

## Alkohol in tobak med mladimi v Sloveniji

(nelektorirana verzija)

Pripravili: Maja Zorko in Helena Koprivnikar, Nacionalni inštitut za javno  
zdravje

Ljubljana, 2015

## 1 Oris področja

### 1.1 Alkohol

#### 1.1.1 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 (povzeto po Anderson in Baumberg 2006, Čebašek Travnik 1999, Kolšek 2004, SZO 2005).

Tabela 1.1.1 Osnovni pojmi s področja pitja alkohola.

POJEM	OPREDELITEV
ENOTA (tudi merica) ALKOHOLA	Količine popitega alkohola najpogosteje izrazimo v enotah alkohola oz. 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 (Bloomfield in sod 2003, ICAP 2015). 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.
MEJE MANJ TVEGANEGA PITJA ALKOHOLA (pitje alkoholnih pijač znotraj mej manj tveganega pitja alkohola)/ZMERNI PIVCI	<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"> <li>- 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,</li> <li>- 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.</li> </ul> <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 (npr. 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 oz. o zmernih pivcih, saj pri njih vsakršno pitje alkohola velja za tvegano (CDC, Dawson 1997, DeWitt in sod 2000, Grant in Kraus in sod 2000, WHO 2014), zato otroke in mladostnike, ki pijejo alkohol opredelimo kot čezmerne pivce.</p>
ČEZMerno PITJE ALKOHOLA/ČEZMERNI PIVCI (pitje alkoholnih pijač čez meje manj tveganega pitja	Kadar oseba presega meje manj tveganega pitja alkohola, govorimo o čezmernem pitju alkohola.

<p>alkohola)</p> <p>OPIJANJE (angl. binge drinking)/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 (Bloomfield in sod 2006, Grittner in sod 2012).</p> <p>V slovenskih populacijskih raziskavah (npr. CINDI 2001-2012, raziskava Anketa o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog Koprivnikar in sod 2015) je opijanje največkrat opredeljeno kot pitje šest ali več enot alkohola ob eni priložnosti za moške in štiri ali več enot alkohola ob eni priložnosti za ženske, ne glede na starost anketirancev.</p> <p>V slovenskih populacijskih raziskavah, ki proučujejo pivsko vedenje otrok in mladostnikov pa je opijanje opredeljeno kot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- v raziskavi HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (Jeriček Klanšček in sod 2015) je opijanje opredeljeno z vprašanjem: »Ali si kdaj spil/a toliko alkoholne pijače, da is bil/a prav zares pijan/a?« (Jeriček Klanšček in sod 2007, Jeriček Klanšček in sod 2015),</li> <li>- v raziskavi ESPAD - Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino 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 (Stergar in Urdih Lazar 2014).</li> </ul>
<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 preko mej manj tveganega pitja (čezmerno 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 presegajo 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 oz. 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 ter oslABLJENA 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 pričakovanega učinka potrebna vedno večja količina</p>

alkohola oziroma je ob enaki količini učinek alkohola bistveno manjši.

### 1.1.2 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 (Hampton 2006, Heath in Nelson 2002, Young-Wolff in sod 2011) poudarjajo, da gre pri razvoju odvisnosti za prepletanje dejavnikov dednosti in dejavnikov okolja. 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 (npr. odnos družbe do alkohola, dostopnost alkohola, viri socialne pomoči, dohodek na prebivalca, ...). Pri dejavniki dednosti in okolja je izrednega pomena njuno prepletanje, kar lahko ponazorimo s slednjim 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 povečevala (npr. enostaven dostop do alkohola, permisivna stališča do tveganega pitja alkohola).

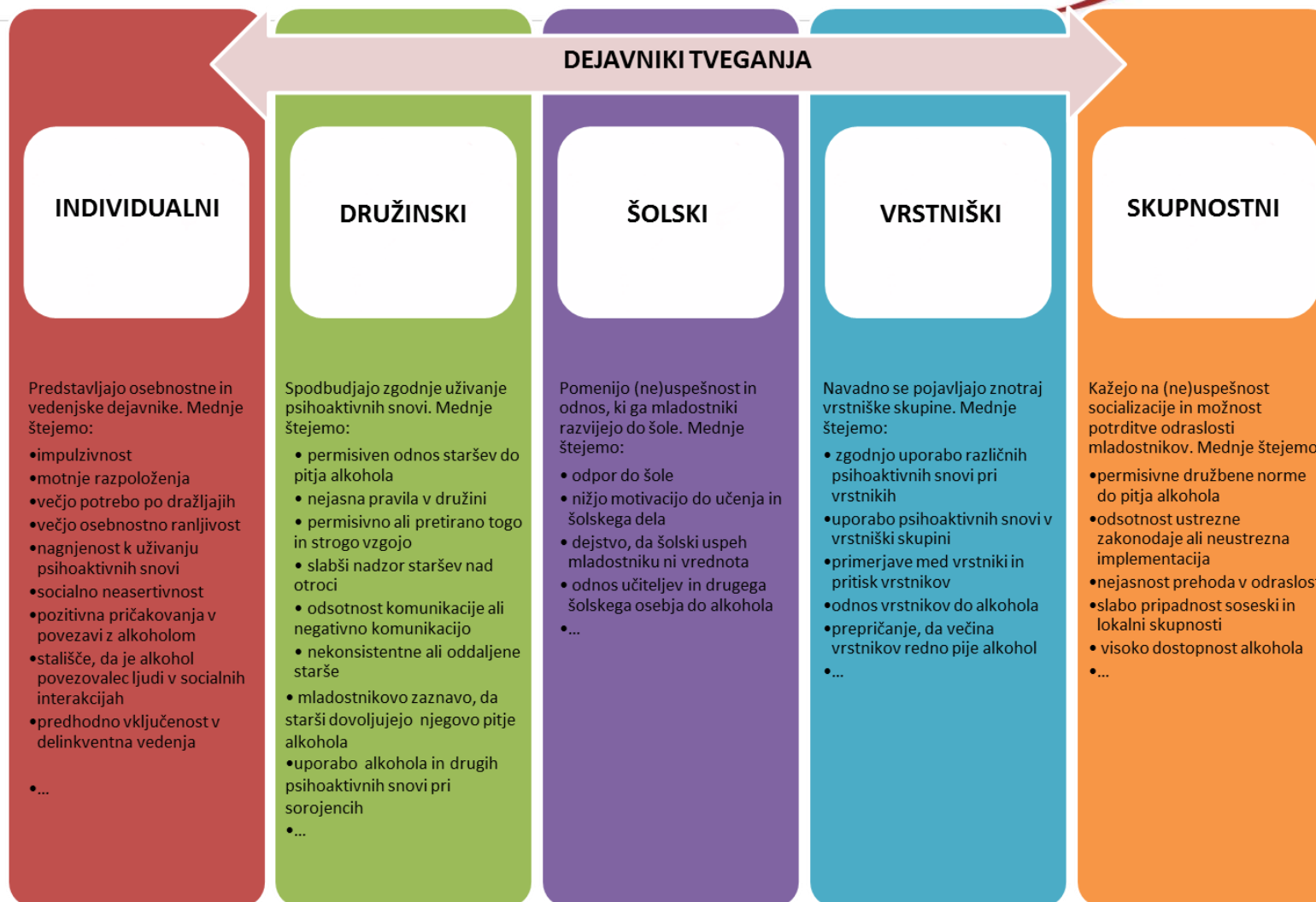
Različne raziskave so med dejavniki tveganja za tvegano in škodljivo pitje alkohola pri mladostnikih izpostavile prisotnost alkohola v družinski anamnezi, to je pojav odvisnosti ali težav z alkoholom pri starših, sorojencih ali drugih ožjih sorodnikih, izpostavile pa so tudi permisiven odnos staršev do alkohola (Donovan 2004, Young-Wolff in sod 2011). Med dejavniki tveganja za pitje alkoholnih pijač sodijo tudi večja dostopnost alkohola doma, permisivna vzgoja in slab starševski nadzor (Donovan 2004, Young-Wolff in sod 2011). 15- in 16-letni mladostniki, katerih starši običajno ne vedó, kje preživljajo sobotne večere, so v zadnjem mesecu pogosteje 3-krat ali večkrat spili po pet alkoholnih pijač zapored kot mladostniki, katerih starši pogosto ali vedno vedó, kje preživljajo sobotne večere (Stergar in sod 2005).

Med dejavniki tveganja različni avtorji uvrščajo tudi nekatere kognitivne primanjkljaje (npr. 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. (Clark, Bukstein in Cornelius 2002, Clark 2004, Donovan 2004, Ellis, Zucker in Fitzgerald 1997, Gerrard, Gibbons, Zhao, Russell in Reis Bergan 1999, Young-Wolff in sod 2011). 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 zaznamim socialnim normam v zvezi s pitjem alkohola ... (Borsari in Carey 2001). S starostjo mladostnikov pada delež tistih, katerih prijatelji nikoli niso pili alkohola (Kolšek 2000). 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 (Kolšek, 2000). Ob tem pogosteje pijejo mladostniki, katerih prijatelji imajo bolj tolerantna stališča do pitja alkohola in ki pijejo zaradi navade in v družbi svojih prijateljev (Kolšek, 2000). 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 (Stergar 1992). Kadar so v družbi s svojimi prijatelji, 2/3 17-letnikov vsaj občasno pije alkohol (Zalta in sod 2008). 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 ¼ mladostnikov. Kot že rečeno imajo pomembno vlogo pri odločitvi za pitje alkohola tudi sorojenci, ugotovili so (Stergar in Urdih Lazar 2014), 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 inštrument, 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 (Kolšek 2000).

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 (Bajt in Zorko 2009, Kolšek 2000, Ramovš in Ramovš 2007, Tivadar in Kamin 2005, Zalta in sod 2008), 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. 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 (Bajt in Zorko 2009). 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) (Bajt in Zorko 2009).

Mladostniki so za razvoj škodljivega pitja alkohola bolj ranljivi tudi zaradi razvojnih sprememb, predvsem dozorevanja možganov, ki se dogaja v času mladostništva (Bava in Tapert 2010, Lovrečič 2014). Izhajajoč iz različne literature (npr. Clark, Bukstein in Cornelius 2002, Donovan 2004, Green in Rachel 2001, Sande 2004, Tomori in sod 1998, Young-Wolff in sod 2011) smo dejavnike tveganja za pitje alkohola in razvoj odvisnosti med mladostniki razdelili v pet področij: individualno, družinsko, vrstniško in šolsko področje ter področje skupnostnih dejavnikov (slika 1.1.1).



Slika 1.1.1

Dejavniki tveganja za pitje alkohola med mladimi.

Povzeto po Clark, Bukstein in Cornelius 2002, Donovan 2004,

Green in Rachel 2001, Sande 2004, Tomori in sod 1998, Young-Wolff in sod 2011.

Med varovalnimi dejavniki, ki posameznika varujejo pred pitjem alkohola in razvojem odvisnosti, pa avtorji (Brooks in sod 2012, Cleveland in sod 2008, Hočevar 2014, Pirnat 2014, Sale, Sambrano, Springer, Pena, Pan in Kasim 2005, Stergar in Urdih Lazar 2014) izpostavljajo občutek kompetentnosti, asertivnost, sposobnost učinkovitega reševanja problemov, dobre socialne spretnosti in oporno socialno omrežje, kakovosten odnos oziroma ustrezna komunikacija 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. V raziskavi ESPAD - Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino so raziskovalci (Stergar in Urdih Lazar 2014) ugotovili, da je neuporaba 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.

Pomembno je tudi, da otroka opremimo z veščinami odločanja in reševanja problemov, da se bo znal kasneje v življenju soočiti 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 otroku pomagamo graditi raznoliko in trdno socialno omrežje, ki mu bo kasneje v življenju vir opore in pomoči.

### 1.1.3 Izidi in posledice pitja alkohola

V zadnjih desetletjih je bilo opravljenih veliko raziskav, ki so pokazale, da ima škodljivo pitje alkohola veliko različnih posledic (Anderson in Baumberg 2006, Babor in sod 2010, Rehm in sod 2009, WHO 2014). Te se kažejo na ravni:

- posameznika (npr. 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 (npr. slabši odnosi ali nasilje, duševne težave pri bližnjih in otrocih),
- njegove ožje in širše okolice (npr. težave na delovnem mestu, večja konfliktnost, kriminal, kaljenje nočnega reda in miru) ter na ravni
- celotne družbe (npr. 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 (Brown, Tapert, Granholm in Delis 2000). Raziskovalci ob tem ugotavljajo tudi, da so tisti mladostniki, ki so začeli piti alkohol pri nižji starosti, kasneje pili bolj tvegano (Hawkins in sod 1997). Možgani otrok in mladostnikov so občutljivejši za škodo, ki nastane zaradi izpostavljenosti alkoholu, kar je posledica razvojnih sprememb, predvsem dozorevanja možganov (Bava in Tapert 2010,

Lovrečič 2014). 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 (BOLOB 2014, Perharič in sod 2010, Perharič in sod 2014). 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 od 7 do 14 let, od 30 do 44 let in od 45-64 (Perharič in sod 2010, Perharič in sod 2014).

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 (Ramovš in Ramovš 2007, Stergar, Pucelj in Scagnetti 2003, Tivadar in Kamin 2005, Bajt in Zorko 2009).

Alkohol v Sloveniji predstavlja velik problem (Lovrečič in Lovrečič 2014a, Lovrečič in Lovrečič 2014c). Zdravstveni in nekateri drugi stroški (npr. prometne nezgode, nasilje v družini, kriminalna dejanja – kraje, vandalizem), ki so povezani s pitjem alkohola, so bili v Sloveniji leta 2011 ocenjeni na 242 milijonov EUR (Sedlak in sod 2014). V umrljivosti zaradi vzrokov, ki jih v celoti lahko pripišemo alkoholu, se uvrščamo nad evropsko povprečje (HFA 2010, SZO 2010). V Sloveniji zaradi teh vzrokov in zaradi prometnih nezgod, katerih povzročitelji so alkoholizirani, na leto v povprečju umre vsaj 725 ljudi (Lovrečič in Lovrečič 2014c; Podatki policije 2014), kar predstavlja med 3 % in 4 % vseh smrti.

## 1.2 Tobak

### 1.2.1 Uvod

Raba tobaka je vodilni preprečljivi vzrok smrti v svetu (WHO 2011a), vsako leto zaradi bolezni pripisljivih rabi tobaka umre skoraj 6 milijonov ljudi (Lim in sod 2012, WHO 2011b). S kajenjem povzročene bolezni so vzrok smrti dveh tretjin kadičev (Banks in sod 2015, Pirie in sod 2013), ki v povprečju umrejo vsaj deset let prezgodaj (Doll in sod 2004, Jha in sod 2013). Polovica vseh umrlih zaradi bolezni, pripisljivih kajenju, umre že med 35. in 69. letom starosti (Doll in sod 2004).

V Sloveniji je tobak med dejavniki tveganja vodilni preprečljivi vzrok smrti (WHO 2005a). 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 (WHO 2012).

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 (GHK 2012).

### 1.2.2 Opredelitev osnovnih pojmov

Odrasle kadičice delimo na redne kadičice in občasne kadičice. Redni kadičci so tisti, ki kadijo vsak dan, občasni tisti, ki ne kadijo vsak dan. Na začetku kajenja se med mladostnik in mladimi odraslimi kadičske navade razlikujejo od tistih med odraslimi, se še razvijajo in spreminjajo ter postopoma prehajajo v utrjene kadičske navade (Jamner in sod 2013). Pri mladostnikih zato kot kazalnik kajenja uporabljamo delež tistih, ki kadijo vsaj enkrat na teden ali pogosteje (Currie in sod 2012, Mayhew in sod 2000, USDHHS 2000).

Kadičci 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 (npr. izdelki z nikotinom, kamor sodijo elektronske cigarete, pa tudi druge vrste izdelkov kot so zeliščne cigarete). Uporabljajo lahko en izdelek ali pa več različnih (Lavtar in sod 2014).

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

Velika večina prebivalcev Slovenije je nekadičev. Po podatkih iz raziskave "Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije" (CINDI) je v 2012 kadičilo približno 23 % prebivalcev, starih 25-64 let, višji delež moških (približno 25 %) kot žensk (približno 20 %). Med prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem (merjeno z izobrazbo in samoocenjeni družbeni sloj) so deleži kadičev višji kot med prebivalci z višjim socialno-ekonomskim položajem. Med 2008 in 2012 raziskava CINDI kaže na zvišanje deleža kadičev med odraslimi na račun zvišanja deleža med ženskami, medtem ko sprememb v deležu kadičev med moškimi ni bilo (Koprivnikar 2014). Na zvišanje deleža kadičev v zadnjih letih med prebivalci Slovenije, starimi 15 let in več, kaže tudi raziskava Eurobarometer (Eurobarometer 2015).

Podatki iz različnih držav, tudi iz Slovenije, kažejo, da s kajenjem začnejo in nadaljujejo večinoma mladostniki in mladi odrasli (Bernat in sod 2012, Freedman in sod 2012, Jha in sod 2013, Koprivnikar 2012, Koprivnikar in Korošec 2015, USDHHS 1994, USDHHS 2012, USDHHS 2014). V Sloveniji je med prebivalci, starimi 35-44 let, ki so kadarkoli 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 kadarkoli v življenju kadili (Koprivnikar in Korošec 2015). Uspeh, prodaja in dobiček tobačne industrije so torej v prihodnosti odvisni predvsem od obsega kajenja med mladostniki in mladimi odraslimi (Chaloupka in sod 2002, Coombs in sod 2011, USDHHS 2012). 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 (Coombs in sod 2011).

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 najpogostejše redne in utrjene kadilske navade (Jamner in sod 2003). Mladostniki, ki kadijo, kadijo manj pogosto, pogosto ne kadijo vsak dan, če kadijo vsak dan, pa bolj verjetno pokadijo manj cigaret na dan (Colby in sod 2000). Od začetka kajenja do začetka rednega kajenja v povprečju mine okoli dve do tri leta (Breslau in sod 1993, Turner in sod 2004, USDHHS 2012), pri čemer med spoloma ni razlik (Robinson in sod 2014). Nižja ko je starost ob prvem poskusu kajenja, daljši je čas do začetka rednega kajenja (Breslau in sod 1993, Fergusson in Horwood 1995, Robinson in sod 2014, Turner in sod 2004). 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 (USDHHS 1994, USDHHS 2012, Yuan in sod 2015). Pomembna je tudi z vidika kasnejših zdravstvenih izidov, saj raziskave kažejo, da je tveganje za razvoj nekaterih s kajenjem povezanih bolezni višje ob zgodnejšem začetku kajenja (USDHHS 2014).

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

Najpogostejše 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 (Lavtar in sod 2014).

Nikotin v tobačnih in sorodnih izdelkih povzroča zasvojenost in je bistven za razvoj in vzdrževanje kajenja (Baker in sod 2004, USDHHS 1994, USDHHS 2012). Nikotin je visoko zasvojljiva snov, podobno kot heroin ali kokain (AGCRP 2009, USDHHS 1994), mladostništvo (adolescenca) pa obdobje edinstvene preobčutljivosti na stimulacijske učinke nikotina in zasvojljivost nikotina (USDHHS 1994, USDHHS 2012, Yuan in sod 2015). Različne raziskave kažejo, da je z nikotinom zasvojen znaten delež kadilcev mladostnikov in sicer vse od 19 % do 68 % (Colby 2000, Mermelstein 2003). 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 (Mermelstein 2003, Yuan in sod 2015). Mlajši ko je posameznik ob začetku kajenja, večja je verjetnost, da bo postal

zasvojen, da bo napredoval do rednega kajenja, več kadi kot odrasla oseba in imel težave pri opuščanju (USDHHS 1994, USDHHS 2012). 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 (USDHHS 2014). 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 (USDHHS 2012, USDHHS 2014, Yuan in sod 2015), pa tudi na duševno zdravje (Yuan in sod 2015). Novejše raziskave kažejo, da tudi kratkotrajna izpostavljenost nizki dozi nikotina lahko privede do trajnih sprememb v mladostnikovih možganih (Yuan in sod 2015).

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

#### **1.2.4.1 Tobačni izdelki**

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. V kolikor ima uporabnik teh izdelkov tudi kakšne druge bolezni, npr. bolezni dihal, lahko pride do poslabšanja bolezni (USDHHS 2012, USDHHS 2014).

##### **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 mrena, 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 (IARC 2009a, IARC 2009b, USDHHS 2004, USDHHS 2014). Resne in nevarne posledice za zdravje, podobne škodljivim učinkom kajenja pri kadilcih, se lahko pojavijo tudi pri nekadilcih po dolgotrajni izpostavljenosti tobačnemu dimu (CEPA 2005, USDHHS 2006).

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 (Mermelstein 2003, USDHHS 2012), 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 (Eriksen in sod 1999, Patel in Homnick 2000). 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, je lahko povezano s kasnejšo rabo marihuane ali drugih prepovedanih drog. Kajenje pri mladostnikih ni povezano s pomembnim zmanjšanjem telesne teže (USDHHS 2012, USDHHS 2014). Kajenje vpliva tudi na kožo, privede namreč do prezgodnjega gubanja kože. Po več letih kajenja se pojavijo značilne gube okoli ust in oči. Kadilci izgledajo starejši, raziskave so pokazale, da za 10 ali 20 let starejši od nekadilcev iste starosti. Tako 40-letni kadilec lahko izgleda 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 nepovrnjivi, s prenehanjem kajenja pa njihovo napredovanje lahko zaustavimo (CMO 2003, Koh in sod 2002, Morita 2007, Smith in Fenske 1996, Vander Straten 2001). Na izgled kadilca poleg sprememb na koži pomembno vplivajo tudi spremembe na zobeh in v ustni votlini. Kajenje povzroča obarvanje zob, umetnih zob in popravljenih zob in 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 (EUWG 1999, Johnson in Hill 2004, Machuca in sod 2000, Reibel 2003, USDHHS 2004, Winn 2001).

### 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 (WHO 2005b, WHO 2014). 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 (WHO 2014). Dim vodne pipe vsebuje nikotin in številne rakotvorne snovi in strupene snovi, ki so prisotne tudi v dimu cigaret (Jawad in sod 2013, WHO 2005b, WHO 2014). Vsebuje zelo visoke ravni ogljikovega monoksida (Akhter in sod 2014, Jawad in sod 2013, WHO 2014) in visoke koncentracije majhnih delcev (Mulla in sod 2014, WHO 2014). Ogljikov monoksid je posledica gorenja oglja, ki se uporablja pri vodni pipi (Jawad in sod 2013). 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 (WHO 2005b).

Vplivi kajenja vodne pipe na zdravje niso tako obsežno raziskani kot pri kajenju cigaret (Jawad in sod 2013, WHO 2005b). 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 (WHO 2005b). Kratkotrajna izpostavljenost dimu vodne pipe lahko privede do draženja sluznice ust in žrela in draženja oči (WHO 2014). 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 (Jawad in sod 2013, WHO 2014). Nikotin v dimu vodne pipe lahko uporabnika zasvoji (Aboaziza in Eissenberg 2014, Jawad in sod 2013, WHO 2005b, WHO 2014). Kajenje vodne pipe je glede na zaključke različnih raziskav vzročno povezano s pojavom različnih bolezni (WHO 2005b, WHO 2014) in sicer bolezni dihal, srca in ožilja, ustne votline in zob (Akl in sod 2010, Jawad in sod 2013, WHO 2014). 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 (Akl in sod 2010, Jawad in sod 2013, WHO 2014). Nosečnice, ki uporabljajo vodno pipo, imajo večjo verjetnost, da bodo rodile otroka z nizko porodno težo, kot nekadilke (Jawad in sod 2013, WHO 2014). Souporaba iste vodne pipe lahko predstavlja tudi resno tveganje prenosa nalezljivih bolezni, npr. hepatitisa in tuberkuloze (WHO 2005b), čeprav nekatere raziskave tega ne potrjujejo (Akl in sod 2010).

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 (Jawad in sod 2013).

Tobak oziroma zmesi za vodne pipe ima 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 (WHO 2005b).

#### 1.2.4.2 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 (Grana in sod 2014, Schraufnagel in sod 2015). Tekočine za elektronske cigarete vsebujejo nikotin (nekateri so tudi brez nikotina), vlažilce, arome in različne druge snovi (Grana in sod 2014, Schraufnagel in sod 2015), o čemer pišemo še v nadaljevanju.

Na svetu obstaja skoraj 470 različnih blagovnih znamk elektronskih cigaret (Zhu in sod 2014), ki so zasnovane in izdelane na različne načine, kar vpliva na njihove značilnosti, kakovost, varnost in potencialno strupenost (EAHC 2012, Grana in sod 2014). Zato ni možno podajati splošnih ugotovitev glede vsebnosti, kakovosti in drugih značilnosti, ki bi veljale za vse elektronske cigarete (Grana in sod 2014, Schraufnagel in sod 2015).

V državah Evropske unije so se elektronske cigarete, ki sicer izvirajo iz Kitajske, prvič pojavile okoli leta 2006 (EAHC 2012). Pogosteje jih uporabljajo mladi (Grana in sod 2014, Lermenier in Palle 2014, Moore in sod 2015, Pisinger 2014, Schraufnagel in sod 2015, Vardavas in sod 2014). Pri nas jih je v letu 2012 uporabljalo 0,3 % mladih, starih 15-24 let, in 0,8 % mladih, starih 25-34 let (Lavtar in sod 2014), deleži uporabnikov elektronskih cigaret v nekaterih drugih državah pa so med mladimi precej višji (Arrazola in sod 2015, Goniewicz in sod 2014, Hanewinkel in Isensee 2015, Kinnunen in sod 2014, Lermenier in Palle 2014, Moore in sod 2015, Niaura in sod 2014, Pisinger 2014, Schraufnagel in sod 2015, Vardavas in sod 2014). Uporaba elektronskih cigaret je problematična med mladimi predvsem tudi zaradi morebitnega razvoja zasvojenosti in kasnejšega prehoda na običajne tobačne izdelke (Cobb in sod 2015, Niaura in sod 2014, Pisinger 2014, Schraufnagel in sod 2015, Yuan in sod 2015). Pogosteje sicer glede na dostopne podatke elektronske cigarete uporabljajo tisti, ki tudi kadijo, in torej uporabljajo oba izdelka (Goniewicz in sod 2014, Grana in sod 2014, Kinnunen in sod 2014, Lermenier in Palle 2014, Moore in sod 2015, Pisinger 2014, Vardavas in sod 2014), a uporabljajo jih tudi tisti, ki sploh ne kadijo (Grana in sod 2014, Hanewinkel in Isensee 2015, Kinnunen in sod 2014, Moore in sod 2015, Vardavas in sod 2014) in bivši kadilci (Pisinger 2014, Vardavas in sod 2014). Znatno delež mladih meni, da so elektronske cigarete manj škodljive kot običajne (Ambrose in sod 2014, Amrock in sod 2015).

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 nikotina 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 (Grana in sod 2014, Pisinger 2014, Schraufnagel in sod 2015).

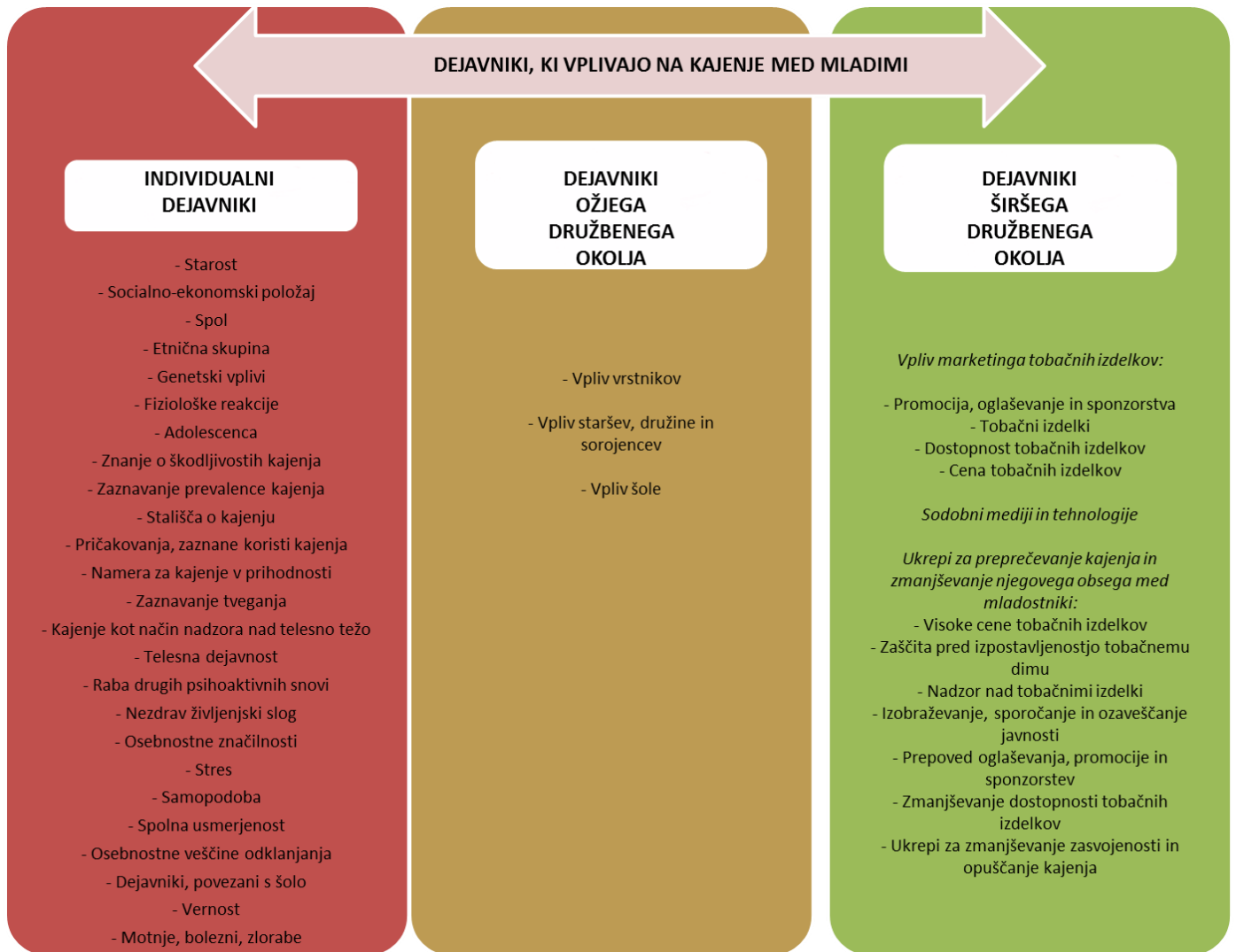
Obstaja več generacij elektronskih cigaret; pri starejših uporabnik zamenja zaprt vložek s tekočino in nima stika z njo, pri novejših pa sam napolni rezervoar s tekočino in tako lahko pride v stik s tekočino in nikotinom (Grana in sod 2014), kar je, kot poročajo iz tujine, privedlo do velikega porasta zastrupitev z nikotinom (AAPCC 2014, Grana in sod 2014, MMWR 2014, Sweden 2013). 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 do 48 mg nikotina na ml tekočine, najpogosteje 18 mg/ml (Erbach 2013). Te količine nikotina lahko ob neustrezni rabi ali zaužitju (otroci tekočine lahko zaužijejo zaradi privlačnih arom) privedejo do zastrupitve pa tudi smrti (Cameron in sod 2014, USDHHS 2014).

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 zaenkrat ne moremo trditi, da aerosol ni škodljiv zdravju izpostavljenih oseb (Grana in sod 2014).

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 (Grana in sod 2014, McRobbie in sod 2014, Pisinger 2014, Schraufnagel in sod 2015). 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.

### **1.2.5 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 (Jamner in sod 2003, Turner in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2000, USDHHS 2012). Nekateri dejavniki so močnejše povezani s kajenjem, vendar pa nobeden sam po sebi ni zadosten (Baker in sod 2004, Turner in sod 2004.). V različnih fazah kadilskega vedenja mladih so pomembni različni dejavniki in kombinacije le-teh (Baker in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998). Dejavnike lahko razdelimo v tri skupine (slika 2), na individualne ter dejavnike ožjega in širšega družbenega okolja (Turner in sod 2004). Nekatere od njih še podrobneje opisujemo v nadaljevanju besedila.



Slika 1.2.1: Dejavniki, ki vplivajo na kajenje med mladimi

## Individualni dejavniki

**Starost:** S starostjo med mladimi delež kadičev narašča (Currie in sod 2012, Jeriček Klanšček in sod 2015). Med mladimi so posebej pomembna obdobja z večjimi spremembami v življenju, npr. prehodi med šolami (Jamner in sod 2004).

**Socialno-ekonomski položaj:** Kadi višji delež mladih z nižjim socialno-ekonomskim položajem (HBSC 2011, Schepis in Rao 2005, Turner in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2012, WHO 2008).

**Spol:** Določeni dejavniki za začetek in/ali nadaljevanje kajenja se razlikujejo med spoloma (Sunday in Folan 2004, Turner in sod 2004, USDHHS 2000). Pri dekletih so pomembnejši samopodoba, depresija (Turner in sod 2004), prepričanje, da je kajenje vpliva na razpoloženje (Sunday in Folan 2004), da je povezano s telesno težo ter zaskrbljenost glede lastne telesne teže (Turner in sod 2004); med fanti pa agresija, delinkventnost in motnje vedenja (Turner in sod 2004).

**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 (Jamner in sod 2004).

**Mladostništvo (adolescenca):** Mladostništvo je obdobje edinstvene preobčutljivosti na stimulacijske učinke nikotina in na zasvojljivost nikotina (Jamner in sod 2004, USDHHS 2012, Yuan in sod 2015).

**Zaznavanje obsega kajenja med vrstniki in odraslimi:** Mladostniki, ki deleže kadičev med precenjujejo, bodo bolj verjetno tudi sami postali kadiči (Turner in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 1994, USDHHS 2000, USDHHS 2012).

**Kajenje in nadzor nad telesno težo:** Precejšen delež mladih verjame, da je kajenje način nadzora nad telesno težo (Baker in sod 2010, USDHHS 2012). Kajenje z namenom nadzora nad telesno težo ni redko med mladimi (USDHHS 2012). S kajenjem je pri mladostnikih lahko povezano hujšanje, zaznavanje lastne telesne teže in zaskrbljenost zaradi nje (Sunday in Folan 2004, USDHHS 2012), bolj pri dekletih (Baker in sod 2004, Sunday in Folan 2004, USDHHS 2012). Kajenje pri mladih (pod 35 letom starosti) glede na dostopne podatke ni povezano s pomembnim zmanjšanjem telesne teže, kar je v nasprotju s prepričanji mladostnikov (USDHHS 2012).

**Raba različnih snovi:** Začetek kajenja je povezan z rabo različnih drugih snovi (Ramo in sod 2012, Sunday in Folan 2004, Turner in sod 2004, USDHHS 1994, USDHHS 2000), predvsem alkohola (Sunday in Folan 2004, USDHHS 1994). Raba drugih snovi lahko napoveduje začetek kajenja, velja pa tudi nasprotno (Turner in sod 2004).

**Osebnostne značilnosti:** Kajenje je pri mladostnikih povezano z nagnjenostjo k iskanju novih dražljajev (Baker in sod 2004), tveganim vedenjem (Turner in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2000), impulzivnostjo (Baker in sod 2004), uporništvom (Baker in sod 2004, USDHHS 2000), delinkventnostjo (Turner in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2000), nezadostnimi veččinami odločanja (Tyas in Pedersen 1998) in agresivnostjo (Turner in sod 2004).

**Samopodoba:** Samopodoba je pri mladostnikih, ki so poskusili kaditi, slabša v primerjavi s tistimi, ki niso nikoli kadili (Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2000).

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 (Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2012).

Motnje, bolezni: Na voljo je vedno več podatkov, ki kažejo, da je kajenje med mladimi povezano z različnimi razvojnimi in duševnimi motnjami, npr. 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 (USDHHS 2012).

Drugi individualni dejavniki so še pozitivna stališča o kajenju (Baker in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2000), pričakovanja in zaznane koristi, ki jih mladostnik povezuje s kajenjem (Baker in sod 2004, Sunday in Folan 2004), nezdrav življenjski slog (Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2000), namera za kajenje v prihodnosti (USDHHS 2000) in občutki stresa (Turner in sod 2004). Kajenje lahko postane način obvladovanja stresa (Turner in sod 2004).

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 (USDHHS 2012), osebnostne veščine odklanjanja (USDHHS 2000) in lahko tudi vernost (Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2012). Med varovalne dejavnike sodi tudi dobro duševno zdravje (USDHHS 2012).

### **Dejavniki ožjega družbenega okolja**

Večje, ko je v mladostnikovem življenju število pomembnih oseb, ki kadijo, večje je tveganje, da bo kadil tudi on sam (Schepis in Rao 2005).

Vpliv vrstnikov: Kajenje vrstnikov je eden najbolj doslednih napovedovalcev kajenja pri mladostnikih (Schepis in Rao 2005, Turner in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2012). 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 (Baker in sod 2004, Turner in sod 2004, USDHHS 2012).

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 (Sunday in Folan 2004, Turner in sod 2004, Tyas in Pedersen 1998, USDHHS 2000, USDHHS 2012).

Vpliv šole: Delež kadilcev in sprejemljivost kajenja v posamezni šoli vplivata na začetek kajenja mladostnikov (Baker in sod 2004, Sunday in Folan 2004, USDHHS 2000).

### **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 (USDHHS 2012). 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 tobačna industrija 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 (USDHHS 2012).

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 in privlačnosti tobačnih izdelkov), masovne medijske kampanje in celoviti programi v lokalni skupnosti zmanjšujejo obseg začetka kajenja in delež kadilcev med mladimi (USDHHS 2012).

## 2 Pregled raziskav med mladimi v slovenskem prostoru

V tem poglavju bomo podrobneje opisali ključne izsledke dveh mednarodnih populacijskih raziskav, v katere je vključena Slovenija in ki obravnavajo problematiko pitja alkoholnih pijač in kajenja tobaka in 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 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* (angl. Health Behavior in School-Aged Children) (<http://www.hbsc.org/>) je periodična mednarodna raziskava, ki poteka na štiri leta in zajema številne vidike mladostnikovega zdravja in življenja: npr. samooceno (duševnega) zdravja, zadovoljstva, poškodbe, ustno zdravje, z zdravjem povezana vedenja (npr. 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 jo izvaja Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Vzorec zajema dijake, stare od 15 do 16 let, ki so vključeni v prvi letnik srednješolskih programov.

Povprečna starost dijakov ob anketiranju je bila 15,8 let, 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 področja<sup>1</sup>.

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

## 2.1 Alkohol

### 2.1.1 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 (Jeriček Klanšček in sod 2015, Koprivnikar 2015), 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 (Koprivnikar, 2015). 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 opijanje 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. Slednje je še toliko bolj zaskrbljujoče, če upoštevamo izsledke raziskav (Brown, Tapert, Granholm in Delis 2000, Hawkins in sod 1997), 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 ¼ držav z najvišjimi deleži tistih, ki tedensko pijejo alkoholne pijače (Currie in sod 2012). 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 2-krat, izrazito višji od mednarodnega povprečja: slovenskih 15-letnih fantov, ki so bili v življenju opiti 2-krat ali večkrat, je glede na njihove vrstnike v mednarodnem okolju 11 % več, takih slovenskih 15-letnih deklet pa je

<sup>1</sup> 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](http://www.infomosa.si/baze_podatkov/raziskave/seznam.html)

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 (Currie in sod 2012).

Analiza neenakosti je pokazala, da se tedensko pitje alkoholnih pijač in opijanje 2-krat ali večkrat pri 11-, 13- in 15-letnikih razlikujeta glede na nekatere kazalnike neenakosti (Kovše in Hočevnar 2011).

Največji delež mladostnikov, ki tedensko pijejo alkohol, je

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

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

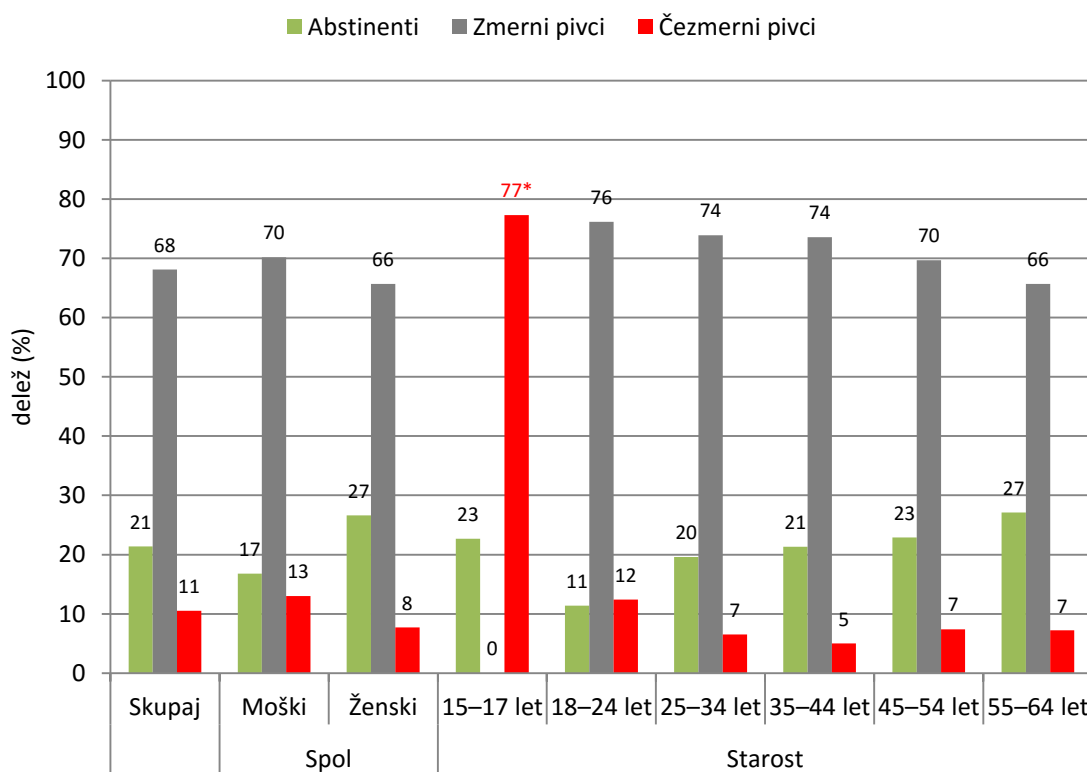
Podatki zadnje raziskave *ESPAD - Evropska raziskava o alkoholu in drogah med šolsko mladino* (Stergar in Urdih Lazar, 2014) kažejo, da le 6,6 % slovenskih mladostnikov ni imelo izkušenj z alkoholnimi pijačami ter da je 38 % fantov in 22 % deklet rednih pivcev alkoholnih pijač. Več kot polovica (56 %) jih je bila že tako opitih, da se jim je pri govoru zapletalo, so se pri hoji opotekali, so bruhal 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 (Stergar in Urdih Lazar, 2014) 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.

#### 2.1.3 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 1-krat na mesec ali redkeje oziroma 2 do 3-krat 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 2 do 3-krat na mesec. Med tistimi, ki alkohola niso pili alkohola je bilo več žensk, med tistimi, ki so se opijali pa več moških (Hovnik Keršmanc in Zorko, 2015).

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 2.1.1 so prikazani deleži abstinentov, zmernih in čezmernih pivcev po spolu in starostnih skupinah.



Slika 2.1.1 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; Koprivnikar in sod 2015)

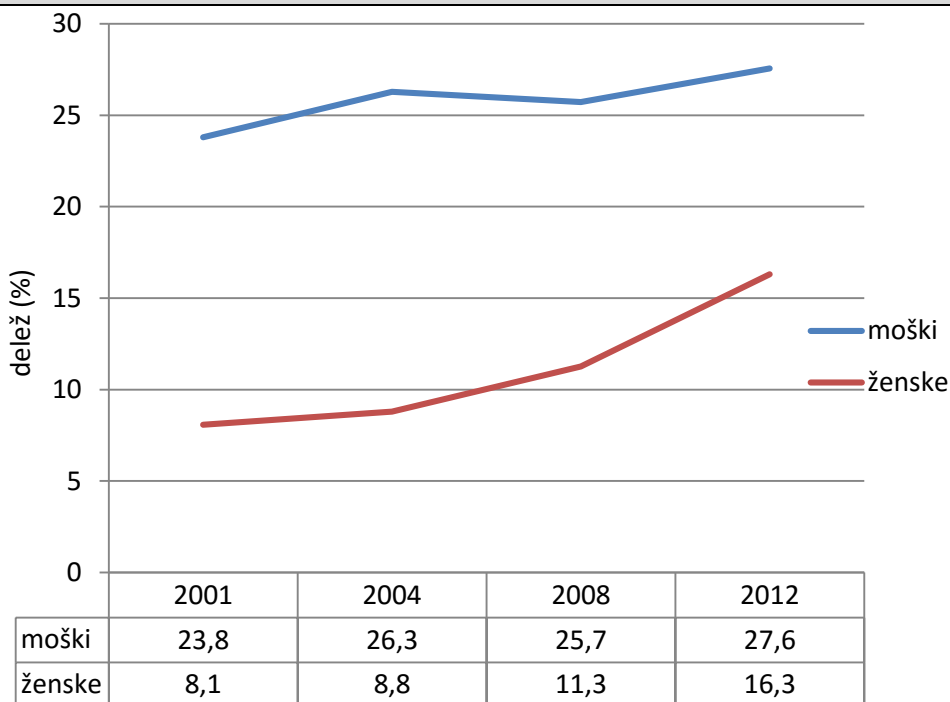
\*Pri otrocih in mladostnikih ne moremo govoriti o mejah manj tveganega pitja alkohola oz. o zmernih pivcih, saj pri njih vsakršno pitje alkohola velja za tvegano (Grant in Dawson 1997, DeWitt in sod 2000; Kraus in sod 2000, WHO 2014, CDC), zato otroke in mladostnike, ki pijejo alkohol opredelimo kot čezmerne pivce.

Iz slike 2.1.1 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 (Boben-Bardutzky 2009, Boben-Bardutzky 2010, Hovnik Keršmanc in sod 2000, Jeriček Klanšček 2007, Kolšek 2000, Zaletel Kragelj in sod 2004, Lovrečič in Lovrečič 2014a, , Lovrečič in Lovrečič 2014b, Lovrečič, Lovrečič in Tomšič 2012, Stergar in Urdih Lazar 2014, Zorko in Bajt 2012, Zorko in sod 2014) in tuji raziskovalci (Almeida-Filho in sod 2005, Ariza Cardenal in Adell 2000, Currie in sod 2008, Hibell in sod 2009, Holmila in Raitasalo 2005, Kraus in sod 2000, Kuntsche in sod 2004, Neumark in sod 2003, Redonnet in sod 2012, Schoenborn in Adams 2010, Simons-Morton in sod 2009, WHO 2014, Wilsnack in sod 2009), 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 dejstvo, da pri otrocih in mladostnikih ne moremo govoriti o mejah manj tveganega pitja alkohola oz. o zmernih pivcih, saj pri njih vsakršno pitje alkohola velja za tvegano (Grant in Dawson 1997, DeWitt in sod 2000; Kraus in sod 2000, WHO 2014, CDC), 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 (Hovnik Keršmanc in Zorko, 2015).

### 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 (Holmila in Raitasalo 2005). 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 (Mäkelä in Mustonen 2000). 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 boljše razumela posledice, ki jih ima lahko pitje alkohola (Halstead in Waite 2001). 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 (Holmila in Raitasalo 2005). Glede na zadnje analize slovenskih in tujih trendov v pivskem vedenju (CINDI 2001–2012, Hibell in sod 2009, Holmila in Raitasalo 2005, Jeriček Klanšček in sod 2015, Lintonen in sod 2000, Lovrečič in Lovrečič 2014b, Simons-Morton in sod 2009, Zaborskis in sod 2006, Zorko in Bajt 2012), 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 (Jeriček Klanšček in sod 2015). Poleg tega narašča odstotek mladih žensk (25–34 let), ki se pogosto opijajo (CINDI 2001–2012; Slika 2.1.2).



Vir: NIJZ, raziskava CINDI 2001, 2004, 2008, 2012

Slika 2.1.2. Delež prebivalcev Slovenije, starih 25–34 let, ki se opijajo 1–3-krat mesečno ali pogosteje, po spolu.

#### 2.1.4 Izsledki slovenskih raziskav na populaciji študentov

V slovenskem prostoru do sedaj nismo imeli veliko raziskav, ki bi proučevale pivsko 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 (2014) 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 (Kolšek in Klemenc Ketiš, 2015) 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 (Kolšek in Klemenc Ketiš, 2015) 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 (2014) pa je proučevala študente zdravstvene nege izolske Fakultete za zdravstveno nego in ugotovila, da je desetina anketiranih v zadnjem letu pila 2- do 3-krat na mesec, skoraj petina jih je ob eni pivski priložnosti popila 5 do 6 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.

#### 2.1.5 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 (ZOPA, 2003), 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 (Boben – Bardutzky in sod 2009, Boben – Bardutzky in sod 2010). Skoraj ½ mladostnikov v starosti 14 in 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 (Zalta in sod 2008). Stanje je podobno tudi pri starejših (15 do 24 let), več kot 80 % jih namreč poroča, da brez težav dostopajo do alkohola (Eurobarometer 2011, Eurobarometer 2014). 42 % mladostnikov med 12. in 15. letom meni, da njihovi starši vedó, da pijejo alkoholne pijače (Boben – Bardutzky in sod 2009), prek staršev oziroma v domačem okolju pa z alkoholnimi pijačami tudi najpogosteje pridejo v stik (Zalta in sod 2008, Boben – Bardutzky in sod 2009). 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 (Kolšek, 2000).

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 (Bajt in Zorko 2009). 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 (Rhodes in sod 2005). 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 (Bajt in Zorko 2009):

- spodbujanje in nagrajevanje ne uživanja 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 (npr. kako ravnati v primeru pijanosti; koliko pijače moraš spiti, da si pijan; kje dobiti alkoholno pijačo po ugodni ceni ...). 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 so mladi mnenja, 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 t.i. »pozitivne« informacije o alkoholu – ki spodbujajo privlačnost pitja alkoholnih pijač (Bajt in Zorko 2009).

### **2.1.6 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 (Hovnik Keršmanc in Zorko 2015) ugotovili, da je med prebivalci Slovenije, starimi 25–64 let, dobrih 20 % takih, ki v zadnjem letu niso pili alkoholnih pijač. Alkoholne pijače je v čezmernih količinah pilo (čez mejo manj tvegane pijače alkohola) skoraj 7 % prebivalcev, visoko tvegano se je v zadnjem letu vsaj enkrat opilo skoraj 43 % prebivalcev, tveganih pivcev, ki vključuje osebe, ki pijejo čezmerno in/ali so se v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opile, pa je bilo skoraj 44 % (Hovnik Keršmanc in Zorko 2015). Ti podatki so zelo podobni drugim slovenskim populacijskim raziskavam, ki so bile narejene na podobnih vzorcih. V raziskavi CINDI - Z zdravjem povezan vedenjski slog (CINDI 2001–2012, Lovrečič in Lovrečič 2014a, Lovrečič in Lovrečič 2014b) so na primer ugotovili, da v letu 2012 alkohola ni pilo 21 % prebivalcev, 69 % jih je pilo v mejah manj tvegane pijače, 10 % jih je pilo čezmerno, približno polovica prebivalcev pa se je v zadnjem letu vsaj enkrat visoko tvegano opila. Podatki raziskave CINDI (CINDI 2001–2012) tudi kažejo, da 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.

### **2.1.7 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 izvajale ali se še 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 okoli nekaj več kot 30 programov. Večina programov je namenjenih mladostnikom in vključuje seznanjanje o škodljivih posledicah

tveganega pitja alkohola in o varni vožnji. Seznam preventivno promocijskih programov s področja problematike alkohola je dostopen na spletnih straneh MOSE<sup>2</sup>.

V slovenski pregledni študiji učinkovitih preventivnih programov za mlade v starosti 18–25 let so avtorji (Makivič in sod 2013) ugotovili, da med najbolj učinkovite preventivne oziroma intervencijske pristope sodijo: presejanje ter kratki ukrepi ob ugotovljenem tveganem pitju, spodbujanje mladih k nepitju alkohola, nadzor nad porabo alkohola znotraj študentskih naselij, zviševanje cen alkoholnih pijač, omejitev oglaševanja ter programi, ki skušajo spremeniti odnos posameznikov do alkohola.

## 2.2 Tobak

### 2.2.1 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 (Jeriček Klanšček in sod 2015).

Razširjenost kajenja med mladostniki, starimi 11, 13 in 15 let narašča s starostjo, skupno in pri obeh spolih, najbolj med 13. in 15. letom, in deleži pri spremljanih kazalnikih kajenja so najvišji med 15-letniki (Jeriček Klanšček in sod 2015, Koprivnikar 2011). 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 2.2.1 (Jeriček Klanšček in sod 2015).

Tabela 2.2.1: Razširjenost kajenja (%) med mladostniki, starimi 11, 13 in 15 let, skupaj in po spolu v Sloveniji (HBSC)

Starost	Skupaj (%)				Fantje (%)				Dekleta (%)			
	11,1 3 in 15	11	13	15	11,1 3 in 15	11	13	15	11,1 3 in 15	11	13	15
Kadil tobak kadarkoli 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

V obdobju 2002-2014 in v času med zadnjima dvema raziskavama (med 2010 in 2014) se je razširjenost kajenja (kadil tobak kadarkoli 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 (Jeriček Klanšček in sod 2015). Za 15-letnike prikazujemo deleže izbranih kazalnikov kajenja za leta 2002, 2006, 2010 in 2014 v tabeli 2.2.2 (Jeriček Klanšček in sod 2015).

<sup>2</sup> [http://www.infomosa.si/baze\\_podatkov/preventivni\\_programi/seznam.html?key=vse&page=3&filter=](http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/seznam.html?key=vse&page=3&filter=)

Tabela 2.2.2: 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 (%)			
	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014	2002	2006	2010	2014
Kadil tobak kadarkoli 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

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 (Currie in sod 2012, Hibell in sod 2012).

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 oceno 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 (Koprivnikar 2011).

## 2.2.2 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 (Hibell in sod 2012, Stergar in Urdih Lazar 2014).

Raziskava je pokazala, da je med 16-letniki v Sloveniji, katerih sorojenci ne kadijo, delež kadičev nižji kot med ostalimi. Med 16-letniki, katerih večina ali vsi prijatelji kadijo, je delež rednih kadičev višji kot med ostalimi. Kajenje bi dovolilo ali dovoli 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 kadičev višji kot med ostalimi (Stergar in Urdih Lazar, 2014).

Med leti 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 (Stergar in Urdih Lazar, 2014). Razširjenost kajenja med 16-letniki in oceno dostopnosti cigaret v letih 1995, 1999, 2003, 2007 in 2011 prikazujemo v tabeli 2.2.3 (Hibell in sod 2012, Hibell in sod 2009, Hibell in sod 2004, Hibell in sod 2000, Hibell in sod 1997).

Tabela 2.2.3: *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 kadarkoli 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 Slovenija po obsegu kajenja med 16-letniki v Sloveniji uvršča za nekaj odstotnih točk nad povprečje vrstnikov iz držav, ki so 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 (Hibell in sod 2012).

### 2.2.3 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 % (Koprivnikar 2015).

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 (Koprivnikar 2015).

### 2.2.4 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 (GYTS 2003, GYTS 2007, GYTS 2011).

Tabela 2.2.4: 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 kadarkoli v življenju	62,8	57,3	49,5	63,3	56,1	47,5	62,2	56,7	50,1
Trenutno uporablja katerikoli 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. Nekateri ključne podatke iz raziskave v letu 2011 navajamo v nadaljevanju (GYTS 2011):

- 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 %, ki so kupili cigarete v trgovini, niso zavrnil nakupa zaradi njihove starosti.
- 5,1 % jih navaja, da so jim predstavniki tobačne industrije ponudili brezplačne cigarete, 8,3 % pa jih poseduje 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.

### 3 Nekateri elementi učinkovitih preventivno promocijskih programov

#### 3.1 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 (npr. socialne spretnosti, oporno socialno omrežje, občutek kompetentnosti, asertivnost, reševanje problemov, zdrav odnos odraslih, zlasti bližnjih oz. 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 ocenami, 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 (Bajt in Zorko 2009, Koprivnikar 2009), s čimer pogostost

kajenja in pitja alkohola precenjujejo (McAlaney in sod 2011, Koprivnikar 2009). Najučinkovitejši so zato pristopi, ki vključujejo normativno učenje in učenje večšin za upiranje kajenju in pitju alkoholnih pijač (Botvin in Griffin 2007, Cuijpers 2003, Dobbins in sod 2008, Foxcroft in Tsertsvadze 2011a, Peters in Paulussen 1994, Skiba 2004, Stead in Angus 2004, Thomas in sod 2013, USDHHS 1994, USDHHS 2000, USDHHS 2012, Wiehe in sod 2005). Ti pristopi popravljajo mladostnikovo precejevanje kajenja in pitja alkoholnih pijač med odraslimi in vrstniki, pomagajo prepoznavati visoko tvegane situacije (tiste, v katerih mladostnik morda ne bi zmozel odkloniti cigarete ali alkoholne pijače), povečujejo osveščenost 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 (Brooks in sod 2012, Cuijpers 2003, Foxcroft in Tsertsvadze 2011b, Jackson in sod 2012, Kumpfer in Alvarado 2003, Nation in sod 2003, Peters in Paulussen 1994, Stead in Angus 2004, USDHHS 1994, USDHHS 2000, USDHHS 2012, Wiehe in sod 2005).

S preventivnimi dejavnostmi moramo pričeti 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 (De Vries in sod 1994, Dobbins in sod 2008, USDHHS 2012, Vartiainen in sod 1998). V Sloveniji prve poskuse kajenja in pitja alkohola beležimo, še preden so otroci stari 10 let (HBSC 2014, Kolšek 2000), 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 (CDC 1994, Nation in sod 2003, Botvin in Griffin 2007, USDHHS 2012). Pomembno je, da delujemo vse do konca mladostništva in se intenzivneje usmerimo predvsem na ključne prehode v mladostnikovem življenju, da torej okrepiamo naše aktivnosti predvsem ob koncu osnovne in v začetku srednje šole (CDC 1994, Nation in sod 2003, USDHHS 2012). 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 (Dobbins in sod 2008, Kumpfer in Alvarado 2003, Nation in sod 2003, Peters in Paulussen 1994, Skara in Sussman 2003, USDHHS 2000, Weissberg in sod 2003).

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 (npr. zdrava prehrana in redno zajtrkovanje, dosti spanja, dosti gibanja, dobra higiena, pristočasne dejavnosti) in nezdrave navade (npr. premalo gibanja, preveč sedenja, slaba higiena, nezdrava prehrana, kajenje, pitje alkoholnih pijač) ter na razvoj zdravih navad in opuščanje nezdravih (učenje 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](http://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 njihovih posledicah; osveščenost o rabi alkohola in tobaka med vrstniki; zavedanje vpliva industrije in medijev na oblikovanje stališč in vedenja, pa tudi vplivov družine in vrstnikov; učenje večšin). V vsem tem času krepimo tudi varovalne dejavnike.

### 3.2 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 »ex katedra«, temveč uporabljamo interaktivne metode dela in mladostnika spodbujamo, naj o problemu razmišlja, ter ga ob tem vodimo k zdravim rešitvam (Cuijpers 2002, Cuijpers 2003, Kumpfer in Alvarado 2003, Nation in sod 2003, Botvin in Griffin 2007, USDHHS 2012). 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 škodljivosti (predvsem kratkoročni) in zasvojljivosti alkohola in tobaka, vpliv vrstnikov, družine, medijev in industrije na kajenje in pitje alkoholnih pijač, osveščenost 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 je mnenja, 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 poizkusil/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 poizkusi 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 (USDHHS 1994, USDHHS 2012, Yuan in sod 2015), 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 (Brown, Tapert, Granholm in Delis 2000, Hawkins in sod 1997), 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 izgled 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), rumeno-siva obarvanost kože, obarvanost zob, bolezni dlesni, 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 (Bajt in Zorko 2009), 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, j 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 (Bajt in Zorko 2009, Hibell in sod 2012, Stergar in Urdih Lazar 2014). 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 (Stergar in Urdih Lazar 2014).

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

V Sloveniji so prodaja in strežba alkoholnih pijač in prodaja tobačnih izdelkov prepovedane vsem, ki so mlajši od 18 let, torej mladoletnim (ZOPA 2003, ZOUTI 2007). Tobačnih izdelkov tudi ne sme prodajati oseba, mlajša od 18 let (ZOUTI 2007).

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 (Bajt in Zorko 2009):

- 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 organizacija SZOTK. Dodatne informacije o programu so na voljo na Facebook strani <https://www.facebook.com/szotk>, na spletni strani <http://www.zadihaj.net/>, preko e-pošte [info@zadihaj.net](mailto:info@zadihaj.net), na sedežu društva SZOTK (Partizanska cesta 12, 2000 Maribor) ali na telefonskih številkah 05/91-78-076 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/>).

### 3.3 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 njih ni. Za otroke in mladostnike velja, naj alkohola ne pijejo in ne kadijo tobaka. Mladostništvo je obdobje edinstvene preobčutljivosti na 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 in lahko privedeta do trajnih škodljivih vplivov na kognitivne (miselne) sposobnosti (npr. spomin, pozornost, učenje). Prej, ko mladostnik poseže 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 alkohola. V ožjem družbene 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 in 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 tobачne 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 praktično vsak mlad človek. Naraščajoče število komunikacijskih kanalov in globalizacija alkoholni in tobачni industriji tudi omogočajo tudi nove dostope do mladostnikov, ki so včasih skoraj nezaznavni.

Za vsakega kadilca, ki umre ali opusti kajenje, mora tobачna industrija pridobiti vsaj enega novega kadilca, da ohrani svoj dobiček. Tobачna 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 razvije, je opuščanje kajenja zelo težko. Obenem se tobачna 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 tobачna industrija za pridobitev zvestih kupcev usmerja med v mladostnike, in med njimi tekmuje za čim večji tržni delež. Zelo podobni principi vodijo tudi alkoholno industrijo, ki se prav tako zadnja leta prav tako usmerja v pridobitev in ohranjanje čim mlajših kupcev.

Zelo je pomembno, da mladostnik kritično razmišlja o vlogi in ciljih tobачne industrije, da pozna njeno delovanje oziroma in prepozna načine, na katere ta tobачna 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 prilika za kritično razmišljanje tudi na tem področju. Kako na primer. učinkuje kajenje v filmih in celo v risankah učinkuje na otroke in mladostnike? Se le-ti zavedajo teh vplivov? Kakšni so vplivi spletnih strani s protobāčno vsebino?

### 3.4 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 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 oz. pomembnih drugih) do alkohola in kajenja ter njihovo nekajenje in odgovorno pitje.

Poleg tega, da ponujanja širimo znanja o škodljivih posledicah kajenja in uživanja alkohola ter spodbujamo k zdravim alternativam, lahko otroka opremimo tudi z veščinami za soočanje z življenjskimi 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 vzpodbujamo in tako krepimo njegovo samozavest. Naučiti ga moramo, da se sam 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 pritrdi, 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 zgradimo raznoliko in trdno socialno omrežje, ki mu bo kasneje v življenju vir opore in pomoči v primeru težav.

### 3.5 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 (Koprivnikar 2009, Stergar, Pucelj in Scagnetti 2003), a kljub temu sprememb vedenja ne opazimo pri vseh. Visoko tvegane oblike pitja so celo v porastu (CINDI 2001–2012). Razširjenost kajenja pa se je v zadnjem obdobju tako med fanti kot dekleti pomembno zmanjšala (Jeriček Klanšček in sod 2015).

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 sprostijo, si več upajo, so bolj komunikativni, lažje navezujejo stike, so bolj samozavestni, se dobro počutijo in pozabijo na probleme (Kolšek 2000, Tivadar in Kamin 2005, Ramovš in Ramovš 2007, Zalta in sod 2008, Bajt in Zorko 2009). Podobno velja tudi za kajenje. 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 povežem 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.

### **3.6 Povzetek ključnih elementov učinkovitih preventivno promocijskih programov**

#### **Kaj vemo o tem, kateri programi so potencialno učinkoviti**

Izsledki preglednih študij (Botvin in Griffin 2007, Brooks in sod 2012, CDC 1994, Cuijpers 2002, Cuijpers 2003, De Vries in sod 1994, Dobbins in sod 2008, Foxcroft in Tsertsvadze 2011a, Foxcroft in Tsertsvadze 2011b, Jackson in sod 2012, Kumpfer in Alvarado 2003, Lemstra in sod 2010, McAlaney in sod 2011, Nation in sod 2003, Peters in Paulussen 1994, Skara in Sussman 2003, Skiba 2004, Stead in Angus 2004, Thomas in sod 2013, Thomas in sod 2015, USDHHS 1994, USDHHS 2000, USDHHS 2012, Vartiainen in sod 1998, Weissberg in sod 2003, Wiehe in sod 2005) kažejo, da so pri zmanjševanju tvegane in škodljivega pitja alkohola in 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 (npr. igre vlog, usmerjena diskusija o problematiki, strukturirane aktivnosti v manjših skupinah) in spodbujajo otroke in mladostnike, da razmišljajo o problematiki in iščejo odgovore in 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 (npr. 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) (npr. 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.

#### 4 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 prične zgodaj, pojavlja redno in v kombinacijah z drugimi psihoaktivnim 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 prispevajo številni dejavniki, številni povečujejo tveganje za rabo, nekateri pa delujejo varovalno. V zadnjem obdobju pri pitju alkohola beležimo med mladostniki 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 mladimi odraslimi in odraslimi.

Za zmanjševanje pitja alkohola in rabe tobaka je pomembno preprečevanja začetka in nadaljevanja rabe obeh med otroci, 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.

## 5 Literatura

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- American Association of Poison Control Centers (AAPCC). E-Cigarette Devices and Liquid Nicotine. Pridobljeno 23. 7. 2014 s spletne strani: <http://www.aapcc.org/alerts/e-cigarettes/>
- 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.
- 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](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf).
- Ariza Cardenal C in Adell MN. Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. *J Adolesc Health* 2000; 27: 425-433.
- 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.
- 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.
- Bajt M, Zorko M. Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki – izsledki fokusnih skupin, 2009. Pridobljeno 11. 6. 2015 s spletne strani: [http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo\\_alkohol.pdf](http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo_alkohol.pdf).
- Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational Influences on Cigarette Smoking. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 463-91.
- 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.
- Bava S in Tapert S.F. Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems. *Neuropsychol Rev* 2010; 20: 398-413.
- 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.
- Biščak Hafner M, Kolšek M, Rebek K. Pitje alkohola študentov Univerze v Ljubljani. *Zdrav Var* 2014; 53: 255-261.
- 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.
- 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.
- 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.
- Bogataj U. Tveganost pitja alkohola med študenti zdravstvene nege: magistrsko delo. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, 2014.

- Borsari B in Carey KB. Peer influences on college drinking: a review of the research. *J Subst Abuse* 2001; 13(4): 391-424.
- Botvin GJ, Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19(6): 607-15.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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>
- 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).
- 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.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCb). Fact Sheets – Underage Drinking. Pridobljeno 5.6. 2015 s spletne strani: <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/underage-drinking.htm>.
- 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.
- Chief Medical Officer (CMO). Health Check. Annual Report of the Chief Medical Officer 2003. London: Department of Health, 2003.
- CINDI 2001-2012. Podatki iz raziskave CINDI: z zdravjem povezan vedenjski slog. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
- Clark DB, Buckstein O, Cornelius J. Alcohol use disorder in adolescents. *Pediatric Drugs* 2002; 4(8): 493-502.
- Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorder. *Addiction* 2014; 99(2): 5-22.
- 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.
- Cobb CO, Hendricks PS, Eissenberg T. Electronic cigarettes and nicotine dependence: evolving products, evolving problems. *BMC Med* 2015; 13: 119.
- 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.
- 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.
- Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors* 2002; 27: 1009-23.
- Cuijpers P. Three decades of drug prevention research, *Drugs: education, prevention and policy* 2003; 10 (1): 7-20.
- 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.
- 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.
- Čebašek-Travnik Z. Zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: Tomori M, Zihel S, uredniki. *Psihijatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 137-168.
- 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.
- 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.

- Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E. Effective practices for school-based tobacco use prevention. *Prev Med* 2008; 46: 289-97.
- 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.
- Donovan JE. Adolescent Alcohol Initiation: A Review of Psychosocial Risk Factors. *Journal of adolescent health* 2004; 35: 529.e7–529.e18.
- Ellis DA, Zucker RA, Fitzgerald HE. The role of family influences in development and risk. *Alcohol Health Res World* 1997; 21(3): 218-26.
- Erbach G. Electronic cigarettes. Library Briefing, 27/03/2013. Library of the European Parliament. Pridobljeno 27. 7. 2015 s spletne strani: <http://www.europarl.europa.eu/eplibrary/Electronic-cigarettes.pdf>
- 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.
- EU Working Group. Tobacco and oral diseases--report of EU Working Group, 1999. *J Ir Dent Assoc* 2000; 46(1):12-9.
- 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](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf).
- Eurobarometer, 2014. Young people and drugs. Pridobljeno 2. 6. 2015 s spletne strani: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_401\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf).
- 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](http://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers/index_en.htm)
- 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: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco\\_matrix\\_report\\_eu\\_market\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_matrix_report_eu_market_en.pdf)
- Fergusson DM, Horwood LJ. Transitions to cigarette smoking during adolescence. *Addict Behav* 1995; 20(5): 627-42.
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misusing in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011b; 9.
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011a; 5.
- 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.
- 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.
- 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: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco\\_liability\\_final\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_liability_final_en.pdf)
- Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheet. Slovenia 2003 (Ages 13-15). Pridobljeno 29. 7.2015 s spletne strani: <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>
- Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheet. Slovenia 2007 (Ages 13-15). Pridobljeno 29. 7.2015 s spletne strani: <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>
- Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Fact Sheet. Slovenia 2011 (Ages 13-15). Pridobljeno 29. 7.2015 s spletne strani: <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>
- 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.
- Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014; 129(19): 1972-86.
- 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.
- Green JMJ, 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 Division, 2001.

- 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.
- 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.
- Hampton T. Interplay of Genes and Environment Found in Adolescents' Alcohol Abuse. *JAMA* 2006; 295: 1760-62.
- 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.
- 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.
- HBSC – Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (neobjavljeno). Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hočevar T. Učinek komunikacije mladostnika s starši in vrstniki na pitje alkohola pri mladostnikih: magistrsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2014.
- Holmila M, Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* 2005; 100(12): 1763-9.
- Hovnik Keršmanc M in Zorko M. Alkohol. V Koprivnikar H in sod. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015 (v pripravi).
- Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999. Rezultati raziskave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdrava RS, 2000.
- 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>.
- International Agency for Cancer Research (a). 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.
- International Agency for Cancer Research (b). 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](http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2009/pdfs/pr196_E.pdf)
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- Johnson GK, Hill M. Cigarette Smoking and Periodontal Patient. *Journal of Periodontology* 2004, Vol. 75, No.2: 196-209.
- 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].
- 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.
- Kolšek M, Klemenc Ketiš Z. Pitje alkohola med študenti univerze v Mariboru. *Zdrav Var* 2015, 1854-2476.
- Kolšek M. O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.
- Kolšek M. Pogostost pitja in pivske navade osnovnošolcev v Sloveniji: doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2000.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Koprivnikar H. Učinkovitost programa "Spodbujajmo nekajenje" pri prvi generaciji slovenskih osnovnošolcev. *Zdrav Var* 2009; 48:152-161.
- Koprivnikar in sod 2015. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015 (v pripravi).
- Kovše K, Hočevar 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.
- 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.
- Kumpfer KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol* 2003; 58(6-7): 457-65.
- Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004; 59(1): 113-27.
- 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.
- 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.

- Lermenier A, Palle C. Results of the ETINCEL - OFDT electronic cigarette survey. Pridobljeno 23. 7. 2015 s spletne strani: <http://jlhamzer.over-blog.com/2014/04/results-of-etincel-ofdt-survey-on-electronic-cigarettes.html>
- 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.
- 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.
- 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, 2014a: 38-54.
- 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, 2014b: 61-9.
- Lovrečič B. Možgani mladostnikov in alkohol. *Isis* 2014, 23(7): 16-8.
- Lovrečič M in Lovrečič B. Ocena zdravstvenih posledic tvegane 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, 2014c: 58-79.
- 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.
- 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.
- 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.
- Makivić I, Kersnik J, Kolšek M. Ukrepi za zmanjšanje tvegane in škodljivega pitja alkohola v populaciji študentov: sistematični pregled literature. *Zdav Var* 2013; 52(3): 236-46.
- Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Review: Stages of development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence* 2000; 59(Suppl. 1): S61-S81.
- 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.
- McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: CD010216.
- Mermelstein R. Teen smoking cessation. *Tobacco Control* 2003; 12(Suppl.1) :i25-i34.
- 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.
- 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.
- Morita A. Tobacco smoke causes premature skin aging. *J Dermatol Sci* 2007; 48(3): 169-75.
- 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].
- 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.
- Neumark YD, Rahav G, Jaffe DH. Socio-economic status and binge drinking in Israel. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69(1): 15-21.
- Niaura RS, Glynn TJ, Abrams DB. Youth experimentation with e-cigarettes: another interpretation of the data. *JAMA* 2014; 312(6): 641-2.
- BOLOB: Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015.

- Patel DR, Homnick DN. Pulmonary effects of smoking. *Adolesc Med* 2000; 11(3): 567-76.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Pirnat J. Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji – vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni: magistrsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, 2014.
- Pisinger C. Why public health people are more worried than excited over e-cigarettes. *BMC Med* 2014; 12: 226.
- Podatki policije o smrtih v prometnih nesrečah za obdobje 2000–2013. Posredovano s strani Policije 22. 4. 2014.
- Prokhorov AV, Winickoff JP, Ahluwalia JS, Ossip-Klein D, Tanski S, Lando HA et al. Youth Tobacco Use: A Global Perspective for Child Health Care Clinicians. *Pediatrics* 2006; 118(3): e890-e903.
- 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.
- Ramovš J, Ramovš K. *Pitje mladih*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2007.
- 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.
- 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.
- Reibel J. Tobacco and oral diseases. Update on the evidence, with recommendations. *Med Princ Pract* 2003; 12 Suppl 1:22-32.
- 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.
- 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.
- 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.
- Sande M. *Uporaba drog v družbi tveganj: vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja*. Ljubljana: PeF, 2004.
- Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 607-612.
- 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.
- Schraufnagel DE. Electronic Cigarettes: Vulnerability of Youth. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol* 2015; 28(1): 2-6.
- Schubert J, Müller FD, Schmidt R, Luch A, Schulz TG. Waterpipe smoke: source of toxic and carcinogenic VOCs, phenols and heavy metals? *Arch Toxicol* 2014 Sep 24 [Epub ahead of print].
- 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).
- 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.
- 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.
- Skiba D, Monroe J, Wodarski JS. Adolescent Substance Use: Reviewing the Effectiveness of Prevention Strategies. *Social Work* 2004; 49(3): 343-53.

- Smith JB, Fenske NA: Cutaneous manifestations and consequences of smoking. *J Am Acad Dermatol* 1996 May; 34(5 Pt 1): 717-32.
- Stead M, Angus K. Literature Review into the Effectiveness of School Drug Education. Scottish Executive, August 2004.
- 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.
- 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.
- 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.
- Stergar E. Razširjenost pitja alkoholnih pijač in kajenja cigaret med slovenskimi srednješolci – rezultati mnenjske raziskave. *Zdrav vestn* 1992; 61: 137–40.
- Sunday SR, Folan P. Smoking in adolescence: what a clinician can do to help. *Med Clin North Am* 2004; 88; 1495-515.
- Swedish local news in English. Nicotine poisoning rockets mid e-cig battle, 30 December 2013. Pridobljeno 23. 7. 2015 s spletne strani: <http://www.thelocal.se/20131230/sweden-child-nicotine-poison-ecigarettes-increase>
- 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/>.
- SZO. Global Information System on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 12. 9. 2012 s spletne strani: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH>.
- 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.
- Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD001293.
- 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.
- Tivadar B, Kamin T. Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
- 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.
- Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and Contextual Influences on Adolescent Smoking. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021: 175-97.
- Tyas SI, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control* 1998; 7: 409-420.
- 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.
- 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.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington: Government Printing Office, 2004.
- 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.
- 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.
- 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.
- Vander Straten M et al. Tobacco Use and Skin Disease. *Southern Medical Journal* 2001 June; 94(6): 621-633.
- 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].
- 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.
- Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman ME. Prevention that works for children and youth. An introduction. *Am Psychol* 2003; 58(6-7): 425-32.
- WHO. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2014. Pridobljeno 4. 6. 2015 s spletne strani: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1).
- 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.
- Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction* 2009; 104(9): 1487-500.
- Winn DM. Tobacco use and oral disease. *J Dent Educ* 2001; 65(4):306-312.
- World Health Organization (a). The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
- World Health Organization (b). Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators. Geneva: World Health Organization, 2005.
- 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/fctc/E/E\\_cop6.htm](http://apps.who.int/gb/fctc/E/E_cop6.htm)
- 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.
- World Health Organization. Tobacco Fact Sheet Tobacco N°339. Geneva: World Health Organization, 2011. Pridobljeno 15. 6. 2015 s spletne strani: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 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.
- Yuan M, Cross SJ, Loughlin SE, Leslie FM. Nicotine and the adolescent brain. *J Physiol* 2015 May 27 [Epub ahead of print].
- 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.
- 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.
- Zalta A, Kralj A, Zorc 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: <http://csg.zrs.upr.si/media/uploads/files/Mladi%20in%20alkohol%20v%20Sloveniji.pdf>.
- 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.
- ZOPA - Zakon o omejevanju porabe alkohola. Uradni list RS, št. 15/2003 Pridobljeno 4. 6. 2015 s spletne strani: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200315&stevilka=589>.

- Zorko M in Bajt M. Trendi v pitju alkohola. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič 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.
- Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Bajt M, Jeriček Klanšček H. Alkohol in slovenski mladostniki v obdobju 2002–2010. 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: 80-105.
- ZOUTI - Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZOUTI-UPB3). UL RS, št. 93/2007.