

Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja

*Adolescence, Adolescents and Healthcare***Marina Kuzman**

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

10000 Zagreb, Rockefellerova 7

Sažetak Adolescencija je razdoblje između početka puberteta i odrasle dobi, koje započinje oko 11.-13. godine i traje sve do 18.-20. godine. Često se smatra emocionalno vrlo intenzivnim i nerijetko stresnim razdobljem. U članku su opisane značajke adolescentnog razvoja i karakterističnih ponašanja koja mogu bitno utjecati na zdravlje i stabilnost u odrasloj dobi. Opisuju se značajke spolnog ponašanja adolescenata u Hrvatskoj, koje karakterizira sve ranije započinjanje spolne aktivnosti te neredovita uporaba zaštite. Jedna od temeljnih značajki rizičnih ponašanja u djece i mladih je njihova isprepletenost i međusobna povezanost, što je potvrđeno brojnim nacionalnim i međunarodnim istraživanjima. Tako mladi koji ranije stupaju u spolne odnose češće pokazuju i druga rizična ponašanja kao pijenje, pušenje, uzimanje marihuane te lošiju komunikaciju u obitelji. S druge strane, mladi koji više piju češće se agresivno i nasilno ponašaju i češće konzumiraju marihuanu. Problem prekomjerne tjelesne težine pokazuje da su ne samo čimbenici rizika kao nedovoljna tjelesna aktivnost i nepravilna prehrana ono što utječe na indeks tjelesne mase već i da se mladi u razdoblju adolescencije doživljavaju nerealno u odnosu na objektivnu situaciju njihove uhranjenosti. To ih čini vulnerabilnima te utječe i na doživljavanje sebe, kao i na procjenu zadovoljstva vlastitim životom. Vršnjačko zlostavljanje sve je prisutnije u školskim dvorištima i razredima, a kompleksnost takvog ponašanja pokazuje analiza povezanih čimbenika koji upućuju na to da su u djece uključene u vršnjačko zlostavljanje češći psihosomatski simptomi i lošija je komunikacija u obitelji. Zaključno se upozorava na nužnost specifične zdravstvene zaštite za djecu i mlade školske dobi koja organizacijom i sadržajem treba biti usmjerena upravo njihovim zahtjevima i potrebama.

Ključne riječi: adolescencija, spolno zdravlje, rizična ponašanja, zlostavljanje, zdravstvena zaštita

Summary The adolescence is a period in human life between the onset of puberty and the adulthood, starting from 11.-13. yrs and lasting till 18.-20. yrs. It is often considered as an emotionally intensive and very stressful period. The adolescence characteristic and behaviour, which could have an ultimate influence to the health and stability in the adulthood, are described. The sexual behaviours in the Croatian adolescents, including early onset of the sexual life and poor protection use, are analyzed. The inter-reactions and mutual influences of the risk behaviours in children and youth are well recognized and confirmed through national and international research. The young people who start sexual intercourses at the early age are often involved in other risk behaviour as drinking, smoking, marijuana use and poor family communication. Young people who drink more are more often aggressive and more often use marijuana. The overweight problem among children and youth indicates that risk factors for high BMI as physical inactivity and unhealthy diet are not the only important issues. Adolescents' self-perception is not in accordance to the actual weight and height, and that makes them vulnerable regarding self-esteem as well as life satisfaction assessment. Bullying is not an isolated event in the school classrooms and schoolyards. The complexity of this behaviour is analyzed using influencing factors which indicate that among children involved in bullying psychosomatic symptoms and poor family communication are more often registered. In the conclusion the necessities for the appropriate and specific health care for children and youth, aiming at their needs and demands in the organization and content, are discussed.

Key words: adolescence, sexual health, risk behaviours, bullying, healthcare

U različitim se izvorima mogu naći različite definicije adolescencije, no sve sadržavaju pojmove promjena, intenzivno i razvoj. Prema jednom od medicinskih rječnika (1) adolescencija je razdoblje između početka puberteta i odrasle dobi. Najčešće započinje između 11. i 13. godine pojavom sekundarnih spolnih karakteristika i traje kroz tinejdžerske godine sve do 18-20 godina, kada završava razvoj do odrasle osobe. U tom se razdoblju zbivaju intenzivne tjelesne, psihološke, emocionalne i osobne promjene. Encyclopedia Britannica navodi da je adolescencija razdoblje

života (prosječno između 12. i 20. godine) za koje su karakteristične fiziološke promjene, razvoj osobne seksualnosti, napori za izgrađivanje identiteta i progresija od konkretnog k apstraktnom razmišljanju. Adolescencija se katkad smatra prijelaznim razdobljem, u kojem se mladi počinju odvajati od roditelja, no još nemaju definiranu ulogu u društvu. Često se smatra emocionalno vrlo intenzivnim i nerijetko stresnim razdobljem (2).

Današnja je generacija adolescenata najbrojnija u povijesti čovječanstva. U svijetu je gotovo polovica opće popula-

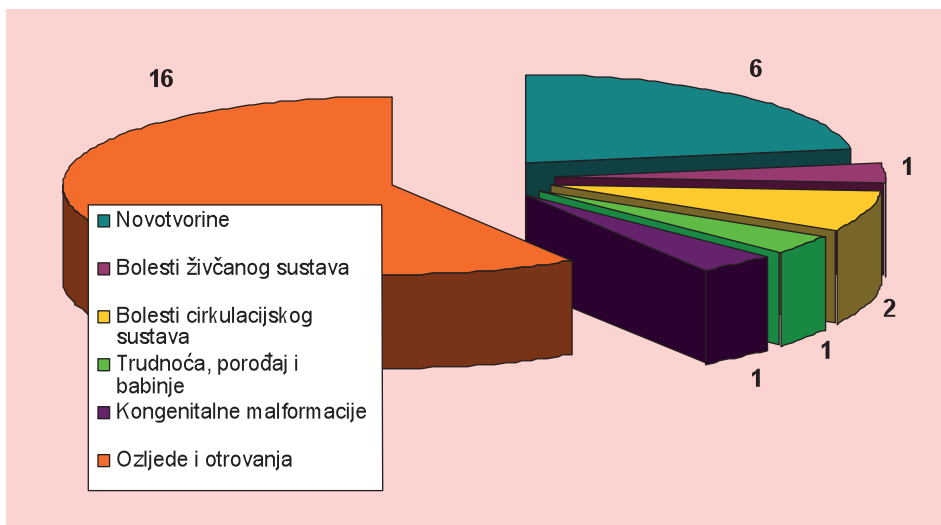
cije mlađa od 25 godina (3). Adolescencija se obično smatra najzdravijim razdobljem života, u kojem se doseže vrhunac snage, brzine, kondicije i mnogih kognitivnih sposobnosti. No korjenita zbivanja u vrijeme sazrijevanja nose sa sobom i nove zdravstvene rizike s potencijalnim dugoročnim posljedicama za zdravlje (4, 5).

U razdoblju adolescencije se, osim svih složenosti tjelesnih, emocionalnih i socijalnih promjena, prihvaćaju i obrasci ponašanja i izabire životni stil, što utječe na trenutačno zdravlje, ali i na zdravlje u budućnosti. Ekonomsko blagostanje nedvojbeno je pridonijelo smanjenju pobola i pomora od tradicionalnih infektivnih bolesti, pothranjenosti i rizika povezanih s trudnoćom i porođajem. Studija koju je 2009. godine objavio Patton sa suradnicima pokazala je da su stope smrtnosti i struktura uzroka smrti povezane s kontekstualnim čimbenicima i ekonomskom situacijom u zemljama i regijama svijeta (6).

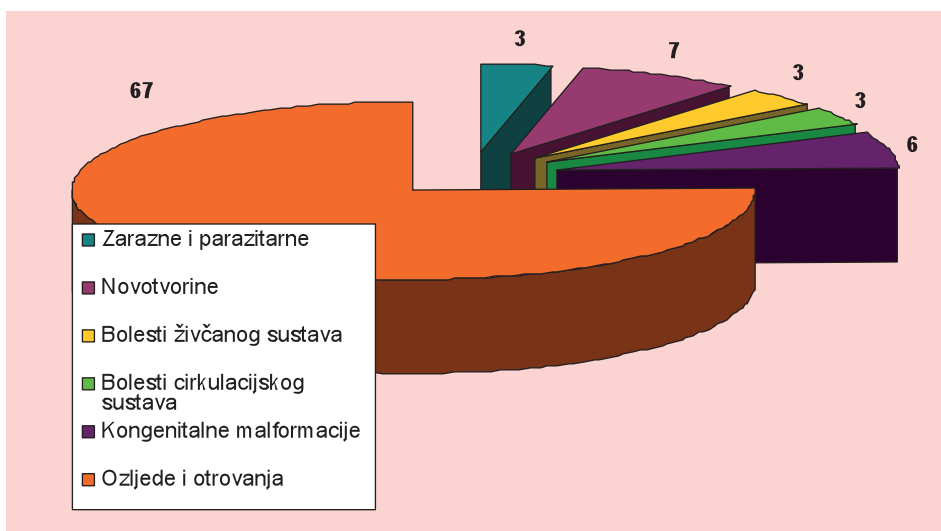
Stope smrtnosti u zemljama niskog standarda bile su četiri puta više od onih u zemljama visoke ekonomske moći, a

razlika je bila osobito izražena za mlade žene. Smrti uzrokovane ozljedama u čitavom su svijetu, bez obzira na ekonomsku situaciju zemalja, vodeći uzrok umiranja mladih muškaraca, iako stope i načini variraju prema regijama. Samoubojstva su u porastu u dobnim skupinama od 15 do 24 godine i općenito su drugi po učestalosti uzrok smrti. Ograničenje za svjetske usporedbe jest i nejednaka raspoloživost podataka, jer su oni najmanje dostupni za najsiromašnije i najnerazvijenije zemlje.

U razvijenim zemljama, pa tako i u Hrvatskoj, smrti su među adolescentnom populacijom rijetke, no uzroci smrti mogli bi se u najvećem broju spriječiti. U 2008. godini u Hrvatskoj je umrlo 173-djece i mladih u dobi od 5 do 19 godina, a u dobnj skupini od 15 do 19 godina njih 116 ukupno (89 mladića i 27 djevojaka). Najčešći su uzrok umiranja u oba spola ozljede, a prednjače ozljede u prometu. Među ozljedama najviše je ozljeda glave i vrata te višestrukih ozljeda. Od novotvorina najčešće su mijeloične i limfatične leukemije, slijede limfomi te zloćudne novotvorine mozga, kosti i drugih organa (slika 1. i 2) (7).



Slika 1. Uzroci smrti djevojaka od 15 do 19 godina u 2008. godini po skupinama bolesti.
Izvor: HZJZ



Slika 2. Uzroci smrti mladića od 15 do 19 godina u 2008. godini po skupinama bolesti.
Izvor: HZJZ

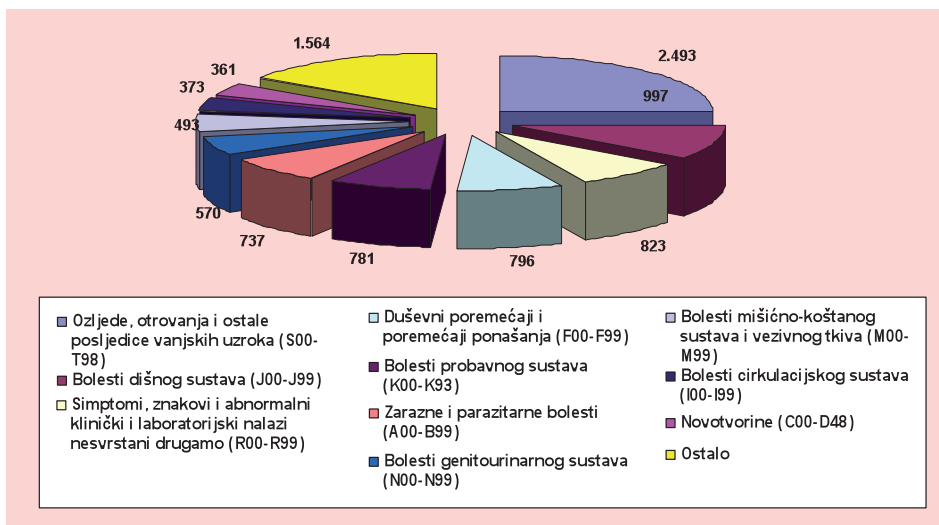
Korištenje bolničkih kapaciteta pokazuje potrebu određene populacijske skupine za zdravstvenom skrbi i njegom zbog težih zdravstvenih problema. U 2008. godini bolnički je u Hrvatskoj liječeno 10.977 djevojaka i 9.998 mladića u dobi od 15 do 19 godina. Najčešći su razlozi bolničkog liječenja djevojaka simptomima i nedovoljno definirana stanja, slijede bolesti dišnoga sustava, ozljede i otrovanja, bolesti genitourinarnog te probavnog sustava. Mladići u bolnicama najviše borave zbog ozljeda, slijede bolesti dišnoga sustava, simptomi i nedovoljno definirana stanja, duševni poremećaji te bolesti probavnog sustava. Novotvorine su po skupinama bolesti na desetome mjestu za oba spola. No pregled po dijagnozama pruža precizniju sliku: kod djevojaka je razvidno da je u skupini simptoma to bol u trbuhu ili zdjelici, znači najčešće sumnja na apendicitis. Slijede kronične bolesti tonzila i adenoida, dijareja te apendicitis. Kod mladića je na prvome mjestu apendicitis, slijede dijareja, bol u trbuhu te kronične bolesti tonzila odnosno hospitalizacija zbog tonzilektomije (slika 3. i 4) (8).

U ordinacije primarne zdravstvene zaštite adolescen-

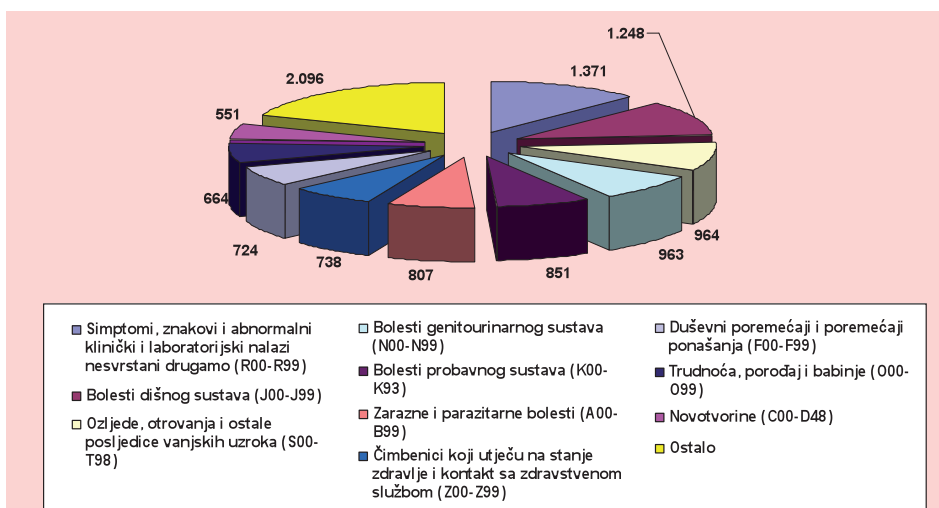
ti daleko najčešće dolaze zbog bolesti dišnoga sustava (383.896 dijagnoza u 2008. godini). Slijede zarazne i parazitarne bolesti (75.651 dijagnoza), bolesti kože i potkožnoga tkiva (74.430) te ozljede sa 69.537 utvrđenih dijagnoza (9).

Trend smanjenja rađanja u mlađim dobnim skupinama (dob ispod 20 godina) i porasta rađanja u dobi iznad 35 godina, karakterističan za razvijene zemlje nalazimo i u Hrvatskoj. U 2008. godini rođeno je 11-ero djece majki mlađih od 15 godina i 1.777-ero djece majki u dobi od 15 do 19 godina, što čini 4,1% od sveukupno rođene djece.

Tijekom 2008. godine bilo je prijavljeno 10.616 prekida trudnoće, što je blagi porast u odnosu na prethodne godine. U strukturi su najzastupljeniji legalno inducirani prekid trudnoće, kojih je bilo 4.497 ili 42,4%. Broj mladih djevojaka do 19 godina kod žena koje obavljaju pobačaj na zahtjev u 2008. godini u blagom je padu. Dok je ranijih godina uvijek bio do 6%, u 2006. bio je 8,8%, u 2007. 9,2%, a u 2008. iznosio je 8,0% (358 adolescentica) (9).



Slika 3. Hospitalizacije mladića od 15 do 19 godina, 2008. godine, po skupinama bolesti.
Izvor: HZJZ



Slika 4. Hospitalizacije djevojaka od 15 do 19 godina, 2008. godine, po skupinama bolesti.
Izvor: HZJZ

Sveobuhvatno promatranje zbivanja u adolescenciji nadilazi mogućnosti zadanosti jednog preglednog članka, a suptilni utjecaji na razvoj i sazrijevanje nisu uvijek dostupni u rutinskim podacima i radu. Područja seksualnog sazrijevanja, ponašanja i navika, eksperimentiranja sredstvima ovisnosti te isprepletenosti kontekstualnog utjecaja na prihvaćanje stavova u mladih prikazat ćemo korištenjem podataka iz nacionalnih i međunarodnih istraživanja.

Spolno i reproduktivno zdravlje

Jedno od najosjetljivijih temeljnih područja adolescentnog razvoja jest i prihvaćanje spolnog identiteta te odgovornoga spolnog ponašanja. Neoprezno seksualno ponašanje u adolescenciji može imati neposredne i dugoročne posljedice. Od neposrednih su najvažnije neželjena (maloljetnička) trudnoća te spolno prenosive infekcije, a dugoročna djelovanja na reproduktivno zdravlje pa i na trajanje života uključuju kronične upalne bolesti, teškoće zanošenja te zloćudne i za život opasne bolesti. Rizični čimbenici koji mogu pridonositi razvoju posljedica i komplikacija jesu rano započinjanje seksualnog života, veći broj partnera te neuporaba kondoma (10). Adolescentna je seksualnost ne samo osjetljivo područje već i predmet sve veće pozornosti zajednice, a ne smije se promatrati samo s obzirom na zdravstvene rizike već i kompleksne čimbenike koji djeluju na rizična seksualna ponašanja (11, 12). Iako se javnozdravstveni pristup često ograničava samo na sprečavanje i suzbijanje neposrednih posljedica kao što su neželjena trudnoća i/ili spolno prenosive infekcije, ne treba gubiti iz vida utjecaj seksualnog ponašanja na odrednice bitne za populaciju kao što su neometana plodnost te doprinos ukupnom opterećenju bolešću (13, 14).

Seksualno ponašanje u društvenom kontekstu

Adolescencija i seksualno ponašanje pod utjecajem su ne samo spola već i društvenog okruženja koje uključuje socioekonomske odrednice te općenite značajke i odnose u društvenoj zajednici (15). Trendovi k sve ranijem započinjanju seksualnog života nisu uvijek tako izraženi kao što se smatra, ali odgađanje stupanja u brak dovodi do sve veće proširenosti prijebračnih seksualnih odnosa (16). U gotovo svim zemljama svijeta seksualna aktivnost i za žene i za muškarce počinje u kasnim tinejdžerskim godinama (15-19 godina). Kod muškaraca dob prvog seksualnog odnosa nije povezana s običajima ili normama stupanja u brak. Većina istraživanja pokazuje da se od muškaraca očekuje da budu seksualno aktivniji i ne traži se da je seksualni čin povezan s romantičnim doživljajima. Paradoksalno, upravo se od djevojaka očekuje da vode računa o sigurnosnim mjerama za sprečavanje trudnoće i/ili spolno prenosivih bolesti (17, 18). Društvena se očekivanja razlikuju prema spolu te dok je za muškarce prema mnogim istraživanjima poželjno iskazivanje seksualne zainteresiranosti za više partnerica, od žena se očekuje stabilna monogamna veza (19). U mnogim je društvima razgovor o seksu još uvijek

društveni tabu, što može ne samo ometati iskrenu i otvorenu komunikaciju među partnerima već dovesti do dvosmislenih situacija. Ako se od djevojke općenito ne očekuje da jasno izrazi svoj pristanak na seksualni odnos, onda se i njezino iskreno odbijanje može protumačiti kao prikriveni pristanak, što može dovesti do situacija neželjenog nasilja i agresije (20).

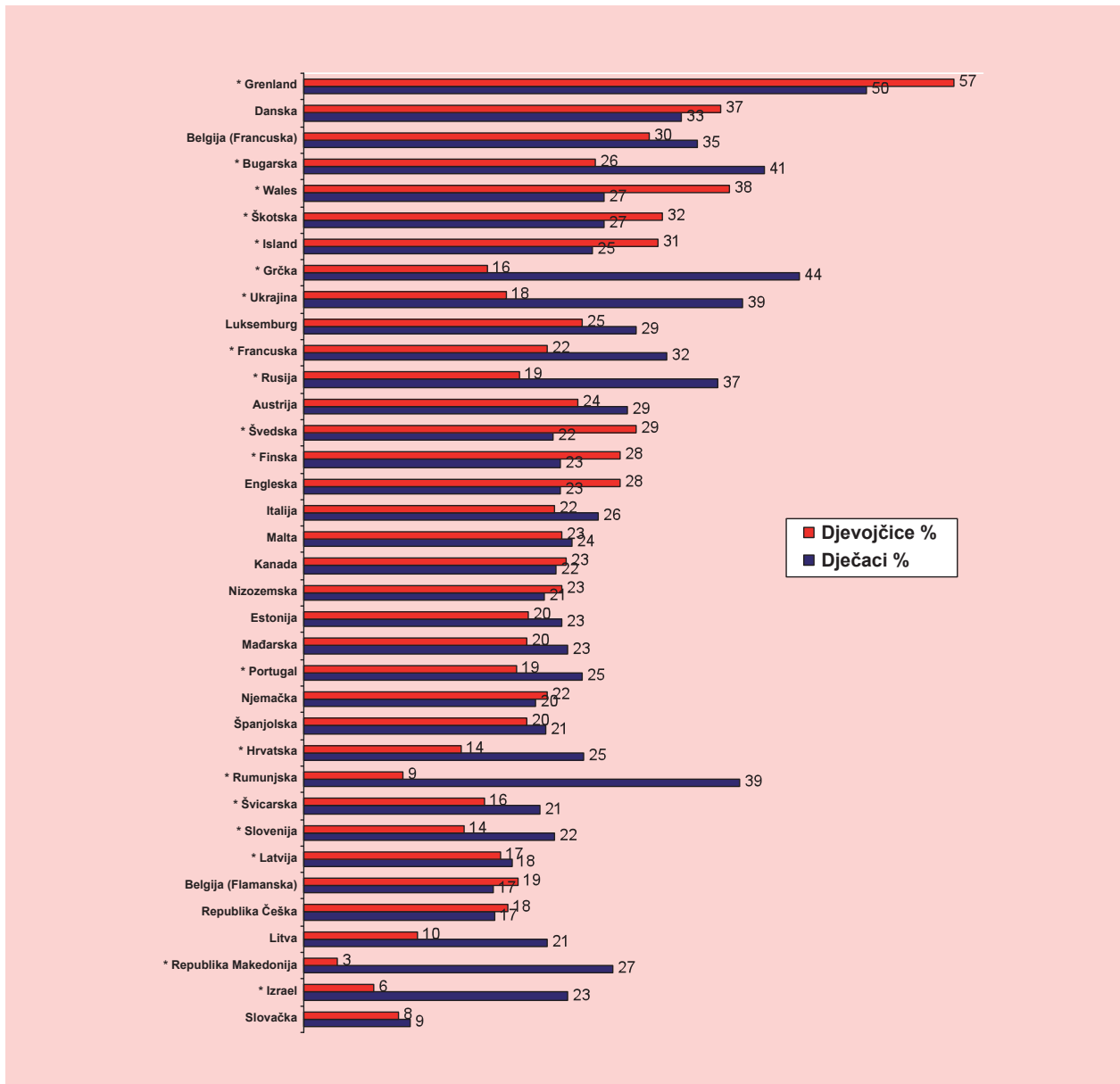
Rani seksualni odnosi

Jedan od nedvojbenih čimbenika rizika koji pridonosi mogućim zdravstvenim posljedicama jest i rano stupanje u seksualne odnose. Prema dosadašnjim istraživanjima prosječna dob stupanja u seksualne odnose u Hrvatskoj je oko 17 godina za oba spola ili za dječake oko godinu dana ranije (20-22). Dickson je utvrdio da je mnogo žena požalilo seksualne odnose prije šesnaeste godine (23). Istraživanje *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) najrelevantnije je europsko istraživanje o zdravlju i ponašanju u vezi sa zdravljem djece školske dobi u europskim zemljama (24). Prema istraživanju HBSC u 2002. godini je u dobi od 15 godina (prije navršene šesnaeste) u seksualne odnose u Hrvatskoj stupilo 9,7% djevojčica i 23,2% dječaka, što je Hrvatsku smještalo na pretposljednje mjesto od tridesetak zemalja u kojima je istraživanje provedeno (na posljednjem mjestu bila je Poljska). No u 2006. godini seksualne je odnose u dobi od petnaest godina imalo 16,5% djevojčica i 28,6% dječaka, što je smještalo Hrvatsku na granicu srednje i donje trećine (26. od 36 zemalja). Takav udio znači porast od 73% među djevojčicama i 23,2% među dječacima (slika 5) (25).

Rezultati upućuju na to da iako naši mladi nisu seksualno aktivni u tako mladoj dobi kao u nekim europskim zemljama (najviše ih rano počinje sa seksualnim životom na Grenlandu, u Danskoj, Belgiji, Bugarskoj, Walesu i Škotskoj), ipak prvi seksualni odnosi zbivaju se u prosjeku sve ranije te edukaciju i odnos prema seksualnosti mladih tomu valja prilagoditi. Pri razmatranju i komentiranju podataka o seksualnim aktivnostima, koji se temelje na iskažu ispitanika, uvijek valja biti svjestan mogućnosti pogreške koja proizlazi iz osobite osjetljivosti područja koje se istražuje. Istraživanja pokazuju spolni nesklad podataka te muškarci u pravilu navode veći broj partnerica i veću seksualnu aktivnost nego žene u istoj populaciji (26). Kako je istraživanje HBSC provedeno uporabom anonimnog upitnika, moguće su situacije i pretjerivanja i prikriivanja uz mogućnost da muški spol pretjeruje, iako je za djevojčice to malo vjerojatno. Stoga je podatak da je svaka šesta djevojčica seksualni život započela prije navršene šesnaeste godine i da se taj udio povećava svakako činjenica koja treba zabrinuti i situacija koja zahtijeva profesionalnu intervenciju.

Rizični čimbenici povezani s ranim seksualnim odnosima

Seksualno ponašanje mladih nije samo odraz njegovih ili njezinih osobnih značajki, već je određeno utjecajima oko-



Slika 5. Udio petnaestogodišnjaka koji su imali seksualne odnose, po spolu u europskim zemljama. Izvor: HBSC 2006, međunarodni izvještaj

line u kojoj mladi žive, osobito obitelji, vršnjaka i školskog okruženja. Na započinjanje seksualne aktivnosti utječe niz čimbenika društvenog okruženja, pri čemu vršnjačka skupina ima važnu ulogu u kreiranju normi ponašanja. Osvješćivanje seksualnosti ne znači i čvrstu odluku da se seksualni odnosi započnu, no što su mladi spremniji na seks, to je veća vjerojatnost da će se, u nekoj od prilika koja se pojavi, seksualni odnosi i dogoditi. Različiti su autori pokazali da rano seksualno iskustvo u adolescenciji nije izoliran događaj te da je povezan s drugim rizičnim ponašanjima s mogućim neposrednim i dugoročnim posljedicama. Dokazano je da za mlade koji su skloni zlouporabi alkohola i drugih psihoaktivnih tvari postoji i veći rizik od upuštanja u rane i rizične seksualne odnose (27, 28).

Složenost i međusobna isprepletenost ostalih rizičnih ponašanja i nekih čimbenika okruženja u kojem žive mladi istražena je na hrvatskoj studiji HBSC iz 2006. godine, i to na poduzorku učenika prvih razreda srednjih škola (29). Regresijska je analiza pokazala da je kao pojedinačni čimbenik za dječake, a u multivarijantnoj analizi za oba spola, svakodnevno pušenje u dobi od petnaest godina naj snažnije povezano s vjerojatnošću stupanja u rane seksualne odnose (OR – odds ratio /omjer izgleda/ za dječake 8,1, za djevojčice 7,9) (tablica 1). Slijedi eksperimentiranje marihuanom, koje je za djevojčice naj snažniji pojedinačni čimbenik, a za oba spola na drugome mjestu u multivarijantnoj analizi (OR za dječake 4,8, za djevojčice 8,0). Osim toga djeca koja ranije stupaju u seksualne odnose češće se opijaju, sklonija su agresiji i zlostavljanju drugih.

Tablica 1. Povezanost ranih seksualnih odnosa i drugih rizičnih ponašanja

	Dječaci OR (95%CI)		Djevojčice OR (95%CI)	
	Univari- jatna	Multivari- jatna	Univari- jatna	Multivari- jatna
Svakodnevno pušenje	8,1**	3,8**	7,9**	3,6**
Pijenje tjedno ili češće	4,6**	2,6**	3,9**	1,5
Opijanje u životu 2+	3,6**	1,1	5,5***	2,2*
Marihuana u životu	4,8**	1,8*	8,0***	2,0*
Tučnjave u posljednjih 12 mjeseci	3,7**	2,5**	3,2**	1,4
Bili zlostavljani	1,3		1,5	
Zlostavljali druge	2,1**	1,9*	2,5**	1,6

***p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05; Izvor HBSC

Za dječake komunikacija u obitelji (ni s ocem ni s majkom) kao ni vlastita procjena zdravlja nisu bile povezane s ranijim započinjanjem seksualnog života. Na istom uzorku srednjoškolaca Kuzman i suradnici (29) analizirali su i druge čimbenike koji su povezani s vjerojatnošću ranih seksualnih iskustava. Za djevojčice su nezadovoljstvo vlastitim zdravljem, životom te učestalost psihosomatskih simptoma (glavobolja, razdražljivost, bezvoljnost, potištenost, teškoće s usnivanjem, bol u trbuhu i leđima te vrtoglavica) bili povezani i sa sklonošću ranom stupanju u seksualne odnose, dok za dječake ti čimbenici nisu imali utjecaja. Djevojčice su i inače sklonije kritičnosti i lošijim procjenama i samoprocjenama, no upravo je to osjetljivo područje gdje nedostatak samopoštovanja i samopouzdanja može dovesti do brzopletih i rizičnih postupaka i odluka. Povezanost mogućnosti ranog stupanja u seksualne odnose i lošije komunikacije u obitelji značajna za djevojčice također upućuje na veću vulnerabilnost i potrebu za potporom. Određena popularnost među vršnjacima prati i dječake i djevojčice koji se upuštaju u rane seksualne odnose (30). Dobra komunikacija s vršnjacima može biti odraz popularnosti, no može biti i važna zbog toga, jer snažan utjecaj na odluke u tom razdoblju imaju vršnjačka skupina i njezine norme.

Rano sazrijevanje također je važan razvojni čimbenik u djevojaka koji može biti povezan s rizičnim ponašanjima kao rizični seksualni odnosi te uporaba sredstava ovisnosti. Prerani pubertet u djevojaka još više ističe nerazmjer između tjelesne, psihičke, emocionalne i socijalne zrelosti te čini djevojke vulnerabilnima i podložnima nepotrebnom samodokazivanju. Za djevojke koje rano sazrijevaju nije povećana samo vjerojatnost za ranije započinjanje seksualnog života već i moguća izloženost drugim rizičnim ponašanjima. Iz analize rezultata proizlazi da je vjerojatnost

zapčinjanja seksualnih odnosa prije navršene šesnaeste godine za djevojke koje prvu menstruaciju dobiju u dobi od 12 do 13 godina 50% manja (OR 0,5; CI 0,3-0,9) nego za djevojke koje su prvu menstruaciju dobile prije jedanaeste godine života. Djevojke koje su prvu menstruaciju dobile relativno kasno (nakon 14 godina života) imaju 70% manju vjerojatnost (OR 0,3; CI 0,2-0,6) da će rano stupiti u seksualne odnose (29).

Sprečavanje spolno prenosivih infekcija i neželjene trudnoće

Uporaba sredstava za sprečavanje trudnoće i zaštitu od spolno prenosivih bolesti u mladih ovisi o motivaciji, informiranosti, stavu partnera, dostupnosti, cijeni, osjećaju odgovornosti, međusobnom povjerenju, utjecaju društvenog konteksta i normi i dr. Prema HBSC 2006. godine, kod posljednjega spolnog odnosa kondom je rabilo 76% dječaka i 77% djevojčica (u 2002. godini 75,2% dječaka i 73,1% djevojčica). Rizične metode kao što su računanje plodnih dana ili prekinuti snošaj koristi 14% odnosno 20% mladih ukupno. Oralna kontracepcijska sredstva rabi 8% djevojčica, a 7% dječaka izjavljuje da njihove partnerice uzimaju oralnu kontracepciju. Kako 15% dječaka i 11% djevojčica izjavljuje da prilikom posljednjega spolnog odnosa nisu rabili nikakvu zaštitu, ta činjenica, kao i uporaba nesigurnih sredstava kontracepcije može za spolno zdravlje mladih imati dalekosežne posljedice. Iako je kondom jedina pouzdana zaštita od spolno prenosivih bolesti, samo je 10 dječaka i 6 djevojčica izjavilo da uz kontracepcijske pilule njihove partnerice ili one same rabe i kondome. Sprečavanje neželjene trudnoće u mladenačkoj dobi svakako je jedan od ciljeva odgovornoga spolnog ponašanja, ali sprečavanje spolno prenosivih bolesti koje mogu imati posljedice na plodnost i na kasniji seksualni život svakako je nešto s čim mlade treba upoznati, o tome ih savjetovati i nastojati djelovati na ponašanja koja bi mogla biti rizična.

Prema individualnim izvješćima o sistematskim pregledima na prvoj godini studija za akademsku godinu 2006/2007. (nisu bili uključeni studenti Zagrebačkog sveučilišta) 70% mladića i 63% djevojaka izjavilo je da je imalo seksualne odnose (20). Prosječna dob stupanja u seksualne odnose bila je za oba spola oko 17 godina (16,9 za mladiće i 17,4 za djevojke). Od spolno aktivnih djevojaka 44% do datuma pregleda nije posjetilo ginekologa, bez obzira na dužinu seksualne aktivnosti. Prema podacima o sistematskim pregledima studenata Zagrebačkog sveučilišta u školskoj godini 2007/2008., njih 70% bilo je seksualno aktivno (73% mladića i 69% djevojaka) (31). Prosječna dob stupanja u seksualne odnose je prema izjavama bila 15,8 godina za mladiće i 16,2 za djevojke. Kontinuirana će praćenja pokazati je li dob stupanja u seksualne odnose uistinu sve ranija ili je to odraz populacijske razlike među studentima različitih krajeva Hrvatske. Korištenje kondoma je među studentskom populacijom prisutno, ali nije redovito, što znači da osim zaštite od neželjene trudnoće zapravo pruža vrlo nesigurnu zaštitu od spolno prenosivih infekcija. Od onih koji su seksualno aktivni, u Hrvat-

skoj 19% mladića i 30% djevojaka (Zagreb 17% mladića i 27% djevojaka) izjavljuje da kondom rabe rijetko ili ga ne rabe uopće. Kondom redovito rabi 37% studenata i 33% studentica (u Zagrebu 14% i 15%), a ostali ga rabe povremeno. Potpuno nesigurne metode kontracepcije kao prekinuti snošaj ili "sigurne" dane koristi redovito 12% odnosno 4% studenata i 19% odnosno 11% studentica (u Zagrebu 6% i 5% studenata i 14% odnosno 10% studentica). Znači, usprkos edukaciji i pretpostavljenim dobrim znanjima i informacijama, svaka peta studentica koristi prekinuti snošaj, kondom ili hormonsku kontracepciju, a svaka deseta "računa sigurne" dane (tablica 2).

Tablica 2. Korištenje zaštite među studentima Zagrebačkog sveučilišta šk. god. 2007/2008.

	Nikad/ rijetko		Povremeno		Uvijek	
	M %	Ž %	M %	Ž %	M %	Ž %
Kondom	17	27	69	58	14	15
Prekinuti snošaj	87	76	7	10	6	14
Sigurni dani	90	81	5	8	5	10
Hormonska kontracepcija		71		4		25

Izvor: HZJZ

U istraživanju provedenom među osobito osjetljivim skupinama mladih 2002. godine, mladi u dobi od 14 i 15 godina odgovorili su na pitanje zbog čega ne upotrebljavaju kondom redovito (32). Mladi obaju spolova kao važan razlog nekorištenja kondoma navodili su da ne vole seks s kondomom, a djevojke su izjavljivale da imaju povjerenja u partnera. Cijena nije prevelik problem za većinu ispitanika (svaki četvrti smatra da je cijena razlog nekorištenja), a značajno je da oko 11% ispitanika obaju spolova navodi da imaju problema s uporabom. U sustavnom pregledu čimbenika koji utječu na seksualno ponašanje mladih Marston i King navode i što utječe na uporabu kondoma (15). Na uporabu kondoma u mladih utječe i procjena potencijalnog partnera/partnerice. Ako smatraju da dolaze iz poznatoga društvenog okruženja i procjenjuju ih "neopasnima", manja je vjerojatnost da će redovito (ili uopće) rabiti kondom. Uporaba kondoma povezuje se i s osjećajem nedostatka povjerenja u partnera, kao i s mogućom sumnjom u njegovu/njezinu eventualnu zaraženost.

Prevenција

Prevenција u području reproduktivnog zdravlja ne smije biti usmjerena isključivo na sprečavanje spolno prenosivih bolesti i/ili neželjene trudnoće, već na prihvaćanje općenito odgovornog seksualnog ponašanja, koje će u životu mladih omogućiti ostvarenje željenog roditeljstva i izbjegavanje neželjenih posljedica rizičnih ponašanja. Jedan od ciljeva primarne prevencije za očuvanje reproduktivnog zdravlja mladih je i utjecaj na odgađanje započinjanja seksualnog života, odnosno preranog stupanja u seksualne odnose. Temeljne su aktivnosti zdravstveni odgoj, savjetodav-

ni rad te redoviti preventivni pregledi. Najčešće se, govoreći o zdravstvenom odgoju, zapravo misli na zdravstveno obrazovanje u užem smislu, što podrazumijeva uglavnom prijenos i dobivanje informacija o zdravlju i rizicima za zdravlje. No zdravstveni bi odgoj trebao, iako je bitna i kognitivna sastavnica pružanja točnih, znanstveno utemeljenih informacija i činjenica, utjecati i na stavove, vrijednosti i emocionalnu razinu prihvaćanja i shvaćanja. Informacije o zdravlju mladi dobivaju iz formalnih (škola, knjige, liječnici), ali i iz neformalnih (prijatelji, obitelj, časopisi, mediji, internet) izvora. U istraživanjima u srednjoškolskoj populaciji i među rizičnim mladima na vodećem su mjestu prijatelji, slijede mediji, a tek onda škola ili obitelj. Pritom je izražena spolna razlika u odnosu na obitelj: dok je 40,6% djevojaka navelo da informacije dobivaju u obitelji, to je isto izjavilo 20,4% mladića. Kako su brojni dokazi da su majke one koje češće, bolje i otvorenije komuniciraju s djecom, ne samo u području reproduktivnog zdravlja, nameće se zaključak da majke razgovaraju s djevojkama, a ako majke ne razgovaraju i sa sinovima, tada sa sinovima ne razgovara nitko (32). Očevi još uvijek ne smatraju da je razgovor o tim temama sastavni dio nužne komunikacije i odgoja. Janković je, analizirajući stavove studenata, pokazala da je mladima katkad neugodno razgovarati s roditeljima, iako smatraju da su roditelji i stručnjaci u školama najbolji izvori informacija. Od stručnjaka mladi očekuju da budu dostupni, bliski s mladima, otvoreni i profesionalni, a metoda koju zagovaraju jesu razgovori u malim grupama (33). Korištenje vršnjaka edukatora kao provoditelja programa pokazalo se korisnim, ali ne i dovoljnim. Vršnjaci edukatori djeci i mladima čine programe zanimljivijima i dinamičnijima, no intervencija i nadzor profesionalaca opetovano se pokazala nužnom (34). U pristupu mladima pružene informacije trebaju biti jasne, točne, jednoznačne i lako provjerljive. Nejasnoće, ograde ili nevoljko otkrivanje podrijetla i izvora informacija u današnje doba otvorenosti i lake dostupnosti, u temeljima će narušiti kredibilitet i onemogućiti komunikaciju, a time i učinkovitost. Poruke koje proizlaze iz predočenih činjenica moraju mlade usmjeravati stavovima kojima se odgovorno izbjegava rizično ponašanje uz dovoljno poticanje samopouzdanja i samopoštovanja da mogu donijeti pravilne odluke. U proces učenja treba ih aktivno uključiti, postaviti u središte zbivanja, potaknuti njihova kreativna istraživačka i idealistička nastojanja za dokazivanjem i/ili samodokazivanjem. U slučaju iskazane potrebe za osobnim individualnim savjetom uvijek valja osigurati potpunu privatnost i povjerljivost. Nužnost postojanja otvorenih službi koje mladima pružaju mogućost savjetovanja, potpore i skrbi za zdravlje sve se snažnije prepoznaje u različitim zemljama diljem svijeta (35). Organizacija zdravstvene zaštite, o kojoj se danas raspravlja na brojnim stručnim panelima, u Hrvatskoj pruža upravo takve mogućnosti mladima preko službe školske medicine, njezinih savjetovašta te zdravstvenoodgojnih aktivnosti u osnovnim i srednjim školama. Primjena cjepiva protiv HPV-infekcije upravo je zbog karakterističnog ponašanja adolescenta važna dobrodošla mjera primarne prevencije. Cijepljenje protiv HPV-a ne bi se smjelo promatrati kao izolirana aktivnost i prednost je postojeće organizacije zdravstvene zaštite upravo mogućnost da se u službama škol-

ske medicine, koje se kontinuirano bave preventivom, dobiju informacije o potrebi cjelovitoga preventivnog pristupa, profesionalni savjet te da se cijepljena populacija prati i u kasnijem razdoblju.

Eksperimentiranje sredstvima koja mogu uzrokovati ovisnost

Pušenje

U Okvirnoj konvenciji Svjetske zdravstvene organizacije za kontrolu duhana (36) posebna se zabrinutost izražava u odnosu na pušenje i druge oblike upotrebe duhana u dječjoj dobi i adolescenciji diljem svijeta, posebno u odnosu na pušenje u sve mlađoj dobi. Pušenje cigareta započinje najčešće u ranoj adolescenciji, razvojnoj dobi koja nekoliko desetljeća prethodi smrti i oštećenju povezanom s pušenjem u odrasloj dobi. Rijetki pojedinci započinju pušiti u odrasloj dobi, dok većina prvi put popuši cigaretu prije završetka srednjoškolskog obrazovanja. Što ranije mladi započinju pušiti, to su veće šanse za težu uporabu u odrasloj dobi te imaju veće šanse za duži pušački staž. Oboje, trajanje pušenja i količina popušenog duhana, povezano je s potencijalnim kroničnim zdravstvenim problemima.

Razlozi i poticaji zbog kojih mladi započinju pušiti nisu jednostavni. Jedan od najvažnijih čimbenika za započinjanje pušenja je to što se pušenje doživljava kao odraz zrelosti i nezavisnosti. Takav privid koji adolescenti pripisuju odraslima koji puše duhanska je industrija brižljivo izgradila i podupire ga. Nedvojbeno je i da odrasli koji puše, kao članovi obitelji, filmski glumci, popularni glazbenici, sportaši i ostali koje djeca, a osobito adolescenti idoliziraju i oponašaju, imaju na njih velik utjecaj (37).

Za početak navike pušenja u mladim ipak su od najvećeg značenja utjecaji, kako vršnjaka i grupe tako i roditelja ili starije braće i sestara (38). Ne samo da je pušenje zdravstveni rizik samo po sebi već su pušači u adolescenciji rizičniji i za uporabu alkohola i psihoaktivnih droga od nepušača.

Kako je pušenje desetljećima bilo društveno prihvatljiva navika i kako je često odnos odraslih (bilo roditelja bilo drugih odraslih iz okruženja u kojem djeca odrastaju) toleraniji prema pušenju nego prema drugim sredstvima koja mogu uzrokovati ovisnost, a kako istraživanja pokazuju da je redovito pušenje u mladenačkoj dobi povezano i s drugim rizičnim ponašanjima, opravdano se zapitati je li pušenje zapravo ulaz u svijet rizičnih i nepoželjnih ponašanja, a ne samo bezazleni eksperiment nuždan u procesu sazrijevanja.

Često se ovisnost o pušenju duhana shvaća manje ozbiljno od drugih tipova ovisnosti. Za to ima nekoliko razloga: pušenje je socijalno prihvatljivo, faze akutne intoksikacije su relativno rijetke, a i razvijena ovisnost u manjoj mjeri narušava psihosocijalno funkcioniranje ovisnika.

Danas je u razvijenim zemljama pušenje s javnozdravstve-

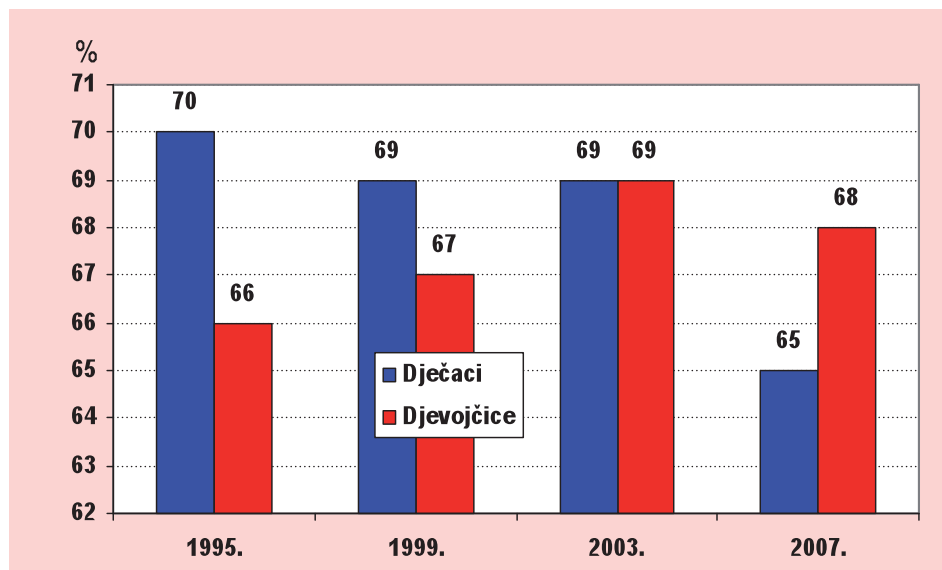
nog stajališta neprihvatljivo ponašanje te je sve više država koje u većoj ili manjoj mjeri prihvaćaju zakonske restrikcije pušenja ne samo u zdravstvenim ili obrazovnim ustanovama već i u javnim prostorima i okupljalištima. Međunarodna praćenja pokazuju da je opravdano slijedom takvog stava prema pušenju odrasle populacije i zakonskih odredbi i pušenje u mladim u relativnoj stagnaciji te u nekim zemljama i u opadanju. Jedno od najrelevantnijih istraživanja rizičnih ponašanja adolescenata (dob 15-16 godina) jest ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) istraživanje, koje se od 1995. godine u četverogodišnjim razdobljima provodi u četrdesetak europskih zemalja i u kojem Hrvatska sudjeluje od samog početka. Prema posljednjim je rezultatima razvidno da je pušenje i u hrvatskih adolescenata u stagnaciji (slika 6). Djevojčice su u dobi od 15 godina prestigle po eksperimentiranju cigaretama svoje muške vršnjake. No one se još zadržavaju na povremenom pušenju, dok dječaci češće postaju redoviti pušači, odnosno puše barem jednu cigaretu svaki dan (slika 7).

Odnos mladih prema pušenju dijelom je odraz i stava javnosti prema pušenju. Iako su odluke o pušenju na javnim mjestima i u ugostiteljskim objektima još uvijek dijelom kontroverzne, pušenje se uglavnom više ne doživljava kao nedvojbeno prihvatljiva društvena navika, a taj je trend uočljiv i u velikoj većini europskih zemalja (39).

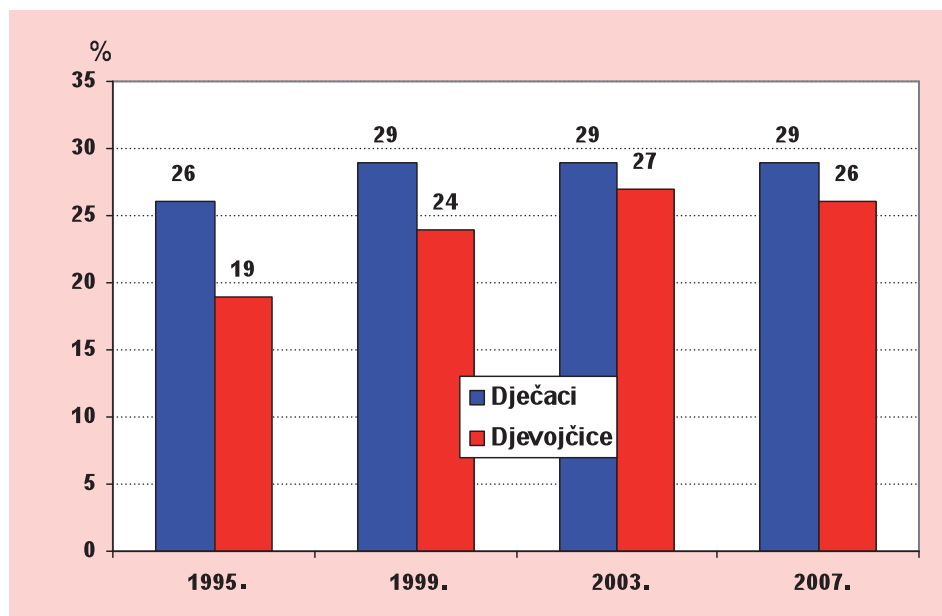
Pijenje alkohola

Alkoholizam je danas najčešća bolest ovisnosti s kojom se pojedinci i društvo moraju boriti. No alkohol je ujedno i prvo sredstvo ovisnosti s kojim djeca dolaze u dodir, najčešće u vlastitom domu na nagovor roditelja, rodbine ili prijatelja. Rana uporaba alkohola nosi rizik od stjecanja pijenja alkohola kao navike, a oni koji su počeli piti ranije u životu imaju veće izgleda da će se tijekom života propiti od onih koji s uporabom alkohola započinju kasnije (37). Mladi piju znatno rjeđe nego odrasli, ali kad piju, u pravilu piju veće količine alkohola i piju kako bi se napili. Ujedno, mladi ne prepoznaju rizik od alkohola, kao što ne prepoznaju potencijalne opasnosti rizičnih ponašanja uopće (40).

Praćenje navika pijenja među mladima i rezultati ESPAD-a upućuju na porast pijenja među adolescentima u razdoblju od 1995. do 2007. te već sama ta činjenica treba zabrinjavati. Objašnjenje takvog kretanja pijenja nije jednostavno, no dio razloga je sigurno u vrlo tolerantnom stavu našeg društva prema alkoholu općenito, a osobito prema pijenju mladim. Iako u Hrvatskoj zakonski propisi zabranjuju prodaju i posluživanje alkohola maloljetnicima, primjena tih inače dobrih i razumnih zakona vrlo je neujednačena. Zakonski se propisi uglavnom ne poštuju i ne provode, te je dostupnost alkohola mladima vrlo velika. Medijski utjecaj reklama (za pivo, koje se smije reklamirati) koje su vrlo poticajne i privlačne te upravo usmjerene mladima još je jedan utjecajni čimbenik. Na zapravo alarmantnu situaciju pijenja alkohola u mladim upozorava činjenica da je prije 12 godina Hrvatska bila daleko ispod prosjeka europskih zemalja, a u 2007. godini je po parametrima pijenja i opijanja u posljednjih 12 mjeseci iznad prosjeka svih zemalja



Slika 6. Pušenje u životu 1995-2007. godine, po spolu. Izvor: ESPAD 2007.



Slika 7. Svakodnevno pušenje u posljednjih 30 dana 1995-2007. godine, po spolu. Izvor: ESPAD 2007.

Europe (slika 8). Rezultati upućuju da se pije u Europi pomalo stabilizira, dok je u Hrvatskoj još u porastu te je to vrlo upozoravajući čimbenik koji može biti uzrokom brojnih neželjenih posljedica.

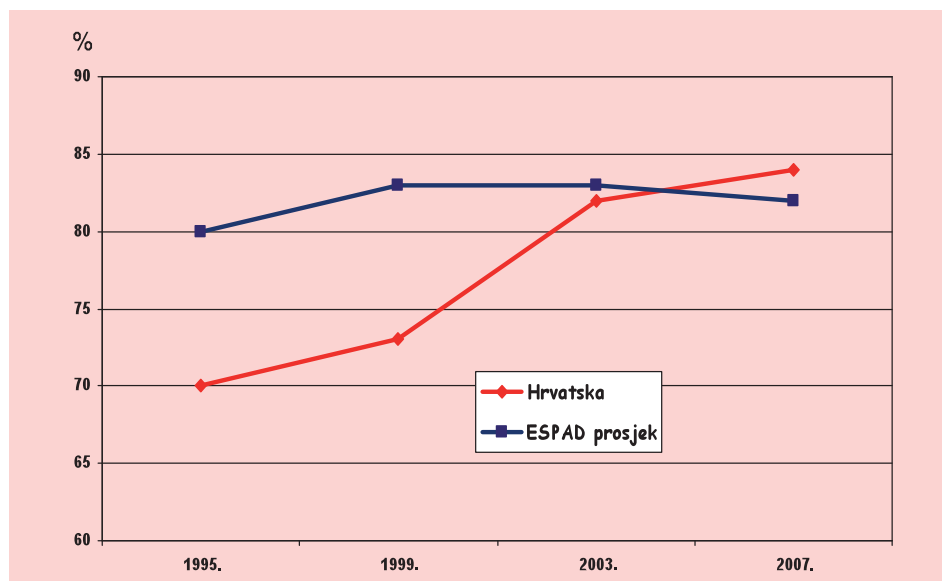
Iako je Hrvatska i kontinentalna i mediteranska zemlja, u odrasloj populaciji društveno je prisutniji mediteranski način pijenja, koji karakterizira duže razdoblje i često pijenje uz obroke. No u mladima je u čitavoj Europi, pa tako i u nas, prisutno "ekscenno pijenje" ("binge drinking") definirano kao pijenje 5 ili više pića zaredom u jednoj epizodi pijenja. Tom je pijenju cilj što brže postizanje djelovanja alkohola i uglavnom se odigrava u parkovima, mjestima okupljanja mladih ili u nečijem stanu prije večernjeg izlaska. Više od polovice dječaka (55%) i samo nešto manje djevojčica (43%) u Hrvatskoj izjavljuje da je pilo na taj način u po-

sljednih mjesec dana. Velika količina pića u relativno kratko vrijeme može na više načina djelovati na psihofizičko stanje te uzrokovati ponašanja i postupke koje osoba inače ne bi učinila.

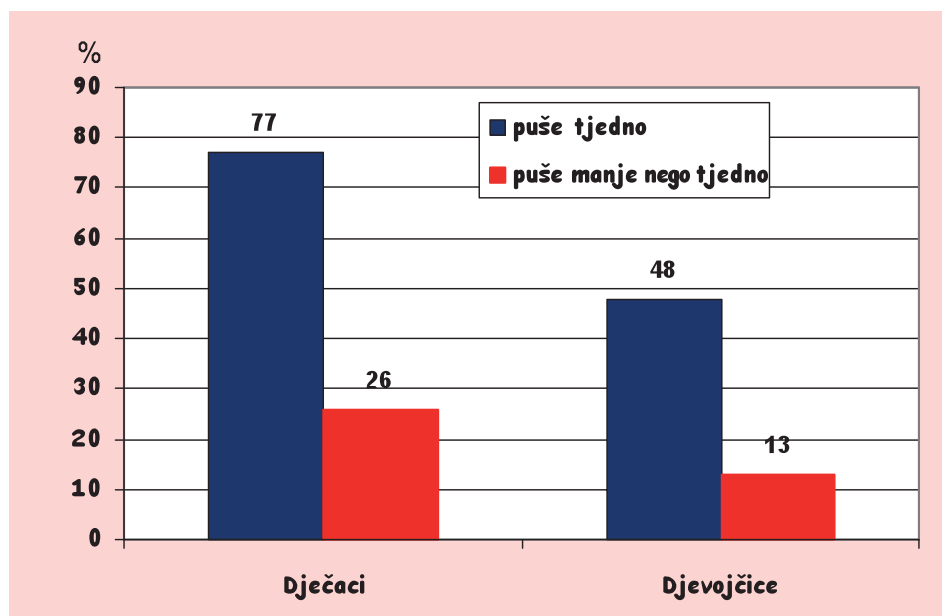
Povezanost uporabe alkohola i ostalih rizičnih ponašanja opetovano je i višestruko dokazivana. Najjednostavniji je primjer da je među redovitim pušačima gotovo dva puta više onih koji se i češće opijaju (slika 9).

Pijenje alkohola nije povezano samo s uzimanjem drugih rizičnih sredstava već i s agresivnim i nasilničkim ponašanjem (25) i u dječaka i djevojaka. Kako je sve do sada još uvijek uočljivo sve prisutnije pijenje u mladima, nije nerazumno očekivati i više nasilničkog ponašanja.

Mladi ne piju da bi se osjećali loše, da bi im bilo zlo ili da



Slika 8. Pijenje alkohola u posljednjih 12 mjeseci 1995-2007. godine, Hrvatska i ESPAD prosjek. Izvor: ESPAD 1995-2007.



Slika 9. Opijanje dva i više puta u životu u odnosu na pušenje, 15 godina. Izvor: HBSC 2006.

bi doživjeli prometnu nezgodu, s nakanom tučnjave ili neprilika u kući ili u društvu. Iako su svjesni da prekomjerna uporaba alkohola može imati neželjene posljedice, očekivanja mladih od pijenja su s njihovoga stajališta pozitivna – mladi piju jer se to mora probati, da bi se osjećali dobro, jer piju i drugi, jer se kad piju ne srame pred drugima, jer je to "cool", jer ne žele biti različiti od drugih, jer im je piće dobro, jer vole piti, da zaborave probleme, da skupe hrabrost, da im ne bude dosadno. Posljedice nekontroliranog i prekomjernog pijenja (a mladi nisu realni u procjeni koliko pića mogu "podnijeti") mogu biti brojne – od sukoba s roditeljima, tučnjave, ozljede, uvučenosti u kriminalne postupke, problema s policijom, odvoženja na hitnu, prometne nesreće – sve do neželjenih i neplaniranih seksualnih odnosa koji se događaju bez uporabe zaštite i koje će-

sto drugi dan požale. U adolescenata se ne može govoriti o alkoholizmu, već o prekomjernoj uporabi alkoholnih pića. No oni mladi koji započinju piti ranije i koji piju učestalije i veće količine alkohola imaju veće šanse da i kasnije u životu imaju problema s kontrolom pijenja, a time i veće mogućnosti za razvoj kroničnih posljedica zlorabice alkoholnih pića.

Već spomenuti zakoni koji ograničavaju prodaju i posluživanje alkohola maloljetnicima postoje i dobro su oblikovani. Na prodajnim se mjestima ne provjerava dob onih koji žele kupiti alkohol, kao ni u ugostiteljskim objektima. Jedno od navodnih opravdanja je da konobari nemaju pravo legitimirati osobe koje traže alkohol. No istina je da se pitanje dobi potpuno izbjegava, jer je interes prodaje iznad interesa zaštite mladih, u ovom slučaju i nepoštivanje za-

kona. Slučajevi prijave nekoga tko je poslužio maloljetnika gotovo i ne postoje i samo se svake jeseni u vrijeme mjeseca borbe protiv ovisnosti napravi nekoliko medijskih priloga. Naglasak tih mjera trebao bi biti u jasnoj poruci i stavu društva da mladi ne trebaju konzumirati alkohol i da to za njihovu dob nije poželjno. Ako je poruka društva da se uporaba alkohola vrlo otvoreno tolerira, nema razloga da mladi misle kako je to za njih štetno i koje mogu biti posljedice.

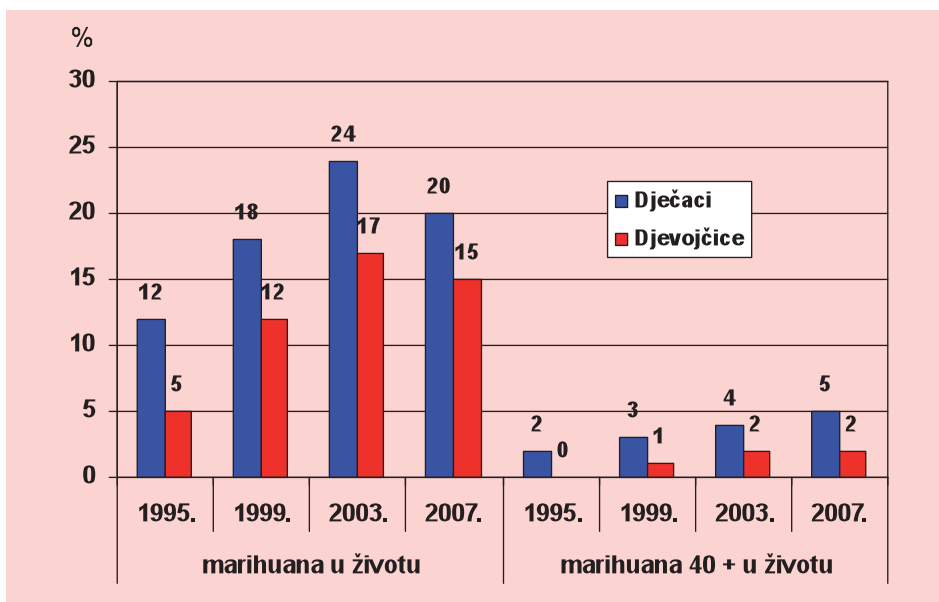
Psihoaktivne droge

Jedno od najrizičnijih ponašanja u adolescenciji je eksperimentiranje psihoaktivnim drogama. Ne samo da je većina sredstava s kojima mladi dolaze u doticaj ilegalna te uporabom krše zakon i potencijalno se izlažu kaznenim prijavama, već je djelovanje droga na središnji živčani sustav i cjelokupno ponašanje u pojedinaca neizvjesno i nepredvidivo i od eksperimenta se lako postane konzument, a od konzumenta ovisnik, sa svim tjelesnim, psihičkim i društvenim posljedicama. Prema izvještaju UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) iz 2010. godine oko 4,9% svjetskog stanovništva od 15 do 64 godine (208 milijuna ljudi) barem je jednom uzelo neku drogu u posljednjih 12 mjeseci (41). Procjena za marihuanu sugerira da je u 2006. godini 166 milijuna ljudi konzumiralo marihuanu, s još uvijek porastom uporabe u Južnoj Americi i Africi, a stabilizacijom u Zapadnoj Europi i Sjevernoj Americi. Procjenjuje se da je u svijetu 16,5 milijuna ljudi ovisno o opijatima. Porast kokainske ovisnosti u Europi zabrinjava, zahtjevi za liječenje zbog kokaina u proteklom su se petogodišnjem razdoblju udvostručili. I u Hrvatskoj je marihuana najraširenije psihoaktivno sredstvo među mladima. Većina mladih ipak samo eksperimentira različitim sredstvima ovisnosti i u razdoblju kasne adolescencije prestaju ili se navika ustaljuje kao umjerena. No u određenog broja mladih razvija se zlouporaba, i to do te mjere da počinje ometati školovanje, obiteljske odnose, društveni život i produktivnost općenito. Istraživanja i praćenja u posljednjim go-

dinama pokazuju određenu stabilizaciju eksperimentiranja marihuanom, mjerenu iskušavanjem marihuane barem jednom u životu. No među onima koji eksperimentiraju ne smanjuje se broj mladih koji nastavljaju s težom uporabom, tako da se udio mladih koji su marihuanu probali stabilizira, ali je i nadalje u porastu udio onih koji su redovitiji ili teži konzumenti, odnosno koji su u dobi od 15 do 16 godina marihuanu konzumirali 40 puta i više (slika 10).

Registracija osoba koje su liječene u zdravstvenom sustavu zbog zlouporabe sredstava ovisnosti i praćenje tijeka razvoja ovisničkog ponašanja u heroinskih ovisnika pokazuje da je upravo u dobi od 15 do 16 godina prvi kontakt sa psihoaktivnim sredstvima, a prema izjavama ovisnika njih je 60% kao prvu drogu uzimalo marihuanu. Ako se uzimanje nastavi, tada nekoliko godina kasnije, nakon isprobavanja različitih sredstava dolazi do prve uporabe heroina, najprije najčešće ušmrkavanjem ili pušenjem, a u prosjeku 6-8 mjeseci kasnije i do prvog intravenskog uzimanja heroina (42). O utjecajima na ponašanje mladih ima mnogo teorija i istraživanja, te iako je za prihvaćanje stavova, normi, moralnih i etičkih vrijednosti i dalje najpresudniji utjecaj obitelji, komunikacija unutar obitelji i pravila ponašanja, u adolescenciji će presudniju ulogu imati ponašanje vršnjačke skupine kojoj mladi pripadaju (43, 44).

Analiza povezanosti kontekstualnih čimbenika te uporabe marihuane u 11 europskih zemalja pokazala je nedvojbenu konzistentnost utjecaja bez obzira na aktualnu prevalenciju eksperimentiranja i ekonomske ili druge društvene čimbenike (45). Za dječake je za eksperimentiranje marihuanom najpresudnije bilo redovito pušenje, slijedilo je društvo prijatelja koji uzimaju marihuanu i njezina dostupnost. I za djevojčice su ta tri čimbenika bila presudna, s tim da je u više zemalja bio značajniji utjecaj vršnjačke skupine. Za nastavljnje eksperimentiranja (definirano kao uzimanje marihuane 10 i više puta u životu) za oba su spola dostupnost i prijatelji imali jednako važnu ulogu. Zanimljivo je da je svakodnevno pušenje samo za hrvatske



Slika 10. Uzimanje marihuane u životu i 40 puta i više u životu, ESPAD 1995-2007. godine, po spolu.
Izvor: ESPAD 1995-2007.

adolescente ostalo najvažniji utjecajni čimbenik. Iako su u analiziranim varijablama bile i struktura obitelji i roditeljska kontrola, u multivarijantnoj analizi pokazale su se mnogo manje važnima od utjecaja vršnjačke skupine i raspoloživosti. To pokazuje da je utjecaj roditelja nužno osnažiti u mlađoj dobi, kada su odnosi u obitelji još neopterećeni turbulencijom odnosa koje adolescencija nosi, ali i da je utjecaj društvene kontrole koja može regulirati dostupnost vrlo učinkovit način sprečavanja zlorabe u mladima.

Programi prevencije ovisnosti trebali bi sveobuhvatnije uključivati sva sredstva (i alkohol), jer se djelovanjem na cjelokupno ponašanje mogu spriječiti višestruke posljedice. Politike zemalja se prema uporabi alkohola i marihuane donekle razlikuju, ali se svi slažu da je od presudnog značenja stav društva, edukacija u školama, promicanje zdravlja te programi koji utječu na percepciju eksperimentiranja i zlorabe (46). Jasnim porukama i jedinstvenim stavom državne politike, obitelji i profesionalaca valjalo bi osvijestiti neželjene društvene i zdravstvene posljedice rizičnog ponašanja, kako pijenja alkohola tako i eksperimentiranja drogama, jer se posljedice ne smiju podcijenivati ni zanemarivati.

Prekomjerna tjelesna težina i rizični čimbenici

Upozorenje Svjetske zdravstvene organizacije da je prekomjerna tjelesna težina u djece u razvijenim zemljama dosegla epidemijske razmjere temelji se na podacima o sve nezdravijim načinima života, prehrani i porastu indeksa tjelesne mase za dob (47).

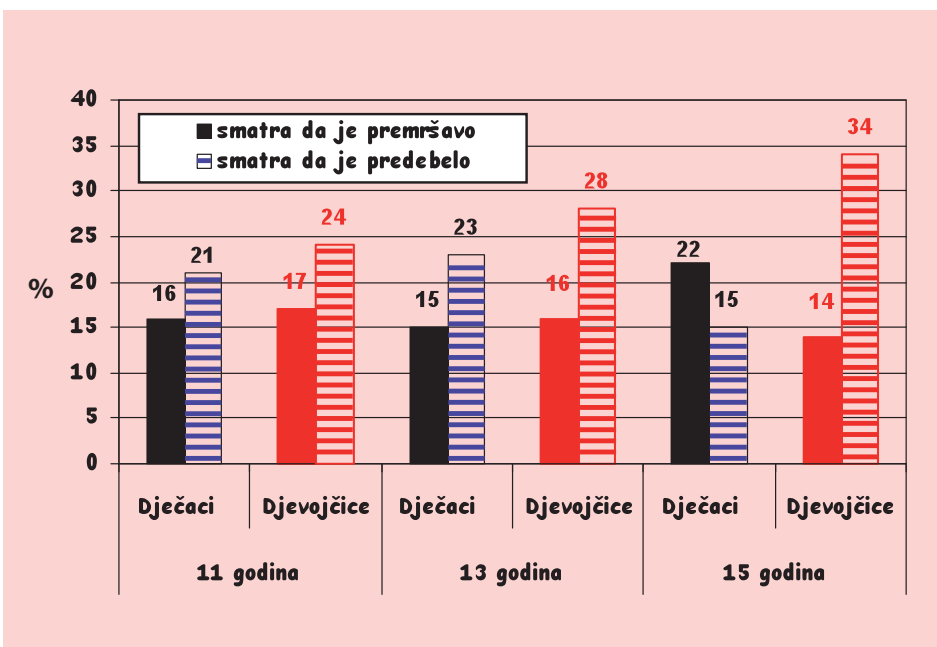
Porastu indeksa tjelesne mase pogoduju prevelik unos namirnica neodgovarajućeg sastava i prehrambenih vrijed-

nosti, nedovoljna tjelesna aktivnost, ali i nasljedni (genski) čimbenici te dob i spol. Tjelesne promjene koje prate razdoblje adolescencije mogu u upravo najosjetljivijem razdoblju djelovati na doživljavanje sebe te utjecati na ionako krhko samopoštovanje adolescenata. Kako mladi često nemaju pravilne informacije i nisu spremni podijeliti svoje strahove s osobama koje bi im mogle pomoći, mogu brzopleto ne samo steći krivu predodžbu o vlastitom izgledu i tijelu već i poduzeti aktivnosti koje nisu racionalne i učinkovite.

Dječaci i djevojčice u pravilu svoje tijelo različito procjenjuju u odnosu na objektivnu situaciju. U proteklih tridesetak godina istraživanja su pokazala da društveni utjecaji koji stavljaju naglasak na mršavost i popularnost redukcijskih dijeta počinju djelovati već na adolescentnu populaciju (48). S druge strane, kvaliteta života, društveni uspjeh i osobno zadovoljstvo mogu biti manji u djece s prekomjernom tjelesnom težinom.

Zbog nemogućnosti objektivne samoprocjene i pod utjecajem medijskih pritisaka o nerealnom savršenstvu, adolescenti sebe često neprikladno svrstavaju s obzirom na tjelesnu težinu te se doživljavaju kao preuhranjeni, bez obzira na objektivnu tjelesnu masu (slika 11).

Takav doživljaj dovodi do zabrinutosti zbog tjelesne težine i pribjegavanja redukcijskim dijetama. Djevojčice u pravilu pritom ne žele postići primjerenu tjelesnu težinu za svoju visinu i dob, već puno manju tjelesnu težinu, pa čak i u dobi od 11 godina kad 14% djevojčica ima prekomjernu tjelesnu težinu, a 24% njih smatra da je predebelo; u dobi od 15 godina 34% njih smatra da je predebelo. Dječaci sebe češće doživljavaju kao pothranjene i nastoje povećati tjelesnu težinu povećanjem mišićne mase (u dobi od 15 godina 15% dječaka misli da je predebelo, a 19% ima previsok ITM - indeks tjelesne mase) (tablica 3).



Slika 11. Doživljaj vlastitog tijela, po dobi i spolu.
Izvor: HBSC 2006.

Tablica 3. Doživljaj vlastitog tijela u odnosu na tjelesnu težinu, po spolu

	Dječaci (%)		Djevojčice (%)	
	Prekomjerna TT	Smatra da je predebelo	Prekomjerna TT	Smatra da je predebelo
11 godina	20	21	14	24
13 godina	17	23	10	28
15 godina	19	15	10	34

U ovoj dobi kada je rast i razvoj u svom punom zamahu podvrgavanje redukcijским dijetama koje su često medicinski potpuno neadekvatne, predstavlja realnu opasnost za zdravlje mlade osobe u razvoju. Redukcijske dijetete mogu imati i značajan utjecaj na psihičko zdravlje, a usko se vežu uz depresiju i smanjenje osjećaja samopoštovanja. Ljudi s niskim samopoštovanjem koji pribjegavaju redukcijским dijetama često to čine kako bi podigli svoje samopoštovanje, a na kraju sebe često doživljavaju manje vrijednima. Redukcijske dijetete koje provode mladi na žalost često uključuju i preskakanje obroka, posebice doručka, gladovanje te povraćanje i zlouporabu laksativa.

U hrvatskom uzorku djece uključene u istraživanje HBSC uočljivo je da je mnogo veći udio djevojčica koje sebe doživljavaju kao predebele, iako im je indeks tjelesne mase u granicama normalnoga. Mora se upozoriti da su ipak moguća odstupanja, jer su podaci za ovo istraživanje dobiveni anamnestički te je realno moguće da ima više djece (osobito djevojčica) s nešto višim indeksom tjelesne mase. No metodologija je prihvaćena kao međunarodni standard za to istraživanje te se koristi i u Hrvatskoj. Indeks tjelesne mase izračunan je korištenjem tablica *International Obesity Task Force* adaptiranih prema radu Cola i suradnika (49).

Mladi se tako s jedne strane suočavaju s neracionalnim doživljavanjem sebe i svog tijela, s druge strane s agresivnim modelima i pritiscima medija i reklama. Mijenjanje navika koje su loše i prihvaćanje pravilnijeg načina života dugoročan je i zahtjevan proces za koji nije dovoljna samo jednostavna odluka, već treba osobna upornost, ali i potpora okoline pa i zajednice, te se češće pribjegava naoko lakšem, a zapravo nepravilnom postupku "brzih" redukcijских dijeta koje su potpuno neprimjerene razvojnog razdoblju. Prekomjerna tjelesna težina u djetinjstvu i adolescenciji može imati dugoročni negativni učinak te utjecati na razvoj kroničnih bolesti u odrasloj dobi (kardiovaskularne bolesti, ateroskleroza, kolorektalni karcinom, inzulinska rezistencija i dijabetes tipa 2 te bolesti i poremećaji lokomotornog sustava).

S druge strane, suočavamo se sa sve većom učestalošću poremećaja hranjenja čiji su korijeni u psihološkom nezadovoljstvu, no mogu rezultirati ozbiljnim zdravstvenim posljedicama. Od anoreksije i bulimije godišnje se u Hrvatskoj bolnički liječi stotinjak osoba, pretežito ženskog spo-

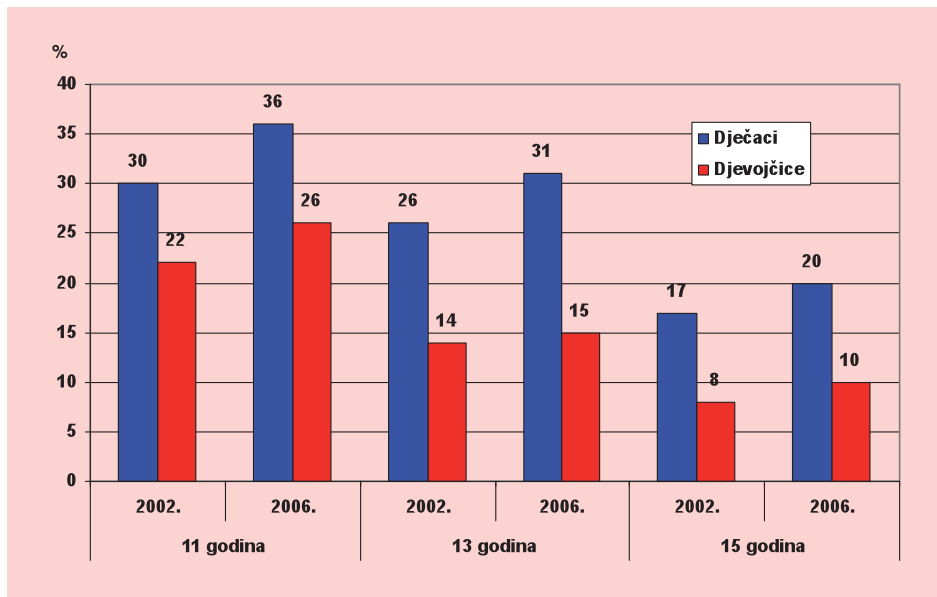
la, najviše u dobi od 20 do 24 godine (8). Stoga u aktivnosti za mlade valja pronaći uravnoteženi pristup koji će uzimati u obzir značajke adolescentnog razvoja i cjelovitu sliku mlade osobe koja svoje nezadovoljstvo katkad potpuno pogrešno usmjerava. Znakovito je da je procjena zadovoljstva vlastitim životom mjerena na skali od 1 do 10 bila najviša (6,6) u normalno uhranjenih djevojčica i (7,4) u dječaka s prekomjernom tjelesnom težinom (25). Taj specifični odraz želje da se bude „veći i jači“ pokazuje i rezultat da su najviše zadovoljstvo svojim životom iskazali i dječaci i djevojčice koji su zadovoljni svojom težinom (prosječna ocjena 7 za oba spola).

Preporučene strategije za prevenciju pretilosti uključuju preporuke o dojenju, kontrolirani unos hrane u djetinjstvu, promicanje zdravih načina življenja uz ograničavanje gledanja televizije, dovoljan unos voća i povrća, ograničenje unosa visokokaloričnih i nutritivno siromašnih namirnica i zaslađenih pića. K tome, preporuča se prilagođavanje okoliša tako da potiče tjelesnu aktivnost (50).

Tjelesna aktivnost i prehrabene navike

Čimbenici koji najizravnije djeluju na indeks tjelesne mase jesu tjelesna aktivnost i način prehrane. Doprinos dovoljne i pravilne tjelesne aktivnosti utječe ne samo kratkoročno na indeks tjelesne mase, bolji izgled, pozitivniju sliku o sebi i opći doživljaj sebe, već dugoročno na smanjenje rizika od kardiovaskularnih bolesti, karcinoma kolona, šećerne bolesti tipa 2, osteoporoze, a povoljno djeluje i kod artritisa, depresivnih simptoma te anksioznosti (51). Za djecu i mlade važna je jednostavna preporuka Svjetske zdravstvene organizacije: svi mladi trebali bi biti umjereno tjelesno aktivni barem jedan sat na dan. Umjerena tjelesna aktivnost definira se kao ekvivalent žustrom hodu koji ubrzava disanje i puls te lagano ostavlja bez daha. Nije nužno da tjelesna aktivnost bude povezana sa sportom, iako, osobito kod djece i mladih, rekreativno bavljenje sportom nosi višestruku i tjelesnu i psihičku i emocionalnu dobrobit. No tjelesna je aktivnost i hodanje, vožnja bicikla, rolanje ili jednostavno igranje oko kuće. Djeca u dobi od 11, 13 i 15 godina anketirana su o tjelesnoj aktivnosti u posljednjih 7 dana (slika 12).

Rezultati iz 2002. i 2006. godine pokazuju da su dječaci u svim dobnim skupinama tjelesno aktivniji od djevojčica. Osobito je velik raskorak između dječaka i djevojčica u dobi od 15 godina, kada ih je samo 8% odnosno 10% djevojčica tjelesno aktivno barem jedan sat na dan. To se zbiva na početku srednjoškolskog obrazovanja i ima nekoliko društveno i okolinski uvjetovanih čimbenika koji djevojkama onemogućavaju ili otežavaju bavljenje tjelesnom aktivnošću. Naime, u tom razdoblju u ženskom tijelu dolazi do fiziološkog preoblikovanja tjelesne mase i djevojke su nerijetko malo nezgrapne i pretjerano samokritične pa izbjegavaju izlaganje kritičkim pogledima. Zatim, u našim je srednjim školama tjelesni odgoj katkad zbog neodgovarajućih uvjeta u suprotnom turnusu, pa to pogoduje različitim izbjegavanjima nastave. Tjelesni odgoj usred nastave, a bez odgovarajućih higijenskih uvjeta također pogoduje jednostavnom izostajanju, a takav stav i ponašanje zapra-



Slika 12. Udio ispitanika koji su u posljednjih 7 dana umjerenno tjelesno aktivni barem 1 sat na dan, po dobi i spolu, 2002-2006. godine.
Izvor: HBSC

vo može dugoročno voditi u sve manje bavljena tjelesnom aktivnošću sa svim dugoročnim posljedicama. Prema tome, vulnerabilnom dobi srednje adolescencije osobito u djevojaka trebalo bi se posebno sustavno i pažljivo profesionalno baviti. Ohrabruje što se prema dostupnim podacima bavljenje tjelesnom aktivnošću u četverogodišnjem razmaku ipak povećalo, i to u svim dobnim skupinama, te treba nastojati da se takav trend nastavi i još ubrza (25). Ohrabrivanje i podupiranje djece i mladih na aktivni način života te na rekreativno uključivanje u sportske aktivnosti dugoročno su od nedvojbene važnosti za cjelovit razvoj mlade osobe. Djeca će i mladi baveći se sportom i aktivnostima steći ne samo bolju kondiciju, zdravije prehrabene navike i ljepši tjelesni izgled već će i steći društvene vještine kao osjećaj za timsko djelovanje i za kolektiv, razumjeti i prihvatiti odnose međusobnog poštovanja i ravnopravnosti, znati preuzeti i dijeliti odgovornost, naučiti kako dobro organizirati vrijeme i obveze, a nije zanemariva ni popularnost u vršnjačkim skupinama koju sport i nadmetanje donosi. Na mogućnost aktivnosti svakako utječu i objektivne okolnosti kao dostupnost dvorana i igrališta nakon nastave te sigurnih pješačkih i biciklističkih staza. Stavovi roditelja, kao i cjelokupni način obiteljskog života također će utjecati na oblikovanje ponašanja i stavova djece i mladih.

Prehrabene navike tijekom adolescencije uvelike ovise i o društvenim utjecajima. U to doba slabi roditeljski utjecaj te mladi svoje navike stvaraju prema navikama vršnjačke skupine, ali i reklamama prehrabene industrije koje su isključivo njima usmjerene. Promjene načina prehrane povezane su i s izražavanjem želje za neovisnošću o roditeljima i traženjem vlastitog identiteta. Osim toga društveni kontekst nuklearnih obitelji i zaposlenosti roditelja te neredovitog kuhanja u roditeljskom domu mlade usmjerava konzumiranju hrane koja je najčešće nezdrava, brza prehrana. Prema praćenjima u hrvatskoj populaciji (25) 15% djece nikad ne doručkuje radnim danom, a 4% to ne čini ni vikendom. Udio djece koja redovito doručkuju sve je manji

kako se dob povećava – s 11 godina doručkuje 77% djece, a u dobi od 15 godina 64% djece. Raznovrsna prehrana koja uključuje voće i povrće najsigurniji je način očuvanja zdravlja pa i poželjne tjelesne mase. Nema gotovo nikakvog razloga da dnevna prehrana djece i mladih ne sadržava svaki dan barem jedan obrok tih namirnica (znači jednu porciju povrća ili barem jednu jabuku). No u dobi od 15 godina svaki četvrti učenik pojede porciju povrća, a svaki peti porciju voća na dan. Konzumacija voća i povrća smanjuje se u oba spola za više od 7% od 11. do 15. godine. Iako je Hrvatska mediteranska zemlja i s plodnim ravničarskim područjem, po konzumaciji voća je na 13. mjestu od 35 zemalja, a na 23. mjestu po konzumaciji povrća.

Djeca u Hrvatskoj koja redovito uzimaju doručak i inače imaju pravilnije navike – jedu više voća i povrća, piju manje slatkih pića te su tjelesno aktivnija. Zanimljiva je analiza Currie i suradnika (24) o povezanosti imovinskog stanja obitelji i pijenja slatkih pića. Dok je u većini zapadnoeuropskih zemalja pijenje slatkih pića češće u djece iz obitelji lošijeg imovinskog stanja (Danska, Engleska, Island, Irska, Wales, Belgija, Francuska, Njemačka, Španjolska), u nekim zemljama u ekonomskoj tranziciji to je povezano s boljom imovinskom situacijom u obitelji (Bugarska, Turska, Rumunjska, Ruska Federacija, Ukrajina). Moguće je da je u nekim zemljama sposobnost kupovine i pijenja takvih pića za djecu još uvijek znak prestiža i ekonomske moći, a svijest o pravilnom odabiru namirnica još nije dovoljno razvijena i prihvaćena.

Problem pretilosti u djece previše je zastupljen, a posljedice previše ozbiljne i skupe za društvo da bi se s rješenjem i intervencijama oklijevalo. U Hrvatskoj je upravo u postupku stručnog prihvaćanja Nacionalni plan prevencije prekomjerne tjelesne težine i pretilosti, koji bi trebao mobilizirati sve sektore. Usprkos potencijalnoj dobrobiti aktivnosti primarne prevencije, već i sadašnji podaci pokazuju da će mnoga djeca biti potencijalni kandidati za liječenje. Nema dvojbe da i programi liječenja trebaju uključivati strategije

usmjerene pravilnoj prehrani, tjelesnoj aktivnosti i promjenama ponašanja.

Nasilje u školi

Nasilje u školi problem je u mnogim zemljama diljem svijeta. Donedavno se dječje grubosti nisu smatrale društvenim problemom ili problemom vrijednim medicinske pažnje. Školskim zadirkivanjima i katkad okrutnim dramama školskog dvorišta bavili su se uglavnom nastavnici ili školski psiholozi. Mijenjanjem društvenih normi mijenja se i shvaćanje agresivnog, nasilnog i neprihvatljivog ponašanja među djecom.

U engleskome govornom području upotrebljava se teško prevodiv izraz "bullying". *Bullying* je svaka namjerna, ponavljana, neizazvana uporaba moći sa svrhom nanošenja boli ili stresa drugoj osobi. Zajednička podloga ovim oblicima ponašanja jest ostvarivanje osobne nadmoći agresijom (52). Nasilje (*bullying*) uključuje negativnu tjelesnu ili verbalnu akciju koja ima neprijateljske namjere, uznemiruje žrtvu, ponavlja se tijekom vremena a zasniva se na nerazmjeru moći između žrtve i agresora (53). Osim verbalnog, nasilje može biti fizičko, društveno ili psihičko. Žrtva ovakvog agresivnog ponašanja obično je manje snažna (nasilnici su obično veći, snažniji i stariji). S ponavljanjem ovakvog ponašanja razlike postaju sve veće, nasilnici su sve snažniji, a žrtve sve slabije. U takvom odnosu djeca žrtve nasilja postaju sve manje sposobna obraniti se. Školski nasilnik može imati moć, ne samo zato što je snažniji ili jači nego i zbog toga što mu se pridružuju druga djeca, često da bi tako zaštitila sebe. Ovakvo ponašanje ostavlja dugotrajne negativne posljedice za sve: nasilnike, žrtve, sudionike tučnjave, ali i za onu djecu koja su samo promatrači. Za razliku od nasilja, tučnjava je agresivno ponašanje gdje su sudionici obično sličnih godina i otprilike podjednako snažni.

Retrospektivne studije pokazuju da djeca koja zlostavljaju druge imaju velike izgleda da nastave s takvim ponašanjem u odrasloj dobi, a da i njihova djeca pokazuju slične obrasce ponašanja, zapravo da djeca koja su žrtve imaju djecu koja su sklona sličnom ponašanju. Pepler i Craig proučavali su nasilje s razvojnog stajališta i smatraju da ova vrsta nasilnog ponašanja zaslužuje pažnju zato što je podloga mnogih problema povezanih s nasiljem među ljudima. Sudjelovanje u "bullyingu" moglo bi biti prvi korak nasilničkom ponašanju koje je spoj moći i agresije. Isto korištenje moći i agresije koje susrećemo na igralištu ključ je seksualnog nasilja, nasilja u vezi, nasilja na radnom mjestu, nasilja u braku, zlostavljanja djece i odraslih (54).

Koristeći se retrospektivnim studijama, Olweus (55) zaključio je da su adolescenti koji su bili žrtve nasilja s 13 godina ostali žrtvama nasilja i sa 16. Grupa nasilnika vrši pritisak na promatrače kako bi i oni postali sudionicima njihovih agresivnih aktivnosti. Tako i svjedoci nasilja mogu patiti od stresa.

Mnogo je kompleksnih razloga zašto su neka djeca nasilna

prema drugima. Nasilničko ponašanje može biti pokušaj stjecanja popularnosti (osobito u mlađoj životnoj dobi, mali nasilnici mogu biti popularni među svojim vršnjacima). Može to biti pokušaj da se pokažu odlučnima, "tvrdima" i sposobnima ili da na sebe skrenu pažnju. Nasilje može biti i izraz nemoćne ljubomore na osobu prema kojoj se nasilno odnose. Može to biti i pokušaj prevladavanja osobnih problema ili frustracija koje dijete ne zna na drugi način riješiti. Dijete izloženo nasilju u vlastitoj obitelji može isti način ponašanja prenijeti i na svoju školsku okolinu. Katkad nema oštre granice između "mučitelja" i "žrtve", jer se u različitim razdobljima i situacijama uloge mogu zamijeniti te nasilnik postaje žrtvom i obrnuto. Štete zbog sudjelovanja u nasilju nad vršnjacima za pojedinca, obitelj, školu i društvo su velike. Okrutnost u školskoj sredini nije svojstvo samo nekih škola ili dobi – prisutna je i u osnovnim i u srednjim školama svih vrsta i usmjerenja, i u pretežno muškim i u ženskim.

Istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da se i u hrvatskim školama zbiva vršnjačko nasilje, a u novinskim rubrikama gotovo se tjedno bilježi nasilje koje ima neposredne lakše ili teže posljedice po žrtvu. Iako bi bilo posve neopravdano tvrditi da nasilja nije bilo i ranije, danas sve prisutniji načini zlostavljanja i okrutnosti odraz su bezobzirnosti i često potpunog nedostatka empatije ili svijesti o normama. U Hrvatskoj je Buljan-Flander sa suradnicima provela veliko istraživanje koje je pokazalo da svako četvrto dijete (27% ispitanih) doživljava gotovo svakodnevno barem jedan od oblika nasilja u školi (56). Prema Currie i suradnicima nasilje prema drugima definirano kao najmanje dva puta u posljednja dva mjeseca iskazuje od 22% djevojaka u dobi od 15 godina u Litvi do samo 2% u Republici Češkoj, a za djevojke je raspon od 38% u Grčkoj do 5% u Republici Češkoj (24). Da je barem jednom u posljednjih mjesec dana bilo nasilno prema drugima, u Hrvatskoj je izjavilo 30% dječaka i 15% djevojčica te dobi. Da su barem jednom u posljednja dva mjeseca bili žrtve nekog oblika nasilja, izjavilo je 15% dječaka i 12% djevojčica (25).

No nasilničko ponašanje bilo u ulozi nasilnika i/ili žrtve u djece i mladih nije izolirano zbivanje i najčešće je povezano s nizom komunikacijskih i osobnih teškoća i problema. Černi-Obrdalj je pokazala da su djeca koja su bila uključena u školsko nasilje imala značajno više traumatskih simptoma kao anksioznosti, ljutnje, depresije, posttraumatskih simptoma te disocijacije, a da su također značajno više doživljavala emocionalno, tjelesno i spolno nasilje u obitelji tijekom djetinjstva (57).

Učenici koji su nasilni prema drugima pokazuju i druga rizična ponašanja kao redovito pušenje ili ekscesivno pijeње (58). Loša komunikacija s roditeljima i negativna percepcija škole povezane su s nasilništvom prema drugima (59). I istraživanja Kuzman i suradnika iz 2003. godine pokazala su da su i nasilništvo prema drugima, kao i izloženost nasilju povezani s više psihosomatskih simptoma u petnaestogodišnjaka. Loša komunikacija s ocem i majkom bila je povezana s izloženošću nasilju, a loša komunikacija s majkom s nasilništvom prema drugima (tablica 4) (60).

Tablica 4. Povezanost zlostavljanja, psihosomatskih simptoma i komunikacije s ocem i majkom, obaju spolova, 15 godina

	Bili zlostavljani	Zlostavljali druge
Glavobolja	-,087**	-0,007
Bol u trbuhu	-,104**	-0,038
Bol u leđima	-,100**	-,069**
Osjećaj potištenosti	-,131**	-0,015
Razdražljivost	-,113**	-,077**
Nervoza	-,081**	-,099**
Teškoće s usnivanjem	-,095**	-,115**
Vrtoglavica	-,146**	-,141**
Loša komunikacija s ocem	,065*	0,001
Loša komunikacija s majkom	,053*	,114**

Spearman rbo, ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$, Izvor: HBSC 2002.

Svi napori da se problematika nasilja sagleda i pokuša što djelotvornije riješiti moraju biti usmjereni na sveobuhvatne aktivnosti koje ne samo da trebaju sadržavati jasno definiranu i objavljenu politiku škola koje ne toleriraju nasilje već i intenzivan rad sa svim sudionicima u procesu, kako učenicima tako i roditeljima, ali i školskim osobljem i ključnim čimbenicima u školskom okruženju. Iako je nužno pružiti svaku moguću potporu djeci i mladima koji je trebaju, društveni stav koji uključuje i obiteljsku komunikaciju o nasilju kao potpuno neprihvatljivom načinu rješavanja sukoba mora biti dosljedan i konzistentan.

Zaključak

Odrastanje tijekom adolescencije proces je u kojem usprkos rizicima većina mladih ljudi odrasta bez većih potresa i neželjenih događaja. Cjelokupno okruženje u društvenom

kontekstu u kojem su tradicionalne norme poljuljane, a nove je teško uspostaviti generira opću zbunjenost i nesnalaženje. Osobna i obiteljska odgovornost za prihvaćanje ponašanja i navika koje bi najučinkovitije pomogle dosezanju optimalne zrelosti i osobnih potencijala ne može djelovati ako nema društvene, zakonske i političke potpore. Akcije i aktivnosti bilo kojeg sektora u nepotopnom okruženju bez učinka su i frustrirajuće. Djelotvorni programi za prihvaćanje zdravijeg načina življenja moraju biti multisektorski i višekomponentni. Pritom je za mlade škola prirodno okruženje u kojem se programi oblikuju i provode, ali se nijedna promjena ponašanja ne može postići bez uključivanja obitelji te šire okoline u kojoj mladi žive. U jednom od strateških dokumenata Svjetske zdravstvene organizacije stoji: "Djeca su naše ulaganje u sutrašnjicu. Njihovo zdravlje, kao i način kako ih podupiremo tijekom adolescencije do odrasle dobi djelovat će na prosperitet i stabilnost zemalja Europske regije u budućim desetljećima" (61). Iako Svjetska zdravstvena organizacija ne sugerira izravno načine organiziranja zdravstvene zaštite koji bi za djecu i mlade bili specifični, nedvosmisleno upućuje da bi, osobito za područja kao što je reproduktivno i mentalno zdravlje, uloga zdravstvenog sektora bila osiguranje posebnih službi namijenjenih mladima, službi otvorenih vrata i sa zajamčenom profesionalnom uslugom i povjerljivošću. Hrvatska je jedna od europskih zemalja koja je uspjela održati specifičnu zdravstvenu zaštitu za djecu i mlade te jedina zemlja u Europi u kojoj postoji specijalizacija iz školske medicine kao temeljna specijalizacija. Slijedeći suvremene potrebe i zahtjeve populacije, službe školske medicine koje djeluju u okvirima zavoda za javno zdravstvo pružaju različite usluge od savjetovanišnog rada, zdravstvenog odgoja u skladu s godišnjim programom rada, sistematskih pregleda, cijepljenja, ali i uske i trajne suradnje sa školama u kojima djeluju te ostalim institucijama i sektorima koji utječu na zdravlje i živote mladih. Za primjenu široke skale preventivnih aktivnosti nužna su i ulaganja, koja nisu samo novčana, već zahtijevaju organizaciju, vrijeme i napore. No svi su napori isplativi i nedvojbeno je ulaganje u mlade jedino sigurno ulaganje u budućnost.

Literatura

1. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/adolescence>
2. <http://www.answers.com/library/Britannica%20Concise%20Encyclopedia-cid-972>
3. UNFPA. The state of the world population, 2003. Making one billion count: investing in adolescents' health rights. New York: UNFPA, 2006
4. KLEINERT S. Adolescent health: an opportunity not to be missed. *Lancet* 2007;369:1057-58.
5. PATTON GC, VINER R. Pubertal transition in health. *Lancet* 2007;369:1130-39.
6. PATTON GC, COFFEY C, SAWYER SM. i sur. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009;374:881-92.
7. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: mortalitetni podatci 2008. godine
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: podatci hospitalizacija 2008. godine
9. BAKLAIĆ Ž., DEČKOVIĆ VUKRES V, KUZMAN M. U: Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis 2008. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2009.
10. KANATO M, SARANRITTICHAJ K. Early experience of sexual intercourse – a risk factor for cervical cancer requiring specific interventions for teenagers. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006;7(1):151-3.
11. BLYTHE MJ, ROSENTHAL SL. Female Adolescent Sexuality. Promoting Healthy Sexual Development. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;7(1):125-41.
12. BURACK R. Teenage Sexual Behaviour: Attitudes Towards and Declared Sexual Activity. *Br J Fam Plann.*, 1999,24(4):145-48.
13. EZZATI M, VANDER HOORN S, RODGERS A, LOPEZ AD, MATHERS CD, MURRAY CJL. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* 2003; 362: 271-80.
14. SLAYMAKER E. A critique of international indicators of sexual risk behaviour. *Sex Transm Infect* 2004; 80 (suppl II): 13-21.
15. MARSTON C, KING E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet* 2006;368:1581-1600.
16. WELLINGS K, COLLUMBIEN M, SLAYMAKER E i sur. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368:1706-28.
17. MCKERNON S. Managing condom use and non-use: A study of condom uses among clients of a sexual health clinic. *Venereol* 1996; 9: 233-38.
18. CHRISTIANSON M, JOHANSSON E, EMMELIN M, WESTMAN G. "One-night stands" - risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in north Sweden. *Scand J Public Health* 2003; 31: 44-50.
19. ASENICIO MW. Machos and sluts: gender, sexuality, and violence among a cohort of Puerto Rican adolescents. *Med Anthropol Q* 1999; 13: 107-26.
20. GILLIAM ML, WARDEN MM, TAPIA B. Young Latinas recall contraceptive use before and after pregnancy: a focus group study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17: 279-87.
21. JUREŠA V, MAMULA M, ŠTULHOFER A., PETROVIĆ D. Povezanost znanja, stavova, ponašanja i reproduktivno zdravlje adolescenata. U: Knjiga sažetaka: 6. simpozij o spolno prenosivim bolestima i urogenitalnim infekcijama, Opatija, 2004. 21.
22. JUHOVIĆ-MARKUS V, KODER-KRIŠTOF I, JUREŠA V. The knowledge about sexuality and sexual behavior of the Zagreb high-schoolers. U: Proceedings. XII Congress of European Union for School and University Health and Medicine, Ljubljana, 2003:51.
23. DICKSON N, PAUL CH, HERBISON P, SILVA P. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *BMJ* 1998; 316:29-33.
24. CURRIE C, ROBERTS C, MORGAN A, SMITH R, SETTERBOULTE W, SAMDAL O, RASSMUSSEN VB (ur.). Young people's health in context (HBSC2001/002). WHO, Copenhagen 2004.
25. KUZMAN M, ŠIMETIN PAVIĆ I, PEJNOVIĆ FRANELIĆ I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2005/2006. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2008.
26. CURTIS SL, SUTHERLAND EG. Measuring sexual behaviour in the era of HIV/AIDS: the experience of Demographic and Health Surveys and similar enquiries. *Sex Transm Infect* 2004; 80 (Suppl 2): 22-27.
27. FERGUSSON DM, LYNKEY MT. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Pediatrics* 1996, 98(1):91-6.
28. DEARDORFF J, GONZALES NA, CHRISTOPHER FS, ROOSA MW, MILLSAP RE. Early puberty and adolescent pregnancy: the influence of alcohol use. *Pediatrics* 2005;116(6):1451-6.
29. KUZMAN M, PAVIĆ ŠIMETIN I, PEJNOVIĆ FRANELIĆ I. Early Sexual Intercourse and Risk Factors in Croatian 30. Adolescents. *Coll Antropol* 31 (Suppl 2) 2007,121-9.
30. DIORIO C, DUDLEY W, SOET J, McCARTY F. Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: The moderating role of protective factors. *J of Adolesc Health* 2004;35(6):528-39.
31. BAKLAIĆ Ž., DEČKOVIĆ VUKRES V, KUZMAN M, RODIN U (ur.). Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis 2007. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2008.
32. KUZMAN M, MIMICA J, MARDEŠIĆ V, MUŠKOVIĆ K, KOŽUL K. HIV/AIDS related risk behaviours in especially vulnerable young people in Croatia. Croatian National Institute of Public Health, UNICEF, CIDA, IOM. Zagreb 2002.
33. JANKOVIĆ S. Potrebe i očekivanja adolescenata u stjecanju znanja i promicanju reproduktivnog zdravlja. Magistarski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; Zagreb, 2005.
34. DABO J, MALOVIĆ BOLF M, SALAMON BENIĆ K, JANKOVIĆ S. Sveobuhvatni pristup zaštiti reproduktivnog zdravlja mladih. U: Knjiga sažetaka: 9. simpozij o spolno prenosivim bolestima i urogenitalnim infekcijama, Opatija, 2007:71.
35. TYLER A, HALLER DM, GRAHAM T, CHURCHILL R, SANCI LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done. *Lancet* 2007;365:1565-73.
36. WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO, Geneva 2003.

37. JACKSON C, HENRIKSEN L, DICKINSON D, LEVINE D. The early use of alcohol and tobacco: Its relation to children's competence and parents' behavior. *Am J Public Health* 1997;(87)3:359-64.
38. EPSTEIN JA, GRIFFIN KW, BOTWIN GJ. A model of smoking among inner-city adolescents: the role of personal competence and perceived social benefits of smoking. *Prev Med* 2000;31(2):107-14.
39. HIBELL B, ANDERSSON B, BJARNASON T i sur. The 2007 ESPAD Report. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Council of Europe, Pompidou Group, Stockholm 2008. (dio za Hrvatsku)
40. BERGMAN KH, ANDERSSON T. The development of advanced drinking habits in adolescence – A longitudinal study. *Substance Use Misuse* 1999;34(2):171-94.
41. UNODC: 2008 World Drug Report. UN publication 2010.
42. KATALINIĆ D, KUZMAN M, PEJAK M, SVAGUŠA D. Izvještao o osobama liječenim zbog zlorabe psihoaktivnih droga u Republici Hrvatskoj u 2008. godini, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2009.
43. HALL W, DEGENHARDT L. Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:393-7.
44. First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988-2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. Society for the Study of Addiction. *Addiction* 2005;100:963-70.
45. KUZMAN M, PEJNOVIC FRANELIC I, SIMETIN PAVIC I. Environmental factors and frequent marijuana use in 11 ESPAD countries (uvodni). U: Abstract book 15th EUSUHM Congress, Leiden, 2009:37.
46. CATFORD J. Illicit drugs: effective prevention requires a health promotion approach. *Health Promotion International* 2001;16(2):107-10.
47. Obesity preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. WHO technical report series no 894. Geneva, World Health Organization 2004.
48. WILLIAMS J, WAKE M, HESKETH K, MAHER E, WATERS E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*, 2005;293:70-6.
49. COLE TJ, BELLIZZI MC, FLEGAL KM, DIETZ WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey *BMJ* 2000;320:1240-3 (6 May)
50. HOPPENBROUWERS K, JURESA V, KUZMAN M, JURICIC M. Prevention of Overweight and Obesity in Childhood: A Guideline for School Health Care. Katholieke Universiteit Leuven, Flemish Society for Youth Health Care, Croatian Medical Association, University of Zagreb, Croatian National Institute of Public Health, University of Ljubljana, Slovenian Medical Association, European Union for School and University Health 2007. JGZ/COOP20070531-1.0
51. DIETZ W. Factors associated with childhood obesity. *Nutrition* 2002;7(4):290-291.
52. PEPLER DJ, CRAIG WM, ZIEGLER S, CHARACH A. An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. *Can J Comm Mental Health* 1994;13:95-100.
53. OLWEUS D. Bully/victim problems among school children: Some basic facts and effects of a school-based intervention program. In D. Pepler and K. Rubin (ur.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression*, Hillsdale: N.J. Erlbaum 1991;441-8.
54. PEPLER D, CRAIG W. *Making a Difference in Bullying*. LaMarsh Report. Toronto: LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University 2000.
55. OLWEUS D. School-yard bullying - Grounds for intervention. *School Safety* 1987;6:4-11.
56. BULJAN-FLANDER G (ur.) *Nasilje među djecom*. Poliklinika za zaštitu djece Grada Zagreba; Zagreb, 2004,3-8.
57. ČERNI-OBRODALJ E. *Traumatiziranost djece uključene u nasilje među djecom u školi*. Doktorska disertacija. Sveučilište u Mostaru, Medicinski fakultet 2009.
58. NANSEL TR, OVERPACK M, PILLA RS, RUAN J, SIMONS-MORTON B, SCHEIDT P. Bullying behaviours among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001;285(16):2094-100.
59. HAREL Y. A cross-national study of youth violence in Europe. *Int J Adol Medicine Health* 1999;11:121-34.
60. KUZMAN M, FRANELIĆ PEJNOVIĆ I, PAVIC ŠIMETIN I. Zlostavljanje (bullying), česti zdravstveni simptomi i komunikacija s roditeljima i prijateljima u učenika u Hrvatskoj. U: *Knjiga sažetaka I. hrvatskog kongresa preventivne medicine i unapređenja zdravlja*. Zagreb 2003:257.
61. WHO. *Strategy for Child and Adolescent Health and Development*. WHO, Regional Office for Europe, 2005.

Adresa za dopisivanje:

Prim. dr. sc. Marina Kuzman, dr. med.
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
10000 Zagreb, Rockefellerova 7
e-mail: marina.kuzman@hzjz.hr

Primljeno / Received

15. 3. 2010.
March 15, 2010

Prihvaćeno / Accepted

23. 3. 2010.
March 23, 2010