

Kliiniline küsimus nr 10

Kas kõiki 7-18 aastaseid lapsi hinnata lapse tervisekäitumise (vaimse tervise riskid, füüsiline aktiivsus, söömiskäitumine, riskiv käitumine, uimastite tarbimine) varaseks märkamiseks kliinilise intervjuuga vs standardiseeritud hindamisvahendiga vs mitte hinnata?

Kriitilised tulemusnäitajad: testi tundlikkus ja spetsiifilisus, tervisehäirete vähenemine, ülekaalu ja rasvumise ennetamine, koolikiusamise vähenemine

Süsteematilised ülevaated

Otsingu tulemusena ei leitud ühtegi süstemaatilist ülevaadet, mis annaks täpse vastuse kliinilisele küsimusele: kas kõiki 7-18 aastaseid lapsi hinnata lapse tervisekäitumise (vaimse tervise riskid, füüsiline aktiivsus, söömiskäitumine, riskiv käitumine, uimastite tarbimine) varaseks märkamiseks kliinilise intervjuuga vs standardiseeritud hindamisvahendiga vs mitte hinnata. Samas teemaga haakuvaid süstemaatilistes ülevaadeid oli võimalik leida.

Kriitilised tulemusnäitajad:

1) Testi tundlikkus ja spetsiifilisus – ei uuritud

2) Tervisehäirete vähenemine – Ühendatud Kuninriigi füüsilise aktiivused tegevusjuhendi järgi (Physical activity guidelines in the United Kingdom) on soovitatav, et lapsed oleksid vähemalt 60 minutit mõõdukalt või intensiivselt aktiivsed iga päev. See on oluline selleks, et vähendada metaboolse sündroomi ja kardiovaskulaarsete haiguste riski. Samuti on füüsiline aktiivsus oluline tervete luude arenguks. Kirjandusest selgus, et lastel, kes on päevas vähemalt 60 minutit füüsiliselt aktiivsed on 1 mmHg madalam diastoolne arteriaalne rõhk võrreldes lastega kes on füüsiliselt vähem aktiivsemad. Arvatakse, et see vähendab riski haigestuda isheemilistesse südamehaigustesse ning samuti väheneb insuldi risk (Brook et al 2014).

Süsteematilise ülevaates (Chaput 2016) uuriti koolilaste und pikkust ja selle seost tervisenäitajatega. Selgus, et lastel, kes magavad kauem on parem emotsionaalne regulatsioon, parem õppeedukus koolis ja parem elukvaliteet või heaolu (lapsed, kes magasid keskmiselt ≤ 6 tundi öö jooksul, olid vähem eluga rahul). Piisavalt ei leitud aga tõendeid hindamaks laste uneaega seoses vigastustega ning kardiometaboolsete biomarkeritega.

Süsteematilises ülevaates (Carson 2016) uuriti istuva eluviisi (*sedentary behavior*) mõju 5 - 17 aastaste laste kehaehitusele, metaboolse sündroomi/ südame-veresoonkonna haiguste riskiteguritele, käitumisele, õpiedukusele, füüsilisele vormile ja enesehinnangule. Leiti, et kaua ja sage ekraanide ja televiisori vaatamine mõjutas ebasoodsalt laste kehaehoiakut (body composition). Samuti suurendas see kardiometaboolset riski, mõjutas negatiivselt laste käitumist, füüsilist vormi ja enesehinnangut.

Koolikiusamine võib hilisemas elus põhjustada depressiooni nii kiusajale endale kui kiusatavale (Farrington 2012).

3) Ülekaalu ja rasvumise ennetamine - Lastel, kelle magamisaeg öö jooksul oli pikem, esines ülekaalulisust vähem. Näiteks oli süstemaatilises ülevaatesse kaasatud randomiseeritud kontrollitud uurimus, mille käigus mõõdeti nädala jooksul aktiseleromeetriga laste uneaega ja ning mõõdeti kehakaalu. Selgus, et lastel, kes magasid kauem (10.5 tundi) oli nädalane kaalukiire 0,24 kg madalam võrreldes lastega, kes magasid vähem (8,1 tundi). *The National Sleep Foundation*'i soovitude kohaselt peaksid 6 - 13 aastased lapsed magama 9 – 11 tundi öösel ja 14 - 17 aastased lapsed peaksid öösel magama 8 – 10 tundi. Piisav uni on oluline lapse kasvamiseks ja arenguks (Chaput 2016).

4) Koolikiusamise vähenemine –

Viited

Kokkuvõtte (abstract või kokkuvõtlikum info)	Viide kirjandusallikale
<p>Süsteemaatilises ülevaates võrreldi koolilaste füüsilist aktiivust tööpäeviti vs nädalavahetustel, koolis vs koolivälisel ajal, nädalavahetustel vs koolivälisel ajal ja õppetunnis vs vahetunnis.</p> <p>Andmebaasidest otsiti inglise keelseid läbilõikeuuringuid kooliealiste laste (4-18 aastat) füüsilise aktiivsuse kohta. Kokku leiti 54 kirjandusallikat, millest sobilikuks osutusid 37 allikat.</p> <p>Tulemused: kirjandusallikate analüüsi tulemusena selgus, et koolilapsed olid füüsiliselt aktiivsemad tööpäeviti võrreldes nädalavahetustega. Uurimuses tuginetakse Ühendkuningriigi füüsilise aktiivsuse juhendi soovitudele (Physical activity guidelines in the United Kingdom), mille kohaselt on soovitatav, et lapsed oleksid vähemalt 60 minutit mõõdukalt või intensiivselt aktiivsed iga päev. See on oluline, et vähendada metaboolse sündroomi ja kardiovaskulaarsete haiguste riski. Samuti on füüsiline aktiivsus oluline tervete luude arenguks. Nädalavahetusesti on lapsed mõõdukalt või intensiivselt füüsiliselt aktiivsed keskmiselt 14 minutit päevas, mis on ligikaudu 25% lastele mõeldud füüsilise aktiivsuse soovitusel. Samuti selgus, et lastel, kes on päevas vähemalt 60 minutit füüsiliselt aktiivsed on 1 mmHg madalam diastoolne arteriaalne rõhk võrreldes lastega kes ei ole füüsiliselt aktiivsed. Arvatakse, et see vähendab riski haigestuda isheemilistesse südamehaigustesse ning samuti väheneb insuldi risk. Arvamus põhineb asjaolul, et füüsiliselt aktiivsetel täiskasvanutel on keskmiselt 2 mmHg madalam diastoolne vererõhk võrreldes füüsiliselt mitteaktiivsete täiskasvanutega ja neil on 6% madalam risk haigestuda isheemilistesse südamehaigustesse ning 15% madalam risk haigestuda insulti.</p> <p>Füüsilise aktiivsuse mõõtmise lastel ja noortel teatud aja (päev, nädal, vms) jooksul annab võimaluse võrrelda füüsilist aktiivsus/koormust erinevas eas lastel. See on oluline selleks, et koostada soovitusi erinevas eas laste füüsilise aktiivsuse kohta ning annab võimaluse hinnata iga lapse füüsilist koormust eraldi.</p>	<p>Brooke, H. L., Corder, K., Atkin, A. J., van Sluijs, E. M. F. (2014). A Systematic Literature Review with Meta-Analyses of Within- and Between-Day Differences in Objectively Measured Physical Activity in School-Aged Children. <i>Sports Medicine</i> 44: 1427-1438.</p> <p>DOI 10.1007/s40279-014-0215-5</p>
<p>Süsteemaatilises ülevaates hinnati objektiivsete (polüsomnograafia, aktigraafia, aktiseleromeeter) ja subjektiivsete tunnuste (uuritava enda poolt fikseeritud une pikkus (<i>self-report</i>), teise inimese poolt fikseeritud une pikkus, (<i>proxy-report</i>) abil laste ja noorukite (5-17 aastat) une pikkust ning selle mõju tervisenäitajatele. Tervisenäitajad, mida seoses laste une pikkusega hinnati, olid järgmised: ülekaalulisus, emotsionaalne seisund (stress, ärevus, depressiivsed sümptomid, vaimne tervis), mälu ja õppeedukus, elukvaliteet/heaolu, vigastused ja kardiometaaboolised biomarkerid (metaboolse sündroomi ja kardiovaskulaarsete haiguste riskitegurid).</p> <p>Süsteemaatilises ülevaates uuriti kokku 141 allikat, mis sisaldasid andmeid 40 erinevast riigist ning milles oli uuritavaid kokku 592 215.</p> <p>Tulemused: Lastel, kelle magamisaeg öö jooksul oli pikem, esines ülekaalulisust vähem. Näiteks oli süsteemaatilisse</p>	<p>Chaput, J.-P. Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Olds, T., Weiss, S. K., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., Belanger, K., Eryuzlu, S., Callender, L., and Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. <i>Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism</i>. 41: S266–S282</p> <p>dx.doi.org/10.1139/apnm-2015-0627</p>

[Type text]

<p>ülevaatesse kaasatud randomiseeritud kontrollitud uurimus, mille käigus mõõdeti nädala jooksul aktseleeromeetriga laste uneaega ja ning mõõdeti kehakaalu. Selgus, et lastel, kes magasid kauem (10.5 tundi) oli nädalane kaaluüve 0,24 kg madalam võrreldes lastega kes magasid vähem (8,1 tundi). <i>The National Sleep Foundation</i>'i soovitusel peaksid 6 - 13 aastased lapsed magama 9 - 11 tundi öösel ja 14 - 17 aastased lapsed peaksid öösel magama 8 - 10 tundi. Piisav uni on oluline lapse kasvamiseks ja arenguks.</p> <p>Samuti selgus, et lastel, kes magavad kauem on parem emotsionaalne regulatsioon, parem õppeedukus koolis ja parem elukvaliteet või heaolu (lapsed, kes magasid keskmiselt ≤ 6 tundi öö jooksul, olid vähem eluga rahul). Piisavalt polnud aga tõendeid hindamaks laste uneaega seoses vigastustega ning kardiometaaboolsete biomarkeritega.</p>	
<p>Süsteemaatilises ülevaates uuriti istuva eluviisi (<i>sedentary behavior</i>) mõju 5 - 17 aastaste laste kehaehitusele, metaboolse sündroomi/ südame-veresoonkonna haiguste riskiteguritele, käitumisele, õpiedukusele, füüsilisele vormile ja enesehinnangule. Kokku uuriti 235 kirjandusallikat, mis sisaldasid andmeid 71 erinevast riigist ning uuritavaid oli kokku 1 657 064.</p> <p>Tulemused: Kaua ja sage ekraanide ja televiisori vaatamine mõjutas ebasoodsalt laste kehaehitust (body composition). Samuti suurendas see kardiometaaboolset riski, mõjutas negatiivselt laste käitumist, füüsilist vormi ja enesehinnangut. Lastel, kes lugesid palju või kulutasid aega õppimisele, oli parem õppeedukus.</p>	<p>Carson, V., Hunter, S., Kuzik, N., Gray, C. E., Poitras, V. J., Chaput J.-P., Saunders, T. J., Katzmarzyk, P. T., Okely, A. D., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., Lee, H., and Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. <i>Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism</i>. 41: S240–S265.</p> <p>dx.doi.org/10.1139/apnm-2015-0630</p>
<p>Süsteemaatilises ülevaates uuriti koolikiusamise võimaliku mõju hilisemas elus depressionile. Kokku uuriti 48 teadusallikat, millest 29 olid longitodinaalsed uuringud.</p> <p>Selgus, et koolikiusamine mõjutab depressiooni esinemist hilisemas elus nii kiusajatel kui ovritel. Näiteks esines koolikiusamises osalenud kiusajatel depressiooni ligi 30%, samas koolikiusamise ovritel esines depressiooni 10% uuritavatest. Seda seletati sellega, et koolikiusajad võivad olla antisotsiaalsed ning neil võib olla probleeme enesekaitse mehhanismide arenguga.</p>	<p>Farrington, D. P., Lösel, F., Tofti, M. M., Theodorakis, N. (2012). School Bullying, Depression and Offending Behaviour Later in Life. An Updated Systematic Review of Longitudinal Studies. National Council of Crime Prevention. Sweden.</p>

Kokkuvõtte ametlikest seisukohtadest ja väiksematest uuringutest

<p>Otsingu tulemusena ei leitud ühtegi tõendus põhist kirjandusallikat, mis annaks täpse vastuse kliinilisele küsimusele: kas kõiki 7-18 aastaseid lapsi hinnata lapse tervisekäitumise (vaimse tervise riskid, füüsilise aktiivsus, söömiskäitumine, riskiv käitumine, uimastite tarbimine) varaseks märkamiseks kliinilise intervjuuga vs standardiseeritud hindamisvahendiga vs mitte hinnata.</p> <p>Samas oli võimalik leida erinevate organisatsioonide (Kanada Lastearstide Kogukonna (Canadian Paediatric Society(CPS)), Ameerika Perearstide Akadeemia (American Academy on family Physicians(AAP)) ja on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO)) poolt heaks kiidetud lapse tervisekäitumise hindamiseks koostatud vahendeid. Erinevate organisatsioonide soovitustest,</p>

[Type text]

selgus, et koolilaste tervisekäitumist on väga oluline hinnata ning seda tuleb teha regulaarselt. CPS soovitude kohaselt tuleb seda teha iga aasta või vähemalt iga kahe aasta möödudes. AAP soovib seda teha igal aastal ning WHO on iga nelja aasta möödudes läbi viinud rahvusvahelise HBSC uuringu (Health Behaviour of School-aged Children study) Euroopa ja Põhja-Ameerika riikes.

Nii CPS kui AAP on välja töötanud koolilaste terviseäitumise hindamiseks soovitusel, mis sisaldavad nii kliinilise intervjuuga, läbivaatusega kui ka standardiseeritud hindamisvahenditega (küsimustigega) kogutavat informatsiooni koolilapse tervisekäitumise kohta. Näiteks kogutakse informatsiooni laste kasvamise, arengu, toitumise, füüsilise aktiivsuse, magamise, vigastuste vältimise, riski- ja seksuaalkäitumise, õpiedukuse, eakaaslastega ja perekonnaga suhtlemise kohta. AAP soovib enne tervisekontrolli tulemist kodus ära täita lapse tervist puudutav küsimustik, et visiidil oleks võimalik keskenduda ainult lapse tervist mõjutavatele/ohustavatele aspektidele. Samuti on nii CPS kui ka AAP poolt väga töötatud tõendus põhised või konsensuslikud soovitusel, millest tervishoiutöötaja saab nõustamisel/õpetamisel lähtuda. Standardiseeritud mõõdikuid kasutatakse näiteks 6-17 aastaste laste psühhosotsiaalse käitumise hindamiseks (HEADSSS interview: Home, Education and Employment, Activities, Drugs, Drinking and Dieting, Sexuality, Suicide and Depression, Safety/Violence and Abuse) ja laste depressiooni hindamiseks (12-18 aastastele lastele sobilik mõõdik: *The Children's Depression Inventory, Reynolds Child Depression Scale*). 8-12 aastaste laste vaimse tervise enesehindamiseks koolis töötati Inglismaal välja online küsimustik *Me & My School, millega* uuriti laste vaimset tervist kahest aspektist lähtuvalt: emotsionaalseid raskused ning käitumuslikud raskused koolis. Selgus, et see mõõdik sobib 8-12 aastaste laste vaimse tervise hindamiseks koolis ning on psühhomeetriliselt turvaline (Deighton 2012).

Standardiseeritud mõõdikutest, millega saab hinnata lapse tervisekäitumist, leidis kirjanduses viideid kõige rohkem HBSC küsimustikule (*Health Behaviour of School-aged Children questionnaire*). Küsimustikku on kasutatud, testitud ning arendatu alates 1983 aastast. Küsimustik on tõlgitud ka eest keelde ja sellega uuritakse 11-, 13- ja 15-aastaseid õpilasi iga nelja aasta möödudes. 2014 aastal viidi uuring läbi 42 riigis/regioonis (sh ka Eestis). Eesti liitus HBSC uuringuga 1993/1994. õppeaastal. Kooliõpilastele esitatakse rahvusvaheliselt kooskõlastatud küsimusi järgmistes valdkondades: isikuandmed (vanus, sugu, rahvus kodus enim räägitava keele alusel), perekonna iseloomustus (struktuur, majanduslik olukord, omavahelised suhted, vanemate toetatav käitumine, vanemate alkoholi tarvitamine), tervis ja tervishoid (enesehinnanguline tervis ja heaolu, kehakaal, tervisekaebused, vaimne tervis, vigastused, hammaste pesemise sagedus, uneaeg), tervisekäitumine (toitumine, kehaline aktiivsus), terviseriskidega seotud käitumine (tubakatoodete, alkoholi ja kanepi tarvitamine, seksuaalkäitumine, kaklemine), koolikeskkond ja õppimine (kooliskäimise meelepärasus, õppetöö pingelisus, õppeedukus, suhted õpetajaga, koolikiusamine), suhted kaasõpilaste ja sõpradega (sõprade toetus, elektrooniline ja silmast silma suhtlemine, lapse tunnustatus koolis).

Kriitilised tulemusnäitajad:

1) Testi tundlikkus ja spetsiifilisus – ei uuritud

2) Tervisehäirete vähenemine – CPS soovitusel, on hinnatud heaks tõendus põhiseks soovitusel see, et regulaarne mõõdukas ja tugev füüsiline ning aeroobne kehaline aktiivsus võib aidata vähendada ülekaalulisust või rasvumist ning parandab vererõhku, lipiidide (kolesterooli) ja glükoosi ainevahetust. Samuti on olemas head tõendus põhised tõendid, et oma keharaskusega aeroobne füüsiline treening parandab lihaste ja luude tervist.

Samuti on olemas hea kvaliteediga tõendusmaterjal selle kohta, et iga päevane aeroobne füüsiline aktiivsus parandab kõrgemaid kognitiivseid funktsioone (cognitive executive function), näiteks otsustusvõimet, aja arvestamist, intuitsiooni, probleemide lahendamise võimet jne. Tuginedes mõõduka kvaliteediga kirjandusele, parandav igapäevane mõõdukas või tugev füüsiline aktiivsus mälu ning vähendab depressiooni sümptomeid.

3) Ülekaalu ja rasvumise ennetamine -

4) Koolikiusamise vähenemine -

Kokkuvõtte (abstract või kokkuvõtlikum info)	Viide kirjandusallikale
<p><i>Greig Health Record</i> (GHR) on tõendus põhine kliiniline mõõdik, mida kasutatakse: koolilastel hindamaks nende tervislikku seisundit ja arengut, ennetamaks erinevad terviseriske. Esimene GHR avaldati 2010. aastal ning see on mõeldud 6 kuni 17 aastaste laste terviseriskide hindamiseks. Täiendatud GHR avaldati 2016. aasta suvel.</p> <p>Välja on töötatud mõõdikud kolmele erinevale vanusegrupile: 6-9 aastastele, 10 – 13 aastastele ja 14-17 aastasele õpilastele. GHR-ga hinnatakse järgmisi aspekte:</p> <p>1) kasvamine (kehakaal, pikkus KMI. WHO kasvukõveraid on 2014. aastal kohandatud ning need on heaks kiidetud mitmete Kanada organisatsioonide poolt. KMI hindamiseks lähtutakse WHO soovistest:</p> <div data-bbox="204 824 927 936" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Growth charts and BMI Calculation WHO charts for Canada www.whogrowthcharts.ca $BMI = \text{mass in kg} / (\text{height in metres})^2$ $BMI = [\text{weight in pounds} / (\text{height in inches})^2] * 703$ Screen for obesity = BMI > 97th %ile, overweight = 85th to 97th %ile</p> </div> <p>2) Psühhosotsiaalne anamnees ja areng</p> <p>Psühhosotsiaalse anamneesi võtmisel noorematel lastel keskendutakse perekonna struktuuri ja dünaamika (sisaldab distsipliini, reegleid) hindamisele, õpiedukuse ja koolis käimise meeldivuse hindamisele, tunnivälistes tegevustes osalemisele ja koolikiusamise hindamisele.</p> <p>Noorukitel on oluline hinnata nooruki suhteid eakaaslastega ja pereliikmetega, uurida koolis käimist, vabaaja-tegevusi, hoiakuid seoses suitsetamise, narkootikumide ja alkoholi tarvitamisega, dieediga ja kiusamisega. Samuti on oluline hinnata seksuaalintervist (keha muutused, suguküpsuse hindamine ja seksuaalkäitumine, rasestumisvastaste vahendite kasutamine, sugulisel teel levivate haiguste vältimine) ja noorte riskikäitumist (turvalisuse tagamine, enesetapu mõtted, vms.).</p> <p>3) Toitumine</p> <p>Hinnatakse puu- ja juurviljade ning piimatoodete ja liha tarbimist, söömisharjumusi (hommikuti söömine), näksimist, ülekaalulisust, alakaalulisust ning suu limaskestast ja hammaste seisundit.</p> <p>4) Füüsiline aktiivsus</p> <p>Hinnatakse laste füüsilist aktiivsust (laps võiks olla iga päev vähemalt 60 minutid mõõdukalt või intensiivselt füüsiliselt aktiivne), istumise aega ja ekraanide (telekas, arvuti, elektroonilised või video mängud, e-luger, tahvelarvuti, telefon) kasutamist.</p>	<p>Greig, A. A., Constantin, E., LeBlanc, C. M. A., Riverin, B., Tak Sam Li, P., Cummings, C. (2016). An update to the Greig Health Record: Preventive health care visits for children and adolescents aged 6 to 17 years – Technical report. Canadian Paediatric Society. Position Statement: 1-27</p> <p>http:// www.cps.ca/tools-ouils/greig-health-record</p>

[Type text]

Physical Activity and Recreational Screen Time	
Physical activity (PA) /	>60 minutes of moderate to intense physical activity daily Include vigorous PA for 60 min. ≥ 3 days per week Include muscle and bone strengthening ≥ 3 days per week
Reducing Sedentary behaviour	Limit passive transportation (e.g., by car) Limit sitting for prolonged periods of time Encourage periodic or 'incidental' movement during times of prolonged sitting Allow time for free play
Limiting Screen Time	Includes television, computers, video games, electronic games, handheld games, some phone activities Ages 5 to 17 – maximum 2 hours per day of recreational use Less is better for additional health benefits.

Sources: Adapted from references 163,166,176

Olemas on hea kvaliteediga tõendeid, et regulaarne mõõdukas ja tugev füüsiline ning aeroobne kehaline aktiivsus (PA) võib aidata vähendada ülekaalulisust või rasvumist ning parandab vererõhku, lipiidide (kolesterooli) ja glükoosi ainevahetust. Samuti on olemas head tõendus põhised tõendid, et oma keharaskusega aeroobne füüsiline aktiivsus parandab lihaste ja luude tervist.

Samuti on olemas hea kvaliteediga tõendusmaterjal selle kohta, et iga päevane aeroobne füüsiline aktiivsus parandab kõrgemaid kognitiivseid funktsioone (cognitive executive function), näiteks otsustusvõimet, aja arvestamist, intuitsiooni, probleemide lahendamise võimet jne. Tuginedes mõõduka kvaliteediga kirjandusele, parandav igapäevane mõõdukas või tugev füüsiline aktiivsus mälu ning vähendab depressiooni sümptomeid.

Vähendades inaktiivsust paraneb füüsiline vorm ja kehaga rahulolul (eriti tüdrukutel) ning sellega seoses üldine enesehinnang. Lapsed, kes veedavad ekraanide ees vähem kui kolm tundi päevas on parema prosotsiaalse käitumisega (nad on abivalmivamad, empaatilisemad ja jagavad oma asju teistega).

5) Magamine

Hinnatakse laste öist une pikkust: mitu tundi laps magab?

Sleep Recommendations (hrs/24hrs)			
Age (yrs)	Actual Average	CPS	CDC
6-12 School age	9.2	10 to 12	At least 10
13-18 Adolescent	8.1-9.0	9 to 10	9 to 10

Sources: Adapted from references 158,184,185

Uuritakse lapse magama jäämist, unekvaliteeti (s.h. uuritakse, kas laps ärkab öö jooksul, kas ta norskab ja kas laps on ärgates puhanud). Uuritakse ka und mõjutavaid tegureid, voodi jagamine kellegagi, kohvi joomist ja teleka vaatamist enne magama jäämist.

6) Vigastuste ennetamine ja turvalisus

Hinnatakse ja jagatakse juhiseid rattakiivri kasutamise mootorsõidukite turvalisuse (turvavööde kasutamine, turvatoolide kasutamine väiksematel koolilastel, joobes auto juhtimist (noorukitel), batuutidel hüppamise, veega seotud ohtude, põletuste, sportimisega seotud ohtude, tulekahju ja suitsuandurite, väärkohtlemise (füüsiline-, emotsionaalne-,

[Type text]

seksuaalne väärkohtlemine) kohta.

7) Füüsiline läbivaatus

Vererõhu mõõtmine, nägemise ja kuulmise hindamine, rühi hindamine.

8) Vaksineerimine

Vaksineerimiskava ja vaksineerimisel valu leevendamine.

Lapse ennetavaid visiite lapse juurde või vastupidi (*preventive visits*) soovitatakse teha iga aasta või kahe aasta tagant.

Hindamise dokument on viieleheline:

Esimene lehekülj sisaldab üldist informatsiooni kasvu, toitumise, füüsilise aktiivsuse, ekraani kasutamise ja magamise kohta. Teisel lehel on lingid, mis juhivad arste ja lapsevanemaid veebilehtedelt otsima vajalikku informatsiooni. Esimest kahte lehte on lubatud jagada lapsevanematele ja lastele. Kolmas leht sisaldab informatsiooni puberteedi hindamise ja noorukite vaimse tervise probleemide kohta, näiteks alkoholi tarbimine, hasartmängud, ekraanide kasutamine, depressioon ja enesetapp. Neljandal lehel on HEADSSS (*Home, Education and Employment, Activities, Drugs, Drinking and Dieting, Sexuality, Suicide and Depression, Safety/Violence and Abuse*) küsimustik ja küsimused seksuaalkäitumise hindamiseks noorukitel.

TABLE 1 The HEADSSS psychosocial interview for adolescents

	Potential first-line questions	Questions if time permits or if situation warrants exploration
Home	Who lives with you? Where do you live? What are relationships like at home? Can you talk to anyone at home about stress? (Who?) Is there anyone new at home? Has someone left recently? Do you have a smart phone or computer at home? In your room? What do you use it for? (May ask this in the activities section.)	Have you moved recently? Have you ever had to live away from home? (Why?) Have you ever run away? (Why?) Is there any physical violence at home?
Education and employment	Tell me about school. Is your school a safe place? (Why?) Have you been bullied at school? Do you feel connected to your school? Do you feel as if you belong? Are there adults at school you feel you could talk to about something important? (Who?) Do you have any failing grades? Any recent changes? What are your future education/employment plans/goals? Are you working? Where? How much?	How many days have you missed from school this month/quarter/semester? Have you changed schools in the past few years? Tell me about your friends at school. Have you ever had to repeat a class/grade? Have you ever been suspended? Expelled? Have you ever considered dropping out? How well do you get along with the people at school? Work? Have your responsibilities at work increased? What are your favorite subjects at school? Your least favorite subjects?
Eating	Does your weight or body shape cause you any stress? If so, tell me about it. Have there been any recent changes in your weight? Have you dieted in the last year? How? How often?	What do you like and not like about your body? Have you done anything else to try to manage your weight? Tell me about your exercise routine. What do you think would be a healthy diet? How does that compare to your current eating patterns? What would it be like if you gained (lost) 10 lb? Does it ever seem as though your eating is out of control? Have you ever taken diet pills?
Activities	What do you do for fun? How do you spend time with friends? Family? (With whom, where, when?) Some teenagers tell me that they spend much of their free time online. What types of things do you use the Internet for? How many hours do you spend on any given day in front of a screen, such as a computer, TV, or phone? Do you wish you spent less time on these things?	Do you participate in any sports? Do you regularly attend religious or spiritual activities? Have you messaged photos or texts that you have later regretted? Can you think of a friend who was harmed by spending time online? How often do you view pornography (or nude images or videos) online? What types of books do you read for fun? How do you feel after playing video games? What music do you like to listen to?
Drugs	Do any of your friends or family members use tobacco? Alcohol? Other drugs? Do you use tobacco or electronic cigarettes? Alcohol? Other drugs, energy drinks, steroids, or medications not prescribed to you?	Is there any history of alcohol or drug problems in your family? Does anyone at home use tobacco? Do you ever drink or use drugs when you're alone? (Assess frequency, intensity, patterns of use or abuse, and how patient obtains or pays for drugs, alcohol, or tobacco.) (Ask the CRAFFT questions in Table 5, page 25.)

[Type text]

<p>Potential first-line questions</p> <p>Sexuality</p> <p>Have you ever been in a romantic relationship? Tell me about the people that you've dated. Have any of your relationships ever been sexual relationships (such as involving kissing or touching)? Are you attracted to anyone now? OR: Tell me about your sexual life. Are you interested in boys? Girls? Both? Not yet sure?</p> <p>Suicide/depression</p> <p>Do you feel "stressed" or anxious more than usual (or more than you prefer to feel)? Do you feel sad or down more than usual? Are you "bored" much of the time? Are you having trouble getting to sleep? Have you thought a lot about hurting yourself or someone else? Tell me about a time when someone picked on you or made you feel uncomfortable online. (Consider the PHQ-2 screening tool [Table 6, page 26] to supplement.)</p> <p>Safety</p> <p>Have you ever been seriously injured? (How?) How about anyone else you know? Do you always wear a seatbelt in the car? Have you ever met in person (or plan to meet) with anyone whom you first encountered online? When was the last time you sent a text message while driving? Tell me about a time when you have ridden with a driver who was drunk or high. When? How often? Is there a lot of violence at your home or school? In your neighborhood? Among your friends?</p> <p>Questions if time permits or if situation warrants exploration</p> <p>Are your sexual activities enjoyable? Have any of your relationships been violent? What does the term "safer sex" mean to you? Have you ever sent unclothed pictures of yourself on e-mail or the Internet? Have you ever been forced or pressured into doing something sexual that you didn't want to do? Have you ever been touched sexually in a way that you didn't want? Have you ever been raped, on a date or any other time? How many sexual partners have you had altogether? (Girls) Have you ever been pregnant or worried that you may be pregnant? (Boys) Have you ever gotten someone pregnant or worried that might have happened? What are you using for birth control? Are you satisfied with your method? Do you use condoms every time you have intercourse? What gets in the way? Have you ever had a sexually transmitted infection or worried that you had an infection?</p> <p>Tell me about a time when you felt sad while using social media sites like Facebook. Does it seem that you've lost interest in things that you used to really enjoy? Do you find yourself spending less time with friends? Would you rather just be by yourself most of the time? Have you ever tried to kill yourself? Have you ever had to hurt yourself (by cutting yourself, for example) to calm down or feel better? Have you started using alcohol or drugs to help you relax, calm down, or feel better?</p> <p>Do you use safety equipment for sports and/or other physical activities (for example, helmets for biking or skateboarding)? Have you ever been in a car or motorcycle accident? (What happened?) Have you ever been picked on or bullied? Is that still a problem? Have you gotten into physical fights in school or your neighborhood? Are you still getting into fights? Have you ever felt that you had to carry a knife, gun, or other weapon to protect yourself? Do you still feel that way? Have you ever been incarcerated?</p> <p><small>Abbreviations: CRAFFT, Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble; HEADSSS, Home, Education and employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression, Safety; PHQ-2, Patient Health Questionnaire 2. Adapted from Goldenring JM, et al.; Goldenring JM, et al.</small></p>	
<p>Viidnal lehel on kokku võetud informatsioon peamistest juhendis olevatest soovitudest. Samuti leiab sealt informatsiooni vaksineerimise kohta, soovitusi ülekaalulisuse ja rasvumise kohta, diabeedi skriinimise informatsiooni ning lisatud on link laste vererõhu normide tabelile.</p> <p>Dokumendis esitatud soovitude tugevused on esitatud järgmiselt: Bold = Good, <i>Italics</i> = Fair, Plain Text = consensus or inconclusive evidence</p> <p>Lehed on leitavad: http://www.cps.ca/tools-outils/greig-health-record</p>	
<p>Ameerika perearstide akadeemia (<i>American Academy on Family Physicians</i>) on välja töötanud koolialiste laste tervise säilitamise soovitusel, mis sisaldavad lapse anamneesi võtmist, füüsilist läbivaatust, skriinimist, vaksineerimist ja nõustamist.</p> <p>Soovitude eesmärgiks on tervise edendamine, haiguste ja vigastuste vältimine hilisemas elus.</p> <p>Anamnees:</p> <p>Anamneesi võtmisega on oluline välja selgitada, kas koolilaps kaebab millegi üle, mis võib tema tervislikku seisundit mõjutada või mitte. Anamneesi käigus küsitakse küsimusi lapselt ja/või vanematelt lapse elutingimuste, eluviisi kohta, mis sisaldab küsimusi dieedi, füüsilise aktiivsuse, päevase ekraanide (televisoor, arvuti, videomängud jne) kasutamise aja, õise magamisaja, suuhoolduse ja turvalisusega seotud käitumise (rattakiivri kandmine, turvavööde kasutamine, suitsuanduri olemasolu kodus) kohta. Kuna visiidi aeg on piiratud ja informatsiooni tuleb koguda mitme teema kohta, soovitatakse küsimustik enne arsti juurde minekut kodus ära täita. See</p>	<p>Riley, M., Locke, A. B., Skye, E. P. (2011). Health Maintenance in School-aged Children: Part I. History, Physical Examination, Screening and Immunizations. <i>American Family Physician</i>. 83 (6): 683-688.</p> <p>Riley, M., Locke, A. B., Skye, E. P. (2011). Health Maintenance in School-aged Children: Part II. Counseling Recommendations. <i>American Family Physician</i>. 83 (6): 689-694.</p> <p>http://www.aafp.org/afp/2011/0315/p683.html ja</p>

[Type text]

võimaldab visiidi käigus keskenduda küsimustele, mis vajavad enim tähelepanu.

<http://www.aafp.org/afp/2011/0315/p689.html>

Arengu hindamine

Kuigi koolilapse arengu hindamine ei ole kohustuslik, soovitatakse seda siiski hinnata lapse õpiedukuse kaudu. Kui lapsel on koolis õppimisega raskusi, tuleks kaaluda saatmist õpiraskuste väljaselgitamise testile. Samas võivad õpiedukust mõjutada ka probleemid keskendumisega, püsivusega, nägemis- ja kuulmishäired ning liigne stress kodus või koolis.

Füüsiline läbivaatus

Lapse täielikku füüsilist läbivaatust soovitatakse teha iga terve lapse visiidil. Kuigi on leitud, et koolilapse läbivaatuse käigus leitakse uusi probleeme vähem kui 4% juhtudest ja enamus nendest ei ole tõsised, soovitatakse seda siiski teha. Soovitused on seotud asjaoluga, et igal aastal leitakse rohkem kui miljon last, keda on väärkoheldud. Läbivaatusel soovitatakse hinnata märke, mis viitavad väärkohtlemisele.

Skriiningtestid

Koolilaste skriinimine tugineb Ameerika Perekarstide Akadeemia, Ameerika Pediaatrite Akadeemia ja USA Ennetavate Teenuste Rakkerühma (AAFP= American Academy of Family Physicians; AAP = American Academy of Pediatrics; USPSTF = U.S. Preventive Services Task Force) soovitustele.

Table 1.

Screening Recommendations for School-aged Children and Adolescents

SCREENING TEST	USPSTF	AAP
Depression	Recommends for patients 12 to 18 years of age Insufficient evidence to give recommendation for patients seven to 11 years of age ⁸	Annual psychosocial/behavioral assessment ³
Dyslipidemia	Insufficient evidence to give recommendation ⁹	Assess risk at six and eight years of age, and annually beginning at 10 years of age ³
Hearing	No recommendation given beyond newborn period	Assess at five, six, eight, and 10 years of age using audiometry ³
Hypertension	Insufficient evidence to give recommendation ¹⁰	Annually beginning at three years of age ³
Obesity (with counseling)	Recommends in children six years or older ¹¹	Annually ³
Scoliosis	Recommends against ¹²	Not recommended ³
Testicular examination	Recommends against ¹³	Annually beginning at 11 years of age ³
Vision	No recommendation given beyond four years of age	Assess at five, six, eight, 10, and 12 years of age using an age-appropriate visual acuity test (e.g., Snellen chart) ³

NOTE: The AAFP endorses the above USPSTF recommendations. All AAFP clinical recommendations are available at <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/a-z.html>.

AAFP = American Academy of Family Physicians; AAP = American Academy of Pediatrics; USPSTF = U.S. Preventive Services Task Force.

Information from references 3, and 8 through 13.

Depressioon: depressiivsed häired võivad olla kurnavad lastele ja noorukitele. Umbes 3% lastest ja 6% noorukitest esineb depressiooni. Depressiivsed häired võivad mõjutada õpiedukust,

[Type text]

sotsiaalseid suhteid koolis ja tõsta mõnuainete tarvitamise riski. Olemas on hea kvaliteediga tõendus põhiseid mõõdikud, et skriinida 12 - 18 aastaseid noorukeid depressiooni suhtes (nt. *The Children's Depression Inventory, Reynolds Child Depression Scale*). Vähe on tõendus põhiseid informatsiooni 7 -11 aastastel lastel depressiooni skriinimiseks.

Düslipeemia: AAP soovib hinnata düslipeemia riski kuue ja kaheksa aastastel lastel ning alates 10. eluaastast, soovivad nad teha seda igal aastal. Samas AAFP ja USPSTF ei ole leidnud head tõendus põhiseid informatsiooni toetamiseks soovitus igal aastal last düslipeemia suhtes skriinida.

Kuulmine ja nägemine: APP soovib rutiinselt nägemist kontrollida 5., 6., 8., 10. ja 12. aastastel lastel. Seda soovitatakse teha lapse vanusele sobiva nägemisteravuse testi abil (Snelleni tabel). Silmaarsti kontrollile soovitatakse laps saata kui lapse teravusnägevus on vähem kui 20/40. Kuulmise skriinimiseks AAP ametlikud soovitus puuduvad, kuid *Bright Futures Steering Committee* soovib audiomeetriga skriinida 5, 6, 8 ja 10-aastaseid lapsi kuulmislanguse suhtes.

Hüpertensioon: rutiinne vererõhumõõtmine alates kolmeaastastest lastest on olnud AAP pikaajaline soovitus. Vererõhu normid on seotud soo, vanuse ja kehapiikkusega. USA Tervishoiuministeeriumi (*U.S. Department of Health and Human Services*) laste vererõhunormide tabelid: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/child_tbl.htm. Normaalseks loetakse rõhku, mis on madalam kui 90 protsentiili ja hüpertensiooniks loetakse rõhku, mis on üle 95 protsentiili. AAFP ei ole leidnud häid tõendus põhiseid soovitusi skriinimaks vererõhku noorematel kui 18-aastastel lastel.

Ülekaalulisus: USPSTF soovib KMI hakata mõõtma alates 6. eluaastast. Ülekaalulisuseks loetakse, kui lapse soole ja vanusele vastav kehakaal on üle 95 protsentiili.

Skolioosi ja munandite hindamine: USPSTF on ei soovita asümptomaatilistel lastel skolioosi ja munandeid skriinida. On leitud, et tervetele lastele tekitavad need ebamugavust ning rohkem kahju kui kasu. AAP soovib munandeid hinnata poistel alates üheteistkümnendast eluaastast.

Nõustamine

Koolilapsi ja nende peresid tuleks nõustada tuginedes anamneesi käigus kogutud informatsioonile. Soovitatakse keskenduda konkreetse lapsega seotud probleemsetele aspektidele. Soovitusi soovitatakse jagada järgmistel teemadel: tervislik toitumine (puu- ja juurviljade, täisteratoodete, piimatoodete, kala, liha söömine, piirates seejuresuhkru ja kiirtoitude tarbimist); füüsiline aktiivsus (koolilapsed peaksid osalema vähemalt 60 minutit päevas mõõdukalt füüsiliselt aktiivselt); ekraaniaja piiramine (nt. televisiooni, arvuti, videomängude kasutamise aeg peaks olema piiratud. On leitud, et koolilapsed veedavad ekraanide ees keskmiselt 7,5 tundi päevas ja seda võiks piirata 1-2 tunni päevas. Ekraanid võivad mõjutada negatiivselt koolilapse kehakaalu, õpiedukust või soodustada vägivaldset käitumist koolis); magamine (koolilapsed magavad öösel keskmiselt 9,4 tundi, samas enamik kooliealistest lastest vajab 11 tundi und öö kohta. Vähene uni võib mõjutada koolilaste käitumist, keskendumisvõimet koolis ning nad on ohustatud ülekaalulisusest); hammaste eest hoolitsemine (koolilapsed

[Type text]

<p>peaksid kaks korda päevas pesema hambaid hambaharja ja floriidi sisaldava hambapastaga ning käima kaks korda aastas hammaste kontrollis); vigastuste vältimine (vigastussurmad on koolilastel USA-s surmapõhjustest esimesel kohal. Sellest tulenevalt on oluline rääkida liiklusega, veega, spordiga ja tulega seotud ohtudest). Kuna riskikäitumine võib alata noorukieas soovitatakse juba 11-aastastele lastele rääkida tubaka, alkoholi ja narkootikumidega seotud ohtudest); seksuaalne aktiivsus (seksuaalselt aktiivsetele koolilastele on oluline rääkida sugulisel teel levivatest haigustest ja nende vältimisest ning rasestumisvastastest vahenditest).</p>	
<p>HBSC uuring (<i>Health Behaviour of School-aged Children study</i>) on Euroopa ja Põhja-Ameerika riike hõlmav rahvusvaheline kooliõpilaste tervise ja tervisekäitumise küitlusuuring, mis on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) partneruuring. Uuringuga alustati 1983/1984. õppeaastal viie riigi osavõtul, 2014. aasta uuringus osales juba 42 riiki/regiooni. Eesti liitus HBSC uuringuga 1993/1994. õppeaastal. HBSC küsitlusuuring toimub igal neljandal aastal.</p> <p>Uuringu eesmärgiks on saada perioodilist üleriigilist teavet kooliõpilaste tervisest ja tervisekäitumisest ning analüüsida tulemusi olenevalt nende sotsiaalmajanduslikest, demograafilistest ja suhtlusvõrgustikku iseloomustavatest andmetest.</p> <p>Uuringu sihtrühmaks olid murdeeas noorukid: 11-, 13- ja 15-aastased õpilased üdhariduskoolide 5., 7. ja 9. klassidest.</p> <p>Eestis koguti HBSC uuringu andmestik 2014. aasta kevadtalvel, veebruarist aprillini. Andmete kogumiseks kasutati HBSC rahvusvahelist standardiseeritud küsimustikku, mis tõlgiti eesti keelde.</p> <p>Kooliõpilastele esitatakse rahvusvaheliselt kooskõlastatud küsimusi järgmistes valdkondades: isikuandmed (vanus, sugu, rahvus kodus enim räägitava keele alusel), perekonna iseloomustus (struktuur, majanduslik olukord, omavahelised suhted, vanemate toetav käitumine, vanemate alkoholi tarvitamine), tervis ja tervishoid (enesehinnanguline tervis ja heaolu, kehakaal, tervisekaebused, vaimne tervis, vigastused, hammaste pesemise sagedus, uneaeg), tervisekäitumine (toitumine, kehaline aktiivsus), terviseriskidega seotud käitumine (tubakatoodete, alkoholi ja kanepi tarvitamine, seksuaalkäitumine, kaklemine), koolikeskkond ja õppimine (kooliskäimise meelepärased, õppetöö pingelisus, õppeedukus, suhted õpetajaga, koolikiusamine), suhted kaasõpilaste ja sõpradega (sõprade toetus, elektrooniline ja silmast silma suhtlemine, lapse tunnustatus koolis).</p> <p>2014. aastal Eesti HBSC küsimustikes esitati 13–15-aastastele õpilastele 94 ja 11-aastastele 79 küsimust (mõned tundlikud küsimused jäeti noorematel välja).</p> <p>Kokkuvõtte tulemustest:</p> <ul style="list-style-type: none">• 13-aastaselt või varem esmakordselt suitsetanud noorte osakaal 15-aastaste seas on 2010. aastaga võrreldes langenud 14% võrra poistel ja 8% võrra tüdrukutel. Suurele langusele vaatamata on Eesti riikide	<p>Aasvee, K., Liiv, K., Eha, M., Oja, L., Härm, T., Streimann, K. (2016). Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine. 2013/2014. õppeaasta uuringu raport. Tervise Arengu Instituut.</p>

[Type text]

<p>järjestustabelis kolmandal kohal (2010. aastal oli Eesti esimene).</p> <ul style="list-style-type: none">• Vähemalt kord nädalas suitsetanute arv on 15-aastastel poistel vähenenud 9% võrra ja tüdrukutel 5% võrra. Rahvusvahelises võrdluses on Eesti 2014. aastal saavutanud osalenud riikide keskmise taseme (regulaarselt suitsetab 13% poistest ja 11% tüdrukutest).• Langenud on ka igapäevasuitsetajate hulk, poiste seas on neid 4% ja tüdrukutel 3%.• Võrreldes 2010. aastaga on elu jooksul vesipiipu suitsetanute osakaal 11–15-aastaste seas langenud 41%-lt 28%-le.• 15-aastastest noortest tarvitab praegu huuletubakat 9% poistest ja 2% tüdrukutest.• Elektroonilisi sigarette suitsetab 15-aastastest noortest 13% poisse ja 8% tüdrukuid.• Alkoholi tarvitamine võrreldes varasemate aastatega on noorte seas vähenenud. Kasvanud on õpilaste osakaal, kes pole kunagi alkoholi tarvitanud, vähenenud on ka alkoholi regulaarne tarvitamine, 2 või enam korda purjus olnud õpilaste osakaal ning 13-aastaselt või varem end purju joonud õpilaste osakaal. Sarnane trend on märgatav ka teiste riikide kooliõpilaste seas.• Eesti kooliõpilastel pole regulaarne alkoholi tarvitamine probleemiks, küll aga varajane alkoholi tarvitamine ja purju joomine. Vähemalt kord nädalas ehk regulaarselt tarvitab mingit alkohoolset jooki 2014. aastal 11–15-aastastest õpilastest 5%. Samas on pea pooled (45%) 13-aastased juba alkoholi tarvitanud ning iga viies (19%) 15-aastane esmakordselt purjus olnud 13-aastaselt või nooremalt.• Võrdluses teiste riikidega alustavad Eesti noored varem alkoholi proovimist ja purju joomist. Esmakordne alkoholi tarvitamine 13-aastaselt või varem 15-aastaste õpilaste hulgas annab riikide järjestustabelis Eestile esikoha. Esmakordne purju joomine 13-aastaselt või varem 15-aastaste õpilaste hulgas asetab Eesti riikide järjestustabelis teisele kohale.• Iga neljas õpilane kasvab üles alkoholiprobleemidega perekonnas. Sealhulgas on iga kolmas kooliõpilane soovinud, et ta vanem lõpetaks alkoholi tarvitamise.• Kanepi tarvitamises elu jooksul pole võrreldes varasema uuringuga muudatusi toimunud, samas on töusutrendis hiljutiste tarbijate osakaal. Elu jooksul on kanepit proovinud iga 10. õpilane 11–15-aastaste seas, 15-aastastest on kanepit proovinud iga neljas õpilane. Viimase näitaja alusel on Eesti 2014. aastal 39 riigi/regiooni hulgas teisel kohal.• Levinud on sage kanepi tarvitamine. 15-aastaste seas on enam kui pooled kanepit tarvitanutest teinud seda elu jooksul 3 või enam korda.• Kanepi proovimine ja sage tarvitamine on enam levinud poiste seas. 13- ja 15-aastastest kooliõpilastest on poisid tüdrukutest enam kanepit proovinud. Samuti on poiste seas rohkem õpilasi, kes on kanepit tarvitanud kolmel või enamal korral elu jooksul.• Viidendik 15-aastastest õpilastest on olnud seksuaalsuhtes, erinevus poiste ja tüdrukute vahel puudub; 13-aastastest on seksuaalsuhte kogemus 6% poistest ja 3% tüdrukutest.• Viimase vahekorra ajal on kasutanud kondoomi 74% õpilastest, erinevus poiste ja tüdrukute vahel puudub.	
---	--

[Type text]

<ul style="list-style-type: none">• Kalduvus harvem kondoomi kasutada on kanepit proovinud noortel, samuti rohkem kordi purjus olnud ja halvema õppeedukusega noorukitel. <p>https://intra.tai.ee/images/prints/documents/146588758812_Kooliõpilaste_tervisekaitumine_raport_2103-14.pdf</p>	
<p>Uurimistöös võrreldi Eesti koolilaste enese raporteeritud kehapiikkust ja kehakaalu kokkulangevust teiste poolt mõõdetud antropomeetriliste näitajatega. Kooliõpilaste eneseraporteeritud andmete kogumiseks kasutati kasutati standardiseeritud HBSC küsimustikku. Otsesed mõõtmised teostati pärast HBSC küsimustiku täitmist.</p> <p>Tulemused: Koolilaste keskmised ise-raporteeritud kaal, pikkus ja KMI väärtused olid oluliselt väiksemad kui samade näitajate väärtused otseste mõõtmiste põhjal. Suurim erinevus oli 11-aastaste seas ja väikseim 15-aastaste seas. Ülekaalu alahindamine näitas gradeerivat trendi mis vähenes vanemates eagruppides. Erinevus oli kõikides vanuserühmades suurem tüdrukutel. Keskmise ülekaalu alahinnangu esinemise määr oli 3.6 protsendipunkti väiksem kui antropomeetrilistel mõõtmistel. Positiivne ennustav väärtus oli 72,3 ja 63,4% vastavalt poistel ja tüdrukutel.</p>	<p>Aasvee, K., Rasmussen, M., Kelly, C., Kurvinen, E., Giacchi, M. V., Ahluwalia, N. (2015). Validity of self-reported height and weight for estimating prevalence of overweight among Estonian adolescents: the Health Behaviour in School-aged Children study. <i>BMC Research Notes</i>. 8:606</p> <p>DOI 10.1186/s13104-015-1587-9</p>
<p>Uurimuses hinnatakse mõõdikute sobivust laste vaimse tervise enesehindamiseks koolis. Andmed koguti 2008 aastal 25 erinevast piirkonnast Inglismaal. Uurimuses osales kokku 9814 8-9 aastast õpilast 311 erinevast algkoolist ning 9881 11-12 aastast õpilast 82 põhikoolist.</p> <p>Andmete kogumiseks kasutati <i>online</i> küsimustikku (<i>Me & My School</i> (M&MS) küsimustik), mida lapsed täitsid elektrooniliselt tavalisel koolipäeval koolis. Eelnevalt oli küsitud selle küsitluse täitmiseks nõusolek vanematelt. Online küsimustik on koostatud nii, et seda oleks lihtne lugeda ja see oleks lastesõbralik. M&MS küsimustikuga uuriti laste vaimset tervist kahest aspektist lähtuvalt: emotsionaalseid raskused ning käitumuslikud raskused koolis. Selleks esitati kokku 24 väidet emotsionaalsete raskuste hindamiseks (näiteks, ma tunnen ennast õnnelikuna, ma tunnen ennast üksildasena, ma nutan palju jne) ja käitumuslike raskuste hindamiseks (näiteks, ma kiusan teisi, ma olen rahulik, ma löön teisi jne), mida lapsed hindasid kolmepunktsel skaalal: mitte kunagi, mõnikord, tihti.</p> <p>Faktorialanalüüsi ja mõõdikute invarianttsuse uuringu tulemusel tekkis kaks alamskaalat: emotsionaalsed raskused ja käitumuslikud raskused. Need kaks skaalat ühtisid olulisel määral SD küsimustiku (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)) tulemustega, langedes kokku omandamise, deprivatsiooni ja hariduslike vajaduste näitajate osas. Tulemused näitavad, et see koolipõhine eneseraport on psühhomeetriliselt turvaline ja võib anda lisandväärtust kooli vaimse tervise uuringutele, sekkumiste hindamisele ja vaimse tervise probleemide märkamisele koolis.</p>	<p>Deighton, J., Tymms, P., Vostanis, P., Belsky, J., Fonagy, P., Brown, A., Martin, A., Patalay, P., and Wolpert, M. (2012). The Development of a School-Based Measure of Child Mental Health. <i>Journal of Psychoeducational Assessment</i> 31(3): 247–257.</p> <p>DOI: 10.1177/0734282912465570</p>