



Otroci in mladostniki

Poglavlja iz družinske medicine

OTROCI IN MLADOSTNIKI

Učno gradivo – monografija

**Zbirka učnih gradiv:
POGLAVJA IZ DRUŽINSKE MEDICINE**

Urednica: Jana Govc Eržen



Združenje zdravnikov družinske medicine

2010

OTROCI IN MLADOSTNIKI

Učno gradivo – monografija

Zbirka učnih gradiv:
POGLAVJA IZ DRUŽINSKE MEDICINE

Urednica:
Jana Govc Eržen

Avtorji:
Zalika Klemenc-Ketiš, Janko Kersnik, Katja Pesjak, Franci Božiček, Bojana Pinter,
Jana Govc Eržen, Dejan Kupnik, Damjana Podkrajšek, Ksenija Lekić, Nuša Konec Juričič,
Petra Tratnjek

Odgovorni in tehnični urednik:
Rajko Vajd

Jezikovni pregled:
Jana Govc-Eržen

Recenzenta:
Janko Kersnik, Igor Švab

Fotografija na naslovnici:
Jure Kravanja

Naslovnica:
Emina Djukić

Izdalo:
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Založil:
Zavod za razvoj družinske medicine

Tisk:
Littera picta d. o. o.

Naklada:
500 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD 2010

Vse pravice pridržane. Noben del tega priročnika se ne sme reproducirati, prenašati in shranjevati v sistemu za shranjevanje podatkov ali v kakršni koli obliki ali s kakršnimi koli sredstvi brez pisnega dovoljenja založnika.

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

614.2:316.356.2(075.8)

OTROCI in mladostniki : učno gradivo – monografija / [avtorji
Zalika Klemenc-Ketiš ... et al.] ; urednica Jana Govc Eržen ;
[izdalo] Združenje zdravnikov družinske medicine. – Ljubljana :
Zavod za razvoj družinske medicine, 2010. – (Poglavlja iz družinske
medicine : zbirka učnih gradiv)

ISBN 978-961-6810-03-6
1. Klemenc-Ketiš, Zalika 2. Tušek-Bunc, Ksenija
249782016

KAZALO

1. Predgovor	5
<i>Igor Švab</i>	
2. Etične in pravne dileme pri obravnavi otrok in mladostnikov	7
<i>Zalika Klemenc Ketiš, Janko Kersnik</i>	
3. Otrok v sodobni družini	13
<i>Katja Pesjak</i>	
4. Preventivno delo z otroci in mladostniki do 19 leta v ambulanti družinske medicine	17
<i>Franci Božiček</i>	
5. Kontracepcija pri mladostnikih in najpogostejše reproduktivne zdravstvene težave mladostnic	23
<i>Bojana Pinter</i>	
6. Otrok s povisano telesno temperaturo v ambulanti družinskega zdravnika	37
<i>Jana Govc Eržen</i>	
7. Oživljjanje otroka	41
<i>Dejan Kupnik</i>	
8. Kako pristopiti k mladostniku?	49
<i>Damjana Podkrajšek</i>	
9. Najstnik v spletni svetovalnici	59
<i>Ksenija Lekić, Nuša Konec Juričić, Petra Tratnjek</i>	
10. Preprečevanje zlorabe drog in zasvojenosti v lokalni skupnosti – izkušnje v povezovanju v lokalne akcijske skupine na celjskem	67
<i>Nuša Konec Juričić</i>	

AVTORJI

Prim. asist. Franci Božiček, dr. med.

Prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.

Asist. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med.

Prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

Nuša Konec Juričič, dr. med.

Asist. Dejan Kupnik, dr. med.

Ksenija Lekić, univ. dipl. novinarka

Katja Pesjak, univ. dipl. soc.

Doc. dr. Bojana Pinter, dr. med.

Mag. Damjana Podkrajšek, dr. med.

Petra Tratnjek, univ. dipl. soc.

PRIROČNIKU NA POT

Za samostojno delo na področju družinske medicine je v Sloveniji od leta 2000 potrebna tudi obvezna specializacija. To izobraževanje pokriva široko področje znanj in veščin, ki naj bi jih specializanti obvladali v štirih letih, ki jih prebijejo na bolnišničnih oddelkih in v ambulantah. Ambulantno-modularni del je organiziran v obliki delavnic, kjer naj bi specializanti aktivno sodelovali.

Zdravstveno varstvo otrok je eno izmed mnogih področij, na katerem mora biti moderni zdravnik družinske medicine ustrezno usposobljen. Ne glede na to, da imamo v Sloveniji zelo dobro razvito in kakovostno specializacijo iz pediatrije, ki pokriva velik obseg zdravstvenega varstva otrok, se mora tudi bodoči zdravnik družinske medicine poučiti o posebnostih zdravstvenega varstva te posebne skupine prebivalstva, ne glede na to, kako pogosto se bo z njo srečeval. Zaradi tega je temu področju v okviru specializacije namenjen poseben modul.

Do sedaj so bila gradiva za modularni del specializacije pripravljena sproti in za vsako skupino posebej in šele v zadnjem času se je pojavila potreba, da se ta gradiva zberejo v obliki publikacij. Pričujoči zbornik predstavlja dober pregled področja zdravstvenega varstva otrok, ki naj bi ga obvladoval tudi zdravnik družinske medicine.

Na tak način je pričakovati, da se bo bistveno dvignila kakovost poučevanja in s tem tudi znanja specializantov, zato posebej pozdravljam delo urednikov, ki so pripravili gradiva in izdelali zbornik, ki bo koristil pri izobraževanju specializantov družinske medicine v prihodnje.

*Prof. dr. Igor Švab
Predstojnik katedre za družinsko medicino*

ETIČNE IN PRAVNE DILEME PRI OBRAVNAVI OTROK IN MLADOSTNIKOV

Zalika Klemenc-Ketiš

Janko Kersnik

UVOD

Otroci in mladostniki v splošni ambulanti predstavljajo posebno skupino bolnikov, ki zahteva drugačen pristop kot smo ga vajeni pri odraslih. Pri obravnavi otrok in mladostnikov predstavljajo pomemben dejavnik pri sporazumevanju in doseganju soglasja tudi njihovi starši oz. skrbniki, ki jih moramo aktivno vključevati v zdravljenje njihovega otroka. Po drugi strani pa so mladostniki eni izmed najredkejših obiskovalcev ambulant, zato potrebujejo njim prilagojeno sporazumevanje, ki mora temeljiti predvsem na ustvarjanju zaupanja, da kljub svojim mladim letom igrajo pomembno vlogo v svojem zdravljenju.

Prav zaupnost, pa tudi avtonomija, sta etični načeli, ki pri obravnavi otrok in mladostnikov ustvarjata največ dilem.

AVTONOMNOST

Avtonomnost oziroma samostojnost pomeni, da se bolnik glede zdravljenja in ostalih ukrepov vedno samostojno odloči. Ker otroci in nekateri mladostniki samostojnega odločanja niso sposobni, ali za to obstajajo zakonski razlogi, je to v pristojnosti njihovih staršev oziroma skrbnikov.

Pravne podlage

Po 35. členu Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP) otrok do 15. leta starosti ni sposoben privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo. V tem primeru o vseh medicinskih postopkih odločajo starši oziroma skrbniki. Otrok, ki je dopolnil 15. leto starosti, pa je privolitve sposoben, razen

če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da za to ni sposoben, pri čemer pa se mora o okoliščinah svoje odločitve posvetovati s starši oziroma skrbniki. Po 26. členu tega zakona otroku, ki je star 15 let ali več, brez njegove poprejšnje svobodne in zavestne privolitve ni dovoljeno opraviti medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe, razen v primerih, ki jih navajata 28. in 29. člen tega zakona.

20. člen Kodeksa medicinske deontologije Slovenije zdravnika zavezuje, da ne bo pristal na odtegnitev nujnega zdravljenja ali na odpust mladoletnega bolnika ali bolnika pod skrbništvtom, čeprav to zahtevajo starši ali skrbnik, kadar bi po njegovi presoji z odpustom bilo huje ogroženo bolnikovo zdravje ali zdravje drugih.

Asist. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med., Katedra za družinsko medicino, MF UM, Slomškov trg 15, 2000 Maribor.
Prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino, MF UL, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana in Katedra za družinsko medicino, MF UM, Slomškov trg 15, 2000 Maribor.

OBVEŠČENI PRISTANEK

Obveščeni pristanek pomeni bolnikovo prostovoljno privolitev v izvajanje medicinskih posegov oziroma zdravstvene oskrbe, pri čemer pa mora biti z naravo svoje bolezni, prednostmi in tveganji načrtovanega zdravljenja ter tveganji odklonitve načrtovanega zdravljenja seznanjen na način, ki ga je sposoben razumeti.

Za otroke, ki so mlajši od 15 let, obveščeni pristanek podajo njihovi starši oziroma skrbniki. Otroci po dopolnjem 15. letu starosti lahko obveščeni pristanek podajo samostojno. Izjema so naslednja stanja:

- nujna medicinska pomoč, kadar bolnik ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmogen izraziti svoje volje,
- nenujna medicinska pomoč:
 - bolnik ni sposoben odločanja o sebi,
 - zdravnik ni vedel ali ni mogel vedeti, da je bolnik oziroma njegov zakoniti zastopnik, posegu nasprotoval,
 - privolitve v razumnem času ni bilo mogoče pridobiti,
 - bo medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba bolniku v največjo korist.

ZAUPNOST

Zaupnost ali poklicna molčečnost zdravnika zavezuje k varovanju podatkov o bolniku. Bolnik ima pravico do zaupnosti praktično v vseh stanjih, kjer ima pravico do samostojnega podajanja obveščenega pristanka. To velja tudi za mladostnike, ki so stari 15 let ali več.

Pravne podlage

Zakon o pacientovih pravicah o zaupnosti govorji v 44. in 45. členu. Zdravnik je zavezan k popolni poklicni molčečnosti tudi pri obravnavi otrok in mladostnikov. Le-te ga lahko odreši mladostnik po dopolnjem 15. letu starosti, starši oziroma skrbniki otroka, ki še ni napolnil 15. leta starosti, starši oziroma skrbniki otroka, ki je že dopolnil 15. leto starosti, pa so te informacije potrebne za izvrševanje roditelj-

ske pravice oziroma skrbništva, otrok pa sporočanja ni izrecno prepovedal in sodišče ter druge osebe, kadar to določa zakon.

Zakon o kazenskem postopku v 236. členu navaja, da je zdravnik oproščen dolžnosti pričevanja o dejstvih, za katera je izvedel pri opravljanju poklica. Sodišče, ki vodi postopek, ga je dolžno poučiti, da mu ni treba pričati, vsakokrat, preden ga zasliši ali brž, ko izve za okoliščine, zaradi katerih je oproščen dolžnosti pričevanja.

20. člen Kodeksa medicinske deontologije Slovenije zdravnika zavezuje, da v primeru suma na zlorabo, mučenje, pomajkljivo ali kvarno vzgojo, opozori odgovorne inštitucije in po svojih močeh storiti vse za zaščito otroka.

Kršitev zaupnosti

V nekaterih primerih mora zdravnik načelo zaupnosti prekršiti. To se nanaša predvsem na obravnavo otrok, ki so mlajši od 15 let, ko mora o vseh postopkih obvestiti njihove starše oziroma skrbnike. Prav tako mora upoštevati, da prijavna dolžnost prevlada nad načelom zaupnosti, in v primerih suma na zlorabo ali obstoja realne možnosti, da predstavlja mladostnik grožnjo samemu sebi oziroma okolici, obvestiti odgovorne ustanove.

DILEME PRI OBRAVNAVI

Odgovornost

Odločanje o otroku in mladostniku do 15. leta starosti je v pristojnosti staršev oziroma skrbnikov. Dileme nastanejo v primerih, kadar je zdravnik soočen z obravnavo otrok v odsotnosti staršev, kadar sta starša ločena in kadar obravnavata mladostnika, ki je star 15 let ali več.

Ločena starša

Glede na 35. člen ZPacP se morata starša glede privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo odločati sporazumno. To velja za operativne posege oziroma tiste posege, ki so povezani z večjo stopnjo tveganja. Za ostale medicinske posege lahko da privolitev tisti od staršev,

ki je takrat, ko se privolitev daje, prisoten. Ločena starša pa imata lahko pravno gledano različno pravico glede odločanja o otroku, kar je odvisno od sklepa sodišča. Zato je pomembno, da se zdravnik družinske medicine čim prej pozanima, kateri od staršev je pravno upravičen do dajanja privolitve in to tudi zabeleži v otrokov zdravstveni karton.

Zdravnik družinske medicine je lahko priča nestrinjanju obeh staršev glede zdravstvenih postopkov, ki jih bo deležen otrok. Velikokrat je to nestrinjanje namenjeno zgolj medsebojnemu obračunavanju staršev. V tem primeru mora zdravnik poznati tudi možnost vključitve organa, ki je za odločitev pristojen po predpisih, ki urejajo družinska razmerja. Kot zdravnik pa mora v takšnih primerih delovati v skladu z etičnimi načeli neškodljivosti in dobronamernosti. Otrok ima namreč pravico, da se, kadar o njegovi zdravstveni oskrbi odločajo druge osebe, kolikor je najbolj mogoče, upošteva njegovo mnenje. Seveda je treba upoštevati tudi, do katere mere je otrok to mnenje sposoben izraziti in razume njegov pomen ter posledice. Odgovornost zdravnika za otroka je namreč neodvisna od želja in zahtev staršev, zato mora prvenstveno delovati v njegovo dobrobit.

Obravnava v odsotnosti staršev oziroma skrbnikov

Pogosto se zgodi, da otrok pride na pregled v spremstvu starih staršev ali drugih sorodnikov, pa tudi vzgojiteljev iz vrtca oziroma učiteljev iz šole. Naloga vzgojiteljev oziroma učiteljev je, da v primeru nenadnega obolenja ali poškodbe otroka nemudoma obvestijo starše oziroma skrbnike. Otroku morajo tudi nuditi prvo pomoč. Če staršem zaradi njihove odsotnosti ne morejo posredovati obvestila oziroma starši ne morejo takoj priti po otroka, zdravniška pomoč pa je nujna, otroka lahko odpelje k zdravniku vzgojitelj oziroma učitelj. Od tu naprej pa glede otroka odloča zdravnik.

Zdravnik mora najprej oceniti, ali mora otroku nuditi nujno medicinsko pomoč, kar lahko stori brez privolitve staršev oziroma skrbnikov. Tudi v primeru potrebe po nujnem prevozu v bolnišnico zdravniku ni potrebno pridobiti vnaprejšnjega soglasja staršev. Ko zdravnik oceni, da nujna medicinska pomoč ni potrebna, mora o zdravstvenem stanju obvestiti starše oziroma skrbnike, glede vseh planiranih postopkov diagnostike in zdravljenja pa mora pridobiti njihovo dovoljenje. Pri tem mora paziti, da zaupnih informacij o zdravstvenem stanju otroka ne posreduje nepooblaščenim osebam (npr. učitelju, starim staršem ...).

Obravnava mladostnika

Mladostnik, ki je star 15 let ali več, je upravičen samostojnega podajanja obveščenega pristanka, prav tako pa sam odloča o tem, komu se bodo zdravstvene informacije lahko posredovale. To lahko stori tudi pisno s pomočjo posebnega obrazca ali ustno ob navzočnosti dveh polnoletnih prič. Dilema nastane, kadar starši takšnega mladostnika od zdravnika zahtevajo posredovanje zdravstvenih informacij. Zdravnik se mora zavedati, da teh informacij ni dolžan posredovati (izjema so le informacije, ki so potrebne za izvrševanje roditeljske pravice). Seveda pa je sporazumevanje s starši v takšni situaciji zelo težavno in kočljivo, zato mora zdravnik že v pogovoru z mladostnikom stremeti k temu, da so v obravnavo vključeni tudi starši. Dobro je, da se, še preden se znajde v takšni situaciji, s starši glede svojih etičnih in pravnih dolžnostih ter pravic mladostnika temeljito pogovori. O tem se lahko pogovori tudi z mladostnikom, saj mu bo le-ta ob njegovem zagotovilu, da bo spoštoval načelo zaupnosti tudi v sporazumevanju s starši, bolj zaupal, kar je pri obravnavi mladostnika ključno.

Nasilje

Pri obravnavi otroka, pri katerem obstaja upravičen sum na zlorabo oziroma nasilje, se zdravnik sreča z mnogo težkimi

dilemami. Vsak takšen primer ga čustveno prizadene, velikokrat pa se tudi boji ukrepati, saj lahko misli, da bo s tem otroku povzročil še dodatno škodo. Pri tem ne sme pozabiti, da je po zakonu dolžan izpolniti prijavno dolžnost. To pomeni, da mora takoj, ko ugotovi utemeljen sum na zlorabo otroka, podati prijavo na ustreerne inštitucije. Kadar ugotovi telesne znake zlorabe, tj. telesnega ali spolnega nasilja, o tem obvesti organe pregona, tj. državno tožilstvo ali policijo, kadar utemeljeno sumi, da gre za zlorabo, ki se ne kaže s poškodbami, pa o tem obvesti pristojni center za socialno delo. Zdravniku družinske medicine ni potrebno opravljati preiskovalnih dejanj, ker so za to pristojni organi pregona, pač pa mora v zdravstveni karton vpisati vse relevantne podatke, ki se nanašajo na poškodbo ali druge elemente, ki podpirajo sum, da gre za zlorabo.

Prav tako mora otroku nuditi nujno medicinsko pomoč. Oboje lahko stori brez soglasja staršev oziroma skrbnikov. Za vse nadaljnje postopke pa mora to soglasje pridobiti od njih, zato je pomembno, da zlorabljenega otroka ali mladostnika v okviru nujne medicinske pomoči ustrezno oskrbimo in dokumentiramo ugotovljeno stanje.

Velikokrat bodo otroka s sumom na zlorabo k zdravniku pripeljali sorodniki. Čeprav so le-ti lahko zelo zaskrbljeni za otrokovo zdravje, pa pravno niso v stanju podati obveščenega pristanka k njegovi obravnavi in zdravljenju. Lahko se tudi zgodi, da zdravnik družinske medicine o morebitni zlorabi otroka izve od drugih članov tima (npr. patronažna medicinska sestra) in vzgojiteljev ali učiteljev. Pri tem je ključnega pomena, da si o situaciji skuša pridobiti čim več neodvisnih mnenj, predvsem pa se, preden začne ukrepati, prepriča, da utemeljen sum zlorabe res obstaja. Zaupne informacije podaja le staršem, ki morajo za postopke zdravljenja podati svoje soglasje, pri tem pa ne sme pozabiti, da so vsi njegovi ukrepi usmerjeni v dobrobit otroka.

Sporazumevanje

Učinkovito sporazumevanje je v situacijah, ki so že same po sebi težavne, ključnega pomena. Za uspešen potek pogovora s starši je najprej potrebno, da zdravnik družinske medicine dobro pozna svoje in starševske, pa tudi otrokove, dolžnosti in pravice. O njih mora zavzeti jasno stališče, ki ga mora sodelujočim v pogovoru tudi nedvoumno posredovati. Pri tem se mora držati načela resnicoljubnosti. Pri obravnavi mladostnikov se velikokrat zgodidi, da zaradi načela zaupnosti, resnice o zdravstvenem stanju mladostnika staršem ne more posredovati. Velikokrat se to vpleta tudi v nadaljnje postopke zdravljenja (npr. mladostnik je zaužil mamilo, starš pa zahteva invazivne preiskave za razjasnitve stanja), pri čemer načelo zaupnosti pride v konflikt z načeli neškodljivosti in dobroramernosti. Pri razrešitvi takšne situacije so lahko ključnega pomena zdravnikove sposobnosti sporazumevanja.

Sporazumevanje je pomembno tudi v situacijah, ko zdravniku pri obravnavi mladostnika, ki je star 15 let ali več, o postopkih zdravljenja staršev ni potrebno obvestiti. Vendar pa lahko takšen način obravnave slabo vpliva na družinsko dinamiko in poruši sicer dober odnos med mladostnikom in starši. Tukaj zdravnik s svojimi odločtvami nehote posega v intimnost družinskih odnosov, zato je še toliko bolj pomembno, da svoje odločitve tehtno premisli. Takšen primer je predpisovanje kontraceptivov in urgentne kontracepcije mladostnicam, ki so stare 15 let ali več; ali pa napotitev takšnih mladostnic na, z njihove strani želeno, umetno prekinitev nosečnosti. Čeprav po zakonu zdravnik staršev o teh postopkih ni dolžan obvestiti, pa s tem krši moralne pravice staršev do varovanja svojih otrok, pa tudi moralne pravice otrok, da so vodenii in varovani s strani svojih staršev.

Zaradi tega si mora zdravnik družinske medicine s pomočjo odkritega in odprtrega sporazumevanja vedno prizadevati, da so v obravnavo otrok in mladostnikov vklju-

čeni tudi njihovi starši oziroma skrbniki. Zelo pomembno pa je tudi, da si vse pogovore, tudi tiste po telefonu, kronološko razvrsti, svoja opažanja pa podrobno zapiše. S tem se izogne raznim manipulacijam staršev oziroma skrbnikov. V primeru morebitnega sodnega spora ali pričanja na sodišču pa mu bodo takšni zapisi v veliko pomoč.

SKLEP

Obravnavo otrok in mladostnikov v splošni ambulanti je vir mnogih etičnih in prav-

nih dilem. Po eni strani obstaja kar nekaj zakonskih podlag, ki bolj ali manj jasno določajo postopke ukrepanja zdravnika družinske medicine. Po drugi strani pa konkretna situacija nemalokrat pripelje do konflikta etičnih in moralnih načel zdravnika s pravnimi podlagami ukrepov, ki mu jih narekuje zakon. Pri tem zdravnik družinske medicine nikoli ne sme pozabiti, da morajo biti vsi njegovi postopki in ukrepi usmerjeni v dobrobit otroka, saj si leta kot nemočen in odvisen bolnik zasluži pravično in enakopravno obravnavo.

LITERATURA

1. Zakon o pacientovih pravicah. Prebrano 6.2.2009 na: <http://www.zzs-mcs.si/ozzs.asp?FolderId=569>
2. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Prebrano 6.2.2009 na: <http://www.zzs-mcs.si/ozzs.asp?FolderId=386>
3. Diaz A, Neal WP, Nucci AT, Ludmer P, Bitterman J, Edwards S. Legal and ethical issues facing adolescent health care professionals. *Mt Sinai J Med* 2004; 71: 181–5.
4. Keshavarz R. Adolescents, informed consent and confidentiality: a case study. *Mt Sinai J Med* 2005; 72: 232–5.
5. Summers D, Alpert I, Rousseau-Pierre T, Minguez M, Manigault S, Edwards S, et al. An exploration of the ethical, legal and developmental issues in the care of an adolescent patient. *Mt Sinai J Med* 2006; 73: 592–5.
6. Tušek-Bunc K, Kersnik J, Klančič D. Pogled zdravnika družinske medicine na problematiko trpinčenega otroka. *Družinska medicina* 2008; 6 (suppl 3): 163–70.
7. Adams KE. Mandatory parental notification: the importance of confidential health care for the adolescents. *J Am Med Womens Assoc* 2004; 59: 87–90.
8. Harris J. Child abuse and neglect: ethical issues. *J Med Ethics* 1985; 11: 138–41.

OTROK V SODOBNI DRUŽINI

Katja Pesjak

Večina zdravnikov družinske medicine pri svojem delu nima opravka z otroki. Kljub temu otroci pomembno vplivajo na zdravnikovo delo. Njihov vpliv je najpogosteje posreden, preko odraslih bolnikov, ki jih zdravniki obravnavajo. Otrok na družino in družinske člane vpliva na različnih dimenzijah. Vpliva na materialno stanje družine, na psihodinamiko, na stike z zdravstveno službo ... Bolan otrok spremeni odnose v družini – pretirana pozornost do bolnika, stres, stiske. Posamezniki živimo v družinah, družine pa so že po definiciji konfliktna skupina. Družinski člani so si med seboj različni po osebnostnih lastnostih, po željah, potrebah ciljih itd. in naloga družine je, da to heterogenost uravnava s ciljem optimalnega delovanja. Številne raziskave kažejo, da družinska dinamika z načini adaptacije na dogajanja in stanja, vpliva na vse družinske člane (1, 2, 3, 4). Baretova in Turner trdita, da sta družinska struktura in dinamika vsakdanjega življenja indikatorja stopnje stresa, ki ji bodo posamezniki izpostavljeni v različnih družinskih kontekstih (5). Nenazadnje so tudi sociološke študije stresa usmerjene v raziskovanje pluralnih družinskih kontekstov in v ugotavljanje, kako se oblikujejo in ohraňajo pogoji za posameznikovo dobro počutje oziroma zdravje¹ (6).

Zaradi dokazanih vplivov družinskega konteksta na posameznike, je še toliko bolj na mestu govoriti o celostni obravnavi bolnikov. Kot primer navajam podatke iz študije o nasilju v družini (7). Raziskava je

pokazala, da se je od 1103 sodelujočih oseb 326 oseb samoopredelilo kot žrtev nasilja. Od teh 326 jih je le 73 iskallo pomoč pri zdravniku. Zdravniki so od 326 žrtev nasilja v družini prepoznali 164 oseb, ostalih 162 pa ne. 162 posameznikov in posameznic je izpadlo iz sistema pomoči, ker se sami niso želeli izpostavljati, delno pa tudi zato, ker jih zdravniki niso prepoznali kot žrteve nasilja. Doktrina družinske medicine poudarja ravno ta vidik delovanja – spremljajoče poslušanje ter razumljive razlage (8).

K celostni obravnavi nedvomno sodi poznavanje osnovnih življenjskih okolij, v katerih se posamezniki gibljejo. Sodobna, pozno moderna družba, je enostavno povedano čas sprememb. Širše družbene spremembe (individualizem, upadanje pomena tradicionalnih vezi, načrtovanje družine, potrošništvo, globalizacija, številne možnosti, intenzivna časovna dinamika ...) se odražajo tudi kot spremembe v vsakdanjem življenju (pluralizem družinskih oblik in vsakdanjih življenjskih ritmov, organizacija in percepcija časa tudi znotraj družin, zaposlovanje in izobraževanje žensk, spremenjanje vlog materinstva in očetovstva, novi vzgojni modeli ...).

Ena od značilnosti pozno moderne družbe je tudi ta, da fenomen otroštva pridobiva na pomenu. Socialna zgodovina družine dokumentira otroštvo kot družbeni konstrukt. V srednjeveških družbah otroštva enostavno ni bilo. Če je otrok preživel zgodnjeno dobo, dobo visoke smrtnosti, se je pomešal med odrasle. Po nekaterih

¹ WHO definira zdravje kot stanje fizičnega in duševnega dobrega počutja, ne le odsotnost bolezni (6).

podatkih naj bi se na podeželju celo tja do 19. stoletja ohranila brezbrščnost do otrok (ni bilo posebnega obžalovanja, če so umrli) (9).

Danes je situacija obratna in je skrb za otrokov vsestranski razvoj v središču družinskega življenja. Fenomen protektivnega otroštva s sloganom »*najboljše za otroke*« v 90-ih letih ter visoka merila v šolstvu, zdravstvu in poplava informacije s področja psihologije je mnogim staršem prestrukturiral prioritete – otrokov uspeh pogosto postane cilj, ki se mu podreja celotna družina. Morda se ni nespametno vprašati, kje v tej dirki za male genije, športnike ... svoje mesto zavzemajo temeljne otrokove potrebe kot so potreba po ljubezni, varnosti, sprejetosti, pripadnosti itd. Poleg tega, spremenjanju družinskih oblik ob boku stoji tudi spremenjanje (družinskih) vrednot. Spoštovanje, resnicoljubnost, strpnost so pojmi, s katerimi se vsakodnevno, poleg staršev, srečujejo tudi učitelji v šolah, svetovalni delavci, psihologi in nenačadnje zdravniki družinske medicine².

V tem kratkem sestavku ne želim govoriti o vzročno-posledičnih odnosih, vendar je zaskrbljujoče dejstvo, da vsak tretji otrok v Sloveniji ne živi več z obema staršema. Razveze in ločitve³ so integralen del človekovih pravic in posledično se oblikujejo nove družinske oblike (enostarševske družine, reorganizirane družine, v tujini tudi družine istospolnih partnerjev itd.). Družba deluje v skladu z jedrnim družinskim modelom (zakonodaja, obrazci v bolnišnicah, šolah, na občinskih uradih ...) in nehote ne-jedrne družinske oblike postavlja v podrejen položaj. V primeru reorganiziranih družin⁴ socialni starš in otrok, pravno gledano, nista v nikakršnem od-

nosu, institucionalno niso definirane nikakršne pravice in dolžnosti.

Reorganizirane družine izpostavljam, ker so po družinski dinamiki in strukturi specifične, o njih ni veliko znanega, predstavljajo pa skoraj 30% slovenskih družin (13). Po nekaterih tipologijah so reorganizirane družine interpretirane kot jedrne družine, vendar jih s ciljem razumljivejše interpretacije ločujem od jedrnih družin. Reorganizirane družine nimajo skupne preteklosti in tradicije, nimajo oblikovanih družinskih vezi, saj se oblikujejo na novo. Potrebno je najti nove modele vsakdanjega življenja, nove skupne točke ter interes. Specifika reorganiziranih družin je socialno starševstvo. Odnosi med socialnimi starši in otroki so po podatkih iz raziskav ključni za delovanje družine. Poleg tega je v reorganiziranih družinah potrebno redefinirati tudi sorodstvo. Po ločitvi oz. razvezi in ponovni poroki se število sorodnikov običajno poveča, saj poleg sorodstva po liniji obeh bioloških staršev otroci pridobijo tudi sorodnike po liniji socialnih staršev. Vprašanje družinskih meja je le še eno od številnih področij (vloge, intimnost, partnerstvo, starševstvo med nekdanjimi partnerji ...), o katerih se morajo člani reorganiziranih družin dogovarjati.

Omenjena intradružinska dinamika in delno še vedno prisotna družbena stigmatizacija (vsem poznane pravljice o Janku in Metki, pa o Sneguljčici ...) imata pomemben vpliv na posamezni (psihične stiske, psihosomatske motnje, motnje v vedenju ...), s katerimi se srečujejo zdravniki družinske medicine.

S prispevkom želim zdravnike družinske medicine opozoriti na institucijo dru-

² Vedenje nekaterih šolarjev je že bilo predmet medijske obravnave in je v tem besedilu omenjeno z namenom bolj nazornega prikaza problematike.

³ SSKJ *razvezo* interpretira kot juristični izraz za prenehanje pravnega razmerja (10). *Ločitev* je oznaka uporabljena v cerkevnenem pravu, ko zakonca pretrgata zakonsko skupnost, ostaneta pa v zakonski zvezi. Izraz 'ločiti se' ima pogovorno naravo in pomeni, da partnerja prenehata biti v zakonski zvezi, čemur bi v skladu z razlagom SSKJ rekli 'razvezati se' (11).

⁴ Po definiciji je reorganizirana družina tista družina, kjer ima vsaj ena odrasla oseba otroka iz prejšnje zveze, socialni starš je oseba, čigar partner ima otroka iz prejšnje zveze, ne-biološki otrok pa je otrok osebe, ki ni otrokov biološki starš (12).

žine, kot enega poglavitnih dejavnikov zdravstvenega stanja pri posameznikih. Iz številnih družinskih poročil je razvidno, da je potrebno eksplicitno navesti dimenzijske, ki so pomembne za ustrezno delovanje družin (družinska struktura, vsakdanji ritem, odnosi, komunikacija ...) in tudi podati temeljne razvojne smeri na področju življenjskih skupnosti (pluralizem družinskih

oblik in načinov življenja, pomen tveganja in vpliv na posamezničke kot sestavnega dela pozno moderne družbe ...). V kontekstu celostne obravnave posameznikov sestavek apelira tudi na spodbujanje k spremembam v odnosih med zdravniki in bolniki (empatija, komunikacijski vzorci, opolnomočenje bolnikov, spodbujanje prevzemanja odgovornosti pri bolnikih ...).

LITERATURA:

1. Acquelinio SW, Supple JA. Long term effects of parenting practices during adolescence on well-being outcomes in young adulthood. *Journal of Family Issues* 2001; 22 (3): 289–308.
2. Bloom WS. The relevance of medical sociology to psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2005; 193 (2): 77–84.
3. Brown LS. Family structure and child well-being: the significance of parental cohabitation. *Journal of Marriage and Family* 2004; 66 (2): 351–367.
4. Langenkamp GA, Frisco LM. Family transitions and adolescent severe emotional distress: The salience of family context. *Social Problems* 2008; 55 (2): 238–253.
5. Barrett EA, Turner RJ. Family structure and mental health: The mediating effects of socio-economic status, family process and social stress. *Journal of Health and Social Behaviour* 2005; 46 (2): 156–169.
6. Pearlman IL. The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1989; 30 (september): 241–256.
7. Selič P, Kersnik J, Pesjak K, Kopčavar-Guček N. Pilotna študija o nasilju v družini I: razlike med poročili bolnikov in opažanjem njihovih zdravnikov. *Zdrav Var*, 2008; 47: 72–80.
8. Latković B. Bolnik in zdravnik – partnerja v komunikaciji. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije; 2002.
9. Aries P. Otrok in družinsko življenje v starem režimu. Ljubljana: ŠKUC: Znanstveni inštitut filozofske fakultete; 1991.
10. SSKJ IV, 1991: 425
11. SSKJ II, 1975: 629–630
12. Ganong HL, Coleman M. Stepfamily relationships: Development, dynamics, and interventions. New York, Academic/Plenum Publishers; 2004.
13. Filipčič K. Nasilje v družini. Ljubljana: Bonex; 2002.

PREVENTIVNO DELO Z OTROCI IN MLADOSTNIKI DO 19. LETA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

MODUL ZDRAVSTVENO VARSTVO OTROK IN MLADOSTNIKOV

Franc Božiček

UVOD

Skrb za zdravje otrok je temeljna naloga vsake sodobne družbe (1). Sestoji se iz preventive in kurative. Zdravniki družinske medicine se srečujemo v različnih okoljih dela z različno organizacijo zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov:

- občasno in v dežurni službi,
- otroci in mladostniki so naši bolniki a pri njih opravljamo le kurativo,
- poleg kurative opravljamo pri šolarjih in mladostnikih še preventivo,
- opravljamo tudi preventivo predšolskih otrok.

Po še veljavni zakonodaji je izbrani zdravnik otrok (dojenčkov, predšolskih, šolskih) in mladostnikov do 19. leta starosti, praviloma zdravnik pediatrer in/ali šolski zdravnik in le izjemoma zdravnik družinske medicine. Predvsem na podeželju pa zdravnik družinske medicine kljub zakonodaji pogosto ostaja otrokov in še pogosteje mladostnikov izbrani zdravnik, ki pa največkrat opravlja pri njih le kurativo, preventivo pa v bistveno manjšem obsegu, najredkeje pri predšolskih otrocih.

V organizaciji preventivnega dela sta tako zakonodajalec, kot plačnik torej bolj dosledna; polivalentnih zdravnikov družinske medicine, ki opravljajo preventivo pri predšolskih otrocih, je v slovenskem prostoru le še 22; od teh jih je v celjski regiji 17, kar predstavlja 37 % zdravnikov, ki opravljajo preventivo predšolskih otrok v regiji; ti pa delajo predvsem v podeželskem okolju.

Preventiva je pomemben segment zdravstvenega varstva v predšolskem, šolskem in mladostniškem obdobju, saj lahko z ustreznimi ukrepi že v času nosečnosti in nato od otrokovega rojstva naprej, zmanjšamo tveganje za nastanek različnih zdravstvenih problemov v kasnejših življenjskih obdobjih (3). Obseg preventivnih programov je določen v pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja, njihova vsebina ter kadrovski normativ, pa sta opredeljena v navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (3).

Cilji nacionalnega preventivnega programa varovanja otrok so izboljšanje njihovega telesnega in duševnega zdravja, pravočasno ugotavljanje in preprečevanje zbolevnosti, invalidnosti in umrljivosti, prepoznavanje dejavnikov tveganja za zdravje, spodbujanje otrok in staršev oziroma skrbnikov za zdrav življenjski slog, preprečevanje tveganega vedenja, spremmljanje rezultatov preventivnih programov, sprotrobljovanje učinkovitih ukrepov in zagotavljanje pravic, ki izhajajo iz ustave, konvencije o otrokovih pravicah in veljavne zakonodaje (3).

asist. prim. Franc Božiček, dr. med., spec. spl. med., Ambulanta družinske medicine Franc Božiček,
Bistrica ob Sotli 7d, 3256, Bistrica ob Sotli

Ministrstvo za zdravje določa obseg in organizacijo preventivnega varstva, nadzor nad preskrbljenostjo in dostopnostjo ter financiranje teh storitev. Minister za zdravje odloča tudi o morebitni oprostitvi cepljenja.

Izvajalci preventivnih programov so zdravstveni delavci, ki imajo koncesijo za izvajanje preventivnega dela z otroci, šolarji in mladostniki. Preventivni pregledi se izvajajo pri predšolskih otrocih, šolarjih in mladini. Izvajajo se po dispanzerski metodi dela. Vsebino preventivnega dela sestavljajo sistematični preventivni pregledi, namenski preventivni pregledi, cepljenja, skupinske obravnave in zdravstveno vzgojno delo.

SISTEMATIČNI PREVENTIVNI PREGLEDI PREDŠOLSKIH OTROK

Njihova vsebina mora biti enaka ne glede na to, kje se pregledi opravljajo in kdo jih izvaja. Izvajajo se v starosti 1, 3, 6, 9, 12, 18 mesecev ter 3 in 5 let. Osnovni elementi vsebine pregledov so:

- Delo je timsko (zdravnik, medicinska stra).
- Upošteva se doktrina dela za določeno starost.
- Ob vsakem pregledu se opravijo antropometrične meritve (teža, dolžina, obseg glave; tabele normativov)
- Vzame se natančna anamneza, ki je najbolj obširna ob prvem pregledu (socialna, družinska, o nosečnosti, porodu, otrokova osebna anamneza).
- Opravi se natančen in celostni klinični pregled, ki je v večjem delu v različnih starostnih obdobjih enak, v manjšem pa se z ozirom na razvojne značilnosti otroka razlikuje. Najobsežnejši je ob otrokovki starosti enega meseca. Pri pregledu je otrok slečen, opazuje se njegovo splošno stanje, koža, lobanjske kosti, fontanele, prsni koš, trebuh s popkom, tiplje se pulz na radialnih arterijah, nadlahteh, femoralnih arterijah, posluša se srce, pljuča, pregleda spolovilo, ustna votlina, opravi Ortolanijev preizkus kolkov in oceni gibljivost stopal. Pri otrokovi starosti devetih mesecev se pomisli v primeru indikacije na možnost podaljšanega porodniškega dopusta. Pri starosti

osemnajstih mesecev se oceni otrokov razvoj glede uveljavljanja lastne volje in otrokov odtegnitveni strah ob vstopu v vrtec, Pri starosti treh let se preverjajo kontakti otroka z vrstniki, spanje, hranjenje, druge posebnosti, gleda hrbtnica, opravi usmeritveni nevrološki status, pregledajo stopala, oči, spolovilo, preverja besedni zaklad, izmeri krvni tlak. Pri pregledu petletnika se natanko preverjajo govorne sposobnosti in sluh.

- Denverski razvojni test se opravlja ob vsakem preventivnem sistematičnem pregledu.
- Opravijo se predpisane laboratorijske preiskave (hemogram pri starosti 6 mesecev, 3, 5 let; holesterol pri starosti 5 let; urin pri starosti 6, 12 mesecev, 3, 5 let), pregled blata na parazite pri starosti 3 leta).
- Opravi se cepljenje po cepilnem koldarju (pri starosti 3, 4,5, 6, 12, 18 mesecev).
- Pri starosti 3 mesece se napoti otroka na UZ kolkov (trenutno po še vedno uradnem navodilu, ne glede na dejstvo, da se v večini primerov UZ kolkov opravi že v porodnišnici in ne glede na UZ izvid; pričakuje se korekcija tega navodila).
- Svetuje se staršem z ozirom na starost otroka in problematiko (individualno vzpodbujanje dojenja, svetovanje o prehrani, o ukrepih za preprečevanju rahičisa, uvedbi vitamina D, negi, povijanju, spanju, pogovarja se o otrokovem varstvu in trmi).

- Psiholog otroka pregleda pri starosti 3 let.
- Logoped se vključi v obravnavo otroka po potrebi pri starosti 5 let, ko je govor že izoblikovan; ob večjih motnjah lahko prej.

NAMENSKI PREGLEDI PREDŠOLSKIH OTROK

Izvajajo se

- pri starosti 2 meseca (zaradi spodbujanje dojenja, ugotavljanja napredovanja),
- če se na sistematičnem pregledu kaj ugotovi in potem spremila,
- pred rednim cepljenjem v starosti 5 mescev,
- pred sprejemom v VVO,
- pred cepljenjem zamudnikov in
- pred odhodom na organizirano letovanje ali zdraviliško zdravljenje.

ZDRAVSTVENA VZGOJA PREDŠOLSKIH OTROK OBSEGA

- zdravstveno svetovanje staršem (in otrokom) ob izvajanju preventivnih pregledov,
- planirane obiske otroškega vrtca in
- planirano sodelovanje na roditeljskih se stankih v vrtcu.

CEPLJENJA PREDŠOLSKIH OTROK

- Izvajajo se po cepilnem koledarju praviloma v sklopu preventivnih sistematičnih pregledov, če gre za cepljenje izven časa teh pregledov, pa se opravijo namenski pregledi pred cepljenjem. Upoštevati je potrebno kriterije za varno cepljenje.
- Program obveznega cepljenja za predšolske otroke, obseg cepljenje proti davi ci (Di), tetanusu (Te), oslovskem kašlju (Per), Hemofilusu influence B (Hib), otroški paralizi (Polio), ošpicam (O), mumpsu (M) in rdečkam (R). Osnovno – trikratno cepljenje v tekočem letu, proti Di, Te, Per, Polio in Hib, se za otroke rojene v te-

kočem ali v predhodnem letu, izvaja, ko dopolnijo 3 mesece starosti, v presledkih 1–3 mesece in mora biti končano do dopolnjenega 12. meseca starosti; cepijo pa se tudi zamudniki.

- Osnovno cepljenje proti OMR, se opravi pri otrocih po 12. mesecu starosti, najkasneje do dopolnjenega 18. meseca starosti, pri otrocih, ki gredo v vzgojno varstveno ustanovo, pa že od 10. meseca starosti.

SISTEMATIČNI PREVENTIVNI PREGLEDI ŠOLARJEV

Sistematični preventivni pregledi se izvajajo pri šolskih novincih pred vstopom v šolo in v 1., 3., 5., 8. razredu devetletke (prej 7. razred osemletke). Pregled šolskih novincev v devetletki se lahko izvaja istočasno, kot preventivni pregled petletnika.

Vsebina pregledov

Pregledi šolskih novincev

To je zadnji preventivni sistematični pregled, ko pridejo otroci s starši. Pregled je obsežen in vsebuje:

- individualen pogovor s starši in otrokom,
- natančno anamnezo (osebno, družinsko, socialno),
- celostni somatski status, kateri obvezno vključuje meritve telesne mase, višine, krvnega tlaka, srčne frekvence, tipanje perifernih pulzov, oceno ostrine vida (Snellenove tabele) test pokrivanja in gibljivosti zrkel v vseh glavnih smereh, oceno sluha (individualni audiogram), palpacijo ščitnice, Adamsov test za predklon, test odkrivanja valgusa kolen, oceno govora,
- laboratorijske preiskave krvi (krvna slika), urina (beljakovine, sediment),
- pripravo dokončnega mnenja o sposobnosti za šolo.

Pregledi šolarjev po razredih

- Navadno se začno s kratkim individualnim pogovorom zdravnika z razrednikom o aktualni problematiki,

- sledi pogovor zdravnika z učenci, kasneje ga nadaljuje lahko medicinska sestra. Določeni problemi se v višjih razredih obravnavajo ločeno po spolih. V 1. razredu se pogovarja o osebni higieni, v 3. razredu o zdravem življenjskem slogu, v 5. razredu o zdravi spolnosti, v 8. (7.), razredu o drogah in poklicni usmeritvi, po potrebi pa se pogovor v vseh primerih lahko razširi.
- Opravijo se antropometrične meritve.
- Vzame se natančna anamneza (osebna, družinska, socialna).
- V 1., 5., 8. (7.) razredu se ob celostnem somatskem statusu, ki je enak tistemu pri pregledu pred vstopom v šolo, opravi test za barvni vid – Ishiarove tabele (8. (7.) razred).
- Opravijo se laboratorijske preiskave: hemogram, urin (beljakovine, sediment urina); (8. (7.) razred).
- Cepi se po cepilnem koledarju (šolski novinec, 1. razred: cepljenje proti OMR – revakcinacija, cepljenje proti hepatitisu B (Hep B) – bazično cepljenje z tremi dozami; 3. razred: revakcinacija proti Hep B, Di, Te, Per; 6. razred deklice: neobvezno cepljenje proti humanem papiloma virusu (HPV), 3 odmeki cepiva, v skladu z navodili proizvajalca; 18. leto ali tretji letnik srednje šole: revakcinacija proti Te).
- Opravi se individualni pogovor z učenci v 8., (7.) razredu o poklicni usmeritvi.
- Izpolni se dokumentacija in naredi program dela za naprej (obvestila staršem, napotnice).
- Pregled se konča z končnim pogovorom z razrednikom.

NAMENSKI PREGLEDI ŠOLARJEV

Iзвajajo se

- po sistematičnem pregledu, če se ugotovijo nenormalnosti,
- pred odhodom na zdraviliško zdravljenje ali organizirano letovanje in
- pred cepljenjem zamudnikov.

- pred cepljenjem deklic, ki se cepijo proti HPV, v 6. razredu.

SKUPINSKE OBRAVNAVE

- Zdravnik sodeluje pri skupinskem medicinskem svetovanju šolskemu novincu in staršem (skupaj z vzgojiteljem, razrednikom, pedagogom, psihologom, socialnim delavcem)
- Svetuje skupaj z razrednikom, psihologom ali pedagogom in svetovalcem z zavoda za zaposlovanje, učencu in staršem o poklicni usmeritvi.
- Svetuje skupaj z pedagogom ali psihologom, razrednikom in predmetnim učiteljem šolarju, staršem ali pedagogu, ob posebnih vedenjskih ali učnih problematičnih šolarjih.

MLADINA DO 19. LETA

STAROSTI

- Sistematični preventivni pregledi se izvajajo v prvem in tretjem letniku srednje šole.
- Tisti, ki se ne šolajo, se vabijo na pregled, ko so stari 18 let.
- Upoštevati je potrebno, da mladostnik ni niti otrok, niti odrasel. Pogovor se temu prilagodi.
- Program skoraj enak kot v 8. (7.) razredu osnovne šole, v anamnezi se sprašuje še po življenjski skupnosti, družbenem življenju, prehranskih navadah, iščejo se znaki preobremenjenosti, stresa, pogovarja se o morebitni zlorabi drog, nezdravih življenjskih navadah, spolnosti ter raznih drugih tveganjih.
- Opravijo se laboratorijske preiskave: hemogram, urin (beljakovine, sediment urina).
- Opravi se cepljenje proti Te (revakcinacija).

ZDRAVSTVENA VZGOJA

Izvaja se lahko s

- starši (individualno ob preventivnih pregledih, skupinsko na roditeljskih sestankih v šoli, lahko cerkvi),

- učitelji (na roditeljskih sestankih, na pedagoških sestankih),
- učenci (delo po razredih, okrogle mize),
- mladino (na občasnih srečanjih mladine, lahko v cerkvi; okrogle mize, predavanja)
- in skozi sodelovanje v projektih kot npr. zdrava šola, zdrav vrtec, zdravo mesto ...

ZAKLJUČEK

Preventiva otrok, šolarjev in mladostnikov s strani polivalentnega družinskega zdravnika je v določenih okoljih smiselna. Ima svoje prednosti in svoje pomanjkljivosti. Med pomanjkljivosti štejejo:

- nujnost stalnega strokovnega izobraževanja,
- večja odgovornost,
- večkratna potreba po posvetu z drugimi specialisti (več izdanih napotnic) in
- potreba po dodatnem prostoru in opremi.

Med prednosti štejejo:

- poznavanje vse družine,
- kontakt z zdravimi otroci olajšuje zdravniku vstop v konkretno družino in izboljšuje kontakte za čas, ko so otroci bolni,
- zdravnik ima za naprej na nek način zagotovljene bolnike in s tem večje eksi-

stenčne možnosti, predvsem v demografsko ogroženih področjih in preventivni programi prinesejo tudi nekaj dodatnega denarja.

Zatečeno stanje v Sloveniji izhaja iz državne in tudi lokalne zdravstvene politike iz preteklosti. Zdravniki družinske medicine, ki opravljajo preventivo predvsem še predšolskih otrok, so s strani otrokovi staršev še posebej opazovani in jim morajo pogosto dopovedovati, da je v njihovem okolju pač normalno, da pri njihovih otrocih oni opravljajo tudi preventivo.

Zdravnikov družinske medicine, ki delajo takšno preventivo je vedno manj. Ker ni dokazano, da bi delali slabo, in ker tudi marsikje v tujini zdravniki družinske medicine pomembno sodelujejo v primarni preventivi predšolskih otrok, je skrajni čas, da se vsaj tisti, ki so še ostali, tudi z zdravstveno zakonodajo zaščitijo in namesto ponosrečenega izraza »izjemne« postanejo, če že ne »pravilo«, vsaj enakovredni partnerji. Šele ko se bo dosežen ta cilj, bodo tudi specializanti dobili bolj »popolno« predstavo o smislu biti polivalentni zdravniki družinske medicine; predvsem, če razmišljajo o delu na oddaljenem podeželju.

VIRI

1. Plevnik-Vodušek V. Preventiva v predšolskem obdobju. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, et all. Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, 2002. p. 631–42.
2. Slivnik M. Prepoznavanje, zdravljenje in vodenje neakutnih bolezni otrok v prvih treh letih na primarni ravni. In: 4. slovenski pediatrični kongres z mednarodno udeležbo. Slov. Pediatr 2006; 13 (Suppl 1): S248–252.
3. Seher-Zupančič M. In: 4. slovenski pediatrični kongres z mednarodno udeležbo. Slov. Pediatr 2006; 13 (Suppl 1): S218–222
4. Kraigher A. Cepljenje otrok v Sloveniji. In: 4. slovenski pediatrični kongres z mednarodno udeležbo. Slov. Pediatr 2006; 13 (Suppl 1): S235–39

KONTRACEPCIJA PRI MLADOSTNIKIH IN NAJPOGOSTEJŠE REPRODUKTIVNE ZDRAVSTVENE TEŽAVE MLADOSTNIC

Bojana Pinter

Mladostniško obdobje Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje kot obdobje med 10. in 19. letom starosti kot prehodno obdobje med otroštvom in odraslostjo. Današnji mladostniki hitreje biološko dozorijo kot mladostniki prejšnjih generacij, čeprav mnogokrat kasneje dosežejo duševno in socialno zrelost ter ekonomsko neodvisnost. Mladostniško obdobje je obdobje priložnosti in tveganja, še posebej tveganja, ki je povezano s spolno dejavnostjo in njenimi neželenimi posledicami: neželeno nosečnostjo, spolno prenosljivimi okužbami (SPO), neugodnim vplivom starševstva v mladostniškem obdobju na osebno dozorevanje, izobrazbo in socialno-ekonomsko neodvisnost.

Pri mladostnicah, predvsem pri mladostnicah mlajših od 17 let, sta nosečnost in porod zaradi biološke in socialne nezrelosti mladostnice povezana z večjo zbolevnostjo in umrljivostjo matere in novorojenčka. Nosečnost in materinstvo mlado mati pogosto prikrajšata za ustrezno izobrazbo in primerno zaposlitev ter vplivata na osebni in socialni razvoj obeh partnerjev. Raziskave Evropske unije kažejo, da mladostniške materje živijo dvakrat pogosteje v revščini kot tiste, ki so rodile pozneje. Otroci mladostniških mater imajo pogosteje motnje v psiho-socialnem in kognitivnem razvoju (v intelektualnih procesih zaznavanja, prepoznavanja, mišljenja, predstavljanja, spominjanja in presojanja).

REPRODUKTIVNO ZDRAVJE MLADOSTNIC V SLOVENIJI

Število nosečih mladostnic v Sloveniji se v zadnjih dveh desetletjih vztrajno zmanjšuje. Leta 1981 je rodilo 37/1000 mladostnic, starih 15 do 19 let, dovoljeno splavilo pa 24/1000; leta 2007 pa je zanosilo 12/1000 mladostnic, od tega jih je rodilo 5/1000 in dovoljeno splavilo 7/1000. Leta 2007 je rodila ena mladostnica mlajša od 15 let, in 299 mladostnic, starih 15 do 19 let; dovoljeno je splavilo šest mladostnic, mlajših od 15 let, in 418 mladostnic, starih 15 do 19 let. Po zadnjih podatkih sodi Sloveni-

ja med tri najuspešnejše države pri preprečevanju mladostniške nosečnosti v Evropi (poleg Belgije in Nizozemske).

PSIHOLOŠKI RAZVOJ ODNOSA DO SPOLNOSTI

Otroci že od najzgodnejšega obdobja razvijajo odnos do spolnosti. V starosti od dveh do treh let se opredelijo do lastnega spola, v starosti od štirih do šest let se izraža zanimanje za rojevanje in smrt. Nato nastopi faza latence, kjer se družijo s prijatelji in prijateljicami, preverjajo svoje sposobnosti, se učijo tekmovanja in sodelovanja.

V naslednjem obdobju, puberteti, se vse bolj izražajo spolne aktivnosti – avtoerotične, pa istospolne igre, izkazovanje mehkih čustev. Sledi razvoj usmerjenosti v nasprotni spol, zaljubljenost in raziskovanje sveta spolnosti (spolne predigre, spolni odnos). Ko oseba doseže spolno zrelost, je sposobna razviti pristen čustven odnos do soljudi, zaupa v nasprotni spol, je gotova v svojo spolno vlogo in je odgovorna v spolnih odnosih.

SPOLNO VEDENJE SLOVENSKIH SREDNJEŠOLCEV

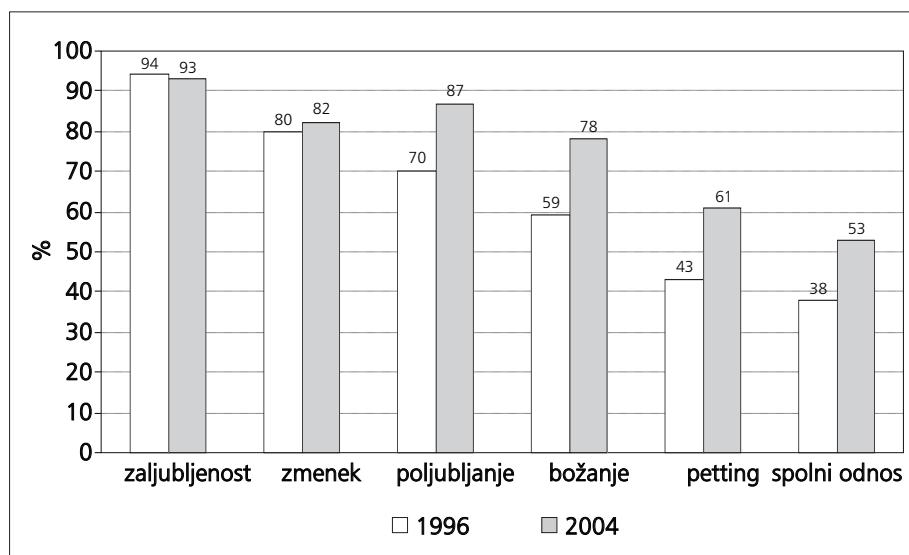
Podatki naših reprezentativnih raziskav o spolnem vedenju slovenskih srednješolcev v letih 1996 in 2004 kažejo, da postajajo mladi v Sloveniji spolno dejavni vse bolj zgodaj. Leta 1996 je imelo spolne odnose 38 % 17-letnih srednješolk in srednješolcev, leta 2004 pa že 53 % (med spoloma ni razlik). Srednja starost ob prvem spolnem odnosu med slovenskimi srednješolci se je od leta 1996, ko je bila 18,5 let, leta 2004 znižala na 17 let. To pomeni, da je imela leta 2004 v starosti 17 let spolni odnos že polovica srednješolcev (polovica pa še ne) (Slika 1).

Pri petnajstih letih pa je imelo spolne odnose že 24 % fantov in 21 % deklet. Kljub neugodni večji spolni dejavnosti mladostnikov pa se ugodno veča uporaba zanesljive kontracepcije. Leta 1996 je kontracepcijске (KC) tablete uporabljalo 14 % spolno aktivnih slovenskih srednješolk starih 17 let, leta 2004 pa 32 %, uporaba kondoma pa je upadla iz 60 % na 50 %.

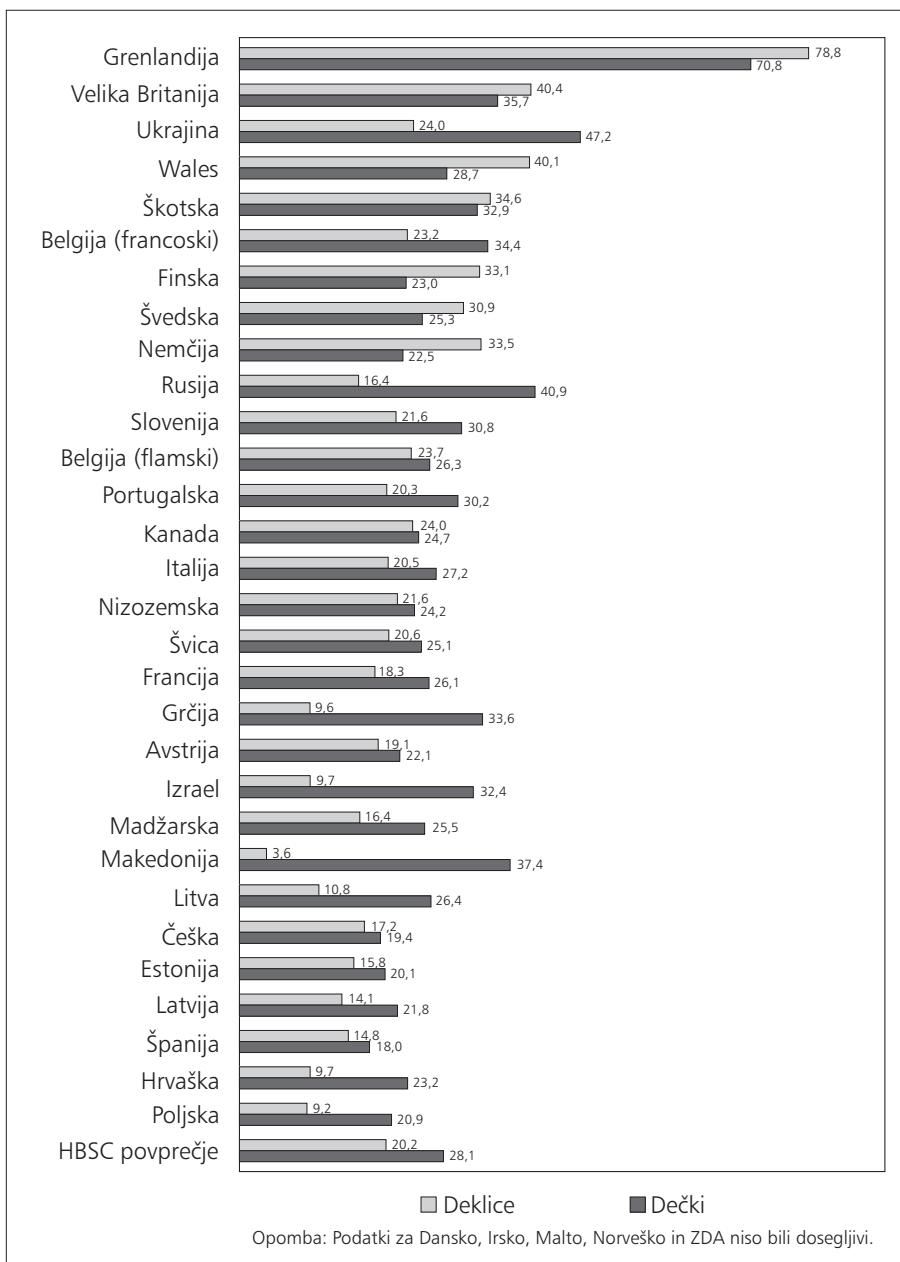
Podatki evropske raziskave Health Behaviour od School-aged Children (HBSC) iz leta 2001/2002 in 2005/2006 pa kažejo, da se delež spolno aktivnih 15-letnic in 15-letnikov več ne viša. Leta 2001/2002 je bilo spolno aktivnih 22 % 15-letnic in 31 % 15-letnikov, leta 2005/2006 pa je bilo spolno aktivnih 17 % 15-letnic in 30 % 15-letnikov (Sliki 2 in 3).

ZAŠČITA PRED NEŽELENO NOSEČNOSTJO IN SPOLNO PRENOSLJIVIMI OKUŽBAMI

Zaradi razširjenosti spolno prenosljivih okužb (SPO) med mladimi že dolgo velja kot najboljša izbira tako imenovana »dvojna zaščita«: zaščita pred SPO in neželeno nosečnostjo hkrati, kar lahko dosežemo z redno in dosledno uporabo kondoma ali s hkratno



Slika 1. Izkušnje v intimnih odnosih med slovenskimi srednješolci leta 1996 in 2004, starimi 17 let.

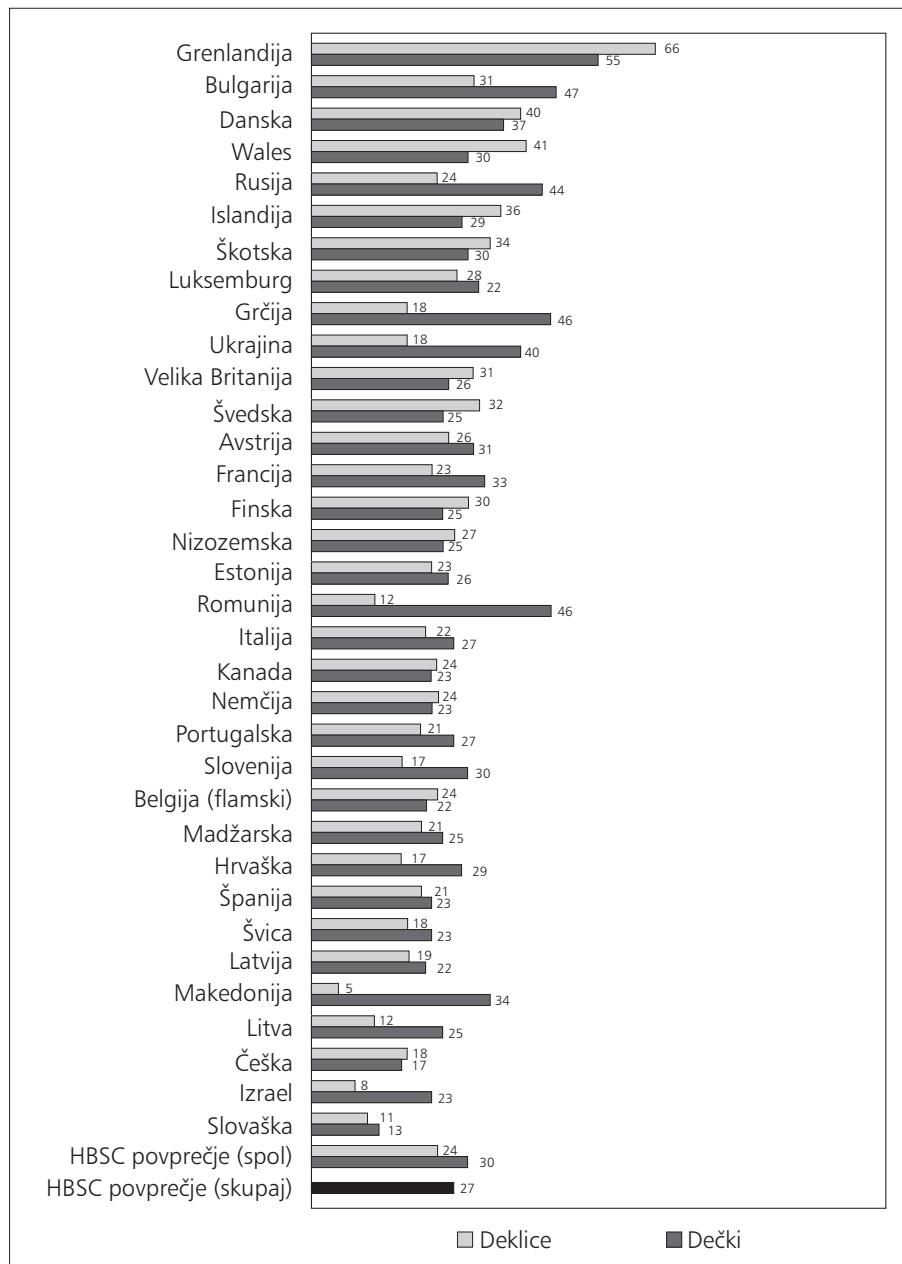


Slika 2. Delež 15-letnikov, ki so že imeli spolne odnose (HBSC 2001/2002).

uporabo kondoma in zanesljive kontracepcije (npr. hormonske kontracepcije).

Mladi do 25. leta starosti so skupina najbolj izpostavljena tveganju za SPO, zato ker so veze običajno krajše in je zaporedno menjavanje partnerjev večje kot pri sta-

rejših. Prej kot mladi začnejo s spolnimi odnosi, večja je verjetnost menjavanja spolnih partnerjev in s tem večja verjetnost okužbe s SPO. Zato se v zadnjih letih vse bolj uveljavlja tako imenovani A-B-C pristop.



Slika 3. Delež 15-letnikov, ki so že imeli spolne odnose (HBSC 2005/2006).

A-B-C pristop:

A-bstinenca (angl. Abstinence): vzdržnost od tveganih spolnih odnosov: odlaganje prvega spolnega odnosa na kasnejši čas – na obdobje večje zrelosti; sekundarna vzdržnost – vzdržnost po začetki spolni ak-

tivnosti; vzdržnost od spolnih odnosov brez ustrezne zaščite; vzdržnost od spolnih odnosov, dokler se partnerja ne spoznata dobro in dokler odnos ni zaupljiv in zanesljiv; vzdržnost od spolnih odnosov, dokler partnerja nista sposobna poskrbe-

ti za učinkovito zaščito ob spolnih odnosih;

B-odi zvest-a (angl. Be faithful): zveza z enim stalnim zvestim neokuženim partnerjem in uporaba zanesljive kontracepcije; zmanjšanje števila spolnih partnerjev;

C-ondom – kondom (angl. Condom): redna uporaba kondoma z ali brez druge kontracepcije.

Na izbiro in vztrajanje pri kontracepciji vplivajo številni medicinski, socialni, psihološki in ekonomski dejavniki. Strokovnjaki priporočajo proučevanje kontracepcijskega vedenja mladostnikov na podlagi teoretičnih modelov, kot model Kathryn Urberg, ki je splet racionalnega in razvojnega modela uporabe kontracepcije oz. reševanja problema:

1. **zaznava problema:** oseba mora problem prepoznati in opredeliti njegovo bistvo. Spoznati mora, da je aktivna v takšni dejavnosti, ki lahko povzroči nenačrtovano zanositev (samopodoba, kognitivne lastnosti, znanje).
2. **motivacija:** oseba mora biti motivirana, da nekaj stori v zvezi s problemom, in mora verjeti, da lahko problem učinkovito reši (ranljivost, sposobnost nadzora, vrednost nosečnosti).
3. **iskanje rešitev:** oseba mora najti rešitev. Večje kot je število možnih rešitev, večja je verjetnost, da bo rešitev dobra.
4. **odločitev:** med možnimi rešitvami se je treba končno odločiti: oseba mora ovrednotiti ustrezne rešitve in izbrati eno izmed njih. Primerja stroške in koristi vsake posamezne rešitve in izbere tisto, ki prinaša najmanjše stroške in največje koristi.
5. **izvedba:** oseba mora izbrano rešitev udejanjiti. Učinkovitost uresničitve odločitve za kontracepcijo je lahko odvisna od zunanjih (dosegljivost) in notranjih (vztrajanje) dejavnikov.

Ni treba, da gredo partnerji pri vsakem odločanju za kontracepcijo zavestno skozi vse stopnje. Pomemben je povzetek tega modela, ki pravi, da uporaba kontracepcije ne bo učinkovita, če ne bodo izpol-

njeni vsi pogoji v vseh stopnjah. Kajti, med reševanjem problema je nujna vsaka stopnja, vendar ne tudi zadostna.

IZBIRA KONTRACEPCIJE

Kombinirana hormonska kontracepcija

Kombinirana hormonska kontracepcija spada med najbolj zanesljive metode kontracepcije. Vsebuje dve vrsti hormonov, estrogene (običajno etinil estradiol) in progestagene (na voljo je več različnih vrst progestagenov), uporablja pa se v obliki kontracepcijskih tablet, kontracepcijskega kožnega obliža ali kontracepcijskega vaginalnega obročka:

a. Kombinirane kontracepcijske tablete

Kombinirane hormonske kontracepcijske tablete sodijo med najzanesljivejše pripomočke za preprečevanje neželene nosečnosti, saj v enem letu jemanja tablet zanosi manj kot ena od stotih žensk. Kontracepcijske (KC) tablete ne vplivajo na sposobnost kasnejše zanositve. Tablete predpiše zdravnik. Pozitivni stranski učinki KC tablet so dobro znani. Na drugi strani se blagi stranski učinki KC tablet (slabost, bruhanje, glavobol, vrtoglavica, zastajanje tekočine v telesu, porast teže) pojavljajo v manj 10%. V idealnih pogojih KC tablete prepišemo mladostnici po treh rednih menstruacijah, lahko pa jih predpišemo tudi ob nerednih menstruacijah. Pri mladostnicah, ki še niso imele spolnih odnosov in imajo redne menstruacije, ginekološki pregled pred predpisovanjem tablet ni potreben. Prekinitev jemanja KC tablet niso potrebne. Prvi ginekološki pregled z odvzemom brisa PAP je potreben po 20. letu starosti

b. Kontracepcijski kožni obliži

Kontracepcijski kožni obliži (v Sloveniji na voljo pod imenom Evra) vsebuje podobne hormone kot KC tablete in je enako učinkovit. V enem ciklusu uporabe (trije tedni) namestimo en obliž na teden na kožo spodnjega dela trebuha, zadnjice, nadlakti ali hrbita. Pri uporabi KC obliža se na

uporabo ni potrebno spomniti vsak dan kot pri KC tabletah, zato je ta metoda zelo primerna za ženske, ki pozabljajo vzeti KC tablete.

c. Kontracepcijski vaginalni obroček

Kontracepcijski vaginalni obroček (v Sloveniji na voljo kot NuvaRing) vsebuje podobne hormone in je enako učinkovit kot KC tablete. Silikonski obroček premera 5 cm, ki je nosilec podobnih hormonov, kot so v KC tabletah, ženska namesti globoko v nožnico za tri tedne. Zadovoljstvo žensk z uporabo vaginalnega obročka je izjemno visoko.

Progestagenska hormonska kontracepcija

Hormonska kontracepcija, ki vsebuje le progestagene brez estrogenov, se imenuje progestagenska kontracepcija. Značilnost te vrste kontracepcije je v tem, da ne vsebuje estrogenov (ki jih vsebujejo npr. kombinirane KC tablete), ki lahko imajo kvarne učinke na ožilje. Zato je uporaba progestagenske kontracepcije primerna tudi v tistih primerih, ko kombinirana hormonska kontracepcija ni primerna: npr. kadilke starejše od 35 let, žariščna migrena, hipertenzija:

a. Progestagenske kontracepcijske tablete (»mini-pilula«)

Progestagenska kontracepcijska tableta, poimenovana tudi »mini-pilula«, vsebuje le progestagen. Značilnost teh tablet je, da se jemljejo enkrat dnevno nepretrgoma, brez 7-dnevnega premora. Novejši pripravki (v Sloveniji na voljo kot Cerazette) so ob rednem jemanju podobno učinkoviti kot kombinirane kontracepcijske tablete. Tovrstna kontracepcija je primerna metoda za stanja, ko so sintetični estrogeni v kombinirani hormonski kontracepciji kontraindicirani.

b. Kontracepcijske injekcije

Progestagenske kontracepcijske injekcije (depo medroksiprogesteron acetata – Depo-Provera 150 mg) so na voljo lahko v obliki injekcij, ki jih dajemo v mišico (novejše

tudi pod kožo) vsake tri mesece. Kontracepcijske injekcije zelo učinkovito preprečijo zanositev, saj v enem letu uporabe zanosi manj kot ena od tristotih žensk. Prvo injekcijo damo v prvih petih dneh menstruacije. Kontracepcijske injekcije trenutno v Sloveniji niso registrirane, možen pa je neposreden uvoz preko zdravstvene organizacije.

Nujna kontracepcija (urgentna kontracepcija)

Nujna kontracepcija (poimenovana tudi postkoitalna kontracepcija, urgentna kontracepcija, »jutranja tabletka«) se uporablja kot izhod v sili po nezaščitenem spolnem odnosu. Po originalni Yuzpejevi metodi je potrebno čim prej, najbolje v roku 24 ur, najkasneje pa v roku 72 ur, vzeti dve KC tableti s 50 mg etinil estradiola in 250 mg levonorgestrela (2 tableti Stediril-d) ter po 12 urah odmerek ponoviti. V 98 % ne bo prišlo do zanositve. Te kombinacije tablet v Sloveniji ni več na voljo. Za nujno kontracepcijo lahko uporabimo tudi KC tablete s 30 mg etinil estradiola (npr. 2 × 4 tablet npr. Stedirl-m, Rigevidon, Microgynon). Novejša je nujna kontracepcija s samimi progestageni (2 × 750 mg levonorgestrela, NorLevo, ki se vzame v enem odmerku dveh tablet hkrati najkasneje v 72 urah po nezaščitenem spolnem odnosu), ki ima manj stranskih učinkov, kot so slabost, bruhanje. V Sloveniji je Norlevo na voljo brez recepta v lekarnah za ženske starejše od 16 let.

Pregradna kontracepcija

Pregradna kontracepcija deluje kot »ovira« na fizikalni način (kondom, diafragma) ali pa kemično (spermicidi):

a. Kondom

Kondom je kontracepcijski pripomoček, ki ga uporablja moški. Narejen je iz gumi-jaste snovi, ima obliko tulca, vrh katerega je zbiralnik za semensko tekocino. Ponavadi je prevlečen z mazivom – lubrikantom. Kondom mehanično prepreči izliv semena v nožnico. Ob uporabi kondoma

v enem letu zanosi deset od stotih žensk. Verjetnost zanositve na en spolni odnos je 1 : 2500. Kondom je neškodljiv kontracepcijski pripomoček. Primeren je za vse pare, še posebej pa za mladostnike za »dvojno zaščito«. Zanesljivo ščiti pred okužbo s spolno prenosljivimi okužbami (SPO) in neželeno nosečnostjo le ob pravilni in stalni uporabi. Večjo dvojno zaščito zagotavlja hkratna uporaba kondoma in kombinirane hormonske kontracepcije, npr. KC tablet. Pravilna uporaba kondoma zahteva dosledno uporabo ob vsakem spolnem odnosu. Moški navleče kondom na otrdeli spolni ud še pred spolno združitvijo in ga po izlivu semena odstrani preden nabreklost uda popusti.

b. Diafragma

Diafragma je mehanski kontracepcijijski pripomoček. Sestavljen je iz jeklenega peresa, čez katerega je napeta membrana iz tanke gume. Diafragma preprečuje zanositev tako, da zapre vhod v maternico in prepreči semenčicam potovanje skozi maternični vrat v maternico. Ob uporabi diafragme v enem letu zanosi dvajset od stotih žensk. Da dosežemo večjo zanesljivost diafragme, uporabljamo istočasno še različna kemična sredstva (spermicide), ki uničujejo oziroma ohromijo semenčice. Velikost diafragme določi ginekolog. Pred vložitvijo diafragme ženska najprej nanese na notranjo stran diafragme odmerek spermicida. Diafragmo vloži v nožnico tako, da ta prekrije maternični vrat v celoti. Pravilno vložena diafragma ne moti spolnega odnosa. Po odnosu mora biti diafragma vložena vsaj 6 in največ 24 ur. Diafragma zahteva večjo motivacijo za dosledno uporabo, vendar je primerna tudi za motivirane mladostnice. Diafragma je učinkovita le ob doslednem in pravilni uporabi. Na voljo je tudi v Sloveniji, samoplačniško v lekarnah.

c. Spermicidi

Spermicidi so kemične snovi, ki ohromijo in uničijo semenčice. Na voljo so v obliki kreme, nožničnih svečk ali topnega

filma, ki ga damo v nožnico. Spermicidi sodijo med manj učinkovita kontracepcija sredstva, saj v enem letu uporabe ob njih zanosi dvajset od stotih žensk. Spermicidi so dovolj zanesljivi le, če jih uporabljamo v kombinaciji s kondomom ali z diafragmo. Dobijo se v lekarnah brez recepta, v Sloveniji jih trenutno ni na voljo. Spermicide ženska vstavi v nožnico 15 minut pred spolnim odnosom. En od merek spermicida zadostuje za en spolni odnos. Spermicidi učinkujejo na semenčice eno uro.

Maternični vložek

Maternični vložek je kontracepcijijski pripomoček, ki se ga vstavi v maternično votlinno. Je iz plastične snovi, prekrite z bakrom ali s hormonskim pripravkom (levonorgestrelom) in ima običajno obliko črke T. Na spodnjem koncu vložka je pritrjena najlonška nitka, ki sega približno dva cm v nožnico. Maternični vložek zelo zanesljivo preprečuje zanositev, saj v enem letu uporabe ob njem zanosijo manj kot tri od stotih žensk. Maternični vložek vstavi ginekolog in ga tudi odstrani, če ženska želi zanosisi ali primeru določenih težav. V maternični votlini lahko ostane od 5 do 8 let. Maternični vložek, tako z bakrom kot s hormonom, lahko uporabljajo tudi sladkorne bolnice brez zadržkov. Primeren je predvsem za ženske, ki so že rodile, za tiste, ki ne morejo uporabljati druge kontracepcije ter še dlje časa ne želijo ponovno zanosisi, odsvetujemo pa ga ženskam, ki imajo več spolnih partnerjev, kar pomeni večje tveganje za SPO in vnetja rodil. Za mladostnice je primeren le izjemoma, če izključimo prisotnost SPO in ob zanesljivi monogamni zvezi.

Naravne metode kontracepcije

Naravne metode kontracepcije temeljijo na poznavanju plodnosti in spolni vzdržnosti v času plodnih dni. Za učinkovito uporabo naravnih metod kontracepcije mora par dobro poznati anatomijo rodil in njihovo delovanje. Naravne metode kontracepcije

sodijo med manj zanesljive metode, saj v povprečju ob njih zanosi dvajset od stotih žensk v enem letu uporabe, in so manj primerne za mladostnice. Bolj primerne so za načrtovanje želene zanositve. Med naravne metode kontracepcije sodijo kaledarska metoda, metoda merjenja bazalne temperature, ovulacijska metoda ter simpto-termalna metoda:

a. Kaledarska metoda

Pri kaledarski metodi računamo plodne dni. Dolžino menstruacijskega ciklusa (MC), ki jo štejemo od prvega dne menstruacijske krvavitve do zadnjega dne pred naslednjo menstruacijo, moramo beležiti več mesecev. Za določitev plodnih (ne-varnih) dni odštejemo 20 dni od najkrajšega MC in 10 dni od najdaljšega MC. V plodnih dneh se spolnih odnosov vzdržimo.

b. Bazalna temperatura

Bazalno temperaturo merimo vedno na istem mestu (v ustih) še pred vstajanjem po najmanj treh urah spanja. Takojo po sproščanju jajčeca iz jajčnika (ovulaciji) bazalna temperatura naraste za najmanj 0,2 °C, in ostane povišana vsaj tri dni. Varni dnevi nastopijo četrti dan po dvigu bazalne temperature.

c. Ovulacijska metoda

Pri ovulacijski metodi ženska ocenjuje sluz, ki jo izločajo žleze materničnega vratu. En dan pred, med ali en dan po sproščanju obilne, vlecljive in prozorne sluzi nastopi ovulacija. Po ovulaciji pa sluz postane pičla, gostejša in motna. Varni dnevi nastopijo po četrtem dnevu od najbolj izraženega izločanja ovulacijske sluzi.

d. Simpto-termalna metoda

Pri tej metodi ženska hkrati uporablja metodo merjenja bazalne temperature in ovulacijsko metodo.

Sterilizacija

Sterilizacija ženske ali moškega je nepovratna kirurška metoda kontracepcije in je ena izmed najbolj učinkovitih metod. Metoda je skoraj brez stranskih učinkov, redko

se pojavijo zapleti v zvezi z operativnim posegom (zapleti pri anesteziji, operativne poškodbe). Po našem zakonu se sterilizacija lahko opravi na zahtevo osebe, ki naj bi bila sterilizirana, če je stara 35 let in več, če je razsodna in če je minilo od odoberitve šest mesecev. Sterilizacijo pri ženski najpogosteje opravimo laparoskopsko. V splošni anesteziji skozi tanek rez v steni trebuha uvedemo posebno prijemo, s katerim prekinemo jajcevode in preprečimo potovanje jajčec od jajčnika do maternice, zato oploditev ni mogoča. Sterilizacijo pri moških pa naredimo v lokalni anesteziji. Skozi kožo mod podvežemo semenovode in preprečimo potovanje semenčic. V semenškem izlivu, ki se na pogled ne razlikuje od izliva nesteriliziranega moškega, ni semenčic in oploditev ni mogoča.

ZNAČILNOSTI UČINKOVITE SPOLNE VZGOJE

Primerjalne raziskave različnih programov spolne vzgoje kažejo, da je za vzgojo najpomembnejša jasnost stališč zdravstvenih delavcev, učiteljev in staršev. Učinkovitost programov (ki se kaže v odlaganju prvega spolnega odnosa, izogibanju tveganim odnosom, uporabi kontracepcije, zmanjševanju št. spolnih partnerjev) oz. neučinkovitost je različno pogojena:

- neučinkoviti so tisti vzgojni programi, kjer se mlade uči o razlogih za in proti določenem vedenju (»pro et contra«), se jih uči odločanja (metode »decision making«), nato pa se od njih pričakuje, naj se sami odločijo, kaj je pravo spolno vedenje za njih
- učinkoviti so tisti vzgojni programi, kjer so jasno izražena stališča o odlaganju spolnih odnosov, o izogibanju nezaščitenim spolnim odnosom, o uporabi kondoma in druge kontracepcije ter kjer se mladi učijo večin izvajanja teh stališč (npr. pogajanja o uporabi kondoma) in z igro vlog ponotranjijo te norme.

Raziskave kažejo, da so zgodnji spolni odnosi povezani s slabšo uporabo kontra-

cepcije, slabšo zaščito pred spolno prenosljivimi okužbami, z večjim številom spolnih partnerjev, večjo depresivnostjo in samomorilnostjo (VB), z nošnjo orožja (ZDA), z nižjo izobrazbo, manjšimi aspiracijami v življenju, da so ti mladi kasneje manj zadowoljni s svojim spolnim življenjem. Zgodnja spolna aktivnost je del širšega spektra tveganega vedenja (zloraba drug in alkohola, kajenje) in je večinoma izraz nespolnih potreb. Prvi odnos je redko zaradi ljubezni, pogosteje zaradi pritiska vrstnikov in potrebe po prilagoditvi. Kasneje večina obžaluje zgodnjo spolno aktivnost.

Za učinkovito vzgojo je treba priznati, da spolnost mladostnikov obstaja. Premišljeno, uteviljeno, nemoralistično zagovarjanje odlaganje začetka spolne aktivnosti vodi v manj tvegano vedenje. Informacija mora biti točna (torej tudi o škodljivostih tveganih oblik spolnega vedenja) in v pozitivni luči – abstinenca od tveganih spolnih odnosov in odgovorno spolno vedenje kot pozitivna izbira, za boljše spolno zdravje. Mladim in starejšim je potrebno jasno predstaviti, da z neodgovornim spolnim vedenjem ogrožajo svoje zdravje in hkrati zdravje svojega partnerja ali partnerke. Mladi morajo razumeti, da ni opravičljiv priložosten seks, tako kot ni opravičljiva priložnostna kraja. Ciljna skupina teh sporočil v Sloveniji naj bodo predvsem mlajši od 17 let, ko so tveganja in manj učinkovita uporaba kontracepcije najpogostejša.

Pri vsem tem so zelo pomembni starši, predvsem matere, ki so vir informacij o spolnosti. Zdravniki moramo spodbujati starše, da se o spolnosti pogovarjajo z otroki, ob tem da se najprej podučijo tudi sami. Starši naj jasno izrazijo stališča proti prezgodnji spolni aktivnosti, oz. za odlaganje prvega spolnega odnosa in o nujnosti »dvojne zaščite«. Mladostnik se manj tvegano obnaša, če čuti povezanost s starši – če mu starši nudijo pozornost, spreminja njegove dejavnosti, niso brezbržni. Pomemben je tudi vrednostni sistem v družini glede spolnega vedenja, uporabe kontra-

cepcije in samo spolno vedenje staršev, ki delujejo kot modeli oz. vzorniki.

Šola naj predaja spolno vzgojo mladih, jih nauči vnaprejnjega načrtovanja, osebne odgovornosti, vrednot medsebojnega spoštovanja, komunikacije, pogajanju uporabi kontracepcije in metod odločanja.

Vrstniki so pomembni za oblikovanje identitet s skupinami enakega spola, vplivni so predvsem pri tistih mladih, ki so manj povezani z družino, šolo ... in so pomembni za oblikovanje norm.

Raziskave kažejo, da najbolj varovalno na spolno vedenje deluje občutek povezanosti z lastno družino, šolo, verskimi skupnostmi. Občutek povezanosti z vrstniki pa ne zmanjša tveganega vedenja.

NAJPOGOSTEJŠE REPRODUKTIVNE TEŽAVE MLADOSTNIC

Med najpogostejše reproduktivne težave mladostnic sodijo motnje menstruacijskega ciklusa, nožnični izcedek, hiperandrogenizem in pelvična bolečina.

Motnje menstruacijskega ciklusa

Motnje menstruacijska ciklusa so vse nepravilnosti, ki nimajo oblike rednega menstruacijskega ciklusa. Reden menstruacijski ciklus se pojavlja na 21 do 35 dni (šteto od prvega dneva menstruacije), normalna menstruacija pa traja od 3 do 7 dni.

a. Motnje v jakosti krvavitve

Šibka menstruacija ali *hipomenoreja*, traja samo nekaj ur do dan ali dva. Nastane lahko zaradi okvare maternične sluznice med abrazijo ali kiretažo, ali zaradi operacij v maternični votlini ali vnetju. Močna menstruacija ali *hipermenoreja* je obilna menstruacija, ki traja do 7 dni, ženska potrabi več kot šest vložkov na dan. Vzroki so lahko miomi, polipi, endometriozra, maternični vložek, vnetje, karcinom, motnje strjevanje krv, zvišan krvni tlak ... Podaljšana in močna menstruacija je *menoragija* in traja med 7 in 14 dni. Vzroki so organski

in so enaki kot pri hipermenoreji, zdravljenje je pa pri obeh odvisno od vzroka bolezni. *Menometroragija* je močna menstruacija, ki traja več kot 14 dni. Vzroki za menometroragijo so lahko ali organski ali hormonski. *Intermenstrualna krvavitev* ali izcedek (ovulacijska krvavitev) se pojavi v času ovulacije in traja nekaj ur. Krvavitev je posledica padca estrogenov takoj po ovulaciji. Nepravilnost lahko preprečimo z dodajanjem estrogenov med ovulacijo. *Predmenstruacijska krvavitev* ali izcedek nastane nekaj dni pred začetkom prave menstruacije. Krvavitev je ponavadi šibka in nastane zaradi nizke vrednosti progesterona. Zdravimo z dodajanjem progesterona v drugi polovici menstrualnega ciklusa. *Pomenstruacijska krvavitev* ali izcedek se pojavi nekaj dni po končani menstruaciji in traja nekaj dni. Možnih je več vzrokov: nepravilno luščenje maternične sluznice, vnetje ali nezadostna obnova maternične sluznice.

b. Motnje v pogostnosti krvavitve

Redka menstruacija ali *oligomenoreja* se pojavlja na 35 do 42 dni. Če gre za normalne krvavitve z ovulacijo, zdravljenje ni potrebno. Če so krvavitve brez ovulacij, ženska pa želi zanositi je potrebno zdravljenje. Pogosta menstruacija ali *polimeneoreja* se pojavlja na manj kot 21 dni. Zdravljenje s progestageni je potrebno, če je zaradi kratkega obdobja pred ovulacijo prizadeta plodnost ali pa se zaradi pogostih krvavitev pojavi anemija. Izostanek menstruacije je *amenoreja* in je lahko normalen pojav (pred menarho, med nosečnostjo in dojenjem in po menopavzi) ali pa je vzrok bolezni (genetski dejavniki, sistemske bolezni, motnje v delovanju žlez, prirojene nepravilnosti spolnih organov, prehrambeni, psihični in drugi vzroki). O primarni amenoreji govorimo takrat, kadar se menstruacija ne pojavi do 14. leta starosti v odsotnosti sekundarnih spolnih znakov ali če se menstruacija ne pojavi do 16. leta starosti ob normalnem razvoju sekundarnih spolnih znakov. Sekundarna amenoreja pa je izostanek menstruacije za

najmanj 6 mesecev ali za najmanj 3 ciklične intervale. Vzroki za amenorejo so lahko zaradi zakasnelega pubertetnega razvoja (konstitucijsko, hipogonadotropni hipogonadizem, hipogonadotropni hipogonadizem), hiperandrogenizma, prirojenih nepravilnosti genitalnega trakta, sistemskih bolezni, prehrambenih, psihičnih in drugih vzrokov.

c. Neredne krvavitve

Metroragija so povsem neredne krvavitve iz maternice, ki niso vezane na menstruacijski ciklus. Ponavadi so te krvavitve močne in trajajo različno dolgo časa. Vzroki so lahko organski (polipi, tumorji, vnetje, miomi, maternični vložki, zapleti zgodnje nosečnosti...) ali disfunkcionalni, po izključitvi organskega vzroka. Disfunkcionalna krvavitev zaradi anovulacijskih ciklusov (*juvenilna metroragija*) je najpogostejša motnja menstruacijskega ciklusa pri mladostnicah. Zdravimo jo s hormonskimi pripravki (progestageni ali kombinirana estrogeno-progestagenska terapija), po potrebi ob anemiji dodajamo železo.

d. Boleče menstruacije

Dismenoreja je bolečina v trebuhu zaradi krčev maternice v času menstruacije. Pri primarni dismenoreji vzrok za krče ni znan, pri sekundarni dismenoreji pa je vzrok za krče ginekološka bolezen. Primarna dismenoreja prizadene do 50 % žensk. Običajno nastopi v mladosti in je lahko tako huda, da moti vsakodnevne dejavnosti. Z leti ali po porodu se lahko zmanjša. Verjetno je posledica krčenja maternice zaradi zmanjšanega dotoka krvi v sluznico maternice.

Sekundarna dismenoreja je redkejša in prizadene do 25 % žensk z dismenorejo. Najpogostejši vzroki zanje so endometriozza in miomi. Glavni znak dismenoreje je bolečina v spodnjem delu trebuha, ki je lahko v obliki krčev ali topa in stalna. Ostali znaki so še glavobol, zaprtje ali driska, slabost in bruhanje ter pogosto odvajanje vode. Včasih se iz maternice izločijo krvni strdkci ali deli maternične sluznice. Bolečino pri primarni dismenoreji učinkovito

odpravijo nesteroidna protivnetra zdravila. Znake lahko omili tudi počitek, spanje in redna telesna aktivnost. Če bolečine prečujejo vsakodnevne aktivnosti, se lahko prepreči ovulacijo z uporabo kontracepcijskih sredstev z nizkimi odmerki hormonov. Zdravljenje sekundarne dismenoreje je odvisno od vzrokov.

e. Predmenstruacijski sindrom

Predmenstruacijski sindrom (PMS) označujejo razdražljivost, anksioznost, emocionalna labilnost, depresija, edem, boleče prsi, spremembu apetita in glavoboli, ki se tipično pojavljajo od 7 do 10 dni pred menstrualno krvavitvijo in izginejo najkasneje v prvih dneh menstruacije. Simptomi so lahko pogosto hudi in vplivajo na kakovost življenja. Zdravljenje je simptomatsko in vključuje razne prehranske diete, zdravila in pogovor.

Pri motnjah ciklusa pri spolno aktivnih ženskah je najprej potrebno izključiti mrebitno nosečnost. Pri pregledu ocenjujemo splošno zdravstveno stanje, telesno višino, težo, prehranjenost, spolno dozorelost, poraščenost. Naredimo ginekološki pregled in ultrazvočni pregled (vaginalni, pri mladostnicah, ki še niso imele spolnih odnosov, pa abdominalni ultrazvok s polnim mehurjem ali pa rektalni ultrazvok). Osnovne hormonske preiskave zajemajo FSH, LH, prolaktin in TSH. Pri hirzutizmu določimo še androgene (testosteron, androstendion, DHEA-S) in SGHB. Po potrebi naredimo RTG turškega sedla in NMR glave in UZ nadledvične žlez.

Nožnični izcedek

Normalen nožnični izcedek je prosojen ali belkast, na zraku lahko porumeni, in je prisoten v obdobju med puberteto in menopavzo. Fiziološko povečan nožnični izcedek se pojavi pred menarho, pred menstruacijo, med ovulacijo (prozorna, steklasta sluz), ob spolnih odnosih, med nosečnostjo in ob stresu. Če normalen nožnični izcedek (beli tok) spremljajo mehanski ali kemični dražljaji (sintetično perilo, neustrezna intim-

na higiena ...), se lahko pojavi draženje in vnetje sluznice.

Patološki nožnični izcedek, ki je spremenjenega vonja in videza in ga pogosto spremljata srbečica in pekoče bolečine, se najpogosteje pojavlja pri kandidozi, bakterijski vaginozi in trihomonozi. Glivična okužba s *C. albicans* (*kandidoza*) se kaže kot obilen, gost, belkast izcedek skutinega izgleda, koža in sluznica zunanjega spolovila in v nožnici sta pordeli in otekli, pojavlja se srbečica in pekoča bolečina. Vnetoma vnetje izzveni brez zdravljenja, po potrebi pa predpišemo lokalne, pri ponavljajočih se okužbah pa sistemski antimikotike. Kandidoza ni spolno prenosljiva okužba, pojavlja se lahko tudi pri spolno še ne aktivnih mladostnicah. Za *bakterijsko vaginzo*, ki jo povzročajo anaerobne bakterije (*Gardnerella vaginalis*, *Pepto-streptococcus spp.*), je značilen homogen, moten, rumenkast nožnični izcedek z neprijetnim vonjem po ribah, ki je še izrazitejši po spolnih odnosih, ki jih spremljaja pekoč občutek s srbečico. Bakterijsko vaginzo zdravimo z metronidazolom ali klin-damicinom lokalno ali metronidazolom sistemsko. Bakterijska vaginzo ni spolno prenosljiva okužba, pojavlja se lahko tudi pri spolno še ne aktivnih mladostnicah. Za *trihomonozo*, ki jo povzroča *T. vaginalis* (najpogosteje se prenaša s spolnimi odnosi, zato sodi med spolno prenosljive okužbe), je značilen obilen, penast, sivkasto zelen ali rumenkast izcedek iz nožnice neprijetnega vonja. Sluznica je pordela in oteklja, vnetje pa spremlja pekoč bolečina. Pri moških se lahko pojavi izcedek ali pekoč občutek pri uriniranju. Trihomonozo zdravimo sistemsko z metronidazolom, oba partnerja hkrati.

Hiperandrogenizem

Povečana sinteza androgenov (hiperandrogenizem) lahko nastane zaradi motenj v delovanju jajčnikov (sindrom policističnih jajčnikov – PCOS, stromalna hipertekoza, tumorji jajčnikov) ali skorje nadledvične žlez (Cushingov sindrom, kongenitalna

adrenalna hiperplazija – KAH, karcinom, virilizirajoči adenom). Pri mladostnicah se hiperandrogenizem najpogosteje kaže s povečano poraščenostjo (hirzutizem), aknastvo in/ali motnjami menstruacijskega ciklusa (oligo- in amenoreja).

Hirzutizem je pojav poraščenosti pri ženskah na t. i. androgeno senzitivnih področjih, tj. na mestih, kjer se dlake pri ženskah normalno ne pojavljajo, pri moških pa se normalno pojavljajo kot sekundarna spolna značilnost moškega spola: zgornja ustnica, lice, brada, predel okoli prsnih bradavic, prsi, medialna linija trebuha, glutealni predeli ter zgornja tretjina stegen na notranji strani. Pojav dlakavosti na teh mestih razlikujemo od hipertrihoze, ki označuje povečano dlakovost na udih in hrbitu, ni odvisna od androgenov in je pretežno genetsko pogojena. Hirzutizem prizadene 5–8 % žensk v rodni dobi. Pri 70–80 % žensk je hirzutizem posledica hiperandrogenizma, 6–17 % žensk pa ima normalne vrednosti serumskih androgenov in redne ovulacijske menstruacijske cikluse (idiopatski hirzutizem). Najpomembnejši vzrok idiopatskega hirzutizma je povečana občutljivosti lasnih mešičkov na normalne ravni cirkulirajočih androgenov in je posledica povečane aktivnosti encima 5- α reduktaze. Nekateri raziskovalci menijo, da je idiopatski hirzutizem predstopnja ali del sindroma policističnih jajčnikov s prikritim hiperandrogenizmom. Pri večini žensk z idiopatskim hirzutizmom namreč pri ultrazvočni preiskavi odkrijemo policistične jajčnike.

Hiperandrogena stanja opredelimo z dolaganjem koncentracije androgenov in gonadotropinov, s stimulacijskimi testi, z RTG turškega sedla, UZ jajčnikov in nadledvične žleze, z laparoskopijo z biopsijo jajčnikov, s scintigrafijo nadledvičnih žlez, CT nadledvičnih žlez in z NMR nadledvičnih žlez in jajčnika.

Hiperandrogena stanja zdravimo vzročno in/ali simptomatsko. Idiopatski hirzutizem lahko zdravimo s steroidnimi antian-

drogeni (ciproteronacetat, spironolakton), nesteroidnimi antiandrogeni (flutamid, cimetidin) in inhibitorji 5- α reduktaze (finasterid). Zavora sinteze androgenov sama po sebi ne zmanjša hirzutizma, zato običajni pripravki kombinirane oralne hormonske kontracepcije občutno ne zmanjšajo hirzutizma, lahko pa zavrejo njegov razvoj. Antiandrogeni pa delujejo na lasne mešičke tako, da učinkovito zmanjšajo dlakovost. Zaradi možnosti feminizacije moškega ploda ob jemanju antiandrogenske terapije in inhibitorjev 5- α reduktaze je indicirana sočasna uporaba zanesljive kontracepcije. Najprimernejša je kombinirana oralna hormonska kontracepcija, ki okrepi antiandrogensko zdravljenje hirzutizma.

Pelvična bolečina

Bolečina v mali medenici se lahko pojavi oz. pojavlja akutno ali kronično. Vzroki so lahko bolezni rodil ali pa drugih organov in tkiv (npr. prebavil, sečil, živčevja, mišično-skeletnega sistema ...). Najpogostejsi ginekološki vzroki za akutno pelvično bolečino so: dismenoreja, ovualcijska bolečina, akutno pelvično vnetje, hematom c. luteuma, torzija jajčnika, ruptura ovarijskih ciste, zunajmaternična nosečnost, spontani splav, degeneracija mioma in endometrioza. Najpogostejsi ginekološki vzroki za kronično pelvično bolečino so zarastline v mali medenici (npr. po vnetjih, kravavitvah), kronično pelvično vnetje, endometrioza, adenomioza, miomi, kronični endometritis, maternični vložek ali pelvična kongestija.

Pri opredelitvi bolečine v anamnezi med drugim ugotavljamo, ali gre za akutno ali kronično bolečino ter ali se bolečina pojavlja v zvezi z menstruacijskim ciklusom. Po potrebi naredimo splošne in usmerjene laboratorijske preiskave. Z ultrazvočno preiskavo in po potrebi z endoskopijo (laparoskopijo, histeroskopijo) dokončno opredelimo ginekološki izvor pelvične bolečine. Zdravljenje je vzročno in simptomatsko.

LITERATURA

1. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremeljanja fetalnih smrti v Sloveniji 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008.
2. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Perinatalni informacijski sistem Slovenije. Primerjava podatkov med regijami za leto 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008.
3. Pinter B, Čeh F, Verdenik I, Grebenc M, Maurič D, Pavičević L, Andrele A, Bučar M, Šučur V, Margič L, Kumer-Lakner A, Rožič-Vičič N, Palancsai-Šiftar J, Simetinger G, Skušek-Fakin C, Zagode-Kreničič A, Mugoša D, Podlipnik M, Meden-Vrtovec H. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004. *Zdrav Vestn* 2006; 75 (10): 615–9. [COBISS.SI-ID 21991641]
4. Klavs I, Rodrigues LC, Weiss HA, Hayes R. factors associated with early sexual debut in Slovenia: results of a general population survey. *Sex Transm Inf* 2006; 82: 478–83.
5. Kirby D. Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and child-bearing. *The Journal of Sex Research* 2002; 39 81): 51–7.
6. Borko E, Takač I, But I, Gorišek B, Kralj B. Ginekologija, 2. dopolnjena izdaja. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2006.
7. Pinter B. Biološki učinki spolnih hormonov. In: Meden-Vrtovec H (ur). Zdravljenje s hormoni v ginekologiji in andrologiji. Ljubljana: Klinični center SPS Ginekološka klinika, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, 2002: 75–87.

OTROK S POVIŠANO TELESNO TEMPERATURO V AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA

Jana Govc Eržen

UVOD

Zvišana telesna temperatura pri otroku je eden najpogostejših razlogov, zaradi katerega starši bodisi običajo zdravnika ali pa želijo zdravniški nasvet (1). Pretiran strah pred posledicami povišane telesne temperature pri otroku je Barton Schmitt poimenoval »fever phobia« in ga pripisal vzroku, da večina staršev verjame, da je vročina bolezen in ne le simptom bolezni (2). Starši pre malo vedo o pomenu zvišane telesne temperature in o ukrepanju v primeru povišane telesne temperature, prav zaradi tega narašča število nepotrebnih obiskov v ambulantah zdravnikov, v dežurnih ambulantah, s tem je povezano tudi povečano večje število telefonskih klicev. Družinski zdravnik, ki obravnavata svoji ambulanti otroke, mora pozнатi vzroke zvišane telesne temperature ter smernice za ustrezno obravnavo bolnega otroka z zvišano telesno temperaturo.

VZROKI POVIŠANE TELESNE TEMPERATURE

Povišana telesna temperatura je vodilni simptom zaradi katerega starši iščejo pomoč pri zdravniku, saj je kar 19 % do 30 % obiskov povezanih s povišano telesno temperaturo (3). Vzroki za povišano telesno temperaturo pri otrocih so v večini primerov virusne okužbe, zlasti okužbe zgornjih dihalnih poti in srednjega ušesa, redkeje pa je vzrok za povišano telesno temperaturo pri otroku prikrita bakteriemija, ki lahko vodi v resna obolenja kot so meningitis, pljučnica in vnetja urinarnega trakta (4).

Incidenca bakteriemije je povezana z višino temperature in nastopi pri temperaturi 40 °C v 4 do 8 % (5). Visoka vročina ali hiperpireksija je temperatura, ki je višja od 40,5 °C, vzrok zanjo pa so najpogosteje okužbe centralnega živčnega sistema (6).

Kadar je vzrok za povišano telesno temperaturo jasen in ga zdravnik ugotovi s kliničnim pregledom in laboratorijskimi preiskavami, potem je tudi zdravljenje učinkovito. Velikokrat pa je zvišana telesna temperatura edini simptom, zaradi katerega starši pripeljejo otroka k zdravniku. V teh primerih je za zdravnika družinske medicine zelo težko oceniti, ali gre za preprosto virusno okužbo, ali pa je v ozadju resno obolenje.

Zaskrbljenost staršev predstavlja dodatno obremenitev za zdravnika, saj se leti prepogosto obračajo nanj, iščejo pomoč in nasvete, velikokrat tudi po telefonu. V preteklosti je bilo veliko smrti otrok povzročenih zaradi infekcijskih bolezni, prav gotovo izhaja pretiran strah pred vročino iz preteklih izkušenj. Starši so prepričani, da bo visoka telesna temperatura pri otroku povzročila resne okvare zdravja, kot npr. okvaro možganov ali celo smrt (7).

KAJ JE VROČINA?

Vročina nastopi zaradi delovanja pirogenih snovi na termoregulacijski center, ki se nahaja v hipotalamusu. Normalna telesna temperatura pri zdravem človeku znaša med 36,2 in 37,5 °C. Zvišana telesna temperatura je opredeljena kot temperatura nad 38 °C, merjeno rektalno, nad 37,8 °C merjeno v ustih, in nad 37,2 °C merjeno aksilarno. Zvišana telesna temperatura je le simptom in ne bolezen, predstavlja način obrambe organizma pred bolezni jo. Zvišana telesna temperatura zmanjša tvorbo strupenih presnovkov ob okužbi, zavre razmnoževanje nekaterih mikroorganizmov, okrepi vnetni odgovor in delovanje imunskega sistema (8).

MERJENJE TELESNE TEMPERATURE

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health iz Londona je

Tabela 1. Tabela za ocenjevanje resnosti vročinskega obolenja pri otrocih (9).

	Majhno tveganje	Zmerno tveganje	Visoko tveganje
Barva	Normalna barva kože, jezika in ustnic	Bledica (poročajo starši)	Bled/lisast/modrikast
Aktivnost	Se normalno odziva na socialni kontakt Zadovoljen/se smeji Je buden ali se hitro zбудi Močan, normalen jok/ne joče	Se ne odziva normalno Se zbudi samo po dolgotrajnih dražljajih Zmanjšana aktivnost Se ne smeji	Se ne odziva Zdravnik ga oceni kot bolnega Se ne zbudi/če ga zbudimo, ne ostane zbujen Slaboten jok/ječanje/neprestan jok
Respiratorno		Tahipnoe 6–12 mesecev: > 50 vdihov/minuto > 12 mesecev: > 40 vdihov/minuto O2 saturacija ≤ 95	Tahipnoe > 60 vdihov/minuto Ugrezanje medrebrnih prostorov
Hidracija	Kože in sluznice je normalna Vlažne sluznice	Suhe sluznice Zmanjšan apetit Zmanjšano izločanje urina CRT ≥ 3 sekunde	Zmanjšan turgor kože Vdrta mečava
Drugo		Temperatura traja ≥ 5 dni Otekanje udov ali sklepov	Starost 0–3 mesecev: ≥ 38 °C Starost 3–6 mesecev: ≥ 39 °C Nabrekla mečava Otrdelost tilnika Status epileptikus Žariščni nevrološki znaki

CRT = capillary refill time (čas kapilarne polnitve)

v letu 2007 izdal smernice za obravnavo vročinskega stanja za otroke do petega leta starosti, v teh smernicah so priporočeni načini merjenja telesne temperature:

- z elektronskim termometrom v pazduhi
- s kemijskim termometrom v pazduhi
- z infrardečim termometrom v ušesu.

Zdravstvenim delavcem odsvetujejo rutinsko oralno in rektalno merjenje telesne temperature pri otrocih.

Živosrebrni termometri niso priporočljivi za merjenje temperature pri majhnih otrocih, predvsem zaradi nevarnosti poškodbe in toksičnosti živega srebra. Vse pogosteje se uporablajo elektronski termometri, v zdravstvenih ustanovah pa infrardeči termometri za merjenje temperature v ušesu. Priporočljivi so predvsem zaradi enostavnosti uporabe pri majhnih otrocih.

OCENJEVANJE RESNOSTI VROČINSKEGA OBOLENJA

ZDRAVLJENJE POVIŠANE TELESNE TEMEPRATURE

Otroku s povisano telesno temperaturo je potrebno zagotoviti ustrezni vnos tekočine, pije naj večkrat po malem. Zdravnik naj starše podudi, da otroka ni potrebno pretirano oblačiti ali pokrivati. Ukrepi pri povisani telesni temperaturi pri otroku so potrebni, ko temperatura preseže vrednosti 38,5 °C. Starši naj pričnejo otroka ohlajati z mlačno kopeljo ali tušem. Če s temi ukrepi niso uspešni, pa naj posežejo po zdravilih za zniževanje telesne temperature. Uporabijo naj paracetamol ali ibuprofen. Paracetamol naj uporabijo v odmerku 15 mg/kg telesne teže na 4 do 6 ur (10), ibuprofen pa bodisi v obliki suspenzije za otroke od 1–2 let: 3–4-krat 50 mg na dan, od 3–7 leta starosti 3–4-krat 100 mg na dan,

od 8–12 leta 3–4-krat 200 mg na dan, pri otrocih starejših od 12 let pa od 200–400 mg 3–4-krat na dan.

VROČINSKI KRČI

Povišana telesna temperatura lahko v 2 do 15 % povzroči vročinske krče pri otrocih od šestega meseca do šestega leta starosti. Vročinski krči so razmeroma benigno stanje, a ker so podobni epileptičnemu napadu, so starši zaradi dramatičnega poteka napada v strahu za življene svojega otroka. Status epilepticus je resno stanje, ki lahko zapusti trajne posledice, status epilepticus je opredeljen s serijo vročinskih krčev, ki trajajo več kot 30 minut. Ponovitve vročinskih krčev zdravimo z raztopino diazepamom (rektile Stesolid® s 5 mg in 10 mg diazepamom) (11).

PRIPOROČILA ZDRAVNIKOM PRI OBRAVNAVI OTROKA S POVIŠANO TELESNO TEMPERATURO

Pri obravnavi otroka s povisano telesno temperaturo v ambulanti družinskega zdravnika so pomembni naslednji podatki:

- Trajanje povisane telesne temperature
- Na kakšen način je bila telesna temperatura izmerjena in kje (npr. z dotikom roke na čelo, s termometrom, v pazduhi, rektalno, v ušesu)
- Kdo je ugotovil povisano telesno temperaturo pri otroku (starši, v varstvu)
- Ali povisano telesno temperaturo spremljajo še drugi simptomi (kašelj, neješčnost, bolečine, bruhanje, driska ...)
- Ali so že uporabili katerikoli način za zniževanje telesne temperature (ohlajanje, antipiretike)
- Natančen klinični pregled in laboratorijske preiskave (Levkociti, diferencialna krvna slika, CRP in urin)
- Predpis ustreznega antipireтика z natančno razlagom o uporabi zdravila

PRIPOROČILA STARŠEM

- Zvišana telesna temperaturo ni bolezen
- Strah pred zvišano telesno temperaturo je neutemeljen
- Ukrepi pri zvišani telesni temperaturi so potrebni, ko telesna temperatura preseže vrednosti 38,5 °C
- Za zniževanje zvišane telesne temperature naj uporabijo paracetamol ali ibuprofen in mlačne kopeli.

LITERATURA

1. Van der Jagt EW. Fever. In: Hoekelman RA, ed. Primary Pediatric Care. 3rd ed. St Louis, MO: Mosby; 1997: 959–966.
2. Schmitt BD. Fever in childhood. *Pediatrics* 1984; 74: 929–936.
3. Eskerud JR, Laerum E, Fagerthun H, Lunde PKM, Naess AA. Fever in general practice: I. Frequency and diagnoses. *Fam Pract*. 1992; 92: 263–269.
4. Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993; 92: 1–12.
5. Grossman M. Management of the febrile patient. *Pediatr Infect Dis* 1986; 5: 730–4.
6. Akerren Y. On hyperpyretic conditions during infancy and childhood. *Acta Pediatr* 1943; 31: 1–72.
7. Karwowska A, Nijssen-Jordan C, Johnson D, et al. Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2002; 4 (6): 394–400.
8. Stadler S, Neubauer D. Ali pri starših malčkov obstaja strah pred vročino? *Zdrav Vestn* 2005; 74: 515–8.
9. Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years. Clinical Guideline 2007. National Institute for Health and Clinical Excellence, dostopno na <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG47Guidance.pdf>
10. Logar-Car G. Paracetamol (acetaminofen) in toksični učinki. *Zdrav Vestn* 1998; 57 Suppl 2: II-68–72.
11. Neubauer D. Vročina, vročinski krči in bakerijemija. *JAMA (Slov)* 2002; 10 (5): 295–6.

OŽIVLJANJE OTROKA

Dejan Kupnik

OPREDELITEV

Uspešno zgodnje zdravljenje in preprečevanje srčnega zastoja je pogojeno z zgodnjo prepoznavo hudo bolnega otroka. Stanja, ki lahko vodijo v srčni zastoj, so predvsem dihalna stiska, šok, aritmije, motnje zavesti, epileptiformni krči, poškodbe in zastrupitve oziroma na splošno vsa stanja, ki vodijo v dihalno in srčno-žilno odpoved ter pri-zadetost osrednjega živčevja. Zato je stopenjski ABCDE pristop k ogroženemu otroku tisti, ki omogoča hitro prepoznavo življenje ogrožajočih stanj.

V primeru srčnega zastoja:

- takoj pričnemo s temeljnimi in ko je možno še z dodatnimi postopki oživljjanja;
- zgornja starostna meja, do katere uporabljamo pediatrični algoritem, je začetek puhertete. Pri srčnem zastolu otroka ne izgubljamo časa z ugotavljanjem točne starosti, če ta podatek ni na voljo. Zato velja, če reševalci menijo, da je žrtev otrok, potem naj uporabijo pediatrični algoritem;
- zunanjo masažo srca pri dojenčku in večjem otroku izvajamo na spodnji tretjini prsnice. Da bi se izognili pritiskom na zgornji del trebuha, poiščemo predel ksifisternuma (mesto, kjer se najnižje rebro še stika s prsnico). En prst širine nad to točko začnemo na spodnji tretjini prsnice izvajati zunanjo masažo srca;
- tehnika izvajanja zunanje masaže srca je pri novorojenčkih in dojenčkih z dvema prstoma (kazalcem in sredincem) pri enem reševalcu ali pa z obema palcema na prsnici, z ostalimi prsti in dlanmi pa objamemo trup (dva reševalca: eden izvaja masažo srca, drugi umetne vdihe);
- pri večjem otroku se glede na njegovo konstitucijo odločimo, ali bomo izvajali zunanjo masažo srca z eno roko (pete ene dlani) ali z obema rokama, kot pri odraslem;
- **glavni poudarek je na doseganju zadostnega števila stisov na minuto, doseganju ustrezne globine stisa, minimalnem prekinjanju masaže in izogibanju hiperventilaciji.**

OSKRBA: TEMELJNI POSTOPKI OŽIVLJANJA

Pri srčnem zastolu v odsotnosti prič začnemo otroka najprej oživljati in po eni minutu kličemo nujno medicinsko pomoč. Če pa otrok kolabira in je brez znakov življenja v prisotnosti prič, kakor tudi v pri-

meru, da ima otrok znano srčno bolezen, je najverjetnejši vzrok srčnega zastoja srčni (ventrikularna fibrilacija/ventrikularna tahikardija brez pulza) in v tem primeru najprej kličemo nujno medicinsko pomoč in nato začnemo z oživljjanjem. Reševalci, ki poznajo le protokol za oživljjanje odraslih, lahko otroke oživljajo po tem protokolu,

s to razliko, da je pri otrocih potrebno izvesti 5 začetnih umetnih vdihov. Koraki temeljnih postopkov oživljjanja otrok so:

1. Poskrbimo za varnost žrte in reševalcev.
2. Preverimo odzivnost otroka: nežno ga stresemo in glasno vprašamo: »Ali si v redu? Ne stresamo dojenčkov ali otrok s sumljivo poškodbo vratne hrbtnice. **Pri sumu na poškodbo vratne hrbtnice takoj na začetku in nato ves čas oživljjanja (tudi med intubacijo) ročno imobiliziramo vrat in glavo v nevtralnem položaju brez vleka ali ekstenzije.**
3. Če se otrok odzove z govorom ali premikanjem, ga pustimo v položaju, v katerem je (pod pogojem, da je varen); preverimo njegovo stanje in pokličemo pomoč, če je treba; redno preverjamo njegovo stanje.
4. Če se otrok ne odzove: zakličemo »na pomoč«; odpremo otrokove dihalne poti z manevrom zvračanja glave in dviganja brade. Če imamo pri odpiranju dihalne poti še vedno težave, izvedemo metodo zvračanja glave in dviganja spodnje čeljusti (ekvivalent trojnemu manevru pri odraslih). **Če obstaja sum na poškodbo vratne hrbtnice, poskušamo odpreti dihalne poti samo z dvigom spodnje čeljusti, brez zvračanja glave.**
5. Ko je dihalna pot odprta, se držimo nāčela: poslušaj, čuti in glej. Z našim ušesom blizu obraza otroka poslušamo zvoke izdiha pri otrokovih ustih in nosu, čutimo njegovo sapo na našem licu in gledamo, če se otrokov prsni koš premika. Za to si vzamemo največ 10 sekund časa.
6. Če otrok diha normalno, ga obrnemo v položaj za nezavestne in redno preverjamo dihanje. Če obstaja sum na poškodbo vratne hrbtnice, otrok ostane leže na hrbtni, mi pa izvajamo ročno imobilizacijo vratu in glave ter vzdržujemo odprto dihalno pot.
7. Če otrok ne diha ali diha agonально, predvidno odstranimo vse vidne tujke v dihalni poti, damo 5 začetnih umetnih vdihov (pri čemer opazujemo reakcijo

otroka v smislu požiranja ali kašila). Vsak umetni vdih naj traja 1-1,5 sekunde. Pri dojenčku dajemo umetne vdihove prek njegovih ust in nosu, njegova glava pa naj bo v nevtralnem položaju. Če imamo težave dati učinkovit vdih, je dihalna pot lahko zaprta. Odpremo otrokova usta in odstranimo vse vidne tujke. Ne izvajamo slepega odstranjevanja tujkov! Popravimo položaj za odprtje dihalne poti. Izvedemo do 5 učinkovitih vdihov, kar pomeni, da se ob našem umetnem vdihu otrokov prsni koš rahlo dvigne.

8. Ocenimo stanje krvnega obtoka, kar moramo skupaj s tipanjem pulza izvesti v desetih sekundah. Pozorni smo na posredne znake prisotnosti krvnega obtoka (kakršen koli gib otroka, kašelj ali normalno dihanje (ne agonalni vdih)) in preverimo pulz (zdravstveni delavci). Pri dojenčku preverjamo pulz na brahinalni, pri starejšem otroku pa na karotidni arteriji. Laiki naj prisotnost krvnega obtoka ocenjujejo na podlagi posrednih znakov prisotnosti krvnega obtoka: normalno dihanje, kašjanje, premikanje.
 9. Če se v desetih sekundah prepičamo, da je pulz prisoten, nadaljujemo z umetnim dihanjem do začetka normalnega dihanja otroka. Nato ga obrnemo v položaj za nezavestne in redno preverjamo njegovo stanje.
 10. Če ni znakov prisotnega krvnega obtoka, ni tipnega pulza ali je frekvenca srca manjša od 60/minuto ob znakih slabe prekrvavitve, ali pa nismo prepičani, če so znaki krvnega obtoka prisotni, začnemo z zunanjim masažo srca, ki jo kombiniramo z umetnim dihanjem.
 11. Oživljjanje izvajamo vse, dokler otrok ne pokaže znakov življenja (spontano dihanje, pulz, premikanje), dokler ne pride strokovna ekipa ali dokler se ne utrudimo.
- Pri novorojenčkih in dojenčkih izvajamo pri enem reševalcu zunanjim masažo srca s tehniko dveh prstov (kazalec in sre-

dinec). Pri dveh reševalcih uporabimo tehniko, kjer se naša palca stikata na spodnji tretjini otrokove prsnice, dlani in ostali prsti pa objemajo trup in na koncih podpirajo hrbet otroka. Mesto masaže je tako kot pri večjih otrocih na spodnji tretjini prsnice, globina stisov tretjina antero-posteriorne globine prsnega koša.

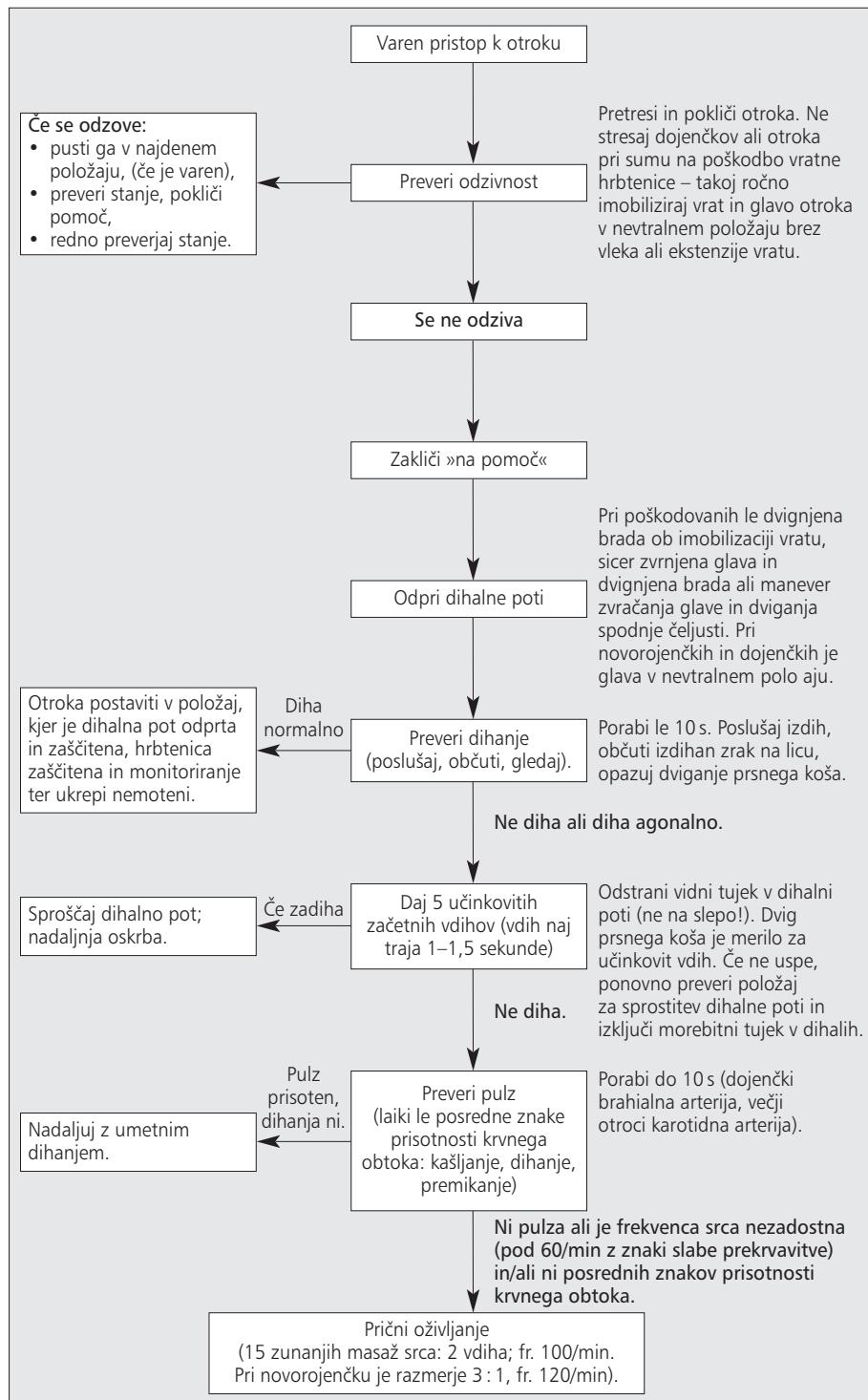
Pri otrocih nad letom starosti izvajamo zunanjo masažo srca prav tako na spodnji tretjini prsnice. Stisi morajo biti dovolj močni, da zajamejo tretjino antero-posteriorne globine prsnega koša. Pri otrocih nad enim letom starosti, položimo peto ene dlani na spodnjo tretjino prsnice, prste pa dvignemo, da ne pritiskajo na otrokova rebra. Z iztegnjeno roko in pravokotno na mesto masaže izvajamo zunanjo masažo

srca do globine tretjine globine prsnega koša. Pri večjih otrocih ali manjših reševalcih lahko izvajamo zunanjo masažo srca z obema rokama, tako kot pri odraslih.

Frekvenca stisov v vseh starostnih skupinah otrok je 100/minuto, razmerje med zunanjo masažo srca in umetnim dihanjem 15 : 2 (razen pri novorojenčkih, kjer je frekvenca 120/min, razmerje pa 3 : 1). Po 15 stisih odpremo dihalno pot, stisnemo nosnice otroka (pri umetnem dihanju usta na usta) in damo dva vdiha. Ponavljamo razmerje 15 : 2. Laiki in en reševalec, ki ima težave pri prehodu z zunanje masaže srca na umetno dihanje, vzdržujejo razmerje 30 : 2. Čeprav je frekvenca zunanjih masaž srca 100/min, bo dejansko število stisov na minuto manjše zaradi premorov ob

Tabela 1. Temeljni postopki oživljjanja v posameznih starostnih skupinah otrok.

	Novorojenček	Dojenček	Otrok starosti > 1. leto do pubertete
Položaj glave pri sprostitvi dihalne poti	Zvračanje glave do nevtralnega položaja.	Zvračanje glave do nevtralnega položaja.	Zvrnjena glava, dvignjena brada ali manever zvračanja glave in dviganja spodnje čeljusti (ekvivalent trojnemu manevru pri odraslih); pri poškodbah samo dvignjena brada.
Začetno umetno dihanje	5 začetnih vdihov (vdih traja 2–3 s); usta na nos in usta oz. maska čez nos in usta. Opazuj dviganje prsnega koša.	5 začetnih vdihov (vdih traja 1–1,5 s); usta na nos in usta oz. maska čez nos in usta. Opazuj dviganje prsnega koša.	5 začetnih vdihov (vdih traja 1–1,5 s); usta na usta oz. maska na usta. Opazuj dviganje prsnega koša.
Tipanje pulza	Popkovna arterija (avskultacija srca pri fr. manj kot 100/minuto)	Brahialna ali femoralna arterija	Karotidna arterija
Mesto pritiska pri zunanji masaži srca	Spodnja tretjina prsnice en centimeter pod intermamilarno črto	Spodnja tretjina prsnice za prst širine nad ksifoidom	Spodnja tretjina prsnice za prst širine nad ksifoidom
Tehnika zunanje masaže srca	S kazalcem in sredincem (dva prsta; en sam reševalec) ali s palcema, ko dlani objemata prsnik koš (dva reševalca)	S kazalcem in sredincem (dva prsta; en sam reševalec) ali s palcema, ko dlani objemata prsnik koš (dva reševalca)	S peto ene dlani na prsnem košu ali z obema rokama, kot pri odraslem.
Stisi prsnega koša v globino	1/3 globine prsnega koša	1/3 globine prsnega koša	1/3 globine prsnega koša
Frekvenca zunanje masaže srca	120/min	100/min	100/min
Razmerje med zunanjo masažo srca in vdihi	3 : 1	15 : 2 (reševalci) 30 : 2 (laiki)	15 : 2 (reševalci) 30 : 2 (laiki)



Algoritem 1. Temeljni postopki oživljjanja otrok.

umetnem dihanju. V trenutku izvedbe umetnih vdihov pri neintubiranem otroku, prekinemo z zunanjim masažo srca.

DODATNI POSTOPKI OŽIVLJANJA

Po temeljnih postopkih oživljanja (oziroma takoj, ko imamo na voljo ustrezne pomočke) začnemo z izvajanjem dodatnih postopkov oživljanja (algoritem 3). Ko je na voljo defibrilator,

- skušamo na monitorju takoj prepozнати srčni ritem in ga ločiti na tiste, ki jih defibriliramo (VF/VT brez pulza) in tiste, ki jih ne defibriliramo (asistolija, električna aktivnost brez pulza – PEA);
- če je vzrok srčnega zastopa VF/VT brez pulza, z ročnim defibrilatorjem takoj izvedemo samo en poizkus defibrilacije, in sicer z energijo 4 J/kg tako pri uporabi monofaznega kot bifaznega defibrilatorja. Slednji naj bi povzročali manj podfibrilacijskih motenj v delovanju srca. Defibriliramo v antero-lateralnem ali antero-posteriorinem položaju (kot pri odraslih);
- takoj po defibrilaciji nadaljujemo z zunanjim masažo srca brez predhodnega preverjanja srčnega ritma in/ali prisotnosti pulza;
- po dveh minutah preverimo na monitorju srčni ritem in če VF/VT brez pulza vztraja, izvedemo drugi poizkus defibrilacije z enako energijo kot prvič;
- nato takoj brez preverjanja srčnega ritma in/ali pulza nadaljujemo z zunanjim masažo srca in jo izvajamo dve minute; pripravimo prvi odmerek adrenalin;
- če po dveh minutah še vedno ni spremembe v ritmu, damo adrenalin v odmerku 0,01 mg/kg IV ali intraosalno, čemur takoj sledi tretji poizkus defibrilacije z energijo 4 J/kg;
- nato dve minute izvajamo zunanjim masažo srca; pripravimo amiodaron 5 mg/kg; če po dveh minutah VF/VT brez pulza še vedno vztraja, damo amiodaron IV v hitrem bolusu, čemur takoj sledi četrti poizkus defibrilacije;
- v nadaljevanju oživljanja dajemo adrenalin v odmerku 0,01 mg/kg IV na 3 do 5 minut (za lažje usklajevanje vseh postopkov ga lahko dajemo vsake 4 minute ali vsak drugi ciklus), na vsaki dve minute pa preverjammo srčni ritem na monitorju;
- v primeru vztrajanja VF/VT brez pulza vedno sledi en poizkus defibrilacije na dve minute oživljanja. Po defibrilaciji vedno takoj pričnemo z zunanjim masažo srca brez predhodnega preverjanja srčnega ritma. Le-tega preverimo po dveh minutah zunanje masaže srca;
- če se pri otroku pojavijo znaki življenja, preverimo srčni ritem na monitorju: če je prisotna organizirana srčna aktivnost, ki je združljiva s pulzom, preverimo tudi pulz;
- med oživljanjem skušamo vedno prepoznati še odpravljljive vzroke srčnega zastopa (glej spodaj).

Če je bila med oživljanjem defibrilacija uspešna v smislu povrnitve spontane srčne akcije s prisotnim pulzom in se nato VF/VT brez pulza povrne, spet začnemo z zunanjim masažo srca, damo amiodaron in defibriliramo z energijo 4 J/kg ter nadaljujemo z oživljanjem po zgoraj opisanem protokolu.

Če je na voljo avtomatski zunanji defibrilator (AED), ga lahko uporabimo pri otrocih nad letom starosti, zaželeno pa je, da je aparat testiran na pediatrične aritmije. Trenutno je še premalo podatkov, ki bi govorili v prid ali proti uporabi AED pri dojenčkih. Najbolje je uporabiti AED, ki lahko prepozna pediatrične ritme in lahko sproža energije od 50 do 75 J (za otroke od enega do osmega leta). Če takega AED-ja ni na razpolago, uporabimo pri otrocih starejših od enega leta standardni AED in predizbrane energije za odrasle. Za otroke nad 25 kg (nad 8 let) uporabljammo standardni AED s standardnimi ročkami.

V primeru asistolije ali PEA izvajamo zunanjim masažo srca in dajemo adrenalin v dozi 0,01 mg/kg IV/IO na 3 do 5 minut. Na vsaki dve minute preverjammo srčni ritem

(in pulz, če je srčni ritem združljiv s pulzom). Defibrilacije v primeru asistolije in PEA ne izvajamo. Vedno skušamo prepoznati tudi odpravljive vzroke srčnega zastoja.

OSTALI UKREPI V SKLOPU DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

1. Otroka endotrahealno intubiramo, dobro predihavamo in oksigeniramo, pri čemer se izogibamo hiperventilaciji.
2. Nastavimo intravensko ali intraosalno pot, pripravimo in dajemo vsa potrebna zdravila in tekočine.
3. Preverjamо položaj elektrod.
4. Razmišljamo o odpravljivih vzrokih srčnega zastoja.

Rutinska uporaba visokih odmerkov adrenalina (0,1 mg/kg IV/I0) se med oživljanjem po že danem prvem odmerku 0,01 mg/kg ne priporoča več. Lahko jo uporabimo le v izbranih primerih (npr. predoziranje z beta zaviralci). Tako dajemo adrenalin tako pri VF/VT brez pulza kot pri asistoliji in PEA na 3 do 5 minut v odmerku 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg raztopine 1 : 10000) IV ali I0. Endotrahealnega načina dajanja zdravil se izogibamo, če pa ga že uporabimo, damo 10-krat večje odmerke. Amiodarona, glukoznih in kalcijevih raztopin ter natrijevega bikarbonata endotrahealno ne dajemo!

Intraosalno pot nastavimo v nujnih primerih po treh spodletelih poskusih nastavitev intravenske poti. Časovno to znaša približno dve minuti neuspešnega nastavljanja intravenske poti.

Rutinsko dajanje natrijevega bikarbonata med oživljanjem ali po vzpostavitvi spontanega krvnega obtoka se ne priporoča. Ob izvajaju učinkovitega predihavanja in zunanje masaže srca ter uporabi adrenalina, razmislimo o dajanju natrijevega bikarbonata pri otroku, ki je dalj časa v srčnem zastaju in hudi metabolni acidozni. Prav tako razmislimo o dajanju tega zdravila v primeru zastrupitve s tricikličnimi antidepresivi in pri hiperkalemiji. Na-

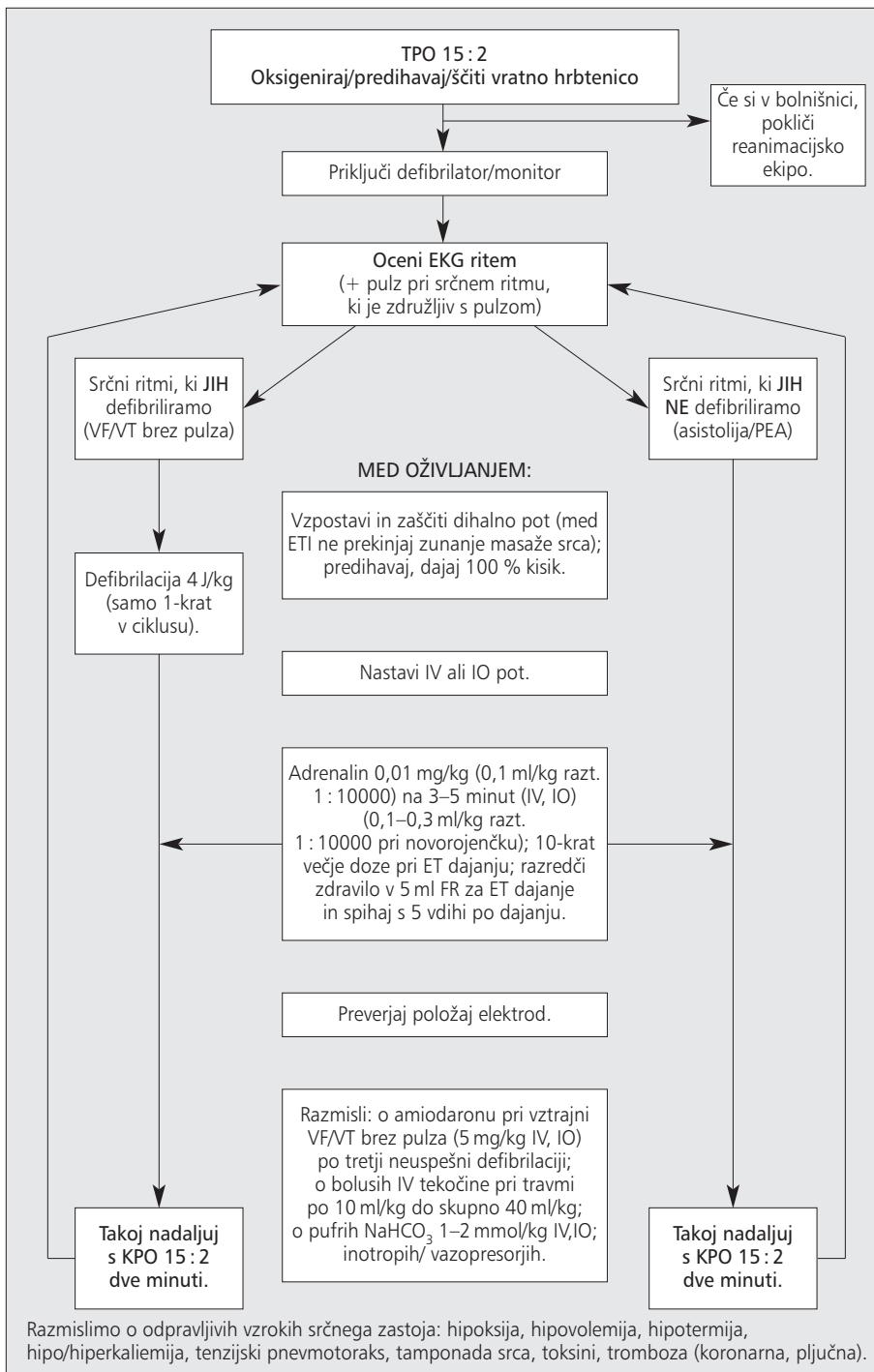
trijevega bikarbonata ne dajemo po isti IV/I0 poti kot adrenalin in druge kateholamine.

Pri endotrahealni intubaciji (ETI) dojenčkov in otrok so ustrezni tako endotrahealni tubusi z napihnjenim mešičkom ali brez njega. Pri uporabi prvih tlak v mešičku ne sme presegati 20 cm H₂O. Za novorojenče (odvisno od gestacijske starosti) uporabimo endotrahealni tubus z notranjim premerom 2,5 do 3,5 mm, pri dojenčkih velikosti 4 do 4,5 mm in pri otrocih starejših od enega leta glede na izračun formule: notranji premer tubusa v mm = leta/4 + 4. Velikosti tubusov: 3,5–4 pri težjih od 3 kg; 3–3,5 pri 2–3 kg; 3 pri 1–2 kg; 2,5 pri manj kot kg teže. V predbolnišničnem okolju je za otroke do osmega leta starosti primeren tubus brez napihnjenega mešička velikosti do 5,5 mm. Mešiček napihnemo še posebej v primerih slabe podajnosti pljuč, uhajanja zraka pri predihavanju in pri velikem uporu proti predihavanju.

Med endotrahealno intubacijo zunanje masaže srca ne prekinjamо, otroka pa pri sumu na poškodbo vratne hrbitenice intubiramo ob ročni imobilizaciji vrata in glave v nevtralnem položaju. Ko je otrok endotrahealno intubiran, zunanje masaže srca med umetnimi vdihni ne prekinjamо več in otroka predihujemо neodvisno od masaže ter s frekvenco, primerno za njegova leta. Izogibati se je treba hiperventilaciji, tako, da je frekvenca vdihov 12–20/minuto načeloma primera, pri novorojenčkih pa je frekvenca nadaljnjih umetnih vdihov 30–40/minuto in trajanja 1 sekunda na umetni vdih.

Za potrditev znotrajsapnične lege tubusa se poleg vidnega nadzora pri vstavljanju tubusa in avskultacije, priporoča tudi merjenje koncentracije ogljikovega dioksida v izdihanem zraku ob koncu izdiha (kapnometrija – etCO₂), in grafični prikaz sprememb teh koncentracij med dihalnim ciklusom (kapnografija).

Za otroke, ki po uspešnem oživljanju ostanejo komatozni, je nekaj dokazov, da inducirana hipotermija 12 do 24 ur po



Razmislimo o odpravljivih vzrokih srčnega zastoja: hipoksija, hipovolemija, hipotermija, hipo/hiperkalemija, tenziski pnevmotoraks, tamponada srca, toksini, tromboza (koronarna, pljučna).

Algoritem 2. Dodatni postopki oživljavanja otrok.

Opomba: Evropski svet za oživljavanje načrtuje posodobitev smernic temeljnih in nadaljnji postopkov oživljavanja v jeseni 2010. Nove smernice bodo dostopne na naslovu www.erc.edu.

oživljjanju lahko pomaga pri zmanjševanju nevrološke okvare, a zanesljivih podatkov še ni. Zato se za zdaj poleg preprečevanja hipertermije priporoča še, da se otroka s telesno temperaturo pod 37,5 °C ak-

tivno ne ogreva, razen če telesna temperatura pada pod 33 °C, ko se ga segreje na 34 °C. Obenem je treba poskrbeti za ustrezno sedacijo in živčno-mišično blokado.

PRIPOROČENA LITERATURA

1. Biarent D, Bingham R, Richmond S, et al. Paediatric life support. In: Nolan J, Baskett P. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2005; 67S1: S97–S133.
2. Samson R, Berg R, Bingham R. Pediatric Advanced Life Support Task Force ILCOR. Use of automated external defibrillators for children: an update. An advisory statement from the Pediatric Advanced Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation 2003; 57: 237–43.
3. Mackway-Jones K, Molyneux E, Phillips B, Wieteska S. Advanced paediatric life support. 4th ed. Manchester: BMJ books; 2006.
4. Kupnik D, Roškar Z. Novosti pri temeljnih in dodatnih postopkih oživljanja – smernice 2005. Med Mes 2006; 2 (3–4): 124–33.
5. Vidmar I. Prepoznavanje težko bolnega otroka. In: Gregorič A, editor. Zbornik 14. srečanje pediatrov v Mariboru z mednarodno udeležbo in 1. srečanje medicinskih sester; 2004 apr 16–17; Maribor. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2004; 82–3.
6. Kupnik D, Prosen G, Roškar Z. Oživljjanje otroka. In: Grmec Š, ur. Nujna stanja. 5th ed., Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2008; 32–42.

Opomba: Sprememba smernic oživljanja je načrtovana za jesen 2010. Dostopna bo na www.erc.edu

KAKO PRISTOPITI K MLADOSTNIKU?

Damjana Podkrajšek

Zdravnik družinske medicine **pozna družine**, njihove **vrednote** (je pomembnejši denar ali čas zase, za družino, za zdravje?) in **stališča do zdravja** in bolezni (»Jaz ne vem točno, kaj mi je, bo že moj zdravnik bolj vedel – saj je to študiral ...«). Pozna tudi **odnos posameznih družin do bolezni in način ukrepanja**, ko nekdo zboli (nekaterе družine prisegajo na samozdravljenje – v ambulanto pridejo šele, ko je že zelo narobe; druge se veliko zatekajo v alternativo; tretje gredo ob prvem simptomu v dežurno službo ali k osebnemu zdravniku ...). Seznanjen je z materialnim stanjem družine, kar postaja v času gospodarske recesije pomembnejše kot kdajkoli. Morda je prav zdaj ugoden trenutek za vprašanje, kako pristopiti k mladostniku, da bi bil v prihodnje zdravnik redkeje kot zdaj **priganjač k bolj zdravemu načinu življenja in slaba vest** svojim bolnikom.

Če želimo izbrati pristop do mladostnikov, premislimo, kakšne odrasle bolnike si želimo in kakšni so: bolezni mladostnikov, njihova stališča do zdravja in bolezni, razvojne značilnosti, želje in potrebe ter motivacija za zdravje.

Kakšni naj bi postali zdajšnji mladostniki čez 30 let, ko bodo iz sedanjih 15-letnikov zrasli v odrasle bolnike? Gledano skozi oči zdravnika družinske medicine želimo, da:

- so čim bolj zdravi, čim manj bolni in poškodovani,
- niso pogosti obiskovalci zdravstvene službe,
- znajo sami reševati enostavne probleme z zdravjem (zvišana telesna temperatura, bruhanje, prehladne bolezni ...)
- se znajo opazovati, ubesediti težave in se odločiti, kdaj potrebujejo osebnega zdravnika ali dežurno službo,
- pravilno uporabljajo samozdravljenje,
- uporabljajo medikamentozno terapijo, kot jim jo predpiše zdravnik,
- se aktivno udeležujejo srečanj skupin za samopomoč, če imajo kronično bolezen,
- upoštevajo nasvete zdravnika in drugih članov tima zdravnika družinske medicine,
- znajo biti kritični potrošniki ponudbe zelene lekarne in zdravil, ki jih kupijo brez recepta ter zdravil dvomljive kakovosti, ki so dostopni preko svetovnega spletka,
- se čutijo odgovorne za svoje zdravje in imajo aktiven odnos do zdravja in bolezni,
- zdravju koristno uporabljajo socialno mrežo,
- imajo čim manj slabih navad oz. razvad,
- se radi vključujejo v programe promocije zdravja in uporabljajo izboljšana vedenja v svojem vsakdanu,
- urejajo administrativne zadeve z zdravnikom preko telefona in po elektronski pošti,
- živijo v dobrih odnosih z družino, v soseski se razumejo, imajo delo, ki jih izpolnjuje,
- zaupajo svojemu zdravniku in z njim soodločajo o zdravljenju, kadar zbolijo.

BOLEZNI MLADOSTNIKOV

Njihovo biološko zdravje, kolikor ga lahko ocenimo z obstoječimi kazalniki, je dobro. **Vedenjski slog** naših mladostnikov ne preprečuje razvoja kroničnih nenalezljivih bolezni in se slabša kljub precejšnji dolgoletni skrbi sektorjev zdravstva in šolstva.

O pogostih **psihosomatskih težavah** (glavobol, bolečina v trebuhu, bolečina v hrbtni,...) poroča kar četrtina 11-, 13- in 15-letnikov v slovenskih šolah. 17% enako starih šolarjev vsako noč ali nekajkrat na teden **ne more spati**, 14% jih je vsak dan ali nekajkrat na teden **nervoznih**, 13% pa jih je vsak dan ali nekajkrat na teden **razdražljivih**.

12% srednješolcev in 21% srednješolk ima veliko ali zelo veliko **osebnih problemov**. Tretjina srednješolcev ne čuti zadostne opore staršev. Pomembna stopnja **depresivnosti** je bila ugotovljena pri 20% srednješolcev in 41% srednješolk. O tem, da bi končali svoje življenje, je že kdaj razmišljalo 31% fantov in 45% deklet, 7% fantov in 14% deklet pa si je že **poskušalo vzeti življenje**.

Psihosocialno zdravje mladostnikov pri nas ima trend slabšanja. Pojavljajo se t. i. nove bolezni. To so najrazličnejše **vedenjske, čustvene in učne motnje**, ki jih pogosto spregledamo in za katere še nismo pripravljenih ustreznih programov primarne, sekundarne in terciarne preventive.

Ker narašča uporaba virtualnih komunikacijskih sredstev, lahko v naslednjih letih upravičeno pričakujemo porast **motenj v funkcioniranju v socialnih okoljih** (družina, šola, soseska oz. ulica, delovno okolje). To bo prineslo novo slabšanje najprej psihosocialnega, nato pa biološkega zdravja generacij, ki so izpostavljene temu novemu tveganju.

STALIŠČA MLADOSTNIKOV DO ZDRAVJA IN BOLEZNI

Za zdravega mladega človeka je zdravje nekaj samoumevnega, bolezen pa nekaj, kar »lahko pride kdaj tudi prav – da lahko

manjkaš v šoli in ne dobiš slabe ocene«, (citat s spletne strani www.tosemjaz.net). Starost je zanje »daleč kot vesolje«, smrt pa nekaj, kar zadeva samo »starce«. Velika večina mladostnikov pri nas ocenjuje svoje zdravje kot zelo dobro ali dobro in svoja prizadevanja za zdravje za zelo primerna ali primerna. Odrasli se z njihovo samoočeno ne strinjam.

Mladostniki **razumejo zdravje po biopsihosocialnem modelu** v večjem deležu kot odrasli, kar je zelo spodbudno. Je pa istočasno tudi naporno za zdravnika, saj zahteva veliko več časa za razlago in pogovore o zdravju. Spodnji primer pisma, objavljenega 23. 5. 2006 v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net, jasno kaže na **razumevanje zdravja po biopsihosocialnem modelu** (citat):

Zdravo! Nimam ravno velikih problemov, vendar jih imam. Stara sem 14 let in moji problemi so naslednji:

1. Cele dneve **me boli glava**. Vzela sem že najrazličnejše **tablete**, a mi nobena ni pomagala ... Pa **noben mi ne verjam** da me ves čas boli glava ..., niti mama ... Zakaj? Kaj naj naredim, da me bo nehala? Saj ne morem niti normalno misliti ...
2. **Nimam apetita**, nisem ravno suha pa tudi debela nisem (160 cm, 45 kg). Problem je v tem, da mi ob misli na hrano gre na bruhanje, niti do pitja mi ni, **nisem pa ne žejna in ne lačna ...**
Kaj je lahko narobe z mano?
3. Zelo sem zaspana in dobesedno zbita ... najprej sem mislila, da sem tako utrujena, ker premalo spim ..., vendar sem ugotovila, da to ne bo držalo. **Kako naj se »odpočijem«? Je to lahko posledica stresa?**

Prosim, da mi poskušate kako pomagati, če ne gre (kar se ne bi čudila), pa mi lahko vsaj kakšno lepo besedo napišete ...

Lp, Tamala

RAZVOJNE ZNAČILNOSTI MLADOSTNIKOV

Adolescencija je obdobje **burnih čustev, upiranja avtoriteti**, čas konfliktov in truda, da bi mladostnika skupina vrstnikov sprejela medse. Je tudi čas dvomov v podobo lastnega telesa in v lastne sposobnosti. Adolescenti se hitro odločajo, svoje potrebe želijo velikokrat zadovoljiti takoj. Sami sebe imajo za nezmotljive, uporabljajo tvegana vedenja, s čimer preizkušajo svojo moč in samostojnost v odločanju. Radi posnemajo starejše od sebe, ki so popularni (idole), kar lahko s pridom uporabimo v promociji zdravja. Velikokrat iščejo različne informacije o temah, ki jih zanimajo, npr. o spolnosti. Virov informacij ne preverjajo preveč. **Informacije**, do katerih pridejo, so včasih **lažne ali le delno resnične**.

Primer citata iz anonimnega pisma v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net:

»Frendice iz 9. razreda so mi povedale, da so se vse že dale dol s tipom. Js pa še ne! Tud v Frklji sm prebrala, da nis normalna, če si pr 14-ih še nedolžna! Ne znam povedat, kak bed se počutum!!« je zapisala 14-letna Tjaša.

Na srečo imamo verodostojne podatke o spolnem vedenju slovenskih najstnikov. Na istem spletnem naslovu so objavljeni na način, ki je primeren za mladostnike.

ŽELJE IN POTREBE MLADOSTNIKOV

Kaj mladostnik pravzaprav želi?

- biti čim prej odrasel, samostojen in se sam odločati,
- pripadati skupini vrstnikov, ki ga sprejema; imeti prijatelja/prijateljico; partnerko/partnerja,
- imeti denar, dober avto, lepe obleke, napit ...,
- pogovarjati se o ljubezni, spolnosti, drogah in samopodobi, o telesni teži, o odnosih z vrstniki in z odraslimi,

- uporabljati internet, telefon in druge sodobne oblike komunikacije,
- zastavljati vprašanja, razreševati probleme čim bolj anonimno in takoj takrat, ko jih začuti in
- dobiti odgovore brez moraliziranja.

Poleg primerenega fizičnega okolja imamo odrasli in mladostniki po Glasserju tudi štiri skupine **psihosocialnih potreb**:

- **potrebo po moči**, učinkovitosti in sposobnosti (mišljena je predvsem mentalna moč, sposobnost nadvlake v skupini, potreba po tem, da te vidijo, slišijo, upoštrevajo),
- **potrebo po ljubezni**, varnosti in pripadnosti (k vrstniški skupini, ekipi, krožku, k razredu, družini, soseksi, k virtualni skupnosti na medmrežju, k skupini za samopomoč oz. skupini mladih z istim problemom),
- **potrebo po svobodi** (mladostnik potrebuje primerno mero svobode, ki je odvisna od njegove stopnje zrelosti, od medsebojnega zaupanja z odraslo osebo in od objektivnih razmer v širšem okolju),
- **potrebo po zabavi** (idealno je, če je lahko spoznavanje novega – tudi pridobivanje znanja in informacij – izpeljemo tako, da mladostnike zabava, recimo v promociji zdravja).

Pri povprečnem mladostniku sta bolj kot pri povprečnem odraslem izraženi **potreba po zabavi in svobodi**. Zato moramo tako starši kot zdravniki družinske medicine pri sporazumevanju z mladostniki v izogib konfliktov z občutkom postavljati meje.

MOTIVACIJA ZA ZDRAVJE

Motivacija zdravega mladostnika za to, da bo ostal zdrav ali da ne bo zbolel, je razumljivo **majhna**. Ne zanimajo ga dolgoročni učinki zdravega načina življenja (podaljšana življenjska doba). Če mu bomo zagotavljali, da bo z novim vedenjem »ostal dlje zdrav, da ne bo zbolel, da bo kasneje ostarel, ali da bodo njegove žile ostale dlje mlade«, ne bomo uspeli.

Morda uspemo pridobiti njegovo pozornost s trditvami, da **bo postal »fit«, da bo »in«, da bo pridobil lepšo kožo, bleščeče zobe in lase**, da bo – če se bo npr. redno gibal – postal bolj zadovoljen s seboj, bolj samozavesten, bolj sproščen in posledično **bolj priljubljen v skupini**.

Mladostnik bolj kot odrasel bolnik **vnaprej preveri**, če mu **bo spremembu vedenja prinesla korist**. Ni dovolj le zdravnikovo zagotovilo. Navajeni so **preveriti informacije na medmrežju ali v vrstniški skupini**. Zdravnik naj bo na to pripravljen in naj ne odreagira z jezo (nase ali na mladostnika) ali z občutkom neuspešnosti. Uspeh je že to, da se mladostnik zanima za zdravje, prav tako pa tudi vsaka majhna spremembu v mladostnikovem stališču ali razumevanju bolezni ter zdravja.

KAKO PRISTOPITI K MLADOSTNIKU?

Delo z mladostniki zahteva nadpovprečno predanost delu, prepričanje v poslanstvo in iskreno željo zdravnika po zdravju in sreči zaupanega mu mladostnika. Za učinkovit pristop k mladostniku so poleg kliničnega znanja potrebni:

1. **subtilna komunikacija z mladostnikom**,
2. mladostnikovi zrelosti **primerna stopnja partnerskega odnosa**,
3. razumevanje **mladostnika v njegovi socialni mreži**: družina, razred in šola, športni klub, krožek, sosekska,
4. prenovljena **promocija zdravja in organizacija zdravstvene službe**.

AD 1: Komunikacija zdravnika z mladostnikom

Zdravnikovo sporočanje naj bo jasno, direktno, enostavno in razumljivo. **Besedni in nebesedni del sporočanja** (item, intonacija in ton glasu, mimika obraza, drža telesa, kretnje) naj bosta **medsebojno usklajena**. Mladostnik si bolj kot odrasel želi ohraniti svoj osebni prostor, zato **dotikanje** kot način komunikacije uporabljamo samo v dogovoru z njim in v interesu pregleda.

Ker želimo zgraditi zaupanje in ker mladostnik šele gradi svojo osebnost, naj bo zdravnikova komunikacija z njim še posebej tenkočutna. Vedno upoštevamo mladostnika kot osebnost, sproti ocenjujemo njegovo motiviranost, potrebe in stališča v zvezi z zdravjem ter sposobnost izpeljati spremembo. Zdravnikova komunikacija naj vedno krepi mladostnikovo samopodobo v zvezi z zdravjem in občutek sposobnosti za spremembe, ki jih narekuje zdravljenje.

Zdravnik z neprimerno komunikacijo **ruši odnos z mladostnikom**, kadar: (v oklepaju so nezaželeni namišljeni **primeri** iz ordinacije ali njene okolice):

- se dere nanj (»Ej Mitja, zdaj je pa zadnji čas, da nehaš kaditi!«);
- mu daje druge za zgled (»Tvoj sošolec Jaka je že pred 2 tednoma prenehal kaditi!«);
- mu pridiga in moralizira (»Si pa še premilad, da bi smel kaditi!«);
- mu sitnari (»No, Luka, kdaj boš pa nehal kaditi? A se nisva že pred enim mesecem zmenila, da opustiš cigaretto? Zakaj nisi tega storil?«);
- ga ocenjuje in mu sodi (»Nepopoljšljiv si, pravzaprav si za kaznovat, takole se igraš s svojim zdravjem ...«);
- ga kritizira (»Res si neumen, da ne nehaš kaditi. Nič me ne poslušaš in ne ubogaš!«);
- mu nalaga krivdo (»Sam si boš kriv, če bo tale bronhitis postal kroničen!«);
- mu grozi (»Lahko dobiš raka na pljučih, na požiralniku, na glasilkah ali pa rano na dvanajstniku, zamašene žile, srčni infarkt, pa astmo in bronhitis, če ne nehaš kaditi!«);
- ga straši (»Če takoj ne prenehaš kaditi, bom sporočila razredničarki in staršem, da kadiš!«).

Ko se sporazumevamo o zdravju in bolezni mladostnika, seveda **ne gre brez staršev**. Med komuniciranjem v troje (mladostnik, starši, zdravnik) se ves čas zavedamo, da je centralna oseba mladostnik in se prvenstveno naslavljamo nanj. Starosti

mladostnika in urgentnosti ter resnosti stanja primerno se odločamo, kdaj, kako in v kolikšni meri v odločanje vključimo starše.

Za takšno komunikacijo **potrebujemo veliko časa, potrpljenja in vživljanja** v potrebe mladega bolnika. Vzame ogromno energije, vendar gre za vlaganje »na dolgi rok.«

AD 2: Partnerski odnos med zdravnikom in mladostnikom

Stopnja partnerstva med zdravnikom in mladostnikom je odvisna od zrelosti mladostnika. Včasih je potrebno nastopiti autoritativno, a tudi takrat z občutkom in s polno mero **vživljanja** v mladostnikove potrebe. Če je odnos autoritativen, so ogrožene mladostnikove potrebe po samostojnosti, moči in svobodi, zaradi česar je manj verjetno, da se bo držal dogovorov. Partnerstvo sloni na **zaupanju**, ki ga včasih ni lahko pridobiti.

Primer, kako mladostnik preizkusi, če naj zdravniku zaupa:

15-letni Nace je prišel v ordinacijo s pritožbo, da ga muči nahod. Zdravnik si je vzel čas, četudi je šlo za banalno težavo. Bolnika je poslušal, pregledal in mu razložil, kakšno samozdravljenje mu priporoča. Nace je bil že na odhodu, držal je za kljuko ordinacije, nato pa razkril problem, ki ga je pravzaprav pripeljal v ordinacijo: ima vnetje na penisu. Skribi ga. Boji se, da ... Zdravniku se je splačalo, da ni izrazil negodovanja zaradi Nacetovega »nepotrebnega obiska«, kar nahod nedvomno je.

Mladostnika razvojni stopnji primereno **vpletamo v sooodločanje o zdravljenju**. Resnično soodloča lahko le tisti mladostnik, ki je sposoben prisluhniti svojemu telesu in čustvom, ubesediti težavo, ima do zdravja in bolezni aktiven pristop, čuti odgovornost za lastno zdravje, prisluhne naši razlagi in se z nami odprto pogovori o ovirah, strahovih, zadržkih. Vse to je cilj promocije zdravja za mladostnike.

Kako mladostnik »pokaže« zdravniku, da ni zadovoljen z odnosom?

- se **zlaže** (15-letna Jana ima torakalno skoliozo. Vaje za krepitev mišičnega steznika pozna. Z zdravnikom sta se dogovorila, da jih izvaja vsako jutro 15 minut, preden odide v šolo. Po dveh tednih je vaje opustila. Če bi Jana povedala po resnici, bi zdravnik lahko uredil, da jih izvaja vsaj dvakrat tedensko med športno vzgojo.);
- si najde drugega osebnega zdravnika. Mladostnik hitreje kot odrasel bolnik **zamenja zdravnika**;
- se vede **agresivno** (povzdigne glas, grozi, razbjija, se stepe): to v ambulanti doživimo samo izjemoma, saj je mladostnik kot bolnik v izrazito podrejeni vlogi.

Kadar partnerski odnos ni učinkovit

Kadar mladostnik ne izpolni, kar smo se dogovorili na predhodnem pregledu, **ga vprašajmo po razlogu**. Kritizirajmo njegovo dejanje in ne njega, da mu ne zmanjšamo občutka lastne vrednosti. Če se bo bolnik ob zdravniku počutil nesposobnega, bo ob naslednji zdravstveni težavi dvolj, da se zna pozdraviti sam in bo prišel v ambulanto zaradi nepotrebnega obiska.

Primer: bolnik ne izpolnjuje dogovora z zdravnikom:

Mima je jemala Ospen samo 4 dni, nato je z njim prenehala. Pri naslednji angiini čez 4 tedne se je izkazalo, »da Ospena ne potrebuje, ker ga še ima ...«, kot je izjavila zdravniku. Če se zdravnik zaradi neizpolnjevanja dogovora o 10-dnevni terapiji čuti neuspešnega ali jeznega, bo Mimi rekel nekaj takega: »Kako si ne moreš zapomniti, da je treba Ospen jemati 10 dni?«. Prav bi bilo, da bi jo vprašal, zakaj ni upoštevala navodila. Lahko bi izvedel kaj zanimivega: »V naši družini vedno pustimo pol tablet za ostale člane«, ali pa »Tudi moje frendice jejo Ospen samo par dni, potem pa so itak že zdrave ...«, ali pa: »Zmerom

pojem kar se da malo te kemije, imam rajši domača zdravila ...«.

Zdravnik naj Mimi še enkrat razloži, zakaj 10-dnevna terapija – z besedami, ki jih 15-letnica razume. Ob koncu razlage naj se ne zadovolji z vprašanjem: »Si razumela?«, ker mu tega seveda Mima ne sme priznati (»Potem si bo zdravnik res mislil, da sem bebast!«). Mima naj zdravnikovo razlago povzame s svojimi besedami, da bo zdravnik prepričan o učinku zadnjih petih minut dela.

Zakaj mladostnik ne izpolni dogovora iz ordinacije:

- ker **ne zna** (nismo mu uspeli natančno razložiti, kako naj to naredi),
- **ne sme** (vrstniki bi se mu smejal, se norčevali iz njega),
- **ne upa** (nekje je slišal, da ima zadeva stranske učinke, ki se jih boji),
- **ne zmore** (dogovor zahteva čas, on pa ima čez teden zelo naporen popoldan: glasbena šola, nogomet ...) ali
- ker tega **noče** (redkokdaj).

Če mladostnika **noče narediti**, kar smo se z njim dogovorili, poskusimo doseči večjo sovpletenost pri odločanju o njegovi bolezni ter zdravju. »**Kaj pa si pripravljen narediti?**«, je primerno vprašanje. Pogajalske sposobnosti, potrpežljivost in veliko časa lahko zdravniku pri takem bolniku zelo pomagajo. Če bolj upoštevamo njegovo mnenje in če bo mladostnik začutil, da lahko od spremembe kaj pridobi, bo morda naredil, kar se bosta dogovorila z zdravnikom.

Ad 3: Razumevanje mladostnika v njegovi socialni mreži

Za mladostnika je izjemno pomembno, da **čuti pripadnost skupini**. V otroštvu je bila to družina, kasneje vrtec, sledijo razred in šola, športni klub ali krožek, soseska, skupina vrstnikov, v kateri je mladostnik pomemben, slišan in viden. Vsaka bolezen ali poškodba, ki zahteva odsotnost od pouka, treninga, interesne dejavnosti, vzame

mladostniku druženje z vrstniki. Zdravnik naj poseže v mladostnikovo socialno mrežo praviloma samo, če mladostnik s tem soglaša. Kadar ne gre za urgentno zadevo, je bolje opraviti nekaj pogоворов in v njih argumentirati mladostniku svojo namero, kot pa da pokličemo npr. starše brez njegove vednosti.

Mladostnika navajamo, da v socialni mreži sam ureja zadeve glede zdravja in bolezni. Tako krepimo njegovo občutek sposobnosti. Izjemoma je potrebno, da zdravnik nastopi kot **zastopnik mladostnikovih interesov**. Zdravnik npr. uredi vse potrebno, da bo šola nastopila v korist biopsihosocialnega zdravja mladostnice, ki se je vrnila z dvomesičnega zdravljenja anoreksije na pediatrični kliniki.

Zdravnik naj nastopi kot mediator v ključnih nesoglasijih ali pri postavljanju prioritet v družini ali športnem klubu: če gre npr. za vprašanje daljše odsotnosti mladostnika od pouka, starši pa so nadpovprečno ambiciozni; kadar je prisoten močan interes trenerja, da mladostnik – športnik trenira oz. tekmuje kljub poškodbi ali podobno.

AD 4: Prenovljena promocija zdravja in učinkovitejša organizacija zdravstvene službe

V minulih desetletjih je bilo v promocijo zdravja pri mladostnikih vloženih veliko naporov zdravstva in šolstva. V zadnjem času se težave in bolezni mladostnikov močno spreminjajo, zato je nujno spremeniti tudi **cilje, metode dela in organizacijo zdravstvene službe**, v katero vstopajo mladostniki.

Dosedanja promocija zdravja je ciljala predvsem na zdrav vedenjski slog. Predlagam, da posvojimo pri delu z mladostniki v prihodnje **naslednje cilje**:

- okrepiti sposobnosti mladostnika, da prisluhne svojim čustvom in telesu ter da zna ubesediti težavo,
- krepiti aktivni odnos do zdravja in bolezni, do izbire načina življenja ter obvladovanja stresa,

- spodbujati mladostnika k pogovorom o stališčih do zdravja, bolezni in o ovirah pri osvajanju bolj zdravega vedenja,
- učiti jih reševati probleme v zvezi z boleznjijo,
- spodbujati v njih kritični odnos do zdravil in drugih ponudb komercialnih bližnjic do zdravja.

Promocija zdravja med mladostniki bo učinkovitejša, če bomo **izhajali iz njihovih** (ne iz naših!) **potreb in motivov**, jih **vključevali v snovanje in v izvedbo** (peer education, vrstniško svetovanje na forumih) in **v evalvacijo dejavnosti** (zelo radi ocenjujejo), uporabljali aktivne oblike dela in iskali skupaj z njimi bolj občutljive metode za merjenje učinkov. Mladostniki so lahko odlični inovatorji in **se radi počutijo koristne**.

Mladostnik želi uporabljati **sodobne metode komuniciranja** (elektronsko pošto, sporočila preko mobilnega telefona...), ne le osebni stik z zdravstveno službo. Slednja pomeni čakanje v čakalnici, včasih celo skupaj z dojenčki in »radovednimi starci«, ko imenujejo nas odrasle. Obisk pri zdravniku pomeni tudi zapis v zdravstveni karton ali celo zdravnikov računalniški zapis njegovih težav. To mladostnika spominja na beleženje v učiteljevo redovalnico ali dnevnik.

Devetletne izkušnje iz spletne svetovalnice www.tosemjaz.net jasno kažejo, da se mlači velikokrat globlje in pristneje izpovedo, kadar vedo, da so skriti v **anonimnosti »virtualne ambulante«**, kar je razumljivo. So namreč v fazi izrazitega iskanja identitete in se v osebni komunikaciji mnogo bolj previdno razkrivajo. Odkritost uporabnikov »virtualne ambulante« je presestila izkušenega psihologa, spletnega svetovalca na www.tosemjaz.net:

»Na spletne vprašanja najstnikov odgovarjam že šest let. Prva vprašanja so me frapirala. Kakšne težave! Kakšna bolečina! Kakšna odkritost! Tega iz 30-letnega kliničnega dela nisem bil navajen!«, citat.

Spolnost in odnosi z nasprotnim spolom, odnosi s starši in učitelji, previsoka ali prenizka telesna teža, anoreksija, bulimija, prenajedanje, bolezni in stiske v družini, nosečnost ali sum nanjo, izguba smisla življenja, misli na samomor, samopoškodovalno vedenje in doživljanje vseh vrst nasilja, so teme, ob katerih mladostniki občutijo zadrego, negotovost, stisko ali nedvost in jih je vsaj na začetku **lažje obravnavati v varnem virtualnem okolju**.

Mladostniki večinoma radi delajo in se učijo **v skupini vrstnikov**. To zadovolji njihovo potrebo po druženju, je tudi bolj zabavno. Skupinska dinamika večinoma privtegne tudi nemotivirane k razmišljanju in prevetrivti stališč.

Velike spremembe nas čakajo v pristopu k preventivnim pregledom mladostnikov. Sedanji sistematični pregled pri nas je naravnан na oceno predvsem telesnega zdravja. Glede na spremenjen vzorec bolezni ga bomo morali posodobiti, opremiti s **psihosocialnim presejanjem** in praviti enostavne ter uporabne preventivne programe, da se tako najdene psihosocialne težave mladih ne bodo spremenile v bolezni pri odraslih.

TEŽAVNI BOLNIKI – MLADOSTNIKI

Z veliko večino mladostnikov v ambulanti nimamo težav: ni konfliktov, ni upiranja, ko jim predpišemo terapijo, ni neprijetnih vprašanj (»Pa bo to res pomagalo?«). Večina mladostnikov uboga naša navodila, pojedo (vsaj) predpisana zdravila, sprememijo vedenje v bolj zdravo, opustijo nezdruge razvade (»Ne igraj računalniških igric več kot pol ure dnevno!«), ne uporabljajo preparatov za večjo mišično maso, ne zanosijo pri petnajstih, ne začenjajo zgodnjih spolnih odnosov. A težavni mladostniki – kot tudi težavni odrasli bolniki kljub vsem našim prizadevanjem vseeno obstajajo.

Težavni bolniki – mladostniki ...

- s **psihosomatskimi težavami, motnjami, obolenji**. Glavobol, bruhanje, driska,

bolečina v trebuhu so v mladostniškem obdobju zelo pogosto psihosomatska motnja in tako znak stiske. Vsi vemo, da lahko našteti simptomi pomenijo tudi začetek zelo nevarnih bolezni. Če zdravnik pri naštetih simptomih ne najde »organskega substrata«, kot radi rečemo, se zaradi svoje pretežno biološke izobrazbe zdravnik lahko znajde v stiski. Mladostniku mora zadevo razložiti tako, da ga ne bo (še bolj) strah za lastno zdravje in istočasno tako, da bo prav ukrepal, če se simptom okrepi. Če zdravnik ob mladostniku s psihosomatsko motnjo ne reagira učinkovito, lahko tak mladostnik postane pogost obiskovalec zdravstvenega doma, potrošnik zdravil z vsem, kar to prinese. Za zdravnika je težko sprejeti dejstvo, da bolnik toži za simptomi, ki jih ne more dokazati z osnovnimi diagnostičnimi metodami. Zdravnik hitro pomisli, da pacient »šprica« pouk, da si je zadevo izmislil ali da težavo agravira, torej da uporablja manipulativno vedenje.

- **kronično bolni:** astma, alergije, epilepsijsa, mladostniki s ponavljajočimi poškodbami, invalidi, mladostniki s posebnimi potrebami ...;
- **otroci pogostih odraslih obiskovalcev zdravstvene službe:** staršev, ki so v dolgotrajnih bolniških staležih; otroci invalidov;
- **izjemno nadarjeni mladostniki** (vrhunski športniki in glasbeniki ter otroci z drugimi ekstremnimi umetniškimi nagnjenji, matematiki, šahisti in drugi, ki so pod hudimi storilnostnimi pritiski odraslih (staršev, učiteljev, mentorjev, trenerjev, sponzorjev...) in zaradi svoje nadarjenosti živijo nenavaden življenjski slog;
- **mladostniki z narcisoidno osebnostno strukturo,** ki jo poglablja gledanje televizijskih oddaj o »popolni preobrazbi«;
- **razvajeni mladostniki:** iz družin so navajeni, da je treba njihove potrebe in želje zadovoljiti takoj; sami niso pripravljeni za cilj narediti ničesar, čakajo na druge,

da to naredijo zanje (prinese svojo zastano roko, ki je 4 tedne počivala pod mavcem, da »jo razgibamo«);

- **otroci iz družin, ki razumejo zdravje »mehanicistično«:** Preventivni pregledi pri zdravniku so kot servis za avto; zdravniška ordinacija je (brezplačna) mehanična delavnica; avto pripeljejo na določeni termin, ga pustijo tam, gredo na kavo in se vrnejo, ko je avto spet v voznom stanju. Z istim načinom vožnje lahko nadaljujejo do naslednje okvare. Ni problema: ko avto ni več v voznom stanju, ga zamenjajo za drugega!
- **vedenjsko ali vzgojno problematični mladostniki** in vsi mladostniki, ki so izstopili iz šolskega sistema in so tako izgubili za svoj razvoj zelo pomembno socialno sredino;
- **otroci iz družin, kjer prevladuje nasilje ali tekmovalnost** (med staršema in/ali med sorojenci): bolezen je lahko priložnost, da pritegnejo pozornost staršev nase;
- **mladostniki, ki so jih vzgajali stari starši, ker so bili starši odsotni od doma** skoraj cele dneve, da bi obdržali status zaposljenih in dohodek;
- **mladostniki iz družin z zelo dobrom materialnim stanjem**, posebej, če so edinci in imajo malo pristnih socialnih stikov;
- **mladi iz socialno-ekonomsko depriviranih družin:** zaradi drugačnosti pogosto niso sprejeti med vrstniki;
- **mladostniki z visoko nadpovprečno telesno težo:** samopotrditve, ki jim bodo pomagale, da ne bodo v posmeh razredu, bodo dosegli samo z zelo dobro samopodobo in s pomočjo zrelih odraslih (starš, učitelj, zdravnik, medicinska strana);
- **mladostniki s samopoškodovalnimi vedenji** (rezanje, žigosanje s cigaretнимi ogorki; samomorilni poskusi; mladostniki, ki izvajajo nasilje nad seboj z odtegovanjem hrane, z bruhanjem ali s prenažiranjem);
- **mladostniki, ki so žrtve vrtniškega nasilja;** mlađi, ki izvajajo agresijo nad vrstniki ali starši (vključno s psihološkim nasiljem);

- **mladi z odvisniško osebnostno strukturo** (zlorabljajo hrano, računalniške igrice, surfanje po medmrežju, gledanje televizije, bloganje ...),
- **mladostnice z zgodnjimi spolnimi odnosi** in mladostniki/mladostnice, ki **vstopajo v intimne odnose brez ljubezni**, pod vplivom alkohola in drugih drog ter drugi.

SKLEP

Današnji mladostniki živijo v družbi izjemnih tveganj. Pri svojem vključevanju v druž-

bo odraslih se srečujejo z veliko množico ovir in pasti. Odrasli jim s svojim znanjem in z načinom komunikacije v tem procesu odraščanja lahko stopimo nasproti. Zdravniki imamo naslednje možnosti: krepliti njihovo samopodobo v zvezi z zdravjem, učiti jih reševati probleme v zvezi z boleznijo in sooblikovati vedenjski slog, s katerim lažje obvladujejo stres v vsakdanjem življenju. Gre za dolgotrajjen proces, ki zahteva od zdravnika redno skrb za zadovoljevanje lastnih potreb in borbo proti vsakodnevnu izgorevanju.

LITERATURA

1. Brcar P. Zdravje otrok, mladostnikov in mladostnic. V: Otroci in mladina v prehodni družbi. Črnak Meglič, ur. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, 2005.
2. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: IVZ RS, 2007.
3. Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. ESPAD. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2003. Ljubljana: Urad za droge, 2005.
4. Tomori M. Tveganje vedenje v adolescenci. V: Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 1998.
5. Juričič Konec N, Podkrajšek D. Izbrani dejavniki tveganja za zdravje otrok in mladostnikov. V: Zgodnje odkrivanje in celostna obravnavna otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti, zbornik projekta. Ljubljana: Cindi Slovenija, 2007.
6. Pačnik T. Čeri v različnih razvojnih obdobjih mladostništva. V: Preprečimo odvisnosti, zapolnimo vrzeli. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja, 2003.
7. Pinter B. Spolno vedenje slovenskih osmošolk in osmošolcev. V: Ogroženo zdravje mladostnikov. Zbornik II. kongresa šolske in visokošolske medicine Slovenije. Zdrav Var 1998: Suppl 1.
8. Ule M, Rener T, Mencin Čeplak M, Tivadar B. Socialna ranljivost mladih. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad za mladino, 2000.
9. www.tosemjaz.net, mladinska spletna svetovalnica (citirano 26. 2. 2009) – svetuje 33 strokovnjakov različnih specjalnosti.
10. Podkrajšek D, Lekič K. E-mladostnik in zdravje – kako doživljajo sebe, svoje zdravje in odraščanje mladostniki na spletni strani www.tosemjaz.net. V: Zbornik 4.slovenskega pediatričnega kongresa z mednarodno udeležbo; Slov Pediatr, let. 13, 2006: Suppl 1.
11. Lekič K, Podkrajšek D, Konec Juričič N. Dialog v kontekstu spletne svetovalnice To sem jaz – lahko najstnika do rešitve pripelje miška? V: Evolucija komuniciranja od posredovanja do povezovanja – zbornik 10. slovenske konference o odnosih z javnostmi. Podčetrtek, 2006.
12. Podkrajšek D, Lekič K, Juričič Konec N, Šafran P. E-adolescent and Health. In: European Journal of Public Health 2007, Vol. 17, Suppl 2.
13. Glasser W. Control Theory: New explanation of how we control our lives. New York: Harper Collins, 1984.
14. Veščine zdravnika družinske medicine. Učbenik za mentorje Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2007.
15. Selič P. Nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije Pares, 2007.
16. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. V: Švab I, editor. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.

17. Perry Good E. In mulc si bo pomagal. Radovljica: Regionalni izobraževalni center, 1993.
18. Podkrajšek D, Juričič Konec N, Eržen I, Lekič K. Spletno komuniciranje kot sredstvo za zapolnitev prostega časa mladih: spletna stran www.tosemjaz.net. V: Preprečimo odvisnosti, zapolnimo vrzeli. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja, 2003.
19. Ivetić V, Švab I, Kolšek M, Klančar D, Petek Šter M, Rotar Pavlič D. Kompetence zdravnika specialista družinske medicine. Isis, let. XVIII, št. 2, februar 2009.
20. Branden N. The Psychology of Self-Esteem. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.
21. Kamin T, Tivadar B. Komunikacijske smernice za promocijo zdravega prehranjevanja med mladimi. V: Zdrav življenjski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje. Ljubljana: IVZ RS, 2005.
22. Švab I. Težavni bolnik in njegov bolnik. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.
23. Podkrajšek D, Lekič K, Stante E, Juričič Konec N. Youngsters need it: the Health Promoting Project That is me. In: Abstract Book, The XXII-th World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP). Stockholm 2003.

NAJSTNIK V SPLETNI SVETOVALNICI

Ksenija Lekić
Nuša Konec Juričić
Petra Tratnjek

...Prav imaš, nihče ne more storiti kaj bistvenega namesto tebe in ključne odločitve (tudi o življenju in smrti) so twoje. Vendar je vsakdanje življenje lažje in lepše, če si pomagamo. Kot bližnji (družina), kot prijatelji, kot strokovnjaki, skratka kot ljudje... Posreduj nam več informacij o sebi in obljudljjam ti, da jih bom komentiral. Izbrati rešitev in izvleči pa se boš moral sam. Mogoče ti pri tem lahko kdo poda roko, da bo šlo lažje. Če jo boš sprejel...

(Iz odgovora najstniku v stiski, www.tosemjaz.net, 12. 5. 2008)

SPOROČILA IZ INTIMNOSTI NAJSTNIŠKE SOBE

Splet se ob ustvarjalni rabi, podprt z močno svetovalno strokovno mrežo, lahko uveljav-

lja kot preventivni spremjevalec odrasčanja. Program promocije zdravja med mladimi *To sem jaz* se je prilagodil potrebam mladine in uporabil internet kot osrednji komunikacijski pristop pri posredovanju

SJEM OD ZDRAVJA	LIJUBEZEN JE V MENI	ANOREKSIJA	OBVESTILLO
<ul style="list-style-type: none"> O zdravi prehrani, gibanju in sprejemajočem svojega telesa. → Telefona samopomočba → Telesna teza → Obsegje → Motrje hranjenja → Protrana 	<ul style="list-style-type: none"> Pomembno je, da poskrbiš za informacije o ljubezeni in varni spopoldnosti. → Postrešen zenska, moški → Ljubezen in održičanje → Spino življenje → Kontracepcija → Duhovnost → Splošno prenosive bolezni → Spôdnia zloraba 	<ul style="list-style-type: none"> → Kaj so motrje hranjenja? → Anoreksija → Vsi članki na to temo 	<ul style="list-style-type: none"> Spletne strani, ki poskrbajo, da je prehranočno živilje zdravo in te izboljšajo, vsebine ter dajejo podobo. Če odrijetete kakšno pomembnost, nam to sponzori na naslov: tosemjaz@ziv.si. Veseli bomo vsega odzival! Uredništvo
BULIMIJA	CELULIT	ČUSTVA	DOSEGANJE CILJEV
<ul style="list-style-type: none"> → Kaj so motrje hranjenja? → Bulimija → Vsi članki na to temo 	<ul style="list-style-type: none"> → Vzaključna nadogoda: strije in celut! → Vsi članki na to temo 	<ul style="list-style-type: none"> → Prepoznavanje, spremenjanje in izrazjanje svojih čustva - 10 korakov do boljše samopomočbe → Strah, da bomo izgubljeno čustvo → Ljubomirje, jezci, prepri in povratniki → Vsi članki na to temo 	<ul style="list-style-type: none"> → Postavljam si cile in si prizadevam, da bi jih dosegel - 2. korak do boljše samopomočbe → Zeleni stari si metlo, da mogu vedno prav, čeprav to ni res? → Vsi članki na to temo

Vstopna stran mladinskega spletnega portala www.tosemjaz.net.

Ksenija Lekić, univ. dipl. novinarka, Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, Celje
Nuša Konec Juričić, dr. med., spec. socialne medicine, Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, Celje
Petra Tratnjek, univ. dipl. soc., Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, Celje

vsebin o zdravju, socialnih veščinah in razvoju pozitivnega samovrednotenja. Izkoristil je filozofijo interneta in z njim možnosti za intimen virtualni dialog. Odraščanje potrebuje pogovor. V spletni svetovalnici Zavoda za zdravstveno varstvo Celje na naslovu www.tosemjaz.net imajo mladostniki možnost anonimnega posvetovanja s strokovnjaki s področja medicine, psihologije in socialnega dela. Spletišče jim omogoča hitter, preprost dostop do strokovnega nasvetnika. Vsi svetovalci so prostovoljci, delajo brezpogojno in brezplačno. Povezujejo svojevrsten mrežni projekt z velikimi odgovornostmi do mladih iskalcev informacij in pomoči. Strokovnjaki so v osmih letih mladostnikom odgovorili na več kot 17.000 vprašanj, povezanih s problemi odraščanja. Nizka samopodoba, motnje hranjenja, poskusi samomora, spolna zloraba, neželena nosečnost, spolnost, medosební odnosi, nesoglasja, prvi zmenek, prvi poljub, ljubezenske dileme, iskanje ciljev in smisla, strah, kilogram preveč ali premalo... Mladostnikov virtualni lik je prežet z zorenjem skozi odkrito besedo.

Hey! ko se režem, me skoraj nič več ne boli. ful me je strah ... ne da bi umrla, ampak da bi preživel.
(_fallen_angel_, 17 let, www.tosemjaz.net)

VEŠČINE ZA OBVLADOVANJE ŽIVLJENJA

Ključna vsebina programa promocije zdravja *To sem jaz*, ki ga razvijamo na oddelku za socialno medicino in promocijo zdravja Zavoda za zdravstveno varstvo Celje od leta 2000, je usmerjena v bogatitev socialnih veščin in razvoj mladostnikove samopodobe kot vodilne opore med odrščanjem. Smiselnost orientacije programa potrjujejo tudi raziskave o značilnostih mladine v Sloveniji (*Mladina 2000, Socialna ranljivost mladih, Otroci in mladina v prehodni družbi in Sodobna mladina*).

Raziskovalci poudarjajo, da narašča predvsem negotovost v vodenju življenja

skega poteka (1). Mešanica skrbi za prihodnost, ki jo že od rojstva v otroke projicirajo starši z lastnimi problemi v zaostrenih družbenih razmerah, se umešča v razvojno obdobje adolescence, ki je že samo po sebi stresno, ugotavlja Mirjana Ule. V mladostnika je ob številnih burnih razvojnih spremembah vcepljeno pričakovanje, da se bo kmalu moral potrjevati kot izvirna, kreativna oseba, uspešen delavec. Pred njim je naloga, da vključi že zelo zgodaj v svojo biografijo čim več kreativnih znanj, da bo nekoč lahko konkurenčen v boju za službo. Raste individualna potreba po delovanju. Nujno je prilagajanje, koordiniranje in integriranje. Kot posameznik bo potreboval številne veščine: sposobnost učinkovitega komuniciranja, načrtovanja, prilaganja, organiziranja, prepoznavanja priložnosti in ovir, zastavljanja ciljev, samopredstavljanja. Opremiti se bo moral za prenašanja porazov in razviti izjemno prožnost pri obvladovanju in razreševanju vsakdanjih življenjskih problemov. Potreboval bo iniciativnost, žilavost, fleksibilnost in čim višjo frustracijsko toleranco (1). Dobra samopodoba daje človeku preventivni ščit, ga podpira v kriznih situacijah in spodbuja boljši izbor oblik vedenja ter uporabljanje veščin, potrebnih za življenje pod številnimi pritiski. V obdobju odrščanja morajo mladostniki usvojiti različne kompetence. Socialna moč posameznika se povezuje z višino njegovega samovrednotenja (2). Po mnenju raziskovalcev se nizko samovrednotenje povezuje s simptomati bojazni, s strahom pred storilnostnim neuspehom in strahom pred neuspehom v komunikaciji. Visoko samovrednotenje pa je bolj povezano s psihološko prilagojenostjo, čustveno stabilnostjo in pozitivnimi čustvenimi stanji doživljanja duševne harmonije, veselja, vedrine in samozavesti. Višina samovrednotenja, piše Cerarjeva, pa je odvisna od učinkovitega obvladovanja socialnih silnic in uspešnega reševanja problemov, ki so povezani s storilnostjo.

Kot poudarja psihologinja Alenka Tacol, avtorica programa »10 korakov do boljše



Psihologinja Alenka Tacol z dijaki Gimnazije Celje Center v preventivni delavnici o samopodobi. Preventivni program »To sem jaz« ponuja mladim oporo pri reševanju problemov. Usmerjen je v razvoj pozitivnega duševnega zdravja, zlasti mladostnikove dobre samopodobe, socialnih in življenjskih veščin.

samopodobe», ki ga na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje izvajamo v okviru programa preventivnih delavnic To sem jaz, se večina mladostnikov v obdobju odraščanja na nek način ukvarja s samim seboj in išče odgovore na vprašanja »*Kdo sem?*«, »*Kakšen sem?*«. Iščejo odgovore na vprašanja o smislu življenja. Del programa To sem jaz je orientiran v delo s šolami – izobraževanje pedagoških delavcev in izvajanje preventivnih delavnic za več pozitivne samopodobe in socialnih veščin. V preventivnih delavnicah se najstniki učijo različnih socialnih spremnosti, ki jim omogočajo dosegati zastavljene cilje, sproščeno medsebojno komuniciranje, boljše odnose z vrstniki, s starši in z učitelji. Strokovnih izobraževanj v okviru programa To sem jaz se vsako leto udeleži približno 150 pedagoških delavcev, osebno zainteresiranih za izboljševanje mladostnikove samopodobe in razvijanje socialnih veščin. Delavnice so dodana vrednost k njihovemu rednemu delu. Skrb za te vsebine ni sistemsko umeščena v šolsko delo in se učiteljem in šolskim svetovalnim delavcem ponuja kot prostovoljni izziv. Evalvacija učinkovitosti programa delavnic jasno kaže trend

k boljši razredni klimi in medosebnim odnosom. Utrjuje spoznanje, da ima organizirana skrb za samopodobo in razvoj socialnih spremnosti izredno pomembno preventivno in kurativno vlogo.

Življenje današnje mladine se intenzivneje odvija tudi v virtualnem prostoru, kjer pa se zgolj zrcalita njihovo odraščanje in soočanje s težavami. Najpogostejša aktivnost, značilna za internetne uporabnike, je komunikacija ali socialna interakcija. Internet se v eni od dimenziј izraža kot novodobni socializator. Internet lahko otroka in mladostnika podpira pri učenju, zabavi, igri in komuniciranju. Na spletu, ki je prostor za nove dimenzijske druženja, se uveljavljajo tudi specifične strategije oblikovanja medosebnih odnosov. Dobro služi kot medij za nadaljevanje že vzpostavljenih stikov. Mladostniki si lahko građijo on-line socialno oporo. Po besedah Maje Cerar je eksplozivna pomnožitev možnosti, da posameznik na svoje vprašanje najde odgovor, ena najmočnejših prednosti socialne mreže v spletu. Iskalniki najdejo podatke. Ljudje prispevajo rešitve k problemu. Mreže ljudi lahko rešijo težave drug drugemu. Spletne mreže pa

pospešujejo in globalizirajo ta proces (2). »Net generacija« je spletno komuniciranje kot sestavni del odraščanja že ponotranjila. Splet ji ponuja široko dostopne poti za iskanje informacij ter vsakdanje povezovane stike z drugimi.

*Doma se nikol ne smejem, razen
kadar jokam.*

(Ajena, 13 let, www.tosemjaz.net)

SPLETNI PROSTOR KOT VIR POMOČI IN VSAKDANJA OPORA

V obdobju naraščajoče negotovosti prehodov v odraslost in v težko preglednih in obvladljivih razmerah ni lahko najti prave komunikacijske poti do mladih. Informiranost o zdravem življenjskem stilu ni dovolj, da bo posameznik spremenil svoje vedenje. Posameznik ne bo osvojil spremembe, če ciljnega stanja ne osmisli in se v konkretni spremembi ne prepozna. Pri komuniciraju vsebin o zdravju mladi pričakujejo jasna sporočila in konkretnne koristi. Narekujejo nam preskok od informacije k osebni izkušnji in transformaciji. Spletna svetovalnica na naslovu www.tosemjaz.net, ugotavlja šolska zdravnica Damjana Podkrajšek, je eden od odgovorov na komunikacijske potrebe mladostnikov (3). Ponujena je kot dopolnilna, aktivna pomoč med odraščanjem – dodaten vir pomoči k že obstoječim oblikam. Odprli smo jo v Celju na svetovni dan zdravja, 7. aprila 2001. Spletna svetovalnica¹, ki ponuja tudi več informativnih rubrik o zdravi življenjski praksi, je



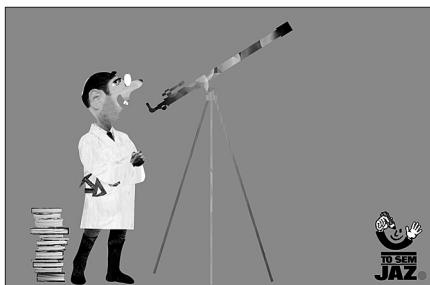
Spletna svetovalnica »To sem jaz« je danes največji slovenski mladinski svetovalni portal, ki najstnikom omogoča javen, preprost, hiter, brezplačen, anonimien in učinkovit dostop do strokovne pomoči pri reševanju problemov in informirjanju.

glede na komunikacijski pristop in e-svetovanje pomenila precejšnjo novost v promociji zdravja. V strokovni javnosti je ob zanimanju sprožala dileme, predvsem dvom v zmožnosti spletiča za resno preventivno delo z mladino. Spletni projekt *To sem jaz*, do danes prejemnik petih domačih in mednarodnih nagrad², si v osemletnem obdobju utira pot ob boku različnih pristopov v promociji zdravja in sledi jasno zastavljenim ciljem, ob zavedanju številnih prednosti in omejitev spletnega komuniciranja.

¹ Spletni projekt To sem jaz je Zavod za zdravstveno varstvo Celje izpeljal v sodelovanju z agencijo Innovatif in podjetjem Siix ter portalom med.over.net.

² Nagrade, ki jih je prejel program *To sem jaz*:

- Izidor 2008 – nagrada za spletno odličnost, po izboru strokovne žirije (Net konferenca, Ljubljana, januar 2008);
- Netko 2007 – nagrada za najboljšo spletno stran v kategoriji državne in javne uprave ter skupnosti (Ljubljana, december 2007), nagrada podeljujeta Gospodarska zbornica Slovenije in Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo;
- Nagrada Evropskega Združenja za javno zdravje (EUPHA) za najboljši poster na 15. evropski konferenci javnega zdravja (Helsinki, oktober 2007);
- Nagrada za najboljši poster na 11. evropskem simpoziju o preprečevanju samomora (Portorož, september 2006);
- Izidor 2005 – nagrada za odličnost v spletнем komuniciraju.



V skupini spletnih svetovalcev je 33 strokovnjakov s področja psihologije, medicine, socialnega dela in šolstva.

Največja vrednost spletišča www.tosemjak.net je možnost anonimnega posvetovanja s strokovnjaki. Do spletne svetovalne skupine 33 zdravnikov specialistov, psihologov, socialnih delavcev, pedagogov in strokovnjakov drugih specialnosti imajo uporabniki neposreden in hiter dostop: brez napotnic in čakalnih vrst.

Iz izkušenj spletišča je razvidno, da mladi razpravljajo o osebnih vprašanjih povsem javno in brez zadržkov. Anonimnost jim omogoča svobodo v odpiranju vprašanj – brez nekaterih zavor, ki jih omejujejo v vsakdanjem življenju. Precejkrat beremo misel, kakršna je »*Nikomur še nisem zaupala, vi ste prvi...*« ali »*O tem ne morem govoriti absolutno z nikomer, zato pišem vam...*« Sedemnajstletnica je zapisala naslednje: »*Internet je super, ker te ne bo nihče obtoževal. Raje vprašam na internetu, četudi se mi bodo posmehovali, še vedno pa ne bo tako hudo, kot če bi se mi smejala cela šola...*« O svojih problemih se na spletu pogovarjajo odkrito, brez zardevanja. Določenih dilem mladostniki »v živo« ne bi izrekli. Ali kot je dejal eden od spletnih svetovalcev: »*Prepričala me je odprtost mladih za uporabo tega medija v tako osebne namene. Doživel sem novo videnje pripravnosti in ekskluzivnosti interneta. Mnogi mladostniki jasno izrazijo, da iz oči v oči ne bi zmogli te odprtosti. Ali sploh ne bi poiskali pomoči.*« Anonimnost je osvobajajoča lastnost spletne komunikacije, ki spodbuja odkritost pri izražanju problemov in zmanjšuje vpliv pritiskov na posamez-



Primer gradiva za najstnike.

nika. Prevladujejo vprašanja o manjših problemih, ki najstnike v obdobju odraščanja najbolj zaposlujejo: zaljubljenost, zmenki, zanimanje za prvi spolni odnos, kontracepcija, ljubezenske težave, prehodna nesoglasja v družini. Sledi izražanje težjih problemov, ki izvirajo iz nižje ali nizke samopodobe. Najtežja vprašanja mladostnikov se nanašajo na samomorilne misli, poskuse samomorov in samopoškodbeno vedenje ter depresije, motnje hranjenja, spolne zlorabe in najstniške nosečnosti. Vprašanj z najtežjo problematiko je v spletnej svetovalnici, kot smo ugotovili z analizo 10.000 spletnih vprašanj, približno 5,5%. V teh primerih delujejo spletni svetovalci suportivno – ponudijo razumevanje in spodbudo – ter iskalcu pomoči predstavijo možen potek reševanja problema. Spletni svetovalec ne bo razrešil in odpravil vzroka, zakaj si mladostnik želi vzeti življenje, a z razumevanjem in s pravočasnim strokovnim nasvetom v okviru spletne intervencije bo lahko v določenem trenutku mladostnikov samomor preprečil in ga usmeril v izbor ustvarjalnih strategij za reševanje problemov. V primeru težjih mladostnikovih stisk spletno svetovanje ne more nadomestiti osebnega svetovanja in pomoci v živo.

Pasti spletnega svetovanja je veliko. Največjo oviro predstavlja odsotnost osebnega stika ozziroma manko socialnih in vizualnih znakov. Svetovalec sogovornika nima pred seboj. Ne vidi njegovega obraza, očesni stik ni mogoč, ne zaznava go-

vorice telesa in ne občuti njegove energije in osebnosti, ki jo izžareva. Vse je zreducirano na golo tekstovno komunikacijo. Edini most med svetovalcem in svetovanjem je jezik. Komunikacija je še bolj zožena kot v telefonskem svetovanju. Problematična je tudi najstnikova sposobnost, da ubešedi problem, ki ga želi razrešiti. Na primer, sporočilo uporabnika se lahko glasi: »*Režem se eno leto. Rad bi nehal.*« In to je vse, kar predse prejme svetovalec. Na te besede, v ozadju katerih je lahko grozd težav, poskusiti odgovoriti tako, da se bo uporabnik javil znova in odločil za dialog. Najtežje je vzpostaviti dialog. V kontekstu celotnega vsebinskega nabora vprašanj se večina komunikacij zaključi s prvim, drugim ali tretjim odgovorom svetovalca, a pri tem moramo upoštevati, da je večina vprašanj vsakdanjih, preprostih, običajno najstniških.

Za ustreznost odgovorov jamčijo strokovnjaki sami in urednik spletne svetovalnice, ki bdi nad celotnim spletним svetovalnim procesom – od prispetja vprašanja do objave odgovora. Splet kot sodoben medij pomoči je precej neraziskan, čeprav je tovrstna uporaba svetovalnega pristopa v vzponu. V Sloveniji deluje od leta 2000 obsežen svetovalno-informacijski zdravstveni portal za odrasle na naslovu www.med.over.net. Med tujimi spletinci omenjamo le nekaj izbranih primerov: avstralski svetovalni portal za mlade <http://www.kidshelp.com.au/>, ameriški svetovalni portal »*Ask Uncle Ezra*« na naslovu <http://ezra.cornell.edu/> (verjetno eden prvih tovrstnih portalov na svetu, ki deluje že od leta 1986), danska spletna svetovalnica www.cyberhus.dk, spletno informiranje in svetovanje v okviru programa promocije zdravja med mladimi na naslovu <http://www.goaskalice.columbia.edu/> (Columbia University), angleška spletna svetovalnica <http://www.thesite.org/>, irska www.spunout.ie in nemška <https://www.bke-beratung.de/User/>. Še vedno je spletni svetovalni pristop redek, slabo obdelan z vsemi pastmi, omejitvami in s prednostmi. Nove tehnologije vpli-

vajo na načine dela v klasičnih svetovalnih storitvah in servisih. Spletne načini komuniciranja povezujejo ljudi in organizacije. Da ta princip lahko deluje, kaže tudi svetovalnica To sem jaz s prostovoljno svetovalno mrežo strokovnjakov iz 12 ustanov. S spletnim komuniciranjem (in svetovanjem) dosežemo populacijo povprečnih najstnikov z vsakdanjimi problemi. V to skupino pred prisotnostjo novih tehnologij ni bilo tako dobrega vpogleda, saj so službe pomembni prestregle predvsem rizične mladostnike z močno izraženimi problemi in stiskami. Splet kot svetovalni prostor je dostopen, o načinu, vsebin in kraju »pogovora« se odloča uporabnik sam. Pri tem razpolaga z veliko mero avtonomnosti. Vzpostavitev stika, piše Alenka Žavbi, poteka hitro in brez administrativnih pregrad, hkrati pa se zagotavlja anonimnost ter zaupnost podatkov. Časovni termin je prilagodljiv. Uporabnik je tisti, ki odnos začne in ga lahko vsak trenutek tudi konča (4). Spletni svetovalec na drugi strani, prikrajšan za stik v živo, razpolaga z vpogledom v problem zgolj skoz tipkanico besedo, sprejema vlogo usmerjevalca in podpornika pri razreševanju težave. Mladostnika skuša z ustreznimi informacijami privesti v razumevanje situacije ali mu razjasniti uvid v problem in ga usmeriti v ustvarjalno reševanje težav.

To stran sem začela obiskovati kot najstnica. Stran mi je bila v oporo v najtežjih trenutkih odraščanja in z njeno pomočjo sem se naučila pravilnega ravnanja v katerikoli situaciji.

(Mateja20, študentka, www.tosemjaz.net)

E-SPREMINJEVALEC ODRAŠČANJA

Nekateri strokovnjaki, ki imajo izkušnje s spletnim svetovanjem, opozarjajo, da iskalci pomoči na medmrežju pogosto iščejo nagle, instant rešitve za svoje probleme in niso pripravljeni na poglobljeno delo. Hkrati pa so možnosti za sklepanje resnega terapevtskega odnosa (pakta) v spletni



Splet povezuje ljudi, organizacije in vire pomoči.

komunikaciji zelo osiromašene (5). On-line odnos je negotov in se lahko v vsakem trenutku prekine brez vseh odgovornosti.

Mladinska svetovalnica je resen spletni prostor, v katerem svetovalci odgovorijo na vsako vprašanje. V kontekstu komunikacije, ki temelji na principu zaupanja, svetovalci sporočila obravnavajo resno. Iskalci pomoči kmalu uvidijo, da bodo edino z navajanjem resničnih podatkov in problemskih situacij prejeli uporaben nasvet strokovnjaka. Z enim odgovorom svetovalec koristi mnogim. Marsikateri dialog, prisoten v spletnem prostoru, bi bil nemogoč v ordinaciji šolskega zdravnika, ginekologinje, psihiatra ali med psihološko obravnavo. Redno urejanje in skrbno moderiranje spletne svetovalnice je nujen pogoj za vzpostavljanje zaupanja in svetovalne komunikacije. Številne osebne teme, ob katerih občutijo mladostniki zadrgo, negotovost, stisko ali nevednost, je vsaj na začetku lažje obravnavati v varnem virtualnem okolju. Za mlade je zelo koristen tudi vpogled v izkušnje njihovih vrstnikov. Na spletu imajo možnost, da so branii s svojimi pogledi na probleme, slišani

s svojimi stališči in vidni s svojimi virtualnimi identitetami. Spletna komunikacija sicer že v svoji osnovi odpira vprašanje virtualne pristnosti in možnosti za manipulacijo. Kritični raziskovalci interneta izpostavljajo pomanjkljivosti in omejitve tekstovne komunikacije, v kateri naj bi bile vse osebnostne značilnosti zgolj stvar osebne volje. Identitetne igre so sestavni del spletne komunikacijske prakse, zato spletišče *To sem jaz* uporabnika že s svojo domeno jasno spodbuja k stiku s seboj.

*Prva vprašanja so me frapirala.
Kakšna odkritost! Kakšne težave!
Kakšna bolečina!
(Svetovalec na www.tosemjaz.net)*

ZAKLJUČEK

Preventivni program *To sem jaz* se opira na prednosti interdisciplinarnega povezovanja, uspešnega mreženja in prostovoljnega dela posameznikov. Na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje smo z leti postopoma uspeli razviti največji slovenski spletни svetovalni portal za najstnike www.tosemjaz.net. Spletni del projekta je v šolskem

okolju podprt s preventivnimi delavnicami za razvijanje socialnih veščin in samopodobne in z izobraževanjem učiteljev. Dejavnosti na spletu in izven so usmerjene v razvoj tistih spremnosti, ki bodo mladostnikom pomagale obvladovati zahteve življenja in reševati probleme. Dobro samopodobo in obogatene socialno komunikacijske kompetence mla-dega človeka vidimo ustvarjalci projekta kot možno zagotovilo za sponrijemanje z izzivi v negotovih, zaostrenih razmerah.

Splet se tudi v Sloveniji uveljavlja kot novodobno orodje različnih oblik pomoči. V primeru programa *To sem jaz* se je spletno komuniciranje izkazalo kot učinkovito orodje na področju promocije zdravja in preventivnega informiranja mladine. V komunikacijskem kontekstu tega spletnega mesta se mladostniki dobro počutijo. Spletna svetovalnica je specifična oblika »varnostne mreže«, ki blaži padce in udarce med odraščanjem. Je dodatna, dopolnilna oblika opore k že obstoječim virom pomoči. Vpeta je v pozitivne sinergijske učinke različnih komunikacijskih in preventivnih praks, ki so jih slovenski mladostniki deležni v promociji zdravja. Spletu pripisujemo pozitiven komunikacijski potencial pri posredovanju vsebin o zdravju

in ugotavljam, da ga je mogoče uporabljati kot priročen svetovalni instrument in dopolnilno obliko pomoči – vendar pazljivo in z občutkom za mlade ljudi.

Izkušnje programa opozarjajo tudi na omejitve spleta kot svetovalnega orodja. Poglobljena pomoč na klik ali dva ni mogoča. Slednje ne spremeni dejstva, da najstniki iščejo na spletu odrešitev tudi v primeru samomorilnih nagnjenj, poskusov samomorov, motenj hranjenja in drugih hudih stisk. Reševanje težav iz udobja zasebnosti ali mehkega naslanjača sicer sodi v filozofijo prednosti interneta, a obenem lahko zavede iskalca pomoči, če bi ta verjel, da ga bo do rešitve tega ali onega težjege problema pripeljala računalniška miška. Reševanje kriznih osebnih situacij ni nikoli udobno, praviloma je boleče in zahteva napor, trdo delo, spremjanje stališč in vedenja. Vloga spletnega svetovalca je predvsem preventivna: da bo ponudil kompas med posledicami izbir, pomagal med odraščanjem poprijeti za krmilo in opozoril na skrite čeri, da bo mladostnik lahko (po)stal skiper na svoji barki. Spletno svetovanje je uspešno, kadar svetovalec uspe najstnika usmeriti k pozitivnim spremembam.

LITERATURA

1. Ule M, Kuhar M. Sodobna mladina: izliv sprememb. V: Miheljak V (ur.), Mladina 2000. Slovenska mladina na prehodu v novo tisočletje. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport – Urad RS za mladino, Aristej; 2002: 39–77.
2. Cerar M. Internet – Virtualno shajališče mladih: primerjave socialnih interakcij v realnem in virtualnem okolju. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška Fakulteta; 2006: 60–69.
3. Podkrajšek D, Lekić K, Kopač Vidmar T. To sem jaz. In to potrebujem. Rezultati anketiranja mladih celjske regije o problemih odraščanja. V: Mladostnik in zdravje. Tretji kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije. Zdravstveno varstvo; 2001: 223–228.
4. Žavbi A. Medmrežje – aktualen medij v procesu svetovanja. Diplomsko delo. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2002: 40–45.
5. Žorž B. Medmrežno svetovanje (counselling on-line): modna muha, šarlatanstvo ali resno psihoterapevtsko delo. V: Sodobni tokovi v psihoterapiji, Četrtni študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo; 2005.

PREPREČEVANJE ZLORABE DROG IN ZASVOJENOSTI V LOKALNI SKUPNOSTI – IZKUŠNJE V POVEZOVANJU V LOKALNE AKCIJSKE SKUPINE NA CELJSKEM

Nuša Konec Juričič

IZVLEČEK

Preprečevanje zlorabe drog in zasvojenosti v lokalni skupnosti mora temeljiti na medsebojnem sodelovanju vseh strokovnjakov, ustanov in posameznikov, katerih naloga je zagotavljanje takšnih pogojev življenja, v katerih bo potrebe po drogah čim manj. Pogoj za dobro sodelovanje je celostno razumevanja pojava zlorabe drog in zasvojenosti, poznavanje razširjenosti in značilnosti uživanja drog ter enoten program na področju preprečevanja, zdravljenja in rehabilitacije v lokalni skupnosti. Na področju primarne preventive so se kot uspešne izkazale Lokalne akcijske skupine (LAS), ki združujejo in povezujejo delo različnih zainteresiranih delov skupnosti.

Ključne besede: droge, preprečevanje, sodelovanje, programi, LAS, samopodoba.

UVOD

Običajno kot droge v ožjem smislu pojmemo vse psihoaktivne snovi, ki ob vnosu v telo lahko spremenijo zaznavanje, razpoloženje, zavestno vedenje ali motorične funkcije posameznika. Termin droge se uporablja ne glede na njihov legalni ali nelegalni status. Ni vsaka uporaba drog škodljiva, pomeni pa določeno zdravstveno tveganje. Pod zlorabo drog mislimo na celotno paleto tvegane in škodljive uporabe psihoaktivnih snovi in različnost njihovih farmakoloških učinkov, kot tudi pestrost posledic njihove uporabe. Zloraba vključuje pretirano uporabo, nedopustno uporabo, uporabo med občutljivejšimi osebami ter med osebami, ki so že doživele škodljive posledice.

Droege so prisotne v vseh kulturah, posamezne so značilne za določene narode. Okoli njih se pletejo miti, strahovi in politike. Kljub številnim znamenitostim in škodljivostim, ki jih povzročajo, človek vedno znova posega po njih. Zato ker so tu kaj in zato ker na hitro prinašajo ugodja, za katera se je sicer potrebno potruditi. Človek je biopsihosocialno bitje in kot tako ranljivo na vseh treh nivojih bivanja. Kljub številnim razlikam imamo vsi potrebo po preživetju, sprejetosti in ljubezni, svobodi, moči in zabavi (1). Več kot nam teh potreb uspe zadovoljiti, bolje se počutimo. Te zadovoljitev običajno dosegamo z lastno aktivnostjo in dejavnostjo, lahko pa jih trenutno dosegamo tudi s pomočjo zunanjih, zlasti kemičnih substanc ali drog. Če sploh in na kakšen način se bomo različnih

drog posluževali, je odvisno od nas samih, od ponudbe drog in našega odnosa do njih, od vplivov okolja in tudi od časa, v katerem živimo.

Številne dežele imajo svoje značilne droge. V Sloveniji je prisotna velika razširjenost pitja alkoholnih pijač. Tej skoraj nacionalni drogi in tobaku se v zadnjih dveh desetletjih pridružuje uporaba različnih nedovoljenih drog, po katerih posegajo predvsem mlajši. Razširjenost uporabe vseh drog ter njihovih posledic že lahko označimo za socialno-medicinski problem (2). Uporaba nedovoljenih drog med mladimi in nevarnost širjenja infekcije z virusom HIV tudi v širši populaciji so bili verjetno glavni razlogi za relativno hiter razvoj različnih programov na področju preprečevanja, zdravljenja in rehabilitacije na področju drog v Sloveniji.

Izkušnje različnih držav, programov in politik jasno kažejo, da odgovornosti za reševanje problematike zlorabe drog in zasvojenosti ne nosi le ena ustanova ali veda. Interdisciplinarni in medsektorski pristop, ki upošteva posamezne vede in na osnovi tega oblikuje skupne cilje, ima prednost pred še tako veliko zagnanostjo posameznikov ali skupin. Strokovnjaki Svetovne zdravstvene organizacije so že leta 1992 predlagali, da se povsod, kjer je prisotna zloraba drog, osnuje Lokalna akcijska skupina (v nadaljevanju LAS), ki naj združuje in povezuje delo različnih zainteresiranih delov skupnosti (3). Ker je problem širše družbene narave, mora vključevati številne akterje družbe, od strokovnjakov različnih strok, ustanov, nevladnih organizacij, občinskih struktur do posameznikov. V marcu leta 2004 je bila po dolgem usklajevanju v Državnem zboru Republike Slovenije sprejeta Resolucija o nacionalnem programu na področju drog za obdobje 2004–2009, ki podrobno opredeljuje problem in načine za njegovo obravnavo ter reševanje (4). Poudarja aktivnosti za preprečevanje problematike na lokalnem nivoju ter spodbuja ustanavljanje Lokalnih akcijskih skupin ter pripravo občinskih programov na omenjenem področju.

AKTIVNOSTI ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO CELJE NA PODROČJU PREPREČEVANJA ZLORABE DROG IN ZASVOJENOSTI V LOKALNI SKUPNOSTI

1. Povezovanje ustanov in strokovnjakov na lokalnem nivoju kot nujen pogoj za delo na področju preprečevanja zasvojenosti – Lokalna akcijska skupina za preprečevanje zasvojenosti Celje

Prva LAS v Sloveniji je bila ustanovljena leta 1990 na Obali kot Medobčinski koordinacijski odbor (Koper, Izola, Piran), besedna zveza LAS se je uveljavila šele po letu 1994 (5). Tudi občina Celje se je zgodaj odzvala na problematiko drog. LAS Celje za preprečevanje zasvojenosti je bila ustanovljena konec leta 1992 kot neformalna skupina predstavnikov vseh ustanov, ki se pri svojem delu neposredno ali posredno srečujejo z mladimi. Vodenje LAS Celje je bilo zaupano Zavodu za zdravstveno varstvo Celje (v nadaljevanju ZZV Celje), katerega pomembna socialno medicinska dejavnost je med drugim tudi spremljanje in preprečevanje pojavov, kot je problematika drog (1).

LAS Celje deluje predvsem kot koordinator vseh akterjev na področju preprečevanja, zdravljenja in rehabilitacije na področju problematike drog. Spodbuja razvoj in širitev obstoječih programov na področju drog v posameznih ustanovah na Celjskem. Je svetovalec občini v primeru pobud za nove programe in projekte s področja drog in soustvarjalec javnega mnenja na omenjenem področju.

Osnovne naloge in cilji LAS Celje so:

- povezovanje različnih akterjev na lokalni ravni,
- spodbujanje in pomoč pri oblikovanju življenjskih okolij, ki bodo spodbujala razvoj otrok v zrele in odgovorne osebnosti in zmanjševala potrebo po uporabi kakršnihkoli drog,
- spremljanje stanja rabe in zlorabe dovoljenih in nedovoljenih drog med otroki in mladino,

- seznanjanje prebivalstva in organizacija izobraževanj ciljnih skupin
- delo z mediji
- priprava in izvajanje zlasti primarno preventivnih programov,
- spodbujanje kakovostne ponudbe pomoci tistim, ki se z drogami že srečujejo – izboljševanje kakovosti že obstoječih programov, uvajanje novih ter sprotno prilagajanje potrebam na terenu,
- povezovanje LAS Celje z ostalimi LAS v regiji in v Sloveniji ter z drugimi oblikami delovanja na področju preprečevanja rabe in zlorabe drog v Sloveniji in v tujini.

Delovanje LAS Celje in ZZV Celje na področju preprečevanja zasvojenosti lahko razdelimo v štiri obdobja.

- Obdobje od leta 1993 do 1996 je bilo predvsem usmerjeno v izobraževanje članov LAS o različnih vidikih problematike drog. Pridobljene informacije in znanja smo začeli postopoma širiti v javnost. Med ciljnimi javnostmi so bili predvsem učenci v zadnjih razredih osnovnih šol ter v srednjih šolah, ki so jim bile posredovane osnovne informacije o drogah ter njihovih škodljivostih. Mlade je področje zanimalo, med odraslimi, tudi med strokovnjaki, je vladalo še precejšnje nezaupanje in odpori, ki so v veliki meri temeljili na stigmatizaciji nedovoljenih drog in njihovih uporabnikov. Problema drog še nismo zaznavali kot »našega«.
- V obdobju od leta 1996 do 2000 smo pričeli s ciljnimi izobraževanji pedagoških in socialnih delavcev ter staršev. Usmerjena so bila v povečanje občutljivosti za problematiko drog in zasvojenosti med mladimi, v seznanjanje z možnostmi za učinkovito delo z otroki in učenci na področju krepitve varovalnih dejavnikov, v zgodnje odkrivanje sprememb, ki lahko kažejo na rabo drog ter pravočasno ukrepanje ter zagotavljanje pomoci. V istem letu smo v Celju uvedli tudi nizkopravnji program zamenjave igel in brizg uporabnikom nedovoljenih drog. Odpori do drog so se tudi med odraslimi in strokovnjaki pričeli zmanjševati, iskanje »zunanjih« krivcev za problematiko drog je zamenjalo iskanje lastnih zmožnosti tako posameznikov kot ustanov za delo na področju omejevanja in preprečevanja problema drog. V letu 1998 je župan pri Mestni občini Celje ustanovil tako imenovani Svet za preprečevanje odvisnosti, kot medsektorsko koordinativno in posvetovalno telo, ki deluje na območju Mestne občine Celje. Glavna naloga Sveta je priprava strategij razvoja in promocije za zdrav način življenja v celjski občini in obravnava predlogov in pobud, ki prihajajo s strani LAS Celje. Člani Sveta so direktorji oziroma vodilni predstavniki šolskih, zdravstvenih in socialnih ustanov, policije, sodišča ter drugih zavodov.
- V obdobju od leta 2000 do 2004 smo nadaljevali z izobraževanjem pedagoških delavcev in staršev ter tudi otrok in mladostnikov. Na področju primarne preventive smo sledili prepričanju, da smo vsi – posamezniki, družina, šola, delovno okolje, lokalna skupnost, država, različne stroke – odgovorni za ustvarjanje pogojev za optimalen razvoj otrok in mladostnikov. V vsebine izobraževanj smo na prvo mesto vključili krepitev samopodebe otroka in mladostnika, dvig občutka lastne vrednosti, učenje prevzemanja odgovornosti in pravilnih načinov komunikacije ter reševanje problemov, kar vse predstavlja preventivo pred številnimi neželenimi vedenji vključno z zlorabo drog. Mreža strokovnjakov različnih področij iz regije in izven, ki se je pričela pesti predvsem v drugem obdobju, se je dopolnjevala z vedno novimi strokovnjaki ter se s področja samih drog razširila na širše področje duševnega zdravja.
- Obdobje od leta 2005 do danes – nadaljujemo s programi izobraževanj za različne cilje skupine. Iščemo nove poti do staršev, ki se na ponujena izobraževanja iz različnih razlogov ne odzivajo najbolje. V letu 2005 je ZZV Celje na

- predlog Urada za droge prevzel koordinacijo LAS v Savinjski regiji, kar daje nov polet za delo. Zaradi novih trendov na področju rabe in zlorabe drog se kaže potreba po obnovitvi in dopolnitvi izobraževanj za laične in strokovne javnosti.
- V letu 2007 smo v Celju uvedli terensko delo z uporabniki nedovoljenih drog, ki ga izvaja javni zavod Socio; v ta namen koristijo terenski kombi, ki dosega uporabnike širom regije Celje.

2. Spremljanje pojava razširjenosti rabe in zlorabe drog kot nujen pogoj za delo na področju preprečevanja zasvojenosti – raziskave o razširjenost in značilnost uporabe drog med dijaki na Celjskem

Z ugotavljanje stanja na tako občutljivem področju, kot je problematika drog, je redne vire informacij potrebno dopolnjevati s kvantitativnimi in kvalitativnimi raziskavami, ki jih opravljam različne ustanove. Ena od učinkovitih metod zbiranja podatkov o uporabi drog med mladimi je anketiranje šolske mladine, saj je ta najlažje dosegljiva. Tri takšne raziskave pod naslovom ESPAD – raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino v regiji Celje, smo opravili na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje v letih 1998, 2003 in 2007, ko je raziskava potekala sočasno z Nacionalno raziskavo ESPAD, ki jo je vodila mag. Eva Stergar z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije. Z rezultati raziskave so bile seznanjene vse sodelujoče šole, občine in zdravstveni domovi ter širša javnost. Rezultati raziskave v veliki meri usmerjajo aktivnosti LAS in ZZV, pa tudi aktivnosti v lokalnih skupnostih.

Povzetek rezultatov raziskave iz leta 2007, v kateri je bilo v vzorec za anketiranje zajetih 1320 dijakov iz 61 razredov prvih letnikov vseh srednješolskih programov v celjski regiji. Iz končne datoteke smo v skladu z določili raziskave za prikaz izbrali 1014 dijakov, rojenih leta 1991.

- Alkohol, tobak in marihuana so bile najbolj razširjene droge med dijaki 1. let-

nikov celjskih srednjih šol v šolskem letu 2006/07.

- 56,8 % v raziskavo vključenih dijakov je vsaj enkrat v življenju že kadilo. V zadnjem mesecu pred raziskavo je vsaj eno cigareto pokadilo 26,1 % dijakov.
- V zadnjem mesecu pred anketiranjem je redno kadilo 17,3 % dijakov.
- 7,4 % dijakov še nikdar v življenju ni poskusilo alkohola. Iz podatkov lahko ocenjujemo, da je alkohol skoraj vsak dan pilo 4 % vseh dijakov (6,4 % fantov in 1,4 % deklet).
- Glede na vrsto alkoholne pijače je v zadnjem mesecu 50,9 % dijakov pilo t. i. alkopop pijače, sledijo pivo, (49,3 %), vino (42,3 %) ter žgane pijače.
- 60,2 % dijakov je v življenju že bilo vsaj enkrat opitih. 49,3 % dijakov je bilo opitih v letu pred raziskavo, 29,8 % dijakov pa je bilo opitih v zadnjem mesecu pred raziskavo.
- 56,1 % dijakov pričakuje ob pitju alkoholnih pijač pozitivne učinke, 40,3 % dijakov negativne učinke.
- Vsaj enkrat v življenju je marihuano že kadilo 18,2 % dijakov, v zadnjem letu jo je kadilo 14,6 %, v mesecu pred raziskavo pa 8,3 % dijakov. Ocenjujemo, da je okoli 0,8 % anketiranih dijakov kadilo marihuano skoraj vsak dan, 0,6 % pa vsak drugi dan.
- Ekstazi, »plesno« drogo, je že kdaj v življenju uporabilo 2,1 % dijakov, več fantov kot deklet.
- 3,3 % dijakov je poročalo, da jim je zdravnik že predpisal pomirjevalo, med njimi je bilo značilno več deklet kot fantov.
- Vsaj enkrat je pomirjevalo brez recepta vzelo 4,4 % dijakov, med njimi je bilo značilno več deklet kot fantov.
- Vsaj enkrat v življenju je hlapa že vdihaval 14,4 % dijakov.
- Kombinacijo alkohola in tablet je poskusilo 3,9 % dijakov (6,1 % deklet, 1,9 % fantov).
- Plesno drogo ekstazi je že poskusilo 2,1 % dijakov.

- Kokain je že poizkusilo 2,2 % dijakov.
- Med ostalimi, redkeje uporabljenimi drogami, so bile še amfetamini, LSD ter »nore gobice« in krek.
- Skoraj vsak dan je internet uporabljalo 68,1 % dijakov, med spoloma ni bilo pomembne razlike.
- V zadnjih 30 dneh je bilo zaradi bolezni od pouka odsotnih 45,7 % dijakov, od tega 21,7 % več kot tri dni.
- Zaradi »špricanja« je bilo v zadnjem mesecu od pouka odsotnih 24,1 % dijakov, od tega 5,6 % dijakov 3 dni in več.
- 84,9 % dijakov je bilo zadovoljnih in zelo zadovoljnih z odnosi s svojo materjo, z odnosi z očetom je bilo zadovoljnih in zelo zadovoljnih 77,6 % dijakov. S starši je bilo zadovoljnih značilno več fantov, kot deklet.
- 84,3 % dijakov se je strinjalo, da so v celoti zadovoljni s seboj. 64,3 % dijakov si je že lelo, da bi imeli več samospoštovanja. Več fantov kot deklet je zadovoljnih s samim seboj.
- Več kot tri četrtine dijakov je bilo zelo zadovoljnih in zadovoljnih s finančnim položajem družine, z lastnim zdravjem in s seboj.
- Od doma je vsaj enkrat že zbežalo 3,7 % dijakov.
- 30,7 % dijakov je že razmišljalo, da bi se poškodovali.
- 10,5 % anketiranih dijakov je poročalo, da so že poskusili storiti samomor.

3. Prikaz nekaterih programov Lokalne akcijske skupine Celje in Zavoda za zdravstveno varstvo Celje, usmerjenih v preprečevanje problematike zlorabe drog in zasvojenosti Program Droege in 21. stoletje – izobraževalni seminar za pedagoške, socialne in zdravstvene delavce. Cilj izobraževanja je povečanje občutljivosti za problematiko drog in zasvojenosti med mladimi, utrditev in pridobivanje znanj in veščin za delo z mladimi pri spodbujanju za prevzemanje odgovornosti za lastne odločitve, oblikovanje odnosa do uporabe drog in uporabnikov drog, seznanitve z možnostmi pomoči.

Seminar traja 24 ur. Od leta 1998 do 2003 se je šestih seminarjev udeležilo 131 pedagoških, socialnih in zdravstvenih delavcev iz regije Celje in izven.

Program Droege, zasvojenosti in mi – strokovno predavanje in pogovor za starše, pedagoške delavce in učence ter dijake. Cilj izobraževanja je povečati občutljivost za problem rabe drog in zasvojenosti, predstaviti varovalne dejavnike in dejavnike tveganja, seznaniti z zgodnjimi spremembami, ki so morda znak uporabe drog, predstaviti glavne vrste drog in izpostaviti pomen pravilnega komuniciranja med starši, otroki in učitelji. Predavanje traja dve uri. Od leta 1998 do konca leta 2008 se je več kot 85 izobraževanj udeležilo okoli 2800 staršev, pedagoških delavcev ter učencev in dijakov iz regije Celje.

Program Šola za starše – komplet petih predavanj in delavnic za starše. Program predstavlja razvojne značilnosti otrok, pomen pravilnega komuniciranja, možnosti premagovanja težav in načine pogovora o občutljivih temah, kot so odraščanje, droge, nasilje. Program se je v celoti vsebin izvajal v letu 1998, nato ponovno od leta 2002 do 2005. Od leta 2005 do danes se Šola za starše izvaja z izbranimi vsebinami na željo posameznih šol. V celotnem obdobju izvajanja se je Šole za starše na več kot 60 srečanjih udeležilo okoli 1500 staršev iz regije Celje.

Program Odraščanje in mi – delavnice za učence sedmih, osmih in devetih razredov iz celjskih osnovnih šol. Delavnice v okviru programa so usmerjene v vrstniško učenje in vpletanje mladih kot svetovalcev pri reševanju lastnih problemov. Program ima primarno preventivni pomen. Najstniki imajo možnost, da spregovorijo o najbolj intimnih razmišljanjih. V skupini steče odkrit dialog, mentorji mladostnike usmerjajo v reševanje konfliktnih situacij. Delavnica traja štiri šolske ure. Od leta 2001 do 2005 je bilo v program vključenih okoli 2000 učencev iz regije Celje. V letu 2006 smo program dopolnili z vsebinami o zdravi prehrani, preživljvanju prostega časa in spolnosti

in ga poimenovali Sijem od zdravja. Delavnice Sijem od zdravja se udeležujejo učenci višje stopnje vseh osnovnih šol v Celju.

Program To sem jaz – primarno preventivni program za mladostnike s ciljem krepitev njihove pozitivne samopodobe. Program poteka na spletni strani www.tosemjaz.net v obliki ponujenih strokovnih tekstov na temo ljubezni in varne spolnosti ter samopodobe, zdrave prehrane in gibanja, v obliki spletnih svetovalnic. Trenutno mladim brezplačno svetuje 33 strokovnjakov različnih strok. Ti so mladim iz cele Slovenije v osmih letih odgovorili na več kot 17.000 vprašanj in dilem. Drugi del programa sestavljajo dogodki na šolah v obliki delavnic, naravoslovnih dni in tematskih ur, ki jih izvajajo ustrezno izobraženi pedagoški delavci, ki se udeležujejo seminarjev na zavodu.

Program Zamenjava igel in brizg uporabnikom drog v lekarnah na Celjskem – program se izvaja v zasebni lekarni Apoteka pri teatru in v lekarni Žalec. Sterilne igle z brizgo zagotavlja Urad za droge, ZZV zagotavlja odvoz in uničenje uporabljenih igel. Uporabniki prinesejo v lekarno rabljene igle in v zameno dobijo brezplačno enako število sterilnih igel z brizgo. Na mestu zamenjave dobijo tudi informacije o zaščiti pred okužbami in poškodbami ter o vih zdravstvene in druge pomoči. V program se je v Apoteki pri teatru od oktobra 1998 do konca leta 2008 vsaj enkrat vključilo 285 uporabnikov, v lekarni Žalec pa od januarja 2001 do konca leta 2008 38 uporabnikov. Povprečna starost vseh uporabnikov je bila okoli 26 let.

4. Povezovanje lokalnih skupnosti na področju preprečevanja zlorabe drog in zasvojenosti – koordinacija LAS v Savinjski regiji
Da bi povezali delo obstoječih LAS na regijskih nivojih, so bile v marcu 2005 na predlog Urada za droge in s sklepom ministra za zdravje in vseh regijah po Sloveniji imenovane regijske koordinacije LAS za preprečevanje zasvojenosti. Koordina-

cijo za Savinjsko regijo smo prevzeli v Zavodu za zdravstveno varstvo Celje. Delo smo v letu 2005 usmerili v povezovanje petih obstoječih LAS v regiji, v izvajanje skupnih izobraževanj za člane LAS in drugih programov ter izdajo skupnih gradiv. Župane vseh ostalih občin v regiji smo pozvali k ustanovitvi LAS. Ob koncu leta 2007 je v regiji delovalo osem LAS, in sicer: LAS Celje, Medobčinska LAS Velenje, LAS Slovenske Konjice, LAS Žalec, LAS Rogaška Slatina, LAS Šmarje pri Jelšah, LAS občin Laško in Radeče ter LAS Šentjur.

RAZMIŠLJANJA IN PREDLOGI ZA DELO NA PODROČJU PREPREČEVANJA ZASVOJENOSTI NA OSNOVI PRIDOBLJENIH IZKUŠENJ LAS CELJE TER ZZV CELJE

Primarno preventivno delovanje na področju preprečevanja rabe in zlorabe drog ter zasvojenosti

Zloraba drog in zasvojenost spadata v širše področje duševnega zdravja oziroma (ne)zdravja, zato je primarna preventiva na tem področju podobna tisti na drugih področjih, usmerjenih v krepitev duševnega zdravja. Da bi se otrok in kasneje mladostnik znal odločiti za zdrave izbire in zdrav način življenja, potrebuje dobre vzornike, ki mu bodo predvsem z dejanji in upoštevanjem ter spoštovanjem njegove identitete kazali prave poti.

- **Starši** so otroku prvi in najpomembnejši učitelji. Če svojo vlogo dobro izpeljejo, bodo njihovo delo lahko uspešno nadaljevali vzgojitelji in učitelji v vrtcih in šolah.

Osnovna prizadevanja vseh naštetih morajo biti usmerjena v krepitev otrokove samopodobe in samospoštovanja, ki je eden pomembnejših varovalnih dejavnikov pred tveganimi vedenji.

Starši otroku privzgajamo tudi zdrav način življenja, ki vključuje primerno prehrano, dovolj gibanja in spanja, kvalitetno koriščenje prostega časa, delo in zabavo.

Zdrave navade naj bodo vključene v življenje družine čim bolj neprisiljeno in spontano, tako jih bodo otroci vzeli in sprejeli za nekaj povsem običajnega.

Da bomo starši mladostniku enakovredni sogovorniki tudi glede drog, se moramo o njih poučiti tudi sami. V komunikaciji z otrokom naj bo naše stališče, da je uporaba drog za nas neprimerna in nezaželena. Še več, starši moramo otroku in mladostniku jasno sporočiti (z besedami in dejanji), da je raba drog v družini prepovedana (6).

Primeri iz prakse: predavanja in delavnice za starše v okviru Materinske šole, Šola za starše s sklopom srečanj za starše v vrtcih in šolah; Šola za starše v delovnih organizacijah, kjer dosežemo starše, ki se ne udeležujejo preventivnih programov v vrtcih in šolah; internetne strani za starše, tabori za starše, svetovalnice za starše.

- **Vrtec in šola** sta okolji, v katerih otrok preživi dobršen del dneva. Sta pomembni varovalni okolji, ki otroku in mladostniku poleg vzgoje in učenja omogočata socializacijo in pridobivanje življenjsko pomembnih veščin.

Kaže se potreba po izpopolnitvi veljavnih izobraževalnih programov, ki bodo poleg teoretičnih in faktografskih znanj, mlade opremili tudi s praktičnimi znanji za življenje. Zdravstveno vzgojne programe v šolah je potrebno prilagoditi značilnostim otrok in mladostnikov in njihovim potrebam in jih čim bolj vplesti v redni učni načrt. Glede na veliko razširjenost uporabe drog med mladimi, je o tej temi potrebno spregovoriti dovolj zgodaj, primerno starosti in sposobnosti dojemanja otrok. Otrokom in mladim je potrebno dati objektivne informacije o učinkih drog in jih spodbuditi k soočanju mnenj. Programi, v katerih so se mladim suhoporno predstavljalje vse droge in njihovi učinki, so preživeti, saj so dostikrat izpadli bolj kot reklama za droge. Pri delu z osnovnošolci in srednješolci je potrebno bolj kot do sedajupoštevati razlike v uporabi različnih drog glede na spol ter program šolanja in navezanost

na šolo in razmišljati tudi o ponudbi posebnih programov glede na te značilnosti.

Primeri iz prakse: programi dela z učenci in dijaki, ki jih izvajajo šole, programi Zdrave šole, programi Eko šole, program za krepitev samopodobe To sem jaz, program Mladinskih delavnic, program Sijem od zdravja, program za odvajanje od kajenja Proste roke – čista pljuča za srednjesolce in številni drugi.

- **Okolje, kjer otrok živi** naj otrokom in mladostnikom ponudi čim več izven šolskih aktivnosti ter programov.

Ti programi naj otrokom in mladostnikom omogočijo kreativno preživljvanje prostega časa, samopotrjevanje, razvoj skritih potencialov ter občutek potrebnosti in pomembnosti. Obisk teh programov je potrebno še posebej zagotoviti otrokom, ki izhajajo iz socialno šibkejših okolij, ter otrokom, ki so iz različnih razlogov prekinili šolanje v srednjih šolah, pri katerih je tveganje za zlorabo drog večje. Pri izvajanju programov v skupnosti je vloga občin neprecenljiva.

Primeri iz prakse: programi društev in nevladnih organizacij ter mladinskih in drugih centrov, programi športnih društev, program projektno učenje mladih (PUM), taborništvo, pomoč ostarelim, pomoč bolnim.

- Pri promociji zdravja ter posredovanju informacij o različnih tveganjih moramo bolj kot doslej izkoristiti **medije**, ki jih otroci in mladi najpogosteje uporabljajo.

68 % mladih je v naši raziskavi poročalo, da uporabljajo **internet** skoraj vsak dan. Internet širi obzorja, je učni pripomoček, vir zabave in virtualnega druženja. Internet pa mlademu človeku nastavlja tudi številne pasti, od branja tekstov s vprašljivimi in škodljivimi vsebinami do razvoja zasvojenosti z internetom.

Primer iz prakse: spletna stran tosemjaz.net. Na tej strani so mladostnikom na prijeten in hkrati strokovnen način predstavljene teme, pomembne v obdobju odraščanja. Spletne forum jim omogoča, da svoje dileme in težave zaupajo ekipi več kot 30 spletnih

svetovalcev – strokovnjakov različnih strok, ki odgovorijo na vsa vprašanja mladostnikov.

- **Izobraževanja strokovnjakov, ki delajo z otroki in mladino**

Vsi strokovnjaki, ki se pri svojem delu srečujejo z mladimi, potrebujejo stalna dodatna izobraževanja s področja tveganih vedenj mladih. Izobraževanja pedagoških, socialnih, zdravstvenih in drugih delavcev morajo biti usmerjena v povečanje občutljivosti za problematiko drog in zasvojenosti med mladimi ter seznanjanje z možnostmi za delo z učenci in dijaki na tem področju. Prav tako morajo biti usmerjena v zgodnje odkrivanje sprememb, ki kažejo na rabo drog, ter v pravočasno ukrepanje ter zagotavljanje optimalne pomoči.

Odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacija na področju rabe in zlorabe drog ter zasvojenosti

- Glede na paletu različnih problemov, ki jih prinaša raba drog na socialnem, zdravstvenem in na drugih področjih za posameznika in skupnost, je potrebno, da se v skupnosti zagotovi čim širša ponudba programov odkrivanja, zdravljenja in rehabilitacije uporabnikov drog. Na ta način bomo zmanjšali število posameznikov, ki bodo prepričeni sami sebi ali ulici in povečali možnost njihove rehabilitacije.
- Občine v regiji naj se povezujejo pri načrtovanju potreb po programih in pri njihovem izvajanju, saj je z ekonomskoga, pa tudi strokovnega vidika nemogoče, da bi vsaka skupnost ali večja občina izvajala vse programe.

Redno spremljanje in analiziranje stanja na področju razširjenosti rabe in zlorabe drog ter zasvojenosti v lokalnih okoljih

- Izpopolnjevanje informacijskih sistemov je potrebno spodbujati v vseh ustanovah, ki se srečujejo z omenjeno problematiko, tako na področju preprečevanja in zdravljenja, kot rehabilitacije.

- Na lokalnem, regijskem in nacionalnem nivoju je potrebno vzpostaviti formalne poti sodelovanja in izmenjave podatkov med različnimi izvajalci. Tako bodo ocene o razširjenosti pojava in potrebah za njegovo reševanje natančnejše in bodo v večji meri kot doslej spodbujale k medsektorskemu, interdisciplinarnemu povzovanju.
- Z ugotovitvami je na lokalnem nivoju potrebno letno in po potrebi izredno seznanjati občinske svete in druge pristojne ustanove.
- Za ugotavljanje stanja na tako občutljivem področju, kot je problematika drog, je redne vire informacij potrebno dopolnjevati s kvantitativnimi in kvalitativnimi raziskavami.

ZAKLJUČEK

Delo na področju preprečevanja zlorabe drog in zasvojenosti se zdi kot nikoli končana zgodba. Gledano globalno, trditev drži. Danes mladi morda bolj kot kdaj koli doslej živijo v svetu številnih možnosti, izbir in ponudbe, tudi drog. Kako se bodo vpletle v iskanja, je odvisno od številnih dejavnikov, katerih središče je posameznik. Predvsem od njega samega, njegovega odnosa do življenja ter odnosa in pričakovanj do drog bo odvisno, ali bo po njih sploh poseljal, ali jih bo le poizkusil, ali pa ga bodo popeljale v svet zasvojenosti. Nerealno bi bilo pričakovati, da se bodo problemi rešili le z zmanjševanjem ponudbe različnih drog. Le te bodo kljub intenzivnemu delu pristojnih ustanov še vedno na razpolago in kot kažejo trendi, se bodo pojavljale nove in nove substance, kot nadomestki za zadovoljevanje človekovih potreb in želja. Posameznik pa je vedno tudi del ožje in širše skupnosti, ki lahko v veliki meri poskrbi za ustvarjanje takšnih pogojev in okolij, ki bodo mladim omogočala razvoj v odgovorne osebnosti z dobro samopodobo brez potrebe po zlorabi drog in jim hkrati nudila ustrezno pomoč, ko bo le ta potrebna.

LITERATURA

1. Glasser W. Kontrolna teorija. Kako vzpostaviti učinkovito kontrolo nad svojim življenjem. Ljubljana: Taxus, 1994.
2. Nolimal D, Premik M. Nekateri socialnomedicinski vidiki zlorabe drog. Zdrav Vestn 1992; 61: 133–6.
3. Nolimal D. Odziv družbe na probleme alkohola in drugih drog. Alkohol, tobak in druge droge v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, 1995.
4. Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2004–2009 (ReNPPD), Uradni list RS, št. 28/2004.
5. Košir M. Nacionalni program na področju drog in razvoj modela LAS. V: Zbornik 7. nacionalne konference Lokalnih akcijskih skupin (LAS), Novo mesto, 3. november 2004. Ljubljana: Ministerstvo za zdravje, Urad za droge, 2005: 5–14.
6. A. Hočevar: O drogah drugače. Priročnik za starše in druge odrasle, ki so v stiku z mladimi, Ljubljana, 2006.

