



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZLORABA PITJA ALKOHOLA MED  
MLADOSTNIKI V OSREDNJESLOVENSKI  
REGIJI – VLOGA ZDRAVSTVENO  
VZGOJNIH CENTROV NA PRIMARNI  
RAVNI**

**ALCOHOL ABUSE AMONG ADOLESCENTS  
IN CENTRAL SLOVENIA – THE ROLE OF  
PRIMARY HEALTH CARE CENTRES**

Mentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič  
Somentorica: dr. Maja Zorko, viš. pred.

Kandidatka: Jožica Pirnat

Jesenice, november, 2014

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in somentorici dr. Maji Zorko za podporo in strokovne usmeritve.

Zahvaljujem se direktorjem Zdravstvenih domov v osrednjeslovenski regiji, ki so omogočili anketiranje.

Zahvaljujem se kolegicam medicinskim sestram, ki so z veseljem sodelovale pri sami izvedbi anketiranja.

Zahvaljujem se obema hčerama za moralno podporo in vzpodbudo.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Preprečevanje pitja alkohola med mladimi predstavlja za starše in zdravstveno varstvo pomembno dejavnost. Raziskave ugotavljajo, da mladi danes, med drugim, zaradi hitre prehrane, in tehnologije živijo manj zdravo, pitje alkohola zdravstvena tveganja samo še povečuje. Mladi si lahko s tveganim obnašanjem do alkohola ogrozijo obstoj ali negativno zaznamujejo celo življenje.

**Cilj:** Ugotoviti pивske navade mladostnikov iz osrednje slovenske regije in izpostaviti dejavnike, ki vplivajo na pitje alkohola. Analizirana je bila predvsem vloga staršev in vrstnikov, rezultati so bili primerjani z evropskima študijama ESPAD in HBSC.

**Metoda:** Izvedena je bila terenska študija z uporabo deskriptivne metode dela. Za izvedbo raziskave je bil uporabljen strukturirani vprašalnik povzet iz mednarodne literature. Dvostopenjski vzorec je zajemal dijake 15-17 let (n=513) in 18-20 let (n=149) iz osrednjeslovenske regije. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 20.0.

**Rezultati:** Fantje v starostni skupini 15-17 let so v navedli, da pijejo alkohol enkrat tedensko ali več v 41,1 %, v starostni skupini 18-20 v 54,3 %. Pri dekletih so bili v obeh starostnih skupinah ti rezultati nižji (23,6 % in 34,2 %). Pokazalo se je, da imajo mladi, ki ne pijejo alkohola boljši šolski uspeh. V starostni skupini 15-17 let sta se kot dejavniki tveganja pokazala tudi družba s sovrstniki in s strani staršev dovoljena ponočevanja. Mladi se kljub zavedanju o škodljivi rabi alkohola niso obremenjevali z negativnimi posledicami, prav tako niso vedeli, da se lahko za pomoč obrnejo na zdravnika, po navedbah bi jih le 2,7 % tam poiskalo pomoč.

**Razprava:** Pokazalo se je, da je pitje alkohola v osrednjeslovenski regiji med mladimi primerljivo mednarodnim ugotovitvam. Nadzor staršev in obsežna dejavnost na področju preprečevanja pitja alkohola žal ne dosežeta zelenega učinka v celoti. Zdravstveni domovi izvajajo številne programe za preprečevanje pitja alkohola in opijanja, vendar mladi niso seznanjeni z izvajanimi programi in ne vedo, kje lahko poiščejo pomoč.

**Ključne besede:** pitje alkohola, mladi, starši, zdravstveno varstvo

## SUMMARY

**Background:** Prevention of adolescent alcohol consumption represents for parents and primary health care a very important task. Alcohol consumption increases health risks of adolescents since nowadays they are already more compromised by screen time and fast food. Adolescents are by risky behaviours in danger to threaten their existence and affect their entire life.

**Aims:** To research adolescent drinking in central Slovenian region and to conduct how various characteristics influence on alcohol consumption. Analysis primarily included role of parents and peers, results were compared with ESPAD and HBSC studies.

**Methods:** Quantitative research method was used. Data were gathered by use of structured questionnaire developed according to international literature. Sample included adolescents aged 15-17 years (n=513) and 18-20 years (n=149). Statistical analysis was made by SPSS 20.0 software.

**Results:** Male adolescents aged 15-17 and 18-20 years reported alcohol consumption once a week or often in 41.1% and 54.3%, respectively. Female adolescents in both groups reported lower alcohol consumption (23.6% and 34.2%, respectively). Adolescents who reported no alcohol consumption achieved higher school grades. In the 15-17 age group risk factors for increased alcohol consumption were found in hanging out with friends and parents permission to stay out late. Adolescents reported to be aware of unhealthy alcohol consumption, nevertheless they were not concerned about the possible consequences. They were also uninformed were to seek help in case of prolonged problems as only 2.7% reported to contact primary health care personnel.

**Discussion:** Results regarding alcohol consumption among adolescents in central Slovenian region provided similar picture to international findings. In that manner parents control and comprehensive prevention programs do not achieve the wanted effect entirely. Adolescents are not informed about their options to seek help at primary health centres in case of alcohol consumption problems.

**Key words:** alcohol consumption, adolescents, parents, primary health care

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>4</b>
2.1	PREGLED RAZISKAV NA PODROČJU PITJA ALKOHOLA MED MLADOSTNIKI .....	5
2.1.1	Pitje alkohola med mladostniki .....	5
2.1.2	Vzroki za pitje alkohola med mladostniki .....	9
2.1.3	Vloga staršev .....	10
2.1.4	Seznanjenost mladostnikov z možnostmi kje poiskati pomoč .....	12
2.2	ZDRAVJE MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI .....	12
2.2.1	Javno zdravstveni problemi mladostnikov .....	13
2.2.2	Sistem zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni	14
2.2.3	Izvajanje vzgoje za zdravje v šolskem obdobju (OŠ in SŠ) v Sloveniji v osnovnem zdravstvenem varstvu .....	15
2.3	SISTEMATIČNI PREVENTIVNI PREGLEDI .....	16
2.3.1	Namenski pregledi mladih po sistematičnem pregledu .....	17
2.3.2	Promocija zdravja za mladostnike .....	17
2.3.3	Vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni .....	21
2.3.4	Referenčne ambulante .....	24
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>26</b>
3.1	NAMEN IN CILJ MAGISTRSKEGA DELA .....	26
3.2	HIPOTEZE RAZISKAVE .....	26
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	27
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	27
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta .....	28
3.3.3	Opis vzorca .....	29
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	30
3.4	REZULTATI .....	32
3.5	RAZPRAVA .....	54
<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>62</b>

<b>6</b>	<b>PRILOGE.....</b>	<b>74</b>
6.1	INSTRUMENT .....	74
6.2	PISMO ZA DIREKTORJE .....	80
6.3	OBVESTILO ZA STARŠE IN IZJAVA ZA OBVEŠČEN PRISTANEK .....	81
6.4	SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU .....	83
6.5	SOGLASJE KOMISIJE ZA MEDICINSKO ETIKO .....	84

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vzorca po sklopih .....	29
Tabela 2: Opis vzorca po starostnih skupinah .....	30
Tabela 3: Pogostost pitja alkohola po spolu, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let.....	32
Tabela 4: Pogostost pitja alkohola po šolskem uspehu, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let .....	33
Tabela 5: Pogostost opijanja z alkoholom glede na starost .....	34
Tabela 6: Pogostost pitja alkohola glede na izobrazbo staršev pri starostni skupini 15-17 let.....	35
Tabela 7: Pogostost pitja alkohola glede na izobrazbo staršev pri starostni skupini 18-20 let.....	36
Tabela 8: Preživljanje prostega časa in pogostost pitja alkohola v starostni skupini 15-17 let.....	37
Tabela 9: Preživljanje prostega časa in pogostost pitja alkohola v starostni skupini 18-20 let.....	38
Tabela 10: Opijanje z alkoholom glede na čas izhoda v starostni skupini 15-17 let.....	39
Tabela 11: Opijanje z alkoholom glede na čas izhoda v starostni skupini 18-20 let.....	40
Tabela 12: Pogostost pitja alkohola glede na kontrolo staršev ob prihodu domov iz zabave, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let .....	41
Tabela 13: Pogostost pitja alkohola glede na izpraševanje staršev ob prihodu domov, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let .....	42
Tabela 14: Potreba po alkoholu in zavedanje o škodljivi rabi alkohola, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let .....	43
Tabela 15: Beg pred problemi in pogostost pitja alkohola v skupini 15-17 let.....	44
Tabela 16: Beg pred problemi in pogostost pitja alkohola v skupini 18-20 let.....	45
Tabela 17: Pogostost pitja alkohola glede na odnos staršev do uporabe alkohola otroka v skupini 15-17 let.....	46
Tabela 18: Pogostost pitja alkohola glede na odnos staršev do uporabe alkohola otroka v skupini 18-20 let.....	47
Tabela 19: Vpliv dejavnikov na pogostost pitja alkohola v skupini 15-17 letnikov .....	49

Tabela 20: Vpliv dejavnikov na pogostost pitja alkohola v skupini 18-20 letnikov .....	50
Tabela 21: Vpliv dejavnikov na pogostost opijanja v skupini 15-17 letnikov .....	52
Tabela 22: Vpliv dejavnikov na pogostost opijanja v skupini 18-20 letnikov .....	53



## 1 UVOD

Prezgodnje in tvegano pitje alkohola sta ena izmed temeljnih dolgoročnih družbenih problemov. V magistrski nalogi smo zajeli populacijo mladostnikov starosti med 15 in 20 let, ki po statističnih podatkih v Sloveniji predstavlja 6,0 % celotnega prebivalstva (Statistični letopis, 2012). Naloga družbe in zdravstvenega varstva je, da mlade ljudi pravilno usmerja in jih obvaruje pred tveganim vedenjem in dejanji, ki lahko negativno zaznamujejo kasnejši razvoj.

V zadnjih desetletjih se dogajajo številne spremembe na vseh področjih življenja, ki vplivajo na zdravje in kakovost življenja vseh ljudi, tudi otrok in mladostnikov. Mladostniki zaradi negotovosti pri zaposlovanju in šolanju ter vse večjih težavah, povezanih s ključnimi področji njihovega življenja, postajajo vse bolj ranljivi in občutljivi. Vse to se lahko zrcali tudi v zdravstvenih in socialnih težavah mladostnikov. Zdravje je po eni strani ena najpomembnejših vrednot mladostnikov, po drugi strani pa se tudi okrog zdravja kopičijo njihove negotovosti (Ule, 2008).

V mladosti se postavijo temelji za zdravo življenje. V mladosti se oblikujejo življenjski slog in glavne navade, ki zaznamujejo posameznika vse življenje in vplivajo na potek njegovega življenja, kakovost življenja, uspešnost in tudi na zdravje. Dobro zdravje mladih je tako osnova za dobro zdravje odraslih in dolgoročni ekonomski razvoj družbe in blagostanje (ibid.).

Raziskave z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC – Health Behaviour in School-aged Children) iz leta 2002 in 2006 kažejo, da slovenski otroci in mladostniki svoje zdravje ocenjujejo kot dobro (Jeriček Klanšček et al., 2012). Ko nadalje raziskujemo njihovo vedenje, pa se izkaže, da prosti čas preživljajo preveč pasivno pred televizijskim ekranom ali predvsem pred računalnikom, s tem so posledično manj telesno aktivni (Koprivnikar, Pucelj, 2010). Rezultati evropske raziskave o alkoholu in drogah pri mladostnikih (ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Drugs) ugotavljajo, da so visoko tvegane oblike pitja alkohola med mladimi v večini evropskih držav v porastu, še posebej ob upoštevanju 20-letnega časovnega okvirja

(Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012). V ESPAD raziskavo je od leta 1995 vključena tudi Slovenija, ki zaznamuje podobne trende.

V Sloveniji se izvaja 38 preventivnih promocijskih programov s področja problematike alkohola (Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola, 2013a). Večina je namenjena mladostnikom in vključuje seznanjanje o škodljivih posledicah tveganega pitja alkohola ter varno vožnjo. Od leta 2006 raste število teh programov vendar preventivni promocijski programi v Sloveniji ne zajamejo celotne populacije mladih. Vsebine programov bi morale biti vpletene v učne načrte, kar bi zagotavljalo stalnost in pokritost celotne populacije šolskih otrok v Sloveniji. Kot učinkoviti so se izkazali programi za odrasle (starše, učitelje itn.), predvsem tisti, ki vključujejo učenje komunikacije med otroki in odraslimi o tveganem vedenju, krepitev samozavesti pri otrocih, postavljanje pravil in meja v družini, nadzor nad vedenjem otrok, skupno načrtovanje prostega časa in krepitev občutka varnosti (Jeriček Klanšček et al., 2011). Potrebno bi bilo načrtovati programe, z vsebinami o tveganih vedenjih, vključiti varovale dejavnike in zdrav življenjski slog. Pozitivni učinki teh programov so dolgotrajnejši v primerjavi z učinki alkoholno specifičnih programov (Foxcroft, Tsertsvadze, 2012).

Med izvajalce preventive in promocije sodijo tudi Zdravstveno vzgojni centri (ZVC), ki pa zdravstveno vzgojnih motivacijskih delavnic za mlade ne izvajajo. V primarnem zdravstvenem varstvu obstaja šest Zdravstveno vzgojnih centrov znotraj Zdravstvenega doma Ljubljana (ZDL) z integriranim pristopom organizira programirano zdravstveno vzgojo za odrasle s ciljem, da posamezniki z visokim tveganjem spremenijo svoj nezdrav življenjski slog. ZVC izvajajo sedem zdravstveno vzgojnih motivacijskih delavnic v krajših (življenjski slog, preizkus hoje na 2 km, dejavniki tveganja) in daljših oblikah (zdrava prehrana, zdravo hujšanje, telesna dejavnost – gibanje, opuščanje kajenja) (Vrbovšek, 2010).

V osnovni zdravstveni dejavnosti so zelo velike obremenitve, ki so posledica demografskih sprememb, večje ozaveščenosti ljudi in tudi organizacijskih sprememb v zdravstvu. Ob pomanjkanju zdravnikov in njihovi sedanji obremenitvi je bilo potrebno

najti model, kako s pomočjo diplomirane medicinske sestre vzpostaviti tak timski pristop do bolnika, v katerem so dejavnosti in pristojnosti pri obravnavi bolnikov jasno opredeljene in razdelane in tako vodijo k višji kakovosti. Referenčne ambulante uvajajo nov koncept dela na področju družinske medicine in prinašajo kadrovske okrepitve. Timu se pridruži diplomirana medicinska sestra za polovico delovnega časa, v delo se uvedejo protokoli obravnave kroničnih bolnikov, razširijo se področja preventivnega dela, vzpostavijo se registri kroničnih bolnikov in meri se kakovost s pomočjo kazalnikov kakovosti (Poplas Susič, Švab, Kersnik, 2013). Tudi referenčne ambulante zdravstveno vzgojnih delavnic za mlade zaenkrat ne izvajajo, a se pojavlja priložnost da medicinske sestre prevzamejo del teh aktivnosti.

Namen magistrske naloge je bil ugotoviti pивske navade mladostnikov iz osrednje slovenske regije in izpostaviti dejavnike, ki vplivajo na pitje alkohola. Analizirali smo predvsem vlogo staršev in vrstnikov, naše rezultate smo primerjali z evropskima študijama ESPAD in HBSC. V strokovni literaturi smo našli zelo malo izsledkov o tem, kam bi se mladi obrnili na pomoč zaradi tveganega pitja alkohola, zato smo preiskovance povprašali tudi o tej problematiki.

## 2 TEORETIČNI DEL

Pitje alkohola je opredeljeno kot pomemben dejavnik tveganja za breme bolezni in prezgodnjo umrljivost na svetovni ravni, ter kot pomemben problem v evropski regiji. Statistični podatki kažejo, da je v Evropski uniji med umrlimi, v starostni skupini 15-64 let, zaradi alkohola umrl vsak 7. moški in vsaka 13. ženska (Adolescent health, 2013).

Približno 10 odstotkov primerov raka pri moških in tri odstotke pri ženskah lahko pripišemo pitju alkohola. Evropa je regija, v kateri popijemo največ alkohola na svetu na prebivalca, pri čemer je v nekaterih državah ta delež približno dva in pol krat nad svetovnih povprečjem. Statistični podatki kažejo, da so potrebni nadaljnji ukrepi, saj znanost neprenehoma dokazuje, da spadajo alkoholne pijače med rakotvorne produkte. Zlasti močno vplivajo na razvoj raka ustne votline, žrela, grla, požiralnika, jeter, debelega črevesa, danke in prsi (IARC monographs, 2010).

Alkohol je pomemben javnozdravstveni problem v Sloveniji, saj je pitje alkoholnih pijač že stoletja del slovenske kulture. Okolje je naklonjeno pitju alkoholnih pijač, pitje alkohola pa je razširjena navada. Dostopnost alkoholnih pijač je velika, njihovo oglaševanje pa ni prepovedano. Proizvodnja alkoholnih pijač je v Sloveniji tudi pomembna gospodarska panoga, zato je vpliv alkoholne industrije zelo močan (Kovše, Hočevnar, 2011). Zato ni presenetljivo, da je po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije poraba alkohola (skupna registrirana in neregistrirana) v Sloveniji med največjimi na svetu (Global status report, 2011).

Alkohol je v Sloveniji, takoj za tobakom, drugi največji dejavnik tveganja za izgubljena zdrava leta življenja in peti dejavnik po vrsti za umrljivost (ibid.). Starejša raziskava iz leta 2000 je pokazala, da je približno 11 % odraslih slovenskih prebivalcev verjetno že odvisnih od alkohola (Hovnik-Keršmanc, Čebašek-Travnik, Trdič, 2000). Vendar se kljub temu Slovenija po izbranih kazalnikih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola uvršča v sam vrh držav članic EU in evropskih držav z nizko umrljivostjo otrok in odraslih (Global status report, 2011).

## 2.1 PREGLED RAZISKAV NA PODROČJU PITJA ALKOHOLA MED MLADOSTNIKI

Adolescenca je čas, ko mladostniki pogosto pričnejo s pitjem alkoholnih pijač in tudi z opijanjem. Po podatkih ESPAD se v tem obdobju močno poveča razširjenost pitja alkoholnih pijač, ki je celo najpogosteje konzumirana opojna substanca med srednješolci (Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

S pitjem alkoholnih pijač pri mladostnikih so povezane različne posledice, predvsem prometne in druge nezgode, nasilje, samomori, tvegano spolno vedenje, težave v šoli, alkohol pa negativno vpliva tudi na razvoj možganov (Newbury-Birch et al., 2008). Prej ko oseba začne piti alkohol in se opijati, večja je verjetnost, da bo z opijanjem tudi nadaljevala, in da bo zaradi tega imela tudi z alkoholom povezane zdravstvene posledice (Leatherdale, Burkhalter, 2012). Mladostniki, ki začnejo piti prej, imajo večje tveganje za kasnejši razvoj odvisnosti od alkohola (Schmid et al., 2007).

### 2.1.1 Pitje alkohola med mladostniki

Po pregledu raziskav na področju alkohola smo ugotovili, da je bilo največ raziskav opravljenih na osnovnošolcih in odraslih, običajno še v povezavi z razširjeno problematiko kajenja in drog. Populacija srednješolcev je bila slabše raziskana. Ena izmed prvih slovenskih raziskav med mladimi je bila opravljena že leta 1983, ko je bila izvedena raziskava o zlorabi drog med študenti ljubljanske univerze (Gosar, 1983); obsežneje in bolj sistematično pa se je problematiko alkohola začelo preučevati z vključitvijo Slovenije v mednarodni projekt ESPAD (Evropska raziskava o alkoholu in ostalih drogah) v katerem je Slovenija sodelovala v letih 1995, 1999, 2003, 2007 in 2011. Od leta 2001 je Slovenija vključena tudi v raziskavo HBSC (Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju), ki se prav tako izvaja vsake štiri leta (Jeriček Klanšček et al., 2012).

Pitje alkoholnih pijač je zlasti v zadnjih letih po podatkih mednarodnih raziskav HBSC in ESPAD vse bolj zaskrbljujoče. Predvsem pa so v porastu t.i. tvegane oblike pitja

alkohola, kot na primer opijanje, pri čemer jih mladi običajno ne zaznajo kot tvegane oblike. Mladi preprosto dostopajo do alkohola in pitje alkohola dojemajo kot nekaj povsem normalnega; pomeni jim način zabave in sprostitve (Bajt, Zorko, 2009). Bistvena razlika raziskav tveganega vedenja ESPAD in HBSC je v vzorcu mladostnikov, saj HBSC vključuje pretežno šoloobvezne otroke, ESPAD pa mladostnike, ki so osnovno šolo že zaključili in imajo status dijakov. Kljub starostni razliki vzorcev in nekoliko raznolikim kategorijam o pitju alkohola vlada med obema raziskavama močna korelacija pridobljenih rezultatov (Hibell et al., 2012).

V letu 2007 izvedena raziskava ESPAD je zajela 104.828 mladostnikov, rojenih leta 1991, iz 35 evropskih držav (Hibell et al., 2009). V letu 2011 izvedena raziskava ESPAD je zajela 103.076 dijakov, rojenih leta 1995, iz 36 evropskih držav (Hibell et al., 2012). Glavni rezultati raziskave ESPAD predstavljajo deleže dijakov, ki so v preteklosti že pili alkohol in delež dijakov, ki so že bili opiti. V raziskavi v letu 2007 je delež 15-16 letnikov, ki so že pili alkohol znašal 88,6 %, delež tistih, ki so navedli opijanje pa 47,5 % (Hibell et al., 2009). V raziskavi v letu 2011 je delež 15-16 letnikov, ki so že pili alkohol znašal 85,9 %, delež tistih, ki so navedli opijanje pa 46,6 % (Hibell et al., 2012). V letu 2011 tako med dijaki ni bilo novega poslabšanja stanja glede stopnje pitja alkohola in opijanja v Evropi, vendar so rezultati ostali na zelo visokih ravneh (ibid.).

Prav tako se v ESPAD raziskavi pridobivajo tudi bolj natančni podatki o pitju alkohola, na primer stopnjo pitja alkohola v zadnjih 12 mesecih in v zadnjih 30 dneh. V letu 2011 je pitje alkohola v zadnjih 12 mesecih navedlo 79 %, pitje alkohola v zadnjih 30 dnevih pred anketo pa 57 % mladostnikov. V letu 2007 sta ti dve številki bili nekoliko višji in sta znašali 82 % in 59 %. Opijanje, ki je bilo definirano v zaužitju 5 vrst alkoholnih pijač (okvirno je ena alkoholna pijača pomenila veliko steklenico piva, kozarec vina, šilce žgane pijače), je v letu 2011 v obdobju zadnjih 30 dni pred anketo navedlo 39 % mladostnikov, v letu 2007 pa 41 % mladostnikov (Hibell et al., 2009; Hibell et al., 2012).

V Sloveniji narejena raziskava na reprezentativnem vzorcu otrok starih 9, 13 in 15 let (Kolšek, 2000) je pokazala, da je 21 % otrok popilo svoj prvi kozarec alkohola že pred 7. letom starosti, 55 % pred 10. letom starosti, 70 % pa pred 13. letom starosti. 60 % 15-letnikov je pilo alkohol ob praznovanjih, ena tretjina v družbi s prijatelji, 18 % pa zato, da so se počutili drugače, saj so v bistveno večjem odstotku kot 9-letniki menili, da ima alkohol ugodne učinke na njihovo počutje (zmanjša živčnost, daje pogum, si boljši za družbo, si bolj vesel). Ob tem pa jih je 90 % menilo, da je alkohol škodljiv za zdravje (ibid.). Tudi na ravni Evropske unije je pri starosti 13 let ali prej pila alkoholne pijače že skoraj polovica preiskovanih mladostnikov (Currie et al., 2008; Hibell et al., 2009).

Nadalje so raziskave v Sloveniji pokazale, da dečki začnejo s pitjem alkohola in tudi doživijo prvo opijanjem prej kot deklice (Dekleva, Sande, 2003; Boben Barutzky et al., 2009), kot tudi v skoraj vseh drugih državah (Currie et al., 2008; Hibell et al., 2009). Razlike med spoloma s starostjo upadajo (Boben Barutzky et al., 2009). Rezultati mednarodne raziskave HBSC, za obdobje 2002 in 2010, niso pokazale pomembnih razlik v pitju alkohola pri mladih, izjema je bila zgodnje pitje alkohola, ki se je povečalo, razlike med spoloma pa so se zmanjšale na račun bolj tveganega pitja pri dekletih (Jeriček Klanšček et al., 2012). Ugotovljeno je bilo tudi, da je v Sloveniji mladih starih 15 let, ki so pili alkohol redno (vsaj enkrat tedensko) 27,5 %, kar je pomenilo sredino lestvice 41 vključenih držav v raziskavo (Bajt, 2007). Pogostost pitja alkohola v raziskavi ESPAD med slovenskimi 16-letniki je bila v letu 2007 v porastu, v primerjavi z drugimi državami (Hibell et al., 2009).

Glede tveganega pitja so Stergar, Pucelj in Scagnetti (2003) ugotovili, da je kar 73 % anketiranih dijakov prvih letnikov srednjih šol že bilo vinjenih. Z višjim letnikom srednje šole se odstotek še zvišuje. Pitje večjih količin alkohola ob eni priložnosti je bila v porastu tudi med slovenskimi mladostniki (Hibell et al., 2009). Dekleva in Sande (2003) sta ugotovila, da je skoraj polovica (49,5 %) anketiranih dijakov tretjih letnikov popilo pet ali več alkoholnih pijač zaporedoma v mesecu dni. Dve petini slovenskih petnajstletnikov sta bili v življenju že vsaj dvakrat opiti (Jeriček Klanšček et al., 2011), pri čemer tvegano pitje alkohola v mladostništvu pomeni večje tveganje za poznejši razvoj odvisnosti od alkohola (Nixon, McClain, 2010).

Pregledna raziskava izvedena na 15-letnikih v obdobju 1998-2006 kaže na porast splošnega trenda opijanja v Estoniji, Latviji, Litvi, Rusiji ter na Madžarskem in Poljskem. Upad je opazen v nekaterih srednje- (Avstrija, Nemčija) in severno-evropskih državah (Irska, Norveška, Švedska, Združeno kraljestvo, Danska, Finska), medtem ko v Franciji, Belgiji, Švici in na Češkem ter v nekaterih državah južne Evrope (Portugalska, Grčija) trend ostaja nespremenjen (Simons – Morton et al., 2009).

V ESPAD študiji je bilo prav tako ugotovljeno, da npr. mladi v skandinavskih državah pijejo alkohol manj periodično vendar zato več naenkrat, centralnoevropska mladina pa pije alkohol pogosteje in v manjših količinah naenkrat (Hibell et al., 2009). Vendar je ta rezultat povsem razumljiv in v skladu s politiko nordijskih držav do alkohola, ki je zelo visoko obdavčen in tako nekaj krat dražji kot v preostalih evropskih državah. Večini mladim je tako možnost rednega pitja alkohola praktično odvzeta.

Sam pomen pa imajo tudi vrste alkoholnih pijač, ki jih mladi pijejo. Tradicionalno se v severni Evropi konzumirajo žgane pijače (še posebej v skandinavskih državah in Veliki Britaniji), v južni Evropi pa pretežno vino in pivo. Ker imajo žgane pijače veliko več alkohola smo v zahodni Evropi priča pogostejšemu opijanju (Kuntsche, Rehm, Gmel, 2004).

Raziskavi ESPAD in HBSC nudita izhodišča za številne nove raziskave, raziskovalci poskušajo poiskati različne dejavnike, ki vplivajo na pitje alkohola in tudi na periodično opijanje. Raziskovalni cilji so tesno povezani z državnimi strategijami, ki so nekako razdeljene med splošno preventivo pred pitjem alkohola (celotna populacija mladih) in ciljno preprečevanje opijanja (omejeno na zdravstveno zelo ogroženo populacijo mladih). Statistika je tukaj žal zelo dvoumna, saj več težav družbi povzročajo manj tvegani potrošniki alkohola kot pa tisti, ki se redno opijajo, vendar je to primarno posledica tega, da so slednji veliko bolj redki (Skog, 2006).



### 2.1.2 Vzroki za pitje alkohola med mladostniki

Večina mladostnikov dobro pozna škodljive učinke pitja alkohola, a kljub temu pijejo alkohol (Ramovš, Ramovš, 2007; Stergar et al., 2003). V raziskavi Stergarja in sodelavcev (2003) je več kot polovica dijakov menilo, da se počutijo bolj sproščene in srečne če kaj spijejo, alkohol dobro vpliva na njihovo počutje in jim pomaga pozabiti na težave. Izsledki raziskave Eurobarometer iz leta 2011 so pokazali, da 83 % slovenskih mladostnikov oz. mladih odraslih ocenjuje, da lahko brez težav dostopa do alkohola (Eurobarometer, 2011).

Ugotovitve HBSC v letu 2010, so pokazale porast opijanja slovenskih mladostnikov, ki je usmerjen predvsem v pitje večjih količin alkohola ob posameznih priložnostih z namenom, da se opijejo. Rezultati so pokazali tudi, da je pogostejše pitje alkoholnih pijač pri mladostnikih povezano z neuspehom v šoli, saj je delež vsaj dvakrat opitih mladostnikov in tistih, ki alkoholne pijače pijejo redno, večji pri mladostnikih, ki imajo slabši šolski uspeh oziroma obiskujejo manj zahteven srednješolski program. Težave v šoli so lahko tako vzrok kot posledica pitja alkoholnih pijač pri mladostnikih (Jeriček Klanšček et al., 2012).

Rezultati HBSC v letu 2010 se skladajo tudi z rezultati drugih raziskav, ki so ugotavljali povezanost večjega števila prijateljev s pitjem alkoholnih pijač pri mladostnikih, saj je bil najvišji delež vsaj dvakrat opitih slovenskih mladostnikov med tistimi s tremi ali več prijatelji. Ugotovili, so tudi, da pogosto pitje alkoholnih pijač ni povezano le s številom prijateljev, ampak tudi z načinom druženja, saj tveganje predstavlja predvsem neorganizirano preživljanje skupnega časa (predvsem v diskotekah in lokalih), medtem ko je druženje pri skupnih aktivnostih (npr. pri športu) varovalni dejavnik. Rezultati so nakazali, da slovenski mladostniki ne preživljajo prostega časa na kakovosten način. Delež mladostnikov, ki se opijajo in ki redno pijejo alkoholne pijače, je povezan tudi s tipom družine, saj je delež večji med mladostniki iz rekonstruiranih kot iz klasičnih družin (ibid.).

Pitje alkohola je pogosto povezano z nesrečami in spori. V raziskavi povezani s temi okoliščinami so bile kot najpogostejše težave zaradi pitja alkohola navedene nezgode ali poškodbe stvari (14,1 %), sledile so težave v odnosu s starši (13,9 %), ter tudi težave v odnosu s prijatelji. Med negativnimi izkušnjami, ki so jih mladostniki zaradi opijanja z alkoholom doživeli, je bil naveden tudi nezaščiten spolni odnos. Mladostniki ki so pili alkohol, so pogosteje manjkali v šoli zaradi neopravičenih vzrokov, bolezní ali drugih vzrokov. Popivanje je bilo pogostejše med tistimi mladostniki, ki so šli pogosteje zvečer ven, ali so s prijatelji obiskovali nakupovalne centre ali pohajkovali po mestu, ali so igrali na igralne avtomate za denar. Manj popivanja je bilo med tistimi, ki so za zabavo brali knjige, ali se pogosteje ukvarjali z drugim konjičkom (Jerman, 2008).

### 2.1.3 Vloga staršev

Raziskave se v veliki meri ukvarjajo tudi z vlogo staršev pri preprečevanju pitja alkohola njihovih otrok. Pri tem se primarno poskuša ugotoviti ali konflikti v družini, neurejena družinska razmerja, negativen zgled staršev na otroke in podobno vpliva na razvoj otroka. Težava je dejansko veliko širša saj danes starši težje navežejo stik z otrokom, že od malega se otroci vse manj igrajo s fizičnimi igračami in vse več z elektronskimi igrali, kjer starši otroka ne dosežajo in ga raje pustijo samega ali v družbi vrstnikov.

Ker se starši in otroci danes družijo manj kot nekoč ostaja ena izmed tradicionalnih oblik druženja pomoč otroku v šoli. Rezultati študije HBSC prikazujejo zaskrbljujočo sliko, da so starši s staranjem otrok vse manj pripravljeni pomagati pri domačih nalogah. Otroci stari 11 let v približno 90 % navajajo, da jim starši pomagajo, 15-letniki pa le še okoli 70 % (Pokrajac, 2007). Dejansko to pomeni, da ko otroci dosežejo starost za tvegano pitje alkohola, so se starši vse manj pripravljeni ukvarjati z otrokom.

Raziskava, ki je zajela odnos staršev do vedenja otrok je pokazala, da so bili pogosteje vinjeni tisti mladostniki, katerih starši običajno niso vedeli kje njihovi otroci preživljajo sobotne večere (Stergar et al., 2003). Slovenski starši so imeli izjemno popustljiv odnos do pitja alkohola njihovih mladostnikov, saj so mladostniki odgovarjali, da če bi starši

vedeli za njihovo početje, bi to tudi dovoljevali in jih ne bi motilo (Boben Barutzky et al., 2010).

Številne raziskave se ukvarjajo z okoliščinami, kako pitje alkohola staršev vpliva na njihove otroke, vse raziskave v osnovi izhajajo iz hipoteze, da bodo učinki negativni. Na primer, v raziskavi avtorja Coffelta in sodelavcev (2012), ki je zajela družine z 10-16 let starimi otroci, so avtorji ugotovili, da je dolgoročno pitje alkohola pri očetih vplivalo na povečanje pitja alkohola pri dekletih, pri fantih pa ne. Rezultati v raziskavi avtorja Clevelanda in sodelavcev (2014), ki je zajemala družine z otroci starosti 18-22 let, so pokazali, da so se tako fantje in dekleta, ki so videli opito mati, pogosteje tudi sami opijali. Povezava je bila močnejša pri otrocih, ki so živeli pri starših in do staršev niso čutili topline. Ti dve raziskavi prikazujeta, da morajo starši za otrokovo dobro poskušati z otroci ohranjati dobre odnose in hkrati paziti, da otroci ne opazijo njihovega pretiranega pitja alkohola, kar pa je v skupnem gospodinjstvu zelo težko.

Specifično o odnosih staršev z njihovimi otroci se je ukvarjala raziskava avtorjev Cail in LaBrie (2010), ki je zajela 3753 študentov dveh ameriških univerz. Avtorji v svojih rezultatih navajajo, da razmišljanje otrok o pitju alkohola ni tako zelo odvisno od tega kaj jim posredujejo starši, ampak imajo večji vpliv vrstniki. Raziskava zaključuje, da je pomembna naloga staršev da spremljajo otrokov razvoj, opazujejo naravo vrstnikov s katerimi se njihov otrok druži in poskušajo vplivati na izbiro otrokove družbe. Torej je za starše koristno, da otroku svetujejo in promovirajo družbo, ki je po volji tudi njim.

Glede pomena komunikacije o alkoholu med starši in otroci so na Nizozemskem izvedli triletno raziskavo v katero so vključili družine z 428 mladostniki (Van der Vorst, Burk, Engels, 2010). Ugotovili so dokaj nasprotujoče rezultate, število opravljenih pogovorov z otroci se ni zrcalilo v manjšem pitju alkohola. Edino v skupini fantov, ki so navajali največ pitja alkohola je bil učinek pogostejše komunikacije pozitiven. Avtorji (ibid.) tudi sicer v svojem pregledu literature navajajo, da se po svetu izvajajo številni preventivni programi, ki priporočajo komunikacijo z mladostniki kot orodje za preprečevanje pitja alkohola, vendar so njihovi učinki precej omejeni in nejasni.

#### 2.1.4 Seznanjenost mladostnikov z možnostmi kje poiskati pomoč

V slovenskih raziskavah nismo zasledili raziskave o tem, kam bi se mladi obrnili po pomoč, če bi imeli problem povezan s pitjem alkohola. Za nas predstavlja to zanimivo temo, ker je pomembno ali si mladi v primeru težav znajo pomagati, oziroma znajo najti ustrezno pomoč.

Tudi tuje raziskave se s problematiko ali so mladi seznanjeni kjer poiskati pomoč, praktično ne ukvarjajo. Pretežno se raziskave ukvarjajo s programi, ki so na razpolago in v nadaljevanju poskušajo raziskati kakšen učinek je bil s temi programi dosežen. Avtor Johnson in sodelavci (2001) so v svoji raziskavi ugotovili, da večina mladih ne ve kje poiskati pomoč, imajo strah pred zaznamovanjem in tudi ne verjamejo, da se jim bo lahko pomagalo. Hkrati pa je problem tudi, da mladi enostavno nimajo motivacije, da bi si pustili pomagati s vključitvijo v anonimne terapevtske programe (Battjes et al., 2003).

Če se izhaja iz predpostavke, da so mladi nezaupljivi do inštitucij je ravno zdravstveno varstvo tisto, ki lahko napravi največ. Namreč tudi mladi imajo zdravstvene težave in obiskujejo zdravnika samostojno ali vsaj v okviru obveznih sistematičnih zdravstvenih pregledov. Ugotovljeno je bilo, da se mladi želijo pogovarjati o pitju alkohola, vendar zdravniki slabo izkoristijo priložnosti in v ambulantni le redko seznanijo mladostnika kakšna je vloga zdravstvenega varstva in kakšno pomoč ponuja (Stern et al., 2007; Levy, Knight, 2008).

## 2.2 ZDRAVJE MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

Otroci v Evropi so danes boljšega zdravja, uživajo bolj zdravo prehrano in imajo boljše razvojne možnosti kot kdajkoli poprej. Slovenija spada v t.i. območje EUR-A in ima pri otrocih nižjo umrljivost in manj respiratornih in infekcijskih bolezni v primerjavi z drugimi območji. Problem predstavljajo edino nenalezljive kronične bolezni, ki izvirajo iz kompleksnega prepletanja genetskih, vedenjskih in okoljskih dejavnikov, kot so npr. astma, alergije, diabetes, debelost in nevropsihiatrične motnje (Koprivnikar, Pucelj, 2010).

Odraščajoči mladostniki so dobrega zdravja, vendar so njihove težave, bolezni in stanja s katerimi se srečujejo drugačni od problemov odrasle populacije, posledice tveganega vedenja se običajno pokažejo v kasnejšem življenjskem obdobju. Odstopanja od zdravja se kažejo z drugačnimi znaki, imajo drugačne posledice za zdravje in jih je potrebno prepoznati z drugačnimi kazalci. Da bi lahko prepoznavali tveganja za zdravje mladostnikov moramo dobro poznati značilnosti populacije ob upoštevanju družbenih sprememb (ibid.).

### 2.2.1 Javno zdravstveni problemi mladostnikov

Za otroke do 19. leta so značilni zdravstveni problemi, povezani s posebnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja, kar vse vpliva na njihovo telesno, duševno in družbeno zdravje (ibid.).

Najpogostejši vzroki smrti v Evropi v starosti 15 do 19 let so poškodbe in zastrupitve, bolezni respiratornega sistema, bolezni možganskih žil in levkemija (A snapshot, 2009). Za zdravo življenje otroka je pomemben stil življenja cele družine, torej dejavnosti v prostem času, zdrava prehrana, telesna dejavnost, izogibanje različnim zasvojenostim, netvegano spolno vedenje, dobro družinski odnosi itd. Še posebej adolescenca je obdobje številnih sprememb v razvoju posameznika, pride do intenzivnega telesnega razvoja, osebnostnega zorenja, izoblikovanje lastne identitete in vključevanja v socialno okolje. Mladostnik si v tem času utrdi vrednote in navade, ki vplivajo na njegovo kasnejše življenje in tudi na njegovo zdravje. V adolescenci nastane povečana možnost tveganih vedenj, ki lahko vplivajo na mladostnikovo zdravje zaradi vključevanja škodljivih navad v življenjski stil, stopnjevanja konfliktov z okoljem ter tudi do uporniškega obnašanja in ogrožanja drugih. Med tvegana vedenja sodijo tvegano pitje alkohola, kajenje, jemanje prepovedanih drog, tvegana spolnost, mladostniška nosečnost, tvegane igre in športi, nasilništvo itd. V skrajnem primeru lahko pride tudi do prekinitve šolanja oziroma do prezgodnjega prevzemanja vloge odraslih (Koprivnikar, Pucelj, 2010).

## 2.2.2 Sistem zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni

Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladine ima v Sloveniji medtem že več kot stoletno tradicijo, začetki dejavnosti segajo v leto 1909 (ibid.). Natančneje je opredeljeno z navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni iz leta 1998 in kasnejšimi navodili o spremembah in dopolnitvah prvih navodil. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni določajo, da mora imeti tim šolskega zdravnika minimalni normativ 2200 otrok, starosti največ 19 let (Navodilo, 1998). Tim šolskega zdravnika sestavljajo zdravnik splošne medicine, diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege. Delež v okviru sistematičnih pregledov pregledanih otrok je v letih 2006 in 2007 znašal nad 80 % (Zdravstveni statistični letopis, 2007).

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni narekuje, da se izvajanje obveznega preventivnega zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine in programirane zdravstvene vzgoje zaradi posebnih potreb te skupine opravlja v zdravstvenih zavodih in zasebnih ordinacijah, ki pridobijo pooblastilo ministra za zdravstvo. Določilo je usklajeno na podlagi predloga med Inštitutom za varovanje zdravja in območnim zavodom za zdravstveno varstvo (Navodilo, 1998).

Tim šolskega zdravnika izvaja zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine po dispanzerski metodi dela, kar pomeni, da aktivno skrbi za zdravje šolskih otrok in mladine v določenem zdravstvenem območju, razvija in izvaja programe promocije zdravja ter tako otroke kot njihove starše vzpodbuja k čim večji skrbi za lastno zdravje in zdravje družine (ibid.).

Šolski zdravnik pripravi za pripadajoče zdravstveno območje letni načrt obveznega preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje na podlagi letnih načrtov posameznih izvajalcev. Za pripravo kakovostnih lokalnih in nacionalnih načrtov, mora šolski zdravnik opraviti analizo opravljenega dela v preteklem letu, predlagati ukrepe za izboljšanje izvajanja zdravstvenega varstva in opraviti z zakonom

določeno poročanje v zdravstveni informacijski sistem, ki primarno zajemajo zdravstveno dokumentacijo in statistična poročila (ibid.).

Slovenski strokovnjaki s področja primarnega zdravstvenega varstva, kamor spada tudi zdravstveno varstvo otrok in mladine, navajajo, da tudi najbolj razvite države na svetu svoje zdravstvene sisteme utemeljujejo na načelih timskega dela in osnovni zdravstveni dejavnosti, usmerjeni v skupnost. Ugotavljajo tudi, da je bila Slovenija na tem področju dolga leta pred razvito Evropo, ni pa upoštevala Svetovne zdravstvene organizacije v smislu potreb po izobraževanju vseh članov tima in krejitvi timskega dela (Klančar Švab, Kersnik, 2010).

### 2.2.3 Izvajanje vzgoje za zdravje v šolskem obdobju (OŠ in SŠ) v Sloveniji v osnovnem zdravstvenem varstvu

Preventivno zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine je organizirano skupinsko za posamezne šole oziroma razrede in ni vezano na izbranega osebnega zdravnika. Vsaka šola mora imeti imenovan tim šolskega zdravnika, ki je odgovoren za izvedbo obveznega programa preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje. Na osnovi vpisnih seznamov učencev ali dijakov, ki jih ambulantam posredujejo šole, tim šolskega zdravnika organizira in opravi sistematične preglede. Opravi tudi vsa obvezna cepljenja, ki jih določa republiški program imunoprofilakse in kemoprofilakse. Tim šolskega zdravnika izvaja tudi medicinsko svetovanje, tako mladostniku kot staršem na na timskih obravnavah, organiziranih s strani šole. Prav tako opravi tudi načrtovane zdravstveno vzgojne aktivnosti za zavarovane osebe svoje šole. V tretjem razredu osnovne šole sistematični pregled opravi diplomirana medicinska sestra, ki po potrebi pošlje otroka na pregled k zdravniku, zdravnik je odgovoren da je medicinska sestra ustrezno usposobljena, pregled se lahko opravi tudi na šoli. V primeru, da mladostnik ne obiskuje šole se mu pošlje vabilo za sistematični pregled na dom, v primeru zaposlitve pa pregled opravi zdravnik medicine dela, ki ima pogodbo z delodajalcem (Navodilo, 1998).

Za storitve z naslova zdravljenja oziroma kurativnega zdravstvenega varstva si morajo mladi izbrati osebnega zdravnika, do 15. leta starosti je to naloga njihovih staršev. Šolski zdravnik in osebni zdravnik sta si v tem času dolžna obveščati in drug drugemu omogočiti vpogled v zdravstveni karton mladostnika. V primeru, da mladostnik nima izbranega osebnega zdravnika, mora šolski zdravnik opozoriti mladostnika oziroma starše (ibid.).

### 2.3 SISTEMATIČNI PREVENTIVNI PREGLEDI

Cilj sistematičnih preventivnih pregledov je načrten zdravstveni nadzor, odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje šolskim otrokom in mladini. Pregled obsega oceno telesnega razvoja in prehranjenosti, ugotavljanje telesnega, duševnega zdravja in negativnih socialnih dejavnikov. Odkrivajo se nezdrave življenjske razvade, tvegana vedenja in zlorabe drog. Pregledi se običajno izvajajo v prostorih zdravstvenega zavoda ali v zasebni ordinaciji, v šoli se izvajajo izjemoma. Učenci so na pregled vabljeni s pisnim povabilom ali preko šole. V rednem delovnem času naj bi bilo pregledanih do 30 učencev. Ob pregledu je vključena tudi skupinska zdravstvena vzgoja, ki se izvaja v dveh skupinah. Ob zaključku se opravi se razgovor z razrednikom. Učenci po opravljenem pregledu dobijo pisno obvestilo za starše ali izbranega osebnega zdravnika (ibid.).

Sistematični preventivni pregledi so sledeči (ibid.):

- sistematični pregled šolskih novincev pred vstopom v šolo (pregled poteka ob prisotnosti enega ali obeh staršev. Starše oziroma skrbnike zdravstveno osebje seznanj z obsegom zdravstvenega varstva otroka v obdobju od vstopa v šolo do dopoljenega 19. leta starosti)
- sistematični pregled učencev v 1., 3., 6., 8. razredu OŠ
- sistematični pregledi dijakov v 1. in 3. letniku SŠ
- sistematični pregledi mladine izven rednega šolanja v 18. letu
- zdravstveno varstvo študentov (sistematični pregled študentov prvih in zadnjih letnikov višjih in visokih šol izvede v Ljubljani ZD za študente Univerze v



Ljubljani, v Mariboru študentske ambulante v okviru medicine dela ZD Maribor, v drugih krajih šolski zdravnik v javnem zavodu)

### 2.3.1 Namenski pregledi mladih po sistematičnem pregledu

Cilj pregleda je spremljanje rasti in razvoja posameznih otrok in mladostnikov v primeru, ko se na rednem sistematičnem pregledu ugotovijo odstopanja od normale, in le tega ne moremo opredeliti za bolezensko stanje, zahteva pa pogostejši nadzor stanja kot na dve leti. Namenski pregledi pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje se opravi predvsem zaradi odkrivanja nalezljivih bolezni, ki bi lahko ogrožale zdravje drugih varovancev v letovišču. Ob tem je pomembno ugotoviti, ali je varovančevo zdravstveno stanje primerno za letovanje in ne bo zaviralo procesa rehabilitacije (ibid.).

### 2.3.2 Promocija zdravja za mladostnike

Promocija zdravja je opredeljena kot proces, ki posamezniku omogoča nadzor nad svojim zdravjem. Ob tem lahko posameznik vpliva na svoje zdravje. Postopek ni usmerjen samo h krepitvi metod, sposobnosti in znanj. Usmerjen je tudi v celosten socialen in političen proces, ki je usmerjen tudi k spreminjanju socialnih, okoljskih in ekonomskih pogojev. Promocija zdravja je pomoč ljudem pri spreminjanju življenjskega sloga v stanje čim boljšega zdravja. Zdravje je v tem okviru vir vsakodnevnega življenja. Poudarek je na pozitivnem konceptu, ki vključuje socialne, individualne in tudi fizične zmogljivosti posameznika. Zato zdravje ni samo odgovornost zdravstvenega sektorja, ampak mora potekati od »healthy life style« do »well-being«. Izraz vzgoja za zdravje je sodobnejši izraz za zdravstveno vzgojo in se ga razume kot nadgradnja obstoječe zdravstvene vzgoje (po literaturi WHO, Ottawska listina, Bankokška deklaracija).

Zdravstveno vzgojno delovanje je usmerjeno v informiranje in motiviranje posameznika in skupnosti, da aktivno skrbi za svoje zdravje. Zdravstveno vzgojni programi naj bi omogočili posamezniku izoblikovati znanja, veščine, stališča in vedenjske vzorce za

zdrav način življenja. Skupine za katere so programi namenjeni so otroci, mladostniki, njihovi starši in pedagogi (Navodilo, 1998).

Vzgojo za zdravje v šolskem obdobju je v izvajanju nujno potrebno poenotiti in učvrstiti. Programi vzgoje za zdravje za šolske otroke naj se izvajajo v okviru sistematičnih pregledov ter tudi izven sistematičnih pregledov, predvsem v osnovnih in srednjih šolah, pa tudi v drugih ustanovah (internati in različni zavodi) in lokalni skupnosti. Vzgojo za zdravje za šolarje izvajajo zdravnik in medicinska sestra v dispanzerju za šolske otroke in diplomirana medicinska sestra iz t.i. enote za vzgojo za zdravje. Zdravnik in medicinska sestra iz dispanzerja izvajata usmerjeno individualno svetovanje, ki je del vzgoje za zdravje in je prilagojeno razvojni stopnji otroka in mladostnika. Teme in vsebine so namenjene predvsem otrokom, treba je posvečati pozornost, da imajo otroci dovolj časa za pogovor in vprašanja (Koprivnikar, Pucelj, 2010).

Diplomirane medicinske sestre, ki izvajajo programe že več let, izpostavljajo potrebo po enotnem programu, vsebinah, temah, smernicah in pripomočkih za delo, torej t.i. enotnem programu za izvajanje vzgoje za zdravje na nacionalni ravni. Izpostavljajo tudi potrebo po kadrovskih okrepitvah in načrtovanju večjega deleža časa, namenjenega izvajanju programov, pripravam na izvajanje ter evalvacije (ibid.).

Vzgoja za zdravje se izvaja na različne načine, lahko je skupinska ali individualna. Izvaja se ob sistematičnih pregledih v zdravstvenih domovih ali v šolah v okviru sistematičnih pregledov na individualni ravni, kjer za skupinsko delo niso na voljo ustrezni pogoji. Skupinsko se izvaja tam, kjer so na voljo ustrezni pogoji, oprema in čas. Vzgojo za zdravje ni nujno izvajati ob sistematičnem pregledu, lahko se izvaja naknadno v šoli, posebej tedaj, ko niso pogojev za skupinsko delo (prostor, oprema, čas) oziroma za takšen način obstaja zanimanje šole (ibid.).

Zaradi želje po poistovetenju z vrstniki, zaradi mladostnikovega hitrega in brezkompromisnega odločanja za določene zamisli, stvari ali ljudi, je pomembno, da mladostnikom na primeren in nevsiljiv način predstavimo zdravo alternativo. Ob tema

pa je pomembna spodbuda za razvoj kritičnega mišljenja. Pri delu z mladimi se je izkazala za zelo koristna skupinska diskusija, izmenjavanje različnih mnenj, predstavitev različnih pogledov na neko temo, tehtanje razlogov za in proti. Vse to omogoča mladostniku, da sam pride do nekega zaključka, ob tem pa se nauči kako naj ravna ko bo sam v podobni situaciji. Za mladostnike je tudi zelo značilna skrb in dilema o lastnih sposobnostih, o zunanjem videzu in pristojnosti. Zato mora biti skupinsko delo priložnost, kjer se lahko vsak potrjuje. Ob tem je tudi zelo pomembno, da mladostnikom damo vedeti, da je to, kar se jim dogaja in kar čutijo, povsem normalno za njihovo razvojno obdobje. T.i. medicinski model promocije zdravja povezuje informiranje posameznika z vedenjem posameznika o zdravih navadah in z njegovo obveščenostjo o zdravju in o tveganjih za zdravje. Gre za poenostavljeno povezovanje informiranja z vedenjem, ki se v različnih študijah že dolgo problematizira. Informiranost o zdravju je lahko pogoj, da posameznik sprejme vedenja, ki so priporočljiva za zdravje. Informiranost sama po sebi pa nikakor ni dovolj, da bo posameznik v skladu z njo tudi deloval (Jeriček Klanšček, Kamin, 2011).

Skupinsko delo je najprimernejša oblika dela z mladimi, ker ima vrstniška skupina največji vpliv prav v mladostništvu in ker se posameznik podreja njenim vrednotam, miselnosti, načelom in normativom. Mladostniki uživajo v razpravljanju o morebitnih problemih in filozofskih temah, kot so etika, morala, vrednote, smisel življenja itd. Pogoj za takšno razpravljanje je prijetno, sproščeno vzdušje v skupini. Pri vseh oblikah skupinske diskusije (npr. o tveganem vedenju) moramo biti pazljivi, da pustimo mladim, da pogovor o določeni temi teče med njimi samimi brez vmešavanja mentorja. Mladi bodo prej sprejeli neko mnenje, če bo prišlo s strani vrstnikov kot pa s strani mentorja. Do pravilne rešitve naj bi mladi prišli sami, naloga mentorja pa je, da jih pri tem spremlja in usmerja (npr. Kaj pa vi mislite o tej temi? Kako bi vi ravnali v takšni situaciji?) (Gorenc, 2011).

Mihelič Zajec (2010) opozarja na pomen raznolikosti učnih in vzgojnih metod, kot so npr.: metoda pogovora, metoda razprave, metoda praktičnega dela, metoda prepričevanja, metoda spodbujanja, katere silijo udeleženca, da se aktivno vključujejo v

proces pridobivanja znanja, in sicer s svojimi razmišljanji, mnenji, primeri iz prakse in aktivnim delom.

Otroci, mladostniki, odrasli in starostniki imajo vso pravico, da jih o zdravju poučujejo dobri metodiki/didaktiki zdravstvene vzgoje, ki vseživljenjsko izpopolnjujejo svoje znanje. Družbeni razvoj in pojav zdravstvenih problemov zaradi neustreznega življenjskega sloga zahteva kvaliteten razvoj profesionalne samopodobe diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov (Zurc et al., 2010).

Problemi odvisnosti so problemi na mnogih področjih zdravstvene dejavnosti s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci. Zato potrebujejo dodatna znanja in veščine za strokovno obravnavo teh bolnikov. Le celostna obravnava in sodelovanje med različnimi strokami je lahko kvalitetna in učinkovita (Poplas Susič, 2012).

Trenutna ureditev zdravstvenih domov ne odgovarja več potrebam modernega časa in je potrebna prenove, na drugo strani pa je še vedno ustrezen temelj primarnega zdravstvenega varstva. Ključna naloga zdravstvene dejavnosti na primarni ravni je zagotavljanje čim boljšega zdravja prebivalstva, ki je pod okriljem ustanove. Ohranitev in krepitev zdravja bi moralo postati središče načrtovanja in izvajanja promocije zdravja in preventivnih programov v zdravstvenih domovih. Središče zdravstveno vzgojne dejavnosti na lokalni ravni bi moral postati zdravstveni dom (Klančar et al., 2010).

V šolskem prostoru poteka zdravstvena vzgoja in promocija zdravja preko različnih programov, ki jih izvaja šola ali pa se povezuje z drugimi vladnimi ali nevladnimi organizacijami. Evropska mreža zdravih šol (European Network of Health Promoting Schools), je program, ki poteka po idejnem konceptu promocije zdravja Svetovne zdravstvene organizacije, Evropske komisije in Sveta Evrope od leta 1980. Evropska mreža zdravih šol je temeljila na strategijah in načelih Otawske listine iz leta 1986, ki so jih interpretirali tudi v kontekstu šolskega izobraževalnega sistema (Grieg Viig, Wold, 2005). Vanjo je vključenih 43 držav, članic Evropske unije in Svetovne zdravstvene organizacije. Vse do leta 2007 je Svetovna zdravstvena organizacija vodila mednarodno koordinacijo, po tem času pa je le to prevzel Nizozemski inštitut za promocijo zdravja,

hkrati pa se je preimenovala v Schools for Health of Europe. Slovenija je članica od leta 1993, ko se je vključila v mrežo z 12 pilotnimi šolami t.i. zdravimi šolami. Danes deluje v Sloveniji 52 % vseh osnovnih, srednjih šol in dijaških domov po Sloveniji v projektu Zdrava šola (Slovenska mreža, 2012).

Značilnosti Zdravih šol so v tem, da na vsaki šoli deluje tim ali skupina Zdrave šole, ki ga sestavljajo predstavniki vodstva šole, učiteljev, učencev, staršev, šolske zdravstvene in zobozdravstvene službe in lokalne skupnosti. Dejavnosti s področja promocije zdravja sistematično načrtujejo in evalvirajo. Pri načrtovanju nalog sledijo številnim ciljem; v okviru vodilne teme za posamezno šolsko leto pripravijo aktivnosti po šolah; se udeležujejo srečanj Zdravih šol; sodelujejo na strokovnih srečanjih s primeri dobrih praks; učitelji in drugi zaposleni se izobražujejo na področju promocije zdravja (Bevc Pucelj, Sagnetti, 2008; Slovenska mreža, 2012).

### 2.3.3 Vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni

Za odrasle je programirana zdravstvena vzgoja organizirana v okviru nacionalnega programa promocije preventive na področju srčno žilnih bolezni (NPPPSŽB) in se izvaja v 61 zdravstveno vzgojnih centrih (ZVC), ki so se po sklepu Ministrstva za zdravje v slovenskem prostoru oblikovali leta 2000. ZVC tvorijo nacionalno mrežo za izvajanje programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za odraslo populacijo. ZVC izvajajo dejavnosti promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in svetovanja za zdravje (Program svetovanja za zdravje). Centri so razpršeni po celi Sloveniji in delujejo v okviru zdravstvenih domov, ki skrbijo za zdravje v lokalnih skupnostih, kar zagotavlja dobro dostopnost. ZVC, ki so organizirani kot samostojni centri v organizacijski strukturi zdravstvenih domov, svojo dejavnost zagotavljajo: a) za vse prebivalstvo, ki geografsko gravitira na območje zdravstvenega doma, v katerem je ZVC lociran, ne glede na geografsko lokacijo opredeljenih osebnih zdravnikov teh prebivalcev; in b) za vse posameznike, ki se iz različnih razlogov želijo udeležiti dejavnosti, potekajoče v ZVC, ki ni v njihovem geografskem gravitacijskem območju (Vrbovšek, 2011).

Naloge ZVC obsegajo organiziranje, izvajanje, spremljanje, vrednotenje in koordiniranje ter poročanje o dejavnostih promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in svetovanja za zdravje (program svetovanja za zdravje). Izvajanje svoje dejavnosti zagotavlja ustrezno izobražen in dodatno usposobljen kader (v skladu s točko 6.2.2 Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni). Za izvajanje svoje dejavnosti zagotavljajo delovne in učne pripomočke, povezujejo se z izvajalci preventive in promocije zdravja v zdravstveni dejavnosti (na lokalni/regijski ravni); preko sredstev javnega obveščanja seznanjajo javnost o aktivnostih ZVC in zdravem življenjskem slogu. V lokalni skupnosti aktivno delujejo kot promotorji zdravega življenjskega sloga in se povezujejo z različnimi organizacijami. Vse to je temeljni pogoj za razvoj prebivalstva in možnost pomoči pri spreminjanju življenjskega sloga (ibid.).

Ciljna populacija za programirano zdravstveno vzgojno delo na primarni ravni v ZVC so tisti odrasli iz ciljne populacije programa, ki imajo srčno-žilno tveganje, kadilci, debeli (ITM več kot 30), hipertoniki, sladkorni bolniki in tvegani pivci alkohola. V uvodni del programa svetovanja za zdravje (PSZ) se lahko vključijo vse zainteresirane osebe iz ciljne populacije programa. Uvodni del PSZ je namreč namenjen začetnemu informiranju udeležencev o zdravem življenjskem slogu in dejavnih tveganja ter motiviranju ljudi za vključitev v strukturirane, daljše tematske delavnice, namenjene osebam s prisotnimi dejavniki tveganja in visoko ogroženim za razvoj srčno-žilnih in ostalih kroničnih nenalezljivih bolezni ter že zbolelim. Za udeležbo v nadaljevalnem delu PSZ pa je potrebna napotitev s strani osebnega zdravnika (ibid.).

Demografske spremembe, staranje populacije ter prevladujoča patologija zahteva večjo skrb za varovanje in krepitev zdravja ter za izvajanje teh programov, kar omogoča organizacija primarne ravni zdravstvene oskrbe, ki vključuje obstoječe ZVC in omogoča razvoj močnih, zmogljivih ZVC (preventivnih centrov) z interdisciplinarno stroko in programi (ibid.).

Delovanje ZVC in izvajanje programa svetovanja za zdravje je usmerjeno k posamezniku in skupnosti, ki poteka v partnerskem odnosu spoštovanja, sodelovanja,

iskanju skupnih rešitev na podlagi upoštevanja vseh moralnih dilem (Luznar, 2009). Sestavni del programa svetovanja za zdravje je tudi individualno svetovanje za tvegane pivec alkohola, ki pa se izvaja pri osebnih zdravnikih. Kot je lahko razbrati iz podatkov o realizaciji zdravstveno-vzgojnih delavnic za odrasle, je teh svetovanj izvedenih zelo malo, tako pri zdravnikih v okviru zdravstvenih domov, kot tudi pri koncesionarjih. Na ravni zdravstvenih domov je bilo v letu 2011 izvedenih 39 svetovanj, na ravni koncesionarjev pa 111 (Jelenc, Vrbovšek, 2012).

Ker je spreminjanje življenjskih navad proces, ki je povezan z motivacijo, stališči, prepričanji, vrednotami in miselnimi vzorci, ki jih posameznik nosi s seboj iz zgodnjih otroških let, kar pomeni, da bi programe morali dopolniti s psihološko podporo udeležencem in jih časovno podaljšati (Štemberger Kolnik, 2011). Namen predavanj in kreativnih delavnic je vzpostaviti pogovor med mladimi, kjer ti prisluhnejo vrstnikom, njihovim težavam in čustvom. S prepoznavanjem svojih čustev lahko otroci in mladostniki razrešijo veliko svojih notranjih stisk in ugank. Na ta način pa se srečujejo tudi s svojo razvojno krizo. Samostojno reševanje vprašanj, stisk in vsakdanjih problemov je temeljni cilj delovanja. Gre za spodbujanje in krepitev notranje motivacije za samorazvoj in samouresničevanje ter razvoj odgovornosti, tolerantnosti in komunikativnosti. Mlade je potrebno podpreti in jih naučiti ustreznih življenjskih in socialnih spretnosti. Preventivne aktivnosti bi bilo potrebno pripraviti tudi za učitelje, svetovalne delavce, starše, otroke in mladostnike (Boben Barutzky et al., 2010).

Sodelovanje vseh članov tima je pogoj, da je delo v zdravstveno vzgojnih programih popolno in uspešno. Sodelovati morajo vsi člani verige, tako zdravniki, ki napotijo bolnike, kot medicinskih sester, ki ob napotitvi opravijo zdravstveno vzgojno delo in skrbijo za motivacijo, pa tudi medicinskih sester v programih, ki bolnike sprejmejo v različnih fazah procesa spreminjanja. Sposobnost prepoznavanja, v kateri fazi spreminjanja je bolnik, je ključ do boljše komunikacije in motivacije bolnika (Vražič, 2011). Zdravstveni delavci kot motivatorji prispevajo največ k odločitvi posameznika, da se vključi v zdravstveno vzgojne delavnice (Anderle, Skela Savič, 2011).

#### 2.3.4 Referenčne ambulante

Referenčne ambulante (RA) so od leta 2011 novost na področju družinske medicine, kjer se je sedanjemu timu (zdravnik in tehnik zdravstvene nege) pridružila za polovični delovni čas še diplomirana medicinska sestra. Pomenijo načrtno uvajanje drugačne organizacije in drugačne vsebine dela v primarno zdravstvo. V Sloveniji je v letu 2011 pričelo z delom 105 RA, ki so enakomerno razdeljene po vsej Sloveniji in zagotavljajo regijsko zastopanost (Poplas Susič, Marušič, 2011). V letu 2012 se je pridružilo 164 novih referenčnih ambulant, tako je konec leta 2012 delovalo skupaj 271 RA (Poplas Susič, Švab, Kersnik, 2013).

Diplomirana medicinska sestra je postala del tima in je prevzela naloge, ki jih v skladu s svojo pristojnostjo lahko opravlja. Pričakuje se, da bo izboljšala učinkovitost družinskih ambulant (Laurant et al., 2004 povz. po Poplas Susič, Marušič, 2011). Področje njenega dela je predvsem spremljanje meril urejene kronične bolezni, v prvem koraku kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB), astme in sladkorne bolezni tipa II ter preventivno presejanje. Spremljanju srčno-žilne obremenjenosti bo dodano še presejanje za sladkorno bolezen, depresijo, KOPB, povišan arterijski tlak ter kajenje in pitje alkohola, kar uspešno potrjujejo tudi druge študije (Aubert et al., 1998 povz. po Poplas Susič, Marušič, 2011; Crabtree et al., 2005 povz. po Poplas Susič, Marušič, 2011).

Po končani fakulteti ima diplomirana medicinska sestra vse potrebne pristojnosti, da suvereno sodeluje pri delu tima (Aktivnosti zdravstvene nege, 2011). Zagotovo pa je pomembno, da je njeno znanje nadgrajeno za bolj kakovostno delo v smislu širokega poznavanja dela v ambulanti in obravnave kroničnih bolnikov. Obremenitev zdravnika se s tem ne bo zmanjšala, pač pa spremenila in diplomirana medicinska sestra bo prispevala širši spekter delovanja v ambulanto, kot se je izvajal pred njenim prihodom (Poplas Susič, Marušič, 2011).

Zaenkrat RA še ne bodo vključene v delo z šoloobveznimi otroci in dijaki. Njihova preventivna dejavnost je naravnana na starostno skupino 30 let ali več. Pomembno je, da se mladi zavedajo, da tvegano pitje alkohola lahko že v zgodnjih zrelih letih



povzroča škodo lastnemu zdravju, npr. v obliki srčno-žilnih bolezni, ki danes veljajo za najpogostejši razlog smrti v razvitih državah. V RA se bodo vodili številni kazalniki kakovosti, ki bodo odraz dela tima. Registri bodo prispevali k preglednosti obolevnosti opredeljenih bolnikov glede na posamezno kronično bolezen in bodo omogočali dejaven pristop k zdravljenju in planiranje obravnave, kar zadeva zdravstveno-vzgojne in terapevtske postopke (Poplas Susič, Marušič, 2011).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJ MAGISTRSKEGA DELA

Ugotoviti smo želeli pивske navade mladostnikov iz osrednje slovenske regije, dejavnike ki vplivajo na pitje alkohola pri mladostnicah in mladostnikih, dejavnike, ki vplivajo na redkejšo poseganje po alkoholu. Ugotoviti smo želeli ali imajo mladi dovolj možnosti, da se seznanijo o škodljivih vplivih alkohola na njihovo zdravje. Namen raziskave smo želeli usmeriti v ugotovitve kam bi bilo primerno usmeriti aktivnosti za krepitev zdravega življenjskega sloga tako pri mladostnikih kot njihovih starših in učiteljih, kar bi vplivalo na zmanjšanje pitja alkohola. Zaključki raziskave bi lahko omogočili pripravo učinkovitih predlogov za promocijske aktivnosti v prihodnje.

Cilji raziskave:

- Ugotoviti povezanost demografskih dejavnikov z uporabo alkohola pri mladih.
- Ugotoviti pomen nadzora staršev pri uporabi alkohola med mladimi.
- Ugotoviti povezanost preživljanja prostega časa z vlogo alkohola.
- Ugotoviti povezanost uporabe alkohola s psihičnimi in fizičnimi težavami zaradi alkohola.
- Ugotoviti povezanost pitja alkohola z učnim uspehom.
- Ugotoviti mnenja mladostnikov kam bi se obrnili po pomoč v primeru hujših zdravstvenih težav zaradi alkohola.

#### 3.2 HIPOTEZE RAZISKAVE

H1: Fantje pijejo alkohol pogosteje kot dekleta.

H2: Pitje alkohola se razlikuje glede na učni uspeh mladostnika.

H3: Starejši mladostniki se pogosteje opijajo z alkoholom.

H4: Mladostniki staršev z višjo izobrazbo manj pogosto pijejo alkohol.

H5: Pogostost pitja alkohola se razlikuje glede na preživljanje prostega časa mladostnika.

H6: Opijanje z alkoholom je pogostejše pri mladostnikih, ki imajo izhod v poznih večernih urah.

H7: Mladostniki, ki so pod nadzorom staršev manj pogosto pijejo alkohol.

H8: Zavedanje pri mladostniku o škodljivi rabi alkohola zmanjša njegovo potrebo po alkoholu.

H9: Mladostniki, ki pijejo alkohol za beg pred problemi pogostejše pijejo alkohol.

H10: Pitje alkohola mladostnika se razlikuje glede na odnos staršev do uporabe alkohola njihovih otrok.

### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za opredelitev teoretičnega izhodišča obravnavane teme smo pregledali literaturo o uporabi alkohola pri mladih. Uporabili smo podatkovne baze Cinahl in Medline, za domačo literaturo smo pregledali podatkovne baze COBISS in bazo raziskav na MOSI (Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola, 2013b). Uporabljene ključne besede so bile v slovenskem/angleškem jeziku in so se glasile: pitje alkohola/alcohol drinking, uporaba alkohola/alcohol use, popivanje/binge drinking, zloraba alkohola/alcohol abuse, škodljivo uživanje/harmful use, mladostniki/adolescents, dijaki/pupils, šolski otroci/school aged children, otroci/children, primarna preventiva/primary prevention.

Izvedli smo terensko študijo ter uporabili deskriptivno metodo dela. Populacijo ali statistično množico so predstavljali dijaki, ki so po starosti od 15 do 20 let in vrsti izobraževanja v Sloveniji, po podatkih Statistični urada Republike Slovenije (2010) letno vključeni v srednje splošno izobraževanje. Omejili smo se na populacijo mladih iz osrednjeslovenske regije, ki imajo izbranega zdravnika v osnovnem zdravstvenem varstvu v javnem zavodu zdravstveni dom na področju v katerem živijo.

Vzorčni okvir, na osnovi katerega je potekalo vzorčenje iz populacije je predstavljal seznam vseh javnih zdravstvenih domov v osrednjeslovenski regiji (Izvajalci

zdravstvenih storitev, 2013). Vzorčenje je bilo slučajnostno večstopenjsko. Na prvi stopnji smo z metodo iz seznama vseh primarnih zdravstvenih ustanov dobili informacije, koliko jih ima dispanzerje za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine, nato pa smo jih naključno izbrali. Iz vsake občine je sodeloval en dispanzer za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine. Na drugi stopnji vzorčenja smo razdelili 900 vprašalnikov, glede na število opravljenih preventivnih obiskov v tej starostni skupini po regiji (Statistično poročilo, 2010).

Vprašalnik je bil prvotno prav tako preizkušen v pilotski študiji med mladimi, ki živijo na območju Ljubljane in imajo izbranega osebnega zdravnika v Zdravstvenem domu Moste Polje, ZVŠO Polje. Po pogovoru z njimi smo slabo razumljiva vprašanja preoblikovali ali dopolnili. Ugotovili smo, da je potreben čas za izpolnjevanje vprašalnika znašal 5-10 minut. Za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (št. 128/05/13) in soglasje Zdravstvenega doma Ljubljana (št. 9904-21/2013).

### 3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisnega anonimnega vprašalnika. Uporabljen vprašalnik smo načrtno priredili za izdelavo magistrskega dela na podlagi literature, ki opisuje in razpravlja o različnih odvisnostih (Kuipers, 2006; Petry, Weinstock, 2007; Valcke et al., 2008; Dowell et al., 2009). Iz zgoraj navedene literature smo povzeli dejavnike, ki spadajo v kategorijo vloge staršev (dovoljen izhod, komunikacijo in nadzor). Glede pitja alkohola pa smo zaradi lažje primerjave rezultatov povzeli vprašanja iz vseevropske študije ESPAD (Hibell et al., 2012). Vprašalnik je zajemal vprašanja, ki smo jih opredelili kot neodvisne spremenljivke in vprašanja, ki so smo jih opredelili kot odvisne spremenljivke, skupaj 50 vprašanj. Neodvisne spremenljivke predstavljajo napovedne spremenljivke, ki po podatkih iz literature vplivajo na uporabo alkohola pri mladih. Definirali smo jih s spolom dijaka, učnim uspehom dijaka, starostjo dijaka, stopnjo izobrazbe staršev, preživljanjem prostega časa dijaka in nadzorom staršev. Odvisni spremenljivki sta bili povezani s pogostostjo pitja in pogostostjo opijanja z alkoholom.

*Zanesljivost vzorca*

Zanesljivost vzorca smo preverili z metodo koeficienta Cronbach alfa. Zanesljivost vzorca smo izračunali za vsak sklop vprašalnika posebej, izpustili smo le demografske podatke ker niso imeli ordinalnih merskih lestvic. Rezultati v tabeli 1 prikazujejo, da je koeficient Cronbach alfa pri vseh štirih klopah presegel vrednost 0,7, kar v strokovni literaturi predstavlja prag, ki opredeljuje zadostno stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally, Bernstein, 1994).

**Tabela 1: Zanesljivost vzorca po sklopih**

<b>Sklop</b>	<b>Število vprašanj</b>	<b>Koeficient Cronbach alfa</b>
Preživljanje prostega časa	10	0,724
Uporaba alkohola	12	0,823
Varnost	12	0,827
Nadzor staršev	10	0,755

## 3.3.3 Opis vzorca

Vzorec je bil dvostopenjski, glede na starost od 15 do 17 let in od 18 do 20 let.

V sodelovanje je privolilo 853 dijakov, vendar smo morali zaradi nepopolnih podatkov izključiti 191 vprašalnikov. Končni vzorec je tako znašal 662 dijakov od 900 načrtovanih, kar je predstavljalo 73,6 % odzivnost. Glede na starostno skupino smo analizirali 513 (77,5 %) 15-17 letnikov in 149 (22,5 %) 18-20 letnikov. Po spolu je bila približno polovica anketiranih moškega (49,7 % v skupini 15-17 let in 47,0 % v skupini 18-20 let) in polovica ženskega (50,3 % v skupini 15-17 let in 53,0 % v skupini 18-20 let) spola. V starostni skupini 15-17 let so dijaki v največji meri dosegli prav dober šolski uspeh (40,7 %), v skupini 18-20 let pa dober šolski uspeh (51,7 %). Dijaki so v obeh starostnih skupinah v veliki večini (nad 90 %) bivali pri obeh starših, enemu staršu brez partnerja ali enem staršu in njegovemu/njenemu novemu partnerju. Podrobni opis vzorca je prikazan v tabeli 2.

**Tabela 2: Opis vzorca po starostnih skupinah**

Dejavnik	starostna skupina	
	15-17 let n=513 (%)	18-20 let n=149 (%)
Spol		
moški	255 (49,7)	70 (47,0)
ženski	258 (50,3)	79 (53,0)
Šolski uspeh		
nezadosten	3 (0,6)	3 (2,0)
zadosten	39 (7,6)	14 (9,4)
dober	195 (38,0)	77 (51,7)
prav dober	209 (40,7)	43 (28,9)
odličen	67 (13,1)	12 (8,1)
Najvišja dosežena izobrazba staršev		
osnovna šola	11 (2,1)	5 (3,4)
poklicna šola	53 (10,3)	31 (20,8)
srednja šola	211 (41,1)	53 (35,6)
višja ali visoka šola	70 (13,6)	23 (15,4)
univerzitetna izobrazba	112 (21,8)	30 (20,1)
magisterij	37 (7,2)	5 (3,4)
doktorat	19 (3,7)	2 (1,3)
Bivanje		
obeh starših	404 (78,8)	100 (67,1)
enem staršu brez partnerja	68 (13,3)	36 (24,3)
enem staršu in njegovem/njenem partnerju	28 (5,5)	5 (3,4)
starih starših	7 (1,4)	1 (0,7)
drugih sorodnikov	3 (0,6)	2 (1,3)
ljudeh, s katerimi nisem v sorodu	2 (0,4)	0 (0,0)
živim sam/a	1 (0,2)	5 (3,4)

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Dogovor o poteku raziskave je v prvi fazi potekal z direktorji javnih zdravstvenih domov, pri neposredni izvedbi raziskave so sodelovale medicinske sestre, ki so vprašalnike delile v čakalnicah ambulante Dispanzerja za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine po regiji. Način zbiranja podatkov z anketnim vprašalnikom je potekal ob osebem pristopu medicinskih sester, podatke smo zbirali z enkratnim zbiranjem (presečna raziskava), v mesecu marcu in aprilu 2013.

Vsi dijaki, ki niso bili polnoletni so dobili pismo za starše, v katerem smo opisali vsebino, obliko in namen raziskave. V podpis smo priložili izjavo za obveščen pristanek, s katero so starši dovolili ali odklonili sodelovanje njihovih otrok. Mladostniki so pred izpolnjevanjem ankete še sami povedali, če želijo sodelovati ali ne.

Za izvajalke anketiranja smo pripravili skupna pisna navodila. Po končanem izpolnjevanju so se vprašalniki zbrali in so bili poslani po pošti. Sodelovanje v raziskavi je bilo anonimno, ker nismo beležili priimkov in imen dijakov. Prav tako nismo imeli možnosti nadzirati kdo je izpolnil katero anketo, ker so jih dijaki izpolnjevali v čakalnici.

Za obdelavo podatkov smo uporabili statistično analizo, opravka smo imeli skoraj izključno z ordinalnimi kategoričnimi spremenljivkami. Vzorec je bil predstavljen z opisno statistiko na podlagi frekvenc in odstotkov. Hipoteze smo potrjevali na podlagi hi-kvadrat testa in eno-faktorske analize variance (ANOVA). Model vpliva raznih dejavnikov na pogostost pitja alkohola in pogostost opijanja otrok je bil izračunan z ordinalno regresijo. Statistična analiza je bila napravljena s programom IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Vrednost  $p < 0,05$  je določala statistično pomembnost.

### 3.4 REZULTATI

**H1:** Fantje pijejo alkohol pogosteje kot dekleta.

V starostni skupini 15 do 17 let je bila pogostost pitja alkohola pretežno navedena kot enkrat mesečno (52,0 %), nato enkrat tedensko (27,5 %). Fantje (34,1 %) so v večji meri navedli, da pijejo alkohol enkrat tedensko kot dekleta (20,9 %). Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike v porazdelitvi odgovorov glede pitja alkohola po spolu ( $\chi^2 = 21,427$ ;  $p < 0,001$ ).

Tudi v starostni skupini 18 do 20 let je bila pogostost pitja alkohola pretežno navedena kot enkrat mesečno (49,0 %), nato enkrat tedensko (32,9 %). Fantje (40,0 %) so v večji meri navedli, da pijejo alkohol enkrat tedensko kot dekleta (26,6 %). Hi-kvadrat test je tudi v tej starostni skupini pokazal statistično pomembne razlike v porazdelitvi odgovorov glede pitja alkohola po spolu ( $\chi^2 = 9,535$ ;  $p = 0,049$ ).

Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 3.

**Tabela 3: Pogostost pitja alkohola po spolu, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let**

Pogostost pitja alkohola	Starostna skupina						
	15-17 let (n = 513)				18-20 let (n = 149)		
	spol		skupaj	spol		skupaj	
moški	ženski	moški		ženski			
nikoli	n	40	40	80	4	7	11
	%	15,7 %	15,5 %	15,6 %	5,7 %	8,9 %	7,4 %
1x mesečno	n	110	157	267	28	45	73
	%	43,1 %	60,9 %	52,0 %	40,0 %	57,0 %	49,0 %
1x tedensko	n	87	54	141	28	21	49
	%	34,1 %	20,9 %	27,5 %	40,0 %	26,6 %	32,9 %
1x dnevno	n	10	5	15	8	2	10
	%	3,9 %	1,9 %	2,9 %	11,4 %	2,5 %	6,7 %
večkrat dnevno	n	8	2	10	2	4	6
	%	3,1 %	0,8 %	1,9 %	2,9 %	5,1 %	4,0 %
skupaj	n	255	258	513	70	79	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		$\chi^2 = 21,427$ ; $p < 0,001$			$\chi^2 = 9,535$ ; $p = 0,049$		

Hipoteza H1 se potrди.



**H2:** Pitje alkohola se razlikuje glede na učni uspeh mladostnika.

V starostni skupini 15-17 let so mladi, ki so navedli, da ne pijejo alkohola, imeli s povprečno oceno 3,8 najboljši šolski uspeh. Povprečni šolski uspeh pri mladih, ki so navedli, da pijejo alkohol enkrat dnevno, je znašal 3,2. Analiza variance je pokazala statistično pomembne razlike med pogostostjo pitja alkohola in šolskim uspehom ( $F = 2,538$ ;  $p = 0,039$ ).

Tudi v starostni skupini 18-20 let so mladi, ki so navedli, da ne pijejo alkohola, imeli s povprečno oceno 3,8 najboljši šolski uspeh. Povprečni šolski uspeh pri mladih, ki so navedli, da pijejo alkohol enkrat dnevno, je znašal 3,1. Analiza variance ni pokazala statistično pomembne razlike med pogostostjo pitja alkohola in šolskim uspehom ( $F = 1,781$ ;  $p = 0,136$ ).

Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 4.

**Tabela 4: Pogostost pitja alkohola po šolskem uspehu, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let**

Pogostost pitja alkohola	Starostna skupina									
	15-17 let (n = 513)					18-20 let (n = 149)				
		šolski uspeh					šolski uspeh			
		PV	SO			PV	SO			
nikoli	n = 80	3,8	0,8		n = 11	3,8	0,8			
1x mesečno	n = 267	3,6	0,8		n = 73	3,3	0,8			
1x tedensko	n = 141	3,5	0,8		n = 49	3,3	0,9			
1x dnevno	n = 15	3,2	1,1		n = 10	3,1	0,3			
večkrat dnevno	n = 10	3,4	0,8		n = 6	2,8	0,8			
skupaj	n = 255	3,6	0,8		n = 149	3,3	0,8			
vir variabilnosti	vsota kvadratov	df	srednji kvadrat	F	p	vsota kvadratov	df	srednji kvadrat	F	p
med skupinami	6,95	4	1,74	2,54	0,039	4,81	4	1,20	1,78	0,136
znotraj skupin	374,94	508	0,69			97,36	144	0,68		
skupaj	354,89	512				102,17	148			

PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Hipoteza H2 se delno potrди.

**H3:** Starejši mladostniki se pogosteje opijajo z alkoholom.

Rezultati v tabeli 5 prikazujejo, da so mladi v največji meri navedli, da se opijajo z alkoholom enkrat mesečno (52,4 %), sledil je odgovor nikoli (27,8 %). Mladi med 15 in 17 letom so navedli odgovor nikoli v 32,4 %, mladi med 18 in 20 letom pa le v 12,1 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike pri pogostosti opijanja z alkoholom glede na starost mladostnikov ( $\chi^2 = 26,482$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tabela 5: Pogostost opijanja z alkoholom glede na starost**

Opijanje z alkoholom		starostna skupina		skupaj
		15-17 let	18-20 let	
nikoli	n	166	18	184
	%	32,4 %	12,1 %	27,8 %
1x mesečno	n	257	90	347
	%	50,1 %	60,4 %	52,4 %
1x tedensko	n	73	33	106
	%	14,2 %	22,1 %	16,0 %
1x dnevno	n	12	4	16
	%	2,3 %	2,7 %	2,4 %
večkrat dnevno	n	5	4	9
	%	1,0 %	2,7 %	1,4 %
skupaj	n	513	149	662
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		$\chi^2 = 26,482$ ; $p < 0,001$		

Hipoteza H3 se potrdi.

**H4:** Mladostniki staršev z višjo izobrazbo manj pogosto pijejo alkohol.

Mladi v skupini 15 do 17 let so v največji meri navedli, da so njihovi starši dosegli srednješolsko izobrazbo (41,1 %), nato je sledila akademska izobrazba (32,7 %). Pitje alkohola enkrat tedensko ali več pri mladih, kjer so starši dosegli akademsko izobrazbo, je bilo navedeno v 26,2 %. pri višji ali visoki šoli v 34,3 %, pri srednji šoli v 27,5 % in pri osnovni ali poklicni šoli v 23,4 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike v pogosti pitja alkohola glede na izobrazbo staršev ( $\chi^2 = 16,467$ ;  $p = 0,171$ ). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 6.

**Tabela 6: Pogostost pitja alkohola glede na izobrazbo staršev pri starostni skupini 15-17 let**

Pogostost pitja alkohola		Izobrazba staršev				skupaj
		osnovna ali poklicna šola	srednja šola	višja ali visoka šola	fakulteta, magisterij ali doktorat	
nikoli	n	10	31	9	30	80
	%	15,6 %	14,7 %	12,9 %	17,9 %	15,6 %
1x mesečno	n	38	115	35	79	267
	%	59,4 %	54,5 %	50,0 %	47,0 %	52,0 %
1x tedensko	n	15	58	24	44	141
	%	23,4 %	27,5 %	34,3 %	26,2 %	27,5 %
1x dnevno	n	1	5	2	7	15
	%	1,6 %	2,4 %	2,9 %	4,2 %	2,9 %
večkrat dnevno	n	0	2	0	8	10
	%	0,0 %	0,9 %	0,0 %	4,8 %	1,9 %
skupaj	n	64	211	70	168	513
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 16,467$ ; $p = 0,171$						

Tudi mladi v skupini 18 do 20 let so v največji meri navedli, da so njihovi starši dosegli srednješolsko izobrazbo (35,6 %), nato je sledila akademska izobrazba (24,8 %). Pitje alkohola enkrat tedensko ali več pri mladih, kjer so starši dosegli akademsko izobrazbo, je bilo navedeno v 45,9 %, pri višji ali visoki šoli v 30,4 %, pri srednji šoli v 30,2 % in pri osnovni ali poklicni šoli v 25,0 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike v pogosti pitja alkohola glede na izobrazbo staršev ( $\chi^2 = 18,258$ ;  $p = 0,108$ ). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 7.

**Tabela 7: Pogostost pitja alkohola glede na izobrazbo staršev pri starostni skupini 18-20 let**

Pogostost pitja alkohola		Izobrazba staršev				skupaj
		osnovna ali poklicna šola	srednja šola	višja ali visoka šola	fakulteta, magisterij ali doktorat	
nikoli	n	1	3	1	6	11
	%	2,8 %	5,7 %	4,3 %	16,2 %	7,4 %
1x mesečno	n	21	28	12	12	73
	%	58,3 %	52,8 %	52,2 %	32,4 %	49,0 %
1x tedensko	n	9	16	7	17	49
	%	25,0 %	30,2 %	30,4 %	45,9 %	32,9 %
1x dnevno	n	5	3	1	1	10
	%	13,9 %	5,7 %	4,3 %	2,7 %	6,7 %
večkrat dnevno	n	0	3	2	1	6
	%	0,0 %	5,7 %	8,7 %	2,7 %	4,0 %
skupaj	n	36	53	23	37	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 18,258; p = 0,108$						

Hipoteza H4 se ne potrdi.

**H5:** Pogostost pitja alkohola se razlikuje glede na preživljanje prostega časa mladostnika.

Rezultati v tabeli 8 prikazujejo, da so mladi v starostni skupini 15-17 let v največji meri navedli, da pijejo alkohol enkrat mesečno (52,0 %), nato enkrat tedensko (27,5 %) ali nikoli (15,6 %). Mladi, ki so navedli, da pretežno preživljajo prosti čas v družni prijateljev so v manjši meri navedli, da nikoli ne pijejo alkohola (10,6 %). Mladi, ki so navedli, da preživljajo prosti čas v krogu družine ali sami so v večji meri navedli, da nikoli ne pijejo alkohola (20,3 % ali 22,4 %). Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na preživljanje prostega časa ( $\chi^2 = 18,086; p = 0,021$ ).

**Tabela 8: Preživljanje prostega časa in pogostost pitja alkohola v starostni skupini 15-17 let**

Pogostost pitja alkohola		Preživljanje prostega časa			skupaj
		v družbi prijateljev	v krogu družine	sam	
nikoli	n	28	37	15	80
	%	10,6 %	20,3 %	22,4 %	15,6 %
1x mesečno	n	140	97	30	267
	%	53,0 %	53,3 %	44,8 %	52,0 %
1x tedensko	n	79	43	19	141
	%	29,9 %	23,6 %	28,4 %	27,5 %
1x dnevno	n	8	4	3	15
	%	3,0 %	2,2 %	4,5 %	2,9 %
večkrat dnevno	n	9	1	0	10
	%	3,4 %	0,5 %	0,0 %	1,9 %
skupaj	n	264	182	67	513
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 18,086; p = 0,021$					

Rezultati v tabeli 9 prikazujejo, da so mladi v starostni skupini 18-20 let v največji meri navedli, da pijejo alkohol enkrat mesečno (49,0 %) ali enkrat tedensko (32,9 %). Mladi, ki so navedli, da pretežno preživljajo prosti čas v družbi prijateljev ali v krogu družine so navedli podobne navade pitja alkohola. Mladi, ki so navedli da preživljajo prosti čas sami so v večji meri navedli, da alkohola ne pijejo (16,7 %) oziroma alkohol pijejo enkrat dnevno (16,7 %). Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na preživljanja prostega časa ( $\chi^2 = 9,761; p = 0,282$ ).

**Tabela 9: Preživljanje prostega časa in pogostost pitja alkohola v starostni skupini 18-20 let**

Pogostost pitja alkohola		Preživljanje prostega časa			skupaj
		v družbi prijateljev	v krogu družine	sam	
nikoli	n	5	3	3	11
	%	5,6 %	7,3 %	16,7 %	7,4 %
1x mesečno	n	49	20	4	73
	%	54,4 %	48,8 %	22,2 %	49,0 %
1x tedensko	n	28	14	7	49
	%	31,1 %	34,1 %	38,9 %	32,9 %
1x dnevno	n	4	3	3	10
	%	4,4 %	7,3 %	16,7 %	6,7 %
večkrat dnevno	n	4	1	1	6
	%	4,4 %	2,4 %	5,6 %	4,0 %
skupaj	n	90	41	18	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 9,761; p = 0,282$					

Hipoteza H5 se delno potrdi.

**H6:** Opijanje z alkoholom je pogosteje pri mladostnikih, ki imajo izhod v poznih večernih urah.

Mladim med 15-17 let je bil dovoljen tedenski izhod v največji meri do 21 ure (39,4 %), po 23 uri je navedlo dovoljen izhod le 16,2 % mladih. Opijanje z alkoholom enkrat tedensko so v največji meri navedli prav mladi, ki jim je bil dovoljen izhod po 23 uri (24,1 %), pri vseh ostalih pa je znašal ta odstotek okoli 10 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike v opijanju z alkoholom glede na čas dovoljenega izhoda med tednom ( $\chi^2 = 24,490; p = 0,003$ ).

Za vikend je bil mladim med 15-17 let v največji meri dovoljen izhod tudi po 23 uri (39,4 %). Opijanje z alkoholom enkrat tedensko so v največji meri navedli prav mladi, ki jim je bil dovoljen izhod po 23 uri (17,5 %), pri vseh ostalih dolžinah izhoda pa je znašal ta odstotek pod 10 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike v opijanju z alkoholom glede na čas dovoljenega izhoda za vikend ( $\chi^2 = 73,682; p < 0,001$ ).

Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 10.

**Tabela 10: Opijanje z alkoholom glede na čas izhoda v starostni skupini 15-17 let**

Opijanje z alkoholom		Dovoljenje za večerni izhod med tednom				skupaj
		do 21 ure	do 22 ure	do 23 ure	po 23 uri ali dlje	
nikoli	n	84	39	25	18	166
	%	41,6 %	29,1 %	26,6 %	21,7 %	32,4 %
1x mesečno	n	88	77	52	40	257
	%	43,6 %	57,5 %	55,3 %	48,2 %	50,1 %
1x tedensko	n	25	17	11	20	73
	%	12,4 %	12,7 %	11,7 %	24,1 %	14,2 %
1x dnevno	n	3	1	5	3	12
	%	1,5 %	,7 %	5,3 %	3,6 %	2,3 %
večkrat dnevno	n	2	0	1	2	5
	%	1,0 %	0,0 %	1,1 %	2,4 %	1,0 %
skupaj	n	202	134	94	83	513
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 24,490; p = 0,003$						
Opijanje z alkoholom		Dovoljenje za večerni izhod za vikend				skupaj
		do 21 ure	do 22 ure	do 23 ure	po 23 uri ali dlje	
nikoli		22	26	35	83	166
		88,0 %	54,2 %	46,7 %	22,7 %	32,4 %
1x mesečno		3	20	30	204	257
		12,0 %	41,7 %	40,0 %	55,9 %	50,1 %
1x tedensko		0	1	8	64	73
		0,0 %	2,1 %	10,7 %	17,5 %	14,2 %
1x dnevno		0	0	2	10	12
		0,0 %	0,0 %	2,7 %	2,7 %	2,3 %
večkrat dnevno		0	1	0	4	5
		0,0 %	2,1 %	0,0 %	1,1 %	1,0 %
skupaj		25	48	75	365	513
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 73,682; p < 0,001$						

V starostni skupini mladih med 18 in 20 let je večina navedla, da je jim je med tednom dovoljen izhod po 23 uri (59,1 %). V skupini mladih, ki so navedli, da imajo dovoljen izhod le do 21 ure je bilo največkrat navedeno, da se ne opijajo z alkoholom (27,3 %). Pri dovoljenem izhodu do 22 oziroma do 23 ure je 16,0 % mladih navedlo, da se ne opijajo z alkoholom, po 23 uri 8,0 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike v opijanju z alkoholom glede na čas dovoljenega izhoda med tednom ( $\chi^2 = 15,704; p = 0,205$ ).

Glede dovoljenega izhoda za vikend so skoraj vsi 18-20 letniki (96,6 %) navedli, da se lahko vrnejo domov po 23 uri. Hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinami ( $\chi^2 = 0,557$ ;  $p = 0,968$ ).

Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 11.

**Tabela 11: Opijanje z alkoholom glede na čas izhoda v starostni skupini 18-20 let**

Opijanje z alkoholom		Dovoljenje za večerni izhod med tednom				skupaj
		do 21 ure	do 22 ure	do 23 ure	po 23 uri ali dlje	
nikoli	n	3	4	4	7	18
	%	27,3 %	16,0 %	16,0 %	8,0 %	12,1 %
1x mesečno	n	5	17	10	58	90
	%	45,5 %	68,0 %	40,0 %	65,9 %	60,4 %
1x tedensko	n	2	4	10	17	33
	%	18,2 %	16,0 %	40,0 %	19,3 %	22,1 %
1x dnevno	n	0	0	1	3	4
	%	0,0 %	0,0 %	4,0 %	3,4 %	2,7 %
večkrat dnevno	n	1	0	0	3	4
	%	9,1 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	2,7 %
skupaj	n	11	25	25	88	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 15,704$ ; $p = 0,205$						
Opijanje z alkoholom		Dovoljenje za večerni izhod za vikend				skupaj
		do 21 ure	do 22 ure	do 23 ure	po 23 uri ali dlje	
nikoli		0	0	1	17	18
		0,0 %	0,0 %	20,0 %	11,8 %	12,1 %
1x mesečno		0	0	3	87	90
		0,0 %	0,0 %	60,0 %	60,4 %	60,4 %
1x tedensko		0	0	1	32	33
		0,0 %	0,0 %	20,0 %	22,2 %	22,1 %
1x dnevno		0	0	0	4	4
		0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	2,7 %
večkrat dnevno		0	0	0	4	4
		0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	2,7 %
skupaj		0	0	5	144	149
		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 0,557$ ; $p = 0,968$						

Hipoteza H6 se delno potrди



**H7:** Mladostniki, ki so pod nadzorom staršev manj pogosto pijejo alkohol.

Kontrolo staršev ob prihodu domov iz zabave je navedlo 39,4 % mladih starih med 15-17 let. Med mladimi, kjer so starši izvajali kontrolo, jih je 16,8 % navedlo, da nikoli ne pije alkohola, kar je bilo celo nekoliko več kot v skupini mladih brez kontrole staršev (14,8 %). Hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na kontrolo staršev ( $\chi^2 = 1,829$ ;  $p = 0,767$ ).

V skupini med 18 in 20 let je navedlo kontrolo staršev ob prihodu z zabave 22,8 % mladih. V skupini kjer so bili kontrolirani jih je 5,9 % navedlo da ne pijejo alkohola, v skupini kjer starši niso izvajali kontrole je znašal delež 7,8 %. Hi-kvadrat tudi pri starejši skupini mladih ni pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na kontrolo staršev ( $\chi^2 = 6,447$ ;  $p = 0,168$ ).

Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 12.

**Tabela 12: Pogostost pitja alkohola glede na kontrolo staršev ob prihodu domov iz zabave, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let**

Pogostost pitja alkohola		Starostna skupina					
		15-17 let (n = 513)			18-20 let (n = 149)		
		kontrola staršev		skupaj	kontrola staršev		skupaj
		drži	ne drži		drži	ne drži	
nikoli	n	34	46	80	2	9	11
	%	16,8 %	14,8 %	15,6 %	5,9 %	7,8 %	7,4 %
1x mesečno	n	109	158	267	22	51	73
	%	54,0 %	50,8 %	52,0 %	64,7 %	44,3 %	49,0 %
1x tedensko	n	49	92	141	7	42	49
	%	24,3 %	29,6 %	27,5 %	20,6 %	36,5 %	32,9 %
1x dnevno	n	6	9	15	3	7	10
	%	3,0 %	2,9 %	2,9 %	8,8 %	6,1 %	6,7 %
večkrat dnevno	n	4	6	10	0	6	6
	%	2,0 %	1,9 %	1,9 %	0,0 %	5,2 %	4,0 %
skupaj	n	202	311	513	34	115	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		$\chi^2 = 1,829$ ; $p = 0,767$			$\chi^2 = 6,447$ ; $p = 0,168$		

Izpraševanje o pitju alkohola s strani staršev ob prihodu domov iz zabave je navedlo 67,6 % mladih, starih med 15-17 let. Med mladimi, kjer so starši izpraševali, jih je 10,1

% navedlo, da nikoli ne pijejo alkohola, kar je bilo manj kot v skupini mladih brez izpraševanja staršev (27,1 %). Hi-kvadrat je pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na izpraševanjem staršev ( $\chi^2 = 30,747$ ;  $p < 0,001$ ).

V skupini med 18 in 20 let je izpraševanje staršev o pitju alkohola ob prihodu z zabave navedlo 65,8 % mladih. V skupini kjer so bili kontrolirani jih je 5,1 % navedlo, da ne pijejo alkohola, v skupini kjer starši niso izvajali kontrole je znašal delež 11,8 %. Hi-kvadrat pri starejši skupini mladih ni pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na izpraševanje staršev ( $\chi^2 = 4,269$ ;  $p = 0,371$ ).

Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 13.

**Tabela 13: Pogostost pitja alkohola glede na izpraševanje staršev ob prihodu domov, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let**

Pogostost pitja alkohola		Starostna skupina					
		15-17 let (n = 513)			18-20 let (n = 149)		
		izpraševanje staršev		skupaj	izpraševanje staršev		skupaj
		drži	ne drži		drži	ne drži	
nikoli	n	35	45	80	5	6	11
	%	10,1 %	27,1 %	15,6 %	5,1 %	11,8 %	7,4 %
1x mesečno	n	192	75	267	46	27	73
	%	55,3 %	45,2 %	52,0 %	46,9 %	52,9 %	49,0 %
1x tedensko	n	107	34	141	34	15	49
	%	30,8 %	20,5 %	27,5 %	34,7 %	29,4 %	32,9 %
1x dnevno	n	7	8	15	8	2	10
	%	2,0 %	4,8 %	2,9 %	8,2 %	3,9 %	6,7 %
večkrat dnevno	n	6	4	10	5	1	6
	%	1,7 %	2,4 %	1,9 %	5,1 %	2,0 %	4,0 %
skupaj	n	347	166	513	98	51	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		$\chi^2 = 30,747$ ; $p < 0,001$			$\chi^2 = 4,269$ ; $p = 0,371$		

Hipoteza H7 se delno potrdi.

**H8:** Zavedanje pri mladostniku o škodljivi rabi alkohola zmanjša njegovo potrebo po alkoholu.

Zavedanje, da lahko alkohol poslabša šolski uspeh je izrazilo le 13,1 % mladih v starosti med 15 in 17 let. Med mladimi, ki so izrazili zavedanje o škodi alkohola je 82,1 % navedlo, da ne čutijo potrebe po alkoholu, v skupini ki ni izrazila zavedanje je ta delež znašal manj ali 66,6 %. Kljub temu hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike v potrebi po alkoholu glede na zavedanje o njegovi škodljivi rabi ( $\chi^2 = 8,517$ ;  $p = 0,074$ ).

V skupini 18 do 20 let je zavedanje, da lahko alkohol poslabša šolski uspeh izrazilo le 8,1 % mladih. Med mladimi, ki so izrazili zavedanje o škodi alkohola je 66,7 % navedlo, da ne čutijo potrebe po alkoholu, v skupini ki ni izrazila zavedanje je ta delež znašal le nekoliko manj ali 62,0 %. Hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike v potrebi po alkoholu glede na zavedanje o njegovi škodljivi rabi ( $\chi^2 = 1,207$ ;  $p = 0,877$ ). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 14.

**Tabela 14: Potreba po alkoholu in zavedanje o škodljivi rabi alkohola, ločeno za starostno skupino 15-17 let in 18-20 let**

Potreba po alkoholu	Starostna skupina						
	15-17 let (n = 513)			18-20 let (n = 149)			
	zavedanje		skupaj	zavedanje		skupaj	
	da	ne		da	ne		
nikoli	n	55	297	352	8	85	93
	%	82,1 %	66,6 %	68,6 %	66,7 %	62,0 %	62,4 %
redko	n	6	96	102	2	32	34
	%	9,0 %	21,5 %	19,9 %	16,7 %	23,4 %	22,8 %
včasih	n	5	43	48	2	14	16
	%	7,5 %	9,6 %	9,4 %	16,7 %	10,2 %	10,7 %
pogosto	n	0	7	7	0	5	5
	%	0,0 %	1,6 %	1,4 %	0,0 %	3,6 %	3,4 %
zelo pogosto	n	1	3	4	0	1	1
	%	1,5 %	0,7 %	0,8 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %
skupaj	n	67	446	513	12	137	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		$\chi^2 = 8,517$ ; $p = 0,074$			$\chi^2 = 1,207$ ; $p = 0,877$		

Hipoteza H8 se ne potrdi.

**H9:** Mladostniki, ki pijejo alkohol za beg pred problemi pogosteje pijejo alkohol.

Rezultati v tabeli 15 prikazujejo, da je 7,0 % mladih med 15 in 17 letom navedlo, da včasih pijejo alkohol, da ubežijo pred problemi. V tej skupini je bilo 55,6 % mladih, ki so navedli, da alkohol pijejo enkrat tedensko, kar je znašalo okoli 20 % več kot pri mladih, ki so navedli, da alkohola nikoli ali le redko pijejo za beg pred problemi. Hi-kvadrat je pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na miselni beg pred problemi ( $\chi^2 = 60,458$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tabela 15: Beg pred problemi in pogostost pitja alkohola v skupini 15-17 let**

Pogostost pitja alkohola		Beg pred problemi					skupaj
		nikoli	redko	včasih	pogosto	zelo pogosto	
nikoli	n	80	0	0	0	0	80
	%	19,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	15,6 %
1x mesečno	n	211	39	14	2	1	267
	%	53,0 %	56,5 %	38,9 %	40,0 %	20,0 %	52,0 %
1x tedensko	n	93	23	20	2	3	141
	%	23,4 %	33,3 %	55,6 %	40,0 %	60,0 %	27,5 %
1x dnevno	n	10	3	1	0	1	15
	%	2,5 %	4,3 %	2,8 %	0,0 %	20,0 %	2,9 %
večkrat dnevno	n	5	4	0	1	0	10
	%	1,3 %	5,8 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %	1,9 %
skupaj	n	398	69	36	5	5	513
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 60,458$ ; $p < 0,001$							

Rezultati v tabeli 16 prikazujejo, da je 8,1 % mladih med 18 in 20 let starosti navedlo, da včasih pijejo alkohol, da ubežijo pred problemi. V tej skupini je bilo 33,3 % mladih, ki so navedli, da alkohol pijejo enkrat tedensko, kar je bilo podobno kot pri mladih, ki so navedli, da alkohola nikoli ali le redko pijejo za beg pred problemi. Hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na miselni beg pred problemi ( $\chi^2 = 14,679$ ;  $p = 0,066$ ).

**Tabela 16: Beg pred problemi in pogostost pitja alkohola v skupini 18-20 let**

Pogostost pitja alkohola		Beg pred problemi					skupaj
		nikoli	redko	včasih	pogosto	zelo pogosto	
nikoli	n	11	0	0	0	0	11
	%	10,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,4 %
1x mesečno	n	56	12	5	0	0	73
	%	51,4 %	42,9 %	41,7 %	0,0 %	0,0 %	49,0 %
1x tedensko	n	33	12	4	0	0	49
	%	30,3 %	42,9 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	32,9 %
1x dnevno	n	5	4	1	0	0	10
	%	4,6 %	14,3 %	8,3 %	0,0 %	0,0 %	6,7 %
večkrat dnevno	n	4	0	2	0	0	6
	%	3,7 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %
skupaj	n	109	28	12	0	0	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 14,679; p = 0,066$							

Hipoteza H9 se delno potrdi.

**H10:** Pitje alkohola mladostnika se razlikuje glede na odnos staršev do uporabe alkohola njihovih otrok.

Rezultati v tabeli 17 prikazujejo, da so mladi starosti med 15 in 17 let pretežno navedli, da bi se staršem zdelo narobe (41,9 %) ali zelo narobe (18,3 %), če bi pili alkohol. V skupini mladih, ki je navedla, da bi se staršem zdelo zelo narobe, če bi pili alkohol, jih 37,2 % alkohola ni pila. Kjer so mladi ocenili, da se staršem pitje alkohola sploh ne bi zdelo narobe, je bilo pitje alkohola enkrat tedensko navedeno v 30,8 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola gleda na odnos staršev do uporabe alkohola ( $\chi^2 = 83,083; p < 0,001$ ).

**Tabela 17: Pogostost pitja alkohola glede na odnos staršev do uporabe alkohola otroka v skupini 15-17 let.**

Pogostost pitja alkohola		Odnos staršev do uporabe alkohola otroka					ne vem	skupaj
		sploh se jim ne bi zdelo narobe	ne bi se jim zdelo narobe	bilo bi jim vseeno	zdelo bi se jim narobe	zdelo bi se jim zelo narobe		
nikoli	n	0	8	0	26	35	11	80
	%	0,0 %	8,8 %	0,0 %	12,1 %	37,2 %	18,0 %	15,6 %
1x mesečno	n	14	43	9	131	44	26	267
	%	53,8 %	47,3 %	34,6 %	60,9 %	46,8 %	42,6 %	52,0 %
1x tedensko	n	8	36	14	50	12	21	141
	%	30,8 %	39,6 %	53,8 %	23,3 %	12,8 %	34,4 %	27,5 %
1x dnevno	n	2	3	2	6	0	2	15
	%	7,7 %	3,3 %	7,7 %	2,8 %	0,0 %	3,3 %	2,9 %
večkrat dnevno	n	2	1	1	2	3	1	10
	%	7,7 %	1,1 %	3,8 %	0,9 %	3,2 %	1,6 %	1,9 %
skupaj	n	26	91	26	215	94	61	513
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 83,083; p < 0,001$								

Rezultati v tabeli 18 prikazujejo, da so mladi starosti med 18 in 20 let pretežno navedli, da bi se staršem zdelo narobe (33,6 %) ali zelo narobe (11,4 %), če bi pili alkohol. V skupini mladih, ki je navedla, da bi se staršem zdelo zelo narobe, če bi pili alkohol, jih je 11,8 % alkohol pilo enkrat tedensko, kar je znašalo manj kot pri ostalih manj zadržanih ocenah o odnosu staršev do alkohola. Na primer, kjer so mladi ocenili, da se staršem pitje alkohola sploh ne bi zdelo narobe, je bilo pitje alkohola enkrat tedensko navedeno v 31,1 %. Hi-kvadrat test je pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti pitja alkohola glede na odnos staršev do uporabe alkohola ( $\chi^2 = 32,596; p = 0,037$ ).

**Tabela 18: Pogostost pitja alkohola glede na odnos staršev do uporabe alkohola otroka v skupini 18-20 let.**

Pogostost pitja alkohola		Odnos staršev do uporabe alkohola otroka						skupaj
		sploh se jim ne bi zdelo narobe	ne bi se jim zdelo narobe	bilo bi jim vseeno	zdelo bi se jim narobe	zdelo bi se jim zelo narobe	ne vem	
nikoli	n	0	1	3	4	3	0	11
	%	0,0 %	3,2 %	23,1 %	8,0 %	17,6 %	0,0 %	7,4 %
1x mesečno	n	18	10	5	26	10	4	73
	%	64,3 %	32,3 %	38,5 %	52,0 %	58,8 %	40,0 %	49,0 %
1x tedensko	n	9	17	3	14	2	4	49
	%	32,1 %	54,8 %	23,1 %	28,0 %	11,8 %	40,0 %	32,9 %
1x dnevno	n	1	2	1	5	1	0	10
	%	3,6 %	6,5 %	7,7 %	10,0 %	5,9 %	0,0 %	6,7 %
večkrat dnevno	n	0	1	1	1	1	2	6
	%	0,0 %	3,2 %	7,7 %	2,0 %	5,9 %	20,0 %	4,0 %
skupaj	n	28	31	13	50	17	10	149
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
$\chi^2 = 32,596; p = 0,037$								

Hipoteza H10 se potrdi.

### Regresijska analiza

V raziskavi smo imeli dve centralni odvisni spremenljivki: a) pogostost pitja alkohola in b) pogostost opijanja z alkoholom, ki smo jih z bivariatno statistično analizo obdelali v desetih hipotezah. Neodvisne spremenljivke so predstavljale demografske podatke, kot sta spol otroka, šolski uspeh in izobrazba staršev ter nekaj socioloških spremenljivk, kot so preživljanje prostega časa otroka, večerni izhodi, beg pred problemi. Zajeli smo tudi nekatere dejavnike v povezavi s starši, kot so kontrola in izpraševanjem otrok ter odnos staršev do alkohola.

Glede na ordinalno mersko lestvico obeh odvisnih spremenljivk (1 – nikoli, 2 – 1x mesečno, 3 – 1x tedensko, 4 – 1x dnevno, 5 – večkrat dnevno) smo se odločili uporabiti ordinalno regresijsko analizo.

Rezultati regresijske analize v tabeli 19 prikazujejo, da je na pogostejše pitje alkohola med 15-17 letniki vplival moški spol (RO: 1,96; 95 % IZ 1,36 – 2,84;  $p < 0,001$ ), preživljanje prostega časa v družbi prijateljev (RO: 1,93; 95 % IZ 1,10 – 3,40;  $p = 0,022$ ), izhod med tednom po 23. uri (RO: 2,56; 95 % IZ 1,04 – 3,77;  $p = 0,043$ ), izhod za vikend po 23. uri (RO: 7,16; 95 % IZ 2,43 – 21,06;  $p < 0,001$ ) in ocena, da bi bilo staršem vseeno, če bi vedeli za njihovo početje (RO: 4,33; 95 % IZ 1,72 – 10,93;  $p = 0,002$ ). Povečano tveganje za pogostejše pitje alkohola se je odražalo tudi v izpraševanju otrok, ko se vrnejo domov (RO: 1,57; 95 % IZ 1,05 – 2,34;  $p = 0,028$ ). Na zmanjšano tveganje za pogostejše pitje alkohola so vplivale okoliščine, da 15-17 letniki nikoli niso bežali pred problemi (RO: 0,10; 95 % IZ 0,02 – 0,55;  $p = 0,008$ ) in ocena, da bi se staršem zdelo zelo narobe, če bi vedeli za njihovo početje (RO: 0,34; 95 % IZ 0,18 – 0,67;  $p = 0,002$ ). Neodvisne spremenljivke v ordinalnem regresijskem modelu so pojasnile 32,0 % variance odvisne spremenljivke pogostosti pitja alkohola pri 15-17 letnikih (Nagelkerke  $R^2 = 0,320$ ).

Rezultati regresijske analize v tabeli 20 prikazujejo, da je na pogostejše pitje alkohola med 18-20 letniki vplival moški spol (RO: 2,48; 95 % IZ 1,25 – 4,92;  $p = 0,010$ ). Na zmanjšano tveganje za pogostejše pitje alkohola je vplivala ocena, da bi se staršem zdelo narobe (RO: 0,22; 95 % IZ 0,06 – 0,87;  $p = 0,031$ ) ali zelo narobe (RO: 0,12; 95 % IZ 0,02 – 0,60;  $p = 0,009$ ), če bi vedeli za njihovo početje. Neodvisne spremenljivke v ordinalnem regresijskem modelu so pojasnile 30,4 % variance odvisne spremenljivke pogostosti pitja alkohola pri 18-20 letnikih (Nagelkerke  $R^2 = 0,304$ ).



**Tabela 19: Vpliv dejavnikov na pogostost pitja alkohola v skupini 15-17 letnikov**

Neodvisni dejavniki	Wald	RO	95 % IZ		p
Spol					
ženski		1,00			
moški	12,73	1,96	1,36	2,84	<0,001
Šolski uspeh	2,81	0,83	0,67	1,03	0,094
Izobrazba staršev					
osnovna ali poklicna šola		1,00			
srednja šola	1,31	0,91	0,41	1,53	0,337
višja ali visoka šola	0,86	0,88	0,21	1,76	0,412
fakulteta, magisterij ali doktorat	1,21	1,11	0,61	1,72	0,357
Preživljanje prostega časa					
sam		1,00			
v družbi prijateljev	5,22	1,93	1,10	3,40	0,022
v krogu družine	0,85	1,32	0,73	2,37	0,357
Izhod med tednom					
do 21. ure		1,00			
do 22. ure	0,76	0,77	0,43	1,38	0,384
do 23. ure	3,80	0,58	0,33	1,00	0,051
po 23. uri ali dlje	4,15	2,56	1,04	3,77	0,043
Izhod za vikend					
do 21. ure		1,00			
do 22. ure	3,38	1,80	0,95	2,88	0,059
do 23. ure	3,40	1,91	0,86	2,85	0,054
po 23. uri ali dlje	12,79	7,16	2,43	21,06	<0,001
Kontrola staršev					
ne drži		1,00			
drži	0,01	0,98	0,66	1,44	0,907
Izpraševanje staršev					
ne drži		1,00			
drži	4,83	1,57	1,05	2,34	0,028
Beg pred problemi					
zelo pogosto		1,00			
nikoli	6,98	0,10	0,02	0,55	0,008
redko	2,55	0,24	0,04	1,39	0,110
včasih	1,16	0,37	0,06	2,27	0,281
pogosto	0,02	0,85	0,08	9,65	0,895
Odnos staršev do uporabe alkohola					
ne vem		1,00			
sploh se jim ne bi zdelo narobe	3,35	2,36	0,94	5,91	0,067
ne bi se jim zdelo narobe	1,61	1,53	0,79	2,94	0,205
bilo bi jim vseeno	9,65	4,33	1,72	10,93	0,002
zdelo bi se jim narobe	0,62	0,79	0,45	1,41	0,432
zdelo bi se jim zelo narobe	9,79	0,34	0,18	0,67	0,002

RO: razmerje obetov, IZ: interval zaupanja  
Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,320

**Tabela 20: Vpliv dejavnikov na pogostost pitja alkohola v skupini 18-20 letnikov**

Neodvisni dejavniki	Wald	RO	95% IZ		p
Spol					
ženski		1,00			
moški	6,70	2,48	1,25	4,92	0,010
Šolski uspeh	1,14	0,80	0,53	1,21	0,286
Izobrazba staršev					
osnovna ali poklicna šola		1,00			
srednja šola	0,71	0,91	0,41	1,53	0,417
višja ali visoka šola	1,86	0,68	0,04	1,22	0,256
fakulteta, magisterij ali doktorat	2,21	1,31	0,91	1,72	0,216
Preživljanje prostega časa					
sam		1,00			
v družbi prijateljev	3,09	0,36	0,12	1,13	0,079
v krogu družine	3,32	0,32	0,10	1,09	0,069
Izhod med tednom					
do 21. ure		1,00			
do 22. ure	0,41	0,63	0,15	2,64	0,523
do 23. ure	0,31	1,55	0,33	7,39	0,580
po 23. uri ali dlje	3,09	0,25	0,05	1,17	0,079
Izhod za vikend					
do 23. ure		1,00			
po 23. uri ali dlje	0,87	0,38	0,05	2,87	0,351
Kontrola staršev					
ne drži		1,00			
drži	2,86	0,49	0,21	1,12	0,091
Izpraševanje staršev					
ne drži		1,00			
drži	4,34	1,64	0,85	2,80	0,097
Beg pred problemi					
včasih		1,00			
nikoli	4,10	0,68	0,18	1,16	0,143
redko	0,14	0,77	0,20	3,02	0,710
Odnos staršev do uporabe alkohola					
ne vem		1,00			
sploh se jim ne bi zdelo narobe	0,36	1,21	0,75	1,91	0,537
ne bi se jim zdelo narobe	0,20	0,72	0,18	2,97	0,651
bilo bi jim vseeno	0,74	1,09	0,01	2,25	0,419
zdelo bi se jim narobe	4,66	0,22	0,06	0,87	0,031
zdelo bi se jim zelo narobe	6,73	0,12	0,02	0,60	0,009

RO: razmerje obetov, IZ: interval zaupanja  
Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,304

Rezultati regresijske analize v tabeli 21 prikazujejo, da je na pogostejše opijanje med 15-17 letniki vplival moški spol (RO: 1,48; 95 % IZ 1,02 – 2,14;  $p = 0,037$ ), izhod za vikend po 23. uri (RO: 5,23; 95 % IZ 1,31 – 20,99;  $p = 0,020$ ) in ocena, da se staršem ne bi zdelo narobe (RO: 3,42; 95 % IZ 1,34 – 8,73;  $p = 0,010$ ) ali zelo narobe (RO: 2,09; 95 % IZ 1,08 – 4,08;  $p = 0,030$ ), če bi vedeli za njihovo početje. Povečano tveganje za pogostejše opijanje z alkoholom se je odražalo tudi v izpraševanjem otrok, ko se vrnejo domov (RO: 1,61; 95 % IZ 1,07 – 2,41;  $p = 0,022$ ). Na zmanjšano tveganje za pogostejše opijanje so vplivale okoliščine, da 15-17 letniki nikoli niso bežali pred problemi (RO: 0,05; 95 % IZ 0,01 – 0,25;  $p < 0,001$ ). Neodvisne spremenljivke v ordinalnem regresijskem modelu so pojasnile 33,2 % variance odvisne spremenljivke pogostosti opijanja z alkoholom pri 15-17 letnikih (Nagelkerke  $R^2 = 0,332$ ).

Rezultati regresijske analize v tabeli 22 prikazujejo, da je na pogostejše opijanje med 18-20 letniki vplival moški spol (RO: 2,42; 95 % IZ 1,18 – 4,96;  $p = 0,015$ ) in ocena, da se staršem sploh ne bi zdelo narobe, če bi vedeli za njihovo početje (RO: 2,76; 95 % IZ 1,57 – 4,40;  $p = 0,009$ ). Na zmanjšano tveganje za pogostejše opijanje je vplivalo preživljanje prostega časa v okviru družine (RO: 0,25; 95 % IZ 0,07 – 0,87;  $p = 0,029$ ). Neodvisne spremenljivke v ordinalnem regresijskem modelu so pojasnile 26,0 % variance odvisne spremenljivke pogostosti opijanja z alkoholom pri 18-20 letnikih (Nagelkerke  $R^2 = 0,260$ ).

**Tabela 21: Vpliv dejavnikov na pogostost opijanja v skupini 15-17 letnikov**

Neodvisni dejavniki	Wald	RO	95% IZ		p
<b>Spol</b>					
ženski		1,00			
moški	4,33	1,48	1,02	2,14	0,037
<b>Šolski uspeh</b>					
Šolski uspeh	0,57	0,87	0,53	1,33	0,547
<b>Izobrazba staršev</b>					
osnovna ali poklicna šola		1,00			
srednja šola	0,44	0,94	0,31	1,76	0,568
višja ali visoka šola	0,47	0,96	0,33	1,59	0,612
fakulteta, magisterij ali doktorat	0,33	1,03	0,52	1,63	0,657
<b>Preživljanje prostega časa</b>					
sam		1,00			
v družbi prijateljev	0,95	1,33	0,75	2,35	0,330
v krogu družine	0,13	0,90	0,49	1,63	0,721
<b>Izhod med tednom</b>					
do 21. ure		1,00			
do 22. ure	0,05	0,94	0,52	1,68	0,825
do 23. ure	1,17	0,74	0,43	1,28	0,279
po 23. uri ali dlje	0,85	0,80	0,50	1,29	0,357
<b>Izhod za vikend</b>					
do 21. ure		1,00			
do 22. ure	2,75	1,74	0,85	2,42	0,061
do 23. ure	2,59	1,82	0,52	3,36	0,070
po 23. uri ali dlje	5,45	5,23	1,31	20,99	0,020
<b>Kontrola staršev</b>					
ne drži		1,00			
drži	0,11	1,07	0,72	1,59	0,741
<b>Izpraševanje staršev</b>					
ne drži		1,00			
drži	5,21	1,61	1,07	2,41	0,022
<b>Beg pred problemi</b>					
zelo pogosto		1,00			
nikoli	12,56	0,05	0,01	0,25	<0,001
redko	3,85	0,18	0,03	1,00	0,050
včasih	2,22	0,26	0,04	1,54	0,137
pogosto	0,06	0,74	0,07	7,92	0,804
<b>Odnos staršev do uporabe alkohola</b>					
ne vem		1,00			
sploh se jim ne bi zdelo narobe	6,62	3,42	1,34	8,73	0,010
ne bi se jim zdelo narobe	4,71	2,09	1,08	4,08	0,030
bilo bi jim vseeno	2,08	2,00	0,78	5,11	0,149
zdelo bi se jim narobe	0,04	1,06	0,59	1,90	0,846
zdelo bi se jim zelo narobe	2,39	0,59	0,30	1,16	0,122

RO: razmerje obetov, IZ: interval zaupanja  
Nagelkerke  $R^2=0,332$

**Tabela 22: Vpliv dejavnikov na pogostost opijanja v skupini 18-20 letnikov**

Neodvisni dejavniki	Wald	RO	95% IZ		p
Spol					
ženski		1,00			
moški	5,86	2,42	1,18	4,96	0,015
Šolski uspeh	1,67	0,75	0,49	1,16	0,197
Izobrazba staršev					
osnovna ali poklicna šola		1,00			
srednja šola	0,87	1,56	0,56	2,96	0,352
višja ali visoka šola	1,63	1,76	0,43	4,04	0,212
fakulteta, magisterij ali doktorat	0,34	1,23	0,34	2,27	0,611
Preživljanje prostega časa					
sam		1,00			
v družbi prijateljev	2,71	0,37	0,12	1,21	0,100
v krogu družine	4,76	0,25	0,07	0,87	0,029
Izhod med tednom					
do 21. ure		1,00			
do 22. ure	0,63	1,85	0,40	8,50	0,428
do 23. ure	1,77	3,06	0,59	15,95	0,183
po 23. uri ali dlje	0,07	1,24	0,25	6,08	0,794
Izhod za vikend					
do 23. ure		1,00			
po 23. uri ali dlje	0,00	1,05	0,13	8,54	0,965
Kontrola staršev					
ne drži		1,00			
drži	0,75	0,69	0,29	1,61	0,385
Izpraševanje staršev					
ne drži		1,00			
drži	2,11	1,79	0,82	3,91	0,146
Beg pred problemi					
včasih		1,00			
nikoli	2,26	1,45	0,23	2,55	0,224
redko	1,99	0,36	0,09	1,49	0,158
Odnos staršev do uporabe alkohola					
ne vem		1,00			
sploh se jim ne bi zdelo narobe	5,58	2,76	1,57	4,40	0,009
ne bi se jim zdelo narobe	0,87	2,11	0,44	10,13	0,352
bilo bi jim vseeno	0,74	0,43	0,06	2,93	0,391
zdelo bi se jim narobe	0,05	1,19	0,26	5,39	0,820
zdelo bi se jim zelo narobe	0,10	0,76	0,14	4,07	0,747

RO: razmerje obetov, IZ: interval zaupanja  
Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,260

### 3.5 RAZPRAVA

Pitje alkohola v mladosti je velik družbeni problem, saj pogosto preraste v opijanje in v kronični alkoholizem v odrasli dobi. Posameznik lahko že v mladosti zabrede v težave in se odrine na družbeni rob, povzroča težave družini, staršem in se neodgovorno obnaša tudi do drugih ljudi. V magistrski nalogi smo želeli ugotoviti pивske navade mladostnikov iz osrednje slovenske regije in izpostaviti dejavnike, ki vplivajo na pitje alkohola. Če uporabimo za tvegano obnašanje opijanje z alkoholom enkrat tedensko ali pogosteje, so naši rezultati izpostavili 17,5 % mladih med 15-17 let in celo 27,5 % mladih med 18-20 let.

Nadaljnji naši rezultati so pokazali, da fantje pogosteje pijejo alkohola kot dekleta v obeh starostnih skupinah, kar seveda ni presenetljivo saj je tvegan odnos do alkohola prej domena moškega kot ženskega spola (Boben Barutzky et al., 2009). Fantje so v naši raziskavi navedli, da pijejo alkohol enkrat tedensko ali več v 41,1 % v starostni skupini 15-17 let in v 54,3 % v starostni skupini 18-20 let. Pri dekletih so bili v obeh starostnih skupinah ti rezultati za približno za 20 % nižji (23,6 % in 34,2 %). Glede opijanja enkrat tedensko ali pogosteje so deleži pri fantih znašali 23,1 % pri 15-17 letnikih in 37,1 % pri 18-20 letnikih. Pri dekletih sta bila deleža v obeh starostnih skupinah za približno 15 % nižja (12,1 % in 19,0 %). V vseevropski ESPAD študiji so merili odstotek mladih, ki so v zadnjih 30 dni ob eni priložnosti spili pet ali več vrst alkoholnih pijač, in ugotovili, da se razlika po spolu od leta 1995 (41 % fantje, 30 % dekleta) do 2011 (43 % fantje, 35 % dekleta) postopoma zmanjšuje (Hibell et al., 2012). V kanadski študiji (Leatherdale, Burkhalter, 2012), ki je zajela okoli 45.000 mladostnikov, je bila razlika pri pitju alkohola po spolu med 15-17 letniki minimalna, a je porasla med 18-letniki, kjer je znašala v okvirih naše raziskave. Ameriška dolgoročna študija, ki je analizirala 452 otrok v obdobju 8 let je ugotovila, da okoli 20 % 15-17 letnikov ob posamezni priložnosti spije tri ali več kozarcev alkoholnih pijač, med 18-20 letniki pa je ta procent narasel na skoraj 50 % (Donovan, Molina, 2013). Raziskave so med seboj nekoliko težje primerljive saj vsaka skupina raziskovalcev uporabi različno metodologijo, vendar rezultati prikazujejo dva centralna problema, ki kažeta, da polovica polnoletnih mladih pije alkohol prepogosto ali preveč naenkrat.

Šolski uspeh je ključen dejavnik s katerim se meri uspešnost mladih in še posebej starši pričakujejo, da bodo njihovi otroci izkazali dober šolski uspeh in si tako ustvarili dobre možnosti za službeno kariero. Pitje alkohola je v literaturi pogosto naveden kot negativen dejavnik za uspešno šolanje (Staff et al., 2008; Jeriček Klanšček et al., 2012). Tudi naši rezultati so pokazali, da so mladi, ki nikoli ne pijejo alkohola, imeli boljši šolski uspeh od mladih, ki so navajali pitje alkohola enkrat mesečno ali pogosteje.

Nadalje se v literaturi otroke višje izobraženih staršev pogosto obravnava kot bolj odgovorne z manj nevarnosti, da bi njihovi otroci posegali po alkoholu (Duncan et al., 2002). Naši rezultati presenetljivo tega niso potrdili. Vendar je treba upoštevati tudi okoliščine, da alkohol nekaj stane, in da imajo otroci višje izobraženih staršev tudi več denarja (Luthar, Latendresse, 2005). V času težkih gospodarskih razmer se lahko zgodi, da pitje alkohola ni več slaba navada ali tvegano obnašanje temveč tudi privilegij, ki si ga marsikdo enostavno ne more več privoščiti.

Naše rezultate je v skupini 15-17 letnih mladostnikov je pri posameznih meritvah možno primerjati tudi z rezultati vseevropske študije ESPAD v letu 2011 (Hibell et al., 2012). Pitje alkohola v preteklosti je v naši raziskavi navedlo 84,4 % mladih, v ESPAD pa 85,9 %. Lahko zaključimo, da se rezultata glede pitja alkohola povsem ujemata. Opijanje z alkoholom v preteklosti je naši raziskavi navedlo 32,4 % mladih, v ESPAD pa 46,6 %, razlika med rezultati je bila tukaj nekoliko bolj opazna. Žal rezultatov nismo mogli primerjati samo za Slovenijo, ker ESPAD poročilo v letu 2011 teh dveh kategorij ne opisuje dovolj podrobno.

Mladi s pričetkom srednje šole vse več časa preživljajo v družbi sovrstnikov in s tem se tudi povečujejo možnosti, da se pije alkohol (Li et al., 2002; Townshend, 2013). Mladi, ki se gibajo v krogu družine ali imajo manj zunanje družbe so minimalno izpostavljeni tveganju. Tudi naši rezultati so potrdili literaturo v starostni skupini 15-17 let, pokazalo se je, da je v primeru preživljanja prostega časa pretežno v krogu družine ali samostojno brez družbe, okoli 20 % mladih navedlo, da alkohola ne pijejo, v primeru preživljanja prostega časa v družbi prijateljev je bilo teh navedb le okoli 10 %. V starostni skupini 18-20 let postaja družina (starši, stari starši, drugi sorodniki) vse manj pomembna,

mladi si želijo lastnih razmerij, vse manj so doma in vse več v družbi prijateljev, vpliv družine izgublja pomen varovalnega mehanizma (Townshend, 2013).

Obstaja splošna percepcija, da se morajo mladi družiti s sovrstniki in si krepiti socialno mrežo, ki jim bo kasneje, v odraslosti, prinašala oporo, npr. v prvi fazi že pri poklicni karieri. Raziskava Ioannides in Loury (2004) nedvomno podpira zgornje razmišljanje, saj avtorja ugotavljata, da je 30-60 % zaposlitev posledica socialnih omrežij. Khan in Lehrer (2013) sta v svojem pregledu literature prišla do zaključka, da je raziskovanje te problematike zelo kompleksno in ni povsem jasno ali si ji bolje ustvariti številčno socialno mrežo, kjer gre za pretežno bežna poznanstva oziroma je za osebno prosperiranje bolj koristno ožje socialno omrežje tesnih vezi.

Naslednje tveganje za opijanje z alkoholom predstavljajo tudi ponočevanja, ko starši dovoljujejo otrokom, da se vračajo domov iz zabave po 23. uri. V naših rezultatih se je problem pokazal pri skupini mladih med 15-17 let, ki so se pogosteje opijali, v kolikor so imeli dovoljen izhod po 23. uri. V skupini mladih med 18-20 so bili izhodi po 23. uri stalnica saj je 96,9 % mladih navedlo, da se za vikend lahko vrnejo iz zabave tudi po 23. uri. Starši bi tukaj morali biti bolj previdni, saj raziskave kažejo, da prej ko oseba začne piti alkohol in se opijati, večja je verjetnost, da bo z opijanem tudi nadaljevala in da bo zaradi tega imela tudi z alkoholom povezane zdravstvene posledice (Leatherdale, Burkhalter, 2012).

Starši imajo možnost postaviti veliko število mehanizmov, kako otroku preprečiti, da bo čim manj pil alkohol in se ne bo z njim opijal. V magistrski nalogi smo se odločili, da analiziramo kakšen učinek imata kontrola ob prihodu domov in izpraševanje ali se je pil alkohol. Vendar nadzor staršev ni pokazal jasnega pozitivnega rezultata na manjše pitje alkohola mladih. Nadzor so starši v večji meri izvajali v skupini mladih 15-17 let, še posebej izpraševanje o pitju alkohola (67,6 %). Presenetljivo se je pokazalo, da so mladi 15-17 let, ki jih starši niso izpraševali, manj pogosto pili alkohol. Rezultat kaže usmeritev, da v kolikor starši lahko otrokom zaupajo, jih ne izprašujejo. Tuji viri navajajo, da je nadzor staršev pomemben varovalni dejavnik še posebej pri



šoloobveznih otrocih in lahko pozitivno vpliva na kasnejše navade otrok glede pitja alkohola (Barrett, Turner, 2006).

Tudi odnos staršev do alkohola je pomemben dejavnik, otroci se radi zgledujejo po tem kaj počnejo starši in se po teh normah tudi ravnaajo (Latendresse et al., 2008; Townshend, 2013). Naši rezultati so pokazali odnos staršev do pitja alkohola kot zelo pomemben dejavnik, saj mladi, katerih starši so imeli negativen odnos do uporabe alkohola, v večji meri niso posegali po alkoholu. Do podobnih rezultatov so prišli tudi v raziskavi Boben Barutzky in sodelavci (2010) ter Song in sodelavci (2012), kjer se je pokazalo, da so mladostniki, ki so pili alkohol menili, da to starše, tudi če bi vedeli, sploh ne bi motilo.

Pomembno vprašanje glede alkohola je tudi zakaj pride do pitja. Obstajajo znani razlogi, da se dvigne razpoloženje, poveča pogum, pozabi na težave itd (Stergar et al., 2003). Pitje alkohola zaradi bega pred problemi (psihičnimi in fizičnimi) se je v naših rezultatih pokazal kot večji problem v 15-17 letni starostni skupini mladih. Naši rezultati so pokazali tudi, da se mladi kljub zavedanju o škodljivi rabi alkohola ne obremenjujejo z negativnimi posledicami za zdravje, npr. o možni zasvojenosti. V mladosti so verjetno vsi prepričanja, da se jim kaj takega v življenju nikoli ne bo zgodilo (Luthar, Latendresse, 2005). Vsebine preventivnih programov se pretežno usmerjajo v dolgoročne zdravstvene posledice, kratkoročno pa opozarjajo na povzročanje prometnih nesreč. Smiselno bi bilo opozarjati tudi na dodatne kratkoročne dejavnike pitja alkohola, kot so pomanjkanje koncentracije, težje učenje, povečevanje telesne teže itd.

V naših rezultatih se je pokazala tudi težava, da mladi ne vedo na koga se lahko v primeru težav obrnejo. Namreč, le 2,7 % mladih je navedlo, da bi se obrnili na svojega zdravnika, v njihovem primeru torej na zdravstveni dom. Pretežno so mladi navajali, da bi se obrnili na starše (33,1 %) in prijatelje (23,7 %), vendar je to v praksi malo verjetno, saj je težave z alkohol zaradi sramu pred starši težko priznati (Ennett et al., 2001; Nash, McQueen, Bray, 2005), prijatelji pa so pogosto del problema (Poelen et al., 2007). Nedvomno zdravstveni domovi izvajajo številne programe za preprečevanje pitja

alkohola in opijanja, vendar mladi zaradi slabših možnosti oglaševanja zdravstvenih zavodov niso seznanjeni z izvajanimi programi in ne pridobijo informacij. Ko mladi pridejo na preventivne zdravstvene preglede si lahko vzamejo brošure, ki so v čakalnicah na voljo obiskovalcem, vendar si mladi verjetno ne vzamejo časa podrobneje pogledati, kakšne informacije so jim na razpolago. Dobra praksa bi bila, če bi mladi prejeli ustrezne brošure neposredno s strani medicinske sestre med opravljanjem antropoloških meritev ali očesnega pregleda.

Izvajanje vzgoje za zdravje v šolskem obdobju je potrebno okrepiti in poenotiti. Vzgoja za zdravje za šolske otroke naj se izvaja v okviru sistematičnih pregledov ter okrepljeno izven sistematičnih pregledov, predvsem v šolah, tako osnovnih kot srednjih, pa tudi v drugih ustanovah (internati in različni zavodi) ali lokalni skupnosti. Vzgojo za zdravje za šolske otroke izvajajo zdravnik in medicinska sestra v dispanzerju za šolske otroke. Zdravnik in medicinska sestra iz dispanzerja izvajata usmerjeno individualno svetovanje, ki je prav tako del vzgoje za zdravje in je prilagojeno razvoju otroka in mladostnika. Določene morajo biti vsebine in čas za izvajanje tega dela vzgoje za zdravje. Vsebine so namenjene predvsem otrokom. Časa mora biti dovolj za pogovor in vsa vprašanja otrok (Koprivnikar, Pucelj, 2010).

Diplomirane medicinske sestre, ki izvajajo programe, izpostavljajo potrebo po enotnem programu, vsebinah, smernicah in pripomočkih za delo, to je enotnem pristopu k izvajanju vzgoje za zdravje na nacionalni ravni, izpostavljajo potrebo po kadrovskih okrepitvah in načrtovanju večjega deleža časa, namenjenega izvajanju vzgoje za zdravje in pripravam na izvajanje (ibid.). Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle se izvaja v 61 zdravstveno vzgojnih centrih, ki so se po sklepu Ministrstva za zdravje v slovenskem prostoru oblikovali leta 2000. Zdravstveno vzgojni centri tvorijo nacionalno mrežo za izvajanje programov zdravstvene vzgoje in promocije zdravja za odraslo populacijo. Za populacijo šolarjev in mladostnikov ne izvajajo programov promocije zdravja.

Torkar (2012) v raziskavi o novem profilu diplomirane medicinske sestre (angl. school nurse) v slovenskem okolju ugotavlja, da so ravnatelj, ki so sodelovali v raziskavi, na

splošno pozitivno prepoznali pomen profila šolske medicinske sestre in se jim umestitev v šolski sistem zdi smiselna z vidika številnih nalog s področja promocije zdravja, zdravstvene vzgoje, skrbi za zdravje in s področja bolj zahtevnih zdravstvenih storitev, ki se sedaj izvajajo v zdravstvenih domovih. Medicinske sestre danes prevzemajo več odgovornosti pri ohranjanju zdravja populacije, tipičen primer predstavljajo t.i. referenčne ambulante. Tudi na področju šolskih zdravniških pregledov predlagamo večje vlogo medicinske sestre, ki bi lahko razbremenila zdravnika in s tem celoten slovenski zdravstveni sistem.

### *Omejitve raziskave*

V raziskavo smo uspeli vključiti bistveno manjši delež 18-20 letnikov kot smo načrtovali. Pokazalo se je, da se zadnjega preventivnega zdravstvenega pregleda udeležujejo pretežno 17-letniki, sistematičnih pregledov mladine izven rednega šolanja v 18. letu se udeležujejo le redki mladih. Zbiranje podatkov za 18-20 letne mlade preko javnih zdravstvenih domov se je tako izkazalo kot manj optimalno.

Zbiranje podatkov smo izvajali v osrednjeslovenski regiji, pretežno v glavnem mestu Ljubljana in njeni okolici. Ljubljana kot glavno mesto predstavlja največje urbano središče Slovenije in tudi gospodarski in politični vrh države. Kulturno zabavni dogodki in programi ter ekonomske razmere mladih, ki živijo v Ljubljani, so neprimerno bogatejše od ostalih slovenskih regij; v tem smislu je treba projekcijo rezultatov naše raziskave na preostali del Slovenije obravnavati z določeno mero previdnosti.

## 4 ZAKLJUČEK

Rezultati magistrske naloge so pokazali, da je pitje alkohola med mladimi v Sloveniji dokaj pogosto, vendar skladno s preteklimi vseevropskimi študijami prikazujejo tudi, da problemi na evropski in mednarodni ravni ne izstopajo negativno. Izkazalo se je, da so fantje nekoliko bolj obremenjeni. Nasploh mladi ocenjujejo, da njihovi nočni izhodi in pitje alkohola z občasnimi opijanji ne škodujejo njihovem zdravju in razvoju.

Družba je danes do opijanja z alkoholom veliko bolj kritična kot nekoč, veliko zaslugo temu imajo mediji, ki nenehno izpostavljajo cestno prometne kršitelje in obujajo tragedije, ki so se zgodile zaradi vinjenosti. Te dogodke imajo tako ali drugače pred seboj tudi mladi in si jih zapomnijo ter veliko bolj zavedajo. Poleg tega so državni organi določili visoke kazni za kršitelje in vsak mladostnik, ki se vinjen sede na kolo ali za volan se prav gotovo zaveda, da ga bo srečanje s policijo drago stalo.

Naši rezultati so pokazali tudi, da odnos staršev do alkohola zaleže bolj kot sam nadzor; v kolikor starši ne želijo, da njihovi otroci posegajo po alkoholu je pomembno, da negativen odnos do uporabe alkohola otroku tudi posredujejo. Glede na rezultate mednarodnih raziskav se kaže, da je pitje alkohola za človeka, še posebej mladostnike, ki se še razvijajo, zelo škodljiva, zato je pomembno, da mlade o tem osveščamo. Pri tem pa je bistvenega pomena, da vključimo starše. Vzgoja za zdravje na primarnem nivoju mora nuditi čim boljše osveščenost, zato je nujno, da se primarno zdravstveno varstvo poveže s šolami in nudi najkvalitetnejšo vzgojo za zdravje. Potrebno je torej skupno sodelovanje vseh organizacij. Rezultati naše raziskave in vseh ostalih številnih raziskav so lahko podlaga za planiranje vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih.

S pomočjo raziskav o razširjenosti pitja alkohola in dejavnikov, ki nanj vplivajo, poskušamo vzpostaviti boljše razumevanje nekaterih vedenjskih navad mladostnikov. To so tudi izhodišča za pridobitev kakovostnih usmeritev za pripravo programov krepitev zdravja in vzgoje za zdravje v šolah in drugih okoljih, s katerimi lahko vplivamo na izboljšanje zdravja otrok in mladostnikov. Za uspešno izvajanje ukrepov za zmanjševanje problematike na tem področju je potrebna učinkovita koordinacija na

nacionalni, regijski in lokalni ravni. K zaježitvi pitja alkohola med mladostniki lahko pomembno prispeva dobra informiranost vseh, ki so mladim blizu in se z njimi poklicno ukvarjajo.

Prav tako bi bilo potrebno bi bilo načrtovati programe, z vsebinami o tveganih vedenjih, vključiti varovalne dejavnike in zdrav življenjski slog. Pozitivni učinki teh programov so morda lahko dolgotrajnejši v primerjavi z učinki alkoholno specifičnih programov.

## 5 LITERATURA

Adolescent health & development. Geneva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2013.

Dostopno na:

[http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html) (20. 2. 2014).

Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2011.

Anderle D, Skela Savič B. Motivacija za vključitev v zdravstveno vzgojne programe preventive srčno-žilnih obolenj. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, Skinder Savič K, Zaletel M, Bregar B, et al., eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnavo-priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj, Ljubljana, 9. – 10. junij 2011. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 512-8.

Bajt M. Tvegana vedenja: uporaba tobaka, alkohola in marihuane. In: Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T, eds. HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007.

Bajt M, Zorko M. Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki – izsledki fokusnih skupin. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009. Dostopno na: [http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo\\_alkohol.pdf](http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo_alkohol.pdf) (20. 2. 2013).

Barrett AE, Turner RJ. Family and structure and substance use in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction*. 2006;101:109-20.

Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW, Carswell MA. Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2003;24:221-32.

Bevc M, Pucelj V, Scagnetti N. Širimo Slovensko mrežo zdravih šol. 3. krog – šolsko leto 2008/09. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2008.

Boben - Bardutzky D, Boben D, Čebašek - Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Odraščanje: z ali brez alkohola?: rezultati raziskave med slovenskimi osnovnošolci. Ljubljana: Društvo Žarek upanja; 2009.

Boben - Bardutzky D, Boben D, Čebašek-Travnik Z, Levačič M, Sorko N, Zorko M. Pot v odraslost – z ali brez alkohola?: rezultati raziskave o odnosu srednješolcev do alkohola. Ljubljana: Društvo Žarek upanja; 2010.

Cail J, LaBrie JW. Disparity between the perceived alcohol-related attitudes of parents and peers increases alcohol risk in college students. *Addict Behav.* 2010;35(2):135-9.

Cleveland MJ, Reavy R, Mallett KA, Turrisi R, White HR. Moderating effects of positive parenting and maternal alcohol use on emerging adults' alcohol use: Does living at home matter? *Addict Behav.* 2014;39(5):869-78.

Coffelt NL, Forehand R, Olson AL, Jones DJ, Gaffney CA, Zens MS. A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addict Behav.* 2006;31(4):593-605.

Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health. HBSC International Report from the 2005/2006. Copenhagen: WHO European Office; 2008.

Dekleva B, Sande M. Tri leta kasneje – uporaba drog ob koncu srednje šole. Ljubljana: Združenje DrogArt; 2003.

Donovan JE, Molina BSG. Types of alcohol use experience from childhood through adolescence. *J Adolesc Health.* 2013;53:453-9.

Dowell E, Burgess A, Cavanaugh D. Clustering of Internet risk behaviors in a middle school student population. *J Sch Health*. 2009;79(11):547-53.

Duncan GJ, Daly MC, McDonough P, Williams DR. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Publ Health*. 2002;92:1151-7.

Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA, Pemberton M, Hicks KA. Parent-child communication about adolescent tobacco and alcohol use: what do parents say and does it affect youth behavior? *J Marriage Fam*. 2001;63(1):48-62.

Eurobarometer. Youth attitudes on drugs 2011 – analytical report. Brussels: The Gallup Organization; 2011.

Dostopno na: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf) (20. 2. 2013).

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspect Public Health*. 2012;132(3):128-34.

Global status report on alcohol and health. Geneva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2011. Dostopno na:

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf) (18. 1. 2014).

Gorenc M. Razvojne značilnosti otrok in mladostnikov po posameznih starostnih skupinah. Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskem pregledu šolskih otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 15.

Gosar A. Zloraba drog med študenti v Ljubljani: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 1983.



Grieg Viig N, Wold B. Facilitating teachers' participation in school-based health promotion – a qualitative study. *Scand J Educ Res.* 2005;49(1):83-109.

Health behaviour in school-aged children. International Coordinating Centre Child & Adolescent Health Research Unit, University of St Andrews, Medical and Biological Sciences Building; 2010. Dostopno na: <http://www.hbsc.org/> (25. 6. 2013).

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2009.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2012.

Hovnik-Keršmanc M, Čebašek-Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999: rezultati raziskave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2000.

IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 96: alcohol consumption and ethyl carbamate. Geneva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2010.

Dostopno na: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/index.php> (2. 5. 2014).

Ioannides Y, Loury LD. Job information networks, neighborhood effects and inequality. *J Econ Lit.* 2004;42(4):1056-93.

Izvajalci zdravstvenih storitev. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; 2013. Dostopno na: <http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/providers/> (2. 4. 2013).

Jelenc A, Vrbošek S. Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni. Izvedba programirane zdravstvene vzgoje za odrasle v ZVC v letu 2011. Programirano svetovanje za odrasle. Ljubljana: CINDI; 2012.

Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, et al. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2011.

Jeriček Klanšček H, Kamin T. Smernice za delo z otroki in mladostniki. Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskem pregledu šolskih otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 21.

Jeriček Klanšček H, Koprivnika H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2012. Dostopno na: [http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=164&pi=5&\\_5\\_Filename=attName.png&\\_5\\_MediaId=5550&\\_5\\_AutoResize=false&pl=164-5.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=164&pi=5&_5_Filename=attName.png&_5_MediaId=5550&_5_AutoResize=false&pl=164-5.3) (20. 2. 2013).

Jerman T. Razširjenost drog med ljubljanskimi srednješolci v letu 2007. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varstvo; 2008.

Johnson SD, Stiffman A, Hadley-Ives E, Elze D. An analysis of stressors and co-morbid mental health problems that contribute to youths paths to substance-specific services. *J Behav Health Serv Res.* 2001;28:412-26.

Khan AQ, Lehrer SF. The impact of social networks on labour market outcomes: new evidence from Cape Breton. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2013.

Klančar D, Švab I, Kersnik J. The vision of health centers in Slovenia. *Zdrav Var.* 2010;49(1):37-43.

Kolšek, M. Pogostost pitja in pивske navade osnovnošolcev v Sloveniji: [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2000.

Koprivnikar H, Pucelj V. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0-19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji: pregled stanja s predlogi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010.

Kovše K, Hočevar T. Pitje alkoholnih pijač. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2011: 216-27.

Kuipers, G. The social construction of digital danger: debating, defusing and inflating the moral dangers of online humor and pornography in the Netherlands and the United States. *New Media Soc.* 2006;8(3):379-400.

Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of heavy episodic drinkers in Europe. *Soc Sci Med.* 2004;59:113-27.

Latendresse SJ, Rose RJ, Viken RJ, Pulkkinen L, Kaprio J, Dick DM. Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcohol Clin Exp Res.* 2008;32(2):322-30.

Leatherdale ST, Burkhalter R. The substance use profile of Canadian youth: exploring the prevalence of alcohol, drug and tobacco use by gender and grade. *Addict Behav.* 2012;37:318-22.

Levy S, Knight, JR. Screening, brief intervention, and referral to treatment for adolescents. *J Addiction Med.* 2008;2:215-21.

Li F, Barrera M Jr, Hops H, Fisher KJ. The longitudinal influence of peers on the development of alcohol use in late adolescence: a growth mixture analysis. *J Behav Med.* 2002;25(3):293-315.

Luthar SS, Latendresse SJ. Children of the affluent: challenges to well-being. *Curr Dir Psychol Sci.* 2005;14:49-53.

Luznar N. Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle / Program svetovanja za zdravje in delovanje zdravstveno vzgojnih centrov (2002-2008). In: Vrbovšek S, ed. Skupaj varujemo in krepimo zdravje - kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 44-53.

Mihelič Zajec A. Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2010.

Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola; 2013a. Baze podatkov: preventivni programi. Dostopno na:  
[http://www.infomosa.si/baze\\_podatkov/preventivni\\_programi/](http://www.infomosa.si/baze_podatkov/preventivni_programi/) (20. 2. 2013).

Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola; 2013b. Baze podatkov: raziskave. Dostopno na:  
[http://www.infomosa.si/baze\\_podatkov/raziskave/](http://www.infomosa.si/baze_podatkov/raziskave/) (23. 12. 2013).

Nash SG, McQueen A, Bray JH. Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *J Adolesc Health.* 2005;37(1):19-28.

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije št. 19/1998.

Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199819&stevilka=807> (20. 4. 2014).

Newbury-Birch D, Gilvarry E, McArdle P, Ramesh V, Stewart S, Walker J, et al. The impact of alcohol consumption on young people. A review of reviews. Newcastle: Department of Children, Schools and Families; 2008.

Nixon K, McClain J. Adolescence as a critical window for developing an alcohol use disorder: Current findings in neuroscience. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(3):227-32.

Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

Petry N, Weinstock J. Internet gambling is common in college students and associated with poor mental health. *Am J Addict*. 2007;16(5):325-30.

Poelen EAP, Engels RCME, Van Der Vorst H, Scholte RHJ, Vermulst AA. Best friends and alcohol consumption in adolescence: a within-family analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88:163-73.

Pokrajac T. Družina in odnosi v njej. In: Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T, eds. *HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007.

Poplas Sušič T. Organizacijske ovire pri zdravljenju odvisnikov od prepovedanih drog in alkohola. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Skinder Savić, Zorc J, eds. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe: zbornik prispevkov z recenzijo, 7. - 8. junij 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2012: 53-9.

Poplas Susič T, Marušič D. Referenčne ambulante. *Bilt-Ekon Organ Inform Zdrav*. 2011;27(1):9-17.

Poplas Susič T, Švab I, Kersnik J. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. Bilt-Ekon Organ Inform Zdrav. 2013;82:635-47.

Ramovš J. Ramovš K. Pitje mladih. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2007.

Schmid B, Hohm E, Blomeyer D, Zimmermann US, Schmidt MH, Esser G, et al. Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk. Alcohol Alcohol. 2007;42:219-25.

Simons – Morton BG, Farhat T, Bogt FM, Hublet A, Kuntsche E, Gabhainn SC, et al. Gender specific trends in alcohol use: cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and region. Int J Publ Health. 2009;54(2):199-208.

Skog OJ. Alcohol and the so-called prevention paradox: how does it look today? Addiction. 2006;101:1555-8.

Slovenska mreža zdravih šol. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2012. Dostopno na:

[http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&id=134&PageIndex=0&groupId=-2&newsCategory=IVZ+kategorija&\\_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&id=134&PageIndex=0&groupId=-2&newsCategory=IVZ+kategorija&_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0) (15. 3. 2013).

A snapshot of the health of young people in Europe. Geneva: Svetovna zdravstvena organizacija; 2009.

Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0013/70114/E93036.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf) (16. 5. 2014).

Song EY, Smiler AP, Wagoner KG, Wolfson M. Everyone says it's ok: adolescents' perceptions of peer, parent, and community alcohol norms, alcohol consumption, and alcohol-related consequences. Subst Use Misuse. 2012;47(1):86-98.

Staff J, Patrick ME, Loken E, Maggs JL. Teenage alcohol use and educational attainment. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(6):848-58.

Statistični letopis 2012. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2012. Dostopno na: <http://www.stat.si/letopis/LetopisPrvaStran.aspx?leto=2012&jezik=si> (20. 2. 2014).

Statistično poročilo osnovnih in srednjih šol. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2010. Dostopno na:

[http://www.stat.si/metodologija\\_vpr.asp?pod=9&kon=126&leto=2010](http://www.stat.si/metodologija_vpr.asp?pod=9&kon=126&leto=2010) (12. 2. 2013).

Stergar E, Pucelj V, Scagnetti N. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2003.

Stern SA, Meredith LS, Gholson J, Gore P, D'Amico EJ. Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32:153-65.

Štemberger Kolnik T. Vpliv šole zdravega hujšanja na spreminjanje življenjskih navad. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo, Maribor, 12. - 14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2011: 49-53.

Torkar T. Stališča strokovnih delavcev v šolstvu in zdravstvu do koncepta school nurse v osnovnih šolah: [magistrsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012: 86-7.

Townshend TG. Youth, alcohol and place-based leisure behaviours: a study of two locations in England. *Soc Sci Med*. 2013;91:153-61.

Ule M. Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008.

Valcke M, Schellens T, Van Keer H, Gerarts M. Primary school children's safe and unsafe use of the Internet at home and at school: an exploratory study. *Comput Hum Behav.* 2008;23(6):2838-50.

Van Der Vorst H, Burk WJ, Engels RCME. The role of parental alcohol-specific communication in early adolescents' alcohol use. *Drug Alcohol Depend.* 2010;111(3):183-90.

Vražič Z. Zdravstveno vzgojno delo z odraslo populacijo – pomen znanja in motivacije zdravstvenih delavcev pri svetovanju in napotitvah v Programe svetovanja za zdravje. In: Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: zbornik prispevkov z recenzijo. Maribor, 12. - 14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2011: 54-8.

Vrbovšek S. Interventni program v zdravstveno vzgojnih centrih za pomoč pri spreminjanju nezdravega življenjskega sloga. In: Klavs J, Žargaj B, eds. Oskrba bolnika s sladkorno boleznijo na primarni ravni: zbornik predavanj, Moravske toplice, 22. - 23. oktober 2010. Ljubljana: Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji; 2010: 25.

Vrbovšek S. Potencial vzpostavljene mreže zdravstvenovzgojnih centrov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. In: Kvas A, ed. Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo, 25. november, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 47-58.



Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA). Uradni list Republike Slovenije št. 15/2003.

Dostopno na: [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r00/predpis\\_ZAKO3130.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r00/predpis_ZAKO3130.html) (20. 2. 2013).

Zdravstveni statistični letopis. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007.

Zurc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela Savič B, Kaučič M, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja: učbenik z recenzijo za visokošolski študijski program prve stopnje Zdravstvena nega. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 52-62.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, pripravljam magistrsko nalogo z naslovom Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji – vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni. V pomoč pri raziskavi bo sledeči vprašalnik, katerega prosim, če lahko izpolnite sami. Odgovorite tako, da označite s križcem ali obkrožite številko pred odgovorom. Vaši odgovori so anonimni, uporabljeni bodo le pri raziskavi.

Za vaše sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

Jožica Pirnat

**Spol:** M / Ž      **Starost:** \_\_\_\_\_

**1. Učni uspeh v lanskem šolskem letu:**    1   2   3   4   5 (obkroži)

**2.1. Izobrazba staršev:** (obkroži ustrezno številko)

1. osnovna šola	3. srednja šola	5. fakulteta	7. doktorat
2. poklicna šola	4. višja ali visoka šola	6. magisterij	

**2.2. Pri kom živiš?** (obkroži ustrezno številko)

1. Obeh starših (mami in očetu)
2. Enem staršu brez partnerja
3. Enem staršu in njegovem/njenem partnerju
4. Starih starših
5. Drugih sorodnikov
6. Ljudeh, s katerimi nisem v sorodu
7. Živim sam/a

### **3. Preživljanje prostega časa**

#### **3.1 S kom preživljaš prosti čas? (označi s križcem)**

	<b>nikoli</b>	<b>1-krat na mesec</b>	<b>1-krat na teden</b>	<b>1-krat na dan</b>	<b>večkrat na dan</b>
V družbi prijateljev					
V krogu družine					
Sam					
Drugo					

#### **3.2 Na kakšen način preživljaš prosti čas? (označi s križcem)**

<b>Aktivnosti</b>	<b>nikoli</b>	<b>1- krat na mesec</b>	<b>1- krat na teden</b>	<b>1- krat na dan</b>	<b>večkrat na dan</b>
Gledam televizijo					
Poslušam radio					
Ukvarjam se s športom					
Ukvarjam se s hobijem					
Berem					
Igram igrice na računalnik					
Sem na internetu					
Drugo					

### **4. Uporaba alkohola**

#### **4.1 Koliko si bil/a star/a ko si prvič spil/a kozarec vina, piva, žgane pijače ali druge alkoholne pijače ? (obkroži ustrezno številko)**

1. Manj kot 10 let
2. 10-11 let
3. 12-13 let
4. 14-15 let
5. 16-17 let
6. Več kot 17 let
7. Še nisem poskusil/a alkoholne pijače
8. Ne vem

**4.2 Koliko si bil/a star/a ko si bil/a prvič opit/a, pijan/a ? (obkroži ustrezno številko)**

1. Manj kot 10 let
2. 10-11 let
3. 12-13 let
4. 14-15 let
5. 16-17 let
6. Več kot 17 let
7. Še nisem poskusil/a alkoholne pijače
8. Ne vem

**4.3 Kolikokrat do sedaj si pil/a alkoholne pijače? (označi s križcem)**

Vrste alkohola	nikoli	1-krat na mesec	1-krat na teden	1-krat na dan	večkrat na dan
vino					
pivo					
Žgane pijače					
Mešane pijače					
Katerekoli druge alkoholne pijače					

**4.4 Kolikokrat si bil/a do sedaj opit/a, pijan/a ? (označi s križcem)**

Vrste alkohola	nikoli	1-krat na mesec	1-krat na teden	1-krat na dan	večkrat na dan
vino					
pivo					
Žgane pijače					
Mešane pijače					
Katerekoli druge alkoholne pijače					

**4.5 Kakšna je vloga alkohola v tvojem vsakdanjiku? (obkroži ustrezno številko)**

- 1 - zelo nepomembna
- 2 - nepomembna
- 3 - srednje pomembna
- 4 - pomembna
- 5 - zelo pomembna

#### 4.6 Do katere ure zvečer si lahko zunaj s prijatelji? (označi s križcem)

Čas	Med tednom	Čez vikend
do 21. ure		
do 22. ure		
do 23. ure		
dlje		

### **5. Varnost**

#### 5.1 Kam bi se obrnil/a po pomoč v primeru težav povezanih s pitjem alkohola?

- 1 – na starše
- 2 – na prijatelje
- 3 – na šolsko svetovalno službo
- 4 – na telefon za pomoč v stiski
- 5 – na mladinsko svetovalnico, v kateri delajo prostovoljci
- 6 – na internetni naslov mladinske svetovalnice, kjer bi dobil/a osebni odgovor po e-mailu
- 7 – na osebnega zdravnika
- 8 – ne vem
- 9 – drugo – napiši kam: \_\_\_\_\_

#### 5.2 Ali meniš, da bi imel/a boljši učni uspeh, če ne bi pil/a alkohola? (obkroži)

**DA                      NE**

#### 5.3 Ali popiješ več alkohola kot načrtuješ? (obkroži)

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Zelo pogosto
--------	-------	--------	---------	--------------

#### 5.4 Ali čutiš potrebo, da bi spil/a vedno več alkohola, da bi doživel/a zadovoljitev? (obkroži)

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Zelo pogosto
--------	-------	--------	---------	--------------

**5.5 Ali uporabljaš alkohol kot beg pred problemi ali občutki krivde, nebogljenosti, zaskrbljenosti? (obkroži)**

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Zelo pogosto
--------	-------	--------	---------	--------------

**5.6 Kolikokrat si doživel/a naslednje, z alkoholom povezane težave ? (označi s križcem)**

težave	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Zelo pogosto
Slabši učni uspeh					
Nezgodo ali poškodbo					
Oskrbo v bolnici ali na urgenci					
Težave v odnosu s starši					
Težave v odnosu s prijatelji					
Težave v odnosu s učitelji					
Nezaželen spolni odnos					
Prerivanje ali pretepanje					
Vozil/a sem pod vplivom alkohola					
Težave s policijo					
Drugo					

## **6. Nadzor staršev**

**6.1 Ali starši vedo kje preživljaš sobotne večere ? (obkroži)**

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Zelo pogosto
--------	-------	--------	---------	--------------

**6.1 Kako narobe bi se tvojim staršem zdelo, če bi pil/a alkohol?**

1. Sploh se jim ne bi zdelo narobe
2. Ne bi se jim zdelo narobe
3. Bilo bi jim vseeno
4. Zdelo bi se jim narobe
5. Zdelo bi se jim zelo narobe
6. Ne vem

**6.2. S križcem označi trditve, ki za tebe držijo ali ne držijo:**

<b>Namen</b>	<b>Drži</b>	<b>Ne drži</b>
S starši se pogovarjam o problemih		
Staršem lahko zaupam		
Ko pridem domov iz zabave me starši kontrolirajo		
Starši me poučujejo o škodljivi rabi alkohola		
Starši me sprašujejo če sem pil/a alkohol		
Starši pijejo alkoholne pijače		
Doma imamo vedno alkohol		
Zdi se mi, da me starši kontrolirajo		

## **6.2 PISMO ZA DIREKTORJE**

### **ZDL**

Metelkova ulica 9  
1000 Ljubljana

g. Rudi Dolšak, mag.posl.ved,MBA  
direktor

ga. doc.dr.Antonija Poplas Susič,dr.med.spec.  
strokovna vodja

Jožica Pirnat, dipl. med. ses.  
ZVŠOM Moste Polje  
C. 30. avgusta 2  
1000 Ljubljana

Ljubljana, 29.4.2013

### **Prošnja za odobritev anketiranja**

Sem Jožica Pirnat, dipl. med. ses., v ZDL sem zaposlena štiriindvajset let. Delo opravljam z veseljem, in ker menim, da se je potrebno vseskozi strokovno izobraževati, sem se vpisala na drugo stopnjo zdravstvene nege – izredni študij na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Študij zaključujem z izdelavo magistrske naloge z naslovom Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji – vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni. Vsebina magistrske naloge je tudi anketa, ki jo prilagam in bi jo želela uporabiti pri anketiranju mladih v enotah ZV šolskih otrok in mladine v ZDL. Prilagam Vlogo za sodelovanje v raziskavi in sklep o magistrskem delu.

Prosim za dovoljenje za anketiranje.

Hvala za razumevanje in lepo pozdravljeni Jožica Pirnat

V vednost :ga. Katerina Bubnič Sotošek,dr.med.spec., predstojnica ZD Moste Poje  
ga. Marjetka Novak Gerdin,dipl.med.ses., strokovna vodja zdravstvene nege



### 6.3 OBVESTILO ZA STARŠE IN IZJAVA ZA OBVEŠČEN PRISTANEK

Jožica Pirnat, dipl. med. ses.  
Zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine Moste Polje  
C. 30. avgusta 2  
1000 Ljubljana

Ljubljana, 29.4.2013

#### **Spoštovani starši !**

Prosim dovolite, da vas prosim za vaše sodelovanje.

Sem Jožica Pirnat, dipl. med. ses., v ZDL sem zaposlena štiriindvajset let. Delo opravljam z veseljem, in ker menim, da se je potrebno vseskozi strokovno izobraževati, sem se vpisala na drugo stopnjo zdravstvene nege – izredni študij na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Študij zaključujem z izdelavo magistrske naloge z naslovom Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji – vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni. Vsebina magistrske naloge je tudi anketa, katere namen je zbrati podatke o življenjskih navadah mladih, pogostosti pitja alkohola pri mladostnikih in dejavnikih ki vplivajo na mlade, da pijejo alkohol.

Anketo, oziroma raziskavo je odobrila Komisija republike Slovenije za medicinsko etiko.

V ta namen sem sestavila vprašalnik za mladostnike, ki ga bodo izpolnjevali naključno v čakalnici ambulante dispanzerja za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine. Vprašalnik je anonimen, vprašanja so sestavljena tako, da ni mogoče ugotoviti kdo ga je izpolnil. Kljub temu moram pridobiti privoljenje staršev otrok, ki bodo izpolnili vprašalnik.

Prosim vas, da s svojim podpisom potrdite, da dovolite, da tudi vaš otrok izpolni moj anonimen vprašalnik. Zbrani podatki bodo lahko izhodišče za pridobitev kakovostnih usmeritev za pripravo programov za krepitev zdravja in vzgoje za zdravje v šolah in drugih okoljih.

Prilagam izjavo, na kateri mi s svojim podpisom dovoljuate, da vaš otrok sodeluje pri izpolnjevanju mojega anonimnega vprašalnika.

S spoštovanjem

Jožica Pirnat

## **Izjava za obveščen pristanek staršev oziroma skrbnikov otrok**

Ime otroka : \_\_\_\_\_

Ime roditelja ( oz. skrbnika ) : \_\_\_\_\_

Ime ustanove : Zdravstveni dom Ljubljana

Naslov raziskave: Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji – vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni

### **IZJAVA**

Podpisani kot roditelj otroka \_\_\_\_\_ sem razumel metodo in namen raziskave. Obvestili so me, da bodo rezultati te raziskave namenjeni napredku znanja. Vem, da je raziskavo je odobrila Komisija republike Slovenije za medicinsko etiko.

Prostovoljno in informirano pristajam, da lahko tudi moj otrok \_\_\_\_\_ sodeluje pri izpolnjevanju anonimnega vprašalnika te raziskave.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis roditelja (oz. skrbnika)

\_\_\_\_\_

### **Izjava raziskovalca**

Podpisana Jožica Pirnat sem razumljivo razložila metodo in namen raziskave staršem otrok, ki bodo sodelovali pri izpolnjevanju vprašalnika.

Datum : \_\_\_\_\_ Podpis raziskovalca : \_\_\_\_\_

## 6.4 SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU



Datum: 24.05.2013  
Številka: 9904-21/2013

### SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU

Na podlagi predložene dokumentacije (sklep o magistrskem delu, prošnja za odobritev anketiranja, dispozicija, vprašalnik za izvedbo raziskave) iz katere je razvidno, da je raziskava za zavod sprejemljiva,

Študentki / (ime in priimek):	<u>Jožici Pirnat</u>
naziv izobraževalne ustanove in program izobraževanja:	<u>Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji plavž 3, 4270 Jesenice, podiplomski program zdravstvene nege</u>
naslov diplomske naloge /magistrskega dela:	<u>Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji- vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni</u>

Dovoljujemo:

1. opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomski nalogi/magistrskem delu;
2. objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah izobraževalne ustanove.

Študentka se pri tem zavezuje, da bo Zdravstvenemu domu Ljubljana dovolila uporabo podatkov pridobljenih z raziskavo v organizacijske in druge namene ter **po končani raziskavi posredovala poročilo**. Zdravstveni dom Ljubljana pa se zavezuje, da bo pri tem upošteval zakonodajo, ki se nanaša na avtorsko pravo in v primeru uporabe podatkov ustrezno navedel avtorja.

doc. dr. Antonija Popras Sassič, dr.med.,spec  
strokovna vodja

Rudi Dolšak, mag.posl.ved, MBA  
direktor ZDL



## 6.5 SOGLASJE KOMISIJE ZA MEDICINSKO ETIKO



KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

---

Jožica Pirnat, dipl. med. ses.  
Kašeljjska cesta 82  
1260 Ljubljana

Štev.: 128/05/13  
Datum: 5. 6. 2013

Spoštovana gospa Pirnat,

Komisiji za medicinsko etiko (KME) ste 7. 5. 2013 poslali v oceno predlog raziskave z naslovom:

*"Zloraba pitja alkohola med mladostniki v osrednjeslovenski regiji – vloga zdravstveno vzgojnih centrov na primarni ravni."* Magistrska naloga na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, mentorica izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, dekanja, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, somentorica dr. Maja Zorko, viš. pred., IVZ RS.

KME je na seji 14. maja 2013 ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva, in Vam s tem izdaja svoje soglasje.

Lep pozdrav,

prof. dr. Jože Trontelj  
predsednik Komisije RS za medicinsko etiko