



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**POUČENOST OSNOVNOŠOLCEV O VPLIVU
KAJENJA NA NASTANEK BOLEZNI**

**ELEMENTARY SCHOOL STUDENT'S
AWARENESS OF HOW SMOKING
INFLUENCES THE ONSET OF DISEASES**

Mentorica: dr. Saša Kadivec, viš. pred.

Kandidatka: Tina Slapar

Jesenice, oktober, 2014

ZAHVALA

Najlepše se zahvaljujem mentorici dr. Saši Kadivec, viš. pred., za ves trud, čas, strokovno pomoč, potrpežljivost in nasvete pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se ravnateljici OŠ Šenčur, Majdi Vehovec, ker mi je omogočila izvedbo raziskave, hvala pa tudi vsem sodelujočim učencem.

Zahvalila bi se doc. dr. Maji Sočan in Tanji Torkar, pred., za recenzijo diplomske naloge.

Zahvala gre tudi dr. Nini Modrijan, prof. slov., za skrbno lektoriranje diplomskega dela.

Rada pa bi se zahvalila tudi moji družini, še posebej mami in očetu, ki sta mi omogočila študij in mi z vsem potrpljenjem stala ob strani. Hvala babi Cvetki in bratu Alešu, ki sta vseskozi verjela vame in me spodbujala. Posebna zahvala gre mojemu partnerju Dejanu – za moralno podporo pri študiju in pomoč pri izdelavi diplomske naloge.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Kajenje je javnozdravstveni problem današnjega časa. Preventiva kajenja se začne že v otroškem in mladostniškem obdobju. Ključnega pomena, da otroci ne pričnejo kaditi v svoji zgodnji mladosti, je ozaveščanje o škodljivosti kajenja.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bilo raziskati, v kolikšni meri so osnovnošolci 6. in 9. razreda OŠ Šenčur poučeni o vplivu kajenja na nastanek bolezni.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Za raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik. Sodelovalo je 129 učencev, od tega 68 (52,7 %) učencev 6. razreda in 61 (47,3 %) učencev 9. razreda. Za analizo rezultatov je bil uporabljen program SPSS 22.0; pri opisni statistiki so bile izračunane najmanjša, največja in povprečna vrednost ter standardni odklon. Za razlike med spremenljivkami smo uporabili Hi-kvadrat, Fisher's exact test ter t-test.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da se učenci zavedajo škodljivosti kajenja, a smo v nadaljevanju raziskave ugotovili, da polovice bolezni, povezanih s kajenjem, ne poznajo. Ugotovili smo tudi, da obstajajo statistično pomembne razlike med 6. in 9. razredom. Učenci 9. razreda bolje poznajo bolezni, povezane s kajenjem ($p = 0,04 < 0,05$). Prav tako smo v raziskavi preverjali razliko skupnih trditev o posledicah kajenja na nastanek bolezni med učenci, ki kadijo (8, tj. 6,2 %) in učenci, ki so nekadilci (121, tj. 93,8 %). Ugotovili smo, da učenci, ki kadijo, statistično pomembno manj poznajo posledice kajenja oziroma vpliv le-tega na nastanek bolezni ($p = 0,00 < 0,01$).

Razprava: Učenci so poučeni o vplivih kajenja na nastanek bolezni, vendar so na nekaterih področjih še vedno premalo izobraženi. Raziskava je pokazala potrebo po dodatnih izobraževanjih – predvsem med učenci, ki kadijo, saj imajo le-ti najmanj znanja o škodljivosti kajenja. V prihodnosti bi bile potrebne nadaljnje raziskave o tej problematiki.

Ključne besede: kajenje, odvisnost, šolski otroci, zdravstvene posledice kajenja, preventiva

SUMMARY

Theoretical background: Smoking is a public health problem of our time. Smoking prevention begins in childhood and adolescence. Raising awareness is vital so that children do not start smoking in their early youth.

Objective: The aim of the thesis was to investigate the extent to which primary school children of 6th and 9th grade of the elementary school Šenčur are educated about the effects of smoking on the formation of the disease.

Method: The study was based on a descriptive quantitative research method. For the study, we used a questionnaire. The study involved 129 school children, of whom 68 (52.7%) were school children of the 6th grade and 61 (47.3%) were school children of the 9th grade. For the analysis of the results we used the program SPSS 22, with descriptive statistics that were calculated for minimum, maximum and average values and standard deviation. For the difference between the variables, we used Hi-square, Fisher's exact test and the t-test.

Results: The results showed that pupils are aware of the harmfulness of smoking, but in the continuation of the study we found that the school children were not familiar with half of the diseases associated with smoking. In this study, we found that there were statistically significant differences between the 6th and 9th grade. 9th grade school children are more aware of diseases associated with smoking ($p = 0,04 < 0,05$). We have also examined the differences in the survey, the common argument about the consequences of smoking on the formation of the disease among school children who smoke 8 (6.2%) and school children who are non-smokers 121 (93.8%). We found that school children who smoke are significantly less aware of the consequences of smoking on the formation of the disease ($p = 0,00 < 0,01$).

Discussion: School children are educated about the effects of smoking on the formation of the disease, but in some areas are still under-educated. The study showed the need for additional education, especially among school children who smoke because those have only a minimum of knowledge about the harmful effects of smoking. Further research in this area would be welcome in the future.

Keywords: smoking, addiction, school children, health consequences of smoking, prevention

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	KAJENJE.....	3
2.1.1	Učinki tobaka.....	3
2.1.2	Fizična odvisnost.....	4
2.1.3	Psihična odvisnost.....	4
2.1.4	Zdravstvene posledice kajenja.....	4
2.1.5	Maligne bolezni, povezane s kajenjem.....	5
2.1.6	Bolezni srca in ožilja.....	7
2.1.7	Bolezni dihal.....	7
2.2	KAJENJE IN MLADOSTNIK.....	8
2.2.1	Značilnosti kajenja med mladimi.....	8
2.2.2	Odnos mladostnikov do kajenja.....	10
2.2.3	Dejavniki, ki vplivajo na kajenje mladostnikov.....	11
2.2.4	Ukrepi za zmanjšanje kajenja med mladimi.....	13
2.3	PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREVENTIVA V OSNOVNIH ŠOLAH.....	14
2.3.1	Značilnosti mladostnika z vidika zdravega načina življenja.....	14
2.3.2	Program »Spodbujamo nekajenje«.....	15
2.3.3	Program »Vzgoja za nekajenje«.....	16
2.3.4	Projekt »O ₂ za vsakega«.....	16
2.3.5	Projekt »Zdrava šola«.....	16
3	EMPIRIČNI DEL.....	18
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	19
3.3.3	Opis vzorca.....	20

3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	21
3.4	REZULTATI.....	22
3.4.1	Rezultati drugega tematskega sklopa	22
3.5	RAZPRAVA.....	37
4	ZAKLJUČEK.....	42
5	LITERATURA.....	43
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Faze kajenja glede na vedenjske faze	9
Tabela 2: Test zanesljivosti za meritev znanja učencev o škodljivosti kajenja.....	20
Tabela 3: Opis vzorca	21
Tabela 4: Učinek cigarete na počutje	26
Tabela 5: Poznavanje strupenih in zdravju škodljivih snovi v cigareti	28
Tabela 6: Poznavanje zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje	30
Tabela 7: Trditve o posledicah aktivnega kajenja	31
Tabela 8: Trditve o pasivnem kajenju	32
Tabela 9: Razlika v poznavanju posameznih trditev o aktivnem kajenju	33
Tabela 10: Razlika v poznavanju posledic kajenja in vplivu le-tega na nastanek bolezni (med učenci 6. in 9. razreda)	34
Tabela 11: Razlika v poznavanju posameznih bolezni, ki se razvijejo kot posledice kajenja (med učenci 6. in 9. razreda).....	34
Tabela 12: Informacije o škodljivosti kajenja	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Število kadilcev in nekadilcev.....	22
Slika 2: Število pokajenih cigaret na dan	23
Slika 3: Kajenje staršev (skrbnikov).....	23
Slika 4: Kajenje prijateljev	24
Slika 5: Reakcija na ponujeno cigareto	24
Slika 6: Prvi stik s cigareto	25
Slika 7: Razlogi za začetek kajenja	25
Slika 8: Pogled učencev na kajenje	26
Slika 9: Mnenje učencev o škodljivem vplivu aktivnega kajenja na zdravje	27
Slika 10: Mnenje učencev o škodljivem vplivu pasivnega kajenja na zdravje	27
Slika 11: Smrtno nevarne snovi v cigareti.....	28
Slika 12: Poznavanje zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje	29
Slika 13: Seznanjenost o nevarnostih kajenja.....	37

1 UVOD

Včasih so bili prepričani, da zmerna količina kajenja blagodejno vpliva na človeški organizem, a je neizpodbitno dokazano, da tobačni dim, obogaten z več kot 4.000 strupenimi dodatki, zdravju škoduje. Med dodatki je več kot 60 sestavin za človeka dokazano rakotvornih (Novak Mlakar, 2007). Danes obstaja dovolj dokazov, ki potrjujejo vzročno povezavo med kajenjem in številnimi rakavimi obolenji. Od desetih bolnikov s pljučnim rakom je v povprečju od osem do devet kadilcev. Kajenje poveča tveganje za bolezni srca in ožilja in je vzročno povezano s koronarno srčno boleznijo in srčnim infarktom, možgansko kapjo, aterosklerozo in bolezenskim razširjenjem trebušne aorte. Kajenje je najpogostejši vzrok za nastanek kronične obstruktivne pljučne bolezni (v nadaljevanju KOPB). Pri kadilcu se pogosteje pojavljajo znaki, kot so kašelj, povečano izločanje sluzi in oteženo dihanje, pa tudi pogostejše in resnejše okužbe dihal, vključno s pljučnico. Kajenje privede do prezgodnjega in pospešenega upada pljučnih funkcij (Koprivnikar, 2009b). Tobačni dim ne prizanaša niti nekadilcem, ki so ga v bližini kadilcev primorani vdihovati proti svoji volji (Novak, Mlakar, 2007). Raba tobaka škoduje tako rekoč vsakemu organu v človeškem telesu (The Health Consequences of smoking, 2004). Nikotin spada med droge, ki povzročajo največjo odvisnost, saj vedenjski sistem spodbuja k boljšemu počutju in postane del običajne telesne kemije in ga, ko ga telo enkrat sprejme, potem tudi potrebuje za svoje delovanje (Glasser, 2007). Visoka obolevnost in smrtnost ljudi, ki kadijo, povzroča resne zdravstvene in ekonomske težave. Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju: SZO) ocenjuje, da bo v naslednjih 25 letih zaradi bolezni, povezanih z rabo tobaka, umrlo 150 milijonov sedaj živečih ljudi, če se bo ta trend nadaljeval (Čakš, 2004).

Največ ljudi začne kaditi v najstniških letih. Večina mladih kadilcev ve, da je kajenje škodljivo, vendar jih to ne ustavi pri razmišljanju, da bi prenehali s kajenjem ali pa sploh ne pričeli kaditi. Mladi mislijo, da kajenje povzroča težave z zdravjem v poznejših letih, ki se jim pri rosnih 15 oz. 16 letih zdijo še zelo daleč (Česar, Topolovec, 2009). Za mladostnika je kajenje posebej škodljivo zaradi hitre zasvojenosti od nikotina, ki lahko nastane že po prvih dneh ali tednih občasnega kajenja ter tako vodi do zasvojenosti v razmeroma kratkem času (DiFranza et al., 2007). Na svetu vsak dan na

tisoče mladih deklet in fantov prižge svojo prvo cigareto; za mnoge ta cigareta pomeni začetek odvisnosti in prezgodnjo smrt (Čeh, 2004). Številne organizacije poskušajo ozavestiti mladostnike o škodljivih učinkih kajenja in preprečiti zgodnji začetek uživanja tobaka. Število mladostnikov, ki kadijo, se povečuje, starostna meja pa se znižuje (Čakš, 2004). Če ne preprečimo začetka kajenja pri mladostnikih in posledic pasivnega kajenja ter spodbudimo opuščanje kajenja pri obstoječih kadilcih, se bo smrtnost iz leta v leto povečevala. Razlogov za uvajanje ukrepov za preprečevanje kajenja in zmanjševanje kajenja in pasivnega kajenja je torej veliko. Šola ima kot izobraževalna institucija veliko vlogo pri preprečevanju zgodnjega začetka kajenja pri mladostnikih (Koprivnikar, 2009b). Večina evropskih držav je sprejela zakonodajo, ki poskuša zmanjšati svobodo kajenja in dostopnost cigaret mladim ter omejiti oglaševanje tobaka. Tudi v Sloveniji smo sprejeli zakon, ki omejuje kajenje v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih ter prepoveduje prodajo tobačnih izdelkov osebam, mlajšim od 18 let (Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov, 2007).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 KAJENJE

Zgodovina tobaka in tobačnih izdelkov se za Evropejce začne 12. oktobra 1492, ko se je Krištof Kolumb izkrcał na enem od Bahamskih otokov. Ob izkrcanju so ga pozdravili domačini, ki so mu kot darilo dali velike posušene liste takrat še nepoznane rastline. Ob vrnitvi v Španijo je Kolumb poročal o tej čudni navadi na španskem dvoru. Prve rastline je leta 1556 v Evropo prinesel francoski misijonar Thevet, navado uživanja tobaka pa so prinesli mornarji, ki so redno prihajali v stik s tobakom. Kajenje se je po Evropi razširilo predvsem po zaslugi Jeana Nicota, po katerem je tobačna rastlina dobila ime *Herba Nicotiana*, njen glavni alkaloid pa nikotin. Nicot je redno poročal o veliki zdravilni moči te rastline – tobakovo zelišče so namreč imeli za rastlino, ki zdravi vse bolezni. Kmalu po razširitvi tobaka in posledično kajenja po Evropi so številni pisci začeli javno nasprotovati hvali tobaka. V 19. in 20. stoletju se je razvila tobačna industrija, z nastankom filmske industrije pa so se okrog leta 1940 pojavili tudi prvi oglasi, ki so prikazovali tobak kot vir užitkov (Župec, 2012).

2.1.1 Učinki tobaka

Tobak je rastlina, iz katere pridelujejo cigarete, cigare, žvečilni tobak in tobak za pipe ter njuhanje. Vitka in elegantna cigareta – pravimo ji simbol upornosti, svobodomiselnosti, boemstva, uglajenosti, stila in šarma – pa v sebi skriva vse prej kot omamne substance, v katerih bi želeli uživati bodisi kadilci bodisi nekadilci. V cigaretah je veliko škodljivih snovi, med katerimi so najpogostejši: butan, kadmij, amonijak, ogljikov monoksid, metan, katran, najbolj nevaren in škodljiv pa je nikotin, zlasti v tekoči obliki, saj že ena kapljica ali dve povzročita smrt. Prav tako se nikotin uporablja v poljedelstvu kot insekticid, v veterini za zatiranje parazitov, pri kadilcih pa povzroča psihično in fizično odvisnost (Kastelic, Mikulan, 2004; Novak Mlakar, 2007).

2.1.2 Fizična odvisnost

Nikotin je najpomembnejši alkaloid v tobaku in toksična snov, ki povzroča odvisnost. Absorbira se skozi pljuča, kožo in sluznice. Nikotin pride do možganov le v nekaj sekundah in zlahka preide skozi krvno možgansko pregrado ter vpliva na celo vrsto bioloških funkcij pri človeku. Deluje kot substanca za zasvojenost prek acetilholinskih receptorjev, ki pospešuje sproščanje različnih neurotransmiterjev oziroma nevroloških prenašalcev. Neurotransmiterji, ki so pomembni pri zasvojenosti z nikotinom in ki se najpogosteje sproščajo po vezavi nikotina na acetilholinske receptorje, so: dopamin, noradrenalin, acetilholin, serotonin, vazopresin, endorfin in glutamat. Nikotin je v telesu prisoten še od 6 do 8 ur po zaužitju, tako da se preko dneva razvija toleranca na nikotin, kar pomeni, da se učinek posamezne cigarete čez dan manjša. Nočna abstinenca od nikotina je dovolj, da se naslednji dan znova začne z večjo občutljivostjo na nikotinski učinek (Karan, 2003 povz. po Rus Makovec, 2005; Đokić, 2007).

2.1.3 Psihična odvisnost

Kajenje predstavlja pomemben del življenja kadilca, saj je del njegove dnevne rutine, zlasti v določenih situacijah in okoljih, npr. ob jutranji kavi, med odmori, po kosilu ipd. Kadar kadilec v tovrstnih situacijah in okoljih ne more kaditi, to občuti še posebej neprijetno. Takšnim situacijam in okoljem pravimo sprožilni dejavnik – sproži se namreč želja po kajenju. Prav premagovanje oziroma spreminjanje teh navad je lahko najtežje, psihične odvisnosti pa se kadilec najtežje odvadi, saj je kajenje del njegove dnevne rutine (Koprivnikar, 2008).

2.1.4 Zdravstvene posledice kajenja

Za razvoj bolezni in zdravstvenih težav, povezanih s kajenjem, sta pomembna trajanje kajenja (leta kajenja) in intenziteta rabe (število pokajenih cigaret). Zgodnejši začetek kajenja je povezan z obsežnejšim kajenjem in manjšo verjetnostjo, da bo prišlo do opustitve kajenja, torej vpliva tako na intenziteto kot na trajanje kajenja in povečuje tveganje za dolgoročne posledice kajenja. V ZDA so sredi 90. let prejšnjega stoletja

napovedali, da bo približno eden od treh mladostnikov, ki kadijo, zaradi kajenja umrl prezgodaj (Koprivnikar, 2009b).

Raba tobaka je v Sloveniji vodilni dejavnik tveganja za smrt. Je tudi vodilni dejavnik tveganja za izgubljena zdrava leta življenja zaradi prezgodnje smrti ter eden najpomembnejših dejavnikov tveganja za številne kronične bolezni (Vrdelja, 2013). Uporaba tobaka je dosegla razsežnost globalne epidemije, saj zaradi nje vsak dan umre skoraj 10.000 ljudi. Leta 2000 naj bi kajenje tobaka povzročilo 4,83 milijona smrti, od tega 2,41 milijona v razvitem svetu in 2,42 milijona v nerazvitem. Vsako leto zaradi bolezni, povezanih s kajenjem, umre 650.000 prebivalcev Evropske unije, od tega jih v Sloveniji vsako leto umre nekaj manj kot 3.000. To je skoraj dvakrat več kot skupaj predstavljajo smrti zaradi umorov, samomorov, prometnih nezgod, letalskih in železniških nesreč v domačem okolju, padcev, utopitev, zastrupitev, požarov, poplav in neurij. V Sloveniji so leta 2000 kadilci, ki umrejo zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, v povprečju umrli 16 let prej kot njihovi vrstniki, ki niso nikoli kadili. Zaradi bolezni, ki jih povzroča tobak, redni kadilci umirajo med 35. in 69. letom. Med začetkom kajenja in razvojem bolezni je dolgo latentno obdobje, ki traja od 25 do 30 let (Čeh, 2004; Koprivnikar, 2005; Peto et al., 2006; Đokić, 2007; Koprivnikar, 2008; 2010).

2.1.5 Maligne bolezni, povezane s kajenjem

Že dolgo znanemu seznamu rakov, povezanih s kajenjem, med katerimi so pljučni rak, rak grla, žrela, požiralnika, trebušne slinavke in sečnega mehurja, so dodali še nove, za katere doslej ni bilo dovolj dokazov, da so res vzročno povezani s kajenjem: rak nosnih in obnosnih votlin, želodčni, jetrni in ledvični rak, rak materničnega vratu, mieloična levkemija ter rak debelega črevesa in danke. Ne gre pa pozabiti, da tudi pasivno kajenje dokazano ogroža zdravje in povečuje nevarnost pljučnega raka (The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke, 2006).

Epidemiologi v ZDA in Evropi so že po letu 1920 začeli ugotavljati, da se zbolevanje za pljučnim rakom povečuje, vse do druge svetovne vojne pa niso bili prepričani, ali je

porast resnična. Pripisovali so ga boljšim diagnostičnim metodam, šele v 50. letih prejšnjega stoletja pa so začeli raziskovati, ali porast zbolevanja lahko pripišejo kajenju cigaret ter onesnaženosti ozračja. Pljučni rak je najpogostejši rak na svetu in najpogostejši vzrok smrti za rakom pri moških. Pri ženskah ga je manj, vendar pri obeh spolih skupaj zavzema prvo mesto po zbolelosti in umrljivosti za rakom. Incidenca je največja v Severni Ameriki in Evropi, najmanjša pa v Afriki in Južni Aziji (Primic Žakelj, Žagar, 2012). Za leto 2008 je bilo ocenjeno, da je za pljučnim rakom po svetu zbolelo več kot 1.607.000 ljudi, umrlo pa več kot 1.375.000 ljudi (Ferlay et al., 2010). Časovni trend pogostejših rakov pri moških kaže, da se je incidenčna stopnja pljučnega raka večala vse do začetka 90. let prejšnjega stoletja, v zadnjih letih pa se postopno manjša. V Sloveniji je bilo leta 2008 registriranih 896 novih primerov te bolezni, leta 2010 pa je bilo registriranih 861 moških pacientov s pljučnim rakom. Pri ženskah se večajo incidenčne stopnje pljučnega raka – leta 2008 in 2010 je bil pljučni rak v Sloveniji po pogostosti glede na druge vrste raka že na četrtem mestu. Leta 2008 je bilo namreč registriranih 310 novih primerov, leta 2010 pa je bilo med ženskami registriranih kar 75 primerov več kot leta 2008 (Primic Žakelj, Žagar, 2012; Rak v Sloveniji, 2013). Relativno tveganje za smrt zaradi malignega obolenja pljuč je močno povezano s količino pokajenih cigaret. Smrt zaradi raka na pljučih je 22-krat verjetnejša za tiste paciente, ki več kot šest let pokadijo 20 cigaret na dan, kot med pacienti, ki niso nikdar kadili. Tveganje pa se poveča na 45-krat med tistimi pacienti, ki več kot šest let pokadijo več kot 41 cigaret na dan (Kamholz, 2004). Začetek kajenja pri zgodnejši starosti poveča število let kajenja in posledično tveganje za razvoj pljučnega raka. Če velja, da je izpostavljenost tobačnemu dimu v času pred dokončanim razvojem kritično obdobje povečanega in neodvisnega tveganja za razvoj raka pljuč, potem ima lahko že eno- ali dveletni zamik starosti ob začetku kajenja pri mladostniku pomembne učinke na tveganje za razvoj pljučnega raka (Koprivnikar, 2009b).

Maligno obolenje pljuč, ki nastane zaradi kajenja, je najpogostejši vzrok smrti pri kadilcih in v 90 % nastane kot posledica kajenja cigaret. Nič manj nevarno od kajenja cigaret ni kajenje cigar in pip. Prenehanje kajenja v kateri koli starosti zmanjša možnost nastanka tega obolenja (Kamholz, 2004).

2.1.6 Bolezni srca in ožilja

Bolezni srca in ožilja so v razvitih deželah, vključno s Slovenijo, že desetletja vodilni vzrok (prezgodnje) umrljivosti in pomemben vzrok invalidnosti. Raziskovalci so ugotovili pomembno povezanost med pokajeno količino cigaret in porastom dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni. Več kot eno od desetih srčno-žilnih smrti na svetu je mogoče pripisati kajenju, prav tako tudi skoraj vsako četrto možgansko kap. Ključno priložnost za javnozdravstveno ukrepanje predstavlja dejstvo, da je večina dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni povezana z nezdravim vedenjskim slogom, ki ga je mogoče spremeniti. Eden izmed dejavnikov tveganja je kajenje (Kamholz, 2004; Marinšek, 2012; Magajne 2013).

Vse več ljudi živi stresno življenje in se nezdravo prehranjuje, kar slabo vpliva na žile in srce, kajenje pa stvari še dodatno poslabša. Da je kajenje eden glavnih dejavnikov za nastanek bolezni srca in ožilja, je neizpodbitno dokazano (Štumfl, 2013).

2.1.7 Bolezni dihal

Tobačni dim iz okolja zelo draži sluznico dihal. Z eno samo cigareto kadilec povleče v pljuča skoraj 30 milijonov mikroskopsko majhnih sajastih delcev, ki sestavljajo katran. Kadilci imajo slabšo odpornost dihal in v večji meri obolevajo za prehladnimi obolenji. Tobačni dim s svojimi sestavinami deluje na aktivnost migetalk v dihalih, da jih upočasni, zato v dihalih zastaja več sluzi, ki se naberejo zlasti ponoči. To je vzrok, da kadilec zjutraj redno izkašljeje (kadilski katran). Med bolezni dihal, povezanih s kajenjem, uvrščamo: bronhitis, kronični bronhitis, emfizem, emfiziemske bule ter KOPB, ki ga v svetovnih statistikah uvrščajo na četrto mesto med vzroki za smrt v razvitem svetu. Po ocenah strokovnjakov je v Sloveniji vsaj 50 tisoč pacientov s KOPB. Med njimi je kar 15 tisoč pacientov, pri katerih je delovanje pljuč že močno okvarjeno. Hudo motnjo dihanja, zaradi katere v pacientovi krvi že primanjkuje kisika, ima približno 1.400 pacientov, približno 800 pacientov pa potrebuje trajno zdravljenje s kisikom. Začetna bolezen je običajno spregledana. Ena poglavitnih nalog SZO je

pravočasno odkrivanje te bolezni. Večina pacientov s KOPB je kadilcev (več kot 95 %). (Sever, Vidovič, 2007; Ustar Latković, 2007; Rotar Pavlič, 2008).

Raziskave kažejo, da je pri otrocih in mladostnikih, ki pokadijo vsaj eno cigareto tedensko ali več, kajenje vzrok za respiratorne simptome, in sicer kašelj, povečano tvorbo sluzi, sopenje in težko dihanje. Ti simptomi se lahko pojavijo že v zgodnji starosti, tj. okrog 11 let in pol. Kajenje zmanjšuje pljučno funkcijo in upočasnjuje rast pljuč. Škodljivi učinki kajenja se lahko pojavijo že pri starosti 14 let in eno leto po začetku kajenja vsaj 10 cigaret na teden, še posebej pri mladostnikih z anamnezo respiratorne bolezni, predvsem pa so občutljivi mladostniki z astmo. Kajenje je vzročno povezano z zgodnjim začetkom upada pljučnih funkcij v pozni adolescenci in zgodnji odrasli dobi (Koprivnikar, 2009b).

2.2 KAJENJE IN MLADOSTNIK

V vseh obdobjih človekove zgodovine in kulture je bilo odraščanje odvisno od vrednot tedanjega časa. Spremembe v današnjem času se močno odražajo tudi na mladih in njihovem razvoju. Razvoj mladega človeka gre kljub temu po zakonitostih, zato jim je potrebno prisluhniti glede na čas, v katerem živimo. Današnja mladina ima bistveno več težav pri odraščanju in pogosteje potrebuje pomoč za izhod iz njih. Obdobje mladostništva je namreč obdobje izgradnje posameznikove identitete. V veliki meri je mladostnik zaznamovan s preizkušanjem različnih vzorcev vedenja, izpostavljeni so številnim negativnim vplivom, zanje so tudi najbolj dojemljivi, pogosto pa se nanje odzovejo pretirano in občutljivo ter so preprosto nezadovoljni sami s seboj. Večina rednih kadilcev (90 %) začne s kajenjem že v mladosti (Šaponja, 2006; Kališnik Šavli, 2009; Panič, 2011).

2.2.1 Značilnosti kajenja med mladimi

Kajenje med mladostniki se razlikuje od kajenja med odraslimi. Kadilske navade mladostnikov se še razvijajo, spreminjajo in so glede pogostosti, obsega in drugih značilnosti raznolike ter v nasprotju z najpogosteje rednimi in utrjenimi kadilskimi

navadami odraslih. Kajenje mladostnikov najpogosteje opisujemo kot prehod skozi različne vedenjske faze (Koprivnikar, 2009b; Koprivnikar, 2012).

Tabela 1: Faze kajenja glede na vedenjske faze

Faza	Definicija	Kazalnik
1. Ne kadi FAZA PRIPRAVE		»Dovzetnost« za kajenje.
1.a – Ne kadi in ne razmišlja o kajenju.	Nekadilec, ki ne razmišlja o kajenju oziroma ne namerava kaditi.	
1.b – Ne kadi, a razmišlja o kajenju.	Nekadilec, ki razmišlja o kajenju; v tej fazi se oblikujejo prepričanja in stališča, občutljivost za vpliv vrstnikov.	
2. Poskusil kaditi FAZA INCIACIJE		Poskusil je kaditi, in sicer največ eno do dve cigareti.
	Mladostnik je že poskušal kaditi, ni pa pokadil več kot ene ali dveh cigaret. V zadnjem letu ni kadil.	
3. Eksperimentira s kajenjem FAZA EKSPERIMETRIRANJA		Kadil je več kot enkrat, manj pogosto kot mesečno ali tedensko. Pokadil je več kot eno cigareto in najverjetneje manj kot 100 cigaret v celotnem življenju.
	Ponavljajoče se, a neredno kajenje. Kadi občasno, ne namerava postati reden kadilec. Pogostost kajenja postopno narašča. Poudarja predvsem pozitivne vidike kajenja, čeprav pri kajenju sploh ne uživa. Glede kajenja v prihodnje se še ni odločil. Uči se kaditi. Kadi v posebnih situacijah (zabave) ali s posebno osebo (najboljši prijatelj).	
4. Kadi redno FAZA REDNEGA KAJENJA		Kadi vsaj tedensko ali pogosteje. Pokadil je več kot 100 cigaret v celotnem življenju.
	Kadi vsaj tedensko, vendar ne vsak dan. Kadi v številnih situacijah.	
5. Kadi vsak dan FAZA ZASVOJENOSTI IN UTRJENEGA KAJENJA		Kadi vsak dan ali skoraj vsak dan.
	Kadi vsak dan ali skoraj vsak dan. V določenih situacijah lahko pokadi zelo veliko. Intenziteta kajenja kaže na zasvojenost, značilna je fiziološka potreba po nikotinu. Ko ne kadi, se pojavljajo odtegnitveni simptomi.	

Vir: Koprivnikar (2009b)

Glede na posamezne raziskave naj bi bilo okoli 75 % mladostnikov, ki so v preteklosti že poskusili kaditi, a trenutno ne kadijo redno – so v fazi, ko kajenja sicer ne načrtujejo, vendar njihova odločitev glede tega ni trdna. Za začetno obdobje kajenja je lahko morda značilno nenačrtovano vedenje glede kajenja. Po začetku kajenja in eksperimentiranja

pa mladostniki morda pogosteje razmišljajo o kajenju (tehtanje o prednostih in slabostih kajenja, nenačrtovanega rednega kajenja itd.). Ni razloga za sklepanje, da so isti dejavniki, ki so pomembni za začetek kajenja, pomembni tudi pri vzdrževanju kajenja oziroma v prehodih med fazami (Koprivnikar, 2009b).

2.2.2 Odnos mladostnikov do kajenja

V svetu poteka več mednarodnih raziskav, npr. Global Youth Tobacco Survey (v nadaljevanju: GYTS), European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (v nadaljevanju: ESPAD), ki preučujejo odnos mladih do kajenja in poskušajo razjasniti problematiko uporabe tobačnih izdelkov med mladostniki. Rezultati raziskav dajejo pomembne podatke o vedenju mladostnikov, ki jih lahko sodelujoče države uporabijo v svojih prizadevanjih za zmanjševanje razširjenosti kajenja med mladimi (Pečar, 2008).

Raziskava GYTS je največja raziskava o odnosu mladih do kajenja, ki poteka v več kot 150 državah po svetu in daje pomembne podatke o problematiki kajenja med mladimi v različnih državah. Raziskava poteka pod okriljem SZO v šestih svetovnih regijah: afriški, vzhodnomediterranski, evropski, zahodnopacifiški, ameriški in jugovzhodnoazijski. Raziskava vključuje mlade, ki so stari od 13 do 15 let. V Sloveniji raziskava poteka od leta 2003 in je bila doslej izvedena v letih 2003, 2007 ter 2011. Rezultati raziskave GYTS, ki je bila izvedena leta 2007, za Slovenijo kažejo, da mladi že v svoji zgodnji mladosti začnejo posegati po cigaretah. Leta 2007 jih je kadila skoraj četrtina, od tega več kot 10 % redno, več kot 20 % pa jih meni, da bodo v naslednjem letu verjetno pokadili kakšno cigareto (Global Youth Tobacco Survey, 2007). Pečar (2008) je v svoji magistrski nalogi primerjala raziskavo GYTS, ki je potekala v Sloveniji leta 2003 in leta 2007. Ugotovila je, da se v Sloveniji razširjenost kajenja postopno zmanjšuje. Delež mladih, ki poskusijo kaditi v zgodnji mladosti, se je zmanjšal. Zmanjšal se je tudi delež občasnih kadilcev, medtem ko se je delež rednih kadilcev povečal.

2.2.3 Dejavniki, ki vplivajo na kajenje mladostnikov

Najpogostejši dejavniki, ki vplivajo na začetek kajenja mladostnikov, so: radovednost, saj je prepovedani sad še vedno najslajši; vpliv okolja in družbe; slaba osveščenost o posledicah kajenja; želja po odraslosti; dokazovanje enakopravnosti; postavljanje pred vrstniki; uveljavljanje; protest proti odraslim, ki kajenju odločno nasprotujejo; možnost za rešitev stisk, ki jo mladi kadilci vidijo v cigaretah. Med njimi so odločilni tisti, ki mlade privedejo do prve cigarete. To so predvsem socialni vplivi, učenje po modelu in neodvisnost oziroma odvisnost od skupine, ki ji otrok pripada ali želi pripadati. Pogosto začetek kajenja pogojuje prepletanje več vzrokov hkrati (Brus, 2004).

Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na pojav kajenja pri mladostniku, so:

- Vpliv staršev: starši imajo pomemben vpliv na kajenje mladostnika, in sicer vplivajo prek zgledov z lastnim (ne)kajenjem, s svojimi sporočili in pravili o kajenju ter s slogom vzgoje (Koprivnikar, 2009b). Morgenstern, Wiborg in Hanewinkel (2007) v svoji raziskavi ugotavljajo, da lahko starši – če imajo negativen pogled na kajenje in če so ozaveščeni o tveganju za nastanek bolezni, povezanih s kajenjem – pozitivno vplivajo na svoje otroke. Veliko staršev pa tega znanja ne zna uporabiti ter ga ne izvaja, predvsem zaradi napačnega občutka odgovornosti. V svoji raziskavi tudi ugotavljajo, da je eden izmed glavnih razlogov za začetek kajenja odraščanje v gospodinjstvu, kjer kadi najmanj en starš. Brus (2004) ugotavlja, da mlade pogosto zanima, zakaj odrasli kadijo, hkrati pa ne pustijo kaditi tudi njim. Odrasli delajo napako, ko s cigareto v roki, ob kateri neizmerno uživajo, otrokom zabičajo, da oni tega ne smejo početi. Zelo težko jim je kasneje pojasniti, zakaj kajenje ni primerno, saj otrokom večinoma ni mar, če jim starši govorijo o raku, boleznih srca in ožilja ter o drugih posledicah, ki jih bodo občutili šele čez 10 let.
- Vpliv vrstnikov: povezava med vplivom vrstnikov in kajenjem pri mladostniku je ena najbolj dokazanih. Kajenje vrstnikov je eden najbolj doslednih napovedovalcev kajenja pri mladostniku – tako za začetek kajenja,

eksperimentiranja, kot tudi za trenutno kajenje. Vrstniki lahko mladostnika spodbudijo h kajenju ali ga od njega odvrnejo. Mladostniki pogosto kadijo v družbi in kajenje uporabljajo za to, da dosežejo pripadnost določeni družbi. Mladostniki, ki kadijo, se torej družijo in posledično precenjujejo obseg kajenja v svoji starostni skupini ter imajo popačeno sliko o tem, kaj je družbeno sprejemljivo vedenje. Vpliv vrstnikov je dejansko bolj subtilen, kot si pogosto mislimo. Mladostniki le redko poročajo o neposrednem pritisku vrstnikov, naj kadijo. Dejansko gre bolj za občutek pripadnosti ali sprejetosti v skupini vrstnikov, ki kadijo, oziroma za zaznavanje, da je kajenje razširjeno in družbeno sprejemljivo ter da je to način povezovanja z vrstniki (Koprivnikar, 2009b).

- Vpliv šole: šola ima kot vzgojno-izobraževalna institucija veliko vlogo pri preprečevanju zgodnjega začetka kajenja pri mladostniku. Ti se morajo v šoli poučiti o odvisnosti, ki jo povzroča nikotin, o škodljivih snoveh v cigareti in o zdravstvenih posledicah kajenja. Mlade je težko prepričati, naj ne kadijo zaradi dolgoročnih posledic kajenja, ki lahko nastanejo čez 10, 20 let, lahko pa jih šolski delavci poučijo o obarvanosti zob, slabem zadahu, rumenih prstih in zmanjšani plodnosti tako pri fantih kot dekletih (Barnett et al., 2007).
- Vpliv medijev: mediji imajo pomembno vlogo pri osveščanju mladih o škodljivosti kajenja. V času dobro razvitega in vsem dostopnega spleta lahko mladi dobijo ogromno informacij. Če na informacijskem portalu Google vtipkamo besedi »kajenje« in »mladi«, se prikaže 95.400 zadetkov. Odkar je z zakonom prepovedano oglaševanje tobačnih izdelkov, so mediji prevzeli aktivno vlogo pri osveščanju o škodljivosti kajenja, tobačna industrija pa išče poti, kako priti do novih porabnikov, predvsem med mladimi (Pečar, 2008). V Nemčiji je leta 2010 potekala raziskava na portalu YouTube. S pomočjo kategorije »najbolj gledano« so izbrali 168 posnetkov in opravili analizo. 71 % videoposnetkov je kajenju dalo pozitivno sliko, le 4 % pa negativno, ostalih 25 % je bilo nevtralnih. Znanstveniki so prišli do zaključka, da tobačna industrija z marketingom profilira brez skrbi, da bi kršili zakone. V tej raziskavi je prikazan jasen učinek,

kako si tobačna industrija utira oziroma išče poti do novih uporabnikov (Elking, 2010).

2.2.4 Ukrepi za zmanjšanje kajenja med mladimi

S preprečevanjem kajenja naj bi začeli čim prej, že pri bodočih starših, pri mladostnikih pa pred začetkom kajenja, saj je pravočasno ukrepanje v tem obdobju učinkovitejše kot poznejše. Mednarodne izkušnje kažejo, da mladi kadilci ponavadi niso zainteresirani za sodelovanje v intervencijah opuščanja kajenja. Še vedno jih več kot 80 % verjame, da lahko kajenje opustijo sami in da zunanja pomoč, razen pomoč prijateljev, ni potrebna (Slovenska zveza za tobačno kontrolo in javno zdravje, 2010; Koprivnikar, 2011).

Da bi mlade spodbudili k opustitvi kajenja, mora biti oblikovano družbeno okolje, ki spodbuja opuščanje kajenja. Eden izmed najbolj pomembnih ukrepov za spremembo družbenega okolja je sprejem celovite politike na področju nadzora nad tobakom (Slovenska zveza za tobačno kontrolo in javno zdravje, 2010). Zvišanje stopnje obdavčitve in s tem cen tobačnih izdelkov je najučinkovitejša sestavina celovitih programov nadzora nad tobakom in glede na stroške najbolj učinkovit ukrep. Davki so stroškovno najučinkovitejši ukrep za zmanjšanje porabe tobaka, pomembni pa so tudi drugi ukrepi za zmanjšanje kadilcev. Nova Direktiva o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proviziji, predstavitvi in prodaji tobačnih izdelkov je stopila v veljavo 19. maja 2014 na pobudo Evropske komisije. Med drugim uvaja prepoved značilnih okusov cigaret (npr. mentol ali vanilija), velika slikovna zdravstvena opozorila, ki bodo morala prekrivati 65 odstotkov sprednje in zadnje strani cigaretnih škatlic, strožje ukrepe za preprečevanje ponarejanja in nezakonite trgovine s tobačnimi izdelki, možnost prepovedi čezmejne prodaje tobačnih izdelkov na daljavo, obveščanje o novih tobačnih izdelkih in o vsebnosti tobačnih in sorodnih izdelkov, ureja pa tudi področje elektronskih cigaret in zeliščnih izdelkov za kajenje. Poleg ukrepov, ki jih uvaja nova direktiva, pa so pomembni tudi drugi učinkoviti ukrepi za nadzor nad tobakom, med drugim: popolna prepoved oglaševanja, promocije in razstavljanja tobačnih izdelkov tudi na prodajnih mestih, specializirane trgovine ali licenciranje prodajalcev tobačnih izdelkov, nadaljnje višanje cen tobačnih izdelkov ter uporaba dela

sredstev od tobačnih trošarin za programe preprečevanja in opuščanja kajenja. Naštete ukrepe po podatkih nedavno izvedene javnomnenjske raziskave podpira velika večina Slovencev in Slovencev (Blažko, 2014; Koprivnikar, 2014).

2.3 PROMOCIJA ZDRAVJA IN PREVENTIVA V OSNOVNIH ŠOLAH

Varovanje in krepitev zdravja sta v okviru vzgojno-izobraževalnega sistema izrednega pomena in lahko pomembno prispevata k boljšemu zdravju in kakovosti življenja šolarjev in dijakov. Ukrepi in aktivnosti, ki so posredovani v šolskem okolju, so dosegljivi celotni populaciji mladih in je zato večja možnost za preventivo zdravju škodljivih razvad pri mladih, ki le-teh še niso prevzeli. Namen tovrstnih programov je, da otroci in mladi glede na razvojno obdobje osvojijo kompetence za zdrav življenjski slog, veščine za uporabo znanj o zdravju in o oblikovanju možnosti za njihovo uporabo v šoli, doma in kasneje pri svojem življenju in delu (Štumfl, 2013).

2.3.1 Značilnosti mladostnika z vidika zdravega načina življenja

Čeprav mladi v slovenski družbi predstavljajo manjši delež (manj kot eno petino prebivalstva, tj. 18 %), jim mora družba posvečati posebno pozornost. Razlogov za to je več. Eden iz med njih je dejstvo, da so mladi prihodnost in steber vsake družbe. V mladostništvu se oblikujejo življenjski slog in glavne navade, ki posameznika zaznamujejo vse življenje in vplivajo na potek njegovega življenja, kakovost življenja, uspešnost in tudi na zdravje. Zdravje otrok in mladostnikov je pomemben napovednik zdravja odraslih in celotne populacije, po drugi strani pa je povezano z doseganjem razvojnih nalog mladostništva ter tudi z uspehom v šoli, z odnosi s starši in vrstniki itn. Dobro zdravje mladih je tako osnova za dobro zdravje odraslih in dolgoročni ekonomski razvoj družbe in blagostanje (Jeriček Klanšček et al., 2012).

Mednarodno poročilo, ki ga je izdal Regionalni urad za Evropo SZO, prinaša zadnje podatke raziskave Health and Health Behavior in School-Aged Children (HBSC). Preučevali so z zdravjem povezano vedenje mladih v šolskem obdobju 2010, in sicer v 39 državah Evrope in Severne Amerike, med katerimi je tudi Slovenija. Osredotočili so

se na zdravje, vedenja, povezana z zdravjem, socialni kontekst in tvegana vedenja med 11-, 13- in 15-letniki. Raziskava se izvaja vsake štiri leta, Slovenija pa je vanjo vključena od leta 2001 (Mednarodno poročilo Socialne determinante zdravja, 2012).

Slovenija je leta 2010 v raziskavo vključila 5.436 mladostnikov, starih 11, 13 ali 15 let. Ugotovitve slovenskega poročila kažejo, da med spoloma in po starosti obstajajo pomembne razlike in da so mladostniki iz revnejših družin slabše ocenjevali svoje zdravje. Sistematične razlike med spoloma, starostmi in socialno-ekonomskim položajem ustvarjajo neenakosti v zdravju, ki kličejo po ustreznem mednarodnem in nacionalnem ukrepanju in aktivnostih. V raziskavi so podali mnenje, da bi bila ključna usmeritev na določilnice zdravja z namenom omogočiti mladim, da izboljšajo svoje sedanje in prihodnje zdravje in da se neenakosti ne nadaljujejo v odraslosti z vsemi negativnimi posledicami, ki jih lahko prinesejo za človeški in družbeni razvoj (ibid.).

2.3.2 Program »Spodbujamo nekajenje«

Program »Spodbujamo nekajenje« so pripravili strokovnjaki Inštituta za varovanje zdravja RS in Društva pljučnih in alergijskih bolnikov ter je prvi tovrsten program v Sloveniji. Cilji programa so povečati znanje in oblikovati pozitivna stališča do zdravih navad in nekajenja oziroma spodbujati negativno stališče do kajenja, zvišati starost ob iniciaciji kajenja, vplivati na pozitivno samopodobo nekadilca, učence opozoriti na kritične trenutke za odločanje o kajenju ter jih naučiti, da le-te prepoznavajo in se nanje ustrezno odzivajo. Program poteka od 4. do 9. razreda devetletke, torej 6 let, in sicer 7-krat po eno šolsko uro na teden. Vsako leto je posvečeno različnim temam, ki so prilagojene starosti učencev (Latkovič et al., 2000 povz. po Koprivnikar, 2009a).

2.3.3 Program »Vzgoja za nekajenje«

Namen programa je povezovanje otrok, njihovih staršev, učiteljev in zdravstvenih delavcev s skupnim ciljem – preprečiti začetek kajenja in se izogniti nepotrebnim zdravstvenim težavam. Rdeča nit vsebine programa je nekajenje, ki se večkrat na neprisiljen in drugačen način ponovi. Program se prične, še preden se otroci srečajo s cigareto in vključuje vse pomembne osebe, s katerimi otroci preživijo največ časa. Zdravstveno-vzgojni program je zasnovan kot aktivna metoda dela, ki traja štiri leta in se vsako leto nadgrajuje. Cilji programa »Vzgoja za nekajenje«, ki se nanašajo na otroke in starše, so: zmanjšanje deleža začetka kajenja med mladostniki, zmanjšanje pasivnega kajenja, osveščanje staršev in oblikovanje argumentov za nekajenje (Mesarič, 2004, 2009).

2.3.4 Projekt »O₂ za vsakega«

Brez izgovora Slovenija je mladinska organizacija v javnem interesu, ki stremi k pozitivni družbeni spremembi in osebni rasti mladih. S pomočjo neformalnega izobraževanja mlade spodbujajo k aktivaciji sovrstnikov. Organizacija preko različnih projektov promovira in zagovarja trajnostni razvoj, zdrav življenjski slog in aktivno državljanstvo mladih. Na področju tobaka organizacija deluje že od leta 2006. Kot prvi je nastal projekt »O₂ za vsakega«, ki je mladinsko razvit in voden projekt, s katerim želijo mlade ozavestiti o posledicah aktivnega in pasivnega kajenja ter o nemoralnih prijemih tobačne industrije. Namen projekta je pri mladih vzbuditi slabo vest: ker kot kadilci zastupljajo sebe in okolico; ker kot nekadilci ne opozarjajo okolice, da jih dim moti oz. zastuplja; in ker v svoji družbi ne promovirajo ideje zdravega načina življenja brez cigarete (Mladinsko združenje Brez izgovora, 2014).

2.3.5 Projekt »Zdrava šola«

Koncept mreže šol, ki promovirajo zdravje, se je razvil že v 80. letih prejšnjega stoletja. K temu so pripomogli strokovnjaki SZO, Sveta Evrope in Evropske komisije, ki so se zavedali, da lahko načrtno in sistematično zasnovani programi pomembno vplivajo na

zadovoljstvo učencev, njihovo samopodobo, vedenje v zvezi z zdravjem, odnos do zdravja in življenja nasploh. Oblikovala se je Evropska mreža zdravih šol – mreža SHE (Schools for Health in Europe), ki se odziva na težave v zvezi z zdravjem otrok in mladostnikov. Zdrave šole delujejo celostno. Od oktobra 2011 v slovenski mreži zdravih šol sodeluje že 324 ustanov. Glavni cilj projekta je, da šola vključi promocijo zdravja v vse vidike vsakodnevnega življenja, tako v formalni učni načrt kot tudi v skriti učni načrt. Z namenom preprečevanja raznih vrst zasvojenosti so na šolah v šolskem letu 2009/2010 potekali naslednji projekti: »Zdravo živim, ne kadim«, »Cigareto? Ne!«, »Spodbujamo nekajenje«. Učenci so podpisali slovensko zaobljubo nekajenju, organizirali so tudi predavanja in izobraževanja o tobaku (Slovenska mreža zdravih šol, 2012).

Na tisoče ur, ki jih otroci med šolanjem preživijo v šoli, je sijajna priložnost, da z načrtovanimi in usmerjenimi dejavnostmi za krepitev zdravja lahko vplivamo na bolj zdrav življenjski slog in posledično na večje zdravje otrok, mladostnikov ter kasneje odraslih ljudi (ibid.).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kolikšna je poučenost osnovnošolcev o vplivu kajenja na nastanek bolezni. Predvsem želimo ugotoviti, kakšno je njihovo znanje o kajenju ter koliko so poučeni o sami škodljivosti kajenja. Želimo tudi ugotoviti, kakšno je znanje osnovnošolcev na tem področju ter koliko jih že kadi.

Cilji diplomskega dela:

- 1 Ugotoviti, koliko odstotkov anketiranih osnovnošolcev kadi.
- 2 Ugotoviti, zaradi katerih dejavnikov osnovnošolci pričnejo kaditi.
- 3 Ugotoviti, na kakšen način so osnovnošolci osveščeni o škodljivostih kajenja.
- 4 Ugotoviti, kolikšno znanje imajo osnovnošolci o vplivu pasivnega in aktivnega kajenja na nastanek bolezni.
- 5 Ugotoviti razliko v poznavanju škodljivosti kajenja med osnovnošolci 6. razreda ter 9. razreda.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane tuje in domače literature ter na osnovi zastavljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

- 1 Kolikšen odstotek osnovnošolcev kadi?
- 2 Kdaj so osnovnošolci pridobili prve izkušnje s kajenjem?
- 3 Zakaj so se osnovnošolci odločili za kajenje?
- 4 Kako dobro so osnovnošolci ozaveščeni/poučeni o posledicah škodljivosti aktivnega in pasivnega kajenja?
- 5 Kakšne so razlike med učenci 6. in 9. razreda v poznavanju posledic kajenja in vplivu le-tega na nastanek bolezni?
- 6 Kje osnovnošolci pridobijo največ informacij o škodljivosti kajenja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je potekala od aprila 2014 do maja 2014 v OŠ Šenčur. Uporabljena je bila tehnika zbiranja podatkov z anketo, ki je bila namenjena učencem 6. in 9. razreda. Pri tem je bila zagotovljena popolna anonimnost vseh anketirancev. Anketiranje učencev je bilo izvedeno z anketnim vprašalnikom, ki smo ga sestavili na podlagi preučene tuje in slovenske strokovne literature – tj. dostopne strokovne in znanstvene literature v slovenskem, angleškem in nemškem jeziku. Literaturo smo poiskali s pomočjo tujih bibliografskih baz, kot so Medline, CINAHL, Pub Med in Springer Link. Za iskanje slovenske literature pa smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed oziroma besednih zvez v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo naše diplomske naloge: kajenje, odvisnost, šolski otroci, zdravstvene posledice kajenja, preventiva. V angleškem jeziku smo iskali besede/besedne zveze: smoking, dependence, school children, health consequences of smoking, prevention; v nemškem jeziku pa besede/besedne zveze: rauchen, Abhängigkeit, Schulkindern, gesundheitlichen Folgen des Rauchens, Vorbeugung.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskavo smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, namenjen učencem 6. in 9. razreda OŠ Šenčur, ki je bil pripravljen na osnovi pregleda literature (Koprivnikar, 2009b; Elking, 2010; Vrdelja, 2013) in že opravljenih raziskav o škodljivostih kajenja med osnovnošolskimi otroki (Morgenstern et al., 2007; Panič, 2011; Štumfl, 2013; Zadavec, 2012), ki opisujejo škodljivost kajenja ter predstavljajo poučenost osnovnošolcev o boleznih, ki so povezane s kajenjem. Raziskovalni instrument je bil sestavljen iz dveh delov. Prvi sklop vprašanj zajema demografske podatke osnovnošolcev, kot so starost, spol in razred, ki ga obiskujejo. Nato si sledijo posamezni sklopi, ki temeljijo na zastavljenih ciljih, in sicer smo uporabili Likertovo lestvico (petstopenjska) v kombinaciji z ocenjevalno lestvico (1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Pri vprašanju o poznavanju zdravstvenih posledic, ki jih povzroča kajenje,

smo uporabili ponujene odgovore (poznam, ne poznam). Poleg prej omenjenih lestvic smo v anketni vprašalnik s 25 vprašanji vključili tudi zaprte tipe vprašanj. Anketni vprašalnik, ki je bil anonimen in prostovoljen, je s pomočjo Likertove lestvice ugotavljal dejansko poznavanje škodljivosti kajenja.

Zanesljivost merskega instrumenta je bila preverjena s Cronbachovim koeficientom alfa v programu SPSS 22.0. Test zanesljivosti pri učencih OŠ Šenčur je pokazal, da spremenljivke oziroma trditve v vprašalniku dobro merijo znanje o škodljivosti kajenja. Koeficient Cronbachove alfe je znašal 0,864, iz česar lahko sklepamo, da je bil postopek merjenja zanesljiv (Cenčič, 2009).

Tabela 2: Test zanesljivosti za meritev znanja učencev o škodljivosti kajenja

Test zanesljivosti	
Cronbachova alfa	Število vprašanj
0,864	24

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo slučajni slojeviti (stratificirani) vzorec, kjer smo populacijo razdelili na razrede, in sicer smo anketne vprašalnike razdelili učencem 6. in 9. razreda. Iz tabele 3 lahko razberemo, da je v raziskavi sodelovalo 129 učencev OŠ Šenčur, od tega 68 učencev 6. razreda in 61 učencev 9. razreda. Vsi anketni vprašalniki so bili vrnjeni, kar pomeni 100-odstotno realizacijo. Med anketiranci je bilo 51 učenek in 78 učencev. Starost 68 anketirancev je bila med 11 in 13 let, pri 61 anketirancih pa med 14 in 16 let.

Tabela 3: Opis vzorca

	N = 129	%
SPOL		
ženska	51	39,5
moški	78	60,5
STAROST		
11 let	38	29,5
12 let	29	22,5
13 let	1	0,8
14 let	39	30,2
15 let	20	15,5
16 let	2	1,6
RAZRED		
6. razred	68	52,7
9. razred	61	47,3

N = velikost vzorca; % = odstotni delež

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje OŠ Šenčur, ki je bilo odobreno s strani ravnateljice OŠ Šenčur in prav s strani učiteljev, ki so odstopili del svoje učne ure za izvedbo raziskave. Anketne vprašalnike smo razdelili med razrednimi urami učencev in si s tem zagotovili njihovo prisotnost. Učitelji so bili predhodno obveščeni o izvedbi raziskave. Anketne vprašalnike smo takoj po izpolnitvi dobili nazaj. Vsem anketirancem, ki so sodelovali v naši raziskavi, smo pisno in ustno pojasnili namen in vsebino vprašalnika. Zagotovili smo anonimnost in prostovoljnost pri sodelovanju. Raziskava je potekala od aprila do maja 2014.

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika, smo statistično obdelali s pomočjo programa SPSS 22.0. Uporabili smo opisno statistiko, pri spremenljivkah smo uporabili frekvence, odstotke, najmanjšo (v nadaljevanju: MIN) in največjo (v nadaljevanju: MAX) vrednost, povprečno vrednost (v nadaljevanju: PV), ki nam je dala podatek o srednji vrednosti, za ugotavljanje razpršenosti odgovorov pa smo izračunali tudi standardni odklon (v nadaljevanju: SO). Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo poskušali ugotoviti razlike med dvema spremenljivkama (6. in 9. razreda) – v ta namen smo uporabili statistične teste. Pri testu

Hi-kvadrat smo ugotavljali statistično pomembnost oziroma ali res obstajajo razlike med odgovori znotraj populacije, iz katere je bil vzet vzorec. Če je p-vrednost manjša od 0,05, pomeni, da lahko na nivoju 5-odstotnega tveganja trdimo, da statistično pomembne razlike obstajajo oziroma da obstaja 5-odstotna verjetnost (ali manj), da smo prišli do razlik v našem vzorcu po naključju. Če pa je p-vrednost manjša od 0,01, potem lahko na nivoju 1-odstotnega tveganja trdimo, da se statistično pomembne razlike pojavljajo. Fisher's exact test smo uporabili tam, kjer pogoji za hi-kvadrat niso bili izpolnjeni, prav tako smo računali statistično pomembnost. Uporabili smo tudi t-test, in sicer za neodvisne vzorce – želeli smo namreč primerjati povprečja dveh skupin in ugotoviti razlike. Preverjali smo statistično pomembne razlike.

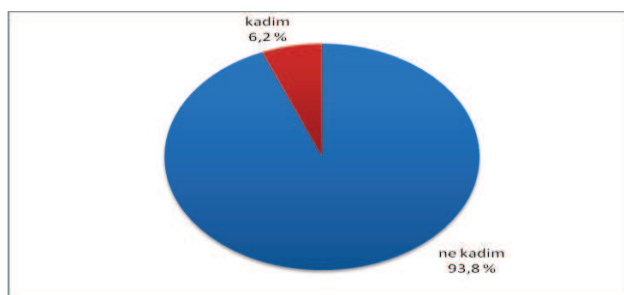
3.4 REZULTATI

Glede na zastavljene cilje in raziskovalna vprašanja bomo v nadaljevanju podrobneje predstavili rezultate raziskave, ki smo jih razdelili na dva tematska sklopa. Prvi tematski sklop je obsegal demografske podatke, ki so opisani v vzorcu ter prikazani v tabeli 3. Drugi tematski sklop pa je zajemal rezultate glede na predhodno zastavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.1 Rezultati drugega tematskega sklopa

1. Kolikšen odstotek osnovnošolcev kadi?

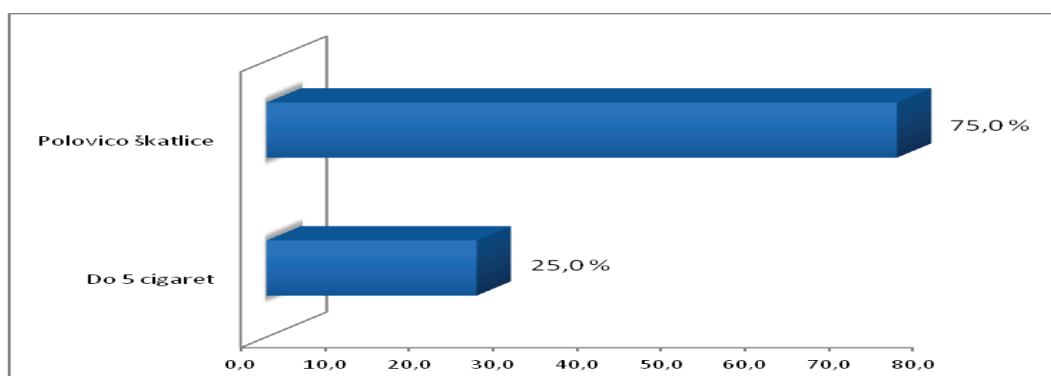
Slika 1 prikazuje odstotek kadilcev med učenci 6. in 9. razreda. Velika večina anketiranih učencev (121, tj. 93,8 %) ne kadi, 8 (6,2 %) anketiranih učencev kadi.



Slika 1: Število kadilcev in nekadilcev

Med anketiranci kadijo le učenci 9. razreda. 53 (86,8 %) učencev ne kadi, medtem ko jih 8 (13,2 %) kadi.

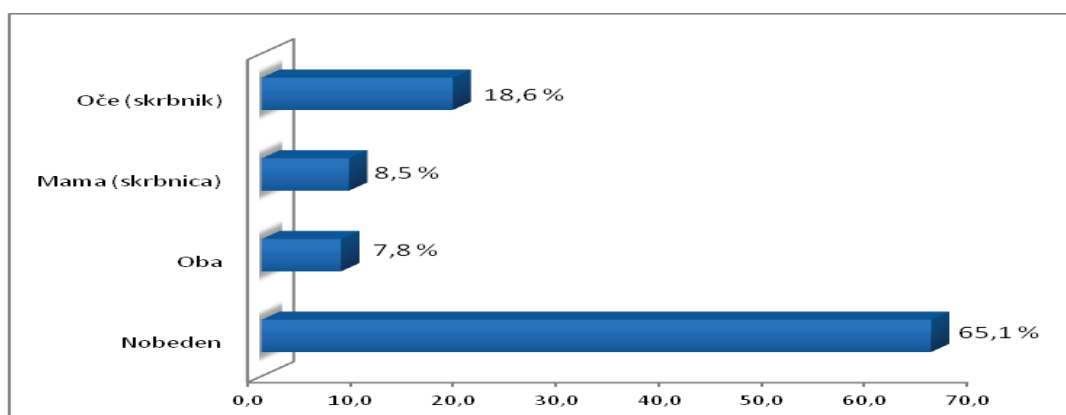
Slika 2 prikazuje, koliko cigaret dnevno pokadijo anketiranci. Več kot polovica kadilcev 6 (75 %) pokadi polovico škatlice, kar pomeni 10 cigaret dnevno. 2 (25 %) anketiranca pa pokadita do 5 cigaret dnevno.



Slika 2: Število pokajenih cigaret na dan

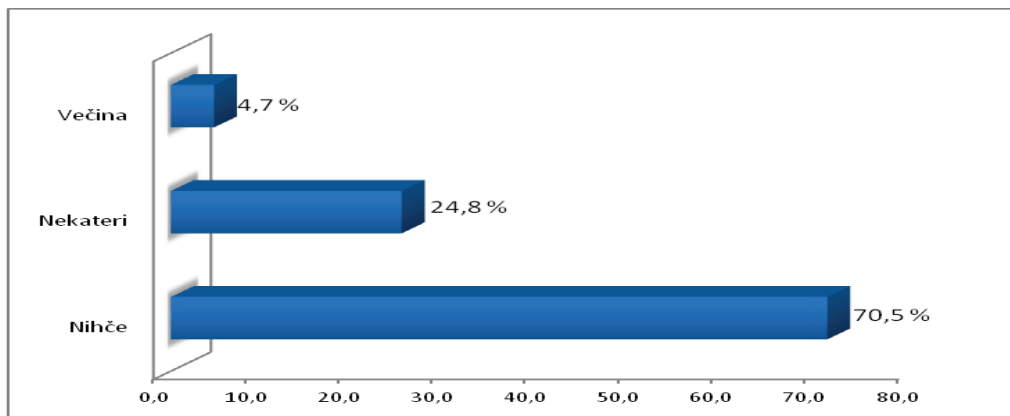
2. Kdaj so osnovnošolci pridobili prve izkušnje s kajenjem?

Slika 3 kaže, koliko je kadilcev med starši (skrbniki) anketirancev. Večina oziroma 84 (65,1 %) anketirancev navaja, da nobeden od staršev (skrbnikov) ne kadi, 24 (18,6 %) jih navaja, da kadi samo oče (skrbnik), 11 (8,5 %) anketirancev je zapisalo, da kadi le mama (skrbnica), 10 (7,8 %) pa jih pravi, da kadita oba skrbnika.



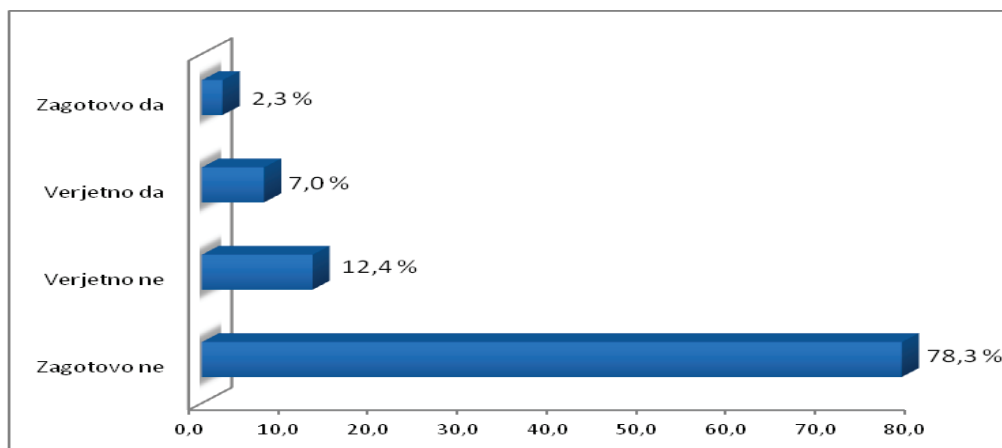
Slika 3: Kajenje staršev (skrbnikov)

Slika 4 prikazuje, v kolikšni meri kadijo prijatelji anketiranih učencev. Velika večina anketirancev (91, tj. 70,5 %) nima prijateljev, ki kadijo. 32 (24,8 %) anketiranih učencev pravi, da kadijo le nekateri njihovi prijatelji, 6 (4,7 %) pa jih navaja, da kadi večina njihovih prijateljev.



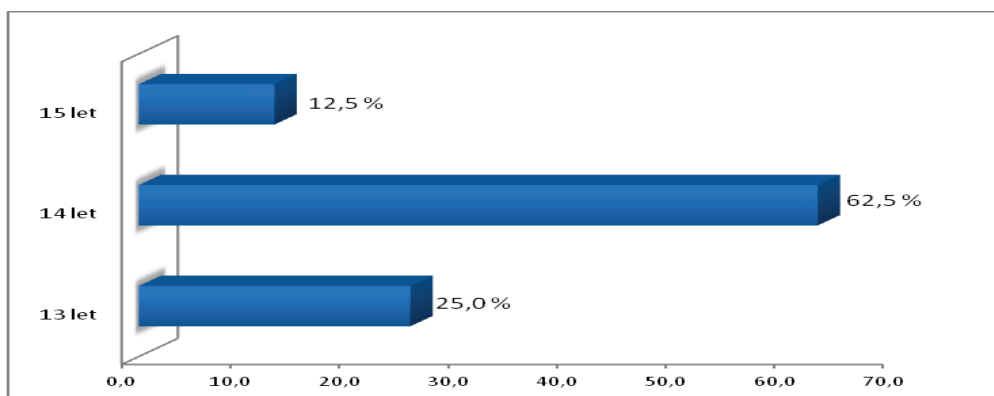
Slika 4: Kajenje prijateljev

Slika 5 prikazuje, koliko učencev bi vzelo cigareto, če bi jim jo ponudil prijatelj. Velika večina (101, tj. 78,3 %) je mnenja, da bi ga zagotovo zavrnili; sledijo si odgovori: verjetno ne bi sprejel (16, tj. 12,4 %), verjetno bi sprejel cigareto (9, tj. 7,0 %), 3 (2,3 %) anketiranci pa so mnenja, da bi od prijatelja zagotovo sprejeli ponujeno cigareto.



Slika 5: Reakcija na ponujeno cigareto

Na sliki 6 lahko vidimo, pri katerem letu starosti so anketiranci pričeli kaditi ter pridobili prve izkušnje s kajenjem. 5 učencev (62,5 %) je pričelo kaditi pri 14 letih, 2 (25 %) anketiranca že pri 13 letih ter 1 (12,5 %) anketiranec pri 15 letih.



Slika 6: Prvi stik s cigareto

3. Zakaj so se osnovnošolci odločili za kajenje?

Slika 7 prikazuje razloge, ki so vplivali na začetek kajenja pri anketiranih osnovnošolcih. Polovica učencev (4, tj. 50 %) se je odločila za kajenje zaradi radovednosti, 3 (37,5 %) so se odločili za kajenje, ker se zaradi tega počutijo bolj odrasle ter 1 (12,5 %) zaradi vpliva vrstnikov.



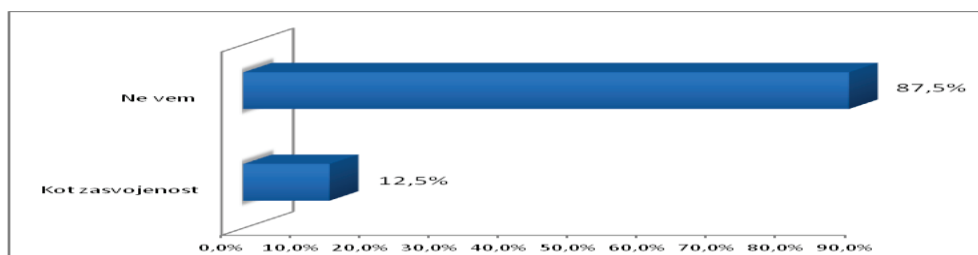
Slika 7: Razlogi za začetek kajenja

Učenci, ki kadijo, so opisovali učinek cigarete na njihovo počutje. Na izbiro smo jim dali več možnih odgovorov. V tabeli 4 je prikazano število odgovorov na podano vprašanje. Učencem v največji meri kajenje predstavlja užitek, jih sprosti ter pomirja pred stresnimi situacijami.

Tabela 4: Učinek cigarete na počutje

		Odgovori	
		Število	Delež
Kako bi opisali učinek cigarete na svoje počutje?	Kajenje mi predstavlja užitek.	5	26,3 %
	Cigareta me sprosti.	5	26,3 %
	Cigareta mi daje občutek udobja.	2	10,5 %
	Cigareta me pomirja pred stresnimi situacijami.	5	26,3 %
	Ne čutim posebnega učinka.	2	10,5 %
Skupaj		19	100,0 %

Slika 8 prikazuje, kako bi anketiranci, ki kadijo, opisali svoje kajenje – kot grdo razvado ali kot zasvojenost s cigaretami. Velika večina anketirancev (7, tj. 87,5 %) ne ve oziroma se ne morejo opredeliti, le eden (12,5 %) bi opisal kajenje kot zasvojenost. Nihče od anketirancev se ni odločil opisati svojega kajenja kot grdo razvado.



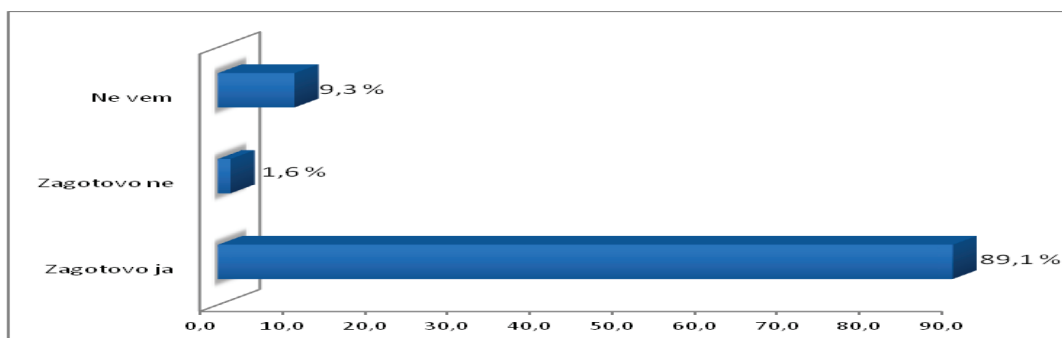
Slika 8: Pogled učencev na kajenje

4. Kako dobro so osnovnošolci ozaveščeni/poučeni o posledicah škodljivosti aktivnega in pasivnega kajenja?

Z opisno statistiko bomo prikazali, kolikšen odstotek vseh anketiranih učencev meni, da aktivno in pasivno kajenje škoduje zdravju. Ugotovili bomo, ali poznajo smrtno nevarne snovi, ki se nahajajo v cigareti. Preverjali smo tudi, v kolikšni meri anketiranci dejansko

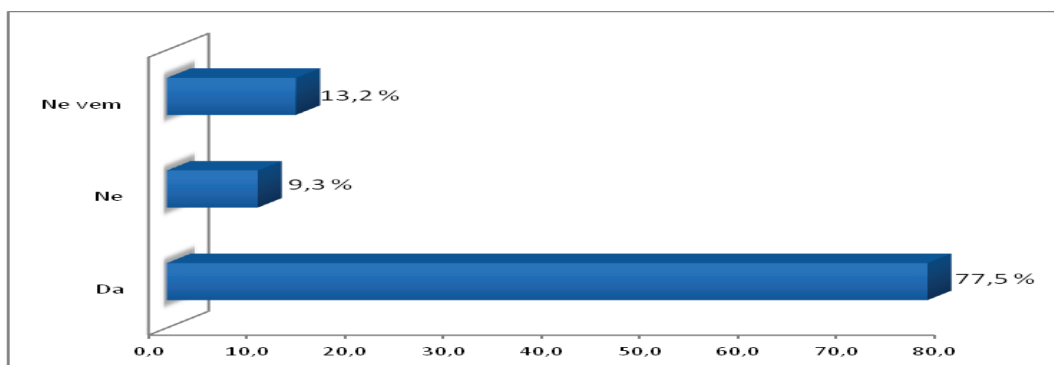
poznajo strupene snovi, ki se nahajajo v cigareti. Pri teh spremenljivkah smo računali MIN- in MAX-vrednost, PV in SO.

Slika 9 prikazuje, v kolikšni meri so anketiranci prepričani, da kajenje škoduje zdravju. Velika večina (115, tj. 89,1 %) anketiranih učencev je prepričanih, da kajenje zagotovo škoduje zdravju, 2 (1,6 %) anketiranci sta mnenja, da kajenje zagotovo ni škodljivo, 12 (9,3 %) anketiranih učencev pa ne ve, ali kajenje škoduje zdravju.



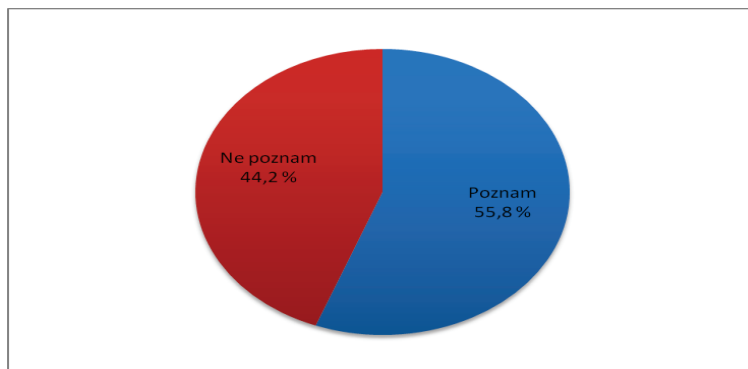
Slika 9: Mnenje učencev o škodljivem vplivu aktivnega kajenja na zdravje

Na sliki 10 lahko vidimo, v kolikšni meri so anketirani učenci mnenja, da je pasivno kajenje škodljivo za zdravje. Velika večina, in sicer 100 (77,5 %) jih je mnenja, da pasivno kajenje škoduje zdravju. 12 (9,3 %) anketirancev meni, da pasivno kajenje zdravju ne škoduje, 17 (13,2 %) anketiranih učencev pa ne ve, ali pasivno kajenje škoduje zdravju.



Slika 10: Mnenje učencev o škodljivem vplivu pasivnega kajenja na zdravje

Slika 11 prikazuje, kolikšen delež anketirancev pozna smrtno nevarne snovi, ki se nahajajo v cigareti. Dobra polovica anketiranih učencev (72, tj. 55,8 %) trdi, da pozna smrtno nevarne snovi, ki se nahajajo v cigareti, 57 (44,2 %) anketirancev pa smrtno nevarnih snovi ne pozna.



Slika 11: Smrtno nevarne snovi v cigareti

V tabeli 5 je prikazano, v kolikšni meri anketirani učenci poznajo strupene in zdravju škodljiv snovi, ki se nahajajo v cigareti. Na ta vprašanja so odgovarjali le tisti, ki so na vprašanje »Ali poznate strupene in smrtno nevarne snovi, ki se nahajajo v cigareti?« odgovorili s »poznam«. Pri vprašanju je sodelovalo 72 (55,8 %) učencev. Iz tabele lahko razberemo, da anketirani učenci najbolj (PV = 0,90) poznajo aceton (odstranjevalec laka); pri tem odgovoru so bili tudi najbolj enotni (SO = 0,30). Najmanj (PV = 0,25) anketiranci poznajo kadmij (polnilo za baterije, sestavina voska za sveče).

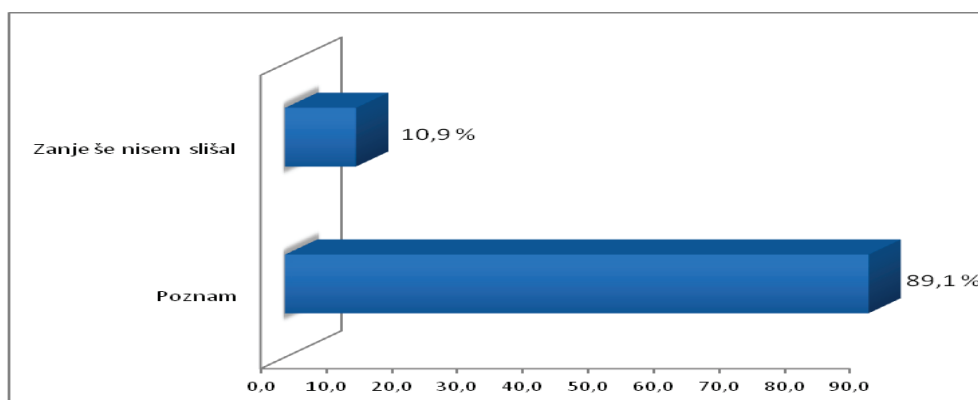
Tabela 5: Poznavanje strupenih in zdravju škodljivih snovi v cigareti

Poznavanje strupenih in zdravju škodljivih snovi	N	MIN	MAX	PV	SO
aceton (odstranjevalec laka)	72	0,00	1,00	0,90	0,30
amonijak (čistilo za WC)	72	0,00	1,00	0,71	0,46
arzen (strup za podgane)	72	0,00	1,00	0,58	0,50
butan (polnilo za vžigalnik)	72	0,00	1,00	0,82	0,39
ogljikov monoksid (avtomobilski izpušni plini)	72	0,00	1,00	0,86	0,35
kadmij (polnilo za baterije, sestavina voska za sveče)	72	0,00	1,00	0,25	0,44

Poznavanje strupenih in zdravju škodljivih snovi	N	MIN	MAX	PV	SO
katran (prste in zobe kadilcev obarva rumeno, pljuča črno)	72	0,00	1,00	0,68	0,47
metanol (raketno gorivo)	72	0,00	1,00	0,65	0,48
metan (močvirski in smetiščni plin)	72	0,00	1,00	0,75	0,44
nikotin (živčni strup in droga, ki povzroča fizično in psihično odvisnost)	72	0,00	1,00	0,72	0,45
svinec (bencin)	72	0,00	1,00	0,88	0,33

N = število anketirancev; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 0 – zanj nisem še nikoli slišal/-a, 1 – zanj sem slišal/-a

Slika 12 prikazuje, v kolikšni meri anketirani učenci poznajo zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje. V veliki večini anketirani učenci (115, tj. 89,1 %) trdijo, da zdravstvene težave, povezane s kajenjem, poznajo. 14 (10,9 %) anketirancev pa za zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje, še ni slišalo.



Slika 12: Poznavanje zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje

V tabeli 6 je prikazano, v kolikšni meri anketirani učenci poznajo posledice kajenja, ki vplivajo na zdravje. Na to vprašanje so odgovarjali le tisti, ki so na vprašanje »Poznate zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje?« odgovorili s »poznam«. Pri vprašanju je sodelovalo 115 (89,1 %) učencev. Iz tabele lahko razberemo, da anketirani učenci najbolj poznajo pljučnico (PV = 0,96) – pri tem odgovoru so tudi najbolj enotni (SO = 0,20); sledijo srčni infarkt (PV = 0,93) ter rak dihal in ustne votline (PV = 0,91). Najmanj pa anketiranci poznajo aterosklerozo (PV = 0,22), peptično razjedo in

anevrizmo žil (PV = 0,23) ter KOPB (kronično obstruktivno pljučno bolezen) (PV = 0,25).

Tabela 6: Poznavanje zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje

Poznavanje zdravstvenih težav	N	MIN	MAX	PV	SO
rak dihal in ustne votline	115	0,00	1,00	0,91	0,28
hipertenzija (zvišan krvni tlak)	115	0,00	1,00	0,42	0,50
srčni infarkt	115	0,00	1,00	0,93	0,26
KOPB (kronično obstruktivna pljučna bolezen)	115	0,00	1,00	0,25	0,44
levkemija	115	0,00	1,00	0,55	0,50
ateroskleroza	115	0,00	1,00	0,22	0,41
neploidnost	115	0,00	1,00	0,78	0,41
rak dojk in materničnega vratu	115	0,00	1,00	0,78	0,41
osteoporoza	115	0,00	1,00	0,27	0,45
rak mehurja in sečevodov	115	0,00	1,00	0,61	0,49
koronarna bolezen srca	115	0,00	1,00	0,44	0,50
anevrizme žil	115	0,00	1,00	0,23	0,43
peptična razjeda	115	0,00	1,00	0,23	0,42
pljučnica	115	0,00	1,00	0,96	0,20

N = število anketirancev; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 0 – zanj nisem še nikoli slišal/-a, 1 – zanj sem slišal/-a

Tabela 7 prikazuje strinjanje s trditvami glede posledic aktivnega kajenja. Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvami, da je delovanje pljuč pri mladih kadilcih slabše kot pri tistih, ki niso nikoli kadili (PV = 4,35), in da kajenje oslabi telesno pripravljenost (PV = 4,16). Najmanj se strinjajo s trditvijo, da nikotin spodbuja k boljšemu počutju in postane del običajnega telesnega delovanja, zaradi česar ga telo, ko ga enkrat sprejme, potem tudi potrebuje za svoje delovanje (PV = 3,40). Ne strinjajo pa se tudi s trditvijo, da zaradi uporabe tobaka vsak dan umre skoraj 10.000 ljudi (PV = 3,42).

Tabela 7: Trditve o posledicah aktivnega kajenja

Trditve o aktivnem kajenju	N	MIN	MAX	PV	SO
Med dodatki je več kot 60 sestavin takih, ki povzročajo raka.	129	1,00	5,00	3,91	0,94
Nikotin spada med droge, ki povzročajo največjo fizično in psihično odvisnost.	129	1,00	5,00	4,08	0,90
Nikotin spodbuja k boljšemu počutju in postane del običajnega telesnega delovanja, zaradi česar ga telo, ko ga enkrat sprejme, potem tudi potrebuje za svoje delovanje.	129	1,00	5,00	3,40	1,47
Kajenje zavira rast pljuč.	129	1,00	5,00	3,96	1,11
Od desetih pacientov s pljučnim rakom je v povprečju 8–9 kadilcev.	129	1,00	5,00	3,75	1,13
Zaradi uporabe tobaka vsak dan umre skoraj 10.000 ljudi.	129	1,00	5,00	3,42	1,14
Varnega kajenja in tudi varne meje izpostavljenosti tobačnemu dimu ni.	129	1,00	5,00	3,78	1,22
Mladostnika kajenje zasvoji že po prvih dnevih ali tednih občasnega kajenja.	129	1,00	5,00	3,81	1,24
Kajenje oslabi telesno pripravljenost.	129	1,00	5,00	4,16	1,04
Delovanje pljuč pri mladih kadilcih je slabše kot pri tistih, ki niso nikoli kadili.	129	1,00	5,00	4,35	0,95
Mladi kadilci so slabši pri športnih aktivnostih in so manj vzdržljivi.	129	1,00	5,00	4,02	1,05
Srčni utrip v mirovanju je pri mladih kadilcih v primerjavi z mladimi nekadilci v povprečju hitrejši za dva do tri utripe na minuto.	129	1,00	5,00	3,65	0,95
Mladi kadilci v primerjavi z vrstniki – nekadilci trikrat pogosteje trpijo zaradi zasoplosti.	129	1,00	5,00	3,77	1,11
Nikotin obarva zobno sklenino, prste ter nohte rumeno.	129	1,00	5,00	3,94	1,03
Kajenje zmanjšuje število semenčic in zmanjšuje dotok krvi v penis, kar lahko povzroči impotenco.	129	1,00	5,00	3,89	1,02
Kajenje povzroča prezgodnje gube.	129	1,00	5,00	3,69	0,98
Neploidnost je med kadilci pogostejša kot med nekadilci.	129	1,00	5,00	3,85	1,02

Trditve o aktivnem kajenju	N	MIN	MAX	PV	SO
Kadilci pogosteje izgubljajo lase in hitreje osivijo in imajo tanjše lase.	129	1,00	5,00	3,67	1,09

N = število anketirancev; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 8 prikazuje trditve o pasivnem kajenju – v kolikšni meri se anketiranci strinjajo s podanimi trditvami o težavah, ki jih povzroča pasivno kajenje. Na to vprašanje so odgovarjali le tisti, ki so na vprašanje »Ali mislite, da pasivno kajenje škoduje zdravju?« odgovorili z »da«. Pri vprašanju je sodelovalo 100 (77,5 %) učencev. Iz tabele lahko razberemo, da se anketirani učenci najbolj strinjajo s trditvijo, da pasivno kajenje povzroča tveganje za razvoj bolezni srca in pljučnega raka (PV = 4,08), najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da pasivno kajenje zmanjšuje odpornost proti okužbam (PV = 3,52).

Tabela 8: Trditve o pasivnem kajenju

Trditve o pasivnem kajenju	N	MIN	MAX	PV	SO
Pasivno kajenje povzroča nepopravljivo izgubo funkcije pljuč.	100	1,00	5,00	3,74	1,21
Pasivno kajenje povzroča tveganje za razvoj bolezni srca in pljučnega raka.	100	1,00	5,00	4,08	1,09
Pasivno kajenje zmanjšuje odpornost proti okužbam.	100	1,00	5,00	3,52	1,25
Pasivno kajenje povzroča astmatične napade.	100	1,00	5,00	3,71	1,02
Pasivno kajenje povzroča sindrom nenadne smrti novorojenčka.	100	1,00	5,00	3,62	1,17

N = število anketirancev; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 9 je prikazana primerjava povprečja dveh skupin (kadilci in nekadilci). Združili smo posamezne trditve, ki jih lahko vidimo v tabeli 7 (o posledicah aktivnega kajenja) ter izračunali povprečno vrednost danih odgovorov. Preverjali smo statistično

pomembne razlike med povprečji izbranih skupin v poznavanju posledic aktivnega kajenja. V tabeli 9 lahko vidimo, da se razlike pojavljajo. Anketirani učenci, ki kadijo, so imeli na dane odgovore $PV = 2,95$, medtem ko so imeli anketirani učenci, ki ne kadijo, $PV = 3,91$. V tabeli 10 lahko vidimo, da se razlike med povprečji pojavljajo. S parametričnim t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, ali so te razlike statistično pomembne. Ugotovili smo, da statistično pomembne razlike med anketiranimi učenci, ki kadijo, in med tistimi, ki ne kadijo, obstajajo, saj je p vrednost manjša od 0,01.

Tabela 9: Razlika v poznavanju posameznih trditev o aktivnem kajenju

Ali kadiš?		N	MIN	MAX	PV	SO	Neodvisni t-test (p-vrednost)
Posledice aktivnega kajenja	Ne kadim	121	0,00	5,00	3,91	0,57	0,00
	Kadim	8	0,00	5,00	2,95	0,87	

N = število anketirancev; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

5. Kakšne so razlike med učenci 6. in 9. razreda v poznavanju posledic kajenja oziroma vpliva na nastanek bolezni?

S testom hi-kvadrat smo primerjali statistično pomembne razlike med učenci 6. in 9. razreda glede obsega znanja o zdravstvenih težavah, ki jih povzročajo kajenje. To je prikazano v tabeli 10, v kateri lahko vidimo vprašanje »Poznate zdravstvene težave, ki jih povzročajo kajenje?«, na katerega so anketiranci odgovarjali s »poznam« in »ne poznam«. Vidimo lahko, da se pri vprašanju pojavljajo statistično pomembne razlike med učenci 6. in učenci 9. razreda OŠ Šenčur (statistična pomembnosti $< 0,05$), kar pomeni, da lahko na nivoju 5-odstotnega tveganja trdimo, da statistično pomembne razlike obstajajo.

Tabela 10: Razlika v poznavanju posledic kajenja in vplivu le-tega na nastanek bolezni (med učenci 6. in 9. razreda)

Poznate zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje?		Razred		Skupaj	Hi-kvadrat	Statistična pomembnost (p)
		6. razred	9. razred			
Poznam.	frekvenca	57	58	115	4,213	0,04
	odstotek	83,8 %	95,1 %	89,1 %		
Zanje še nisem slišal.	frekvenca	11	3	14		
	odstotek	16,2 %	4,9 %	10,9 %		
Skupaj	frekvenca	68	61	129		
	odstotek	100,0 %	100,0 %	100,0 %		

V tabeli 11 so prikazane posamezne bolezni, ki jih povzroča kajenje. Na to vprašanje so odgovarjali le tisti, ki so na vprašanje » Poznate zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje?« odgovorili s »poznam«. Pri vprašanju je sodelovalo 115 (89,1 %) učencev. S testom hi-kvadrat in Fisher's exact testom (kjer pogoji za hi-kvadrat niso bili izpolnjeni) smo ugotavljali statistično pomembne razlike med učenci 6. in 9. razreda. Ugotavljali smo, koliko dejansko anketirani učenci poznajo določene bolezni in ali obstajajo statistično pomembne razlike med razredoma. Ugotovili smo, da statistično pomembne razlike obstajajo (statistična pomembnost < 0,05). Učenci 6. razreda manj poznajo levkemijo ($p = 0,00$), učenci 9. razreda pa manj poznajo aterosklerozo ($p = 0,001$) ter KOPB ($p = 0,047$).

Tabela 11: Razlika v poznavanju posameznih bolezni, ki se razvijejo kot posledice kajenja (med učenci 6. in 9. razreda)

Zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje		Razred		Statistična pomembnost (p)	
		6. razred	9. razred	Fisher's exact test	Hi-kvadrat
rak dihal in ustne votline	ne poznam	10,50 %	6,90 %	0,36	/
	poznam	89,50 %	93,10 %		
hipertenzija (zvišan krvni tlak)	ne poznam	56,10 %	60,30 %	/	0,648
	poznam	43,90 %	39,70 %		

Zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje		Razred		Statistična pomembnost (p)	
		6. razred	9. razred	Fisher's exact test	Hi-kvadrat
srčni infarkt	ne poznam	7,00 %	6,90 %	0,632	/
	poznam	93,00 %	93,10 %		
KOPB (kronično obstruktivna pljučna bolezen)	ne poznam	66,70 %	82,80 %	/	0,047
	poznam	33,30 %	17,20 %		
levkemija	ne poznam	64,90 %	25,90 %	/	0,00
	poznam	35,10 %	74,10 %		
ateroskleroza	ne poznam	64,90 %	91,40 %	/	0,001
	poznam	35,10 %	8,60 %		
neplodnost	ne poznam	24,60 %	19,00 %	/	0,467
	poznam	75,40 %	81,00 %		
rak dojk in materničnega vratu	ne poznam	17,50 %	25,90 %	/	0,28
	poznam	82,50 %	74,10 %		
osteoporozna	ne poznam	80,70 %	56,50 %	/	0,067
	poznam	19,30 %	34,50 %		
rak mehurja in sečevodov	ne poznam	33,30 %	44,80 %	/	0,207
	poznam	66,70 %	55,20 %		
koronarna bolezen srca	ne poznam	47,40 %	63,80 %	/	0,076
	poznam	52,60 %	36,20 %		
anevrizme žil	ne poznam	77,20 %	75,90 %	/	0,866
	poznam	22,80 %	24,10 %		
peptična razjeda	ne poznam	78,90 %	75,90 %	/	0,692
	poznam	21,10 %	24,10 %		
pljučnica	ne poznam	5,20 %	3,40 %	0,5	/
	poznam	94,80 %	96,60 %		

6. Kje osnovnošolci pridobijo največ informacij o škodljivosti kajenja?

Z opisno statistiko bomo prikazali, kje vse dobijo anketirani učenci informacije o škodljivosti kajenja ter ali se jim zdi, da so kot mladostniki dovolj seznanjeni o nevarnostih kajenja.

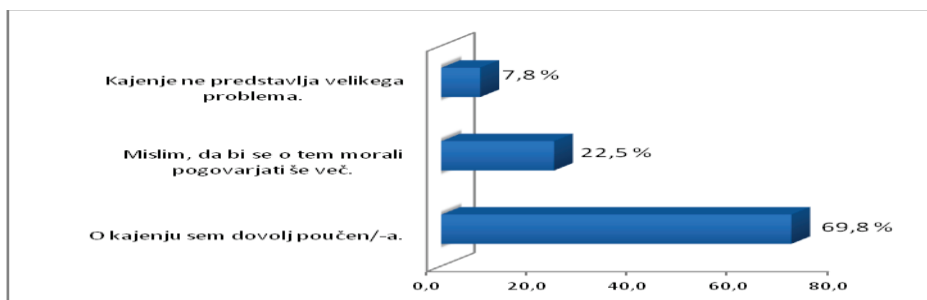
Anketirane učence smo spraševali, kje pridobijo največ informacij o škodljivosti kajenja. Na zastavljeno vprašanje smo jim ponudili več možnih odgovorov. V tabeli 12 je prikazano število odgovorov na podano vprašanje. Skupno smo dobili 239 odgovorov, v največji meri pridobijo anketiranci informacije v šoli ter preko medijev.

Tabela 12: Informacije o škodljivosti kajenja

		Odgovori	
		Število	Odstotek
Kje vse ste največkrat zasledili, da se mlade osvešča o nevarnosti kajenja?	v medijih	47	19,7 %
	v šoli	48	20,1 %
	na internetu	36	15,1 %
	doma	33	13,8 %
	na sistematičnih pregledih	40	16,7 %
	na letakih in panojih	32	13,4 %
	nikjer	3	1,3 %
Skupaj		239	100,0 %

V nadaljevanju smo anketirance spraševali, ali jih v OŠ poučijo o škodljivosti kajenja. Velika večina anketirancev (86, tj. 66,7 %) navaja, da se v OŠ učijo o škodljivosti kajenja, 43 (33,3 %) pa jih meni, da jih v OŠ ne poučijo o škodljivosti kajenja.

Anketirance smo spraševali, ali se jim zdi, da so kot mladostniki dovolj seznanjeni o nevarnostih kajenja. Rezultati odgovorov so prikazani na sliki 13. Večina anketiranih učencev, tj. 90 (69,8 %), je prepričanih, da so o kajenju dovolj poučeni, 29 (22,5 %) jih je mnenja, da bi se o tem morali pogovarjati več, 10 (7,8) anketirancev pa je prepričanih, da kajenje ne predstavlja velikega problema.



Slika 13: Seznanjenost o nevarnostih kajenja

Anketirance smo spraševali, ali menijo, da bi se moralo o nevarnostih kajenja med mladimi govoriti pogosteje. Na zastavljeno vprašanje smo dobili 102 (79,1 %) pritrdilna odgovora, 27 (20,9 %) anketirancev pa je mnenja, da o nevarnostih kajenja ni potrebe po dodatnih pogovorih med mladimi.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo, ki smo jo izvedli med osnovnošolci, smo poskušali izvedeti, koliko osnovnošolcev kadi ter zaradi katerih dejavnikov pričnejo kaditi. Prav tako nas je zanimalo v kolikšni meri so osnovnošolci poučeni o vplivih kajenja na nastanek bolezni ter če poznajo bolezni, povezane s kajenjem.

V anketi je sodelovalo 129 učencev in učenk OŠ Šenčur. 121 (93,8 %) anketirancev ne kadi, medtem ko jih 8 (6,2 %) kadi redno – od tega kadijo le učenci 9. razreda. Anketirani učenci, ki kadijo, so v povprečju stari 14 let, kaditi pa so pričeli pri svojih 14 letih. Naši rezultati so primerljivi z raziskavo GYTS (2011), vendar moramo opoštevat, da je v primerjavi z raziskavo GYTS naš vzorec manjši. V raziskavo GYTS (2011), je bilo zajetih 1.425 učencev, med njimi je redno kadilo (17,8 %) učencev, tako kot v naši raziskavi je bila povprečna starost anketirancev 14 let, prav tako pa so začeli s kajenjem pri svojih 14 letih (Juričič, 2012). Morgenstern in sodelavci (2007) so z raziskavo, ki so jo izvedli v Nemčiji med 1.738 učenci in dijaki s povprečno starostjo 15 let, dobili zaskrbljujoče podatke, saj je povprečna starost začetka kajenja 12,3 leta, rednih kadilcev pa je 30 %. Anketirance smo prav tako spraševali, zakaj so se odločili za kajenje. Polovica anketiranih kadilcev se je za kajenje odločila iz radovednosti. Po pregledu

literature smo ugotovili, da avtorja Brus (2004) in Koprivnikar (2009b) ravno radovednost dajeta na prvo mesto kot dejavnik, ki vpliva na začetek kajenja. Prav tako so se anketiranci v naši raziskavi opredelili, da so pričeli kaditi zaradi tega, ker se s cigareto v roki počutijo bolj odrasle, nanje pa so vplivali tudi vrstniki. Brus (2004) opiše, da je začetek kajenja pri mladostniku v veliki meri odvisen od družbe, ki ji pripada, prav tako pa se mladi velikokrat poskušajo dokazati oziroma postavljati pred vrstniki. Morgenstern in sodelavci (2007) zaznavajo, da je kajenje med mladimi povezano z nekakšno evforijo, saj v njihovih krogih velja, da morajo poizkusiti eno cigareto – med mladimi pa je to bolj pravilo kot pa izjema. V naši raziskavi ugotavljamo, da 45 (34,9 %) staršev učencev kadi. Juričič (2012) opiše, da v raziskavi GYTS v Sloveniji leta 2011 kadi 45,2 % staršev anketiranih, 41,3 % pa jih živi v gospodinjstvu, kjer kadijo v njihovi prisotnosti. Brus (2004) navaja, da je prva pokajena cigareta za mlade vedno neprijetna, zaradi genetskih razlogov individualne občutljivosti na nikotin za ene bolj prijetna, za druge manj, Rowe (1994 povz. po Mesarič 2009) pa je na podlagi zbranih rezultatov vedenjske genetike ugotovila, kako pomemben je vpliv staršev na svoje otroke. Starši, ki kadijo, imajo ponavadi tudi otroke, ki kadijo, prav tako pa sta Richard, Laura in Bierut (2006) na podlagi študij dvo- in enojajčnih dvojčkov ugotovili, da imajo otroci, katerih starši kadijo, večjo možnost, da tudi sami postanejo kadilci. Potrdili pa so tudi hipotezo, da nekateri geni prispevajo k odvisnosti od nikotina.

Na vprašanje, kako bi svoje kajenje opisali, je le en kadilec opredelil svoje kajenje kot zasvojenost, ostalih sedem kadilcev pa se ni znalo opredeliti. Štumfl (2013) navaja, da, kljub temu da bi se vsak strokovnjak danes strinjal, da je kajenje odvisnost, še vedno večina kadilcev svoje kajenje vidi le kot razvado, prav nič drugače pa ne razmišljajo mladostniki. V raziskavi smo prav tako anketirance, ki kadijo, vprašali, koliko cigaret pokadijo dnevno. Več kot polovica anketirancev (6, tj. 75 %) pokadi polovico škatlice, kar pomeni 10 cigaret dnevno, 2 anketiranca (25 %) pa pokadita do 5 cigaret dnevno. Koprivnikarjeva (2009b) navaja, da redno kajenje pri mladostniku lahko definiramo kot: kajenje več kot ene cigarete na teden in kajenje vsaj enkrat na teden ali pogosteje, kar pomeni, da učenci v naši raziskavi, ki kadijo, spadajo med redne kadilce.

Pri raziskovalnem vprašanju smo želeli ugotoviti, kako dobro so osnovnošolci ozaveščeni/poučeni o posledicah škodljivosti aktivnega in pasivnega kajenja. Ugotovili smo, da učenci vedo, da je aktivno kajenje škodljivo za zdravje, saj je tega mnenja velika večina (115, tj. 89,1 %). Prav tako se zavedajo, da je pasivno kajenje škodljivo za zdravje (100, tj. 77,5 %). Panič (2011) je v primerljivo raziskavo vključil 194 osnovnošolcev, od tega jih je bilo 185 (95 %) prepričanih, da je kajenje zdravju škodljivo, 175 (90,2 %) pa se jih zaveda tudi nevarnosti pasivnega kajenja. V nadaljevanju naše raziskave smo anketirance spraševali, ali poznajo smrtno nevarne snovi, ki se nahajajo v cigareti. Dobra polovica pozna smrtno nevarne snovi 72 (55,8 %), v največji meri (PV = 0,90; SO = 0,30) poznajo aceton (odstranjevalec laka za nohte), najmanj (PV = 0,25) pa poznajo kadmij (polnilo za sveče). V nadaljevanju smo jih spraševali, ali poznajo zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje. Iz podatkov, ki smo jih dobili, lahko sklepamo, da jih učenci poznajo, saj so v veliki večini odgovorili pritrdilno (115, tj. 89,1 %), 14 (10,9 %) anketiranih pa zdravstvenih težav, ki jih povzroča kajenje, ne pozna. Wolska in Latak (2005) sta v svojo raziskavo, ki sta jo izvedli na Poljskem leta 2005, zajeli 300 otrok, naključno izbranih iz osnovne šole, srednje šole ter fakultete. Rezultati analize so pokazali, da je ozaveščenost mladih o posledicah kajenja zelo visoka, in sicer kar 82-odstotna. V naši raziskavi so imeli anketiranci, ki so pritrdilno odgovorili na vprašanje o poznavanju zdravstvenih težav, navedene bolezni, ki so povezane s kajenjem. Preverjali smo, v kolikšni meri jih poznajo. Ugotovili smo, da najbolje poznajo pljučnico (PV = 0,93; SO = 0,20), srčni infarkt (PV = 0,93), rak dihal in ustne votline (PV = 0,91), najmanj pa poznajo aterosklerozo (PV = 0,22), peptično razjedo in anevrizmo žil (PV = 0,23) ter KOPB (PV = 0,25). Odgovori so bili pričakovani, presenetilo nas je le nepoznavanje KOPB, saj se v svetovnih statistikah KOPB uvršča na četrto mesto med vzroki smrti zaradi kajenja (Sever, Vidovič, 2007). Anketirancem smo v nadaljevanju dali na razpolago trditve o posledicah aktivnega kajenja, ki so jih ocenjevali glede na stopnjo strinjanja. Anketirani učenci se v največji meri strinjajo s trditvama, da je delovanje pljuč pri mladih kadilcih slabše kot pri tistih, ki niso nikoli kadili (PV = 4,35) in da kajenje oslabi telesno pripravljenost (PV = 4,16). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo, da nikotin spodbuja k boljšemu počutju in postane del običajnega telesnega delovanja, zaradi česar ga telo, ko ga enkrat sprejme, potem tudi potrebuje za svoje delovanje (PV = 3,40). Jarvis (2004)

opisuje, da 80 % mladih, ki kadijo, do svojega 20. leta obžaluje, da so sploh začeli kaditi, vendar bodo zaradi odvisnosti od nikotina žal kadili še naprej. Odvisnost od tobaka in abstinenčni sindrom sta opredeljena v Mednarodni klasifikaciji bolezni pod šifro F-17 v skupini Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi. Tu je odvisnost od kajenja opredeljena kot bolezen (Pečar, 2008). Prav tako so se anketiranci v naši raziskavi nizko opredelili pri trditvi »Zaradi uporabe tobaka vsak dan umre skoraj 10.000 ljudi« (PV = 3,42). Koprivnikarjeva (2008) navaja, da v Sloveniji zaradi bolezni, povezanih s kajenjem, letno beležimo izgubljenih 3.000 življenj. Glede na statistiko smrti zaradi bolezni, povezanih s kajenjem, je podatek, ki smo ga dobili v raziskavi, zaskrbljujoč, saj se mladi niti ne zavedajo točno, kako škodljivo je kajenje ter kakšne so realne posledice le-tega. V raziskavi smo preverjali tudi razliko v povprečju med dvema skupina, in sicer med anketiranimi učenci, ki ne kadijo, in učenci, ki kadijo – združili smo trditve o aktivnem kajenju, zanimala pa nas je tudi razlika v poznavanju posledic kajenja. Ugotovili smo, da se razlike med skupinama pojavljajo, anketirani učenci, ki kadijo, so imeli PV = 2,95, medtem, ko so imeli učenci, ki ne kadijo, PV = 3,91. Prav tako smo ugotovili, da se statistično pomembne razlike med spremenljivkama pojavljajo, saj lahko na nivoju 1-odstotnega tveganja potrdimo statistično pomembnost ($p = 0,00$). Glede na slednjo imajo učenci, ki kadijo, manjše znanje kot učenci nekadilci.

Pri raziskovalnem vprašanju, kakšne so razlike med učenci 6. in 9. razreda poznavanju posledic kajenja in vplivu le-tega na nastanek bolezni, smo prišli do ugotovitev, da statistično pomembne razlike obstajajo. Na nivoju 5-odstotnega tveganja lahko namreč potrdimo, da statistično pomembne razlike so ($p = 0,04$), saj v večji meri zdravstvene posledice poznajo učenci 9. razreda. Prav tako smo v raziskavi ugotavljali, ali obstajajo statistično pomembne razlike med poznavanjem bolezni, ki nastanejo kot posledica kajenja. Levkemijo pozna le 35,1 % učencev 6. razreda in kar 74,1 % učencev 9. razreda. Tu smo ugotovili statistično pomembnost na nivoju 1-odstotnega tveganja ($p = 0,00$). Zanimiva pa sta naslednja podatka, ki ju nismo pričakovali: KOPB pozna le slabih 17,2 % učencev 9. razreda in 33,3 % učencev 6. razreda. Razlika je statistično pomembna ($p = 0,047$). Prav tako statistično pomembne razlike ugotavljamo pri poznavanju ateroskleroze ($p = 0,001$), saj jo pozna le slaba desetina učencev 9. razreda

in 35,1 % učencev 6. razreda. Iz podanih rezultatov smo ugotovili naslednje: učenci 9. razreda zdravstvene težave, ki so povezane s kajenjem, poznajo bolje, a je njihovo znanje pri določenih boleznih, kot sta KOPB ter ateroskleroza, v primerjavi s poznavanjem učencev 6. razreda šibko.

Na raziskovalno vprašanje, kje osnovnošolci pridobijo največ informacij o škodljivosti kajenja, smo pridobili naslednje podatke: največ informacij dobijo v šoli ter preko medijev, sledijo internet, sistematični pregledi, doma ter na letakih in panojih. Prav tako smo anketirance spraševali, ali jih v OŠ poučijo o škodljivostih kajenja. Dobra polovica anketirancev (86, tj. 66,7 %) navaja, da se v šoli učijo o škodljivostih kajenja, 43 (33,3 %) pa jih pravi, da jih v šoli o tem ne poučijo. Panič (2011) je v svoji raziskavi pridobil podatek, da 181 (93 %) osnovnošolcev pravi, da jih v OŠ poučijo o škodljivosti kajenja, kar predstavlja 25-odstotno večjo podučenost osnovnošolcev kot v našem primeru. V naši raziskavi nas je zanimalo tudi, ali se anketirancem zdi, da so kot mladostniki dovolj seznanjeni o nevarnostih kajenja. Le 90 (69,8 %) jih je prepričanih, da so o nevarnostih kajenja dovolj poučeni. Prav tako pa si 102 (79,1 %) učenca želita, da bi se med mladimi več govorilo o nevarnostih kajenja.

Omejitve raziskave

Menimo, da bi lahko pri nadaljnjih raziskavah vzorec razširili in vključili več osnovnošolcev. Z razširitvijo vzorca bi pridobili več osnovnošolcev, ki kadijo ter bi tako lažje primerjali statistične analize z že opravljenimi raziskavami o kajenju, kjer so vzorci veliko večji. Lahko pa trdimo, da bi ob ponovitvi raziskave na istem vzorcu (129 učencev) dobili podobne rezultate.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave, ki smo jo izvedli v OŠ Šenčur maja 2014, so pokazali, da mladi vedo, da je kajenje škodljivo za zdravje, a se ne zavedajo, kako resno lahko ogrozi njihovo zdravje. Iz izvedene raziskave smo ugotovili, da le polovica osnovnošolcev pozna bolezni, ki so povezane s kajenjem, prav tako se ne zavedajo, koliko smrti nastane zaradi kajenja. Med učenci so tudi tisti, ki kadijo – prav med njimi smo zaznali najmanjše poznavanje škodljivosti kajenja.

Raziskava je pokazala, da osnovnošolci pridobijo največ informacij o škodljivosti kajenja v OŠ ter preko medijev, vendar si želijo, da bi o kajenju govorili več in bolj pogosto. V slovenskem prostoru poteka več projektov, ki se ukvarjajo s problematiko kajenja, vendar so to dokaj novi programi, zato niso vpeljani v vseh OŠ. V OŠ Šenčur niso vključeni v projekta »Vzgoja za nekajenje« ter »O₂ za vsakega«, so pa vključeni v projekt »Zdrava šola«, ki ima v program vključen tudi podprojekt »Spodbujamo nekajenje«. Glede na rezultate, ki smo jih pridobili, bi predlagali, da se poleg programov oziroma projektov, v katere je vključena OŠ Šenčur, vključi tudi naša raziskava in predstavitev le-te, saj bi osnovnošolcem na podlagi njihovih odgovorov predstavili, kje je njihovo znanje šibko ter jih na tem področju dodatno izobrazili. Nenazadnje pa je tudi družina pomemben dejavnik preprečevanja kajenja med šolskimi otroki. Raziskava je pokazala, da je skoraj polovica osnovnošolcev v domačem okolju izpostavljena tobačnemu dimu. Tako bi bilo smiselno v predstavitev raziskave vključiti tudi starše osnovnošolcev, saj bi se ti morali najbolj zavedati, kako škodljivo je kajenje ter da so oni poleg šole tisti dejavniki, ki lahko preprečijo kajenje svojih otrok. Prav tako bi predlagali, da se v prihodnosti izvedejo dodatne raziskave, v katerih bi z iskanjem pravih trditev o škodljivosti kajenja med učenci preverili znanje, hkrati pa bi se med branjem teh trditev poučili tudi o sami škodljivosti kajenja.

5 LITERATURA

Barnett TA, Gauvin L, Lambert M, O'Loughlin J, Paradis G, McGratta JJ. The influence of School Smoking Policies on Student Tobacco Use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2007;161(9):842–3.

Brus S. Kajenje ni nikakršno izjemno dejanje. *Večer*; 2004: 6.

Blažko N. Kaj prinaša nova EU direktiva. In: Blažko N, Čakš T, Hočevar T, eds. *Svetovni dan brez tobaka 2014: Dvignimo davke na tobak in zmanjšajmo število smrti in bolezni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje; 2014: 7. Dostopno na: <http://img.ivz.si/janez/2425-8129.pdf>

Cenčič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2009: 49.

Čakš T. Opustite kajenje in zmagajte: oris pomoči pri odvijanju od kajenja. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2004: 9–11, 52.

Čeh F. Kajenje pri mladih. In: Štabc B, Primec Žakelj M, Zdešar A, eds. *Kajenje in rak/XII. Seminar »in memoriam dr. Dušana Reje«*. Atlantik, december 2004. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2004: 52–67.

Česar I, Topolovec E. Mladi in tobak. Maribor: Slovenska zveza za tobačno kontrolo RS; 2009: 7–9.

DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, et al. Symptoms of Tobacco Dependence After Brief Intermittent Use: The Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth–2 study. *Arch Pediatric Adolescent Med*. 2007;161(7):704–10.

Dokić Z. Ugasnite še zadnjo. Moje zdravje; 2007. Dostopno na: https://med.over.net/wp-content/uploads/uvoz/zdravje_bolezni/zasvojenosti/kajenje/kajenje_clanek.pdf (3. 7. 2013).

Elking L. Youtube fordert Rauchen bei jungen Leuten. Internet – Plattform als Hintertür für Zigaretten – Werbeklassiker – Clips vermitteln positives Bild vom Rauchen; 2010. Dostopno na: <http://derstandard.at/1282273712034/Raucherfreundliche-Videos-YouTube-foerdert-Rauchen-bei-jungen-Leuten> (13. 1. 2014).

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v 1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer BASE No. 10. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010.

Glasser W. Kako vzpostaviti učinkovit nadzor nad svojim življenjem: teorija nadzora. Ljubljana: samozal. Urbančič A; 2007.

Global Youth Tobacco Survey. Country foot sheets. World Health Organization; 2007. Dostopno na: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/index.html> (4. 7. 2014).

Jarvis JM. ABC of smoking cessation. Why people smoke. BMJ. 2004;328:277–9.

Jerinček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupančič T, Pucelj V, Bajt M. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012.

Juričič M. Slovenia 2011 (Ages 13-15) Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Fact sheet; 2012. Dostopno na: <http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=1168> (16.10.2014)

Kalinšek Šavli M. Težaven čas za odraščanje. *Vita*. 2009;15(71):14–5.

Kamholz LS. Pulmonary and cardiovascular consequences of smoking. *Med Clin N Am*. 2004;88:1415-30.

Kastelic A, Mikuan M. Mladostnik in droga: priročnik za starše in učitelje. Ljubljana: Prohealth; 2004: 13–139.

Koprivnikar H. Zdravstveni delavci in nadzor nad tobakom: informacije za zdravstvene delavce. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2005: 5–8.

Koprivnikar H. Dejstva o škodljivostih kajenja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, Center za promocijo zdravja; 2008: 5–7.

Koprivnikar H. Učinkovitost programa »Spodbujamo nekajenje« ob prvi generaciji osnovnošolcev. *Zdrav Var*. 2009a;48:152–61.

Koprivnikar H. Preprečevanje začetka kajenja in zmanjšanje njegovega uspeha med mladostniki. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009b: 10–159.

Koprivnikar H. Dejavniki, ki vplivajo na kajenje mladostnikov. *Zdrav. Vest*. 2011;80:499–502.

Koprivnikar H. Trendi v kajenju tobaka. In: Jerinček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupančič T, Pucelj V, Bajt M, eds. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Katedra za javno zdravje, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Inštitut za varovanje zdravja RS; 2012: 165–82.

Koprivnikar H. Tobačne trošarine: Javnozdravstveni vidik. In: Blažko N, Čakš T, Hočevnar T, eds. Svetovni dan brez tobaka 2014: Dvignimo davke na tobak in

zmanjšajmo število smrti in bolezni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja RS, Ministrstvo za zdravje; 2014: 6.

Magajne M. Skupaj za zdravje. Uvodni nagovor. In: Bobak M, Maučec Zakotnik J, Poplas Susič T, eds. Programska knjižica. Konferenca skupaj za zdravje. Obeležitev 10. obletnice, Brdo pri Kranju, 7. in 8. oktober 2013. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republika Slovenija; 2013: 2.

Marinšek K. Bolezni, ki jih dokazano povzroči, sproži ali poslabša kajenje. Naša lekarna. 2012;59(6):53–7.

Mesarič J. Zdravstveno-vzgojni pristop pri vzgoji za nekajenje. Vzgoja in izobraževanje v informacijski družbi. IS; 2004: 1–5.

Mesarič J. Dejavniki in individualne ter organizacijske posledice kajenja: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2009.

Mladinsko združenje Brez izgovora. Projekt O₂ za vsakega; 2011. Dostopno na: <http://www.noexcuse.si/index.php?project=o2> (3. 7. 2014).

Mladinsko združenje Brez izgovora. Naše poslanstvo; 2014. Dostopno na: <http://www.noexcuse.si/index.php?m=naseposlanstvo> (3.7.2014).

Morgenstern M, Wiborg G, Hanewinkel. Rauchen im Jugendalter: Geschlechtsunterschiede, Rolle des sozialen Umfelds, Zusammenhänge mit anderen Risikoverhaltensweisen und Motivation zum Rauchstopp. Ergebnisse einer Schulerbefragung. (IFT – Nord). Kiel: Institut für Therapie – und Gesundheitsforschung; 2007.

Novak Mlakar D. Najlažje se je odvaditi kajenja. Jaz to vem, poskusil sem že tisočkrat. Utrip. 2007;XV(10):4.

Panič B. Kajenje med šolskimi otroki: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Pečar K. Kajenje pri mladostniku: Vzorci vedenja, ekonomski in zdravstveni vidiki: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska Fakulteta; 2008.

Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Geneva: International Union Against Cancer; 2006.

Primic Žakelj M, Žagar T. Razširjenost, preprečevanje in zgodnje odkrivanje pljučnega raka. In: Matković M, ed. Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti: zbornik predavanj z recenzijo, Zreče, 23. marec 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2012: 19–31.

Rak v Sloveniji 2010. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka; 2013.

Richard AG, Laura J, Bierut MD. Co-Occurring Risk Factors for Alcohol Dependence and Habitual Smoking, Update on Findings From the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. Alcohol Research & Health; 2006;29(3):172-8.

Rotar Pavlič D. Si pripravljen na življenje brez cigarete? Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije; 2008: 2–6.

Rus Makovec M. Teoretične osnove o kajenju. In: Bajt M, Stergar E, Strojim M, eds. Proste roke – čista pljuča. Program opuščanja kajenja za mladostnike. Priročnik za izvajalce. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana; 2005: 15–6.

Sever M, Vidovič D. Kronično-obstruktivna pljučna bolezen. Medicinski mesečnik. 2007;3(2):76–82.

Slovenska zveza za tobačno kontrolo. Tečaj opuščanja kajenja DA, OPUŠČAM KAJENJE (program CINDI); 2011. Dostopno na: <http://www.tobak-zveza.si/default.asp?lang=sl&tip=vsebina&str=286> (13. 1. 2014).

Slovenska mreža zdravih šol. Nacionalni Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_id=134&_6_PageIndex=0&_6_groupId=-2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&_6_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0. . (3. 7. 2013).

Šaponja D. Mladina v sodobni družbi. In: Čuk V, ed. Obravnava mladostnika s psihozo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006: 11–7.

Štumfl Š. Osveščenost mladostnikov o nevarnosti kajenja: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2013.

The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke; A Report of the Surgeon General – Executive Summary. Pittsburgh: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.

The Health Consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services Government Printing Office; 2004.

Ugotovitve mednarodnega poročila Socialne determinante zdravja in dobrega počutja med mladostniki. Nacionalni Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012. Dostopno na:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=61&pi=5&_5_id=1959&_5_PageIndex=0&_5_groupId=236&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=61-5.0. (3. 7. 2013).

Ustar Latković M. Preventiva pri kronično-obstruktivni pljučni bolezni. *Obzor Zdr N.* 2007;18(1-2):27-33.

Vrdelja M. Sporočilo za medije. Pred svetovnim dnevom brez tobaka 2013 – Ustavimo marketing tobačne industrije – večina kadilcev v Sloveniji je začela v mladosti. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2013.

Wolska A, Latak D. Smoking tobacco among young people in grammar-school, secondary-school and high-school and knowledge of relating wholesome threats. *Prezeglada Lekarski.* 2005;62(10):1108-11.

Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov (ZOUTI). Uradni list Republike Slovenije, št. 93/2007. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=82581#!/Zakon-o-omejevanju-uporabe-tobacnih-izdelkov-%28uradno-precisceno-besedilo%29-%28ZOUTI-UPB3%29> (3.7.2013).

Župec M. Kajenje v povezavi z nastankom kronične obstruktivne pljučne bolezni: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA O POUČENOSTI OSNOVNOŠOLCEV O VPLIVU KAJENJA NA NASTANEK BOLEZNI

Spoštovani!

Sem Tina Slapar, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Opravljam raziskavo za diplomsko delo z naslovom »Poučenost osnovnošolcev o vplivu kajenja na nastanek bolezni«, pod mentorstvom dr. Saše Kadivec, viš. pred. Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo nekaj časa, vendar nam bodo vaši odgovori in rezultati pomagali pri ugotovitvah o poučenosti osnovnošolcev o vplivu kajenja na nastanek bolezni. Zagotavljam vam anonimnost vaših podatkov, saj bodo le-ti uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje in pomoč se vam že vnaprej zahvaljujem,

Tina Slapar,
absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice

ANKETNI VPRAŠALNIK

Navodilo za izpolnjevanje: prosim, izpolni nekaj osnovnih vprašanj, tako da obkrožiš ustrezen odgovor ali pa svoj odgovor dopiši na ustrezno črto. Odgovarjaj z enim odgovorom, če ni pri posameznem vprašanju navedeno, da je možno odgovoriti z več odgovori.

1. Spol:

- a) Ženska
- b) Moški

2. Starost: _____ let

3. Kateri razred obiskuješ:

- a) 6. razred
- b) 9. razred

4. Ali tvoji starši (skrbniki) kadijo?

- a) Noben
- b) Oba
- c) Mama (skrbnica)
- d) Oče (skrbnik)

5. Ali kateri od tvojih najboljših prijateljev kadi cigarete?

- a) Nihče
- b) Nekateri
- c) Večina
- d) Vsi

6. Če bi ti kateri od najboljših prijateljev ponudil cigareto, bi jo pokadil/-a?

- a) Zagotovo ne
- b) Verjetno ne
- c) Verjetno da
- d) Zagotovo da

7. Ali kadiš?

- a) Ne kadim
- b) Kadim občasno
- c) Kadim redno

Če si na vprašanje 7 odgovoril/-a z **a in b**, nadaljuj z vprašanji. Če pa si odgovoril/-a s **c**, pojdi na vprašanje številka 13.

8. Pri katerem letu starosti si pričel/-a kaditi?

Starost v letih (dopiši) _____

9. Kateri so razlogi, da si se odločil/-a za kajenje?

- a) Radovednost
- b) Ker se tako počutim bolj odraslega
- c) Zaradi vpliva vrstnikov
- d) Ker kadijo moji starši (skrbniki)
- e) Zaradi stresa, sem bolj pomirjen
- f) Po naključju
- g) Ne vem

10. Koliko cigaret pokadiš dnevno?

- a) Do 5 cigaret
- b) Polovico škatlice
- c) Celo cigaretno škatlico
- d) Več kot eno cigaretno škatlico

11. Kako bi opisal/-a učinek cigarete na tvoje počutje? (Možnih je več odgovorov.)

- a) Kajenje mi predstavlja užitek.
- b) Cigareta me sprosti.
- c) Cigareta mi daje občutek udobja.
- d) Cigareta me pomirja pred stresnimi situacijami.
- e) Ne čutim posebnega učinka.

12. Bi opisal/-a svoje kajenje kot grdo razvado ali kot zasvojenost s cigaretami? (Možnih je več odgovorov.)

- a) Kot grdo razvado
- b) Kot zasvojenost
- c) Ne vem

13. Ali misliš, da kajenje škoduje zdravju?

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

14. Ali poznaš strupene in smrtno nevarne snovi, ki se nahajajo v cigareti?

- a) Poznam
- b) Ne poznam

Če si na vprašanje **14** odgovoril/-a z **a**, potem reši spodnjo tabelo. Če pa si odgovoril/-a z **b**, pojdi na vprašanje **16**.

15. V tabeli so navedene nekatere od številnih strupenih in zdravju škodljivih snovi, ki se nahajajo v tobačnem dimu. S križcem označi tiste snovi, ki jih poznaš ali si zanje že slišal/-a.

STRUPENE IN ZDRAVJU ŠKODLJIVE SNOVI	ZANJ SEM SLIŠAL/-A	ZANJ NISEM ŠE NIKOLI SLIŠAL/-A
Aceton (odstranjevalec laka)		
Amonijak (čistilo za WC)		
Arzen (strup za podgane)		
Butan (polnilo za vžigalnik)		
Ogljikov monoksid (avtomobilski izpušni plini)		
Kadmij (polnilo za baterije, sestavina voska za sveče)		
Katran (prste in zobe kadilcev obarva rumeno, pljuča črno)		
Metanol (raketno gorivo)		
Metan (močvirski in smetiščni plin)		
Nikotin (živčni strup in droga, ki povzroča fizično in psihično odvisnost)		
Svinec (bencin)		

16. Poznaš zdravstvene težave, ki jih povzroča kajenje?

- a) Poznam
- b) Zanje nisem še nikoli slišal/-a

Če si na vprašanje **16** odgovoril/-a z **a**, potem reši spodnjo tabelo, tako da s križcem označiš prazen kvadrat. Če pa si odgovoril/-a z **b**, pojdi na vprašanje **17**.

ZDRAVSTVENE TEŽAVE, KI JIH POVZROČA KAJENJE	POZNAM	NE POZNAM
Rak dihal in ustne votline		
Hipertenzija (zvišan krvni tlak)		
Srčni infarkt		
KOPB (kronično obstruktivna pljučna bolezen)		
Levkemija		
Ateroskleroza		
Neplodnost		
Rak dojke in materničnega vratu		
Osteoporoza		
Rak mehurja in sečevodov		
Koronarna bolezen srca		
Anevrizme žil		
Peptična razjeda		
Pljučnica		

17. V tabeli so predstavljene nekatere trditve o kajenju. Za vsako trditev, ki jo označiš s križcem v praznem prostoru, se opredeli glede na stopnjo strinjanja od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

	1	2	3	4	5
Tobačni dim je obogaten z več kot 4000 strupenimi dodatki, ki so zdravju škodljivi.					
Med dodatki je več kot 60 sestavin takih, da povzročajo raka.					
Nikotin spada med droge, ki povzročajo največjo fizično in psihično odvisnost.					
Nikotin spodbuja k boljšemu počutju in postane del običajnega telesnega delovanja, zaradi česar ga telo, ko ga enkrat sprejme, potem tudi potrebuje za svoje delovanje.					
Kajenje zavira rast pljuč.					
Od desetih pacientov s pljučnim rakom je v povprečju od osem do devet kadilcev.					

	1	2	3	4	5
Zaradi uporabe tobaka vsak dan umre skoraj 10.000 ljudi.					
Varnega kajenja in tudi varne meje izpostavljenosti tobačnemu dimu ni.					
Mladostnika kajenje zasvoji že po prvih dnevih ali tednih občasnega kajenja.					
Delovanje pljuč pri mladih kadilcih je slabše kot pri tistih, ki niso nikoli kadili.					
Kajenje oslabi telesno pripravljenost.					
Mladi kadilci se slabše odrežejo pri športnih aktivnostih in so manj vzdržljivi.					
Srčni utrip v mirovanju je pri mladih kadilcih v primerjavi z mladimi nekadilci v povprečju hitrejši za od dva do tri utripe na minuto.					
Mladi kadilci v primerjavi z vrstniki – nekadilci trikrat pogosteje trpijo zaradi zasoplosti.					
Nikotin obarva zobno sklenino, prste ter nohte rumeno.					
Kajenje zmanjšuje število semenčic in zmanjšuje dotok krvi v penis, kar lahko povzroči impotenco.					
Kajenje povzroča prezgodnje gube.					
Neplodnost je med kadilci pogostejša kot med nekadilci.					
Kadilci pogosteje izgubljajo lase in hitreje osivijo in imajo tanjše lase.					

18. Ali misliš, da pasivno kajenje (le izpostavljenost cigaretnemu dimu) škoduje zdravju?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

Če si na vprašanje **18** odgovoril/-a z **a**, potem reši spodnjo tabelo. Če si odgovoril z **b in c**, pojdi na vprašanje **19**.

V tabeli so predstavljene nekatere trditve o posledicah pasivnega kajenja. Za vsako trditev, ki jo označiš s križcem v praznem prostoru, se opredeli glede na stopnjo strinjanja od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – se popolnoma ne strinjam, 2 –

se ne strinjam, 3 – se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

	1	2	3	4	5
Pasivno kajenje povzroča nepopravljivo izgubo funkcije pljuč.					
Pasivno kajenje povzroča tveganje za razvoj bolezni srca in pljučnega raka.					
Pasivno kajenje zmanjšuje odpornost proti okužbam.					
Pasivno kajenje povzroča astmatične napade.					
Pasivno kajenje povzroča sindrom nenadne smrti novorojenčka.					

19. Ali te v šoli poučijo o škodljivostih kajenja?

- a) Da
- b) Ne
- c) Drugo (dopišite) _____

20. Kako pogosto vas učitelji, svetovalni delavci, zdravstveni delavci ... v okviru šolskega programa opozarjajo na škodljivosti kajenja?

- a) Nikoli
- b) Redko
- c) Občasno
- d) Pogosto

21. Kje vse si največkrat zasledil/-a, da se mlade osvešča o nevarnosti kajenja?

- a) V medijih
- b) V šoli
- c) Na internetu
- d) Doma
- e) Na sistematičnih pregledih
- f) Na letakih in panojih
- g) Nikjer

22. Se ti zdi, da si kot mladostnik/-ica dovolj seznanjen/-a o nevarnostih kajenja?

- a) O kajenju sem dovolj poučen/-a.
- b) Mislim, da bi se o tem morali pogovarjati še več.
- c) Kajenje ne predstavlja velikega problema.

23. Ali meniš, da bi se moralo o nevarnostih kajenja med mladimi govoriti pogosteje?

- a) Da
- b) Ne