

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, junij 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**RAZŠIRJENOST IN ODNOS DO KAJENJA TOBAKA  
MED OSNOVNOŠOLCI V OBČINI LENDA VA**

**SMOKING RATES AND THE RELATION TOWARDS SMOKING  
TOBACCO AMONG PRIMARY SCHOOL PUPILS IN THE LENDA VA  
COMMUNITY**

Študent: DENIS KONTREC

Mentor: GORDANA LOKAJNER

Somentor: IRENA JERIČ

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, junij 2010

## **ZAHVALA**

Najlepša hvala vsem, ki so mi kakorkoli pomagali pri nastajanju diplomske naloge in mi stali ob strani.

Posebej sem hvaležen ge. Gordani Lokajner in ge. Ireni Jerič, ki sta mi omogočili pisanje diplomske naloge pod svojim mentorstvom. Hvala jim za potrpežljivost in čas, ki sta si ga vzeli zame.

Velika zahvala gre staršem, ki so mi vedno stali ob strani in mi nenazadnje omogočili šolanje. Sestri Sandri se zahvaljujem za lektoriranje diplome, Domnu za pomoč pri oblikovanju naloge in Nini za prevajanje povzetka v angleški jezik, predvsem pa hvala osnovnošolcem DOŠ I Lendava, ki so sodelovali pri anketiranju.

Še enkrat vsem iskrena hvala!

**KAZALO VSEBINE**

1	Uvod .....	1
2	Tobakova pot .....	3
3	Sestava tobačnega dima in škodljivi učinki kajenja tobaka na zdravje .....	5
4	Pasivno kajenje tobaka .....	8
5	Raziskave o odnosu mladih do kajenja tobaka .....	9
5.1	Razširjenost kajenja tobaka na območju Slovenije .....	9
5.1.1	Razširjenost kajenja tobaka med slovenskimi mladostniki .....	9
5.1.2	Kadilske navade polnoletnih prebivalcev RS .....	10
5.2	Adolescenca .....	10
6	Mladostnik in cigareta .....	12
6.1	Razvoj kadilske razvade .....	13
6.2	Dejavniki tveganja za začetek kajenja tobaka pri mladih .....	13
6.2.1	Družbeni dejavniki in vpliv okolja .....	14
6.2.2	Osebnostni dejavniki .....	15
6.2.3	Znanje, stališče in prepričanje .....	16
6.2.4	Vpliv reklam za tobačne izdelke na mlade .....	16
6.3	Vloga šole in šolskega okolja .....	16
6.4	Vloga zdravstvenih delavcev .....	17
6.5	Tehnike za izboljšanje samopodobe .....	17
6.6	Vedenje ljudi v povezavi z zdravim življenjskim slogom .....	18
6.6.1	Nekateri modeli/teorije s področja vedenja ljudi .....	19
6.6.2	Proces spreminjanja vedenja .....	19
7	Promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, vzgoja za zdravje .....	21
7.1	Promocija zdravja .....	21
7.1.1	Koncept salutogeneze .....	22
7.2	Zdravstvena vzgoja in vzgoja za zdravje .....	22
7.2.1	Metode dela pri zdravstveni vzgoji .....	24
7.2.2	Oblike dela v zdravstveni vzgoji .....	24
7.2.3	Pristopi v zdravstveni vzgoji .....	24
7.2.4	Zdravstveno-vzgojne ravni .....	26
7.3	Vloga zaposlenih v zdravstveni negi pri vzgoji mladostnika .....	27
7.3.1	Pomen promocije zdravja, vzgoje za zdravje in zdravstvene vzgoje v vzgojno-izobraževalnih ustanovah .....	28
7.4	Zdrave šole .....	29
7.5	Programi preprečevanja kajenja v šolskem obdobju .....	31
7.5.1	Učinkovitost programov .....	31
7.5.2	Vrste programov .....	32
7.5.3	Programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju v RS (2006) .....	33
7.5.4	Program CINDI .....	34
7.5.5	Nevladne organizacije .....	35

8	Materiali in metode.....	37
9	Rezultati.....	39
10	Razprava.....	51
11	Zaključne ugotovitve.....	57
	Seznam virov.....	59
	Seznam kratic.....	62
	Seznam prilog.....	63

## KAZALO SLIK

Slika 1: Anketirani osnovnošolci glede na razred, spol in kadilski status.....	39
Slika 2: Poskus kajenja cigaret – vsi osnovnošolci .....	39
Slika 3: Pogostost kajenja tobaka – vsi osnovnošolci .....	40
Slika 4: Starost ob začetku kajenja po spolu – kadilci in nekadilci.....	40
Slika 5: Vzroki za začetek kajenja.....	41
Slika 6: Dnevno število pokajenih cigaret.....	41
Slika 7: Dostopnost cigaret.....	42
Slika 8: Prostor kajenja.....	42
Slika 9: Osebe, pomembne za začetek kajenja .....	43
Slika 10: Reakcija staršev na kajenje mladostnika.....	44
Slika 11: Razširjenost kajenja med osnovnošolci glede na kadilske navade staršev .....	44
Slika 12: Kajenje prijateljev .....	45
Slika 13: Mnenje o škodljivost kajenja cigaret za zdravje pri nekadilcih in kadilcih .....	45
Slika 14: Vir informiranja o škodljivih vplivih kajenja pri nekadilcih in kadilcih.....	46
Slika 15: Pogostost pasivnega kajenja pri nekadilcih in kadilcih.....	47
Slika 16: Aktivno ukvarjanje s športom .....	47
Slika 17: Mnenje o zadostni seznanjenosti o škodljivih vplivih kajenja.....	48
Slika 18: Šolski uspeh v prejšnjem šolskem letu.....	49
Slika 19: Mnenje o lastni samopodobi .....	49

## **KAZALO PREGLEDNIC**

Preglednica 1: Razlike med tradicionalno zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja v šolskem obdobju (projekt Zdrava šola) .....	30
Preglednica 2: Občutek ob kajenju (fizični ali psihični) .....	43
Preglednica 3: Seznanjenost o negativnih posledicah kajenja.....	48

## POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Kajenje tobaka je eden najboljšežnejših javno-zdravstvenih problemov, še posebej med mladimi. Uporaba tobaka je dosegla razsežnost globalne epidemije, saj zaradi nje prezgodaj umre dnevno na tisoče ljudi. Kljub zastrašujoči statistiki po svetu in pri nas vsak dan veliko mladih deklet in fantov prižge svojo prvo cigareto; za premnoge od njih ta cigareta pomeni začetek odvisnosti in prezgodnjo smrt. Namen diplomske naloge je ugotoviti razširjenost in odnos do kajenja tobaka med osmošolci in devetošolci v občini Lendava. Cilj diplomske naloge je prikazati vpliv družine, prijateljev, vrstnikov, športnih aktivnosti, šole, zdravstva, medijev in ostale vplive na kadilske navade osnovnošolcev. Dobljene rezultate pa primerjati z rezultati drugih raziskav, narejenih v Sloveniji in svetu. Pri izdelavi diplomske naloge je bila uporabljena opisna (deskriptivna) metoda s študijem in analizo literature za teoretični del in kvantitativno analizo za raziskovalni del diplomske naloge. V vzorec je bilo vključenih 103 učencev, ki so v šolskem letu 2008/09 obiskovali osmi oz. deveti razred DOŠ I Lendava. Raziskovalni instrument je bil anketni vprašalnik, sestavljen iz 23 vprašanj, razdeljenih na več sklopov. Rezultati raziskave kažejo, da je skoraj polovica anketiranih učencev že poskusila kaditi cigarete, slaba petina redno oz. občasno kadi, večina učencev je kot vzrok za začetek kajenja navedla radovednost. Fantje začnejo kaditi prej kakor dekleta, vendar je med dekleti več kadilk. Večina učencev je seznanjena s škodljivimi vplivi kajenja, najbolj pogost vir informiranja pa so njihovi starši. Kajenje staršev in ukvarjanje mladih s športom ni v veliki meri povezano s kajenjem osnovnošolcev. Občasni in redni kadilci so manj zadovoljni z lastno samopodobo in povečini prijateljujejo prav tako s kadilci. Glede na pridobljene rezultate smo navedli nekaj predlogov za zmanjšanje kajenja med mladino.

**Ključne besede:** kajenje tobaka, osnovnošolci, zdravje, zdravstveni delavci, zdravstvena vzgoja



## **ABSTRACT AND KEYWORDS**

Tobacco smoking represents one of the biggest public health problems, especially among adolescents. The usage of tobacco has reached the state of global epidemic. Daily, thousands of people die because of tobacco use. Despite of these alarming numbers, every day a new smoker among adolescent Slovene boys and girls is born. For many of them, their first lit cigarette marks the beginning of a life-long addiction and early death. This thesis attempts to establish smoking rates and the relation towards smoking among eight and nine graders in the Lendava Community. The goal is to represent how family, friends, peers, sport activities, schools, healthcare and media as well as other factors influence the smoking habits of adolescents. Gathered data will be compared with results of other researches conducted in Slovenia and abroad. The descriptive method was used to construct this thesis. An elaborate survey and analysis of literature was used to shape the theoretical part. For the practical part, a quantitative analysis was used. The sample consisted of 103 eight and nine graders who attended the Bilingual Primary Scholl Lendava in 2008/09. The research instrument was a questionnaire, comprised of 23 questions divided into several sections. Results of the research have shown that almost half of the students already tried smoking cigarettes and that one fifth is smoking regularly or occasionally. Most of the students started smoking out of curiosity. Boys began smoking earlier than girls; however there are more smokers among the girls. The majority of student are familiar with the harmful influences of smoking, the most common source of information about awareness of smoking are the parents. Parents smoking and sports participation do not bear any influence on the smoking of eight and nine graders. The regular and occasional smokers are more likely to have a poor self image and are mostly friends with other smokers. According to the acquired data, we have introduced some suggestions for the reduction of smoking among adolescents.

**Key words:** tobacco smoking, eight and night grade, health, health workers, health education

## 1 UVOD

Danes je kajenje tobaka v razvitih deželah najpogostejši dokazani vzrok prezgodnjih smrti in s tem tudi skrajšanega pričakovanega trajanja življenja. Več kot 50% tovrstnih smrti nastopi med 35. in 69. letom. Zaradi kajenja umre letno tri milijone ljudi, dva milijona v razvitem in milijon ljudi v nerazvitem svetu. V večini evropskih mest zaradi posledic kajenja umre več ljudi, kot jih skupno umre zaradi prometnih nesreč, alkohola, drog, požarov, samomorov in AIDS-a. Drugo polovico 20. stoletja bo zaznamovalo 60 milijonov smrti zaradi tobaka. V številnih državah se bodo posledice tobačne epidemije šele pokazale, predvsem v deželah v razvoju in med ženskami v razvitih deželah, saj se je med njimi kajenje razvilo kasneje. Predvideva se, da bo kajenje leta 2025 krivo za smrt treh milijonov ljudi v razvitem in sedmih milijonov ljudi v nerazvitem svetu, če se bodo današnji trendi kajenja nadaljevali. Kadilci, ki umrejo v srednjih letih, izgubijo 20 do 25 let pričakovanega trajanja življenja nekadilcev. V Sloveniji je okoli 3500 smrti letno zaradi kajenja, kar je skoraj 20% umrljivost prebivalcev v istih starostnih skupinah. Največ smrti zaradi kajenja nad 35 let je posledica bolezni srca in ožilja, sledijo jim smrt zaradi raka in zaradi bolezni dihal (1). Zaskrbljujoča pa je tudi dolgotrajnejša obolevnost, zgodnejša invalidnost in nezmožnost za delo; vsaka četrta oseba, ki je začela kaditi pred 16. letom starosti, je namreč nesposobna za delo še pred upokojitvijo (2).

Tobak se je v nekaj stoletjih iz »rekreativne« droge prelevil v enega najbolj pomembnih, jasno identificiranih povzročiteljih številnih zdravstvenih problemov. Na ta način je tobak postal prvovrstni javno-zdravstveni problem, ki se ga moramo lotevati na več ravneh (3).

Mladostništvo je poznano kot burno obdobje v človekovem življenju. To je čas hitrega telesnega razvoja in velikih čustvenih sprememb. Pogosti so spori in prerekanja med odraščajočim otrokom in njegovimi starši. Pa vendar to ne pomeni, da otrok staršev nima rad, nasprotno, pomeni le, da stopa na pot odraslosti. Odraščajoč otrok preizkuša nove možnosti; ko spozna, da vseh situacij ne more obvladati, mu lahko upade samozavest, postane potr, kažejo se spremembe v vedenju in razpoloženje zaniha. Prav zaradi tako naglih sprememb je enkrat mladostnik videti zrel, skoraj odrasel, drugič pa otročji in nezanesljiv. Mladostnik začne prvič resneje spoznavati svet, ko išče svoje mesto v njem ter nova vznemirljiva doživetja, ki so povezana z večanjem nevarnosti in predajanjem tveganjem. V tem obdobju se večina odraščajočih otrok prvič sreča s cigaretami in drugimi psihoaktivnimi snovmi (4).

V procesu mladostnikovega duševnega razvoja je postopno osamosvajanje pot, po kateri gradi svoje samospoštovanje. Še posebej so mu privlačne vse stvari, ki nosijo v sebi simbole odraslosti in neodvisnosti. Sodelovanje, skupna prizadevanja in delovni trud so zanj naporen in manj privlačen del odraslosti. Kajenje in uživanje alkohola in drugi zunanji znaki odraslosti pa so mu lažji in dostopnejši. Mlad človek si želi ugodja, ki ga lahko poišče sam, zato rad izbira bližnjice in enostavnejše poti, ki ne zahtevajo truda, obvladovanja in rzsodnosti. Mladostnik je v oceni lastne vrednosti odvisen od vrstnikov. Za dobro mnenje pri njih, občutek pripadnosti, sprejetosti, če ne občudovanja, je pripravljen storiti veliko (5).

Pred več kot pol stoletja so zdravje otrok ogrožale nalezljive bolezni, danes pa so pri mladih, dejavniki tveganja za zdravje, neugodni družbeni vplivi, škodljivost okolja in njihovo lastno vedenje. Zdravstvena vzgoja mora biti usmerjena v ohranjanje in krepitev zdravja ter preprečevanje bolezni z namenom spremeniti tvegano vedenje posameznika z vzgojno dejavnostjo, ki bi motivirala k prevzemanju zdravih življenjskih navad. Vendar mora biti uveljavljanje promocije zdravja in vzgoje za zdravje ter zdravstvene vzgoje naloga tako

zdravstva kot vlade, nevladnih organizacij, vseh področij družbe, družine in nenazadnje vsakega posameznika. Dobro zastavljena, načrtovana, nepretrgana in sistematična vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja, začrtana od otroškega vrtca do zaključka šolanja, lahko učinkovito preprečuje tvegane oblike vedenja in nezdrave življenjske navade mladih ter s tem izboljša zdravje vseh prebivalcev (6).

Učinkovitost zdravstveno-vzgojnih prizadevanj za osveščanje, informiranje in vzgojo mladih na področju preprečevanja zlorabe psihoaktivnih snovi lahko ocenimo s preverjanjem odnosa učencev do informacij, ki jim jih posreduje strokovna in laična javnost. Pomembno je vedeti, kakšna je prevalenca kajenja cigaret med učenci in kakšen odnos imajo do kajenja tobaka, kadilcev, vzgoje, izobraževanja in preprečevanja kajenja cigaret. Zanima nas predvsem, kakšno vlogo ima vse to pri odločanju učencev za kajenje cigaret oz. zdrav življenjski slog. Poznavanje teh značilnosti lahko pripomore k zmanjšanju prevalence kajenja med mladostniki.

Cilji diplomske naloge so:

- primerjati specifične rezultate med učenci občine Lendava in rezultate raziskav ostale Slovenije in tako ugotoviti razlike in podobnosti problematike kajenja tobaka,
- ugotoviti razširjenost in vzroke za začetek kajenja tobaka med osmošolci in devetošolci v Dvojezični osnovni šoli Lendava,
- ugotoviti koliko jih je že poskusilo kaditi in koliko jih že redno kadi tobak,
- ugotoviti mero seznanjenosti učencev s škodljivimi učinki kajenja tobaka,
- ugotoviti, kako vplivajo družba oziroma prijatelji ter družina na kadilske navade mladostnikov
- zanima nas, ali je manj kadilcev tobaka med osnovnošolci, ki se aktivno ukvarjajo s športom,
- ugotoviti vir nabave tobačnih izdelkov ter
- ugotoviti, ali kajenje tobaka vpliva na samopodobo in učni uspeh.

Delovne hipoteze, ki smo si jih zastavili v diplomski nalogi so:

Hipoteza 1: Med devetošolci je več kadilcev tobaka kot med osmošolci, prav tako so večinoma kadilci v osnovni šoli fantje.

Hipoteza 2: Osnovnošolci, ki kadijo tobak, po večini izhajajo iz kadilskih družin.

Hipoteza 3: Osnovnošolci, ki kadijo tobak, si izbirajo družbo in prijatelje, ki so prav tako kadilci.

Hipoteza 4: Osnovnošolci, ki kadijo tobak, se manj aktivno ukvarjajo s športom kot vrstniki nekadilci.

## 2 TOBAKOVA POT

Zgodba o tobaku se za Evropejce začne z 12. oktobrom 1492. Na ta dan se je namreč znameniti pomorščak in raziskovalec novih svetov, Krištof Kolumb, izkrca na Guanahaniju, enem od bahamskih otokov v bližini Kube. Poleg daril so mu domačini – južnoameriški Indijanci – prenesli v dar tudi nenavadno velike posušene liste neke neznane rastline. V ladijski dnevnik je tudi zapisal, da so »srečevali ženske in moške, ki so imeli v rokah nekakšen ogenj in liste, da bi po svoji navadi kadili«.

Prebivalci tega otoka so nosili v rokah kadilne cevi, v katerih so bila blagodišeča zelišča. Na enem koncu je bila kadilna cev prižgana, na drugem koncu pa so ti ljudje iz cevi sesali in z vdihavanjem takorekoč »pili« dim. S tem so se opijali in uspavali, očitno pa jih je to varovalo tudi pred utrujenostjo. Ko se je Kolumb po sedemmesečni plovbi vrnil v Španijo z novico, da je odkril pravljično Zahodno Indijo, je poročal tudi o nenavadni kadilski navadi (1).

Tobak je hitro prečkal ocean na staro celino in v 16. stoletju so v Španiji že lahko poročali o prvih kadilcih. Anglijo in druge evropske države je tobak dosegel nekoliko kasneje, skoraj povsod z enakim uspehom – v Evropi se je pojavila nova oblika kratkočasnega, in s tem tudi trgovina s tobakom. Sočasno z navdušenjem pa se je pojavila tudi določena mera skepse; tako izvirajo prav iz tega časa zapisi, ki opozarjajo na škodljivost tobaka (najbolj znano delo tistega časa je verjetno *A Counterblaste to Tobacco* angleškega kralja Jamesa I), pa tudi prve prepovedi uporabe tobaka (v carski Rusiji, Turčiji, na Kitajskem in Japonskem).

V Zahodni Evropi so spoznali tobak šele po zaslugi francoskega poslanika na portugalskem dvoru, Jeana Nicota, po katerem je tobačna rastlina dobila ime *Herba Nicotiana*, njen izvleček – droga pa nikotin. Leta 1560 je nekaj primerkov te rastline poslal Katarini Medičejski na francoski dvor in ji poročal o čudoviti zdravilni moči te rastline. Priporočil ji je njuhanje v prah zdrobljenih tobačnih listov. Tobakovo zelišče so imeli za *Herbo Panacejo*, torej za rastlino, ki zdravi vse bolezni. Novica o zdravilni moči tobaka se je kmalu raznesla po vsej Evropi. Kaditi pa so ga začeli v drugi polovici 16. stoletja. V Španiji so ta običaj uvedli mornarji, ki so se vračali iz Amerike. Kadili so ga vsi, tako bogati kot revni.

V Evropi so tobak sprva uporabljali le zdravniki za zdravljenje glavobola, zobobola, kuge, izpadanja zob. Kasneje so začeli tobak uporabljati na druge načine. Leta 1586 je Francis Drake prvi prinesel v Anglijo kajenje v obliki pipe in z njo osvojil angleško visoko družbo. Ob koncu 16. stoletja je prišel tobak v Turčijo, se nato razširil še na Bližnji vzhod in po celem Balkanu, kjer so prvi začeli kaditi tudi vodne pipe in cigarete. Zlasti tridesetletna vojna na začetku sedemnajstega stoletja, v katero so bile vpletene skoraj vse evropske države, je bila glavni generator razširjanja tobaka po celotni Evropi, saj se je navada kajenja preko vojakov iz atlantskih držav, kot sta Španija in Francija, močno razširila med srednje- in vzhodnoevropske države (7).

Seveda pa niso bili vsi naklonjeni tobaku. Počasi so se začeli oglašati pisci, ki so nasprotovali nekritični hvali tobaka kot zdravila za vse bolezni in njihovi zlorabi kot nasladilo. Eden glavnih nasprotnikov je bil angleški kralj James I., ki je kajenje opisal takole: »Za oči nagnusna navada, ki je zoprna za nos, škoduje možganom in je nevarna za pljuča«. Še posebno na Bližnjem vzhodu je bil odnos do tobaka sprva zelo negativen. Perzijski šah Abas je ukazal sežgati vso zalogo tobaka nekega trgovca in še trgovca samega. Šah Safi je izdal ukaz, naj kadilec vlije v grlo raztopljen svinec. Turški sultan Murat I. je dal zaradi kajenja

pobiti 25.000 ljudi. Nekateri ruski carji pa so imeli posebna sodišča, ki so trgovanje s tobakom in njegovo uporabo kaznovali z bičanjem in rezanjem nosov. Ostra nasprotnika tobaka sta bila tudi angleški kralj Jakob I. in francoski kralj Ludvik XII. v začetku 17. stoletja (1).

Kljub velikemu številu nasprotnikov se je kajenje še širilo. V 17. in 18. stoletju so se bistveno spremenile kadilske navade ljudi, saj so se pojavile cigarete. Prva cigareta, v papir zaviti tobak, je z možnostjo inhaliranja tobakovega dima omogočila množično uživanje tobaka. Z razvojem tobačne industrije v 19. in 20. stoletju in z nastankom filmske industrije in prvih reklam, je tobak postal naslada in strup. Kajenje cigaret je najprej osvojilo moške, čez nekaj desetletij pa tudi ženske. Šele z razvojem kemije je bilo možno določiti in preučiti snovi v tobačnih listih. Tako so do prvih ugotovitev, kako strupen je v resnici tobak, prišli leta 1950, ko je ameriški kirurški oddelek izdal o tem prvo poročilo. Okrog leta 1970 je zdravniški konzilij odločil, da mora biti na vsaki škatli cigaret opozorilo o njihovi škodljivosti za zdravje. Ob tem pa je zelo pomembno, da vse raziskave, vse ugotovitve o škodljivosti nikotina in tudi vsi ukrepi v 19. in 20. stoletju niso vplivali na porabo tobaka.

Epidemično širjenje kajenja se je začelo kmalu po prvih cigaretah. Na razširitev kajenja cigaret je pri nas vplivala zlasti 1. svetovna vojna. Avstroogrška vlada je redno oskrbovala vojake na frontah z zavojčki cigaret. Med drugo svetovno vojno je bila poraba tobaka spet velika, tako v zaledju kot med vojaki. Izredno pa se je dvigala po vojni, kar je treba povezovati z naravnim prirastkom, višjim življenjskim standardom in vse večjim deležem žensk med kadilci (1).

Zadnje čase se pojavljajo ugotovitve, da se je zavest o škodljivih snoveh v tobaku utrdila, veliko kadilcev se tega zaveda in zato že opušča kajenje. Vendar pa na drugi strani prihaja do strmega naraščanja števila kadilcev med mladimi in ženskami. Poraba cigaret zato še vedno narašča, predvsem v državah v razvoju in v nerazvitih državah.

### **3 SESTAVA TOBAČNEGA DIMA IN ŠKODLJIVI UČINKI KAJENJA TOBAKA NA ZDRAVJE**

Cigaretni dim nastane pri nepopolnem izgorevanju (tlenju) tobačnih listov. V različnih virih navajajo različno število sestavin, ki jih vsebuje cigaretni dim. Doslej so v negorečem tobaku ugotovili okoli 2.500 kemijskih sestavin, v cigaretnem dimu pa blizu 4.000. Za nobeno od teh sestavin niso ugotovili pozitivnih ali celo zdravstvenih učinkov, so pa mnoge med njimi v večjih količinah hudi strupi. Za mnoge od njih se ve ali utemeljeno sumi, da povzročajo hude bolezni (8).

V tobačnem dimu so kemične spojine v plinastem, tekočem stanju ali pa v obliki mikroskopskih delcev. Najpomembnejši in eden najnevarnejših je nikotin. Poleg tega so v cigaretnem dimu še katran, aldehidi, ogljikov monoksid, ketoni, piridini, fenoli, amoniak, metanol, žveplov dioksid in še mnogi drugi.

**Najbolj škodljive snovi v tobačnem dimu so nikotin, katran in ogljikov monoksid.**

#### **Nikotin**

Je zelo strupen alkaloid. Nikotin je droga. To pomeni, da postane kadilec od njega odvisen. V majhnih količinah nikotin deluje spodbujajoče na možgane. Veliki odmerki nikotina pa možgane hromijo. Na organizem deluje poživljajoče. Deluje škodljivo na srce in ožilje. Nikotin, ki s krvjo pride do avtonomnega živčevja, povzroči zoženje krvnih žil. Vpliva na zvišanje krvnega tlaka, zvišanje števila srčnih utripov, zvečanje nepravilnih srčnih utripov, povečanje porabe kisika v srcu in zmanjšanje pretoka v srčnih žilah. Pospešuje tudi strjevanje krvi, prizadene spolne žleze, pospešuje delovanje žlez lojnic in znojnic, pripomore k nastanku želodčne razjede in razjede na dvanajstniku ter moti potek zdravljenja nekaterih drugih bolezni. Povezujejo ga tudi z motnjami v delovanju očesne šarenice. Če kadilec preneha kaditi, se pri njem zaradi odsotnosti droge pojavijo odtegnitveni znaki.

#### **Katran ali plinski kondenzat**

Katran je mešanica snovi v tobačnem dimu, ki ostane po odstranitvi nikotina in vlage. Je zmes aromatskih policikličnih ogljikohidratov, ki nastaja kot produkt suhe destilacije pri izgorevanju suhih tobakovih listov. Cigareti daje okus. Filtri ga zadržijo tudi do polovice. Katran je karcinogen. Največ katrana, ki pride v organizem, ostaja na sluznici dihalnih poti, nekaj ga kadilec izkašlja, nekaj ga pride v prebavila. Večina katrana se nikdar več ne izloči in ostaja v pljučih. Katran ima odločilni vpliv na nastanek kroničnega bronhitisa in raka.

#### **Ogljikov monoksid**

Nastaja zaradi nepopolnega izgorevanja (tlenja) tobaka. Cigaretni dim vsebuje približno 5% ogljikovega monoksida. Moti prenos in porabo kisika, saj se učinkoviteje veže na hemoglobin in tvori karboksihemoglobin (COHb) (9).

Kadilci imajo 2 do 5-krat več karboksihemoglobina kot nekadilci. Zato imajo kadilci v krvi premalo kisika. Posledica je nezadostna preskrba tkiv s kisikom. Pomanjkanje kisika lahko povzroči omotico, glavobol, utrujenost in raztresenost. Stalno pomanjkanje kisika oslabi tudi obrambni sistem kadilca.

Ogljikov monoksid okvari tudi notranjo plast žilne stene in s tem ustvari pogoje za razvoj arterioskleroze (1).

Raba tobaka je dejavnik tveganja za nastanek in razvoj vrste kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so pogosto neposredni vzrok smrti kadilcev.

**Seznam nekaterih zdravstvenih težav, ki jih kajenje povzroča, stopnjuje ali zavira zdravljenje:**

- Veliki odmerki nikotina hromijo možgane.
- Fizična in psihična odvisnost.
- Abstinenčni sindrom.
- Hitrejši srčni utrip, negospodarno delovanje srčne mišice in njeno utrujanje.
- Povišan krvni tlak (hipertenzija)
- Motnje v krvnem obtoku (obolenje koronarnega ožilja, možganskih in perifernih arterij).
- Zmanjšana telesna zmogljivost zaradi kroničnega pomanjkanja kisika v organizmu.
- Moten telesni razvoj pri mladih kadilcih zaradi kroničnega pomanjkanja kisika.
- Nastajanje žilnih oblog in krvnih strdkov (posledice tega so ateroskleroza, tromboza in embolija).
- Bolečine v mečih zaradi pomanjkanja kisika.
- Angina pectoris.
- Srčna kap (infarkt).
- Trajne možganske okvare zaradi prizadetosti ožilja in kroničnega pomanjkanja kisika.
- Možganska kap.
- Kronični bronhitis.
- Pljučni emfizem.
- Rak na ustnicah, v ustni votlini, na pljučih, v grlu, požiralniku, želodcu, trebušni slinavki, črevesju, ledvicah, sečnem mehurju.
- Draženje želodčne sluznice in povečano izločanje želodčne kisline (posledica tega so težave z želodcem in prebavo).
- Razjeda (čir, ulkus) na želodcu.
- Razjeda na dvanajstniku.
- Večja dovzetnost za različne okužbe zaradi oslabljenega imunskega sistema organizma, ki je posledica kroničnega pomanjkanja kisika.
- Povečano znojenje, mastna koža, mastni lasje.
- Prizadeta spolna moč pri moških (impotenca).
- Težja oploditev ženskega jajčeca zaradi zmanjšanega števila gibljivih spermijev.
- Bolečje motnje ob menstruaciji, neplodnost, spontani splavi.
- S kajenjem nosečnice se zastruplja zarodek.
- Večja verjetnost vnetja zobne posteljice (paradontitis) in propadanje podpornega tkiva zob (paradontoza), pretirana obraba zob.
- Motnje v delovanju čutil (oslABLJENO zaznavanje okusa in vonja, vnetje oči, solzenje, motnje v delovanju očesne šarenice, prizadeta ostrina vida, težje razpoznavanje barv).
- Koža se suši in hitreje stara.
- Nespečnost.
- Zmanjšan apetit.
- Slab zadah.
- Negativen vpliv na akne.
- Povečana razdražljivost.
- Glas izgublja čistost.

Poleg nekaj naštetih zdravstvenih težav pa je s kajenjem povezana še vrsta drugih neprijetnih učinkov. Gre za estetske, materialne in nekatere socialne vidike (8).



## 4 PASIVNO KAJENJE TOBAKA

V prostoru, kjer kadijo kadilci, kadijo skupaj z njimi tudi vsi nekadilci, saj vdihavajo tobačni dim prav tako kot osebe, ki kadijo. To imenujemo pasivno kajenje ali izpostavljenost tobačnemu dimu iz okolja ali tudi neprostovoljno kajenje. Tobačni dim iz okolja je pomemben vir izpostavljenosti strupenim onesnaževalcem zraka v zaprtih prostorih, kot so npr. bivalni prostori, delovni prostori, restavracije, bari in prevozna sredstva. Kljub številnim omejitvam kajenja in povečani osveščenosti o škodljivih učinkih na zdravje, predvsem pri otrocih, ostaja izpostavljenost tobačnemu dimu javno-zdravstveni problem. Zaradi pasivnega kajenja vsako leto umre nekaj deset tisoč prebivalcev Evropske unije, ki so nekadilci, več milijonom pa se poslabšajo bolezni. Obstoječe metode prezračevanja ne zagotavljajo zaščite. Le ukrep prepovedi kajenja na javnih in delovnih mestih zagotavlja ustrezno zaščito pred tobačnim dimom iz okolja. V Sloveniji so otroci in mladostniki v domačem okolju še vedno izpostavljeni pasivnemu kajenju (10).

## 5 RAZISKAVE O ODNOSU MLADIH DO KAJENJA TOBAKA

V svetu in pri nas poteka več mednarodnih raziskav, ki preučujejo odnos mladih do kajenja tobaka in poskušajo razjasniti problematiko uporabe tobačnih izdelkov med mladimi. Rezultati raziskav dajejo pomembne podatke o vedenju mladih, ki jih lahko sodelujoče države uporabijo v svojih prizadevanjih za zmanjšanje razširjenosti kajenja tobaka med mladimi.

Raziskava **HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children)** preučuje obnašanje mladostnikov v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju in prav tako vključuje problematiko kajenja. Je mednarodna raziskava, ki poteka od leta 1983. Slovenija se je projektu priključila leta 2002. Raziskava poteka vsaka štiri leta, po enotni metodologiji, omogoča primerjanje rezultatov med različnimi državami, kot tudi spremljanje časovnih trendov v posamezni državi.

Raziskava **GYTS (Global Youth Tobacco Survey)** je projekt Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). GYTS je največja raziskava o odnosu mladih do kajenja, ki poteka v več kot 140-ih državah po svetu in daje pomembne podatke o problematiki kajenja med mladimi v različnih državah. V Sloveniji je bila prvokrat izpeljana leta 2003 in ponovljena leta 2007.

Raziskava **ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)** poteka od leta 1995, v katero je vključena večina evropskih držav, prav tako Slovenija. Raziskava preučuje uporabo alkohola in drugih drog med šolsko mladino in zajema tudi problematiko kajenja. Raziskava poteka vsaka štiri leta, tako države konstantno dobivajo pomembne podatke o razširjenosti uporabe alkohola in drugih opojnih substanc med mladimi, ki so jim v pomoč pri pripravi ustreznih preventivnih in kurativnih programov. Prav tako podatke primerjajo med državami, da dobijo realno sliko problematike (11).

### 5.1 Razširjenost kajenja tobaka na območju Slovenije

#### 5.1.1 Razširjenost kajenja tobaka med slovenskimi mladostniki

Rezultati raziskave ESPAD kažejo, da je večina 15- in 16-letnikov nekadilcev. Za obdobje 1995–2003 je značilno statistično naraščanje iniciacij (tisti, ki so pokadili eno cigareto v vsem življenju) z 59% na 67%, pa tudi rednega kajenja s 16% na 27% med vsolanimi 15- do 16-letniki. Statistično značilno pa se je zmanjšal odstotek mladih, ki nikoli v življenju niso kadili tobaka z 41% na 33%, pa tudi tistih, ki so s kajenjem zgolj eksperimentirali. V obdobju od 2003 do 2007 pa je prišlo do pomembnega premika – iniciacije so se zmanjšale na 61%, redno kajenje pa s 27% na 21,9%. Tako kot v preteklih obdobjih, tudi leta 2007 ni bilo ugotovljenih statistično značilnih razlik med dekleti in fanti glede pogostosti kajenja v vsem življenju. Leta 2003 je raziskava pokazala tudi povečan odstotek mladih, ki začnejo kaditi pri 11-ih letih ali prej. Fantje začnejo kaditi prej kot dekleta. Dekleta ponavadi začnejo kaditi med 13-im in 15-im letom. Iz raziskave je vidno, da se je od leta 1995 do 2003 odstotek »vseživljenjskih« kadilcev statistično značilno večal, v obdobju 2003–2007 pa se je zmanjšal (12).

Raziskava GYTS je bila v Sloveniji prvokrat izpeljana leta 2003 in ponovljena leta 2007 med mladimi, starimi od 13 do 15 let. (Narejena je primerjava med letom 2003 in 2007). Rezultati kažejo, da se je delež mladih, ki so kadarkoli kadili znižal iz 66,4 na 61,6%, delež rednih kadilcev iz 28,5 na 24,9 (bolj med fanti kot dekleti). Po podatkih iz literature je delež primerljiv z deležem v drugih evropskih državah. Znižal se je tudi delež mladih, ki so začeli

kaditi že pred desetim letom starosti. Nižji je bil tudi delež med mladimi nekadilci, ki so odgovorili, da obstaja možnost, da bodo pričeli kaditi v naslednjem letu. Delež tistih, ki kadijo vsak dan, se je povečal iz 7,7% na 11,4%, pri obeh spolih, a bolj izrazito pri dekletih (porast iz 5,3% na 12,2%) (13).

Raziskava HBSC je mednarodna raziskava, ki pri mladostnikih v starosti 11, 13 in 15 let meri vzorce ključnih vrst vedenj, povezanih z zdravjem. Raziskava omogoča vpogled v kadilske navade mladostnikov in trende. Prvič je bila raziskava v Sloveniji izvedena leta 2002, nato ponovljena v letu 2006.

Odstotek anketirancev, ki poročajo o tem, da so že kadili tobak, pomembno narašča s starostjo. V življenju je vsaj eno cigareto pokadilo manj kot 9% 11-letnikov, približno 32% 13-letnikov in nekaj več kot petina 15-letnikov. Medtem ko je med 11- in 13-letniki večina mladostnikov zgolj občasnih kadilcev, pa med 15-letniki prevladujejo dnevni kadilci. V času raziskave je kadilo manj kot odstotek 11-letnikov, nekaj več, 6% 13-letnikov in nekaj več kot petina 15-letnikov. Leta 2006 so redni kadilci prevladovali med 15-letniki, kjer jih je bilo 18%, med njimi jih je večina kadila vsak dan. Med 13-letniki je bilo 2,6% rednih kadilcev in manj kot pol odstotka med 11-letniki. Anketirani mladostniki so bili ob kajenju prve cigarete stari 13,2 let; fantje so prvo cigareto pokadili statistično prej kot dekleta.

Primerjava podatkov raziskav HBSC 2002 in 2006 kaže na statistično pomembno zmanjšanje uporabe tobaka pri mladostnikih: beleži se manj iniciacij, manjši odstotek rednih kadilcev, kot tudi višja povprečna starost ob prvi pokajeni cigareti (14).

Iz vseh treh raziskav je viden upad rabe tobaka med mladostniki glede na prejšnja leta. Na ugotovljene spremembe v razširjenosti kajenja so zelo verjetno vplivale sistemske rešitve (zakon o omejevanju rabe tobaka, prepoved prodaje tobačnih izdelkov mlajšim od 18 let, prepoved oglaševanja tobaka in sponzoriranje prireditev s strani tobačne industrije), pa tudi uvajanje sistematičnega izobraževanja mladih v okviru šolskega programa, eden od teh programov je Spodbujajmo nekajenje, ki poteka od 3. oz. 4. razreda do zaključka OŠ. Kombinirani ukrepi nedvomno kažejo svojo učinkovitost, zato bi morali usmeriti več napora v nadaljnje širjenje izobraževanja nekadilskih generacij v okviru rednega pouka.

### **5.1.2 Kadilske navade polnoletnih prebivalcev RS**

Raziskava, ki jo je opravil Inštitut za varovanje zdravja RS leta 2008, je zabeležila 17,1% delež kadilcev tobaka. To je 5,7% manj kot leta 2006, ko so v raziskavi zabeležili 22,8% delež kadilcev med polnoletno populacijo. 81,1% vseh kadilcev kadi redno, 18,9% pa občasno, kar se ne razlikuje glede na leto 2006. V povprečju pokadijo trenutni redni kadilci 17,5 cigaret dnevno. O opustitvi kajenja razmišlja 58,8% kadilcev (15).

## **5.2 Adolescenca**

Vsak posameznik se zaradi dednega zapisa v genih razvija in raste. Hkrati okolica v vsakem življenjskem obdobju postavlja pred njega določene zahteve in pričakovanja. Oba dejavnika (genetika in okolje) torej prispevata k temu, da posameznik napreduje in prehaja iz enega življenjskega obdobja v drugo. Eno od teh je tudi mladostništvo, ki je obdobje med otroštvom in odraslostjo.

Značilnosti otrok so, da še niso zmožni poskrbeti za lastno preživetje in zato so odvisni od drugih, zaščiteni in navezani na svoje starše. Mladostništvo zaznamuje ravno prehod med otroštvom in odraslostjo, kjer imajo mladostniki še vedno nekaj značilnosti otrok in že nekaj značilnosti odraslih. V tem obdobju posameznik postopno duševno in socialno dozoreva v odraslo osebo. Izraz puberteta se dostikrat zamenjuje z adolescenco. Če smo za adolescenco rekli, da je proces duševnega in socialnega dozorevanja, je puberteta proces pospešenega telesnega razvoja.

Vsako življenjsko obdobje prinese posamezniku nove naloge in izzive, s katerimi se mora soočiti. V mladostništvu ni nič drugače. Tem nalogam rečemo razvojne naloge, saj uspešna razrešitev prinese možnosti za nadaljnji razvoj. Mladostništvo je celo tisto obdobje, v katerem sprejemamo nekatere življenjsko pomembne odločitve. Mnogi temu obdobju pravijo obdobje »zmedenosti in iskanja sebe«.

Prav tako je oblikovanje lastne identitete osrednji in najpomembnejši proces tega obdobja. Posameznik si identiteto oblikuje sicer celo življenje, vendar je proces tu najbolj intenziven in morda tudi najusodnejši.

V obdobju mladostništva imajo vrstniki pomembno vlogo. Adolescenti se s svojimi vrstniki zbirajo v skupine glede na različne skupne interese, ponavadi posameznik hkrati pripada več skupinam. Vrstniška skupina postane mladostniku referenčna skupina. To pomeni, da je nanjo močno čustveno navezan, v njej zadovoljuje veliko svojih potreb ter se z njo identificira, enači. V zgodnjem mladostništvu prevladujejo istospolne skupine, kasneje pa mešane po spolu. Z vključitvijo in preživljanjem časa v takšni skupini mladostnik pridobiva ogromno novih izkušenj. Predvsem izkušenj glede odnosov med ljudmi. V skupinah vrstnikov tako preizkuša veliko novih vlog (prijatelj, sodelavec, nasprotnik, vodja, ljubimec) in jih počasi vedno bolj samozavestno prevzema. Ta pojav imenujemo »eksperimentiranje«. Pomemben je tudi status enakovrednega, ki ga ima v družbi, pomanjkanje le-tega ga pa pri starših in šoli moti.

Prav tako v skupinah pridobiva ogromno novih vrednot, stališč in prepričanj. Začenja se obnašati po načelih novih norm. Tako mu skupina pomaga pri izgradnji lastne identitete in samopodobe.

V odnosu do družine želi biti samostojen, neodvisen ter enakovreden družinski član. Še vedno je družina zelo pomemben dejavnik njegovega življenja, vendar si vse bolj postavlja meje svoje intimnosti in trga nekatere čustvene vezi z družino (16).

## 6 MLADOSTNIK IN CIGARETA

Že več kot pol stoletja je dokazano, da tobak posredno ubija, in skoraj ni dneva brez objave novih podatkov o tveganosti njegovega uživanja. Uporaba tobaka je dosegla razsežnost globalne epidemije, saj zaradi nje umre dnevno zelo veliko ljudi. Kljub tem podatkom vsak dan na tisoče mladih deklet in fantov prižge svojo prvo cigareto; za premnoge od njih ta cigareta pomeni začetek odvisnosti in prezgodnjo smrt. Kljub številnim dokazom tudi o nevarnostih pasivnega kajenja pa še kar naprej dovoljujejo otrokom, da rastejo v ozračju tobačnega dima. Nagibanje vse mlajših starostnih skupin k uživanju legalnih drog, kot sta tobak in alkohol, zbuja skrb. Ne pozabimo namreč, da mora biti in je cilj vsake sodobne države in napredne družbe krepitev zdravja prebivalcev. Ta cilj je mogoče doseči, če začnemo varovati zdravje otrok (17).

Dejavniki, ki vplivajo na človekov psihični razvoj, na njegovo osebnost, čustva, vrednote, prepričanja in stališča, so vedno trije: dednost, okolje in samodejavnost. Obstajajo dedne zasnove, lahko celo geni. Oblikovanje okolja, ki bo iskalo in ponujalo raznolike možnosti za zdrav osebni razvoj, v katerem bo cigareta nepotrebna, je osnovna naloga družbe. Starši, vzgojitelji, učitelji, psihologi, zdravstveni delavci, vlada, mediji in vsi vpeti v razvoj otrok, pa se moramo zavedati, da lahko le s svojim zgledom, vrednostnim sistemom in jasnim postavljanjem meja pripomoremo k življenju brez cigarete. Lastna zrelost, odprtost, razgledanost in zdrav način življenja so vstopnica v nekadilsko kulturo.

Odločitev za prvo cigareto običajno sega v obdobje mladostništva, pri ljudeh, ki živijo v socialno manj spodbudnem ali manj prilagojenem okolju, mnogokrat že prej. Med odraslimi je razmeroma malo tistih, ki bi postali aktivni kadilci šele kot odrasle osebe. Zakaj torej ravno mladostništvo? Mladostništvo je obdobje, za katerega je značilno raznoliko eksperimentiranje, preizkušanje in soočanje z neznanim in skrivnostnim, prepoznavanje lastnih in okoljskih meja in navsezadnje preizkušanje, kako se bo okolica, običajno starši in vrstniki, odzvala na njihove skoke čez meje dopustnega, moralnega, etičnega in družbeno sprejemljivega. Med tovrstno preizkušanje sodi kar na prvo mesto prav želja po cigareti. Vplivi staršev, vrstnikov in medijev so običajno tisti vzvodi, ki to željo bodisi spodbudijo bodisi zavrejo. Večina mladostnikov, ki so nekoč vsaj enkrat »potegnili« dim cigarete, ne postane kadilcev.

Prvo cigareto otrok prižge iz radovednosti. Zanima ga, kaj je pri kajenju tako prijetnega, da se svet odraslih tako pogosto in v tolikšnem številu naslaja z modrikastim dimom. Če mu odrasli pridigajo o škodljivosti kajenja in le-to prepovedujejo, se radovednost še stopnjuje. Težko je namreč razumeti, zakaj odrasli kadijo (npr. med njimi celo zdravstveni delavci in pedagoški delavci), če je cigaretni dim tako škodljiv. Hkrati z radovednostjo se pri mladostnikih kaže tudi velika želja biti podoben odraslim. Nekateri proučevalci kadilskih motivov ugotavljajo, da niso redki najstniki, ki kadijo iz protesta proti odraslim, predvsem staršem, vzgojiteljem in učiteljem, ki navadno otrokom kajenje prepovedujejo, čeprav sami kadijo (8).

Zanimivo je, da je prva pokajena cigareta za mlade vedno neprijetna, vendar zaradi genetskih razlogov individualne občutljivosti na nikotin za ene bolj neprijetna, za druge manj. Pogosto postane kajenje za eno tretjino do eno polovico mladih, ki poskusijo kaditi, navada, ki jih zasvoji, z njo razvijejo določeno toleranco na nikotin (11).

Mlade lahko razvrstimo v tri skupine: v prvo skupino spadajo tisti, ki sploh ne želijo poskusiti kaditi, v drugo skupino spadajo tisti, ki poskusijo kaditi, vendar zaradi genetskih razlogov ne

postanejo odvisni, v tretjo skupino pa spadajo tisti, ki poskusijo kaditi in postanejo odvisni (11).

Danes je znanstveno ugotovljeno, da se največ ljudi navadi kaditi v starosti, ko njihova zmožnost kritičnega presojanja še ni dokončno izoblikovana, to je v najstniških letih. Hkrati z neizoblikovano zmožnostjo kritičnega presojanja pa je v najstniških letih nenavadno močna želja po ugajanju, uveljavljanju, postavljanju pred vrstniki ter izražanju in dokazovanju odraslosti (8).

## 6.1 Razvoj kadilske razvade

Vsaka zasvojenost oz. odvisnost se razvija po določenih fazah. Iz predhodne v naslednjo prehaja vse manj ljudi. Razvoj odvisnosti poteka po naslednjih fazah:

1. priprava,
2. uvodna faza,
3. privajanje,
4. vzdrževanje (in odvisnost).

Tudi za kadilsko razvado velja, da nastaja po določenih fazah. V adolescenci je lahko gibanje med temi fazami kar živahno (glede na spremembo prijateljev, šole, načina življenja in poklicne poti).

V fazi **priprave**, ki traja od rojstva do adolescence, imajo na otroka ključni vpliv kajenje staršev ter njihovo mnenje in javni mediji (TV, radio, časopisi, spletne strani).

**Eksperimentiranje** je najpogostejše med 7. in 14. letom, ključni vpliv nanj pa imajo naravna radovednost, vrstniki, javni mediji in dostopnost cigaret. Prvo ponujeno cigareto dobijo mladostniki najpogosteje od vrstnikov ali staršev.

**Privajanje** se odvija v adolescenci zaradi pozitivnih telesnih, psihičnih in družbenih izkušenj v zvezi s kajenjem. Pozitivne telesne izkušnje dobi kadilec z nikotinom (drogo v tobačnem dimu), ki daje občutek pozitivitve. Psihične izkušnje so pri kadilcu pozitivne, ker kadi v določenih, zanj psihično napetih situacijah. Kajenje ga na nek način razbremeni in mu pomaga nadzorovati čustva.

**Vzdrževanje** – kadilec svojo razvado utrjuje s številnimi ponavljanji. Nekatere kadilce pa sili v kajenje odvisnost od droge-nikotina. Potrebujejo namreč svojo dozo nikotina v krvi, ki jo dosežejo tako, da pokadijo določeno število cigaret. Lahko se pojavijo odtegnitvene ali abstinenčne težave zaradi odsotnosti droge-nikotina, kot so glavobol, močna potreba po nikotinu, tesnoba, tiščanje v prsih, nespečnost, depresivno razpoloženje, težave pri koncentraciji, razdražljivost, nemir, zaprtje (18).

## 6.2 Dejavniki tveganja za začetek kajenja tobaka pri mladih

H končnemu rezultatu (=začetek kajenja) prispevajo svoje agensi (nikotin), lastnosti okolja in posameznikove lastnosti (praviloma mladostnika):

Lastnosti agensa:

cenovna dostopnost agensa (cena pri mladostnikih posebej izrazito določa uživanje agensa),

hitrost, s katero doseže možgane, in

učinkovitost anksiolitičnosti oziroma manipulacije z razpoloženjem povečujejo tveganje za uživanje agensa (z vseh izhodišč je nikotin lahko dostopna in zelo »učinkovita« PAS (psihološka aktivna substanca).

Lastnosti okolja: bodisi lahko povečajo tveganje bodisi zaščito pred uživanjem agensa.

Lastnosti posameznika: gre za morebitno genetsko obremenjenost (ne deduje se sama odvisnost kot taka, ampak vulnerabilnost za razvoj odvisnosti od kajenja) in lastnosti osebnosti in temperamenta (19).

Dejavniki, zaradi katerih mladi začnejo kaditi, so številni, zapleteni in med seboj povezani. V našem okolju dokazano najpogosteje vplivajo na odločitev za začetek kajenja naslednji dejavniki: kajenje v družini, stalna izpostavljenost pasivnemu kajenju, zgledi (starši, otroci vas imajo radi in vas želijo posnemati), visoka družbena sprejemljivost za tobačne izdelke, lahek dostop do njih, mediji in oglaševanje tobačnih izdelkov. Mladostniki, ki tako radi eksperimentirajo z novimi oblikami vedenja, ne razmišljajo o dolgoročnejsih posledicah, saj jim pomeni čas nekaj povsem drugega kot odraslim. Mladi podcenjujejo odvisnost od nikotina in težave, povezane z opuščanjem kajenja. Prepričani so, da bodo zaradi svoje mladosti lažje prenehali kaditi in da vse to, kar se jim govori, velja le za starejšo populacijo. Njih to vendar ne zadeva! Zanje so nevarnosti kajenja, na katere se jih opozarja, nepomembne zaradi takojšnje psihološke koristi: kadijo vendarle tisti, ki otrokom veliko pomenijo, otroci se želijo s cigareto znebiti strahu in stresov ter ugajati vrstnikom. Zaradi želje »biti podoben odraslim oziroma čim prej odrasti«, mladi poizkušajo razne vloge. Mladostnik se v puberteti sooča s spremembami v svojem telesu in v telesih in obnašanju svojih vrstnikov, s katerimi mora navezovati in obdržati stike; v njem prevladuje bojazen, da za vrstniki zaostaja, če so v njem spremembe prepočasne, in zato vsaj v obnašanju sledi najbolj »odraslim«. K odraslosti in samostojnosti pa po tem razmišljanju sodijo cigarete, alkohol in druge droge (17).

### **Determinante zdravja**

Ali bo človek na kontinuumu zdravja bliže popolnemu zdravju ali bliže skrajnemu ne-zdravju – smrti, določa zapleteno vzajemno delovanje številnih okoliščin v njegovem notranjem in zunanjem okolju.

Determinanta zdravja je vsak dejavnik ali dogodek, značilnost ali katerakoli druga opredeljiva/določljiva entiteta (kombinacija dejavnikov), ki povzroči spremembo v zdravstvenem stanju ali drugem pojavu, povezanem z zdravjem.

Groba opredelitev determinant zdravja:

- splošne, socialno-ekonomske, kulturne in okoljske razmere,
- delovne in bivalne razmere,
- socialne in družbene razmere,
- življenjski slog posameznika,
- starost, spol in dednost. (20)

#### **6.2.1 Družbeni dejavniki in vpliv okolja**

K mladostnikovemu okolju najbolj intenzivno prispevajo svoje vplive družina in vrstniki ter dejavniki iz širšega okolja. Družinski dejavniki, ki povečujejo tveganje za začetek kajenja, niso nujno povezani z neko hujšo družinsko disfunkcijo, kot so na primer nekvalitetni odnosi

med starši in mladostniki, premalo čustvene podpore, pomanjkanje starševskega nadzora. Velja namreč tudi povsem preprosta povezava: če kadijo mladostnikovi starši ali sorojenci, obstaja večja verjetnost, da bodo začeli kaditi tudi mladostniki, predvsem pa bodo začeli kaditi bolj zgodaj kot drugi mladostniki (21).

Kajenje mladih je odvisno tudi od stopnje starševskega nadzora nad početjem otrok, od navezanosti otrok na starše, starševske podpore v smislu razpoložljivosti časa za refleksivne pogovore ter značilnosti načina vzgoje. Ugotovili so pozitivno povezanost med pričetkom kajenja pri mladih in pomanjkljivim poznavanjem otrokovih prijateljev, krajšim razpoložljivim časom staršev za družino in nenazadnje pomanjkljivim spremljanjem otrokovega početja. Manjši starševski interes za početje otrok se kaže v višji verjetnosti pričetka kajenja pri fantih, večja razširjenost kajenja pri dekletih pa je povezana s strožimi prepovedmi glede večernih izhodov. Z naraščanjem navezanosti na starše postanejo najstniki vse bolj dovzetni za njihov način obnašanja in jih pričnejo v večji meri posnemati. Čimbolj so mladi navezani na kadilske starše, tembolj so njihovi pogledi na kajenje pozitivni in bolj so izpostavljeni tveganju, da bodo tudi sami postali redni kadilci (11).

Enako velja za vrstniške vplive: v kolikor kadijo vrstniki iz referenčne skupine (to so tisti vrstniki, čigar mnenje je za mladostnika najpomembnejše), bo z veliko verjetnostjo kadil tudi mladostnik sam. Vrstniški vplivi so najmočnejši ravno pri epizodi iniciacije kajenja. Na področju vrstnikov se prepleta tudi družinski vpliv, čeprav posredno: gre za psihosocialno mladostnikovo opremljenost glede tega, ali je sposoben zavrnil socialni pritisk vrstnikov ali ne (21).

Mladostnik doživlja v skupini, katere član je, celo vrsto vzpodbud k prevzemanju njenega mišljenja, načel in vrednot, to je pritisk vrstnikov. Prav pritisk vrstnikov je pri mladih med najpomembnejšimi motivi za začetek, večkrat pa tudi za nadaljevanje uživanja drog .

Če je mladostniku iz kakršnihkoli razlogov družba dejavnih, zdravih, dinamičnih mladih ljudi nedosegljiva, se bo morda pridružil skupini manj zahtevnih vrstnikov, ob katerih se ne čuti manjvrednega. Takšne skupine mladih pa so tudi tiste, kjer je droga glavni skupni interes (22).

K adolescentovemu širšemu okolju sodi tudi kultura kajenja v njegovem okolju (ali na primer obstaja pretirano strpno okolje glede kajenja, brez zaščitene zakonodaje in kadilske norme vedenja) in medijsko oglaševanje (21).

### **6.2.2 Osebnostni dejavniki**

Zelo pomembna je vloga samopodobe, torej podobe-mnenja, ki ga ima mladostnik o sebi. Pozitivna samopodoba – torej zadovoljstvo s samim seboj, predstavlja močan varovalni plašč, ki ščiti posameznika pred neugodnimi vplivanji drugih oseb in prav ta plašč je tisti, odkoder mladostnik črpa moč, da reče »ne«. Graditev samopodobe (takšne ali drugačne) je dolgotrajen proces, v katerega so vključene vse pomembne osebe v otrokovem okolju. Ne moremo torej pričakovati, da bo pomoč otroku oz. mladostniku pri krepitvi tega zaščitnega plašča vidna v trenutku. To je učinkovito preventivno delo, ampak na dolge proge, kar pomeni, da je treba začeti zelo zgodaj in vztrajati dovolj dolgo.

Med pomembne osebnostne dejavnike sodi tudi tako imenovano mesto nadzora. Mladostniki, ki imajo občutek, da so sami odgovorni za svoja dejanja in da je življenje pod njihovim lastnim nadzorom, bodo v večji meri ostali nekadilci. Mladostniki, ki imajo občutek, da je



mesto nadzora izven njih, da ne morejo nadzorovati lastnega življenja (usoda, druge sile, astrologija ...), pa so bolj podvrženi tudi razvoju kadilskega vedenja (23).

### **6.2.3 Znanje, stališče in prepričanje**

Znanje in prepričanje v zvezi s kajenjem je povezano s kasnejšim kadilskim obnašanjem. Mladi ljudje, ki kadijo:

- manj vedo o tveganjih za zdravje, ki so povezana s kajenjem,
- tveganj ne povezujejo z lastno osebo,
- menijo, da kratkotrajni dosežki (npr. novi prijatelji) odtehtajo vse grožnje v zvezi z zdravjem. (23)

### **6.2.4 Vpliv reklam za tobačne izdelke na mlade**

Za tiste, ki reklame ustvarjajo, so otroci in mladostniki najpomembnejša in najboljša ciljna skupina. Nanje se zato obrača tudi tobačna industrija, saj se zaveda, da je treba prihodnje kupce pridobiti čim prej in v času, ko so za to najbolj sprejemljivi. Reklamna sporočila otroci in mladostniki osvojijo kot pozitivne vrednote in se želijo tako tudi obnašati. Če reklama za cigarete prikazuje sproščeno življenje, to sporočilo sprejemajo za resnično: tako življenje si želijo, hočejo ga čim prej doseči in prižgali si bodo prvo cigareto. Mnogo težje bo to doseči pri mladih, ki so prejeli vrsto sporočil, da je tobak zelo škodljiv, in so to velikokrat slišali iz ust tistih, ki jih imajo radi in jim zaupajo (17).

## **6.3 Vloga šole in šolskega okolja**

Osnovna šola je največja obvezna učna delavnica. Šola je otrokovo prvo delovno mesto, ki ga devet let ne more zamenjati. V njej dobi otrok in mladostnik sistemsko priznani predznak svojih odlik in slabosti, oceno uspešnosti ali neuspešnosti, pa tudi oceno osebnih lastnosti, vrlin, napak in motenj (17).

Mladi se morajo v šoli naučiti o odvisnosti, ki jo povzroča nikotin, o škodljivih snoveh v cigareti in o zdravstvenih posledicah kajenja. Težko jih je prepričati o tem, naj ne kadijo zaradi dolgoročnih posledic kajenja, ki lahko nastanejo čez deset, dvajset let, lahko pa jih šolski delavci poučijo o obarvanosti zob, slabem zadahu, rumenih prstih in zmanjšani plodnosti, tako pri fantih kot pri dekletih (11).

Šola je vzgojno-izobraževalna ustanova, ki program preprečevanja kajenja izvaja pri pouku posameznih predmetov v obliki naravoslovnih dejavnosti, projektnega šolskega učnega dela in pri razrednih urah. Cilj šolskega programa je primarna preventiva; pri mladih skuša doseči, da se bodo zavestno odločili za zdrav življenjski slog, da bodo ostali nekadilci, nekadilke. Program temelji na sprejemanju odločitev v zvezi s krepitevijo zdravja in je pripravljen v obliki kroskurikularnih tem. Izvajajo ga učitelji in zunanji sodelavci. Vsebina programa je zapisana v tematskih sklopih, ki so prepleteni s prednostmi nekajenja in posledicami kajenja ter z učenjem, kako in zakaj reči odločen ne prvi cigareti.

Glede na številne medsebojno povezane dejavnike, zaradi katerih mladi začnejo kaditi, je v šolskem okolju zdravstveni vzgoji namenjenih premalo ur, da bi lahko pri mladih doseglo spremembe v odnosu do tobaka. Neustrezno je zato pričakovati, da lahko šola reši problem zasvojenosti. Zaradi razširjenosti kajenja med mladimi se zahteva od vseh, ki se ukvarjajo z zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja, da se ob upoštevanju tobačne zakonodaje posodobijo šolski in drugi preventivni programi, da se poskrbi za uvedbo sistematične vzgoje za zdravje v šolah ter za družbeno podprte in načrtovane preventivne kampanje, ki bodo

usmerjene v družino, šolo, lokalno skupnost in načrtno medijsko podprte s spodbujanjem nekajenja. Pomembno je, da se ob delu z mladimi posodobijo prijemi, ki morajo vključevati učenje tehnik za obvladovanje stresa, krepitev samospoštovanja, učenje druženja brez »pomagal«, učenje urjenja in spretnosti, da se bodo znali upreti negativnemu pritisku vrstnikov. Odrasli si morajo vzeti čas za pogovore z mladimi, z njimi razjasnjevati vrednote, kot so življenje, zdravje, poštenost, prijateljstvo, spoštovanje, medsebojna pomoč, zaobljubljanje proti drogam, in jih učiti na osnovi kulture dialoga, da je vredno delati za doseg izbranih ciljev (17).

## 6.4 Vloga zdravstvenih delavcev

Zdravstveni delavci imajo pomembno vlogo pri spodbujanju zdravega življenjskega sloga, preprečevanja začetka kajenja in opuščanja kajenja pri mladih. Pri svojem delu se srečajo z velikim številom ljudi. Tako imajo možnost pomagati ljudem, da spremenijo svoj način obnašanja, lahko jim dajejo nasvete, navodila in odgovore na vprašanja, povezana s posledicami rabe tobaka, posebej še, kar se tiče pasivnega kajenja in zaščite otrok ter drugih sorodnikov, ki ne kadijo. Lahko pomagajo ljudem pri prenehanju kajenja, ki še nimajo zdravstvenih težav in tistim, ki so že zboleli. Zdravstveni delavci so zaščitniki zdravih in bolnih ljudi in zaradi tega bi morali tudi osveščati svoje varovance, da niso izpostavljeni pasivnemu kajenju in številnim strupom v tobačnem dimu, ki jih obdajajo doma, na delovnem mestu ali kjerkoli na javnem prostoru. Posebno odgovornost imajo glede preprečevanja pasivnega kajenja med otroci, ker se omejevanja kajenja na domu ne da urediti z zakonodajo. Zato je pomembno osveščanje staršev o škodljivosti pasivnega kajenja otrok. Svetovanje materam in očetom v zdravstvenih ustanovah, da naj ne kadijo ob svojih otrocih, lahko zaščitijo milijone otrok pred tobačnim dimom. Prav tako je pomembno, da zdravstveni delavci na sistematičnih pregledih, zdravstvenih naravoslovnih dnevih, patronažnih obiskih na domu, javno zdravstvenih akcijah (Svetovni dan brez tobaka) in na drugih izobraževanjih, ki jih organizirajo za mlade, poudarjajo pomen zdravega načina življenja in osveščajo mlade o škodljivih posledicah kajenja (11).

## 6.5 Tehnike za izboljšanje samopodobe

Mladostnika moramo torej naučiti:

- da zna zavrnilo ponujeno cigareto in se znajti v situacijah pasivnega kajenja,
- zdravega odzivanja na stresne situacije.

Osamitev mladostnika iz tveganega okolja danes ni več mogoča niti v primeru ilegalnih drog, da o legalnih (tobak, alkohol) niti ne govorimo.

Rešitev je torej v mladostniku, nekako je potrebno okrepiti njega samega (zaščitni plašč). Njegov zaščitni plašč lahko »debelimo« z različnimi tehnikami, kot so:

- igranje vlog mladostnika umetno postavi v situacijo in mu tako omogoči preigravanje in oblikovanje različnih strategij delovanja v situaciji, tako da je pripravljen, ko se ta resnično postavi predenj;
- razvijanje veščin odločanja: proces odločanja poteka po določenih korakih, njihovo osveščanje omogoča bolj jasno odločanje, kar povečuje posameznikov občutek varnosti;
- seznanjanje s tehnikami sproščanja, ki predstavljajo zdrav način odzivanja v stresnem načinu življenja in lahko uspešno preprečujejo sam stres;
- razvijanje asertivnosti nam omogoči bolj sprejemljivo uveljavljanje samega sebe;

- trening besedne in nebesedne komunikacije je osnova boljših medosebnih stikov, ki pa so osnova funkcioniranja posameznika s soljudmi.  
Tehnik je še veliko več, vse pa imajo skupno točko, pomagajo namreč k boljši samopodobi, večjemu samospoštovanju, k večji samozavesti. To pa je področje posameznikovega osebnostnega delovanja, ki igra ključno vlogo tudi pri razvoju kadilskega vedenja. Krepitev posameznikove samopodobe bi morala biti sestavni del šolskega vedenja, saj je to zelo učinkovita preventiva (23).

## 6.6 Vedenje ljudi v povezavi z zdravim življenjskim slogom

Instinktivnega vedenja pri ljudeh je zelo malo, večina aktivnosti, tudi zaradi prirojene prilagodljivosti ljudi, je privzgojenih oziroma naučenih. Ljudje se naučimo preživeti in uravnavati odnose z ljudmi v neposrednem okolju. Ta proces imenujemo **socializacija**. Običajno delimo socializacijo na primarno in sekundarno, pri čemer ena in druga vsebujeta formalne in neformalne sestavine.

Formalna socializacija je širjenje vpliva družbe na posameznika preko zakonodaje, medtem ko je neformalna socializacija odvisna od osebnih nagnjenj in vplivov staršev, prijateljev, vrstnikov in drugih. Primarna oziroma zgodnja socializacija, ki traja do sedmega leta starosti, ko šola prevzame vlogo, je obdobje, ko se oblikujejo temeljna stališča in vedenjski vzorci, ki jih lahko opredelimo kot osnovne vrednote, odnosi do ljudi in pojavov, kot so bolečina, bolezen, zdravje, prehrana, delo itd. V procesu sekundarne socializacije pa prevzamejo pomembno vlogo šole, univerze, delovno okolje itd., ki povečujejo raven osebnih izkušenj in zagotavljajo nadaljnje razvijanje specializiranih veščin.

Stališče se oblikuje kot rezultat osebnih ali socialnih izkušenj in bi ga lahko opredelili kot odnos do posameznega, osebno ustreznega spoznanja. Stališča se opirajo na prepričanje o verjetnih izidih akcije in njihovih ocenah in so v obdobju, ko se razvije večina nezdravih navad, to je v mladosti, rezultat nestvarnega optimizma glede možnosti za nastanek bolezni. Nekateri ljudje imajo lahko do določene zdravstveno-vzgojne akcije ali ukrepa močno nasprotujoče ali celo agresivno stališče (npr. do alkoholikov, narkomanov). Stališča so torej lahko pozitivna ali negativna. Veliko zdravstveno-vzgojnih aktivnosti želi spremeniti odnos do zdravja oziroma zdravstvenega problema, a je to težko, ker so mnoga stališča posameznikov povezana z zdravstveno-vzgojnimi problemi (pitje alkohola, prehrabene navade, kajenje ipd.), odporna na spremembe in so pod močnim vplivom prijateljev in vrstnikov.

Veliko ljudi niti ne ve, da je določen vedenjski vzorec (npr. kajenje cigaret) škodljiv za zdravje in jih glede tega ozavestimo šele z usmerjenim vzgajanjem.

Ko posameznik zdravstveno-vzgojno sporočilo sprejme in si ga zapomni, lahko do njega zavzame pozitivno ali negativno stališče. Šele po pozitivnem stališču postane prepričan, da bo sprememba vedenja za njegovo zdravje tudi koristna in to je pogoj za njegovo odločitev ali zavezanost za akcijo, s katero se sprememba vedenja lahko udejanji.

Vrednote so v bistvu ideje o tem, kaj je v svetu prav, kaj je narobe in izražajo določene oblike delovanja, ki ga je treba izvajati. V tem smislu ima vsak posameznik vrsto vrednot, ki zadevajo vsakdanje življenje in so povezane tudi z zdravjem. Lahko pričakujemo, da bodo vrednote zdravstvenega delavca drugačne od vrednot bolnika in lahko se zgodi, da si bodo

vrednote teh dveh na kakšnem določenem primeru v popolnem nasprotju. Vse te okoliščine so seveda izjemnega pomena za izvajanje zdravstvene vzgoje. Vsiljevanje lastnih vrednot drugim je največkrat izguba časa in energije. Modifikacija vrednot da večkrat boljše rezultate kot pa njihovo uničenje (20).

### **6.6.1 Nekateri modeli/teorije s področja vedenja ljudi**

Ljudje se vedemo zelo različno. Ni nujno tudi, da se isti človek v podobnih okoliščinah vede enako. Zakaj se nekateri mladostniki odzovejo na zdravstveno-vzgojna sporočila, drugi pa se zanje ne zmenijo in ignorirajo tudi vse finančne in čustvene grožnje ter osvajajo določene zdravstvene vzorce vedenja? Na to vprašanje odgovarja več uporabnih teorij oz. modelov s področja behaviorizma:

#### **- Model zdravstvenih prepričanj**

Po tem modelu je določeno zdravstveno vedenje mladostnika odvisno od stopnje zaznane zdravstvene ogroženosti in presoje, da bo določeno vedenje učinkovito pri zmanjšanju te grožnje.

#### **- Teorija upravičene akcije**

Teorija pravi, da je zdravstveno vedenje neposredni rezultat vedenjskih namer, ki so odvisne od stališč do akcije in subjektivnih norm o njeni ustreznosti. Subjektivne norme izvirajo iz prepričanj mladostnika o tem, kaj drugi menijo, da naj bi storil in motivacije, da se jim podredi. Ti dejavniki skupaj oblikujejo vedenjsko namero in končno vedenjsko spremembo. Poleg omenjenih dejavnikov je za napoved vedenja treba poznati tudi zaznani vedenjski nadzor nad dano akcijo. Mladostniki morajo čutiti, da nameravano akcijo lahko tudi izvedejo, in da bo le-ta imela želene učinke.

#### **- Teorija zaščitne motivacije**

Teorija trdi, da mladostnikova motivacija za zaščito pred zdravstveno grožnjo sloni na štirih prepričanjih: da je grožnja velika, da je posameznik ranljiv, da lahko zmanjša grožnjo, in da bo odziv učinkovit. Kadar so prepričanja o naštetih dejavnikih močna, se bo vzbudila zaščitna motivacija in mladostnik bo verjetneje spremenil svoja stališča in posledično tudi vedenja. Mladostnike torej ne smemo preplašiti, ampak jih opozoriti na nevarnost ter jim svetovati, kako naj jo nadzirajo (20).

### **6.6.2 Proces spreminjanja vedenja**

Prochaska in Di Clemente sta razvila model za proces spreminjanja vedenja. Osnova pomoči pri opuščanju razvad in spreminjanju tveganega vedenja je razumevanje, da je sprememba v načinu obnašanja proces, ki poteka preko določenih stopenj, preko katerih gredo posamezniki. Na vsaki stopnji drugače razmišljajo o svojih težavah, jih različno doživljajo, ugotavljajo, kateri proces in intervencije jim lahko pomagajo pri opuščanju tveganega vedenja.

#### **Stopnje spreminjanja vedenja:**

##### **Ni interesa za spremembo**

Mladostnika v tej fazi sprememba življenjskega sloga (npr.: opuščanje kajenja) ne zanima. Ne uvidi oz. zanemari, da njegov način vedenja pomeni tveganje za zdravje. Pomembna je previdnost zdravstvenega vzgojitelja, ne sme imeti agresivnega pristopa. Zadostujejo že informacije o škodljivem vplivu kajenja na zdravje in kje lahko poišče pomoč.

## **Razmišljanje o spremembi**

Gre za presojanje dejavnikov za in proti sedanjemu načinu življenja ter za odločanje o morebitnih spremembah. Zaskrbljenost zaradi tveganja in težav, povezanih z načinom vedenja (kajenjem), lahko pripeljejo mladostnika v stanje preišljevanja. V tem stanju je razdvojen, zaveda se, da se mora spremeniti, vendar se še vedno čuti povezan z razvado. Ni se še pripravljen spremeniti. Ta stopnja lahko traja le nekaj minut, velikokrat pa kar nekaj let ali celo življenje. Vloga zdravstvenega delavca je dejavno poslušanje in ne vsiljevanje lastne presoje.

## **Priprava na spremembo**

Ko je mladostnik prepričan in verjame, da je sprememba mogoča, se začne pripravljati. Za to morda potrebuje dodatno znanje, spretnosti in podporo. Posameznik začneja z majhnimi spremembami in poskuša z različnimi načini vedenja. Vloga zdravstvenega delavca je nudenje podpore in znanja.

## **Izvajanje spremembe**

Na tej stopnji spreminjanja so pomembni jasen cilj, realen načrt, podpora okolice in nagrajevanje za dosežen uspeh. Dober načrt za uresničevanje sprememb mora biti pameten:

- **S** (specific) – specifičen v ciljih.
- **M** (measure) – merljivi rezultati.
- **A** (agreement) – kot sporazum posameznika, ki bo spremembo izvajal s sprejemljivim načrtom. Ta mora ustrezati ciljem in biti skladen z njegovim načinom življenja, kulturo, navadami.
- **R** (realistic) – realen in izvedljiv načrt.
- **T** (time) – pomeni jasen časovni raspored in je pomemben zaradi ocene uspešnosti.

## **Vztrajanje pri spremembi**

Na tej stopnji je pomembna podpora (npr.: podporna skupina za pomoč pri odvajanju od kajenja). Mladostnik, ki v procesu spreminjanja opusti staro razvado, se mora na novo obliko vedenja prilagoditi in vztrajati, za kar je potrebno veliko energije, neprestana pozornost in podpora okolice, da se prepreči recidiv. Vloga zdravstvenega delavca je nudenje podpore oz. iskanje vire podpore.

## **Ponovitev ali recidiv**

Zgodí se, da mladostnik ne more vztrajati pri spremembi in se vrne k prejšnji obliki vedenja. Vzroki za recidiv so različni: negativna čustvena stanja, medsebojni konflikti, pritisk okolice in druga zavajajoča stanja. Mladostnik na stopnji recidiva začne spet razmišljati o spremembi. Obogaten je z izkušnjo, ki mu bo morda pomagala pri naslednjem poskusu, da bo spremenil svoj življenjski slog. Vloga zdravstvenega delavca je svetovanje in informiranje (24).

## **7 PROMOCIJA ZDRAVJA, ZDRAVSTVENA VZGOJA, VZGOJA ZA ZDRAVJE**

### **7.1 Promocija zdravja**

Je najbolj vseobsegajoč pristop v javnem zdravju.

Promocijo zdravja je utemeljila SZO leta 1986 na Prvi mednarodni konferenci o promociji zdravja s t.i. Ottawsko listino in jo v njej tudi natančno opredelila kot proces, ki omogoča ljudem, da povečajo nadzor nad svojim zdravjem in si ga po možnosti celo krepijo (20).

Promocija zdravja je celovit pristop k doseganju zdravja in pomeni ljudi poučiti ter jim omogočiti, da se bodo zavestno, vsak dan, odločali v prid zdravju. Promocija zdravja pomeni poenoten načrt za tiste, ki želijo spremeniti način in pogoje življenja zaradi krepitev zdravja. Vsebuje celovito medsebojno vplivanje, sodelovanje posameznikov in okolja, usmeritev, ki združuje osebno izbiro in družbeno odgovornost v naporih za izgradnjo bolj zdrave prihodnosti. Promocija zdravja obsega vse prebivalstvo in ga usmerja k dejavnemu, zdravemu življenju (24).

Temeljna vodila promocije zdravja v Ottavski listini so:

- da bi ustvarili bistvene pogoje za zdravje, je le-to potrebno zagovarjati (angleško advocating),
- da bi ljudje dosegli poln potencial svojega zdravja, jim je potrebno to omogočiti (angleško enabling),
- da bi posamezniki in skupnosti prišli do zdravja, je potrebno posredovati (angleško mediating) med različnimi interesi v skupnosti (osebnimi, socialnimi, ekonomskimi ipd.), različni sektorji (javni in privatni) pa se morajo sprijazniti z izbirami, ki krepijo in ohranjajo zdravje (20).

Ta vodila podpira pet prednostnih področij delovanja promocije zdravja, ki jih je izpostavila listina:

- zdravju naklonjena oz. v zdravje usmerjena javna politika,
- zdravo in varno okolje,
- krepitev aktivnosti skupnosti za ustvarjanje zdravja,
- razvijanje osebnih veščin,
- preusmeritev zdravstvene dejavnosti (ne le kurativa ampak tudi preventiva). (20)

Ključni strateški pristopi v promociji zdravja so :

- zdravstveno sporočanje oziroma komuniciranje,
- vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja,
- samopomoč oziroma vzajemna pomoč,
- spreminjanje organiziranosti v podporo zdravju,
- razvoj, dozorevanje in mobilizacija skupnosti,
- zagovorništvo zdravja,
- razvoj politik za zdravje. (20)

### **7.1.1 Koncept salutogeneze**

Koncept javnega zdravja se v zadnjih časih vedno bolj povezuje s konceptom procesa porajanja zdravja oz. salutogeneze, ki je nasprotje od koncepta porajanja bolezni oz. patogeneze. Koncept salutogeneze predstavlja teoretično podlago promociji zdravja.

Za proces porajanja zdravja (salutogeneza) je ključen odnos med sistemom in okoljem, pri čemer zdravje ne pomeni optimalne prilagojenosti sistema okolju. Za porajanje zdravja je bolj pomembna ustvarjalna sposobnost sistema za oblikovanje in osmišljanje. Sistemska terapija uresničuje k virom usmerjeno držo in se s tem navezuje na koncept salutogeneze. Ena najučinkovitejših oblik terapij pri bolezni je poudarjanje zdravja, poudarjanje občutka koherence. Občutek koherence pomeni, da človek lahko najde v življenju medsebojno povezanost in smisel, nima občutka, da bi bil na milost in nemilost izročen usodi, na katero ne more vplivati. Nasprotje občutku koherence je stanje demoraliziranosti. Teorija občutka koherence naj bi pomagala ljudem, ki izvajajo promocijo zdravja, da bodo lažje razumeli, kaj je tisto, kar na kontinuumu zdravja povzroči premike proti zdravemu polu.

Občutek koherence označujejo tri značilnosti: sposobnost doumeti pomembnost obvladovanja krize, sposobnost razumeti bistvo izziva in prepričanost v obvladljivost krize. Čim večje so te sposobnosti pri ljudeh, tem bolj lahko verjamemo, da se bodo na kontinuumu zdravja premaknili proti zdravemu polu in odmaknili od nezdravega.

Koncept salutogeneze poudarja nujnost stalnega vzdrževanja oz. krepiteve zdravja oz. pomen virov zdravja, kot so na primer telesna odpornost, socialne mreže, psihični in materialni vidiki itd. Zdravje je v tem smislu aktiven in dinamičen proces, ki ga je potrebno stalno vzdrževati (20).

## **7.2 Zdravstvena vzgoja in vzgoja za zdravje**

Tesno v povezavi s pojmom promocije zdravja pogosto srečamo pojem zdravstvene vzgoje, v sodobnem času pa vedno pogosteje tudi pojem vzgoje za zdravje.

Medtem ko je promocija zdravja vseobsegajoča aktivnost in usmerjanje celotne družbe in njenih institucij od javne politike do lokalnih skupnosti v smer čim bolj zdravega načina življenja in vzdrževanje čim bolj zdravega okolja, je zdravstvena vzgoja posebna usmerjena strokovno-znanstvena dejavnost, ki se odvija v sistemu zdravstva in šolstva. Vzgoja za zdravje uporablja prvine obeh.

Najširšo zdravstveno vzgojo lahko opredelimo kot pristop, pri katerem se preko razvijanja zdravega obnašanja, spreminjanja nezdravega obnašanja v zdravo ter izobraževanjem in širjenjem informacij o zdravstvenih postopkih, poskuša krepiti zdravje ter preprečevati in zdraviti bolezni ter blažiti njene posledice.

Glede na to opredelitev je zdravstvena vzgoja orodje, ki ga ne uporabljamo le pri delu z zdravimi osebami, temveč tudi z bolniki. Prav zaradi te značilnosti pa ločujemo v novejšem času dve vrsti vzgoje: vzgojo za zdravje in zdravstveno vzgojo. Koncept vzgoje za zdravje sodi bolj v biopsihosocialni model zdravja, zdravstvena vzgoja pa bolj v biomedicinski model zdravja. Oba koncepta se do določene meje prekrivata (20).

### **Vzgoja za zdravje**

Vzgoja za zdravje so metode, s katerimi vzgajamo zdrave ljudi, da bi ravnali tako, da bi ostali zdravi. V tej vlogi je tovrstna vzgoja eden najpomembnejših pristopov v ohranjanju in krepitevi zdravja in je kot taka del splošnega kulturnega dogajanja v vsakodnevem življenju. V njej sodelujemo vsi, od staršev, ki negujejo otroka, preko vzgojiteljic v vrtcih, učiteljev v šoli, pa vse do delodajalcev in novinarjev s sporočili v medijih. Deluje bolj na kolektivni kot na individualni ravni. Lahko tudi rečemo, da je vzgoja za zdravje prenos znanstveno utemeljenih spoznanj o ohranjanju in krepitevi zdravja v ljudsko prakso.

Vzgoja za zdravje je sestavni del promocije zdravja, proces, s pomočjo katerega se posamezniki in skupine učijo ravnati tako, da krepijo, ohranjajo in uveljavljajo zdravje. Hkrati je to kombinacija informacij o vzgojnih aktivnostih, ki osveščajo ljudi o potrebi, da ostanejo zdravi, da vedo, kako ohraniti in krepiti zdravje in kako poiskati pomoč zdravstvenega delavca, kadar je potrebna zdravstvena vzgoja (20).

### **Zdravstvena vzgoja**

Na drugi strani pa imamo zdravstveno vzgojo, ki je zdravstvena disciplina, ki se naslanja na znanstvena spoznanja različnih ved (na primer pedagogike, psihologije, sociologije idr.), ki pa ostaja v okvirih zdravstvenih strok, ker črpa svoja osnovna načela iz znanja o procesih pri bolnem in zdravem človeku (20).

Zdravstvena vzgoja je pomoč ljudem, da predstavljene informacije razumejo, razjasnijo svoja stališča ali oblikujejo nova, spoznajo nove vrednote in jih spoštujejo ter so pozorni na svoje obnašanje glede zdravja. Pomembni sta tudi strpnost do stališč drugih in pripravljenost na spopad proti nekaterim zdravju škodljivim razvadam. Zdravstvena vzgoja se ne ukvarja le s posamezniki, njihovim zdravjem ter tveganim vedenjem. Pri krepitevi zdravja so nujne različne oblike zdravstvene vzgoje, usmerjene v skupine, organizacije in celotno skupnost (24).

Zdravstvena vzgoja je sestavni del vsakodnevnega dela zdravstvenih delavcev, tudi zdravnikov. Najpogosteje zdravstveni delavci uporabljajo metode zdravstvene vzgoje kot pomoč pri terapevtskih postopkih in v namen preprečevanja posledic že prisotne bolezni (20). Lahko bi rekli, da so cilji zdravstvene vzgoje dejavni posamezniki oziroma skupnost, ki pozna zdravje, dejavnike tveganja pri posamezniku in v okolju ter se zna in si želi prizadevati za svoje zdravje (24).

Ločimo formalno in neformalno sestavino vzgoje za zdravje oziroma zdravstvene vzgoje, ki sta največkrat istočasno navzoči.

- **Formalna vzgoja za zdravje/zdravstvena vzgoja**

Pod formalno vzgojo za zdravje/zdravstveno vzgojo razumemo planirane aktivnosti strokovnjakov z namenom, da vplivajo na vedenjski vzorec posameznikov, družine in skupnosti. Primarni cilj formalne zdravstvene vzgoje je premostiti vrzel med znanstvenim spoznanjem in vsakodnevni ravnanjem ljudi. Ljudje naj bi iz biomedicinskih in drugih znanosti sprejeli tista spoznanja, ki so koristna za njihovo zdravje in v tem pogledu osvojili zdravju prijaznejši način življenja.

- **Neformalna vzgoja za zdravje/zdravstvena vzgoja**

Neformalna vzgoja za zdravje/zdravstvena vzgoja je nenačrtovan in velikokrat naključen proces. Nanaša se na posredovanje znanj in izkušenj znotraj družine oziroma skupnosti. Starši, prijatelji, sorodniki, vrstniki in sodelavci igrajo v tem procesu pomembno vlogo. Prenos nekaterih vrednot oziroma prepričanj največkrat nima znanstvenih vrednosti, so bolj kulturno kot medicinsko sprejemljiva sporočila. Ta proces se imenuje socializacija.



Pomen neformalne zdravstvene vzgoje je predvsem v tem, da ima zelo globoke in dolgotrajne učinke. Zdravstveni vzgojitelji, ki zagovarjajo vedenja in stališča, ki so v nasprotju s prepričanjem skupnosti, imajo le malo možnosti za uspeh (20).

### **7.2.1 Metode dela pri zdravstveni vzgoji**

Metode so preverjeni načini učinkovite komunikacije med učiteljem in učenci na vseh stopnjah učno-vzgojnega procesa, in sicer pri pripravljanju in obravnavanju novih vsebin, pri vadbi, ponavljanju in preverjanju. Torej se nanašajo na delo učitelja (poučevanje) in delo učenca (učenje).

Metode dela v zdravstveni vzgoji opredelimo kot najuspešnejše poti, po katerih dosegamo zastavljene cilje glede pridobivanja znanja, spretnosti, navad, vzorcev obnašanja, stališč in vrednot, odgovornosti in motivacije za zdravje. Metode so ogrodje vsakega učno-vzgojnega procesa in predstavljajo način ravnanja v posameznih situacijah. Zdravstvenemu vzgojitelju omogočajo sistematičen in organiziran pristop k podajanju vsebin za zdravje, uporabniku pa omogočajo, da potrebno znanje lažje sprejme, ga ovrednoti in uporablja v življenju. To tudi pomeni, da s pravilno izbiro metod vključimo posameznika v proces učenja (24).

Delitev metod učno-vzgojnega dela je več. Za zdravstveno vzgojo je pomembna delitev na učne in vzgojne metode.

Učne metode dela so:

- verbalno-besedilne (metode ustnega razlaganja, metoda pogovora, metoda dela z besedilom),
- ilustrativno-demonstracijske,
- laboratorijsko-eksperimentalne,
- metode izkustvenega učenja.

Vzgojne metode dela so:

- metoda prepričevanja,
- metoda vedenja in navajanja,
- metoda spodbujanja,
- metoda preprečevanja,
- igranje vlog,
- študije primerov. (24)

### **7.2.2 Oblike dela v zdravstveni vzgoji**

Oblike dela pri vzgoji in izobraževanju lahko delimo glede na različna merila. Po številu udeležencev jih delimo na individualne, v dvojicah, skupinske in frontalne oblike, po tipu medsebojnih komunikacij in glede na organizacijo delovanja pa jih delimo na tečaj, seminar, konzultacijo, mentorstvo, ekskurzijo, učno delavnico.

Oblike vzgojno-izobraževalnega dela spreminjamo in jih prilagajamo značilnostim učenca ali učne skupine glede na to, ali imamo posameznika, skupino ali množico. Na izbiro odločilno vplivajo poleg števila udeležencev še vzgojni cilji, posebnosti in lastnosti subjekta vzgoje, učna vsebina in druge okoliščine, ki vplivajo na učno situacijo (24).

### **7.2.3 Pristopi v zdravstveni vzgoji**

V zdravstveni vzgoji imamo pet pristopov: medicinski pristop, pristop spreminjanja obnašanja, izobraževalni pristop, pristop, usmerjen k varovancu in pristop spreminjanja družbe.

### **Medicinski pristop**

Cilj tega pristopa je preprečevanje invalidnosti in bolezni, kot so npr. infekcijske bolezni, rak in bolezni srca. Ta pristop vsebuje medicinske intervencije z namenom preventive ali zmanjšanja bolezni, uradno uporablja avtoritarne metode in metode prepričevanja.

Primer – področje kajenja:

Cilj – zdrava populacija brez pljučnih bolezni, bolezni srca in drugih obolenj, povezanih s kajenjem.

Zdravstveno vzgojno delovanje – opozarjati ljudi za zgodnje odkrivanje in obravnavo motenj, povezanih s kajenjem.

### **Pristop spreminjanja obnašanja**

Cilj tega pristopa je spreminjanje stališč in obnašanja ljudi, tako da ti osvojijo zdrav stil življenja.

Primer – področje kajenja:

Cilj – spremeniti vedenje od kajenja k nekajenju.

Zdravstveno vzgojno delovanje – učinkovita vzgoja za preprečevanje pričetka kajenja in za opuščanje kajenja.

### **Izobraževalni pristop**

Cilj tega pristopa je posredovanje znanja in razumevanje zdravstvenih problemov, kar omogoča smiselno odločanje in nadaljnje aktivnosti. Znanje o zdravju je predstavljeno kot splošna vrednota, ki ljudem pomaga sprejeti njihove lastne vrednote in stališča o lastnem zdravju.

Primer – področje kajenja:

Cilj – varovanci bodo razumeli vpliv kajenja na zdravje.

Zdravstveno vzgojno delovanje – obveščanje varovancev o učinkih kajenja. Pomoč ljudem, da raziščejo svoje lastne vrednote in načela ter sprejmejo odločitve. Pomagati pri opuščanju kajenja, če to želijo.

### **Pristop usmerjen k varovancu**

Bistvo tega pristopa je tako delo z varovanci, da lahko le-ti ugotovijo, kaj želijo vedeti ter se sami odločajo in izbirajo glede na lastni interes in vrednote. Najpomembnejša razlika med »pristopom usmerjenim k varovancu«, in pristopi o katerih smo govorili, je v tem, da varovanci sami spoznajo svoje interese in potrebe in da zanje ne odloča vzgojitelj.

Primer – področje kajenja:

Cilj – nekajenje, toda le v primeru, če je varovanec spoznal, da ga problem zadeva. Varovanci odločijo, kaj želijo o tem vedeti in kaj bodo storili.

– Uporaba tistih zdravstvenih rešitev in dejavnosti, za katere so se odločili varovanci.

### **Pristop za doseganje družbenih sprememb**

Cilj tega pristopa je sprememba okolja, ki omogoča izbiro bolj zdravega načina življenja – z drugimi besedami: zdrave izbire naredimo za lažje izbire. Uporaba tega pristopa vključuje politično ali družbeno akcijo in ima večji politični pomen.

Primer – področje kajenja:

Cilj – doseči, da bo kajenje socialno nesprejemljivo, tako bo lažje ostati nekadilec.

Zdravstveno vzgojno delovanje – politika nekajenja v vseh javnih prostorih in manj dostopna prodaja cigaret. Pospeševanje novih socialnih norm. Omejevanje in preprečevanje kajenja, oglaševanja, še posebej ob športnih aktivnostih (15).

#### **7.2.4 Zdravstveno-vzgojne ravni**

Diplomirana medicinska sestra ali diplomirani zdravstvenik izvajata zdravstveno-vzgojno delo in promovira zdravje na posameznih ravneh zdravstvene vzgoje različno, glede na potrebe, ki jih imajo bolni ali zdravi ljudje na določeni ravni (24).

##### **Zdravstvena vzgoja na primarni ravni**

Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga je obveščanje ljudi o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Prav tako obvešča o tistih dejavnikih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo (24).

Zdravstveno vzgojo izvajajo zdravstveni delavci v zdravstvenih domovih in na šolah. Ciljna skupina so otroci, osnovnošolci, dijaki, študenti, starši, učitelji in vzgojitelji. Na sistematskih pregledih mlade poučijo o zdravih navadah in jih seznanijo z zdravju škodljivimi razvadami, prilagojeno razvojnim značilnostim ciljne skupine.

Na šolah sodelujejo pri izvajanju preventivnega programa "Spodbujajmo nekajenje", pri katerem skušajo vplivati na spremembe v stališču otrok in mladostnikov do kajenja ter na zmanjšanje števila mladih kadilcev. Skušajo podpreti pozitivno samopodobo nekadilca, opozoriti na kritične trenutke pri odločanju za kajenje in mlade naučiti ustreznega odzivanja. Učne metode dela so verbalno besedilna metoda, metoda ustnega razlaganja, metoda pogovora, ilustrativno demonstracijska metoda, metoda slikovnega oblikovanja teme. Vzgojne metode dela pa so metoda prepričevanja, metoda vedenja in navajanja, metoda spodbujanja, metoda preprečevanja, igranje vlog in študije primerov. Oblike dela na primarni ravni zdravstvene vzgoje so lahko frontalne oz. t.i. neposredno poučevanje ali skupinske oblike dela.

Na primarni ravni gre tudi za pripravo in delitev gradiva: brošur, zloženek, plakatov, gradiva za delo z mediji in delo preko spleta (15).

##### **Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni**

Zdravstvena vzgoja na sekundarni ravni zajema rizične skupine prebivalstva, vendar še zmeraj zdrave ljudi. Njena naloga je opozarjati na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz delovnega ali življenjskega okolja ali iz značilnosti življenjskega obdobja. Ljudi opozarjamo tudi na prve znake obolenja in jih tako pripravimo na pravočasno ter pravilno ukrepanje, da ne pride do ogrožanja zdravja (24).

Usmerjena je v posameznike in skupine, ki občasno ali redno kadijo, pri katerih so prisotni dejavniki tveganja za kajenje.

Namen zdravstvene vzgoje na sekundarni ravni je usposobiti mlade za spremembo vedenja – opuščanje kajenja. Zdravstveni delavci jih poučijo o škodljivosti kajenja ter jim skušajo pomagati pri iskanju in razvijanju zdravih alternativ, ki so varne in zdravju neškodljive. Skušajo jih usmerjati in spodbujati h konstruktivnim dejavnostim, ki dajejo možnost pozitivnega pogleda na življenje. Zato je pomemben celosten pristop, ki vključuje poleg posameznika tudi družino in okolje, v katerem mladostnik živi. Zdravstveni delavci sodelujejo tudi pri oblikovanju zdravstveno-vzgojnih programov. Poleg individualnega svetovanja oziroma pomoči pri opuščanju kajenja za odrasle so se dobro obnesle skupinske oblike dela. Ene izmed njih so delavnice "Da, opuščam kajenje" ali akcije, kot npr. "Opusti kajenje in zmagaj", ki jih organizira CINDI (Program promocije zdravja in preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni), Inštitut za varovanje zdravja vodi in koordinira program

opuščanja kajenja "Proste roke – čista pljuča", namenjen mladostnikom, rednim kadilcem, ki so motivirani za opuščanje kajenja.

Organizirana so tudi telefonska svetovanja za pomoč pri opuščanju kajenja (15).

### **Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni**

Zdravstvena vzgoja na terciarni ravni pomeni skrb za ljudi, pri katerih je že prišlo do določene spremembe oz. je njihovo zdravje že prizadeto. Ljudi želi usposobiti, da bodo znali preprečevati povrnitev bolezni oz. kakovostno živeti z nastalo spremembo, kar pomeni, da je namenjena bolnikom, invalidom in njihovim svojcem. Gre za ukrepe za zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, za učinkovito lajšanje trpljenja ter za izboljšanje bolnikove prilagodljivosti na zanj nezadovoljiva stanja (24).

Usmerjena je k mladim, ki so zaradi kajenja oboleli. Z usmerjeno edukacijo in z omogočanjem konkretnih premikov v vedenju, ki odpravlja nevarne posledice kajenja, preprečuje še večjo škodo, ki jo lahko prinaša kajenje. Obbolele se nauči življenja z boleznijo in poskuša izboljšati kvaliteto življenja. Na tej ravni delujeta Društvo pljučnih bolnikov in Društvo alergijskih bolnikov Slovenije (15).

## **7.3 Vloga zaposlenih v zdravstveni negi pri vzgoji mladostnika**

Kodeks medicinskih sester, ki ga je sprejel Mednarodni svet medicinskih sester (ICN), opredeljuje dve temeljni odgovornosti medicinskih sester, in sicer odgovornost za krepitev zdravja in preprečevanja bolezni ter odgovornost, ki si jo deli z drugimi državljani, za spodbujanje in podporo akcijam v prid zdravstvenih in socialnih potreb ljudi.

Problem zlorabe opojnih snovi postaja pereč zdravstveni problem, še posebej zaskrbljujoče je dejstvo, da vedno več mladih posega po snoveh, ki povzročajo odvisnost.

Medicinske sestre po vsem svetu se spopadajo s škodljivimi učinki zlorabe psiho aktivnih snovi ter z njimi povezanimi telesnimi, duševnimi in socialnimi zapleti. Medicinske sestre kot ključne zdravstvene delavke v številnih okoljih, med drugim tudi v družini, skupnosti, šoli, zdravstvenih ustanovah, na delovnem mestu, v nevladnih organizacijah, v sredstvih javnega obveščanja, igrajo pomembno vlogo pri odpravljanju problema zlorabe opojnih substanc. Znano je, da so mladi ranljiva skupina ljudi in da je tveganje sestavni del odraščanja, ki ga pogosto spremljata stres in naporen življenjski slog. Zato se je potrebno zavedati, da je vsaka investicija v zdravstvene in razvojne potrebe mladih investicija v prihodnost, ki bo njim samim in celotni družbi prinesla dolgoročne obresti.

Nacionalna združenja medicinskih sester nasploh in posamezne medicinske sestre so odgovorne za promocijo zdravja mladih ljudi in za to, da jim na nove načine, z novimi tehnikami in pozitivno uporabo medijev pomagajo razjasnjevati določene vrednote. Vloga izobražene in izurjene medicinske sestre ni le preprečevanje bolezni, promocija zdravja in upravljanje na področju zdravstvenih služb, ampak tudi na področju zagovorništva in svetovanja.

Medicinske sestre morajo prisluhniti potrebam mladih ljudi in vzpostaviti partnerski odnos s skupnostmi, šolami, vzgojitelji, skupinami mladih, nevladnimi organizacijami in drugimi

skupinami, ki so povezane z mladimi. Ključnega pomena je vključevanje mladih, in ko je ustrezno, tudi njihovih družin.

Vsi programi, namenjeni mladim, naj temeljijo na zaupanju in razumevanju njihovih stališč in potreb. Odnos do mladih, s katerim pokažemo, da jim zaupamo, in da smo prepričani, da so sami odgovorni za svoja dejanja, pri čemer pričakujemo njihovo aktivno sodelovanje, je učinkovitejši kot negativen in obsojajoč. Primeren odnos do mladih je zanesljiv način vlaganja v zdravo prihodnost njih samih in družbe nasploh.

Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki v zdravstvenem varstvu otrok in mladine ter v patronažni službi in v zdravstvenem varstvu žensk igrajo pomembno vlogo v poučevanju staršev otrok in mladostnikov o zdravstvenih vprašanjih. Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki naj bi imeli glavno vlogo v zdravstvenih programih, pa ne le v šolah, ampak tudi v skupnosti, katere del so tudi družine in delovno okolje. Nacionalna združenja medicinskih sester bi morala v prihodnosti še učinkoviteje skupaj z vladnimi in nevladnimi telesi načrtovati programe v okviru skupnosti, ki promovirajo zdrav način življenja, vnaprej preprečevati probleme, identificirati in skrbeti za skupine prebivalcev, ki so še posebej ogroženi, med le-te spada tudi mladina. Medicinske sestre bi lahko preko zdravstvene službe v šolstvu, s poudarkom na vzgoji za zdravje, zdravstveni vzgoji in promociji zdravstva, s strokovnimi izkušnjami svetovale mladostnikom, staršem, učiteljem v povezavi z zdravjem povezanimi vprašanji in stiskami. Takšen pristop bi bil učinkovit, ker mladostniki lažje sprejemajo informacije od nekoga zunanjega kot od učitelja.

Pri oblikovanju programov za mlade je še posebej pomembno, da se izognemo »iskanju grešnega kozla«. Zelo narobe je, če mlade krivimo za njihove probleme in šibke plati, ko v resnici njihovo vedenje oblikujejo socialno, kulturno in ekonomsko okolje. Nagnjenost k tveganemu vedenju in eksperimentiranju, ki je pri mladih zelo pogosta, moramo razumeti kot del razvojnega procesa in pridobivanja samostojnosti (25).

V letu 2009 je ZZZS zagotovil sredstva območnim zavodom za zdravstveno varstvo za posnetek stanja na področju izvajanja vzgoje za zdravje/zdravstvene vzgoje v primarnem zdravstvenem varstvu. Ugotovitve stanja bodo pomembne za pripravo standardov vzgoje za zdravje/zdravstvene vzgoje, tudi na področju zdravega življenjskega sloga, brez kajenja tobaka pri otrocih in mladostnikih. Pomembno je, da stroka zdravstvene nege zagotovi uspešne, učinkovite in trajne preventivne programe za vse otroke, mladostnike in ostale ciljne skupine, kar bo prispevalo k zmanjšanju neenakosti v zdravju.

### **7.3.1 Pomen promocije zdravja, vzgoje za zdravje in zdravstvene vzgoje v vzgojno-izobraževalnih ustanovah**

Pomen zdravstvene vzgoje v vzgojno-izobraževalnih ustanovah izvira predvsem iz naslednjih dejstev:

- šola je okolje, ki vpliva in prispeva k ustvarjanju zdravega življenjskega sloga;
- ima pomembno vlogo v učenju procesov odločanja (raziskave, skupinsko delo) in pridobivanja sposobnosti reševanja problemov, ki so povezani tudi z zdravjem;
- obdobje šolanja je najprimernejši čas za učenje in pridobivanje znanja in veščin za ohranjanje in negovanje zdravja glede na to, da je to čas oblikovanja otrokove celostne osebnosti v družbi vrstnikov (na primer medosebnih odnosov med vrstniki in spolne vzgoje, eksperimentiranja s tobakom, alkoholom in drugimi snovmi, ki povzročajo odvisnost).

Vzgoja za zdravje mora postati dolžnost vsakega vzgojitelja, ki je za to strokovno usposobljen in osebno opredeljen. Tudi zdravstvena vzgoja ne more in ne sme ostati izključno v domeni zdravstvenih strokovnjakov, ki sicer sodelujejo v zdravstveno-vzgojnem timu in s svojim znanjem pomagajo učiteljem.

Vsak učitelj, zdravstveni vzgojitelj, bi v svojem vzgojnem delu moral:

- poznati dejavnike tveganja, ki ogrožajo zdravje otrok in mladostnikov, s posebnim poudarkom na dovzetnosti šolarjev za eksperimentiranje z drogami v času pubertete in adolescence;
- svoje delo in vedenje utemeljiti na pozitivnem odnosu do zdravja, kar bo mladim dober zgled;
- učenja o zdravju ne vsiljevati, temveč ga izpeljati v skladu z interesi, potrebami in problemi mladih;
- pri delu uporabljati tehnike učenja, ki mlade aktivirajo;
- razen z mladostniki sodelovati tudi z drugimi učitelji, starši in lokalnimi zdravstvenimi strokovnjaki (posebej s službo za zdravstveno vzgojo).

Vključevanje strokovno usposobljenega zdravstvenega osebja za vzgojo in za zdravljenje ter nego šolske mladine v zdravstveno-vzgojni tim zdrave šole je še posebej pomembno. Timsko delo, ki ga izvajajo učitelji in zdravstveno osebje, je tudi vir vzajemnega oblikovanja s skupnim ciljem »za zdravje vzgojen šolar«. Tim skupaj ugotavlja potrebe in metodologijo programiranja, izvajanja in vrednotenja zdravstvene vzgoje in izobraževanja ter posameznih intervencij. Na voljo so mnogi pristopi in za vsak problem posebej je potrebno določiti najprimernejšega. Tega bo lažje določil tim strokovnjakov kot en sam učitelj ali zdravstveni delavec. Pri tem se bodo najpogosteje odločali za metode dela, ki vključujejo dvosmerno komunikacijo, v kateri ima učenec možnost izražati svoja mnenja, stališča in predloge. Tako bo vzgojitelj takoj spoznal dejanska stališča in ugotovil odziv na zdravstveno-vzgojna sporočila (26).

## 7.4 Zdrave šole

Slovenska mreža zdravih šol je mednarodni projekt Evropske mreže zdravih šol (The European Network of Health Promoting Schools), v katerega se je Slovenija z 12-imi pilotskimi šolami priključila leta 1993. Evropska mreža zdravih šol je inovativni program, ki na ravni celotne Evrope uvaja nove zamisli in pristope na področju promocije zdravja v šolskem okolju. Nastala je kot strateški projekt pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, Sveta Evrope in Evropske komisije. V njem sodeluje 43 držav, v mnogih državah pa delujejo nacionalne oziroma regijske mreže Zdravih šol (27).

S 3. krogom (september in oktober 2008) se je v Slovensko mrežo zdravih šol vključilo 268 vzgojno-izobraževalnih ustanov, od katerih je 212 osnovnih šol (43% vseh slovenskih osnovnih šol), 47 srednjih šol, 7 dijaških domov in 2 zavoda (28). DOŠ I Lendava je prav tako vključena v projekt zdravih šol, vendar za enkrat še ne izvaja programa »Spodbujajmo nekajenje«.

Projekt Slovenske mreže zdravih šol podpirata Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, nacionalno koordinacijo vodi Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Namen projekta Zdrave šole je vplivati na zdrav način življenja vseh učencev, staršev, zaposlenih na šoli in v lokalni skupnosti. V Slovenski mreži zdravih šol se učencem pomaga doseči znanje, prevzeti določena stališča ter razviti veščine, ki jih potrebujejo tudi kasneje v odraslem življenju kot dejavni posamezniki. Z načrtovanimi in usmerjenimi dejavnostmi za krepitev zdravja se lahko vpliva na bolj zdrav življenjski slog in posledično na boljše zdravje otrok, mladostnikov in kasneje odraslih ljudi (29).

Zdrava šola skuša vplivati na zdrav način življenja vseh, ki hodijo v šolo. To lahko doseže tako, da celovito razvija različne možnosti za zdravo življenje. Vsem omogoča in jih spodbuja, da vplivajo na svoje (telesno, duševno, socialno in okoljsko) zdravje. Pri tem ji je v oporo dvanajst ciljev Evropske mreže zdravih šol (29).

### Cilji zdravih šol

1. Aktivno bodo podpirali pozitivno samopodobo vseh učencev s tem, da bodo pokazali, da lahko prav vsak prispeva k življenju na šoli.
2. Skrbeli bodo za vsestranski razvoj dobrih medsebojnih odnosov med učitelji in učenci, učitelji med seboj ter med učenci.
3. Potrudili se bodo, da bodo socialni cilji šole postali jasni učiteljem, učencem in staršem.
4. Vse učence bodo spodbujali k različnim dejavnostim tako, da bodo oblikovali raznovrstne pobude.
5. Izkoristili bodo vsako možnost za izboljšanje šolskega okolja.
6. Skrbeli bodo za razvoj dobrih povezav med šolo, domom in skupnostjo.
7. Skrbeli bodo za razvoj povezav med osnovno in srednjo šolo zaradi priprave skladnega učnega načrta zdravstvene vzgoje.
8. Aktivno bodo podpirali zdravje in blaginjo svojih učiteljev.
9. Upoštevali bodo dejstvo, da so učitelji in šolsko osebje zgled za zdravo obnašanje.
10. Upoštevali bodo komplementarno vlogo, ki jo ima šolska prehrana pri učnem načrtu zdravstvene vzgoje.
11. Sodelovali bodo s specializiranimi službami v skupnosti, ki jim lahko svetujejo in pomagajo pri zdravstveni vzgoji.
12. Vzpostavili bodo poglobljen odnos s šolsko zdravstveno in zobozdravstveno službo, da jih bo dejavno podprla pri učnem načrtu zdravstvene vzgoje. (29)

**Preglednica 1: Razlike med tradicionalno zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja v šolskem obdobju (projekt Zdrava šola)**

TRADICIONALNA VZGOJA	ZDRAVSTVENA	PROMOCIJA ZDRAVJA V ŠOLI
1. Dejavnost je omejena le na pouk v razredu.		1. Zavzema širši pogled, vse vidike življenja na šoli in povezave v skupnosti.
2. Poudarja osebno higieno in telesno zdravje in ne zajema širših vidikov zdravja.		2. Vključuje interakcijo telesnih, duševnih, družbenih vidikov in vidikov okolja.
3. Poudarek je na navodilih o zdravju in na spoznavanju dejstev.		3. Usmerjena je na dejavno sodelovanje učencev in razvijanje veščin.
4. Opaziti je pomanjkanje usklajenega pristopa, ki bi upošteval različne vplive na učence.		4. Upošteva širok razpon različnih vplivov na učenčevu zdravje; upoštevati skuša tudi predhodna prepričanja, vrednote in stališča.

5. Skuša odgovoriti na neznane težave tako, kot se pojavljajo (na podlagi zaporednosti).	5. Upošteva, da obstajajo osnovne veščine in procesi, ki so skupni vsem pomembnim vprašanjem o zdravju.
6. Le delno upošteva povezavo psihosocialnih dejavnikov z zdravjem.	6. Bistvena elementa promocije zdravja sta razvoj realne predstave o sebi in osebek, ki prevzema nadzor nad svojim življenjem.
7. Le delno upošteva pomembnost šole in njene okolice.	Priznava pomembnost fizičnega okolja šole (estetski vidiki, neposredni psihološki vplivi na učence in učitelje)
8. Ne upošteva zdravja in blaginje učiteljev in preostalega osebja, ki je zaposleno na šoli.	8. Vključuje tudi učitelje in preostalo osebje. Poudarja njihovo vlogo modelov.
9. Staršev ne vključuje dejavno v razvoj programa zdravstvene vzgoje.	9. Podpora staršev in njihovo sodelovanje sta osrednjega pomena.
10. Vlogo šolske zobozdravstvene službe pojmuje le kot spremljanje zdravstvenega stanja in preprečevanje bolezni.	10. Zavzema širše stališče do šolske (zobo)zdravstvene službe: spremljanje in preprečevanje bolezni, dejavno vključevanje v učni načrt in pomoč učencem pri zavedanju vloge uporabnika zdr. služb.

## 7.5 Programi preprečevanja kajenja v šolskem obdobju

### 7.5.1 Učinkovitost programov

#### Razlogi za preprečevanje kajenja med otroci in mladostniki:

- 80-90% odraslih rednih kadilcev so bili redni kadilci pred koncem najstniškega obdobja,
- starost ob začetku kajenja je pomemben kazalnik kasnejših kadilskih navad,
- mnogi mladi kadilci so že zasvojeni, k opuščanju jih je težko pritegniti,
- preprečevanje začetka kajenja oz. vsaj zamik starosti ob začetku kajenja med mladimi.

#### Učinkoviti ukrepi za zmanjševanje rabe tobaka med mladimi:

- zvišanje cen tobačnih izdelkov,
- prepovedi kajenja na javnih in delovnih mestih,
- prepoved oglaševanja in promocije,
- osveščanje, informiranje (programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju),
- zdravstvena opozorila (embalaža),
- pomoč pri opuščanju kajenja,
- manjša dostopnost tobačnih izdelkov,
- kombinacija ukrepov in popolne prepovedi.

#### Cilji programov preprečevanja oz. zmanjševanja kajenja v šolskem okolju:

- Omogočajo in spodbujajo otroke in mladostnike, ki še niso poskusili kaditi, naj se izogibajo kakršnikoli rabi tobaka tudi v bodoče;
- omogočajo in spodbujajo tiste, ki so že eksperimentirali s kajenjem, da takoj prenehajo z rabo tobaka in
- pomagajo tistim, ki niso zmogli sami opustiti rabe tobaka, do ustrezne pomoči za uspešno opustitev rabe tobaka.



### 7.5.2 Vrste programov

- **Programi podajanja informacij:**
  - Program mlade oskrbi z informacijami o kajenju, vključno s tveganji za zdravje in prevalenco kajenja, ob predpostavki, da bo sama informacija vodila k spremembam vedenja.
- **Programi t.i. družbene usposobljenosti ("social competence"):**
  - Učenje splošnih in osebnih družbenih veščin: veščine za upiranje vplivom medijev, za izboljšanje samopodobe, povečevanje samozavesti, obvladovanje stresa, tesnobe.
- **Programi t.i. družbenih vplivov ("social influence"):**
  - učenje veščin za upiranje kajenju,
  - popravljanje podcenjevanja razširjenosti kajenja,
  - prepoznavanje visoko tveganih situacij,
  - osveščanje o vplivu medijev, vrstnikov, družine,
  - učenje, urjenje odklanjanja, zavrnitve.
- **Kombinirani programi:**
  - kombinacija zgornjih dveh programov.
- **Večmodalni programi:**
  - poleg šole vključujejo starše, lokalno skupnost, iniciative za spremembe šolskih pravil glede kajenja in iniciative za spremembe nacionalnih politik glede obdavčitve, prodaje, dostopnosti in rabe tobačnih izdelkov.

### Učinkovitost naštetih programov preprečevanja kajenja v šolskem okolju:

- zelo raznoliki programi – otežena primerjava,
- učinkujejo zmerno in kratkoročno,
- o dolgoročnih učinkih je še premalo dokazov,
- učinkoviti, smiselna uvedba,
- najučinkovitejši programi "družbenih vplivov,"
- obetavni "večmodalni" programi.

### Pomembnejši elementi učinkovitosti teh programov:

- Starost učencev pri katerih začnemo s programom;
- čas pred pričetkom eksperimentiranja oz. čas oblikovanja stališč;
- kontinuirano izvajanje vse do konca srednješolskih let, posebej intenzivno v kritičnih trenutkih (prehod v SŠ), sicer učinki počasi zbledijo;
- večje število kontaktov in učnih ur;
- visoko rizične šole oz. skupine (nižje SE skupine, poklicne srednje šole, osipniki);
- izvajalci programa (šolski, zdravstveni delavci, vrstniki);
- ustrezno izobraževanje in usposabljanje izvajalcev;
- vrednotenje učinkovitosti.

### Pomembnejši vidiki in dileme:

- Šol, v katerih ne izvajajo nobenih aktivnosti, ni.
  - Ne gre za primerjavo skupin s programom in skupin brez intervencije.
- Velika raznolikost programov je lahko razlog za nedosledne rezultate raziskav.
- Glavni spremljani izidi kadilskega vedenja so:

- znanje, stališča (Vsi strokovnjaki se ne strinjajo glede tega, kaj naj bodo spremljani glavni izidi);
- nekajenje ob starosti 18 let.
- Visoka kvaliteta in nivo protitobačnih informacij in dogajanj.

### **7.5.3 Programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju v RS (2006)**

- OŠ: Programe ali druge aktivnosti s področja tobaka in/ali alkohola izvaja skoraj 90% slovenskih OŠ, ki so sodelovale v raziskavi iz leta 2006;
- 40,9% jih izvaja program "Spodbujajmo nekajenje";
- ostali programi in aktivnosti so zelo raznoliki in neenotni;
- ni enotnega in obsežnega spremljanja učinkovitosti tovrstnih programov/aktivnosti.
- SŠ: ni podatkov

#### **Program "Spodbujajmo nekajenje":**

- IVZ RS in Društvo pljučnih bolnikov, 2000;
- povzet po nizozemskem preventivnem programu;
- 4.-9. razreda devetletke (OŠ);
- v 6-ih letih skupno 72 ur programa;
- program "družbenih vplivov" ali kombinirani program "družbene usposobljenosti" in "družbenih vplivov";
- začetek izvajanja: šolsko leto 2000/2001;
- prva generacija je zaključila s programom v šol.l. 2005/2006,
- ob začetku izvajanja programa ni bilo načrtovanega spremljanja znanja, stališč in kadilskih navad v primerjavi s tistimi, ki programa niso bili deležni;
- DOŠ I Lendava, kjer smo izvedli raziskavo, zaenkrat še ne izvaja programa "Spodbujajmo nekajenje".

#### **Cilji programa so predvsem:**

- oblikovanje pozitivnega stališča do nekajenja,
- dvig pozitivne samopodobe nekadilca,
- prepoznavanje kritičnih trenutkov za odločitev za kajenje,
- učenje ustreznega odzivanja na pritiske okolice (vpliv reklamiranja, vrstniški pritiski ...).

#### **Rezultati programa:**

- Program "Spodbujajmo nekajenje" je:
  - pomembno povečal nivo znanja pri mladostnikih obeh spolov,
  - pomembno vplival na stališča pri dekletih,
  - pomembno vplival na enega od vidikov kadilskega vedenja pri fantih (delež "nikoli kadilcev").
- Selektivno delovanje glede na spol.
- Program ni pomembno vplival na:
  - precenjevanje deleža kadilcev,
  - kadilske namere v prihodnosti,
  - stališča pri fantih,
  - ostale vidike kadilskega vedenja.

## Zaključki:

### Programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju:

- učinkoviti;
- za sistemsko izvajanje je potrebno poskrbeti tudi v RS;
- informacije v okviru rednih učnih načrtov;
- obsežnejši programi za visoko-rizične šole oz. šole, ki se same odločijo za izvajanje;
- primeren program "Spodbujajmo nekajenje";
- potrebna je prenova in posodobitev programa;
- razširitev v program SŠ;
- vključitev dodatnih elementov za večjo učinkovitost;
- vrednotenje;
- programi opuščanja kajenja v SŠ. (30)

### 7.5.4 Program CINDI

- Ime CINDI je sestavljeno iz začetnic opisa programa (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme - mednarodni integrirani interventni program za preprečevanje kroničnih bolezni). CINDI je projekt promocije zdravja in preprečevanja srčno-žilnih ter drugih kroničnih bolezni. Je mednarodni program, ki od leta 1984 deluje v sklopu Svetovne zdravstvene organizacije.
- **Poslanstvo programa**
  - Oblikovanje in izvajanje projektov, ki imajo za cilj promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih bolezni. To so bolezni, ki so v razvitem svetu in tudi pri nas najpogostejši vzrok obolevnosti, invalidnosti, umrljivosti in veliko finančno breme razvite družbe. Projekt CINDI uresničuje svoje cilje preko promocije zdravega sloga življenja, zdravega okolja in ustreznega zdravstvenega varstva.
- **Projekti CINDI Slovenija so:**
  - aktivnosti za izboljšanje prehrane,
  - aktivnosti za zvečanje telesne dejavnosti,
  - aktivnosti za zmanjšanje telesne teže,
  - aktivnosti za zmanjšanje kajenja,
  - aktivnosti za zmanjšano pitje alkohola,
  - aktivnosti za znižanje holesterola,
  - aktivnosti za znižanje krvnega tlaka.
- **Aktivnosti za zmanjšanje kajenja**
  - Skupinske delavnice »**Da, opuščam kajenje**« in **individualno svetovanje** za pomoč pri opuščanju kajenja se izvaja v zdravstveno-vzgojnih centrih v okviru preventivnega zdravstvenega varstva odraslih v 67-ih zdravstvenih domovih, delavnice so dostopne vsem, ki bi želeli opustiti kajenje. Udeležba kadilcev je v programih brezplačna, potrebna je le napotnica osebnega izbranega zdravnika. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije se je v obdobju od leta 2002 do leta 2008 skupinskih delavnic udeležilo 4.470 kadilcev in individualnega svetovanja 3.665 kadilcev. Po podatkih CINDI Slovenija je v letu 2007 kajenje ob koncu delavnice, po 6-ih srečanjih, uspešno opustilo 37,7% kadilcev. Eno leto po udeležbi v delavnici je bilo abstinentov še 23% sodelujočih.
  - Akcija »**Opusti kajenje in zmagaj**« je namenjena polnoletnim kadilcem. Poteka vsaki dve leti in se v Sloveniji izvaja že od leta 1994. Sodelujoči kadilci se v času

akcije, to je od 2. do 29. maja, skušajo vzdržati kajenja za štiri tedne. Med izžrebane udeležence se razdelijo nagrade, če se izkaže s testi, da so opustili kajenje. Akciji v letu 2008 se je pridružilo 385 oseb. Na podlagi evalvacijskih vprašalnikov so ugotovili, da se je za nekadilce opredelilo 36% udeležencev (31).

#### 7.5.5 Nevladne organizacije

- **Slovenska zveza za tobačno kontrolo**
  - SZTK je izvajala v letu 2008 projekt nekadilskih razredov v srednjih šolah v RS.
  - **Projekt nekadilski razredi** – gre za večplasten projekt, ki vsebuje informiranje o negativnih učinkih kajenja, debate o kajenju (zasnovane v obliki dialoga), ne pa o iskanju krivcev in kazanju s prstom na kadilce. Otroci podpišejo obljubo, s katero se zavezujejo, da ne bodo kadili, in tisti, ki se te obljube držijo, dobijo za to nagrado.
  - V Sloveniji se je že ta praksa izvajala s podpisom “Slovesne obljube“, ki so jo učenci podpisali na začetku šolskega leta. Dobro prakso je potrebno obogatiti s spoznanji in dognanji iz tujine, ki jih je potrebno prilagoditi na naše okolje. Uvedba razredov brez kajenja je lahko učinkovit dodatek k že obstoječim praksam promocije zdravega načina življenja in lahko ob pravilni izvedbi mladim približa zdravo življenje brez cigarete na način, ki ga mladi sprejemajo.
- **Mladinsko združenje “Brez izgovora“**
  - Projekt “O<sub>2</sub> za vsakega“ je mladinsko razvit in mladinsko voden projekt, s katerim želijo osvestiti mlade o posledicah aktivnega in pasivnega kajenja ter o nemoralnih prijemih tobačne industrije.
  - Poleg preventive v osnovnih šolah in kurative na fakultetah, se želi o tobačni zaroti v največji meri ozavestiti srednješolce. Ker projekt oklepa mlade od 12. do 25. leta, so vsebine prilagojene različnim starostnim skupinam – osnovnošolcem, srednješolcem in študentom. Vodilo izvajalcem programa je, da se cilj pri posamezni starostni skupini doseže le, če je mladim nastop razumljiv in zanimiv.
- **Aktivnosti**, ki jih izvaja program: zabave brez cigaretnega dima, stojnice HELP, okrogle mize, motivacijski vikendi, izobraževanja, predstavitve v predavalnicah, delavnice na OŠ in SŠ, tiskovne konference, predavanja o tobačni zaroti, posredovanje informacij preko spletnih strani, sodelovanje v družbeno-političnem življenju, vrednotenje.
- **Vizija, namen in cilji projekta “O<sub>2</sub> za vsakega“:**
- **Vizija:**
  - Direktno (npr. z vrstniškimi delavnicami, HELP stojnicami) in indirektno (npr. raziskave, pojavljanje v medijih) mlade (12–25 let) na izbranih lokacijah v Sloveniji osvestiti o škodljivih posledicah aktivnega in pasivnega kajenja.
- **Namen:**
- *Pri mladih vzbuditi slabo vest,*
  - ker kot kadilci zastrupljajo sebe in okolico,
  - ker kot nekadilci ne opozarjajo okolice, da jih dim moti oz. zastruplja, in
  - ker v svoji družbi ne promovirajo ideje zdravega načina življenja brez cigarete.

- **Cilji:**
- *V roku 10-ih let:*
  - osvestiti 100.000 mladih med 12-im in 25-im letom;
  - vsako leto obiskati isto starostno skupino (zaenkrat 6. in 8. razrede OŠ devetletke, 1. in 2. letnike SŠ v Sloveniji);
  - delavnice izvajati v vseh slovenskih statističnih regijah;
  - programe Brez izgovora, kot je O2, za vsakega razviti na sorodne regije (JV Evropa, sosednje države EU, nove članice EU ipd.).
- *Vsako leto (za obdobje 10-ih let):*
  - 3.000–5.000 osnovnošolcem (vsi 6. in 8. razredi devetletke) in njihovim staršem,
  - 3.000–5.000 srednješolcem in
  - 3.000–5000 študentom na zanimiv in razumljiv način prikazati negativne učinke aktivnega in pasivnega kajenja;
  - 10.000 mladih posredno osvestiti preko medijev;
  - mlade vseh starosti prepričati, da se v družbi opredelijo, da jih dim moti;
  - mlade odvrniti od kajenja.

## 8 MATERIALI IN METODE

### **Vrsta raziskave**

Pri izdelavi diplomske naloge je bila uporabljena opisna (deskriptivna) metoda s študijem in analizo literature za teoretični del in kvantitativna analiza za raziskovalni del diplomske naloge.

### **Opazovana populacija**

Za raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik (Priloga 1), ki smo ga izvedli na Dvojezični osnovni šoli I Lendava. V vzorec je bilo vključenih 109 učencev, ki so v šolskem letu 2008/09 obiskovali osmi oz. deveti razred osnovne šole in so bili na dan anketiranja prisotni pri pouku.

Dobili smo 103 veljavne anketne vprašalnike in 6 neveljavnih vzorcev zaradi nepravilnega oz. nepopolnega izpolnjevanja. Tako je raziskovalni vzorec zajemal 103 učence, od tega 46 (44,7%) osmošolcev in 57 (55,3%) devetošolcev. Med anketiranci je bilo nekaj več fantov, 57 (55,3%), in 46 (44,7%) deklet. Povprečna starost učencev je bila 13,7 let.

### **Merski instrument**

Raziskovalni instrument je bil anketni vprašalnik, sestavljen iz 23 vprašanj, razdeljenih v več sklopov. Obsegal je 22 vprašanj zaprtega in eno vprašanje odprtega tipa. Na začetku vprašalnika smo anketirane spraševali po osnovnih podatkih (spol, razred, ki ga obiskujejo). Nadaljevali smo z vprašanji na temo kajenje cigaret (poskus kajenja, pogostost kajenja), sledila so vprašanja (odgovarjali so samo kadilci, občasni oz. redni), ki so se navezovala na starost ob prvem poskusu kajenja, razloge za začetek kajenja, dnevno količino pokajenih cigaret, način pridobitve cigaret, prostor kajenja, pomembnost oseb ob začetku kajenja, občutek ob kajenju ter reakcijo staršev na kajenje mladostnika. Sledil je sklop vprašanj (odgovarjali so vsi anketiranci), ki se je navezoval na kajenje staršev in prijateljev, mnenje o škodljivosti cigaret, vir informiranja o škodljivih vplivih kajenja, pogostost pasivnega kajenja, aktivno ukvarjanje s športom, seznanjenost o negativnih posledicah kajenja, šolski uspeh v prejšnjem šolskem letu, mnenje o lastni samopodobi. Zadnje vprašanje je bilo odprtega tipa, namenjeno lastnemu mnenju in svetovanju ljudem, ki kadijo.

### **Potek raziskave**

Anketiranje je potekalo v mesecu februarju leta 2009. Anketni vprašalnik je bil anonimen. Pred izvedbo ankete je bilo pridobljeno dovoljenje ravnatelja Dvojezične osnovne šole I Lendava in pisno soglasje staršev. Na dan anketiranja smo učence seznanili z načinom izvedbe in cilji naloge. Učenci so anketni vprašalnik izpolnjevali pred začetkom pouka oz. pri razrednih urah ob prisotnosti svetovalne delavke in učitelja. Za izpolnitev vprašalnika so učenci porabili približno 10 minut.

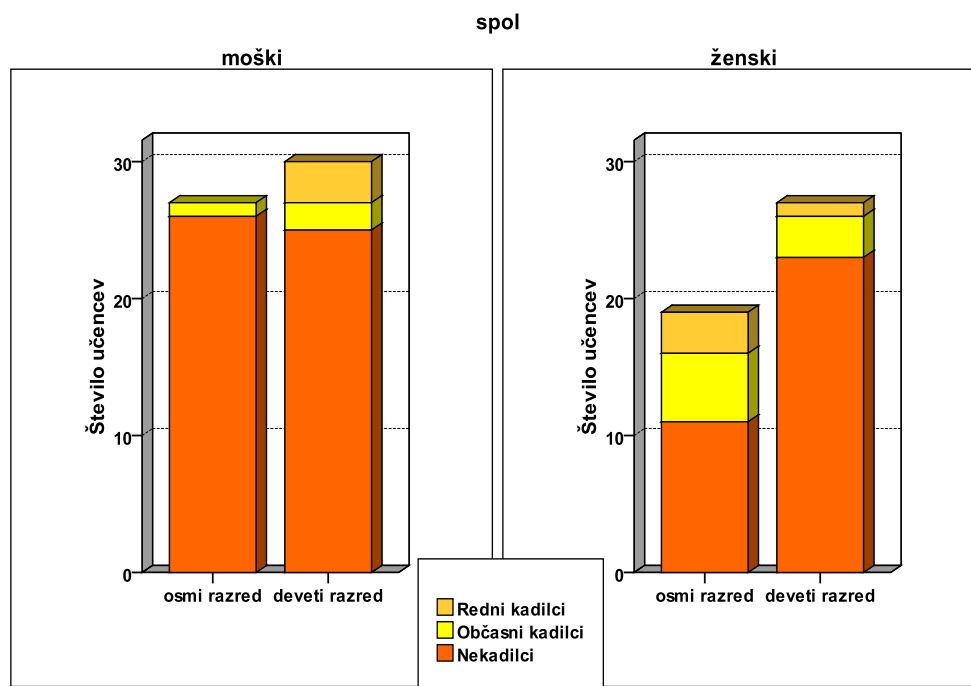
### **Obdelava podatkov**

Obdelava podatkov s statistično analizo je bila narejena v računalniškem programu SPSS Statistics 17.0. Podatki v preglednicah pa so bili narejeni s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel 2003. Pri analizi podatkov je bila uporabljena deskriptivna statistična metoda s frekvenčno porazdelitvijo. Analiza je temeljila na enodimenzionalnih odgovorih, izražena je v odstotkih in predstavljena v slikah ter preglednicah po posameznih vprašanjih.

Statistična analiza in testiranje hipotez je opravljeno s Hi-kvadrat testom za preverjanje domnev. Zaradi velikega števila celic z nizkimi frekvencami, je bil Hi-kvadrat test opravljen z združevanjem posameznih celic v tabeli.

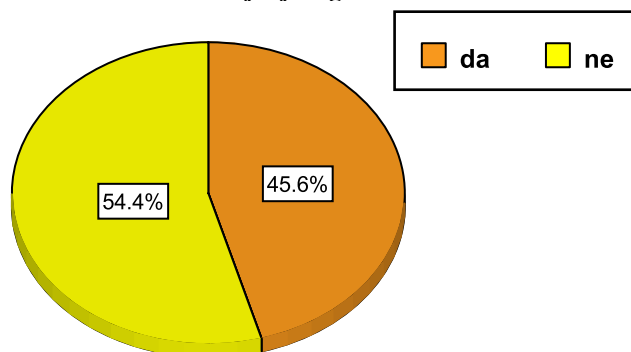
## 9 REZULTATI

Slika 1: Anketirani osnovnošolci glede na razred, spol in kadilski status



Izvedena anketa, v šolskem letu 2008/09 na DOŠ I Lendava, je zajela v vzorec 103 osnovnošolcev, od tega 46 osmošolcev in 57 devetošolcev. Med anketiranci je bilo nekaj več fantov, 57 in 46 deklet. Grafa sta ločena po spolu. Med fanti, ki obiskujejo osmi razred, je 26 (96,3%) nekadilcev, eden (3,7%) občasni kadilec in ni rednega kadilca, med devetošolci pa je petindvajset (83,3%) nekadilcev, dva (6,7%) občasna kadilca in trije (10,0%) redni kadilci. V osmem razredu je med dekletmi enajst nekadilk (57,9%), kar pet (26,3%) občasnih kadilk in tri (15,7%) redne kadilke. Triindvajset (85,1%) deklet v devetem razredu ne kadi, tri (11,1%) kadijo občasno in ena (3,7%) redna kadilka. Kot lahko razberemo iz grafa, je več kadilcev ženskega spola. Če naredimo povzetek grafa, dobimo 82,5% nekadilcev, 10,6% občasnih kadilcev in 6,8% rednih kadilcev od skupno 103-eh anketiranih osnovnošolcev.

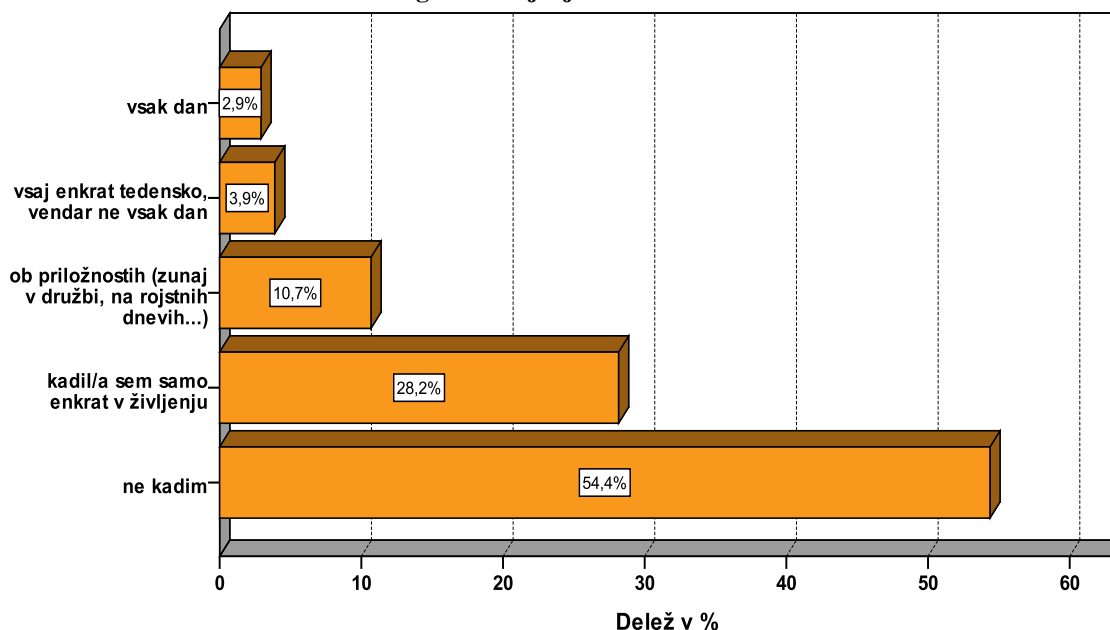
Slika 2: Poskus kajenja cigaret – vsi osnovnošolci



Nekaj manj kot polovica anketirancev (45,6%) je poskusila kaditi cigarete vsaj enkrat, ostali (54,4%) nikoli.

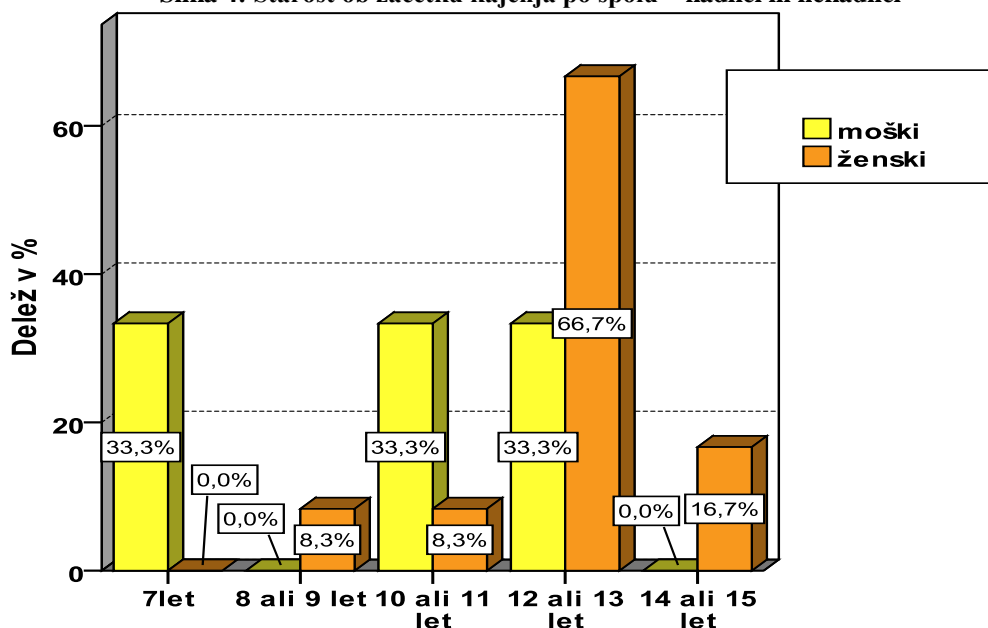


Slika 3: Pogostost kajenja tobaka – vsi osnovnošolci



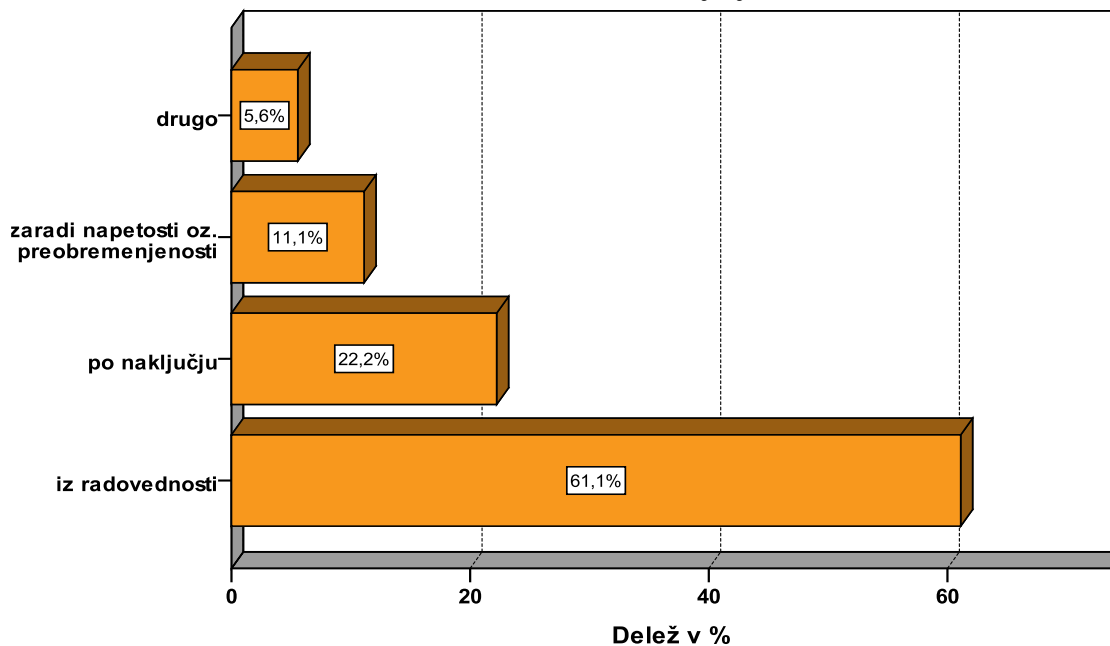
Več kot polovica (54,4%) osnovnošolcev ni kadila cigaret, skoraj tretjina (28,2%) jih je kadila samo enkrat v življenju, približno desetina (10,7%) jih kadi ob priložnostih, npr. na rojstnih dnevih, zunaj med vikendi ... Nekaj pod tremi procenti (2,9%) jih kadi vsak dan. Vsaj enkrat tedensko, vendar ne vsak dan, prižge cigareto 3,9% osnovnošolcev.

Slika 4: Starost ob začetku kajenja po spolu – kadilci in nekadilci



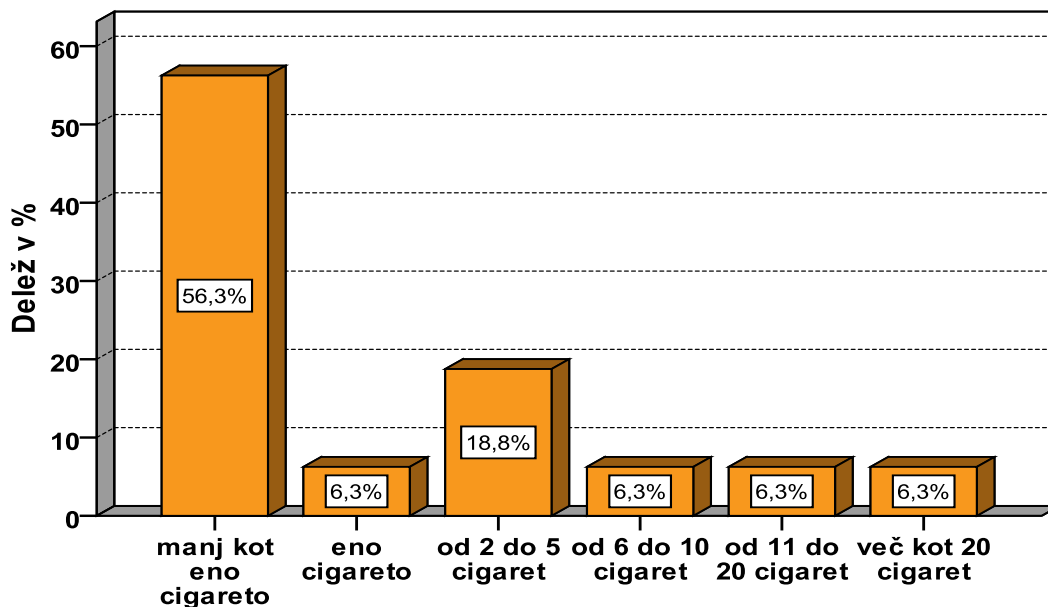
Fantje začnejo kaditi prej, saj je 33,3% fantov poskusilo prvič kaditi pri 7-ih letih, kar pomeni v začetku obveznega šolanja, dekleta pri teh letih še niso poskusila kaditi cigaret. Pri 8-ih ali 9-ih letih, je prvič poskusilo kaditi 8,3% deklet, pri teh letih pa ni začel nobeden fant. Med 10-im in 11-im letom se je 33,3% fantov in 8,3% deklet prvič srečalo s kajenjem cigaret pri 12-ih in 13-ih letih je začelo kaditi 33,3% fantov, pri enakih letih je začelo kaditi kar 66,7% deklet. Nobeden fant in kar 16,7% deklet je začelo kaditi letos oz. lansko leto, saj je njihova trenutna starost 14 oziroma 15 let.

Slika 5: Vzroki za začetek kajenja



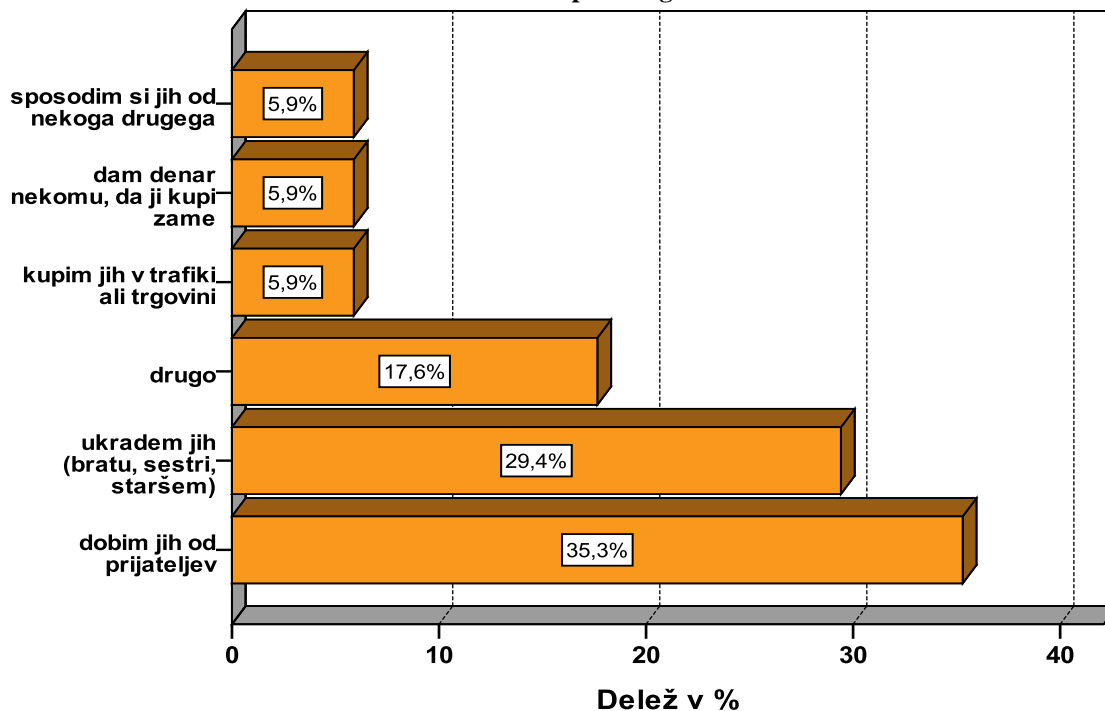
Večina osnovnošolcev (61,1%) je začela kaditi zaradi radovednosti. Približno desetina (11,1%) je začela kaditi zaradi napetosti oz. preobremenjenosti, 22,2% pa po naključju. Kot možnost drugo je označilo (5,6%) osnovnošolcev. Noben kadilec ni označil možnosti, da je začel kaditi zaradi vpliva prijateljev oz. sošolcev, občutka odraslosti in vpliva medijev.

Slika 6: Dnevno število pokajenih cigaret



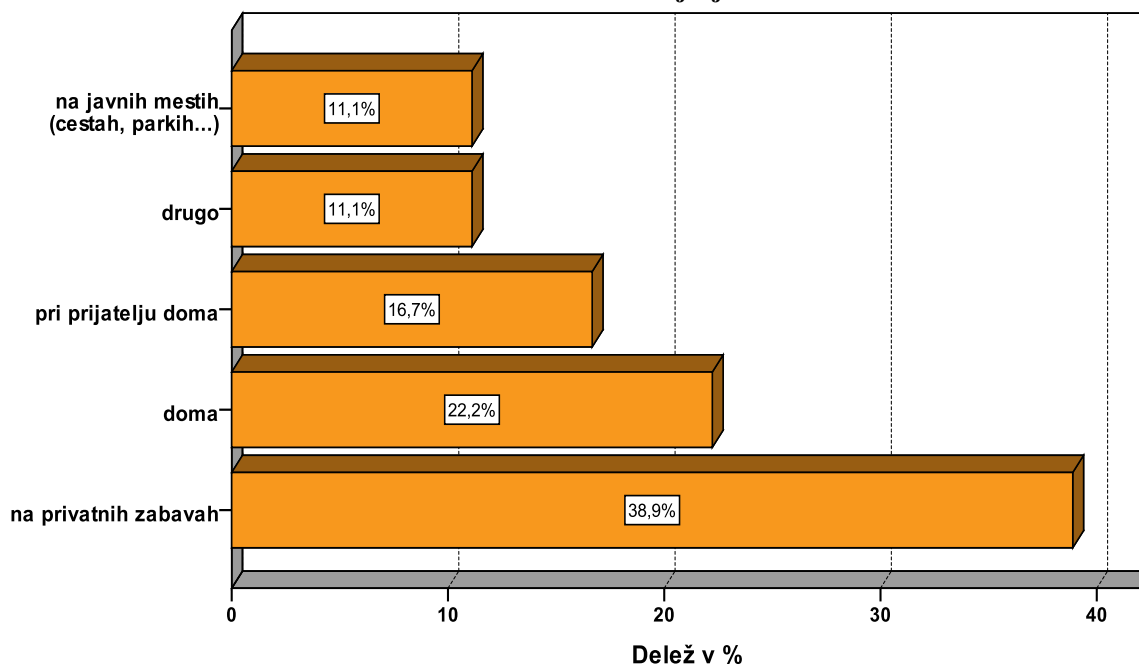
Dobra polovica (56,3%) osnovnošolcev pokadi manj kot eno cigareto na dan. Kar 18,8% anketirancev pokadi od 2 do 5 cigaret dnevno. Isti procent (6,3%) je ugotovljen pri štirih odgovorih, eno cigareto, od 6 do 10 cigaret, od 11 do 20 in več kot 20 cigaret dnevno. Dva anketiranca, ki kadita, nista odgovorila na to vprašanje.

Slika 7: Dostopnost cigaret

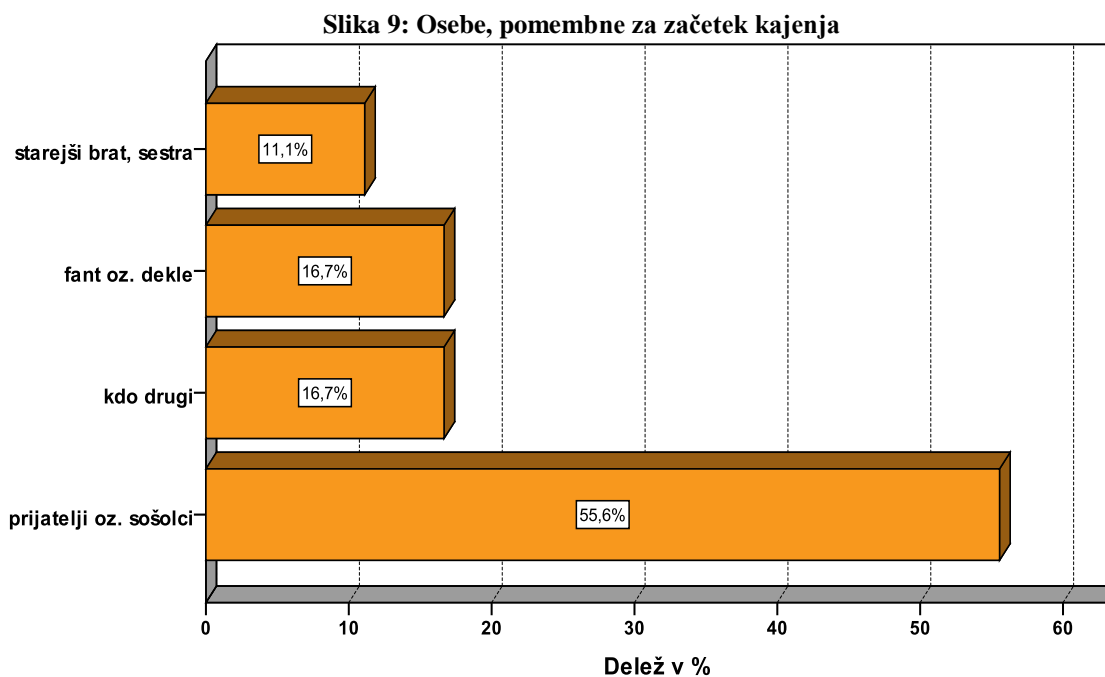


Osnovnošolci zlahka dobijo cigarete na različne načine: najpogosteje (35,3%) od prijateljev, (29,4%) osnovnošolcev, jih ukradejo staršem, bratu ali sestri. Z enakimi deleži, po 5,9%, so razvidni trije načini pridobitve cigaret: nakup v trafiki ali trgovini, posredovanje denarja nekemu, da jih kupi ali izposoja cigaret. Ostali (17,6%) dobijo cigarete na drug način.

Slika 8: Prostor kajenja



Največ (38,9%) osnovnošolcev kadi priložnostno na privatnih zabavah. Veliko (22,2%) jih kadi doma oziroma doma pri prijatelju (16,7%). Enak procent(11,1%) jih kadi na javnih mestih, kot so parki, ceste oz. na drugih javnih mestih.



Več kot polovico anketirancev (55,6%) so pritegnili h kajenju prijatelji oz. sošolci. 16,7% osnovnošolcev je partner pritegnil h kajenju, prav tako kdo drug. Približno desetina (11,1%) učencev je na vprašanje, kdo te je pritegnil h kajenju, odgovorila, da starejši brat oziroma sestra.

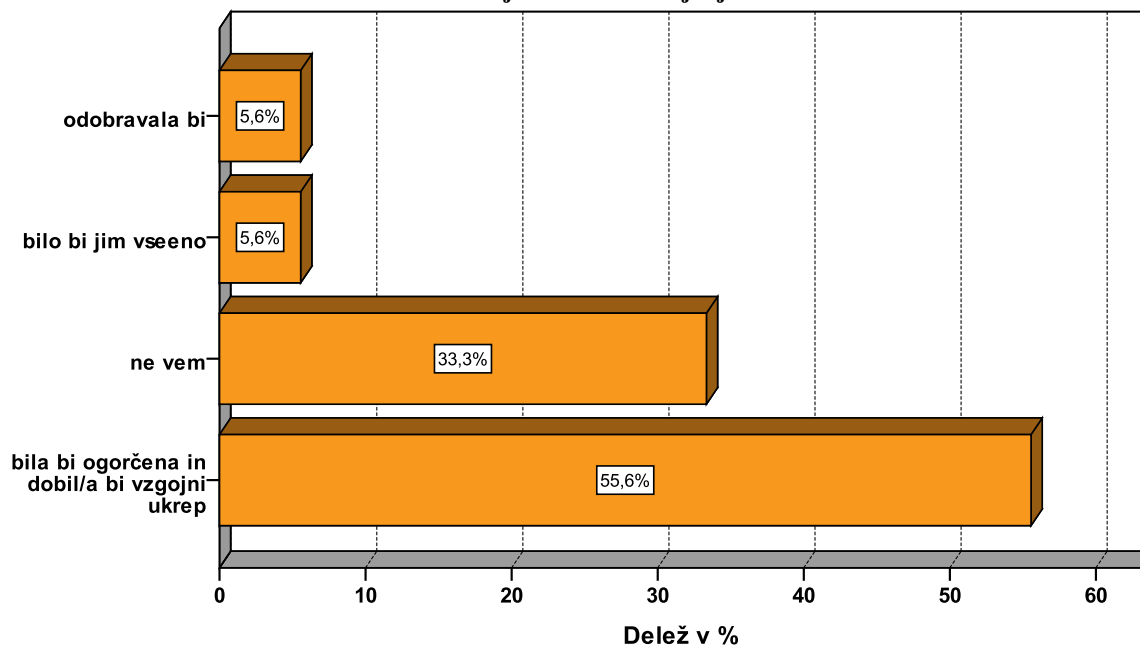
**Preglednica 2: Občutek ob kajenju (fizični ali psihični)**

	Št.vseh, ki so odg. na vpr. N=(18)	%
odklop od trenutne situacije	2	11,1
sprostitev, umiritev	3	16,7
zadovoljstvo, užitek	4	22,2
strah pred zdravstvenimi posledicami	5	27,8
slaba vest	6	33,3

Opomba: več možnih odgovorov

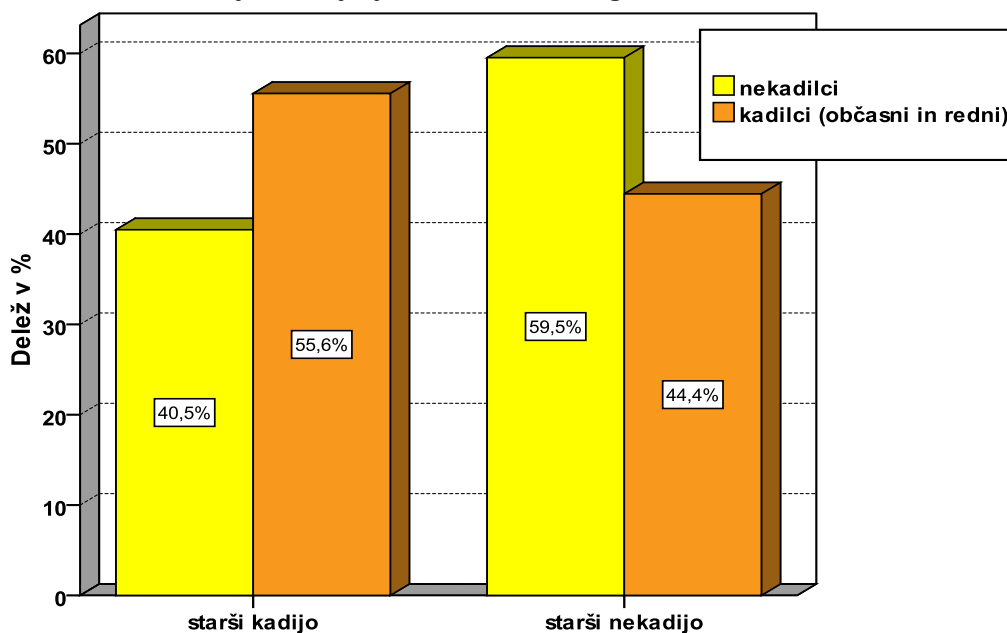
Zanimivo je, da sta slaba vest z 33,3% in strah pred zdravstvenimi posledicami z 27,8 % najpogostejša občutka ob kajenju osnovnošolcev. Ostali kadilci se ne obremenjujejo z zdravstvenimi posledicami in kadijo zaradi lastnega zadovoljstva in užitka (22,2%). Nekatere (16,7%) cigarete sproščajo in umirjajo ali pa se z njihovo pomočjo odklopijo od trenutne situacije (11,1%).

Slika 10: Reakcija staršev na kajenje mladostnika



Več kot polovica (55,6%) učencev meni, da bi bili starši ogorčeni, če bi izvedli, da kadijo. Prav tako bi dobili vzgojni ukrep. Z istim številom (5,6%) sta razvidna dva odgovora, ki pravita, da bi bilo staršem vseeno oz. da bi odobraval kajenje mladostnika. Približno tretjina (33,3%) učencev ne ve, kako bi reagirali starši, če bi izvedeli, da kadijo.

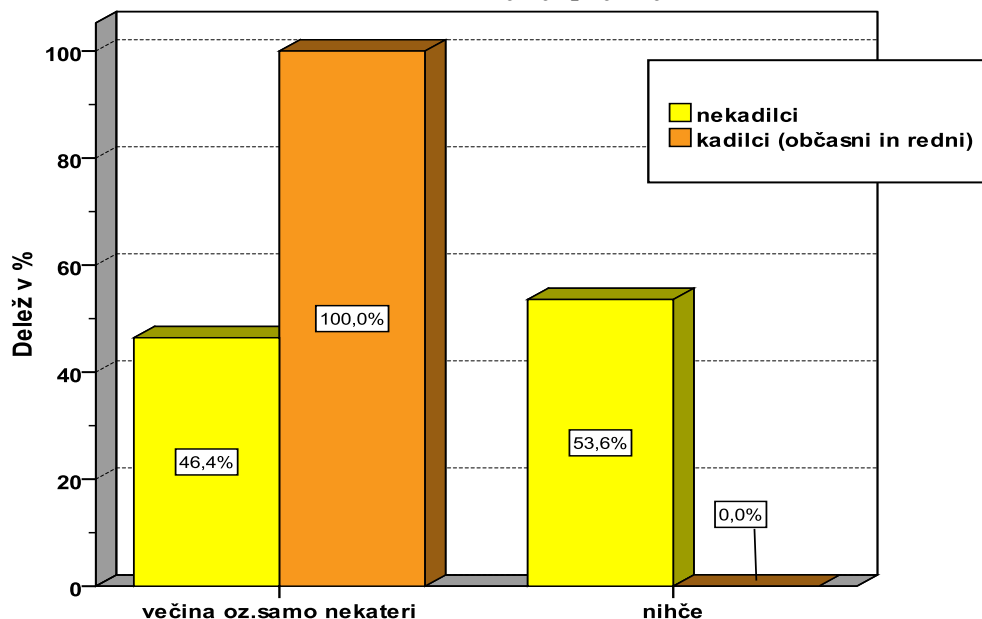
Slika 11: Razširjenost kajenja med osnovnošolci glede na kadilske navade staršev



Opomba: dani odgovori so se združili zaradi analiziranja s Hi-kvadrat testom.

Nekadilci izhajajo iz družin, kjer kar 40,5% staršev kadi, kar je nekoliko manj, kakor v družinah občasnih in rednih kadičev (55,6%). Med osnovnošolci je za 19% več nekadilcev, kjer tudi starši ne kadijo in obratno.

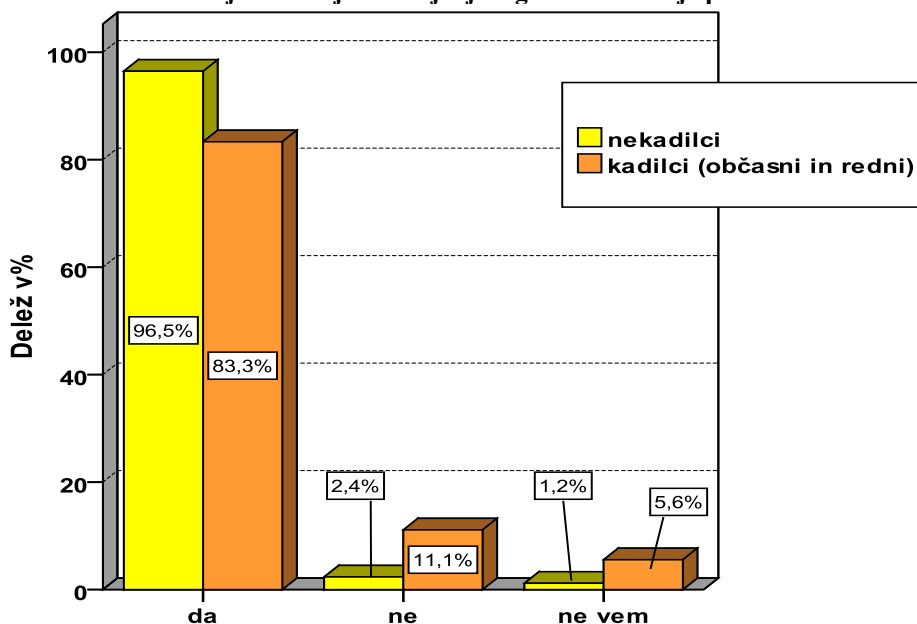
Slika 12: Kajenje prijateljev



Opomba: dani odgovori so se združili zaradi analiziranja s Hi-kvadrat testom.

Iz vprašanja »Približno koliko tvojih prijateljev oz. prijateljic kadi?«, je razvidno, da se vsi kadilci družijo s prijatelji, ki po večini kadijo, ali kadi samo nekaj prijateljev iz družbe. Slaba polovica (46,4%) nekadilcev ima družbo, v kateri večina oziroma nekaj prijateljev kadi. Ostali nekadilci (53,6%) se gibljejo v takšnih krogih prijateljev, kjer nobeden od njih ne kadi.

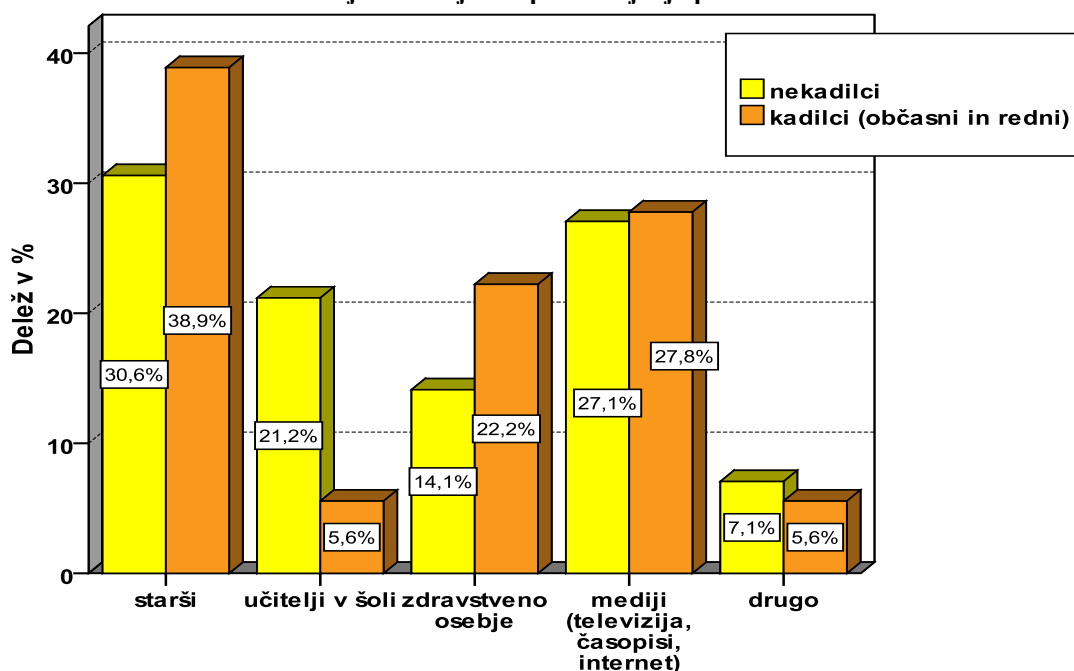
Slika 13: Mnenje o škodljivost kajenja cigaret za zdravje pri nekadilcih in kadilcih



Iz grafa lahko razberemo, da osnovnošolci po večini menijo, da je kajenje zdravju škodljivo. Večina nekadilcev (96,5%) je mnenja, da je kajenje škodljivo. Le 2,4% nekadilcev meni, da kajenje ni škodljivo, ostali (1,2%) pa tega ne vedo. Približno enakega mnenja so kadilci. 83,3% kadilcev je prepričanih, da kajenje škoduje zdravju. Skrb zbujač je podatek, da kar

11,1% kadilcev meni, da kajenje ne vpliva na zdravje, kar nekaj (5,6%) jih pa ne ve, če je kajenje zdravju škodljivo ali ne.

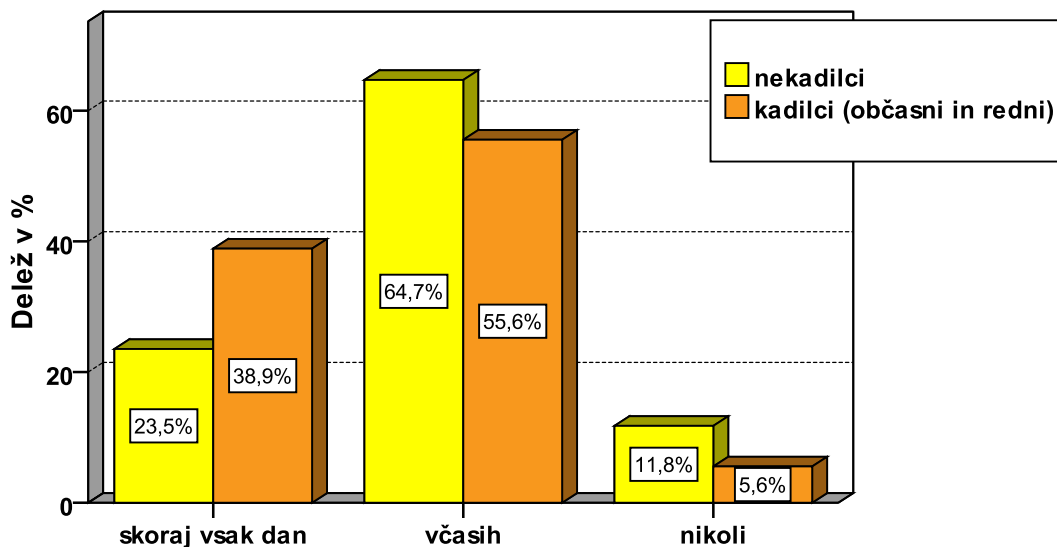
Slika 14: Vir informiranja o škodljivih vplivih kajenja pri nekadilcih in kadilcih



Največ informacij o škodljivih vplivih kajenja dobijo osnovnošolci doma. Slaba tretjina (30,6%) nekadilcev dobi informacije od staršev. Velik odstotek (27,1%) učencev je pridobil koristne informacije preko svetovnega spleta, televizije, časopisa. Nekaj manj (21,2%) se jih je seznanilo s škodljivimi vplivi kajenja v šoli pri razrednih urah, na delavnicah... 14,1% učencev je pridobilo informacije od zdravstvenega osebja, majhen delež (7,1%) nekadilcev pa na kak drug način.

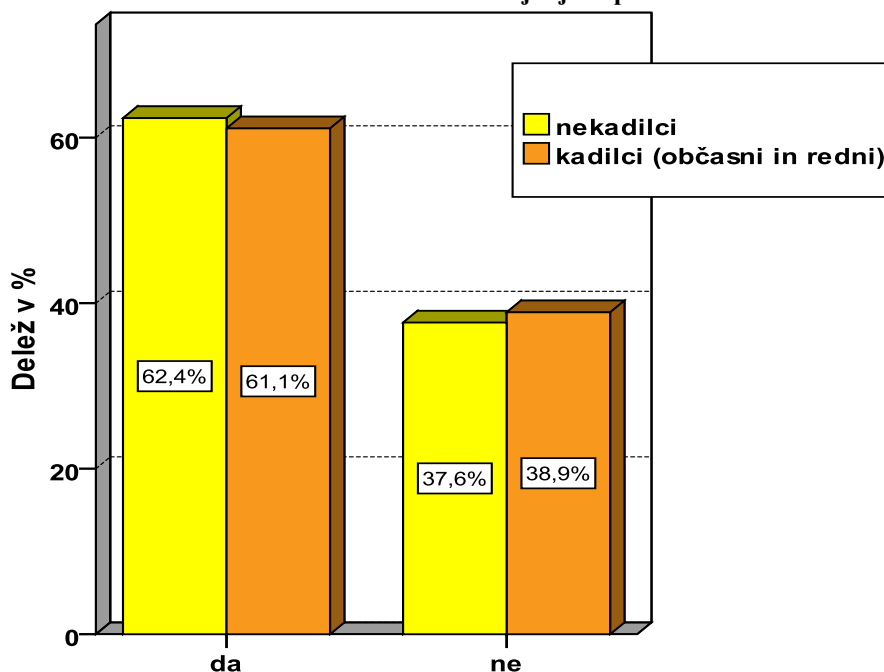
Občasni in redni kadilci so dobili še več informacij o škodljivosti kajenja doma kakor nekadilci, kar 38,9% kadilcev. Podobno kakor pri nekadilcih, z deležem 27,8%, je informacije pridobilo preko medijev. Zanimivo je, da so kadilci pridobili več informacij od zdravstvenega osebja, kar 22,2%, kot od učiteljev v šoli (5,6%). Drugačnega vira informacij se poslužuje 5,6% kadilcev.

Slika 15: Pogostost pasivnega kajenja pri nekadilcih in kadilcih



Cigaretalnemu dimu je izpostavljen skoraj vsak dan 23,5% nekadilcev ter 38,9% občasnih in rednih kadilcev. Večina (64,7%) nekadilcev pravi, da včasih kadilci kadijo v njihovi navzočnosti. Podobnega mnenja je 55,6% občasnih in rednih kadilcev. Le 11,8% nekadilcev in 5,6% kadilcev se ne zadržuje v bližini ljudi, ko le-ti kadijo.

Slika 16: Aktivno ukvarjanje s športom



Med nekadilci in kadilci je zelo majhna razlika glede aktivnega ukvarjanja s športom. 62,4% nekadilcev in 61,1% občasnih in rednih kadilcev se aktivno ukvarja s športom. Izvedeli smo, da se največ fantov ukvarja z nogometom in tekom, dekleta pa z odbojko in badmintonom. Aktivno se s športom ne ukvarja 37,6% nekadilcev in 38,9% kadilcev, ki se ukvarjajo z drugimi aktivnostmi.

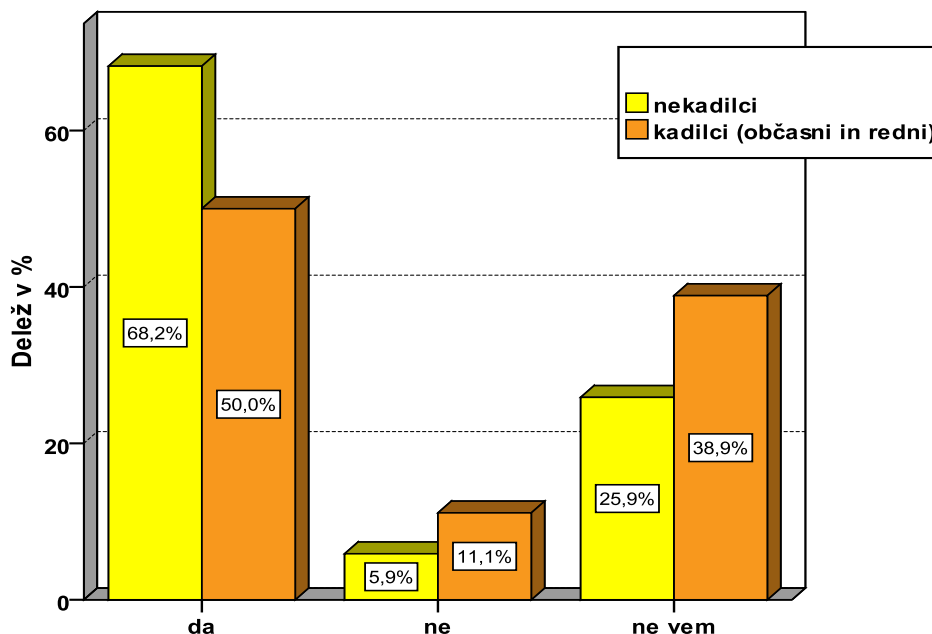


**Preglednica 3: Seznanjenost o negativnih posledicah kajenja**

	nekadilci		kadilci (občasni in redni)		skupaj	
	št. vseh, ki so odg. na vpr. N=(85)	%	št. vseh, ki so odg. na vpr. N=(18)	%	št. vseh, ki so odg. na vpr. N=(103)	%
bolezni prebavil	11	12,9	3	16,7	14	13,6
bolezni srca in ožilja	31	36,5	6	33,3	37	35,9
staranje kože	42	49,4	6	33,3	48	46,6
odvisnost	53	62,4	13	72,2	66	64,1
okvare dihal	55	64,7	12	66,7	67	65
kašelj	55	64,7	12	66,7	67	65
porumenelost zob	60	70,6	14	77,8	74	71,8
pljučni rak	81	95,3	16	88,9	97	94,2

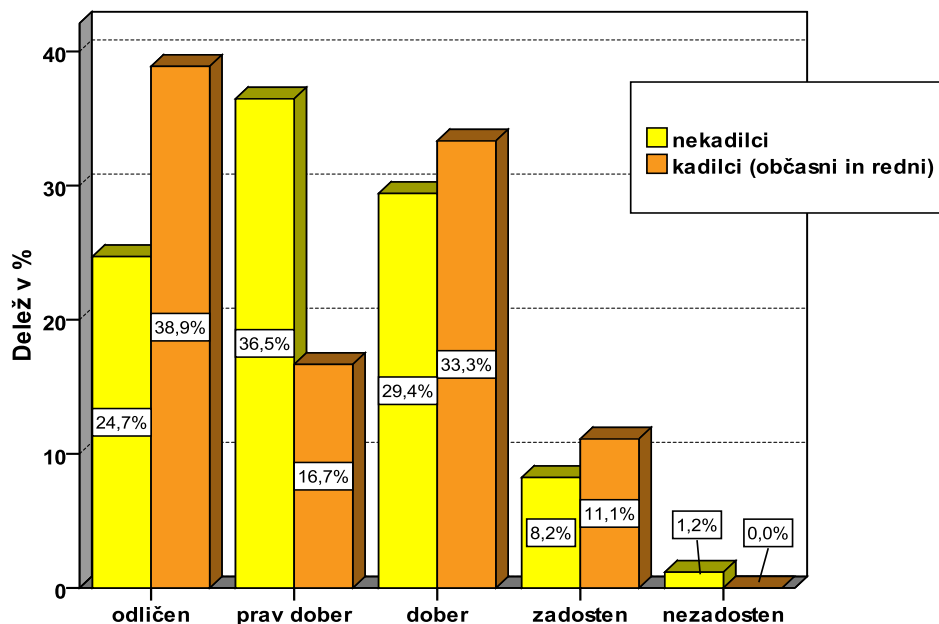
Opomba: več možnih odgovorov

Večina osnovnošolcev, navaja kot glavno posledico kajenja pljučni rak, kar 95,3% nekadilcev in 88,9% kadilcev. Okvaro dihal s kajenjem povezuje relativno malo učencev, 64,7% nekadilcev in 66,7% kadilcev. Bolezni srca, ožilja in bolezni prebavil, osnovnošolci v veliki meri ne povezujejo s kajenjem. Skupen delež seznanjenosti z kardiovaskularnimi boleznimi je 35,9%, še manjši je delež pri boleznih prebavil (13,6%). Približno polovica (49,4%) nekadilcev in tretjina (33,3%) kadilcev je za posledico kajenja navedla staranje kože. 62,4% nekadilcev in 72,2% kadilcev ve, da kajenje povzroča odvisnost. Večina kadilcev in nekadilcev (71,8%) povezuje porumenelost zob s kajenjem tobaka. V nekoliko manjši meri (65,0%) povezujejo s kajenjem kašelj.

**Slika 17: Mnenje o zadostni seznanjenosti o škodljivih vplivih kajenja**

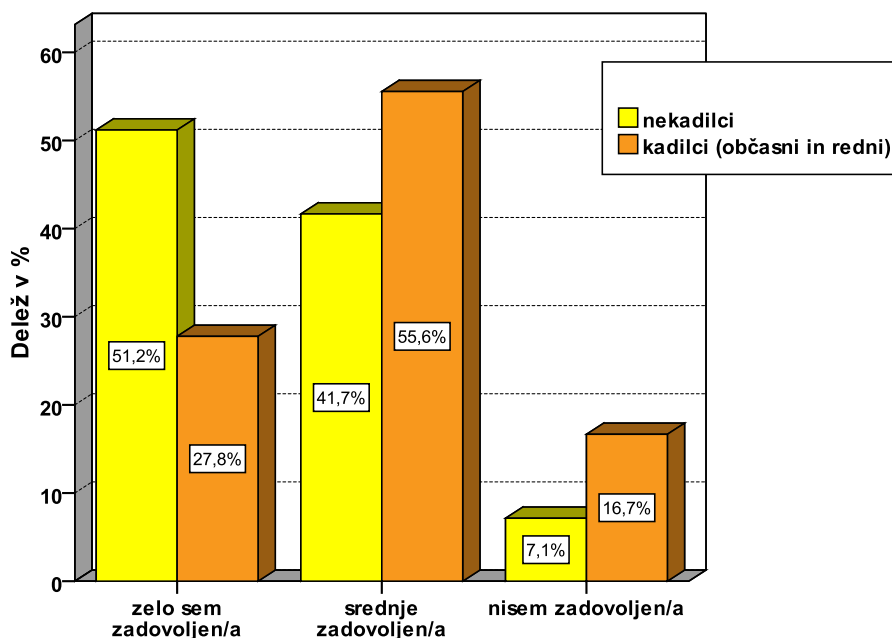
Na vprašanje, ali menijo, da so dovolj seznanjeni o škodljivih vplivih kajenja, je večina nekadilcev (68,2%) odgovorila z 'da'. Polovica kadilcev prav tako meni, da je dovolj seznanjena s škodljivostjo kajenja. Nekaj (5,9%) nekadilcev meni, da bi lahko pridobili še nekaj dodatnega znanja, kakor tudi približno desetina (11,1%) kadilcev. Ostali anketiranci niso povsem prepričani o lastnem znanju glede negativnih posledic kajenja. 25,9% nekadilcev in 38,9% kadilcev odgovarja na vprašanje z 'ne vem'.

Slika 18: Šolski uspeh v prejšnjem šolskem letu



Kajenje osnovnošolcev ne vpliva na njihov šolski uspeh. Kar 38,9% kadilcev je bilo odličnih v preteklem šolskem letu. Nekaj manj (24,7%) odličnjakov je bilo med nekadilci. Prav dobrih je bilo več nekadilcev (36,5%), in precej manj (16,7%) kadilcev. 29,4% nekadilcev je izdelalo razred z dobrim uspehom, prav tako tretjina (33,3%) kadilcev. Z zadostnim šolskim uspehom je napredovalo v višji razred 8,2% nekadilcev in 11,1% kadilcev. Razred je ponavljal en učenec nekadilec, kar znaša 1,2%.

Slika 19: Mnenje o lastni samopodobi



Iz grafa je razvidno, da so občasni in redni kadilci manj zadovoljni sami s sabo. Dobra polovica (51,2%) nekadilcev meni, da je zelo zadovoljna z lastno samopodobo. Srednje zadovoljnih je 41,7% in nezadovoljnih 7,1% nekadilcev. Veliko manj (27,8%) je tistih kadilcev, ki so zelo zadovoljni sami s sabo. Največ (55,6 %) kadilcev je srednje zadovoljnih. Kar 16,7% kadilcev ni zadovoljnih z lastno samopodobo.

### **Kaj bi svetoval ljudem, ki kadijo?**

Na zgornje vprašanje so osnovnošolci odgovorili različno in podali mnogo dobrih predlogov. Večina bi predlagala, da naj popolnoma prenehajo oz. zmanjšajo kajenje cigaret preden pride do nepopravljivih okvar v organizmu, kar je popolnoma prav. Nekateri osnovnošolci so podali nekaj konkretnih odgovorov, kako bi kadilcu pomagali prenehati kaditi: z ukvarjanjem s športom, kupovanjem hrane, oblek namesto cigaret ali varčevanjem, s pogovorom z zdravnikom, z nadomestno nikotinsko terapijo kot so žvečilne in obliži, z obiski delavnic, krožkov, s pomočjo hipnoze. En učenec je predlagal elektronsko cigareto, ki je nov izdelek na tržišču za pomoč pri odvajanju od kajenja.

Nekateri osnovnošolci so mnenja, naj kadilci ne zastrupljajo drugih s svojim cigaretnim dimom in jih ne izpostavljajo pasivnemu kajenju, če se že sami ne morejo oz. nočejo odvaditi od kajenja.

## 10 RAZPRAVA

V poglavju bomo prikazali ugotovitve, ki smo jih pridobili s statistično obdelavo podatkov, zbranih v anketi. Z anketo, ki nam je bila v veliko pomoč, želimo prikazati problematiko kajenja med osmimi in devetimi razredi DOŠ I Lendava. Raziskava ni v celoti primerljiva z raziskavami v slovenskem in svetovnem prostoru. Nekatera pomembna vprašanja lahko primerjamo med sabo tako, da bomo dobili realnejšo sliko problematike kajenja na našem območju.

Na DOŠ I Lendava je med anketiranci 85,5% nekadilcev; 10,6% občasnih kadilcev in 6,8% rednih kadilcev. Velik delež (45,6%) je tistih, ki so že poskusili kaditi cigarete vsaj enkrat. Vzpodbudno je dejstvo, da je med temi učenci skoraj tretjina (28,2%), ki je kadila samo enkrat v življenju. 10,6% občasnih kadilcev kadi samo priložnostno, na zabavah, rojstnih dnevih. Redni kadilci (6,8%) kadijo vsak dan oziroma vsaj enkrat tedensko. Tobak kadi več deklet kot fantov. Kar 17,4% je občasnih kadilk in 8,7% rednih kadilk. Med fanti je le 5,3% občasnih in 5,3% rednih kadilcev.

Če povzamemo rezultate raziskave ESPAD, izvedene na reprezentativnem, stratificiranem, naključnem vzorcu srednješolcev v slovenskem prostoru, ki so v letu raziskave dopolnili 15 let, med leti 1995, 1999, 2003; vidimo, da se število kadilcev povečuje. Med leti 1995 in 2003 je bilo značilno naraščanje tistih, ki so pokadili eno cigareto v celem življenju in zmanjšan odstotek tistih, ki niso nikoli v življenju kadili tobaka. Iz zadnje raziskave ESPAD, leta 2007, je zaznati upadanje porabe tobaka med 15- in 16-letniki glede na leto 2003. Zmanjšalo se je število tistih, ki so pokadili eno cigareto, tudi upad rednega kajenja se je zmanjšal približno za pet odstotkov. Na spremembe so verjetno vplivale sistemske rešitve (omejevanje kajenja na javnih mestih, prepoved oglaševanja tobaka in sponzoriranja prireditev s strani tobačne industrije, uvajanje sistematičnega izobraževanja mladih v okviru šolskega programa) (12).

Tudi raziskava HBSC ugotavlja upad kadilcev v zadnjih letih. Med leti 2002 in 2006 je viden kostantni padec deleža rednih kadilcev med 13- in 15-letniki. Prav tako je viden tudi upad poskusa kajenja. (14).

Do podobnih ugotovitev je prišla tudi raziskava GYTS iz leta 2007 (13).

Delovno hipotezo št. 1, ki trdi, da je med devetošolci več kadilcev kot med osmošolci in da je večina kadilcev v osnovni šoli fantov, lahko v celoti zavrnamo, kajti število kadilcev med obema generacijama je identično. Zavrnamo lahko tudi drugi del hipoteze, saj se je za kadilce opredelilo 50% več deklet.

Iz raziskave smo ugotovili, da fantje začnejo kaditi prej. 33,3% fantov kadilcev je poskusilo prvič kaditi že pri 7-ih letih, z razliko od deklet, ki pri teh letih še niso kadile. Pri 8-ih ali 9-ih letih je prvič poskusilo kaditi cigarete 8,3% deklet kadilk. Pri teh letih ni začel nobeden fant. Med 10-im in 11-im letom se je 33,3% fantov in 8,3% deklet prvič srečalo s kajenjem cigaret. Največ osnovnošolcev kadilcev je začelo kaditi pri 12-ih in 13-ih letih. Še posebej visok je delež pri dekletih (66,7%), precej manjši je pri fantih (33,3%). V starosti 14 oz. 15 let je začelo kaditi 16,7% deklet in nobeden fant. Podobno ugotavlja mednarodna raziskava GYTS, narejena na vzorcu slovenskih osnovnošolcev, in sicer, da imajo fantje več izkušenj s kajenjem v rani mladost, pred 10-im letom starosti. Največ osnovnošolcev začne kaditi med 10-im in 13-im letom, kar navaja tudi dr. Nabergojeva. Podatki glede starosti ob prvem kajenju iz raziskave ESPAD, ki navajajo, da je skoraj tretjina učencev pokadila svojo prvo

cigareto pri 11-ih letih ali prej, se ujemajo z našimi. Podobne rezultate navaja tudi HBSC iz leta 2006. Podatki kažejo, da je v svojem življenju vsaj eno cigareto pokadilo nekaj manj kot 9% 11-letnikov, približno 32% 13-letnikov in nekaj več kot 54% 15-letnikov. V vseh treh starostnih skupinah je poskusilo kaditi več fantov kot deklet. Menimo, da bi s preventivo kajenja cigaret oziroma sprejemanjem nekajenja kot vrednote morali začeti zelo zgodaj. To je v največji meri naloga staršev. Le-ti bi morali poučiti svoje otroke o tem še preden bi prišli v stik s cigareti, da bi zmanjšali začetek kajenja pri rosnih 7-ih letih. Pomembna je tudi vloga javnih sektorjev, kot so šolstvo, zdravstvo in nevladne organizacije (mladinske organizacije, dijaške sekcije, klubi študentov ...) (12, 13, 14).

Največ anketiranih učencev je kot vzrok za začetek kajenja navedlo radovednost (61,1%). Sledijo učenci, ki so začeli kaditi po naključju. Kar nekaj jih je začelo kaditi zaradi napetosti oziroma preobremenjenosti. Ostalih 5,6% je navedlo drugo možnost. Zanimiv je podatek, da noben anketiranec ni začel kaditi zaradi vpliva prijateljev. Glavni razlog za začetek kajenja je radovednost, najbrž zaradi pomanjkljive zdravstvene vzgoje o škodljivih vplivih kajenja. Za učence, ki so začeli kaditi po naključju, predvidevam, da nimajo pravilno organiziranih aktivnosti v prostem času. Kar nekaj jih meni, da so začeli kaditi, ker so napeti oz. preobremenjeni, morda zaradi šole, ali pa preprosto podležejo pritisku staršev. Za primerjavo lahko iz ankete Stergarjeve iz leta 1991 ugotovimo, da je dobra tretjina kot glavni vzrok za začetek kajenja navedla radovednost. Prav tako je bila radovednost glavni vzrok za začetek kajenja med osnovnošolci v Kamniku z deležem 61,9%, ki je skoraj identičen našemu. Anketa je bila opravljena leta 2004 v občini Kamnik (32).

Dobra polovica (56,3%) osnovnošolcev pokadi manj kot eno cigareto na dan. 18,8% učencev pokadi od 2 do 5 cigaret dnevno. Enak odstotek (6,3%) je pri štirih odgovorih: eno cigareto, od 6 do 10, od 11 do 20 in več kot 20 cigaret. Večina kadi priložnostno, kar je razvidno iz visokega deleža kajenja manj kot ene cigarete dnevno. Skrb vzbujajoč je podatek, da 6,3% osnovnošolcev pokadi od 11 do 20 oziroma več kot 20 cigaret dnevno. Ko govorimo o majhnem številu pokajenih cigaret, je treba upoštevati dejstvo, da je nikotin psihoaktivna snov, na katero se organizem kadilca navadi in težko shaja brez njega. Zaradi potrebe po nikotinu se nenehno povečuje število pokajenih cigaret. Tako se iz majhnega števila pokajenih cigaret prej ali slej razvije zasvojenost, ko oseba ne more več ostati pri nekaj cigaretah dnevno ali brez cigaret. Ponavadi pride do tega pri prehodu mladostnika iz osnovne v srednjo šolo.

Na vprašanje; kako ponavadi prideš do svojih cigaret, je 5,3% osnovnošolcev odgovorilo, da jih dobijo od prijateljev. Visok procent (29,4%) osnovnošolcev ukrade cigarete staršem, bratu ali sestri. 5,9% osnovnošolcev pridobi cigarete z nakupom v trafiki ali trgovini, in sicer tako, da denar nekomu za nakup le-teh, ali pa si jih izposodi od koga. Ostali (17,7%) dobijo cigarete na drug način.

Zanimiv je podatek raziskave GYTS 2007, izvedene tudi v Sloveniji. Po rezultatih te raziskave kar 71,3% mladostnikov kupi cigarete v trgovini ali trafiki, kar se ne ujema z našim deležem, ki je le 5,9%. Visok delež pojasnjujejo kot posledico Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, ki od leta 2003 prepoveduje prodajo tobačnih izdelkov na avtomatih in zunaj izvorne embalaže proizvajalca. Menimo, da je naš delež nizek zaradi Zakona o prepovedi prodaje tobačnih izdelkov mlajšim od 18 let. Dejstvo je, da nekateri učenci cigarete ukradejo ali si jih sposodijo, ker se ne želijo izpostavljati pred trgovci. Zanimivo vprašanje je koliko prodajalcev, gostilničarjev upošteva tobačni zakon oz. od kod mladostniki dobijo cigarete, če jih je največ odgovorilo, da dobijo cigarete od prijateljev (13).

Največ (38,9%) osnovnošolcev kadi priložnostno na privatnih zabavah. Veliko (22,2%) jih kadi kar doma oziroma doma pri prijatelju (16,7%). 11,1% jih kadi na javnih mestih kot so parki, ceste oz. na drugih mestih. 71,4% anketirancev iz raziskave GYTS se strinja s prepovedjo kajenja na javnih mestih kot so šole, igrišča, telovadnice (13)...

Večino anketirancev (55,6%) so pritegnili h kajenju prijatelji oziroma sošolci. Najbrž so prijatelji le neposreden vzrok za začetek kajenja, saj je iz šestega vprašanja v anketi razvidno, da nobeden anketiranec ni začel kaditi zaradi vpliva prijateljev. Kot vzrok za začetek kajenja so anketiranci večinoma navedli radovednost. V tej starostni dobi igrajo prijatelji veliko vlogo, prav tako pripadnost neki skupini. 16,7% osnovnošolcev je h kajenju pritegnil partner. V tem primeru je razviden strah pred izgubo partnerja. Enak delež anketirancev (16,7%) je navedel, da jih je h kajenju pritegnil nekdo drug, ki ni naštet med odgovori pri vprašanju. Približno desetino (11,1%) učencev je pritegnil h kajenju starejši brat oziroma sestra. Redko kateri mladostnik prižge cigareto sam. Poskusi kajenja se praviloma dogajajo v družbi. Prva ponujena cigareta je najpogosteje vrstnikova. Starost ob iniciaciji (ob prvi pokajeni cigareti) je v obdobju od 10 do 14 let. V tem starostnem obdobju so mladostnikom dosegljivi pedagoški in zdravstveni delavci ter ostale službe, ki jih lahko pripravijo na soočanje s socialnim pritiskom sovrstnikov.

Le dobra tretjina anketirancev občuti ob kajenju slabo vest (33%) in strah pred zdravstvenimi posledicami (27,8%). Kljub slabi vesti in strahom pred zdravstvenimi posledicami mladostniki še vedno kadijo. Morda bodo opustili kajenje zaradi strahu pred boleznimi, ki so posledica kajenja in občutka slabe vesti. 22,2% kadilcev ni obremenjenih z zdravstvenimi posledicami in kadijo zaradi lastnega zadovoljstva in užitka. Nekatere cigarete sproščajo, umirjajo (16,7%) ali jih odklopijo od trenutne situacije (11,1%). Mladostnike je potrebno seznaniti z kratkoročnimi škodljivimi posledicami kajenja tobaka na zdravje, jih motivirati za zdrave izbire in aktivnosti, ki človeka sprostijo ali umirijo, kot so sprehod, ukvarjanje s športom, druženje s prijatelji ipd.

Večina staršev ne ve, da njihovi otroci kadijo, kar je razvidno iz odgovorov na vprašanje; kakšna bi bila reakcija staršev, če bi izvedeli, da kadijo. 55,6% učencev je odgovorilo, da bi bili starši ogorčeni in bi zaradi kajenja dobili vzgojni ukrep. 5,6% učencev pravi, da bi bilo staršem vseeno oz. da bi odobraval kajenje. Menim, da so starši, ki odobravajo kajenje svojih otrok, zdravstveno neosveščeni. Približno tretjina (33,3%) učencev ne ve, kako bi reagirali starši, če bi izvedeli, da kadijo.

Med osnovnošolci, ki občasno ali redno kadijo, je enak delež kadilcev pri očetih in materah (27,8%). Med osnovnošolci nekadilci je nižji delež kadilcev tako pri očetih (13,1%) kot pri materah (9,5%). Vendar je tudi pri nekadilcih v družini kar 17,9% staršev, kjer oba kadita. Zaradi Hi-kvadrat testa smo morali odgovore združiti. Iz grafa št. 11 je razvidno, da nekadilci izhajajo iz družin, kjer 40,5% staršev kadi. V družinah občasnih in rednih kadilcev je med starši več kadilcev (55,6%). To je zaskrbljujoč podatek za zdravje učencev in njihov odnos do kajenja cigaret nasploh. Starši se morajo zavedati, da imajo v tem obdobju velik vpliv na kadilske navade otrok. Menim, da je potrebno starše osvestiti o nevarnih posledicah tobačnega dima, ki ga vdihujejo otroci in preostali člani družine, če le-ti kadijo v njihovi prisotnosti. Tudi v raziskavi GYTS 2007 je 46,5% anketirancev odgovorilo, da živijo v tobačnem dimu enega ali obeh staršev (13).

Delovno hipotezo št. 2, ki trdi, da osnovnošolci, ki kadijo po večini izhajajo iz kadilskih družin, lahko zavrnamo, kajti statistično pomembne povezave med kajenjem osnovnošolcev in kajenjem v družini ni.

Iz vprašanja »Približno koliko tvojih prijateljev oz. prijateljic kadi?« je razvidno, da se vsi kadilci družijo s prijatelji, ki po večini kadijo, ali jih kadi samo nekaj. Občasni in redni kadilci se gibljejo v družbi, kjer kadi večina (27,8%). Približno polovica (11,1%), samo nekateri (61,1%). Zanimivo je, da se nobeden kadilec ne družijo samo s prijatelji nekadilci. Zelo malo nekadilcev (2,4%) se zadržuje v krogu prijateljev, kjer je večina kadilcev. 44,1% nekadilcev ima v krogu prijateljev nekaj kadilcev. Večina nekadilcev (53,6%) prijateljuje z družbo, kjer nobeden ne kadi. Graf št. 12 je bil prav tako združen zaradi analiziranja s Hi-kvadrat testom.

Mednarodna raziskava o kajenju med mladostniki v Sloveniji, GYTS 2007, prav tako ugotavlja, da si mladi, ki kadijo, izbirajo družbo in prijatelje, ki kadijo. Do enakih zaključkov je prišla tudi raziskava, opravljena v Kamniku (2004) (13, 32).

Delovno hipotezo št. 3, ki trdi, da si osnovnošolci, ki kadijo izbirajo družbo in prijatelje prav tako kadilce, lahko sprejmemo, saj vsi kadilci prijateljujejo z družbo, ki po večini kadi.

Anketirani osnovnošolci, ki ne kadijo, po večini menijo, da je kajenje zdravju škodljivo. Le 2,4% nekadilcev meni, da kajenje ni škodljivo, ostali (1,2%) tega ne vedo. Večina kadilcev (83,3%) prav tako meni, da je kajenje zdravju škodljivo. Skrb zbujajoč je podatek, da kar 11,1% kadilcev meni, da kajenje ne vpliva na zdravje, kar nekaj (5,6%) pa jih tega ne ve.

Najpogostejši vir informacij o škodljivih vplivih kajenja so za osnovnošolce starši. Kar 30,6% nekadilcev pridobi informacije doma. Velik delež (27,1%) učencev nekadilcev je pridobilo koristne informacije preko svetovnega spleta, televizije, časopisa. Vzpodbudno je dejstvo, da so učenci samoiniciativni in poizvedujejo o kajenju preko svetovnega spleta. Nekaj manj nekadilcev (21,2%) se je seznanilo s koristnimi informacijami v šoli preko učiteljev. Relativno majhen delež (14,1%) učencev, ki ne kadijo, je prišel do informacij preko zdravstvenega osebja. Za uspešno in učinkovito izvajanje preventive na vseh ravneh je potrebno spodbuditi zdravstveno osebje za načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene vzgoje v sodelovanju z zaposlenimi na šoli.

Na iste načine in s podobnimi deleži informacije pridobijo tudi občasni in redni kadilci. 22,2% kadilcev pridobi informacije od zdravstvenega osebja. Le 5,6% kadilcev se poslužuje informacij v šoli.

Anketa o kajenju na Srednji zdravstveni šoli v Ljubljani (1998) je ugotovila, da dobijo dijaki največ informacij preko medijev (38,4%) in od učiteljev (25,7%). Za razliko od naše raziskave, so v tej starši na tretjem mestu s 17,0%; 13,1% učencem posreduje informacije zdravstveno osebje. Iz drugih virov (knjige, revije) pa informacije o posledicah kajenja pridobi 5,8% anketirancev.

Doma so osnovnošolci v veliki meri izpostavljeni pasivnemu kajenju, saj je 23,5% nekadilcev in 38,9% občnih in rednih kadilcev odgovorilo, da se v njihovi bližini kadi skoraj vsak dan. Večina nekadilcev (64,7%) pravi, da kadijo v njihovi navzočnosti včasih, prav tako meni tudi 55,6% občnih in rednih kadilcev. 11,8% nekadilcev in 5,6% kadilcev se ne zadržuje v bližini kadilcev. Tobačni dim iz okolja je resna nevarnost za zdravje mladostnikov. Nekadilci, ki so izpostavljeni, absorbirajo nikotin in druge snovi enako kot kadilci in jih kopičijo v telesu. Obstajajo zakonski ukrepi za zaščito otrok pred tobačnim dimom, ki veljajo za šole in

javne ustanove, vendar ti ukrepi ne vplivajo na glavni vir njihove izpostavljenosti tobačnemu dimu, kar pa je njihov dom. Problem nastane, ko otroci nimajo možnosti zapustiti sobe, polne dima, npr.: dojenčki, nekateri otroci se bojijo vprašati, drugim ni dovoljeno oditi, tudi če bi želeli, in tako se počasi zastrupljajo s cigaretnim dimom drugih. Posebno odgovornost glede preprečevanja pasivnega kajenja med otroci in mladostniki imajo zdravstveni delavci, ker se omejevanja kajenja na domovih ne da urediti z zakonodajo. Zato je zelo pomembno osveščanje staršev, npr. v šoli za starše, ob sistematskih pregledih otrok...

Inštitut za varovanje zdravja RS je leta 2006 opravil raziskavo o obsegu pasivnega kajenja med odraslimi (polnoletnimi) prebivalci Slovenije. Večina odraslih (73,9%) ne kadi, ko so v sobi z otrokom. 11,4% jih pokadi manj cigaret kot običajno, 3,4% pa toliko kot običajno.

Pri večini raziskav so prišli do zaključka, da se kadilci manj ukvarjajo s športom in telesno aktivnostjo kot nekadilci. Naša raziskava nam je pokazala, da je zelo majhna razlika med nekadilci in kadilci glede aktivnega ukvarjanja s športom. 62,4% nekadilcev in 61,1% občasnih in rednih kadilcev se aktivno ukvarja s športom. Izvedeli smo tudi, da se največ fantov ukvarja z nogometom, saj je nogomet zelo popularen v občini Lendava. Dekleta pa v večini trenirajo odbojko in badminton. Ostali učenci dajejo prednost pasivnim oblikam preživljanja prostega časa, kot so poslušanje glasbe, igranje video iger, gledanje televizije. Vprašanje je, ali so kadilci prav tako uspešni pri športnih dejavnostih kot nekadilci, glede na dejstvo, da imajo kadilci zmanjšane telesne sposobnosti, nižjo vzdržljivost, hitreje odpovejo v telesno napornih dejavnostih, imajo višji utrip srca v mirovanju, kajti srce opravlja težje delo pri črpanju krvi. Pomembno vlogo pri osveščanju o škodljivih vplivih kajenja in spodbujanju k zdravemu življenjskemu slogu imajo tudi učitelji telesne vzgoje in trenerji.

Delovno hipotezo št. 4, ki trdi, da se osnovnošolci, ki kadijo manj ukvarjajo aktivno s športom kot nekadilci, lahko zavrnamo, kajti rezultati ne kažejo statistično pomembne povezave med nekadilci in kadilci glede aktivnega ukvarjanja s športom.

Osnovnošolci so relativno dobro seznanjeni z negativnimi posledicami kajenja. Večina osnovnošolcev pozna negativne posledice kajenja kot so pljučni rak, okvara dihal, odvisnost, kašelj. Večina osnovnošolcev navaja kot glavno posledico kajenja pljučni rak (95,3% nekadilcev in 88,9% kadilcev). Okvaro dihal s kajenjem povezuje 64,7% nekadilcev in 66,7% kadilcev. Bolezni srca, ožilja in bolezni prebavil osnovnošolci ne povezujejo s kajenjem cigaret v veliki meri, saj je skupen delež učencev, ki so seznanjeni s kardiovaskularnimi boleznimi le 35,9%, še manjši je delež (13,6%) pri seznanjenosti z boleznimi prebavil. Osnovnošolci dobro poznajo tudi manj specifične posledice kajenja kot so porumenelost zob in staranje kože, kar je razvidno iz Tabele št. 3. Do podobnih rezultatov je prišla tudi raziskava, ki je bila narejena med osnovnošolci v občini Kamnik leta 2004, saj kar 89,8% učencev v glavnem pozna škodljive vplive kajenja (32).

Na vprašanje »Ali meniš, da si dovolj seznanjen o škodljivih vplivih kajenja?« je večina nekadilcev (68,2%) odgovorila z 'da'. Polovica kadilcev prav tako meni, da je dovolj seznanjena o škodljivih vplivih kajenja in ne potrebuje več dodatnega znanja. Nekaj (5,9%) nekadilcev je mnenja, da bi lahko pridobili še nekaj dodatnega znanja, kot tudi približno desetina (11,1%) kadilcev. Ostali anketiranci niso povsem prepričani glede lastnega znanja o negativnih posledicah kajenja. Skoraj stodontoten delež (92,7%) anketiranih na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana (1998) je mnenja, da so dovolj seznanjeni o škodljivih posledicah kajenja. Menim, da je delež v slednji raziskavi višji zaradi vpliva zdravstvene stroke.



V raziskavi, opravljeni v Kamniku (2004), jih kar dobra tretjina (38,3%) meni, da se v šoli premalo govori o kajenju (32).

Ne samo tistim, ki menijo, da niso dovolj seznanjeni o škodljivih vplivih kajenja, pač pa nikomur ne škodi še nekaj dodatnega znanja.

Menim, da kajenje ne igra pomembne vloge pri šolskem uspehu osnovnošolcev. Povprečni šolski uspeh nekadilcev je 4,5, kadilcev pa 4,4. V preteklem šolskem letu je bilo med osnovnošolci celo več kadilcev (38,9%) kot nekadilcev (24,7%) odličnih. Med nekadilci je bilo več učencev s prav dobrih uspehom. Z dobrim šolskim uspehom je v preteklem šolskem letu izdelala razred približno tretjina kadilcev kot tudi nekadilcev. Z zadostnim šolskim uspehom je napredovalo v višji razred 8,2% nekadilcev in 11,1% kadilcev. Razred je ponavljal en učenec, kar je 1,2% učencev, ki ne kadijo.

Raziskava ugotavlja, da so občasni in redni kadilci manj zadovoljni sami s sabo. Zelo zadovoljni nekadilci predstavljajo dobro polovico učencev (51,2%), srednje zadovoljnih z lastno samopodobo je 41,7% in nezadovoljnih 7,1% nekadilcev. Veliko manj (27,8%) je tistih kadilcev, ki so zelo zadovoljni sami s sabo. Največ kadilcev (55,6%) ima dobro mnenje o sebi in so srednje zadovoljni. Kar 16,7% je tistih kadilcev, ki niso zadovoljni z lastno samopodobo.

V raziskavi, ki je bila opravljena v Kamniku (leta 2004) med osnovnošolci, na zastavljeno trditev 'gledano v celoti sem zadovoljen/a s sabo', odgovarja 'popolnoma se strinjam ali samo strinjam se' večina 15-letnikov, ki ne kadi. Kadilci, ki so kadili 5x ali večkrat, se po večini ne strinjajo s trditvijo, kar pomeni, da gojijo v večini manj pozitivne občutke do samega sebe (32).

Glede na statistično analizo rezultatov in testiranje domnev s Hi-kvadrat testom lahko sprejmemo:

Hipoteza 3: Osnovnošolci, ki kadijo tobak, si izbirajo družbo in prijatelje, ki so prav tako kadilci. (Hi-kvadrat: 1,00)

Zavrnjene hipoteze so:

Hipoteza 1: Med devetošolci je več kadilcev tobaka kot med osmošolci, prav tako so večinoma kadilci v osnovni šoli fantje. (Hi-kvadrat: /)

Hipoteza 2: Osnovnošolci, ki kadijo tobak, po večini izhajajo iz kadilskih družin. (Hi-kvadrat: 0,181 )

Hipoteza 4: Osnovnošolci, ki kadijo tobak, se manj aktivno ukvarjajo s športom kot vrstniki nekadilci. (Hi-kvadrat: 0,561)

## 11 ZAKLJUČNE UGOTOVITVE

Raziskava je pokazala, da je kajenje tobaka med osnovnošolci na DOŠ I Lendava prisotno. Iz različnih raziskav je razvidno, da v zadnjih letih število kadilcev med mladostniki upada. Z anketo smo želeli ugotoviti ali se tisti učenci, ki kadijo, razlikujejo od ostalih.

Najpomembnejše ugotovitve, iz raziskave Razširjenost in odnos do kajenja med osnovnošolci v občini Lendava, so:

- Skoraj polovica učencev osmih in devetih razredov je že poskusila kaditi cigarete.
- Na DOŠ I Lendava je med anketiranci 10,6% občasnih in 6,8% rednih kadilcev.
- Fantje začnejo kaditi prej kot dekleta.
- Med dekleti je več občasnih in rednih kadilk kot kadilcev med fanti.
- Večina osnovnošolcev navaja kot vzrok za začetek kajenja radovednost.
- Dobra polovica kadilcev pokadi manj kot eno cigareto dnevno.
- Večina kadilcev cigarete dobi od prijateljev ali jih ukrade staršem, bratu, sestri.
- Kajenje staršev ni v veliki meri povezano s kajenjem osnovnošolcev.
- Kadilci se gibljejo v krogu prijateljev, kjer jih večina oziroma samo nekaj kadi.
- Velika večina osnovnošolcev meni, da je kajenje cigaret zdravju škodljivo.
- Osnovnošolci so velikokrat izpostavljeni pasivnemu kajenju doma.
- Glavni vir informiranja osnovnošolcev o škodljivih vplivih kajenja so starši.
- Med nekadilci in kadilci (občasnimi in rednimi) ni pomembne statistične razlike glede aktivnega ukvarjanja s športom.
- Kajenje ne vpliva na šolski uspeh.
- Občasni in redni kadilci so manj zadovoljni z lastno samopodobo kot nekadilci.

Predlogi, ki bi morda pripomogli k zmanjšanju kajenja tobaka na DOŠ I Lendava kakor tudi do zmanjšanja kajenja drugih mladostnikov:

- S promocijo zdravja za zdrav življenjski slog brez kajenja tobaka naj bi začeli zelo zgodaj, še pred eksperimentiranjem. To bomo dosegli s podporo javnosti, ki mora sprejeti nekajenje kot vrednoto in z vzgojo staršev, ki so otrokovi prvi neformalni vzgojitelji. Pomemben vpliv pri promociji zdravja imajo učitelji in svetovalni delavci, saj se le-ti vsakodnevno srečujejo z učenci ter zdravstveni delavci, ker je njihova poglavitna naloga vzgoja za zdravje in zdravstvena vzgoja. Želimo, da bi kontinuirano vzpodbujali in promovirali življenje brez cigarete, posredovali navodila in pojasnjevali posledičnost kajenja, ob tem pa podobo nekadilca pozitivno obravnavali in bili za vzgled. Medicinska sestra z zdravnikom mora zdravstveno-vzgojno dejavnostjo izvajati v zdravstvenem domu, kakor tudi na šoli, še posebej pa seznanjati starše in učitelje z zdravstveno-vzgojnim delom, saj imajo le-ti največ stika z mladostnikom.
- Mlade je potrebno usmeriti predvsem v učenje veščin, s katerimi bodo krepili lastno samopodobo, saj se bodo z veliko mero samospoštovanja lažje postavili zase in ne bodo odvisni in pod vplivom drugih oseb.
- Dvojezična osnovna šola I Lendava spada v Slovensko mrežo zdravih šol, kar pomeni, da so se šole zavezale k spodbujanju zdravja in dobrega počutja učencev in vseh zaposlenih ter zagotavljanju varnega okolja. Šole, ki spadajo v mrežo zdravih šol, lahko veliko naredijo glede preventive kajenja cigaret, saj imajo šolski formalni in neformalni učni načrti zdravstvene vzgoje. Pomembna je tudi povezava med šolo in skupnostjo, še posebej s starši in dobri medsebojni odnosi v šoli. S takšno opredelitvijo zdrave šole in z interdisciplinarnim sodelovanjem strokovnjakov, z vztrajnostjo in ob podpori javnosti lahko pričakujemo uspeh v borbi proti kajenju med mladimi.

- Mladostnike je potrebno navajati na zdrav življenjski slog in omejevati pasivne oblike preživljanja prostega časa. Zato je smiselno pri mladih usmerjati njihovo pozornost k nečemu drugemu (k športu, h kulturi, k različnim oblikam prostovoljnega dela), jim ponuditi nekaj zanimivega, prijetnega.
- Pomembni so programi za odvajanje od kajenja, prilagojeni mladim. Programi naj se izvajajo v zdravstvenih domovih, šolah, temeljijo pa naj na individualnih pogovorih, delavnicah ali delu v skupinah.
- Pristojne službe naj še naprej opravljajo strog nadzor nad izvajanjem Zakona o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov v vseh točkah, saj le-ta pripomore k zmanjšanju kadičev med mladimi.
- SZO navaja šest učinkovitih pristopov za zmanjševanje rabe tobaka, in sicer:
  - spremljanje obsega rabe tobaka in ukrepov za nadzor nad tobakom;
  - zaščita pred tobačnim dimom;
  - pomoč pri opuščanju kajenja;
  - ozaveščanje in obveščanje o škodljivostih in nevarnostih rabe tobaka;
  - prepovedi oglaševanja, promocije in sponzorstev in
  - višja obdavčitev tobačnih izdelkov.

V Sloveniji je bil v zadnjih letih narejen ogromen napredek glede izobraževanja o škodljivosti kajenja tobaka in pripravi programov, ki so prilagojeni mladim. Vendar nikoli ni dovolj, tako da je potrebno nenehno izboljševanje in izpopolnjevanje programov, ki vodijo k manjši razširjenosti kajenja. Kljub temu, da z veliko raziskavami in študijami pridemo do novih spoznanj, odgovorov na nekatera vprašanja, ostaja problematika kajenja med osnovnošolci še vedno odprto vprašanje. Jasno je, da mladi težko opustijo kajenje cigaret, saj so dejavniki, vplivi zelo prepleteni. Zato je pomembno, da v čim večji meri seznanimo otroke in mladostnike o škodljivosti kajenja s promocijo zdravja. Žal velikokrat to ne zadošča, zato je potrebno zdraviti odvisnost od kajenja.

## SEZNAM VIROV

1. *Guid N. Kajenje ogroža naše zdravje. In: Spodbujajmo nekajenje! Priročnik za učiteljice in učitelje v osnovnih šolah. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2000: 12–16.*
2. *Albreht T. Kajenje je eden najboljšežnejših javnozdravstvenih problemov. [www.ivz.si/javne\\_datoteke/.../515-Kajenje\\_splosnipodatki\\_SDBT2005.DOC](http://www.ivz.si/javne_datoteke/.../515-Kajenje_splosnipodatki_SDBT2005.DOC) <2005>.*
3. *Albreht T. Tobak kot javnozdravstveni problem. <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=998> <2008>.*
4. *Končnik Goršič N. Moj otrok odrasča. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2004.*
5. *Tomori M. Problematično pitje v adolescenci – možna napoved sindroma odvisnosti od alkohola. *Viceversa* 1995; 9: 1–8.*
6. *Vodnjov M., Bracar Štrukelj P., Weibl B. Zdravstvena vzgoja šolskih otrok in mladine na primarni ravni zdravstvenega varstva včeraj, danes, jutri. *Zdrav Var* 1995; 34: 405–409*
7. *Ministrstvo za zdravje RS. Zgodovina tobaka. [www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_09/Zgodovina\\_tobaka.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Zgodovina_tobaka.doc) <2008>.*
8. *Kristan S. Kaditi ali ne kaditi-to je zdaj vprašanje, Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport, 1994: 18-20, 38-41, 49-54.*
9. *Turel M. Škodljivi vplivi kajenja na zdravje. In: Štabuc B, XII. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«: Kajenje in rak, Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Onkološki inštitut, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2004: 22–27.*
10. *Koprivnikar H. Pasivno kajenje. <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=918> <2006>.*
11. *Pečar K. Kajenje pri mladostnikih: vzorci vedenja, ekonomski in zdravstveni vidiki [magistrsko delo]. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 2008.*
12. *Stergar E. Razširjenost kajenja med slovenskimi mladostniki v obdobju 1995 – 2007 <http://www.zzv-ravne.si/pdf/ZBORNIK-TOBAKA08.pdf> <2008>.*
13. *Juričič M. Svetovna raziskava odnosa mladih do tobaka (GYTS) <http://www.zzv-ravne.si/pdf/ZBORNIK-TOBAKA08.pdf> <2008>.*
14. *Bajt M, Koprivnikar H. Razširjenost rabe tobaka med 11, 13 in 15-letniki v Sloveniji, raziskava Hbsc Slovenija 2006 in 2002: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju <http://www.zzv-ravne.si/pdf/ZBORNIK-TOBAKA08.pdf> <2008>.*
15. *Tavčar N. Raziskovanje razširjenosti kajenja med devetošolci v Občini Sežana v šolskem letu 2005/2006 [diplomsko delo]. Izola: Visoka šola za zdravstvo Izola, Univerza na Primorskem, 2006.*

16. Vičič A. *Psihološke karakteristike mladostnikov*.  
[http://www.kosarka-fakultetazasport.com/dokumenti/gradiva/BFrvicic\\_psihicne%20znacilnosti%20mladostnikov.doc](http://www.kosarka-fakultetazasport.com/dokumenti/gradiva/BFrvicic_psihicne%20znacilnosti%20mladostnikov.doc) <2008>.
17. Čeh F. *Kajenje pri mladih*. In: Štabuc B, XII. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«: *Kajenje in rak*, Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Onkološki inštitut, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2004: 74–78
18. Čuk J. *Zdrave navade in razvade*. In: *Spodbujajmo nekajenje! Priročnik za učiteljice in učitelje v osnovnih šolah*. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2000: 4–9.
19. Rus-Makovec M. *Zakaj začnemo kaditi*. In: Štabuc B, XII. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«: *Kajenje in rak*, Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Onkološki inštitut, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2004: 28–35.
20. Zaletel – Kragelj L, Eržen I, Premik M. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007: 94-102, 108-110, 240-262, 302-310, 342-360.
21. Rus-Makovec M. *O kajenju*.  
[www.ivz.si/javne\\_datoteke/datoteke/1556-DR\\_MAJA\\_RUS\\_MAKOVEC.pdf](http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1556-DR_MAJA_RUS_MAKOVEC.pdf) <2008>.
22. Tomori M. *Mladostnik in droga-tvegano iskanje*. In: *Namesto koga roža cveti. O problemih uničevalnosti in samouničevalnosti na Slovenskem*. Ljubljana: Mediana d.o.o 1995: 48-67.
23. Breznikar B. *Ali boš cigareto? Zakaj pa?! In: Spodbujajmo nekajenje! Priročnik za učiteljice in učitelje v osnovnih šolah*. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2000: 38–42.
24. Hoyer S. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo 2005: 2-14, 15-25, 38-39, 59-62, 78-82, 148-178, 180-190, 193-199.
25. ICN. *Proti zlorabi opojnih snovi pri mladih. Mednarodni dan medicinskih sester 1997*. *Obzor Zdr N 1997*; 31(3-4): 89–96
26. Maslo M. *Vloga medicinske sestre – profesorja zdravstvene vzgoje pri oblikovanju stališč o drogah med slovenskimi osmošolci zdravih in drugih šol*. *Obzor Zdr N 1996*; 30: 97–108
27. Jurkušek D. *Mednarodni projekt Zdrava šola*.  
[http://www.cufar.si/index.php?option=com\\_content&view=article&id=198:mednarodni-projekt-zdrava-ola&catid=40:obvestila&Itemid=67](http://www.cufar.si/index.php?option=com_content&view=article&id=198:mednarodni-projekt-zdrava-ola&catid=40:obvestila&Itemid=67) <2009>.
28. Inštitut za varovanje zdravja RS. *Širili smo Slovensko mrežo zdravih šol – III. krog*.  
<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1718> <2009>.
29. Inštitut za varovanje zdravja RS. *Projekt Slovenske mreže zdravih šol*.  
<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=558> <2008>.

30. *Koprivnikar H. Učinkovitost programov preprečevanja kajenja v šolskem okolju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS. Center za promocijo zdravja, 2009*
31. *CINDI Slovenija. Programi opuščanja kajenja. [www.ivz.si/.../1855-CINDI-c-programicopuscanjacakajenja2009.doc](http://www.ivz.si/.../1855-CINDI-c-programicopuscanjacakajenja2009.doc) <2009>.*
32. *Cerar M, Hoyer S. Kajenje med osnovnošolci v Občini Kamnik. Obzor Zdr N 2004; 38(4):333–338*

## **SEZNAM KRATIC**

- CINDI: Contrywide Integrated Noncommunicable diseases intervenion Programme – mednarodni integrirani interventni program za preprečevanje kroničnih bolezni.
- ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – evropska raziskava o razširjenosti alkohola in preostalih drog med mladino.
- GYTS: Global Youth Tobacco Survey – raziskava o odnosu mladih do tobaka.
- HBSC: Health Behaviour in School - Aged Children – z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju.

## **SEZNAM PRILOG**

Priloga 1 – anketni vprašalnik

Priloga 2 – CD medij diplomske naloge (Word)



Priloga 1 – anketni vprašalnik: Razširjenost in odnos do kajenja tobaka med osnovnošolci v občini Lendava

### **Spoštovani učenec, učenka!**

Pozdravljen/a, moje ime je Denis Kontrec in sem absolvent Visoke šole za zdravstvo Izola. Odgovori na vprašanja mi bodo v pomoč pri diplomski nalogi, s katero želim ugotoviti razširjenost kajenja med osmošolci in devetošolci in njihov odnos do le-tega. Vprašalnik, na katerega boš odgovarjal/a, je popolnoma anonimen, tako da se ne boš nikjer podpisal/a in nihče ne bo vedel, da si ga ti izpolnil/a.

Vprašalnik izpolnjuješ tako, da obkrožiš črko pred odgovorom, kateri se navezuje nate, ali pa napišeš svoj odgovor. **Hvala za iskrene odgovore!**

**1. Spol:**

- a) moški
- b) ženski

**2. V kateri razred hodiš?**

- a) osmi
- b) deveti

**3. Ali si že kdaj poskusil/a kaditi cigarete?**

- a) da
- b) ne

**4. Kako pogosto kadiš cigarete?**

- a) kadil/a sem samo enkrat v življenju
- b) vsak dan
- c) vsaj enkrat tedensko, vendar ne vsak dan
- d) ob priložnostih (zunaj v družbi, na rojstnih dnevih...)
- e) ne kadim

**PREBERI!**

**Izpusti vprašanja od 5. do 12., če še nisi kadil/a cigarete. in nadaljuj z odgovarjanjem na 13. vprašanje!**

**5. Koliko si bil/a star/a, ko si prvič poskusil/a kaditi cigarete?**

- a) 7 let
- b) 8 ali 9 let
- c) 10 ali 11 let
- d) 12 ali 13 let
- e) 14 ali 15 let

**6. Zakaj si začel/a kaditi cigarete?**

- a) iz radovednost
- b) zaradi vpliva sošolcev oz. prijateljev
- c) zato, da bi se počutil/a odraslo/a

- d) zaradi napetosti oz. preobremenjenosti
- e) zaradi vpliva medijev ( Tv, internet, časopisi...)
- f) po naključju
- g) drugo (napiši): .....

**7. Koliko cigaret pokadiš dnevno?**

- a) manj kot eno cigareto
- b) eno cigareto
- c) od 2 do 5 cigaret
- d) od 6 do 10 cigaret
- e) od 11 do 20 cigaret
- f) več kot 20 cigaret

**8. Kako ponavadi prideš do svojih cigaret?**

- a) kupim jih v trafiki ali trgovini
- b) dam denar nekomu, da ji kupi zame
- c) sposodim si jih od nekoga drugega
- d) ukradem jih (bratu, sestri, staršem)
- e) dobim jih od prijateljev
- f) drugo (napiši): .....

**9. Kje ponavadi kadiš?**

- a) doma
- b) na privatnih zabavah
- c) v šolskih prostorih med odmorom
- d) zunaj šolskih prostorov med odmori
- e) na javnih mestih (cestah, parkih...)
- f) pri prijatelju doma
- g) drugo (napiši): .....

**10. Kdo te je pritegnil h kajenju?**

- a) prijatelji oz. sošolci
- b) fant oz. dekle
- c) starši
- d) starejši brat, sestra
- e) kdo drugi (napiši): .....

**11. Kaj občutiš ob kajenju (možnih več odgovorov) ?**

- a) zadovoljstvo, užitek
- b) odklop od trenutne situacije
- c) sprostitvev, umiritev
- d) slabo vest
- e) strah pred zdravstvenimi posledicami

**12. Kakšna bi bila reakcija staršev, če bi izvedeli, da kadiš?**

- a) bila bi ogorčena in dobil/a bi vzgojni ukrep
- b) bilo bi jim vseeno
- c) odobraval/a bi
- d) ne vem

**Od tukaj naprej odgovarjajo vsi!****13. Ali tvoji starši (skrbniki) kadijo?**

- a) nobeden
- b) oba
- c) oče (skrbnik)
- d) mati (skrbnica)

**14. Približno koliko tvojih prijateljev oz. prijateljic kadi?**

- a) večina
- b) približno polovica
- c) samo nekateri
- d) nihče

**15. Ali meniš, da je kajenje cigaret zdravju škodljivo?**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

**16. Kdo ti posreduje največ informacij o škodljivih vplivih kajenja?**

- a) starši
- b) učitelji v šoli
- c) zdravstveno osebje
- d) mediji (televizija, časopisi, internet)
- e) drugo (napiši): .....

**17. Kako pogosto ljudje, zunaj oz. doma, kadijo v tvoji navzočnosti?**

- a) skoraj vsak dan
- b) včasih
- c) nikoli

**18. Ali se aktivno ukvarjaš s kakšnim športom?**

- a) da, (s katerim): .....
- b) ne

**19. Za katere negativne posledice kajenja si že slišal (možnih več odgovorov)?**

- |                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| a) okvare dihal           | e) staranje kože    |
| b) pljučni rak            | f) odvisnost        |
| c) bolezni srca in ožilja | g) porumenelost zob |
| d) bolezni prebavil       | h) kašelj           |

**20. Ali meniš, da si dovolj seznanjen o škodljivih vplivih kajenja?**

- a) da
- b) ne
- c) ne vem

**21. Kakšen je bil tvoj šolski uspeh v prejšnjem šolskem letu?**

- a) odličen
- b) prav dober
- c) dober
- d) zadosten
- e) nezadosten

**22. Ali si zadovoljen/a z lastno samopodobo?**

- a) zelo sem zadovoljen/a
- b) srednje zadovoljen/a
- c) nisem zadovoljen/a

**23. Kaj bi svetoval ljudem, ki kadijo?**

---

---

---

Hvala za sodelovanje!