

## MEDNARODNI DAN MEDICINSKIH SESTER 1997

# PROTI ZLORABI OPOJNIH SNOVI PRI MLADIH

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

Problem zlorabe opojnih snovi postaja preč zdravstveni problem v razvitih deželah in v deželah v razvoju. Ocenjujejo, da tobak pobije kake tri milijone ljudi na leto, zloraba alkohola pa je eden vodilnih vzrokov zbolewnosti in umrljivosti. S tobakom, alkoholom in drugimi snovmi je povezanih tudi vse več socialnih problemov. Posledice pogosto niso povezane samo s posameznikom, ampak z vso družino, prijatelji, sodelavci in družbo v celoti.

Vse bolj zaskrbljujoče pa je naraščajoče število mladih ljudi, ki zlorablajo snovi, ki povzročajo odvisnost. Med te snovi spadajo kokain, heroin, tobak, alkohol, pomirjevala in topila. Mladi segajo po opojnih snoveh pogosto zaradi težav v družini, življenjskih stisk in vpliva vrstnikov. Biološke spremembe v adolescenci sprožajo negotovost in anksioznost in pot iz teh stisk mladi pogosto iščejo s pomočjo droge.

Združeni narodi so, zavedajoč se razsežnosti problema, desetletje od leta 1991 do 2000 razglasili za Desetletje boja proti zlorabi drog.

Medicinske sestre po vsem svetu se spopadajo s škodljivimi učinki zlorabe drog ter z z njimi povezanimi telesnimi, duševnimi in socialnimi zapleti. Kot ključne zdravstvene delavke v številnih okoljih, med drugim tudi v skupnosti, šoli in na delovnem mestu, medicinske sestre pri odpravljanju problema zlorabe drog igrajo zelo pomembno vlogo. Pomen te vloge se še poveča, če pomislimo na dejstvo, da zbolewnost za aidsom oziroma okužba z virusom HIV naraščata predvsem med tistimi, ki zlorablajo droge ter si pri tem izmenjujejo injekcijske igle.

Mednarodni svet medicinskih sester skupaj s Svetovno zdravstveno organizacijo poziva pridružene članice, naj združijo svoja prizadevanja za preprečevanje zlorabe drog. V ta namen so leta 1992 pripravili komplet virov in ga razdelili svojim članom.

ICN obnavlja svoja prizadevanja za odpravo zlorabe drog in poziva nacionalna združenja medicinskih sester, naj vplivajo na vlade svojih dežel, na skupnosti in šole, da bodo razširjali informacije o tveganju, ki spremlja zlorabo opojnih snovi.

Poleg tega ICN spodbuja nacionalna združenja medicinskih sester, naj se povežejo z drugimi organizacijami, mladinskimi združenji in svojimi vladami ter skupnostmi ter načrtujejo in izvajajo strategije za boj proti zlorabi drog med mladimi.

### Zakaj se osrediščamo prav na zdravje mladih ljudi

Na svetu živi 1,8 milijarde mladih (med 10. in 24. letom starosti), kar je skoraj 30 % vsega svetovnega prebivalstva, in ti potrebujejo načrtovano vzgojo, zdravstvene dejavnosti in druge službe, ki ustrezajo njihovim značilnostim in posebnim potrebam. Kljub temu pa tisti, ki ustvarjajo politiko in načrtujejo delovanje različnih služb, prav tej skupini posvečajo le malo pozornosti (9).

Urbanizacija, migracija, pogosta potovanja in množični mediji vplivajo na njihovo vedenje, hkrati pa slabi avtoriteta družine. Za mlade ljudi nasploh velja, da so ranljiva skupina, nekateri med njimi pa so zaradi revščine, neizobraženosti, brezposelnosti, zaradi tega, ker nimajo doma, zaradi zlorab in spolne neenakopravnosti še bolj ogroženi.

Vse več mladih ljudi postane spolno aktivnih sredi najstniških let in so torej še posebej izpostavljeni tveganju prezgodnje nosečnosti in spolnih bolezni, vključno z okužbo z virusom HIV. Tveganje je sestavni del odrasčanja, priložnosti za tvegano vedenje (kajenje, zloraba alkohola, neupoštevanje prometnih predpisov) je po vsem sodeč vse več, tako kot stresov, ki spremljajo prehod v odraslost. Med mladimi je tudi vse več neustreznih prehranjenih: v deželah v razvoju je podhranjenost vsakdanja spremljevalka, drugod je lahko posledica načina prehranjevanja, za katerega se mladi človek »odloči sam« in katerega posledice so debelost, bulimija ali anoreksija nervoza.

Od tega, kako se v tem občutljivem obdobju lotevamo potreb in problemov mladih ljudi, sta odvisna njihovo zdravje in blaginja v prihodnosti. Vsaka investicija v zdravstvene in razvojne potrebe mladih je investicija v prihodnost, ki bo njim samim in celotni družbi prinašala dolgoročne obresti.

### Vloga medicinskih sester

Nacionalna združenja medicinskih sester na sploh in posamezne medicinske sestre posebej so odgovorne za promocijo zdravja mladih ljudi in za to, da jim na

nove načine, z novimi tehnikami in pozitivno uporabo medijev pomagajo razjasnjevati določene vrednote. Vloga izobražene in izurjene medicinske sestre ni le preprečevanje bolezni, promocija zdravja in upravljanje na področju zdravstvenih služb, ampak tudi na področju zagovornišтва in svetovanja.

Medicinske sestre morajo prisluhniti potrebam mladih ljudi in vzpostaviti partnerski odnos s skupnostmi, šolami, vzgojitelji, skupinami mladih, nevladnimi organizacijami in drugimi skupinami, ki so povezane z mladimi. Ključnega pomena je vključevanje samih mladih in, kadar je tako ustrezno, tudi njihovih družin.

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

## KAJ MLADE OVIRA NA POTI DO ZDRAVJA

Mladi imajo posebne probleme in posebne zdravstvene potrebe. Vendar pa je le malo zdravstvenih ustanov, ki bi skrbele za te potrebe; zaradi tega seveda zelo malo mladih tam išče pomoč.

### Zdravstvene službe so premalo izkoriščene

Sistemi zdravstva najpogosteje niso »prijazni za mlade ljudi« in so pogosto prezapleteni, odnos pa za mlade prehladen; še huje je, če se mladim odnos osebja do njih zdi obsojajoč in negativen. Od odnosov v družini je odvisno, kje bodo mladi iskali pomoč, predvsem pomoč v zvezi z reproduktivnimi problemi: v lekarni, pri prijateljih ali vrstnikih. Zadrega mladih, da bi se šli zdraviti takoj, ko se pokažejo problemi, je pogosto prevelika; bojijo se tudi stigmatizacije. V deželah, kjer je spolnost tabu, mlada dekleta pogosto ne gredo k zdravniku, ko bi se morala zdraviti.

Zdravstveni delavci, ki mlade zaradi njihovega tveganega vedenja ponižujejo, preprečujejo, da bi v prihodnosti poiskali pomoč v zdravstvenih ustanovah (10). Posledica nejevolje in negativnega odnosa do mladega človeka, ki ju pokažemo zaradi njegovega življenjskega sloga, je izguba zaupanja in nepripravljenost za razkrivanje informacij, ki so za zdravljenje ključnega pomena.

Med razlogi, zakaj mladi ne hodijo v zdravstvene ustanove, so:

- ne čutijo nobene potrebe, da bi sploh šli v zdravstveno ustanovo;
- o zdravstveni službi in uslugah, ki jih nudi, ne vedo ničesar;
- ne vedo, kaj človek potrebuje za sprejem v zdravstveno ustanovo, koliko to stane in kje sploh je;

- zdravstvenim delavcem niso pripravljene razkriti zaupnih informacij;
- bojijo se obsojanja ali kazni;
- zdravljenje je drago;
- vrednote njihove kulture prepovedujejo pogovor o spolnosti in vprašanjih reprodukcije.

### Neustrezna usposobljenost osebja

Nekateri zdravstveni delavci ne prepoznajo potreb mladih ljudi in jim ne znajo na ustrezen način pomagati, ker z njimi ne znajo vzpostaviti stika in komunikacije. Mladi ljudje pogosto preskušajo različne oblike vedenja, ki ga zdravstveni delavci pogosto obsojajo, namesto da bi se o tem pogovorili brez obsojanja.

Zdravstveni delavci se morajo torej izuriti v svetovanju in komunikacijskih veščinah, kar jim pomaga, da znajo prepoznati zdravstvene in druge potrebe mladih ljudi. Sporočila mladim so najučinkovitejša, kadar so predstavljena v nedvoumni in privlačni obliki, z izrazi in v žargonu, ki ga uporabljajo sami in kadar temeljijo na medsebojnem zaupanju in spoštovanju.

Pomembno je, da si zapomnimo, da se pogledi mladih na številna ključna vprašanja razlikujejo od pogledov odraslih – medicinskih sester, učiteljev in staršev, čeprav so njihove vrednote pogosto višje od vrednot njihovih staršev.

#### *Nasprotujoča si stališča*

##### **Stališča odraslih**

###### *HIV/aids*

- moralni problem
- nezaželeno vedenje je mogoče preprečiti z ustrašovanjem
- vzrok je nemoralno vedenje mladih

###### *Alkohol*

- vsakdanja pijača
- nekaj, čemur je človek lahko kos
- obdobje, ki mine

###### *Spolnost*

- z njo je treba začeti čim pozneje

##### **Stališča mladih**

###### *HIV/aids*

- praktični zdravstveni problem
- grožnja brezskrbnosti
- nepravilno, staršem se tega ni bilo treba bati

###### *Alkohol*

- povečuje sproščenost in vznemirjenje
- pomemben del družabnega življenja
- dokazuje, da sem odrasel

###### *Spolnost*

- doživljanje drugačnega poželjenja in občutij

Prirjeno po Commonwealth Youth Programme (1995), *Act on Health: A Youth Handbook*. London: Commonwealth Secretariat, str. 14.

## SPOLNO IN REPRODUKTIVNO ZDRAVJE

Ponekod s spolno vzgojo začnejo že v osnovni šoli, drugod pa mladi nimajo nobenega zanesljivega vira informacij o spolnosti in spolnem razvoju, službe, kot so ambulante za načrtovanje rojstev ali ambulante za spolno prenosljive bolezni, pa so redko posejane ali pa jih sploh ni. Mladi se v takšnem primeru o vprašanih reprodukcije v večini primerov poučijo od vrstnikov, prijateljev in iz sredstev množičnega obveščanja. Zaradi tega je spolnost pogosto zavita v meglo skrivnosti in prepovedanega, to pa so plodna tla za razvoj napačnega razumevanja in predsodkov.

### Spolna vzgoja

Kljub temu, da so predzakonski spolni odnosi vse pogostejši in da to pogosto ogroža zdravje, v številnih deželah še vedno z restriktivno zakonodajo in izobraževalno politiko nasprotujejo uvajanju spolne vzgoje za mlade. Prepričanje, da govorjenje o spolnosti mlade spodbuja k zgodnjim spolnim odnosom, pogosto podpirajo učitelji, starši, verski vodje in celo zdravstveni delavci. Kellog in Stephan pravita: »*Nasprotovanje spolni vzgoji motivirajo strah pred tem, da bi poučenost o teh rečeh spodbujala promiskuitetno vedenje, stari tabuji, povezani z odkritim govorjenjem o spolnosti, ali pa zgolj netolerantnost.*« (26)

Raziskava, ki jo je sponzorirala SZO in je potekala v ZDA, Evropi, Avstraliji, Mehiki in na Tajskem, je pokazala, da programi spolne vzgoje pomagajo mladim, da s spolnostjo začnejo pozneje, če pa so že spolno aktivni, poskrbijo za varno spolno vedenje in imajo manj spolnih partnerjev (20).

Raziskava je tudi pokazala, da so rezultati še boljši, če s spolno vzgojo začnemo, preden mladi postanejo spolno aktivni, in da so programi, ki ponujajo več opcij, učinkovitejši od tistih, ki zagovarjajo edinole spolno abstinenco.

### Za in proti

Kljub koristim, ki jih prinaša spolna vzgoja, je razprava o njej še vedno polna protislovij. Zagovorniki spolne vzgoje poudarjajo, da je mlade treba poučiti o zdravem načinu življenja in jim omogočiti, da izbirajo in se odločajo potem, ko so poučeni. Razprava pa se vrti predvsem okrog naslednjih ključnih vprašanj:

- Ali naj bo spolna vzgoja del šolskega učnega programa?
- Ali naj bodo te ure obvezne ali neobvezne?
- Kakšna naj bo vsebina?
- Kdaj naj s spolno vzgojo začnemo in kako dolgo naj traja?
- Ali naj pouk poteka v mešanih razredih ali je treba učence ločiti po spolu?
- Ali je treba pridobiti privoljenje staršev?

V nekaterih deželah pa je spolna vzgoja še vedno malone povsem zanemarjena ali pa se zanjo sploh ne menijo in tako mladi ostajajo brez prepotrebnih informacij. Celo zdravstveni delavci – ki pogosto ob vsem skupaj sami niso najbolj sproščeni – se pogovoru o spolnosti izogibajo in tako pomagajo ohraniti začarani krog nevednosti.

Ker so kulturne norme v različnih deželah zelo različne, vrednot, verskih prepričanj, obredja in spolne vzgoje ne moremo obravnavati po istem kopitu. V vseh primerih morajo biti programi načrtovani tako, da se upoštevajo kulturne in verske posebnosti različnih skupin prebivalstva in različnih območij v posamezni deželi.

### Zloraba opojnih snovi

Zakaj mladi kadijo in se omamljajo z mamili in drugimi opojnimi snovmi? To vprašanje še vedno vznemirja raziskovalce in druge in veliko teorij je že poskušalo razložiti, zakaj je tako (1).

**Sociološka teorija** pravi, da je zloraba različnih snovi povezana s socialnim okoljem in izkušnjami v njem. Mlad človek, na primer, ki odrašča v okolju, kjer so droge in druge snovi dostopne tako rekoč za vsakim vogalom in jih zlorablja staro in mlado, bo verjetno tudi sam posegel po njih. Omajani medčloveški odnosi v družini – ločitev ali smrt staršev – tudi veljajo za dejavniki tveganja. Tudi drugi vidiki socialnega okolja, kot je na primer spolno zlorabljanje, tudi prispevajo svoje k nastanku odvisnosti.

**Psihološki dejavniki**, kot je na primer samozavest, samopodoba, nesposobnost, da bi se človek uprl pritiskom vrstnikov, šibkost in pomanjkljiv nadzor spodbujajo zlorabo. Pogosto kot vzrok navajajo tudi druge dejavnike, kot so na primer občutek nepremagljivosti, nagnjenost k užitku, radovednost, eksperimentiranje in privlačnost tveganja.

Zagovorniki **biološke teorije** zlorabo drog pripisujejo genetskemu dejavniku in podedovani nagnjenosti k odvisnosti od specifičnih snovi, kot sta na primer tobak in alkohol. Ker so biološki dejavniki predeterminirani, jih je težje odpraviti.

Najboljši pa je tisti pristop, ki odvisnost obravnava holistično in pri tem upošteva vse dejavnike.

### Zlorabljanje snovi

Snovi, ki jih mladi uporabljajo in zlorablajo, je veliko, najpogostejše pa so alkohol, tobak in mamila. Pogosta je zloraba več snovi hkrati.

#### Alkohol

Mladi začnejo piti alkoholne pijače že zelo zgodaj. Vzroki so različni, od slabih medosebnih odnosov doma in v šoli do alkoholizma staršev in pritiska vrstnikov (23, 39).

Vplivni lobiji proizvajalcev alkohola skupaj z mediji vplivajo na mlade, da začenjo piti. Članek, ki je pred nedavnim izšel v *International Herald Tribune* (11.–12. maj 1996) citira izjavo nekoga iz *America Beverage Institute*, ki pravi, da »ni nič narobe, če človek nekaj popije in sede za volan«. Poleg tega tudi podobe športnih idolov in drugih popularnih ljudi na reklamah za alkohol ustvarjajo napačno podobo, da je takšno vedenje imenitno in mlade spodbujajo k pitju.

Alkohol človeka v družbi sprošča, odpravlja zadržke in inhibicije in tako po svoje prispeva k tveganemu vedenju. Pretirano pitje ovira presojo in slabi psihomotorične sposobnosti; posledica tega je pogosto agresivno vedenje, poskusi samomora in nesreče doma in na cesti.

Posledica pitja v mladih letih se pokažejo šele čez čas, takrat pa so okvare zdravja že resne in pogosto ireverzibilne. Ker se prihodnost zdi daleč, mladi pa živijo predvsem v sedanosti, se pogosto za dolgoročne posledice pitja alkohola sploh ne menijo (39).

### Droge

Najpogosteje zlorabljane droge so opiat, heroin, barbiturati, amfetamini, kokain in v zadnjem času ecstasy. Droge si je mogoče injicirati, jih kaditi, uživati v obliki tablet in njuhati. Najškodljivejše posledice so huda odvisnost in zasvojenost, težki zdravstveni problemi, nesreče, predoziranje in tveganje okužb, kot sta na primer okužba z virusom hepatitisa B in HIV prek nečistih injekcijskih igel.

Narkomani so pogosto tudi nagnjeni h kriminalu in destruktivnemu vedenju. Socialna in ekonomska cena drog ne prizadeneta le posameznega uživalca, ampak tudi družino in družbo.

### Tobak

Najpogosteje uporabljana snov po vsem svetu je nedvomno tobak, najpogosteje v obliki cigaret, saj so le-te na voljo povsod. Računajo, da bo tobak v zadnjem desetletju tega tisočletja v 30 % vzrok vseh smrti v razvitem svetu, se pravi najpogostejši vzrok prezgodnje smrti.

Kajenje je tisti vzrok smrti v razvitih deželah, ki se mu je mogoče ogniti. Ogroža človekov imunski sistem, pri kadilcih pa so tudi pogostejše okužbe zgornjih dihal. Skrb vzbuja tudi dejstvo, da začenjajo kaditi vse mlajši ljudje. To je še toliko bolj zaskrbljujoče, saj zgodnji začetek kajenja zvečuje tveganje za prezgodnjo smrt zaradi vzrokov, ki so povezani z njim (43). Kronične zdravstvene težave in smrtnost, povezane s kajenjem, se pokažejo šele 20 do 30 let po začetku. Na splošno velja, da je telesna pripravljenost mladih kadilcev slabša kot pripravljenost njihovih vrstnikov, ki ne kadijo.

Razlogi, zakaj mlad človek začne kaditi, so zelo različni; nekatere pa je mogoče opredeliti (13):

- kadijo starši in prijatelji,
- socialni pritisk, da bi bil »videti odrasel«,
- splošna dostopnost tobačnih izdelkov,
- vplivne oglaševalske kampanje, ki kajenje prikazujejo kot »imenitno« in »v redu« zadevo.

V zadnjih letih še zlasti dekleta začenjajo kaditi vse bolj zgodaj. »Feminizacija kajenja pri mladih« pomeni, da predvsem ženske pridobivajo kadilske navade že zelo zgodaj v življenju. Večina kadilcev začne kaditi pred 19. letom starosti in zaradi odvisnosti od nikotina tudi težko prenehajo (18).

Kadilci pogosteje kot nekadilci pijejo alkoholne pijače in eksperimentirajo z drugimi drogami. Tako je zato, ker tisti dejavnik, ki sproži kajenje, sproži tudi druge oblike zdravju škodljivega vedenja.

Organizacije, ki nastopajo v prid zdravju, kot so na primer nacionalna združenja medicinskih sester, se morajo agresivno postaviti po robu razprostranjenemu oglaševanju tobačnih izdelkov in pri tem uporabiti vso svojo domišljijo za razširjanje informacij med vsemi sloji prebivalcev. Lastnosti, ki so všeč mladim – na primer samostojnost in svoboda – je treba uporabiti za promocijo zdravstvenih sporočil, da je oboje mogoče doseči brez kajenja ali zlorabe kakšnih drugih snovi.

Prepoved oglaševanja tobačnih izdelkov in reklam na televiziji in v kinematografih lahko zmanjša obseg kajenja: pregled omejevanja oglaševanja tobaka v 33 deželah je pokazal, da ...»čim večji je nadzor vlade nad reklamiranjem tobaka, tem večji je letni upad porabe tobaka in odstotek mladih, ki ne začnejo kaditi« (31).

Sporočila v množičnih medijih, povezana s šolskimi in drugim programi, so se pokazala za učinkovita. Nacionalna združenja medicinskih sester se morajo povezati z zdravniškimi, zobozdravniškimi in drugimi združenji in skupaj z njimi podpreti nacionalna prizadevanja za:

- razširjanje zavedanja, da »tobak ubija«, s širjenjem obveščenosti o škodljivih posledicah tobaka v šolah, na delovnem mestu, na javnih mestih, trgovinah, restavracijah, športnih igriščih in zabaviščih,
- za učenje mladih, kako naj se uprejo pritisku vrstnikov in medijev,
- za vključevanje preprečevanja uporabe tobaka v učne programe zdravstvene vzgoje osnovnih in srednjih šol,
- za obeležje in publiciteto 31. maja, »dneva brez tobaka« SZO.

Podpiranje nekadilske kampanje lahko poteka v okviru različnih organizacij, s pomočjo slavnih imen ter verskih vodij in vodij skupnosti.

Nacionalna združenja medicinskih sester morajo tudi lobirati za zvišanje davka na tobak. Dokazi kažejo, da zvišanje cene cigaret ne vpliva na navade »okorelih kadilcev«, zmanjšuje pa število novih (36).

Pomembno je, da se zavedamo, da so kampanje proti kajenju in drogam učinkovite le, če trajajo dlje časa.

*»Nacionalna združenja medicinskih sester naj za-  
prosijo za pomoč svojo vlado, skupnost in šolske  
oblasti in skupaj z njimi obveščajo ljudi o škodljivi-  
vosti zlorabe različnih snovi.«*

*Stališče ICN glede izkoreninjenja zlorabe  
različnih snovi pri mladih, sprejeto leta 1995*

## Zagovorništvo za spremembe zakonov in politike

Zakoni in politika igrajo ključno vlogo pri ustvarjanju okoliščin, ki omogočajo promocijo pozitivnega zdravja mladih. Nacionalni zakoni in politika, ki urejajo področje reproduktivnega in spolnega zdravja, kajenje, alkohol in zloraba drog, nasilje, nesreče in poškodbe opredeljujejo, v kolikšnem obsegu in ali sploh je zdravstvena služba dostopna mladim. Bistvenega pomena torej je, da identificiramo in znova pregledamo politiko, ki bi jo bilo mogoče spremeniti tako, da bi mladi imeli na voljo več bolj zdravih možnosti.

## Polnoletnost

Starost, pri kateri človek postane polnoleten, neposredno odloča o tem, ali mu je določena oblika zdravstvene službe na voljo ali ne. Kljub temu, da je namen postavljanja meje polnoletnosti zaščita, pa mladim hkrati onemogoča dostop do nekaterih služb, zlasti tistih s področja reproduktivnega in spolnega zdravja, spolno prenosljivih boleznih in boleznih odvisnosti, kjer je za zdravljenje potrebno soglasje staršev.

## Najnižja starost za poroko

Spolnost in plodnost adolescentov sta povezani z nekaterimi zdravstvenimi problemi in potrebami. V večini dežel je spodnja starostna meja za zakon 18 let za fante in 16 let za dekleta (28). Vendar pa je v deželah, kjer se zaradi verskih ali kulturnih razlogov odločajo za zgodnje poroke, to zaradi pomanjkanja upravnih mehanizmov težko nadzorovati.

Spodnja starostna meja za sporazumen spolni odnos je pogosto enaka starostni meji za poroko. Spolni odnos z mladimi pod to starostno mejo pogosto legalno velja za »posilstvo«, namen tega pa je preprečevanje izkoriščanja mladih ljudi, še preden so se sposobni sami odgovorno odločati.

## Dostopnost škodljivih snovi

V številnih deželah je mladim dostop do škodljivih snovi, kot sta alkohol in cigarete, onemogočen z zakoni, ki urejajo distribucijo le-teh v avtomatih, oglaševanje in prodajo v trgovinah. Zakoni seveda predvidevajo kazni za kršilce. Prepovedujejo kajenje v šolah in na drugih krajih, kamor zahajajo mladi. Zakonodaja pa je polna lukenj in njeno izvajanje je pogosto težavno.

Podobne kampanje, ki mladim preprečujejo dostop do alkohola, potekajo v številnih deželah. Takšni ukrepi vključujejo zakonodajo, ki uravnava prodajo in distribucijo alkohola in omejuje oglaševanje, namenjeno mladim. Dejansko pa so takšne restrikcije spričo široko razprostranjene rabe alkohola med odraslimi bolj ali manj simboličnega pomena in jih ni mogoče nikomur vsiliti.

## Strategije lobiranja

Znotraj širokega okvira preprečevanja boleznih in poškodb je ključna vloga nacionalnih združenj medicinskih sester lobiranje za zakonodajo in politiko, ki omejujeta tveganja v okolju in osebna tveganja in spodbujajo zdravje. Z lobiranjem si prizadevamo za:

- prepoved oglaševanja tobačnih izdelkov in alkoholnih pijač,
- obvezna zdravstvena opozorila na cigaretnih škaticah,
- povečanje davkov na alkohol in tobak,
- izvajanje zakonov in politike glede vožnje pod vplivom alkohola,
- spodbujanje rabe varnostnih pasov in zaščitne opreme za glavo in telo za motoriste,
- vključevanje izobraževanja o spolnosti in življenjskih veščinah v šole in drugam,
- izboljševanje dostopnosti zdravstvenih uslug v razvojnem obdobju,
- dvig spodnje meje za zakon, še zlasti za dekleta, kjer je le-ta uzakonjena,
- omogočanje lažjega dostopa do služb za reproduktivno zdravje,
- uvajanje nove zakonodaje in izvajanje obstoječe v zvezi s kaznovanjem nasilnežev do žensk in deklic,
- razširjanje informacij o preprečevanju nasilja in zlorab,
- nadzor ali prepoved programov, ki prek množičnih medijev prikazujejo nasilje,
- uvedbo tedna proti nasilju doma in zunaj doma,
- podaljšanje obveznega šolanja, zlasti za dekleta.

## Akcije medicinskih sester v prid zdravja

Pri načrtovanju programov v podporo zdravja in razvoja mladih ljudi je pomembno, da se zavedamo, da na vedenje in stališča mladih vplivajo socialni in ekonomski dejavniki in dejavniki okolja. Splošni pristop mora torej temeljiti na širokem in celovitem razumevanju problemov in se lotevati tako simptomov kot temeljnih vzrokov, ter na pozitivnem odnosu do vedenja mladih. Programi in službe morajo biti na vseh sektorjih dobro koordinirani: vzgoja, zdravje, zaposlitev, socioekonomski razvoj in drugo.

## Suportivno okolje

Za sam začetek je pomembno, da življenjske okoliščine omogočajo telesni, duševni in socialni razvoj.

Mladi ljudje potrebujejo suportivno okolje, ki omogoča uresničevanje človekovih pravic, jim daje priložnost za razvoj njihovih potencialov in podpira zdravo vedenje in življenjski slog. Drugi dejavniki, ki prispevajo k zdravemu razvoju, so: dostopni viri v skupnosti; dostopnost različnih možnosti in služb; politika, ki promovira zdrav način življenja.

V okviru strategije »Zdravje za vse« uporabljamo načela primarnega zdravstvenega varstva, ki vključujejo participacijo, medsektorsko akcijo in uporabo ustrezne tehnologije, kar vse je pomembno za promocijo zdravja mladih ljudi (3), poleg vladne politike in zakonodaje, ki omogoča zmanjševanje tveganja in povečuje število priložnosti. Takšno politiko pa morajo podpirati številni programi za preprečevanje boleznih in promocijo zdravja, če naj bo učinkovita.

Nacionalna združenja medicinskih sester morajo skupaj z vladnimi in nevladnimi telesi načrtovati programe v okviru naroda ali skupnosti, ki promovirajo zdrav način življenja, vnaprej preprečujejo probleme, identificirajo in skrbijo za skupino prebivalcev, ki je še posebej ogrožena, in med boleznijo ali poškodbo skrbijo za zdravljenje in rehabilitacijo.

Na netradicionalne in inovativne načine si prizadevamo, da bi vzpostavili stik s čim več mladimi. Nacionalna združenja medicinskih sester lahko na primer navežejo stike z gledališkimi skupinami, športniki, frizerji in verskimi voditelji v skupnosti, da jim pomagajo razširjati sporočila o zdravem življenju. Obiski mladih v bolnišnicah, kjer se srečajo z obolelimi za aidsom in okuženimi z virusom HIV, so priložnost, da na lastni koži spoznajo in razumejo resnost bolezni.

Programi za mlade so uspešnejši, kadar:

- so mladi vključeni tudi v načrtovanje, uresničevanje in evalvacijo raziskovanja, katerega namen je identifikacija njihovih zdravstvenih potreb, zdravstvena ozaveščenost in oblike vedenja, povezane z zdravjem;
- so mladi vključeni v postavljanje ciljev in oblikovanje strategij za promocijo njihovega zdravja;
- usposablajo »vzgojitelje iz vrst vrstnikov«, ki lažje poiščejo stik z drugimi mladimi;
- kadar mlade vključijo v preprečevanje bolezni in promocijo zdravja, v okviru spolne vzgoje in s svetovanjem o manj tveganih oblikah vedenja;
- podpirajo mladinske organizacije in njihove zdravju namenjene programe v obliki odkritega dialoga in sodelovanja v njihovih dejavnostih;
- kadar poskrbijo za celostne in dostopne službe;
- kadar je na voljo dovolj informativnega gradiva;
- kadar mlade preskrbijo z zadostnim številom individualiziranih služb;
- kadar mlade obravnavajo v okviru družine in skupnosti;
- kadar imajo močno vodstvo;
- kadar na nudenje pomoči gledajo razvojno.

Programi so tudi uspešnejši, kadar temeljijo na zapanju in dogovarjanju in v tem okviru poskrbijo za podporo, ki jo mladi potrebujejo pri iskanju odgovorov na številna vprašanja. Sodelovanje v obliki dialoga, odgovornega vedenja, treninga življenjskih spretnosti, spolne enakosti in medsebojnega spoštovanja pomaga mladim, da tisto, kar se naučijo, tudi udeležijo.

### Pridobivanje podatkov

Uporaba podatkovnih baz je ključnega pomena pri razvoju zdravstvenih služb za mlade in pri postavljanju jasnih in merljivih ciljev intervencij. Potrebno je pridobiti podatke o:

- prepričanosti in stališčih mladih glede splošnih vprašanj in glede različnih služb,
- dostopnosti služb (se pravi ambulant, šolskih ambulant, centrov za odvajanje od mamil, šolskih socialnih delavcev itn.),
- koeficientu samomorilnosti med mladimi, o zlorabi različnih snovi, splavov, spolno prenosljivih in drugih boleznih (tako ugotovimo potrebe po določenih službah),
- umrljivosti in obolevnosti mladih,
- socialnih trendih, spolni aktivnosti itn.

Najpogostejši viri podatkov so vladni uradi za statistiko, ministrstva za mlade, ženske in vzgojo, šole, univerze in druga izobraževalna središča, raziskovalni centri in Internet (če so seveda na voljo sredstva).

### Zdravstvene službe v šolstvu

Prek šol je mogoče vzpostaviti stik z velikim številom ljudi hkrati, vendar marsikje po svetu mladi nimajo možnosti za formalno izobrazbo.

Na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja Svetovna zdravstvena organizacija izvaja program **Zdravje v šoli**, v okviru katerega skušajo mobilizirati vire za neovirano krepitev zdravja v šolah in skupnosti. Ker za zdravstveno službo v šolah v večini primerov skrbijo medicinske sestre, morajo nacionalna združenja medicinskih sester vzpostaviti dialog z načrtovalci zdravstva v posameznih državah in poskrbeti za koordinacijo teh dejavnosti z iniciativami SZO, ki si prizadeva za:

- zdravo šolsko okolje (vključno z vodo in sanitarijami),
- temeljito zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja v okviru šole,
- popolnost šolske zdravstvene službe,
- službe, ki povezujejo šolo s skupnostjo in obratno,
- programe prehrane in oskrbe s hrano,
- telovadbo, rekreacijo in šport,
- svetovanje in socialno podporo ter
- promocijo zdravja za šolsko osebje.

Raven zdravstvene prosvetljenosti je pogosto odvisna od informacij, vzgoje in priložnosti za komunikacijo, ki so dostopne mladim. Zdravstvena prosvetljenost je bistveno pomembna in je tista življenjska večšina, ki posamezniku omogoča, da sam z dejanji in vedenjem vpliva na svoje zdravstveno stanje.

### *Šolski seminarji, ki jih vodijo medicinske sestre*

V Northampshiru v Angliji je Loddon National Health Service Community Trust v skupino za zdravje v šolah na ključna mesta postavila medicinske sestre, poskrbela za dodatno izborazbo na področju otroškega zdravstva in razvoja in občutno okrepila njihovo vlogo. Vodenje programa zdravja v šoli je tako popolnoma prešlo v roke medicinskih sester, poudarek pa je predvsem na zdravstveni vzgoji in promociji zdravja.

Pri doseganju teh ciljev medicinske sestre sodelujejo s starši, izobraževalnimi in drugimi ustanovami. Šolske medicinske sestre svetujejo dijakom, staršem in učiteljem in v z zdravjem povezanih vprašanjih igrajo vodilno vlogo. Takšen pristop je učinkovit za spolno vzgojo, ker dijaki takšne informacije lažje sprejmejo od medicinske sestre kot od učitelja.

Poleg tega tudi svetujejo v zvezi s specifičnimi vprašanji, od enureze, higiene, prehrane in vedenja.

Šolske medicinske sestre se redno sestajajo z učitelji in načrtujejo pouk zdravstvene vzgoje ter poučujejo dijake o kontracepciji, menstruaciji, vprašanjih, povezanih z odraščanjem, in prvi pomoči. Lotevajo se tudi vprašanj, kot sta splav in preprečevanje aidsa in okužbe z virusom HIV (30).

### **Vloga šolskih medicinskih sester**

Šolske medicinske sestre igrajo pomembno vlogo v poučevanju otrok o zdravstvenih vprašanjih. Medicinske sestre naj bi imele glavno vlogo v zdravstvenih programih, pa ne le v šolah, ampak tudi v skupnosti, katere del so tudi družine.

Šolska medicinska sestra Kathy Doyle je v neki skupnosti v Združenih državah Amerike vpeljala večere za starše in otroke, kjer se pogovarjajo o vprašanjih odraščanja. Za zdaj potekajo trikrat letno, v obliki majhnih diskusijskih skupin, kjer se skupaj pogovarjajo starši, otroci, vrstniki in pripadniki skupnosti. Doylova svoj uspeh pripisuje predvsem dobro razviti komunikaciji, ki vključuje sestavke v časopisih, pisma staršem, pogovore z učitelji ter, kadar je v ospredju aidsa oziroma okužba z virusom HIV, tudi HIV pozitivne udeležence.

Pri svojem delu v šolah in ambulantah šolske medicinske sestre odpirajo pomembna vprašanja, kot sta narkomanija in okužba z virusom HIV. Z ustvarjanjem podpornih skupin, s prostovoljnimi delom v hospicijah

ter z delom v lokalnem šolskem odboru medicinske sestre sodelujejo v zdravstveni vzgoji.

V nekaterih deželah so šolske medicinske sestre zaradi hierarhije ali kulturne vzgoje nekoliko preplašene in ne čutijo, da bi bile zares del administrativne strukture in so zaradi tega premalo odločne. Kjer je tako, je treba medicinske sestre spodbujati k večji samozavesti in aktivnosti v okviru šolskih dejavnosti.

Medicinske sestre po vsem svetu morajo še naprej razvijati svoje veščine, znanje in razumevanje zdravstvenih potreb in problemov mladih ter skrbeti za uresničevanje programov, namenjenih promociji zdravja, preprečevanju bolezni in organizaciji ustreznih zdravstvenih služb.

»Vstopnica« za zdravstvene programe, namenjene mladim, je zaupanje in pozitiven pristop, v okviru katerega so mladi odgovorni za svoja dejanja in vedenje ter dejavno sodelujejo v krepitvi svojega lastnega zdravja.

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

Vsaka investicija v zdravje mladih je investicija v prihodnost.

### *Celostne intervencije*

Intervencije, namenjene mladim, morajo biti celostne in morajo upoštevati celo vrsto dejavnikov, ki vplivajo na vedenje mladih. Ti dejavniki vključujejo okolje, specifično individualno vedenje, dejavnike, ki vplivajo nanj in dostopnost ustrezne zdravstvene oskrbe.

#### *Okolje*

- spodbujanje sodelovanja med različnimi sektorji,
- ustvarjanje zdravju naklonjenega okolja v šolah, na delovnem mestu itn.

#### *Individualno vedenje*

- promocija zdravja v okviru šole,
- vloga množičnih medijev pri preoblikovanju oziroma spreminjanju vedenja.

#### *Dejavniki, ki vplivajo na vedenje*

- lobiranje za zdravju naklonjeno politiko,
- lobiranje za spremembe zakonodaje in predpisov (na primer omejitve pri nošenju nevarnega orožja in uporabi alkohola in cigaret).

#### *Zdravstvena služba*

- organizacija zdravstvene službe, ki je prilagojena potrebam in problemom mladih.

### Vodilna načela oblikovanja programov, namenjenih mladim

Nacionalna združenja medicinskih sester zdravje mladih promovirajo s pomočjo programov, ki slonijo na spodnjih načelih:

- Skrb za učinkovito komunikacijo med mladimi ter zanje pomembnimi odraslimi in vrstniki.
- Skrb za suportivno okolje, ki omogoča razvoj avtonomnosti, samospoštovanja in zdravega načina življenja.
- Uporaba pristopov, ki temeljijo na resničnem razumevanju prepričanj mladih in vedenja v določeni omiki.
- Sodelovanje z ljudmi, ki spoštujejo mlade in zares razumejo njihove potrebe ter znajo z njimi učinkovito komunicirati.
- Programi naj se osredičajo na celotni življenjski slog, ne le na posamezne vidike vedenja.
- Spodbujanje medsektorskega sodelovanja v programih v sodelovanju z mladimi, njihovimi družinami, s šolami, sistemi zdravstvenega varstva, z verskimi vodji ter vodji in organizacijami v skupnosti.
- Vključevanje mladih v načrtovanje in izvajanje programov.

*SZO 1993: Health for Young People: A Promise and a Challenge. Ženeva: SZO.*

### Literatura

1. Addiction Research Foundation (1986) *Essential Concepts and Strategies*, Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services, Toronto, Canada.
2. AHRTAG (1994) *AIDS Action*, Issue 25, June–August 1994.
3. Alma-Ata (1978) *Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, Geneva, WHO, Health For All Series, No. 1.
4. Bailin, MA (1991) *Attributes of Successful Programmes for Adolescents: What Works. Proceedings of a Symposium on Strengths and Potentials of Adolescence*, New York, The New York Academy of Medicine, Committee on Public Health.
5. Bourbeau, R (1993) Comparative analysis of violent deaths in the developed countries and in some developing countries, 1985–1989, *World Health Statistics Quarterly*, 46 (1), 4–31.
6. *Canadian Nurse* (1996) Sitting around can be hazardous to child's health, p. 14, vol. 92, no. 7.
7. Commonwealth Medical Association (1995) *Action for Youth Health Report of a Workshop*, Mauritius.
8. Commonwealth Medical Association (1995) *Advocacy for Women's Health News*, vol. 4, London, CMA.
9. Commonwealth Youth Programme (1995) *Youth Health: Analysis and Action*, London, Commonwealth Secretariat.
10. Council of Europe (1982) *Sex Stereotyping in Schools: Educational Research Workshop*, Lisse, Netherlands, Swets & Zeitlinger.
11. Nde Chesnay, M (1989) Child sexual abuse an international health problems, *International Nursing Review*, 36 (5), 149–153.
12. Diekstra, RFE (1990) An International perspective on the epidemiology and prevention of suicide. In: Blumenthal, SK; Kupfer, D (eds), *Suicide Over the Lifecycle*, pp. 533–69, Washington, APA Press.
13. Durston, B; Jambrozik, K (eds) (1990) *Tobacco and Health 1990; The Global War*, Proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health, Perth, Health Department of West. Australia.
14. Engle, PL; Javier, AR (1994) *Workshop on Responsible Fatherhood*, Mexico, December 1993, Washington D.C. International Centre for Research on Women and the Population Council.
15. Farrington, DP (1993) Childhood, adolescent and adult features of violent males. In: Huesmann, LR (ed), *Aggressive Behaviour: Current Perspectives*, New York, Plenum.
16. Food and Agricultural Organization (1995) *Get The Best From Your Food*, Rome, FAO.
17. Gainer, PS; Webster, DW; Champion, HR (1993) A youth violence prevention program, *Archives of Surgery*, 128, pp. 303–308.
18. Graham, H (1989) Women and Smoking in the U.K. The Implications for Health Promotion, *Health Promotion: an International Journal*, 3(4), pp. 371–382.
19. Grant, J (1994) Remarks by Mr. James Grant, Executive Director of the United Nations Children's Fund (UNICEF) Workshop on Youth – Adolescent Futures: Adult Fears. NGO Forum, *International Conference on Population and Development*, Cairo, 8 September 1994.
20. Grunseit; Kippax (1994) *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behaviour*, Geneva, Global Programme on AIDS, WHO.
21. Guinnes, EA (1992) Patterns of mental illness in the early stages of urbanisation, *Brit. J. Psychiatry*, 160 (supplement 16), pp. 4–72.
22. Van Praag, H (1996) In: *Crisis, The Journal of Crisis Intervention* 17(1), p. 43.
23. International Council of Nurses and World Health Organization (1992) *Nurses Responding to Substance Abuse*, Geneva, ICN and WHO.
24. Kabatesi, D (1996) Young people and STDs: A prescription for change, *AIDS Captions*, May 1996, 21–23, Family Health International.
25. Kai Tiaki: *Nursing New Zealand* (1995) Helping to prevent youth suicide, vol. 1, no. 10, p. 9.
26. Kellog, EH; Stephan, J (1978) Legal aspects of sex education, *American Journal of Comparative Law*, 26, p. 573.
27. Laird, M; Syropoulos, M; Black, S (1996) *Aggression and Violence: The Challenge for Detroit Schools*, Lions, Quest International.
28. Lee, LT; Paxman, JM (1975) Pregnancy and abortion in adolescence: A comparative legal survey and proposals for reform, *Columbia Human Rights Law Review*, 6, p. 321.
29. McDowall, D; Loftin, C; Wiersema, B (1992) A comparative study of the preventive effects of mandatory sentencing laws for gun crimes, *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 83, pp. 378–394.
30. Narracott, L; Gatehouse, D; Baird, L (1996) Top of the Class, *Nursing Standard*, 10(22), pp. 25–26.
31. New Zealand Toxic Substances Board (1989) *Health or Tobacco: An End to Tobacco Advertising and Promotion*, Wellington, New Zealand, Department of Health, XXIX.
32. *Pacific AIDS Alert Bulletin* (1996) South Pacific Commission's Publication.
33. Paxman, JM; Zuckerman, RJ (1987) *Laws and Policies Affecting Adolescent Health*, Geneva, WHO.
34. Friedman, SA (1996) World Congress to address sex trade of children, *First Call for Children*, UNICEF Quarterly, March 1996, no. 1, p. 3.
35. Timmermans, D (1996) "Men's role in reproductive health: Family planning is a family affair". *Entre Nous* 32, May 1996, p. 8.
36. Townsend, J (1988) Tobacco price and the smoking epidemic, *Smoke-Free Europe Series*, no. 9, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
37. UNICEF/WHO (1995) *A Picture of Health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*, Geneva, WHO.
38. United Nations (1994) *Report of the International Conference on Population and Development*, Cairo, 5–13 September 1994, paragraph 4.24–4.25, New York, United Nations.
39. World Health Organization (1993) *The Health of Young People: A Challenge and a Promise*, Geneva, WHO.
40. World Health Organization (May 1995) *The World Health Organization's School Health Initiative*, Mimeographed WHO Document, Health Education and Health Promotion Unit (HEP), Division of Health Promotion, Education and Communication (HPR), Geneva, Geneva.
41. World Health Organization, Accident prevention: global medium term programme, *Eighth General Programme of Work Covering the Period 1990–1995*, WHO Doc. APR./MTP/(.1).
42. World Health Organization (1988) Young people's health: a challenge for society, Report of a WHO study group on Young People and Health for All by the Year 2000, *Technical Report Series 731*, Geneva, WHO.
43. World Health Organization (1996) The Adolescent Health and Development Programme, Second Meeting of Interested Parties, 17–18 June 1996, Geneva, WHO.

Povzeto in prevedeno po gradivu ICN  
Dunja Kalčič