sănătății sexuale, unde datele arată că o problemă majoră este reprezentată de faptul că adolescenții activi sexuali din România au printre cele mai joasă rate de utilizare a contracepției din Europa. Decizia de inițiere a comportamentelor sexuale și de a utiliza mijloacele de protecție sunt în mare măsură influențate de informațiile pe care le dețin tinerii dar și de abilitățile de comunicare ale acestora. Mai mult, inițiativele de tip politici publice dar și cele comunitare ar trebui focalizate pe: a) crearea unor servicii de consiliere și planificare familială accesibile și gratuite; b) co-optarea de resurse umane specializate în comunicarea și oferirea de consultanță

tinerilor care adeseori simt că primesc informații inadecvate pentru aceste probleme dar și pe c) facilitarea accesului la metode de contracepție gratuit sau cu costuri minime din partea tinerilor.

Hărțuirea/bullyingul și bătăile sunt alt domeniu de îngrijorare, acestea înregistrând printre cele mai crescute procente în rândul tinerilor din România comparativ cu restul țărilor europene. Se impune preluarea, adaptarea și aplicare unor programe de combatere și prevenție a hărțuirii pentru a se ajunge la reducerea semnificativă a acestui fenomen negativ, care în alte țări europene, mai ales în cele nordice (ex. Suedia, Norvegia, Danemarca, Islanda) este aproape inexistent.

De asemenea, programele de prevenție a violenței în școli sau în comunitate trebuie să ia în calcul un alt fenomen, chiar mai periculos, hărțuirea mediată electronic (eng. *cyber-bullying*) . Aceasta se leagă direct de creșterea accelerată a timpului petrecut pe internet și în rețelele de socializare de către tineri, aceste medii favorizând nu doar accesul rapid la informații utile dar și răspândirea rapidă a unor comportamente de risc. Intervențiile eficiente la nivel individual vizează mai ales îmbunătățirea abilităților personale (ex. abilități de viață) în timp ce intervențiile de meso-nivel ar trebui focalizate pe crearea unui climat comunitar și școlar defavorabil propagării acestor comportamente și focalizat pe comunicarea deschisă și buna supervizare în relație cu tinerii.

Câteva exemple de astfel de inițiative ar fi: condamnarea explicită și publică a fenomenului, existența unor reguli anti-hărțuire uniforme la nivelul instituțiilor de învățământ și la nivelul claselor, existența unei strategii de monitorizare a activităților în timpul pauzelor, încurajarea raportării situațiilor de hărțuire și existența unui sistem de plângeri care să asigure confortul și siguranța victimei, monitorizarea activităților online, comunicarea strânsă între școală și părinți pe tema hărțuirii (știut fiind că tinerii tind să spună părinților, mai degrabă decât profesorilor despre aceste experiențe).

Datele HBSC referitoare la sănătatea orală arată că elevii români sunt pe ultimele locuri în Europa în ceea ce privește comportamentele de igienă orală (spălatul dinților de două ori pe zi) și că această tendință se menține din 2010. Intervențiile la nivel meso-social ar trebui focalizate pe educarea elevilor în școli pentru o igienă dentară corectă dar și educarea părinților în vederea monitorizării și încurajării acestor comportamente până când se stabilizează ca parte integrantă a rutinei zilnice.

Deși accidentările nu constituie în sine comportamente de risc, ele sunt consecințe directe ale unor comportamente sau situații de risc precum neutilizarea unor mijloace de prevenire a rănirilor (casca de bicicletă, centura de siguranță, scaunul auto etc.). Este de menționat că reducerea numărului de accidentări în rândul populației tinere este o prioritate la nivel european care presupune nu doar educarea părinților și copiilor (ex. utilizarea căștii de bicicletă) dar și măsuri legislative și de mediu macro-social.

În fine, domeniile de risc sunt asociate între ele și sunt favorizate de inegalitățile structurale (de sisteme de protecție socială și sănătate) între tinerii din diferite țări, ceea ce face dificilă proiectarea unor intervenții coordonate și uniform implementate. La nivel național și dincolo de diferențele macrostructurale dintre țări, datele discutate în prezentul raport arată că atât inegalitățile între resursele economice dar mai ales inegalități în resurse culturale și umane sunt cele care explică o bună parte din datele referitoare la domeniile și comportamentelor de risc. De aceea, e necesară o privire atentă și asupra domeniilor resursă care pot fi dezvoltate indiferent de barierele socio-economice sau de nivel comunitar.

II. Domeniile resursă

Relațiile pozitive în familie au efecte imediate și vizibile asupra sănătății tinerilor. Comunicarea bună cu părinții reduce semnificativ probabilitatea de implicare în comportamente

de risc, de apariție a problemelor de sănătate mintală, se asociază cu o mai mare satisfacție cu viața și cu rate scăzute de acuze somatice, consum de medicamente, atitudine negativă față de școală, performanța școlară redusă și resimțirea unui stres școlar intens. În oglindă, relațiile defectuoase și in extremis –orice formă de abuz- se asociază cu o paletă largă de comportamente de risc și cu o stare de bine scăzută. Îmbucurător este faptul că aproape 80% dintre tinerii chestionați declară că au o relație bună sau foarte bună cu părinții, în special cu mama, ceea ce subliniază potențialul abordărilor focalizate pe dezvoltarea abilităților parentale și de educare prin comunicare și negociere, necesare atât la părinți cât și la profesori.

Datele studiului indică nevoia de a accelera eforturile pentru crearea unui climat școlar stimulativ și prietenos, astfel încât școala să devină o resursă a comunității pusă la dispoziția tinerilor de toate vârstele. Dezvoltarea de intervenții țintite pentru regândirea școlii ca resursă nu poate fi realizată în lipsa unui cadru instituțional și legislativ susținut la nivelul ministerelor educației, sănătății, muncii și protecției sociale. Intervențiile de nivel meso-social și micro-social trebuie derivate din priorități naționale coerente și stabile cel puțin pe termen mediu, finanțate corespunzător și fundamentate pe realitățile prezentate. De aceea, este necesar ca datele HBSC și tendințele de evoluție a dimensiunilor sănătății adolescenților să fie încorporate în aceste politici, strategii și programe de intervenție, așa cum se întâmplă, cu succes, în multe țări europene.

În cele din urmă, este important să reținem că acest raport dă voce problemelor, îngrijorărilor și preocupărilor tinerilor și reliefează modul în care aceștia se raportează la dimensiunile sănătății și stării lor de bine. Ar fi de dorit ca vocea adolescenților să se regăsească în politicele publice sociale, educaționale, de sănătate inițiate și promovate de specialiști și politicieni. Dincolo de a fi un grup țintă-recipient pasiv al unor intervenții ale autorității, tinerii trebuie văzuți ca promotori activi ai sănătății și dezvoltării lor și implicați în problemele comunității din care fac parte.

World Health Organization

hbsc

RAPORT DE CERCETARE

SĂNĂTATE ȘI STARE DE BINE LA ADOLESCENȚII DIN ROMÂNIA
Rezultatele Studiului Health Behaviour in School-aged Children HBSC 2018

Autori:
Adriana Băban, Diana Tăut, Robert Balazsi & Ingrid Dănilă
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca
în colaborare cu
WHO, România

World Health Organization
Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 ; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.euro.who.int