

ZAKLJUČNA PUBLIKACIJA

– Mladinsko delo in zdrav življenjski slog –

1. del

**ZA
ZDRAVJE
MLADIH**

KOLOFON

UREDNIKA:

Daša Kokole, Jan Peloz, Luka Vitez

AVTORJI:

Andreja Drev, dr. Matej Gregorič¹, dr. Helena Jeriček Klanšček, dr. Tanja Kamin, Daša Kokole³, dr. Nuša Konec Juričič⁴, dr. Helena Koprivnikar⁴, dr. Metka Kuhar⁵, dr. Mirna Macur¹, Nina Milenković Kikelj⁶, dr. Saška Roškar¹, dr. Maja Zorko¹

1 – Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije; 2 – Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani; 3 – Brez izgovora Slovenija; 4 – Nacionalni inštitut za javno zdravje RS, OE Celje; 5 – Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani; 6 – Združenje slovenskih katoliških skavtinj in skavtov

LEKTURA:

Teja Bačar

OBLIKOVANJE:

Aleš Salokar

ZA IZDAJATELJA:

Mladinsko združenje Brez izgovora, Gregorčičeva ulica 7, 1000 Ljubljana

TISK:

Infokart d. o. o., Mencingerjeva ulica 7, 1000 Ljubljana

NAKLADA:

750 izvodov

LJUBLJANA, OKTOBER 2016

Prva izdaja. Brezplačen izvod. Tiskano na recikliranem papirju.

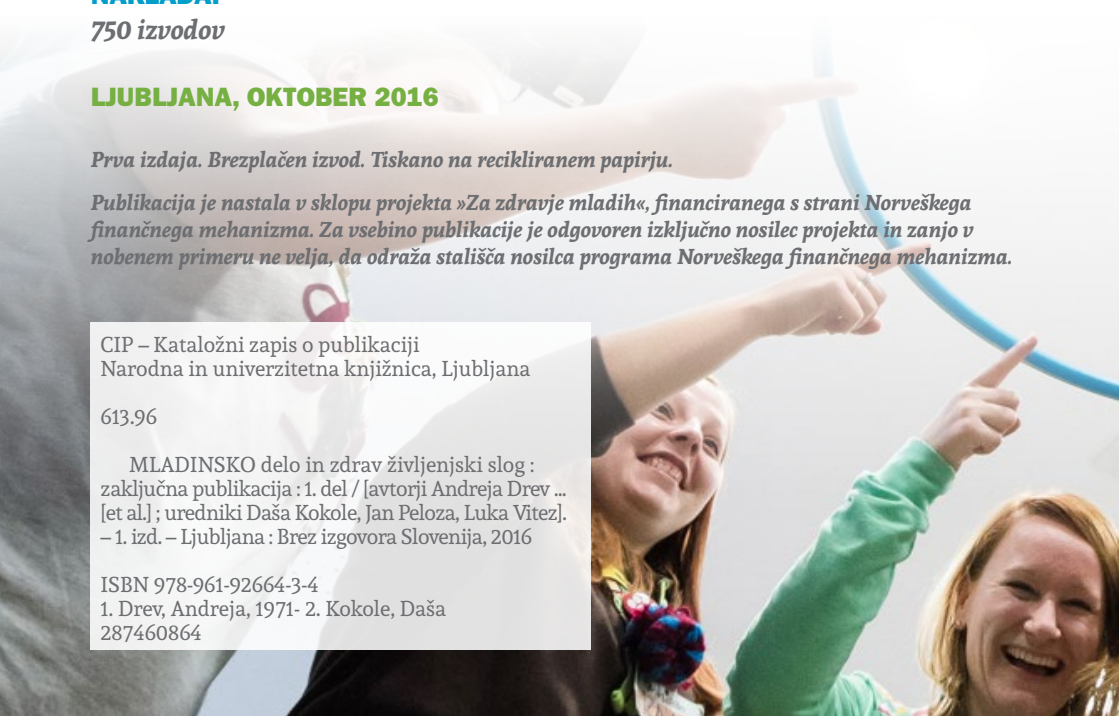
Publikacija je nastala v sklopu projekta »Za zdravje mladih«, financiranega s strani Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino publikacije je odgovoren izključno nosilec projekta in zanjo v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca programa Norveškega finančnega mehanizma.

CIP – Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

613.96

MLADINSKO delo in zdrav življenjski slog :
zaključna publikacija : 1. del / [avtorji Andreja Drev ...
[et al.] ; uredniki Daša Kokole, Jan Peloz, Luka Vitez].
– 1. izd. – Ljubljana : Brez izgovora Slovenija, 2016

ISBN 978-961-92664-3-4
1. Drev, Andreja, 1971- 2. Kokole, Daša
287460864



- 5**
1. Mladinsko delo in promocija zdravega življenjskega sloga
- 20**
2. Mladinski sektor v Sloveniji in njegov potencial za razvoj na področju promocije zdravega življenjskega sloga in krepitev zdravja mladih
- 42**
3. Alkohol in tobak med mladimi v Sloveniji
- 96**
4. Konoplja in nove psihoaktivne snovi med mladimi v Sloveniji
- 124**
5. Prehranjevanje mladih v Sloveniji
- 153**
6. Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji
- 168**
7. Nekemične oziroma vedenjske zasvojenosti (angl. Behavioral Addictions) v Sloveniji
- 191**
8. Socialnomarketinški pristop k doseganju in vzdrževanju vedenjskih sprememb



UVOD

Monografija Mladinsko delo in zdrav življenjski slog je prvo publikacija v našem prostoru, ki znotraj okvirov mladinskega dela predstavlja različna področja zdravega življenjskega sloga v Sloveniji. Čeprav je bilo o mladinskem delu v Sloveniji že veliko napisanega, je področje zdravja eno izmed tistih, ki do sedaj z njim še ni bilo sistematično povezano. S pričujočo monografijo želimo narediti korak bliže k zbiranju znanja, ki že obstaja na tem področju in olajšati vstop v tematiko zdravja in zdravega življenjskega sloga.

Poleg orisa povezave med mladinskim delom in promocije zdravja ter predstavitev situacije v Sloveniji so predstavljena tudi posamezna področja zdravega življenjskega sloga. Poglavlja o posameznih področjih (kar zajema alkohol, tobak, prepovedane droge, prehrano, duševno zdravje, nekemične zasvojenosti) so zasnovana tako, da gre v prvem delu za oris področja, v drugem pa predstavitev podatkov iz raziskav med mladimi v Sloveniji. Pri določenih področjih so predstavljene tudi smernice in priporočila, na kakšen način se je potrebno lotiti preventive.

Monografija je namenjena predvsem mladinskim delavcem, ki so zainteresirani za področje promocije zdravja v svojih organizacijah in na splošno med mladimi. Seveda je pa primerna za vse, ki želijo vedeti več o posameznem področju zdravega življenjskega sloga ter stanju med mladostniki v Sloveniji ter se želijo seznaniti s priporočili, na kaj je potrebno biti pozoren pri delu na posameznem področju.

Posamezna poglavja, vključena v monografijo, so nastala kot del projekta Za zdravje mladih, v okviru katerega so bile pripravljene strokovne podlage o stanju na področju zdravja med otroci in mladostniki, izvedena kakovostna usposabljanja za mladinske delavce, vpeljeni programi promocije zdravja med mladimi in njihovimi starši ter pripravljena različna izobraževalna orodja. Namen monografije je ostati koristen zbornik informacij tudi po koncu projekta in služiti kot odskočna deska in referenčna točka vsem, ki bi se radi podrobneje seznanili s področjem promocije zdravja in pomenom le-te v mladinskem delu.

1. MLADINSKO DELO IN PROMOCIJA ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

dr. Metka Kuhar, Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

Kaj je zdravje?

V tem prispevku se ne ukvarjamo podrobneje s pojmovanjem zdravja, vendarle pa se v začetku ne moremo izogniti vsaj njegovi osnovni opredelitvi.

Razumevanje zdravja se je od sredine 20. stoletja temeljito spremenilo. Ob množici pojmovanj tako v znanosti kot v vsakdanjem življenju je ključen premik od pretežno medicinskega razumevanja k širšemu razumevanju, ki zaobjema tudi psihični in socialni vidik zdravja. Ponavadi se takle pregled začne z navedbo definicij Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organisation, WHO), podorganizacije Združenih narodov. Ta je leta 1946 zdravje definirala kot stanje »popolne telesne, duševne in socialne dobrobiti in ne samo odsotnost bolezni ali oslabeledosti« (1), torej je izenačila pomen biološkega, psihičnega in socialnega vidika. Danes prevladuje zavedanje, da je tako stanje idealno – tipska fikcija, toda razširitev pogleda s patologiziranja je pomemben okvir za politike in programe, povezane z zdravjem. Najpogosteje pa se uporablja definicija WHO iz leta 1986, ki definira zdravje kot »stanje, do katerega je posameznik ali skupina zmožna po eni strani uresničiti aspiracije in zadovoljiti potrebe in po drugi strani spremeniti okolje ali se soočiti z njim ... Vir za življenje, ne objekt življenja; gre za pozitiven pojem, ki poudarja socialne in osebne vire kot tudi fizične zmožnosti (2).«

Dimenzije zdravja so bile večkrat še bolj podrobno razdelane. Sodoben trend pojmovanja zdravja je, da se ga opredeli na realističen, pozitiven, dinamičen, holističen, ekološki način. Eno izmed holističnih kategorizacij zdravja ponujata Ewles in Simnett (3):

1. fizični vidik – kako deluje telo, tradicionalni medicinski model zdravja;
2. mentalni vidik – sposobnost razmišljanja in presojanja;

3. socialni vidik – sposobnost vzpostavljanja in ohranjanja odnosov;
4. emocionalni vidik – sposobnost prepoznavanja čustev in ustreznega izražanja teh;
5. duhovni vidik – ne gre nujno za religiozna prepričanja in prakse, temveč gre lahko za osebna prepričanja, načela oziroma načine pomiritve s seboj;
6. seksualni vidik – sprejemanje lastne seksualnosti in sposobnost zadovoljivega izražanja te;
7. družbeni vidik – ta se nanaša na osnovno družbeno infrastrukturo, nujno za zdravje – mir, hrana, dohodek, določena stopnja integracije v družbi itd.;
8. okoljski vidik – čista voda, nadzor nad onesnaževanjem itd.

Če se še na kratko vrnemo k pojmovanju zdravja WHO; ta organizacija poudarja zdravje kot sposobnost, da pozitivno, dejavno oblikujemo življenje in smo čuječni v odnosu do sebe in svojega okolja. Ne gre zgolj za osebno dobro počutje, temveč je novejši poudarek tudi na družbenem razvoju in kakovosti življenja. Na podoben način je razumevanje zdravja koncipiral medicinski psiholog Aaron Antonovsky s svojim pojmom salutogeneze kot nasprotja (strogo medicinskemu) konceptu patogeneze. Preventivno medicinsko vprašanje, kako se izogniti boleznim, je razširil v vprašanje, kako lahko vzdržujemo zdravje, tudi pod oteženimi pogoji. Izhajal je iz dejstva, da se nekateri ljudje dobro spopadajo s težkimi in obremenjujočimi življenjskimi dogodki, nekateri pa ob njih zelo trpijo ali zbolijo. Pojem salutogeneze predpostavlja, da se trajno nihče ne more izogniti problematičnim vplivom, kot so bolezni, krize itd. Pravzaprav pravi, da smo nenehno nekje na kontinuumu med zdravjem in boleznijo. Zdravo in polno se lahko počuti tudi oseba, ki velja iz stroge medicinske perspektive za bolno, in obratno. V kontekstu tega prispevka je pomemben poudarek, da je zdravje dinamično ravnovesje med osebnimi in socialnimi viri ter obremenitvami, ki se pojavljajo v življenju. Antonowsky je kot ključen osebni vir zdravja izpostavil t. i. občutek koherentnosti. Gre za to, v kolikšni meri smo pozitivni do poteka lastnega življenja, do vzponov in padcev, koliko poznamo in lahko sprejmemo svoje slabosti in dobre plati ter zaupamo vase. Ta občutek je v veliki meri odvisen od tega, kako smo bili prepoznani in spoštovani od najzgodnejših odnosov naprej (4).

Seveda pa je zdravje odvisno od mnogih dejavnikov. Najbolj znan je model dejavnikov zdravja od Dahlgrena in Whiteheada. Spol, starost, izobrazba, socialno-ekonomski položaj, poklic, etnična pripadnost, osebne življenjskoslogovne izbire itd. so vse determinante zdravja, tudi pri mladih, in na nekatere od teh, recimo življenjski slog, imamo lahko vsaj nekaj vpliva (5).

Promocija zdravega življenjskega sloga in izobraževanja za zdrav življenjski slog v mladinskih organizacijah

Pojma izobraževanje in promocija se v kontekstu zdravja pogosto uporabljata izmenično. Med izrazoma je tesna povezava, toda promocija je širši pojem, ki vključuje izobraževanje kot eno izmed komponent.

WHO je imela v promociji zdravja vodilno vlogo v preteklih desetletjih. Na mednarodni konferenci v Kanadi leta 1986 so sprejeli Ottawsko listino za promocijo zdravja¹, ki slednjo definira kot »proces omogočanja ljudem, da imajo večji nadzor nad svojim zdravjem in izboljšanjem zdravja«. Na osebni ravni promocija zdravja vključuje izobraževalne procese, ki ljudem omogočajo pridobiti informacije in veščine, ki jim pomagajo pri odločitvah, povezanih z zdravjem. Na skupnostni, regionalni in državni ravni pa gre za načrtovanje ustreznih politik, struktur, podpornih sistemov za lažje odločanje za zdrave izbire. Skratka, promocija zdravja zaobjema tako krepitev veščin in zmožnosti posameznikov kot tudi delovanje v smeri spreminjanja socialnih, okoljskih in ekonomskih pogojev (6).

Še konkretnije, v tej listini je navedenih pet ključnih ravni promocije zdravja, ki se dajo aplicirati tudi na področje mladinskega dela (6):

1. Razvoj osebnih veščin: Promocija zdravja podpira osebni in socialni razvoj prek posredovanja informacij, izobraževanja in krepitev veščin. S tem povečuje opcije, ki so ljudem na voljo za večji nadzor nad lastnim zdravjem ter okoljem in za odločitve, ki podpirajo zdravje. Mladinske organizacije lahko mlade neposredno informirajo in izobražujejo z različnimi programi in aktivnostmi ali pa na tak način vplivajo na razvoj številnih osebnih veščin, kot so samospoštovanje, komunikacijske veščine itd., ki imajo potem posreden vpliv na večje zdravje.
2. Ustvarjanje podpornih okolij: Na zdravje imata pomemben vpliv delovno in prostočasno okolje. Obe okolji naj bi bili vir zdravja za ljudi. Promocija zdravja podpira ustvarjanje življenjskih in delovnih pogojev, ki so varni, stimulatívni in zadovoljujoči. Tudi na ta način so zdrave izbire lažje. Z ustvarjanjem varnih fizičnih in socialnih okolij lahko mladinske organizacije ustvarijo

¹ Že leta 1966 je WHO izdala dokument, ki je bil osredotočen na načrtovanje in implementiranje programov za zdravje v šolah. Tudi kasneje so v okviru WHO spodbujali akcije za promocijo zdravja v šolah. Leta 1991 pa so Evropska komisija, Svet Evrope in WHO pisarna za Evropo skupaj začeli projekt, imenovan European Network for Health Promoting Schools (Evropsko omrežje za šole, ki promovirajo zdravje), v katerega se lahko vključijo posamezne šole. Ta projekt prav posebej poudarja tudi nujnost povezovanja šol s skupnostjo in recimo mladinskimi organizacijami v lokalnih okoljih (7).

priložnosti za raziskovanje vprašanj, povezanih z zdravjem, in spodbujanje zdravih vedenj oziroma praks.

3. Krepitev delovanja/mobilizacija na ravni skupnosti: Gre za konkretno in učinkovito postavljanje prioritet, odločanje, načrtovanje in implementacijo strategij za doseganje boljšega zdravja. V osrčju tega procesa je opolnomočenje skupnosti, da te same prevzamejo lastništvo in nadzor nad prizadevanji za zdravje. Mladinske organizacije se lahko povežejo s preostalimi organizacijami, šolami in drugimi sektorji ter recimo tako tudi sprožijo konkretne akcije ali programe.
4. Razvoj javnih politik: Zdravje naj bi bilo na agendi političnih odločevalcev na vseh ravneh. Ti naj bi se zavedali, kakšne vplive na zdravje imajo njihove odločitve, ter naj bi prevzeli odgovornost tudi za odločitve, ki podpirajo zdravje. Mladinske organizacije lahko razvijejo interne politike zdravega življenjskega sloga (na primer glede uporabe različnih substanc). Poleg tega lahko igrajo pomembno vlogo v ozaveščanju in zagovorništvu glede teh tematik.
5. Preusmeritve v zdravstvenih storitvah v smer promocije zdravja, ne zgolj ponudbe kliničnih in kurativnih storitev. Tudi pri tej točki lahko mladinske organizacije odigrajo pomembno zagovorniško vlogo.

Izobraževanje za zdrav življenjski slog ne pomeni zgolj informiranja (torej povečevanja razumevanja, znanja), ampak tudi vplivanje na stališče in spodbujanje konkretnega delovanja, v tem primeru udejanjanje zdravega življenjskega sloga. Prav tako vključuje informiranje, ki se nanaša na socialne, ekonomske in okoljske vplive na zdravje. Gre za načrtovano dejavnost, ki naj bi pripeljala do relativno trajnih sprememb pri posameznikih. Ljudi naj bi podpirala na način, da sami oblikujejo lastne veščine in prakse zdravega življenjskega sloga, oziroma naj bi jim olajšala zdrave izbire.

Učinkovito izobraževanje za zdravje naj bi privedlo do (8):

- sprememb v znanju, razumevanju, načinu razmišljanja,
- vpliva na vrednote ali sprememb vrednot,
- sprememb v prepričanjih in stališčih,
- pridobitve novih veščin,
- sprememb v vedenju oziroma življenjskem slogu.

Načeloma naj bi mladi že v okviru formalnega izobraževanja pridobili določeno znanje, stališča, vrednote glede zdravega življenjskega sloga; ta znanja pridobivajo tudi drugod, na primer v kontekstu lastne družine, iz medijev². Vendar pa mladim pogosto manjka točnih in poglobljenih informacij, takšnih, ki bi jih lahko aplicirali nase in na svoje življenjske situacije ter izzive. Informacije, zavedanje in znanje sami po sebi pa tudi ne vodijo avtomatično do zdravega načina življenja oziroma zdravih izbir. Ključno je, da mladi informacije absorbirajo in integrirajo na zanje pomenljive načine ter da se informacije zrcalijo v njihovem obnašanju. Samoumevno je, da se to ne zgodi na način klasičnih predavateljskih učnih metod, temveč je treba pri mladih z različnimi participativnimi metodami, skupinskim delom ipd. spodbuditi lastno učenje, razpravljanje, kritično analizo vprašanj, povezanih z njihovim lastnim zdravjem.

Mc Grory idr. so podali zanimivo klasifikacijo pristopov izobraževanja za zdrav življenjski slog, ki jo navajamo v nadaljevanju. Vsak od navedenih pristopov k izobraževanju za zdrav življenjski slog ima določene prednosti in slabosti. Konkreten pristop je odvisen od ciljne skupine ter zastavljenih ciljev (9). Ti pristopi so:

1. Zgolj informiranje: Ta pristop vključuje verbalno podajanje informacij, prek letakov, posterjev in različnih tiskanih materialov, prek telefonskih linij za pomoč, prek dokumentov za politične odločevalce in druge relevantne deležnike. Ta pristop predpostavlja, da je problem za rizična vedenja mladih manko informacij. Informacije so ponavadi osredotočene na biološke/znanstvene vidike zdravja. Načeloma ta pristop velja za neučinkovit.
2. Pristop življenjskih veščin: Ta se osredotoča na zviševanje samozavesti in samoučinkovitosti. Pristop cilja na (pre)oblikovanje vrednot, stališč in razvijanje osebnih veščin. Povečati želi sposobnosti mladih za prevzem odgovornosti za zdrave izbire, upiranje negativnim pritiskom, izpogajanje bolj zdravih odnosov in izogibanje tveganim vedenjem. Metode so prilagojene učečim, interaktivne, participativne; upoštevajo starost, spol, kulturni kontekst učečih.
3. Celovit pristop: Osredotoča se na zviševanje samozavesti in samoučinkovitosti. Na zdravje gleda s holistične perspektive in poudarja različne vidike in dimenzije zdravja. Promovira abstinenco od tveganih vedenj. Učečim ponuja možnost, da raziščejo in sami definirajo stališča ter vrednote. Ta pristop realistično izhaja iz dejstva, da mladi neredko eksperimentirajo in tvegajo. Zmanjševanje škode uporablja toliko, kolikor je ustrezno.

² Ena izmed dobrih praks pri nas je spletni portal Tosemjaz.net, kjer mladi dnevno zastavljajo vprašanja, povezana z zdravjem, na katera odgovarjajo številni strokovnjaki z različnih področij (10). Ta spletna stran je hkrati pokazatelj, da mladi niso ustrezno informirani glede zdravega življenjskega sloga. Seveda pa ne moremo sklepati o celotni populaciji mladih, saj vprašanja postavlja samo določen delež mladih.

4. Samo abstinenca: Ta pristop si prav tako prizadeva za zvišanje samozavesti in samoučinkovitosti. Predvsem se osredotoča na večine zavrnitve tveganih potez. Izobraževanje vključuje razpravo o vrednotah ter opozarjanje na fizične, emocionalne in socialne posledice tveganih izbir oziroma vedenj. Promovira abstinenco od takih dejanj.
5. Medvrstniško izobraževanje: Poudarek pri tem pristopu je na mladih, ki so svojim vrstnikom zgled ustreznih vedenj ter jih poučujejo različnih veščin, kot so načrtovanje, odločanje itd. (ne podajajo zgolj dejstvenih informacij). Predpostavka pri tem pristopu je, da bodo mladi svoje vrstnike prepoznali kot bolj verodostojne, kot bi profesionalne delavce. Z vrstniki se namreč mladi lažje identificirajo, zato naj bi od njih lažje sprejeli sporočila.
6. Pristop zmanjševanja škode: Temelji na podajanju točnih informacij o zdravju in tveganih vedenjih in na ta način poskuša zmanjšati škodo, ki nastaja ali bi nastala zaradi tveganih vedenj. Pristop promovira razvijanje zdravih izbir in temelji na predpostavki, da je bolj koristen pristop, ki zagotavlja minimizacijo škode, kot pristop, ki bi implicitno ali eksplicitno zagovarjal abstinenco.
7. Agenda setting pristop (postavljanje na dnevni red): Tukaj pa gre za dvigovanje zavesti pri političnih odločevalcih oziroma za pritisk nanje, posebej v obdobju pred predvidenimi spremembami.

Kakšne učinke lahko načeloma pričakujemo od programov za promocijo zdravega življenjskega sloga v mladinskih organizacijah? Zanimiva bi bila raziskava, kakšne pristope mladinske organizacije dejansko uporabljajo.

Kot smo že omenili, veliko šol izvaja tovrstne programe, tudi v kontekstu iniciativ mednarodnih organizacij, in ti programi so bili deležni evalvacij (7). Žal pa ni tovrstnih podatkov s področja mladinskega dela. Šolski programi so ponavadi osredotočeni na obogatitev veščin mladostnikov, ki se nanašajo na specifična relevantna vprašanja, povezana z zdravjem, na primer reševanje problemov, odločanje, komunikacija, pogajanja, medijska analiza, kritično razmišljanje, asertivnost itd. Poudarek je tudi na znanjih, ki so primerna za posamezne starostne skupine, tako za krepitev zdravja kot za razvijanje vseživljenjskih zdravih praks. Fokus izobraževanja se je premaknil od inštrukcijskega pristopa k pristopu, ki upošteva novejšo učne metode – torej interaktivne in participativne metode ter aktivno vključenost mladih. Za največjo oviro učinkovitosti tovrstnih programov se je izkazal manko izobraževanja učiteljev. Najbolj uspešni pa so tisti programi, kjer je kurikulum integriran s širšimi šolskimi in skupnostnimi iniciativami (prav tam).

Tako pridobivanje znanja kot veččin je lahko in tudi že je fokus programov na področju mladinskega dela. Ker je na tem področju že v osnovi drugačen pristop kot v formalnem izobraževanju (interaktiven, izkustven itd.), se še posebej veččine mladostnikov bistveno lažje krepijo. Tudi za razvijanje znanj je znotraj polja mladinskega dela obilo praktičnih priložnosti.

Gotovo pa ni lahko ugotavljati učinkov. Veščine so redkeje fokus evalvacij, te se najpogosteje osredotočajo na znanje, stališča, konkretna obnašanja in prakse, povezane z zdravjem (7). Pri preverjanju znanja je v ozadju predpostavka, da je jasno, kaj je zdravo in kaj ni. Ta predpostavka temelji na znanstvenih dokazih ali bolje rečeno pokazih povezanosti med zdravstvenimi problemi in uporabo drog, fizično aktivnostjo, prehranjevanjem, sposobnostjo soočanja s stresorji itd. Težava, s katero se soočajo evalvatorji, je tudi v tem, da so učinki tovrstnih programov pogosto vidni šele pozno v življenju posameznikov. Pri tem pa je seveda možno preverjati spremembe v konkretnih praksah, kar je tudi eden izmed ciljev danega projekta.

Mladinske organizacije kot prostor razvijanja in krepitve zdravega življenjskega sloga

Obstaja veliko opredelitev mladinskega dela, vključno s formalno-političnimi (za Slovenijo glej definicijo v Zakonu o javnem interesu v mladinskem sektorju (11)). Mladinsko delo zavzema zelo različne oblike, sledi različnim filozofijam, največkrat pa poteka v okviru mladinskih organizacij oziroma organizacij za mlade (11). Ključno je, da mladinske organizacije³ mladim odpirajo dodatne učne in življenjske prostore, kjer lahko pridobijo različne vrste izkušenj, najdejo podporo v problematičnih situacijah ter razvijajo perspektive za prihodnost. Pri tem ne gre samo za osebni razvoj posameznikov, ampak tudi za njihovo umeščanje v skupnost in družbo nasploh. Ne glede na socialno-ekonomski izvor naj bi organizacije mladim omogočale najugodnejše možne pogoje za razvoj, zdravo odraščanje, uresničevanje fizičnih, psiholoških in socialnih potencialov. Mladi se v te dejavnosti načeloma vključujejo prostovoljno.

Ta neformalna okolja nudijo ogromno priložnosti za promocijo in krepitev zdravega oziroma za izobraževanje za zdrav življenjski slog, od tako osnovnih zadev, kot so pijača in prigrizki, ki so na voljo, ali recimo posterji, ki so polepljeni po stenah.

³ V nadaljevanju uporabljamo samo izraz mladinske organizacije, pri čemer pa mislimo hkrati mladinske organizacije in organizacije za mlade.

Pomembno orodje mladinskih delavcev in voditeljev v odnosu z mladimi je pogovor, ki pomaga mladim, da identificirajo svoje potrebe in se z njimi ukvarjajo. To so lahko tudi potrebe, povezane z zdravjem. Potencial mladinskih organizacij za promocijo zdravja je daleč od tega, da bi bil v večini mladinskih organizacij popolnoma izkoriščen, veliko konkretnih dejavnosti pa je spregledanih in neprepoznanih (že recimo »samo« vpliv na duševno zdravje in komunikacijsko-socialne veščine mladih v kontekstu krepitve zdravja).

V paleti različnih tematskih fokusov in metodoloških usmeritev mladinskih organizacij v Sloveniji pa tudi širše so nekatere izmed organizacij specializirane prav za podporo mladim v kriznih situacijah oziroma ko imajo ti konkretne probleme, povezane z zdravjem v širšem pomenu besede (motnje hranjenja, droge in zasvojenosti itd.), nekatere organizacije so prvenstveno usmerjene v preventivne dejavnosti, ki se nanašajo na zdrav življenjski slog (preventiva proti nasilju, uporabi različnih drog itd.), nekatere se zdravega življenjskega sloga dotikajo bolj ali manj posredno, nekatere vsaj občasno izvajajo konkretne programe ali dejavnosti, kjer so določeni vidiki zdravega življenjskega sloga deležni eksplicitne pozornosti, nekatere pa pravzaprav temeljijo na zdravih življenjskih praksah oziroma dejavnostih. Prav tako velja ponovno izpostaviti, da je razvijanje socialnih in drugih življenjskostilnih veščin pa tudi samospoštovanja pomemben vidik aktualnega in dolgoročnega zdravja mladih.

Nasploh je značilnost mladinskega dela, da starta od tam, kjer se mladi nahajajo glede svojega znanja, stališč, vrednot. Isto naj bi seveda veljalo tudi za promocijo zdravega življenjskega sloga. Mladi osmislijo učenje na podlagi svojih predhodnih formalnih in neformalnih izkušenj. Pred začetkom izobraževanja ali promocije je zato dobro poznati njihove poglede in tudi vedenja. Prav tako pa vsak mladinski voditelj ali delavec vnaša v proces lastne izkušnje, stališča in vrednote, ki vplivajo na njegov pristop. Idealno je, če se teh vidikov čim bolj jasno zaveda.

Ker se mladi v polje mladinskega dela vključujejo prostovoljno in imajo načeloma sproščene in zaupne odnose z mladinskimi delavci, je to področje že v osnovi ugodno za promocijo in učenje zdravega življenjskega sloga. Prav tako se že osnovno poslanstvo mladinskega dela, opolnomočenje mladih za večji nadzor nad lastnim življenjem ter lažje umeščanje v širši socialni kontekst, močno povezuje z vlogo promoviranja zdravja. Mladinske organizacije oziroma nevladne organizacije, ki izvajajo svoje programe tudi za mlade, lahko odigrajo posebno vlogo pri ustvarjanju varnega in podpornega okolja za tako ali drugače socialno izključene oziroma marginalizirane mlade (osipniki, revni, brezdomci). Ti mladi imajo pogosto slabo razvite socialne spretnosti in se tudi težje znajdejo glede dostopa do podpornih servisov. Seveda pa ni namen večine mladinskih organizacij

dostopati do marginalnih skupin, temveč do vseh mladih. Pri tem pa se v skladu s sodobnimi smernicami posebej upoštevajo deprivilegirani mladostniki.

Naj še posebej nanizamo relevantne smernice za spodbujanje zdravega življenjskega sloga v mladinskih organizacijah. V publikaciji *Health promotion in youth work settings* (12) navajajo naslednje splošne učne pogoje, ki spodbujajo stališčne in vedenjske spremembe:

- učenje mora imeti močan motivacijski apel;
- oseba, ki se uči nečesa, mora biti aktivno vključena;
- učenje mora biti usklajeno s potrebami učečega;
- vir informacij mora biti (zaznan kot) zanesljiv;
- osebnost in način tistega, ki podaja informacije, mora biti spodbuden, podporen;
- učeča oseba mora biti vključena v načrtovanje in evalvacijo;
- stališča, pogledi in občutki učečega morajo biti spoštovani;
- učeči osebi morajo biti jasni namen in cilji učenja.

Kaj je pomembno pri spodbujanju zdravega življenjskega sloga nasploh, kar velja seveda tudi znotraj mladinskih organizacij?

- Da se upošteva obstoječa stališča, prepričanja, obnašanja mladih (tako želena kot nezaželena);
- da se poveča zavedanje mladih glede vprašanj, povezanih z zdravim življenjskim slogom, posebej glede tveganih izbir in vedenj;
- da se mladim omogoča, da pridobijo relevantne informacije, pa tudi večšine, nanašajoče se na zdravje (recimo tudi večšine, kot so asertivnost, da rečeš ne pritisku vrstnikom ali nezaželenemu seksualnemu kontaktu);
- da se mlade ozavešča, da prepoznavajo tudi družbene dejavnike tveganj za zdravje (revščina, položaj žensk proti moškimi ipd.);
- da se prizadeva zmanjševati tvegana vedenja, povezana z zdravjem;
- da se mlade pripravi na soočanje z njihovimi konkretnimi sedanji in potencialnimi prihodnjimi situacijami;
- da se omogoča, da mladi sami razumno sprejemajo odločitve in prevzamejo tudi smiselne delež odgovornosti za izbire, povezane z zdravjem;
- da se nagovarja potrebe in izkustvo mladih;
- da se ustvarja ozračje, kjer lahko mladi odprto in odkrito spregovorijo;

- da se spodbuja mlade, da si medsebojno prisluhnejo in se podpirajo – pri čemer je pomemben tudi zgled mladinskih delavcev oziroma voditeljev;
- da se ustvarja fizično in socialno okolje, ki promovira zdrav življenjski slog;
- da se mlade aktivno vključuje v procese, pri čemer se uporabljajo različni pristopi in metodologije (tako individualno kot skupinsko delo);
- da so te dejavnosti usklajene s splošnim programom organizacije;
- da so dejavnosti usklajene s širšimi politikami oziroma ukrepi za spodbujanje zdravega življenjskega sloga;
- da se povezuje dano aktivnost oziroma program z drugimi podobnimi iniciativami v skupnosti;
- idealno je, da gre za dolgoročne programe oziroma iniciative, ne za enkratne akcije;
- in ne nazadnje, da so zagotovljeni ustrezni viri v smislu denarja, časa, materialov, voditeljev itd.

Kateri »prijemi« pa niso ustrezni?

- ustrahovanje mladih v povezavi z rizičnimi vedenji,
- enkratni pogovori oziroma »pridige«,
- zgolj podajanje dejstev,
- zgolj vabljenje strokovnjakov »od zunaj«.

Smotrno je, da si mladinske organizacije – če tega nimajo ekspliciranega – zastavijo oziroma artikulirajo (in morebiti tudi sčasoma na novo pretehtajo) jasne cilje, povezane z zdravim življenjskim slogom, pri čemer je osnovni smoter, da spodbujajo realističen in privlačen obseg zdravih izbir za vse, ki so vključeni v organizacijo. To seveda pomeni, da se mladinski delavci in voditelji držijo določenih vodil, da razvijajo dobre prakse, da so sami zgled mladim ipd. Ključno je, da mladinski voditelji ne vsiljujejo svojih vrednot, stališč, prepričanaj mladim. Izhajali naj bi, kot že zapisano, iz potreb mladih in delovali v partnerstvu z njimi. Samo načrtovanje, izvedba, evalviranje posameznih konkretnih aktivnosti pa so seveda zgodbe zase in na temo udejanja teh posameznih korakov je na področju mladinskega dela ogromno publikacij, tudi konkretno za področje promocije zdravja (9, 12).

Obvezanost mladinske organizacije za promoviranje zdravega življenjskega sloga ter tozadavne aktivnosti ponavadi prinesejo potrebo tudi po dodatnih usposa-

bljanjih mladinskih delavcev ali voditeljev, informiranosti glede programov ipd. na širšem področju, pa tudi ozaveščanje in določene spremembe pri samih mladinskih voditeljih in mladinskih delavcih. To je ponavadi najtežavnejši vidik. In ravno v okviru tega projekta so mladinski voditelji in delavci deležni takega usposabljanja, zanima pa nas tudi, ali je med učinki usposabljanja tudi sprememba morebiti problematičnih vidikov zdravega življenjskega sloga pri udeležencih.

V nadaljevanju izpostavljamo še nekaj značilnosti mladostnikov, ki so posebej pomembne za krepitev zdravega življenjskega sloga v mladinskih organizacijah.

Značilnosti mladostnikov, pomembne z vidika zdravega življenjskega sloga

Pri postavljanju konkretnih ciljev promocije ali izobraževanja za zdrav življenjski slog je seveda nujno upoštevati starostno kategorijo mladostnikov. V Sloveniji je mladinsko delo namenjeno 15- do 29-letnikom; posamezne mladinske organizacije pokrivajo določene starostne kategorije znotraj tega kar širokega razpona ali pa celotno starostno kategorijo.

Na poti odraščanja morajo mladi obvladati različne nove naloge in pri tem potrebujejo podporo. Tipične razvojne zahteve v mladosti obsegajo različne telesne, psihične in socialne vidike. Med temi nalogami so sprejemanje telesnih sprememb, razvoj spolne, seksualne, socialne identitete. Izpostaviti velja tudi pritisk po dosežkih v izobraževanju, vrstniški pritisk, pri postadolescentih pa tudi obremenjenost s poklicno prihodnostjo. Oteževalna okoliščina je nizek socialno-ekonomski status, tako v materialnem smislu kot v smislu socialnih opor. Mladi, ki odraščajo v prekernih življenjskih pogojih, imajo zvišan riziko za slabše zdravstveno stanje kot njihovi vrstniki (13). Določene organizacije oziroma programi s področja mladinskega dela so namenjeni ravno deprivilegiranim mladim (organizacije: Brez izgovora, Drogart, skavti, taborniki, Skala, Nefiks, določeni mladinski centri idr. in programi: Martin Krpan, Bum prijateljstva, Virus, Jamstvo za mlade idr.).

Mladost na splošno velja kot obdobje identitetnega preizkušanja, iskanja in del tega so lahko tudi rizična vedenja, na primer eksperimentiranje z alkoholom, kajenjem in drugimi drogami. Veliko teh vedenj pogosto samih izzveni. Lahko pa pri tem odigrajo pomembno vlogo mladinske organizacije; predpostavimo lahko, da te lažje vplivajo na mlade kot formalni šolski kontekst ali starši. Znotraj mladinskega polja mladi preživljajo prosti čas, velik del aktivnosti poteka v skupi-

nah mladostnikov in vplivanje v teh okvirih je lahko zelo učinkovito. Pri tem gre lahko tako za konkretne prepovedi (na primer prepoved opijanja ali kajenja) kot seveda za različne izobraževalne in promocijske dejavnosti.

V mladosti se lahko določena vedenja, ki obremenjujejo zdravje, tudi utrdijo. Nekatera vedenja pa so posebej nevarna, recimo dolgotrajne diete, tvegano vedenje v prometu itd. Večina mladih je usmerjenih predvsem v sedanji trenutek, ne pa v prihodnost, in s tem se v zadostni meri ne zavedajo posledic lastnih dejanj. Mladinske organizacije lahko tudi tukaj odigrajo pomenljivo vlogo, posebej ker se mladi vanje vključujejo prostovoljno in dojemajo aktivnosti in socializacijo znotraj njih kot »neprisilno«.

Prej kot »poučevanje« o zdravih vedenjih ali celo obsojanje nezdravih izbir zaleže, če se mladim ponudi čim več drugih možnosti za samoeksploracijo in tudi za samodokazovanje. Zlasti v adolescenci je največ preizkušanja od zunaj zastavljenih meja, preizkušanja novega in to je treba upoštevati pri načrtovanju dejavnosti znotraj mladinskega polja, ki so povezane z zdravim življenjskim slogom. Mladinske organizacije so lahko varen prostor eksperimentiranja in preizkušanja. Seveda pa igrajo pri tem pomembno vlogo vrednote na ravni družbe, izbire, ki jih dani družbeni kontekst daje na razpolago mladim. Posebej učinkovito je, če mladi sami pridejo do refleksije svojih vedenj. V ta namen je recimo lahko učinkovita metoda gledališča, pa tudi številne druge metode, vključno s (svetovalnim) pogovorom, ki se uporabljajo predvsem na področju mladinskega dela.

Mladi v Sloveniji sicer že daljše obdobje kot eno izmed treh osrednjih vrednot (poleg družine in prijateljstva) navajajo ravno zdravje (14, 15), kar pa bi lahko prej kot pozornost do zdravja in posledic zdravju škodljivih vedenj interpretirali po eni strani kot željo po (eksistenčni) varnosti, gotovosti, po drugi strani pa kot obremenjenost s telesnimi zmogljivostmi in telesnim videzom. Zanimivo bi bilo specifično preveriti, ali to v enaki meri velja za mladostnike, ki so vključeni v mladinske organizacije. Oba vidika, povezana z zdravjem, sta v sodobni družbi zelo relevantna, posebej pa to velja za obdobje mladosti. V kontekstu identitetnega iskanja se mladi izrazito ukvarjajo z videzom (bolj to velja za dekleta) in telesnimi zmogljivostmi (to pa bolj velja za fante), prav tako pa so glede na spremembe, ki se jim dogajajo, in glede na položaj prehoda bolj v iskanju ontološke varnosti.

Mladost je tudi obdobje pospešenega telesnega razvoja in telesnih sprememb, zaradi česar se še poveča obremenjenost s telesom. Telo je lahko pomembna arena identitetnega raziskovanja samo po sebi. Toda to raziskovanje je lahko konstruktivno (zdravo preizkušanje telesnih zmogljivosti prek športa) ali destruktivno

(preizkušanje vtisa na druge prek seksualiziranja telesa, včasih tudi pirsingi ali tatui, ki jih mladi čez nekaj let obžalujejo). Pri skrbi za zdravje lahko pride do negativnih odklonov, danes ni redek pojav pretirana obsedenost posameznikov z izbirami, ki naj bi ohranjale oziroma krepile zdravje (zdrava hrana⁴, gibanje), tako imenovani zdravizem (16). Poleg tega se zlasti med mladimi pogosto pojavljajo motnje hranjenja, zloraba steroidov ipd. – te patologije izhajajo iz prizadevanja za zdravje oziroma za privlačen videz. Vendar pa so v ozadju teh patoloških oblik ukvarjanja z zdravjem raznovrstne duševne stiske, ki pa so največkrat posledica določenega, manj funkcionalnega družinskega okolja. Na to pa pomembno vplivajo med drugim strukturne družbene možnosti ali omejitve (neenakosti). Pri tem lahko mladinske organizacije odigrajo zelo pomembno preventivno in tudi kurativno vlogo. Mlada oseba lahko najde pomembno oporo znotraj mladinskih delavcev ali voditeljev ali svojih vrstnikov znotraj organizacije, prav tako pa se lahko identitetno osmisli skozi različne dejavnosti, ki jih izbira po lastnem interesu.

Skratka, med potencialnimi tematskimi poudarki promocije oziroma izobraževanja za zdrav življenjski slog znotraj mladinskih organizacij se zdi izjemno pomembno ozaveščanje glede pretirane obremenjenosti z zdravjem ali videzom ter zmogljivostmi telesa. To pa je zelo povezano tudi s temami duševnega zdravja, ki so prav tako ključne. Sicer pa obstaja širok razpon tematik, povezanih z zdravim življenjskim slogom, in za vsako od teh se najdejo tudi priročniki, kako konkretno (tako v smislu vsebin kot tudi metod) jih približati mladim (17).

Širši kontekst promocije zdravega življenjskega sloga

Logično se sliši, da je idealno, da so akcije za zdrav življenjski slog znotraj področja mladinskega dela del širšega okvirja promocije zdravja (gre za vprašanje politik) ter da so prizadevanja na različnih področjih (še v šolah ter zdravstvenih ustanovah) povezana oziroma med sabo usklajena. Pri tem je ključno, da se politike zdravja mladih uredi celostno ter da se razvija dolgoročna, koherentna politika, ki bo ustrezala potrebam mladih. Te poante so zapisane tudi v programskem dokumentu krovnega združenja nacionalnih mladinskih organizacij, Mladinskega sveta Slovenije (MSS), z naslovom Zdravje mladih (18). MSS si s konkretnimi priporočili prizadeva za implementacijo raznolikih ukrepov promocije zdravja in ukrepov za boljše zdravje in zdrav življenjski slog s strani države, lokalnih

⁴ Pretirana obsedenost z zdravo hrano se imenuje ortoreksija, pretirana obsedenost z mišičastim videzom pa bigoreksija.

skupnosti in organizacij civilne družbe, ki so osrednji nosilci možnih sprememb na tem področju.

V tem okviru velja izpostaviti tudi, da so mladinske organizacije v idealnem položaju, da informirajo odločevalce glede potreb mladih, povezanih z zdravjem. Oziroma še več, kot zagovorniki mladih je njihova naloga, da vplivajo tudi na politike zdravja (posebej lahko izpostavimo duševnega zdravja) ter državne in skupnostne programe v zvezi z zdravjem mladih.

Sklepi

Polje mladinskega dela nudi enkratne možnosti za promocijo zdravja oziroma za izobraževanje za zdrav življenjski slog. Kljub kompleksnosti tega fenomena lahko mladinske organizacije veliko prispevajo k razvijanju in krepitvi zdravega življenjskega sloga mladih. Mladi se v mladinske organizacije, projekte in aktivnosti vključujejo na prostovoljni osnovi. Neformalno izobraževanje kot tako je lahko v primerjavi s formalnim a priori bolj usklajeno s potrebami mladih in izhaja iz njihovih potreb, iz njihovih življenjskih svetov ter njihovih biografskih procesov. Tudi metode (interaktivne, participativne, vključujoče, povezovalne itd.), ki se na splošno uporabljajo na področju mladinskega dela, se mladim bolj približajo kot »eks katedra« poučevanje, ki je še vedno prevladujoče v formalnem izobraževanju. Dodatni plus zavestnih prizadevanj za zdrav življenjski slog v okviru mladinskega dela je bližnji stik z deprivelegiranimi mladimi; ti so namreč v slabšem položaju tako glede zdravja samega kot glede izbire in praks, ki so zdravju prijazne.

Pomembno je, da mladinske organizacije oziroma organizacije za mlade ozavešajo cilje (če jih nimajo), ki se nanašajo na promocijo zdravega življenjskega sloga, ter jih upoštevajo pri svojih siceršnjih programih oziroma da razvijejo posebne programe in projekte, ki pokrivajo izbrane relevantne tematike s področja zdravega življenjskega sloga. Smotno je, da so te aktivnosti kontinuirane, da ne gre za enkratne iniciative. Tukaj apeliram predvsem na financerje, saj nekatere mladinske organizacije želijo prvenstveno izvajati programe, ne posameznih projektov. Idealno je, če se izobraževanje ali promocija ne fokusirata zgolj na individualni življenjski slog (in zgolj na t. i. rizična vedenja), temveč da se mlade ozavešča tudi za razumevanje in kritičnost do širših družbenih dejavnikov vpliva na zdravje, da se razvija njihove širše socialne, življenjske kompetence in da se jih opolnomoči tudi za vpliv na skupnost oziroma za družbeno delovanje. Prav tako je zaželeno, da so cilji in programi mladinskih organizacij informirani ali celo usklajeni s programi in iniciativami v širšem kontekstu.

Literatura

1. World Health Organization. WHO Constitution. Ženeva: WHO, 1948. Dostopno dne 8. 12. 2015 na: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>.
2. World Health Organization. Planning for health education in schools. Ženeva: WHO, 1966.
3. Ewles L., Simnett I. Promoting health: A practical guide. London: Balliere, 2004.
4. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
5. Dahlgren G, Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
6. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Ženeva: WHO, 1986. Dostopno dne 8. 12. 2015 na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html>.
7. Leger LH. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health: A review of the claims and evidence. Health education research 1999; 14, 1, 51–69.
8. Tones K, Tilford, S. Health education: Effectiveness, efficiency and equity. London: Chapman & Hall, 1994.
9. McGrory S, Monaghan L, Rowley C. National Youth Health Programme: Youth health promotion - A practice manual. National Youth Council of Ireland, 2006. Dostopno dne 27. 8. 2015 na: http://www.youthhealth.ie/sites/youthhealth.ie/files/Youth_Health_Promotion_Manual.pdf.
10. Lekić K. idr. Srečanja na spletu: Potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
11. Zakon o javnem interesu v mladinskem sektorju. Uradni list RS, št. 42/10, 2010.
12. National Youth Health Programme Production. Health promotion in youth work settings. National Youth Council of Ireland, Health Promotion Unit of the Department of Health and Children & Youth Affairs Section of the Department of Education and Science, 1999/2000. Dostopno dne 26. 8. 2015 na: <http://www.youth.ie/nyci/health-promotion-youth-work-settings>.
13. Deustches rotes Kreuz. Gesundheit – (k)ein Thema für die Jugendsozialarbeit? Prävention und Gesundheitsförderung in der sozialen Arbeit mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen, 2011. Dostopno dne 27. 8. 2015 na: http://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/Broschuere-Gesundheit.pdf.
14. Miheljak V (ur.). Mladina 2000: Slovenska mladina na prehodu v tretje tisočletje. Maribor: Aristej, 2002.
15. Lavrič M. (ur.). Mladina 2010: Družbeni profil mladih v Sloveniji. Maribor: Aristej, 2010.
16. Kamin T. Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2006.
17. CWVYS. Health and well being in youth work: Method and resource handbook, 2012. Dostopno dne 27. 8. 2015 na: <http://www.cwvys.org.uk/wp-content/uploads/2014/06/HB-Health-and-Wellbeing.pdf>.
18. Mladinski svet Slovenije. Zdravje mladih. Programski dokument. Ljubljana: MSS, 2011.

2. MLADINSKI SEKTOR V SLOVENIJI IN NJEGOV POTENCIAL ZA RAZVOJ NA PODROČJU PROMOCIJE ZDRAVEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA IN KREPITVE ZDRAVJA MLADIH

Daša Kokole, Brez izgovora Slovenija
in Nina Milenković Kikelj, Skavti

Mladinski sektor v Sloveniji

Mladinski sektor je dinamičen, je del družbe, zato se v njem odražajo tudi njeni izzivi. Prav tako je z mladinskim delom, ki se od svojega pojava v vsakem času in prostoru odvija na svojstven način. Obenem se tudi razvija, zato ga težko stlačimo v definicijo, ki bi v popolnosti in na dolgi rok opisala vse njegove razsežnosti. Tudi mladinsko delo v Sloveniji ima svojo identiteto, ki jo v tem trenutku povzema in opredeljuje t. i. »mladinski zakon« – Zakon o javnem interesu v mladinskem sektorju (ZJIMS) iz leta 2010 (1).

Mladinski sektor predstavlja le del nevladnega sektorja in kot »mladinski« ima svoje specifikke. Jedro, okoli katerega se vse skupaj odvija, so mladi, ki jih zakon (glej zgoraj) opredeli kot »mladostnike in mlade odrasle osebe obeh spolov, stare od 15. do dopolnjenega 29. leta«. Gre za dogovor, saj se omenjeni starostni interval skozi čas spreminja (zgornja meja se tako v Sloveniji kot širše v Evropi s časom dviguje) (1).

Mladinski sektor po ZJIMS predstavlja prostor, kjer se ne odvija samo mladinsko delo, ampak tudi proces oblikovanja in uresničevanja mladinskih politik. Poleg zasebne in javne sfere postaja mladinski sektor nepogrešljivi partner pri celostnem razvoju mladih. V luči te misli je bila postavljena tudi zakonska opredelitev mladinskega dela. Mladinsko delo je »organizirana in ciljno usmerjena oblika delovanja mladih in za mlade, v okviru katere mladi na podlagi lastnih prizadevanj prispevajo k lastnemu vključevanju v družbo, krepijo svoje kompetence ter prispevajo k razvoju skupnosti. Izvajanje različnih oblik mladinskega dela temelji na prostovoljskem sodelovanju mladih ne glede na njihove interesne, kulturne, nazorske ali politične usmeritve (1).«

Mladinski svet Slovenije (MSS) definiciji iz ZJIMS dodaja, da »vsaka oblika mladinskega dela predstavlja niz načrtovanih in nenačrtovanih učnih izkušenj, ki lahko pripomorejo k osebostnemu razvoju posameznika, krepijo možnosti za njegovo ekonomsko in kulturno integracijo v družbo ter spodbujajo družbeno in politično udejstvovanje mladih v družbi (1).«

Svet Evrope pa pravi, da je »mladinsko delo zavestno (načrtno) izobraževalno delo z mladimi, ki ima značilnosti prostovoljnih aktivnosti s ciljem aktivnega državljanstva mladih in ki promovira vključevane mladih v družbo(1).«

Ker pa ni vsako delo mladih in delo z mladimi resnično mladinsko delo, so mnogi avtorji poskušali opredeliti njegove osnovne gradnike. Dejstvo je, da obstajajo različne oblike ali manifestacije mladinskega dela in ne zgolj mladinsko delo s poenotenimi značilnostmi. Vendar je kljub temu možno izluščiti štiri skupne značilnosti definicij mladinskega dela:

- učna izkušnja za vsakega mladega posameznika, vključenega v mladinsko delo (polje mladinskega dela je izrazito usmerjeno v neformalno izobraževanje mladih),
- načrtovan proces (učne izkušnje lahko mladinske organizacije dosežejo le, če svoje aktivnosti in delovanje skrbno načrtujejo),
- aktivna participacija (mladinsko delo stremi k razvoju mladih v aktivne državljanke, ki se zlahka vklaplajo v družbo in prispevajo k njenemu razvoju; participacija mladih se razume kot aktivno družbeno udejstvovanje mladih in vsakdanjem življenju s ciljem, da kot državljanke prevzamejo aktivno vlogo),
- osebni in socialni razvoj mlade osebe (mladi se v mladinskih organizacijah razvijajo v izoblikovane posameznike, ki so sposobni delovati samostojno in v skupini) (1, 2, 3).

Podobno je v kontekstu s trenutno zakonodajo, z željo po preprosti, jasni in vsem deležnikom razumljivi shemi nastala shema šestih ključnih elementov mladinskega dela (1, 4), predstavljena v tabeli 2.1.

Tabela 2.1: Šest ključnih elementov mladinskega dela (prirejeno po Cepinu (4))

ŠEST ELEMENTOV MLADINSKEGA DELA		
PROSTOVOLJNA UDELEŽBA MLADIH	Mladi samostojno pristopajo k dejavnosti. Njihova udeležba ni pogojena z ničimer drugim, kot da so mladi in da je udeležba stvar njihove lastne volje.	Prostovoljna udeležba je pomemben element pri vzgoji in učenju za prevzemanje odgovornosti in demokratičnost. Mladi pa postanejo tudi pobudniki in akterji sprememb, katerih učinkov se sprva pogosto niti sami ne zavedajo.
DRUŽENJE V SKUPINI	Skupina je temeljna oblika dela. Jedro tega elementa so odnosi in njihovi vplivi na različne deležnike. Mladi potrebujejo skupnost, še posebej občutek sprejetosti in možnost skupinskega delovanja.	Skupina mlademu omogoča grajenje skupne identitete – državljske kompetence in učenje medosebnih interakcij – socialne in komunikacijske kompetence. Upoštevatil je treba vsakega sodelujočega, a le skupina lahko išče skupne rešitve.
MLADI SO AKTERJI	Mladinsko delo je lahko dejavnost za mlade, ni pa vsaka dejavnost za mlade mladinsko delo. Osrednji akterji dejavnosti so mladi, niso le opazovalci ali izvajalci.	O pozitivnih učinkih participacije na mlade govorimo le pod pogojem, da imajo mladi v procesu participacije dejavno in osrednjo vlogo.
NAČRTOVANJE UČINKOV	Mladinsko delo je načrtno. Načrtuje se dejavnosti in učinke. Poleg načrtovanih pa ima mladinsko delo tudi nenačrtovane učinke. Načrtuje se na vseh ravneh.	Brez načrtovanja ni ciljne usmerjenosti neke dejavnosti znotraj mladinskega dela. Brez načrtovanja s cilji ne moremo preveriti njihovega uresničevanja, dejavnost pa postane namenjena sama sebi. Z načrtnim delom zagotavljamo in dvigujemo kakovost mladinskega dela ter vnaprej razmišljamo o posledicah na vsakega akterja.
CELOSTNI OSEBNOSTNI RAZVOJ MLADIH	Skozi mladinsko delo se mladi celostno osebno razvijajo in pridobivajo kompetence na različnih področjih. Hkrati se vključujejo v družbo.	Najbolj splošne opredelitve vključujejo štiri področja razvoja osebnosti: telesni, spoznavni, čustveno-osebnostni in socialni razvoj, poleg ali kar v okviru teh se pogosto srečamo tudi z duhovnim in moralnim razvojem. Ključno je, da osebni razvoj načrtujemo in spremljamo ter dajemo spodbude za razvoj vseh področij.
DODANA VREDNOST ZA DRUŽBO	Učinki mladinskega dela niso usmerjeni le v mlade, ampak v širšo družbo.	Mladinsko delo ne more biti osamelec v družbi, če že po definiciji prispeva k vključevanju mladih v družbo in njihovemu delovanju v njej. Pomembno je, da učinki mladinskega dela vplivajo na družbo tako posredno – krepimo mlade, s tem pa posredno tudi družbo, kot neposredno – mladi neposredno delujejo v korist drugih.

Mladinsko delo je neizogibno povezano z razvojem mladinskih politik. Te predstavljajo usklajen nabor ukrepov, ki omogočajo osamosvajanje in vključevanje mladih v družbo ter razvoj mladinskega dela. Ali drugače: mladinska politika je nabor ukrepov na različnih področjih javne politike, katerih namen je integracija vedno novih generacij v posamezne dele življenja družbe, predvsem pa spodbujanje čim hitrejšega osamosvajanja mladih (1, 4).

Ključna področja mladinskih politik so:

- »avtonomija mladih,
- neformalno učenje in usposabljanje ter večanje kompetenc mladih,
- dostop mladih do trga delovne sile in razvoj podjetnosti mladih,
- skrb za mlade z manj priložnostmi v družbi,
- prostovoljstvo, solidarnost in medgeneracijsko sodelovanje mladih,
- mobilnost mladih in mednarodno povezovanje,
- zdrav način življenja in preprečevanje različnih oblik odvisnosti mladih,
- dostop mladih do kulturnih dobrin in spodbujanje ustvarjalnosti ter inovativnosti mladih in sodelovanje mladih pri upravljanju javnih zadev v družbi (1)«.

Organizacije v mladinskem sektorju

V mladinskem sektorju se je v Sloveniji oblikovalo več različnih pojavnih oblik organiziranosti mladih. Med njimi so najpomembnejše naslednje:

Mladinska organizacija deluje po principu mladi z mladimi in za mlade, to pomeni, da v njej delujejo in jo vodijo mladi. MSS v programskem dokumentu o organiziranju mladih opredeljuje naslednje osnovne poteze mladinskih organizacij (1, 3, 4):

- starost članstva se giblje večinoma v starostnem intervalu, ki ga razumemo kot mladost (običajno se ustrezna starostna struktura zagotovi z določili v statutu ali drugih aktih organizacije);
- prostovoljno članstvo (vsak posameznik se včlani v organizacijo po lastni volji in ima tudi možnost izčlanitve);
- demokratična struktura (delovanje organizacije poteka po demokratičnih mehanizmih, ki zagotavljajo vključevanje celotnega članstva; strukture in postopke ponavadi opredeljujejo akti o delovanju organizacije);

- delovanje v korist mladine (vsebinska področja, ki jih mladinska organizacija pokriva, sovpadajo s področji, ki zanimajo mladino; tu lahko gre za splošno prepoznavne interese mladih, kot sta izobraževanje, zaposlovanje ipd., ali pa za specifične, zaradi katerih je organizacija sploh nastala.

Pri mladinskih organizacijah poznamo individualno in kolektivno članstvo, na primer v društvih imamo individualno članstvo, društva pa se lahko združujejo v zveze društev – v tem primeru govorimo o kolektivnem članstvu. Za organizacije, ki imajo kolektivno članstvo, predvsem za mladinske svete, pogosto pravimo, da to niso »organizacije« v pravem pomenu besede, pač pa »strukture«, ker v njih sodelujoči posamezniki predstavljajo organizacijo in ne »samega sebe« (1, 3).

MSS mladinsko organizacijo definira kot »avtonomno demokratično prostovoljno združenje mladih, ki s svojim delovanjem omogoča mladim ustvarjanje načrtnih in nenačrtnih učnih izkušenj ter omogoča mladim oblikovanje in izražanje njihovih stališč ter izvajanje aktivnosti v skladu z njihovo interesno, kulturno, nazorsko ali politično usmeritvijo (3)«.

Upravljanje mladinske organizacije temelji na aktivnem udejstvovanju vseh njenih članov pri tem upravljanju, pri čemer je treba zagotoviti enake možnosti sodelovanja vsem članom organizacije. Pravnoorganizacijsko je oblikovana kot društvo, zveza društev ali avtonomna mladinska organizacija v večji članski organizaciji ter ima najmanj 90 % članstva v starosti do 29 let in najmanj 70 % članov vodstva v starosti od 15 do 29 let (1, 3).

Glede na nivo delovanja delimo mladinske organizacije na nacionalne (tiste, ki imajo svoje enote v večini statističnih regij v Sloveniji) in lokalne (tiste, ki večinoma delujejo na nivoju lokalne skupnosti) (1, 3).

Mladinski svet je krovno združenje mladinskih organizacij, ki zastopa interese mladih in mladinskih organizacij. Delujejo na državni ravni (Mladinski svet Slovenije) in na nivoju lokalne skupnosti (mladinski svet lokalne skupnosti) in so prav tako subjekti javnega interesa v mladinskem sektorju. V prvega se združujejo nacionalne mladinske organizacije, v mladinske svete lokalnih skupnosti pa se združujejo mladinske organizacije na lokalni ravni. Status, pogoje združevanja in delovanje mladinskih svetov ureja Zakon o mladinskih svetih (1, 3).

Mladinske organizacije se torej od ostalih članskih organizacij razlikujejo po starostnih omejitvah in/ali programski osredotočenosti na mladino, lahko pa tudi po (ne)prostovoljnosti članstva.

Na področju mladinskega dela poznamo še organizacije za mlade; najpogosteje so to mladinski centri in interesne organizacije. Od mladinskih organizacij se razlikujejo po prvih treh potezah mladinskih organizacij, skupno pa jim je delovanje v korist mladih. Organizacija za mlade je pravna oseba, ki izvaja programe za mlade, vendar ni mladinska organizacija, in je organizirana kot zavod, ustanova ali zadruga (1, 3).

S tem ko smo opredelili različne pojavne oblike organizacij v mladinskem sektorju, je treba razlikovati tudi med zanje značilnimi dejavnostmi. Mladinski program je skupek dejavnosti, ki ga izvaja mladinska organizacija, in poteka med vrstniki nepretrgoma skozi večji del leta ter vključuje večje število izvajalcev in dejavnih udeležencev; medtem ko je program za mlade program ukrepov v mladinskem sektorju, ki ga izvajajo organizacije za mlade z namenom zagotavljanja boljših pogojev za življenje, delovanje in organiziranost mladih, ter poteka nepretrgano skozi večji del leta in vključuje večje število aktivnih udeležencev. V zadnjem času pa kot dejavnost organizacij v mladinskem sektorju, predvsem mladinskih svetov, postaja vse pomembnejši in prepoznan strukturiran dialog, ki služi kot metoda in instrument, s katerim se vzdržuje odprt, pregleden, dolgoročen in sistematičen dialog med mladimi in političnimi odločevalci na lokalni, državni in mednarodni ravni. Na podlagi tega dialoga lahko legitimni predstavniki mladih zagovarjajo potrebe mladih in predlagajo ukrepe v okviru sistemskih politik (1).

Mladinski voditelj in mladinski delavec

Osnovni vlogi, ki se pojavljata v organizacijah mladinskega sektorja, sta mladinski voditelj in mladinski delavec.

Mladinski voditelj je mlada oseba, ki vodi skupino mladih. S svojim delom mladim omogoča, da se ukvarjajo z dejavnostmi, ki jih zanimajo ali jim koristijo, in se hkrati osebno razvijajo in vključujejo v družbo. Pri tem mladinski voditelj zastopa vrednote in metode dela organizacije, v kateri deluje (1, 4).

Mladinski voditelji predstavljajo motor oziroma gibalo mladinske organizacije. Iz načina dela lahko izpeljemo glavne drže mladinskega voditelja: prostovoljstvo, usmerjenost v ljudi, pobudništvo, izražanje lastnih vrednot in vrednot organizacije.

Mladinski delavec je oseba, ki dela z mladimi. S svojim delom podobno kot mladinski voditelj mladim omogoča, da se ukvarjajo z dejavnostmi, ki jih zanimajo ali jim koristijo, in se hkrati osebno razvijajo in vključujejo v družbo (1, 4).

Katere pa so razlike med mladinskim voditeljem in mladinskim delavcem? Dejstvo je, da med obema vlogama prihaja do mehkih prehajanj. Možno je namreč, da je oseba samo mladinski voditelj, samo mladinski delavec, oboje hkrati, ali pa je iz vloge mladinskega voditelja po določenem času prešel v vlogo mladinskega delavca (1, 4).

Potencial za razvoj mladinskega sektorja za delo na področju promocije zdravega življenjskega sloga in krepitev zdravja mladih

V okviru projekta Za zdravje mladih smo izvedli sklop raziskav o odnosu do zdravega življenjskega sloga v mladinskem sektorju. Želeli smo namreč izvedeti, kakšno je mnenje različnih deležnikov o tem, kakšno vlogo lahko različne mladinske organizacije in organizacije za mlade igrajo na področju promocije in krepitev zdravega življenjskega sloga in kaj se na tem področju že dogaja.

V ta namen smo izvedli tri različne raziskave:

- Odnos mladinskih organizacij in organizacij za mlade do dela na področju zdravega življenjskega sloga: strukturirani intervjuji s člani vodstva mladinskih organizacij in organizacij za mlade;
- Programi na področju zdravega življenjskega sloga v mladinskem sektorju: spletna anketa med člani vodstva mladinskih organizacij in organizacij za mlade;
- Odnos do zdravega življenjskega sloga med člani mladinskih organizacij: spletna anketa o stališčih in vedenju članov mladinskih organizacij na področju zdravega življenjskega sloga.

Ker gre za veliko količino podatkov, v nadaljevanju predstavljamo najpomembnejše izsledke zgoraj omenjenih raziskav ter njihove implikacije za nadaljnje delo na področju zdravja v mladinskem sektorju; podrobnejša poročila o rezultatih posamezne raziskave so na voljo na spletni strani www.zdravjemladih.si.

Intervjuji s predstavniki mladinskih organizacij

Z intervjuji smo želeli pridobiti poglobljen vpogled v mnenje mladinskih organizacij o pomenu promocije zdravega življenjskega sloga v mladinskem sektorju. Vprašanja, ki so nas najbolj zanimala, so:

- Kaj si predstavniki organizacij predstavljajo pod pojmom »zdrav življenjski slog«, kdo je odgovoren za zdrav življenjski slog mladih in v kakšni meri so zanj odgovorne mladinske organizacije?
- Ali imajo lahko mladinske organizacije kakršen koli vpliv na zdrav življenjski slog svojih članov in ali organizacije same zase menijo, da imajo kakršen koli vpliv?
- Kakšno podporo bi organizacije potrebovale pri promoviranju zdravega življenjskega sloga med mladimi?

V raziskavi je sodelovalo 22 predstavnikov organizacij, ki delujejo v mladinskem sektorju v Sloveniji oziroma delujejo v javnem interesu v mladinskem sektorju. Največ je bilo nacionalnih mladinskih organizacij (NMO), nekaj je bilo mladinskih centrov, ostalo pa so bile druge nevladne organizacije (za lažje razumevanje v besedilu uporabljamo za vse organizacije v mladinskem sektorju izraz mladinske organizacije). Večina organizacij je bila članskih, nekaj pa je bilo tudi nečlanskih – večinoma so to bile zveze organizacij.

Predstavniki mladinskih organizacij so bili večinoma na vodstvenih položajih – vodje ali člani izvršilnega odbora, preostalo so bili strokovni ali drugi sodelavci.

Za namene raziskave je bil pripravljeno vodilo za strukturiran intervju. Vprašanja so zajemala tematike, povezane tako z osebnim mnenjem intervjuvancev glede zdravega življenjskega sloga in odgovornosti zanj kot tudi s pogledom mladinskih organizacij na pomen zdravja in zdravega življenjskega sloga ter možne dejavnosti na tem področju. Pripravljena vprašanja so bila uporabljena kot okvir in vodilo za diskusijo – intervjuji so bili odprti ter prilagojeni temu, kar imajo intervjuvanci za povedati; dovoljena sta bila spontanost in poglobljeno raziskovanje posameznih področij. V vodilu za diskusijo so bili zapisani ključne točke, ki morajo biti omenjene, priporočane smeri vprašanj in področja, ki naj bi bila pokrita.

Pri vprašanju, kaj si predstavljajo pod pojmom »zdrav življenjski slog«, je bilo več različnih poudarkov, ki so se pogosto pojavljali.

Večkrat je bilo poudarjeno ravnotežje ter zmernost v tem, kar počneš. To hkrati pomeni tudi, da poleg izogibanja nezdravemu načinu življenja posameznik ne

gre v drugo skrajnost pretirano »zdravega« načina življenja. Kot področji sta bili najpogosteje omenjeni gibanje in prehrana. Izpostavljeno je bilo še duševno zdravje, na katerega naj bi se velikokrat pozabilo. Pojavljale so se še omembe pomena odnosov ter socialne mreže in pa stika z naravo. Poudarjeno pa je bilo tudi, da je pomemben celosten pogled na zdravje.

Poleg tega so intervjuvanci menili, da je pomembna komponenta zdravega življenjskega sloga to, da je posameznik zanj sam odgovoren in lahko na svoja vedenja vpliva sam. Po drugi strani pa je bil izpostavljen tudi pomen varnega okolja.

Vsi intervjuvanci so rekli, da se jim promocija zdravja zdi pomembna, večina tudi, da se jim zdi zelo pomembna (še posebej med mladimi). Iz nekaterih odgovorov je bilo razvidno, da si kot promocijo predstavljajo predvsem ozaveščanje, saj so poudarjali, da samo ozaveščanje in podajanje informacij ni dovolj in da je pomembna tudi zagotovitev primerne strukture in okolja in celo povezava z izobraževalnim sistemom. Ponovno je bilo omenjeno, da je pomembno, da se pri promoviranju zdravega načina življenja ne gre v drug ekstrem preveč zdravega načina življenja in da je pomemben celosten pogled na zdravje.

Kot odgovorne za zdrav življenjski slog mladih so intervjuvanci večinoma zajeli širok spekter deležnikov. Večina jih je poudarjala, da je na koncu zase odgovoren posameznik sam, kot druge deležnike pa so omenjali še starše, šolo, državo ter krog ljudi, v katerem se giblješ, kamor lahko spadajo tudi mladinske organizacije. Mladinske organizacije so bile videne kot pomemben člen, ampak v omejenem obsegu – vpliv imajo lahko predvsem na svoje člane, moč vpliva pa je odvisna tudi od pripadnosti organizaciji.

Pri vprašanju, kakšen vpliv imajo organizacije na zdrav življenjski slog svojih članov, so se organizacije strinjale, da imajo mladinske organizacije lahko pomemben vpliv, nekatere pa so dejale tudi, da to ni neposredno njihova odgovornost. Večkrat je bilo izpostavljeno, da je moč vpliva v veliki meri odvisna od tega, kakšen odnos imajo organizacije s svojimi člani. Organizacije, ki svoje člane »vzgajajo«, in organizacije, ki imajo visoko pripadnost svojih članov (navadno se ti dve značilnosti prekrivata), imajo lahko velik vpliv nanje. V tem smislu so bili kar nekajkrat izpostavljeni taborniki in skavti.

Pogosto je bil izpostavljen tudi pomen zgleda (s strani mladinskih voditeljev in starejših članov organizacije, pa tudi vrstnikov) ter pomen tega, kako izpostavljenost je področje zdravja v organizaciji in ali je del vrednostnega sistema – s tem ko področje izpostaviš, mu namreč daš pomen in vrednost.

Predstavniki organizacij so večinoma menili, da imajo lahko organizacije vpliv na vsa področja zdravega življenjskega sloga, s katerimi se ukvarja projekt, v okviru katerega je bila izvedena ta raziskava, kot smer vpliva pa so videli obe smeri, tako pozitivno kot negativno, ki se včasih tudi prepletata. Nekajkrat je bila izpostavljena tudi tematika eksperimentiranja – predvsem v povezavi z alkoholom – in pa mnenja, da je to varneje narediti v okviru mladinske organizacije kot pa izven nje.

Več predstavnikov se je nagibalo k pozitivnemu vplivu, ki se je navezoval predvsem na področja duševnega zdravja s tega vidika, da organizacije delujejo preventivno, skrbijo za široko socialno mrežo, druženje, osebnostno rast itd. Omenjena je bila tudi možnost preventive pred odvisnostmi in možnost aktivnega preživljanja prostega časa – tudi v smislu gibanja.

Kot potencialen negativen vpliv je bila pogosto omenjena tematika alkohola ter pretiranega pitja alkohola na dejavnostih ter možen negativen vpliv vrstniškega pritiska. Kot drug potencialen negativen vpliv pa je bila izpostavljena izgorelost (pri prostovoljcih ali zaposlenih) ter preveč stresa zaradi dela in (predvsem pri zaposlenih) nestabilnega dela zaradi nestabilnosti financiranja, ki se pojavlja v vsem mladinskem sektorju.

Pogosto je bilo med intervjuji izpostavljeno mnenje, da nobena organizacija ne želi namerno delati slabo – vsaka se trudi po svojih močeh in da na splošno organizacije naredijo več pozitivnega kot negativnega.

Večji del organizacij je menil, da bi se dalo glede vpeljave zdravega življenjskega sloga v mladinske organizacije še veliko narediti in da bi bila lahko vloga mladinskih organizacij pri vzpostavljanju bolj zdravega življenjskega sloga mladih bolj izpostavljena in vidna. Hkrati pa so bili zanimivi poudarki, na kakšen način bi se to lahko počelo in kaj bi bile prednosti tega:

- Nekaj mnenj je bilo, da se lahko zdrav življenjski slog v mladinskih organizacijah promovira prek ozaveščanja, dogodkov, dejavnosti itd.
- Še večkrat pa je bilo izpostavljeno, da ni nujno, da se s člani organizacij dela neposredno na področju zdravja. Lahko je dovolj že to, da se vodstvo zaveda problematike in to primerno vključi v svoje delovanje in mlade posredno pripelje do cilja.
- Izpostavljen je bil tudi pomen mladinskih organizacij kot priložnosti za ustvarjanje zdravega okolja za preživljanje prostega časa mladih.
- V veliko organizacijah že obstajajo nenapisana pravila oziroma omejitve, ki se tičejo zdravega življenjskega sloga. Ta neformalna pravila, ki že obstajajo, bi se lahko do določene mere formaliziralo ter se jih zapisalo.

Nekaj predstavnikov organizacij je menilo, da je na tem področju v Sloveniji še veliko prostora za izboljšave in bi se dalo še veliko narediti in izboljšati stvari. Kot razlog za vključitev tematike zdravja v delovanje organizacije pa je bila izpostavljena tudi možna točka za promocijo. Še vedno pa je bilo kar nekaj mnenj, da naj vsaka organizacija presodi, v kakšni meri se želi vključevati na to področje, saj nimajo vse interesa za to. Poudarjena je bila tudi vloga ostalih deležnikov – države oziroma teles, ki usmerjajo delo mladinskih organizacij s programskimi smernicami.

Iz odgovorov je bilo razvidno, da je v vseh organizacijah vsaj navzven zdravje zaznано kot pomembno ali zelo pomembno – nobena izmed organizacij ni rekla, da se s tematiko sploh ne bi ukvarjala niti posredno.

Organizacije lahko na podlagi odgovorov predstavnikov razdelimo v tri skupine glede na to, v kakšni meri se ukvarjajo z zdravim življenjskim slogom pri mladih:

- Organizacije, ki se aktivno ukvarjajo s področjem zdravja in v zvezi s tem izvajajo projekte tako za svoje člane kot za mlade izven organizacije in je to eno izmed glavnih področij delovanja; takih organizacij je najmanj.
- Organizacije, ki večinoma nimajo konkretnih projektov na področju zdravja za svoje člane ali izven, vendar je zdravje eno izmed njihovih temeljnih načel oziroma vrednot in to vključujejo v svoje delovanje programa ter področje zdravja posredno vključujejo v vse aktivnosti. Tu gre večinoma za članske organizacije, ki dajejo velik poudarek vzgoji svojih članov.
- Organizacije, ki jim delo z zdravjem ni prioriteta, se pa v njihovih programih najde tudi kakšna dejavnost/dogodek/iniciativa, povezana s tem, oziroma se s tematiko občasno ukvarjajo na podlagi potreb članov in povpraševanja. V to skupino večinoma spadajo politični podmladki, mladinski centri ter druge organizacije brez fizičnih članov.

Večina članskih organizacij (ne pa vse) je menila, da imajo določen vpliv na svoje člane, kar se tiče zdravega življenjskega sloga. Kot način vpliva so večinoma omenjali naslednja področja: vpliv prek vzgoje in promocije zdravega načina življenja in posredno tudi ozaveščanja o zdravem načinu življenja – najpogosteje omenjani področji sta bili gibanje in duševno zdravje. Duševno zdravje je bilo izpostavljeno tudi s tega vidika, da dajejo kot organizacija možnost za izpolnitev in osebnostno rast.

Ena sama organizacija je kot način vpliva omenila zgled, čeprav je bil pogosto omenjan pri drugih vprašanih (na primer na kakšen način organizacije LAHKO vplivajo na svoje člane). To morda kaže na to, da se organizacije sicer zavedajo

pomena zgleda (starejših, mladinskih voditeljev) za bolj zdrav življenjski slog, vendar je v praksi to težje izvajati in ga zaradi tega niso omenjali.

Po drugi strani je bilo omenjano, da k bolj zdravemu življenjskemu slogu prispevajo z oblikovanjem okolja – s postavljanjem določenih omejitev oziroma organizacijo aktivnosti, ki vsebuje določene elemente zdravega življenjskega sloga.

Iz odgovorov je bilo razvidno tudi, da »upajo«, da imajo pozitiven vpliv – kar kaže na to, da se organizacije sicer trudijo (vsaj posredno), vendar pa ne dobijo nujno vedno povratne informacije, ali so bile uspešne, oziroma to ni njihova prioriteta.

Glede omejitev se je izkazalo, da večina nima formaliziranih pravil, nekatere organizacije pa imajo nenapisana pravila oziroma omejitve, ki naj bi se jih njihovi člani in obiskovalci aktivnosti držali. Največkrat se to navezuje na rabo alkohola in tobaka na aktivnostih.

Približno četrtnina intervjuvanih organizacij ima zdrav način življenja tako ali drugače formalno zapisan v statutih/načelih ali poslanstvu in imajo skrb za zdrav življenjski slog formaliziran na takšen način.

Formaliziran pravilnik, ki se tiče zdravega življenjskega sloga, ima samo ena organizacija.

Približno četrtnina organizacij je dejala, da je področje zdravja pri njih zelo pomembno. Veliko jih je dejalo, da je področje enakovredno ostalim področjem oziroma se ga ne izpostavlja kot posebno pomembnega področja, ampak se prepleta z ostalimi aktivnostmi in je pomembna vrednota. To kaže na to, da se veliko organizacij sicer ne ukvarja neposredno s področjem zdravja in o vključitvi tega v svoje delo niti ne razmišljajo. Ko pa morajo o tem razmisliti, ugotovijo, da se zdravje nekako vseeno prepleta z njihovim delom. Organizacij, ki o zdravju sploh ne bi razmišljale in v katerih zdravje ni pomembno, je po odgovorih intervjuvancev le peščica.

- Kar nekaj organizacij je izrazilo željo, da bi temu področju začele posvečati več pozornosti, oziroma želijo ozavestiti, na kakšen način imajo to področje že vpeto v svoje delovanje. Kot stvari, ki bi jih organizacije potrebovale, če bi želele delovati na področju zdravega življenjskega sloga, so navedle:
- dostop do mladine ter kasneje prostovoljce, ki bi se bili pripravljene ukvarjati s tem področjem,
- finančno podporo – tako za zaposlene kot za razvoj projektov,
- strokovno podporo, ki je lahko v obliki usposabljanj, svetovanja, priročnikov in nasvetov, kako se lotiti stvari, oziroma dostopa do institucij, ki so »strokovnjaki« na svojem področju.

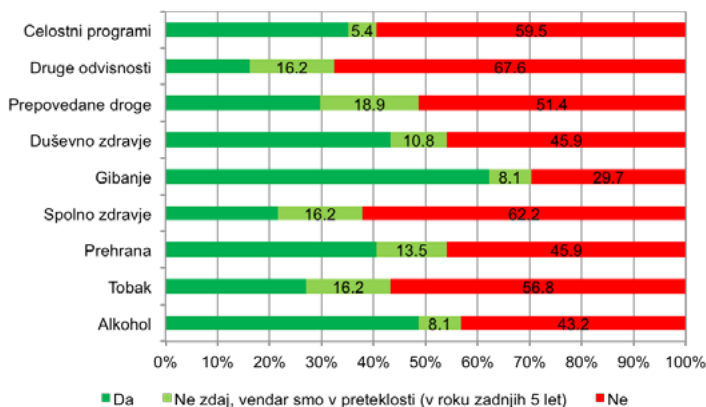
Spletna anketa med predstavniki mladinskih organizacij

S spletno anketo med organizacijami, ki delujejo v mladinskem sektorju, smo želeli pridobiti tudi širšo sliko, v kolikšni meri se ukvarjajo s področjem zdravja. V ta namen smo med mladinske organizacije razposlali anketo, v kateri smo jih povprašali, ali delujejo na področju zdravja in na katerih področjih. Skupaj smo pridobili uporabne podatke od 40 organizacij.

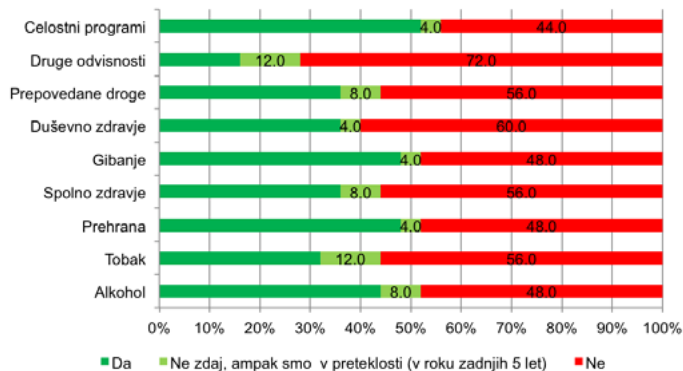
Najprej smo jih vprašali, ali so se na kakršen koli način ukvarjali oziroma se v zadnjih petih letih ukvarjajo s krepitvijo zdravja in promocijo zdravega življenjskega sloga neposredno med svojimi člani. Na to vprašanje je odgovorilo 39 organizacij. Le 5,1 % jih je odgovorilo, da se s tem sploh niso ukvarjale. 30,8 % organizacij se je s tem precej ukvarjalo, za 15,4 % pa je to eden izmed glavnih namenov organizacije.

Organizacije, ki so dejale, da se vsaj v majhni meri ukvarjajo s krepitvijo zdravja med svojimi člani, smo nadalje povprašali, na katerih področjih delujejo. Izkazalo se je, da je v največ organizacijah prisotno delo na področju gibanja, veliko organizacij se ukvarja tudi s področjema alkohola in duševnega zdravja (Slika 2.1).

Dodatno smo predstavnike organizacij vprašali še, ali se je njihova organizacija kakor koli ukvarjala s področjem zdravja tudi za nečlane (Slika 2.2). Na to vprašanje se je odzvalo 37 organizacij. Od njih jih je 62,2 % odgovorilo, da imajo take programe, 32,4 % da jih nimajo, 5,4 % pa jih je imelo v preteklosti. Če pogledamo še področja, na katerih so se ti programi izvajali, lahko vidimo, da je bil največji delež celostnih programov, veliko pa se dogaja in se je dogajalo tudi na področjih alkohola, prehrane in gibanja.



Slika 2.1: Delo mladinskih organizacij na različnih področjih promocije zdravja med člani (v %)

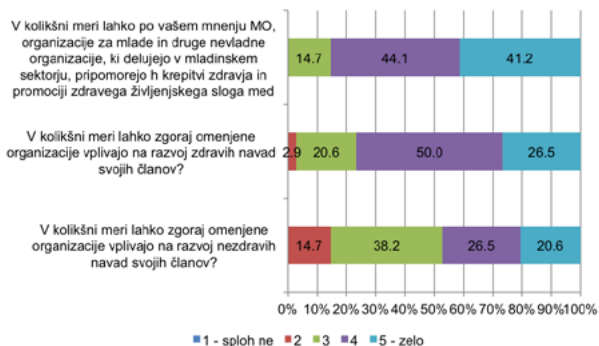


Slika 2.2: Delo mladinskih organizacij na različnih področjih promocije zdravja med nečlani

Predstavnike organizacij smo prosili še, naj označijo svoje stališče do trditev, v kolikšni meri lahko mladinske organizacije in organizacije za mlade igrajo vlogo pri zdravju mladih. Na spodnja vprašanja je odgovorilo 34 predstavnikov organizacij, tako da so deleži računani s tem številom.

Najprej smo jih vprašali, v kolikšni meri lahko organizacije v mladinskem sektorju pripomorejo h krepitvi zdravja in k promociji zdravega življenjskega sloga med svojimi člani. Na lestvici od 1 do 5, kjer je 1 pomenilo sploh ne, 5 pa zelo, je 85,3 % predstavnikov odgovorilo s 4 ali 5. Prav tako jih je 76,5 % odgovorilo s 4 ali 5 na vprašanje, v kolikšni meri lahko organizacije vplivajo na razvoj zdravih navad svojih članov. 47,1 % pa jih je odgovorilo, da lahko organizacije vplivajo tudi na razvoj nezdravih navad svojih članov.

Prav tako je 67,6 % organizacij pritrdilo, da bi bile zainteresirane za nadaljnje delovanje v smeri krepitve zdravja in promocije zdravega življenjskega sloga med svojimi člani in/ali širše. Preostale vprašane organizacije so rekly močnejše nohena na tega ni zavrnila.



Slika 2.3: Mnenje mladinskih organizacij o njihovem vplivu na zdravje mladih

Spletna anketa med člani mladinskih organizacij

Ker smo želeli pridobiti tudi širšo sliko o tem, kakšen odnos do zdravega življenjskega sloga imajo mladi in člani mladinskih organizacij ter kako zdravo živijo, smo izvedli spletno anketo.

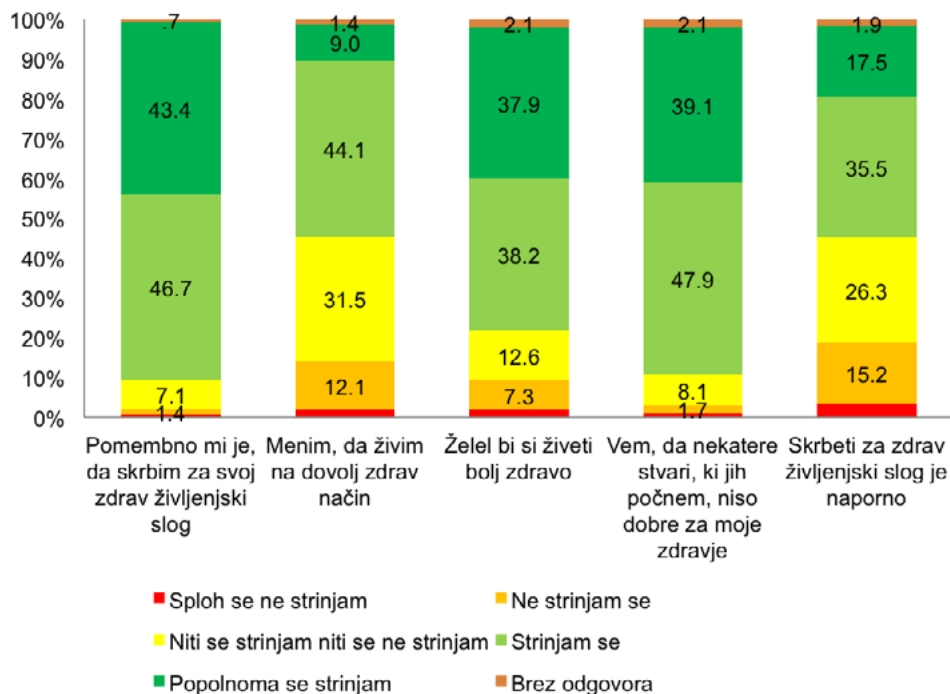
Vprašalnik je poleg posebej za to priložnost pripravljenih vprašanj zajemal vprašanja iz naslednjih instrumentov:

- Health Behaviour in School Children (HBSC),
- European Health Interview Survey (EHIS),
- European School Project on Alcohol and Drugs (ESPAD),
- Alcohol use disorder identification test (AUDIT),
- Mladina 2010.

Zbrali smo 1696 odgovorov mladih do 29. leta starosti, od tega jih je 422 prihajalo iz mladinskih organizacij. Rezultati za celoten vzorec ter razdelani glede na starost, spol in članstvo v mladinskih organizacijah so dostopni v poročilu Odnos do zdravega življenjskega sloga med člani mladinskih organizacij v Sloveniji, tukaj se osredotočamo predvsem na rezultate članov mladinskih organizacij. Vzorec je zajemal 72,5 % žensk in 27 % moških. 2,8 % jih je spadalo v starostno skupino 9–14 let, 36,3 % v starostno skupino 15–18 let, 38,6 % v starostno skupino 19–24 let, 22,3 % pa v starostno skupino 25–29 let.

84,9 % udeležencev je reklo, da je za njih zdravje precej ali zelo pomembna vrednota. 78,7 % jih je zadovoljnih ali zelo zadovoljnih s svojim zdravjem, 81,8 % pa zadovoljnih s svojim življenjem (ocene med 7 in 10). Delež zadovoljstva z zdravjem je podoben rezultatom iz raziskave Mladina 2010 (5), kjer je bilo zadovoljnih ali zelo zadovoljnih z zdravjem 80,5 % vprašanih, hkrati pa je **delež zadovoljstva z življenjem za približno 10 % višji** – v Mladini 2010 je 71 % vseh mladih v raziskavi ocenilo, da so zadovoljni z lastnim življenjem.

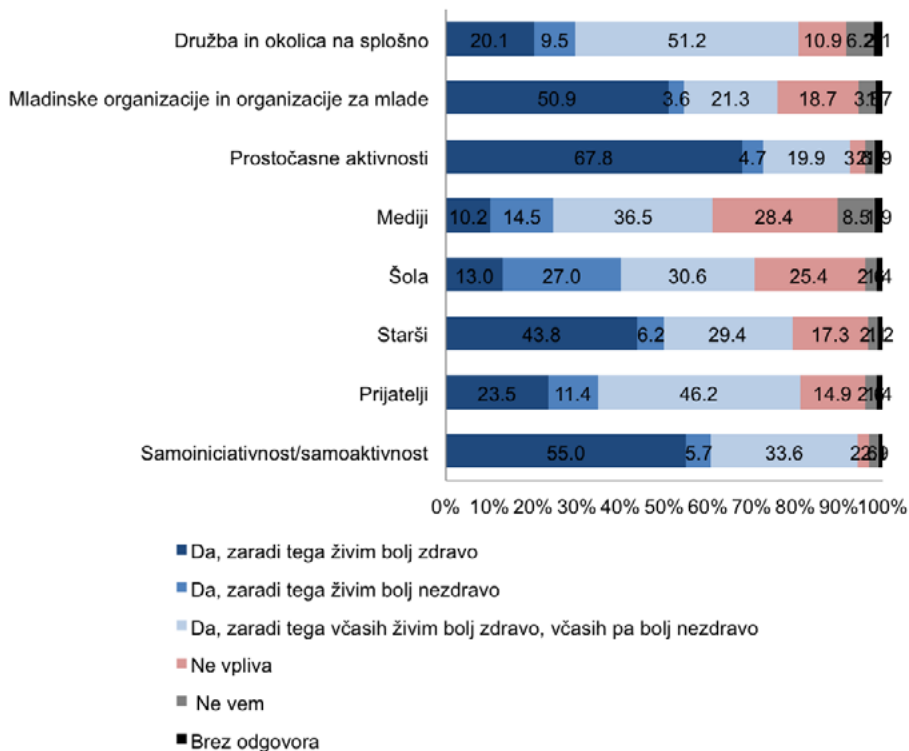
Nato smo udeležence povprašali glede strinjanja z določenimi trditvami.



Slika 2.4: Odnos članov mladinskih organizacij do zdravega življenjskega sloga

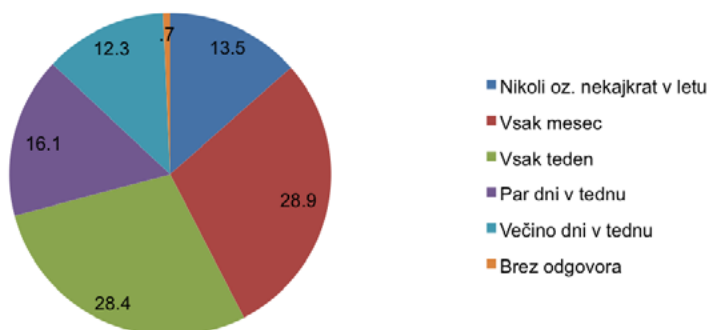
Iz slike 2.4 lahko razberemo, da se 90 % udeležencev strinja s trditvijo, da jim je pomembno, da skrbijo za svoj zdrav življenjski slog, 76,1 % pa, da bi si želeli živeti bolj zdravo. Hkrati le 51,3 % udeležencev meni, da živi na dovolj zdrav način, 87 % udeležencev pa se zaveda, da določene stvari, ki jih počnejo, niso dobre za njihovo zdravje. 53,1 % se jih strinja s trditvijo, da je naporno skrbeti za zdrav življenjski slog.

Nadalje nas je zanimalo, kakšno je mnenje članov mladinskih organizacij glede tega, kateri dejavniki vplivajo na njihovo vedenje na področju zdravja. Najbolj izstopa rezultat glede vpliva mladinskih organizacij, saj 50,9 % vprašanih iz mladinskih organizacij meni, da se zaradi tega vedejo bolj zdravo, hkrati pa jih 21,3 % meni, da zaradi tega včasih živijo bolj zdravo, včasih pa nezdravo. 3,6 % jih meni, da se zaradi tega vedejo bolj nezdravo, 18,7 % pa, da članstvo na njih nima vpliva.



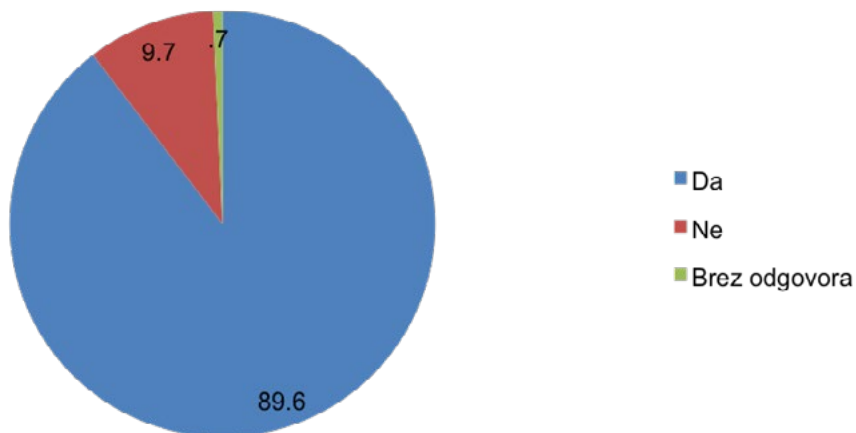
Slika 2.5: Vpliv različnih dejavnikov na zdravje glede na mnenje članov MO

Člane smo povprašali tudi po določenih vedenjskih spremenljivkah. 56,8 % vprašanih je odgovorilo, da stres doživljajo tedensko ali pogosteje, kar je višji delež v primerjavi z rezultati iz Mladine 2010 – tam je tako odgovorilo 40,9 % vprašanih (5).



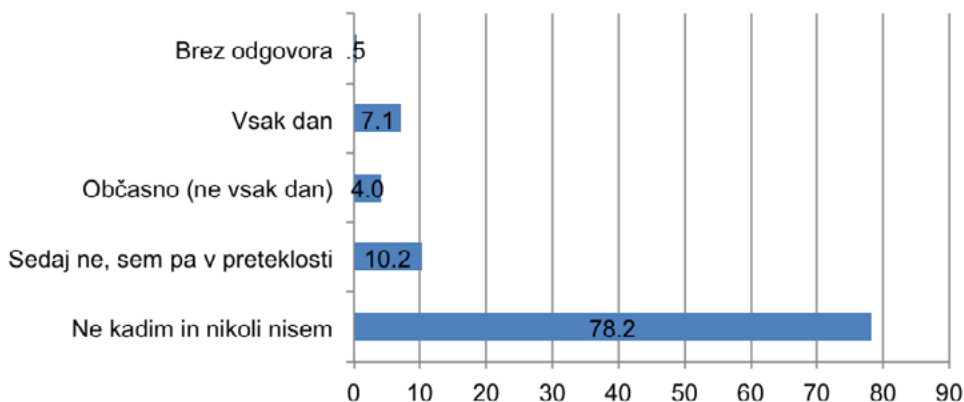
Slika 2.6: Pogostost doživljanja stresa med člani mladinskih organizacij (v %)

Ko gre za pitje alkohola, je 89,6 % udeležencev reklo, da je alkohol pilo v zadnjih 12 mesecih. Za primerjavo, v raziskavi Mladina 2010 (5) je takih, ki so rekli, da alkohola ne pijejo nikoli, 10,10 %, kar je podobna številka.



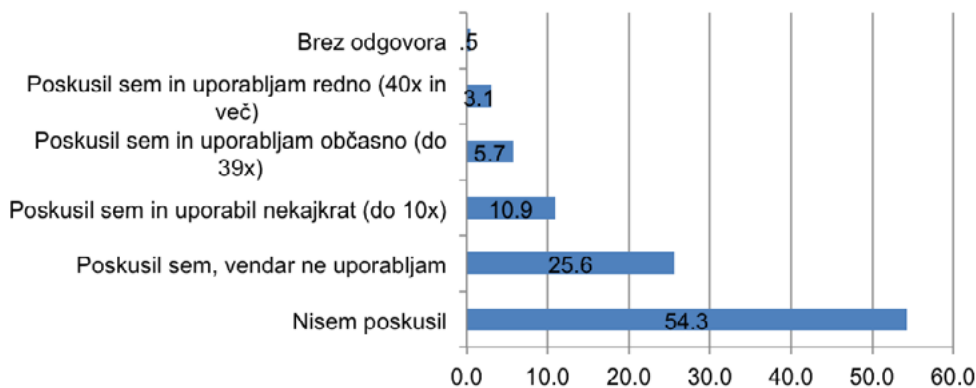
Slika 2.7: Pitje alkohola med člani mladinskih organizacij (v%)

Kar 78,2 % članov mladinskih organizacij je reklo, da niso nikoli kadili in še sedaj ne kadijo, poleg tega jih je še 10,2 %, ki so kadili v preteklosti, sedaj pa ne kadijo več. Ta številka je višja od deleža nekadilcev v Mladini 2010, kjer je 63,9 % udeležencev reklo, da nikoli ne kadijo (5).



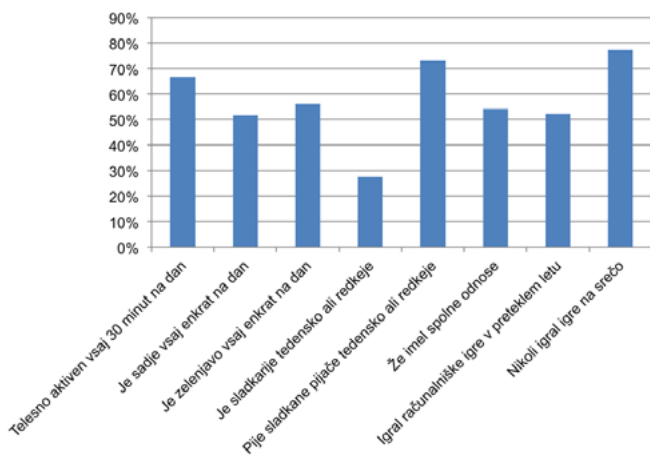
Slika 2.8: Kajenje med člani mladinskih organizacij (v%)

54,3 % članov mladinskih organizacij ni poskusilo kaditi trave in 25,2 % jih je travo že poskusilo, a je ne uporabljajo. V raziskavi Mladina 2010 jih je 53,2 % reklo, da trave še niso poskusili, 34 % pa jih je poskusilo, a je ne kadijo (5).



Slika 2.9: Uporaba marihuane med člani mladinskih organizacij (v %)

V spodnjem grafu so predstavljena še določena druga vedenja, povezana z zdravjem. Iz njega lahko razberemo, da je 66,6 % članov telesno aktivnih vsaj 30 minut na dan, 51,7 % jih je sadje vsaj enkrat na dan, 56,2 % pa jih je zelenjavo vsaj enkrat na dan. 27,5 % jih je sladkarije vsak teden ali redkeje, 73% pa jih pije sladkane pijače tedensko ali redkeje. 54,3 % jih je že imelo spolne odnose. 52,4 % jih je igralo računalniške igre v preteklem letu, 77,3 % anketirancev pa ni nikoli igralo iger na srečo.



Slika 2. 10: Druga vedenja, povezana z zdravjem, med člani mladinskih organizacij

Zaključek

Če povzamemo podatke, ki smo jih pridobili iz raziskav, lahko podamo naslednje zaključke:

Predstavniki mladinskih organizacij se zavedajo pomena krepitev zdravja in zdravega življenjskega sloga in v splošnem menijo, da je to pomembno področje, ki bi mu bilo treba posvečati pozornost tudi v mladinskem sektorju. Iz odgovorov nekaterih intervjuvancev je bilo sicer razvidno, da se o zdravju na nivoju organizacije prej ni veliko razmišljalo, vendar pa se je ob osvetlitvi tematike izkazalo, da je zdravje vseeno pomembna vrednota in da imajo v organizacijah do neke mere posredno in nenačrtno promocijo elementov zdravega življenjskega sloga ter da je prvi korak lahko že ozaveščanje tega, kar se že dogaja. Definitivno pa je pozitivno to, da je večina intervjuvanih organizacij rekla, da zdravje predstavlja pomemben del njihovih aktivnosti – ali prek neposrednega izvajanja projektov, povezanih z zdravim življenjskim slogom, ali pa prek promocije zdravja kot ene izmed temeljnih vrednot.

Tudi iz spletne ankete se je izkazalo, da se na področju zdravja že precej dogaja in da je večina organizacij, ki se je odzvala na anketo, že aktivna na vsaj enem izmed področij zdravega življenjskega sloga med člani ali nečlani. Četudi delo na področju zdravja tako ni primaren cilj dela organizacije, je prek raznih projektov tematika zdravja vključena v delovanje organizacije. Kar je potrebno v prihodnje, je tako boljše umeščanje že obstoječih programov v področje promocije zdravja.

Kot enega izmed glavnih zaključkov, uporabnih za delo v prihodnje, lahko povzamemo, da ko gre za delo na področju zdravja in zdravega življenjskega sloga, cilj ni nujno, da bi morale vse organizacije aktivno vključiti zdravje oziroma katero izmed tematik zdravega življenjskega sloga kot enega izmed svojih prioritetenih področij in v veliki meri začeti razvijati projekte za svoje člane in navzven. Korak naprej je že, da se vodstvo organizacije seznanja s tematiko in možnimi izboljšavami na tem področju ter razmisli, na kakšen način bi se lahko to vključilo v organizacijo, tudi če samo posredno – na primer prek oblikovanja okolja, ki bi omogočalo bolj zdrav življenjski slog. To obsega širok spekter možnih ukrepov, kot so:

- omejitev alkohola in tobaka na dogodkih oziroma med člani (kar so nekatere organizacije že poročale, da delajo),
- dostopnost bolj zdrave hrane na dogodkih organizacije (kar nekaj organizacij je omenjalo, da se na svojih dogodkih trudijo imeti čim bolj zdravo in lokalno hrano),
- možnosti za gibanje (veliko organizacij organizira športne dogodke in druge aktivnosti, ki vsebujejo gibanje, pri katerih primaren namen sicer ni ukvarjanje z zdravjem, vendar je posredno tudi to doseženo).

Pri tem poudarek ni nujno na tem, da morajo organizacije ozavestiti vse svoje člane o teoriji za promocijo zdravega življenjskega sloga, temveč predvsem na tem, da jim dajo možnost izkusiti okolje, v katerem imajo prednost oziroma možnost zdrave izbire. Po mnenju intervjuvancev imajo še posebej organizacije, ki imajo visoko pripadnost svojih članov, veliko možnosti vplivati nanje, tudi kar se tiče izboljšav navad na področju zdravega življenjskega sloga.

Kot pomembna točka je bil izpostavljen tudi zgled in s tega vidika je pomembno, da imajo mladinski delavci in mladinski voditelji v posameznih organizacijah možnost, da se seznanijo s tem, kaj pomeni zdrav življenjski slog ter na kakšen način lahko sporočilo o njegovem pomenu posredujejo svojim mladim članom organizacije.

Organizacije imajo lahko po mnenju svojih predstavnikov pozitiven vpliv na širok spekter vedenj, povezanih z zdravjem. Precej izpostavljeno je bilo gibanje, v kolikor to organizacija vključi v svoje dejavnosti (in veliko organizacij to počne tudi brez misli na neposredno povezavo z zdravjem). Največ izpostavljenih pozitivnih lastnosti pa lahko združimo na področju duševnega zdravja in s tem v določeni meri povezano tudi preventivo pred zasvojenostmi – zaradi poudarka, ki ga organizacije dajo na razširjanje in utrjevanje socialne mreže, pridobivanje določenih socialnih in drugih veščin, možnosti osebnostne rasti in napredovanja na različnih področjih ipd.

Kot najbolj pogost možen negativen vpliv je kar nekaj organizacij izpostavilo problematiko prisotnosti alkohola in prekomernega pitja v določenih okoljih (večinoma tam, kjer so polnoletne osebe, še posebej študentje) ter dejstvo, da lahko zgled sovrstnikov in voditeljev vleče tudi v zdravju manj koristno smer. Na podlagi tega lahko vidimo, da je morda smiselno, da se pri preprečevanju negativnih vplivov začne ukvarjati ravno s področjem alkohola.

Če povzamemo, je pomembno, da se vodstva organizacij zavedajo vpliva, ki ga kot mladinska organizacija lahko imajo na svoje člane, ter specifično pomena zdravega življenjskega sloga in vzpostavitve navad zanj že v sami organizaciji. Od njihove odločitve ter od vrste organizacije pa je odvisno, ali bodo zdravje promovirali neposredno prek ozaveščevalnih akcij in drugih projektov na različnih področjih ali se bodo usmerili v oblikovanje okolja, prijaznega zdravju mladim. Različne organizacije so različno zainteresirane ter različno opremljene za delo na tem področju – mladinski centri lahko nudijo drugačne storitve od članskih mladinskih organizacij, ki primarno vzgajajo svoje člane. Vse zainteresirane organizacije pa bi za bolj poglobljeno delo na področju zdravja potrebovale več strokovne in finančne podpore ter primarno tudi dostop do mladine in ljudi, ki bi bili zainteresirani za ukvarjanje s tem.

Če povežemo odgovore iz intervjujev še z odgovori iz spletnih anket, vidimo, da tako organizacije kot tudi njihovi člani menijo, da imajo lahko mladinske organizacije pozitiven vpliv na razvoj zdravih navad svojih članov. Glede na to, da je zdravje pomembna vrednota članov mladinskih organizacij in si jih tri četrtine želi živeti bolj zdravo, po drugi strani pa so tudi organizacije v večini zainteresirane za nadaljnje delovanje na področju zdravja, lahko zaključimo, da obstaja velik potencial za razvoj mladinskega sektorja v povezavi z zdravjem.

Pri interpretaciji podatkov, predvsem tistih iz spletnih anket, je seveda treba imeti v mislih pomanjkljivosti raziskav; pri spletni anketi med mladinskimi organizacijami so bile zajete samo organizacije, ki so se odzvale na anketo, tako da seznam aktivnosti in projektov še zdaleč ni popoln. Prav tako iz spletne ankete med člani mladinskih organizacij ne moremo posploševati na stanje v celotni populaciji, saj je bil vzorec priložnosten in ne reprezentativen. Kljub temu pa te raziskave predstavljajo prve korake k pregledu stanja na področju zdravja v mladinskem sektorju v Sloveniji in lahko služijo kot koristna podlaga za nadaljnje delo.

Literatura

1. Milenković Kikelj N. Kaj delam? V: Cepin M (ur.) Priročnik za trenerje v mladinskem delu. Ljubljana: Mladinski svet Slovenije, 2014.
2. Bakovnik N, Beočanin T. Programski dokument Mladinskega sveta Slovenije »Izobraževanje mladih«. Ljubljana: Mladinski svet Slovenije, 2010.
3. Baumkircher T, Bakovnik N, Beočanin T. Programski dokument Mladinskega sveta Slovenije »Mladinsko organiziranje«. Ljubljana: Mladinski svet Slovenije, 2010.
4. Cepin M idr. Usposabljanje mladinskih voditeljev in mladinskih delavcev. Ljubljana: Založba Salve, 2012.
5. Lavrič M idr. *Mladina 2010: družbeni profil mladih v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino; Maribor: Aristej, 2011.

3. ALKOHOL IN TOBAK MED MLADIMI V SLOVENIJI

dr. Maja Zorko in dr. Helena Koprivnikar,
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Oris področij

Alkohol

Opredelitev osnovnih pojmov

Osnovni pojmi, ki jih uporabljamo v zvezi s pitjem alkohola in jih bomo uporabljali tudi v nadaljevanju poglavja, so opisani v spodnji preglednici.

Tabela 3.1 Osnovni pojmi s področja pitja alkohola (1, 2, 3, 4)

POJEM	OPREDELITEV
ENOTA (tudi merica) ALKOHOLA	Količine popitega alkohola najpogosteje izrazimo v enotah alkohola oziroma gramih popitega čistega alkohola na določeno časovno enoto (najpogosteje v zadnjih 30 dneh ali v zadnjih 12 mesecih), pri čemer je enota alkohola v različnih državah različno opredeljena (5, 6). Slovenska enota vsebuje približno 10 gramov alkohola, kar je v 1 dcl vina, 2,5 dcl piva, 0,3 dcl žgane pijače.
ABSTINENCA/ ABSTINENTI	Abstinent je oseba, ki ne pije alkohola; če alkohola ne pije nikoli v življenju, jo opredelimo kot vseživljenjski abstinent. V populacijskih raziskavah raziskovalci navadno proučujejo pivsko vedenje prebivalcev v zadnjem letu, pri čemer abstinente opredelijo kot osebe, ki v zadnjem letu niso pile alkohola.

POJEM	OPREDELITEV
<p>MEJE MANJ TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA (pitje alkoholnih pijač znotraj mej manj tveganega pitja alkohola)/ZMERNI PIVCI</p>	<p>V Sloveniji veljajo naslednje meje manj tveganega pitja (<i>gre za ŠE sprejemljive meje pitja alkoholnih pijač in NE za priporočene meje</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • za zdrave odrasle moške ne več kot 14 enot alkohola na teden (oziroma ne več kot dve enoti na dan) in ne več kot pet enot ob eni priložnosti, • za zdrave odrasle ženske in osebe, starejše od 65 let, pa ne več kot sedem enot na teden (oziroma ne več kot enoto na dan) in ne več kot tri enote ob eni priložnosti. <p>Ob tem velja priporočilo naj alkohola ne pijemo vsak dan. Velja tudi, naj še sprejemljive količine alkohola porazdelimo skozi teden in jih ne popijemo v enem dnevu.</p> <p>Za posamezne skupine prebivalstva velja, naj alkohola ne pijejo (ženske, ki načrtujejo nosečnost, noseče ženske, ženske, ki dojijo, poklicni vozniki, otroci in mladostniki, delavci na višini, bolniki s kroničnimi boleznimi, ipd.).</p> <p>Osebe, ki ne presegajo mej manj tveganega pitja alkohola, so zmerni pivci. Pri otrocih in mladostnikih ne moremo govoriti o mejah manj tveganega pitja alkohola oziroma o zmernih pivcih, saj pri njih vsakršno pitje alkohola velja za tvegano (7, 8, 9, 10, 11), zato otroke in mladostnike, ki pijejo alkohol, opredelimo kot čezmerne pivce.</p>
<p>ČEZMerno PITJE ALKOHOLA/ ČEZMERNI PIVCI (pitje alkoholnih pijač čez meje manj tveganega pitja alkohola)</p>	<p>Kadar oseba presega meje manj tveganega pitja alkohola, govori o čezmernem pitju alkohola.</p>

POJEM	OPREDELITEV
<p>OPIJANJE (angl. <i>binge drinking</i>)/ VISOKO TVEGANO OPIJANJE OB ENI PRILOŽNOSTI</p>	<p>Opijanje (pitje večjih količin alkohola ob eni priložnosti) je v različni literaturi in raziskavah zelo različno opredeljeno. V nekaterih raziskavah je opredeljeno z grami popitega čistega alkohola na dan in se v različnih državah giblje med 50 in 90 grami popitega čistega alkohola v zadnjih 30 dneh, v nekaterih raziskavah pa je opredeljeno s številom popitih alkoholnih pijač in se giblje med 3 in 8 ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti (12, 13).</p> <p>V slovenskih populacijskih raziskavah (CINDI 2001–2012, raziskava <i>Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog</i>) je opijanje največkrat opredeljeno kot pitje šestih ali več enot alkohola ob eni priložnosti za moške in štirih ali več enot alkohola ob eni priložnosti za ženske, ne glede na starost anketirancev (14, 15).</p> <p>V slovenskih populacijskih raziskavah, ki proučujejo pivsko vedenje otrok in mladostnikov, pa je opijanje opredeljeno kot:</p> <p>v raziskavi HBSC – <i>Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju</i> je opijanje opredeljeno z vprašanjem: »Ali si kdaj spil/a toliko alkoholne pijače, da si bil/a prav zares pijan/a?« (16, 17),</p> <p>v raziskavi ESPAD – <i>Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino</i> pa je opijanje opredeljeno kot pitje alkoholnih pijač do te mere, da se je posameznik pri hoji opotekal, da se mu je pri govoru zapletal jezik, da je bruhal ali se pozneje ni spomnil, kaj se je dogajalo (18).</p>
<p>TVEGANO PITJE ALKOHOLA</p>	<p>Je vzorec rabe alkohola, ki dolgoročno z veliko verjetnostjo vodi k škodljivim posledicam pitja alkohola. Tvegano pitje je pitje prek mej manj tveganega pitja (čežmerno pitje alkohola) ali opijanje.</p>
<p>ŠKODLJIVO PITJE ALKOHOLA</p>	<p>Je vzorec uživanja alkohola, kjer so prisotne negativne posledice pitja alkohola. Gre za redno uživanje alkoholnih pijač, ki presega jo meje manj tveganega pitja.</p>
<p>POSLEDICE ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA</p>	<p>Posledice pitja alkohola so lahko telesne, psihološke in/ali socialne.</p>
<p>ZASTRUPITEV Z ALKOHOLOM</p>	<p>Pri zelo intenzivnem pitju alkohola pride do intoksikacije oziroma do zastrupitve z alkoholom. Pri osebi pod vplivom alkohola opazimo naslednje znake: motnje mišljenja, zaznavanja, presojanja, ravnotežja, govora, podaljša se reakcijski čas, poslabša se vid, zmanjšane so tudi motorične sposobnosti.</p>
<p>SINDROM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA</p>	<p>Je skupina vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se škodljivem uživanju alkohola. Zanj so značilne težave pri obvladovanju pitja v smislu začetka in prenehanja pitja, oslABLJENA je sposobnost nadziranja količine popitega alkohola; močna želja po pitju alkohola, vztrajanje pri uživanju alkohola kljub škodljivim posledicam, zanemarjanje drugih dejavnosti zaradi uživanja alkohola; stanje odtegnitve, spremenjena toleranca, ko je za doseganje enakega ali pričakovane učinka potrebna vedno večja količina alkohola oziroma je ob enaki količini učinek alkohola bistveno manjši.</p>

Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki

Razvoj odvisnosti je proces, ki se navadno razvija več let. Kako hitro se bo odvisnost razvijala, je odvisno od dejavnikov tveganja, ki pospešujejo razvoj odvisnosti, in od varovalnih dejavnikov, ki razvoj odvisnosti zavirajo. Seveda pa pri razvoju sindroma odvisnosti od alkohola ne moremo govoriti le o enem vzročnem dejavniku, temveč gre za prepletanje več dejavnikov tveganja z več varovalnimi dejavniki. Raziskovalci poudarjajo, da gre pri razvoju odvisnosti za prepletanje dejavnikov dednosti in dejavnikov okolja (19, 20, 21). Ko govorimo o dejavniki dednosti, govorimo o tem, kar smo podedovali od naših staršev, medtem ko med dejavniki okolja sodijo vse značilnosti okolja, v katerem posameznik živi (odnos družbe do alkohola, dostopnost alkohola, viri socialne pomoči, dohodek na prebivalca itd.). Pri dejavniki dednosti in okolja je izrednega pomena njuno prepletanje, kar lahko ponazorimo z naslednjim primerom: starši, ki so genetsko bolj nagnjeni k razvoju sindroma odvisnosti, bodo otroku predali del genetske nagnjenosti (dednost) za razvoj odvisnosti, hkrati pa ga bodo izpostavljali okolju, ki bo verjetnost razvoja odvisnosti še povečeval (enostaven dostop do alkohola, permissivna stališča do tveganega pitja alkohola).

Različne raziskave so med dejavniki tveganja za tvegano in škodljivo pitje alkohola pri mladostnikih izpostavile prisotnost alkohola v družinski anamnezi, to je pojav odvisnosti ali težav z alkoholom pri starših, sorojencih ali drugih ožjih sorodnikih, izpostavile pa so tudi permissiven odnos staršev do alkohola (21, 22). Med dejavniki tveganja za pitje alkoholnih pijač sodijo tudi večja dostopnost alkohola doma, permissivna vzgoja in slab starševski nadzor (21, 22). 15- in 16-letni mladostniki, katerih starši običajno ne vedó, kje ti preživljajo sobotne večere, so v zadnjem mesecu pogosteje trikrat ali večkrat spili po pet alkoholnih pijač zapored kot mladostniki, katerih starši pogosto ali vedno vedó, kje ti preživljajo sobotne večere (23).

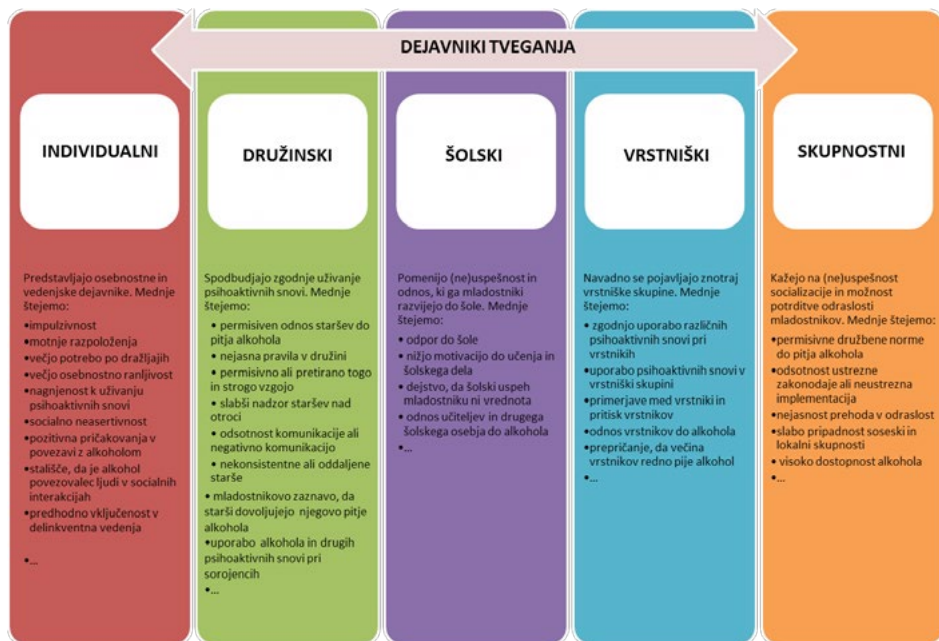
Med dejavniki tveganja različni avtorji uvrščajo tudi nekatere kognitivne pomanjkljave (težave pri odločanju in reševanju vsakodnevnih problemov), duševne bolezni v otroštvu (med njimi najpogosteje motnje razpoloženja), pomanjkanje socialnih veščin, neoporno socialno omrežje, nizko samopodobo ipd. (21, 22, 24–27). Raziskave kot dejavnik tveganja za pitje otrok in mladostnikov poudarjajo tudi pitje vrstnikov oziroma vrstniški pritisk, ki pa ga avtorji opredeljujejo zelo različno. Nekateri ga opredelijo kot ponujanje pijače s strani vrstnikov, drugi kot težnjo k enakosti in posnemanju, tretji kot sledenje zaznanim socialnim normam v zvezi s pitjem alkohola itd. (28). S starostjo mladostnikov pada delež tistih, katerih prijatelji nikoli niso pili alkohola (29). Čeprav večina mladostnikov odgovarja, da se prijateljem pri pitju alkohola zagotovo ne bi pridružili, s starostjo narašča delež tistih mladostnikov, ki bi se prijateljem pri pitju

pridružili morda ali zagotovo, prav tako s starostjo narašča delež mladostnikov, ki menijo, da je pitje alkohola pri njih odvisno od prijateljev (29). Ob tem pogosteje pijejo mladostniki, katerih prijatelji imajo bolj tolerantna stališča do pitja alkohola in ki pijejo zaradi navade in v družbi svojih prijateljev (29). Srednješolci pitje v družbi s prijatelji celo izpostavljajo kot enega najpogostejših razlogov tako za pitje alkohola kot prvo opitost in na splošno opijanje z njim (30). Kadar so v družbi s svojimi prijatelji, dve tretjini 17-letnikov vsaj občasno pije alkohol (31). S starostjo pa narašča tudi neposredno medvrstniško spodbujanje k pitju alkohola: med 12-letniki je tega manj kot 10 %, pri 17-letnikih pa je takega spodbujanja deležna že več kot četrtnina mladostnikov. Kot že rečeno, imajo pomembno vlogo pri odločitvi za pitje alkohola tudi sorojenci, ugotovili so (18), da so tisti mladostniki, katerih starejši sorojenci ne pijejo alkohola ali se ne opijajo, pogosteje odgovorili, da tudi sami ne pijejo alkohola oziroma se ne opijajo z njim.

Iz raziskav vemo tudi, da način preživljanja prostega časa pomembno vpliva na pitje alkoholnih pijač pri mladih. Otroci in mladostniki, ki prosti čas preživljajo ustvarjalno in aktivno (šport, igranje na instrument, branje, risanje, delo doma), imajo več možnosti, da ne bodo pili alkohola kot tisti, ki svoj čas preživljajo tako, da gledajo televizijo, se igrajo z računalnikom, se potepajo ali zahajajo v lokale (29).

Vpogled v vzroke pitja alkohola med mladimi dobimo tudi z raziskavami, v katerih so mladostnike spraševali o tem, zakaj pijejo alkohol. Če povzamemo slovenske raziskave, ugotovimo, da mladi med razlogi za pitje alkoholnih pijač navajajo naslednje: da se sprostijo, da so bolj pogumni in samozavestni, da si ustvarijo prijetno vzdušje, da pozabijo na težave v šoli in da premagujejo zaskrbljenost, prilagajanje posameznika družbi in lažje sklepanje novih poznanstev, dejstvo, da jim alkohol ponudijo, vrstniški pritisk in željo po priljubljenosti, reklamne oglase o alkoholnih pijačah, preprost nakup alkohola ter všečen izgled in okus alkoholnih pijač, na drugi strani pa tudi visoko ceno brezalkoholnih pijač in širšo družbeno sprejemljivost pitja alkoholnih pijač (29, 31–34). V pogovorih z mladimi ugotavljamo tudi, da primanjkuje prostorov, ki bi bili namenjeni druženju mladih in bi bili za mlade brezplačni. Med ukrepi za zmanjševanje pitja med mladimi so mladi tudi navedli, da potrebujejo več prostorov, ki naj bodo namenjeni aktivnemu druženju (32). Navedli so tudi dostopnost okusnih in privlačnih brezalkoholnih pijač, ki naj bodo cenejše od alkohola, ter dostopnost informacij o škodljivih učinkih pitja alkohola, ki bodo mladim razumljive in za njih relevantne (poleg informacij o dolgoročnih škodljivih učinkih alkohola tudi informacije o njegovih kratkoročnih učinkih) (32).

Mladostniki so za razvoj škodljivega pitja alkohola bolj ranljivi tudi zaradi razvojnih sprememb, predvsem dozorevanja možganov, ki se dogaja v času mladostništva (35, 36). Izhajajoč iz različne literature smo dejavnike tveganja za pitje alkohola in razvoj odvisnosti med mladostniki razdelili na pet področij: individualno, družinsko, vrstniško in šolsko področje ter področje skupnostnih dejavnikov (slika 3.1) (21, 22, 24, 37–39).



Slika 3.1: Dejavniki tveganja za pitje alkohola med mladimi (21, 22, 24, 37–39)

Med varovalnimi dejavniki, ki posameznika varujejo pred pitjem alkohola in razvojem odvisnosti, pa avtorji izpostavljajo občutek kompetentnosti, asertivnost, sposobnost učinkovitega reševanja problemov, dobre socialne spretnosti in oporno socialno omrežje, kakovosten odnos oziroma ustrezno komunikacijo mladostnika s starši ter jasna stališča staršev do nepitja alkohola njihovih otrok, občutek varnosti in pripadnosti družini in šolski skupnosti ter skupno načrtovanje prostega časa (18, 40–44). V raziskavi ESPAD – *Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino* so raziskovalci ugotovili, da je uporaba psihoaktivnih snovi povezana z zaznano trdnostjo stališč staršev do nepitja alkohola. Pokazalo se je, da so mladostniki, ki so menili, da njihovi starši ne bi dovolili opijanja, pogosteje odgovorili, da alkohola še niso pili (18).

Pomembno je tudi, da otroka opremimo z veščinami odločanja in reševanja problemov, da se bo znal kasneje v življenju soočati s težavami in bo usmerjen k iskanju rešitev. Krepiti moramo otrokovo samozavest, tako da prepoznamo njegove dobre lastnosti in področja, kjer je uspešen, ter ga pri tem spodbujamo. Otroka moramo naučiti, da se sam pohvali in si tako gradi samozavest. Socialne spretnosti in oporno socialno omrežje pa krepimo s tem, ko otroku omogočimo medvrstniško druženje. Tako mu pomagamo graditi raznoliko in trdno socialno omrežje, ki mu bo kasneje v življenju vir opore in pomoči.

Izidi in posledice pitja alkohola

V zadnjih desetletjih je bilo opravljenih veliko raziskav, ki so pokazale, da ima škodljivo pitje alkohola veliko različnih posledic (1, 11, 45, 46). Te se kažejo na ravni:

- posameznika (slabše počutje, poslabšanje zdravja, pojav bolezni, težave v odnosih, v šoli in na delovnem mestu, prometne nezgode in druge nesreče, poslabšanje finančnega stanja), njegove družine (slabši odnosi ali nasilje, duševne težave pri bližnjih in otrocih),
- njegove ožje in širše okolice (težave na delovnem mestu, večja konfliktnost, kriminal, kaljenje nočnega reda in miru) ter na ravni
- celotne družbe (slabše zdravje prebivalstva, izguba prihodka zaradi zmanjšane delovne učinkovitosti, stroški obravnave in zdravljenja).

Posledice pitja alkohola so lahko telesne, psihološke in/ali socialne. Po pravilu se posledice med seboj povezujejo in niso ločene kategorije. To pomeni, da se posledice, ki so vidne na enem od treh področij, pogosto kažejo tudi na preostalih področjih. Tako bo imel mladostnik, ki je zaradi pogostega opijanja in prekomernega pitja alkohola izgubil voljo in postal anksiozen ali depresiven, hkrati težave na vseh treh področjih: težko bo spal in izgubil bo apetit (telesne posledice), izgubil bo motivacijo za delo in šolo, imel bo težave s koncentracijo (psihološke posledice) ter se bo zelo verjetno umikal v osamo ali si našel drug krog prijateljev (socialne posledice).

Raziskovalci ugotavljajo, da čim mlajša je oseba, ko začne piti alkohol, tem večja je verjetnost, da bo imela pozneje v življenju težave zaradi alkohola. Mladostniki, ki so razvili sindrom odvisnosti od alkohola, so začeli piti alkoholne pijače pri

nižji starosti kakor mladostniki, ki sindroma odvisnosti od alkohola niso razvili (47). Raziskovalci ob tem ugotavljajo tudi, da so tisti mladostniki, ki so začeli piti alkohol pri nižji starosti, kasneje pili bolj tvegano (48). Možgani otrok in mladostnikov so občutljivejši za škodo, ki nastane zaradi izpostavljenosti alkoholu, kar je posledica razvojnih sprememb, predvsem dozorevanja možganov (35, 36). Da je pitje alkohola med mladostniki v Sloveniji pogosto in predstavlja velik problem, kažejo tudi podatki o akutnih zastrupitvah z alkoholom. V zadnjih 15 letih med slovenskimi mladostniki (15–19 let) beležimo trend naraščanja hospitalizacij zaradi akutnih zastrupitev z alkoholom (49–51). V letu 2012 je bilo zaradi akutne zastrupitve z alkoholom hospitaliziranih 186 mladostnikov v starosti 15–19 let. Akutne zastrupitve z alkoholom so vodilni vzrok za bolnišnično obravnavo zaradi zastrupitev tudi v starostnih skupinah 7–14 let, 30–44 let in 45–64 let (50, 51).

Škodljivo pitje alkohola lahko privede do dolgoročnih negativnih posledic, poleg tega so za mlade pomembne tudi kratkoročne posledice, med katerimi mladi sami izpostavljajo naslednje: slabost, maček, storil bi nekaj, kar bi kasneje obžaloval, slab zadah, zaudarjanje po alkoholu, nezavedanje svojih dejanj (32–34, 52).

Tobak

Uvod

Raba tobaka je vodilni preprečljivi vzrok smrti v svetu (59), vsako leto zaradi bolezni, pripisljivih rabi tobaka, umre skoraj šest milijonov ljudi (60, 61). S kajenjem povzročene bolezni so vzrok smrti dveh tretjin kadilcev, ki v povprečju umrejo vsaj deset let prezgodaj (62–65). Polovica vseh umrlih zaradi bolezni, pripisljivih kajenju, umre že med 35. in 69. letom starosti (64).

V Sloveniji je tobak med dejavniki tveganja vodilni preprečljivi vzrok smrti (66). V Sloveniji vsak dan zaradi bolezni, pripisljivih kajenju tobaka, umre 10 oseb ali 3600 letno, od tega jih četrtnina ali 900 umre že pred 60. letom starosti (67).

Posledice rabe tobaka predstavljajo visoke stroške za družbo in posameznika. Zadnja objavljena ocena stroškov v povezavi s kajenjem v Evropski uniji kaže, da stroški zdravljenja bolezni, pripisljivih aktivnemu in pasivnemu kajenju, stroški izgube produktivnosti in stroški zaradi prezgodnje umrljivosti skupno znašajo 4,6 % bruto domačega proizvoda 27 držav članic Evropske unije oziroma 5 % slovenskega bruto domačega proizvoda (68).

Opredelevanje osnovnih pojmov

Odrasle kadilce delimo na redne in občasne kadilce. Redni kadilci so tisti, ki kadijo vsak dan, občasni tisti, ki ne kadijo vsak dan. Na začetku kajenja se med mladostniki in mladimi odraslimi kadilske navade razlikujejo od tistih med odraslimi, se še razvijajo in spreminjajo ter postopoma prehajajo v utrjene kadilske navade (69). Pri mladostnikih zato kot kazalnik kajenja uporabljamo delež tistih, ki kadijo vsaj enkrat na teden ali pogosteje (70–72).

Kadilci uporabljajo različne tobačne izdelke (tovarniško izdelane cigarete, ročno zvite cigarete iz drobno rezanega tobaka, cigare, cigarilose, pipe, vodne pipe, tobak za uporabo v ustih (snus ali fuge), tobak za žvečenje ali njuhanje) in sorodne izdelke (izdelki z nikotinom, kamor sodijo elektronske cigarete, pa tudi druge vrste izdelkov, kot so zeliščne cigarete). Uporabljajo lahko en izdelek ali pa več različnih (73).

Kajenje med odraslimi v Sloveniji, starost ob začetku kajenja in značilnosti kajenja mladostnikov

Velika večina prebivalcev Slovenije je nekadilcev. Po podatkih iz raziskave *Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije* (CINDI) je leta 2012 kadilo približno 23 % prebivalcev, starih 25–64 let, višji delež moških (približno 25 %) kot žensk (približno 20 %) (14). Med prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem (merjeno z izobrazbo in samoocenjeni družbeni sloj) so deleži kadilcev višji kot med prebivalci z višjim socialno-ekonomskim položajem. Med letoma 2008 in 2012 raziskava CINDI kaže na zvišanje deleža kadilcev med odraslimi na račun zvišanja deleža med ženskami, medtem ko sprememb v deležu kadilcev med moškimi ni bilo (74). Na zvišanje deleža kadilcev v zadnjih letih med prebivalci Slovenije, starimi 15 let in več, kaže tudi raziskava *Eurobarometer* (75).

Podatki iz različnih držav, tudi iz Slovenije, kažejo, da kajenje začnejo in nadaljujejo večinoma mladostniki in mladi odrasli (65, 76–82). V Sloveniji je med prebivalci, starimi 35–44 let, ki so kadar koli v življenju kadili, skoraj dve tretjini (63 %) vseh prvič kadilo že pred polnoletnostjo (torej v starosti 17 let ali manj), skoraj vsi (99 %) pa v starosti 25 let ali manj. Po 25. letu starosti je torej prvič kadil le okoli 1 % vseh prebivalcev, starih 35–44 let, ki so kadar koli v življenju kadili (79). Uspeh, prodaja in dobiček tobačne industrije so torej v prihodnosti odvisni predvsem od obsega kajenja med mladostniki in mladimi odraslimi (81, 83). Tobačna industrija zato namenja in bo namenjala veliko časa in sredstev za razvoj in izvedbo marketinških strategij za pridobitev mladostnikov in mladih odraslih med kupce svojih izdelkov ter podpira neučinkovite in ovira učinkovite ukrepe za zmanjševanje kajenja med mladostniki in mladimi odraslimi (84).

Podatke o razširjenosti kajenja med mladostniki in mladimi odraslimi predstavljamo v razdelku *Pregled raziskav med mladimi v slovenskem prostoru*.

Kajenje med mladostniki se razlikuje od kajenja med odraslimi. Kadilske navade mladostnikov se še razvijajo, spreminjajo in so glede pogostosti, obsega in drugih značilnosti raznolike, v nasprotju s tistimi pri odraslih, ki imajo najpogosteje redne in utrjene kadilske navade (69). Mladostniki, ki kadijo, kadijo manj pogosto, pogosto ne kadijo vsak dan, če kadijo vsak dan, pa bolj verjetno pokadijo manj cigaret na dan (85). Od začetka kajenja do začetka rednega kajenja v povprečju mine okoli dve do tri leta, pri čemer med spoloma ni razlik (81, 86–88). Nižja kot je starost ob prvem poskusu kajenja, daljši je čas do začetka rednega kajenja (86–89). Starost ob začetku kajenja je tudi pomemben kazalnik poznejših kadilskih navad. Mlajši ko je posameznik ob začetku kajenja, večja je verjetnost, da bo postal zasvojen, da bo napredoval do rednega kajenja, več kadil kot odrasla oseba in imel težave pri opuščanju (80, 81, 90). Starost je pomembna tudi z vidika kasnejših zdravstvenih izidov, saj raziskave kažejo, da je tveganje za razvoj nekaterih s kajenjem povezanih bolezni višje ob zgodnejšem začetku kajenja (82).

Tobačni in sorodni izdelki, ki jih uporabljajo mladi, njihove značilnosti in škodljivost za zdravje

Najpogosteje uporabljeni tobačni izdelek med mladimi, starimi 15–24 let in 25–34 let, so tovarniško izdelane cigarete. Te uporablja okoli 93 % mladih, starih 15–24 let, in okoli 96 % tistih, starih 25–34 let. Ročno zvite cigarete uporablja 18 % 15–24 let starih in približno 13 % 25–34 let starih. 4 % mladih, starih 15–24 let, uporablja vodne pipe, medtem ko je delež v starostni skupini 25–34 let manjši od 1 %. Približno 2 % mladih v starosti 15–24 let in 25–34 let kadi cigare. Manj kot 1 % mladih uporablja cigarilose, pipe tobaka, tobak za žvečenje, sesanje ali njuhanje ter elektronske cigarete. Posameznik lahko uporablja enega ali več izdelkov (73).

Nikotin v tobačnih in sorodnih izdelkih povzroča zasvojenost in je bistven za razvoj in vzdrževanje kajenja (80, 81, 91). Nikotin je visoko zasvojljiva snov, podobno kot heroin ali kokain (80, 92), mladostništvo (adolescenca) pa obdobje edinstvene preobčutljivosti na stimulacijske učinke nikotina in zasvojljivost nikotina (81, 90). Različne raziskave kažejo, da je z nikotinom zasvojen znaten delež kadilcev mladostnikov, in sicer vse od 19 do 68 % (85, 93). Nekatere raziskave kažejo, da se lahko zasvojenost pri določeni skupini mladostnikov razvije zelo hitro, še preden začnejo kaditi vsak dan oziroma že v prvih tednih po začetku kajenja (90, 93). Mlajši ko je posameznik ob začetku kajenja, večja je verjetnost, da bo postal zasvojen, da bo napredoval do rednega kajenja, več kadil kot odrasla oseba in imel težave pri opuščanju (80, 81). Starost ob začetku kajenja je

pomembna tudi z vidika kasnejših zdravstvenih izidov, saj raziskave kažejo, da je tveganje za razvoj nekaterih s kajenjem povezanih bolezni višje ob zgodnejšem začetku kajenja (82). Pri mladostnikih ima dolgotrajnejša izpostavljenost nikotinu škodljive učinke na razvoj možganov v obdobju mladostništva (adolescence) in lahko privede do trajnih škodljivih vplivov na kognitivne (miselne) sposobnosti posameznika pa tudi na duševno zdravje (81, 82, 90). Novejše raziskave kažejo, da lahko tudi kratkotrajna izpostavljenost nizki dozi nikotina privede do trajnih sprememb v mladostnikovih možganih (90).

V nadaljevanju navajamo škodljive učinke na zdravje pri uporabi najpogostejših tobačnih izdelkov (tobačni izdelki za kajenje in posebej tudi vodne pipe) ter naj-novejšega izdelka z nikotinom (elektronska cigareta).

Tobačni izdelki imajo pomembne škodljive učinke na zdravje, tako kratkoročne, ki jih lahko izkusi že mlad človek, kot dolgoročne, torej bolezni in zdravstvene težave, ki se pojavijo po več letih ali desetletjih uporabe teh izdelkov. Če ima uporabnik teh izdelkov tudi kakšne druge bolezni, na primer bolezni dihal, lahko pride do poslabšanja bolezni (81, 82).

Tobačni izdelki za kajenje

Kajenje tobaka škoduje tako rekoč vsakemu organu v telesu in škodljivo vpliva na zdravje skozi celotno življenje. Vzročno je povezano s številnimi vrstami raka (pljučni rak in rak dihalnih poti, rak ustne votline, glasilk, žrela, obnosnih votlin, nosne votline, požiralnika, želodca, debelega črevesa in danke, trebušne slinavke, jeter, ledvic, sečnega mehurja, sečevodov, materničnega vratu, jajčnikov in akutna mieloična levkemija), boleznimi dihal in težavami z dihalo (kronična obstruktivna pljučna bolezen, astma, pogostejši kašelj, povečano izločanje sluzi in oteženo dihanje, pogostejše in resnejše okužbe dihal, vključno s pljučnico, prezgodnji in pospešen upad pljučnih funkcij), boleznimi srca in ožilja (koronarna srčna bolezen in srčni infarkt, možganska kap, ateroskleroza, bolezensko razširjenje trebušne aorte) ter drugimi boleznimi in zdravstvenimi težavami, kot so sladkorna bolezen, motnje imunskega sistema, motnje erekcije, revmatoidni artritis, slepota, siva mrežnica, starostna degeneracija rumene pege, nizka kostna gostota pri ženskah, zlomi kolka, parodontalna bolezen (vnetje obzobnih tkiv) in splošno poslabšano zdravstveno stanje. Kajenje matere med nosečnostjo je vzročno povezano z nizko porodno težo otroka, prezgodnjim porodom, zmanjšanjem pljučnih funkcij pri otroku, razcepljeno ustnico pri otroku in nenadno smrtjo dojenčka (82, 94–96). Resne in nevarne posledice za zdravje, podobne škodljivim učinkom kajenja pri kadilcih, se lahko pojavijo tudi pri nekadilcih po dolgotrajni izpostavljenosti tobačnemu dimu (97, 98).

Navedene bolezni se pojavijo leta ali desetletja po začetku kajenja. Kajenje pa ima tudi številne kratkoročne učinke, ki se lahko pojavijo že kmalu po začetku kajenja. Mednje ne uvrščamo samo slabega zadaha iz ust, vzdraženih oči in grla, smradu obleke in las, pač pa tudi številne spremembe, ki vplivajo na izgled in privlačnost mladega kadilca, in mnoge, ki vplivajo na razvoj s kajenjem povezanih bolezni v kasnejšem obdobju. Poleg zasvojenosti z nikotinom, ki se lahko razvije že kmalu (81, 93), je kajenje v otroštvu in mladostništvu vzročno povezano z zmanjšanjem pljučnih funkcij in okvarami razvoja pljuč, z zgodnjim upadom pljučnih funkcij, kašljem, izkašljevanjem sluzi, težavami pri dihanju in piskanjem. Pri občutljivih mladostnikih kajenje privede do znakov astme. Vse te spremembe na dihalih se lahko klinično manifestirajo kot zmanjšana telesna zmogljivost (99, 100). Pri mladih odraslih je kajenje vzročno povezano z aterosklerozo aorte. Kajenje ima pri mladostniku škodljive učinke na razvoj možganov ter lahko privede do trajnih škodljivih vplivov na kognitivne (miselne) sposobnosti posameznika, lahko privede do pojava astme ali poslabšanja obstoječe astme, lahko je povezano s kasnejšo rabo marihuane ali drugih prepovedanih drog. Kajenje pri mladostnikih ni povezano s pomembnim zmanjšanjem telesne teže (81, 82). Kajenje vpliva tudi na kožo, privede namreč do prezgodnjega gubanja kože. Po več letih kajenja se pojavijo značilne gube okoli ust in oči. Kadilci so videti starejši, raziskave so pokazale, da za 10 ali 20 let starejši od nekadilcev iste starosti. Tako je 40-letni kadilec lahko videti kot 60-letni nekadilec. Prve spremembe na koži se začno dogajati že pri mladih, a so takrat še nevidne prostemu očesu. Prezgodnje gubanje kože je povezano s številom pokajenih cigaret in leti kajenja. Torej več in dalj, ko nekdo kadi, hujše bo prezgodnje gubanje kože. Raziskave kažejo, da so ženske kadilke bolj kot moški kadilci dovzetne za te spremembe. Kombinacija kajenja in pogostega sončenja prezgodnje gubanje pospeši še bolj kot samo kajenje ali samo sončenje. Ne le prezgodnje gubanje kože, za kadilce je značilna tudi rumeno-siva barva kože, rumeno se obarvajo tudi kadilčevi prsti in nohti. Koža kadilcev se slabše celi kot koža nekadilcev. Mnogi od navedenih učinkov kajenja so ireverzibilni, torej nepovrnljivi, s prenehanjem kajenja pa njihovo napredovanje lahko zaustavimo (101–105). Na videz kadilca poleg sprememb na koži pomembno vplivajo tudi spremembe na zobeh in v ustni votlini. Kajenje povzroča obarvanje zob, umetnih zob in popravljenih zob ter poveča pogostost, resnost in tudi napredovanje parodontalne bolezni, kar je povezano s številom pokajenih cigaret in leti kajenja. Raziskave so pokazale, da imajo že mladi kadilci med 19. in 30. letom višjo pogostost in resnost te bolezni kot vrstniki nekadilci. Prve spremembe se lahko pojavijo že po petih letih zmernega kajenja. Kajenje je povezano tudi z neprijetnim zadahom iz ust ter zmanjšano ostrino vonjanja in okušanja (56, 106–110).

Vodne pipe

Vodne pipe se pogosto zmotno smatrajo za manj škodljiv izdelek v primerjavi z drugimi tobačnimi izdelki za kajenje, a niso varnejša alternativa tem izdelkom (111, 112). Vodne pipe proizvedejo veliko količino dima, ki predstavlja tveganje za zdravje uporabnika vodne pipe in tudi za tiste, ki je ne uporabljajo, a so izpostavljeni dimu vodne pipe (112). Dim vodne pipe vsebuje nikotin in številne rakotvorne in strupene snovi, ki so prisotne tudi v dimu cigaret (111–113). Vsebuje zelo visoke ravni ogljikovega monoksida (112–114) in visoke koncentracije majhnih delcev (112, 115). Ogljikov monoksid je posledica gorenja oglja, ki se uporablja pri vodni pipi (113). Uporaba vodne pipe traja znatno dlje kot kajenje ene cigarete in raziskave kažejo, da lahko posameznik v času približno enourne uporabe vodne pipe inhalira toliko dima, kot če bi pokadil 100 do 200 cigaret (111).

Vplivi kajenja vodne pipe na zdravje niso tako obsežno raziskani kot kajenja cigaret (111, 113). Vendar pa dostopne raziskave kažejo, da je kajenje vodne pipe povezano s podobnimi tveganji za zdravje kot kajenje cigaret, povezano pa je tudi z nekaterimi specifičnimi tveganji za zdravje. Kažejo, da je uporaba vodne pipe povezana z resnimi tveganji za zdravje tistih, ki kadijo vodne pipe, in tistih, ki so izpostavljeni dimu vodne pipe (111). Kratkotrajna izpostavljenost dimu vodne pipe lahko privede do draženja sluznice ust in žrela in draženja oči (112). Visoke ravni ogljikovega monoksida lahko privedejo do izgube zavesti pri nekaterih posameznikih zaradi zastrupitve z ogljikovim monoksidom, ki onemogoči zadostno preskrbo določenih organov (vključno z možgani) s kisikom (112, 113). Nikotin v dimu vodne pipe lahko uporabnika zasvoji (111–113, 116). Kajenje vodne pipe je glede na zaključke različnih raziskav vzročno povezano s pojavom različnih bolezni (111, 112), in sicer z boleznimi dihal, srca in ožilja, ustne votline in zob (112, 113, 117). Pri osebah, ki dolgotrajno uporabljajo vodne pipe, beležimo višjo pojavnost kronične obstruktivne pljučne bolezni, pljučnega raka, astme in parodontalne bolezni. Kajenje vodne pipe je morda povezano tudi z večjo verjetnostjo pojava raka v ustni votlini, raka požiralnika, raka želodca in raka mehurja, potrebne so še dodatne raziskave (112, 113, 117). Nosečnice, ki uporabljajo vodno pipo, imajo večjo verjetnost, da bodo rodile otroka z nizko porodno težo kot nekadilke (112, 113). Souporaba iste vodne pipe lahko predstavlja tudi resno tveganje prenosa nalezljivih bolezni, na primer hepatitisa in tuberkuloze (111), čeprav nekatere raziskave tega ne potrjujejo (117).

Zmesi za vodne pipe, ki ne vsebujejo tobaka in nikotina, prav tako proizvajajo dim z gorenjem rastlinskih snovi, ki prav tako vsebuje pomembne ravni strupenih snovi, le da ni učinkov nikotina (113).

Tobak oziroma zmesi za vodne pipe imajo pogosto dodane različne arome, zato je kajenje vodne pipe lahko zelo privlačno in nekateri ljudje, predvsem mladi, ki sicer ne bi kadili, jo uporabijo prav zaradi te značilnosti (111).

Elektronske cigarete

Elektronska cigareta je novejši izdelek, ki vsebuje nikotin in uporabniku omogoča vdihavanje nikotina, arom in drugih snovi. Elektronska cigareta deluje tako, da segreva tekočino, ki je v njej, in ob tem nastaja aerosol (viden kot fina meglica), ki ga uporabnik vdihuje (118, 119). Tekočine za elektronske cigarete vsebujejo nikotin (nekateri so tudi brez nikotina), vlažilce, arome in različne druge snovi (118, 119), o čemer pišemo še v nadaljevanju.

Na svetu obstaja skoraj 470 različnih blagovnih znamk elektronskih cigaret (120), ki so zasnovane in izdelane na različne načine, kar vpliva na njihove značilnosti, kakovost, varnost in potencialno strupenost (118, 121). Zato ni možno podajati splošnih ugotovitev glede vsebnosti, kakovosti in drugih značilnosti, ki bi veljale za vse elektronske cigarete (118, 119).

V državah Evropske unije so se elektronske cigarete, ki sicer izvirajo iz Kitajske, prvič pojavile okoli leta 2006 (121). Pogosteje jih uporabljajo mladi (118, 119, 122–125). Pri nas jih je v letu 2012 uporabljalo 0,3 % mladih, starih 15–24 let, in 0,8 % mladih, starih 25–34 let (73), deleži uporabnikov elektronskih cigaret v nekaterih drugih državah pa so med mladimi precej višji (119, 122–130). Uporaba elektronskih cigaret je problematična med mladimi predvsem tudi zaradi morebitnega razvoja zasvojenosti in kasnejšega prehoda na običajne tobačne izdelke (90, 119, 124, 130, 131). Pogosteje sicer glede na dostopne podatke elektronske cigarete uporabljajo tisti, ki tudi kadijo, in torej uporabljajo oba izdelka (118, 122, 123, 125, 127, 129), a uporabljajo jih tudi tisti, ki sploh ne kadijo (118, 123, 125, 128, 129), in bivši kadilci (124, 125). Znatno delež mladih meni, da so elektronske cigarete manj škodljive kot običajne (132, 133).

Elektronske cigarete niso varne za zdravje, saj vsebujejo zdravju škodljive snovi, varnost njihove dolgoročne uporabe pa ni znana. Ena od glavnih sestavin tekočine in aerosola elektronskih cigaret je nikotin. Ta ne glede na to, ali prihaja iz tobačnih izdelkov, elektronskih cigaret ali drugih izdelkov, lahko uporabnika zasvoji in ima škodljive učinke na zdravje. Med nosečnostjo lahko privede do prezgodnjega poroda in mrtvorojenosti ter je verjetno glavni posrednik škodljivih učinkov na razvoj pljuč pri še nerojenem otroku. Ima škodljive učinke na razvoj možganov pri še nerojenem otroku in mladostniku ter lahko privede do trajnih škodljivih vplivov na kognitivne (miselne) sposobnosti. Zaužitje večje količine ni-

kotina naenkrat je lahko vzrok zastrupitve in tudi smrti. Med glavnimi sestavinami tekočine in aerosola so še vlažilci (propilen glikol, glicerin) in različne arome. Učinki dolgotrajnega vdihavanja vlažilcev ali arom na zdravje niso znani. Znano pa je, da vlažilca, ki ju vsebujejo elektronske cigarete, pri kratkotrajni uporabi lahko dražita oči in dihala, predvsem pri občutljivih posameznikih ali tistih z boleznimi dihal. V tekočini in aerosolu elektronskih cigaret so našli tudi rakotvorne, dražilne in strupene snovi, njihova vsebnost je v različnih elektronskih cigaretah različna. V primerjavi s tobačnim dimom je koncentracija teh snovi v aerosolu elektronskih cigaret sicer nižja, a so podatki še omejeni. Aerosol elektronskih cigaret, tako kot tobačni dim, vsebuje tudi različne delce, ki prav tako škodujejo zdravju. Aerosol elektronskih cigaret vsebuje podobno število in velikost delcev kot tobačni dim. Uporaba elektronskih cigaret se zato odsvetuje predvsem otrokom in mladostnikom, nosečnicam in ženskam, ki načrtujejo naraščaj, bolnikom s kroničnimi obolenji, predvsem dihal, in nekadilcem (118, 119, 124).

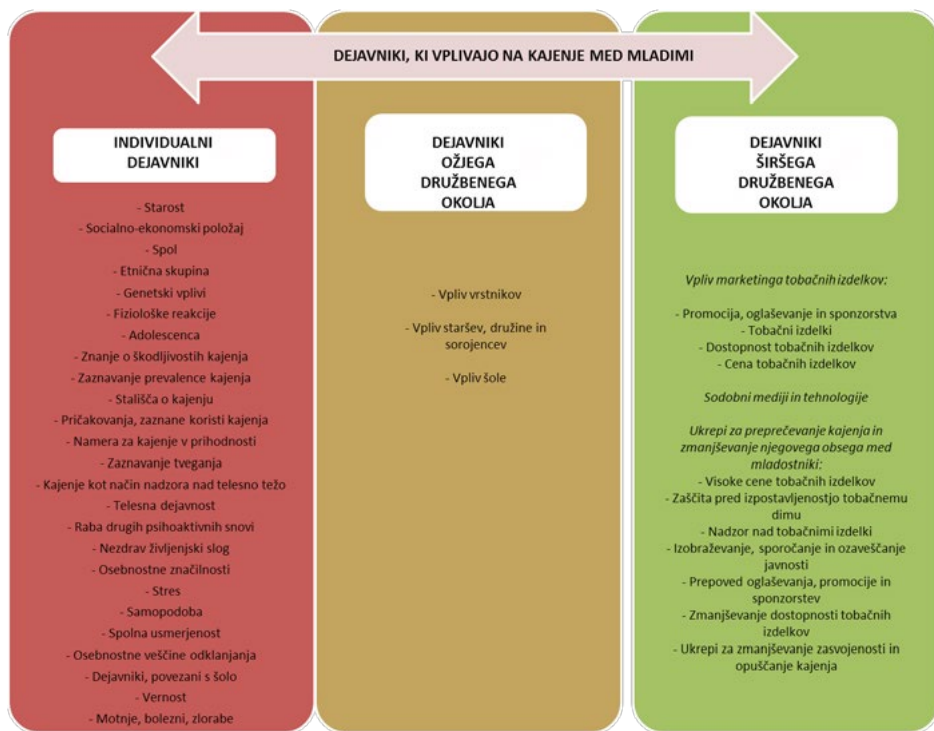
Obstaja več generacij elektronskih cigaret; pri starejših uporabnik zamenja zaprt vložek s tekočino in nima stika z njo, pri novejših pa sam napolni rezervoar s tekočino in tako lahko pride v stik s tekočino in nikotinom (118), kar je, kot poročajo iz tujine, privedlo do velikega porasta zastrupitev z nikotinom (118, 134–136). Nikotin je strupen alkaloid, ki ga lahko v telo vnesemo z zaužitjem ali pa čez kožo ali sluznice. Tekočine za elektronske cigarete imajo različne vsebnosti nikotina (običajno izraženo kot mg/ml), in sicer od nekaj mg do 48 mg nikotina na ml tekočine, najpogosteje 18 mg/ml (137). Te količine nikotina lahko ob neustrezni rabi ali zaužitju (otroci tekočine lahko zaužijejo zaradi privlačnih arom) privedejo do zastrupitve, pa tudi smrti (82, 138).

Aerosol elektronskih cigaret ni le navadna para, v njem so škodljive snovi in delci, ki jih v zaprtih prostorih vdihavajo tudi osebe v bližini uporabnika elektronske cigarete. Glede na dostopne podatke za zdaj ne moremo trditi, da aerosol ni škodljiv zdravju izpostavljenih oseb (118).

Pogosto se elektronske cigarete štejejo za izdelke za pomoč pri opuščanju kajenja ali se kot taki izdelki oglašujejo, vendar pa na podlagi obstoječih podatkov ni možno zaključiti, da so elektronske cigarete učinkovita pomoč pri opuščanju kajenja (118, 119, 124, 139). Priporočamo, da kadilci, ki želijo opustiti kajenje, pri tem uporabljajo preizkušeno in dokazano varne ter učinkovite izdelke, ki so na voljo v lekarnah ali jih predpiše zdravnik na recept.

Dejavniki, ki vplivajo na kajenje med mladimi (dejavniki tveganja in varovalni dejavniki)

Na kajenje (začetek in nadaljevanje kajenja) pri mladih vplivajo številni kompleksni, med seboj prepletajoči se dejavniki (69, 72, 81, 87, 140). Nekateri so močnejše povezani s kajenjem, vendar pa nobeden sam po sebi ni zadosten (87, 91). V različnih fazah kadilskega vedenja mladih so pomembni različni dejavniki in njihove kombinacije (91, 140). Razdelimo jih lahko v tri skupine (slika 2), na individualne ter dejavnike ožjega in širšega družbenega okolja (87). Nekatere od njih še podrobneje opisujemo v nadaljevanju besedila.



Slika 3.2 Dejavniki, ki vplivajo na kajenje med mladimi.

Individualni dejavniki

Starost: S starostjo med mladimi delež kadilcev narašča (17, 70). Med mladimi so posebej pomembna obdobja z večjimi spremembami v življenju, na primer prehodi med šolami (69).

Socialno-ekonomski položaj: Kadi višji delež mladih z nižjim socialno-ekonomskim položajem (81, 87, 140, 142, 143).

Spol: Določeni dejavniki za začetek in/ali nadaljevanje kajenja se razlikujejo med spoloma (72, 87, 144). Pri dekletih so pomembnejši samopodoba, depresija (87), prepričanje, da kajenje vpliva na razpoloženje (144), da je povezano s telesno težo, ter zaskrbljenost glede lastne telesne teže (87); med fanti pa agresija, delinkventnost in motnje vedenja (87).

Fiziološki odzivi ob začetku kajenja: Mladostniki se različno odzivajo na prve poskuse kajenja z večjo ali manjšo občutljivostjo na neugodne učinke nikotina. Nadaljevanje kajenja je po prvih poskusih manj verjetno ob bolj izraženih neugodnih občutkih (69).

Mladostništvo (adolescenca): Mladostništvo je obdobje edinstvene preobčutljivosti na stimulacijske učinke nikotina in na zasvojljivost nikotina (69, 81, 90).

Zaznavanje obsega kajenja med vrstniki in odraslimi: Mladostniki, ki deleže kadilcev med vrstniki in odraslimi precenjujejo, bodo bolj verjetno tudi sami postali kadilci (72, 80, 81, 87, 140).

Kajenje in nadzor nad telesno težo: Precejšen delež mladih verjame, da je kajenje način nadzora nad telesno težo (81, 91). Kajenje z namenom nadzora nad telesno težo med mladimi ni redko (81). S kajenjem je pri mladostnikih lahko povezano hujšanje, zaznavanje lastne telesne teže in zaskrbljenost zaradi nje (81, 144), bolj pri dekletih (81, 91, 144). Kajenje pri mladih (pod 35. letom starosti) glede na dostopne podatke ni povezano s pomembnim zmanjšanjem telesne teže, kar je v nasprotju s prepričanja mladostnikov (81).

Raba različnih snovi: Začetek kajenja je povezan z rabo različnih drugih snovi (72, 80, 87, 144, 145), predvsem alkohola (80, 144). Raba drugih snovi lahko napoveduje začetek kajenja, velja pa tudi nasprotno (87).

Osebnostne značilnosti: Kajenje je pri mladostnikih povezano z nagnjenostjo k iskanju novih dražljajev (91), tveganim vedenjem (72, 87, 140), impulzivnostjo (91), uporništvom (81, 91), delinkventnostjo (81, 87, 140), nezadostnimi veščinami odločanja (140) in agresivnostjo (87).

Samopodoba: Samopodoba je pri mladostnikih, ki so poskusili kaditi, slabša v primerjavi s tistimi, ki niso nikoli kadili (72, 140).

Dejavniki, povezani s šolo: S povečano verjetnostjo kajenja pri mladostniku so povezani slab učni uspeh, majhna prizadevnost, negativen odnos do šole in šolanja ter težave z vedenjem v šoli (81, 140).

Motnje, bolezni: Na voljo je vedno več podatkov, ki kažejo, da je kajenje med mladimi povezano z različnimi razvojnimi in duševnimi motnjami, na primer s sindromom pomanjkljive pozornosti in hiperkinetičnim sindromom, motnjami vedenja, shizofrenijo, tesnobo in depresijo. Vendar pa ni jasno, kakšno je časovno zaporedje, ali so prej prisotne motnje, ki povečajo tveganje za kajenje, ali kajenje poveča tveganje za omenjene motnje. Za odgovor na to vprašanje so potrebne nadaljnje raziskave (81).

Drugi individualni dejavniki so še pozitivna stališča o kajenju (81, 91, 140), pričakovanja in zaznane koristi, ki jih mladostnik povezuje s kajenjem (91, 144), nezdrav življenjski slog (81, 140), namera za kajenje v prihodnosti (72) in občutki stresa (87). Kajenje lahko postane način obvladovanja stresa (87).

Dejavniki, ki zmanjšujejo verjetnost kajenja pri mladostniku (varovalni dejavniki), so lahko le odsotnost dejavnikov tveganja za kajenje pri mladostnikih ali pa posebni dejavniki. Med te sodijo telesna dejavnost in šport ter izvenšolske in druge organizirane skupinske dejavnosti (81), osebnostne veščine odklanjanja (72) in lahko tudi vernost (81, 140). Med varovalne dejavnike sodi tudi dobro duševno zdravje (81).

Dejavniki ožjega družbenega okolja

Večje ko je v mladostnikovem življenju število pomembnih oseb, ki kadijo, večje je tveganje, da bo kadil tudi on sam (142).

Vpliv vrstnikov: Kajenje vrstnikov je eden najbolj doslednih napovedovalcev kajenja pri mladostnikih (81, 82, 140, 142). Mladostniki le redko poročajo o neposrednem pritisku vrstnikov, naj kadijo, gre bolj za občutek pripadnosti ali sprejetosti v skupini vrstnikov, ki kadijo, oziroma za zaznavanje, da je kajenje razširjeno in družbeno sprejemljivo ter da je to način povezovanja z vrstniki (81, 87, 91).

Vpliv staršev in sorojencev: Starši imajo pomemben vpliv na (ne)kajenje mladostnika prek zgledov z lastnim (ne)kajenjem, s sporočili in pravili glede kajenja ter s slogom vzgoje. Kajenje staršev je povezano z večjo verjetnostjo kajenja pri mladostniku, avtoritativni način vzgoje s starševsko podporo in nadzorom pa z manjšo. Kajenje starejših sorojencev tudi pomembno vpliva na kajenje mladostnika (72, 81, 87, 140, 144).

Vpliv šole: Delež kadilcev in sprejemljivost kajenja v posamezni šoli vplivata na začetek kajenja mladostnikov (72, 91, 144).

Dejavniki širšega družbenega okolja

Marketing tobačnih izdelkov ter sodobni mediji in tehnologije: Tobačna industrija za doseganje čim večje prodaje svojih izdelkov uporablja številne marketinške pristope, še posebej prilagojene mladim, in temu namenja veliko denarja (81). Mladi so za tobačno industrijo zelo pomembna ciljna skupina, saj se kadilske navade praviloma vzpostavljajo v tem obdobju. Za ohranitev dobička ali njegovo povečanje mora tobačna industrija rekrutirati nove kadilce med mladimi, ki bodo njihovi bodoči kupci. Za doseganje tega cilja uporablja številne marketinške, oglaševalske in promocijske prijeme, in kot kažejo dokazi, so to ključni dejavniki pri začetku in nadaljevanju kajenja med mladimi. Med te prijeme sodijo promocijske akcije zniževanja cen in različni pristopi za navidezno zniževanje cen (nagrade, kuponi, brezplačni izdelki idr.), povečevanje privlačnosti kajenja z dodajanjem arom in drugih dodatkov v izdelke ter privlačno oblikovanje embalaže in izdelka, velika dostopnost tobačnih izdelkov, intenzivno oglaševanje in promocija na prodajnem mestu idr. Poleg tega naraščajoče število komunikacijskih kanalov in globalizacija tobačni industriji omogočata nove dostope do mladostnikov, ki so včasih skoraj nezaznavni. Obstaja zadosti dokazov za trditev, da obstaja vzročna povezava med oglaševanjem in promocijskimi aktivnostmi tobačne industrije in začetkom ter nadaljevanjem kajenja med mladimi (81).

Ukrepi za preprečevanje kajenja in zmanjševanje njegovega obsega med mladostniki: Celovit program za nadzor nad tobakom s kombinacijo dokazano učinkovitih ukrepov (visoke cene tobačnih izdelkov, prepoved kajenja v zaprtih javnih in delovnih prostorih, prepoved oglaševanja, promocije in sponzorstev, ozaveščanje in informiranje o škodljivosti rabe tobaka, velika kombinirana slikovno-besedilna zdravstvena opozorila na tobačnih izdelkih, enotna oziroma standardizirana embalaža, prepoved arom in drugih dodatkov, pomoč pri opuščanju kajenja in zmanjševanje dostopnosti ter privlačnosti tobačnih izdelkov), masovne medijske kampanje in celoviti programi v lokalni skupnosti zmanjšujejo obseg začetka kajenja in delež kadilcev med mladimi (81).

Pregled raziskav med mladimi v slovenskem prostoru

V tem poglavju bomo podrobneje opisali ključne izsledke dveh mednarodnih populacijskih raziskav, v kateri je vključena Slovenija in ki obravnavata problematiko pitja alkoholnih pijač in kajenja tobaka ter drugih tobačnih izdelkov med mladimi v Sloveniji. Podali bomo tudi ključne izsledke raziskave *Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog*. Vse tri raziskave so bile oprave

vljene na reprezentativnih vzorcih prebivalcev Slovenije, kar nam omogoča posploševanje rezultatov posameznih raziskav na populacijo prebivalcev Slovenije. V nadaljevanju jih na kratko opisujemo.

Raziskava HBSC – *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju* (angl. *Health Behavior in Schol-Aged Children*) (<http://www.hbsc.org/>) je periodična mednarodna raziskava, ki poteka na štiri leta in zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstva, poškodbe, ustno zdravje, z zdravjem povezana vedenja (tvegana vedenja, prehrana, gibanje) in tudi socialni kontekst (družina, šola, vrstniki). Izvaja se med 11-, 13- in 15-letniki v 44 državah Evrope in sveta, Slovenija pa se ji je pridružila leta 2002.

Raziskava ESPAD – *Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino* (angl. *The European school survey project on alcohol and other drugs*) (<http://www.espad.org/>) poteka od leta 1995 v štiriletnih presledkih in je najpomembnejši vir podatkov o razširjenosti uporabe drog med šolsko mladino v evropskih državah. Leta 2011 je potekala že petič. Slovenija v raziskavi sodeluje že vse od začetka, izvajal jo je Inštitut za varovanje zdravja, od leta 2007 pa Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Vzorec zajema dijake, stare 15–16 let, ki so vključeni v prvi letnik srednješolskih programov.

Povprečna starost dijakov ob anketiranju je bila 15,8 leta, zato v nadaljevanju govorimo o 16-letnikih.

Raziskava *Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog* zajema prebivalce, stare 15–64 let, zaradi velikega vzorca anketiranih pa nudi možnost podrobnejšega vpogleda v razširjenost kajenja in pitja alkoholnih pijač v mlajših starostnih skupinah (*15–17 in 18–24 let*). Raziskava je bila izvedena enkrat (v letu 2011 in 2012), zato ne omogoča časovnih primerjav, prav tako niso možne mednarodne primerjave, saj so bila vprašanja za tobak in alkohol pripravljena lokalno.

Za bolj poglobljeno razlago bomo ponekod podali tudi zaključke nekaterih drugih slovenskih in tujih raziskav, tudi nekaterih kvalitativnih in kvantitativnih raziskav z obravnavanega področja⁵.

Kadar v besedilu govorimo o razlikah v deležih, v vseh primerih navajamo le statistično značilne razlike.

⁵ Pregled raziskav, ki so bile opravljene v Sloveniji na področju alkohola, je dostopen na spletnih straneh MOSE http://www.infomosa.si/baze_podatkov/raziskave/seznam.html.

Alkohol

Ključni izsledki raziskave HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (11-, 13- in 15-letniki)

Podatki zadnje raziskave HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (11-, 13- in 15-letniki) kažejo (17, 146), da:

- je skoraj 40 % 15-letnikov alkoholne pijače prvič pilo v starosti 13 let ali manj,
- je alkoholne pijače že pila večina (81 %) 15-letnikov,
- približno vsak sedmi 15-letnik pije alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko,
- je bila skoraj tretjina (30,3 %) 15-letnikov že opitih vsaj dvakrat v življenju.

Podatki kažejo na nekatere razlike med spoloma (146). Med 15-letniki, ki pijejo vsaj enkrat tedensko, je pomembno več fantov kot deklet, v deležu tistih, ki so že pili alkoholne pijače ali bili vsaj dvakrat opiti, pa ni pomembnih razlik med spoloma. Pitje alkohola in opijanje v starosti 13 let ali manj je pogostejše med fanti kot med dekleti.

Spodbudno je, da se je delež mladostnikov (11-, 13- in 15-letnikov), ki pijejo alkoholne pijače vsaj enkrat tedensko, v obdobju 2002–2014 znižal, v istem obdobju se je znižal tudi delež tistih, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti. Manj spodbudno je dejstvo, da je do znižanja prišlo le pri fantih, ne pa tudi pri dekletih. Razlike med spoloma v opijanju so se do leta 2010 zmanjševale zaradi povišanja opijanja med dekleti, kasneje pa zaradi znižanja med fanti.

Zaskrbljujoče je dejstvo, da se je zvišal delež 15-letnikov, ki so prvič pili alkohol v starosti 13 let ali manj. To je še toliko bolj zaskrbljujoče, če upoštevamo izsledke raziskav (47, 48), ki kažejo, da je tveganje za težave zaradi alkohola v odraslosti višje pri tistih mladostnikih, ki začnejo piti alkohol pri nižji starosti.

Mednarodna primerjava je dostopna za raziskavo iz leta 2009/2010 in glede tedenskega pitja pokaže, da 11- in 13-letni fantje in dekleta tedensko pijejo alkoholne pijače v manjši ali enaki meri kot v povprečju njihovi vrstniki iz mednarodnega okolja. 15-letni slovenski fantje in dekleta pa se v tedenskem pitju alkoholnih pijač uvrščajo nad mednarodno povprečje, in sicer v zgornjo četrtino držav z najvišjimi deleži tistih, ki tedensko pijejo alkoholne pijače (70). Podobno velja za

opijanje, kjer prav tako pri 11- in 13-letnikih glede na mednarodno povprečje ni izrazito velikih razlik ali pa so rezultati ponekod celo ugodnejši za slovenske mladostnike. Drugače pa je pri slovenskih 15-letnikih, pri katerih je delež tistih, ki so bili v življenju opiti najmanj dvakrat, izrazito višji od mednarodnega povprečja: slovenskih 15-letnih fantov, ki so bili v življenju opiti dvakrat ali večkrat, je glede na njihove vrstnike v mednarodnem okolju 11 % več, takih slovenskih 15-letnih deklet pa je glede na njihove vrstnice v mednarodnem okolju kar 17 % več. S tem se slovenski 15-letniki uvrščajo na 10. od 38 mest na lestvici držav glede na višino deleža opitih 15-letnikov (70).

Analiza neenakosti je pokazala, da se tedensko pitje alkoholnih pijač in opijanje dvakrat ali večkrat pri 11-, 13- in 15-letnikih razlikujeta glede na nekatere kazalnike neenakosti (147). Največji delež mladostnikov, ki tedensko pijejo alkohol, je

- med tistimi, ki ocenjujejo (denarno) blagostanje svoje družine kot podpovprečno;
- med tistimi z enim ali obema nezaposlenima staršema;
- med tistimi, ki prihajajo iz rekonstruiranih družin, ter
- med tistimi, ki imajo podpovprečni šolski uspeh oziroma obiskujejo poklicne in nižje poklicne šole.

Ključni izsledki raziskave ESPAD – Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino (16-letniki)

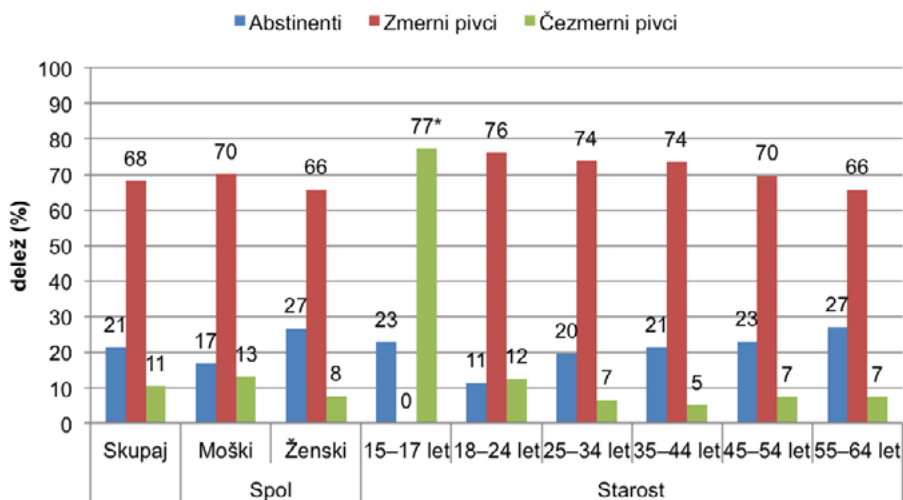
Podatki zadnje raziskave ESPAD – *Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino* (18) kažejo, da le 6,6 % slovenskih mladostnikov ni imelo izkušenj z alkoholnimi pijačami ter da je 38 % fantov in 22 % deklet rednih pivcev alkoholnih pijač. Več kot polovica (56 %) jih je bila že tako opitih, da se jim je pri govoru zapletalo, pri hoji so se opotekali, bruhalo so ali se pozneje niso spomnili, kaj se je dogajalo. Da bi si zelo ali precej lahko nabavili alkoholne pijače, če bi želeli, je odgovorilo 88 % anketiranih.

V raziskavi avtorji (18) ugotavljajo, da je uporaba psihoaktivnih snovi statistično značilno povezana z njihovo zaznano dostopnostjo, pri čemer se je delež mladostnikov, ki menijo, da so jim alkoholne pijače dostopne, med letoma 2007 in 2011 povečal.

Ključni izsledki raziskave Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog (15–17 in 18–24 let)

V zadnjem letu v starostni skupini 15–17 let alkoholnih pijač ni pilo 23 % oseb te starosti, v starostni skupini 18–24 let pa le še 10 %. Največ mladoletnih, ki so v zadnjem letu pili alkoholne pijače, 35 %, je po teh pijačah poseglo enkrat na mesec ali redkeje oziroma dva- do trikrat na mesec, med mlajšimi odraslimi osebami (18–24 let), ki so v zadnjem letu pile alkoholne pijače, pa je največji delež, 39 %, po alkoholnih pijačah posegel dva- do trikrat na mesec. Med tistimi, ki alkohola niso pili, je bilo več žensk, med tistimi, ki so se opijali, pa več moških (148).

Raziskava *Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog* je populacijska raziskava, ki vključuje reprezentativen vzorec prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, kar nam omogoča primerjavo med spoloma in različnimi starostnimi skupinami. Na sliki 3.3 so prikazani deleži abstinentov, zmernih in čezmernih pivcev po spolu in starostnih skupinah.



Slika 3.3: Deleži abstinentov, zmernih pivcev in čezmernih pivcev med prebivalci Slovenije, starimi 15–64 let, skupaj in glede na spol ter starost

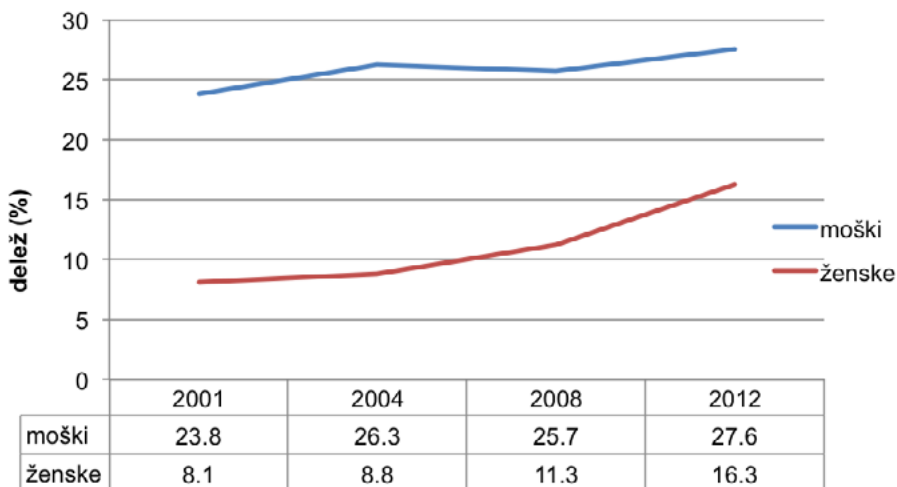
Vir: NIJZ, Raziskava Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog, 2011 in 2012; (15)

*Pri otrocih in mladostnikih ne moremo govoriti o mejah manj tvegane pitja alkohola oziroma o zmernih pivcih, saj pri njih vsakršno pitje alkohola velja za tvegano (7–11), zato otroke in mladostnike, ki pijejo alkohol, opredelimo kot čezmerne pivce.

S slike 3.3 je razvidno, da je delež pivcev (zmernih in čezmernih) višji med moškimi, med ženskami pa je več abstinentov. Da moški pijejo alkoholne pijače in se opijajo pogosteje in v večjih količinah kot ženske, so ugotovili tudi drugi slovenski (16, 18, 29, 36, 53, 149–156) in tuji raziskovalci (10, 11, 157–167), ki ugotavljajo, da so razlike med spoloma v pitju alkohola univerzalne in se pojavljajo v različnih kulturah. Če pogledamo podatke po starosti, ugotovimo, da je delež abstinentov najnižji v starostni skupini 18–24 let, delež čezmernih pivcev pa je najvišji v starostni skupini 15–17 let. Razlog za to je, da pri otrocih in mladostnikih ne moremo govoriti o mejah manj tvegane pitja alkohola oziroma o zmernih pivcih, saj pri njih vsakršno pitje alkohola velja za tvegano (7–11), zato otroke in mladostnike, ki pijejo alkohol, opredelimo kot čezmerne pivce. Poleg tega izstopa delež čezmernih pivcev v starostni skupini 18–24 let, ki je višji kot v preostalih starejših starostnih skupinah (148).

Pivsko vedenje in razlike med spoloma – zakaj obstajajo in kakšni so trendi?

Različne teorije navajajo različne vzroke za pojav razlik med spoloma v pivskem vedenju (161). Tako na primer biološko in medicinsko usmerjene razlage poudarjajo predvsem razlike med spoloma v metabolizmu alkohola, psihološke in nekatere druge razlage pa vzroke iščejo tudi v različni pripravljenosti moških in žensk za izvajanje tveganih vedenj ter v razlikah med željami in motivacijo za pitje. Pri ženskah so na primer ugotovili, da pijejo predvsem zato, da lažje izražajo čustva in rešujejo težave doma in na delovnem mestu, medtem ko je bila pri moških v ospredju želja po biti zabaven in duhovit ter želja po lažjem iskanju partnerja (168). Mnogo študij je pokazalo, da že v mladosti obstajajo razlike v tem, kako fantje in dekleta dojemajo škodo, ki lahko nastane zaradi alkohola, pri čemer so dekleta bolj razumela posledice, ki jih lahko ima pitje alkohola (169). Sociološke razlage so pri razlagi razlik med spoloma v pitju alkohola poudarile še sposobnost nadzora, ki naj bi bil pri moških bolj eksternaliziran in pod večjim vplivom situacije in vrstnikov, zaradi česar naj bi bili moški bolj nagnjeni k čezmernem pitju in opijanju (161). Glede na zadnje analize slovenskih in tujih trendov v pivskem vedenju (14, 17, 153, 155, 160, 161, 166, 170, 171) pa je pričakovati, da se bodo razlike med spoloma v prihodnosti zmanjševale, saj v zadnjih letih pada odstotek 15-letnikov, ki se opijajo, medtem ko odstotek 15-letnic ostaja enak (17). Poleg tega narašča odstotek mladih žensk (25–34 let), ki se pogosto opijajo (14; slika 3.4).



Slika 3.4: Deleži prebivalcev Slovenije, starih 25–34 let, ki se opijajo 1–3-krat mesečno ali pogosteje, po spolu.

Vir: NIJZ, raziskava CINDI 2001, 2004, 2008, 2012 (14)

Izsledki slovenskih raziskav na populaciji študentov

V slovenskem prostoru do sedaj nismo imeli veliko raziskav, ki bi proučevale pivsko vedenje študentov, je pa bilo v zadnjih letih narejenih nekaj tovrstnih raziskav. Gre za raziskave, ki niso populacijske, temveč vključujejo vzorce študentov različnih študijskih smeri. Biščak Hafnerjeva s sodelavci (172) je na primer na vzorcu študentov prvih letnikov rednega študija Univerze v Ljubljani, ki so prišli na obvezni redni preventivni zdravstveni pregled, ugotovila, da je tvegano ali škodljivo pilo 23 % anketiranih, 61 % pa se jih je v zadnjem letu vsaj enkrat opilo. Višje obete (višjo verjetnost) za tvegano in škodljivo pitje alkohola so imeli študentje moškega spola, kadilci in tisti, ki so že poskusili katero od drugih psihoaktivnih snovi. Kolšek je s sodelavci (173) na vzorcu študentov Univerze v Mariboru, ki so prišli na obvezni preventivni zdravniški pregled, ugotovil podobno: 28 % študentov je bilo prepoznanih kot tveganih pivcev. Zanimivo so ugotovili (173) tudi, da je bilo med študenti, ki so bili s strani zdravnika ocenjeni kot bolj zdravi, manj tveganih pivcev, med tistimi s povišanim indeksom telesne mase pa je bilo več tveganih pivcev. S tveganim pitjem se je povezovalo tudi vsakodnevno uživanje ocvrte hrane, moški spol, kajenje ter uporaba prepovedanih psihoaktivnih snovi. Bogatajeva (174) pa je proučevala študente zdravstvene nege izolske Fakultete za

zdravstveno nego in ugotovila, da je desetina anketiranih v zadnjem letu pila dva- do trikrat na mesec, skoraj petina jih je ob eni pivski priložnosti popila pet do šest enot alkohola, tvegano ali škodljivo je pilo skoraj 35 % anketiranih. Tudi ona je ugotovila, da moški pijejo bolj tvegano, ugotovila pa je še, da bolj tvegano pijejo študentje nižjih letnikov v primerjavi s tistimi iz višjih.

Še nekateri izsledki slovenskih kvantitativnih in kvalitativnih raziskav med mladimi

Nekaj izsledkov slovenskih kvalitativnih in kvantitativnih raziskav smo podali že v poglavju *Oris področja*, nekatere druge, ključne za razumevanje problematike, podajamo v nadaljevanju. Na kratko bomo predstavili izsledke s področja dostopnosti alkohola, odnosa mladih do zakonodajnih ukrepov in virov informacij v povezavi s škodljivostmi alkohola.

Prodaja alkohola je v Sloveniji osebam, mlajšim od 18 let, zakonsko prepovedana (175), a podatki kažejo, da več kot polovica mladostnikov med 12. in 15. letom nima težav s pridobivanjem alkoholnih pijač v trgovini, na bencinskih črpalkah in v lokalih (149, 150). Skoraj polovice mladostnikov v starosti 14–17 let ob nakupu pijače v baru, trgovini ali diskoteki niso še nikoli zavrnil. 17-letniki alkoholne pijače najpogosteje dobijo v baru, gostilni, trgovini in disku oziroma klubu (31). Stanje je podobno tudi pri starejših (15–24 let), več kot 80 % jih namreč poroča, da brez težav dostopajo do alkohola (176, 177). 42 % mladostnikov med 12. in 15. letom meni, da njihovi starši vedó, da pijejo alkoholne pijače (149), prek staršev oziroma v domačem okolju pa z alkoholnimi pijačami tudi najpogosteje pridejo v stik (31, 149). Tako so svoj prvi kozarec alkohola otroci in mladostniki najpogosteje spili do svojega 10. leta starosti, največkrat na pobudo očeta ali pa so si ga vzeli sami, najpogosteje na praznovanjih (29).

Mladostniki (9. razred) so do učinkovitosti različnih ukrepov, ki preprečujejo uživanje alkohola med mladimi, skeptični. Menijo, da ukrepi alkoholne zakonodaje nimajo velike vloge pri njihovi odločitvi o pitju alkohola (32). Izkaže pa se drugače, kadar gre za vedenje mladih. Mladostniki, ki so poznali zakonodajo na področju alkohola, ki se nanaša na mlade, so poročali o nižjih stopnjah popivanja v primerjavi s tistimi, ki tovrstne alkoholne zakonodaje niso poznali (178). Zato je oblikovanje programov, ki bodo mladostnike ozaveščali o zakonodaji na področju problematike alkohola, lahko učinkovito. Pri oblikovanju zakonodaje pa so nam lahko v pomoč predlogi mladostnikov (32):

- spodbujanje in nagrajevanje neuživanja alkohola,
- več prostorov, ki bodo namenjeni aktivnemu druženju med mladimi,
- okusne in privlačne brezalkoholne pijače, ki bodo cenejše od alkohola,
- širjenje informacij o škodljivih učinkih pitja alkohola, ki bodo mladim razumljive; obstaja namreč veliko informacij, ki za mlade niso razumljive, ki govorijo o mogočih dolgoročnih škodljivih učinkih, ki mladostnikov ne motivirajo za nepitje.

Mladostniki navajajo predvsem dva vira informacij o alkoholu. Prve so t. i. izkušnje iz prve roke – informacije o alkoholnih pijačah in njihovih učinkih, ki jih mladostniki pridobivajo od svojih vrstnikov. Navajajo, da so takšne informacije koristne, posebej pri izbiri alkoholnih pijač in pridobivanju lastnih izkušenj, povezanih z uživanjem alkohola (kako ravnati v primeru pijanosti; koliko pijače moraš spiti, da si pijan; kje dobiti alkoholno pijačo po ugodni ceni itd.). Drug vir informacij pa predstavljajo različni mediji (TV, radio, internet), šola (različna predavanja) in dom. Mladostniki so že slišali za različne kampanje, namenjene ozaveščanju o škodljivih posledicah alkohola, a menijo, da te za mlade niso zanimive. Podobno menijo o predavanjih v šoli, ki se jim sicer zdijo relativno zanimiva, a hkrati menijo, da niso učinkovito sredstvo za odvrčanje mladih od pitja alkohola. Tudi glede prepovedi mladi menijo, da imajo nasproten učinek od zelenega, mladim je alkohol le še bolj privlačen. Poleg t. i. informacij o škodljivem pitju alkohola pa predvsem iz medijskega sveta (še posebej filmi in nadaljevanke) mladi pogosto dobijo tudi »pozitivne« informacije o alkoholu – ki spodbujajo privlačnost pitja alkoholnih pijač (32).

***Nekaj podatkov o pitju alkohola med odraslimi prebivalci Slovenije
(iz raziskave Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog
in raziskave CINDI – Z zdravjem povezan vedenjski slog)***

V raziskavi *Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog* so avtorji ugotovili, da je med prebivalci Slovenije, starimi 25–64 let, dobrih 20 % takih, ki v zadnjem letu niso pili alkoholnih pijač (148). Alkoholne pijače je v čezmernih količinah pilo (čez mejo manj tveganega pitja alkohola) skoraj 7 % prebivalcev, visoko tvegano se je v zadnjem letu vsaj enkrat opilo skoraj 43 % prebivalcev, tveganih pivcev, ki vključujejo osebe, ki pijejo čezmerno in/ali so se v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opile, pa je bilo skoraj 44 % (148). Ti podatki so zelo podobni drugim slovenskim populacijskim raziskavam, ki so bile narejene na podobnih vzorcih. V raziskavi CINDI – *Z zdravjem povezan vedenjski slog* so na primer ugotovili, da v letu 2012 alkohola ni pilo 21 % prebivalcev, 69 % jih je pilo v mejah manj tveganega pitja, 10 % jih je pilo čezmerno, prib-

lišno polovica prebivalcev pa se je v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opila (14, 53, 153). Podatki raziskave CINDI (14) tudi kažejo, da je delež tistih, ki v zadnjem letu niso pili alkohola, v obdobju 2001–2012 narasel pri moških in pri ženskah, medtem ko je delež tveganih pivcev pri obeh spolih padel. Pri ženskah je narasel delež tistih, ki se opijajo 1–3-krat na mesec ali pogosteje, pri moških pa je ta odstotek v omenjenem obdobju ostal podoben. Ugotavljamo, da je način pitja odraslih usmerjen v pitje večjih količin alkohola ob eni priložnosti (opijanje), kar je oblika pitja, ki je tvegana in pri kateri obstaja verjetnost škode zaradi pitja alkohola. Podobno velja tudi za mladostnike.

Pregled preventivnih programov s področja problematike alkohola v slovenskem prostoru

V okviru MOSE – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola je bil narejen pregled preventivno-promocijskih programov, akcij in kampanj, ki so se in se v Sloveniji izvajajo z namenom preprečevanja tvegane in škodljivega pitja alkohola. Ta pregled kaže, da je bilo med letoma 1990 in 2015 v Sloveniji izvajanih 59 preventivno-promocijskih programov, kampanj in akcij. Porast programov je viden po letu 2006, trenutno pa se izvaja nekaj več kot 30 programov. Večina programov je namenjenih mladostnikom in vključuje seznanjanje o škodljivih posledicah tvegane pitja alkohola in o varni vožnji. Seznam preventivno-promocijskih programov s področja problematike alkohola je dostopen na spletnih straneh MOSE⁶.

V slovenski pregledni študiji učinkovitih preventivnih programov za mlade v starosti 18–25 let so avtorji ugotovili, da med najbolj učinkovite preventivne oziroma intervencijske pristope sodijo: presejanje ter kratki ukrepi ob ugotovljenem tvegane pitju, spodbujanje mladih k nepitju alkohola, nadzor nad porabo alkohola znotraj študentskih naselij, zviševanje cen alkoholnih pijač, omejitve oglaševanja ter programi, ki poskušajo spremeniti odnos posameznikov do alkohola (178).

Tobak

Ključni izsledki raziskave HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji (11-, 13- in 15-letniki)

Podatki zadnje raziskave HBSC kažejo, da je 40 % 15-letnikov že kdaj kadilo, vsaj enkrat na teden ali pogosteje pa jih kadi približno 13 %. Približno 17 % 15-letnikov je prvič kadilo v starosti 13 let ali manj. Med spoloma pri tem ni razlik (17).

⁶ http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/seznam.html?key=vse&page=3&filter=

Razširjenost kajenja med mladostniki, starimi 11, 13 in 15 let, narašča s starostjo, skupno in pri obeh spolih, najbolj med 13. in 15. letom, deleži pri spremljanih kazalnikih kajenja pa so najvišji med 15-letniki (17, 180). Deleži kadilcev med 11, 13 in 15 let starimi mladostniki skupaj in po spolu ter delež 15-letnikov, ki so prvič kadili cigarete v starosti 13 let ali manj, so prikazani v tabeli 3.2 (17).

V obdobju 2002–2014 in v času med zadnjima dvema raziskavama (med 2010 in 2014) se je razširjenost kajenja (kadil tobak kadar koli v življenju, kadi vsaj enkrat tedensko, kadi vsak dan) med mladostniki pomembno zmanjšala skupno, v vseh posameznih starostih in pri obeh spolih, med 15-letniki pa skupno in pri obeh spolih tudi delež tistih, ki so prvič kadili v starosti 13 let ali manj (17). Za 15-letnike prikazujemo deleže izbranih kazalnikov kajenja za leta 2002, 2006, 2010 in 2014 v tabeli 3.3 (17).

Mednarodna primerjava je dostopna za raziskavo HBSC iz leta 2010. Po obsegu kajenja mladostniki v Sloveniji povprečja vrstnikov iz držav, ki so vključene v raziskavo HBSC, večinoma ne presegajo. Tudi delež 15-letnikov, ki kadijo vsaj enkrat na teden ali pogosteje, je blizu povprečja držav, vključenih v raziskavo HBSC (70, 180).

Tabela 3.2: Razširjenost kajenja (%) med mladostniki, starimi 11, 13 in 15 let, skupaj in po spolu v Sloveniji (HBSC)

Starost	Skupaj (%)				Fantje (%)				Dekleta (%)			
	11, 13 in 15	11	13	15	11, 13 in 15	11	13	15	11, 13 in 15	11	13	15
Kadil tobak kadar koli v življenju (vsaj eno cigareto, cigaro ali pipo).	18,5	3,0	14,2	40,0	19,3	4,3	16,8	40,4	17,8	1,6	11,7	39,7
Kadi tobak vsaj enkrat tedensko.	5,1	0,3	2,0	13,1	5,7	0,5	3,0	14,7	4,5	0,1	1,0	11,8
Kadi tobak vsak dan.	3,3	0,2	1,3	8,6	3,7	0,4	2,2	9,2	2,9	0,0	0,5	8,0
Prvič kadil cigarete v starosti 13 let ali manj.				16,6				17,7				15,8

Vir: HBSC 2014

Tabela 3.3: Razširjenost kajenja (%) med mladostniki, starimi 11, 13 in 15 let, v Sloveniji, 2002, 2006, 2010 in 2014 (HBSC)

	15-letniki (%)				15-letni fantje (%)				15-letna dekleta (%)			
Kadil tobak kadar koli v življenju (vsaj eno cigareto, cigaro ali pipo).	64,9	54,2	53,1	40,0	66,1	54,9	53,4	40,4	63,7	53,4	52,7	39,7
Kadi tobak vsaj enkrat tedensko.	29,3	18,1	19,4	13,1	29,2	19,7	19,9	14,7	29,5	16,4	18,9	11,8
Kadi tobak vsak dan.	22,6	13,3	13,9	8,6	22,2	14,5	14,3	9,2	23,0	12,2	13,3	8,0
Prvič kadil cigarete v starosti 13 let ali manj.	28,4	27,5	24,3	16,6	27,7	29,5	26,6	17,7	29,2	25,5	22,0	15,8

Vir: HBSC 2002, 2006, 2010 in 2014

Na osnovi raziskave HBSC iz leta 2010 so bile analizirane tudi neenakosti v kajenju med mladostniki v Sloveniji. Podatki so pokazali, da so mladostniki iz skupin z nižjim socialno-ekonomskim položajem (glede na samooceno blagostanja družine, zaposlitveni status staršev, tip družine in izbrani šolski program) bolj verjetno že kdaj kadili, bolj verjetno kadili v času anketiranja oziroma bolj verjetno kadili tedensko ali vsak dan (180).

Ključni izsledki raziskave ESPAD – Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino (16-letniki)

Podatki zadnje raziskave ESPAD so na voljo za leto 2011. Raziskava je takrat pokazala, da je 60 % 16-letnikov v Sloveniji že kdaj kadilo, 32 % pa v zadnjih 30 dneh, v obeh primerih več deklet kot fantov. V starosti 13 let ali manj je prvič kadilo 32 % 16-letnikov, pri čemer so prevladovali fantje. 71 % 16-letnikov je navedlo, da zelo lahko ali precej lahko pridejo do cigaret, tu pa so prevladovala dekleta (18, 181).

Raziskava je pokazala, da je med 16-letniki v Sloveniji, katerih sorojenci ne kadijo, delež kadilcev nižji kot med ostalimi. Med 16-letniki, katerih večina ali vsi prijatelji kadijo, je delež rednih kadilcev višji kot med ostalimi. Kajenje bi dovolilo ali dovolil 9,5 % mater in 9,0 % očetov. Med 16-letniki, ki menijo, da bi jim oče ali mati dovolila kaditi oziroma to že dovolita, je delež rednih kadilcev višji kot med ostalimi (18).

Med letoma 1995 in 2003 je narasel delež tistih, ki so že kdaj kadili, in tistih, ki so redno kadili, med 2003 in 2011 pa sta se deleža znižala (18). Razširjenost kajenja med 16-letniki in oceno dostopnosti cigaret v letih 1995, 1999, 2003, 2007 in 2011 prikazujemo v tabeli 3.4 (160, 182–184).

Tabela 3.4: *Razširjenost kajenja (%) med mladostniki, starimi 15 do 16 let, v Sloveniji, 1995, 1999, 2003, 2007 in 2011 (ESPAD)*

	%	2011	2007	2003	1999	1995
Kadil cigarete kadar koli v življenju.		60	61	67	64	59
Kadil cigarete v zadnjih 30 dneh.		32	29	36	29	19
Prvič kadil cigarete v starosti 13 let ali manj.		32	36	46	36	39
Cigarete so zlahka dostopne.		71	77			

Vir: ESPAD 1995, 1999, 2003, 2007 in 2011

V letu 2011 se je Slovenija po obsegu kajenja med 16-letniki v Sloveniji uvrščala za nekaj odstotnih točk nad povprečje vrstnikov iz držav, ki so bile vključene v raziskavo ESPAD, pri deležu tistih, ki so že kdaj kadili cigarete, deležu tistih, ki so kadili v zadnjih 30 dneh, in v oceni dostopnosti cigaret, medtem ko smo v deležu tistih, ki so prvič kadili v starosti 13 let ali manj, blizu povprečja (181).

Ključni izsledki raziskave Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog o kajenju v starostnih skupinah 15–24 let in 25–34 let

V starostni skupini 15–24 let je delež kadilcev 25,2 % (moški 26,3 %, ženske 24,0 %). Ko to starostno skupino razdelimo na mladoletne in tiste, stare 18 let in več, je s starostjo razviden porast deleža kadilcev in porast deleža tistih kadilcev, ki kadijo redno. V starostni skupini 15–17 let je delež kadilcev 15,7 % (fantje 16,4 %, dekleta 14,9 %), v starostni skupini 18–24 pa je delež pomembno višji skupno in pri obeh spolih in je 28,6 % (moški 29,6 %, ženske 27,3 %). Med spoloma pa v deležih ni pomembnih razlik. S starostjo pomembno narašča delež rednih kadilcev

med vsemi kadilci, ki je v starostni skupini 15–17 let 55,1 % kadilcev, v starostni skupini 18–24 pa 72,2 % (15).

V starostni skupini 25–34 let je delež kadilcev 28,0 % (moški 33,3 %, ženske 22,7 %). Redno (vsak dan) kadi 81,7 % kadilcev. Za primerjavo naj navedemo, da je med vsemi prebivalci, starimi 15–64 let, delež kadilcev 24,0 %, med njimi pa je 80 % rednih kadilcev (15).

Ključni izsledki raziskave GYTS – Svetovna raziskava odnosa mladih do tobaka (13- do 15-letniki)

Raziskava GYTS je mednarodna raziskava, ki se v Sloveniji izvaja vsaka štiri leta, zadnji podatki so dostopni za leto 2011. Raziskava se izvaja na reprezentativnem vzorcu mladostnikov, starih 13–15 let. Deleži kadilcev iz raziskave GYTS so za leta 2003, 2007 in 2011 predstavljeni v tabeli 2.2.4 (185–187).

Tabela 3.5: *Razširjenost kajenja (%) med mladostniki, starimi 13 do 15 let, v Sloveniji, 2003, 2007 in 2011 (GYTS)*

	Skupaj (%)			Fantje (%)			Dekleta (%)		
	2003	2007	2011	2003	2007	2011	2003	2007	2011
Kadil cigarete kadar koli v življenju.	62,8	57,3	49,5	63,	56,1	47,5	62,2	56,7	50,1
Trenutno uporablja kateri koli tobačni izdelek.	23,6	21,8	20,6	22,9	16,9	17,4	23,5	24,2	21,5
Prvič kadil cigarete v starosti manj kot 10 let.	27,5	23,9	19,6	31,5	27,8	26,8	24,5	19,8	13,6

Vir: GYTS 2003, 2007 in 2011

Raziskava vključuje tudi podatke o dostopnosti tobačnih izdelkov, opuščanju kajenja, izpostavljenosti tobačnemu dimu v domačem in drugih okoljih, o medijih in oglaševanju in o tem, ali v šoli razpravljajo o tej temi. Nekatere ključne podatke iz raziskave v letu 2011 navajamo v nadaljevanju (187):

- 33,2 % mladostnikov, starih 13 do 15 let, je v 2011 navedlo, da želijo opustiti kajenje.
- 49,6 % jih je navedlo, da si cigarete kupijo. 68,5 % tistim, ki so kupili cigarete v trgovini, niso zavrnilo nakupa zaradi njihove starosti.
- 5,1 % jih navaja, da so jim predstavniki tobačne industrije ponudili brezplačne cigarete, 8,3 % pa jih ima izdelek z logotipom tobačnega izdelka.
- 41,3 % je v domačem bivalnem okolju izpostavljenih tobačnemu dimu. 60,2 % jih meni, da je tobačni dim drugih škodljiv za njihovo zdravje.
- 45,2 % jih navaja, da kadi vsaj eden od njihovih staršev, 13,0 % pa jih navaja, da kadijo vsi ali skoraj vsi njihovi prijatelji.
- 65,3 % jih navaja, da so se v zadnjem letu v razredu učili o škodljivosti kajenja.

Nekateri elementi učinkovitih preventivno-promocijskih programov

Uvod

Glede tobaka in alkohola je pomembno, da pri otrocih in mladostnikih – pa tudi pri odraslih in v družbi na splošno – dosežemo ustrezen obseg znanja ter oblikujemo odgovoren odnos in stališča do njune uporabe; da krepimo varovalne dejavnike (socialne spretnosti, oporno socialno omrežje, občutek kompetentnosti, asertivnost, reševanje problemov, zdrav odnos odraslih, zlasti bližnjih oziroma pomembnih drugih, do alkohola in kajenja – nekajenje in nepitje alkoholnih pijač) oziroma zmanjšujemo dejavnike tveganja ter skupaj iščemo alternative tobaku in alkoholu. Posebej pomembno je tudi to, da se zavedamo pomembnosti dobrega zgleda. Z vsem tem lahko pomembno prispevamo k zmanjševanju pitja alkoholnih pijač in kajenja med otroki in mladostniki v Sloveniji.

Pomembno je, da se pri svojem delu izogibamo povezovanju pitja alkoholnih pijač in kajenja tobaka s pozitivnimi prepričanji, pozitivnimi vrednostnimi ocena-

mi, pozitivnimi izidi in pozitivnimi čustvi ter da pri otrocih in mladih ne krepimo občutka, da sta pitje in kajenje med njihovimi vrstniki in odraslimi zelo pogosta, družbeno sprejemljiva in del našega vsakdanjega življenja, saj lahko s tem občutno zmanjšamo učinke svojega dela. Večina otrok in mladostnikov namreč meni, da večina njihovih vrstnikov kadi in/ali pije alkoholne pijače (32, 188), s čimer pogostost kajenja in pitja alkohola precenjujejo (188, 189). Najučinkovitejši so zato pristopi, ki vključujejo normativno učenje in učenje veščin za upiranje kajenju in pitju alkoholnih pijač (72, 80, 81, 190–198). Ti pristopi popravljajo mladostnikovo precenjevanje kajenja in pitja alkoholnih pijač med odraslimi in vrstniki, pomagajo prepoznavati visoko tvegane situacije (tiste, v katerih mladostnik morda ne bi zmož odkloniti cigarete ali alkoholne pijače), povečujejo ozaveščenost o vplivu medijev, vrstnikov in družine, mladostnike učijo in urijo, kako odkloniti oziroma zavrniti alkohol in tobak, idr. Učinkovitost pristopov še povečamo, če v aktivnosti vključimo starše, šole, lokalno skupnost, iniciative za spremembo šolskih pravil glede kajenja in pitja alkohola ter iniciative za spremembo nacionalnih politik za nadzor nad tobakom in alkoholom (40, 72, 80, 81, 191, 194, 196, 198–202).

Preventivne dejavnosti moramo začeti v času, ko otroci še niso začeli piti in/ali kaditi, torej pred začetkom mladostništva, saj je naše delovanje v tem času učinkovitejše kot pozneje (81, 192, 203, 204). V Sloveniji prve poskuse kajenja in pitja alkohola beležimo, še preden so otroci stari 10 let (29, 205), kar potrjuje smiselnost umeščanja preventivnih programov in aktivnosti že pred začetkom mladostništva, na sam začetek osnovne šole oziroma ustrezno tudi že v vrtec, seveda prilagojeno starosti in razvoju otroka (81, 190, 202, 206). Pomembno je, da delujemo vse do konca mladostništva in se intenzivneje usmerimo predvsem na ključne prehode v mladostnikovem življenju, da torej okrepimo naše aktivnosti predvsem ob koncu osnovne in v začetku srednje šole (81, 202, 206). Pomembno je tudi, koliko časa posvetimo tem temam, saj več časa pomeni tudi večjo učinkovitost. Zmotno je prepričanje, da bo pomagala že ena ura na leto, več časa, posvečenega tem temam, pa bo lahko privedlo do učinkov. Zgolj enkratni dogodki, aktivnosti ali pogovori o obeh temah torej ne bodo učinkoviti (72, 192, 194, 201, 202, 207, 208).

Naše delovanje mora biti različno glede na starost otroka, mladostnika oziroma mladega odraslega.

Pri otrocih, ki hodijo v vrtec ali prvo triado osnovne šole (pred 10. letom starosti), se usmerimo predvsem na zdrave (zdrava prehrana in redno zajtrkovanje, dosti spanja, dosti gibanja, dobra higiena, prostočasne dejavnosti) in nezdrave navede (premalo gibanja, preveč sedenja, slaba higiena, nezdrava prehrana, kajenje, pitje alkoholnih pijač) ter na razvoj zdravih navad in opuščanje nezdravih (uče-

nje zdravih navad, razumevanje razvoja navad, vplivi na zdravje, kaj pomeni biti zdrav ipd.). Nekaj načinov dela v tem obdobju je predstavljenih na spletni strani zdravjevsoli.si v okviru učnih ur za prvo triado osnovne šole.

Pri otrocih in mladostnikih, ki obiskujejo drugo triado osnovne šole (med 9. in 11. letom), postavljamo osnove znanja o alkoholu in tobaku, oblikujemo odgovoren odnos in stališča do alkohola in tobaka ter že iščemo alternative tobaku in alkoholu. Pri mladih v tretji triadi osnovne šole, v srednji šoli ter kasneje (starih 12 let ali več) vse skupaj le še poglobljamo in dodelujemo (informiranje, povečevanje znanja o alkoholu in tobaku in njunih posledicah; ozaveščenost o rabi alkohola in tobaka med vrstniki; zavedanje vpliva industrije in medijev na oblikovanje stališč in vedenja, pa tudi vplivov družine in vrstnikov; učenje veščin). V vsem tem času krepimo tudi varovalne dejavnike.

Ustrezen obseg znanja o alkoholu in tobaku

Za informirano in odgovorno odločanje je potrebno znanje. Znanje o alkoholu in tobaku je pomembno tudi zato, ker oblikuje naš odnos in stališča do njiju.

Mladostnik naj o kajenju tobaka in pitju alkoholnih pijač razmišlja kritično. Pri predajanju znanja je zelo pomembno, da informacij ne podajamo na klasičen način »eks katedra«, temveč uporabljamo interaktivne metode dela in mladostnika spodbujamo, naj o problemu razmišlja, ter ga ob tem vodimo k zdravim rešitvam (81, 191, 201, 202, 209). Pri tem se moramo zavedati tudi tega, da smo mladostnikom s svojim vedenjem pomemben zgled.

Osredotočimo se na to, kar je za otroka pomembno danes. V naravi človeka je, da izbira vedenja, ki mu prinašajo koristi, in se izogiba vedenjem, ki pomenijo izgubo. Naravnani smo tako, da naše vedenje usmerjajo predvsem koristi in izgube, ki jih vidimo danes, manj smo pozorni na koristi in izgube v prihodnosti. Zato je pomembno, da se osredotočimo na tisto, kar je za mladostnika pomembno tukaj in zdaj, torej predvsem na kratkoročne posledice kajenja in pitja alkoholnih pijač ter na kratkoročne koristi nekajenja in nepitja alkoholnih pijač (nekatero so navedene v nadaljevanju besedila). Izhajati moramo iz otrokovih/mladostnikovih izkušenj in znanja ter se izogibati moraliziranju, obsojanju, pretirani avtoritativnosti, pa tudi pretirani permisivnosti.

Ponudimo jim tudi podatek o tem, koliko otrok in mladostnikov ne kadi in ne pije alkoholnih pijač. Med vsebinami so pomembne tiste o razširjenosti kajenja in izpostavljenosti tobačnemu dimu ter o pitju alkoholnih pijač: podatki o ško-

dljivosti (predvsem kratkoročni) in zasvojljivosti alkohola in tobaka, vpliv vrstnikov, družine, medijev in industrije na kajenje in pitje alkoholnih pijač, ozaveščenost o stroških, povezanih z alkoholom in tobakom (predvsem o individualnih stroških), in znanje o pomoči pri opuščanju obeh navad. V nadaljevanju besedila navajamo nekaj usmeritev in izhodišč za razgovore z otroki in mladostniki ter primere vprašanj in možnih odgovorov, ki so lahko iztočnica za razmišljanje in pogovor.

Ali res večina mojih vrstnikov pije in kadi?

Večina mladostnikov meni, da vsi ali večina njihovih vrstnikov uživa alkohol in/ali kadi in da je to sprejemljivo, normalno, pač eden od načinov povezovanja z vrstniki. Precenjevanje kajenja in pitja alkoholnih pijač med vrstniki (pa tudi med odraslimi) je eden od pomembnejših dejavnikov, ki povečujejo verjetnost, da bo mladostnik kadil in/ali pil alkoholne pijače, zato je še posebej pomembno, da se mladostniki zavedajo, da velika večina vrstnikov in odraslih ne kadi in da večina njihovih vrstnikov alkohola ne pije redno. Za razbitje mita o tem, da večinoma vsi pijejo alkohol in kadijo in da je to nekaj povsem normalnega, si lahko pomagamo z rezultati raziskav, ki so navedeni v predhodnem besedilu.

Saj bom samo poskusil/a ... to mi pa res ne more škoditi ...

Nikotin v tobaku je ena od najbolj zasvojljivih snovi, podobno kot heroin ali kokain. Prvi znaki zasvojenosti z nikotinom, kot so močna želja po kajenju, tesnoba, razdražljivost in neuspešni poskusi opustitve kajenja, se lahko pojavijo že v nekaj dneh ali tednih po začetku občasnega kajenja. Zasvojenost z nikotinom se torej lahko razvije že po nekaj pokajenih cigaretah, dolgo preden mladostnik postane reden kadilec. Ko se zasvojenost razvije, je opuščanje kajenja težko. Zelo pomembno je tudi, pri kateri starosti začne mladostnik kaditi. Prej ko bo začel, bolj bo zasvojen, več bo kadil kot odrasla oseba, dalj časa bo kadil in težje bo prenehal kaditi (80, 81, 90), zato ima že zamik začetka kajenja na kasnejša leta pomembne učinke. Tudi za alkohol velja, da je starost ob prvem pitju alkohola pomemben dejavnik kasnejših težav zaradi alkohola (47, 48), zato se morajo preventivni ukrepi usmerjati v zviševanje starosti ob prvem pitju alkohola.

Kako kajenje in pitje alkoholnih pijač vplivata na zdravje in počutje mladostnika?

Mnoge bolezni, kot so različne vrste raka ali bolezni srca in ožilja, se razvijejo šele po številnih letih kajenja in tveganega pitja alkoholnih pijač. Mladostnikom je zato

treba predstaviti kratkoročne učinke kajenja in pitja alkoholnih pijač na zdravje in s tem preseči razmišljanje, da so škodljivi učinki časovno zelo oddaljeni. Kajenje in alkohol imata namreč številne učinke, ki se pojavijo že kmalu po začetku kajenja ali rednega pitja alkoholnih pijač in pomembno vplivajo ne le na zdravje, pač pa tudi na videz in privlačnost (podrobneje prikazano v predhodnem besedilu). To pa je za mladostnika pomembno tukaj in zdaj. Nekatero spremembo so trajne že pri mladostniku. Pri kajenju to niso le slab zadah iz ust, smrad obleke in las ter razdraženo grlo in oči, pač pa tudi prezgodnje gubanje kože (predvsem pri dekletih), rume-no-siva obarvanost kože, obarvanost zob, bolezninessni, povečani občutki stresa, zmanjšana telesna zmogljivost (predvsem pri fantih, tudi če so trenirani športniki), kašelj, povečano izločanje sluzi, pogostejše okužbe dihal. Raziskave kažejo tudi, da je prepričanje deklet, da kajenje vpliva na znižanje telesne teže, zmotno.

V raziskavah (32), v katerih smo mladostnike spraševali o tem, kaj jih moti pri vrstnikih, ko so opiti, so izpostavili, da je pitje prevelikih količin alkohola označeno kot negativno, da je znak osebnostnih težav ali težav z okolico, predvsem dekleta pa so izpostavila slab zadah iz ust ter nepovezano govorjenje.

Kako o posledicah alkohola razmišlja mladostnik – kaj je zanj pomembno?

Pri tem vprašanju lahko izhajamo iz tega, kaj mladostnikom alkohol pomeni. V negativnem smislu jim predstavlja nepremišljena dejanja, slabši spomin (ne veš, kaj delaš), pretep, nasilje, družinske težave, odvisnost, avtomobilske in druge nesreče, pijanost, zasvojenost, zastrupitev z alkoholom, bolj intenzivno občutenje »negativnih« čustev (jeza, žalost), težave s policijo, bruhanje, nezavest, črpanje želodca, medtem ko jim nepitje alkohola pomeni odločnost in nepopuščanje družbi. Mladostniki med negativnimi učinki pitja alkoholnih pijač izpostavljajo tudi: bilo bi mi slabo, imel/a bi mačka, ne bi mogel/a prenehati piti, škodoval/a bi svojemu zdravju, storil/a bi kaj takega, kar bi pozneje obžaloval/a, zabredel/a bi v težave s policijo, imel bi spolni odnos, ki bi ga kasneje obžaloval (18, 32, 181). Med najpogostejše težave, ki so jih navedli zaradi pitja alkoholnih pijač, so še slab uspeh v šoli ali pri delu ter resne težave s starši ali prijatelji (18).

Ali sta strežba in prodaja alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov v Sloveniji omejeni s starostjo?

V Sloveniji so prodaja in strežba alkoholnih pijač ter prodaja tobačnih izdelkov prepovedane vsem, ki so mlajši od 18 let, torej mladoletnim (175, 210). Tobačnih izdelkov tudi ne sme prodajati oseba, mlajša od 18 let (210).

Kot kažejo predhodno prikazani podatki, pa kljub zakonski prepovedi mladoletni nimajo težav z nakupom tobačnih izdelkov, prav tako ne z dostopom do alkoholnih pijač, ki jih najpogosteje dobijo v baru, trgovini ali doma.

Kaj mladi sami predlagajo kot učinkovite ukrepe za zmanjševanje pitja alkoholnih pijač?

Predlagali so (32):

- spodbujanje in nagrajevanje neuživanja alkohola;
- več prostorov, ki bodo namenjeni aktivnemu druženju mladih;
- okusne in privlačne brezalkoholne pijače, ki bodo cenejše od alkohola;
- širjenje informacij o škodljivih učinkih pitja alkohola, ki bodo mladim razumljive;
- širjenje dejstva, da alkohol ni samo problem mladih, odrasli so namreč tisti, ki svoj odnos do alkohola prenašajo na mlade.

Kam se lahko obrnem, če ima kdo od mojih bližnjih težave s pitjem alkohola in sem zaradi tega v stiski?

Če ima kdo od bližnjih težave zaradi pitja alkohola in je otrok ali mladostnik zaradi tega prizadet ali v stiski ali je celo žrtev psihičnega ali fizičnega nasilja, je pomembno, da ga spodbudimo, naj se o tem z nekom pogovori. Pogovori se lahko s starši, z učiteljem, z zaposlenimi v šolski svetovalni službi ali z drugo odraslo osebo, ki ji zaupa. Otroka ali mladostnika poslušamo, mu povemo, da nam je mar zanj, ga podpremo z dejstvom, da on ni kriv za to, da njegov bližnji/bližnja pije. Ne ustrašimo se, če ne znamo odgovoriti na vsa njegova vprašanja, pomembno je, da ga poslušamo in mu vlivamo občutek sprejetosti ter mu pomagamo najti načine, kako ga zavarovati.

Nekaj kontaktov za pogovor s strokovnjakom najdete v okvirčku spodaj. Otroci in mladostniki se lahko obrnejo tudi na društvo Alateen (<http://www.al-anon.si/strani/alateen-alateen.php>), ki je skupnost najstnikov, ki jih je prizadelo pitje družinskih članov ali njihovih bližnjih prijateljev.

Kje lahko najdem pomoč, kadar imam sam težave s pitjem alkoholnih pijač ali kajenjem tobaka?

Programov opuščanja kajenja, ki so zasnovani posebej za mladostnike, je v Sloveniji na voljo malo. Program Proste roke – čista pljuča izvaja nevladna organi-

zacija SZOTK. Dodatne informacije o programu so na voljo na Facebook strani <https://www.facebook.com/szotk>, na spletni strani <http://www.zadihaj.net/>, prek e-pošte info@zadihaj.net, na sedežu društva SZOTK, Partizanska cesta 12, 2000 Maribor, ali na telefonskih številkah (05) 917 80 76 in 051 317 113. Dodatne informacije o opuščanju kajenja so na voljo tudi na brezplačnem telefonu za pomoč pri opuščanju kajenja (080 27 77), ki deluje vsak delovnik od 17. do 20. ure razen ob praznikih. Telefon je namenjen vsem, ki iščejo pomoč pri opuščanju kajenja, pomoč ni zasnovana posebej za mladostnike.

Viri pomoči v primeru težav z alkoholom so zbrani na spletnem portalu MOSA, v zavihku Kam po pomoč (<http://www.infomosa.si/pomoc/>).

Oblikovanje odgovornega odnosa in stališč do alkohola in tobaka

Eden prvih korakov do spremembe vedenja so spremembe odnosa in stališč do alkohola in/ali tobaka. Tudi tu navajamo nekaj primerov vprašanj in trditev, ki so lahko iztočnica za razmišljanje in delo.

Ali obstajajo sprejemljive meje pitja alkoholnih pijač in kajenja pri otroku ali mladostniku?

Sprejemljivih meja pitja alkoholnih pijač in kajenja pri mladostniku ni. Za otroke in mladostnike velja, naj alkohola ne pijejo in ne kadijo tobaka. Mladostništvo je obdobje edinstvene preobčutljivosti za stimulacijske učinke in zasvojljivost nikotina in alkohola, pri čemer je zelo pomembna starost, pri kateri začne mladostnik kaditi ali piti alkoholne pijače. Nikotin in alkohol imata škodljive učinke na razvoj možganov pri otroku in mladostniku v času odraščanja ter lahko privedeta do trajnih škodljivih vplivov na kognitivne (miselne) sposobnosti (spomin, pozornost, učenje). Prej ko mladostnik seže po tobačnih izdelkih in/ali alkoholu, večja je verjetnost, da bo imel kasneje v življenju težave ali bo postal (bolj) zasvojen.

Kaj vse vpliva name pri prevzemanju navad, tako zdravih kot nezdravih?

Mladostniki morajo poznati številne vplive nanje, ko sprejemajo odločitve, povezane z zdravjem. Poleg njihovih individualnih značilnosti so pomembni vplivi ožjega in širšega družbenega okolja, tudi pri kajenju in tveganem pitju alko-

hola. V ožjem družbenem okolju imajo največji vpliv starši, sorojenci, vrstniki in šola. Med dejavnike širšega družbenega okolja pa uvrščamo vpliv marketinga alkoholne in tobačne industrije ter vpliv medijev in sodobnih tehnologij, pa tudi vse ukrepe, ki jih sprejemamo in izvajamo v okviru programov za zmanjševanja tveganega in škodljivega pitja alkohola ter rabe tobaka. Mladostniki naj se zavedajo, ozavestijo in se opredelijo do vseh teh številnih in prepletajočih se vplivov, ki so jim izpostavljeni ob prevzemanju obeh navad.

Kaj menim o vlogi in pomenu alkoholne in tobačne industrije ter medijev?

Mladostniki vse premalo poznajo vlogo in pomen alkoholne in tobačne industrije ter medijev, zato je pomembno, da jih spoznajo, o njih kritično razmišljajo in se do njih tudi opredelijo. V življenju mladostnikov postajajo še posebej pomembni sodobni mediji in tehnologije. Mladostniki vse več informacij dobivajo iz medijev in s svetovnega spleta, do njih pa ima danes dostop skoraj vsak mlad človek. Naraščajoče število komunikacijskih kanalov in globalizacija alkoholni in tobačni industriji omogočata tudi nove dostope do mladostnikov, ki so včasih skoraj nezaznavni.

Za vsakega kadilca, ki umre ali opusti kajenje, mora tobačna industrija pridobiti vsaj enega novega, da ohrani svoj dobiček. Tobačna industrija se prav zato že leta usmerja v mlade in promocijo svojih izdelkov še posebej prilagaja tej skupini. Zakaj? Za to obstaja več razlogov. Zgodnja zasvojenost je glavni način za obnavljanje števila kadilcev. Ko se razvije zasvojenost z nikotinom, je opuščanje kajenja zelo težko. Obenem se tobačna industrija zaveda, da je kar 80 do 90 % odraslih rednih kadilcev začelo kaditi in razvilo kadilske navade do konca mladostništva. Vse to so razlogi, da se za ohranjanje in povečevanje prodaje in dobička tobačna industrija za pridobitev zvestih kupcev usmerja v mladostnike in med njimi tekmuje za čim večji tržni delež. Zelo podobni principi vodijo tudi alkoholno industrijo, ki se zadnja leta prav tako usmerja v pridobitev in ohranjanje čim mlajših kupcev.

Zelo je pomembno, da mladostnik kritično razmišlja o vlogi in ciljih tobačne industrije, da pozna njeno delovanje oziroma prepozna načine, na katere ta tobačna industrija »vabi«
posameznika vabi k rabi zasvojljivega izdelka za lasten dobiček in v škodo zdravja kupca. Pomembna je vzgoja za medije, ki je že del učnih načrtov in hkrati dobra priložnost za kritično razmišljanje tudi na tem področju. Kako na primer kajenje v filmih in celo v risankah učinkuje na otroke in mladostnike? Se ti zavedajo teh vplivov? Kakšni so vplivi spletnih strani s protobačno vsebino?

Krepitev varovalnih dejavnikov

O varovalnih dejavnikih, ki posameznika varujejo pred kajenjem in tveganim pitjem alkohola, smo že govorili. Naj še enkrat poudarimo, da različni avtorji mednje štejejo socialne spretnosti, oporno socialno omrežje, občutek kompetentnosti, asertivnost, sposobnost postavljanja ciljev, sposobnost učinkovitega odločanja in reševanja problemov ter občutek varnosti in pripadnosti. Sem sodijo še večšine za upiranje vplivom medijev in drugih oseb, za povečanje samozavesti, za obvladovanje stresa in tesnobe, za prepoznavanje tveganih situacij in primerno ravnanje v za njih tveganih situacijah, v veliki meri pa tudi zdrav življenjski slog ter telesna dejavnost in šport. Med pomembnimi varovalnimi dejavniki sta tudi odnos odraslih (zlasti bližnjih oziroma pomembnih drugih) do alkohola in kajenja ter njihovo nekajenje in odgovorno pitje.

Poleg tega, da širimo znanja o škodljivih posledicah kajenja in uživanja alkohola ter spodbujamo k zdravim alternativam, lahko otroka opremimo tudi z veščinami za soočanje s težavami v življenju in za iskanje rešitev vsakodnevnih problemov. Pomembno je, da pri otroku prepoznamo in poudarimo njegove dobre lastnosti in področja, kjer je uspešen, ga pri tem spodbujamo in tako krepimo njegovo samozavest. Naučiti ga moramo, da se pohvali sam in si tako sam gradi svojo samozavest. Ko na primer pohvalimo sliko, ki jo je narisal, ga hkrati vprašajmo, ali je slika všeč tudi njemu, in če pritrди, se na ta način uči pohvaliti sam, in tako si neodvisno od mnenja drugih gradi pozitivno samopodobo. Veliko lahko naredimo tudi s tem, da otroku omogočimo medvrstniško druženje in mu na ta način omogočimo, da si zgradi raznoliko in trdno socialno omrežje, ki mu bo kasneje v življenju vir opore in pomoči v primeru težav.

Iskanje alternativ alkoholu in tobaku

Znanje ter odgovoren odnos in stališča do alkohola in tobaka pa še ne zagotavljajo spremembe vedenja. Večina mladostnikov ve, da sta tako alkohol kot tobak škodljiva, in imajo negativna stališča do obeh (52, 188), a kljub temu sprememb vedenja ne opazimo pri vseh. Visoko tvegane oblike pitja so celo v porastu (14). Razširjenost kajenja pa se je v zadnjem obdobju tako med fanti kot dekleti pomembno zmanjšala (17).

Da bi neko vedenje lahko spremenili, moramo vedeti, zakaj ga posamezniki prevzemajo. Vedeti moramo torej, zakaj mladi pijejo in/ali kadijo. V pogovorih z njimi smo ugotovili, da pijejo alkohol tudi zato, ker se na ta način zabavajo, se sprostitjo, si več upajo, so bolj komunikativni, lažje navezujejo stike, so bolj samozavestni, se dobro počutijo in pozabijo na probleme (29, 31–34). Podobno velja tudi za ka-

jenje. Kaj pa sedaj? Poiskati moramo načine, kako vse to lahko dosežemo brez alkohola in/ali tobaka.

Še nekaj izhodišč za pogovor z mladimi:

- Ali s tem, ko pijem in/ali kadim, rešujem svoje težave?
- Ali in kako se lahko zabavamo brez alkohola in cigaret?
- Kakšne so koristi, ki jih povezujem z alkoholom in/ali tobakom – ali in kako lahko na drugačen način dosežem podobne koristi?
- Ali in kako lahko osvojim punco/fanta brez alkohola in cigaret?
- Kako pristopiti k fantu?
- Kako pozabiti na težave v šoli?
- Kako se lahko sprostim?
- Kako lahko drugače porabim denar, ki ga potrošim za alkohol in tobak?

Odgovori na vprašanja niso enoznačni, skupaj z mladostniki iščemo in prepoznavamo alternativne možnosti (za zabavo, sprostitev, samozavest ipd. brez alkohola ali tobaka), ki so zanje sprejemljive in primerne.

Povzetek ključnih elementov učinkovitih preventivno-promocijskih programov

Kaj vemo o tem, kateri programi so potencialno učinkoviti

Izsledki preglednih študij (40, 72, 80, 81, 189–204, 206–209, 211, 212) kažejo, da so pri zmanjševanju tveganega in škodljivega pitja alkohola ter rabe tobaka med mladimi lahko učinkoviti predvsem tisti programi, ki:

- mlade seznanjajo o škodljivih učinkih na način, ki je mladim razumljiv, pri čemer poudarjajo kratkoročne slabosti pitja in kajenja ter koristi nepitja oziroma nekajenja, in sicer tiste slabosti in koristi, ki jih navajajo mladi,
- upoštevajo razvojne značilnosti otrok,
- temeljijo na interaktivnem podajanju znanja (igre vlog, usmerjena diskusija o problematiki, strukturirane aktivnosti v manjših skupinah) in spodbujajo otroke ter mladostnike, da razmišljajo o problematiki in iščejo odgovore ter načine za bolj zdrav način življenja,

- temeljijo na teorijah socialnega vplivanja in vključujejo pristop normativnega učenja,
- vključujejo celotno šolo in skupnost pri oblikovanju odgovornega odnosa do alkohola in tobaka,
- vključujejo programe za odrasle o krepitvi zdravja mladih; učinkoviti so predvsem programi, ki krepijo povezanost med člani družine, občutek varnosti, postavljanje meja in starševski nadzor ter krepijo pozitivne lastnosti družine,
- krepijo varovalne dejavnike, kot so: komunikacijske veščine, krepitev socialnih omrežij, krepitev občutka varnosti in pripadnosti,
- jih izvajajo usposobljeni izvajalci,
- so časovno načrtovani in dovolj obsežni (ena šolska ura ali en dan ni dovolj, program je treba razporediti skozi celo šolsko leto ter zagotoviti dodatne poglobljene ure – tako imenovane »booster« ure; priporočilo za programe, ki vključujejo celotno družino, je 25 do 50 ur),
- vsebujejo procesno evalvacijo in evalvacijo učinka.

Programi so se izkazali kot učinkoviti predvsem pri zmanjševanju opijanja in začetkov kajenja med mladimi. Kot učinkoviti so se izkazali tudi programi za odrasle (starše, učitelje itn.), predvsem tisti, ki vključujejo učenje komunikacije med otroki in odraslimi o tveganem vedenju, krepitev samozavesti pri otrocih, postavljanje pravil in meja v družini, nadzor nad vedenjem otrok, skupno načrtovanje prostega časa in krepitev občutka varnosti. Oblikovati je treba programe, ki bodo poleg vsebin o tveganih vedenjih vključevali tudi krepitev varovalnih dejavnikov in zdravega življenjskega sloga.

Zaključki

V Sloveniji sta alkohol in tobak med vodilnimi preprečljivimi vzroki smrti in vodilnimi dejavniki tveganja za izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti in manj zmožnosti. Oba imata pomembne in resne posledice za zdravje. Začetek rabe alkohola in/ali tobaka je značilen za mladostnike in mlade odrasle, nato pa se zelo pogosto nadaljuje v obdobje odraslosti. Še posebej je raba alkohola in/ali tobaka škodljiva, kadar se začne zgodaj, pojavlja redno in v kombinacijah z drugimi psihoaktivnimi snovmi.

Glede na podatke iz dostopnih raziskav sta pitje alkohola in/ali kajenje tobaka med mladostniki in mladimi odraslimi razširjena in naraščata s starostjo. Na začetek in nadaljevanje rabe tako alkohola kot tobaka vplivajo številni dejavniki, številni povečujejo tveganje za rabo, nekateri pa delujejo varovalno. V zadnjem obdobju pri pitju alkohola med mladostniki beležimo znižanje deleža tedenskih pivcev in tistih, ki se opijajo, ter zvišanje tistih, ki so prvič pili alkohol v starosti 13 let ali manj. Med odraslimi se je delež tveganih pivcev znižal, zvišal pa se je delež tistih, ki se opijajo. Pri rabi tobaka v zadnjem obdobju beležimo zmanjšanje rabe tobaka med mladostniki, ne pa med mladimi odraslimi in odraslimi.

Za zmanjševanje pitja alkohola in rabe tobaka je pomembno preprečevanje začetka in nadaljevanja rabe obeh med otroki, mladostniki in mladimi odraslimi. Pomembno je, da pri programih in aktivnostih, ki imajo ta cilj, upoštevamo dejavnike, ki so pomembni pri začetku in nadaljevanju rabe, ter poznane ključne elemente učinkovitosti teh programov in aktivnosti.

Literatura

1. Anderson P in Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Pridobljeno 2. 6. 2015 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf.
2. Čebašek-Travnik Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: Tomori M, Zihel S, uredniki. Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 137–168.
3. Kolšek M. O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.
4. SZO. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija (1. knjiga, 2. izdaja). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
5. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'. Alcohol Alcohol 2003; 41(S1): i26–i36.
6. ICAP 2015. The ICAP Blue Book: Practical Guides for Alcohol Policy and Prevention Approaches. Module 20. Standard drinks. Pridobljeno 24. 6. 2015 s spletne strani: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=FZrP7McTkLg%3d&tabid=161>.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fact Sheets – Underage Drinking. Pridobljeno 5.6. 2015 s spletne strani: <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/underage-drinking.htm>.
8. Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. J Subst Abuse 1997; 9: 103–10.
9. De Witt DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. Am J Psychiatry 2000; 157(5): 745–50.
10. Kraus L, Bloomfield K, Augustin R, Reese A. Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. Addiction 2000; 95(9): 1389–401.

11. WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2014. Pridobljeno 4. 6. 2015 s spletne strani:
12. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1.
13. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'. *Alcohol Alcohol* 2006; 41(S1): i26–i36.
14. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels—results from an international study. *Eur J Public Health* 2012; 23(2): 332–9.
15. CINDI 2001-2012. Podatki iz raziskave CINDI: z zdravjem povezan vedenjski slog. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
16. Koprivnikar in sod 2015. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015 (v pripravi).
17. Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T, uredniki. HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.
18. Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
19. Stergar E, Urdih Lazar T. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Slovenija 2011. ESPAD 2011. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana Inštitut za medicino dela prometa in športa, 2014.
20. Hampton T. Interplay of Genes and Environment Found in Adolescents' Alcohol Abuse. *JAMA* 2006; 295: 1760–62.
21. Heath AC, Nelson EC. Effects of the interaction between genotype and environment. Research into the genetic epidemiology of alcohol dependence. *Alcohol research & health* 2002; 26(3): 193–201.
22. Young-Wolff KC, Enoch MA, Prescott CA. The influence of gene–environment interactions on alcohol consumption and alcohol use disorders: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review* 2011; 31: 800–16.
23. Donovan JE. Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Journal of adolescent health* 2004; 35: 529.e7–529.e18.
24. Stergar E, Urdih Lazar T. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah, Slovenija 2011. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa, 2015.
25. Clark DB, Buckstein O, Cornelius J. Alcohol use disorder in adolescents. *Pediatric Drugs* 2002; 4(8): 493–502.
26. Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorder. *Addiction* 2014; 99(2): 5–22.
27. Ellis DA, Zucker RA, Fitzgerald HE. The role of family influences in development and risk. *Alcohol Health Res World* 1997; 21(3): 218–26.
28. Gerrard M, Gibbons FX, Zhao LJ, Russell DW, Reis Bergan M. The effect of peers' alcohol consumption on parental influence: A cognitive mediational model. *J Stud Alcohol* 1999; 13: 32–44
29. Borsari B in Carey KB. Peer influences on college drinking: a review of the research. *J Subst Abuse* 2001; 13(4): 391–424.
30. Kolšek M. Pogostost pitja in pivske navade osnovnošolcev v Sloveniji: doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2000.
31. Stergar E. Razširjenost pitja alkoholnih pijač in kajenja cigaret med slovenskimi srednješolci – rezultati mnenjske raziskave. *Zdrav vestn* 1992; 61: 137–40.
32. Zalta A, Kralj A, Zurc J, Lenarčič B, Medarič Z, Simčič B. Mladi in alkohol v Sloveniji. Koper: Univerza na Primorskem Znanstveno-raziskovalno središče Koper, 2008. Pridobljeno 4. 6. 2015 s spletne strani:
33. <http://csg.zrs.upr.si/media/uploads/files/Mladi%20in%20alkohol%20v%20Sloveniji.pdf>.
34. Bajt M, Zorko M. Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki – izsledki fokusnih skupin, 2009. Pridobljeno 11. 6. 2015 s spletne strani:

35. http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo_alkohol.pdf.
36. Ramovš J, Ramovš K. Pitje mladih. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2007.
37. Tivadar B, Kamin T. Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
38. Bava S in Tapert S.F. Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems. *Neuropsychol Rev* 2010; 20: 398–413.
39. Lovrečič B. Možgani mladostnikov in alkohol. *Isis* 2014, 23(7): 16–8.
40. Green MJ, Rachel V. Substance use, delinquent behaviour and risk and protective factors among students in the State of Missouri 2000. Missouri: Missouri department of Mental Health Devison, 2001.
41. Sande M. Uporaba drog v družbi tveganj: vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja. Ljubljana: PeF, 2004.
42. Tomori M, Stergar E, Pinter B, Rus Makovec M, Stinkovič S. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Ministrstvo za znanost in tehnologijo, Ministrstvo za zdravstvo RS, 1998.
43. Brooks FM, Magnusson J, Spencer N, Morgan A. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *Journal of Public Health* 2012; 48–56.
44. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health* 2008; 43(2): 157–64.
45. Hočevar T. Učinek komunikacije mladostnika s starši in vrstniki na pitje alkohola pri mladostnikih: magistrsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2014.
46. Pirnat J. Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji – vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni: magistrsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, 2014.
47. Sale E, Sambrano S, Springer J, Pena C, Pan W, Kasim R. Family protection and prevention of alcohol use among Hispanic youth at high risk. *Am J Community Psychol* 2005; 36(3–4): 195–205.
48. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K. et al. Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2010.
49. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *The Lancet* 2009; 373(9682): 2223–33.
50. Brown SA, Tapert SF, Granholm E, Delis DC. Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24(2): 164–71.
51. Hawkins JD, Graham JW, Maguin E, Abbot R, Hill KG, Catalano RF. Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychosocial Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse. *J Stud Alcohol* 1997; 58(3): 280–90.
52. BOLOB: Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.
53. Perharič L, Rok-Simon M, Jamšek M, Grenc D, Krek M. 2010. Trends in hospitalisation due to poisoning and in telephone enquiries to the Poison Control Centre involving Slovenian children and young people. *Clin Toxicol*; 48(3): 284.
54. Perharič L, Rok Simon M, Zgaga A, Šömen Joksič A. Ten-year trends of hospital admissions due to acute poisoning in Slovenia. *Toxicology letters* 2014; 229S: S97.
55. Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino – Slovenija 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
56. Lovrečič B in Lovrečič M. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik javnozdravstveni problem. In: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Petrič VK, Radoš Krnel S, Lovrečič M, Lovrečič B, uredniki. Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev

- in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 38–54.
57. Lovrečič M in Lovrečič B. Ocena zdravstvenih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola. In: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Petrič VK, Radoš Krnel S, Lovrečič M, Lovrečič B, uredniki. Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 58–79.
 58. Sedlak S, Zaletel M, Zorko M, Kasesnik K. Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014 (neobjavljeno).
 59. SZO. European Health For All database 2010. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 12. 9. 2012 s spletne strani: <http://data.euro.who.int/hfad/b/>.
 60. SZO. Global Information System on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 12. 9. 2012 s spletne strani:
 61. <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GI-SAH>.
 62. Podatki policije o smrtih v prometnih nesrečah za obdobje 2000–2013. Posredovano s strani Policije 22. 4. 2014.
 63. World Health Organization. Tobacco Fact Sheet Tobacco N°339. Geneva: World Health Organization, 2011. Pridobljeno 15. 6. 2015 s spletne strani:
 64. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
 65. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, AlMazroa MA, Amann M et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224–60.
 66. World Health Organization. Tobacco Fact Sheet Tobacco N°339. Geneva: World Health Organization, 2011. Pridobljeno 15. 6. 2015 s spletne strani:
 67. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
 68. Banks E, Joshy G, Weber MF, Liu B, Grenfell R, Egger S, Paige E, Lopez AD, Sitas F, Beral V. Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence. *BMC Med* 2015; 13: 38.
 69. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V; Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013; 381(9861): 133–41.
 70. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519–28.
 71. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013; 368: 341–50.
 72. World Health Organization. The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
 73. World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization, 2012.
 74. GHK, University of Exeter, Public Health Advocacy Institute. A study on liability and the health costs of smoking. DG Sanco 2008/C6/046, updated final report, April 2012. Pridobljeno 16. 6. 2015 s spletne strani:
 75. http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_liability_final_en.pdf
 76. Jamner LD, Whalen CK, Loughlin SE, Mermelstein R, Audrain-McGovern J, Krishnan-Sarin S, Worden JK, Leslie FM. Tobacco use across the formative years: a road map to developmental vulnerabilities. *Nicotine Tob Res* 2003; 5 Suppl 1: S71–87.
 77. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and wellbeing among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: 2012.

78. Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Review: Stages of development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 59(Suppl. 1): S61–S81.
79. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2000.
80. Lavtar D, Drev A, Koprivnikar H, Zorko M, Rostohar K, Štokelj R. Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011–2012: Metodologija raziskave in izbrani statistični podatki. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
81. Koprivnikar H. Tobak. In: Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J, uredniki. Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja: Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 53–62.
82. Eurobarometer. Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes (Report), 2015. Pridobljeno 27. 7. 2015 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers/index_en.htm
83. Bernat DH, Klein EG, Forster JL. Smoking initiation during young adulthood: a longitudinal study of a population-based cohort. *J Adolesc Health* 2012; 51(5): 497–502.
84. Freedman KS, Nelson NM, Feldman LL. Smoking initiation among young adults in the United States and Canada, 1998–2010: a systematic review. *Prev Chronic Dis* 2012; 9: E05.
85. Koprivnikar H. Tobak. V: Maučec Zakotnik J, Tomsic S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel-Kragelj L, uredniki. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah Cindi 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012: 71–88.
86. Koprivnikar H, Korošec A. Age At Smoking Initiation In Slovenia / Starost Ob Prvem Kajenju V Sloveniji. *Zdrav Var* 2015; 54; ahead of print, published online 16. 6. 2015.
87. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 1994.
88. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2012.
89. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. – Atlanta: 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, 2014.
90. Chaloupka FJ, Cummings KM, Morley CP, Horan JK. Tax, price and cigarette smoking: evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tob Control* 2002; 11(Suppl.1): i62–i72.
91. Coombs J, Bond L, Van V, Daube M. „Below the Line“: The tobacco industry and youth smoking. *Australas Med J* 2011; 4(12): 655–73.
92. Colby SM, Tiffany ST, Shiffman S, Niaura RS. Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59 Suppl 1: S83–95.
93. Breslau N, Fenn N, Peterson EL. Early smoking initiation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug Alcohol Depend* 1993; 33(2): 129–37.
94. Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and Contextual Influences on Adolescent Smoking. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021: 175–97.
95. Robinson ML, Berlin I, Moolchan ET. Tobacco smoking trajectory and associated ethnic differences among adolescent smokers seeking cessation treatment. *J Adolesc Health* 2004; 35(3): 217–24.

96. Fergusson DM, Horwood LJ. Transitions to cigarette smoking during adolescence. *Addict Behav* 1995; 20(5): 627–42.
97. Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE, Leslie FM. Nicotine and the adolescent brain. *J Physiol* 2015 May 27 [Epub ahead of print].
98. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational Influences on Cigarette Smoking. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 463–91.
99. AGCRP 2009
100. Mermelstein R. Teen smoking cessation. *Tobacco Control* 2003; 12(Suppl.1): i25–i34.
101. International Agency for Cancer Research, IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *Personal Habits and Indoor Combustions. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol 100E: A Review of Human Carcinogens.* Lyon: IARC, 2009.
102. International Agency for Cancer Research. IARC strengthens its findings on several carcinogenic personal habits and household exposures. Press release N° 196, 02 November 2009. Pridobljeno 17. 6. 2015 s spletne strani: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2009/pdfs/pr196_E.pdf
103. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of smoking: a report of the Surgeon General.* Washington: Government Printing Office, 2004.
104. California Environmental Protection Agency (CalEPA), Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke As a Toxic Air Contaminant, Part B – Health Effects,* 2005. Pridobljeno 17. 6. 2015 s spletne strani: <http://www.arb.ca.gov/regact/ets2006/ets2006.htm>
105. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General.* Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
106. Eriksen W, Natvig B, Rutle O, Bruusgaard D. Smoking and the functional status of young adults. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17: 174–179.
107. Patel DR, Homnick DN. Pulmonary effects of smoking. *Adolesc Med* 2000; 11(3): 567–76.
108. Chief Medical Officer (CMO). *Health Check. Annual Report of the Chief Medical Officer* 2003. London: Department of Health, 2003.
109. Koh JS, Kang H, Choi SW, Kim HO. Cigarette smoking associated with premature facial wrinkling: image analysis of facial skin replicas. *Int J Dermatol* 2002; 41(1):21–27.
110. Morita A. Tobacco smoke causes premature skin aging. *J Dermatol Sci* 2007; 48(3): 169–75.
111. Smith JB, Fenske NA. Cutaneous manifestations and consequences of smoking. *J Am Acad Dermatol* 1996 May; 34(5 Pt 1): 717–32.
112. Vander Straten M et al. Tobacco Use and Skin Disease. *Southern Medical Journal* 2001 June; 94(6): 621–633.
113. EU Working Group. Tobacco and oral diseases—report of EU Working Group, 1999. *J Ir Dent Assoc* 2000; 46(1):12–9.
114. Johnson GK, Hill M. Cigarette Smoking and Periodontal Patient. *Journal of Periodontology* 2004, Vol. 75, No.2: 196–209.
115. Machuca G, Rosales I, Lacalle JR, Machuca C, Bullon P. Effect of cigarette smoking on periodontal status of healthy young adults. *J Periodontol* 2000; 71(1):73–78.
116. Reibel J. Tobacco and oral diseases. Update on the evidence, with recommendations. *Med Princ Pract* 2003; 12 Suppl 1:22–32.
117. Winn DM. Tobacco use and oral disease. *J Dent Educ* 2001; 65(4):306–312.
118. World Health Organization. *Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators.* Geneva: World Health Organization, 2005.
119. World Health Organization. *Control and prevention of waterpipe tobacco products.* Report by the Convention secretariat, 18 July 2014. Pridobljeno 27. 7. 2015 s spletne strani: http://apps.who.int/gb/ctct/E/E_cop6.htm

120. Jawad M, McEwen A, McNeill A, Shahab L. To what extent should waterpipe tobacco smoking become a public health priority? *Addiction* 2013; 108(11): 1873–84.
121. Akhter S, Ali Warraich U, Rizvi N, Idrees N, Zaina F. Comparison of end tidal carbon monoxide (eCO) levels in shisha (water pipe) and cigarette smokers. *Tob Induc Dis* 2014; 12(1): 10.
122. Mulla A, Fanous N, Seidenberg AB, Rees VW. Secondhand smoke emission levels in waterpipe cafes in Doha, Qatar. *Tob Control* 2014 Oct 28 [Epub ahead of print].
123. Aboaziza E, Eissenberg T. Waterpipe tobacco smoking: what is the evidence that it supports nicotine/tobacco dependence? *Tob Control* 2015; 24 Suppl 1: i44–i53.
124. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2010; 39(3): 834–57.
125. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014; 129(19): 1972–86.
126. Schraufnagel DE. Electronic Cigarettes: Vulnerability of Youth. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol* 2015; 28(1): 2–6.
127. Zhu SH, Sun JY, Bonnevie E, Cummins SE, Gamst A, Yin L, Lee M. Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. *Tob Control* 2014; 23 Suppl 3: iii3–9.
128. Executive Agency for Health and Consumers (EAHC). Economic analysis of the EU market of tobacco, nicotine and related products, Specific Request EAHC /2011/Health/11 for under EAHC /2010/Health/01 Lot 2: Final Report, 2 May 2012. *Pridobljeno* 23. 7. 2015 s spletne strani:
129. http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_matrix_report_eu_market_en.pdf
130. Lermenier A, Palle C. Results of the ETINCEL - OFDT electronic cigarette survey. *Pridobljeno* 23. 7. 2015 s spletne strani:
131. <http://jllhamzer.overblog.com/2014/04/results-of-etincel-ofdt-survey-on-electronic-cigarettes.html>
132. Moore G, Hewitt G, Evans J, Littlecott HJ, Holliday J, Ahmed N, Moore L, Murphy S, Fletcher A. Electronic-cigarette use among young people in Wales: evidence from two cross-sectional surveys. *BMJ Open* 2015; 5(4): e007072.
133. Pisinger C. Why public health people are more worried than excited over e-cigarettes. *BMC Med* 2014; 12: 226.
134. Vardavas CI, Filippidis FT, Agaku IT. Determinants and prevalence of e-cigarette use throughout the European Union: a secondary analysis of 26 566 youth and adults from 27 Countries. *Tob Control* 2014 Jun 16 [Epub ahead of print].
135. Arrazola RA, Singh T, Corey CG, Husten CG, Neff LJ, Apelberg BJ, Bunnell RE, Choiniere CJ, King BA, Cox S, McAfee T, Caraballo RS; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco use among middle and high school students - United States, 2011-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64(14): 381–5.
136. Goniewicz ML, Gawron M, Nadolska J3, Balwicki L, Sobczak A. Rise in electronic cigarette use among adolescents in Poland. *J Adolesc Health* 2014; 55(5): 713–5.
137. Hanewinkel R, Isensee B. Risk factors for e-cigarette, conventional cigarette, and dual use in German adolescents: a cohort study. *Prev Med* 2015; 74: 59–62.
138. Kinnunen JM, Ollila H, El-Amin SE, Pere LA, Lindfors PL, Rimpelä AH. Awareness and determinants of electronic cigarette use among Finnish adolescents in 2013: a population-based study. *Tob Control* 2014 May 14 [Epub ahead of print].
139. Niaura RS, Glynn TJ, Abrams DB. Youth experimentation with e-cigarettes: another interpretation of the data. *JAMA* 2014; 312(6): 641–2.
140. Cobb CO, Hendricks PS, Eissenberg T. Electronic cigarettes and nicotine dependence: evolving products, evolving problems. *BMC Med* 2015; 13: 119.
141. Ambrose BK, Rostron BL, Johnson SE, Portnoy DB, Apelberg BJ, Kaufman AR, Choiniere CJ. Perceptions of the relative harm of cigarettes and e-cigarettes among U.S. youth. *Am J Prev Med* 2014; 47(2 Suppl 1): S53–60.

142. Amrock SM, Zakhar J, Zhou S, Weitzman M. Perception of e-cigarette harm and its correlation with use among U.S. adolescents. *Nicotine Tob Res* 2015; 17(3): 330–6.
143. American Association of Poison Control Centers (AAPCC). E-Cigarette Devices and Liquid Nicotine. Pridobljeno 23. 7. 2014 s spletne strani:
144. <http://www.aapcc.org/alerts/e-cigarettes/>
145. MMWR. Notes from the Field: Calls to Poison Centers for Exposures to Electronic Cigarettes — United States, September 2010–February 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*; 63(13); 292–293.
146. Swedish local news in English. Nicotine poisoning rockets mid e-cig battle, 30 December 2013. Pridobljeno 23. 7. 2015 s spletne strani:
147. <http://www.thelocal.se/20131230/sweden-child-nicotine-poison-ecigarettes-increase>
148. Erbach G. Electronic cigarettes. *Library Briefing*, 27/03/2013. Library of the European Parliament. Pridobljeno 27. 7. 2015 s spletne strani:
149. <http://www.europarl.europa.eu/eplibrary/Electronic-cigarettes.pdf>
150. Cameron JM, Howell DN, White JR, Andrenyak DM, Layton ME, Roll JM. Variable and potentially fatal amounts of nicotine in e-cigarette nicotine solutions. *Tob Control* 2014; 23(1): 77–8 (povzetek).
151. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: CD010216.
152. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control* 1998; 7: 409–420.
153. HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (neobjavljeno). Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2011.
154. Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 607–612.
155. World Health Organization. Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2005/2006 survey. Geneva: WHO, 2008.
156. Sunday SR, Folan P. Smoking in adolescence: what a clinician can do to help. *Med Clin North Am* 2004; 88; 1495–515.
157. Ramo DE, Liu H, Prochaska JJ. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: a systematic review of their co-use. *Clin Psychol Rev* 2012; 32(2): 105–21.
158. Koprivnikar H. Tvegana vedenja. In: Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, uredniki. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015: 49–58.
159. Kovše K, Hočevnar T. Pitje alkoholnih pijač. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, uredniki. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 216–27.
160. Hovnik Keršmanc M in Zorko M. Alkohol. V Koprivnikar H in sod. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015 (v pripravi).
161. Boben - Bardutzky D, Boben D, Čebašek - Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Odraščanje: z ali brez alkohola?: rezultati raziskave med slovenskimi osnovnošolci. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2009.
162. Boben - Bardutzky D, Boben D, Čebašek-Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Pot v odraslost – z ali brez alkohola?: rezultati raziskave o odnosu srednješolcev do alkohola. Ljubljana: Društvo Žarek upanja, 2010.
163. Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999. Rezultati raziskave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdrava RS, 2000.
164. Zaletel Kragelj L, Čebašek Travnik Z, Hovnik Keršmanc M. Čezmerno pitje alkoholnih pijač. In: Zaletel Kragelj L, Fras Z, Maučec Zakotnik J, uredniki. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2004: 341–84.
165. Lovrečič B, Lovrečič M. Alkohol. In: Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik

- J, uredniki. Izzivi v izboljšanju vedenjskega sloga in zdravja. Desetletje CINDI raziskav v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 61–9.
166. Lovrečič M, Lovrečič B, Tomšič S. Alkohol. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L, uredniki. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012: 89–102.
 167. Zorko M in Bajt M. Trendi v pitju alkohola. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupančič T, Pucelj V, Bajt M, uredniki. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov, v Sloveniji v obdobju 2002–2010 (Raziskava HBSC – Z zdravjem povezan vedenjski slog v osnovni šoli). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012: 183–198.
 168. Zorko M, Hočevnar T, Tančič Grum A, Bajt M, Jeriček Klanšček H. Alkohol in slovenski mladostniki v obdobju 2002–2010. In: Zorko M, Hočevnar T, Tančič Grum A, Petrič VK, Radoš Krnel S, Lovrečič M, Lovrečič B, uredniki. Alkohol v Sloveniji. Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014: 80–105.
 169. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, Kawachi I. Social inequality and alcohol consumption-abuse in Bahia, Brazil- interactions of gender, ethnicity and social class. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(3): 214–22.
 170. Ariza Cardenal C in Adell MN. Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *J Adolesc Health* 2000; 27: 425–433.
 171. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D. et al. Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006. Copenhagen: WHO European Office, 2008.
 172. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A. et al. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 Countries. Stockholm: CAN, 2009.
 173. Holmila M, Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* 2005; 100(12): 1763–9.
 174. Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004; 59(1): 113–27.
 175. Neumark YD, Rahav G, Jaffe DH. Socio-economic status and binge drinking in Israel. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69(1): 15–21.
 176. Redonnet B, Chollet A, Fombonne E, Bowes L, Melchior M. Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: the socioeconomic context. *Drug Alcohol Depend* 2012; 121(3): 231–9.
 177. Schoenborn CA, Adams PE. Health behaviors of adults: United States, 2005–2007. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2010; 10(245): 1–132.
 178. Simons – Morton BG, Farhat T, Bogt FM, Hublet A, Kuntsche E, Gabhainn SC. et al. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and region. *Int J Public Health* 2009; 54 (2): 199–208.
 179. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogelanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction* 2009; 104(9): 1487–500.
 180. Mäkelä K, Mustonen H. Relationships of drinking behaviour, gender and age with reported negative and positive experiences related to drinking. *Addiction* 2000; 95(5): 727–736.
 181. Halstead JM in Waite S. 'Living in Different Worlds': gender differences in the developing sexual values and attitudes of primary school children. *Sex Educ* 2001; 1(1): 59–76.
 182. Lintonen T, Rimpelä M, Ahlström S, Rimpelä A, Vikat A. Trends in drinking habits among Finnish adolescents from 1977 to 1999. *Addiction* 2000; 95(8): 1255–63.
 183. Zaborskis A, Sumskas L, Maser M, Pudule I. Trends in drinking habits among adolescents in the Baltic countries over the period of transition: HBSC survey results, 1993–2002. *BMJ Public Health* 2006; 67(6): 1–11.
 184. Biščak Hafner M, Kolšek M, Rebek K. Pitje alkohola študentov Univerze v Ljubljani. *Zdrav Var* 2014; 53: 255–261.

185. Kolšek M, Klemenc Ketiš Z. Pitje alkohola med študenti univerze v Mariboru. *Zdrav Var* 2015, 1854–2476.
186. Bogataj U. Tveganost pitja alkohola med študenti zdravstvene nege: magistrsko delo. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, 2014.
187. ZOPA - Zakon o omejevanju porabe alkohola. Uradni list RS, št. 15/2003 Pridobljeno 4. 6. 2015 s spletne strani:
188. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200315&stevilka=589>.
189. Eurobarometer, 2011. Youth attitudes on drugs 2011 – analytical report. Pridobljeno June 2, 2015 from: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf.
190. Eurobarometer, 2014. Young people and drugs. Pridobljeno 2. 6. 2015 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf.
191. Rhodes WA, Singleton E, McMillan TB, Perrino CS. Does knowledge of college drinking policy influence student binge drinking? *J Am Coll Health* 2005; 54(1): 45–9.
192. Makivić I, Kersnik J, Kolšek M. Ukrepi za zmanjšanje tveganega in škodljivega pitja alkohola v populaciji študentov: sistematični pregled literature. *Zdrav Var* 2013; 52(3): 236–46.
193. Koprivnikar H. Kajenje tobaka. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 198–215.
194. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A. et. al. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 Countries. Stockholm: CAN, 2012.
195. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The 2003 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN, 2004.
196. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN, 2000.
197. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A. The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN, 1997.
198. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheet. Slovenia 2003 (Ages 13-15). Pridobljeno 29. 7. 2015 s spletne strani:
199. <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>
200. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheet. Slovenia 2007 (Ages 13-15). Pridobljeno 29. 7. 2015 s spletne strani:
201. <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>
202. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheet. Slovenia 2011 (Ages 13-15). Pridobljeno 29. 7. 2015 s spletne strani:
203. <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>
204. Koprivnikar H. Učinkovitost programa "Spodbujajmo nekajenje" pri prvi generaciji slovenskih osnovnošolcev. *Zdrav Var* 2009; 48:152–161.
205. McAlaney J, Bewick B, Hughes C. The international development of the 'Social Norms' approach to drug education and prevention Drugs: Education, Prevention and Policy 2011; 18(2): 81–9.
206. Botvin GJ, Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19(6): 607–15.
207. Cuijpers P. Three decades of drug prevention research, *Drugs: education, prevention and policy* 2003; 10 (1): 7–20.
208. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school-based tobacco use prevention. *Prev Med* 2008; 46: 289–97.

209. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 5.
210. Peters LWH, Paulussen TGWM. *School Health: A review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education and IUHPE/EURO. Landelijk Centrum GVO, 1994.
211. Skiba D, Monroe J, Wodarski JS. Adolescent Substance Use: Reviewing the Effectiveness of Prevention Strategies. *Social Work* 2004; 49(3): 343–53.
212. Stead M, Angus K. Literature Review into the Effectiveness of School Drug Education. Scottish Executive, August 2004.
213. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD001293.
214. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adolesc Health* 2005; 36: 162–9.
215. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misusing in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 9.
216. Jackson CA, Henderson M, Frankl JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Public Health* 2012; 34 (S1): 31–40.
217. Kumpfer KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol* 2003; 58(6–7): 457–65.
218. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K. What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *Am Psychol* 2003; 58(6–7): 449–56.
219. De Vries H, Backbier E, Dijkstra M, Van Breukelen G, Parcel G, Kok G. A Dutch social influence smoking prevention approach for vocational school students. *Health Educ Res* 1994; 9: 365–74.
220. Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. Fifteen-Year Follow-Up of Smoking Prevention effects in the North Karelia Youth Project. *Am J Publ Health* 1998; 88(1): 81–5.
221. HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (neobjavljeno). Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
222. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports*. 1994; 43: No. RR-2.
223. Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med* 2003; 37: 451–74.
224. Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman ME. Prevention that works for children and youth. An introduction. *Am Psychol* 2003; 58(6–7): 425–32.
225. Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors* 2002; 27: 1009–23.
226. ZOUTI - Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZOUTI-UPB3). UL RS, št. 93/2007.
227. Lemstra M, Bennett N, Nannapeni U, Neudorf C, Warren L, Kershaw T. et. al. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10–15. *Addiction Research and Theory* 2010; 18 (1): 84–96.
228. Thomas RE, Baker PR, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2: CD004493.

4. KONOPLJA IN NOVE PSIHOAKTIVNE SNOVI MED MLADIMI V SLOVENIJI

Andreja Drev, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Oris področja

Uvod

Uporaba prepovedanih drog je pomemben družbeni problem, saj ima številne škodljive posledice za posameznika, za njegovo ožjo skupnost ter družbo na sploh. Uporaba prepovedanih drog posamezniku povzroča številne zdravstvene posledice in vodi v odvisnost, poleg tega povzroča tudi ekonomsko škodo in vodi v kriminal.

Obdobje mladostništva pa je še posebej ranljivo za začetek uporabe drog, saj je za to obdobje zelo značilna nagnjenost oziroma želja po novih in razburljivih izkušnjah. Zadovoljstvo, ki ga ob tem občutijo, pa je za mladostnike pomembnejše kot nevarnost, ki jo tovrstna izkušnja nosi s sabo. Zaradi tega so mladostniki pogosto udeleženi v nekaterih nepremišljenih ali celo tveganih ravnanjih, kot je tudi eksperimentiranje z različnimi drogami (tobak, alkohol, prepovedane droge). Kaj pa je vzrok za tovrstno nagnjenje, vedenje? Kot ugotavljajo raziskovalci, je vzrok predvsem v različni hitrosti, s katero potekata kognitivni in psihosocialni razvoj. V obdobju mladostništva namreč posameznik doživlja vrsto sprememb; možgani se v tem obdobju zelo hitro spreminjajo, kar vpliva na spremembe v posameznikovem mišljenju in odločanju. In čeprav se sposobnosti, kot sta logično mišljenje in sklepanje, razvijejo že do 15. leta, pa se razvoj psihosocialnih veščin (kontrola impulzov, nadzor nad čustvi, odpornost na vpliv vrstnikov, sposobnost zamika pričakovane nagrade), ki pripomorejo k sprejemanju razumnih odloči-

tev, odvija s počasnejšim tempom. Zato mladostnik odločitev pogosto sprejme na osnovi tega, kako se v danem trenutku počuti ali v kakšni socialni sredini je, namesto na osnovi razumske presoje (1, 2).

Za obdobje mladostništva je značilen tudi proces osamosvajanja; mladostnik manj časa preživlja s svojo družino in vse več v družbi vrstnikov. Ker je za izgradnjo posameznikove identitete zelo pomembno, da se čuti sprejetega v določeni družbi, mladostnik v želji, da bi ga vrstniki sprejeli, posnema ravnanje drugih vrstnikov (3). Mladostnik še nima popolnega zaupanja vase in na njegove odločitve vplivajo mnenja drugih, še posebej pomembno vlogo ima pri tem mnenje oziroma vpliv vrstnikov. Ta je lahko pozitiven ali negativen; to velja tudi za eksperimentiranje z različnimi drogami.

Tveganje za uporabo drog je večje v obdobjih kritičnih sprememb, kot so zamenjava šole, selitev, ločitev staršev. Eno izmed pomembnih obdobjev je tudi prehod iz osnovne v srednjo šolo, ko se mladostnik sooči z vrsto novih izzivov, tako na področju socialnih stikov kot na akademskem področju.

Oprelitev osnovnih pojmov

Najbolj razširjena prepovedana droga v svetu in pri nas je konoplja, v zadnjih letih pa narašča tudi problematika, povezana s ponudbo in uporabo novih psihoaktivnih snovi. Ker je uporaba konoplje in novih psihoaktivnih snovi razširjena predvsem med mladimi in mlajšimi odraslimi, se bomo v poglavju o prepovedanih drogah osredotočili na ti dve vrsti drog.

V nadaljevanju bomo na kratko predstavili nekatere osnovne pojme s področja prepovedanih drog, nekatere osnovne pojme bomo tudi uporabljali v tem gradivu (tabela 4.1).

Tabela 4.1: Osnovni pojmi s področja prepovedanih drog

Pojem	Opis
Kazalniki razširjenosti uporabe prepovedanih drog	Razširjenost uporabe prepovedanih drog merimo s tremi standardnimi časovnimi okviri oziroma kazalniki:
	uporaba prepovedane droge kadar koli v življenju (uporaba prepovedane droge v katerem koli trenutku v življenju posameznika, kot merilo za uporabo se šteje uporaba enkrat in več),
	uporaba prepovedane droge v zadnjih 12 mesecih (uporaba prepovedane droge v zadnjem letu pred raziskavo meri nedavno uporabo drog, zajame predvsem občasne uporabnike),
	uporaba prepovedane droge v zadnjih 30 dneh (uporaba prepovedane droge v zadnjem mesecu pred raziskavo meri trenutno uporabo drog, zajame tudi pogoste oziroma intenzivne uporabnike) (4).
Pogostost uporabe	Ekspérimentiranje je izraz, ki se uporablja za opis prvih poskusov droge oziroma začetkov uporabe.
	Občasna uporaba je vezana predvsem na uporabo ob posameznih dogodkih, vikendih.
	Dnevna uporaba (v literaturi se uporabljata tudi izraza pogosta, intenzivna uporaba) je po definiciji EMCDDA raba 20 ali več dni v zadnjih 30 dneh (5).
	Rekreativna uporaba drog je vezana na okolje, v katerem se droga uporablja, in sicer predvsem na uporabo drog v okviru prireditev z (elektronsko) glasbo (glasbeni festivali, rave party itn.) ter na prizoriščih nočnega življenja (klubi, diskoteke, plesni bari itn.) (6).
	Zelo tvegana uporaba drog po definiciji EMCDDA zajema zelo tvegane vzorce uporabe psihoaktivnih snovi in/ali zelo tvegane poti uporabe psihoaktivnih snovi v zadnjih 12 mesecih (7).

Pojem	Opis
<p>Preventiva na področju prepovedanih drog</p>	<p>Okoljska preventiva je usmerjena v spreminjanje kulturnih, socialnih, fizičnih in gospodarskih okolij, v katerih posamezniki sprejemajo odločitve o uporabi drog. V kontekstu okoljske preventive na uporabo drog posameznika ne vplivajo samo osebne značilnosti, ampak kompleksen sklop dejavnikov v okolju, kot so: kaj je pričakovano oziroma sprejeto v skupnosti, v kateri posamezniki živijo, nacionalna zakonodaja, pravila in obdavčitve, javna sporočila, ki so jim posamezniki izpostavljeni, dostopnost alkohola, tobaka in prepovedanih drog (8).</p>
<p>Preventiva na področju prepovedanih drog</p>	<p>Univerzalna preventiva – aktivnosti na področju univerzalne preventive zajemajo vse tiste intervencije in programe, ki so oblikovane in usmerjene na celotne populacije ali njene podskupine (posamezne lokalne skupnosti, šole itn.). Za vsakega posameznika znotraj te populacije se domneva, da pri njem obstaja enaka stopnja tveganja za uporabo drog kot pri vseh drugih ter da ima lahko ta posameznik od preventivnih programov enake koristi kot drugi člani skupine. Programi univerzalne preventive se najpogosteje izvajajo v velikih skupinah brez predhodnega preverjanja lastnosti ciljne populacije (8).</p> <p>Selektivna preventiva se nanaša na strategije, katerih ciljne populacije so specifične podskupine splošne populacije in za katere se domneva, da je tveganje za razvoj različnih oblik zasvojenosti večje kot pri splošni populaciji (8). Namen selektivne preventive je odložiti začetek uporabe psihoaktivnih snovi pri članih podskupin z večjim tveganjem, tako da se s programi krepi dejavnike varovanja (samozavest, sposobnost reševanja problemov itn.) ter jih uči, kako se učinkovito spoprijemati z dejavniki tveganja (na primer genetska predispozicija ali povezanost z osebami, ki uporabljajo droge).</p> <p>Indicirana preventiva je usmerjena na posameznike, pri katerih je zaznано povečano tveganje za razvoj zasvojenosti v kasnejšem življenju. Na primer duševne motnje, šolski neuspeh, asocialno obnašanje, motnje pozornosti in vedenjske motnje, zgodnji znaki uporabe drog. Namen te preventive je prepoznavati rizičnih posameznikov ter njihova ciljna, individualna obravnava. Cilj programov indicirane preventive ni samo zmanjšanje števila prve uporabe drog, ampak tudi časovna omejitev znakov uporabe, odložitev začetka uporabe drog ter znižanje stopnje uporabe drog (8).</p>

Pojem	Opis
<p data-bbox="194 603 328 679">Skupine prepovedanih drog</p>	<p data-bbox="356 140 1014 272">Skupine drog so opisane glede na izvor in učinke. Po izvoru so lahko naravne, polysintetične (s kemičnimi postopki spremenjeni izvlečki iz naravnih snovi) ali sintetične (snovi, v celoti narejene v laboratorijih). Po definiciji Urada Združenih narodov za droge in kriminal (UNODC) ločimo naslednje ključne skupine:</p> <p data-bbox="356 304 1014 411">Opiati: V to skupino sodijo droge, katerih vir je beli mak vrste <i>Papaver somniferum</i>, to so: opij, morfin in kodein, heroin (derivat morfina, polysintetična snov) in opiodi (to so sintetične snovi, kot je metadon).</p> <p data-bbox="356 443 1014 520">Opiati upočasnijo centralni živčni sistem, lajšajo bolečino, tako fizično kot duševno, povzročajo rahlo euforijo, občutek ugodja, zmanjšujejo strah in dolgočasje.</p> <p data-bbox="356 552 1014 659">Drugi depresorji centralnega živčnega sistema: To so pomirjevala, ki se uporabljajo za lajšanje tesnobe in strahu, za zdravljenje nespečnosti in nekaterih duševnih motenj. V to skupino sodijo barbiturati in benzodiazepini.</p> <p data-bbox="356 691 1014 879">Stimulansi: To so snovi, ki človeka poživijo, vplivajo na izboljšanje njegovega razpoloženja, ga naredijo bolj budnega, agilnega, pomagajo pri premagovanju utrujenosti. V to skupino sodijo droge, katerih vir so rastline, kot so grm koke, khat in betelov oreh, izdelki iz izvlečka kokinih listov (kokina pasta, kokain hidroklorid, krek kokain) in sintetične snovi v obliki amfetamina ali v obliki snovi amfetaminskega tipa.</p> <p data-bbox="356 911 1014 987">Halucinogeni: To so snovi, ki povzročajo motnje v čutnih zaznavah in spremenjeno zavest. V to skupino sodijo snovi, kot so: psilocibin, meskalin in LSD (diethylamid lisergične kisline).</p> <p data-bbox="356 1019 1014 1152">Konoplja: Ima pomirjajoč, sproščujoč učinek, vpliva na izboljšanje razpoloženja, pri večjih količinah oziroma pri nekaterih posameznikih pa lahko povzroča tudi halucinogene učinke, ki trajajo do nekaj ur. Ključna psihoaktivna snov v konoplji je delta-9-tetrahidrokanabinol (THC) (9).</p>
<p data-bbox="199 1257 328 1334">Nova psihoaktivna snov</p>	<p data-bbox="356 1177 1014 1310">Nova psihoaktivna snov je narkotična droga ali nova psihotropna droga v čisti obliki ali v pripravku, ki je ni na seznamu Enotne konvencije ZN o mamilih iz leta 1961 in ki je ni na seznamih Konvencije ZN o psihotropnih snoveh iz leta 1971 ter predstavlja tveganje za javno zdravje.</p> <p data-bbox="356 1342 1014 1418">Novo psihoaktivne snovi delimo v naslednje skupine: sintetični kanabinoidi, sintetični katinoni, piperazini, fenetilamini in triptamini (7).</p>

Konoplja in nove psihoaktivne snovi

Konoplja

Konoplja (latinsko *Cannabis sativa*) je najbolj razširjena prepovedana droga v svetu in pri nas, sicer pa se uporablja tudi v industriji ter v medicini; ključna razlika je v vsebnosti glavne psihoaktivne snovi – delta-9-tetrahidrokanabinol (THC). Za industrijsko konopljo so značilne nižje ravni THC-ja kot za prepovedano drogo konopljo (7, 10).

Kot prepovedana droga se konoplja uporablja v treh oblikah: kot posušeni cvetovi (marihuana), kot konopljna smola (hašiš) in kot hašišovo olje. Najpogostejši način uporabe te droge je kajenje (cigarete, pipe, uparjevalniki), pogosto se meša s tobakom, lahko pa se tudi je in pije v obliki mlečnih napitkov (bhangi) in piškotov (kukiji) (7, 10).

Nove psihoaktivne snovi

Pred dobrim desetletjem se je v Evropi vsako leto pojavilo le nekaj novih psihoaktivnih snovi. V začetku so se pojavile tako imenovane dizajnerske droge, ki so se prodajale na črnem trgu kot amfetamini ali kot ekstazi, saj so posnemale njihove učinke. Nekatere so imele specifično ime, druge so se prodajale kot nove vrste ekstazi. Dizajnerske droge so se proizvajale v skrivnih laboratorijih v okviru organiziranega kriminala in se tudi prodajale na črnem trgu. Trg novih psihoaktivnih snovi pa se je korenito spremenil s pojavom dovoljenih drog (angl. *legal high*) in RC-jev (slika 4.1), te droge so se namreč prodajale na odprtem trgu, in sicer kot legalni nadomestki prepovedanih drog, kar je bil eden od ključnih razlogov za njihovo skokovito rast. Medtem ko so dovoljene droge namenjene predvsem rekreativnim uporabnikom, pa so RC-ji namenjeni »psihonavtom«. To so tisti uporabniki, ki raziskujejo učinke psihoaktivnih snovi ter svoje izkušnje opisujejo oziroma delijo na različnih forumih. Poleg dovoljenih drog in RC-jev se vrsta novih psihoaktivnih snovi prodaja pod pretvezo, da so prehranska dopolnila. Ti izdelki so namenjeni ljudem, ki želijo okrepiti oziroma izboljšati telesne in miselne funkcije. Na ta način nove psihoaktivne snovi dosegajo nove skupine kupcev. Na trgu novih psihoaktivnih snovi pa najdemo tudi različna zdravila; lahko gre za zlorabo zdravil, predpisanih na recept, ali pa za nezakonit uvoz zdravil iz držav zunaj EU.

V zadnjih letih skokovito narašča pojavljanje novih psihoaktivni snovi (NPS); v obdobju 2005–2014 je bilo v okviru evropskega sistema za zgodnje opozarjanje zaznanih več kot 450 NPS, samo v letu 2014 je bila prvič zabeležena 101 NPS, kar pomeni skoraj dve novi psihoaktivni snovi na teden (11). Večina novih psihoaktivnih snovi se ponuja kot legalni nadomestek za prepovedane droge; tako se na primer sintetični katinoni ponujajo kot legalni nadomestek za stimulativne droge, kot so amfetamini in ekstazi, sintetični kanabinoidi pa kot legalni nadomestek za konopljo (11, 12).



Slika 4.1: Trg novih psihoaktivnih snovi

Proizvodnja številnih NPS poteka v kemičnih tovarnah na Kitajskem in v Indiji, od koder se v velikih količinah kot zračni ali ladijski tovor pripeljejo v Evropo, kjer se obdelajo in prepakirajo v končne izdelke, ki so v obliki prahu, tablet, kapsul, tekočine, pastoznih snovi in zelišč (11). Prodajajo se v specializiranih trgovinah (head shopi, smart shopi), prek spletnih strani in prek uličnih preprodajalcev (12). Pogosto so embalaže označene z napisi, da vsebujejo zeliščne mešanice, kopalne soli, rastlinska gnojila, dišave in da izdelek ni primeren za zaužitje oziroma za uporabo pri ljudeh (slika 4.2).



Slika 4.2: Primer embalaže, ki vsebuje novo psihoaktivno snov, ima pa oznako z napisom gnojilo za rastline in opozorilo, da vsebina ni primerna za uporabo pri ljudeh.

Težava pri NPS je, da se pojavljajo zelo hitro, da se prodajajo na odprem trgu in da je zelo malo informacij o njihovih učinkih in škodi, ki jo povzročajo (11). Te snovi niso kontrolirano testirane ne na živalih ne na ljudeh, zato dolgoročni stranski učinki niso znani, prav tako ne alergijske reakcije, smrtni odmerki in potencial za razvoj odvisnosti (10). Prva NPS, ki se je pojavila v Sloveniji, je bil mCPP (poznani tudi kot mavrična tabletki), ki se je prodajal kot ekstazi, kasneje se je pojavil mefedron, ki je v letih 2008 in 2009 ob pomanjkanju ekstazija kmalu postal ena izmed najbolj iskanih (takrat še) dovoljenih drog pri nas⁷ (13).

Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki

Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki povečujejo oziroma zmanjšujejo verjetnost, da bi posameznik uporabil prepovedano drogo. Poznavanje in ozaveščenost o teh dejavnikih lahko vodita k učinkovitejši in bolj prilagojeni preventivi na področju uporabe drog. Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki so številni in delujejo na vseh ravneh, od ravni posameznika do družbene ravni. Obe skupini dejavnikov se nanašata tako na posameznikove genetske predispozicije in na njegovo osebnost kot tudi na družinsko, socialno in fizično okolje. Zelo pomembno je dobro razumevanje kompleksnosti teh dejavnikov. Ni lahko določiti, kateri dejavnik ima večjo težo pri odločitvi posameznika za uporabo drog, prav tako je težko izključiti dejavnike, ki v določenem kontekstu uporabnika niso pomembni.

V nadaljevanju bomo podrobneje predstavili najpogostejše dejavnike tveganja za uporabo prepovedanih drog oziroma konoplje.

V splošnem dejavnike tveganja dejavnike delimo v:

- **individualne,**
- **družinske,**
- **vrstniške** in
- **šolske** (slika 4.3).

⁷ Leta 2011 je bil mefedron (4-metilmetkatinon) uvrščen v Uredbo o razvrstitvi prepovedanih drog in sicer v I. skupino prepovedanih drog.

Individualni	Družinski	Vrstniški	Šolski
<ul style="list-style-type: none"> • spol • nagnjenost k iskanju vznemirljivosti • vedenjske težave • duševne težave • impulzivnost • namen uporabe psihoaktivnih snovi • predhodna uporaba tobaka in alkohola • starost ob prvi uporabi drog • socialno-ekonomski položaj 	<ul style="list-style-type: none"> • slab nadzor staršev nad otroki • slaba komunikacija, slabi odnosi v družini • uporaba psihoaktivnih snovi v družini • prisotnost duševnih težav v družini • življenje z enim staršem • smrt enega od staršev, ločitev 	<ul style="list-style-type: none"> • uporaba psihoaktivnih snovi med vrstniki • število vrstnikov, ki uporabljajo psihoaktivne snovi • delinkventni prijatelji 	<ul style="list-style-type: none"> • slab učni uspeh • slaba povezanost s šolo • s šolo povezane težave • izostajanje iz šole

Slika 4.3: Dejavniki tveganja za uporabo konoplje in drugih prepovedanih drog

Individualni dejavniki

Vzroki in dejavniki tveganja za uporabo prepovedanih drog se razlikujejo tudi glede na spol; fantje prepovedane droge uporabljajo predvsem zaradi krepitev socialnih vezi z drugimi uporabniki moškega spola, zaradi iskanja vznemirljivih občutkov in za ublažitev dolgočasje (15). Pri dekletih je vzrok uporabe prepovedanih drog pogosto čustvene narave v povezavi z odnosi, s pomembnimi življenjskimi dogodki, stresom in depresijo (14, 16). Sicer pa različne raziskave kažejo, da je uporaba konoplje bolj razširjena med fanti kot dekleti (14). Seveda pa lahko posameznika ogrozi tudi prisotnost drugih dejavnikov, kot so vedenjske težave, slabše kognitivne sposobnosti in slabše sposobnosti čustvenega nadzora; slednje namreč lahko v mladostništvu vodijo v uporništvu, iskanje vznemirljivega, nizko zaznavanje tveganja in v uporabo drog (17-20). Tako so pri fantih resne vedenjske težave pomemben napovednik za uporabo konoplje, pri dekletih pa so to napadalnost in prikrite vedenjske težave (17). Tudi prisotnost čustvenih stisk in duševnih težav v otroštvu lahko poveča verjetnost uporabe droge, in sicer tako verjetnost za prvo uporabo kot tudi za pogosto uporabo ter razvoj odvisnosti (21). Sicer pa je dejavnik tveganja za uporabo konoplje lahko že sam namen mladostnika ali mladostnice, da bo uporabil konopljo, pomembna pa je tudi lahka dostopnost in priložnosti za prvo uporabo drog (18-21, 23, 26).

Zgodnji začetek uporabe konoplje je povezan z razvojem številnih tveganj, ki povečujejo verjetnost za pojav težav, povezanih z uporabo drog. Raziskave med mladostniki in odraslimi, ki uporabljajo konopljo, so pokazale, da je pri tistih, ki so začeli uporabljati konopljo v adolescenci, večja verjetnost za razvoj zasvojenosti, pojav depresije in vedenjskih težav, za uporabo drugih prepovedanih drog kot pri odraslih, ki so konopljo začeli uporabljati v zgodnji ali kasnejši odraslosti (17, 24, 25).

Na uporabo konoplje vpliva tudi socialno-ekonomski položaj posameznika, pri tem pa različne raziskave ugotavljajo povezanost uporabe konoplje tako z višjim kot z nižjim socialno-ekonomskim položajem. Patrick in sodelavci so raziskovali povezanost socialno-ekonomskega položaja družine (prihodek, premoženje, izobrazba staršev) mladih odraslih v starosti 18–23 let in uporabo marihuane ter ugotovili, da so mladi odrasli iz družin z najvišjim socialno-ekonomskim položajem najbolj nagnjeni k uporabi marihuane (27). Raziskovalci to razlagajo predvsem z viri, ki jih ti mladi imajo, da lahko dostopajo oziroma kupijo marihuano. Hkrati tudi opozarjajo, da prav zaradi blažilnega učinka virov, ki jih imajo na voljo, mladi iz družin z višjim socialno-ekonomskim položajem niso podvrženi socialnim, zdravstvenim in ekonomskim posledicam uporabe marihuane v taki meri kot njihovi vrstniki iz družin z nižjim socialno-ekonomskim položajem. Redonet in sodelavci so raziskovali povezanost med socialno-ekonomskim položajem (stopnja izobrazbe, poklicni razred, zaposlenost, brezposelnost) mladih odraslih v starosti 22–35 let ter uporabo konoplje in drugih prepovedanih drog. Ugotovili so, da je nizek socialno-ekonomski položaj povezan z uporabo konoplje, še posebej s problematično uporabo konoplje. Povezanost med nizkim socialno-ekonomskim položajem in uporabo konoplje oziroma njeno problematično uporabo je bila še posebej močna pri nizkem poklicnem razredu in neredni zaposlitvi (28). Bowes in sodelavci pa so raziskovali, kako socialno-ekonomski položaj in njegove spremembe v toku posameznikovega življenja vplivajo na uporabo konoplje. Ugotovili so, da imajo tisti mladi odrasli v starosti 22–35 let, ki se jim je v obdobju od otroštva do odraslosti socialno-ekonomski položaj poslabšal, dvakrat večjo verjetnost, da uporabijo konopljo, kot tisti mladi odrasli, ki so ohranili stabilen socialno-ekonomski položaj (29).

Družinski dejavniki

Mladostniki, ki jih z družino povezujejo močne vezi, imajo manj verjetno prijatelje, ki uporabljajo droge, medtem ko se bodo mladostniki iz socialno deprivilegiranih in disfunkcionalnih družin verjetneje družili z delikventnimi vrstniki ali z vrstniki, ki uporabljajo droge (17). Slab starševski nadzor (slabo poznavanje vrstnikov in kje je mladostnik) lahko poveča tveganje za uporabo prepovedanih drog tako pri fantih kot dekletih (14, 17, 18). Mladi, ki so v okviru družine izpostavljeni

ljeni stresnim dogodkom, kot so razpad družinskih struktur, ločitev, slaba kakovost družinskih odnosov, imajo večjo verjetnost uporabe konoplje in drugih drog, kar še posebej velja za dekleta (14, 17, 18). Na uporabo konoplje lahko vplivajo tudi nekatere druge značilnosti družine, kot so: življenje z enim staršem, zgodnja smrt enega izmed staršev, uporaba drog v družini, slaba komunikacija v družini, prisotnost duševnih težav v družini (19–21).

Vrstniški dejavniki

Vrstniški vpliv zajema različne oblike in stopnje vpliva na uporabo drog, in sicer: toleranco do uporabe drog, podporo uporabi drog ter aktivno spodbudo za uporabo drog. Chabrol in sodelavci so ugotovili, da na uporabo konoplje pomembno vpliva število vrstnikov, ki uporabljajo to drogo (22). Medtem ko je število vrstnikov, ki nasprotujejo uporabi konoplje, varovalni dejavnik pred uporabo te droge. Nekatere raziskave pa kažejo, da je vpliv vrstnikov učinkovit le ob soopojavu drugih dejavnikov tveganja (14, 17). Tako se na primer pri dekletih poveča verjetnost uporabe drog v primerih, ko nastopijo prelomni življenjski dogodki, uporaba drog med vrstniki je visoka, podpora družine pa slaba (14). Pri fantih pa je vrstniški vpliv večji v primerih slabega šolskega uspeha in manjšega občutka povezanosti s šolo (17).

Šolski dejavniki

Šola je še posebej pomembna kot socialno in izobraževalno okolje, ki vpliva na akademsko in poklicno pot ter tudi na zdravje in blagostanje posameznika. Bond in sodelavci ugotavljajo, da imajo mladostniki, ki poročajo o dobri povezanosti s šolo in o dobrih medosebnih odnosih, najboljše izide na področju duševnega zdravja, učnega uspeha in uporabe droge, nasprotno pa imajo mladostniki, ki poročajo o nizki povezanosti s šolo, a o dobrih medosebnih odnosih, večje tveganje, da bodo v kasnejših letih šolanja razvili depresivne znake, redno kadili, pili in uporabili marihuano (30). Van den Bree in Pickworth sta ugotovila še, da so s šolo povezane težave (slabše ocene, težave z učitelji, težava s pozornostjo, pogosto izostajanje iz šole, izključitev, ponavljanje, ni želje po nadaljevanju izobraževanja), pomemben dejavnik tveganja za uporabo konoplje pri obeh spolih (31). Tudi v raziskavi Kokkeva in sodelavcev se je izostajanje iz šole (»špricanje«) pokazalo kot pomemben dejavnik tveganja za uporabo konoplje (32).

Škodljivi izidi

Vpliv drog na mladostnikove možgane: Možgani so najzapletenejši organ v človeškem telesu, saj uravnavajo oziroma nadzorujejo delovanje vseh drugih organov in so odgovorni za vse človekove aktivnosti. Možgane si lahko predstavljamo kot komunikacijski center, ki ga sestavlja nešteto živčnih celic ali nevronov. Nevroni si med sabo sporočajo informacije, in sicer ta proces poteka tako, da sporočilo prenaša kemična snov, imenovana živčni prenašalec, ki s pomočjo električnega impulza potuje od enega do drugega nevrona, kjer se veže na prav posebno mesto, imenovano receptor. Droge se vmešajo v naravni proces sporočanja informacij med nevroni. Nekatere droge, kot je marihuana, posnemajo živčni prenašalec in na ta način ukanijo receptor, da jim dovoli vezavo, s tem pa aktivirajo nevron. Ker pa nevron ni aktiviran po naravni poti, se po sistemu prenašajo neobičajna sporočila. Druge droge, kot je kokain, povzročijo, da se sprožijo prekomerne količine naravnega živčnega prenašalca ali pa preprečijo, da se živčni prenašalec reciklira. Razlika v učinku je podobna razliki med šepetom in vpitjem v mikrofona.

Večina drog ciljano vpliva na sistem za nagrajevanje. Ta sistem se je v procesu evolucije razvil tako, da tista vedenja, ki so pomembna za preživetje človeške vrste (spanje, prehranjevanje, spolnost), človeku prinašajo občutke ugodja in jih zato želi ponavljati. Tudi droge sprožijo občutek ugodja in tako možgani dobijo lažno sporočilo, da je uporaba drog pomembno vedenje, ki ga je treba ponavljati. Občutki ugodja so precej močnejši pri uporabi drog kot pri vedenjih, nujnih za preživetje, zato uporaba drog hitro zasenči vsa druga vedenja. Občutek močnega ugodja je tudi motivator nadaljnje uporabe drog. Sprva sicer uporabniki občutijo pozitivne učinke in tudi verjamejo, da bodo uporabo drog lahko nadzorovali. Vendar sčasoma uporaba ni več prijetna, temveč postane nujna; uporabnik drogo potrebuje že zato, da se počuti normalno. Uporabnik tudi ni več sposoben sprejemati tehtnih odločitev, saj je potreba po drogi premočna. Uporaba drog namreč povzroči spremembe v tistih delih možganov, ki so povezani z motivacijo, presojo, odločanjem, učenjem, spominom in nadzorom vedenja, ter tudi tistih, ki upravljajo vitalne življenjske funkcije. Navade in izbire, povezane z uporabo drog, se tako počasi ukoreninijo v možganskih strukturah (33).

Škodljivi izidi uporabe konoplje: Na posledice uporabe konoplje v veliki meri vplivajo pogostost uporabe, uporaba večjih količin, način uporabe, zgodnji začetek uporabe, uporabnikova predhodna izkušnja s to drogo, uporabnikova pričakovanja in njegovo razpoloženje ter socialno okolje, v katerem se droga uporablja (34, 35). Škodljive posledice uporabe konoplje so lahko trenutne ali dolgoročne; med trenutne škodljive posledice se uvrščajo: anksioznost (tesnoba), paranoja, depersonalizacije, depresija, halucinacije, panika in povečano tveganje za prometne

nesreče (17, 35). Ti učinki ponavadi izginejo nekaj ur po uporabi. Med dolgoročne škodljive posledice redne uporabe konoplje se uvršča razvoj odvisnosti, in sicer se ocenjuje, da odvisnost razvije okoli 9 % uporabnikov (36). Ker so učinki kajenja konoplje podobni učinkom kajenja tobaka, imajo redni uporabniki konoplje tudi večje tveganje za kronične vnetne spremembe na dihalih, ki lahko povzročijo kronični bronhitis, simptome kašljanja, kratke sape, sopihanja in druge okrnjene respiratorne funkcije. Redni uporabniki konoplje imajo tudi večje tveganje za psihotične znake in motnje, še posebej če so v preteklosti že imeli tovrstne težave ali so te težave prisotne v družini. Oseba, ki je kadar koli uživala konopljo, ima 40 % večjo možnost, da doživi psihotično epizodo, kot oseba, ki ni nikoli uživala konoplje. Redna uporaba konoplje poveča možnost, da se kasneje razvije shizofrenija podobno psihotično obolenje za dva- do trikrat. Med nosečnostjo lahko uporaba konoplje vpliva na zmanjšanje porodne teže novorojenca, kasneje pa pri otrocih povzroča tudi nekatera odstopanja: na področju spomina (4-letniki), pozornosti (6-letniki), vizualnega spomina, analize in integracije (9–16 let), slabša sposobnost branja, črkovanja, pojav anksioznosti in depresije. Pri mladostnikih se redna uporaba konoplje pogosto kaže v slabši akademski uspešnosti, poleg tega se pri mladostnikih, ki redno uporabljajo konopljo, poveča tudi verjetnost, da bodo uporabili druge prepovedane droge. Redna uporaba konoplje v mladostništvu lahko škodljivo vpliva tudi na duševno zdravje kasneje v odraslem obdobju, saj poveča tveganje za razvoj psihotičnih znakov in motenj (17, 35, 37, 38).

Škodljivi izidi uporabe novih psihoaktivnih snovi: V spletni raziskavi, narejeni med uporabniki novih psihoaktivnih snovi v Sloveniji (13), so uporabnike NPS spraševali o posledicah za zdravje in socialnih posledicah. Med posledicami uporabe NPS za zdravje so uporabniki najpogosteje navajali nespečnost, depresijo, težave s koncentracijo, poškodbe nosne sluznice in žrela, občutke strahu in tesnobe ter mravljinčenje v rokah ali nogah. Med socialnimi posledicami pa so bile najpogostejše: težave s starši ali partnerjem, težave s prijatelji, težave na delovnem mestu ali v šoli, težave s policijo, nezaščiten spolni odnos, prepiranje ali pretep in neželen spolni odnos.

Pregled raziskav v slovenskem prostoru

V tem poglavju bomo podrobneje opisali ključne izsledke dveh mednarodnih populacijskih raziskav, v kateri je vključena Slovenija in ki obravnavata problematiko uporabe konoplje med mladimi v Sloveniji. Podali bomo tudi ključne izsledke raziskave *Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog*. Vse tri raziskave so bile opravljene na reprezentativnih vzorcih prebivalcev Slovenije, kar nam omogoča posploševanje rezultatov posameznih raziskav na populacijo prebivalcev Slovenije. V nadaljevanju jih na kratko opisujemo.

Raziskava *HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji* (angl. *Health Behavior in Schol-Aged Children*) (<http://www.hbsc.org/>) je periodična mednarodna raziskava, ki zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstva, poškodbe, ustno zdravje, z zdravjem povezana vedenja (tvegana vedenja, prehrana, gibanje) in tudi socialni kontekst (družina, šola, vrstniki). Izvaja se med 11-, 13- in 15-letniki v 44 državah Evrope in sveta, Slovenija pa se ji je pridružila leta 2002.

Raziskava *ESPAD – Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino* (angl. *The European school survey project on alcohol and other drugs*) (<http://www.espad.org/>) poteka od leta 1995 v štiriletnih presledkih in je najpomembnejši vir podatkov o razširjenosti uporabe drog med šolsko mladino v evropskih državah. Raziskavo je leta 1993 spodbudil Švedski svet za informacije o alkoholu in preostalih drogah (CAN) in je nastala na izkušnjah vprašalnika skupine Pompidou. Leta 2011 je potekala že petič, naslednja je bila spomladi 2015. Slovenija v raziskavi sodeluje že vse od začetka, izvajal jo je Inštitut za varovanje zdravja, od leta 2007 pa Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Raziskava poteka na podlagi standardizirane metodologije, ki natančno definira vzorčenje anketirancev, vprašalnik, terensko delo in posredovanje podatkov. Vzorec zajema dijake, stare od 15 do 16 let, ki so vključeni v prvi letnik srednješolskih programov.

Raziskava *Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog* zajema prebivalce, stare 15–64 let, zaradi velikega vzorca anketiranih pa nudi možnost podrobnejšega vpogleda v razširjenost uporabe konoplje v mlajših starostnih skupinah (*15–24 in 25–34 let*). Raziskava je bila izvedena enkrat (v letu 2011 in 2012), zato ne omogoča časovnih primerjav, omogoča pa mednarodne primerjave, saj so bila vprašanja za konopljo in druge prepovedane droge pripravljena v skladu z metodologijo EMCDDA.

Poleg tega bomo dodali tudi rezultate nekaterih drugih domačih in tujih raziskav, ki sicer niso narejene na reprezentativnem vzorcu, kljub temu pa omogočajo vpogled v razširjenost in problematiko uporabe novih psihoaktivnih snovi in konoplje.

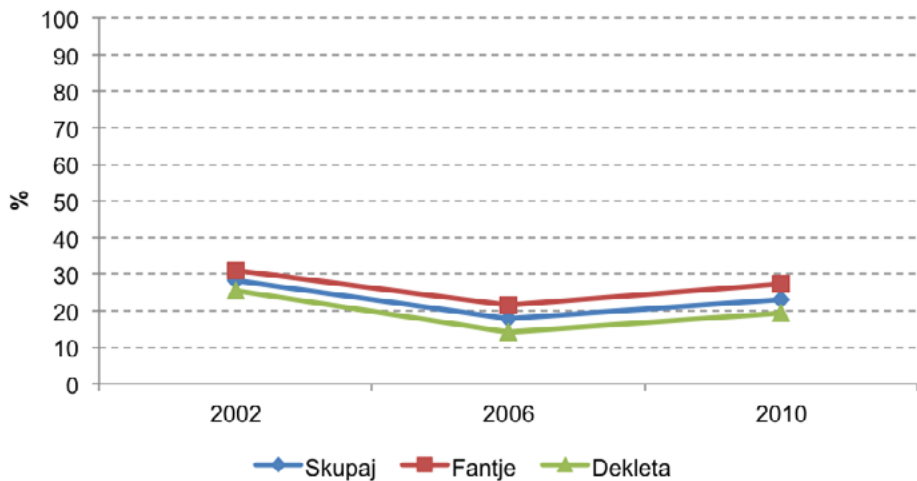
Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC)

Po podatkih zadnje raziskave *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju* (HBSC 2014) je vsaj enkrat v življenju konopljo uporabila dobra petina (21,1 %) 15-letnikov, v zadnjih 12 mesecih je konopljo uporabilo 18,7 % 15-letnikov in v zadnjih 30 dneh 10,3 %. Podatki po spolu kažejo, da je uporaba konoplje v večji meri razširjena med fanti kot med dekleti, saj je pri vseh treh kazalnikih delež uporabe statistično značilno višji pri fantih kot pri dekletih (39).

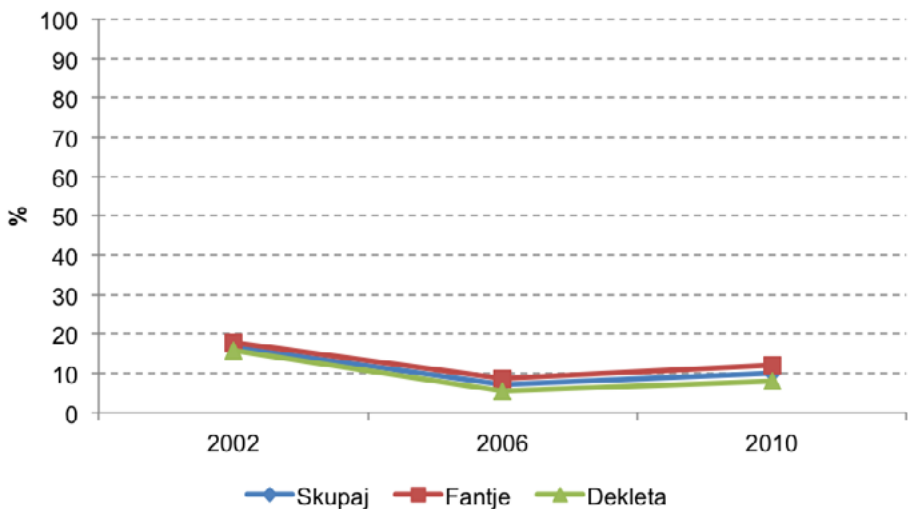
Trendi so na voljo za obdobje 2002–2010, saj smo v letih 2002, 2006 in 2010 mladostnike spraševali le o uporabi marihuane, v letu 2014 pa je bilo vprašanje zastavljeno širše in se je nanašalo na uporabo konoplje, torej poleg marihuane tudi na uporabo hašiša.

Podatki kažejo, da se je delež uporabe/kajenja marihuane kadar koli v življenju in delež uporabe/ kajenja marihuane vsaj trikrat v zadnjih 12 mesecih pri 15-letnikih v obdobju 2002–2010 statistično značilno znižal. V obdobju 2002–2010 sicer zaznavamo statistično značilno znižanje deleža deklet, ki so marihuano že kdaj poskusila, medtem ko pri fantih v celotnem obdobju ne zaznavamo statistično značilnih razlik. Pri uporabi v zadnjih 12 mesecih je do statistično značilnega znižanja prišlo pri vseh 15-letnikih ter tudi pri fantih in dekletih posebej.

Čeprav nam podatki uporabe marihuane med letoma 2002 in 2010 kažejo na statistično značilen trend upadanja deleža 15-letnikov, ki so marihuano že kdaj poskusili oziroma so jo uporabili v zadnjih 12 mesecih, lahko ob podrobnejšem pregledu dogajanja v posameznih časovnih obdobjih vidimo, da se je ta delež statistično značilno znižal samo med letoma 2002 in 2006, medtem ko med letoma 2006 in 2010 zaznavamo statistično značilne neugodne trende naraščanja (sliki 4.4 in 4.5) (40).



Slika 4.4: Deleži mladostnikov, starih 15 let, skupaj in po spolu, ki so kdaj koli v življenju poskusili uporabiti/kaditi marihuano, v letih 2002, 2006 in 2010.



Slika 4.5: Deleži mladostnikov, starih 15 let, skupaj in po spolu, ki so vsaj trikrat uporabili/kadili marihuano v zadnjih 12 mesecih, v letih 2002, 2006 in 2010.

Mednarodna primerjava je na voljo za raziskavo HBSC 2010 in kaže, da se po uporabi konoplje 15-letniki iz Slovenije uvrščajo precej nad povprečje vrstnikov iz drugih držav (41), in sicer so glede na uporabo konoplje kdaj koli v življenju na 8. mestu med 37 državami, po uporabi v zadnjih 30 dneh pa na 10. mestu (42).

Podatki o neenakostih med mladostniki v uporabi marihuane so pokazali, da na uporabo te droge v veliki meri vplivajo spol, tip družine in zahtevnost šolskega programa. Tako marihuano v nižjem deležu uporabljajo dekleta kot fantje, mladostniki iz klasičnih družin z dvema staršema uporabljajo marihuano v nižjem deležu kot mladostniki iz drugih tipov družin in gimnazijci uporabljajo marihuano v nižjem deležu kot dijaki, ki obiskujejo manj zahtevne šolske programe (43).

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah (ESPAD)

Po podatkih *Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah 2011* je v Sloveniji konopljo kadar koli v življenju uporabilo 23 % v raziskavo vključenih 16-letnikov, v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo jo je uporabilo 19 % 16-letnikov, v zadnjih 30 dneh pred raziskavo pa 10 % (44). Uporaba konoplje je v večji meri razširjena med fanti kot med dekleti, saj je o vseživljenjski uporabi konoplje poročalo 26 % fantov in 21 % deklet (45).

Primerjava pokaže, da so podatki za Slovenijo nad povprečjem ESPAD pri vseh treh kazalnikih uporabe (kadar koli v življenju je konopljo uporabilo 17 % evropskih 16-letnikov, 13 % v zadnjem letu in 7 % v zadnjem mesecu) (45, 46).

Trend: v obdobju 1995–1999 je bil porast uporabe konoplje večji kot v obdobju 1999–2003, v obdobju 2003–2007 je uporaba konoplje statistično značilno upadla, v letu 2011 pa je bilo stanje umirjeno (44).

Zaznana dostopnost konoplje

Skoraj vsak drugi slovenski anketirani dijak (45 %) meni, da mu je konoplja precej oziroma zlahka dostopna. Ocena zaznane dostopnosti konoplje je statistično značilno povezana s pogostostjo uporabe konoplje kadar koli v življenju: tisti, ki ocenjujejo nabavo konoplje kot nemogočo, zelo težko ali precej težko, so pogosteje odgovorili, da je niso nikoli uporabili (44).

Starost ob prvi uporabi konoplje

S konopljo pridejo mladostniki v stik že zelo zgodaj, saj je 3,9 % mladostnikov poročalo, da so konopljo prvič uporabili pri starosti 13 let ali manj (44).

Starejši sorojenci, prijatelji ter stališča staršev in uporaba konoplje

Da njihovi starejši sorojenci uporabljajo konopljo, je odgovorilo 5 % anketiranih dijakov. Povezava med uporabo konoplje pri starejših sorojencih in lastno uporabo kadar koli v življenju je statistično značilna, saj so tisti dijaki, ki imajo sorojence, ki ne uporabljajo konoplje, pogosteje poročali, da je tudi sami niso nikoli uporabili (44). 27 % anketiranih je tudi poročalo, da nekaj, večina ali vsi prijatelji uporabljajo konopljo. Povezanost med uporabo konoplje in uporabo med vrstniki je statistično značilna, saj so tisti dijaki, ki so poročali, da nihče ali malo prijateljev uporablja konopljo, pogosteje odgovorili, da tudi sami niso nikoli uporabljali konoplje (44). Večina (85,3 %) anketiranih dijakov je tudi poročala, da jim njihovi starši, če bi uporabljali konopljo, tega ne bi dovolili oziroma bi jih poskušali odvrniti.

Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog

Konoplja

Po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je konopljo že kdaj v življenju uporabilo 15,9 % prebivalcev v starosti 15–64 let. V starostni skupini 15–24 let je konopljo že kdaj uporabilo 27,3 % prebivalcev, v starostni skupini 25–34 let pa 29,7 %. Delež uporabe konoplje kadar koli v življenju je bil višji v starostnih skupinah do 34 let kot pri starejših, delež uporabe v zadnjem letu in zadnjem mesecu pa je bil najvišji med mladimi v starostni skupini 15–24 let (tabela 4.2) (47).

Tabela 4.2: Delež (v %) prebivalcev Slovenije, starih 15–34 let in 15–24 let, ki so uporabili konopljo kadar koli v življenju, v zadnjih 12 mesecih in v zadnjih 30 dneh, skupaj in po spolu.

		Delež uporabe konoplje (%)		
		Kadar koli v življenju	Zadnjih 12 mesecev	Zadnjih 30 dni
15–34 let	Skupaj	28,7 %	10,3 %	5,3 %
	Moški	33,0 %	13,4 %	7,6 %
	Ženski	24,0 %	7,0 %	2,9 %
15–24 let	Skupaj	27,3 %	15,0 %	7,5 %
	Moški	31,0 %	17,4 %	9,5 %
	Ženski	23,1 %	12,2 %	5,2 %

Anketa o uporabi alkohola, tobaka in drugih drog je zajemala tudi mnenjska vpra-

šanja, s pomočjo katerih so prebivalci Slovenije med drugim izrazili tudi svoja mnenja o tveganju, povezanem z redno uporabo konoplje, in o tem, ali bi morala biti uporaba konoplje dovoljena.

Na vprašanje, ali ljudje tvegajo, če redno uporabljajo marihuano ali hašiš, je okoli dve tretjini (65,1 %) prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, odgovorilo, da zelo tvegajo, približno petina (22,7 %) jih je menila, da zmerno tvegajo, približno desetina (9,1 %) pa, da rahlo tvegajo. Le 3,1 % prebivalcev Slovenije je menilo, da ljudje ne tvegajo, če redno uporabljajo marihuano ali hašiš. Da redna uporaba konoplje ni tvegana, je v najvišjem deležu menila najmlajša starostna skupina (15–24 let), po izbrazbi pa so v višjem deležu tako menili tisti z osnovnošolsko in srednješolsko izobrazbo kot tisti z višješolsko izobrazbo ali več (47).

Na vprašanje, ali bi morala biti uporaba konoplje dovoljena, je več kot polovica (64,3 %) prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, odgovorila nikalno, približno petina (19,2 %) jih je menila, da bi uporaba konoplje morala biti dovoljena, 16,5 % pa se jih do te trditve ni opredelila. Dovoljeni uporabi konoplje so bili v višjem deležu naklonjeni moški kot ženske in starostni skupini 15–24 in 25–34 let kot starejši (47).

Nove psihoaktivne snovi

Novo psihoaktivno snov pa je že kdaj v življenju uporabilo nekaj manj kot 2 % mladih prebivalcev Slovenije v starosti 15–24 let. Tisti, ki so že poskusili novo psihoaktivno snov, so v največji meri poročali o uporabi metilona in medfedrona (47).

Eurobarometer

Po podatkih raziskave *Eurobarometer 2014* za Slovenijo je nove psihoaktivne snovi že kdaj poskusilo 13 % mladih v starosti 15–24 let, v zadnjih 12 mesecih jih je nove psihoaktivne snovi uporabilo 4 % in v zadnjih 30 dneh 3 % (48).

Primerjava z EU: Primerjava podatkov pokaže, da mladi v Sloveniji presegajo evropsko povprečje pri uporabi novih psihoaktivnih snovi. Že kdaj v življenju je namreč nove psihoaktivne snovi uporabilo 8 % mladih Evropejcev v starosti 15–24 let, v zadnjih 12 mesecih 3 % in v zadnjih 30 dneh 1 % (48).

Trend: V podobni raziskavi iz leta 2011 je 5 % mladih Evropejcev v starosti 15–24 let poročalo, da je že kdaj poskusilo nove psihoaktivne snovi, v Sloveniji pa je o tem poročalo 7 % mladih (49).

Nakup novih psihoaktivnih snovi in okolje uporabe: Mladi nove psihoaktivne

snovi najpogosteje dobijo oziroma kupijo pri prijatelju ali pa pri uličnih preprodajalcih, najpogosteje pa jih uporabljajo na plesnih zabavah ali plesnih prireditvah ter v družbi s prijatelji (48).

Raziskava o značilnostih novih vzorcev uporabe drog

Spletna raziskava med uporabniki novih psihoaktivnih snovi (NPS), starih 15–40 let, je pokazala, da je največ anketiranih uporabilo 3-MMC ali »sladoled« (67,9 %), sledijo metilon (43,0 %), mefedron (37,3 %), NBOMe in 4FA (oba 24,1 %), pentadron in sintetični kanabinoidi (oboje 18,5 %). Med klasičnimi drogami pa je marihuana tista prepovedana droga, ki jo uporabniki NPS najpogosteje uporabijo (13).

Trajanje in pogostost uporabe NPS: Približno tretjina (29,0 %) anketiranih NPS uporablja nekajkrat na leto, 12,4 % enkrat na mesec, 12,0 % večkrat na mesec in 6,1 % enkrat na teden ali pogosteje. Največji delež (40,2 %) pa je z uporabo NPS prenehal (13). Skoraj polovica (48,2 %) anketirancev je NPS uporabljala več kot leto dni, dobra četrtina (26,6 %) pa je NPS začela uporabljati v času do treh mesecev pred raziskavo (13).

Nakup NPS in prostor uporabe: Anketirani so poročali, da NPS najpogosteje dobijo ali kupijo pri prijatelju in pri preprodajalcu, le redko NPS kupijo oziroma naročijo prek spleta. NPS anketirani najpogosteje uporabljajo v lokalu ali klubu, pri sebi doma oziroma pri prijateljih, na prireditvah elektronske glasbe (partijih) ter tudi na prostem (v parku, na ulici) (13). Približno polovica anketiranih NPS včasih meša s prepovedanimi drogami, dobra tretjina pa to počne vedno ali pogosto (13).

Dobre prakse

Učinkovit, na znanstvenih dokazih osnovan preventivni program je tisti, ki po izvedbi pokaže statistično pomembne spremembe v vedenju in stališčih učencev oziroma dijakov do uporabe in zlorabe drog. Med učinkovite programe štejemo tiste, ki:

- preprečijo ali odložijo prvo uporabo droge ali znižajo pogostost uporabe drog med učenci/dijaki,
- zmanjšajo družbena in zdravstvena tveganja ter možno škodo, ki nastane zaradi uporabe drog med učenci/dijaki, vključujoč njihovo delovanje v šoli,
- zvišajo informiranost učencev/dijakov in njihovo zmožnost odgovornega od-

ločanja pri lastni uporabi drog in

- imajo trajen učinek.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) ima na svojih spletnih straneh dostopno bazo najboljših praks, v katero so vključeni tudi učinkoviti preventivni programi za različne ciljne skupine in so dober vir za vse, ki se želijo ukvarjati s preventivo na področju drog.

V nadaljevanju bomo predstavili nekatere praktične usmeritve in priporočila, na katere moramo biti pozorni, ko pripravljamo in izvajamo preventivne aktivnosti na področju prepovedanih drog. Usmeritve in priporočila smo povzeli po publikaciji *Zdravje skozi umetnost: smernice za pogovore o izbranih zdravstvenih temah za pedagoške delavce* (Jeriček Klanšček in sod., 2015) iz poglavja Smernice za obravnavo problematike drog (50).

Kakšne naj bodo informacije o drogah?

Pri podajanju informacij o drogah moramo imeti v mislih, da uporaba drog ni povezana le s snovjo oziroma drogo kot tako. Na odločitev za uporabo poleg droge vplivajo tako osebni (temperament, akademske in čustvene spretnosti) kot tudi številni družbeni in okoljski dejavniki (soseska, vrstniki, družbene norme, zakonodaja). Dokazano je, da znanje ni dovolj za vplivanje na ravnanje. Pristopi, ki temeljijo le na podajanju informacij o drogah, ne kažejo zmanjšanja njihove uporabe. Le podajanje informacij o nevarnostih in tveganjih ima lahko tudi nasprotni vpliv pri pustolovščinah željnih mladostnikih, prav tako lahko vzbudi radovednost. Kljub vsemu pa je predstavljanje dejstev o drogah sestavni del preventive. Pri pogovoru z mladimi dajemo manj poudarka na diskusijo o dolgoročnih negativnih učinkih drog na posameznika, osredotočimo se raje na kratkoročne učinke, in če je mogoče, tudi na družbene posledice, ki jih lahko prinaša uporaba drog. Predstavljanje odkritih in verodostojnih informacij o zdravstvenih tveganjih ter posledicah uporabe drog lahko vodi v povečano občutljivost za osebna tveganja in s tem v zmanjšano uporabo drog. (50)

V pomoč pri izbiri informacij o drogah so lahko tudi Smernice za izbiro informacij o drogah, ki jih priporoča Organizacija združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo (UNESCO, Guidelines for Selecting Content for School Drug Education Curricula).

Če v preventivne aktivnosti za splošno populacijo mladostnikov vključimo tudi informacije o posameznih drogah, katere so primerne glede na starost ciljne skupine?

Predšolsko obdobje: Brez informacij o drogah. Aktivnosti naj se osredotočajo na razvoj in krepitev življenjskih veščin s poudarkom na identiteti ter socialno-čustvenih veščinah. Pomembna je tudi krepitev povezanosti otroka z vrtcem in sovrstniki; ključen je občutek pripadnosti skupini in pomoč v primerih čustvenih težav.

Učenci nižje stopnje OŠ: Poleg pristopov razvoja in krepitev življenjskih veščin, prepoznavanja težav (težave pri branju, pisanju; težave pri nadzorovanju čustev, kot so izbruhi jeze; vedenjske težave) in nudenja primerne pomoči se dodajo vsebine: kaj je in kako nastane odvisnost; dejavniki tveganja in varovanja, povezani z uporabo drog; s pomočjo zgoraj zapisanih smernic se lahko vključijo vsebine na temo zdravlil, hlapil, alkohola in tobaka.

Učenci višje stopnje OŠ: Vsebina iz prejšnjih let se osveži in nadgradi, še posebej kar se tiče življenjskih veščin. Poudarek je tudi na prepoznavanju težav in nudenju primerne pomoči. Znanje o drogah, ki se je obravnavalo v nižjih starostnih skupinah, se osveži in nadgradi, dodajo pa se tudi konoplja in energijske pijače. Pri učencih 9. razreda OŠ se lahko glede na potrebe in smernice obravnavajo tudi druge vrste depresorjev, poživil in halucinogenov.

Srednja šola: Vsebine iz osnovnošolskega programa se osvežijo in nadgradijo, kar se tiče drog, se dodajo nove psihoaktivne snovi.

Ti predlogi so le splošne usmeritve. Pri vključevanju vsebin glede posameznih drog vedno izhajajte iz Smernic za izbiro informacij o drogah, ki jih priporoča Organizacija združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo.

Program Brain Power o možganih, ki ga je razvila NIDA, je zelo dober primer, kako govoriti o tem področju, a ne na način, ki lahko mladostniku vzbudi zanimanje za prepovedane droge, ampak na način, da mladostnik razume, zakaj lahko v določeni starosti pride do radovednosti in želje za eksperimentiranje s prepovedanimi drogami ter kakšne so lahko posledice. (50)

Ali je dovolj, da mlade naučimo reči NE drogam, in kako je z vrstniškim vplivom?

Pristop, ki je osredotočen le na krepitev samozavesti in na to, kako zavrniti drogo, temelji na predpostavki, da samozavest in dobre komunikacijske

spretnosti povečajo verjetnost, da bo mladostnik prenesel pritisk vrstnikov in medijev ter bo dovolj močan, da zavrne ta vpliv. Ti programi spodbudijo večje zavedanje vplivov, ki jih imajo ljudje, mediji in družba na nas, ter pomagajo, da mladi razvijejo spretnosti za analiziranje in zmanjševanje teh vplivov. Kljub vsemu pa je predpostavka, da pride do uporabe droge zaradi pomanjkanja samozavesti ali pomanjkanja sposobnosti, da mladostnik prenese pritisk vrstnikov, preveč poenostavljena. Čeprav velja splošno prepričanje, da so vrstniki, ki uporabljajo droge, zelo pomemben dejavnik za uporabo drog pri ne-uporabnikih, ni vedno tako. V mnogih primerih ni mogoče opredeliti naravo druženja z vrstniki v smislu, ali A povzroča B, ali je obratno, ali povezave sploh ni. Zadnje raziskave kažejo, da je vpliv vrstnikov, še posebej če se dojema kot neke vrste prisila, precenjen. Mladi se namreč najpogosteje sami vključujejo v skupine, ki imajo podobne interese in želje kot oni. Tega pa ne moremo povezati s slabimi vplivi in (nedolžnimi) stereotipi žrtve vrstnikov. Večji vpliv imajo bolj subtilne oblike medsebojnega vpliva, na primer privlačni vzorniki. (50)

Na kaj moramo še posebej paziti pri diskusiji, če pride do razkrivanja čustev ali osebnih informacij?

V pogovorih, ki se osredotočajo na čustva in osebne izkušnje, obstaja verjetnost, da mladostniki nenamerno razkrijejo informacije in jim je kasneje žal. Da bi zmanjšali možnost razkritja občutljivih stvari, je treba mladostnike predhodno pripraviti na to, kako naj delijo svoje osebne izkušnje. Lažje in manj nevarno je, če se te izkušnje delijo v tretji osebi. Pomembna je tudi spretnost zaščitne prekinitve, kjer se mladostnika preusmeri, preden razkrije nekaj zelo osebnega, na primer uporabo drog v družini (kasneje se z njim pogovori v varnem okolju). Gre za koristno strategijo preprečevanja razodetja ali komentarjev glede občutljive teme. Če mladostnik želi ali razkrije nekaj osebnega, kar ga teži, potem je pomembno, da se izognemo debatiranju pred skupino. Z mladostnikom se je treba pogovoriti osebno in mu glede na vrsto stiske primerno svetovati.

Za obravnavo potencialno občutljive teme se lahko uporabi tehniko za depersonalizirano razpravo, na primer uporaba tretje osebe, hipotetične razprave, skrinjico z anonimnimi vprašanji. (50)

Vpliv normativnega prepričanja glede uporabe drog

Mladi precenjujejo delež vrstnikov, ki uporabljajo droge. K temu pripomore tudi oglaševalska industrija, ki skozi različne komunikacijske kanale sporoča, da je uporaba drog neizogiben del mladinske kulture. Če tudi izvajalci preventivnih aktivnosti izhajajo iz predpostavke, da je eksperimentiranje z drogami del mladostništva, mladim pošiljajo skrita sporočila, da je uporaba drog v tem obdobju normalna. 23-odstotni delež 15-letnikov, ki so že kdaj v življenju uporabili konopljo, pomeni, da 77 % te populacije v Sloveniji tega nikoli ni storilo, kar je dejanska realnost. (50)

Slike in prizori jasno kažejo negativne učinke drog, ali je to primerno?

Takšni pristopi temeljijo na predpostavki, da bodo ciljno skupino ob soočanju s škodo in nevarnostjo, povezano z uporabo drog, odvrnili od njihove uporabe. Programi, ki temeljijo na odvrčanju skozi strašenje in pristranske predstavitve, niso le neučinkoviti, imajo lahko tudi škodljive učinke. Vsekakor pa ne vplivajo dolgoročno na zmanjšanje uporabe drog. Obstaja več razlogov, zakaj je tako. Na primer težnja mladih, da verjamejo v lastno neranljivost: »To se meni ne bo zgodilo.« Izhajajo tudi iz svojih izkušenj: »To ni tisto, kar sam vidim, da se dogaja drugim.« Taktike vzbujanja strahu lahko celo povečujejo tvegano vedenje – vplivajo na t. i. status junaštva. Motivacijska in opozorilna sporočila, kot so filmi in slike zmečkanih avtomobilov, slike zasvojenih, rane na rokah itn., imajo sicer zelo močno sporočilo, vendar so raziskave pokazale, da povzročajo le kratkotrajna, začasna razburjenja. Vzbudijo pozornost mladostnikov, a ko so bili ti vprašani, kaj se spomnijo o tem, so govorili le o uničenju, žalosti in grozi, nič od tega pa niso povezali z njihovo prihodnostjo, vedenjem, razmišljanjem in namenom. (50)

Pri načrtovanju ukrepov in izvajanju zgoraj omenjenih vsebin moramo upoštevati značilnosti današnje generacije mladih.

Generacija Z, ki je označena tudi kot »i-generacija«, obvladuje digitalno področje in je zato izrazito bolj obveščena od katere koli doslej. Ker so »Z-ji« že od malih nog izpostavljeni ogromni količini podatkov, bodo o vsem, kar jih zanima ali jim buri domišljijo, zagotovo najprej povprašali splet, obrnili pa se bodo tudi na družbena omrežja. Torej morajo postati splet in družbena omrežja eden od najpomembnejših medijev za informiranje mladostnikov. Tu je ta generacija najbolj aktivna, mobilna, zmožna hitre organizacije in aktivacije ter posredovanja in izjemnega širjenja zanje aktualnega sporočila.

Literatura

1. Steinberg L. Risk Taking in Adolescence. New Perspectives From Brain and Behavioral Science. Association for Psychological Science. Current Directions in Psychological Science, 2007; 16 (2): 55–59
2. Steinberg L. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. Dev Rev, 2008; 28 (1): 78–106.
3. Albert D, Chein J, Steinberg L. (2013) The Teenage Brain: Peer Influences on Adolescent Decision Making. Association for Psychological Science. Current Directions in Psychological Science, 2013;20 (10): 1–7.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Handbook For Survey on Drug Use Among the General Population. Final report. Pridobljeno 15. 7. 2015 s spletne strani: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58052EN.html>
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Persepctives on Drugs. Characteristics of frequent and high-risk cannabis users. E-publication, 2013.
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Annual Report 2006: Selected Issue 3: Developments in Drug use within recreational settings. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Spletna stran dostopna 8. 12. 2015: <http://www.emcdda.europa.eu>
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Manual for prevention professionals. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2011.
9. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Spletna stran dostopna 8. 12. 2015: <https://www.unodc.org>
10. Paš M, Purkart B, Colja A, Sande M. Še ena knjiga o drogah? Informacije o drogah za srednješolce. Ljubljana: Združenje DrogArt, 2013.
11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System. March 2015. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), EUROPOL. Implementation reports. EMCDDA-Europol 2013 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA. E-publication.
13. Paš M, Nahtigal K, Šabič S, Sande M. Poročilo raziskave o uporabi NPS: priloga končnemu poročilu o financiranju programa raziskovanja značilnosti novih vzorcev uporabe drog in oblikovanje novih programov pomoči. Ljubljana: Združenje DrogArt, 2014. E-publikacija (ni objavljena, dostopna pri avtoricah).
14. Bloor R. The influence of age and gender on drug use in the United Kingdom – A review. The American Journal of Addiction, 2006; 15:201–207.
15. Springer J, Sambrano S, Sale E, Kasim R. The national cross-site evaluation of high-risk youth programs: making prevention effective for adolescent boys and girls. Gender differences in substance use and prevention. DHHS Publication No. SMA 00-3375. Rockville: U.S. department of Health and Human Services, 2002.
16. Israelowitz R, Rawson R. Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. Addictive Behaviors 31, 2006: 355–358.
17. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Monographs 8 Volume II. A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversy, treatment and regulation in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
18. Haug S, Nunez CL, Becker J, Gmel G, Schaub MP. Predictors of onset of cannabis and other drug use in male young adults: results from longitudinal study. Public Health, 2014;14.
19. Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the

- onset of cannabis use: a cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007; 88:234–243.
20. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use Across Adolescence. *Journal of Adolescent Health* 2008; 43:157-164.
 21. von Sydow K, Leib R, Pfiser H, Hofler M, Wittchen HU. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend.*, 2002; 68:49–64.
 22. Chabrol H, Chauchard E, Mabila JD, Mantoulan R, Adele A, Rousseau A. Contribution of social influence and expectations of use to cannabis use in high-school students. *Addictive Behaviors*, 2006; 31:2116–2119.
 23. Sutin AR, Evans MK, Zonderman AB. Personality Traits and Illicit Substances: The Moderating Role of Poverty. *Drug Alcohol Depend.*, 2013; 13 (3): 247–251.
 24. Agrawal A, Grant JD, Waldron M, Duncan AE, Scherrer JF, Lynskey MT, Madden PAF, Bucholz KK, Heath AC. Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: findings in a midwestern female twin cohort. *Preventive Medicine*, 2006; 43: 125–128.
 25. Lynskey TM, Vink JM, Boomsma DI. Early onset cannabis use in progression to other drug use in a sample of Dutch twins. *Behavior genetics*, 2006; 36(2): 195–200.
 26. Agrawal A, Lynskey MT, Bucholz KK, Madden PAF, Heath A. Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine*, 2007; 45: 31–34.
 27. Patrick ME, Wightman P, Schoeni RF, Schulenberg JE. Socioeconomic Status and Substance Use Among Young Adults: A Comparison Across Constructs and Drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2012; 73(5):772–782.
 28. Redonnet B, Collet A, Fombonne E, Bowers L, Meichor, M. Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 121: 231–239.
 29. Bowes L, Chollet A, Fombonne E, Galera C, Melchior M. Lifecourse sex and tobacco and cannabis use. *European Journal of Public Health*, 2012 ;23 (2): 322–327.
 30. Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, Patton G. Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. *Journal of Adolescent Health* 2007; 40: 357. e9-357.e18.
 31. Van der Bree M, Pickworth WB. Risk Factors Predicting Changes in Marijuana Involvement in Teenagers. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 311-319.
 32. Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European Countries. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 86: 67-74.
 33. National Institute on Drug Abuse. (2010) *The Science of Addiction*. National Institute on Drug Abuse, e-gradivo.
 34. Evropski center za spremljanje drog in zavojenosti z drogami (EMCDDA). *Evropsko poročilo o drogah 2014: Trendi in razvoj*. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije, 2014.
 35. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 2009; 374: 1383–91
 36. Anthony JC. The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman RA, Stephens RS (eds) *Cannabis dependence: its nature, consequence and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005: 58–105.
 37. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, Oppenkowski T, Stokes-Lampard H, Davey SG. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, 2004; 363: 1579–1588.
 38. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379: 55–70.
 39. Koprivnikar H. Tvegana vedenja. V: Jeriček Klanšek H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H,

- Zupanič T, Pucelj V (ur.). Z Zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2015.
40. Bajt M. Trendi v uporabi marihuane. V: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M, urednice. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2013:179–207.
 41. Koprivnikar H. Tobak. V: Maučec Zakotnik J, Tomsic S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel-Kragelj L, uredniki. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah Cindi 2001–2004–2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012: 71–88.
 42. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C e tal, editors. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 6. Geneva: World Health Organization, 2012: 163–171.
 43. Scagnetti N. Kajenje marihuane V: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, urednice. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2011: 228–234.
 44. Stergar E, Udrih Lazar T. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2011. Ljubljana : Univerzitetni klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, 2014.
 45. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjamason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information and other Drugs, 2012.
 46. Evropski center za spremljanje drog in zavojenosti z drogami (EMCDDA). Letno poročilo 2012. Stanje na področju problematike drog v Evropi. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2012.
 47. Lavtar D, Drev A, Koprivnikar H, Zorko M, Rostohar K, Štokelj R. Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011–2012. Metodologija raziskave in izbrani statistični podatki. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
 48. European Commission (EC). Flash Eurobarometer 401. Young people and drugs. Report 2014. Pridobljeno 15. 7. 2015 s spletne strani:
 49. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf
 50. European Commission (EC). Eurobarometer. Youth attitudes on drugs 2011. Analytical report. Pridobljeno 15. 7. 2015 s spletne strani:
 51. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf
 52. Kašnik M, Pogorevc N, Drev A. Smernice za obravnavo problematike drog. V: Jeriček Klanšček H, Hočevar Grom A, Konec Jurečič N, Roškar S. (ur.) Zdravje skozi umetnost. Smernice za pogovore o izbranih zdravstvenih temah za pedagoške delavce. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. E-gradivo.

5. PREHRANJEVANJE MLADIH V SLOVENIJI

dr. Matej Gregorič, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Oris področja

Opredelevitev osnovnih pojmov

Zdrava prehrana, zdravo prehranjevanje, uravnotežena prehrana, priporočena prehrana – so pojmi, ki celostno zajemajo na znanstvenih dognanjih temelječa priporočila o fizioloških potrebah organizma po energiji in posameznih hranilih glede na starost, spol in delo, ki ga človek opravlja, o živilih, ki vsebujejo ta hranila, in o priporočenem ritmu prehranjevanja z namenom preprečevanja obolenj in stanj, ki jih lahko povzroči nezdrava prehrana (nezdravo prehranjevanje). V nadaljevanju v preglednici podajamo nekaj osnovnih pojmov, ki jih bomo uporabili tudi v našem prispevku.

Tabela 5.1: Opredelevitev osnovnih pojmov v povezavi s prehranjevanjem

Pojem	Opis pojma
Zdrava prehrana	Kot jo razumemo danes in kot jo priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), je hrana sestavljena iz vseh priporočenih skupin živil, ki zadoščajo zahtevam za varno, varovalno in uravnoteženo prehrano.
Varna hrana	Razumemo kot hrano brez prisotnih dejavnikov tveganja (bioloških, kemijskih ali fizikalnih) za zdravje ljudi (1).
Varovalna prehrana	Prehrana, ki v svoji naravni sestavi vsebuje za človeka pomembne hranilne snovi v taki količini, da lahko varuje zdravje človeka.
Uravnotežena prehrana	Ima primerno količino in razmerje vseh potrebnih hranilnih in varovalnih snovi, ki jih človek potrebuje za zdravje in dobro počutje. Za zagotavljanje teh snovi za posameznika bi morali poznati njegove individualne potrebe. Za določitev teh pa bi potrebovali kar nekaj podatkov, ki jih znajo v načrtovanju prehrane uporabiti le strokovnjaki (2).

<p>Nezdrava prehrana, nezdravo prehranjevanje, nezdrave prehranske navade</p>	<p>So pojmi, ki celostno zajemajo več komponent prehranjevanja, kot so neustrezna hranljiva in energijska vrednost zaužite hrane (sladka in mastna hrana, sladke pijače ipd.), uporaba neustreznih ali celo nepravilnih načinov njene priprave (cvrtje v globoki maščobi) in tudi nepravilen ritem uživanja hrane (izpuščanje zajtrka), kar vse vpliva na zdravje posameznika (3). Nezdrava prehrana lahko povzroči simptome pomanjkanja (dermatitisi, očesne in možganske okvare) in deficitarnih bolezni (pelagra, rahitis, skorbut), kot tudi prekomerno prehranjevanje, ki lahko vodi do nastanka debelosti in številnih civilizacijskih bolezni, kot so bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen tipa II, nekatere vrste raka, osteoporoza, motnje hranjenja (4).</p>
<p>Prekomerna/čezmerna hranjenost in debelost</p>	<p>Prekomerna prehranjenost je opredeljena kot pojav, pri katerem je teža telesa na račun maščevja večja od priporočene teže za določeno telesno višino in spol. Skrajno stanje prekomerne prehranjenosti imenujemo debelost. Debelost je po definiciji SZO bolezen, pri kateri se je presežek telesne maščobe nakopičil do tolikšne mere, da bi lahko imel negativen učinek na zdravje, ki vodi do zmanjšane pričakovane življenjske dobe in povečanih težav z zdravjem. Običajno ju izražamo z indeksom telesne mase (kg/m²) glede na mejne vrednosti (5).</p>
<p>Podhranjenost ali malnutricija</p>	<p>Razumemo kot telesno oslabeledost zaradi nekakovostne ali beljakovinsko-energijsko pomanjkljive prehrane. Nastane zaradi zmanjšane vnosa energijskih hranilnih snovi. Pogosto se vključujejo v definicijo podhranjenosti tudi pomanjkanja mikrohranil (enega ali več vitaminov ali mineralov, ki jih organizem potrebuje). Znaki pomanjkanja so odvisni od tega, katero hranilo primanjkuje. Podhranjenost lahko nastopi zaradi motenj v uživanju ali prebavi, zaradi bistveno povečanih potreb po posameznih hranilnih snoveh (intenzivna rast, nosečnost, dojenje itd.), lakote, odklanjanja hrane, stradanja ali neprimerne shujševalne diete (6).</p>
<p>Motnje prehranjevanja</p>	<p>Opisujejo neustrezne prehranjevalne navade, na primer: neredno hranjenje, pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnotežena prehrana) in podobno. Motnje prehranjevanja niso nujno znak določene duševne motnje (7).</p>
<p>Motnje hranjenja</p>	<p>So duševne motnje, ki se kažejo kot globoke duševne in čustvene stiske ter nespreejemanje samega sebe, ki se na zunaj kažejo kot neobičajno in škodljivo hranjenje in ravnanje s svojim telesom, na primer prenajedanje, prenajedanje in bruhanje, uporaba odvajal in diuretikov, stradanje, pretirana telovadba. Na globljem nivoju pa je motnja hranjenja vedno odraz neke osebne stiske, nezadovoljstva, trpljenja (8). Obbolele osebe se izognejo bolečim čustvom in problemom s preusmerjanjem vse svoje energije na hrano in hranjenje. V zadnjih desetletjih so omenjene motnje v porastu, še vedno pa so pogosto prepoznane pozno, ko so že prišle v kronično fazo, kar zelo otežuje zdravljenje (7).</p>
<p>Dieta, dietno vedenje</p>	<p>Beseda izhaja iz grške besede »diata«, ki pomeni način življenja oziroma način prehranjevanja. V medicinskih krogih pod dieto razumemo predpisano prehrano, na primer za bolnike, medtem ko pod dieto lahko razumemo tudi shujševalno prehrano zaradi prekomerne telesne teže ali nezadovoljstva s svojim telesom. Poznamo tudi modne diete, ki običajno nimajo dokazanih učinkov na zdravje (9).</p>

Opredelitev dejavnikov, ki vplivajo na prehransko vedenje (varovalni dejavniki in dejavniki tveganja)

Na prehransko vedenje vplivajo številni kompleksni, med seboj prepletajoči se dejavniki. Na prehransko vedenje vplivajo tako individualne značilnosti posameznika (starost, spol itd.) kot tudi širše in ožje okolje (družina, vrstniki, družba, fizično okolje), v katerem se prehranske navade razvijejo in ustalijo (10). Galef poudarja, da prehranjevalne navade posameznika niso odvisne samo od fizioloških procesov hranjenja, ki so značilni za posameznika, temveč na izbor hrane pomembno vpliva interakcija med posameznikom ter naravnim in socialnim okoljem, v katerem se prehranjuje. Naravno okolje je pomembno, ker je neposredno povezano z razpoložljivostjo hrane in vpliva na to, katero vrsto hrane ima posameznik možnost uživati. Socialno ali kulturno okolje ne vpliva zgolj na razpoložljivost hrane, ampak tudi na to, katero razpoložljivo hrano bo posameznik izbral za uživanje (11).

Prehranjevalne navade se v mesecih in letih po rojstvu močno spremenijo. Spreminja se izbor živil, ki jih posameznik uživa, kakor tudi frekvenca uživanja obrokov in dnevni ritem prehranjevanja, ki ga zaznamujeta predvsem čas in število dnevno zaužitih obrokov hrane. V prvih mesecih življenja predstavlja glaven in najpomembnejši vir hrane za otroka materino mleko. Novorojenček ga uživa v nekajurnih presledkih in dnevno zaužije tudi do deset obrokov hrane. Ta način prehranjevanja se z intenzivno rastjo in razvojem spreminja. Pri šestih mesecih dojenčkove starosti se v njegovo prehrano začne uvajati tudi druga živila, ki počasi začnejo prevladovati v njegovi prehrani. V nekaj letih otrok preide na ritem prehranjevanja, ki je značilen za odrasle in običajno vključuje le še tri glavne dnevne obroke. Prehranjevalne navade in vedenje, povezano s hranjenjem, postaja vse bolj zaznamovano z osnovnimi kulturnimi značilnostmi prehranjevalne družine in okolja, v katerem otrok oziroma mladostnik živi (12).

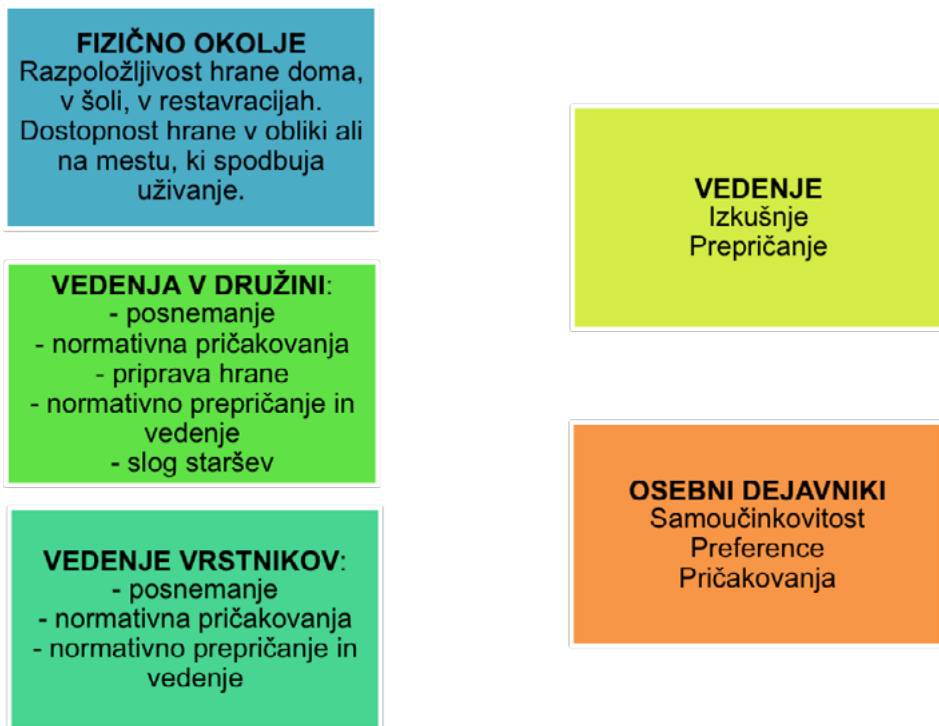
Vzorec prehranjevanja najpogosteje označujemo s pogostostjo uživanja obrokov hrane, količino zaužite hrane pri posameznem obroku in z vrsto hrane, ki jo zaužije posameznik. Ugotovimo lahko, da ima učenje vpliv na to, kaj, kdaj in koliko hrane posameznik poje. Pri otrocih poteka hranjenje pod vplivom številnih fizioloških procesov, ki nadzirajo procese zaznavanja lakote in sitosti, na hranjenje pa vplivajo tudi številni drugi dejavniki, kot sta dnevni čas in vrsta ponujene hrane na krožniku. Prehransko vedenje je zaznamovano s kulturnimi vplivi, ki se odražajo tudi v načinu priprave hrane, določeno pa je tudi z asociativnim pogojevanjem in socialnim procesom učenja (12).

V času odraščanja smo izpostavljeni številnim oblikam formalnega in neformalnega prehranskega izobraževanja. Starši otrokom nudijo številne informacije o hrani in hranjenju. Te informacije vključujejo podatke o izvoru živila,

o posledicah uživanja živila na organizem kakor tudi o označevanju živil kot »dobrih« in »slabih«. Starši otroku tudi predstavijo sprejemljive in nesprejemljive postopke priprave hrane kakor tudi možne kombinacije uživanja posameznih živil, ki sestavljajo posamezen obrok. Za dojenčke in mlajše otroke, ki še niso sposobni samostojnega hranjenja, predstavlja hranjenje pomemben socialni stik z osebo, ki ga hrani. Zgodnje hranjenje otroka je zaznamovano s procesom, v katerem oseba, ki hrani otroka, močno vpliva na njegovo hranjenje. Starši imajo nadzor nad tem, kaj, kdaj in koliko bo otrok jedel. Otroka spodbujajo, da zaužije določeno hrano, lahko pa mu tudi omejujejo dostop do določenih živil, kar zaznamuje otroka v njegovem čustvenem dojemanju hrane. Hrana lahko postane sredstvo za upravljanje z vedenjem otrok tako, da jih s priljubljeno hrano pomirimo, zamotimo, preženemo dolgčas, spodbujamo k učenju ali nagradujemo zaželeno vedenje (12).

Cullen in sod. navajajo tri pomembne dejavnike, ki vplivajo na prehransko vedenje. Izpostavlja fizično okolje, ki nas obdaja (13). V fizičnem okolju gre za razpoložljivost določene hrane doma, v šoli in restavracijah ter dostopnost hrane, ki je ponujena v obliki ter v prostoru, ki spodbuja uživanje hrane. Ponudba hrane v šolskem okolju velja trenutno za najučinkovitejši in najracionalnejši korektor sicer slabih prehranjevalnih navad otrok in mladostnikov. Drugi dejavnik okolja je družinsko okolje in vedenje družine, ki ga zaznamujejo posnemanje, normativna pričakovanja, vodenje gospodinjstva, normativna prepričanja in vedenje družine ter življenjski slog staršev. Lahko zaključimo, da je prehransko vedenje pogojeno s kulturnim kapitalom staršev, ki vključuje njihov socialno-ekonomski položaj, navade, svetovne nazore, izobrazbo itd.

Kasneje v obdobju adolescence pride do velikih sprememb, kot sta želja mladostnikov po neodvisnosti pri izbiri živil in manjša pogostost skupnih družinskih obrokov (14, 15). Poleg družinskega okolja imajo na vedenje mladih velik vpliv vrstniki. Za mladostnika so pomembna normativna pričakovanja, prepričanja ter vedenje njihovih vrstnikov. Med osebnimi dejavniki avtorji izpostavljajo samoučinkovitost, preferenco do določene hrane ter lastna pričakovanja.



Slika 5.1: Shema socialno-kognitivnih vplivov na prehransko vedenje (13)

Otroci in mladostniki so pogosto izpostavljeni močnemu trženju živil, katerih uživanje želimo omejevati, pri čemer oglaševalci uporabljajo najrazličnejše prijeme in se pogosto pojavljajo na javnih dogodkih (zabavah, športnih prireditvah), vse večjo pozornost pa dajejo proizvajalci tudi privlačnemu videzu in okusu živil. Principi trženja pogosto delujejo tako, da zavajajo prehransko znanje, spremenjajo njihovo preferenco za posamezna živila, njihove potrošniške navade, prehranske navade in razmerje med zaužitimi živili (16). Največ se tržijo predvsem skupine živil, ki so v nasprotju s prehranskimi priporočili za zdravo izbiro (žita za zajtrk, sladke pijače, mesni izdelki, sladki prigrizki). Vse več raziskav tudi že nakazuje vpliv trženja na razvoj debelosti (17).

Po drugi strani ima prehrana tudi psihološki pomen. Mladi povezujejo hrano s svojo zunanjo podobo, s tem pa posredno tudi s svojim samospoštovanjem in z občutjem svoje vrednosti. O simboličnem pomenu hrane pričajo tudi neustrezna vedenja, ki lahko privedejo do motenj hranjenja, tudi podhranjenosti, kadar po-

skuša mladostnik na škodljiv način razreševati svoje razvojne, čustvene in identitetne težave (8).

Raziskovalci tudi ugotavljajo, da so nekatera tvegana vedenja, kot so kajenje, uživanje alkohola in sedeč življenjski slog, povezana s slabimi prehranskimi navadami, ni pa povsem jasno, ali so slabe prehranske navade vzrok za druga tvegana vedenja (18).

Ugotavljanje prehranskih navad je eno najtežjih področij epidemiologije. Zaradi kompleksnosti prehranskih vzorcev, ki se dnevno spreminjajo, je spremljanje prehrane in proučevanje njenih vplivov na zdravje zelo zahtevno. Običajno je treba sprejeti več subjektivnih korakov, s katerimi se določi, kateri dejavniki ali skupki dejavnikov bodo najbolje opisali določeno povezavo oziroma vzorec prehranjevanja. Številne neodvisne študije tradicionalno delijo vzorce prehranjevanja na zdrave in nezdrave (19, 20). Danes med najpomembnejše prehranske varovalne dejavnike uvrščamo zadostno uživanje zelenjave in sadja, redko in količinsko majhno uživanje energijsko bogate in hranilno revne hrane ter redno uživanje vseh priporočenih obrokov. V splošni model zdravega prehranjevanja tako uvrščamo naslednje dejavnike in kriterije (2, 21, 22):

Tabela 5.2: *Dejavniki in kriteriji zdravega prehranjevanja (2, 21, 22)*

Opis dejavnika	Kriterij za zdravo vedenje
Število dnevni obrokov	3 do 5 obrokov
Pogostost uživanja mleka in mlečnih izdelkov	Vsak dan
Pogostost uživanja zelenjave	Vsak dan (3-krat dnevno) ¹
Pogostost uživanja sadja	Vsak dan (2-krat dnevno) ²
Pogostost uživanja rdečega mesa	Manj kot 3-krat na teden
Pogostost uživanja rib	1–2-krat na teden
Pogostost uživanja polnozrnatih žitnih izdelkov in kaš	Vsaj 3-krat na teden
Pogostost uživanja ocvrte hrane	Manj kot 3-krat na mesec
Dosoljevanje hrane	Brez dosoljevanja oziroma le po predhodnem pokušanju
Živila, ki vsebujejo na enoto živila veliko energije in malo hranljivih snovi (sladko in mastno pecivo ter slaščice, industrijski deserti, ocvrta živila, pijače z dodanim sladkorjem, mesni, majonezni, kremni/čokoladni namazi, mesni izdelki s homogeno strukturo, gotove omake itd.)	Redko (2–3-krat na mesec) in v manjših količinah ter v kombinaciji s priporočenimi skupinami živil

¹Vsaj 250 g zelenjave na dan

²Vsaj 150 g sadja na dan

Izidi in posledice nezdravega prehranjevanja

Čeprav so otroci in mladostniki zmožni uživati enako hrano kot odrasli, je treba upoštevati, da so njihove potrebe različne, saj hrana zagotavlja v tem obdobju tudi hranila za rast in razvoj odraščajočega telesa. V tem obdobju razvoja telesa v primeru neuravnotežene prehrane lahko pride do stanj, ki vplivajo na razvoj in delovaje telesnih funkcij tekom celotnega življenja. Posledice neprimerne prehrane se lahko pokažejo takoj, in sicer kot slabše počutje, slabše razpoloženje, slabše kognitivne zmožnosti, s tem pa tudi manj učinkovito učenje. Posledice pomanjkljive hranjenosti se lahko dokaj hitro pokažejo tudi kot simptomi pomanjkanja (dermatitisi, očesne in možganske okvare) in deficitarnih bolezni (pelagra, rahitis, skorbut) (23). V Sloveniji je tako med vzroki ugotovljene obolevnosti med 6. in 19. letom starosti zaradi specifičnih prehranskih deficitov najpogostejša anemija zaradi pomanjkanja železa, ki ji sledijo motnje delovanja ščitnice zaradi pomanjkanje joda, pomanjkanja vitamina D, vitaminov skupine B, vitamina A, kalcija in drugih (24). Po drugi strani neustrezne prehranske navade pridobljene v otroški dobi in adolescenci lahko pripeljejo (kumulativni vpliv) k nastanku nekaterih kroničnih bolezni, kot so sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni, nekatere vrste raka, osteoporoza in karies. Na prelomu tisočletja sta postala ena vodilnih zdravstvenih težav metabolični sindrom in debelost, s katerima je tesno povezanih več kroničnih bolezni (25).

Raziskave kažejo neposredno povezavo nezdravih prehranjevalnih navad s pojavom kronično nenalezljivih bolezni. Po izračunih SZO naj bi bilo kar 41 % vseh kroničnih bolezni pomembno povezanih s prehranskimi dejavniki tveganja, pri 38 % pa naj bi prehrana imela ključno vlogo pri njihovem nastanku (25). Kar 71 % vseh umrljivosti in kar 47 % vseh izgubljenih let zdravega življenja (angl. *disability-adjusted life-years*) v državah z visokimi dohodki pripisujejo le desetim dejavnikom, od katerih sta kar dve tretjini posredno ali neposredno povezani s prehranskimi dejavniki (povišan krvni sladkor, povišan holesterol, visok krvni tlak, nezadostno uživanje zelenjave in sadja itd.) (26). Pri raziskovanju vodilnih dejavnikov tveganja so se tudi za Slovenijo številni dejavniki, ki so povezani s prehrano, uvrstili relativno visoko (27). Gledano globalno, so kronične bolezni glavni vzrok prezgodnje umrljivosti, po drugi strani močno prizadenejo zdravje prebivalcev ter zmanjšajo njihovo storilnost (25) in predstavljajo za države veliko finančno breme. Če so bila ta obolenja do pred nedavnim značilna predvsem za starejše generacije, se danes vse pogosteje pojavljajo (na primer sladkorna bolezen tipa II) že pri mlajših populacijskih skupinah (28).

Dodatno pa je obdobje odraščanja zelo pomembno tudi zato, ker prehranske navade, pridobljene v mladosti, izrazito zaznamujejo prehranske vzorce in zdravstvene posledice v kasnejših letih (29) in tako pomembno prispevajo k razvoju

nezdravih načinov kontrole telesne mase, motenj hranjenja in ne nazadnje k debelosti in številnim civilizacijskim boleznim (4).

Pregled raziskav na področju prehranjevanja mladostnikov

Sočasno ugotavljanje dejavnikov, ki vplivajo na prehrano posameznika in vrednotenje oziroma primerjanje teh vplivov med seboj, predstavlja zelo velik problem v prehranski epidemiologiji. Zaradi tega je ocenjevanje ustreznosti prehrane posameznika oziroma proučevane skupine z vidika zdravja kompleksen problem, ki zahteva večkriterijsko obravnavo in je običajno omejen na prehranske dejavnike, ki jih posamezna študija zajema. V nadaljevanju podrobneje predstavljamo ključne izsledke populacijskih raziskav, v katerih so vključeni slovenski mladostniki, podani pa so tudi izsledki nekaterih kvalitativnih študij.

Ključni izsledki raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju – raziskava HBSC (11-, 13-, 15-letniki)

Podatki zadnje raziskave HBSC (30), ki je bila opravljena v letu 2014, kažejo, da:

- 45,1 % mladostnikov med šolskim tednom vsak dan zajtrkuje;
- 39,4 % mladostnikov vsak dan uživa sadje, 26,9 % pa zelenjavo;
- v obdobju 2002–2014 se je zvišal delež mladostnikov, ki redno zajtrkujejo, delež 11-letnih fantov, ki redno uživajo sadje, ter delež 11-letnikov in 11-letnih fantov, ki redno uživajo zelenjavo;
- 24,3 % mladostnikov vsak dan pije sladkane pijače; v obdobju 2002–2014 se je znižal delež mladostnikov, ki vsak dan pijejo sladkane pijače;
- 36,3 % mladostnikov pije energijske pijače različno pogosto (od manj kot enkrat na teden do več kot enkrat na dan);
- 13,1 % mladostnikov je na dieti, s starostjo deleži naraščajo.

Znano je, da pogosti in manjši dnevni obroki hrane izboljšajo nadzor dnevnega energijskega vnosa, saj se poveča občutek sitosti in zmanjša možnost prenajedanja, znižajo vsebnost maščob v krvi in ugodno vplivajo na krvni sladkor ter zmanjšajo tveganje hranilne in energijske podhranjenosti (31). Čeprav ima redno zajtrkovanje številne pozitivne učinke na zdravje (32), pa se ga med slovenskimi

mladostniki najpogosteje opuščajo; med šolskim tednom (od ponedeljka do petka) je v letu 2014 zajtrkovalo le 45,1 % mladostnikov, nikoli pa slaba četrтина. Sicer pa v celem opazovanem obdobju 2002–2014 (slika 5.2) med slovenskimi mladostniki zaznavamo porast rednega zajtrkovanja med tednom, z izjemo starostne skupine 15 let (30).

Kot je razvidno s slike 5.3, so deleži mladostnikov, ki ne zajtrkujejo redno med šolskim tednom, višji med starejšimi mladostniki, med dekletimi (30, 33) ter med nekaterimi skupinami, s katerimi opisujemo nižji socialno-ekonomski položaj mladostnikove družine (dosegajo nižji rezultat na lestvici FAS, podpovprečno ocenjujejo blagostanje svoje družine, imajo več staršev brezposelnih, nimajo klasičnega tipa družine) in mladostnikov osebni socialni položaj (dosegajo podpovprečen šolski uspeh in obiskujejo manj zahtevne šolske programe) (33). Pri rednem zajtrkovanju se mladostniki iz Slovenije uvrščajo celo na zadnje mesto med državami, zajetimi v raziskavo HBSC (slika 5.4), kar lahko delno pojasnimo z dobro dostopnostjo dopoldanske šolske malice (34).

Prehrana, bogata s sadjem in zelenjavo, je pomembna za zdravje, saj vsebuje številne za normalno rast in razvoj nujno potrebne snovi, ki obenem varujejo pred infekcijskimi obolenji in različnimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi v odrasli dobi (2). Le nekaj manj kot petina mladostnikov redno uživa sadje in zelenjavo vsaj enkrat na dan. Mladostniki pogosteje redno uživajo sadje kot zelenjavo, vsaj enkrat dnevno sadje uživa okoli 39,4 % mladostnikov, zelenjavo pa nekaj več kot četrтина (30, 35). Sicer pa se je v opazovanem obdobju 2002–2014 (slika 2) zvišal delež 11-letnih fantov, ki redno uživajo sadje in zelenjavo, ter delež 11-letnikov, ki redno uživajo zelenjavo (30).

S slike 5.3 je razvidno, da so deleži mladostnikov, ki ne uživajo vsakodnevno sadja in zelenjave, višji med starejšimi mladostniki, med fanti ter med nekaterimi skupinami, s katerimi opisujemo nižji socialno-ekonomski položaj mladostnikove družine (dosegajo nižji rezultat na lestvici FAS¹, podpovprečno ocenjujejo blagostanje svoje družine) in mladostnikov osebni socialni položaj (dosegajo podpovprečen šolski uspeh in obiskujejo manj zahtevne šolske programe) (35). Mednarodno gledano (slika 4) se po rednem uživanju sadja v starostni skupini 11 let slovenski mladostniki uvrščajo nad povprečje vrstnikov iz drugih držav, vključenih v raziskavo HBSC, v starostnih skupinah 13 in 15 let pa v povprečje (34).

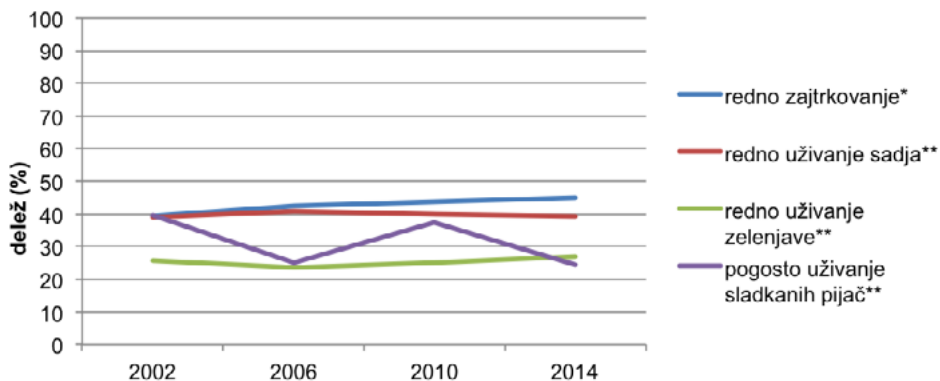
Sladke pijače, ki v največji meri prispevajo k dodanemu vnosu kalorij, zavirajo uživanje hranilno bogate hrane in povečujejo tveganje za razvoj debelosti (36), vsaj enkrat dnevno uživa kar 24,3 % slovenskih mladostnikov. Sicer pa se je v celem opazovanem obdobju 2002–2014 (slika 5.2) zmanjšal delež mladostnikov, ki vsak dan pijejo sladke pijače, in sicer v vseh skupinah (34).

S slike 5.3 je razvidno, da so deleži mladostnikov, ki vsakodnevno uživajo sladke pijače, višji med starejšimi mladostniki, med fanti, kar ugotavljamo tudi v skupini 15-letnikov, ter med nekaterimi skupinami, s katerimi opisujemo mladostnikov nižji osebni socialni položaj (dosegajo podpovprečen šolski uspeh in obiskujejo manj zahtevne šolske programe) (30, 37). Po pogostem uživanju sladkih pijač se slovenski mladostniki uvrščajo nad povprečje vrstnikov iz drugih držav, zajetih v raziskavo HBSC (slika 5.4) (34).

Za nadomeščanje tekočin pa se otrokom in mladostnikom odsvetuje pitje napitkov, ki vsebujejo kofein (vrste kole, kava, pravi čaj in predvsem t. i. energijske pijače). Kofein, zaužit enkratno v večjih količinah, lahko povzroča nekatere neželene učinke (nemir, nervozo, vznemirjenost, nespečnost, rdečico na obrazu, povečano uriniranje, motnje v delovanju prebavnega sistema, mišične krče, motnje srčnega ritma, nepovezane misli in govor). V energijskih pijačah je kofein prisoten v visokih koncentracijah. Poleg kofeina je pogosta sestavina energijskih pijač tudi taurin, ki je biološko aktivna snov, ki uravnava vsebnosti minerala natrija v srčni mišici, skeletnih mišicah in v ledvicah. Zaradi tveganega vedenjskega sloga, predvsem mladostnikov, ki ga narekuje agresivno oglaševanje in široka dostopnost takih pijač, se krepijo dokazi, da redno uživanje energijskih pijač lahko predstavlja resno grožnjo zdravju mladostnikov in otrok (38). Podatki kažejo, da energijske pijače različno pogosto pije več kot tretjina mladostnikov. Delež fantov, ki pije energijske pijače, je višji kot delež deklet. S starostjo delež tistih mladostnikov, ki pije energijske pijače, narašča, tako da v skupini 15-letnikov energijske pijače uživa že polovica mladostnikov (30).

Dietno vedenje je v času mladostništva še posebej pomembno, saj je povezano s spreminjanem telesa in odnosa posameznika do lastnega telesa in zunanje podobe. Dokazano je, da so nihanja telesne teže nevarna za zdravje, nekontrolirano dietno vedenje pa pogosto privede do neuravnoveženega vnosa hranljivih snovi, psihičnih sprememb, motenj krvnega obroka in srčnega utripa, v izjemnih primerih pa lahko pride tudi do prehranskih motenj (bulimije, anoreksije, kompulzivnega prenajedanja ipd.) (39, 40). Podatki kažejo, da je na dieti (ali pa počnejo kar koli, da bi shujšali) kar 13,1 % mladostnikov. Sicer pa se v celem opazovanem obdobju 2002–2014 ne zaznava pomembnih razlik v dietnem vedenju mladostnikov (30).

Deleži mladostnikov, ki so na dieti, so višji med starejšimi mladostniki, zlasti med dekleti, razen v starostni skupini 11-letnikov, kjer ni razlik med spoloma (30, 41), ter med nekaterimi skupinami, s katerimi opisujemo nižji socialno-ekonomski položaj (podpovprečno ocenjujejo blagostanje svoje družine in dosežajo podpovprečen šolski uspeh) (42).

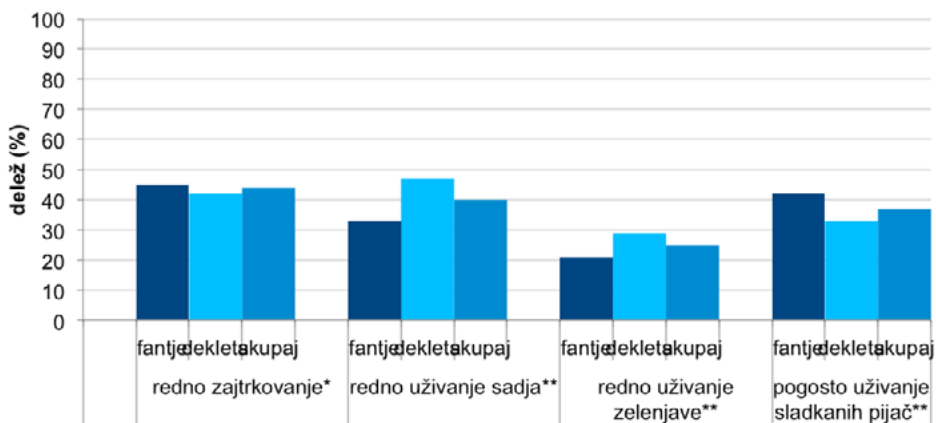


Slika 5.2: Delež mladostnikov, ki so redno zajtrkovali, redno uživali sadje, redno uživali zelenjavo ter pogosto uživali sladkane pijače, Slovenija, 2002–2014

Vir: NIJZ

*Vsak dan med tednom

**vsak dan, vsaj enkrat na dan



Slika 5.3: Delež mladostnikov, ki so redno zajtrkovali, redno uživali sadje, redno uživali zelenjavo ter pogosto uživali sladkane pijače po spolu, Slovenija, 2010

Vir: IVZ

*Vsak dan med tednom

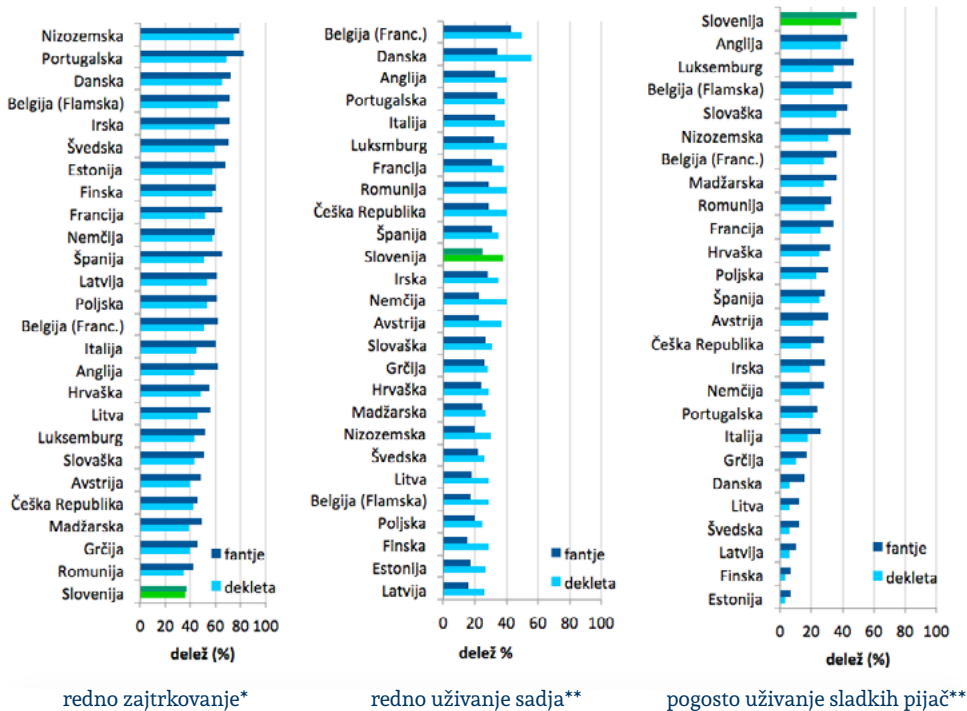
**vsaj enkrat dnevno

Glede na države članice EU se mladostniki iz Slovenije v starostni skupini 15 let pri rednem zajtrkovanju uvrščajo na zadnje mesto, po pogostem uživanju sladkanih pijač na 1. mesto, medtem ko se glede rednega uživanja sadja uvrščajo malo nad povprečje (slika 5.4).

Ključni izsledki raziskave Pediatrične klinike o prehrani slovenskih adolescentov ob vstopu v 1. letnik – preventivni sistematski pregled (15–16 let)

Z metodo frekvenčnega vprašalnika in metodo tridnevnega tehtanja zaužitih količin hrane so ugotovili, da slovenski mladostniki glede na priporočila OMD za uravnoteženo prehranjevanje zaužijejo premalo zelenjave (179 g/dan fantje in 163 g/dan dekleta), kruha in žit (271 g/dan fantje in 226 g/dan dekleta), krompirja/riža/testenin (212 g/dan fantje in 163 g/dan dekleta). Fantje so imeli značilno nižji vnos sadja (321 g/dan) in značilno prevelik vnos mesa/mesnih izdelkov (126 g/dan). V povprečju so mladostniki količinsko zaužili prevelike količine pijač z dodanimi sladkorji in premalo rib ter rastlinskih olj (43).

Glede na zgoraj navedene, pretežno neustrezne prehranske navade je pričakovano slabši tudi vnos hranljivih snovi. Fidler Mis s sodelavci ugotavlja, da slovenski mladostniki zaužijejo količinsko preveč prostih sladkorjev (fantje 16 %, dekleta pa 17 % energijskega vnosa), nasičenih maščobnih kislin (13 % energijskega vnosa) in natrija (fantje 203 %, dekleta pa 210 % priporočenega vnosa (2)) ter premalo koristnih večkrat nenasičenih maščobnih kislin (fantje 5 %, dekleta pa 6 % energijskega vnosa), vode (dečki 1786 ml/dan, dekleta 2016 ml/dan), dekleta pa tudi prehranskih vlaknin (2,8 g/MJ) (44). Zaužijejo tudi premalo folne kisline (fantje 64 %, dekleta pa 69 % referenčne vrednosti) in kalcija (91 % fantje, dekleta pa 97 % referenčne vrednosti) ter vitamina D (20 % referenčne vrednosti) (44, 45).



redno zajtrkovanje*

redno uživanje sadja**

pogosto uživanje sladkih pijač**

Slika 5.4: Delež 15-letnikov, ki so redno zajtrkovali, redno uživali sadje, redno uživali zelenjavo ter pogosto uživali sladke pijače po spolu, države članice EU, 2010

Vir: IVZ

*Vsak dan med tednom

**vsaj enkrat dnevno

Zaradi dolgoletnega uspešnega programa jodiranja jedilne soli naj bi bila preskrba z jodom med slovenskimi mladostniki zadostna, tudi glede na relativno nizko prevalenco golšavosti (0,9 %). V poprečju je med 15-letnimi slovenskimi mladostniki znašal vnos joda 156 µg/dan. Ob tem so ugotovili, da so bili pomembni viri joda zlasti jedilna sol (39 %), pijače (22 %) ter mleko in mlečni izdelki (19 %) (46).

Raziskovalci še ugotavljajo, da se mladostniki neustrezno prehranjujejo tudi glede sestave obrokov. Med slovenskimi mladostniki, ki zajtrkujejo, jih je le 9,4 % zaužilo polnovreden zajtrk iz vseh skupin živil. Najpogosteje je v obroku manjkalo živilo iz skupine zelenjave (v 1,9 % primerov) in pogosto sadja (v 11,4 % primerov),

sledila so beljakovinska živila. Zajtrk so najpogosteje tvorili kruh, pekovsko pecivo in sladki izdelki iz žit ter mleko in mlečni izdelki. Kar 73 % vseh zajtrkov je bilo energijsko preskromnih. Razmerje med beljakovinami, maščobami in ogljikovimi hidrati je bilo v povprečju ustrezno. Glede na celodnevne potrebe, opredeljene z referenčnimi vrednostmi, so mladostniki z zajtrkom relativno zelo dobro krili potrebe po vitaminu B₁, B₂ in B₆, kaliju, fosforju, kalciju in cinku, slabo pa potrebe po vitaminih A, C, D, E, folni kislini in jodu. Kritje potreb po železu je bilo pri fantih zadovoljivo, pri dekletih prenizko (45, 47).

Ključni izsledki kvalitativne raziskave Odnos slovenskih mladostnikov do prehrane (8–10 let ter 13–14 let)

Izsledki raziskave, ki temelji na fokusnih skupinah, odkrivajo določena stališča o zdravem prehranjevanju ter nekatere značilnosti v s tem povezanim pojmovanju, razumevanju in komuniciranju med otroki in mladostniki (48). Navedena stališča so lahko dobro izhodišče za razgovore in delo z mladimi:

Pojem zdrave prehrane in poznavanje smernic za zdravo prehrano: Pod zdravo hrano mladostniki pojmujejo pestro prehrano, uživanje manj mastnih in nemastnih živil, redne obroke, zadostne količine sadja in zelenjave ter vitaminov. Pogosto zdravo prehrano povezujejo z nepredelano in ekološko/bio hrano, ki ne vsebuje nepotrebni ostankov kemijskih sredstev. Prednosti zdravega prehranjevanja vidijo zlasti v krepitvi zdravja oziroma odpornosti, v ohranjanju moči in energije za delo, v boljšem počutju ter v ohranjanju primerne telesne teže. Relativno malo povezujejo zdravo prehrano s časovno oddaljenimi dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni. V splošnem dobro poznajo nasvete za zdravo prehranjevanje, le težje jih utemeljujejo in jih relativno slabo upoštevajo. Pogosto ne vedo, komu zaupati glede prehranskih nasvetov, zato se bolj nagibajo k tistim, za katere menijo, da imajo s tem izkušnje (zdravniki), ali pa k tistim, ki jim lahko zaupajo (straši, sorodniki itd.). Učbeniki, internet ali učitelji niso prepoznani kot ključni pri iskanju nasvetov.

Kako se odločajo za hrano/pijačo? Rezultati raziskave kažejo, da se mladi za določeno hrano in pijačo največkrat odločajo na podlagi senzoričnih značilnosti (dober okus, videz, barva, vonj hrane), poznavanja, navade, predhodnih izkušenj, pozitivnega mnenja vrstnikov in pa tudi na podlagi dobrih reklam.

Kaj je nezdravo? Zakaj ne segajo po zdravi hrani? Nezdravo prehranjevanje pojašnjujejo s preveliko dostopnostjo do energijsko bogatih in hranilno revnih izbir, zlasti doma in v trgovinah, k čemur pripomore njihovo pretirano oglaševanje. Prav tako jim seganje po zdravi hrani preprečujejo dober okus, lep videz in splošna privlačnost nezdrave hrane, pa tudi navajenost na določen okus oziroma po-

znavanje nekega izdelka. Hrana, ki je koristna za zdravje, je po njihovem mnenju sicer pomembna, vendar ne igra odločilne vloge.

Zakaj ne spremenijo svoje prehrane? Kaj je motivacija za spremembe? Spremembo ustaljenih (praviloma slabih) prehranjevalnih navad mladostniki vidijo kot pretežak korak. Za slabe prehranjevalne navade je po njihovem mnenju največkrat odgovorna družina s slabimi zgledi, pa tudi preobremenjenost in pomanjkanje časa (izpuščanje obrokov in nadomeščanje s prigrizki, čustveno ugodje, ki ga dosežejo z uživanjem sladkarij). Glede boljšega upoštevanja nasvetov o zdravi prehrani mladostniki najpogosteje navajajo, da bi odsvetovana živila zamenjali za zdravju koristnejša le pod pogojem, če bi ostala po videzu in okusu enako všečna ter bi bila še vedno cenovno dostopna. Nasvete za zdravo prehrano bi lažje upoštevali tudi, če bi bila bolj dostopna in bi bilo med zdravju koristnimi živili in jedmi več izbire. V povezavi s tem si želijo tudi več spodbud in reklam za zdravo hrano, ki bi tako postala privlačnejša in zanimivejša. Kot motivacijo za spremembo prehrane navajajo tudi morebitne pozitivne učinke (izboljšanje aknaste kože, izguba odvečnih kilogramov, reševanje resnih zdravstvenih težav).

Ključni izsledki raziskave Prehrabene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja II (18–65 let)

Glede prehranjevanja študentov in mladih odraslih (zaposlenih za polni delovni čas) so raziskovalci ugotovili, da so ti še posebej ogrožena skupina glede nezdravega prehranjevanja, med njimi pa še zlasti moški in tisti s slabšim materialnim standardom. Ti zdravim prehranskim izbiram ne posvečajo tolikšne pozornosti ali pa jim ne uspejo slediti zaradi ekonomskih razlogov, premajhne dostopnosti ali še vedno premajhnega poznavanja zdrave prehrane (49).

Študenti oziroma mladi odrasli obroke pogosto izpuščajo, zlasti zajtrk. Tega vsak dan med tednom uživa zelo malo študentov, natančneje 51,2 %, nikoli pa 14,2 %. Tudi kosilo kot osrednji obrok redkeje redno uživajo vsak dan študenti (88,2 %). Očitno študijske obveznosti in urniki še najpogosteje onemogočajo redno dnevno uživanje dnevnih obrokov, saj dva obroka ali manj na dan zaužije več kot polovica (52,0 %) študentov. Tudi nasvete za zdravo prehranjevanje najmanj upoštevajo študenti. Pomembno je tudi dejstvo, da velika večina študentov kosi v obratih javne prehrane, tako kakovost postopka priprave in ponudbe hrane v obratih javne prehrane postaja tudi za to populacijo vse pomembnejša (49).

Glede izbora živil se študenti oziroma mladi odrasli prehranjujejo pretežno nezdravo, v povprečju zaužijejo preveč sladkorja, soli in maščob ter premalo sadja in zlasti zelenjave. Zaradi uživanja hranilno revne hrane tudi dokaj pogosto

segajo po vitaminsko-mineralnih pripravkih. Obenem ugotavljajo, da se je delež maščob v prehrani mladih odraslih oziroma študentov sicer v zadnjem desetletju zmanjšal, pri sadju in zelenjavi pa vedno manj segajo po tradicionalnih domačih vrstah. V njihovi prehrani tako prevladujejo žitni izdelki in škrobna živila, mesni izdelki (barjene salame, klobase), banane in citrusi, mleko in sladki mlečni deserti, pijače z dodanim sladkorjem ter sladkarije in sladki pekovski ter slaščičarki izdelki (49).

Ključni izsledki raziskave SLOFit – nacionalni sistem za spremljanje telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine (6–19 let)

Raziskovalci ugotavljajo, da smo v Sloveniji tako kot v drugih razvitih državah tudi pri nas še vedno priča epidemiji čezmerne hranjenosti in debelosti pri otrocih in mladostnikih, ki pa se zlasti po letu 2010 v nekaterih starostnih skupinah in z nekaterimi razlikami po spolu postopno umirja in obrača predvsem pri otrocih in mladostnikih iz družin z višjim socialno-ekonomskim položajem. Nacionalni podatki SLOfit sistema kažejo, da je bilo v letu 2014/15 med 6. in 19. letom starosti še vedno čezmerno hranjenih in debelih 25,2 % fantov in 21,5 % deklet. Problema ne predstavlja le klasično razumljena debelost, ampak tudi zmanjšana količina mišičnega tkiva tako pri otrocih in mladostnikih s čezmerno telesno maso, kot pri otrocih in mladostnikih s priporočeno telesno maso, ki so posledično telesno manj zmožni in gibalno manj učinkoviti. Raziskovalci tudi ugotavljajo, da telesna dejavnost in telesna zmožnost zaskrbljujoče padata posebej med fanti (51). Zmanjšana gibalna učinkovitost zaradi debelosti ne pomeni le zmanjšane kakovosti življenja in zdravja posameznika, ampak tudi potencialno zmanjšano sposobnost za delo v odrasli dobi, kar je pomembno za učinkovitost in razvojni potencial družbe nasploh.

Elementi učinkovitih preventivno- promocijskih programov

Uvod

Otroci so že od najzgodnejšega otroštva izpostavljeni vplivom uveljavljenih vrednot (v družini, v šoli, prek medijev itd.). Na osnovi zgledov in predvsem tudi prejetih informacij si oblikujejo svoj vrednostni sistem, zato je ta podoben, kot ga ima okolica, v kateri živijo (52). Še posebej so pomembne prehranjevalne nava-

de, pridobljene v otroštvu, ker se prenašajo tudi na kasnejša življenjska obdobja ter vplivajo na izbiro živil in način prehranjevanja kasneje v življenju. Zato je privzganjanje zdravih prehranskih navad najbolj učinkovito zgodaj v otroštvu, ko se prehranjevalne navade šele začnejo oblikovati, pa vse do pozne adolescence. Strokovnjaki celo menijo, da je po 12. letu starosti mnogo težje vplivati na otrokove prehranjevalne navade in na njihovo izbiro živil (53). Ob tem je pomembno, da v celotnem obdobju krepimo varovalne dejavnike in zmanjšujemo dejavnike tveganja. Hrana ima tudi psihosocialni pomen, saj sta izbor hrane in odnos do hrane povezana z izkušnjami in zgledi v zgodnjem otroštvu, zato je še toliko pomembnejše, da z zdravim načinom prehranjevanja začnemo čim bolj zgodaj.

Ker je torej hrana v otrokovem doživljanju, čutnem in čustvenem svetu povezana s prvimi zadovoljujočimi občutki, mu ostane še kasneje v podzavesti kot prispevka ugodja, zadovoljenosti in tolažbe. Če pa se otroku ponuja hrana neosebno in mehanično, je mogoče, da mu pomeni le nujno telesno potrebo, ki nima v sebi ničesar privlačnega in prijetnega. To se lahko prenese tudi v kasnejša obdobja. Hrana lahko že zgodaj dobi vlogo nagrade ali kazni, postane sredstvo dokazovanja skrbi, naklonjenosti in odvisnosti, podkupovanja ali izsiljevanja, obvladovanja ali podrejanja. Tudi zunaj družine se hrana vključuje v medosebne odnose na različne načine. Hranjenje je tesno povezano z različnimi drugimi področji človekovega doživljanja. V odnosu, ki ga ima nekdo do jedi, ter v načinu, kako se hrani, se zrcalijo njegove značajske poteze (8).

Navajanje na zdravo prehranjevanje naj bo zato vedno prijetna družabna in učna izkušnja, saj otrok teži k posnemanju in se zato tudi hitreje uči. Izkušnje različnih programov kažejo, da lahko z različnimi programi in v spodbudnih okoljih razvijamo otrokove veščine za zdravo prehranjevanje, ga spodbujamo in mu pomagamo pri odločanju, ga navajamo na samostojnost pri izbiranju, zmanjšamo pozornost na nagrajevanje/marketing ter tako povečamo otrokovo motivacijo za zdravo prehranjevanje. Najučinkovitejši so zato pristopi, ki vključujejo normativno učenje in učenje praktičnih veščin. Učinkovitost programov in pristopov lahko še izboljšamo, če vključimo starše, učitelje in širšo lokalno skupnost. Zavedati se moramo, da na otrokovo znanje o prehrani vplivajo številni viri, ki lahko zavajajo oziroma izkrivljajo njihovo predstavo o zdravem prehranjevanju. Zelo pomembno je, da skozi preventivno-promocijske programe krepimo znanje o zdravi prehrani, ki je pogosto presplošno. Za lažje udejanjanje znanja je treba vsako priporočilo tudi ustrezno utemeljiti. Vendar pa samo izobraževanje in tudi prehransko znanje nimata vedno neposrednega učinka na prehransko vedenje, imata pa lahko pomemben vpliv na stališča, namere in nekatere druge psihosocialne dejavnike, ki na vedenje vplivajo posredno (54).

Usmeritve za pripravo in izvajanje programov

Zdravo prehranjevanje lahko tako kot druge zdravstvene teme vključimo in obravnavamo na različne načine. V nadaljevanju podajamo nekaj splošnih smernic za obravnavo teh vsebin v preventivno-promocijskih programih.

- Pri obravnavi vsebin s področja zdravega prehranjevanja upoštevamo starost in kognitivno stopnjo razvoja otrok oziroma mladostnikov. Pri mlajših otrocih je smiselno obravnavati teme na osnovi izkustvenega doživljanja, utemeljevanja ter na konkretnih primerih, najbolje skozi igro. Otroci lahko na primer spoznavajo različne vrste in pomembnost sadja in zelenjave ter gradijo pozitiven odnos do njunega uživanja. Ob tem lahko razvijajo praktične veščine za zdravo prehranjevanje (55).
- Pri starejših otrocih in mladostnikih je smiselno teme obravnavati z diskusijo, v kateri jih spodbujamo, naj o problemu razmišljajo, ter jih vodimo k premišljenemu ravnanju v določenih situacijah in k ustreznim rešitvam oziroma zdravim izbiram. Ob tem lahko razvijajo sposobnost uporabe, analize in sinteze usvojenega znanja, ki je usmerjeno v preudarno odločanje o njihovi prehrani, predvsem v smislu zagotavljanja zdravja (56).
- Vsebine bodo otrokom in mladostnikom bolj zanimive in lažje jih bodo dojeli in sprejeli, če bodo predstavljene življenjsko in na konkretnih primerih. Predstavitev in pogovor naj vključujeta interaktivne in/ali aktivne oblike dela, ki spodbujajo razmišljanje, analiziranje, reagiranje in iskanje alternativnih rešitev. Ob tem jih učimo praktičnih veščin zdravega prehranjevanja in pazimo na njihovo predznanje (56).
- Vsebine, ki jih obravnavamo, naj odgovorijo na vprašanja »zakaj« in ne samo »kako«. Pri tem je zelo pomembno, da se pri odgovarjanju nanje izognemo moraliziranju, predpisovanju in podcenjevanju njihove kognitivne kompleksnosti ter se namesto tega osredotočimo na objektivno, a zelo aplikativno in razumljivo razlago, s katero bomo najlažje utemeljili neko prehransko priporočilo.
- Vsebine s področja zdravega prehranjevanja naj bodo osredotočene na kratkoročne koristi. Nekateri nasvetov za zdravo prehrano ne upoštevajo zato, ker se jim zdi, da lahko njihov organizem, ker je mlad, izniči vse škodljive vplive neustrezne prehrane. Pozorni so zlasti bolj na koristi in izgube, ki se pokažejo kmalu (akne zaradi uživanja čokolade, pridobivanje prekomerne telesne teže), ne pa na koristi ali izgube, ki jih bomo deležni kasneje v življenju (razvoj metabolnega sindroma, vpliv uživanja kalcija v zgodnji mladosti na trdnost kosti v starosti, pojav kroničnih bolezni v starosti). Eden od načinov spreminjanja teh zmot so lahko razumljive in utemeljene razlage o dolgoročnih učinkih neustreznih prehranskih izbir.

- Pri podajanju vsebin pazimo, da nehote ne vnašamo negativne izkušnje, zato je pri obravnavi in predstavitvi občutljivih vsebin potrebna posebna pozornost. Pazimo predvsem, da z obravnavano temo pri posameznikih ne bi povzročili negativne oziroma slabe izkušnje ali celo škode. Posebej občutljive vsebine, ki vključujejo na primer prehranske motnje in/ali debelost, obravnavamo ob pomoči usposobljenih psihologov, dietetikov, svetovalnih delavcev in drugih strokovnjakov, ki so kompetentni za obravnavo.
- Vsaka obravnava vsebin o zdravi prehrani bo toliko bolj učinkovita, če bo podprta z ustreznim okoljem, ki omogoča dostopnost do zdravih izbir in utrjevanje zdravih prehranjevalnih navad.

V nadaljevanju navajamo nekaj vsebin, pri katerih je potrebna posebna pazljivost.

- Vsebine, v katerih se prekomerno prikazuje nevarnosti (grožnje) za zdravje (na primer debelost) v povezavi s hrano in posameznimi oblikami prehranjevanja. Obstaja namreč nevarnost, da take informacije pri posameznikih učinkujejo ravno nasprotno, kot si želimo, zato se takim sporočilom izogibajmo. Sporočila, ki posamezniku na ekspliciten ali impliciten način ukazujejo, za neupoštevanje priporočil pa ga svari s kaznijo, so neučinkovita (57). Na primer: »Če ne boš jedel manj maščob, tvegaš bolezi srca in ožilja.« Takim informacijam z vzbujanjem strahu se raje izognimo. Ena od njihovih posledic je namreč večja zaskrbljenost za zdravje, ki pa se udejanji v namernem ignoriranju informacij, v različnih racionalizacijah nepriporočljivega prehranjevanja ter tudi v uporniškem vedenju.
- Vsebine, ki kažejo na zeleno prehransko vedenje, ki je pri posameznikih težko uresničljivo, ali pri katerih gre za odročne cilje. Neupoštevanje prehranskih nasvetov je lahko posledica posameznikove ocene, da prehranjevanja ne more spremeniti zaradi zunanjih, od njega neodvisnih dejavnikov, na primer zelo zgodnje vstajanje, nedostopnost zdrave malice v bližini šole ipd. Bistveno v slehernem sporočilu je, kakšno spremembo, kakšno smiselno in realno rešitev ponuja. Za najučinkovitejša sporočila so se izkazala tista, ki posamezniku v zameno za spremembo vedenja obljublajo otipljivo in takojšnjo nagrado: »Če bom jedel sadje in zelenjavo, bom nagrajen s prihrankom časa za pripravo obroka.« Odprava odvečnih kilogramov ali aken je prav tako lahko oprijemaljšče za vzbuditev zanimanja (57).
- Nekatere vsebine zdravega prehranjevanja se obravnavajo preveč splošno ali razpršeno. Mladi so naveličani skopih priporočil o zdravem vedenju, želijo si podrobnejše razlage, ki osmisli nasvete in omogoči razumevanje ozadja pripo-

ročil v širšem naravoslovnem ali družbenem kontekstu. Zato je pomembno, da obravnavamo le relevantna sporočila, ki morajo biti zelo jasna in razumljiva, primerna za prav določeno skupino in usmerjena k njenim specifičnim interesom in željam. Obravnavane vsebine so lahko pestre in raznovrstne, vendar morajo biti konsistentne v ključnih sporočilih. Ob tem je treba upoštevati tudi socialne in kulturne posebnosti ter osebnostne lastnosti posameznikov (57).

- Negativen učinek imajo lahko umetniška dela, v katerih je debelost prikazana kot nekaj slabšalnega, na podcenjujoč, zasmehljiv način. Taka dela lahko povzročajo stigmatizacijo posameznikov, ki imajo prekomerno telesno težo, so manj samozavestni in imajo slabšo samopodobo.
- Prav tako so problematične vsebine, ki prikazujejo tolažbo v hrani kot edino možno rešitev za nastale težave. Hrana je lahko v otrokovem doživljanju ter čutnem in čustvenem svetu povezana z občutji, ki jim vzbuja ugodje, zadoščenost in tolažbo. Tako lahko hrana pomeni le nujno telesno potrebo, ki nima v sebi ničesar privlačnega in prijetnega, ali pa postane sredstvo dokazovanja skrbi, naklonjenosti in odvisnosti, podkupovanja ali izsiljevanja, obvladovanja ali podrejanja (8, 58), kar so vse tisti odkloni, ki si jih ne želimo.

Praktične usmeritve in izhodišča za razgovore

V nadaljevanju navajamo primere vprašanj in možnih odgovorov, ki so lahko iztočnica za razmišljanje in pogovor. Služijo nam kot priložnost za uvod v pogovor ali diskusijo in za utemeljevanje na konkretnih primerih, s katerimi bomo podkrepili sprejemljive vrednote, vedenja in situacije ter iskali alternative nesprejemljivim.

Kdo oziroma kaj vpliva na naše prehransko vedenje?

Na to vprašanje bodo odgovori verjetno zelo različni: reklame, vrstniki, okus hrane, kar je »kul« ipd. Odgovore lahko napišejo na samolepilne lističe, ki jih nalepijo na tablo. Pomembno je, da podobne odgovore razvrstimo v skupna polja. Na ta način jim lahko utemeljimo, da so nekateri dejavniki biološke narave (na primer prirojen okus za sladko), na katere nimamo posebnega vpliva, medtem ko so številni dejavniki okolja tisti, pod vplivom katerih se izoblikuje naš vzorec prehranjevanja. Ob tem jim lahko pojasnimo, da so že od najzgodnejšega otroštva izpostavljeni vplivom vrednot (v družini, v šoli, prek medijev itd.). V naslednjem koraku na tleh predstavimo navidezno črto, ki označuje pomembnost posameznih dejavnikov. Črta je razdeljena na pet delov in predstavlja lestvico od ena (malo pomembno) do pet (zelo pomembno). Mladi razpravljajo o pomembnosti

posameznih dejavnikov in samolepilne lističe razvrstijo na navidezno črto glede na pomembnost. Na osnovi zgledov in predvsem prejetih informacij si oblikujejo svoj vrednostni sistem, zato je ta podoben, kot ga ima okolica, v kateri živijo (59). Tukaj jim lahko pojasnimo, da poleg šole dobijo kopico informacij tudi prek različnih neformalnih in formalnih virov (60). Ob tem jih opozorimo na relevantnost virov, saj je v okolju (reklame, trditve na izdelkih itd.) veliko virov, ki lahko zavajajo oziroma izkrivljajo predstavo o zdravem prehranjevanju. Med temi velja izpostaviti posebno vlogo in vpliv množičnih medijev, ki zlasti otroke in mladostnike nagovarjajo z vedno novimi in spremenljivimi nasveti. Lahko navedejo prehranske nasvete iz reklam in revij o življenjskem slogu ter jih poskušajo analizirati in kritično oceniti. Predvsem bodimo pozorni na utemeljenost posameznih trditev v oglasu (da živilo vpliva na zdravje srca, zmanjševanje telesne mase ipd.). Lahko tudi preverjajo ustreznost informacij v strokovni literaturi.

Kakšen pomen ima prehrana za posameznika?

Dejstvo je, da ima prehrana pomemben vpliv na zdravje. Vendar se je poleg tega treba zavedati tudi psihološkega in socialnega pomena hrane, ki se odraža tudi v odnosu do hrane in telesa ter v prehranjevalnih navadah. Mladim je zato pomembno razložiti, da hrana vpliva tudi na njihovo trenutno počutje, razpoloženje, kognitivne zmožnosti in (samo)podobo. Lahko jih povprašamo o občutkih, ki jih imajo ob uživanju določene hrane, ali kako je s hrano takrat, ko so žalostni, potrti ali pa veseli in polni optimizma. Katero vrsto hrane in kakšno količino uživajo ob doživljanju različnih čustev? Hranjenje je tesno povezano tudi z različnimi drugimi področji človekovega doživljanja. V odnosu, ki ga ima nekdo do jedi, in v načinu, kako se hrani, se zrcalijo njegove značajske poteze (8, 58). Poskušajmo najti povezave v tej smeri. Ob tem jih lahko opozorimo, naj jedo z užitkom, brez raznih občutij krivde in bojazni, naj se ob tem ne počutijo prikrajšane in neizpolnjene in naj s hrano ne poskušajo nadomeščati stvari, ki jih pogrešajo ali za katere se jim je pretežko potruditi.

Ali je debelost bolezen?

Pri tem vprašanju je dobro spregovoriti o idealih, ki smo jih kot družba razvili do lepote telesa. Mladim pojasnimo, da je ideal lepega in zdravega telesa v različnih kulturah različen in da se je dojemanje lepote in zdravega telesa skozi zgodovino zelo spreminjalo. Za nekatera afriška ljudstva, na primer, je debelost znak lepote, zdravja, blagostanja in plodnosti, pri nas v času revščine in pomanjkanja hrane pa so maščobne zaloge pomenile celo varnost, rezervo za slabe čase. Danes so vzroki za debelost lahko tudi povsem drugi, saj živimo v izobilju hrane. Morda

imamo slab odnos do hrane, mogoče nam hrana pomeni čustveno tolažbo ali pa so nas kot otroke silili s hrano. Pomembno sporočilo je, da se debelost najpogosteje pojavi ob prekomernem uživanju hrane in vnosu energije, ki je ne porabimo z gibanjem. Mladi naj sami ugotovijo, kakšna je povezava med uživanjem hrane (količino energije) in porabo energije. Poiščejo lahko informacije o vsebnosti energije v posameznem živilu in o porabi energije pri določeni telesni aktivnosti. Ko govorimo o občutenju svoje postave, lahko spregovorimo tudi o njihovi samopodobi. Povejmo jim, da če se pri svoji teži počutijo odlično, če so »fit« in se ne počutijo nerodne, neokretne in telesno šibke, potem verjetno kakšen kilogram več ne pomeni, da je z njihovo telesno težo kaj narobe. Pojasnite jim, da so nekateri lahko debeli tudi zato, ker imajo bolezensko moteno presnovo ali pa globlje čustvene težave. Pogovorite se tudi o pomenu redne telesne dejavnosti in zdrave prehrane za vzdrževanje zdrave telesne teže ter o pomenu mišic. Spodbujajmo jih k razvijanju pozitivne samopodobe in samoučinkovitosti, ki se kaže v tem, da zaupajo vase in da se zmorejo zdravo prehranjevati (58). Ob tem lahko spregovorimo tudi o dietnem vedenju oziroma hujšanju, ki je pogostejše med dekleti. Pogovorite se, zakaj (na primer socialni pritiski okolja) in kako hujšajo, katere so pasti hujšanja in njihove škodljive posledice. Pojasnite jim, da se je o potrebi po hujšanju in o njegovi izvedbi treba pogovoriti s strokovnjaki (zdravnik, dietetik, psiholog ipd.).

Ali imamo vsi dovolj hrane?

Ob tem vprašanju je priložnost za pogovor o razlikah, revščini in pomanjkanju hrane na eni strani in izobilju hrane na drugi ter o nepravilni delitvi hrane na svetu. Mlade lahko opozorimo tudi na vedno večje razlike med vrstniki oziroma njihovimi družinami in na sočutnost do revnejših. Spregovorimo tudi o tem, kako cenijo hrano lačni in revni in kako tisti, ki je imajo v izobilju. V časih, ko hrane ni bilo dovolj, so ljudje znali tisto, kar so kupili ali pridelali sami, mnogo bolj ceniti, saj je hrana predstavljala velik del gospodinjskega proračuna. Z najmlajšimi se lahko pogovarjamo tudi o tem, kaj so jedli včasih in kaj jemo danes. Ob tem jih lahko opozorimo na delo in trud, ki ga morajo pridelovalci in predeleževalci vložiti, da imamo kaj jesti in da so police v trgovinah ob vsakem času založene. Pozitiven odnos do hrane je smiselno razvijati že v predšolskem obdobju. Mlade podučimo o tem, da se pred hranjenjem umirijo, izberejo količino hrane, ki jo lahko pojejo pri posameznem obroku, spodbujajmo pa jih tudi h kulturnemu uživanju hrane. Vzgoja, ki je podprta z zgledom starejših ali drugih vrstnikov, naj bo vedno prisotna.

Zakaj smo izbirčni in zakaj nam je zdrava hrana pogosto manj okusna?

Tukaj bi mladi verjetno odgovarjali, da radi jedo tisto, kar jim je dobro, ker je dobrega okusa, kar vidijo pri vrstnikih ali v reklamah in kar imajo dostopno doma ali v šoli. Zdrava hrana jim je običajno neokusna, nepriljavna in nezanimiva. Pogovorite se predvsem o naši prirojeni nagnjenosti k sladkemu okusu, ki nam je skozi zgodovino omogočila preživetje in razvoj, pa tudi o pridobljeni nagnjenosti (navajenost na sladek okus). Naš prvi stik s sladkim okusom je materino mleko. Sladek okus je povezan z energijo, ki jo vsebuje sladkor, zato je našim prednikom občasno srečevanje s takim izobiljem energije (v sadju, jagodičevju in medu) nudilo večjo možnost preživetja (61). Grenki in kisli okusi sicer niso priljubljeni, imajo pa zato (na primer zelenjava) največjo varovalno vlogo zaradi nizke energijske gostote in visoke vsebnosti vitaminov, mineralov in zaščitnih snovi. S sladkorjem oziroma sladkim okusom je povezano ugodje, ki ga v njegovi odsotnosti lahko občutimo kot odtegnitveni sindrom, podoben kot pri zasvojenostih. Pojasnimo jim, da intenzivni okusi povzročajo vedno večjo željo po še bolj intenzivnih okusih. Pogovorimo se tudi, zakaj je pomembno, da jemo raznoliko hrano, četudi nam včasih ne diši. Predstavimo jim, zakaj je pomembno spoznavati nove in različne okuse priporočene hrane. V zgodnejšem starostnem obdobju je močno prisotna tudi neofobija (strah pred novo, nepoznano hrano), kar je povsem normalen pojav. Pojasnimo jim, da bodo lažje sprejeli nove okuse in nepoznano hrano, če se bodo pred uživanjem z njo spoznali, sodelovali pri njeni pripravi in jo večkrat zapored poskusili. Lahko se pogovorimo tudi o tem, katere nove jedi so spoznali v zadnjem času ali na primer med obiskom novih krajev.

Ali veste, od kod pride hrana na naše police?

Pomembno je, da se v razgovoru loči načine pridelave, ki so vezani na tradicijo, lokalno okolje in lokalne pridelovalce (mlekarne in čebelarji), ter načine današnje mehanizirane proizvodnje hrane (izpostavi naj se vidik visokoprocесirane hrane, ki ima manjšo hranilno vrednost in večjo vsebnost aditivov, ki se večinoma uporabljajo za kozmetične popravke). Izkoristimo tudi priložnost za pogovor o pridelavi hrane, pri čemer poudarimo izdelke, ki jih pridelajo na naših kmetijah, in njihove prednosti. Poudarimo še, da je hrana (sadje in zelenjava) iz lokalnega okolja sezonsko dostopnejša, da ima praviloma več vitaminov in mineralov ter posledično višjo hranilno vrednost, da se zaradi bližine proizvodnje lahko uporablja manj aditivov, kot so konzervansi, barvila ipd., da so taka živila prepoznavna tudi po bogatem in tradicionalnem okusu. Lahko jih spodbudimo, naj pri nakupu hrane preverijo, kakšna je razdalja med krajem proizvodnje in mestom nakupa, katere so sestavi-

ne posameznega živila, kakšen je rok uporabnosti ipd. Pozovimo jih, naj navedejo lokalne pridelovalce hrane iz svoje bližine, kar lahko pripomore k spoznanju, da lokalna pridelava krepi lokalno gospodarstvo, zagotavlja večjo neodvisnost od uvoza in zmanjšuje obremenitev okolja (manj embalaže, manj izpustnih plinov itd.).

Kaj sploh je zdrava prehrana?

Največkrat s prehranjevalnimi navadami mislimo na izbor in količino hrane, ki jo uživamo, in na delež posameznih živil v prehrani, malo manj pa govorimo o načinih priprave in pogostosti ter razporejenosti dnevnih obrokov. Otrokom predstavimo prvo pravilo zdravega prehranjevanja, ki pravi, da je uživanje hrane prijeten in družaben dogodek, zato je pomembno, da se čim več obrokov zaužije v družini, z vrstniki v šoli ipd. Pogovorimo se o tem, ali si za uživanje vsakega obroka namenijo dovolj časa, ali ga zaužijejo v prijetnem okolju in kakšen odnos imajo do skupnega prehranjevanja (kultura prehrane) z vrstniki. Pogovorimo se lahko tudi o pomembnosti telesne dejavnosti za vzdrževanje energijskega ravnovesja med zaužito hrano in porabo energije.

Kaj pomeni ustrezno kombiniranje zdravih jedi?

Kombiniranje zdravih jedi pomeni, da so obroki sestavljeni iz različne hrane iz vseh priporočenih skupin živil, kar ob ustreznem energijskem vnosu zagotavlja dovolj vseh hranil, potrebnih za normalno rast, razvoj in delovanje organizma (58). Poudarimo prednosti zelenjave in sadja, pogovorimo se, kako ju najlažje vključiti v vsak obrok ter kako pomembni so pestrost barv, uživanje sezonske hrane in njen lokalni izvor. Pogovorimo se o pomenu polnovrednih žit (kje jih najdemo, na primer v žitnih izdelkih, kašah, polnozrnatem kruhu, testeninah) in kakovostnih beljakovin (nemastno meso, mleko in mlečni izdelki z manj maščobe, jajca, ribe, fižol, grah in druge stročnice ipd.). Ko omenjamo maščobe, poudarimo njihovo nujnost v prehrani in pozornost pri izbiri (prednost imajo različne vrste rastlinskih olj, izogibamo se mastnim živilom in živalskim maščobam). Pri predstavitvi kombiniranja zdravih jedi lahko uporabimo model prehranske piramide in prehranskega krožnika (21).

Ali je pomembno redno uživati vse priporočene obroke?

Ko bo govora o rednem uživanju obrokov, se pogovorimo, kako v dnevno prehrano vključiti priporočenih 4 do 5 obrokov, kako zagotoviti tudi ustrezen časovni presledek med njimi (vsaj dve uri) in kako pomembno je, da se s hrano ne silimo, ampak si raje vzpostavimo ustrezen dnevni ritem prehranjevanja. Znano je, da pogosti in

manjši dnevni obroki hrane znižajo vsebnost maščob v krvi (in s tem zmanjšajo tveganje za nastanek bolezni srca in ožilja) ter ugodno vplivajo na raven glukoze v krvi (in s tem na boljšo storilnost). Pri tem opozorimo na pomembnost rednega zajtrkovanja (lažje sledenje pouku, lažje vzdrževanje priporočene telesne teže itd.). Pogovorimo se tudi o vzrokih za opuščanje zajtrka in drugih obrokov ter otroke spodbujamo k iskanju lastnih rešitev za vzpostavitev pravega ritma prehranjevanja. Lahko opišejo pozitivne izkušnje, ki jih imajo z rednim uživanjem zajtrka (boljša zbranost, manjša lakota v dopoldanskem času) (21).

Ali znamo pravilno izbrati živila in na podlagi česa jih izbiramo?

Z mladimi se pogovorimo o tem, kako izbirajo živila, ali preverjajo primernost sestave živil (deklaracija je osebna izkaznica živila) ter kako pogosto in kdaj naj si privoščijo hitro hrano in sladkarije (redko, v manjših količinah in ob posebnih priložnostih, v kombinaciji s sadjem in zelenjavo). Zapomnijo naj si, da so predvsem pomembne dobre kombinacije živil. Pogovorimo se tudi, zakaj določena živila v zdravi prehrani odsvetujemo, na primer izdelke z višjo vsebnostjo sladkorja, maščob, soli in aditivov (barvila, konzervansi, antioksidanti, emulgatorji, kisline itd.) (21). Pogovor o izbiri živil lahko napeljemo na okus, ki pomembno vpliva na izbor jedi. Otroci lahko poiščejo živila, ki so jim po okusu všeč in so hkrati zdrava. Poiščejo lahko alternativna živila manj zdravim živilom. Omenimo lahko tudi pomen uživanja kuhinjske soli. Hrano solimo le toliko, da sol občutimo, pri mizi pa doslajevanje ni potrebno. Pretirano slanim izdelkom se, če se le da, izogibamo. Utemeljimo jim, zakaj, in jim predstavimo tipična živila z več soli. K zmanjšanju uživanja soli jih spodbudimo na primer z ugotovitvijo, da se lahko že po enem mesecu navadimo na hrano z manj soli, saj se temu prilagodi tudi naš okus.

Zakaj je za žejo najboljše piti vodo?

Pogovor napeljemo na zadostno nadomeščanje izgubljene tekočine (voda sestavlja več kot 70 % našega telesa). Pomembno je, da utemeljimo pomen tekočin na primeru rehidracije. Naj povedo, kdaj občutijo žejo in kako se takrat počutijo. Pogovorimo se o povečanih potrebah po tekočini (pri povečani telesni aktivnosti ali v vročih poletnih mesecih) in o primernih izbirah (pitna voda, nesladkan ali manj sladkan čaj in 100-odstotni sadni sokovi, ki jih redčimo z vodo). Sladke pijače niso odsvetovane le zaradi vsebovanega sladkorja, ampak se z njimi tudi težje odžejamo (21). Spodbudimo jih, naj preverijo vsebnost sladkorja v različnih pijačah, količine pa lahko primerjajo s količino sladkorja, ki je običajno ponujena ob čaju ali kavi v restavracijah. Ko pijemo vodo, lahko z lastnim zgledom vplivamo tudi na sprejemanje vode kot najboljše izbire, s katero se odžejamo.

Zaključki

Prehranjevalne navade in prehranski status so pomembne determinante večine kroničnih nenalezljivih bolezni – kot dejavniki tveganja, ki ogrožajo zdravje, ali kot varovalni dejavniki, ki krepijo zdravje in izboljšajo kakovost življenja. Glede na dostopne raziskave so nezdrave prehranjevalne navade med mladostniki in mladimi odraslimi zelo razširjene, naraščajo s starostjo, so bolj značilne za fante, v nekaterih navadah tudi za dekleta, in so pogostejše med mladostniki, ki izbirajo manj zahtevne šolske programe oziroma imajo slabši šolski uspeh in prihajajo iz družin z nižjim socialno-ekonomskim položajem. Zdrave prehranjevalne navade od otroštva naprej so osnovni pogoj za ohranjanje in izboljševanje zdravja, boljše počutje in za kakovostno življenje. Ker igra prehranjevanje pomembno vlogo pri krepitvi in vzdrževanju dobrega zdravja skozi vse življenje, ima v preventivni dejavnosti eno izmed vodilnih vlog. Še večjo težo pa mu daje dejstvo, da so sodobni prehranjevalni vzorci, pri katerih imajo velik vpliv prehranska industrija in mediji, prenosljivi iz generacije v generacijo.

Pomembni prehranski varovalni dejavniki so predvsem okolja (dom, šola itd.), ki podpirajo mlade pri zdravi izbiri živil, redno uživanje vseh priporočenih obrokov ter zadostno uživanje zelenjave, sadja in polnozrnatih živil. Po drugi strani predstavlja velik dejavnik tveganja zlasti izbor procesiranih izdelkov z veliko vsebnostjo maščob, sladkorja in soli ter z malo koristnimi hranljivimi snovmi. Na eni strani lahko mlade obveščamo in jim pomagamo razvijati določene veščine za prakticiranje zdravih prehranskih navad, po drugi strani pa lahko veliko naredimo z dobrim zgledom in ustvarjanjem pogojev za zdravo izbiro. Treba je razmisliti tudi o sporočanju informacij o priporočilih zdrave prehrane na načine, ki bi jih lahko mladi primerno vključili v sistem vrednot. Poleg znanja o zdravi prehrani in o prehranskih navadah mladih je ustrezno izbran način komunikacije ključni element, s katerim lahko dolgoročno izboljšamo prehranske navade mladih. Pomembno je, da pri programih in aktivnostih poznamo in upoštevamo vse elemente njihove učinkovitosti. Vrstniško ozaveščanje je lahko tu zelo pomembno, saj so mladi lahko primeren zgled, pomagajo pri utrjevanju zdravih prehranskih navad, obenem pa lahko vplivajo na to, da mladi lažje razumejo s tem povezane težave.

Literatura

1. Uredba Evropskega parlamenta in sveta o določitvi splošnih načel in zahtevah živilske zakonodaje, ustanovitvi Evropske agencije za varnost hrane in postopkih, ki zadevajo varnost hrane. Uradni list Republike Slovenije, 2002; 12, 178: 13755–13756.
2. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO expert consultation. WHO technical report series; 916. Geneva, World Health Organization: 2003:153 str.
3. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (ReNPPP). Uradni list Republike Slovenije, 2005; 15, 70: 8582–8602.
4. Trowbridge F, Collins B. Measuring dietary behaviours among adolescents. *Public Health Reports*, 1993; 108, 1: 37–41.
5. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005; 366: 1197–209.
6. Katsilambros N. *Clinical Nutrition in Practice*. John Wiley & Sons. 2011: str. 39.
7. Sernec K. Novosti pri obravnavi motenj hranjenja. V: Kopčavar-Guček N, Petek D. (ur.), *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini; zbornik 25 predavanj; 34. srečanje delovnih skupin: izbrane teme*. Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine, 2008.
8. Tomori M, Rus - Makovec M. Eating behaviour, depression and self-esteem in high school student. *J Adolesc Health* 1998; 23, 4: 100–7.
9. Pokorn D. Oris zdrave prehrane. Priporočena prehrana. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. 2001: 68 str.
10. Birch L, Fisher J, Grimm-Thomas K. Children and food. V: *Children's understanding of biology and health*. Siegal M, Peterson C. (eds.). Cambridge, Cambridge University Press, 1999: 161–206.
11. Galef B. Food selection: Problems in understanding how we choose foods to eat. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 1996; 20, 1: 67–73.
12. Birch L, Fisher J, Grimm-Thomas K. Children and food. V: *Children's understanding of biology and health*. Siegal M, Peterson C. (eds.). Cambridge, Cambridge University Press, 1999: 161–206.
13. Cullen KW, Baranowski T, Rittenberry L, Co-sart C, Hebert D, De Moor C. Child-reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: reliability and validity of measures. *Health Education Research*, 2001; 16, 2: 187–200.
14. Affenito SG. Breakfast: a missed opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*, 2007; 107, 4: 565–569.
15. Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey MA. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999; 99, 8: 929–937.
16. Hastings G, Stead M, McDermott L, Forsyth A, MacKintosh AM, Rayner M, Godfrey C, Caraher M, Angus K. Review of research on the effects of food promotion to children. Final report. Glasgow, Centre for Social Marketing, University of Strathclyde, 2003: 208 str.
17. Goris JM, Petersen S, Stamatakis E, Veerman JL. Television food advertising and the prevalence of childhood overweight and obesity: a multicountry comparison. *Public health nutrition*, 2010; 13, 7: 1003–12.
18. Room R. Smoking and drinking as complementary behaviours. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 2004, 58, 2: 111–115.
19. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 659–69.
20. Schwenke DC. Dietary patterns: time to simplify the message until we can clarify the specifics. *Curr Opin Lipidol*. 2009; 20, 5: 442–5.
21. Gabrijelčič Blenkuš M, Pograjc M, Gregorič M, Adamič M, Čampa A. Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah: od prvega leta starosti naprej. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2005: 80 str.
22. Koch V, Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Kostanjevec S. Risk factors as a result of unhealthy nutrition in the adult population in Slovenia with regard to sociodemographic variables. *Slovenian Journal of Public Health*, 2014; 53, 2: 144–55.

23. Brown J, Isaacs J, Krinke B, Lechtenberg E, Murtough M. Nutrition through the life cycle 5th ed. Massachusetts. Cengage Learning, 2013: 361–406.
24. Zdravstveni statistični letopis, 2008–2012. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje 2014. (izpis iz baze podatkov; oktober 2014).
25. WHO. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002: 248 str.
26. WHO. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009: 62 str.
27. WHO. European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 129 str.
28. WHO. Gaining health. The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006: 46 str.
29. Darnton-Hill I, Nishida C, James W. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition* 2004; 7, 1: 101–21.
30. Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Drev A, Pucelj V, Zupančič T. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Jeriček Klanšček H, Bajt M, Drev A, Koprivnikar H, Zupančič T, Pucelj V. (ur.). Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015: 78 str.
31. Gibney MJ, Wolever TMS. Periodicity of eating and human health: present perspective and future directions. *British Journal of Nutrition*, 1997; 77: 3–5.
32. Affenito SG. Breakfast: a missed opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*, 2007; 107, 4: 565–569.
33. Gregorič M. Zajtrkovanje. V: Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupančič T. (ur.). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja, 2011: 198–215.
34. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Loze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V. (eds.). Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Geneva, World Health Organization, 2012: 107–110.
35. Fajdiga Turk V. Uživanje sadja in zelenjave. V: Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupančič T. (ur.). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja, 2011a, 129–142.
36. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of Soft Drink Consumption on Nutrition and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 2007; 97, 4: 667–75.
37. Gregorič M. Uživanje sladkarij in sladkih pijač. V: Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupančič T. (ur.). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja, 2011: 198–215.
38. European Food Safety Authority. Scientific Opinion on the safety of caffeine. *EFSA Journal* 2015; 3, 5: 4120.
39. Smolin LA, Grosvenor MB. *Nutrition. Science and Applications* (2nd ed). New York: Wiley & Sons, 2010.
40. Tomori M. *Psihologija telesa*. Ljubljana, DZS, 1990.
41. Fajdiga Turk V. Dietno vedenje. V: Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupančič T. (ur.). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja, 2011b.: 166–173.
42. Kobe H, Štimatec M, Hlastan Ribič C, Fidler Mis N. Food intake in Slovenian adolescents and adherence to the optimized mixed diet: a nationally representative study. *Public Health Nutrition*, 2012, 15, 4: 600–608.
43. Fajdiga Turk V. Dietno vedenje. V: Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Jeriček Klanšček H,

- Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupančič T. (ur.). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja, 2011: 166–173.
44. Fidler Mis N, Kobe H, Stimec M. Dietary intake of macro- and micronutrients in Slovenian adolescents: comparison with reference values. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2012, 61, 4: 305–313.
 45. Referenčne vrednosti za vnos hranil. 1. izd. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2004: 215 str.
 46. Štimec M, Kobe H, Smole K, Kotnik P, Širca-Čampa A, Zupančič M, Battelino T, Križičnik C. Adequate iodine intake of Slovenian adolescents is primarily attributed to excessive salt intake. *Nutrition Research*, 2009, 29, 12: 888–896.
 47. Gregorič M, Koch V. Prehranska kakovost zajtrka slovenskih srednješolcev. *Zdravstveno varstvo*, 2009, 48, 3: 131–142.
 48. Gregorič M. Odnos otrok in mladostnikov do prehrane. Izsledki fokusnih skupin. Ljubljana, Ministrstvo za šolstvo in šport, 2010.
 49. Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M, Tivadar B, Koch V, Kostanjevec S, Fajdiga Turk V, Žalar A, Lavtar D, Kuhar D, Rozman U. Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009: 183 str.
 50. Kovač M, Jurak G, Leskošek B. The prevalence of excess weight and obesity in Slovenian children and adolescents from 1991 to 2011. *Anthropological Notebooks*, 2012; 18, 1: 91–103.
 51. Starc G, Strel J, Kovač M, Leskošek B, Jurak G. SLOfit 2015 – Analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2014/2015 Fakulteta za šport. Katedra za šolsko športno vzgojo, 2015: 28–37.
 52. Assael H. *Consumer Behaviour – A Strategic Approach*. Boston: Houghton Mifflin Company, 2004.
 53. Kelder SH, Perry CL, Knut-Inge K, Lytle LL. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviours. *Am J Publ Health* 1994; 84: 1121–61.
 54. Conner M, Armitage C. *The social psychology of food*. Buckingham, Open University Press, 2002: 12–42.
 55. Marjanovič Umek L, Svetina M. Spoznavni in govorni razvoj v srednjem in poznem otroštvu. V: *Razvojna psihologija*. Marjanovič Umek L, Zupančič M. (ur.). Ljubljana, Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 2009: 408–27.
 56. Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M. Zdrava prehrana v šoli. *Zdrav življenjski slog v šoli*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010. Pridobljeno 29. 11. 2014 s spletne strani: http://www.zdravjevsoli.si/index.php?option=com_content&view=article&id=172:zdrava=-prehrana-voli&catid=43:uvod&Itemid=71
 57. Tivadar B, Kamin T. *Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah*. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
 58. Brar P, Gabrijelčič Blenkuš M, Koprivnikar H, Hafner A, Koren A, Pišot R in sod. *Zdrav življenjski slog srednješolcev: Priročnik za učitelje*. Kostanjevec S, Torkar G, Gregorič M, Gabrijelčič Blenkuš M. (ur.). Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
 59. Kostanjevec S, Koch V. *Prehransko znanje otrok in njihov odnos do zdravega načina prehranjevanja*. V: *Zbornik predavanj. Posvetovanje Varna in zdrava prehrana na mizi potrošnika*, Ljubljana, 7. december. Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo, 2007.
 60. Koch V, Kostanjevec S. *Nutrition education in Slovenia*. *Aktuel Ernährungsmed* 2005; 3, 30: 130.
 61. Ventura AK, Mennella JA. Innate and learned preferences for sweet taste during childhood. *Curr Opin Nutr Metab Care*. 2011; 14, 4: 379–84.

6. DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

**doc. dr. Saška Roškar, Nacionalni inštitut za javno zdravje (avtorica),
doc. dr. Helena Jeriček Klanšček, Nacionalni inštitut za javno zdravje,
Nuša Konec Juričič, Nacionalni inštitut za javno zdravje OE Celje (soavtorici)**

Oris področja

Duševno zdravje je tako kot telesno predpogoj za naše učinkovito delovanje. Svetovna zdravstvena organizacija duševno zdravje opredeljuje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost (1). Duševno zdravje torej pomeni mnogo več kot le odsotnost bolezni in zato je primernejše kot o dihonomni kategoriji duševno zdravje/duševna bolezen govoriti o kontinuumu: od duševnega zdravja do duševne bolezni. Lahko bi tudi rekli od pozitivnega (občutek dobrega počutja, optimizem, zadovoljstvo, pozitivna samopodoba, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami) do negativnega duševnega zdravja (različne duševne motnje – posttraumatska stresna motnja, depresija, anksiozne motnje itd.). Glede na zahteve in izzive, ki jih pred nas postavlja življenje, smo namreč lahko v danem trenutku v različno dobri ali slabi duševni kondiciji.

Dobro duševno zdravje posamezniku omogoča izpolnjevanje in udejanjanje njegovih intelektualnih in čustvenih kapacitet ter mu omogoča izpolnjevanje vloge v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Le duševno zdrav človek lahko učinkovito prispeva k skupnosti, zato duševno zdravje predstavlja tudi neke vrste družbeni kapital oziroma osnovo za ekonomsko blaginjo. Duševno zdravje upravičeno sodi med najpomembnejše javnozdravstvene teme, ki jim je treba nameniti skrb skozi celotno človekovo življenje.

Ugotovitve iz raziskav kažejo, da se je pri večini odraslih oseb z duševno motnjo duševna bolezen prvič pojavila že v otroštvu ali mladostništvu. Zato je ključno

spremljanje duševnega zdravja, preprečevanje nastanka duševnih motenj in krepitev pozitivnega duševnega zdravja že od ranega otroštva in mladostništva. V prispevku bomo predstavili nekatere dejavnike tveganja za nastanek težav z duševnim zdravjem in stanje na področju duševnega zdravja slovenskih otrok in mladostnikov. Izhajali bomo iz razpoložljivih raziskav, rutinskih baz podatkov ter analize vprašanj iz mladinske spletne svetovalnice To sem jaz.

Analiza stanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Dejavniki tveganja za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih

Dejavnike tveganja za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih lahko razdelimo v več kategorij, ki se med seboj prepletajo:

- individualni dejavniki (na primer različne biološke predispozicije, kot je genetska obremenjenost; psihološke značilnosti posameznika, kot so določene osebnostne značilnosti, denimo impulzivnost, agresija; življenjski slog posameznika, ali uporablja psihoaktivne substance itd.),
- družinski dejavniki (na primer stil komunikacije v družini; prisotnost duševne motnje v družini, zloraba alkohola v družini itd.),
- dejavniki okolja (na primer socialno-ekonomske značilnosti širšega in ožjega okolja, v katerem mladostnik živi, denimo dostopnost do pomoči itd.),
- V mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB) so dejavniki tveganja za psihosocialni razvoj predstavljeni na V. osi kot sledeče neugodne psihosocialne situacije:
- težave, ki so povezane z otrokovo primarno družino (na primer neugodni odnosi v družini, neustrezne ali izkrivljene komunikacije v družini, duševne motnje v družini, odklonskost ali invalidnost v otrokovi družini),
- težave, povezane z otrokovimi značilnostmi (na primer stresogeni dogodki ali okoliščine, ki so pogojene z otrokovo drugačnostjo),
- težave, povezane z vzgojo in izobraževanjem (na primer dolgotrajni medosebni stresi, povezani s šolo),
- težave, povezane s socialnim okoljem (na primer neugodno neposredno okolje, akutni življenjski dogodki, družbeni stresorji).

Kot smo omenili že prej, določene dejavnike tveganja za razvoj težav z duševnim zdravjem predstavljajo tudi socialno-ekonomske značilnosti okolja, v katerem otrok oziroma mladostnik odrasča. V raziskavi z naslovom *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije* so naredili izračune glede na posamezne dimenzije, ki so pomembne za zdravje in blagostanje po posameznih statističnih regijah v Sloveniji (2). Vsaka od dimenzij se nanaša na določene kazalnike, ki so povezani z (duševnim) zdravjem. V tabeli 6.1. navajamo povzetek dimenzij (z opisom kazalnikov), ki predstavljajo najpomembnejše varovalne oziroma dejavnike tveganja za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Tabela 6.1: Opis posamezne dimenzije glede na vključene kazalnike, tri statistične regije z najboljšimi ocenami in tri statistične regije z najbolj neugodnimi ocenami (2)

Dimenzija (opis po kazalnikih)	Tri regije z najbolj ugodno oceno	Tri regije z najmanj ugodno oceno
<p>Dimenzija usklajenost poklicnega z zasebnim življenjem zajema naslednje kazalnike:</p> <p>delež otrok v vrtcih med vsemi otroki, starimi 1–5 let,</p> <p>število upravičencev do dela s skrajšanim delovnim časom zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu,</p> <p>število upravičencev do očetovskega nadomestila zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu in število sklenjenih zakonskih zvez glede na število prebivalcev posamezne regije.</p>	<p>Goriška, Gorenjska, Osrednjeslovenska</p>	<p>Pomurska, Podravska, Zasavska</p>
<p>Dimenzija socialna zaščita zajema naslednje kazalnike:</p> <p>število prejemnikov denarnih socialnih pomoči glede na število prebivalcev in</p> <p>delež štipendistov med dijaki in študenti v posamezni regiji.</p>	<p>Gorenjska, Obalno-kraška, Osrednjeslovenska</p>	<p>Pomurska, Podravska, Savinjska</p>

<p>Dimenzija perinatalno zdravje zajema naslednje kazalnike:</p> <p>mrtvorojenost,</p> <p>delež porodnic s carskim rezom v anamnezi,</p> <p>delež novorojenčkov z nizko porodno težo (pod 2500 g) med živorojenimi v posamezni regiji.</p>	<p>Notranjsko-kraška, Zasavska, Goriška</p>	<p>Jugovzhodna Slovenija, Podravska, Koroška</p>
<p>Dimenzija stabilnost partnerskega odnosa zajema naslednje kazalnike:</p> <p>kazalnik števila razvez glede na število prebivalcev v posamezni regiji.</p>	<p>Notranjsko-kraška, Zasavska, Koroška</p>	<p>Obalno-kraška, Gorenjska, Osrednjeslovenska</p>

Kot je razvidno iz tabele 6.1, med bolj ogrožene regije (oziroma regije s slabšo oceno) spadajo regije na severovzhodu države, kar se lahko negativno povezuje z duševnim zdravjem otrok in mladostnikov.

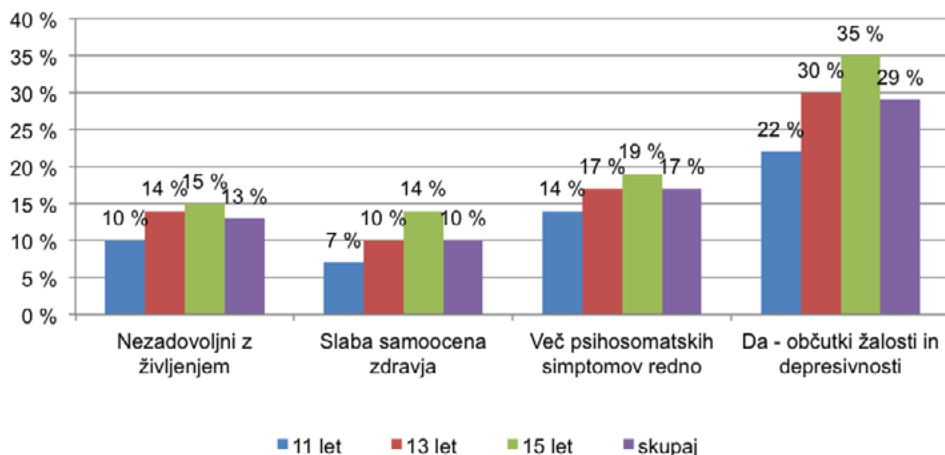
Izbrani kazalniki na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov

Samoocena duševnega zdravja

Rezultati mednarodne raziskave *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (Health Behaviour in School-aged Children, v nadaljnjem besedilu HBSC)* med 11-, 13- in 15-letniki, ki je bila izvedena v letu 2010, kažejo, da večina vprašanih otrok in mladostnikov (90 %) svoje zdravje ocenjuje kot odlično ali dobro, večina (87 %) je tudi zadovoljna s svojim življenjem in ne doživlja psihosomatskih simptomov (3). Glede na mednarodno povprečje se pri vseh kazalnikih uvrščamo med države z boljšo samooceno duševnega zdravja (4). Ti podatki so seveda spodbudni, po drugi strani pa je evidentno, da je vsaj desetina otrok in mladostnikov nezadovoljna z življenjem, svoje zdravje ocenjuje kot slabo in redno občuti določene težave, kot so nespečnost, nervoza, razdražljivost, glavobol, občutki potlačenosti, bolečine v križu, bolečine v želodcu (slika 6.1).

Občutke žalosti in depresivnosti v zadnjem letu je doživljalo 29 % vseh anketiranih oziroma 22 % 11-letnikov, 30 % 13-letnikov ter 35 % 15-letnikov. Med 15-letniki je pri skoraj 12 % vprašanih možna prisotnost klinično pomembnih težav duševnega zdravja, pri kar 8 % anketiranih pa je ta verjetnost velika (uporabljen je bil vprašalnik prednosti in slabosti, ki se nanaša na pet vidikov duševnega zdravja: čustveni simptomi, hiperaktivnost, vedenjske težave, težave v odnosih z vrstniki in prosocialno vedenje) (5).

Dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje, doživljajo več psihosomatskih simptomov, so manj zadovoljna z življenjem, pogosteje doživljajo občutke žalosti in kažejo večjo možnost prisotnosti klinično pomembnih težav v primerjavi s fanti. Pomembne razlike so tudi med različnimi starostnimi skupinami; 15-letniki slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni z življenjem, doživljajo več psihosomatskih simptomov in občutkov žalosti kot 11- in 13-letniki (slika 6.1).



Slika 6.1: Delež mladostnikov s slabše ocenjenimi kazalniki duševnega zdravja, skupaj in po starosti 11, 13 in 15 let (3)

V ponovitvi raziskave štiri leta kasneje so rezultati pokazali, da 88,8 % mladostnikov svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali odlično, 87,8 % pa jih je zadovoljnih s svojim življenjem (6). Zanimiva je bila ugotovitev, da starejši mladostniki in dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje in so manj zadovoljni s svojim življenjem. Primerjava podatkov med letoma 2002 in 2014 je spodbudna, saj kaže na to, da se je pri mladostnikih povečalo zadovoljstvo z življenjem in izboljšala samoocena zdravja. Nekoliko manj spodbudni so podatki glede doživljanja psihosomatskih

simptomov. Primerjava podatkov med letoma 2002 in 2014 je namreč pokazala, da se je pomembno povečalo doživljanje vsaj dveh psihosomatskih simptomov, med posameznimi simptomi pa se je povečalo doživljanje občutja potlačenosti. Skupno je 27,9 % mladostnikov poročalo o rednem doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov, sicer pa ugotovitve kažejo na to, da psihosomatski simptomi naraščajo s starostjo in so pogostejši pri dekletih. Najpogostejši psihosomatski simptomi, ki so bili prisotni pri skoraj petini mladostnikov, so bili nespečnost, nervoza in razdražljivost.

Daljšega trenda oziroma primerjave podatkov skozi leta pri vprašanju, ki se nanaša na občutke depresivnosti, ni bilo mogoče izračunati, ker se to področje šele zadnja leta vključuje v vprašalnik v raziskavi. Ugotovitve iz leta 2014 se skladajo s tistimi iz leta 2010, namreč da občutki depresivnosti pomembno naraščajo s starostjo. V zadnjem letu je o depresivnih občutkih poročalo 22,2 % vprašanih mladostnikov, kar je nekoliko manj kot v prejšnjem obdobju raziskave. Rezultati kažejo na to, da dekleta v večji meri poročajo o občutkih depresivnosti kot fantje.

Povezava med duševnim zdravjem in socialno-ekonomskim položajem družine

Razlike v zgoraj omenjenih kazalnikih so tudi glede na socialno-ekonomski položaj družine. Otroci iz revnejših družin slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni, doživljajo več psihosomatskih simptomov, več težav in doživljajo več občutkov žalosti in depresivnosti kot otroci iz bogatejših družin. Tudi (ne)zaposlenost obeh staršev in tip družine sta dejavnika, ki sta pomembno povezana z zadovoljstvom z življenjem, občutki žalosti, depresivnosti in psihosomatskimi simptomi. Rezultati so namreč pokazali, da so bolj zadovoljni z življenjem otroci iz klasičnih družin, z obema zaposlenima staršema, medtem ko več simptomov doživljajo tisti mladostniki, ki prihajajo iz družin, kjer sta oba starša brezposelna in kjer gre za enostarševsko ali rekonstruirano družino. Ne gre pa zanemariti niti otrokove osebne socialne pozicije, predvsem šolskega uspeha in števila prijateljev, saj se je pokazalo, da tudi ti dejavniki vplivajo na pomembne razlike. Otroci, ki nimajo nobenega prijatelja ali imajo slabši učni uspeh, slabše ocenjujejo svoje duševno zdravje (samoocena zdravja, zadovoljstvo, psihosomatski simptomi, občutki žalosti in depresivnosti) (tabela 4.2.2). Vrstniška mreža je namreč pomemben dejavnik duševnega zdravja. Večina otrok in mladostnikov se o stvareh, ki jih resnično zanimajo, s prijatelji lahko pogovarjajo, večina ima tudi več res dobrih prijateljev, vendar pa kar okoli 8 % mladostnikov nima nobenega prijatelja oziroma z njimi težje komunicira. Glede na ugotovitve, ki smo jih navajali prej, so ti otroci in mladostniki med bolj ogroženimi za razvoj težav v duševnem zdravju.

Tabela 6.2: Povezava med nižjim socialno-ekonomskim položajem družine, slabšim uspehom v OŠ in manjšim številom prijateljev na samooceno duševnega zdravja med mladostniki (3)

	Nižji socialno-ekonomski položaj družine — pogostejše/več	Slabši uspeh v osnovni šoli, manj prijateljev — pogostejše/več
Slabša ocena zdravja	x	x
Nezadovoljni z življenjem	x	x
Psihosomatski znaki	x	x
Težave na duševnem področju	x	
Občutki žalosti in depresivnosti	x	x

Samomorilno vedenje med mladimi

Samomor je posledica zapletenega delovanja več dejavnikov hkrati. Čeprav ima samomorilno vedenje mladostnikov nekatere sebi lastne zakonitosti (več je na primer impulzivnih samomorov), tudi za samomorilno vedenje mladostnikov velja, da so dejavniki tveganja večplastni. Nekateri se nanašajo na individualne lastnosti mladostnika, drugi na njegov življenjski slog, spet tretja kategorija dejavnikov na življenjske okoliščine. Med individualne lastnosti mladostnika, ki lahko povečajo tveganje za samomor, spadajo nekatere osebnostne značilnosti (impulzivnost, agresivnost), določena vedenja, na primer socialni umik, izogibovalno vedenje ali različna tvegana vedenja, prisotnost duševne motnje (predvsem anksioznost in depresija), istospolna usmerjenost ali druge psihološke značilnosti, ki usmerjajo mladostnikovo razmišljanje (na primer pesimistično dojetanje sveta). Med dejavnike tveganja, ki so v okolju, pa lahko spadajo življenje v neugodnih socialnih razmerah, problemi v družini ali medosebnih odnosih, prisotnost duševnih motenj pri starših (depresija, odvisnost od alkohola), samomor v družini, pomanjkanje čustvene opore, družinsko nasilje, vključno z zlorabami.

V literaturi lahko zasledimo vrsto poročanj o tem, kateri dejavniki tveganja so najbolj povezani s samomorilnim vedenjem. Mark in sodelavci so na vzorcu podatkov študije *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju* ugotovili, da je najmočnejši napovedni dejavnik za prisotnost samomorilnih misli pri mladostnikih slaba komunikacija med starši in mladostniki, poleg tega pa še medvrstniško nasilje (7). Zanimivi so izsledki študije SAYLE (*Saving and Empowering Young Lives*

in *Europe*), v kateri je sodelovala tudi Slovenija. V njej so ugotovili, da se s samomorilnimi mislimi povezuje tudi manjše število ur spanja in težave z vrstniki, samopoškodovalno vedenje, anksioznost in depresija ter namerno neopravičeno izostajanje od pouka (»špricanje«) (8, 9, 10).

ESPAD 2012 – *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino v letu 2011* je razkrila, da je med anketiranimi dijaki prvih letnikov srednjih šol skoraj tretjina vsaj enkrat ali pogosto razmišljala o tem, da bi se poškodovala, 11 % dijakov pa je navedlo, da so poskusili storiti samomor enkrat ali pogosteje (11).

V letu 2014 je bilo v slovenski del raziskave *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju* (6) prvič vključeno tudi vprašanje o samomorilnih mislih (samo za 15-letnike). Rezultati so pokazali, da je v zadnjem letu 15,5 % vprašanih mladostnikov pomislilo na samomor. Delež mladostnic, ki so v zadnjem letu pomislile na samomor, je bil pomembno višji kot delež fantov. Na samomor je namreč v zadnjem letu pomislilo 21,2 % mladostnic in 8,8 % fantov.

Umrljivost zaradi samomora v starostni skupini do 19 let

Slovenija je glede umrljivosti zaradi samomora med mladimi sicer še vedno nad evropskim povprečjem, vendar je spodbuden podatek, da je umrljivost zaradi samomora v starostni skupini 10–14 let v obdobju 2003–2013 precej upadla (12). V tem obdobju je bil samomor v starostni skupini 10–14 let na drugem mestu umrljivosti za neoplazmami, v starostni skupini 15–19 let pa prav tako na drugem mestu za prometnimi nesrečami.

V opazovanem obdobju 2003–2013 je bilo v starostni skupini 10–14 let skupaj 10 samomorov (zaradi premajhnih numerusov in varstva osebnih podatkov podatkov po posameznih letih in ločeno po spolu ne moremo navajati). Med letoma 2006–2009 v tej starostni skupini ni bilo nobenega samomora, prav tako ne v letu 2011.

V starostni skupini 15–19 let je bilo v obdobju 2003–2013 90 samomorov, od tega 67 fantov in 23 deklet (13). Fantje v tej starostni skupini torej približno trikrat pogosteje umrejo zaradi samomora kot dekleta. Na leto se v tej starostni skupini povprečno zgodi med 8 in 10 samomorov, kar je precej manj od 20 samomorov letno, ki smo jih v tej starostni skupini zaznali v prejšnjem desetletju.

V opazovanem obdobju 2003–2013 je bilo v starostni skupini 15–19 let največ samomorov leta 2003 in 2008, ko jih je bilo 13. V analizi, ki smo jo opravili za obdobje 1997–2010, smo ugotovili, da je samomor v starostni skupini 10–19 let statistično značilno upadel pri dekletih, medtem ko je bil pri fantih sicer tudi trend upadanja, vendar ta ni bil statistično značilen (14).

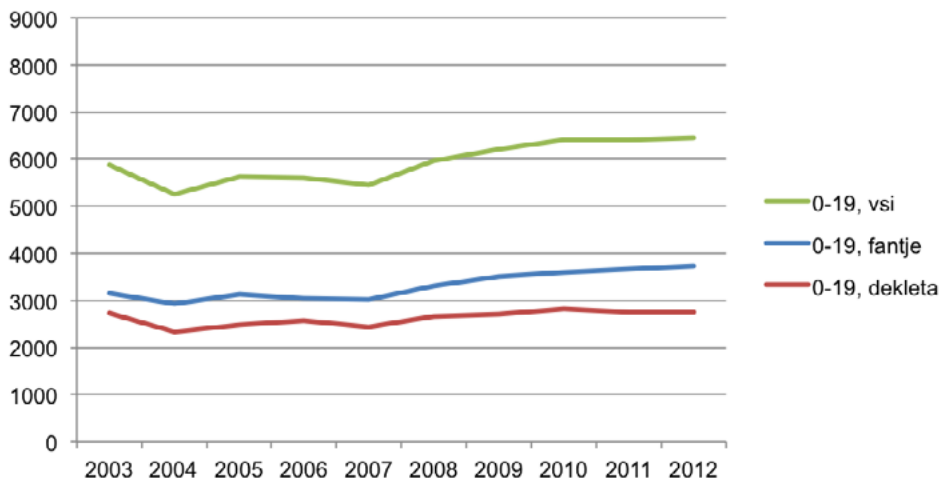
Umrljivost zaradi samomora v starostni skupini od 20 do 30 let

Slovenija je glede umrljivosti zaradi samomora v starostni skupini nad 20 let še vedno precej nad evropskim povprečjem, vendar je spodbuden podatek, da je umrljivost zaradi samomora v starostni skupini 15–29 let v obdobju 2003–2010 precej upadla (15). Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) zaradi samomora je v letu 2003 znašala 25,2, v letu 2010 (zadnji razpoložljiv podatek) pa 11,6. Upad je razviden pri obeh spolih. Pri moških je umrljivost zaradi samomora upadla s SDR 40,59 v letu 2003 na 20,35 v letu 2010, pri ženskah pa z 9,68 v letu 2003 na 2,08 v letu 2010. V letu 2010 je SDR pri ženskah upadla celo pod povprečje Evropske unije, ki je znašalo 2,75.

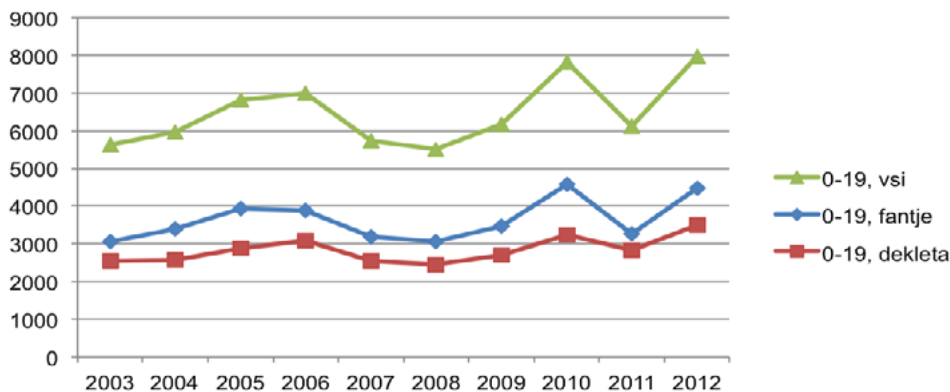
V starostni skupini 20–27 let je bilo v obdobju 2005–2013 284 samomorov, od tega 251 moških in 33 žensk (13). Moški v tej starostni skupini torej kar sedemkrat pogosteje umrejo zaradi samomora kot ženske.

Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih, ugotovljene na primarnem in sekundarnem zdravstvenem nivoju

Število prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih motenj je v obdobju 2003–2012 znašalo med 5255 v letu 2004 in 6464 v letu 2012 (vir podatkov je ZUBSTAT, baze zunajbolnišnične statistike). V navedenem obdobju je opazen porast števila prvih obiskov tako na primarnem kot sekundarnem nivoju (specialistična obravnava) (sliki 6.2 in 6.3).

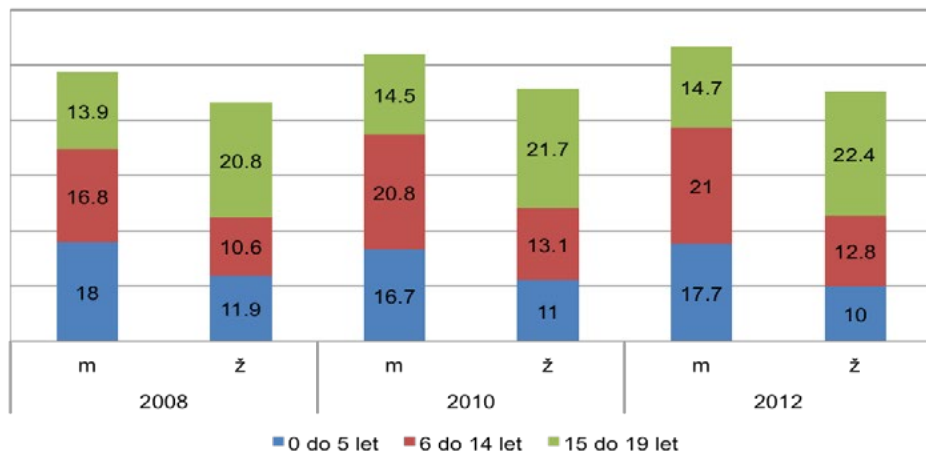


Slika 6.2: Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na primarnem nivoju v obdobju 2003–2012 pri otrocih in mladostnikih



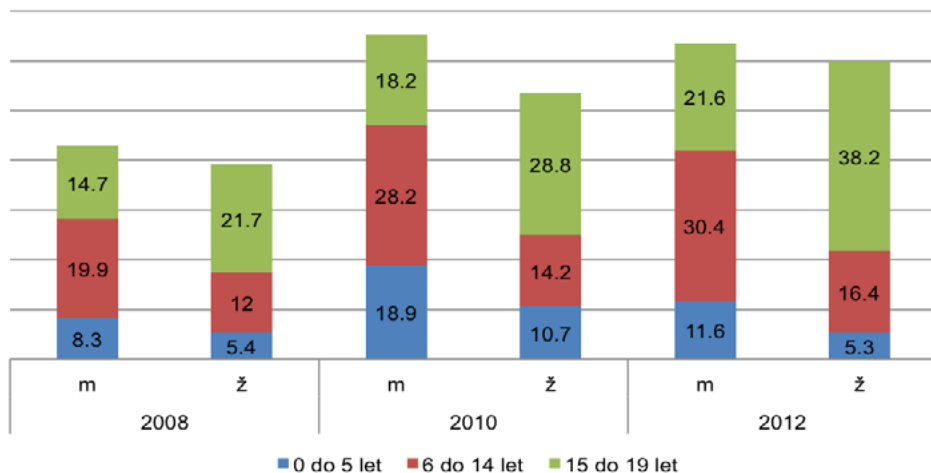
Slika 6.3: Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na sekundarnem nivoju v obdobju 2003–2012 pri otrocih in mladostnikih

Število prvih obravnav zaradi težav duševnega zdravja na 1000 otrok na primarni ravni je različno v različnih starostnih skupinah. Značilno je, da je v starostnih skupinah do 14 let število obiskov višje pri fantih kot pri dekletih, obiski v vseh starejših starostnih skupinah pa so pogostejši pri dekletih kot pri fantih. Iz podatkov za leta 2008, 2010 in 2012 vidimo, da je število obravnav fantov na primarnem nivoju v različnih starostnih skupin nihalo, medtem ko je bilo v vseh letih število prvih obravnav pri dekletih najvišje v starostni skupini od 15 do 19 let (slika 6.4).



Slika 6.4: Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na primarni ravni po spolu na 1000 prebivalcev

Na sekundarnem nivoju je bilo število obravnjav fantov v vseh vključenih letih najvišje v starostni skupini od 6 do 14 let, pri dekletih pa v starostni skupini od 15 do 19 let (slika 6.5).



Slika 6.5: Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na sekundarni ravni po spolu na 1000 prebivalcev

Starostna skupina do 5 let

Po podatkih za leta 2008, 2010 in 2012 so bile pri otrocih do vključno petega leta starosti med razlogi za obravnave tako na primarnem kot sekundarnem nivoju zlasti težave iz skupin motenj psihološkega razvoja in vedenjske ter čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu. Znotraj prve skupine motenj (psihološki razvoj) so bile daleč na prvem mestu obravnave zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju, sledile so pervazivne razvojne motnje, kamor uvrščamo avtizem v otroštvu in Aspergerjevo motnjo. Znotraj druge skupine motenj (vedenjske motnje) pa so bile na prvem mestu obravnave zaradi tikov ter hiperkinetične motnje. Zaradi vseh omenjenih motenj je bilo število obravnjav znatno višje pri fantih kot pri deklicah te starostne skupine.

Starostna skupina od 6 do 14 let

V starostni skupini od 6 do 14 let so bile na primarnem nivoju pri fantih najpogostejše obravnave zaradi hiperkinetične motnje in specifičnih motenj pri govorjenju ter jezikovnem izražanju, sledile so obravnave zaradi specifičnih razvojnih

motenj pri šolskih veščinah. Pri dekletih so bile na prvem mestu obravnave zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju ter pri šolskih veščinah, sledile so obravnave zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj.

Na sekundarnem nivoju so bili fantje te starostne skupine najpogosteje obravnavani zaradi hiperkinetične motnje, sledile so mešane motnje vedenja in čustvovanja, dekleta pa so bila najpogosteje obravnavana zaradi motenj prehranjevanja ter hiperkinetične motnje, sledile so obravnave zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja.

Starostna skupina od 15 do 19 let

Pri mladostnikih v starosti od 15 do 19 let so med najpogostejšimi težavami tiste, ki so najpogostejše tudi v odrasli dobi. Na primarni ravni so bile pri fantih najpogostejše obravnave motenj zaradi uživanja alkohola, reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj ter drugih anksioznih motenj, sledile so obravnave zaradi depresije. Pri mladostnicah so bile najpogostejše obravnave zaradi drugih anksioznih motenj ter reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj, sledile so obravnave zaradi depresije in motenj prehranjevanja.

Na sekundarnem nivoju so bili fantje najpogosteje obravnavani zaradi hiperkinetične motnje, depresije, mešanih motenj vedenja in čustvovanja ter težav zaradi alkohola in drugih anksioznih motenj. Pri dekletih so bile na prvem mestu obravnave zaradi motenj prehranjevanja. Sledile so obravnave zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja, depresije, reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj ter drugih anksioznih motenj.

Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih, ki so zahtevale bolnišnično obravnavo

Starostna skupina od 6 do 14 let

V letih 2008, 2010 in 2012 so bile med razlogi za bolnišnično zdravljenje otrok v starosti od 6 do 14 let na prvem mestu težave iz skupin vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu, in vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesom. Med motnjami v prvi skupini (vedenjske in čustvene motnje) so zlasti hiperkinetična motnja, zaradi katere je bilo hospitaliziranih več fantov kot deklet, v drugi skupini (vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesom) pa so bile zlasti motnje prehranjevanja, zaradi katerih je bilo na zdravljenju več deklet kot fantov.

Starostna skupina od 15 do 19 let

Mladostniki v starosti od 15 do 19 let so bili najpogosteje hospitalizirani zaradi težav iz skupine shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (med temi predvsem zaradi shizofrenije), težav iz skupine nevrotske, stresne in somatoformne motnje ter skupine duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, med temi predvsem zaradi alkohola. Dekleta v starosti od 15 do 19 let pa so bila najpogosteje hospitalizirani zaradi težav iz skupin vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu, težav iz skupin nevrotske, stresne in somatoformne motnje, shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesom, ter razpoloženske (afektivne) motnje.

Analiza vprašanj otrok in mladostnikov v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net

Drugačen pogled na mladostniške probleme, kot ga nudi rutinska zdravstvena statistika, dobimo z analizo vprašanj v spletni svetovalnici To sem jaz (16). Svetovalnica deluje že od leta 2001 v okviru celjske enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Spletna svetovalnica otrokom in mladostnikom omogoča, da zastavljajo vprašanja o svojih aktualnih problemih in dilemah, pri katerih jim svetuje ekipa spletnih svetovalcev – strokovnjakov z različnih področij.

Slika 6.6: Delež vprašanj mladostnikov v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net po glavnih kategorijah v letih 2012 in 2013

V letih 2012 in 2013 so mladostniki zastavili 5.870 vprašanj, ki so jih v uredništvu razvrstili v 11 glavnih kategorij (slika 6.6). V kategorijo duševno zdravje je bilo razvrščenih 583 vprašanj, kar znaša 10 % med vsemi vprašanji. Največ vprašanj znotraj področja duševno zdravje se je nanašalo na čustva (29,2 %), nizko samozavest (18,7 %) in težave v komunikaciji (17,8 %). Sledila so vprašanja, ki sodijo v okvir najtežjih vprašanj, in sicer motnje hranjenja (7,4 %), samopoškodbe (6 %) ter samomorilnost (3,4 %).

Analiza vsebin vprašanj je pokazala, da med spoloma obstajajo razlike glede pogostosti zastavljenih vprašanj, ki se nanašajo na določene vsebine. Pri fantih so bili na prvem mestu komunikacijski problemi, sledile so težave na čustvenem področju in težave z nizko samozavestjo. Pri dekletih so bile prvem mestu čustvene težave, sledile so težave zaradi nizke samozavesti in komunikacijske težave. Delež najtežjih vprašanj je bil med dekletih višji kot med fanti, še posebno je bil višji pri vprašanih glede motenj hranjenja in samopoškodbenega vedenja (tabela 6.3).

Tabela 6.3: *Delež vprašanj mladostnikov v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net po spolu znotraj kategorije duševno zdravje v letih 2012 in 2013*

	% fantje	% dekleta
Komunikacijski problemi	41,4	12,6
Čustva	19,8	32,4
Nizka samozavest	12,9	20,8
Razno (duševno zdravje)	9,5	5,3
Sanje	6,0	2,5
Depresija	2,6	2,1
Samomorilnost	2,6	3,4
Stres	1,7	2,1
Motnje hranjenja	0,9	9,4
Samopoškodbe	0,9	7,1
Iskanje svetovalca	0,9	0,7
Psihiatrične težave	0,9	0,2
Žalovanje, izgube	0,00	0,9
Anksioznost	0,00	0,9
Skupaj	100,00	100,00

V kategorijo droge in zasvojenosti je bilo v dveh letih razvrščenih 80 vprašanj, kar predstavlja zgolj 1,4 % vseh vprašanj. Največ vprašanj mladostnikov znotraj te kategorije se je nanašalo na področja kajenja tobaka (28 %), uživanja alkohola (24 %) in konoplje (24 %).

Literatura

1. WHO, World Health Organization,
2. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/; dostopno dne 8. 12. 2015
3. Šprah L, Novak T, Fridl J. The well being of Slovenia's population by region: comparison of indicators with an emphasis on health (Blaginja prebivalcev Slovenije po regijah: primerjava kazalnikov s poudarkom na zdravju). *Acta geographica Slovenica* 2014; 54: 1–22.
4. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T (ur.). *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011
5. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, deLooze M, Roberts C, Samdal O. et al., editors. *Social determinants of health and well-being among young people*. HBSC international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO, 2012.
6. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 581–6.
7. Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Drev A, Pucelj V, Zupanič T, Britovšek K (ur.). (2014). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
8. Mark L, Samm A, Toeding L-M, Sisask M, Aasvee K, Zaborskis A in dr. *Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents: An HBSC study on school children in Estonia, Lithuania and Luxembourg*. *Crisis* 2013; 34(81): 3–12.
9. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G in dr. *Hours of sleep in adolescent and its association with anxiety, emotional concerns and suicidal ideation*. *Sleep Medicine* 2014; 15(82), 248–254.
10. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hove CW in dr. *Life time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries*. *J Child Psychol Psychiatry* 2014 55:4:337–348.
11. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J in dr. *The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): Methodological issues and participant characteristics*. *BMC Public Health* 2013, 13:479
12. Stergar E, Urdih Lazar T. *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino Slovenija 2011*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa 2014.
13. HFA MDB, Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfamdb/>; dostopno dne 27. 5. 2015
14. Baza umrlih, NIJZ
15. Roškar S, Zorko M, Podlesek A. *Suicide in Slovenia in the years 1997–2010: Characteristics, Trends and Preventive activities*. *Crisis*, 2015 Jan 12:1–9. [Epub ahead of print]
16. HFA MDB, Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfamdb/>; dostopno dne 19. 6. 2015
17. Avtomatsko generirano poročilo, Analiza forumskih tem spletne svetovalnice tosemjaz.net, januar 2012–december 2013. Avtor razvoja avtomatsko generiranega poročila: Marjan Cugmas. Strokovni sodelavci v raziskavi: Marjan Cugmas, Ksenija Lekić, Petra Tratnjek, Nuša Konec Juričič. Izdelava poročila: april 2014. Izvajalec raziskave: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje.

7. NEKEMIČNE OZ. VEDENJSKE ZASVOJENOSTI (ANGL. BEHAVIORAL ADDICTIONS) V SLOVENIJI

dr. Mirna Macur, Nacionalni inštitut za javno zdravje

Oris področja

O zasvojenosti razmišljamo vedno v povezavi s prepovedanimi drogami, alkoholom in tobakom. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene v slovenščini MKB-10 zasvojenost opredeljuje kot skupino vedenjskih, kognitivnih in fizioloških fenomenov, ki se razvijejo po ponavljajočem se uživanju snovi. Vključujejo močno željo po zaužitju droge ali alkohola, težave pri obvladovanju jemanja, vztrajanje kljub škodljivim posledicam, posvečanje veliko časa, povečano toleranco in telesne motnje zaradi odtegnitve snovi (F10–F19). Nekemičnih zasvojenosti v tej klasifikaciji ni. MKB-10 v poglavju F63 govori o motnjah navad in impulzov, med katere šteje patološko hazardiranje (F 63.0), poleg tega pa še piromanijo, kleptomanijo, trihotilomanijo. Predvideva še eno kodo za tovrstne nespecificirane motnje: Druge motnje navad in impulzov (F 63.8) (1).

Diagnostični statistični priročnik duševnih motenj (DSM-V)⁸ vključuje poleg »klasičnih« zasvojenosti še posebno poglavje o nekemičnih zasvojenostih (angl. non-substance related disorders), v katerem so od maja 2013 zavedene igre na srečo ali hazard (angl. Gambling Disorder) kot posledica vsaj desetletja naporov za umestitev te zasvojenosti med zasvojenosti in ne več motnje vedenja (2). A vendar je vrst zasvojenosti, ki niso povezane z uživanjem substanc, več, naporov za njihovo umestitev v DSM-V prav tako. Tania C. McMahon in David J. Kavanagh sta utemeljevala potrebo po umestitvi Internet Use Disorder (IUD) v omenjeno klasifikacijo z ugotavljanjem lastnosti te vrste zasvojenosti od oseb, ki so se opredelile, da imajo tovrsten problem. S kvantitativno in kvalitativno študijo sta izločila

⁸ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fifth edition

kriterije iz DSM-IV in DSM-V, ki označujejo IUD. Po njenem mnenju bi »kriteriji za opredelitev IUD morali vključevati kombinacijo hazarderstva, uporabe drog in druge posebne lastnosti te motnje. Potrebno bi bilo vključiti zanemarjanje higiene, hrepenenje, ostajanje na internetu dlje in laganje. Obstoječa publikacija DSM-V kliče po izpolnitvi kriterijev, ki naj bodo naslovljeni pravočasno« (3).

Vedno več je razprav o tem, da je treba v omenjeno klasifikacijo vključiti tudi druge nekemične zasvojenosti, med katerimi je največ zasvojenosti, ki se povezujejo z uporabo digitalnih tehnologij: zasvojenost s spletnimi omrežji, z videoigami, s spletno pornografijo, s spletnim nakupovanjem, celo z branjem spletnih novic, v zadnjem času pa vedno bolj tudi zasvojenost s pametnimi telefoni. Trenutno je bila prepoznana le zasvojenost z videoigami kot motnja igranja iger prek interneta (angl. Internet Gaming Disorder) kot področje, potrebno nadaljnjih raziskav, preden jo uradno opredelijo kot nekemično zasvojenost v Diagnostičnem statističnem priročniku duševnih motenj (DSM). Pred njeno vključitvijo bo seveda treba opredeliti ključne lastnosti te zasvojenosti ter veljavnost in zanesljivost različnih diagnostičnih kriterijev, določiti razširjenost tega pojava s pomočjo reprezentativnih epidemioloških vzorcev različnih držav. Druge vedenjske zasvojenosti razen hazardiranja in igranja računalniških iger še niso klasificirane kot prave zasvojenosti s strani medicine in/ali psihiatrije (4).

Nevključenost večine nekemičnih zasvojenosti v DSM-V je problem, saj se na teh področjih veliko raziskuje in objavlja. V svoji predstavitvi na konferenci o vedenjskih zasvojenostih je Griffiths (5) utemeljeval, da so vse zasvojenosti del biopsihosocialnega procesa in da je vse več dokazov, da ima prekomerno vedenje vseh omenjenih tipov vrsto skupnih značilnosti. To je prepoznalo tudi Ameriško združenje za medicino zasvojenosti ASAM (*American Society of Addiction Medicine*), ki je leta 2011 objavilo novo opredelitev zasvojenosti, s katero poudarja, da gre za »kronično motnjo v delovanju možganov in ne samo za vedenjsko težavo, ki je posledica pretiranega uživanja alkohola, mamil, predajanja igrar na srečo ali spolnosti. Zasvojenost je predvsem kronična bolezen možganskega nagrajevalnega kroga in centrov, ki so povezani z motivacijo in spominom. Nedelovanje teh sklopov nevronske povezave se kaže na biološki, duševni, družbeni in duhovni ravni. Izraža se v posameznikovi patološki potrebi po ugodju in/ali sprostivni ob uživanju snovi in izbiri določenih vedenj« (6).

Kaj torej so nekemične zasvojenosti in ali to sploh so zasvojenosti? Alexei Egorov ugotavlja, da je tako za kemične kot nekemične zasvojenosti značilnih šest skupnih lastnosti: pomembnost, sprememba razpoloženja, toleranca, umik, konflikt in ponovitev bolezni – vsi ti služijo kot kriteriji za diagnozo (7). Oglejmo si te lastnosti podrobneje (4):

- Pomembnost (angl. salience) zato, ker postane ta aktivnost najpomembnejša v življenju posameznika in dominira njegovo/njeno razmišljanje, čustva in vedenje. Tudi če oseba ni vključena v tovrstno dejavnost, bo nenehno razmišljala o tem, kdaj bo naslednjič zopet (totalna preokupacija s to aktivnostjo).
- Sprememba razpoloženja se nanaša na subjektivno izkušnjo kot posledico vključitve v samo aktivnost in jo lahko interpretiramo kot strategijo spopadanja (angl. coping strategy) – osebe lahko izkusijo neke vrste zadetost ali pa paradoksalno mirnost kot posledico pobega ali omrtvičenja.
- Toleranca – to je proces, v katerem je zahtevana povečana količina dejavnosti zato, da bi dosegli predhodno spremembo razpoloženja. To preprosto pomeni, da nekdo, ki je vključen v to dejavnost, postopoma povečuje čas, ki ga dnevno posveča tej aktivnosti.
- Umik (angl. withdrawal symptom) – to so neprijetna čustvena stanja in/ali fizični učinki, kot so tresenje, muhavost, razdraženost ipd., ki se pojavijo, ko oseba ne more izvajati želene aktivnosti.
- Konflikt se pojavi med osebo in tistimi, ki so ob njej (medosebni konflikti), konflikt z drugimi aktivnostmi (delo, družabno življenje, hobiji in osebni interesi) ali znotraj posameznika (notranji konflikti in/ali subjektivno občutenje izgube nadzora), ki se vsi povezujejo s porabo prevelike količine časa za navedeno aktivnost.
- Ponovitev bolezni (angl. relapse) – gre za tendenco ponovitve predhodnih vzorcev vedenja v obliki pretiranega udejstvovanja pri določeni aktivnosti.
- Podobno je lastnosti nekemičnih zasvojenosti opredelil psihiater Spazzapan, ki sodeluje s Centrom za zdravljenje zasvojenosti v Zdravstvenem domu Nova Gorica. Osnovna znamenja vsake odvisnosti so (8):
- čezmerno uživanje neke snovi oziroma nekega obnašanja (v primeru omenjenega članka: igranje na srečo);
- povečanje tolerance za neko snov oziroma obnašanje (v primeru iger na srečo: igranje več časa in vedno večjih vsot denarja);
- abstinenčna kriza, če pacient nima dostopa do snovi (v primeru iger na srečo: do možnosti igranja);
- več neuspešnih poskusov, da bi z uživanjem snovi oz. igranjem prenehal, in
- bistvena sprememba v stilu življenja, v obnašanju, izpolnjevanju dolžnosti, poklica ipd.

Nekemičnih zasvojenosti je veliko in eden od sistematičnih pogledov nanje je lahko naslednja tipologija:

1. Hazarderstvo (igre na srečo)
2. Erotične zasvojenosti:
 - z ljubeznijo (zaljubljenostjo)
 - s seksom
3. Družbeno sprejemljive zasvojenosti:
 - z delom
 - pretirana športna vadba
 - z odnosi
 - pretirano nakupovanje
 - z religijo itd.
4. Zasvojenosti s tehnologijo
 - z internetom
 - z mobilnimi telefoni
 - druge tehnološke zasvojenosti (s televizijo, z drugimi avdiopripomočki)
5. Zasvojenost s hrano
 - prenaždanje
 - stradanje (7)

Obstaja veliko drugih klasifikacij, med katerimi je največ tipov nekemičnih zasvojenosti v kategoriji zasvojenosti s tehnologijo. In ko se sprašujemo, koliko različnih vrst zasvojenosti obstaja, nas najpogosteje zanima tudi, kako razširjene so posamezne oblike zasvojenosti. V eni od najbolj celovitih študij o kemičnih in nekemičnih (vedenjskih) zasvojenostih so Sussman, Lisha in Griffiths pregledali vso literaturo o prevalenci 11 različnih, potencialno odvisnih vedenj. Ugotovili so splošno prevalenco kajenja (15 %), pitja alkohola (10 %), uživanja prepovedanih drog (5 %), zasvojenosti s hrano (2 %), z igrami na srečo (2 %), problematično uporabo interneta (2 %), z ljubeznijo/zaljubljenostjo (3 %), seksualnostjo (3 %), s športom (3 %), z delom (10 %) in nakupovanjem (6 %). Večina vedenjskih zasvojenosti (z izjemo igralništva) ni bilo izračunanih na nacionalnih reprezentativnih vzorcih in v bistvu temeljijo na manjših in/ali samoizbirnih vzorcih (4).

Ta seznam je izčrpen, hkrati pa se ga ustrašimo, saj nehote začnemo razmišljati o sebi, ali smo zasvojeni. Ali obstajajo v našem življenju vedenja, ki jih ne moremo nadzorovati? Zavedati se moramo tudi, da teh zasvojenosti, če jih lahko tako imenujemo, ne moremo obravnavati ločeno, ampak da različne zasvojenosti prehajajo iz ene oblike v drugo – nekemično ali kemično.

V okviru projekta Za zdravje mladih, ki ga je financiral Norveški finančni mehanizem⁹, smo izvedli raziskavo med mladimi o razširjenosti posameznih oblik nekemičnih zasvojenosti, med drugim problematične rabe interneta, iger na srečo in videoigric. Ta raziskava je bila izvedena na dveh vzorcih: osnovnošolskem (vključujoč učence osmih razredov slovenskih osnovnih šol) in srednješolskem (dijaki zaključnih letnikov slovenskih srednjih šol). Raziskava je predstavljena v tretjem poglavju.

Pretekle raziskave s področja nekemičnih zasvojenosti v Sloveniji

O zasvojenosti, ki jo povzročajo prepovedane droge in alkohol, vemo veliko: imamo podatke o njihovi razširjenosti, ki jih črpamo iz mnogih raziskav, imamo organizacije, ki nudijo pomoč odvisnikom, imamo preventivne programe in dejavnosti, ki bi zagotovo potrebovale tudi še nadgradnje. Oglasi, ki opozarjajo na tovrstna tvegana vedenja, so praviloma brezplačni, zato pogosto naletimo nanje. V primeru kajenja je propagando ozaveščanja ponekod nadomestila propaganda zastraševanja, ki menda dosega boljše rezultate (9).

O tako imenovanih »nekemičnih« zasvojenostih je v Sloveniji zelo malo podatkov. Našli smo jih le na dveh področjih: igre na srečo in zasvojenost z internetom. V nadaljevanju navajamo tista področja, kjer smo v preteklosti v Sloveniji že raziskovali.

Zasvojenost z internetnim seksom

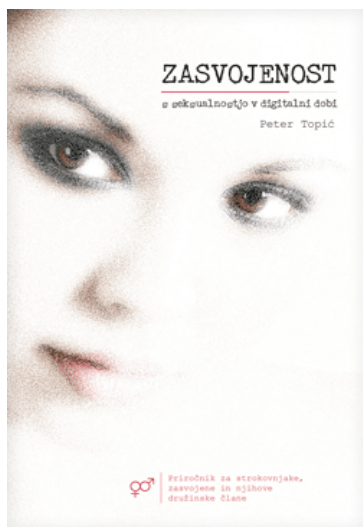
Zasvojenost s seksom je aktualna tema že dlje časa, še posebej v Združenih državah Amerike. »Raziskave odkrivajo, da za zasvojenostjo s seksom trpi približno 10 % vseh moških in približno 3 % vseh žensk. Za boljšo predstavbo: to bi za ameriške razmere pomenilo več kot 15 milijonov moških in žensk, v Sloveniji pa bi se približali številu 125 tisoč ljudi, pri katerih se je seksualni užitek sprevrgel v prisilno vedenje, ki ga ne morejo nadzirati« (10). Pri nas o tej temi nismo veliko

⁹ <http://eeagrants.org/project-portal/project/SI05-0007>

govorili, se je pa tudi tej »zasvojenosti« zgodila digitalna tehnologija in so se mnoga dogajanja preselila na svetovni splet. Danes je zato več govora o internetnem seksu, ki je ena od oblik zasvojenosti s seksualnostjo. Pojavne oblike zasvojenosti z internetnim seksom so dostopanje do internetne pornografije, različnih klepetalnic, ostala seksualna dejanja na spletu in uporaba multimedijske programske opreme v seksualne namene (11). Leta 2001 je raziskava v ZDA pokazala, da ima vsak šesti zaposleni, ki pri svojem delu uporablja računalnik in internet, resne težave z internetnim seksom (12).

O zasvojenosti z internetnim seksom je pisal Peter Topić v svoji diplomski nalogi, v kateri je uporabil standardizirani merski instrument SAST-R10, ga prevedel in ga razdelil osebam, ki so zasvojeni s seksualnostjo, in njihovim partnerjem¹¹. Meni namreč, da s takšno raziskavo na splošni populaciji ne bi dobil iskrenih odgovorov. V raziskavo so bile vključene osebe, ki so v terapevtski proces v skupini vključene vsaj eno leto. Večina vključenih ima težave z internetnim seksom, vsekakor pa so te težave pogostejše pri moških kot pri ženskah (12).

V letu 2015 je avtor to temo teoretsko in terapevtsko poglobil in izdal monografijo: Zasvojenost s seksualnostjo v digitalni dobi. Priročnik za strokovnjake, zasvojene in njihove družinske člane. »Knjiga je lahko v veliko pomoč pri prepoznavanju različnih zablod o spolnosti, ljubezni, odnosih in zasvojenosti. Jasno opredeli razliko med nekom, ki v spolnosti išče užitek, in med osebo, ki postane z istimi užitki zasvojena« (13).



Slika 7.1:
Naslovnica knjige o zasvojenosti
s seksualnostjo v digitalni dobi

¹⁰ Sexual Addiction Screening Test – Revised (brezplačno dostopen na www.recoveryzone.com)

¹¹ S temi osebami se srečuje v vlogi terapevta.

Zasvojenost z igrami na srečo

Je ena najstarejših in kot nekemična zasvojenost (angl. non-substance related addiction) zaenkrat edina vključena v Diagnostični statistični priročnik duševnih motenj (DSM-V). Že dolgo so na razpolago merski instrumenti za merjenje zasvojenosti z igrami na srečo, kot na primer SOGS (South Oaks Gambling Screen) ali Canadian Problem Gambling Index. Prvega najdemo v angleški različici tudi na spletu. Že pritriljen odgovor na eno ali dve vprašanji o našem odnosu do iger na srečo v testu SOGS je znak, da smo lahko v območju tveganja, zato se igram na srečo že v tem primeru raje izogibajmo. Trije ali štirje pritriljni odgovori so že znak za problem, pet ali več pa že štejemo kot hude probleme z igranjem oziroma patološko hazardiranje. Seveda so meje, ki jih stroka postavlja pri interpretaciji vprašalnika, neizogibno nekoliko arbitrarne, a so vseeno dragocena orientacija (14). Pretekle raziskave na temo razširjenosti iger na srečo so zajete v tabeli 7.1.

Tabela 7.1: Pretekle raziskave o razširjenosti iger na srečo v Sloveniji

Izvajalec	čas izvedbe	Populacija	Vzorec	Vrsta testa	Objavljeno
Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici	2008	Polnoletni državljani Republike Slovenije	N = 10.001 (vzorec je reprezentativen za polnoletne državljane RS)	SOGS	(15), (16)
Zavod za zdravstveno varstvo Koper	2008	Dijaki prvih letnikov srednjih šol v zdravstveni regiji Koper	N = 926	Ni podatka	(17), (18)
Milan Krek (ZZV Koper), Tina Korač in Zala Kumše, (Medicinska fakulteta UNI LJ)	2008	Samoizbirni vzorec študentov zadnjih letnikov Univerze v Ljubljani	N = 521	Ni podatka	(19)
Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici	2010	Dijaki zaključnih letnikov Dolenjske in Goriške regije	N = 1113	SOGS-RA	(15), (20), (21)
Zavod Etnika Maribor	2013	Osnovne in srednje šole v Mariboru	N = 727	SOGS-RA	(22), (23)

Začnimo z največjo in edino reprezentativno študijo med do sedaj omenjenimi. Leta 2008 je Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici izvedla prvo raziskavo o razširjenosti igranja iger na srečo med odraslimi polnoletnimi Slovenci, zasvojenost pa je merila s testom SOGS. Osrednji del raziskave je bil opravljen v obliki telefonske ankete, na katero je skupno odgovarjal 10.001 anketiranec, kar je rekordno velik vzorec. Vzorčenje in ustrezna obtežitev vzorca sta zagotovila, da povsem ustrezno reprezentira slovensko populacijo. Istega leta je bila opravljena tudi anketa med zaposlenimi v igralniški dejavnosti, iz teh rezultatov, obogatenih s kvalitativno raziskavo, je nastala monografija Zaposleni v igralništvu: življenje in delo sredi igre (24).

Ključne ugotovitve raziskave med splošno populacijo (stari 18 let in več) v Sloveniji so bile:

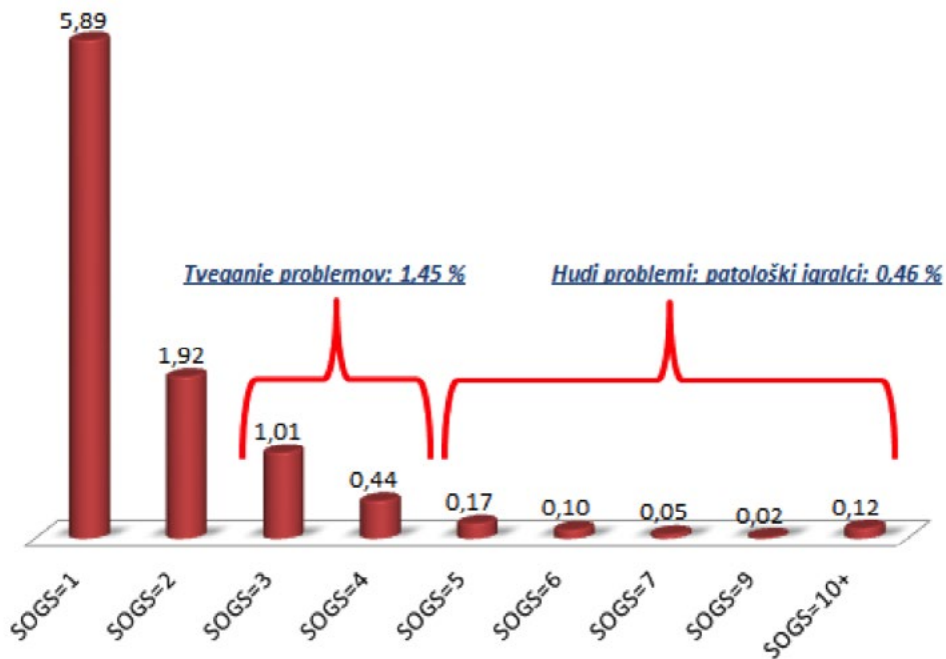
- »V zadnjem letu je vsaj eno igro na srečo igrala približno tretjina prebivalstva.
- Najpogostejše igre so loto, hitre srečke, druge klasične igre in športne stave.
- Posebne igre na srečo (v igralnicah, igralnih salonih, prek interneta) so med slovenskim prebivalstvom redkejše, največ pa je med njimi igranja na igralnih avtomatih.
- Dobra polovica igra predvsem zaradi dobitka, slaba četrtnina zaradi zabave, slaba petina zaradi radovednosti.
- Test South Oaks Gambling Screen (SOGS), ki je bil kot niz vprašanj vključen v anketni vprašalnik in se kot mednarodni standard največkrat uporablja za ugotavljanje problemov z igrami na srečo.
- Primerjalno z drugimi državami, v katerih so igre na srečo podobno dostopne, to ni zelo velika številka. Vendar je delež oseb s problemi nesorazmerno velik med mladimi do 30 let, kar lahko pomeni večjo dovzetnost novih generacij in s tem nevarnost širitve problema v prihodnje. Posebno izpostavljeni so samski moški s srednjo izobrazbo.
- Med igralci posebnih iger na srečo (igralnice, saloni, internet) so problemi z igranjem na srečo verjetnejši. Vendar pa večina med tistim, ki imajo probleme z igrami na srečo, igra samo klasične igre (loto, srečke, športne stave ipd.).
- V Sloveniji je na podlagi anketne ocene 1.932 patoloških igralcev in 5.795 problematičnih igralcev. Na temelju tega lahko ocenimo, da znašajo družbeni stroški igralništva med 5.461.508 (metodologija APC) in 5.957.655 evri (metodologija NORC).

- Zaposleni v igralniški dejavnosti predstavljajo ogroženo skupino. Igranje iger na srečo je v tej skupini veliko večje kot v splošni populaciji. Okoli 10 % anketirancev izkazuje manjše ali večje težave z igrami na srečo. Povezava med tipom zaposlitve (neposredni ali posredni stiki z gosti) je relativno močna. Zaposleni, ki imajo močnejši stik z gosti, so bolj izpostavljeni tveganju.
- Država še vedno nima razvite preventivne in kurativne strategije za soočanje z negativnimi učinki igralniške dejavnosti« (15).

Po podatkih raziskave iz leta 2008 je igre na srečo vsaj enkrat igrala približno tretjina prebivalstva. Podobno kot v drugih državah so tudi v Sloveniji prevladovale klasične igre na srečo, kamor uvrščamo loterijo, hitre srečke, športne stave in druge klasične igre. Najbolj priljubljeni so bili nakupi loterijskih listkov, za kar se je vsaj enkrat letno odločilo skoraj 30 % prebivalcev Slovenije. Precej manj razširjeno je bilo igranje tako imenovanih posebnih iger na srečo – to so igre na igralnih avtomatih v igralnem salonu ali igralnici ter igranje t. i. živih iger v igralnicah, kot so ruleta s krupjejem, igre s kartami in kockami. Poleg teh pa najdemo še igre, katerih igranje je najtežje spremljati: igranje iger na srečo za denar prek interneta, pa tudi igranje iger za denar s prijatelji izven igralnice. Tovrstne igre niso zelo pogoste, a jih je vseeno vredno upoštevati, še posebno zaradi dejstev, da se v največji meri izmikajo vsaki državni regulaciji in da utegnejo biti – kot še posebno velja za igre prek interneta – v močnem porastu, zlasti med mlajšimi generacijami (14).

Zanimivo je, da kar 51 % odraslih k igranju na srečo najbolj vodi želja po dobitku. Če si pogledamo enostaven verjetnosti račun, ugotovimo, da je možnost večjega dobitka za posameznika neznatna in da so vse igre na srečo naravnane tako, da dobi igralnica oz. ponudnik iger na srečo – a ta preprost izračun na uporabnike storitev očitno nima posebnega vpliva. Četrtno vodi k igram na srečo predvsem želja po zabavi in sprostitvi, preostale pa radovednost, želja po druženju z ljudmi itd. Vendar nam tako izraženi motivi še vedno ne povedo praktično ničesar o morebitnih problemih, ki jih lahko imajo ti ljudje z igranjem. Te probleme nam je razkrila uporaba prej opisanega testa SOGS, vključenega v anketni vprašalnik. Skoraj 6 % anketirancev je odgovorilo pritrdilno na eno vprašanje v testu SOGS, slaba 2 % pa na dve vprašanji. Podatki nam nadalje pokažejo, da se k problematičnemu igranju nagiba 1,45 % anketirancev, še dodanih 0,64 % pa ima hujše problem z igrami na srečo oz. jih lahko označujemo kot patološke hazarderje (glej slika 7.2).

Rezultati testa SOGS (v odstotkih anketirancev)

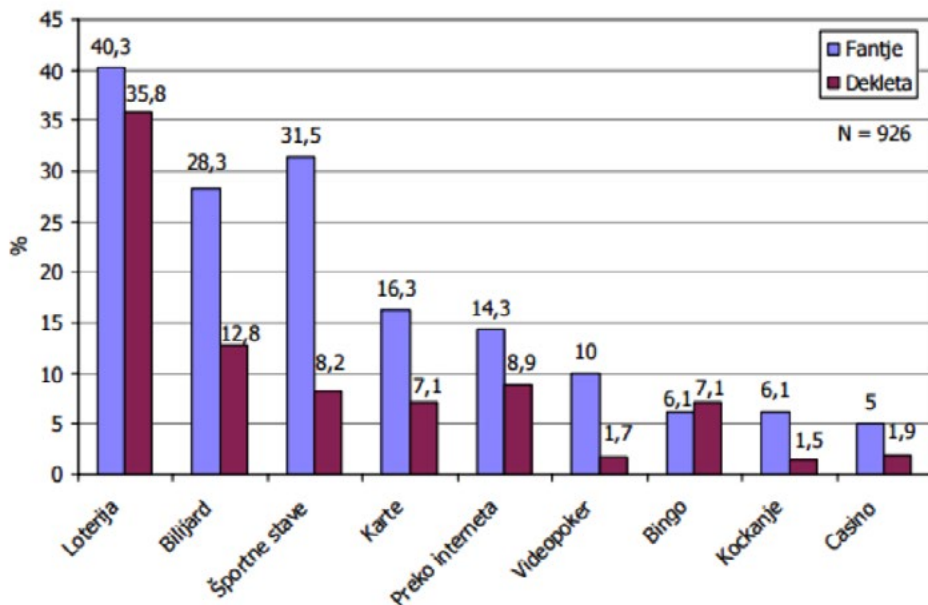


Slika 7.2: Rezultati testa SOGS med odraslimi v RS (N = 10.001). Vir: FUDŠ.

Seveda je analiza podatkov iz leta 2008 šla tudi v smeri iskanja najbolj ogroženih skupin prebivalstva oz. najbolj dovzetnih za probleme z igrami na srečo. V večji meri gre za moške, mlade, srednje izobražene, razvezane in samske osebe. Ob tem je treba še posebej izpostaviti problematiko mladih. Če ima hujše probleme z igranjem komaj 0,14 % starejših od 55 let, velja to med mladimi do 30. leta za kar 1,68 %. Po eni strani je lahko to povezano samim življenjskim slogom mladih, po drugi strani pa lahko predstavlja tudi znanilca novega odnosa do iger na srečo, ki bo te ljudi v večji meri zaznamoval tudi v kasnejših letih. Zato je smiselno podrobneje pogledati probleme mladih z igrami na srečo.

Leta 2008 je bila v regiji Koper na 926 dijakih izvedena anonimna raziskava, ki je zajela problematiko iger na srečo med mladimi. Povprečna starost anketirancev je bila 15,26 leta. Največ dijakov je že imelo v svojem življenju izkušnje z lotom (38 %). 20,2 % je že igralo za denar biljard, 19,7 % jih je že igralo športne stave, 11,7 %

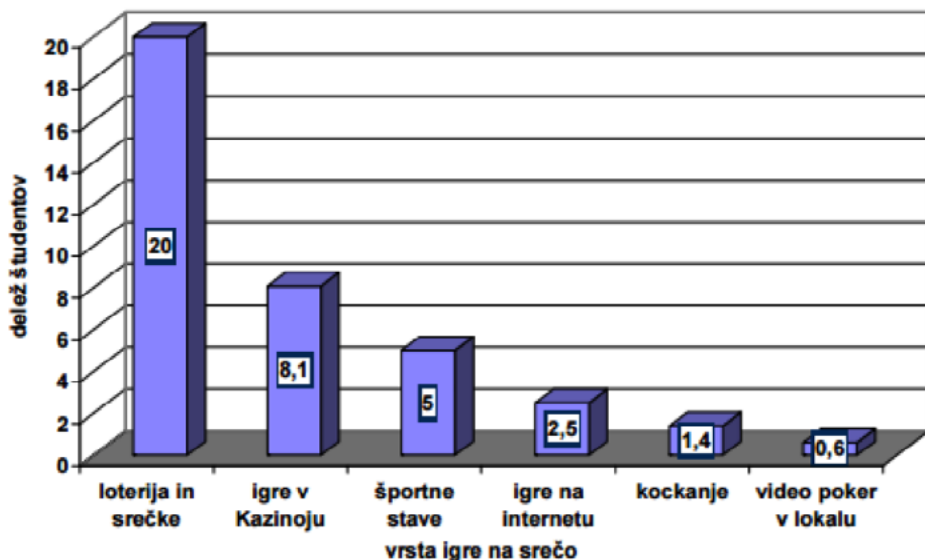
karte, 10,4 % igre na srečo prek interneta, bingo 6,6 % in videopoker 5,8 % srednješolcev, tombolo 5 % in kockanje 3,8 %. Igre na srečo so bile bistveno bolj prisotne med fanti kot med dekleti (glej sliko 7.3). Pogosteje so igrali igre na srečo dijaki s poklicnih šol. Analiza se zaključuje z diskusijo, da mreža pomoči v Sloveniji še ni vzpostavljena. Preventivni programi so v slovenskem prostoru še zelo redki. Treba je začeti sistematično spremljati pojav in vzpostavljati mreže pomoči za igralce iger na srečo, ki imajo težave. Pri tem ima pomembno vlogo tudi šolski sistem, ki predstavlja pomemben prostor, kjer se lahko izvaja splošna preventiva (17).



Slika 7.3: Delež dijakov (%), ki so v svojem življenju že igrali igre na srečo, po spolu, dijaki 1. letnikov regije Koper, 2008 (17)

Istega leta (2008) je bila izvedena raziskava o igrah na srečo med študenti zadnjih letnikov Univerze v Ljubljani, ki so se udeležili rednega zdravstvenega pregleda in so poleg vprašalnika o demografskih podatkih naključno prejeli še enega izmed petih vprašalnikov, ki so obravnavali splošno zdravstveno stanje, duševno zdravje, spolnost, motnjo hranjenja ter uporabo drog in iger na srečo med študenti. Na vprašanje o drogah in igrah na srečo je odgovorilo 521 naključno izbranih študentov, ki so prišli na redni obdobjni zdravstveni pregled (19).

Podatki kažejo, da je pogostost igranja iger med študenti zadnjih letnikov manjša kot med koprskimi dijaki, saj jih je v zadnjih 12 mesecih le 20 % igralo loto, vse ostale igre pa bistveno redkeje (glej sliko 7.4).



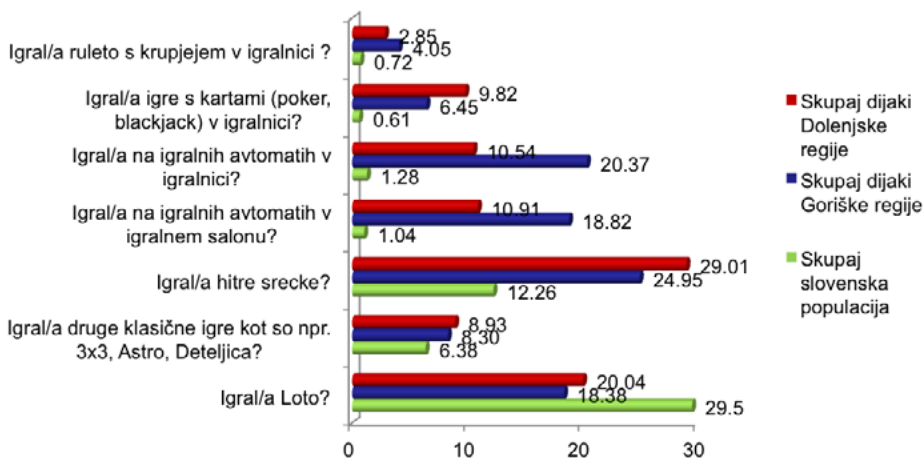
Slika 7.4: Delež študentov, ki so v zadnjih 12 mesecih igrali posamezno igro na srečo (N = 521) (19)

Leta 2010 je Fakulteta za uporabne družbene študije v novi gorici izvedla anketiranje med dijaki višjih letnikov srednjih šol. Anketiranje se je izvajalo februarja in marca, prečiščen vzorec ima 1113 enot. Raziskava je v prvem sklopu spraševala, kako mladi preživljajo prosti čas (glej sliko 7.5). Ugotovili so, da dekleta v prostem času znatno pogosteje gledajo televizijo in berejo knjige. Knjige znatno pogosteje v prostem času berejo dijaki Goriške regije, branje pa s starostjo upada. Fantje pogosteje igrajo računalniške igrice. Slednje velja še za starejše od 20 let. Fantje se sicer bolj pogosto kot dekleta udeležujejo organiziranih prostočasnih aktivnosti (training, glasbena šola, pevski zbor), to velja tudi za dijake Goriške regije. Udeležba pri organiziranih prostočasnih aktivnostih s starostjo upada. Fantje so imeli v več primerih težave s policijo in so se v več primerih kot dekleta med preživljanjem prostega časa srečali bodisi z alkoholom, drogami bodisi z igranjem na srečo. Enako velja za mlajše dijake. Težave s policijo v večji meri omenjajo dijaki Dolenjske regije in tisti z dopolnjenimi 19 leti (21).

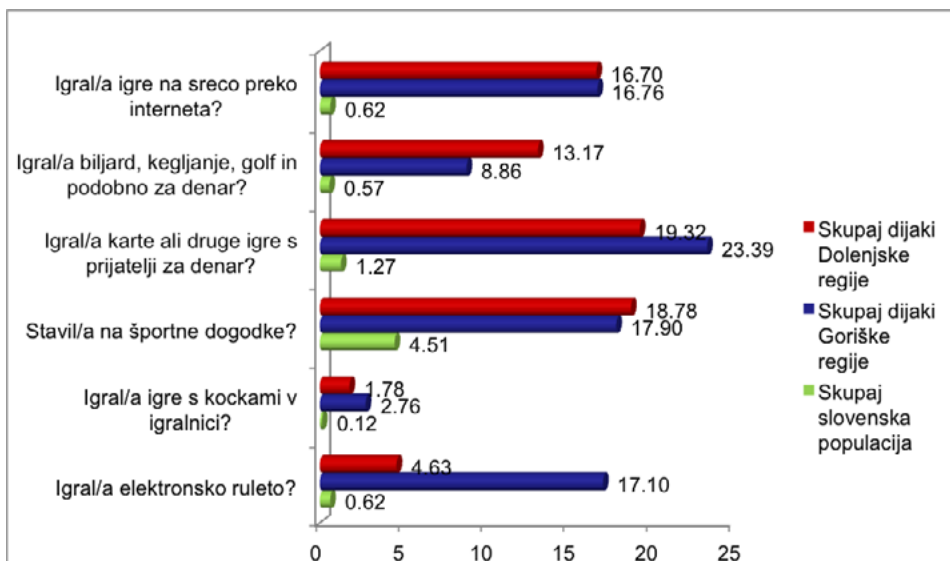


Slika 7.5: Preživljanje prostega časa mladih v Goriški in Dolenjski regiji (N = 1113) (21)

Med »pristočasnimi razvadami« mladih še vedno prednjači alkohol, na drugem mestu pa je kajenje. Igre na srečo zanima manj kot petina dijakov. Če si ogledamo neposredno izkušnje dijakov z igranjem iger na srečo (slika 7.6 in 7.7), vidimo, da so vse igre na srečo pri mladih bolj razširjene kot na splošni slovenski populaciji, razen pri lotu.



Slika 7.6: Neposredne izkušnje z igranjem iger na srečo 1 (dijaki dveh regij in odrasla slovenska populacija) (21)



Slika 7.7: Neposredne izkušnje z igranjem iger na srečo 2 (dijaki dveh regij in odrasla slovenska populacija) (21)

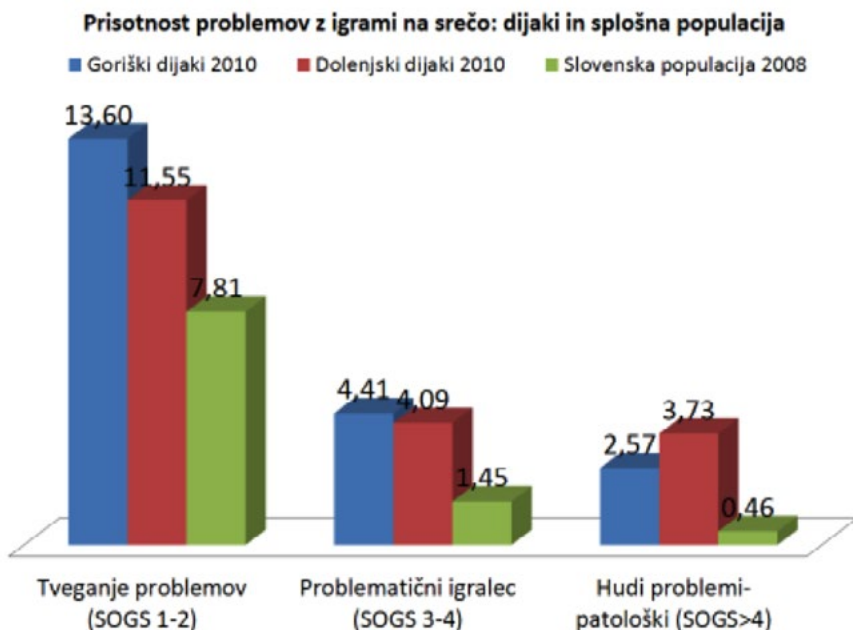
Razlogi za igranje iger na srečo med mladimi so:

- zabava, sprostitvev (37 %),
- želja po dobitku (33,5 %),
- radovednost (28 %),
- druženje z ljudmi (11,5 %),
- igranje na srečo mi predstavlja izziv (9,5 %),
- da se izognem vsakodnevnim težavam (1,5 %).

Pri tem je treba dodati, da je želja po dobitku v večji meri prisotna med fanti in dijaki na Dolenjskem. Za zabavo in sprostitvev v večji meri igrajo na srečo fantje, njim pa igranje na srečo tudi predstavlja izziv. Iz radovednosti igrajo na srečo v večji meri dekleta in dijaki na Goriškem.

Sestavni del ankete je bil tudi test SOGS, ki meri probleme z igrami na srečo (slika 7.8). Med dijaki Goriške regije smo izmerili, da je 13,6 % dijakov s tveganjem za razvoj problemov z igrami na srečo (SOGS 1 in 2). 4,41 % dijakov že ima probleme z igrami na srečo (SOGS 3 in 4), delež patoloških igralcev pa dobimo s seštevkom SOGS 5 > 4. Rezultate testa smo primerjali z odraslo populacijo in dobili nasled-

nje rezultate (glej sliko 7.8). Vidimo lahko trend, ki kaže na večjo razširjenost iger na srečo med mladimi kot med odraslo populacijo. To hkrati pomeni tudi, da je tveganje za razvoj problemov z igrami na srečo večje kot med odraslo populacijo. Slika 7.8 kaže na to, da je treba veliko več vložiti na področje preventive, saj je populacija mladih ranljiva in bolj izpostavljena nevarnostim, ki jih povzročajo zasvojenost z igrami na srečo. Upoštevajmo tudi dejstvo, da so podatki za mlade iz leta 2010 in da so se v zadnjih petih letih razmahnile igre na srečo prek interneta, zato danes lahko pričakujemo še več težav z igrami na srečo med mladimi.



Slika 7.8: Prisotnost problemov z igrami na srečo: dijaki (2010) in splošna populacija (2008) (21)

Zgoraj navedene težave so značilne predvsem za fante (8,25 % patoloških igralcev, 9,71 % problematičnih in 17,72 % s tveganji problemov), manj pa za dekleta (1,15 % problematičnih; 9,51 % s tveganjem problemov).

Med mladimi na mariborskih osnovnih in srednjih šolah je raziskava leta 2013 pokazala, da sta dve tretjini v zadnjih 12 mesecih igrali na srečo za denar. Vanjo je bilo vključenih 727 mladih v starosti od 12 do 19 let, ki so jih spraševali o izkušnjah z igrami na srečo v zadnjem letu (22). Raziskavo je izvedla nevladna orga-

nizacija Zavod Etnika Maribor. Najbolj priljubljene igre so hitre srečke (37 %), poker za denar v privatnem prostoru (26,6 %), loto (25,9 %) in športne stave (20,2 %), pa tudi biljard, pikado, kegljanje (20,4 %). Mlade največkrat k temu početju vodi želja po zabavi in hitrem zaslužku.

Raziskava je tudi pokazala, da je med anketiranimi učenci delež problematičnega igranja 3,2 %, medtem ko 8,2 % učencev tvega razvoj težav z igrami na srečo (23).

Rezultati navedenih raziskav kažejo, da mladi – konkretno srednješolci – pogosteje igrajo igre na srečo kot odrasli in da so bistveno bolj ogroženi za razvoj težav z igrami na srečo. Preventivne aktivnosti manjkajo, pojava težav z igrami na srečo pa centri za socialno delo in svetovalci praviloma ne beležijo. S širjenjem internetnih iger na srečo se upravičeno bojimo, da so igre na srečo med učenci in dijaki danes še bolj razširjene: nadzora ni.

Zasvojenost z internetom

Med zasvojenostmi, povezanimi z digitalnimi tehnologijami, je bila zasvojenost z internetom v preteklosti najpogostejša tema raziskav tako pri nas kot v tujini. V tabeli 7.2 so prikazane slovenske raziskave na temo zasvojenosti z internetom.

Tabela 7.2: Pretekle raziskave o zasvojenosti z internetom v Sloveniji

Izvajalec	Čas izvedbe	Populacija	Vzorec	Vrsta testa	Objavljeno
Helena Jeriček	2001	Dijaki tretjega letnika ljubljanskih šol	N = 1194	IAT (K. Young)	(25), (26)
Damjan Šimek	2004	Mariborski srednješolci	N = 662	Indikatorji, povzeti po: Goldberg, 1996; Young, 1996; Parsons in Hall, 2001	(27)
Jasna Repa	2008	Aktivni uporabniki interneta	17 intervjujev	Kvalitativna metodologija: intervjuji	(28)
Anže Primožič	2009	Priložnostno vzorčenje (prijatelji in znanci)	N = 381	GPIUS; Beck Depression Inventory; UCLA Loneliness scale;	(29)

Vsi omenjeni viri najprej teoretsko opredelijo pojem zasvojenosti na splošno, nato pa zasvojenost z internetom, njegove pojavne oblike, značilnosti in izsledke tujih raziskav. Vse navajajo zasvojenost z internetom kot zasvojenost moderne dobe, ki prizadene predvsem mlade. Prva dva vira sta za iskanje razširjenosti tega pojava prilagodila merski instrument Internet Addiction test (IAT), ki ga je razvila Kimberly Young. Prišla pa sta do različnih ugotovitev – meritev zasvojenosti med ljubljanskimi dijaki (N = 1194) je pokazala, da je med njimi 3,7 % zasvojenih (26); medtem ko je Šimek med mariborskimi dijaki ugotovil 1,8 % zasvojenih z internetom (27). Rezultati testa niso neposredno primerljivi, saj je H. Jeriček uporabila 14 dimenzij testa IAT, pri čemer je kot zasvojene opredelile tiste, ki so pri več kot polovici spremenljivk odgovorili 4 ali 5¹² (26). Damjan Šimek je uporabil 8 dimenzij, merjenih na petstopenjski lestvici, pri čemer so bili »zasvojeni« opredeljeni v skupini 50 % do 75 % v seštevku točk (27). Na ta način je bila meja zasvojenosti postavljena višje kot pri Heleni Jeriček.

Kvalitativno metodologijo v povezavi z zasvojenostjo z internetom je uporabila Jasna Repa, ki je intervjuvala aktivne uporabnike interneta in njihovo samooceno zasvojenosti. Ugotovila je blažje znake zasvojenosti na le nekaterih področjih uporabe interneta, ni pa ugotovila razlike med spoloma. Anže Primožič pa se je v svoji diplomski nalogi usmeril v iskanje povezav med psihično nestabilnostjo in zasvojenostjo z internetom, kakor tudi preferenco po socialnih interakcijah prek spleta in to obliko zasvojenosti. Za merjenje vsake od teh treh spremenljivk je uporabil več indikatorjev. Z regresijsko analizo je potrdil oba vpliva (28).

Ugotovitve slovenskih raziskav se podobne mednarodnim študijam: tovrstna zasvojenost je pogostejša pri moških, tudi v tujini je bila večina študij izvedena na populaciji mladostnikov, ki internet v zasebne namene uporabljajo največ. Vsekakor vse študije ugotavljajo, da obstaja majhen delež aktivnih uporabnikov interneta, ki svoje uporabe ne znajo kontrolirati in posledično začnejo zanemarjati druge stike in obveznosti.

Raziskava o nekemičnih zasvojenostih med mladimi v letu 2015

Opis raziskave

V okviru projekta Za zdravje mladih¹³, financiran s strani Norveškega finančnega mehanizma¹⁴, smo izvedli tudi raziskavo med mladimi na temo nekemičnih

¹² Uporabljena petstopenjska lestvica je bila: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – ne strinjam se; 3 – delno se strinjam; 4 – strinjam se; 5 – povsem se strinjam (26).

¹³ Polno ime projekta je »Zdrav življenjski slog otrok in mladih skozi opolnomočenje mladinskih delavcev in vzpostavitev programov na lokalni ravni«

¹⁴ <http://eeagrants.org/project-portal/project/SI05-0007>

zasvojenosti, med drugim problematično rabo interneta, igre na srečo in videoigrice. Ta raziskava je bila izvedena na dveh vzorcih: osnovnošolskem (vključujoč učence osmih razredov slovenskih osnovnih šol) in srednješolskem (dijaki zaključnih letnikov slovenskih srednjih šol). Vprašalnik, dopisi in metodološka navodila so bili pripravljene na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, stike z osnovnimi in srednjimi šolami in po potrebi terensko anketiranje pa je izvedla Mladinska zveza Brez izgovora. Terenski del raziskave je bil izveden maja in junija 2015. Šole so bile naprošene, da en od njihovih razredov, ki je bil v vzročnem načrtu, sodeluje v raziskavi ali prek spleta (učenci naj izpolnijo anketo v računalniški učilnici v skladu z metodološkimi navodili, ki smo jih poslali in jih učitelji prebere) ali v papirni obliki (v tem primeru jih obišče anketar Mladinske zveze Brez izgovora, razdeli anketne vprašalnike in jih na koncu anketiranja pobere).

Vzorec osnovnošolcev je vključeval učence osmih razredov slovenskih osnovnih šol. Vzorčni načrt smo izdelali iz podatkov Statističnega urada Republike Slovenije in v vsaki regiji izbrali ustrezno število osmih razredov, tako v urbanih kot v ruralnih krajih. Na izbrani šoli smo anketirali samo en 8. razred. Glede na to, da so se šole same odločale, ali bodo sodelovale in ali bodo anketo izpolnjevale prek spleta, smo pridobili 12,8 % papirnih anket, večina, 87,2 %, anket pa je bilo izpolnjenih prek spleta. Iz baze smo izločili tiste enote oz. anketirance, ki so odgovorili na manj kot 10 % ankete. Preostale podatke smo prečistili in utežili po statističnih regijah. Prečiščen vzorec vključuje 1071 enot, pri čemer je 50,2 % fantov in 49,8 % deklet, njihova povprečna starost pa je 13,4 leta (standardni odklon 0,59). Večina, kar 89 %, je bila rojena v letu 2001.

Vzorec srednješolcev je vključeval srednješolce štirih srednješolskih programov: 3-letno srednje poklicno izobraževanje, 4-letno srednje strokovno izobraževanje, gimnazijski program, 2-letni poklicno-tehniški program (3 + 2). V vzorec smo vključili dijake četrtih letnikov srednjih šol, v primeru 3-letnih programov pa tretjega letnika. Vzorčni načrt smo sestavili s pomočjo podatkov resornega ministrstva o tem, koliko dijakov je v posameznih srednjih šolah in srednješolskih programih v Sloveniji. Vzorec je bil sestavljen po dveh ključih: upošteval je delež dijakov v zaključnih letnikih posameznega srednješolskega programa (od štirih) v posamezni regiji. Med anketiranjem smo spremljali udeležbo posameznih programov in regij ter dopolnjevali manjkajoče šole. O zaključku anketiranja smo pridobili 1672 izpolnjenih anket. Iz baze smo izločili tiste enote oz. anketirance, ki so odgovorili na manj kot 10 % ankete. Preostale podatke smo prečistili in utežili po štirih srednješolskih programih (3-letno poklicno izobraževanje, 4-letno srednje strokovno izobraževanje, gimnazijski program, 2-letni poklicno strokovni program) in regijah. Prečiščen vzorec vključuje 1597 enot, povprečna starost naših srednješolcev pa je 18,2 leta (standardni odklon 1,228).

Zasvojenost z računalniškimi igrami med osmošolci v Sloveniji

V času pisanja tega prispevka smo obdelali in objavili le rezultate raziskave med osmošolci, ki se nanašajo na igranje računalniških iger. Članek o tem je bil objavljen v reviji *Journal of Behavioral Addictions* julija 2016 (30). Spremenljivke, ki se v raziskavi navezujejo na igranje računalniških iger, so predstavljene v tabeli 7.3. Najprej smo osmošolce vprašali, ali so v zadnjih 12 mesecih igrali računalniške igre. S pojmom »računalniške igre« mislimo na kakršnokoli »igranje« s pomočjo računalnika/notesnika ali z igralno konzolo ali s pomočjo kakršnekoli druge naprave (na primer mobilnega telefona, tablice) tako prek interneta kot tudi nepovezano na internet. Na to vprašanje je pritrdilno odgovorilo 82 % slovenskih osmošolcev. Ugotovili smo, da so v povprečju začeli igrati pri sedmih letih. Tisti, ki so v zadnjih 12 mesecih igrali računalniške igre, zanje v povprečju porabijo 1,71 ure dnevno med ponedeljkom in petkom ter 2,49 ure ob sobotah in nedeljah (glej tabelo 7.3).

Tabela 7.3: Spremenljivke, ki se navezujejo na igranje računalniških iger

Igrali so videoigre (na računalniku, telefonu itd.) v zadnjih 12 mesecih (n, % da)	852 (82.1)
Kdaj so prvič igrali videoigre oz. računalniške igre (povprečna starost, standardni odklon)	7.36 (2.35)
Čas, ki ga porabijo za igranje iger od ponedeljka do petka (št.ur, std.odklon)	1.71 (2.19)
Čas, ki ga porabijo za igranje iger med vikendi (št.ur, std.odklon)	2.49 (2.85)

Internet Gaming Disorder Scale – Short-Form (IGDS9-SF), H. Pontes & M. Griffiths, 2015

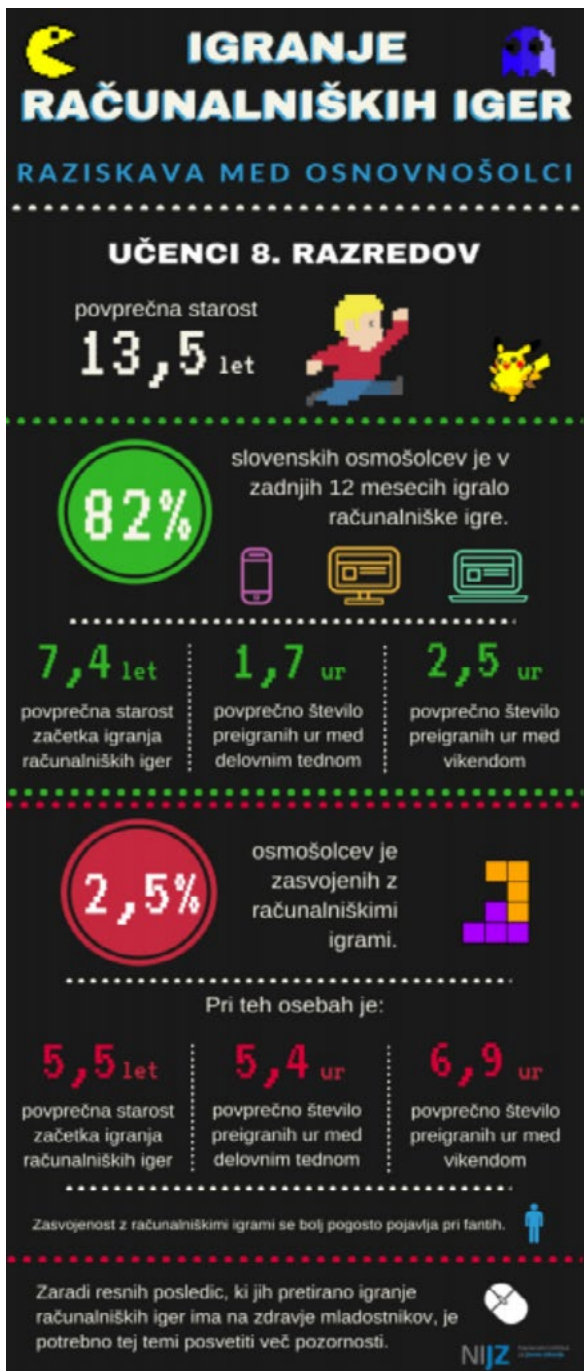
Zasvojenost z igranjem računalniških iger še ni uradno priznana vrsta zasvojenosti, vsekakor pa si je prislužila posebno pozornost ne le zaradi razširjenosti igranja videoiger, še posebej med mladimi, ampak zaradi vrste težav, ki jih ima določen manjši delež predvsem mladostnikov zaradi pretiranega igranja videoiger. Ameriško psihiatrično združenje je v zadnjo izdajo Diagnostičnega statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-V) vključilo motnjo igranja iger prek interneta (angl. IGD Internet Gaming Disorder), ki se kaže v vztrajnem in ponavljajočem igranju tako »on-line« kot »off-line« iger in vodi do znatnega poslabšanja ali stiske v obdobju 12 mesecev. Za IGD mora biti izpolnjenih pet ali več od naslednjih meril v obdobju zadnjih 12 mesecev:

1. preokupacija z igrami (posameznik razmišlja o pretekli aktivnosti igranja iger ter načrtuje igranje naslednje igre; igranje iger na internetu postane glavna aktivnost vsakdanjega življenja);
2. odtegnitveni simptomi ob odvzemu igre oziroma ob onemogočenju igranja (na primer razdražljivost, anksioznost ali žalost);
3. toleranca, ki se odraža v potrebi po vedno večji količini časa za igranje iger;
4. neuspešni poskusi nadzorovanja udeležbe pri igrah;
5. izguba zanimanja za pretekle konjičke in zabavo;
6. prekomerna uporaba iger kljub zavedanju psihosocialnih težav;
7. zavajanje družinskih članov, terapevtov ali drugih o količini igranja iger;
8. uporaba iger za pobeg ali lajšanje negativnega razpoloženja;
9. ogrožanje ali izguba pomembnega odnosa, delovnega mesta, izobrazbe ali karijerne priložnosti zaradi igranja iger (2).

V skladu s tem kriterijem smo ugotovili, da 2,5 % slovenskih osmošolcev ustreza diagnozi zasvojenih z videoigrami. Pri tem je treba poudariti, da je bil ta kriterij postavljen zelo strogo – merski instrument Internet Gaming Disorder Scale – Short-Form (IGDS9-SF) je vseboval omenjenih devet dimenzij, ki so bile merjene na Likkertovi 5-stopenjski lestvici od 1 – nikoli do 5 – zelo pogosto. Če je učenec odgovoril vsaj petkrat »zelo pogosto«, je bil upoštevan v tem izračunu. V primeru, ko smo upoštevali tako odgovore »pogosto« kot »zelo pogosto«, smo dobili 4,7 % osmošolcev, ki ustrezajo kriteriju IGD. Vsekakor je mladostnikov, ki prekomerno igrajo računalniške igre in imajo zaradi tega težave, veliko.

Slika 7.9: Infografika o zasvojenosti z računalniškimi igrami med slovenskimi osmošolci (31)

V raziskavi smo ugotovili, da mladostniki, ki ustrezajo diagnozi zasvojenih z videoigami, igrajo bolj pogosto kot njihovi vrstniki – v povprečju 5,4 ure med delovnim tednom, ob sobotah in nedeljah pa kar 6,9 ure. Na tem mestu je težko postaviti pravilo, koliko ur igranja videoiger je sprejemljivo in koliko ne. Kot je razvidno iz tega prispevka, se zasvojenost ne meri s številom ur igranja, ampak z odzivi posameznika na samo igranje (glej kriterije APA, 2013). Vsekakor velja pripomniti, da so računalniške igre izdelane na način, da posameznika ob ekranu zadržijo čim dlje in mu onemogočajo, da preneha z igranjem, zato se mnogi mladostniki ujamejo v virtualni svet na svojih zaslonih, ki postane zanje pomembnejši od realnega, vsakdanjega življenja. Ker pa vsakdanje življenje od



nas zahteva aktivno udeležbo, zbranost, delo, prisotnost, so ravno dogajanja pred zasloni eden od najbolj motečih dejavnikov za mladostnika: za njegov učni uspeh, za opuščanje hobijev in športnih aktivnosti, za njegovo zbranost v vseh ostalih aktivnostih vsakdanjega življenja. Vse raziskave kažejo na to, da so računalniške igre zelo priljubljene predvsem med fan-ti. Pretirano igranje – še posebno nasilnih videoiger – zagotovo ima posledice na mladostnikovo življenje, fizično in duševno zdravje. Raziskave o teh temah intenzivno potekajo, a ukrepati in ozaveščati moramo že zdaj.

Literatura

1. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene v slovenščini MKB-10. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana, 2005.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fifth edition (DSM-V). American Psychiatric Association, 2013.
3. McMahon TC, Kavanagh DJ. Refining Internet use disorder criteria: A mixed methods study. *Journal of behavioural addictions*, 2013 (Vol. 2, pp. 23-23).
4. Griffiths MD. Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in practice*, 2013
5. Griffiths MD. Behavioral Addictions – Past, present and future: A personal perspective. *Journal of Behavioral Addiction*, 2013 (Vol. 2, Supplement 1, p.4.)
6. Kje je zasvojenost? Inštitut za zasvojenosti in travme na <http://www.petertopic.si/zasvojenosti> (junij 2015).
7. Egorov A. New classification and psychopathology of nonchemical addictions. *Journal of Behavioral Addiction*, 2013 (Vol 2, Supplement 1, p. 14.)
8. Spazzapan B. Hazardiranje kot zasvojenost. *Vita let. XV, št. 71, december 2009.*
9. Oglasi, ki zares šokirajo. *Žurnal 24*, 16. 9. 2013. Dostopno na: <http://www.zurnal24.si/oglasiki-zares-sokirajo-clanek-205805> (avgust 2015).
10. Zajc Kristina: Zasvojenost s seksom, *Viva*, 9.november, 2009. Dostopno na: <http://www.viva.si/Zasvojenost/711/Zasvojenost-s-seksom> (september 2016).
11. Carnes P. V senci interneta. Kako se osvoboditi kompulzivnega seksualnega vedenja na internetu. Založba Modrijan, 2010.
12. Topić P. Zasvojenost s seksualnostjo. Diplom-ska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 2011.
13. Topić P. Zasvojenost s seksualnostjo v digitalni dobi. Priročnik za strokovnjake, zasvojene in njihove družinske člane, 2015
14. Makarovič M. Za večino neškodljiv vir zabave. *Vita let. XV, št. 71, december 2009.*
15. Igre na srečo med prebivalci Slovenije. Povzetek informacije za medije. FUDŠ, 2009.
16. Makarovič M. Towards the Patterns of Problem Gambling in Slovenia / K vzorcem problematičnega igranja v Sloveniji. Raziskave in razprave, 2010, let 3, št.3, str. 21-48.
17. Krek M. Prisotnost iger na srečo med dijaki v regiji Koper / Gambling among students in region of Koper. Raziskave in razprave, 2010, let.3, št.1, str.81-100.
18. Prisotnost iger na srečo med dijaki v regiji Koper. Dostopno na: <http://www.mladihazarder.si/mladi/dijaki-koper-2008> (avgust 2016).
19. Krek M, Korač T, Kumše Z, Igranje iger na srečo med študentsko populacijo Univerze v Ljubljani / Gambling among stu-

- dents in University of Ljubljana, Raziskave in razprave, 2010, let.3, št.1, str.61-80.
20. Igranje na srečo med dijaki višjih letnikov srednjih šol: primerjava med Goriško in Dolenjsko regijo (2010). Dostopno na: <http://www.mladihazarder.si/mladi/dijaki-dolenjska-goriska-2010> (avgust 2016).
 21. Makarovič M, Macur M. Igranje na srečo med dijaki višjih letnikov srednjih šol – primerjava med Goriško in Dolenjsko regijo. Maj 2010.
 22. Dve tretjini mladih preizkusilo igre na srečo. Otroški RTV. Dostopno na: <https://otroski.rtvsllo.si/bansi/prispevek/495> (avgust 2016).
 23. Raziskava o navadah pri igranju iger na srečo med mladimi v Mariboru. Dostopno na: <http://www.mladihazarder.si/mladi/maribor-2013> (avgust 2016).
 24. Besednjak Valič T. Zaposleni v igralništvu: življenje in delo sredi igre. Založba Vega, 2009.
 25. Jeriček H. Zasvojenost z internetom - sedanjost ali prihodnost? Socialna pedagogika, 2001.Vol.3, št.2, str.141-168.
 26. Jeriček H. Internet i ovisnost o internetu u Sloveniji. Medijska istraživanja, 2002. Vol.8, št.2, str.85-101.
 27. Šimek D. Odvisnost od interneta. Vzgoja in izobraževanje v informacijski dobi, 2004
 28. Repa, J. Zasvojenost z internetom. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 2004.
 29. Primožič A. Zasvojenost z internetom. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani, fakulteta za družbene vede, 2009
 30. Pontes HM, Macur M, Griffiths MD. Internet gaming disorder among slovenian primary schoolchildren: Findings from a nationally representative sample of adolescents. Journal of Behavioral Addictions. 2016 Jun;5(2):304-10.
 31. Infografika o zasvojenosti z računalniškimi igrami med slovenskimi osmošolci. Spletna stran NIJZ: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/racunalniske_igre_2.pdf (avgust 2016).

8. SOCIALNOMARKETINŠKI PRISTOP K DOSEGANJU IN VZDRŽEVANJU VEDENJSKIH SPREMEMB

dr. Tanja Kamin, Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani

Aktivna sprememba vedenja

Ne glede na čas in prostor vse družbe poskušajo upravljati z vedenjem ljudi. To počnejo na zelo različne načine; od zelo restriktivnih, kot so prepovedi, prisila in kaznovanje, do bolj mehkih, kot so izobraževanje, informiranje, prepričevanje, oblikovanje prostora ipd. Vsi pristopi niso enako primerni za reševanje vseh družbenih problemov in niso v vseh družbah in v vseh časih enako sprejemljivi. Zato se nenehno soočamo z vprašanjem, kako na najbolj učinkovit in najbolj družbeno sprejemljiv način naslavlja probleme, ki se v danem času in prostoru kažejo kot najbolj urgentni. V zadnjem desetletju se je za učinkovit in družbeno sprejemljiv pristop k reševanju družbenih problemov izkazal predvsem socialni marketing. Med drugim zato, ker je med vsemi pristopi najbolj prilagodljiv in zavezan k poglobljenemu razumevanju problemov, ki se izpostavljajo na ravni družbe, manifestirajo in (re)producirajo pa na ravni vedenj ljudi v njihovem vsakdanjem življenju.

Socialni marketing je transdisciplinarni pristop, ki mu je s pomočjo spoznanj različnih disciplin v nekaj desetletjih uspelo oblikovati uporaben okvir za poglobljeno razumevanje številnih družbenih problemov, od problemov, ki se kažejo na ravni posameznikovega vedenja, na primer tvegano uživanje alkohola, do problemov, ki zadevajo celotno svetovno prebivalstvo, denimo podnebne spremembe in degradacija naravnega okolja. Temeljna premisa socialnega marketinga je, da je za doseganje vsakršne trajnostne družbene spremembe potrebno razumevanje razsežnosti problema od posameznika do strukturnih

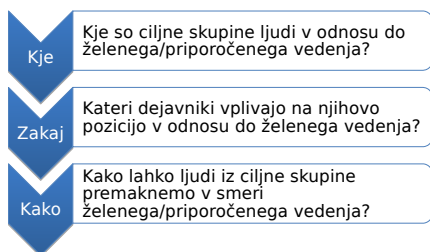
ravni družbe, ki izbrani problem sooblikujejo. Le na tem razumevanju se lahko oblikujejo programi za naslavljanje posameznikov, lokalnih skupnosti in političnih struktur z namenom spreminjanja vedenja ljudi v smeri trajnostnih pozitivnih družbenih sprememb. Prenos principov socialnega marketinga na sleherni problem zahteva, da se poslovimo od ideje vsevednega »strokovnjaka«, ki se vede, da ima vedno prav, in da so morebitni neuspehi intervencij posledica nevednih in nezainteresiranih javnosti, ki potrebujejo še bolj glasno in intenzivno kričanje o pravem in dobrem načinu življenja. Boljša informiranost ljudi o določenem vedenju še ne vodi nujno tudi k njihovi vedenjski spremembi. Doseganje informiranosti in seznanjenosti z določenim problemom sicer lahko vodi k večjemu zavedanju o problemu in njegovi rešitvi, ne pa tudi k delovanju, torej vedenju v skladu s priporočili.

Premislimo to na primeru priporočil za kupovanje, pripravo in uživanje hrane, ki ustrezajo prehranskim smernicam za zdravo prehranjevanje otrok. To je kompleksen primer, a tu bomo izpostavili le en premislek. Ne glede na dobro poznavanje prehranskih smernic in dobrih želja za zdravje otrok se veliko družin še vedno prehranjuje zelo nezdravo. Raziskave o prehranjevalnih navadah kažejo, da se najbolj nezdravo prehranjujejo socialno-ekonomsko najbolj šibki, kar govori o tem, da »zdrava« hrana ni vsem enako dostopna. Na primer, v eni od novejših raziskav starši, ki skrbijo za prehrano svojih otrok, izpostavljajo, da si ne morejo privoščiti eksperimentiranja z okusi »zdrave« hrane. Otroci so izbirčni, zato se pri kupovanju hrane odločajo za takšno, ki jo bodo otroci zagotovo pojedli (slajša, blagega okusa, skladna z navado ipd.). Če je večina otrok izbirčna, saj se okuse učimo sprejemati, ima izbirčnost posebno negativen učinek na ljudi z omejenim proračunom. Obrok, ki je pripravljen za otroka, a ga ta ne poje, pomeni, da je že tako skromen družinski proračun za hrano romal v smeti. Veliko staršev pri nakupu in pripravi hrane torej ne razmišlja le o tem, koliko stane kakšna hrana, ampak morajo premisliti tudi o tem, kaj se bo zgodilo, če kupljene »zdrave« hrane ne bo nihče pojedel. Kdo od družinskih članov bo zaradi tega ostal lačen (1). Dodatno informiranje ljudi o pomenu zdrave prehrane brez izboljšanja dostopnosti »zdrave« hrane ne bo pomagalo spremeniti prehranjevalnih navad ljudi. Še več, problem bo lahko poglobilo, ker bodo starši, ki se prehranskih smernic sicer zavedajo in svojim otrokom seveda želijo vse najboljše, zaradi nezmožnosti delovanja v skladu s smernicami pod velikim stresom. Tega pa bodo ob nespremenjenih objektivnih okoliščinah reševali tudi tako, da bodo relativizirali smernice zdravega prehranjevanja. Naloga socialnomarketinškega pristopa je preučiti vse okoliščine prehranjevalnih navad pri izbranih skupinah ljudi in premisliti, kako spreminjati ključne okoliščine, da bodo sčasoma vodile v spremembo vedenja in k postopnemu odpravljanju problemov, povezanih s slabimi prehranjevalnimi navadami ljudi.

Splošna populacija in univerzalni nagovor ne obstajata

Zgornji primer da misliti, da se vsak problem, ki ga beremo kot agregat na ravni populacije (na primer odstotek ljudi, ki kadi), v življenju ljudi kaže v različnih oblikah in v različni intenzivnosti. Vedenja ljudje različno doživljamo ter osmišljamo in prva naloga socialnomarketinškega pristopa je, da izbrane probleme razgrnemo tam, kjer se vedenja vzpostavljajo, prakticirajo in mislijo. Socialnomarketinški pristop je usmerjen v ljudi, v končne uporabnike, predstavnike različnih javnosti, državljane. To pomeni, da je osnovni korak pristopa usmerjen k razumevanju družbenega problema na način, kot ga vidijo in doživljajo različne skupine ljudi. S tega vidika »splošna populacija ne obstaja, zato tudi ne obstaja univerzalno sporočilo, ki bi učinkovito nagovorilo in motiviralo tako populacijo. Pogosto pitje alkohola, ki ga na epidemiološki ravni zaznavamo kot javnozdravstveni problem, se na ravni ljudi, ki veliko pijejo, ne kaže kot tvegano in škodljivo, temveč kot vedenje, ki zadovoljuje veliko različnih potreb. Za nekatere je pitje alkohola lahko sredstvo za integracijo v vrstniško skupino, zato bi prenehanje pitja tej skupini lahko predstavljalo veliko večji problem kot potencialno tveganje za zdravje, in sicer tveganje, da bodo iz skupine, ki jim v danem trenutku pomeni vse na svetu, izločeni (2). Nagovor takih posameznikov z zdravstvenim apelom ne bo dosegel v skupini niti pozornosti, kaj šele, da bi jo spodbudil k spremembi vedenja. Dejavniki, ki vplivajo na določeno vedenje, se med skupinami ljudi razlikujejo, tudi če gre za navidezno homogene skupine ljudi, na primer srednješolce. Zato je treba spoznati razlike glede na vzorce zavedanja o problemu, motive, skrbi, simbolne pomeni, pripravljenost na spremembe ipd. Brez razumevanja teh razlik ne moremo oblikovati programov, ki bodo relevantni za izbrane skupine ljudi; kar pomeni, da bomo po vsej verjetnosti oblikovali programe, ki ne bodo uspešni in učinkoviti.

Tako je prvi korak v socialnomarketinškem pristopu razumevanje izbranega problema z vidika ljudi, njihovega vsakdanjega življenja, vrednot, znanj, verovanj, prepričanj, stališč, aspiracij, strahov, pa tudi okoljskih in ekonomskih okoliščin. S socialnomarketinškim pristopom si zastavljamo tri ključna vprašanja (glej sliko 8.1), na katera iščemo odgovore s pomočjo različnih teorij (glej naslednje poglavje).



Slika 8.1: Tri ključna vprašanja, ki vodijo oblikovanje socialnomarketinških programov

Teorije družbenih sprememb za načrtovanje socialnomarketinških programov

Razumevanje družbene dinamike, ki vpliva na specifična vedenja ljudi, je gonilo številnih teorij. Z različnimi modeli poskušajo pojasniti, zakaj se ljudje vedejo, kot se; kako na njihova vedenja vplivajo stališča, znanje, večšine, občutek osebne moči, družbene norme in številni demografski dejavniki. Taki modeli nam omogočajo bolj natančno misliti določen pojav, denimo kajenje med mladostniki, vožnjo pod vplivom alkohola, nerekiciranje gospodinjskih odpadkov. Poleg tega potrebujemo še teorije, ki nam pomagajo razumeti, kako se lahko določena vedenja spremenijo in kaj lahko spodbudi te spremembe.

Teorije o vedenjskih spremembah so številne in se med sabo razlikujejo glede na kompleksnost, pa tudi raven, na kateri opazujejo in razlagajo družbene spremembe: na ravni posameznika, medosebnih odnosov, skupnosti, družbenega sistema. V spodnji tabeli izpostavljamo le nekaj teorij družbenih sprememb glede na ključna tri vprašanja iz slike 8.1, ki si jih zastavljamo v procesu načrtovanja socialnomarketinških programov za reševanje družbenih problemov.

Vsako načrtovanje intervencij za promocijo izbranega vedenja zahteva ciljno usmerjeno raziskovanje vedenja v specifični družbi, zato da bi razumeli njegovo pojavnost in dinamiko in da bi lahko identificirali ljudi, katerih vedenje želimo spremeniti, in ljudi, ki lahko najbolj vplivajo na doseganje sprememb v družbi (novinarji, blogerji, moderatorji spletnih zdravstvenih skupnosti, verski voditelji, zaposlovalci itd.).

Segmentacija¹⁵ »splošne« populacije je v načrtovanju socialnomarketinških programov nujna, zato da bi lahko zagotovili intervencije, ki so ukrojene za ciljne skupine glede na najprimernejši stil komuniciranja, komunikacijske kanale, družbene okoliščine, pa tudi glede na njihove navade, želje, večšine, vire, vrednote. Obstaja več kriterijev za segmentacijo ljudi v odnosu do izbranega družbenega problema v potencialne ciljne skupine: (1) osebne lastnosti (demografske in psihografske spremenljivke); (2) preteklo vedenje (bližina do priporočenega vedenja, ki se jo da identificirati s teorijo stopenjskega spreminjanja vedenja); (3) iskane koristi (psihosocialne koristi, ki se jih da povezati z odločitvijo za priporočeno vedenje).

¹⁵ Razvrščanje ljudi v skupine oziroma segmente po podobnosti glede na izbrane demografske, psihografske, geografske in vedenjske kazalnike, z namenom, da v nadaljevanju izberemo ključni segment oziroma ciljno skupino ljudi in prepričljivo naslovimo njihove potrebe, odstranimo ovire, ki preprečujejo vedenjsko spremembo, in okrepiamo tiste dejavnike, ki bodo ljudem izbranega segmenta delovali kot spodbuda za prevzemanje priporočenega vedenja.

Tabela 8.1: Teorije sprememb glede na ključna vprašanja, ki si jih zastavljamo v procesu načrtovanja socialnomarketinških programov za reševanje družbenih problemov¹⁶. (prirejeno po Hastings in Domegan, 2013 (3))

Osnovna socialnomarketinška vprašanja	Teorija družbenih sprememb	Ključni principi
Kje	Teorija stopenjskega spreminjanja vedenja (4)	Vedenjska sprememba je večstopenjski proces.
Zakaj	Socialnokognitivna teorija (5,6)	Družbeni kontekst je pomemben.
	Teorija družbenih norm (7,8)	To, kar (mislimo, da) počnejo ljudje okoli nas, je pomembno.
	Socialnoekološka teorija (9)	Vedenje je del celostnega biotopa (vse je prepleteno; kakovost življenja enega dela je odvisna od kakovosti življenja celote).
	Teorija kapitala (10,11)	Ljudje razpolagamo z različnimi viri, ki so pomembni za spremembo vedenja.
Kako	Teorija menjave	Ko razmišljamo o spremembah, razmislimo tudi o koristih, ki jih bodo spremembe prinesle konkretnim ljudem, organizacijam.

Teorija stopenjskega spreminjanja vedenja

Ta teorija, ki jo imenujemo tudi transteoretski model spreminjanja vedenja in sta jo pred leti razvila Prochaska in DiClemente (4), je pogosto uporabljena v javnozdravstvenih intervencijah. Teorija usmerja pozornost v zahtevnost procesa spreminjanja vedenja in opozarja, da vedenjska sprememba ni rezultat enostavne odločitve. Izpostavlja, da ljudje običajno prehodimo dolgo pot od tam, ko se zavemo

¹⁶ Teorij, ki so zelo uporabne za pojasnjevanje družbenih problemov in načrtovanje družbenih sprememb, je še veliko več. Tu je omenjena le peščica. Za širši pregled teorij, uporabnih v socialnem marketingu, glej French in Gordon (2015): *Strategic Social Marketing* (18).

problema, pa do tam, ko spremenimo vedenje v skladu s priporočili. Model zajema pet stopenj, od nezavedanja ali zanikanje problema, načrtovanja priporočenega vedenja do dejanske spremembe vedenja: nezavedanje/zanikanje, namera, priprava, delovanje in vzdrževanje, z možnostjo vrnitve v katero koli od predhodnih stopenj.

Ljudje se skozi te stopnje premikamo različno, v proces lahko vstopimo v kateri koli od stopenj, tudi iz procesa lahko kadar koli, na kateri koli stopnji izstopimo, se vrnemo na predhodno ali katero od stopenj preskočimo. Model nam pomaga sistematično razmisliti o tem, kje so ljudje v odnosu do določenega vedenja. Ali neporabljene antibiotike odvržejo v navadne smeti zaradi nezavedanja o tem, kako se pravilno ravna z odpadki te vrste, ali zato, ker ne verjamejo, da s tem povzročajo veliko škodo. Ali je njihovo neustrezno delovanje z antibiotiki posledica neznanja ali zanikanja. Morda celo česa tretjega, denimo, da ljudje želijo oddati neporabljene antibiotike v ustrezna zbirna mesta, pa v kraju, kjer bivajo, ni poskrbljeno za možnost oddaje takih odpadkov, torej izražajo namero za delovanje, a jim ga strukturni pogoji onemogočajo. Vsaka od stopenj zahteva svoj tip nagovora in spodbude, da bi posameznike premaknili na stopnjo bližje k delovanju oziroma vedenjskemu cilju. Veliko kampanj, predvsem oglaševalskih, se osredotoča predvsem na prvo stopnjo, kot da je problem vedenja v neposredni odvisnosti od informiranosti. Pa ni. Ciljna skupina je morda zelo dobro informirana o problemu, morda se je zataknila v stopnji namere. To pomeni, da bo treba ugotoviti, kaj jim preprečuje delovanje (s pomočjo teorij, ki iščejo odgovore na vprašanje, zakaj – glej tabelo 8.1). V vsakem primeru bo za njo treba poiskati drugačne rešitve, kot so kampanje za informiranje.



Slika 8.2: Stopenjsko spreminjanje vedenja (prirejeno po Prochaska in DiClemente, 1983 (4))

Če je model uporabljen za ponazoritev stopenjskega spreminjanja vedenja posameznika, ki ga želimo na primer odvaditi kajenja, bi posamezne stopnje definirali takole:

Tabela 8.3: Stopnja spreminjanja vedenja (povzeto po Kamin, 2006 (12))

Stopnja vedenja	Opis
<p>Nezavedanje ali zanikanje</p>	<p>Posameznik problema ne zaznava ali pa je razvil tako močne obrambne mehanizme, da verjame oziroma je prepričan, da se problemi, povezani z določenim vedenjem, njega ne tičejo. Pravi: »Saj v bistvu ne kadim veliko«; »Jaz gotovo ne bom zbolel«; »Poznam ljudi, ki so vsak dan kadili, pa živijo veselo že 90 let« ipd.</p> <p>Glavna naloga za premik posameznika s te stopnje je, da se zave problema oziroma da tvega, da bo s kajenjem resno ogrozil zdravje.</p>
<p>Namera</p>	<p>Na tej stopnji se posameznik že zaveda težav z vedenjem (kajenja), o njem je pripravljen tudi bolj odprto spregovoriti, celo razmišljati o spremembi vedenja. Pravi: »Vem, da moram prenehati kaditi, ampak trenutno se s tem ne morem ukvarjati.«</p> <p>Glavna naloga za premik posameznika s te stopnje je dobro poznavanje z avirialnih in spodbudnih dejavnikov za njegovo vedenje. Spoznati je treba, kakšna vprašanja si zastavlja ob misli na nepriloročeno in priloročeno vedenje, ko razmišlja o spremembi vedenja. Nadalje, kakšne koristi pa tudi stroške oziroma posledice svojega vlaganja v spremembo vedenja vidi. Za spremembo vedenja je lahko motiviran, če so zaznane koristi večje od vložnih stroškov. Ob pogoju, seveda, da strukturalni dejavniki njegovo spremembo sploh omogočajo.</p>
<p>Priprava</p>	<p>Posameznik se postopoma od priprave za dejanje premika k dejanju. Na tej stopnji aktivno išče informacije in oporo za spremembo vedenja. Navadno se zaveda, da bo morda moral v spremembo vložiti veliko truda in več poskusov. Denimo, obvesti svoje domače in prijatelje o svoji nameri, obišče zdravnika ali svetovalno skupino za pomoč pri prenehanju kajenja, zmanjša število pokajenih cigaret na dan ipd.</p> <p>Na tej stopnji je glavna naloga za praktike promocije zdravja, da posameznika podprejo v njegovi nameri, da mu omogočijo, da bodo priloročena vedenja lažja od alternativnih. Odstraniti je treba čim več ovir, ki bi zmanjšale zagnanost za spremembo. S pomočjo komuniciranja se dajo uspešno minimizirati ovire, ki jih posameznik zaznava. Treba pa je strukturalno zagotoviti, da so priloročena vedenja lažja od že ustaljenih problematičnih.</p>

<p>Dejanje</p>	<p>To je stopnja, kjer se zazna posameznikov prvi poskus, da prekine pretekle vzorce vedenja. Lahko gre le za poskus, a vendarle prvo resno dejanje, ki kaže na možno spremembo vedenja. Kadilec si bo na primer postavil rok, ko naj bi nehal kaditi, začel bo uporabljati nikotinske nadomestke ali v tistem trenutku prekinil kajenje.</p> <p>Ker posameznik na tej stopnji ocenjuje koristi, ki jih ima od dejanja, je potrebno, da promotorji zdravja okrepijo občutek teh koristi, ki bodo vodile v ponovitve vedenja.</p>
<p>Potrditev in vzdrževanje</p>	<p>To je stanje nenehne pozornosti, da novo prevzeto vedenje ne izzveni oziroma da se posameznik ne vrne v staro stanje. Posameznik mora prevzeti novo vedenje za sebi lastno, za novo navado. Če mu ne uspe s poskusom novega vedenja, se navadno iz tega nekaj nauči, vrača se k novi pripravi in novim poskusom, vse dokler ne doseže vse daljših obdobj vzdrževanja priporočenega vedenja.</p> <p>Glavna naloga na tej stopnji je, da se posameznik ohranja v novem vedenju. Zato je treba skrbeti, da je novo vedenje družbeno pozitivno vrednoteno in da se ljudje, ki so spremenili vedenje, po potrebi kako nagradijo.</p> <p>V vseh fazah, v tej pa še posebno, je potrebno vključevanje številnih deležnikov, ki so pomembni za realizacijo programa za promocijo zdravja. Vzdrževanje zelenih sprememb zahteva spreminjanje družbene klime, ki je naklonjena spremembam.</p>

Transtoretski model je lahko zelo koristen za izhodiščno segmentacijo populacije, pri kateri želimo doseči vedenjske spremembe, saj morajo biti strategije intervencij prilagojene poziciji ljudi v odnosu do zelenega vedenja. A za temeljito segmentacijo se moramo obrniti tudi k drugim teorijam in modelom (glej tabelo 2), ki nam pomagajo razumeti, zakaj so ljudje v posamezni poziciji v odnosu do zelenega vedenja in katere dejavnike moramo nasloviti, da bomo ljudi v ciljni skupini spodbudili za premik na naslednje stopnje proti spremembi vedenja in k vzdrževanju priporočenega vedenja. V nadaljevanju je navedenih nekaj teorij, ki nam pri tem lahko pomagajo.

Kako teorije pojasnjujejo vedenje?

Socialnokognitivna teorija

Socialnokognitivna teorija, ki jo je razvil Bandura (5,6), izpostavlja, da posamezniki niso niti popolnoma avtonomni subjekti niti ne avtomizirana bitja, ki bi ne- močno sledila dražljajem iz okolja. Človekovi možgani so kompleksen sistem, ki je

proaktiven, ustvarjaljen, samorefleksiven in ne le odziven. Socialnokognitivna teorija razlaga psiho-socialno delovanje v triadičnem, recipročno vzročnem modelu, in sicer med (1) internimi osebnimi dejavniki (kognitivni, emocionalni, biološki), (2) vedenjskimi vzorci in (3) okoljskimi dejavniki. Okolje vpliva na posameznike ne glede na to, ali si tega želijo. A za to, kako bodo okoljske vplive osmislili in kako bodo na njih odreagirali, pa obstaja precej maneverskega prostora. Zato posamezniki tudi sami s svojim vedenjem soustvarjajo okolje, v katerem živijo.



Slika 8.3: Model socialnokognitivne teorije

Bandura pravi, da je med mehanizmi, ki najbolj odločilno vplivajo na aktivno delovanje posameznika v odnosu do eksternega okolja, zaznana samoučinkovitost. Ta se nanaša na posameznikovo oceno njegovih sposobnosti (kognitivne, vedenjske, emocionalne, socialne), ki jih bo lahko uporabil v trenutnih življenjskih situacijah. Če ljudje ne verjamejo, da bodo v danih okoliščinah s svojimi dejanji lahko dosegli zelene rezultate, ne bodo motivirani za delovanje. Vsi ostali motivacijski dejavniki so po Banduri (5,6) podrejeni posameznikovemu prepričanju o tem, da ima moč, da s svojim delovanjem doseže zelene spremembe.

Na prepričanja o lastni učinkovitosti vplivajo štirje viri informacij:

- spretnost obvladovanja oziroma uspešnosti (izkušnje z uspehom ali neuspehom soočanja z izzivi v preteklosti);
- nadomestne izkušnje (opazovanje rezultatov delovanja drugih ljudi);
- socialno prepričevanje (neposredni vplivi ljudi okoli nas, kamor lahko sodijo tudi informacijske kampanje, posredovane od pomembnih drugih);
- fiziološka in emocionalna stanja (fizični in emocionalni odziv na okoljske izzive se lahko kaže v občutku tesnobe, nihanju razpoloženja, občutku utrujenosti ipd., na osnovi katerih posameznik sklepa o tem, kako učinkovito se lahko spopade z izzivi okolja).

Hiter oris socialnokognitivne teorije opozarja predvsem, da na to, ali bodo ljudje delovali skladno s priporočili ali ne, vplivajo številni dejavniki, ki so med sabo v interakciji. Zato moramo pri oblikovanju socialnomarketinških programov razmisliti o tem, katere od dejavnikov spreminjati in kako, da bodo pri ciljni skupini okrepili občutek, da imajo možnost in moč, da se vedejo v skladu s priporočili. Glede na zgoraj izpostavljene vire informacij, ki vplivajo na prepričanja o lastni učinkovitosti, lahko interveniramo tako, da okrepimo razumevanje in znanje o problemu, razvijamo veščine za spopadanje s problemom ali posredujemo v okolje in vplivamo na okoljske dejavnike, ki delujejo kot spodbujevalci (nezaželenih) vedenj. Z odstranitvijo avtomatov s sladkimi pijačami v osnovnih šolah in namestitvijo pitnikov navadne vode lahko neposredno vplivamo na vedenje: zmanjšamo dostopnost do sladkih pijač, ki lahko nadalje otroke spodbudi tudi k razmisleku o tem, kako močna je želja po zadovoljevanju žeje s sladkimi pijačami, če imajo na voljo priročne in bolj priporočene alternative.

Teorija o družbenih normah

Družbene norme so vseprisotne in povezane s slehernim vedenjem. Ker smo ljudje družbena bitja, nas zanima, kaj počnejo drugi, kako to počnejo in kako to osmišljajo. To nam predstavlja okvir delovanja. Naše vedenje torej ne usmerja le to, kar je družbeno zaželeno in dovoljeno (predpisane norme), temveč tudi to, kar vidimo okoli sebe kot zglede za delovanje ali menimo, da drugi počnejo in mislijo (deskriptivne norme). Vedenje v skladu z normami je lahko nagrajeno ali pa kaznovano. V primeru kršenja predpisanih norm bodo prestopniki kaznovani; na primer prodajalec v trgovini bo, če bo prodal alkoholno pijačo mladoletni osebi, v skladu z zakonom (ZOPA) finančno kaznovan. Kazni in nagrade za (ne)delovanje v skladu z družbenimi normami pa so lahko tudi bolj simbolične (občutek moči, sprejetost v skupini prijateljev); na primer mladoletnik meni, da bo izločen iz skupine, če bo na zabavi odklonil alkoholno pijačo, ker meni, da vsi mislijo, da je popivanje normalen del odraščanja. Deskriptivne norme lahko na vedenje vplivajo celo močnejše kot pa predpisane norme, ker se zdi, da sporočajo, kakšno je najbolj učinkovito delovanje v določeni situaciji (8). Zato je pomembno, da se razišče zaznane norme v povezavi z določenim vedenjem in se jih preoblikuje tako, da bodo podperne pri doseganju družbenih sprememb. Zakonska regulacija sama po sebi ni dovolj, a pri spreminjanju družbenih norm lahko pomaga, saj sporoča, kaj je v družbi sprejemljivo ali družbeno zaželeno vedenje. S prepovedjo kajenja v zaprtih javnih prostorih je večina držav v EU sporočila, da je kajenje tobačnih izdelkov problematično ne le za kadilce, ampak predvsem za nekadilce, ki so prisilno izpostavljeni onesnaženemu zraku. Taka prisila družbeno ni zaželeno.

Socialnoekološka teorija

Vedenje ljudi je vpeto v okolje, ki si ga lahko predstavljamo kot zloženko plasti posameznih sistemov, ki jih je začetnik socialnoekološke teorije, Bronfenbrenner (9), razdelil na mikrosistem (neposredno okolje), mezosistem (sistem, v katerem ljudje stopajo v medosebne interakcije, kot so dom, posameznikovo delovno okolje, ožja družina, soseska in neposredno vplivajo na mikrosistem), ekosistem (okolje, ki posredno vpliva na razvoj ljudi, kot so množični mediji, delovno okolje, zdravstvene in socialne storitve v skupnosti) in makrosistem (politični in ekonomski sistem, razslojenost družbe, zakonodaja, kulturne navade in običaji). Vsi ti sistemi so v interakciji v danem času, pa tudi skozi čas. Zato z vidika spremembe ljudi in okolij v času lahko razmišljamo tudi o kronološkem sistemu. Ta teoretski pristop je uporaben za načrtovanje socialnomarketinških programov, ker izpostavlja kompleksnost slehernega vedenja in opozarja, da za reševanje družbenih problemov ni dovolj, da se osredotočimo le na vedenje ljudi s tveganim ali škodljivim vedenjem. Družbene spremembe moramo načrtovati na več ravneh hkrati in naslavljati akterje, ki so ključni za doseganje sprememb v posameznih plasteh celostnega biotopa. Teoretiki socialnega marketinga potrebo po naslavljanju različnih sistemov razlagajo z analogijo toka reke: bolj kot gremo proti toku, izviru, bolj se približujemo ključnim strukturnim povzročiteljem problemov, ki se spodaj, ko se reka razlije, zdijo le še zelo težko obvladljivi problemi množice posameznikov. Socialnomarketinški programi, ki so osredotočeni na posameznike in njegov mikrosistem, so tako poimenovani s »tokom navzdol« (angl. downstream), programi, ki se osredotočajo na akterje v mezosistemu, so poimenovani »proti toku« (angl. midstream), programi, ki se osredotočajo na politike, zakonodajo in družbene norme v makrosistemu, pa bi lahko poimenovali »proti izviru« (angl. upstream) (13). Majhna sprememba v eni od plasti sistema (na primer v delovnem okolju) ima lahko velike in daljnosežne posledice v drugi plasti sistema (na primer družini), zato je glede na sredstva pomembno premisliti kompleksnost problema in čas, na katero plast sistema bomo usmerili programe, ki bodo dolgoročno vodili k trajnostni spremembi vedenja in rešitvi družbenega problema.

Teorija kapitala

Ključen vpliv te teorije na socialnomarketinški pristop je v predpostavki, da bodo programi za doseganje vedenjskih sprememb lahko trajnostno učinkoviti le, če bodo izboljšali in povečevali vire ljudi, ki jih imajo na razpolago za svoje delovanje. Putnam (11) je osredotočen predvsem na socialni kapital, ki govori o socialni mreži, kakovosti in količini medosebnih interakcij med ljudmi v določeni skupnosti. Skupnosti z bolj razvitimi socialnimi mrežami so bolj sodelovalne in podperne ter dosegajo boljšo kakovost življenja. Bourdieu (10) poleg socialnega izpostavlja še pomen kulturnega in ekonomskega kapitala, ki so med sabo

sicer povezani, a nekateri so na intervencije socialnomarketinških programov lahko bolj odzivni. Na primer pri odvajanju od popivanja imajo ljudje različne vire za dostopnost do ustrezne podpore: poznanstva, ki jih spodbujajo pri prenehanju uživanja alkohola, v znanju, ki je potrebno za prepoznavanje simptomov, ki kažejo na škodljivo pitje ali celo odvisnost, v stališčih, ki dekonstruirajo stigo, zaradi katere posameznik ne bi poiskal strokovne pomoči, v zaznanih normah, ki sporočajo, v kakšnih kontekstih je primerno in zaželeno piti, v denarju, ki omogoči terapijo, v socialni opori, ki vodi hitrejše okrevanje ipd. Pomembno sporočilo teorije kapitala je, da ob neupoštevanju različnih izhodišč in virov, s katerimi razpolagajo ljudje, z intervencijami pomagamo predvsem tam, kjer so problemi najmanjši, oziroma da priporočilom sledijo predvsem tisti, ki problema sploh nimajo (14). Spomnimo se v uvodu izpostavljenega primera, na starše otrok, ki so seznanjeni s priporočili za njihovo zdravo prehranjevanje, a jih zaradi pomanjkanja sredstev ne morejo ali ne znajo upoštevati. Če se odločimo za tip intervencije, ki temelji samo na dodatnem ozaveščanju in informiranju, bomo zgolj utrdili vedenje pri že prepričanih in odvrnili od delovanja tiste z največ težavami, ki pa priporočilom zaradi različnih razlogov ne zmorejo slediti. Posledice takih slabo premišljenih in načrtovanih intervencij se kažejo v večanju neenakosti med družbenimi skupinami (npr. zdravju) in poglobljanju namesto odpravljanja družbenega problema (15). To je tudi eden največjih upravičenih očitkov programom za doseganje vedenjskih in družbenih sprememb.

Teorija menjave

Ko najdemo odgovore na to, kje v odnosu do želenega vedenja so predstavniki naše ciljne skupine in zakaj so tam, si postavimo vprašanje, kako ciljno skupino spodbuditi bližje k vedenjskemu cilju. Odgovor na to vprašanje lahko iščemo z raziskavami, ki jih usmerja teorija menjave. Ta predpostavlja, da ima vsako vedenje alternative, ki jih ljudje ocenjujejo, med njimi pa izberejo tisto, ki jim v danem trenutku prinaša največ koristi. Ta predpostavka nadalje izpostavlja to, da ima vsako vedenje, ki se za oblikovalce socialnomarketinških programov zdi najbolj sprejemljivo in priporočeno, konkurenco. V socialnem marketingu torej ne moremo mimo tega, da preučimo, kateri so konkurenčni dejavniki, ki ovirajo ali preprečujejo priporočeno vedenje (3).

V socialnomarketinških programih je menjava obravnavana predvsem na simbolni ravni in vključuje prenos dokaj neotipljivih, a za vsako menjavo ključnih psiholoških in družbenih vrednosti. Darovanje krvi, denimo, je menjalni odnos med transfuzijsko organizacijo, pa tudi med številnimi pacienti, ki potrebujejo transfuzijo krvi za svoje preživetje. Darovalec krvi se bo prostovoljno odločil za

darovanje, ker verjame, da je to dejanje, ta menjalni odnos primeren in družbeno zaželen.

Teorija menjave posreduje dvoje pomembnih sporočil: (1) tisti, ki želijo spodbuditi spremembo vedenja, morajo uporabnike, državljane prepoznati kot ljudi, s katerimi morajo razvijati odnose; (2) organizacije, ki želijo spodbuditi spremembo vedenja, morajo vedeti, kaj lahko predstavnikom svoje ciljne skupine ponudijo v menjalnem procesu, ki ga želijo vzpostaviti. Zato morajo ugotoviti, kaj ti ljudje cenijo, kaj jim je pomembno, česa se bojijo, kakšne so njihove aspiracije ipd. To pa vodi že k novemu pojmu, ki je v socialnem marketingu izjemnega pomena: ustvarjanje vrednosti. Dejavnosti, ki pomagajo, da se ljudje počutijo bolje, bolj spoštovano, so visoko vrednotene in lahko spodbudijo priporočeno vedenje.

Socialnomarketinški pristop

Socialnomarketinški pristop zahteva, da:

- razmišljamo širše kot samo o komuniciranju (in komunikacijskih kampanjah);
- postavimo vedenjske cilje (da srednješolci ob nakupu pijače ne sežejo po pijačah z dodanim sladkorjem);
- opredelimo in izberemo ciljne skupine (mladostniki, stari med 16 in 18 let, ki so opustili šolanje);
- smiselno uporabimo spoznanja ustreznih teorij in modelov za spreminjanje vedenja;
- razmislimo o individualnih in strukturnih dejavnikih, ki vplivajo na priporočena vedenja; posvetimo posebno pozornost konkurenčnim dejavnikom (identificiramo zaviralne in spodbujevalne dejavnike);
- oblikujemo atraktivne motivacijske menjave z izbranimi ciljnimi skupinami;
- upoštevamo množične medije in industrijo zabave kot potencialne zaveznike ali konkurente pri doseganju priporočenega vedenja;
- razmišljamo in delujemo analitično ter sistematično;
- spremljamo in merimo učinke programov (prirejeno po Hastings in Domegan, 2013 (3)).

Pet korakov načrtovanja socialnomarketinškega procesa



Slika 8.4: Socialnomarketinški proces (prirejeno po French in Blair-Stevens, 2007 (16))

V zgornji shemi predstavljen model je zelo poenostavljen proces načrtovanja socialnomarketinških programov, ki praviloma ni zakoličeno linearen, saj se lahko kateri od korakov ponovno dopolni z nalogami predhodnih korakov. Poleg tega je reševanje družbenih problemov dolgotrajen postopek v nenehno se spreminjajočih okoliščinah, zato se ta proces lahko ponovi velikokrat tudi v odnosu do reševanja enega in istega problema. Vsak od korakov vsebuje številne naloge, ki so nujne zato, da lahko sistematično in analitično načrtujemo naslednje korake. Včasih moramo dobro premisliti, kateri bo prvi korak, ali bi na primer najprej določili ciljni segment in potem analizo vedenja v tej skupini ali pa bi bilo bolje najprej raziskati populacijo glede številnih spremenljivk in šele nato narediti segmentacijo ter določiti ciljno skupino programa (7). Vrstni red takih korakov ni enostavno določljiv; pri tem pa zagotovo pomagajo izkušnje, seznanjenost s teorijo in razumevanje problema ter poznavanje primerov dobre prakse. Ta linearni model predvsem usmerja načrtovalce intervencij v sistematično razmišljanje in delo ter opozarja na to, da je preskakovanje posameznih korakov kontraproduktivno.

Posamezni koraki modela za vodilo pri načrtovanju socialnomarketinških programov so v tabeli 8.4 prirejani in dopolnjeni po osnovni shemi Ong in Blair-Stevens (17):

Tabela 8.4: Koraki modela za načrtovanje socialnomarketinških programov

Korak	Naloge	Cilj
Raziskovanje	<p>Analiza situacije (po modelih SWOT, PESTO) in preučitev problema</p> <p>Doseči razumevanje, kako se problem izraža na ravni vsakdanjega življenja ljudi, ki so v središču našega preučevanja (za to imamo na voljo številne raziskovalne pristope, kvalitativne in kvantitativne. Izbor metode raziskovanja bo odvisen od zastavljenega raziskovalnega vprašanja)</p> <p>Identificirati in mobilizirati človeške in finančne vire (tistih, ki bi jih lahko vključili v razvoj in implementacijo programa)</p> <p>Ocena in izbira možnosti, ki bodo najverjetneje lahko pozitivno učinkovale na izbrano populacijo</p> <p>Ta faza je ključna za razvoj učinkovitih programov socialnega marketinga. Preprečuje, da bi problem napačno naslavljali, izbrali neprimerne ciljne skupine, zastavili preveč ohlapne ali nerealne vedenjske cilje programa. Določi tudi izhodišče za merjenje, evaluacijo in poročanje učinkov programa.</p>	<p>Raziskovalno poročilo</p> <p>Odločitev o izboru strategije: postavitve vedenjskih ciljev in odločitev o tem, katero od možnih intervencij izbrati za naslednji, razvojni korak</p>
Razvoj	<ul style="list-style-type: none"> • Razvoj intervencije (programa, kampanje) glede na zastavljene vedenjske cilje in spoznanja o ciljni skupini • Načrtovanje socialnomarketinškega spleta (vedenje, cena, komuniciranje, distribucijske poti, ljudje, fizični dokazi, procesiranje) • Testiranje idej in rešitev pri ciljni skupini • Preverjanje, da so dokazi, spoznanja in sprejete predpostavke relevantne in izvedljive 	<p>Socialnomarketinški načrt, ki vsebuje tudi razmislek o vseh elementih marketinškega spleta</p>
Implementacija	<p>Izvedba socialnomarketinškega načrta (odvisna od izbrane intervencije; ali gre za komunikacijsko kampanjo, sporočeno prek množičnih medijev, ali osebno intervencijo s programi, usmerjenimi k lokalnim skupnostim ipd.)</p> <p>Aktivno spremljanje izvedbe različnih taktik (iskanje dodatnih možnosti za implementacijo, ki se lahko pojavijo ob izvajanju osnovnega načrta; spremljanje tveganj in odzivanje na tista, ki bi lahko ogrozila učinkovito izvedbo intervencije)</p>	<p>Relevantne intervencije (na primer oprema šolskih prostorov s pitniki z vodo iz vodovoda in odstranitev vseh avtomatov s sladkanimi pijačami; ozaveščevalna kampanja prek spletnih socialnih omrežij o spolno prenosljivih boleznih in spodbuda dijakov k prostovoljnemu testiranju; sprememba zakonodaje, ki zaradi onesnaževanja okolja prepove dostopnost plastičnih vrečk v trgovinah)</p>

Korak	Naloge	Cilj
<p>Evalvacija</p>	<p>Ponovna ocena zastavljenih ciljev glede na izvedeno delo</p> <p>Zbiranje podatkov in ocen o izvedenem delu</p> <p>Ocena procesa, uspešnosti in finančne učinkovitosti</p> <p>Zelo pomembno je, da se (ne)uspešnost programov ocenjuje glede na dosežene vedenjske cilje. Kaj se je pri ciljni skupini spremenilo po intervenciji? Ali smo dosegli boljšo informiranost (kako se to kaže), ali smo dosegli spremembo v vedenju (kakšen odstotek ciljne skupine se jena primer prenehal opijati, prenehal kaditi, začel zajtrkovati, se registriral za darovalca organov po smrti, se pridružil skupini za preprečevanje medvrstniškega mobinga v šoli ipd.).</p> <p>S sistematičnim spremljanjem učinkov se naučimo, kakšni prijemi so delovali, kateri so bili manj uspešni ter zakaj so bili bolj ali manj uspešni. To nam omogoča, da pri prihodnjih programih ne ponavljamo napak in da se osredotočimo na pristope, ki so dokazano učinkoviti.</p>	<p>Formalno evalvacijsko poročilo</p>
<p>Diseminacija/ razširjanje</p>	<p>Delitev poročila z naročniki, financerji, podporniki programa z mislijo na možnost nadaljevanja projekta, če je to potrebno</p> <p>Delitev informacij o projektu z zainteresiranimi javnostmi (ne pozabiti medijev in političnih odločevalcev)</p> <p>Zahvale skupnostim, posameznikom, organizacijam, ki so sodelovale pri realizaciji načrta</p> <p>Priprava strokovnih in znanstvenih prispevkov, če spoznanja, povezana z izvedbo programa, pomembno nadgrajujejo obstoječa znanja</p>	<p>Članki in strokovne predstavitve, ki spodbujajo prenos znanj</p> <p>Priporočila in predlogi za prihodnje delo</p>

Literatura

1. Daniel CA. Hidden Cost to Giving Kids Their Vegetables. The New York Times, 2016. Dostopno 28.2.2016 na: http://www.nytimes.com/2016/02/16/opinion/why-poor-children-cant-be-picky-eaters.html?_r=0
2. Spotswood F, Tapp A. Rethinking How to Tackle Binge Drinking Using Social Marketing: A Netribal Analysis. *Social Marketing Quarterly*. 2011;17(2):76-91.
3. Hastings G, Domegan C. *Social marketing: From tunes to symphonies*. Routledge: London, 2013.
4. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51: 390–395.
5. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84, pp. 191–215.
6. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New York, 1986.
7. Perkins HW, Berkowitz, AD. Perceiving the Community Norms of Alcohol Use Among Students: Some Research Implications for Campus Alcohol Education Programming. *International Journal of the Addictions*, 1986, 21: 961–976.
8. Kenny P, Hastings G. Understanding Social Norms: Upstream and Downstream Applications For Social Marketers, v Hastings, G., Angus, K. and Bryant, C. (ur.), *Handbook of Social Marketing*, Sage, Los Angeles, London, 2011, 61–80.
9. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. *Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
10. Bourdieu P. The forms of capital. V A. H. Halsey, Hugh Lauder, Phillip Brown in Amy Stuart Wells (ur.), *Education. Culture, Economy, and Society*, 46–58. Oxford: Oxford University Press., 1986/1977.
11. Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 1995, 6 (1), 65–78.
12. Kamin T. Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljana, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana, 2006.
13. Gordon R. Unlocking the potential of upstream social marketing. *European Journal of Marketing*, 2013, 47(9), pp. 1525–1547.
14. Kamin T, Tivadar B. Kapital(i) in zdravje. *Teorija in praksa*, 2011, 48 (4): 1004–1023.
15. Kamin T, Anker T. »Cultural capital and strategic social marketing orientations«, *Journal of Social Marketing*, 2014, Vol.4 No.2, pp. 94–110.
16. French J, Blair-Steens C. *Big pocket guide: social marketing*. London, National Social Marketing Centre, 2007.
17. Ong D, Blair-Stevens. *The total Process Planning (TPP) Framework*. V: French, J. In *drugi (uredniki), Social marketing and public health. Theory and Practice*. Oxford University Press, Oxford, New York, 2010.
18. French J, Gordon R. *Strategic Social Marketing*. Sage: London, 2015. a stran



Skavti

NO EXCUSE
pobuda
Brez izgovora



NIJZ
Nacionalni inštitut
za javno zdravje

RTV SLO info@rom