



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

**Zdrav življenjski slog v osnovni šoli – analiza stanja
(s poudarkom na duševnem zdravju, prehrani, gibanju, alkoholu
in tobaku)**

Analitsko poročilo

AVTORJI (abecedni red): Maja Bajt, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Andreja Drev, Matej Gregorič, Helena Jeriček Klanšček, Helena Koprivnikar, Vesna Pucelj, Saška Roškar, Nina Scagnetti, Vida Fajdiga Turk, Maja Zorko

UREDNIČE: Helena Jeriček Klanšček, Maja Bajt, Vesna Pucelj

DELOVNA VERZIJA

Ljubljana, avgust 2009

KAZALO

Uvod	4
Razvojne značilnosti otrok in mladih	5
Pomen šolskega okolja in vključevanja zdravja v kurikulum	7
Različni modeli vključevanja vsebin zdravja v šolsko okolje v izbranih evropskih državah	9
Življenjski slog	12
Pregled stanja na ključnih področjih	14
Duševno zdravje	14
Uvod	14
Rezultati raziskav s področja duševnega zdravja	14
Zaključek	16
Prehrana	18
Uvod	18
Rezultati raziskav s področja prehrane otrok in mladostnikov	18
Zaključek	21
Telesna teža	23
Uvod	23
Rezultati raziskav s področja telesne teže	23
Zaključek	25
Telesna dejavnost	28
Uvod	28
Raziskave o telesni dejavnosti otrok in mladostnikov v Sloveniji	29
Zaključek	31
Tobak	34
Uvod	34
Raziskave o kadilskih navadah slovenskih mladostnikov	35
Zaključek	37
Alkohol	40
Uvod	40
Rezultati mednarodnih raziskav s področja alkohola pri katerih sodeluje tudi Slovenija	40
Zaključek	42
Zaključek	45

Uvod

Otroci in mladi so praviloma bolj zdravi od ostalih starostnih skupin prebivalstva, zato njihovo zdravstveno stanje ne moremo meriti na isti način kot pri odraslih. Odstopanja od zdravja, bolezni se pri otrocih in mladih kažejo z drugačnimi znaki, imajo drugačne posledice in jih je treba meriti z drugačnimi kazalci. Vendar prav zaradi teh posebnosti, sodijo med bolj ranljive skupine in jih zato obravnavamo kot prednostna skupina v skrbi za zdravje.

Danes so zdravstvenimi problemi otrok in mladih povezani predvsem s posebnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja, ki vplivajo na njihovo telesno, duševno in socialno zdravje. Zaradi napredka medicine preživi veliko otrok z nizko porodno težo, prirojenimi nepravilnostmi, hudo akutno zboleli ali kronično bolni in tudi hudo poškodovani. Poleg teh bolezni in stanj, pesti mlado populacijo predvsem zboleznost, tesno vezana na »življenjski slog«, ki se pojavlja v soodvisnosti z družbenimi spremembami (Brcar, 2007). Nezdrav način življenja otrok in mladih se glede na zadnje raziskave kaže predvsem na področjih nezdravega preživljanja prostega časa, motenj prehranjevanja, debelosti in nezadostne telesne dejavnosti, zasvojenosti in zlorabe substanc, tveganega spolnega vedenja, zanemarjanja, trpinčenja in zlorabe ter motenj duševnega zdravja. Vse to lahko vpliva na učni uspeh, komunikacijo z vrstniki, starši in odraslimi, nizko pozitivno samopodobo, na razvoj depresivnosti in samomorilnosti (povzeto po Brcar, 2005).

V analizi smo se osredotočili samo na nekatera stanja, ki so povezana s življenjskim slogom mladih, in sicer duševno zdravje, zdrava prehrana, prekomerna telesna teža, uživanje alkohola in tobaka.

Razvojne značilnosti otrok in mladih

Obstajajo različne delitve in definicije človekovega razvoja. V pričujoči publikaciji bomo uporabili delitev razvojnih psihologov, ki delijo razvoj na osem razvojnih obdobj, in sicer prednatalno, obdobje dojenčka in malčka, zgodnje, srednje in pozno otroštvo, mladostništvo, zgodnja, srednja in pozna odraslost (Umek in drugi, 2004). Poznavanje razvojnih značilnosti je pri načrtovanju vzgoje za zdravje in pri vključevanju vsebin zdravja v šolski prostor ključno.

1. razred devetletke (6 let) – ZGODNJE OTROŠTVO

Prevladujoči način otrokovega delovanja v zgodnjem otroštvu je prodornost. Obsega drznost, radovednost, tekmovalnost, telesno in besedno napadalnost, nenehno gibanje in usvajanje prostora, pa tudi načrtovanje, postavljanje ciljev, njihovo doseganje in domiselnost. Otrok tudi že spozna, da vsi njegovi načrti, pobude in želje niso sprejemljivi. Pri njihovem uresničevanju naleti namreč na družbene prepovedi, ki jih vse bolj ponotrjanja. V tem obdobju je otrok že sposoben postavljanja in sledenja ciljem, ki so realni, smiselni, socialno sprejemljivi in vredni. Če so otrokove pobude v tem obdobju premalo upoštevane ali celo kaznovane in če so omejitve in prepovedi prevelike, lahko otrok doživlja velike občutke krivde. Zaradi intenzivnih občutkov krivde se pri otroku lahko razvijejo dodatni strahovi, otrok se v vrstniški skupini umakne v ozadje, ponovno se pojavi pretirana odvisnost od odraslih, razvoj igralnih veščin in domišljije se lahko upočasni. Odrasli mu lahko pri tem pomagajo z načrtnim preusmerjanjem energije na smiselne in sprejemljive dejavnosti in jih kadar je to mogoče sprejmejo kot enake partnerje v dejavnosti.

2. – 6. razred devetletke (7 let- 11 let) – SREDNJE IN POZNO OTROŠTVO

Obdobje srednjega in poznega otroštva označuje predvsem težnja po pridobivanju konkretnih in smiselnih spretnosti ter znanj, ki jih ceni družba, v kateri otrok živi. Izraža se v otrokovi pozornosti in marljivem vztrajanju, spoštovanju pravil, sodelovalnosti, spoštovanju skupinskega navora pri obvladovanju konkretnih nalog. Tako delovanje temelji na njegovi potrebi po dobro opravljeni dejavnosti, socialnemu odobravanju, individualnem in skupinskem uspehu, socialnem priznanju. Sočasno je otrok na tej stopnji posebno občutljiv na neuspeh. Če v primerjavi s socialnimi standardi po lastni oceni ali oceni drugih ne deluje primerno, se doživlja kot manjvreden od drugih. Pri razreševanju te krize otoku pomaga razvijanje kompetentnosti – lasten napor in opora socialnega okolja (spodbude, priznanje za trud, odkrivanje otrokovih močnih področij, če na določenih stalno doživlja neuspehe).

7. -9. razred devetletke (12-14 let) – ZGODNJE MLADOSTNIŠTVO

Temeljna značilnost razvojnega obdobja mladostništva je spraševanje: »Kdo sem in kaj hočem postati?« Nove socialne zahteve tega obdobja povzročajo konflikte z drugimi in s samim seboj. Značilno je ponovno oživljanje seksualnih in agresivnih impulzov, ki prispeva k oblikovanju težav v doživljanju stalnosti sebe in nadzora nad seboj, saj mladostnik spozna, da impulze ne more več nadzorovati z lastno voljo, da niso isto kot on sam, čeprav so del njega. K temu spoznanju prispeva tudi pospešen telesni razvoj, zaradi katerega mladostnik samega sebe težje prepozna kot kontinuirano celoto. Po drugi strani se mladostnik zaveda možnosti, da ne bo zadovoljil družbenih pričakovanj, da ne bo našel svojega mesta v družbi, da se ne bo pravilno odločal, ali pa ne ve, kako naj izpelje tisto, za kar se je odločil. Obremenjen je s številnimi možnostmi, za katere se mora opredeliti. To dogajanje oblikuje mladostniško psihosocialno krizo identiteta/identiteta zmedenost. Ker so mladostniki negotovi glede tega, kaj in kdo so, kdo in kako naj postanejo, težijo k poistovetenju z drugimi, ki pa je pretirano in togo – mladostniki skušajo opredeliti sebe s pomembnimi drugimi (ljudmi, stvarmi, idejami).

Razmeroma hitro in brezkompromisno se opredeljujejo za ideale, načine življenja, stališča, vrednote, ki jih ravno tako hitro opustijo, ko spoznajo, da jim ne ustrezajo. Tako vedenje predstavlja iskanje nečesa, čemur bi lahko sledili. Z njim mladostnik postopoma poveže svoja poistovetenja s pomembnimi drugimi in svoje lastne razvojne dosežke. Če je v tem uspešen, si oblikuje identiteto - to je osrednjo življenjsko perspektivo in smer razvoja, ki vključuje tako dele otroštva, v mladostništvu preizkušene izbire in predstave o sebi v prihodnosti. Na podlagi tega se oblikuje zvestoba - sledenje načinu življenja, za katerega se je opredelil.

Poglavitne razvojne naloge v obdobju mladostništva so: prilagajanje na telesne spremembe (sprejemanje in razumevanje normativnosti hitrih telesnih sprememb, sprejemanje lastnega zunanega videza brez pretiranih frustracij, razvoj samostojne skrbi za telo in zdravje, razvoj strategij za učinkovito telesno delovanje - rekreacija, šport, delo, vsakodnevne dejavnosti), čustveno osamosvajanje od družine in drugih odraslih (razvoj čustvene neodvisnosti od odraslih in sočasno oblikovanje vzajemnih odnosov z njimi), oblikovanje socialne spolne vloge (prevzemanje istospolne socialne vloge, vadenje vedenja v tej vlogi - v odvisnosti od kulturnih norm, ki to vlogo določajo), oblikovanje novih in stabilnih socialnih odnosov z vrstniki (oblikovanje istospolnih prijateljstev, razvoj socialnih spretnosti, sodelovalnega vedenja, stabilnih vrstniških odnosov, avtonomne neodvisnosti v vrstniški skupini), razvoj socialno odgovornega vedenja (izbira in zavzemanje za družbene vrednote in cilje, ki jim posameznik v svojem vedenju sledi, kar vključuje tudi prevzemanje odgovornosti za druge ljudi in družbo), priprava na poklicno delo (opredelitev poklicnih ciljev, poklicno odločanje, izbira poklica, izobraževanje za izbrani poklic), priprava na partnerstvo in družino (razvoj socialnih spretnosti v interakcijah z nasprotnim spolom, pridobivanje izkušenj o partnerskem življenju, spoznavanje in razumevanje različnih vidikov partnerskega življenja), oblikovanje vrednotne usmeritve (opredelitev za določene vrednote, oblikovanje vrednotnega sistema, hierarhija vrednot ter delovanje v skladu z njimi na področju osebnega življenja).

Pomen šolskega okolja in vključevanja zdravja v kurikulum

Za zdravje otrok in mladih je odgovorna tako družina kot tudi vrsta institucij: od države, zdravstvenega, vzgojno-izobraževalnega in socialnega sistema ter drugih. V okviru omenjenih sistemov je mogoče ustvariti pogoje za zdrav in vsestranski razvoj otrok in mladostnikov, ki vključuje tudi dobro zdravje. V okviru projekta Model zdrav življenjski slog nas zanima predvsem, kako lahko šolski sistem prispeva k boljšemu zdravju otrok in mladih, pri čemer se bomo osredotočili na življenjski slog, ki obsega glavne determinante zdravja.

Šola je poleg družine eden od ključnih podpornih okolij pri otrokovem razvoju. Čas, ki ga učenci preživijo v šoli, dojetje šole, izkušnje s šolo vplivajo na dojetje sebe, učenčev samopodobo, vedenje v zvezi z zdravjem in odnos do življenja. Šola je lahko dejavnik tveganja, pa tudi vir pozitivnih dejavnikov za razvoj vedenja v zvezi z zdravjem kot tudi splošnega zdravja (Samdal in sod., 1998). Tudi zato je zdravje eno od pomembnejših področij v okviru šolskega sistema. V okviru šole se zdravje izraža kot način vskeganega življenja šole in kot okolje, kjer se učenci naučijo sprejemati odgovorne in zdrave izbire za krepitev zdravega načina življenja.

Program vzgoje za zdravje v okviru šole mora biti zajet celostno, kar pomeni, da zajame celotno šolo (učence, učitelje in starše), vsebine so zajete v učni načrt kot medpremetne povezave. Za celostni pristop je značilno tudi, da je zdravje ključni element pri prikritem učnem načrtu. Šola podpira, omogoča in spodbuja tiste elemente in dejavnosti, ki spodbujajo in ohranjajo zdravje vseh, ki so vključeni v vzgojno-izobraževalni proces. Šola, ki se zaveda pomena zdravja je odprta navzven, sodeluje tako s starši, kot tudi lokalno skupnostjo ter drugimi specializiranimi službami. Ključno za celostni pristop pa je tudi dolgoročnost in intenzivnost izvajanja. Dobro načrtovani programi vodijo v strategijo in ne v kopičenje različnih projektov. Za ta načela se zavzema tudi Evropska mreža zdravih šol, katere članica je tudi Slovenija. Projekt Zdravih šol je tudi eden redkih (če ne edini), ki v svoji osnovi povezuje šolski in zdravstveni sektor. Preko projekta je v mnogih državah članicah prišlo do korenitega napredka pri dojetju promocije zdravja v šolskem okolju kot ključnega dejavnika za zdravje otrok in mladostnikov ter vseh, ki sodelujejo v vzgojnoizobraževalnem procesu. (SHE, 2009)

V preteklosti je bilo narejeno že kar nekaj s tega področja, ki pa potrebuje določene dopolnitve ali spodbude. Leta 1999 je Medpredmetna kurikularna komisija za zdravje v okviru Nacionalnega kurikularnega sveta pripravila strokovne osnove za prenovo zdravstvenovzgojnih vsebin v devetletni osnovni šoli. Delo je bilo pripravljeno na podlagi izkušenj slovenskih in tujih osnovnih šol ter mreže Zdravih šol. Področje vzgoje za zdravje je v tem dokumentu predstavljeno kot medpremetno kurikularno področje, kar pomeni, da se področje vključuje v razne predmete s specifičnimi cilji in vsebinami.

Vlada RS je na redni seji 20. 6. 2004 ustanovila Medresorsko delovno skupino za uresničevanje koncepta zdravja v šolskem okolju. Med drugim so bile naloge skupine tudi, da pripravi akcijski načrt za implementacijo vključevanja zdravja v kurikulum, da identificira nosilce dejavnosti ter predvidi potrebne vire za implementacijo in spremljanje izvajanja akcijskega načrta. Naslednje leto so na seji strokovnega sveta za splošno izobraževanje sprejeli Koncept vključevanja zdravja v kurikulum, predlagatelj je bil Programski svet za zdravje, ki ga je imenovalo Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport. Dokument opredeljuje tako področje, načela in cilje ter organizacijska in didaktična priporočila.

Literatura

1. Samdal O, Nutbeam, Wold B, Kannas L. (1998) Achieving health and educational goals through school – a study of the importance of the school climate and the student' satisfaction with school, Health education research, vol. 13, no. 3: 383-97
2. www.schoolforhealth.eu (dostop 18.8.2009)

Različni modeli vključevanja vsebin zdravja v šolsko okolje v izbranih evropskih državah

Obstaja več možnih načinov, kako v šolskem okolju podajati znanje in veščine, vezane na vsebine zdravja. V nekaterih državah je zdravstvena vzgoja samostojen predmet in jo poučujejo ločeno. Drugod so se odločili za celostni pristop in vsebine zdravja vključujejo v več predmetov in jih medsebojno povezujejo. Možno pa je otroke z vsebinami zdravja seznanjati tudi ob rednem pouku, to je med dnevi dejavnosti, ob projektno naravnem raziskovalnem delu in interesnimi dejavnostmi, v pomoč pri tem pa je tudi skriti učni načrt. Možna je tudi kombinacija vsega naštetega. Enotnega modela za vključevanje vsebin zdravja v proces vzgoje in izobraževanja ni.. Strategija pri tem je verjetno odvisna od tega, kaj podpira pravna podlaga in katere vrednote v določenem kulturnem okolju zasedejo visoko mesto.

Med Sloveniji sosednjimi državami, si **na Hrvaškem** prizadevajo za tak učni načrt, da bi otroci od vstopa v proces šolanja pa do izstopa iz njega, pridobili čim bolj uporabno znanje ter razvili vsakodnevne sposobnosti in veščine. Eden ciljev šolanja je izgradnja pozitivne samopodobe, medpredmetne teme, vključene v pouk pa so učenje učenja, osebni in socialni razvoj, selektivna uporaba informacij v elektronskih medijih, telesno, duševno in socialno zdravje, varnost in zaščita okolja ter državljanska vzgoja. Cilj vzgoje in izobraževanja v šoli je poleg osvojenega znanja poudariti tudi solidarnost, identiteto in odgovornost.

V Avstriji med pomembna načela pouka sodi podajanje znanja s področja zdravstvene, spolne, prometna, okoljske vzgoje, saj zdravstveno vzgojo razumejo kot proces. Avstrijski vzgojni načrt vključuje socialno učenje, vrstniško mediacijo in obravnavanje razlik med spoloma. Gospodinjstvo, narava in ekologija, zdravstvena vzgoja in športna vzgoja pa so posamični obvezni predmeti na šolskem urniku.

Na Madžarskem so pri vključevanju tem v zvezi z zdravjem sodelovali britanski strokovnjaki s področja izobraževanja. Kot posamezni predmeti so sedaj del učnega načrta človek in družba, naš planet in okolje ter telesna vzgoja in šport.

Skandinavske države že od nekdaj veljajo kot take s cvetočo socialno blaginjo in popolnoma razvito demokracijo. Rezultat tega so tudi njihovi napredni učni sistemi. Zato ne preseneča, da **Finska** politika javnega zdravja velja za pravo zgodbo o uspehu in šolsko okolje pri tem ni izvzeto. Ministrstvo za šolstvo, zavod za šolstvo ter ministrstvo za socialne zadeve in zdravje neprestano spodbujajo zdrav življenjski slog med otroki in mladimi z usklajenimi akcijami, v katerih sodelujejo tudi nevladne organizacije. Ker želijo med otroki doseči večje zadovoljstvo s šolo in višji učni uspeh, v zdravstveno vzgojo vlagajo veliko časa in denarja. Zdravje je prednostni cilj v učnem načrtu, zdravstvena vzgoja pa obvezen samostojni predmet. Promocija zdravja je v šolskem okolju zasnovana celostno, in ni osredotočena le na posamične teme. Velik pomen pri tem imajo kot skriti učni načrt zdravi šolski obroki in prijetno učno okolje, varnost, preprečevanje nasilja in politika, ki ne podpira kajenja.

Tudi **Švedska** ima tradicijo socialne države za naprednim šolskim sistemom, zdravstvena vzgoja pa je integralni del šolskega učnega načrta. Kot je primer dobre prakse lahko navedemo sodelovanje med učitelji in zdravniki pri izvajanju pouka spolne vzgoje. Čeprav zdravstvena vzgoja ni samostojen šolski predmet, je obvezna in ima pomembno mesto celo v švedski ustavi. Je zelo praktično naravnana, poleg šolskih delavcev pa se vanjo vključujejo tudi družinski člani in predstavniki lokalne skupnosti.

Med ostalimi najrazvitejšimi evropskimi državami velja omeniti še **Škotsko**, kjer so izdali Smernice za promocijo zdravja v šolskem okolju, učni načrt za doseganje odličnosti, pa tudi smernice zdrave prehrane v šolah. Te trije dokumenti podpirajo celostni učni načrt, ki je z vidika zdravja zasnovan celostno in ne kot posamezen šolski predmet. Zajema mentalno,

čustveno in socialno blaginjo, izbiro živil in zdravo prehranjevanje nakup živil, učenje veččin odločanja, preventivo pred zlorabo različnih substanc ter medosebne odnose in spolno vzgojo. Pri obravnavanju teh tem šole sodelujejo tudi z lokalno skupnostjo in strokovnjaki.

Tudi v **Veliki Britaniji** imajo celostni pristop in veliko je medsektorskega sodelovanja, saj je šola kompleksno okolje, ki vpliva na vse v njej. Zdravstvena vzgoja je kot predmet vključena v učni načrt. Poleg tega pa tudi državljska in spolna vzgoja.

Tudi v **Walesu** so osebna, družbena in zdravstvena vzgoja, državljanstvo, vzgoja o drogah, kajenje, spolna vzgoja, prometna varnost, telesna dejavnost, zdrava prehrana, čustveno zdravje teme vključene v nacionalni učni načrt.

V **Švici** imajo številni kantoni učni načrt predpisan tako, da koncept »človek in okolje« pokriva tako naravoslovne kot družboslovne teme in jih učenci lahko spoznavajo bodisi interdisciplinarno, bodisi pri posebnih predmetih. To vključuje okoljsko problematiko, zdravje, spolno vzgojo, vzgojo za medije in prometno vzgojo.

Med neevropskimi državami lahko omenimo **Kanado**, kjer imajo predmet zdravstvena in telesna vzgoja učenci na svojem urniku vsa leta, ko obiskujejo osnovno šolo. O zdravju in varnosti pa se učijo tudi pri predmetih družba in geografija. Šolski učni načrt je sestavljen integralno.

Zdravstvena vzgoja je celostno zasnovan proces učenja tudi v **Avstraliji** je, ki otrokom daje priložnost za razvoj sposobnost odločanja, razumevanje lastnega zdravja in zdravstvenih problemov, ki vplivajo na ljudi v njihovem okolju ter po vsem svetu. Zdravi učenci se lažje učijo, šola pa pomembno vpliva na zdravje vsakogar v njej. Teme v zvezi z zdravjem v avstralskih šolah obravnavajo na način medpredmetnega povezovanja oz. celostni pristop je nujen.

Iz navedenih primerov lahko zaključimo, da je zdravstvena vzgoja v šolskem okolju lahko učinkovita le, če je načrtovana sistematično. Države članice EU in druge napredne države je ne prepuščajo naključju in iznajdljivosti posameznih učiteljev.

Viri:

1. www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/222395/0059811.pdf (zajeto 18.8.2009)
2. www.scotland.gov.uk/Topics/Education/Schools/HLivi/foodnutrition (zajeto 18.8. 2009)
3. www.ltscotland.org.uk/curriculumforexcellence/index.asp (zajeto 18.8. 2009)
4. www.scotland.gov.uk/Topics/Education/Schools/HLivi/foodnutrition (zajeto 18.8. 2009)
5. www.ltscotland.org.uk/curriculumforexcellence/healthandwellbeing/index.asp (zajeto 18.8. 2009)
6. www.scotland.gov.uk/Publications/2008/05/08160456/0 (zajeto 18.8. 2009)
7. www.healthyschoolsnewcastle.co.uk/hs.nsf/a/curriculum?opendocument (zajeto 18.8. 2009)
8. www.healthyschools.gov.uk/Themes/Default.aspx (zajeto 18.8. 2009)
9. www.ascd.org/ (zajeto 18.8. 2009)
10. www.ascd.org/SearchResults.aspx?s=curriculum&c=2&n=10&p=0 (zajeto 18.8. 2009)
11. www.edu.gov.on.ca/eng/healthyschools/links.html (zajeto 18.8. 2009)
12. www.search.gov.on.ca/FSS/ProcessSearch.do? (zajeto 18.8. 2009) (zajeto 18.8. 2009)
13. heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/13/3/223 (zajeto 18.8. 2009)
14. www.health.qld.gov.au/health_professionals/childrens_health/docs/Schools_policy.pdf (zajeto 18.8. 2009)
15. www.sustainableschools.act.gov.au/curriculum (zajeto 18.8. 2009)
16. heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/19/4/419 (zajeto 19.8.2009)

17. euro.who.int/socialdeterminants/hbsc/20081107_16?PrinterFriendly=1& (zajeto 19.8. 2009)
18. www.gesundeschule.at/fileadmin/user_upload/Downloads_Stand_int/HPS_Finnland.pdf (zajeto 19.8. 2009)
19. www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ynedt/article/PIIS026069170200165X/abstract (zajeto 19.8. 2009)
20. her.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/21/2/258 (zajeto 19.8. 2009)
21. en.wikipedia.org/wiki/Education_in_Sweden#Primary_and_Secondary_School (zajeto 19.8. 2009)
22. www.skolverket.se/b/faktablad/english/bbc1_b.html (zajeto 19.8. 2009)

Življenjski slog

Življenjski slog opredelimo kot za posameznika značilen način življenja, ki ga določa skupina vedenj, ki se pojavljajo v določenem časovnem obdobju. Določen življenjski slog lahko vključuje tako zdravju škodljiva kot zdravju naklonjena vedenja. V literaturi najpogosteje omenjajo zdravju naklonjen/zdrav in zdravju škodljiv/nezdrav življenjski slog. Zdrav življenjski slog je ključnega pomena ne samo za zdravstvene kazalnike v ožjem smislu, ampak tudi za ekonomske, socialne in druge kazalnike, saj je zdravje osnova tudi za učno, delovno in državljansko aktivnost ter učinkovitost.

Življenjski slog se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer od ranega otroštva naprej. Med pomembnimi dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje življenjskega sloga, so ožje in širše okolje (starši, vrstniki, šola), socialni, okoljski, ekonomski in kulturni dejavniki.

Med izrazite vzorce z zdravjem povezanega vedenja sodijo: prehrana, telesna dejavnost in prakse vzdrževanja normalne telesne teže, obvladovanje stresa oziroma odzivanje na probleme, uporaba ali zloraba različnih psihoaktivnih snovi, kot so alkohol, tobak in ilegalne droge, spolnost, spanje, osebna higiena in skrb za varnost. Če se ta vedenja pojavljajo konsistentno v določenem času, tvorijo z zdravjem povezan življenjski slog. Za namene našega projekta se bomo omejili na tri glavna področja: prehrano in telesno dejavnost, tvegana vedenja (alkohol in tobak) ter duševno zdravje.

Zdrava in uravnotežena prehrana ter zadostna telesna dejavnost otrok in mladostnikov so eni od glavnih varovalnih dejavnikov zdravja. V obdobju rasti in razvoja energijska in hranilna vrednost živil ne predstavljata samo energije za vsakdanje delo, ampak tudi nujno potrebno energijo in gradivo za rast in razvoj telesa ter psihosocialni razvoj, telesna dejavnost pa osnovo za zadostno porabo energije, skladen telesni in duševni razvoj ter uspešnejšo socializacijo. V mladostništvu se dogajajo temeljne biološke, čustvene, socialne in kognitivne spremembe ob prehodu v odraslo obdobje, kar vpliva na naraščajoče potrebe po energiji, beljakovinah, vitaminih in mineralih. Zdravi vzorci prehranjevanja in telesne dejavnosti v mladostništvu omogočajo optimalni intelektualni razvoj in bolj uspešno šolsko delo ter imajo dolgoročne pozitivne vplive na zdravje.

Neprimerna prehrana ob nezadostni telesni dejavnosti sta ključna dejavnika tveganja za zdravje v otroštvu in mladostništvu ter posledično v odrasli dobi, saj v današnjih razmerah vplivata predvsem na naraščanje prekomerne telesne teže in debelosti v populaciji, na drugi strani pa tudi na pojav motenj hranjenja. Povečana telesna teža zmanjšuje kvaliteto življenja ter povečuje obolevnost in prezgodnjo umrljivost zaradi koronarne bolezni srca, aterosklerotičnih zapletov in določenih vrst raka (WHO TRS 916). Našteto so zdravstvena stanja, kjer se dejavniki tveganja razvijejo že zgodaj ter pomembno vplivajo na kvaliteto življenja v mladosti in povečanje bremena kroničnih bolezni v populaciji, ko bodo ti mladi stopili v svet odraslih. Zato so aktivnosti promocije zdravja na individualni in sistemski ravni usmerjene predvsem na povečano uživanje sadja in zelenjave, zmanjšano uživanje energijsko goste in hranilno revne hrane ter povečanje vseh komponent dnevne telesne dejavnosti (WHO, 2007-1).

Redno uživanje tobaka in tvegano pitje alkohola sta pomembna dejavnika tveganja za nastanek različnih težav in bolezni. Raba tobaka je eden vodilnih preprečljivih dejavnikov tveganja za številna obolenja in smrti (WHO, 2005) in škoduje tako rekoč vsakemu organu v človeškem telesu (USDHHS, 2004). S kajenjem začnejo kadilci skorajda vedno v obdobju

adolescence (USDHHS 1994, 2000). Starost ob začetku kajenja je pomemben kazalnik kasnejših kadilskih navad in zasvojenosti (USDHHS, 1994), mnogi kadilci adolescenti pa so že zasvojeni in večinoma želijo opustiti kajenje (USDHHS, 1994). Zato je pomembno, da preprečujemo začetek kajenja ali vsaj zamaknemo starost ob začetku kajenja ter da mladostnikom nudimo ustrezno pomoč pri opuščanju kajenja (WHO, 2008, World Bank, 2003).

Podobno kot pričetek kajenja je tudi pričetek pitja alkohola značilno za obdobje adolescence. Pri mladostnikih so kritični tako zgodnji pričetek pitja alkohola, visok odstotek rednih pivcev alkohola kot tudi različne tvegane oblike pitja alkohola. Tveganje in posledice, ki nastanejo zaradi uživanja alkohola, naraščajo z zaužitimi količinami in trajanjem pitja alkohola (Ramstedt, 2001; Mann in dr., 2003), škodljivo uživanje alkohola pa je povezano s številnimi zdravstvenimi (telesnimi in duševnimi), socialnimi in ekonomskimi posledicami.

Duševno zdravje obsega tako pozitivno duševno zdravje (občutek dobrega počutja, optimizem, pozitivno samopodoba, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami) kot negativno duševno zdravje, npr. različne duševne motnje in težave. Medtem ko je pozitivno duševno zdravje je ključno za zadovoljno in uspešno življenje, učno učinkovitost in uspešnost, lahko stopnjevano negativno duševno zdravje privede do duševnih motenj.

Nezdravljene duševne motnje, še posebej depresija, pa se zelo pogosto stopnjujejo do samomorilnega vedenja. Če je v odraslosti eden izmed pomembnejših napovednih dejavnikov za samomorilno vedenje depresija, je pri mladostnikih zelo pomemben napovedni dejavnik povečanega samomorilnega tveganja nizko samospoštovanje in samopodoba, ki se povezujeta z depresijo. Poleg tega se s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje povezuje pa tudi šibka socialna mreža, neustrezno spoprijemanje s stresom in neustrezno reševanje problemov.

Literatura

1. World Health Organization. The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
2. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, Government Printing Office, 2004.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2000.
4. US Department on Health and Human Sciences. Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General, 1994. Atlanta, Georgia: US Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 1994.
5. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco epidemic, 2008: the MPOWER Package. Geneva: World Health Organization, 2008.
6. World Bank. Tobacco Control: At a glance, 2003. (Pridobljeno 25.11.2008 s spletne strani <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>)
7. Ramstedt, M. (2001). Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(Suppl 1), S19-33.
7. Mann, R.E., Smart, R.G. in Govoni, R. (2003). The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol research & health*, 27(3), 209-219.

Pregled stanja na ključnih področjih

Duševno zdravje

Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravje kot stanje popolnega telesnega, psihološkega in socialnega blagostanja. Zdravje torej ne pomeni samo odsotnosti bolezni, temveč tudi določeno stopnjo telesnega in duševnega razvoja ter socialne blaginje, kar je neizogibno vpeto med determinante oziroma določilnice zdravja (individualne, okoljske, družbene, institucionalne ...).

Duševno zdravje obsega tako pozitivno duševno zdravje (občutek dobrega počutja, optimizem, pozitivno samopodobo, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami) kot negativno duševno zdravje, npr. različne duševne motnje in težave. Tako kot velja za osnovno opredelitev zdravja, podobno velja torej tudi za duševno zdravje, saj pomeni mnogo več kot le odsotnost duševne bolezni (npr. depresija, anksioznost). Duševno zdravje oz. njegove opredeljitve tako zajemajo vse – od izgleda in vedenja, mišljenja in govora do razpoloženja in čustvovanja; vse to v odnosu do sebe, drugih in sveta okoli nas (Marušič, 2005). Pri tem se podarjajo tudi telesni vidiki duševnega zdravja in prepletenost duševnih in telesnih bolezni.

Pozitivno duševno zdravje je, kot smo že omenili, povezano z našim počutjem. Zrcali se v tem, ali in kako smo se sposobni spopadati s težavami, kako rešujemo konflikte, kakšna je naša samopodoba, ali imamo dovolj močno socialno mrežo, ki nas ščiti in varuje. V obdobju otroštva in adolescence je pozitivno duševno zdravje in zdravje na splošno še posebej pomemben vir za otrokovo in mladostnikovo učinkovito soočanje z vsemi izzivi in spremembami, ki se dogajajo na telesni in duševni ravni.

Prevalenca duševnih težav iz leta v leto narašča, tako se glede na »Poročilo o svetovnem zdravju Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2001« (WHO, 2001) ocenjuje, da danes okrog 450 milijonov ljudi trpi zaradi duševnih motenj, motenj vedenja ali psihosocialnih problemov, kot so npr. problemi, povezani z zlorabo alkohola ali drog. Predpostavlja se, da bo vsaka četrta oseba v enem obdobju svojega življenja doživela eno obliko duševne motnje. Med otroki in mladostniki pa naj bi jih do 20 % trpelo zaradi neodkrite duševne težave ali motnje, ki lahko vodijo do samomorilnega vedenja. V Sloveniji je samomor na tretjem mestu vzrokov umrljivosti med mladostniki.

Rezultati raziskav s področja duševnega zdravja

Kazalniki o pozitivnem duševnem zdravju otrok in mladostnikov so precej skopi, medtem ko imamo za negativno duševno zdravje zbranih več podatkov.

Zanimivo je, da je zdravje postalo po ugotovitvah Uletove (Ule, Kuhar, 2003) leta 2000 glavna vrednota slovenske mladine in je s prvega mesta spodrinilo dotedanjo glavno vrednoto med mladimi – resnično prijateljstvo (Ule, Kuhar, 2003). Gre za presenetljiv preobrat, ki ga razlagajo kot simbolni odgovor mladih na spremembe v družbi, ki postaja vse bolj negotova

(družba tveganj), po drugi strani pa kaže na razvijajočo se etiko individualizacije, krnitev kompleksnosti problemov mladih in na ponotranjanje vrednot starejših.

Pozitivno duševno zdravje

V okviru mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (Jeriček, Lavtar, Pokrajac, 2007), v kateri Slovenija sodeluje že drugič, podatki kažejo, da so dekleta manj zadovoljna s svojim življenjem v primerjavi s fanti, saj je zadovoljnih 84 % vprašanih deklet in 88 % vprašanih fantov, kar nas v primerjavi s preostalimi 41 državami uvršča približno na sredino (WHO, 2008).

Podatki tudi kažejo, da so otroci iz družin z nižjim socialnoekonomskim statusom manj zadovoljni s svojim življenjem (zadovoljnih je 80 %) kot otroci iz družin s srednjim (zadovoljnih 85 %) in višjim socialnoekonomskim statusom (zadovoljnih je skoraj 89 %).

Glede nezadovoljstva s telesno samopodobo se slovenski šolarji uvrščajo v sam vrh, tako kar 34 % 11-letnikov meni, da so predebeli, kar je najvišji odstotek med vsemi 41. sodelujočimi državami. Pri 13- in 15-letnih dekletih pa jih približno polovica ni zadovoljnih s svojo težo in meni, da so predebele, kar jih uvršča na 3. mesto med sodelujočimi državami.

Duševne težave, motnje in zapleti, povezani z njimi

Glavna značilnost duševnih motenj v otroštvu je, da so večinoma drugačne od tistih, ki se pojavljajo v kasnejših obdobjih. Najpogostejši vzroki obravnav so razvojne ter vedenjske in čustvene motnje. Stopnje obravnav v otroštvu so glede na ostale starostne skupine relativno nizke. Zanimivo je, da je pri otrocih do 14 let število prvih obiskov zaradi duševnih težav pri zdravniku pri fantkih višje kot pri dekletih, kasneje pa se situacija obrne in so obiski v vseh starejših starostnih skupinah pogostejši pri ženskah kot pri moških (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt, Roškar, 2008)

Pri mladostnikih se v primerjavi z otroki število obravnav na vseh ravneh povečuje, med najpogostejšimi vzroki obravnav se že pojavljajo podobne duševne motnje kot pri odraslih. Pri dekletih so pogoste obravnave zaradi motenj prehranjevanja, ki se med najpogostejšimi vzroki obravnav pojavljajo že v obdobju med 7 in 14 let, pri fantih pa so že pogoste obravnave zaradi shizofrenije. Izpostaviti je treba pogosto pojavljanje obravnav zaradi uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, ki so izmed vseh duševnih motenj pri fantih večji problem, kot pri dekletih. Med najpogostejšimi vzroki za obravnave pri obeh spolih, so tudi depresija, anksioznost ter reakcija na stres in prilagoditvene motnje (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt, Roškar, 2008).

Glede doživljanja psihosomatskih težav rezultati raziskave HBSC kažejo na pomembne razlike med spoloma in glede na starost. Tako dekleta doživljajo več psihosomatskih težav (Hetland, Torsheim, Aaro, 2002; Tabak, Ostrega et al., 2004; Torsheim, Ravens-Sieberer, Hetland, Valimaa, Danielson, Overpeck, 2005). Podatki kažejo, da otroci in mladostniki redko ali nikoli ne doživljajo določenih psihosomatskih težav. Razdražljivosti tako nikoli ali redko doživlja 40,2 %, nervozo 45,4 %, nespečnost 50,7 %, občutek, da so na tleh/potlačenost 62,2 %, glavobol 62,6 %, bolečine v želodcu 66,9 %, bolečine v križu 70,2 % in omotičnost 79,7 %. Zanimivo je, da je pogostost simptomov, ki jih otroci doživljajo vsaj enkrat tedensko, nekoliko drugačna: tako je na prvem mestu nervoza, sledi nespečnost, razdražljivost, glavobol, občutek potlačenosti, bolečine v križu, želodcu in omotičnost. V vseh starostnih skupinah, torej pri 11, 13, in pri 15-letnikih, slovenski otroci v primerjavi z otroci iz drugih sodelujočih držav, doživljajo manj psihosomatskih simptomov.

Najmanj psihosomatskih simptomov vsaj enkrat tedensko doživljajo 11-letniki, največ pa 15-letniki. Otroci iz družin z nižjim socialnoekonomskim statusom (SES) imajo najpogostejše izražene psihosomatske simptome v primerjavi z otroki iz družin s srednjim in višjim socialnoekonomskim statusom. Med omenjenimi skupinami so največje razlike pri občutkih razdražljivosti.

V Sloveniji letno stori samomor med 500 in 600 oseb. Približno 2 % vseh samomorov v Sloveniji letno je storjenih v starostni skupini med 10-19 let, s čimer Slovenija žal krepko presega evropsko povprečje (Health for All database). Med vzroki umrljivosti med mladostniki, je samomor na tretjem mestu. V absolutnih številkah to pomeni, da si v Sloveniji vsako leto življenje vzame od 15 in 20 otrok in mladostnikov v starostni skupini do 19 let, večina teh v starostni skupini od 15 do 19 let. Med njimi je štirikrat več fantov kot deklet. Vzpodbuden je podatek, da v letu 2006 in 2007 v starostni skupini od 0 – 14 let nismo zabeležili nobenega primera samomora. Drugače je v starostni skupini od 15 do 19 let. V letu 2006 je bilo v tej starostni skupini 10 samomorov, leta 2007 pa 6 (Baza umrlih, IVZ).

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje med mladimi so kompleksni (Tomori, 2003). Med socialnimi in demografskimi izstopajo življenje v neugodnih socialnih razmerah, izobrazbeni in gmotni prikrajšanosti. Med dejavniki tveganja na medosebnem področju izstopajo problemi v družini, zlasti prisotnost duševnih motenj pri starših kot so depresija, disocialne motnje in alkoholizem, samomor v družini, nadalje prenizka ali previsoka pričakovanja staršev do otrok, pomanjkanje čustvene opore, družinsko nasilje, vključno z zlorabami. Raziskava narejena na vzorcu slovenskih dijakov je pokazala, da se samomorilno razmišljanje pri mladostnikih (še posebej pri fantih) pomembno povezuje s tem ali je kdo v njihovi družini poskušal ali naredil samomor (Marušič, Roškar, Hughes, 2004).

Med individualnimi lastnostmi mladostnika, ki povečujejo tveganje za samomor, izstopajo zlasti impulzivnost, agresivnost, socialni umik, izogibovalno vedenje in pesimistično dojetje sveta. Pri veliki večini mladostnikov, ki si poskušajo vzeti življenje je prisotna katera od duševnih motenj, največkrat gre za motnje razpoloženja, kot je depresija, nadalje za odvisnost od alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, pogosto gre tudi za osebne motnje. Raziskava »Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih« je pokazala, da je bila pomembna stopnja depresivnosti ugotovljena pri 20,5 % fantov in 41,5 % deklet v starosti 14 do 19 let (Tomori, 1998). Rezultati iste raziskave so pokazali, da je kar 6,8 % fantov in 13,6 % deklet v starosti 14 do 19 let poročalo, da so že poskušali storiti samomor. Podobne rezultate so dobili v raziskavi ESPAD 2003 – Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino v letu 2003, saj je med anketiranimi dijaki prvih letnikov srednjih šol skoraj tretjina vsaj enkrat ali pogosto razmišljala o tem, da bi se poškodovali, 15,6% dijakov pa je navedlo, da so poskusili storiti samomor enkrat ali pogosteje (Stergar, Pucelj, Scagnetti, 2005).

Zaključek

Ni zdravja brez duševnega zdravja. Duševno zdravje je zelo kompleksno področje in skrb zanj je potrebna od nosečnosti dalje. Po eno strani je treba krepiti pozitivno duševno zdravje, po drugi strani pa je treba tudi preprečevati nastanek motenj, vzpostaviti mehanizme za zgodnje zaznavanje in zdravljenje, saj se tako lahko bistveno povečajo možnosti za ugoden potek in prenehanje duševnih težav.

V šolskem okolju otroci in mladi (če izvzamemo družinskega) preživijo največ časa, zato je pomembno, da to okolje ugodno vpliva na duševno zdravje in da prepoznava morebitne težave. To zahteva ustrezno usposobljenost vseh pedagoških delavcev. Prednost slovenskega šolstva v primerjavi z drugimi državami je sistem svetovalnih služb, ki uspešno pomaga razrešiti in zmanjšati marsikatero stisko otrok in mladostnikov, ki bi sicer ostala neprepoznana. Šolskim svetovalnim delavkam in delavcem bi bilo treba omogočiti, da še večjo mero svojih delovnih obveznosti posvetijo svetovanju otrokom, učencem, dijakom, učiteljem in staršem. To je poleg promocije pozitivnega duševnega zdravja, ki vključuje učenje socialnih veščin, komuniciranja, krepitev samopodobe, reševanje problemov, spoprijemanje s stresom ter vključevanja vsebin duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalne kurikule ključno za učinkovito promocijo duševnega zdravja in preventivo duševnih motenj vseh slovenskih otrok in mladih. Posebno skrb zahtevajo tudi mladi, ki so začasno prenehali s šolanjem (takoimenovani 'osipniki').

Literatura

1. Baza umrlih, IVZ.
2. Health for All database – Mortality database;
http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1?PrinterFriendly=1&
3. Hetland J, Torsheim T, Aarø L E (2002). Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30 (3): 223-230.
4. Jeriček H., Lavtar D., Pokrajac T. (2007). HBSC Slovenija 2006 – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
5. Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. (2008). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
6. Marušič A (2005). Revščina ni začetek duševne motnje. Zbornik prispevkov na strokovnem srečanju »Izobraževalni program iz javnega zdravja III«. Pekre 16. – 17. februar. Maribor: ZZV
7. Marušič A., Roškar S., Hughes R.H. Familial study of suicidal behavior among adolescents in Slovenia. *Crisis*, 2004, vol. 25, no. 2, str. 74-77.
8. Stergar, E., Pucelj, V. in Scagnetti, N. (2005). ESPAD : Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2003. Ljubljana : Ministrstvo za zdravje, Urad za droge, 2005.
9. Tabak I, Ostrega W, Biernacka B (2004). Subjective health complaints and psychological distress in adolescents aged 15-19 years in Poland. *Med Wieku Rozwoj*; 8(3 Pt 1): 585-94.
10. Tomori M, Stergar E, Pinter B, Rus Makovec M, Stikovič S. (1998). Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
11. Tomori, M. (2003). Preprečevanje samomora pri mladostnikih. V Marušič, A. in Roškar, S. (ur.) Slovenija s samomorom ali brez, str. 79-91. DZS.
12. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Valimaa R, Danielson M, Overpeck M (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America *Social Science & Medicine* Vol.62(4): 815-827.
13. Ule M, Kuhar M (2003). Mladi, družina, starševstvo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
14. WHO (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.
15. WHO (2008). Inequalities in young people s health: HBSC international report from the 2005/2006 survey. Denmark: WHO.

Prehrana

Uvod

Uravnotežena, varovalna in varna prehrana je v otroškem in mladostniškem obdobju bistveno bolj pomembna kot v odrasli dobi, saj predstavlja ne le izvor energije za delovanje telesa, temveč zagotavlja tudi energijo za rast in razvoj, obenem pa hranilne snovi iz živil ne le obnavljajo telesno zgradbo, temveč tudi omogočajo rast in razvoj odraščajočega telesa. Zato je pomembno, da otroci razvijejo zdrave prehranjevalne navade (tako v smislu preprečitve prehranskih deficitov kot ustreznosti energijskega vnosa) že v otroštvu in mladostništvu, saj so možnosti, da se bodo zdravo prehranjevali kot odrasli, tako mnogo večje (WHO, 2003). Neprimerna prehrana v otroštvu in mladostništvu se posledično v odrasli dobi kaže predvsem v naraščanju prekomerne telesne teže in debelosti v populaciji, kar posledično zmanjšuje kvaliteto življenja, povečuje pa tudi možnost za obolevnost in prezgodnjo umrljivost zaradi koronarne bolezni srca, aterosklerotičnih zapletov in določenih vrst raka (Reilly, 2005).

Na razvoj nezdravih prehranskih navad pri otrocih in mladostnikih vpliva vrsta dejavnikov, kot so pritiski trženja prehranske industrije, medijev, vrstniške skupine, neurejeno prehranjevanje, pogojevano s spremembami v družinskem življenju, preobremenjenost in pomanjkanje časa zaradi šolskih in drugih obveznosti ter dostopnost do zdrave izbire oz. ponudbe. Svetovna zdravstvena organizacija ugotavlja, da sta domače in šolsko okolje, ki podpirata otroka pri zdravi izbiri živil, zelo pomemben varovalni dejavnik zdravega prehranjevanja (WHO, 2003). Urejena šolska prehrana je eden najbolj učinkovitih načinov korekcije nezdrave prehrane, s katero lahko vplivamo na izenačenje razlik boljših ali slabših družinskih prehranjevalnih navadah ter na izenačenje socialnih razlik med učenci.

Danes med najpomembnejše prehranske dejavnike varovanja zdravja uvrščamo zadosten vnos zelenjave in sadja, ki zagotavljata tudi dovolj visok vnos prehranske vlaknine, omejevanje pogostosti in količine vnosa energijsko goste in hranilno revne hrane, kamor spadajo tudi sladkarije in sladkane pijače (oba dejavnika prepričljivo zmanjšujeta tveganje za razvoj debelosti (WHO, 2003)) in redno uživanje treh do petih dnevni obrokov s posebnim poudarkom na zajtrku (WHO, 2006). Osnovni pogoj za zdravje pa še vedno ostaja zadostna razpoložljivost živil kot vira energije in hranil, potrebnih za rast in razvoj, kar opredeljujejo tudi razvojni cilji za človeštvo, ki so jih na prelomu tisočletja postavili Združeni narodi (MDG, 2000).

Rezultati raziskav s področja prehrane otrok in mladostnikov

Uživanje obrokov

Raziskava med šolarji je pokazala, da ti zaužijejo manjše število dnevni obrokov od priporočenega, obenem se prehranjujejo neredno. Najpogosteje opuščajo zajtrk, nekaj manj pogosto večerjo, oboje bolj pogosto opuščajo dekleta (Gabrijelčič, 2000). Pri večini je prehranjevanje bolj zdravo za konec tedna, ko jedo v krogu svoje družine (Brcar in drugi, 1995, Gabrijelčič Blenkuš 2000; Gregorič, 2007). Med tednom v povprečju redno zajtrkuje le 44 % fantov in 41 % deklet. Z višanjem starosti se navada zajtrkovanja manjša, med 11-letniki zajtrkuje 51 % fantov in deklet, med 15 – letniki pa le še 42 % fantov in 37 % deklet. Se pa je v obdobju 2002-2006 v vseh starostnih kategorijah povečal delež otrok in mladostnikov, ki dnevno zajtrkuje (Jeriček, 2007). Mladi, ki opuščajo zajtrk, imajo tudi manj redne obroke in vključujejo manj zdravju koristnih živil (Gregorič, 2007).

Izbira in uživanje nekaterih skupin živil

Otroci in mladostniki se glede izbire živil prehranjujejo pretežno nezdravo (Gabrijelčič, 2000; Kostanjevec, 2000). Uživajo premalo sadja in zelenjave ter rib, dekleta pa tudi premalo mleka, mlečnih izdelkov in mesa (Gabrijelčič 2000). Prav tako ne uživajo sadja in zelenjave redno vsak dan. Po podatkih 34 % fantov in 47 % deklet uživa sadje enkrat ali večkrat dnevno, od tega več v mlajših starostnih skupinah. Delež otrok in mladostnikov, ki uživa sadje vsak dan, se je v obdobju 2002-2006 povečal.

Pretežno slabše je uživanje zelenjave. Delež teh, ki jo uživajo redno, se je v obdobju 2002-2006 celo zmanjšal. Zelenjavo uživa redno le 21 % fantov in 27 % deklet. Uživanje sadja in zelenjave s starostjo upada. Med skupinami z različnim socioekonomskim statusom so se pokazale pomembne razlike, saj večkrat dnevno uživa sadje in zelenjavo več otrok iz družin z višjim socio-ekonomskim statusom (Jeriček, 2007).

Po drugi strani ti prepogosto jedo energijsko goste jedi, zlasti sladke in slane prigrizke in gazirane pijače ter pijače z nizkim sadnim deležem (Gabrijelčič, 2000). Podatki kažejo, da kar četrtina otrok uživa sladkarije redno vsak dan, od tega 23 % fantov in 27 % deklet. Zanimivo je, da redno uživa sladkarije večji odstotek deklet kot fantov, še posebej med 15-letniki, kjer tako vedenje navaja 21 % fantov in 30 % deklet (Jeriček, 2007).

Podobno pogosto kot sladkarije uživa tudi sladkane pijače redno vsak dan četrtina otrok in mladostnikov, fantov več kot deklet, uživanje pa s starostjo narašča. Sladkane pijače uživa redno vsak dan med 15-letniki 32 % fantov in 25 % deklet. Se pa v obdobju 2002-2006 zmanjšal delež otrok in mladostnikov, ki uživajo sladkarije in sladkane pijače (Jeriček, 2007). Raziskava med dijaki je pokazala, da ti najraje posegajo po naravnih sadnih sokovih in ledenem čaju. Med manj priljubljenimi pa so gazirane pijače (coca-cola) (Čvan, 1997). S podobno raziskavo se ugotavlja, da med brezalkoholnimi pijačami vsakodnevno dijaki največ uživajo sadne sokove (67,6 %), sledijo ledeni čaj (47,4%) ter brezalkoholne gazirane pijače (38,5 %) (Kostanjevec, 2000). Količinsko slovenski dijaki popijejo dnevno v povprečju 6,5 dl negaziranih brezalkoholnih pijač (Kučan, 2003).

Prehranski status otrok in mladostnikov

Podrobnejših nacionalnih podatkov o prehranskem statusu oziroma stanju prehranjenosti otrok nimamo. Nacionalne prehranske raziskave v ZDA (NHANES III, IV in V) so pokazale, da so prav mladostnice najslabše prehranjeni del populacije, saj imajo prenizke dnevne vnose številnih vitaminov in elementov, prav tako nizek vnos energije. Na podobno stanje lahko sklepamo iz slovenske raziskave o prehrani mladih doječih mamic, ki je pokazala, da jim v prehrani primanjkujejo nekateri vitamini (A, C, D, E in folna kislina) in nekateri elementi (magnezij, železo in jod) (Širca Čampa in drugi 2003).

Slovenija je ena od držav, v kateri je prisotno pomanjkanje joda v vodi in hrani s pojavom golšavosti v nekaterih geografskih predelih. Eden od prvih uvedenih sistemskih prehranskih ukrepov države je bil leta 1953 uveljavljeni ukrep obveznega jodiranja soli z 10 mg kalijevega jodida na kg soli. Kljub uvedbi tega ukrepa je bilo na osnovi teh in še nekaterih podatkov podan zaključek, da je vnos joda pod fiziološkimi mejami in da je Slovenija razvrščena v endemsko področje I.stopnje. Zato od leta 1999 obvezno jodiramo sol za prehrano ljudi in živali z 20-30 mg kalijevega jodida na kg soli. Po podatkih iz leta 2005 je Slovenija z ukrepom obveznega jodiranja kuhinjske soli uspela eradicirati golšavost, saj je prenizek vnos joda ugotovljen le še pri 20 % mladostnikov (Štimatec in drugi, 2005).

Šolska prehrana

Podatki kažejo, da skoraj povsod osnovnošolci malicajo (97 %), v skoraj polovici primerov pa na mnogih šolah tudi kosijo (47 %). Na šolah, kjer ponujajo zajtrk, se le malo otrok odloča zanj (3 %) (Prehrana ..., 2005). Šolsko okolje naj bi otrokom in mladostnikom omogočalo dostopnost do cenovno ugodne in zdrave izbire hrane. Opravljena analiza kakovosti malic v osnovnih šolah je pokazala relativno pogosto zastopanost živil iz skupin mesnih izdelkov s homogeno strukturo, ki so pogosto nosilci skritih zdravju nenaklonjenih maščob in aditivov, ter pekovskih in slaščičarskih izdelkov, ki imajo relativno visoke deleže maščob in/ali sladkorja. Sadje je bilo vključeno v skoraj polovici primerov pregledanih malic (43,6 %), medtem ko je zelenjava še vedno zastopana le v 15,4 % primerih. So pa bile zato razlike med malicami, ki so v različni meri vsebovale živila iz vseh priporočenih skupin živil, med šolami zelo velike. Splošna ugotovitev je, da so šolske malice osnovnih šol, ki se sofinancirajo iz javnih sredstev, v precejšnji meri kvalitetno ustrezno načrtovane (Gregorič in drugi, 2008), podobno lahko sklepamo tudi za ostale obroke.

Ukrepi in programi za izboljšanje prehranjevanja in prehranskega statusa otrok in mladih

Otroci, ki osvojijo zdrave prehranske navade že v otroštvu, jih večinoma lažje obdržijo skozi vse življenje. Poleg družine ima pri vzgajanju zdravih prehranskih navad pomembno vlogo tudi šola (WHO, 2003). Šolsko okolje je tisto, kjer se otroci prehranjujejo v času šole in si privzgamajo prehranjevalne navade. Šolska prehrana zato postaja vedno bolj pomembna za skladen telesni in duševni razvoj otrok in mladostnikov, za njihovo psihofizično kondicijo kakor tudi za prehrambeno in zdravstveno vzgojo (Gabrijelčič Blenkuš in drugi, 2005). Zato je pomembno, da država preko sistemskih rešitev vpelje čim več ukrepov, s katerimi bodo zagotavljali vse priporočene in uravnotežene obroke v šolskem okolju. Dobro načrtovana in organizirana šolska prehrana, ki jo pogosto opisujemo tudi kot skriti kurikulum, je najučinkovitejši in najracionalnejši način korekcije nepravilne družinske prehrane. Zelo pomembno je, da učenci v šoli ne občutijo razlik, glede na njihov različni socioekonomski položaj. Pomembno je, da je zagotovljena dostopnost do kakovostnih in zdravih izbir za vse otoke, tudi tistim, ki zaradi socialnega položaja ne zmorejo plačati prehrane v celoti.

Za pravilne odločitve potrebujejo otroci tudi znanja. Vsebine prehrane so v izobraževalnem sistemu, z izjemo predmeta gospodinjstvo v osnovni šoli, običajno le del vsebin drugih (običajno naravoslovnih) predmetov. Zajete so že v kurikulumu predšolske vzgoje, vendar so v največji meri integrirane v druge dejavnosti in niso natančneje vsebinsko definirane. V srednješolskem izobraževanju so te vsebine odvisne predvsem od tega za katere srednješolske programe izobraževanja gre. To je vsekakor premalo, da bi lahko zadostili potrebni izobrazbi o zdravi prehrani.

Programi usmerjeni v izboljševanje prehranjevalnih navad v šolskem okolju so se izkazali za učinkovite, še zlasti če se izvajajo na vseh nivojih in dovolj dolgo. Evalvacija programa, ki je bil usmerjen v dodatno usposabljanje in izobraževanje učiteljev s ciljem medpredmetnega vključevanja vsebin zdrave prehrane je pokazala izboljšanje učenčevih prehranjevalnih navad. Izboljšala se je tudi šolska prehrana, prav tako pa tudi odnos do hrane v družinah učencev in pri učiteljih samih. Projekt dodatne ponudbe brezplačnega sadja v šol, ki je vključeval obvezno izvajanje spremljajočih aktivnosti, je med učenci povečal porabo sadja in priljubljenost le tega. Ob tem se je povečal tudi pozitiven odnos do sadja, kar se je odražalo tudi v kulturi prehranjevanja. Med učenci se je povečalo zavedanje o pomenu zdrave prehrane, pa tudi ekološka osveščenost (Pavlovec, Pogačnik, 2006). Izobraževanje in tudi prehransko znanje pa nima vedno neposrednega učinka na prehransko vedenje, ima pa lahko pomemben vpliv na stališča, namere in nekatere druge psihosocialne dejavnike, ki posredno

vplivajo na samo vedenje (Conner, 2002). Seveda pa prehransko izobraževanje nikakor ni zadosten in edini dejavnik, s katerim bi lahko spreminjali prehransko vedenje posameznika (Worsley, 2002).

Zaključek

Nezdravo prehranjevanje v kombinaciji z nezadostnim gibanjem sta dokazano ključna dejavnika pri nastanku in napredovanju kroničnih nenalezljivih bolezni, zlasti debelosti, bolezni srca in ožilja, nekaterih vrst raka, diabetesa tipa II., osteoporoze idr. (WHO, 2003). Po izračunih je kar 41 % kroničnih nenalezljivih bolezni pomembno povezanih s prehranskimi dejavniki tveganja, pri 38 % pa prehrana igra ključno vlogo pri nastanku teh bolezni (WHO, 2003). Raziskave v Sloveniji kažejo, da prehranske navade otrok in mladostnikov odstopajo o priporočenih. Na področju uresničevanja ciljev zdravega prehranjevanja otrok in mladostnikov je zato potrebno še dodatno povečati uživanje sadja in zelenjave, predvsem s povečanjem dostopnosti, še posebej lokalno trajnostno pridelanih vrst; zmanjšati dostopnost (predvsem zmanjšati pritisk trženja) energijsko gostih in hranilno revnih živil (bogatih z maščobami, sladkorji in soljo), tudi z reformulacijo proizvodov; uresničevati že pripravljene nacionalne prehranske smernice; povečati dostopnosti do kakovostnih in bolj zdravih živil, še posebej za socialno ogrožene skupine, s ciljem povečanja enakosti v zdravju.

Ob tem bo potrebno prenoviti in dopolniti promocijske in preventivne programe v sistemu zdravstvenega varstva, vzgoje in izobraževanja ter na področju osveščanja in informiranja. Za učence je zato priporočljivo, da take vsebine osvojijo v okviru medpredmetnega poučevanja ali v okviru naravoslovnih dni, kar pa je pogosto odvisno od interesa šole oziroma posameznih učiteljev (Koch, Torkar, 2005). V šolskem okolju je zato treba pregledati obvezne učne načrte in jih dopolniti z vsebinami, ki so pomembne za izboljšanje znanja o zdravi prehrani. Na področju organizirane šolske prehrane pa bo potrebno na nekaterih segmentih še dodatno izboljšati ponudbo šolskih obrokov in zagotoviti ponudbo vseh priporočenih obrokov, kar pa bo mogoče doseči le z uveljavljenjem sprejetih smernic in praktikuma.

Literatura

1. Brcar ŠP, Polič M, Stergar E (1995). Odnos mladih do zdravja in dejavniki, ki ga določajo. Psihološka obzornica, 4, 1–2: 9-23.
2. Conner M (2002 a). The social psychology of food. Buckingham: Open University Press, 12–42.
3. Čvan A (1997). Prehransko znanje in navade dijakov na različnih srednjih šolah v celjski regiji. Diplomsko naloga. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, Oddelek za živilstvo: 23-54.
4. Gabrijelčič Blenkuš M (2000). Prehrambene navade ljubljanskih srednješolcev. Podiplomska naloga. Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za socialno medicino in higieno: 35 str.
5. Gabrijelčič Blenkuš M, Pograjc M, Gregorič M, Adamič M, Čampa A (2005). Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno izobraževalnih ustanovah: od prvega leta starosti naprej. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije: 80 str.
6. Gregorič M (2007). Ocena kakovosti zajtrka v celodnevni prehrani srednješolcev. Magistrsko delo. Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta.
7. Gregorič M, Gabrijelčič Blenkuš M, Dobrila I et al (2008). Analiza prehranske kakovosti šolskih jedilnikov po posameznih regijah v Sloveniji. Raziskovalno poročilo. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana.

8. Jeriček H, Gabrijelčič Blenkuš M, Gregorič M et al (2007). HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
9. Koch V, Torkar G (2005). Medpredmetno poučevanje prehranskih vsebin v srednjih šolah. V: Zdrav življenjski slog srednješolcev. Pripornik za učitelje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
10. Kostanjevec S (2000). Prehransko stanje in prehranske navade gorenjskih srednješolcev. Magistrsko delo. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, (Oddelek za živilstvo) Univerze v Ljubljani.
11. Kučan N (2003). Pivske navade pomurskih srednješolcev. Diplomsko naloga. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, Oddelek za živilstvo: 86 str.
12. Millenium development goals (MDG) (2000)
<http://www.un.org/millennium/sg/report/index.html>; <http://www.un.org/millenniumgoals/>
13. Pavlovec A, Pogačnik A (2006). Projekt jabolko v šoli - primer dobre prakse. V: Strokovno srečanje. Lokalno trajnostna oskrba z živili/hrano - samooskrba države. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
14. Prehrana v osnovnih šolah (2005), Zavod RS za šolstvo
<http://www.zrss.si/default.asp?link=predmet&tip=6&pID=12&rID=1252>
15. Reilly JJ (2005). Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Best Practice&Research Clinical Endocrinology&Metabolism*, 19:3:327-341.
16. Širca Čampa A, Fidler N, Sedmak M (2003). Prehrana doječih mater v Sloveniji. Zbornik biotehniške fakultete v Ljubljani, Kmetijstvo. *Zootehnika*. 82:2:135-142.
17. Štimec M, Širca-Čampa A, Kotnik P, Zupančič M, Smole K, Fidler Mis N, Battelino T, Kržišnik C (2005). Vnos joda in endemske golšavosti pri slovenskih adolescentih. Zbornik predavanj. 1. slovenski kongres klinične prehrane z mednarodno udeležbo, Maribor, 11. in 12. november 2005. Ljubljana: Slovensko združenje za klinično prehrano.
18. WHO (2003). Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Technical Report Series 916, Geneva.
19. WHO (2006). Food and Nutrition Policy for Schools. A tool for the development of school nutrition programmes in the European Region, Programme for Nutrition and Food Security, Who Regional Office for Europe, Copenhagen.
20. Worsley A (2002). Nutrition knowledge and food consumption. *Asia Pac J Clin Nutr* (Suppl. 11): 579-85.

Telesna teža

Uvod

Stanje prehranjenosti najlažje ocenimo z izračunom razmerja med telesno maso in kvadratom telesne višine, temu razmerju pa pravimo indeks telesne mase (ITM). Metod za ocenjevanje stanja prehranjenosti je sicer več, najpogosteje pa se uporablja prav indeks telesne mase (ITM), na osnovi katerega ločimo 6 stopenj prehranjenosti (Tabela 1).

Telesna teža je primerna, če je indeks telesne mase med 18,5 in 25. O prekomerni prehranjenosti in debelosti govorimo takrat, ko je ITM višji od 25 in se odstotek maščobnega tkiva v organizmu poveča nad normalno vrednostjo. Izmed vseh sestavin telesa je količina maščevja tista, katero najpogosteje povezujemo z visokim tveganjem za zdravje. Zvečana telesna teža in s tem tudi višji ITM nam vedno ne pomeni debelosti, saj sta lahko višja na račun povečane mišične mase ali skeletnega sistema.

Tabela 1: Ocena stanja prehranjenosti z indeksom telesne teže za odrasle (WHO, 2000)

Ocene stanja prehranjenosti	Vrednost ITM (kg/m ²)
1. Podhranjenost	<18,5
2. Normalna prehranjenost	18,5 – 24,9
3. Prva stopnja prekomerne prehranjenosti	25,0 – 29,9
4. Druga stopnja prekomerne prehranjenosti – debelost	30,0 – 34,9
5. Tretja stopnje prekomerne prehranjenosti – visoka debelost	35,0 – 39,9
6. Četrta stopnje prekomerne prehranjenosti – izjemna debelost	≥40

Opomba: Za otroke in mladostnike veljajo drugačne vrednosti ITMja.

Prekomerna prehranjenost in debelost vplivata na slabšo kakovost življenja ter na prezgodnjo umrljivost. Raziskave so potrdile vzročno povezavo med debelostjo in razvojem nekaterih kronično nenalezljivih bolezni (bolezni srca in ožilja, diabetesom tipa 2 ter nekaterih vrst raka). Prekomerna prehranjenost in debelost predstavljata v EU resen javno zdravstveni problem. Na drugi strani pa je potrebno opozoriti na problem prenizke telesne teže. Prehranski dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za razvoj debelosti so zadosten vnos zelenjave in sadja, omejevanje količine in pogostosti uživanja energijsko goste in hranilno redke hrane ter redna telesna dejavnost (WHO, 2002).

Kot ugotavlja WHO, sta domače in šolsko okolje, ki omogočata otrokom in mladostnikom zdravo izbiro živil, verjetno zelo pomemben varovalni dejavnik zdravega prehranjevanja, ki zmanjšuje tveganje za razvoj debelosti (WHO, 2002).

Odnos do telesne teže pa se kaže tudi v samopodobi. Samopodobo sestavlja veliko vsebin, od katerih je za mladostnike zelo pomembna zunanja podoba (Tomori, 2005). Telesni videz je za mladostnike pomemben dejavnik samopredstavitve. Nekatere mladostnice pa se občasno obremenjujejo s svojo telesno težo ter jo z občasnimi dietami skušajo znižati (Tivadar in sod., 2005).

Rezultati raziskav s področja telesne teže

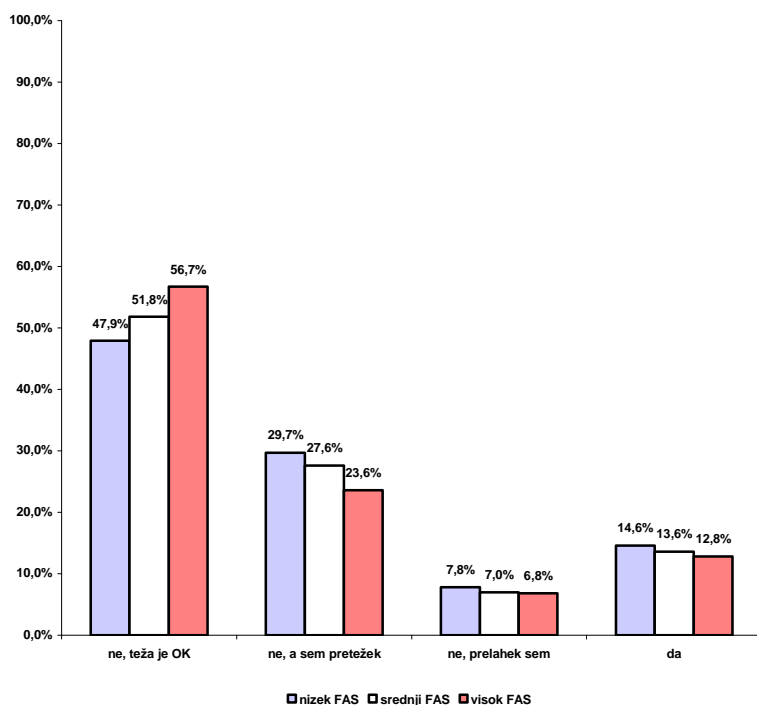
Prekomerna prehranjenost in debelost predstavljata v EU resen javno zdravstveni problem. Prevalenca debelosti hitro narašča in po napovedih lahko že leta 2010 pričakujemo 150

milijonov (20%) debelih odraslih in 15 milijonov (10%) debelih otrok. Naraščajoči trend debelosti je posebej zaskrbljujoč med otroci in mladostniki (WHO, 2007).

Tudi v Sloveniji zaznavamo naraščajoč trend prekomerne telesne teže in debelosti tako pri otrocih kot pri mladostnikih. V Sloveniji delež normalno prehranjenih otrok in mladostnikov, starih od 7 do 19 let, upada. Od leta 1987 do 2007 je narasel delež prekomerno težkih fantov v povprečju od 12,9% na 21,2%, deklet pa od 13,1 na 18,2%, delež debelih fantov pa je v istem obdobju narasel od 2,7% na 7,7% in deklet od 2,5 na 5,9% (Strel in sod., 2008). Po podatkih raziskave o razširjenosti čezmerne prehranjenosti in debelosti med otroki in mladostniki, ki so jo opravili na Pediatrični kliniki, je med petletniki čezmerno prehranjenih 18,4% dečkov in 20,9% deklic, predebelih pa med dečki te starosti 9%, med deklicami pa 7,9%. Podobna je slika med mladostniki. Med mladimi dekletimi je čezmerno prehranjenih 15,4%, predebelih pa 3,8%. Med fanti pa je čezmerno prehranjenih 17,1%, debelih pa 6,2% (Avbelj in sod., 2005). Slovenija se med 41 evropskimi ter severnoameriškimi državami po deležu prekomerno hranjenih in debelih 15-letnikov uvršča v prvo tretjino držav. V teh državah se deleži prekomerno hranjenih in debelih gibljejo med 30% in 6%. Povprečje vseh znaša 13% (WHO, 2008).

Telesna teža je povezana tudi s socio-ekonomskim statusom posameznika. Raziskava pri srednješolcih je pokazala, da imajo gimnazijci v povprečju nižjo telesno težo kot mladostniki, vpisani na poklicne šole (Gabrijelčič Blenkuš, 2001).

Raziskava iz leta 2006 pa je pokazala, da so med skupinami z različnim socio-ekonomskim statusom razlike glede na to, ali so otroci trenutno na dieti. V času ankete je bilo na taki ali drugačni dieti največ otrok (14,6 %) iz skupine z nižjim socio-ekonomskim statusom, sledijo otroci iz skupine s srednjim statusom (13,6 %), najmanj je teh (12,8 %) iz skupine z višjim socio-ekonomskim statusom. (Jeriček in sod., 2007)



Slika 1: Pogostnost odgovorov o morebitnih shujševalnih dietah po socio-ekonomskem statusu (Jeriček in sod., 2007)

Danes postaja vitkost telesni ideal, kult vitkega telesa je postal pogoj uspešnosti. Raziskava med slovenskimi dekletimi, starimi med 17 in 22 let, kaže na naslednje probleme: nezadovoljstvo s postavo in pomenom vitkosti ter dietno obnašanje in nadzorovanje teže. Rezultati kvalitativne in kvantitativne raziskave kažejo, da je zaznati močan pritisk k vitkosti s strani medijev in mode. Izvor sporočila o dosegljivosti in pomembnosti vitkosti so poleg revij, televizijskih vsebin in števil oblačil tudi družine in vrstniki. Približno tretjina v anketi sodelujočih deklet je poročala o neposrednih pritiskih k dietam s strani prijateljev in staršev, bolj običajni pa so posredni socialni vplivi. Ti vplivi obsegajo socialno primerjavo, draženje in kritiziranje. Nekatera dekleta živijo v subkulturi, ki daje izjemno velik poudarek skrbi za težo in postavo, zaradi česar so izpostavljene tveganju za moteno hranjenje (Kuhar, 2003).

Prenizko telesno težo imajo predvsem mladostnice, ki so tudi manj zadovoljne s svojo telesno težo kakor mladostniki. Podatki HBSC študije kažejo, da je odnos mladostnikov do telesne teže in način uravnavanja telesne teže sledeč: da imajo ravno pravšnjo telesno težo, je menilo 56,6 % fantov in 42,6 % deklet, za malce predebele ali predebele pa se je ocenilo 29 % fantov in 47 % deklet. (Jeriček in sod., 2007)

Raziskave telesne samopodobe kažejo, da imajo že petletne deklice z višjo telesno težo bolj neugodno samopodobo in razumejo, kaj pomenita besedi dieta in hujšanje (Gowers, 2001). Večina deklet med trinajstim in šestnajstim letom je nezadovoljnih s telesno obliko in težo (Grogan, 1999). Vendar je tudi veliko mladih žensk z normalno telesno težo nezadovoljnih s svojim telesom in telesno težo (Brownell, 1991). Po raziskavi, opravljeni v Avstraliji, kar 39 % avstralskih deklic v starosti med 8 in 12 let ni zadovoljnih s svojo telesno podobo in telesno težo (Kelly, 1999). Dekleta, ki so poročala o velikem nezadovoljstvu s svojim telesom, so omejevala vnos hrane z različnimi modnimi dietami, izogibanjem živilom, ki redijo, izpuščanjem obrokov in bila so telesno bolj aktivna. Telesna teža in indeks telesne mase sta v tesni povezavi z nezadovoljstvom s svojim telesom pri mladostnicah (Stice, 1998). Danes postaja vitkost telesni ideal in pogoj uspešnosti posameznika. Tudi z medicinskega vidika se opozarja na številne škodljive posledice prekomernega prehranjevanja in s tem vrši določen pritisk.

Prav tako so v porastu motnje hranjena. Motnje hranjenja moramo ločiti od motenj prehranjevanja. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade (neredno hranjenje, nihanja telesne teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane). Motnje prehranjevanja niso nujno znak določene duševne motnje, veljajo pa za nekakšno predstopnjo motenj hranjenja. Motnje hranjenja so boleznin in se kažejo kot globoke duševne in čustvene stiske ter nesprejemanje samega sebe. Obolele osebe usmerijo vso svojo energijo na hrano in hranjenje. Med motnje hranjenja sodijo anoreksija, bulimija, kompulzivno prenašanje in še nekatere druge motnje. (Serbec, 2007).

Zaključek

Odnos do telesne teže je pomemben vidik otrokovega in mladostnikovega razvoja ter samopodobe. Pri tem so predvsem nekatera dekleta zelo samokritična in se kljub temu, da njihova teža ni previsoka, počutijo predebeli. Tako kot v preteklosti bo potrebno tudi v prihodnosti dejavnosti usmerjati v zmanjševanje socialne in družbene obremenjenosti z idealno vitkostjo.

Raziskave tudi kažejo, da so debeli otroci in mladostniki pogosto socialno izključeni in imajo slabšo samopodobo. Taki posamezniki se lahko tudi težje vključijo v družbo. Verjetno pa bi za take otroke in mladostnike potrebovali posebno obravnavo znotraj specifičnih programov.

S strani države mora biti v šolstvu omogočeno uravnoteženo načrtovanje, priprava in prehranjevanje otrok in mladostnikov skladno s cilji Resolucije o nacionalnem programu prehranske politike 2005-2010. Ta ima za cilj zmanjšati delež otrok in mladostnikov, ki so čezmerno hranjeni in debeli za 10%.

Seveda pa z različnimi programi omogočamo otrokom in mladostnikom pridobiti znanja, oblikovanje stališč in vedenj za zdrav slog življenja. Izvajanje vzgoje za zdravje naj se tudi v bodoče izvaja kontinuirano, najbolje v zdravstvenih ustanovah, kar prinaša prednosti predvsem pri vsebinah, za katere so kot izvajalci zdravstveni delavci bolj kompetentni in usposobljeni (npr. Telesna teža za mladostnika). Učitelji pa mi morali prepoznati vsakršno negativno samopodobo otrok in mladostnikov in jih ustrezno usmerjati.

Vlada RS je leta 2007 potrdila strategijo Vlade RS na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012. Temeljni cilj strategije je spodbujanje vseh oblik rednega gibanja in telesne vadbe za zdravje. Med ciljnimi skupinami prebivalstva so med drugim tudi otroci in mladostniki, pri katerih se želi zmanjšati delež debelih otrok. To naj bi dosegli z izvajanjem promocije telesne dejavnosti za krepitev zdravja za otroke in mladostnike in starše ter z uvedbo vsebin telesne dejavnosti tudi v ostale predmete ter z izobraževanjem pedagogov in zdravstvenih delavcev.

Verjetno pa bi bilo smiselno v prihodnosti razmišljati tudi o povečanju števila ur telesne vzgoje na teden na vseh stopnjah izobraževanja.

Literatura

1. Avbelj M, Saje-Hribar N, Seher-Zupančič M, Brcar P, Kotnik P, Iršič A, Bratanič N, Kržišnik C, Battelino T (2005). Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. *Zdrav Vestn*; 74:753-9.
2. Brownell KD (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy* 22: 1-12.
3. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T (2007). HBSC Slovenija 2006: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
4. Gabrijelčič Blenkuš M (2001). Daily meal frequency of secondary school students from Ljubljana in relation to some of their other nutritional and lifestyle characteristics and body mass index. *Zdrav Vest*; 70: 269-74.
5. Gowers SG, Clarke J, Alldis J, Wormald MP, Wood N (2001). Childrens Perceptions of Body Shape: A Thinness Bias in Pre-Adolescent Girls and Associations with Femininity. *Child Psychology & Psychiatry*; 6: 519-37.
6. Grogan S (1999). Understanding body dissatisfaction in man, women and children. In: *Body image*. London & New York: Routledge.
7. Kelly C, Ricciardelli L, Clarke JD (1999). Problem eating attitudes and behaviours in young children. *Int J of Eating Disorders*; 25:281-6.
8. Kuhar M (2003). Zakaj dekleta pazijo na svojo težo? Družbeno-kulturni in medsebojni vplivi na telesno samopodobo in na nadzorovanje teže. *Psihološka obzorja*; 12: 113-27.

9. Sernec K (2007). Zavod za zdravstveno varstvo Celje.
<http://www.tosemjaz.net/clanki/index.php?TE=3&CL=3&ST=0&PO=6> <2.3.2007>.
10. Nacionalni program prehranske politike od 2005 do 2010. (2005). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
11. Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja 2007 - 2012. (2007). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
12. Stice E (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*; 36: 931-44.
13. Strel J, Kovač M, Starc G (2008). BMI and obesity trends of Slovenian children and youth 1987 – 1997–2007. UL, Fakulteta za šport, Ljubljana. Pridobljeno 1.4.2009 s spletne strani: <http://www.fsp.uni-lj.si/didaktika/raziskujemo/BMI%20and%20obesity%20trends%20of%20Slovenian%20children%20and%20youth%201987.pdf>
14. Tivadar B, Kamin T (2005). Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
15. Tomori M (2005). Psihološki dejavniki prehranjevanja v mladostniškem obdobju. In: Brčar P, Gabrijelčič BM, Koprivnikar H, et al. Zdrav življenjski slog srednješolcev. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 14-18.
16. World Health Organization (2002). Diet, Nutrition and the prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, WHO Technical Report Series, No. 916. WHO.
17. World Health Organization (2008). Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children: international report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
18. World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, WHO Technical Report Series, No. 894. WHO.
19. World Health Organization (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Telesna dejavnost

Uvod

Zadostna telesna dejavnost je varovalni dejavnik zdravja, saj vpliva tako na telesno kot duševno zdravje in kvaliteto življenja. Različne raziskave so pokazale, da telesna dejavnost varuje pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni, krepi kosti in mišice, vzdržuje psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije ter pomaga pri povečevanju samozavesti. Telesna dejavnost ima pomemben vpliv tako na metabolični sindrom in njegova posledična stanja (inzulinsko rezistenco, dislipidemije, visok krvni tlak in debelost) kot tudi na vse pomembnejše srčno-žilne bolezni in osteoporozo (Pedersen in Saltin v Gabrijelčič in sod., 2008). Pri otrocih in mladostnikih telesna dejavnost pozitivno vpliva tudi na njihove kognitivne sposobnosti ter na uspeh pri šolskem delu. V kombinaciji z ustrežno prehrano pa telesna dejavnost varuje tudi pred prekomerno telesno težo in debelostjo. Strokovnjaki ob tem poudarjajo pomen redne telesne vadbe, občasna in neustrezno intenzivna telesna dejavnost v nasprotju z redno namreč prinaša tveganje, ki je večje kot pričakovani pozitivni učinek na zdravje (Završnik in Pišot, 2005; NICE, 2007).

Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za doseganja večine koristi za zdravje pri odraslih zadošča zmerna telesna dejavnost (to je telesna dejavnost, ki poveča srčni utrip, povzroči občutek toplote in zadihanost), ki traja skupaj vsaj 30 minut na dan, izvaja pa se večino dni ali vse dni v tednu. Za preprečevanje prekomerne teže in debelosti pa se priporoča vsaj ena ura zmerne do zelo intenzivne telesne dejavnosti na dan. Za otroke in mladostnike se priporoča vsaj ena ura zmerne telesne dejavnosti na dan. Vsaj dvakrat na teden naj se izvajajo vaje za mišično moč, gibljivost ter za krepitev kosti. Novejše študije pa za preventivo pred srčno-žilnimi boleznimi pri mladostnikih priporočajo za okoli 30 minut daljšo zmerno telesno dejavnost na dan, kot jo priporoča SZO (WHO, 2007; WHO, 2007a; Koprivnikar, 2008).

Kljub pozitivnim učinkom telesne dejavnosti na zdravje, pa v državah Evropske unije kar dve tretjini ljudi ni dovolj telesno aktivnih, da bi dosegali pozitivne učinke za zdravje (WHO, 2007a). Tudi anketni podatki (Starc in Sila, 2007) o telesni dejavnosti med odraslimi prebivalci Slovenije, starejšimi od 15 let, kažejo, da več kot polovica odraslih ni dovolj telesno aktivnih. Vzrok je v veliki meri sodobni način življenja, ki postaja vse bolj sedeč. Okolja, v katerih vsak dan živimo - prevozi, bivalno okolje, delovno okolje, šolsko okolje, okolja za preživljanje prostega časa - vse manj prispevajo k telesni dejavnosti, pogosto jo celo zavirajo. Telesna nedejavnost oz. sedeč življenjski slog pa je po drugi strani prepoznana kot samostojni dejavnik tveganja za zdravje. Skupno breme bolezni, ki ga v Evropski regiji povzroča telesna nedejavnost, je ocenjeno na 3,5 %. Delež smrti, ki jih lahko pripišemo telesni nedejavnosti, pa znaša v Evropski regiji 5 – 10 odstotkov. (WHO, 2006; WHO, 2007).

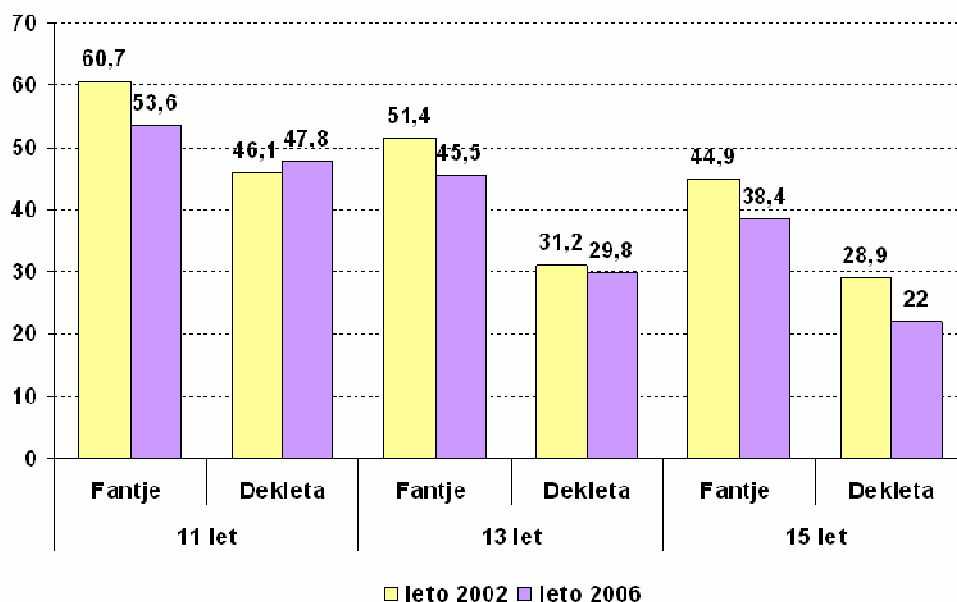
Pri otrocih in mladostnikih se tudi v povezavi s telesno (ne)dejavnostjo zaznavajo naslednji ključni zdravstveni problemi: debelost, obolenja kostno mišičnega sistema, duševno zdravje, poškodbe zaradi športa in prometa ter akutna obolenja dihal in astma (Gabrijelčič in sod., 2009).

Raziskave o telesni dejavnosti otrok in mladostnikov v Sloveniji

Raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju 2006

Raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju – HBSC Slovenija 2006 (Jeriček in sod., 2007) je pokazala, da priporočilom o 60 minutni zmerni do intenzivni telesni dejavnosti vsaj pet ali vse dni v tednu sledi slabih 40% slovenskih otrok in mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let. V primerjavi z letom 2002, ko je tem priporočilom sledilo skoraj 45% otrok in mladostnikov, tako leta 2006 beležimo upad telesne dejavnosti.

Podobno kot v drugih državah so tudi v Sloveniji fantje bolj telesno dejavni kot dekleta ter 11-letniki bolj kot 15-letniki (Slika 2). Tako je bilo leta 2006 skoraj 46 % fantov ter le tretjina deklet v povprečju aktivnih 60 minut na dan pet ali več dni v tednu. Če pogledamo po starosti, je bilo 60 minut na dan pet ali več dni v tednu aktivnih polovica 11-letnikov, nekaj več kot tretjina 13-letnikov in manj kot tretjina 15-letnikov (Jeriček in sod., 2007).



Slika 2. Telesna dejavnost po spolu, starosti in letu raziskave (aktivni 5 dni in več v tednu), $p < 0,05$, HBSC Slovenija 2006 (Jeriček in sod., 2007).

Med 41 evropskimi in severnoameriškimi državami se Slovenija po deležu otrok in mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let, ki so v povprečju telesno dejavni 60 minut na dan pet ali več dni v tednu uvršča v začetek spodnje polovice. Med države z najvišjimi deleži otrok in mladostnikov, ki dosegajo priporočila o zadostni telesni dejavnosti, se uvrščajo Slovaška, Irska, Združene zdrave in Grenlandija. Med državami, v katerih so ti deleži najnižji, pa najdemo Rusijo, Švico, Francijo, in Portugalsko (Currie in sod., 2008).

Podatki glede rekreacije v prostem času pri otrocih in mladostnikih, starih 11, 13 in 15 let podatki za Slovenijo kažejo, da se fantje v prostem času pogosteje rekreirajo kot dekleta. Med tistimi, ki se redno rekreirajo, je več otrok iz visokega socialno ekonomskega razreda. Med

otroci in mladostniki, ki se v prostem času ne rekreirajo, pa jih je največ iz nizkega socialno ekonomskega razreda (Jeriček in sod., 2007).

Slovensko javno mnenje 2006

Podatki raziskave Slovensko javno mnenje 2006 so pokazali, da je v prostem času vsak dan športno dejavnih 85 % fantov ter 65 % deklet, starih med 15 do 18 let. Redna športna dejavnost fantov se s starostjo zmanjšuje, toda kljub temu je pri osemnajstih letih tri četrtine fantov redno aktivnih. Pri dekletih se redna športna dejavnost nekoliko zniža v prvem in četrtem letniku srednje šole, kar je verjetno povezano s prehodom v novo šolsko okolje ter z zahtevnostjo konca srednje šole (Strel, Starc in Sila, 2007).

Zakaj telesna dejavnost upada?

Tako tuje kot domače raziskave kažejo, da s starostjo redna dnevna telesna dejavnost otrok in mladostnikov upada. Posledično je tudi motorična zmogljivost mladih slabša, pa tudi količina podkožnega maščevja se povečuje, in to pri fantih bolj kot pri dekletih (Strel v Strel, Starc in Sila, 2007). Hkrati pa se povečujejo vedenja sedečega življenjskega sloga. Otroci, stari okoli 11 let, med šolskim tednom presedijo v šoli in za šolsko delo doma skupaj v povprečju že okoli 9 ur (Završnik in Pišot, 2005). Tudi v raziskavi Inštituta za varovanje zdravja (Tivadar in Kamin, 2005) so dijaki med ovirami za gibanje najpogosteje omenjali prav pomanjkanje časa zaradi šole in priprav na šolo. Poleg tega pa mladi tudi svoj prosti čas pogosto preživijo pred računalnikom. Kar 86 % otrok in mladostnikov med tednom preživi prosti čas pasivno pred računalniki oziroma televizijskimi sprejemniki več kot pol ure dnevno. Kar 17 % otrok in mladostnikov pa gleda televizijo 4 ure in več, in sicer fantje v večji meri kot dekleta. Poleg tega narašča že tako visok delež rednega e-komuniciranja mladih: tako je delež tistih mladih, ki vsak dan ali pet do šest dni na teden uporabljajo e-komuniciranje za stike s prijatelji, v letu 2006 znašal skupaj že 46,9 %, kar tudi lahko pomeni bolj pasivni življenjski slog (Jeriček in drugi, 2007). Eden od vzrokov, zakaj telesna dejavnost med otroci in mladostniki upada, pa je morda tudi v tem, da so zabava, razvedrilo in sprostitve vse redkeje razlog za telesno dejavnost; med razlogi za telesno dejavnost namreč mladi najpogosteje navajajo predvsem telesni videz in kondicijo (Završnik in Pišot, 2005). Po drugi strani pa mladi prav zaradi tega, ker učinki telesne dejavnosti niso vidni takoj, temveč šele čez čas, pogosto tudi obupajo in opustijo telesno vadbo. Mlade pa obremenjuje tudi visoka cena trendovske športne opreme; nezmožnost nakupa tovrstne opreme (npr. smučarske) jih lahko odvrne od telesne dejavnosti, saj ne želijo biti »slabše« opremljeni kot so vrstniki (Tivadar in Kamin, 2005).

Zdravstveni problemi, povezani s telesno dejavnostjo

S telesno dejavnostjo oziroma nedejavnostjo otrok in mladostnikov pa so povezani tudi nekateri zdravstveni problemi. V zadnjih dvajsetih letih tako naraščajo deleži prekomerno telesno težkih in debelih otrok in mladostnikov, v času odraščanja se večja tudi število mladostnikov z deformacijo hrbtenice. Poleg tega v zadnjih desetih letih pri otrocih in mladostnikih naraščajo stopnje hospitalizacije in specialističnih obravnav zaradi astme. Psihosomatski simptomi (glavobol, bolečine v želodcu, slaba volja, občutek nervoznosti in nespečnost) se več kot enkrat tedensko pojavljajo kar pri tretjini enajstletnikov ter dveh petinah trinajst in petnajstletnikov, pogosteje pri dekletih kot pri fantih (Gabrijelčič in sodobniki, 2009).

Ko se mladim priporoča telesno dejavnost kot transportno gibanje ali kot športno dejavnost, pa je treba biti pozoren tudi na varnost. Hospitalizacije zaradi poškodb v prometu pri otrocih

in mladostnikih v Sloveniji v zadnjem desetletju upadajo, med hospitaliziranimi, ki so bili poškodovani v prometu, pa je bilo pri otrocih največ kolesarjev, sledijo jim pešci; pri mladostnikih so kolesarji na tretjem mestu za motoriziranimi vzroki poškodb. Stopnja hospitaliziranih zaradi poškodb pri športnih aktivnostih je najvišja pri mladostnikih in pada s prehodom v odraslo dobo. Fantje se poškodujejo pogosteje kot dekleta, verjetno zaradi večje izpostavljenosti, zato so zanje ustrezna navodila še pomembnejša. Poleg tega je potrebno izvajati tudi druge preventivne strategije in ukrepe, npr. načrtovanje športne dejavnosti (program aktivnosti, primerno vreme, skupine oblikovane glede na telesno težo in razvojne značilnosti mladostnikov), ogrevanje pred začetkom vadbe, primerna obutev, poznavanje pravih tehnik vadbe, upoštevanje pravil igre, standardi in vzdrževanje športne opreme, uporaba zaščitnih sredstev, znanje prve pomoči (Rok Simon v Gabrijelčič, 2009).

Zaključek

Na telesno dejavnost otrok in mladostnikov ima velik vpliv družina, saj so otroci v obdobju obiskovanja šole najpogosteje samostojno telesno dejavni prav v okviru družine (Završnik in Pišot, 2005). Še posebej pomembno vlogo imajo očetje; otroci in mladostniki, katerih očetje so bolj izobraženi, so namreč telesno bolj dejavni kot tisti mladi, katerih očetje imajo nižjo izobrazbo (Strel, Starc in Sila, 2007). Poleg družine lahko tudi šola pomembno vpliva na spodbujanje telesne dejavnosti, saj v tem okolju otroci in mladostniki preživijo velik del dneva. Poleg tega podatki (Završnik in Pišot, 2005) kažejo, da otroci radi obiskujejo šolske krožke z vsebinami telesne dejavnosti. V nekaterih državah, med njimi je tudi Slovenija, gredo pobude v smer vključevanja vsebin telesne dejavnosti tudi v druge predmete. V Združenih državah Amerike pa so že razvili program, ki združuje gibanje in učenje posameznih vsebin matematike, materinega jezika, naravoslovja. Tako se otroci s pomočjo gibanja učijo seštevati, odšteti, deliti, množiti, spoznavajo značilnosti planetov, kroženje vode itn. (Program »Academic Beats« je bil predstavljen na 4. fit mednarodnem kongresu, maja 2009 v Rogaški Slatini). Verjetno pa bi morali razmisliti tudi o tem, kaj je mogoče narediti, da bi se izognili opravičevanju in izostankom od ur telesne oziroma športne vzgoje v okviru šolskega pouka. V raziskavi Inštituta za varovanje zdravja so dijaki med drugimi izpostavili, da učitelji pogosto od vseh dijakov pričakujejo enake in zelo dobre rezultate, nadalje, da so ure športne vzgoje v popoldanskem času, ko so že utrujeni, da zaradi pomanjkanja telovadnih prostorov športna vzgoja poteka na oddaljenih lokacijah itn. (Tivadar in Kamin, 2005). Poleg zagotavljanja ustreznih prostorov in organizacije športne vadbe, bi zato morali poskrbeti tudi za dobro počutje otrok in mladostnikov ob telesni dejavnosti. V pomoč pri tem bi lahko bili tudi programi, namenjeni temu, da otrokom in mladostnikom vračajo veselje do gibanja. Primer je program »Drums Alive – Kids beats«, ki je zasnovan tako, da se otrok ob izvajanju vaj zabava in sprosti, hkrati pa razvija koordinacijo, kreativnost, gibalne sposobnosti, občutek za ritem in glasbo ter za delo v skupini (Ekins in Johnson, 2009). Vse to pa je pomembno tudi za kognitivni razvoj otroka; raziskave so namreč dokazale pomembno pozitivno povezavo med telesno dejavnostjo in kognitivnimi funkcijami pri mladih, otroci imajo boljše spominske funkcije in koncentracijo (NICE, 2007). Ker pa so z naraščanjem starosti mladostniki vse bolj telesno dejavni v okviru prijateljev, v športne klube ali društva pa se jih ne vključuje veliko (Završnik in Pišot, 2005), bi bilo treba razviti tudi programe, ki bi spodbujali neorganizirano telesno dejavnost v prostem času.

Vlada RS je marca 2007 potrdila strategijo Vlade RS na področju spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012, katere temeljni cilj je spodbujanje vseh oblik rednega gibanja in telesne vadbe za zdravje, ki jih deli v tri stebre: športno rekreacijo oz.

prostočasno ukvarjanje s športom, telesno dejavnost v šolskem in delovnem okolju ter telesno dejavnost, ki se odraža kot pešačenje ali kolesarjenje do službe, šole in po opravkih. Med ciljnim skupinami prebivalstva so tudi otroci in mladostniki do 18. leta starosti, pri katerih želi povečati število redno telesno dejavnih za 30 % ter za 20 % povečati delež otrok, ki v šolo in po opravkih pešačijo ali kolesarijo. Hkrati pa zmanjšati delež otrok, ki več kot 4 ure dnevno presedijo pred ekrani (televizijo ali računalnikom) ter delež prekomerno hranjenih in debelih otrok. To naj bi dosegli z izvajanjem promocije telesne dejavnosti za krepitev zdravja za otroke in mladostnike ter starše, z uvedbo vsebin telesne dejavnosti tudi v ostale predmete ter z izobraževanjem pedagogov in zdravstvenih delavcev.

Literatura

1. Currie, C., Gabhainn, S.N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R. in dr. (2008) Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children – international report from the 2005/2006 survey. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija.
2. Ekins C., Johnson C., (2009) Drums Alive. V: Konda B, Mišmaš T, Pečar M, (ur) 4. Fit mednarodni kongres. Vloga gibalne/športne aktivnosti pri preprečevanju bolezni in zdravljenju. Zbornik prispevkov. Rogaška Slatina: Zavod Fit, 2009
3. Gabrijelčič M., Drev A., Rok Simon M., Kofol Bric T., Jeriček, H. (2009) Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog otrok in mladostnikov. V: Konda B, Mišmaš T, Pečar M, (ur) 4. Fit mednarodni kongres. Vloga gibalne/športne aktivnosti pri preprečevanju bolezni in zdravljenju. Zbornik prispevkov. Rogaška Slatina: Zavod Fit, 2009.
4. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO, 2004. Pridobljeno 14. 4. 2009 s spletne strani http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
5. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. (ur) (2007) HBSC Slovenija 2006. Z zdravje povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007:
6. Koprivnikar H. (2008) Telesna dejavnost pri mladih v Sloveniji in v svetu. V: Kostanjevec S, Torkar G, Gregorič M, Gabrijelčič M, uredniki. Zdrav življenjski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje, Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS, str. 48-54
7. Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja 2007 - 2012. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2007.
8. NICE (2007). Physical Activity and Children. Review 1: Descriptive Epidemiology. NICE Public Health Collaborating Centre – Physical activity (<http://www.nice.org.uk/media/C7C/80/PromotingPhysicalActivityChildrenReview1Epidemiology.pdf>)
9. Scagnetti N. (2007) Telesna dejavnost. V: Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. (ur) HBSC Slovenija 2006. Z zdravje povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2007.
10. Starc G, Sila B. (2007) Ura športa na dan prežene vse težave stran: tedenska športna dejavnost odraslih v Sloveniji. Šport – revija za teoretična in praktična vprašanja športa 2007; 55 Priloga 3: 27-36
11. Step to health A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
12. Strel J, Starc G, Sila B. (2007) Športne dejavnosti slovenske mladine med 15. in 18. letom Šport – revija za teoretična in praktična vprašanja športa 2007; 55 Priloga 3: 43-48
13. Telesna dejavnost in zdravje v Evropi: dokazno gradivo za ukrepanje. WHO, 2006. Zavod za zdravstveno varstvo Maribor, Center za spremljanje zdravstvenega varstva prebivalstva in promocijo zdravja, 2007.

14. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007a.
15. Tivadar B., Kamin T., (2005) Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
16. Završnik J, Pišot R, (ur) (2005) Gibalna/športna aktivnost za zdravje mladostnikov. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave, Založba Annales, 2005.

Tobak

Uvod

Raba tobaka je eden vodilnih preprečljivih dejavnikov tveganja za številne bolezni in smrti v svetu in tudi v Sloveniji (WHO, 2005). Raba tobaka škoduje tako rekoč vsakemu organu v človeškem telesu. Raziskave so potrdile vzročno povezavo med kajenjem in razvojem številnih bolezni in zdravstvenih težav pri kadilcih, predvsem različnimi vrstami raka, boleznimi srca in ožilja in boleznimi dihal (USDHHS, 2004). Zaradi s kajenjem povzročenih bolezni umre okoli polovica rednih kadilcev. Polovica teh smrti je prezgodnjih, med 35. in 69. letom starosti (Doll in sodelavci, 2003). V Sloveniji v povprečju kadilci, ki umrejo zaradi s kajenjem povzročenih bolezni, umrejo 16 let prej kot njihovi vrstniki, ki niso nikoli kadili (Peto in sodelavci, 2006). Kadilci pa lahko pričakujejo tudi, da bodo zaradi bolezni povezanih s kajenjem, znatno število let preživeli v slabem zdravju oziroma z manjzmožnostjo. Velika večina, to je okoli tri četrtine prebivalcev Slovenije je nekadilcev (Toš in sod., 2002; IVZ RS, 2007; Jeriček in sodelavci, 2007; Eurobarometer, 2009). Po podatkih raziskave Slovensko javno mnenje je bilo v letu 1981 med prebivalci Slovenije, starimi 18 let in več, 32,4% kadilcev, leta 2001 pa 25,3% kadilcev (Toš in sodelavci, 2002). V letu 2007 smo v raziskavi "Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu" (EHIS) zabeležili v isti starostni skupini podoben delež kadilcev in sicer 25,4% (IVZ RS, 2007).

Pomembnejši vidiki začetka kajenja

Na začetek kajenja pri mladostniku vplivajo številni, kompleksni, med seboj prepletajoči se socio-demografski, okoljski, vedenjski in osebnostni dejavniki (USDHHS, 2000; Tyas in sodelavci, 1998). Pri začetku kajenja igrajo pomembno vlogo visoka družbena sprejemljivost kajenja, oglaševanje, promocija, dostopnost in nizka cena tobačnih izdelkov (USDHHS, 1994). S kajenjem so povezani starost, pripadnost etničnim skupinam, struktura družine, socio-ekonomski položaj staršev, količina denarja, ki jo ima na voljo mladostnik, kadilske navade staršev, odnos staršev do kajenja, kadilske navade bratov in sester, kajenje vrstnikov, odnos do kajenja in norme vrstnikov, družinsko okolje, povezanost z družino in prijatelji, šolski dejavniki, tvegano obnašanje, življenjski stil, stres, depresija, samospoštovanje in skrb za zdravje (USDHHS, 2000; Tyas in sod., 1998). Mladostniki pogosto precenjujejo delež kadilcev med mladimi in odraslimi. Tisti, ki deleže kadilcev med mladimi najbolj precenjujejo, so med tistimi, ki bodo najverjetneje postali kadilci tudi sami (USDHHS, 2000; Tyas in sod., 1998; USDHHS, 1994).

S kajenjem začnejo kasnejši odrasli redni kadilci skorajda vedno v obdobju adolescence in sicer v 80 - 90% (USDHHS, 2000; USDHHS, 1994). Domnevamo torej lahko, da v kolikor mladostniki ne bi začeli kaditi do konca adolescence, večina ne bi nikoli začela uporabljati tobaka. Pomemben kazalnik kasnejših kadilskih navad je starost ob začetku kajenja. Mlajši, ko je posameznik ob začetku kajenja, večja je verjetnost, da bo v odrasli dobi redno kadil, da bo razvil dolgoročno zasvojenost z nikotinom, da bo kadil večje število let in da bo težji kadilec, obenem pa bo manj verjetno kajenje opustil v primerjavi s tistimi, ki začnejo kaditi pozneje. Zamik starosti ob začetku kajenja ima torej lahko pomembne učinke tako na delež kadilcev v odrasli dobi, na intenziteto kajenja kot tudi na dolgoročne posledice tobaka na zdravje (USDHHS, 1994). Vsa ta dejstva govorijo v prid aktivnostim s ciljem preprečevanja začetka kajenja pri mladostnikih ali vsaj zamika starosti ob začetku kajenja.

Mnogi mladi redni kadilci so že zasvojeni z nikotinom, odvisnost pa izkusijo podobno kot odrasli kadilci. Večina mladih kadilcev želi opustiti kajenje in pogosto je za njimi že nekaj neuspešnih poizkusov opuščanja kajenja. Mlade je kljub temu težko pritegniti v programe opuščanja kajenja, ko pa vstopijo v tak program, jih je prav tako težko zadržati. Uspešnost takih programov je majhna (USDHHS, 1994). Pomembnost preprečevanja začetka kajenja je tako še toliko večja.

Raziskave o kadilskih navadah slovenskih mladostnikov

O kadilskih navadah mladih Sloveniji poteka več mednarodnih raziskav in sicer med všolanimi mladimi. Raziskave spremljajo kadilske navade pri različnih starostnih skupinah všolanih mladostnikov ter uporabljajo različna merila kadilskih navad. Nobena od raziskav ne vključuje osipnikov (to so posamezniki, ki so izpadli ali izstopili iz šolskega sistema), spremljati pa bi bilo potrebno tudi te, saj prav ta skupina mladih sodi med skupine z visokim tveganjem za kajenje.

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) – 1995, 1999, 2003, 2007; starostna skupina 15-16 let

Med leti 1995 in 2003 kaže raziskava na statistično značilno pomembno naraščanje prvih poskusov kajenja (tisti, ki so pokadili eno cigareto v vsem življenju) z 59 % na 67 % in rednega kajenja (tisti, ki so kadili 40-krat ali bolj pogosto v vsem življenju) s 16% na 27% med všolanimi 15 do 16-letniki v Sloveniji. V obdobju med leti 2003 in 2007 pa je prišlo do statistično značilno pomembnega premika v smislu zmanjševanja kadilskih navad te starostne skupine. Poskusi kajenja so se zmanjšali s 67 % na 61 %, redno kajenje pa s 27 % na 21,9 % (Stergar in sod., 2003; Hibell in sod., 2004; Stergar, 2008).

V letu 2007 se med 37 evropskimi in severnoameriškimi državami Slovenija po deležu kadilcev v zadnjih 30 dneh uvršča v povprečje držav. V teh državah so deleži rednih kadilcev med 7 % in 45 %, povprečje pa znaša 29 % (Hibell, 2009).

Svetovna raziskava o odnosu mladih do tobaka (GYTS) – 2003, 2007, starostna skupina 13 do 15 let

Raziskava je v letu 2003 pokazala na 28,5% kadilcev cigaret med 13 do 15 let starimi všolanimi mladostniki v Sloveniji, v letu 2007 pa je ta delež padel na 24,9 %. Vsaj enkrat v življenju je leta 2003 kadilo nekaj več kot dve tretjini (66,4 %) vključenih v raziskavo, leta 2007 pa 61,6 %. Delež tistih, ki kadijo vsak dan, se je med letoma 2003 in 2007 povečal s 7,7 % na 11,4 %. (WHO, 2003; Juričič, 2008).

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju (HBSC) – 2002, 2006; starostne skupine: 11, 13 in 15-let.

Raziskava kaže, da delež všolanih mladostnikov, ki poročajo o tem, da so že kadili tobak, pomembno narašča s starostjo. V letu 2006 je v svojem življenju vsaj eno cigareto (oziroma cigaro oziroma pipo) pokadilo nekaj manj kot 9 % 11-letnikov, približno 32 % 13-letnikov in nekaj več kot 54 % 15-letnikov v Sloveniji. Kadilci, ki kadijo vsaj enkrat tedensko ali pogosteje, so leta 2006 prevladovali med 15-letniki, kjer jih je bilo 18 %, med njimi jih je večina kadila vsak dan. Vsaj enkrat tedensko ali pogosteje kadi 20 % 15-letnikov in 16 % 15-letnic. V povprečju so bili ob kajenju prve cigarete 15-letniki stari nekaj več kot 13 let. Fantje so prvo cigareto pokadili značilno prej kot dekleta (Jeriček in sod., 2008).

Med 41 evropskimi in severnoameriškimi državami se Slovenija po deležu kadilcev, ki kadijo vsaj enkrat tedensko ali pogosteje, med 15-letniki uvršča nekje v sredino držav. V teh državah so deleži med 8 % in 43 %, povprečje pa znaša 19 % (WHO, 2008).

Med letoma 2006 in 2002 beležimo v Sloveniji pomembno zmanjšanje rabe tobaka pri mladostnikih in sicer pomembno manj prvih poskusov kajenja, pomembno manjši odstotek rednih kadilcev v starosti 11, 13 in 15 let ter pomembno višjo povprečno starost ob prvi pokajeni cigareti (Jeriček in sod., 2008).

Vse tri raziskave v zadnjih letih prikazujejo upad kajenja med vsolanimi mladimi v Sloveniji. Tak ugoden trend lahko pripišemo različnim dejavnikom, kot so med drugim velik obseg mladim dostopnih kvalitetnih informacij o tobaku in njegovi škodljivosti za zdravje, napovedi in/ali uvedbe ukrepov za zmanjševanje rabe tobaka na nacionalni ravni, zakonodajni trendi in različni dogodki in kampanje v evropskem prostoru, preprečevalni programi v izobraževalnem sistemu in drugi programi promocije zdravja ter nenazadnje zmanjševanje deleža kadilcev med odraslimi.

Iz raziskave HBSC lahko povzamemo, da mladi začnejo eksperimentirati s kajenjem pred 11. letom starosti, nekateri že prej in sicer so to predvsem fantje. Kajenje med mladimi narašča s starostjo in najhitrejši porast glede na dostopne podatke beležimo med 13. in 15. letom (Jeriček in sod., 2008). Za starostno skupino med 15. in 18. letom imamo na voljo manj podatkov o njihovih kadilskih navadah. Podatki raziskave EHIS kažejo, da je v starostni skupini 15. do 24. let v letu 2007 delež kadilcev 24,3 %, kar kaže, da po 15. letu delež kadilcev še naprej narašča (IVZ RS, 2007).

Ukrepi za zmanjševanje kajenja med mladimi

Ukrepi za zmanjševanje in preprečevanje kajenja med mladimi morajo vključevati delovanje na več področjih, kot so visoke cene tobačnih izdelkov, prepoved oglaševanja in promocije tobačnih izdelkov, prepoved kajenja v zaprtih javnih in delovnih prostorih, preprečevalni programi (sem sodijo tudi programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju) oziroma programi osveščanja in informiranja, zdravstvena opozorila na škatlicah tobačnih izdelkov, programi pomoči pri opuščanju kajenja ter manjša dostopnost in omejitev starosti za nakup tobačnih izdelkov, stroga prepoved kajenja na področju šole in še nekateri drugi. Koordinirano in obsežno izvajanje večine od teh ukrepov lahko učinkovito zmanjša kajenje med mladimi (USDHHS, 1994; Schofield in sodelavci, 2003; Dobbins in sodelavci, 2008; WHO, 2008; World Bank 2003).

Programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju

V zadnjih desetletjih je bilo šolsko okolje v centru aktivnosti za zmanjševanje kajenja med mladostniki zaradi možnega dostopa do velikega števila otrok in mladostnikov in prileganja vsebine ciljem izobraževanja v šolah.

Programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju naj (CDC, 1994):

- omogočajo in spodbujajo otroke in mladostnike, ki še niso poskusili kaditi, naj se izogibajo kakršnikoli rabi tobaka tudi vnaprej;
- 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.

Programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju so pri spreminjanju kadilskih navad mladostnikov učinkoviti in sicer zmerno in kratkoročno, o dolgoročnih učinkih pa je na voljo premalo raziskav, rezultati le-teh so nedosledni (USDHHS, 2000; Thomas in sod., 2006). Ne

glede na to, da nekatere raziskave kažejo, da se učinki programov s časom zmanjšujejo, pa vendarle obstajajo dokazi, da intenzivnejši in kompleksnejši programi lahko učinkujejo vse tja do konca srednje šole, kar pomeni, da lahko posledično vplivajo na zmanjševanje kadilcev v odrasli dobi (USDHHS, 2000).

Pomanjkanje dokazov o dolgoročnih učinkovih ob dokazano prisotnih kratkoročnih učinkih pa vendarle ne pomeni, da so ti programi brez vrednosti, pač pa vodi v razmislek o dolgoročnejših programih, takšnih, ki vključujejo starše, lokalno skupnost, masovne medije in druge deležnike v adolescentovem družbenem okolju (Wiehe in sod., 2005).

Zaključek

Raba tobaka je eden vodilnih preprečljivih dejavnikov tveganja za številne bolezni in smrti. V Sloveniji je v letu 2006 vsaj enkrat poskusila kaditi več kot polovica 15-letnikov, redno je kadila nekaj manj kot petina 15-letnikov, v povprečju pa so 15-letniki, ki so kadarkoli poskusili kaditi, to naredili, ko so bili stari približno 13 let (Jeriček in sod., 2008). Raziskave iz zadnjih let kažejo na upad kadilskih navad med mladostniki. S kajenjem začnejo kasnejši odrasli redni kadilci skorajda vedno v obdobju adolescence, torej je obdobje adolescence pomembno za preprečevanje prvih poskusov kajenja, zamika začetka kajenja in tudi pomoč pri opuščanju kajenja. Programi preprečevanja kajenja v šolskem okolju so eden od učinkovitih ukrepov za zmanjševanje rabe tobaka med mladimi. Obstajajo dokazi, da so šolski programi učinkoviti in da je uvajanje vsebin v učne programe osnovnih in srednjih šol ter uvajanje morebitnih dodatnih programov smiselno. Tovrstne programe pa mora podpirati kombinacija preostalih danes poznanih učinkovitih javno-zdravstvenih ukrepov za zmanjševanje rabe tobaka.

V Sloveniji si že dolga leta prizadevamo preprečiti poseganje po kajenju in zmanjšati rabo tobaka med mladostniki. Številni učinkoviti ukrepi, kot so prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih mestih, splošna prepoved oglaševanja in promocije tobačnih izdelkov (z izjemo prodajnih mest, kjer je možno oglaševanje v obliki in podobi zaščitene blagovne znamke), velika in jasna opozorila na škatlicah tobačnih izdelkov z navedbo telefonske številke za pomoč pri opuščanju kajenja, različni in dostopni načini opuščanja kajenja ter omejitve starosti za nakup in prodajo tobačnih izdelkov na 18 let, so že uvedeni. Pri mladih sodijo med pomembne ukrepe visoke cene tobačnih izdelkov ter intenzivnejše aktivnosti v smislu programov preprečevanja in opuščanja kajenja za mlade, kjer nas v prihodnjih letih čaka še precej izzivov.

Literatura

1. World Health Organization (2005). The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
2. US Department of Health and Human Services (2004). The Health Consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, Government Printing Office.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*; 328: 1519-1528.
4. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. (2006). Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2nd Edition, revised June 2006. International Union Against Cancer, Geneva: Switzerland.
5. Toš N, Malnar B. (2002). Družbeni vidiki zdravja: Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva. FDV, IDV, Ljubljana, 2002.

6. Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije (2007). Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007. Pridobljeno 9.2.2009 s spletne strani <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1662>).
7. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. (2007). HBSC Slovenija 2006: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
8. Eurobarometer. Survey on Tobacco. Analytical Report. European Commission, Flash Eurobarometer 253, March 2009. Pridobljeno 23.3.2009 s spletne strani http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf
9. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use (2000): A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.
10. Tyas SL, Pederson LL (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control* 1998; 7:409-420.
11. US Department on Health and Human Sciences. Preventing Tobacco Use Among Young People (1994): A Report of the Surgeon General, 1994. Atlanta, Georgia: US Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health.
12. Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. (2005). ESPAD: Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2003. Ljubljana: Urad za droge.
13. Hibell B et al. (2004). The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN and Council of Europe.
14. Stergar E. (2008). Razširjenost kajenja med slovenskimi mladostniki v obdobju 1995 – 2007. Na: Svetovni dan brez tobaka 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
15. Hibell B et al. (2009). The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN and Council of Europe.
16. World Health Organization. Global Youth Tobacco Survey: Report on the Results of the Global Youth Tobacco Survey in Slovenia - 2003. Pridobljeno 9.2.2009 s spletne strani http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/reports/euro/2003/slovenia_report.htm).
17. Juričič M. (2008). Svetovna raziskava odnosa mladih do tobaka (GYTS – Global Youth Tobacco Survey). Na: Svetovni dan brez tobaka 2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
18. Jeriček H., Lavtar D, Pokrajac T. (2007). HBSC Slovenija 2006: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
19. World Health Organization (2008). Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children: international report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
20. Schofield MJ, Lynagh M, Mishra G. (2003). Evaluation of a Health Promotion Schools program to reduce smoking in Australian secondary schools. *Health Education Research*; 18(6):678-92.
21. Dobbins M, DeCorby K, Manske S, Goldblatt E (2008). Effective practices for school-based tobacco use prevention. *Preventive Medicine*; 46:289-97.
22. World Health Organization (2008). WHO Report on the Global Tobacco epidemic, 2008: the MPOWER Package. Geneva: World Health Organization.
22. World Bank. Tobacco Control: At a glance, 2003. (Pridobljeno 25.11.2008 s spletne strani <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>

23. Centers for Disease Control and Prevention (1994). Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports*; 43:No. RR-2.
24. Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2.
25. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP (2005). A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health*; 36:162-169.

Alkohol

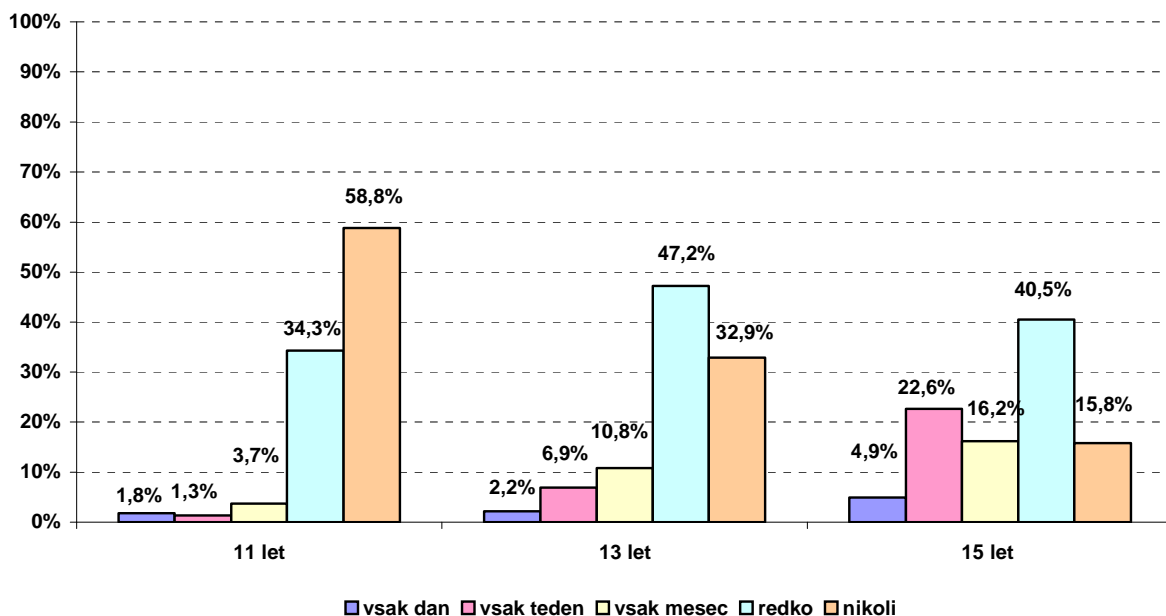
Uvod

Škodljivo pitje alkohola predstavlja velik javnozdravstveni problem, ki pomembno vpliva na kakovost življenja posameznikov, njihovih bližnjih in družbe v celoti (Anderson in Baumberg, 2006). Tveganje in posledice, ki nastanejo zaradi uživanja alkohola, naraščajo z zaužitimi količinami in trajanjem pitja alkohola (Mann, Smart in Govoni, 2003; Ramstedt, 2001). Škodljivo uživanje alkohola je povezano s številnimi zdravstvenimi (telesnimi in duševnimi), socialnimi in ekonomskimi posledicami. Pitje alkohola je v svetu šesti najpomembnejši vzrok za prezgodnjo umrljivost in obolevnost, v Evropi pa celo tretji. Kar 4 % bremena bolezni v svetu lahko pripišemo alkoholu, v Evropi celo 8 %, kar znaša približno 125 milijard evrov materialnih stroškov oz. 1,3 % bruto nacionalnega produkta. Alkohol povzroči nekaj manj kot 200.000 smrti letno oziroma 6,3 % smrti v evropski regiji (Anderson in Baumberg, 2006). Tudi v Sloveniji predstavlja škodljivo uživanje alkohola enega od ključnih javnozdravstvenih problemov (Šešok in Sedlak, 2005 in 2006; Tomšič in dr., 2008), saj spada Slovenija med države z visoko porabo čistega alkohola na prebivalca, ki je v letu 2005 znašala 8,8 litra (povprečje za EU je 10,3 litra) oziroma 71 litrov piva in 40 litrov vina in dobra dva litra žganih pijač na vsakega prebivalca (Šešok in Sedlak, 2006). Po ocenah raziskav naj bi bilo med 60 in 70 % slovenske populacije zmernih pivcev, med 13 in 20 % pa naj bi jih presegalo dnevne meje manj tveganega pitja (Zaletel Kragelj, Čebašek Travnik in Hovnik Keršmanc, 2004; Hovnik Keršmanc, Čebašek-Travnik in Trdič, 2000). Pri 11 % populacije oseb obstaja velika verjetnost, da so pri njih že prisotne škodljive posledice pitja alkohola in da gre celo za odvisnost od alkohola.

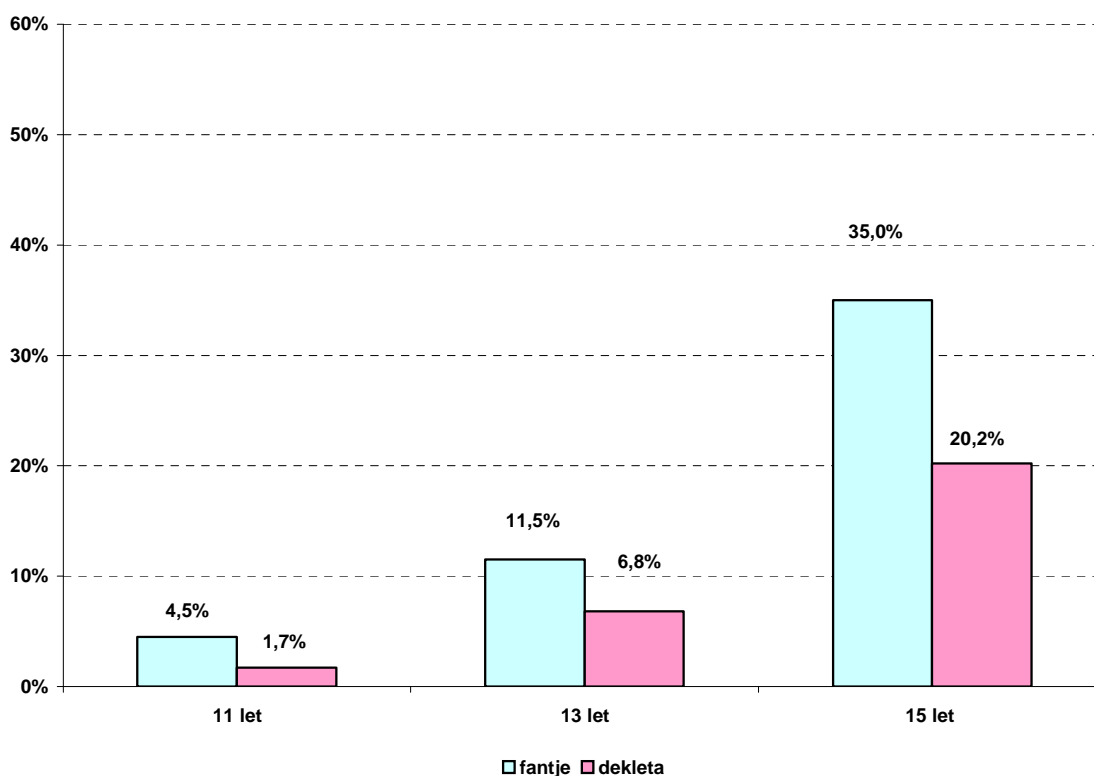
Rezultati mednarodnih raziskav s področja alkohola pri katerih sodeluje tudi Slovenija

Študije kažejo, da je pitje alkohola velik problem tudi med mladostniki, ki so bili na evropski konferenci o oblikovanju alkoholnih politik (Building Capacity for action, European alcohol policy conference; Barcelona, 2008) izpostavljeni kot posebej ranljiva skupina. Podatki raziskave HBSC 2006 – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (Bajt, 2007; Currie in dr., 2008) so pokazali, da je alkoholne pijače že pilo približno 85 % slovenskih 15-letnikov, nekaj več kot dve tretjini 13-letnikov in dobrih 40 % 11-letnikov, pri vseh starostnih skupinah dekleta pijejo manj pogosto kot fantje (Slika 3).

V isti raziskavi ugotavljamo, da je odstotek rednih pivcev alkohola (alkohol pijejo vsaj enkrat tedensko) razmeroma visok. Najvišji je pri 15-letnikih in sicer 27,5 %, med rednimi pivci je več fantov kot deklet (Slika 4). S temi odstotki se uvrščamo nekje na sredino lestvice 41 držav, ki so vključene v študijo. Višji odstotek rednih pivcev alkohola med mladostniki imajo v Ukrajini, Italiji, Angliji ter na Malti, Škotskem in na Hrvaškem. Odstotek mladostnikov, ki vsaj enkrat na teden pijejo alkohol pa je nižji na Portugalskem, Irskem in v Skandinavskih državah (Currie in dr., 2008).



Slika 3. Pogostost uživanja alkohola v treh različnih starostnih skupinah (HBSC 2006, N = 5108, $p < 0,05$).



Slika 4. Delež rednih pivcev alkohola po spolu in starosti (HBSC 2006, N = 5103, $p < 0,05$).

Delež rednih pivcev alkohola med mladostniki narašča s starostjo, hkrati pa ugotavljamo, da je povprečni slovenski mladostnik ob prvem pitju alkoholne pijače star 13,3 let, pri čemer fantje s pitjem alkohola pričnejo prej kot dekleta. Številne raziskave razkrivajo, da se

mladostniki s prvo izkušnjo pitja alkohola pogosto srečajo v domačem okolju, kar v Sloveniji, glede na razširjeno (domačo) proizvodnjo alkoholnih pijač ter vpetost alkohola v kulturo, niti ni posebej nenavadno (Anderson in Baumberg, 2006). Posebej škodljive so različne oblike tveganega pitja alkohola kot npr. opijanje oz. pitje alkoholnih pijač do pijanosti, ki je med mladostniki zelo razširjeno. Prva opitost se pri slovenskih mladostnikih po podatkih raziskave HBSC 2006 zgodi v povprečni starosti 14 let, pri čemer so fantje prvič opiti pomembno prej kot dekleta. Tudi sicer se fantje pogosteje opijajo kot dekleta, s starostjo pa narašča tudi pogostost opijanja. V večini evropskih držav v zadnjih nekaj letih beležimo tudi porast nove oblike tveganega pitja alkohola, in sicer popivanja (angl. binge drinking), ki pomeni zaužitje pet ali več enot alkohola¹ ob eni priložnosti (Anderson in Baumberg, 2006). Popivanja se poslužujejo tako dekleta kot fantje, zgolj 40 % mladostnikov iz evropske regije pa to obliko uživanja alkoholnih pijač zaznava kot tvegano (Anderson in Baumberg, 2006).

Vedenja povezana z uživanjem alkohola pri mladostnikih v Sloveniji že od leta 1995 raziskovalci spremljajo tudi z raziskavo ESPAD – Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah, ki z najnovejšimi podatki iz leta 2007 nakazuje, da se med slovenskimi mladostniki v starosti 16 let povečuje delež uživalcev alkohola. V preteklem letu je alkohol uživalo 87 % slovenskih mladostnikov, opilo pa se jih je 43 %, kar presega mednarodno povprečje². Prav tako slovenski mladostniki zaužijejo večjo količino čistega alkohola ob eni priložnosti (4,3 cl čistega alkohola) kot njihovi vrstniki v drugih državah (Hibell, 2009).

V raziskavi Fundacije z glavo na zabavo (2009) so ugotovili, da kar 73 % anketiranih (dogodkov se udeležujejo pretežno mladi ljudje) priporoča pitje alkohola ob koncu tedna, več kot 18 % pred delom ali pred poukom in 32 % pred poljubljanjem. Osebe starostne skupine 15 - 18 let so navedle najnižje starosti kot starosti primerne za pitje alkohola, hkrati so kot primerne navedli tudi najvišje količine alkohola.

Do sedaj smo govorili o tveganih oblikah pitja alkohola, za oceno problema pa je pomemben tudi podatek o tem, koliko mladostnikov ima že razvit sindrom odvisnosti od alkohola. Ker v Sloveniji nimamo registra oseb s sindromom odvisnosti od alkohola, težko podamo oceno o tem, koliko mladostnikov ima sindrom odvisnosti, je pa po podatkih tujih študij (za pregled glej Clark, 2004) le-ta pri mladostnikih mlajših od 14 let zelo redek, med 7 % in 20 % 14 do 18 letnikov pa naj bi kazalo vsaj en simptom sindroma odvisnosti od alkohola.

Zaključek

Ukrepe za preprečevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola med mladimi lahko razdelimo v dve skupini. V prvi skupini so ukrepi, ki skušajo mladim omejiti dostop do alkohola. Med temi ukrepi so pri mladih uspešni ukrepi povišanja cen ter omejitev števila prodajnih mest, vendar le takrat kadar mladostniki omejevanje fizične dostopnosti do alkohola ne zaznavajo kot pretirano omejujoče (Svetovna zdravstvena organizacija, 2007). Kot poseben problem povsod v Evropi naj še enkrat izpostavimo eno izmed najbolj tveganih oblik uživanja alkohola – t.i popivanje, ki je posebej priljubljeno pri mladih, zato je potrebno v prihodnosti opozarjati predvsem na nevarnosti tega. V drugo skupino uvrščamo različne

¹ Slovenska enota vsebuje približno 10 gramov alkohola, kar je 1 dcl vina, 2,5 dcl piva, 0,3 dcl žgane pijače (Kolšek, 2004).

² V raziskavi ESPAD so bile v letu 2007 udeleženi mladostniki iz sledečih držav: Armenija, Avstrija, Belgija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Hrvaška, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Ferski otoki, Finska, Francija, Makedonija, Nemčija, Grčija, Grenlandija, Madžarska, Islandija, Irska, Otok Man, Italija, Latvija, Litva, Malta, Moldavija, Monako, Črna gora, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Ruska Federacija, Srbija, Slovaška, Slovenija, Švedska, Švica, Turčija, Ukrajina, Združeno kraljestvo.

programe in projekte, ki so usmerjeni v promocijo zdravja in preprečevanje škodljivega pitja alkohola med mladimi. V Sloveniji obstaja nekaj takih programov, ki so močni predvsem v tem, da mlade informirajo o posledicah tvegane pitja alkohola. Raziskave ugotavljajo, da 71 % mladostnikov ve, da škodljivo pitje pomeni "škodo za zdravje" (Stergar, Pucelj in Scagnetti, 2005), pa kljub temu ne spremenijo svojega vedenja, kar pomeni, da samo informiranje za spremembo vedenja ni dovolj. Pomanjkljivost slovenskih programov vidimo predvsem v tem, da poleg informiranja mladostniku ne ponujajo dovolj zanimivih zdravih alternativ, ko pa se je ravno slednje izkazalo kot zelo učinkovito (Anderson, Baumberg, 2006; Glassman, Werch in Jobli, 2007; Svetovna zdravstvena organizacija, 2007).

In če se za konec vrnemo k varovalnim dejavnikom, ugotovimo, da je ravno to področje, kjer učitelji in starši lahko delujemo. Poleg informiranja o škodljivih posledicah uživanja alkohola in spodbujanja k zdravim alternativam, lahko otroka opremimo, da se bo znal soočiti s težavami v življenju in bo usmerjen k iskanju rešitev vsakodnevnih problemov, tako, da ga učimo asertivnosti ter učinkovitega reševanja problemov. Gre za vsebine, ki so pomembne in jih moramo vključevati v učne načrte. Pomembno je tudi, da pri otroku prepoznamo njegove dobre lastnosti in področja kjer je uspešen, ga pri tem vzpodbujamo in tako krepimo njegovo samozavest. Naučiti ga moramo tudi, da se sam pohvali in si tako sam gradi svojo samozavest. Veliko lahko naredimo tudi s tem, ko otroku omogočimo medvrstniško druženje in mu na ta način gradimo raznoliko in trdno socialno omrežje, ki mu bo kasneje v življenju vir opore in pomoči v primeru težav.

Literatura

1. Anderson, P. in Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies.
2. Anderson, P. (2007). The impact of alcohol advertising: ELSA project report on the evidence to strengthen regulation to protect young people. Utrecht: National foundation for alcohol prevention.
3. Bajt, M. (2007). Tvegana vedenja: uporaba tobaka, alkohola in marihuane. V H. Jeriček, D. Lavtar in T. Pokrajac. (ur.), HBSC Slovenija 2006 – Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
4. Ball, D.M. in Murray, R.M. (1994). Genetics of alcohol misuse. British medical bulletin, 50 (1),18-35.
5. Clark, D.B. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorder. Addiction, 99(2), 5-22.
6. Clark, D.B., Buckstein O. in Cornelius, J. (2002). Alcohol use disorder in adolescents. Pediatric Drugs, 4(8), 493-502.
7. Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo D.E. in Greenberg, M. T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. Journal of Adolescent Health, 43(2), 157-164.
8. Currie, C., Gabhainn, S.N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R. in dr. (2008). Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children – international report from the 2005/2006 survey. Kopenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija.
9. Fundacija z glavo na zabavo. (2009). Alarmantni rezultati raziskave Fundacije z glavo na zabavo. Dostopno na (zadnji dostop 7. 5. 2009): http://www.fundacija-zgnz.si/media/publicMessage/Sporocilo_za_javnost_Debeli_rtic.pdf
10. Goldman, D., Oroszi, G. in Ducci, F. (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. Nature reviews. Genetics, 6(7), 521-532.
11. Glassman, T., Werch, C. in Jobli, E. (2007). Alcohol self-control behaviors in adolescents. Addictive Behaviours, 32(39), 590-597.
12. Green, J.M.J, Rachel, V. (2001). Substance use, delinquent behaviour and risk and protective factors among students in the State of Missouri 2000. Missouri: Missouri department of Mental Health Division.

13. Hampton, T. (2006). Interplay of Genes and Environment Found in Adolescents' Alcohol Abuse. *JAMA: The journal of the American Medical Association*, 295, 1760-1762.
14. Heath, A.C. in Nelson, E.C. (2002). Effects of the interaction between genotype and environment. *Research into the genetic epidemiology of alcohol dependence. Alcohol research & health*, 26(3), 193-201.
15. Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 Countries*. Stockholm: CAN.
16. Kolšek, M. (2004). *O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: CINDI Slovenija.
17. Mann, R.E., Smart, R.G. in Govoni, R. (2003). The epidemiology of alcoholic liver disease. *Alcohol research & health*, 27(3), 209-219.
18. Pechmann, C.L., Levine, L., Loughlin, S. in Leslie, F. (2005). Impulsive and self-conscious: adolescents' vulnerability to advertising and promotion. *Journal of Public Policy & Marketing*, 24(2), 202-221.
19. Ramstedt, M. (2001). Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(Suppl 1), S19-33.
20. Sande, M. (2004). *Uporaba drog v družbi tveganj: vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja*. Ljubljana: PeF.
21. Stergar, E., Pucelj, V., Scagnetti, N. (2005). *Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2003*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
22. Svetovna zdravstvena organizacija. (2007). *WHO expert committee on problems related to alcohol consumption, Second report*. Geneva: WHO.
23. Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu Republike Slovenije. *Ko piješ ne vozi, ko voziš ne pij*. Dostopno na:
http://www.vozimopametno.si/index.php?option=com_content&task=view&id=192&Itemid=296
(Zadnji dostop: 17.02.2009).
24. Swahn, M. H. in Donovan, J. E. (2006). Alcohol and violence: Comparison of the psychosocial correlates of adolescent involvement in alcohol-related physical fighting versus other physical fighting. *Addictive Behaviours*, 31(11), 2014-2029.
25. Šešok, J. in Sedlak, S. (2005). *Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2003*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
26. Šešok, J. in Sedlak, S. (2006). *Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2005*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
27. Tomori, M., Stergar, E., Pinter, B., Rus Makovec, M., Stinkovič, S. (1998). *Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih*. Ljubljana: Ministrstvo za znanost in tehnologijo, Ministrstvo za zdravstvo RS.
28. Tomšič, S., Kovše, K., Roškar, S., Kofol Bric, T., Bajt, M., Zorko, M. in dr. (2008). *Duševno zdravje v Sloveniji*. V H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt in S. Roškar (ur.), *Duševno zdravje v Sloveniji* (str. 20 - 84). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
29. Zaletel Kragelj, L., Čebašek-Travnik, Z. in Hovnik Keršmanc, M. (2004). *Čezmerno pitje alkoholnih pijač*. V L. Zaletel Kragelj, Z. Fras in J. Maučec Zakotnik (ur.), *Tvegana vedenja, povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije: Rezultati raziskave Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije (z zdravjem povezan vedenjski slog)* (str. 341-384). Ljubljana: CINDI Slovenija.

Zaključek

Šola je poleg družine eden od ključnih podpornih okolij pri otrokovem razvoju, ki prispeva tudi k oblikovanju življenjskega sloga kot ključnega dejavnika zdravstvenega stanja otrok in mladih. Življenjski slog tvorijo različna vedenja – npr. prehranjevanje, spanje, spolnost, telesna dejavnost, spoprijemanje s stresorji, reševanje problemov, uporaba ali zloraba različnih psihoaktivnih snovi, ki se pojavljajo v določenem časovnem obdobju.

Analiza nekaterih vidikov življenjskega sloga kaže, da so prehrana, telesna dejavnost in duševno zdravje pomembni varovalni dejavniki za otrokov psihosocialni razvoj in tudi zdravje v odraslosti, medtem ko je zloraba psihoaktivnih snovi pomemben dejavnik tveganja (v otroštvu in mladostništvu in tudi v odrasli dobi). Podatki kažejo, da med otroki in med mladimi (podobno kot pri odraslih) naraščajo duševne težave, delež predebelih, narašča tudi uživanje alkohola, medtem ko upada telesna dejavnost in uživanje tobaka (vprašanje je, ali na račun drugih substanc). Zanimivo je, da imamo v Sloveniji malo kazalnikov za pozitivno duševno zdravje in tudi kazalniki za negativno duševno zdravje so omejeni. Zaskrbljujoč je podatek o samomorilnosti. Glede prehranjevalnih navad ugotavljamo, da otroci še vedno jedo premalo sadja in zelenjave, a preveč sladkarij ter sladkanih pijač, kljub temu da imamo relativno dobro organizirano šolsko malico in da večina otrok malica v šoli. Poleg tega so otroci zelo kritični do svojega telesnega videza, kar je razlog za neredno prehranjevanje in izpuščanje obrokov – predvsem pri dekletih. Telesna dejavnost ni več zabava, sprostitve in razvedrilo, ampak le pripomoček za doseganje primerne telesne videza in kondicije. Zaskrbljujoča je tudi zelo tvegana oblika uživanja alkohola, in sicer popivanje.

Kar se tiče šolskega sistema so nekatere omenjene vsebine vključene oz. del predmetov (npr. prehrana – gospodinjstvo, telesna dejavnost), vendar pa je potreben natančen pregled učnih načrtov in vključenosti omenjenih vsebin vanj - kar je naš drugi korak, ki ga bomo naredili. Na podlagi tega pa bomo pripravili predloge in učne ure za vključevanje vsebin zdravja v kurikulum.

Aktivnosti na opisanih področjih se lahko lotimo z različnimi pristopi, od katerih omenjamo predvsem dva. Prvi pristop je pristop promocije zdravja, ki pomeni krepitev varovalnih in pozitivnih vidikov fizičnega in duševnega zdravja. To pomeni krepitev samopodobe, učenje reševanja problemov, vzpostavljanja harmoničnih odnosov, spoprijemanja s stresorji, izražanja čustev, komuniciranje itd. Drug pristop pa je usmerjen v zmanjševanje tveganih dejavnikov, preprečevanje nezdravih vedenj in navad, zmanjševanje škode, hitro prepoznavanje in ukrepanje ob morebitnih težavah in stiskah.

Predlagamo tudi, da se sistem svetovalnih služb, ki pri nas dobro deluje, še dodatno okrepi in da omogočimo svetovalnim delavcem več svetovalnega, preventivnega in promocijskega dela z učenci, straši in učitelji.

Dobro usposobljeni učitelji so bistveni za kakovostno in učinkovito implementacijo, zato je potrebno stalno usposabljanje za poučevanje teh vsebin in tudi za krepitev zdravja samih učiteljev.

Drugo področje, kamor bi se lahko še usmerili, je sodelovanje med šolskimi in zdravstvenimi delavci, ki je že vzpostavljeno, vendar pa bi ga lahko še na različne načine intenzivirali ali vzpostavili še nove oblike v korist otrok in mladih.

