

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE –  
PROFESORJA ZDRAVSTVENE VZGOJE  
PRI OBLIKOVANJU STALIŠČ O DROGAH MED  
SLOVENSKIMI OSMOŠOLCI ZDRAVIH IN DRUGIH ŠOL**

**THE ROLE OF BSc NURSES ON EDUCATION CONCERNING THE USE OF DRUGS  
AMONG SLOVENIAN EIGHT-GRADE PUPILS FROM HEALTH PROMOTING  
SCHOOLS AND OTHER SCHOOLS**

*Milica Maslo*

UDK/UDC 616-053.8-083:373

**DESKRIPTORJI:** zdravstvena vzgoja; sestre medicinske; otrok; zdravje, izboljšanje; odnos do zdravja

**DESCRIPTORS:** health education; nurses; child; health promotion; attitude to health

*Izvleček – Članek v teoretičnem delu predstavlja podlage za izvajanje preventivnih zdravstveno-vzgojnih programov. Obravnava dejavnike, ki bi lahko pripomogli k oblikovanju stališč učencev, ki bi vplivala na odklanjanje drog.*

*Članek obravnava stališča do vzgoje in izobraževanja o drogah pri slovenskih osmošolcih iz enajstih zdravih šol in enajstih drugih šol.*

*Ugotovljene so statistično značilne razlike med učenci zdravih šol in učenci drugih šol*

*Abstract – The theoretical part of article presents the basis for the carrying out preventive health and educational programs. It deals with the factors which could contribute to the formation of pupils' views and attitudes which would in turn facilitate the rejection of drugs. This article deals with the views of Slovenian eighth-grade pupils from eleven health promoting schools and eleven other schools on the use of drugs.*

*A statistically significant difference has been found between the pupils from health promoting schools and the pupils from other schools.*

### *Uvod*

V zadnjem času se ob vse večji aktualnosti zlorabe različnih drog pojavljajo med strokovnjaki in v javnosti vprašanja o učinkovitosti preventivnih programov. Poleg tega se nekateri tudi sprašujejo, ali informiranje o drogah in njihovih učinkih nemara ne učinkuje spodbujevalno in izziva radovednost tudi pri tistih otrocih in mladostnikih, ki sicer nikoli ne bi eksperimentirali z njimi? S tem v zvezi bomo v prihodnje morali razčistiti marsikateri dvom.

Številni strokovnjaki verjamejo v učinkovitost vzgoje in izobraževanja otrok in mladine o škodljivosti drog, o čemer pričajo tudi njihove raziskave. (Kim in sod, 1993; Carlson, 1994; Smart in sod, 1993; Baklien, 1993; Gamble, Burgess, 1994) Nekateri trdijo, da je to dvorezen meč, ki lahko v mladih zbuja radovednost za eksperimentiranje z različnimi drogami. Pravijo, da je vsaka informacija o drogah, za katero ni bilo neposrednega vprašanja učencev (ali drugih), lahko prej škodljiva kot koristna. (Teh trditev ni možno podpreti z literaturo, ker pisane besede oziroma raziskav o tem nisem zasledila.)

Res je zelo težko priti do pravih in objektivnih odgovorov v zvezi s tem problemom, vendar pa ni prav, da špekuliramo z nepreverjenimi trditvami.

Učinkovitost zdravstvenovzgojnih prizadevanj za osveščanje, informiranje in vzgojo na področju zlorabe drog je težko objektivno meriti glede na množico drugih vplivov, ki so jim učenci zavestno in podzavestno hkrati izpostavljeni. Vendar je možno preveriti vsaj stališča mladih do informacij, ki jim jih posredujejo strokovni delavci. Na teh in na drugih relevantnih spoznanjih bo možno razvijati strategijo informiranja in vzgoje mladih kot enega izmed elementov v vrsti vseh potrebnih ukrepov za preprečevanje zlorabe drog. Za strategijo preprečevanja zasvojenosti in zdravstveno vzgojo so te ugotovitve nedvomno pomembne.

Medicinske sestre smo v zadnjih desetletjih na področju preprečevanja zlorabe alkohola in drugih drog veliko storile. S ponosom lahko rečemo, da smo v prvih vrstah pri širjenju informacij o škodljivosti drog, pri utrjevanju zdravja posameznika, družine in skupnosti. Morda je naše delo premalo temeljilo na teoretičnih podlagah zdravstvene nege in zdravstvene

vzgoje, zato članek v svojem prvem delu govori ravnoma o tem. V drugem delu so predstavljene nekatere ugotovitve raziskave »Stališča slovenskih osmošolcev zdravih šol in drugih šol do vzgoje in izobraževanja o drogah«. Le-te nam razkrivajo možnosti za delovanje medicinskih sester in profesorjev zdravstvene vzgoje na tem področju. Obenem nas spodbuja, da zaupamo v koristnost svojega dela neodvisno od omejenih možnosti našega delovanja. Moramo se zavedati dejstva, da je uživanje drog pogojeno s številnimi dejavniki, med katerimi so znanje, stališča in vrednote pomembni, vendar ne odločujoči dejavniki.

## Epidemiološki pogled na problematiko uporabe drog

Glede problematike zlorabe drog med mladimi posebno pozornost zaslužijo »uvajalne droge«. Starostna meja eksperimentiranja s tobakom, alkoholom in indijsko konopljo je vse nižja.

Raziskave v svetu kažejo, da mladi že v adolescenci začnejo z uživanjem drog, s poskušanjem laže dostopnih drog pa tudi že prej. Otroci in mladina so obremenjeni predvsem s poizkušanjem alkohola in tobaka, kar je združeno tudi s povečanim uživanjem marihuane. (Krek, Mišigoj-Krek, 1994).

Za pripravo učinkovitih preventivnih programov, s katerimi bi poizkušali doseči zmanjšanje zlorabe tobaka, alkohola in ilegalnih drog, potrebujemo raziskave, ki nam na čimbolj objektivni način odslkavajo dejansko stanje razširjenosti tega pojava med našimi otroki in mladino. V nadaljevanju bodo na kratko predstavljeni podatki, dejstva in nekateri vzroki za nastanek zlorabe različnih snovi, ki povzročajo zasvojenost oziroma odvisnost pri mladostnikih.

### Tobak

Evropska regija SZO je leta 1986 izvedla mednarodno raziskavo o vedenju otrok v zvezi z zdravjem. V raziskavo so bila vključena vprašanja o kajenju tobaka (trenutna raba in pretekle izkušnje).

Raziskavo so izvedli na reprezentativnih vzorcih 11-, 13- in 15-letnikov iz 11 dežel (celotni vzorec je zajel 38270 oseb). Rezultati kažejo, da je bilo med 11-letnimi dečki in deklicami kajenje le redko prisotno v večini v raziskavo vključenih dežel. Vendar pa so se že na tej starostni stopnji pokazale jasne nacionalne in kulturne razlike. Na primer: Izrael in Švedska sta poročali o zelo nizkih deležih kadilcev, medtem ko so Švica, Španija, Madžarska in Avstrija poročale o relativno visokih deležih občasnih kadilcev – predvsem med dečki. 30 % dečkov in 20 % deklic je že poizkusilo kaditi. Do dramatičnega naraščanja povprečne prevalence, je v večini v raziskavo vključenih držav prišlo med 11. in 13. letom (več deklic kot dečkov). Podatki za 15-letnike kažejo še nadaljnje naraščanje kajenja. Kaže se jasno naraščanje dnevnih

kadilcev v primerjavi s tedenskimi in občasnimi. Rezultati raziskave na vzorcu evropskih otrok iz leta 1990 kažejo na manjši delež otrok med 11. in 15. letom, ki je že poizkusil kaditi (25 %). Sicer pa so ostale ugotovitve podobne kot v drugih raziskavah.

Avtorji so poudarili predvsem dve ugotovitvi:

- od 11. leta dalje izrazito narašča število rednih in občnih kadilcev;
- za razliko od prejšnjega desetletja v razširjenosti kajenja obstajajo le majhne razlike med fanti in dekleti. Podatki za Evropo iz leta 1987 za starostno skupino 15–24 let kažejo, da so deleži kajenja v južneevropskih deželah značilno višji kot v ostalih deželah. (Drug prevention in schools, 1991)

Ob koncu sedemdesetih let je v Sloveniji redno kadila približno tretjina srednješolcev in srednješolk.

Raziskava, ki je bila v letu 1992 opravljena na vzorcu 2750 dijakov in dijakinj obalnih srednjih šol, je pokazala, da je tobak že kadilo 60,9 % dijakov in dijakinj. Povprečna starost ob prvi cigareti je bila 13,4 let. Največ jih je prvič kadilo pri petnajstih letih. Vsak dan kadi 25,8 % dijakov in dijakinj, ob posebnih priložnostih 9,8 %, večkrat na mesec 4,8 %. Ob času anketiranja ni kadilo 59,6 % dijakinj in dijakov. (Krek, Mišigoj-Krek, 1994)

### Zakaj so začeli kaditi?

Raziskava mag. Stergarjeve je pokazala, da je dobra tretjina tistih, ki so že kdaj kadili začela iz radovednosti; dobra četrtina zaradi družbe; 18 % po naključju; dobra desetina ne ve, zakaj so začeli kaditi; le 2,7 %, so si prižgali cigareto zato, da bi izgledali bolj odrasli ali da bi se laže uveljavili; približno 4 % pa jih je zapisalo nek drug razlog. Razlogi za začetek kajenja niso statistično značilno povezani s spolom. Večji delež anketiranih srednješolcev, ki ne kadijo, izhaja iz družin, v katerih nobeden od staršev ne kadi. Test hi-kvadrat je pokazal precej močno povezanost med kajenjem in pitjem alkohola med srednješolci.

Vedenje staršev je otrokom za zgled. Zveza med kajenjem staršev anketirancev in kajenjem anketirancev je pozitivna, vendar statistično ne zelo močna. Večji delež anketirancev, ki ne kadijo, izhaja iz družin nekadilcev. (Stergar, 1991)

Zdravstvena vzgoja je nedvomno pomemben dejavnik pri spodbujanju nekajenja, ni pa odločilna za zmanjšanje števila kadilcev. V naši družbi kajenje še vedno velja za normalno in sprejemljivo vedenje.

Reklama za tobačne izdelke močno vpliva na odločitve mladih za kajenje. Množični mediji krepko prispevajo k sprejemanju kajenja kot zaželenega vedenja.

Izsledki raziskav potrjujejo vpliv vrstnikov in prijateljev, ki so kadilci, na pojav kajenja med mladimi. Otrok se uči osnovnih oblik vedenja s posnemanjem odraslih v svojem okolju ali pa z identificiranjem z ljudmi, ki jim zaupa, jih ima rad in jih spoštuje.

Zdravstvena vzgoja ne bo prinesla zelenih rezultatov, vse dokler se ne spremenijo družbene norme in se ne uveljavi družbena norma nekajenja kot boljša, sodobnejša, zdravju prijaznejša in edina sprejemljiva (Horvat, 1994).

### *Alkohol*

Podatki za evropsko skupnost iz leta 1991 navajajo oceno razširjenosti uživanja alkohola pri učencih od 13 do 18 let na najmanj 18 % do največ 80 %. V poprečju ima 50 % učencev ima redne ali občasne izkušnje s pitjem, vključujoč povezanost med količino zaužitega alkohola in starostjo (Drug prevention in schools, 1991).

Ena od slovenskih raziskav iz leta 1991 na reprezentativnem vzorcu slovenskih srednješolcev je dala naslednje rezultate: enkrat mesečno pije alkoholne pijače 20,4 % anketiranih; enkrat tedensko 15,3 %, več kot enkrat tedensko 6,4 % in vsak dan 2,3 % anketiranih. Težave zaradi pitja alkoholnih pijač predvsem doma ali v šoli je že imelo 16,6 % anketiranih. Primerjava odgovorov prvih in tretjih letnikov kaže na izrazit razvoj pivskih navad v tem obdobju. (Nolimal, 1991) Raziskava na prej omenjenem vzorcu obalnih srednješolcev je pokazala, da je 80,4 % vseh učencev poizkusilo alkohol. Povprečna starost ob prvem zaužitju alkohola je bila 12,9 let. Največ jih je alkohol zaužilo pri 14 letih. Vsak dan pije alkohol 4,7 %, večkrat na mesec 21 % in ob posebnih priložnostih 48,9 %. Alkoholnih pijač ne pije 25,3 % srednješolcev (Krek, Mišigoj-Krek, 1994).

### **Zakaj mladi začnejo piti?**

Mnogi strokovnjaki pripisujejo velik pomen vplivu družine na razvoj neustreznega vedenja v odnosu do alkohola (Tomori, 1994; Weill, LeBourhis, 1994; Lavš, 1994).

Možnost, da otrok iz družine alkoholika tudi sam postane alkoholik, se giblje od 50–80 %. Novejše študije kažejo, da imajo otroci alkoholikov dvakrat večjo možnost, da se pri njih razvije alkoholizem kot otroci nealkoholikov. Nekateri študije kažejo, da ima alkoholizem najslabši vpliv na otroka med šestim in sedmim letom starosti, nato pa v pozni adolescenci. (Sabolički, 1992). Nedvomno pa ostaja tudi dejstvo, da so kulturni vzorci glede uživanja alkohola v določeni družbi temeljni dejavnik, ki prispeva k razvoju pivskih navad mladostnikov. Vrstniške skupine so zagotovo tiste, katerih pritiska marsikateri mladostnik ne zdrži.

### *Ilegalne droge*

Po ugotovitvah evropskih raziskovalcev je uporaba kanabisa in hlapljivih snovi rahlo višja med 15-letniki kakor pri 17-letnikih. Te snovi so značilne za to

obdobje adolescence in uporaba se po nekem določenem času zmanjša. Za razliko od kajenja in pitja alkohola teže zasledimo redno uporabo drugih drog pred 15. letom. Izjema so inhalanti (hlapljive snovi), ki jih zlorablajo že mlajši od 10 let, medtem ko se starejši zanje ne zanimajo (Plomp, 1991).

Prej omenjeni podatki evropske skupnosti iz leta 1991 kažejo, da 0,5 % do 10 % mladih med 15. in 18. letom uporablja »sniff-substances«, kokain 0,3 % do 4,6 %, kanabis 3,11 % do 31,4 %. Droge intravenozno uporablja 1 % šolske mladine, kar po mnenju strokovnjakov ni veliko. Nemčija navaja 1,6 % šolarjev izmed 60 – 80000 rednih uživalcev, ki so v porastu in med katerimi so vse številnejši tudi šolarji (Drug prevention in schools, 1991).

Raziskava, ki je zajela 800 osmošolcev in sedmošolcev v Ljubljani, je pokazala, da je v šolskem letu 1990/91 8 % sedmošolcev in 15 % osmošolcev že poizkusilo ali občasno posegalo po kanabisu. Raziskava opozarja tudi na prisotnost heroina in kokaina v osnovnošolskih klopeh. Tudi število uživalcev mehkih drog narašča in predstavlja 20 % celotne šolske populacije (Nolimal, 1991).

Ocenjujemo, da je v Sloveniji najmanj 1500 zasvojenih s »trdimi« drogami (0,08 % populacije RS). V skupini devetih evropskih držav, s katerimi je narejena primerjava, Slovenija deli 4. mesto z Nemčijo. Število zasvojenih narašča: od leta 1991, ko jih je bilo približno tisoč, na 1500 v letu 1993. Bolj pesimistične ocene pravijo, da je odvisnikov od trdih drog 3750. Število smrti, neposredno povezanih z drogami, je v nenehnem porastu, od 1 v letu 1985 do 9 v letu 1992. (Polajner, Brišar-Slana, 1993)

Iz raziskave o pogostosti uživanja nekaterih drog med obalnimi srednješolci je razvidno, da je kanabis uživalo 21,3 % učencev in učenk. Ob prvem kajenju so bili povprečno stari 15,4 leta. Največ jih je prvič kadilo kanabis pri 15 letih. Večina jih je to storila na zabavah. Od 586 učencev, ki kadijo, vsak dan kadi 26 (5 %), vsak teden 54, večkrat na mesec 70 in ob posebnih priložnostih 312 učencev.

LSD je uživalo 3,5 % učencev. Povprečna starost je bila 15,6 let. Največ jih je pričelo med 15. in 17. letom. Najpogosteje ga uživajo ob posebnih priložnostih (2 %). Vsak dan ga uživajo štirje anketiranci (0,1 %). Najpogosteje ga prvič zaužijejo na zabavah.

Heroin sta poizkusila 2 % anketiranih. Povprečna starost ob prvem zaužitju je bila 15,2 leti. Prvi vrh prvega uživanja heroina je v 14. letu pri prehodu iz osnovne v srednjo šolo in drugi vrh pri 17 letih, proti koncu srednje šole. Heroin vsak dan uživa 0,2 % anketirancev, 0,8 % pa ga uživa tu in tam. Večina ga je prvič zaužila na zabavi, sledi šola, drugod in doma. Kokain je zaužilo 2,6 % anketiranih. Ob prvi uporabi so bili povprečno stari 15,7 let. Nekateri so to menda storili pri 10 letih, vendar jih je večina kokain prvič zaužila pri 17 letih, in sicer 0,6 %. Najpogosteje so to prvič storili na zabavi (Krek, Mišigoj-Krek, 1994).

Pri eksperimentiranju z ilegalnimi drogami izstopajo dejstva, da mladi to počnejo najpogosteje v družbi, na zabavah, in sicer kasneje, kot pričnejo eksperimentirati z legalnimi drogami. Moramo ugotoviti, da premalo izkoriščamo podatke iz raziskav, ki nam jasno govorijo, kdaj mladi pričnejo z uživanjem drog. Vsi preventivni programi bi morali biti naravnani in usmerjeni predvsem v obdobje pred prvimi poizkusi uživanja.

### **Teoretične podlage za delovanje medicinske sestre in profesorice zdravstvene vzgoje v preventivnih programih za preprečevanje uporabe drog**

Veliko škodo delamo, ko na področju preprečevanja zlorabe različnih drog pogosto ravnamo intuitivno (nekaj je le treba narediti proti tej »pandemiji«) ali zato, ker je nekdo naročil, naj opravljamo svoje delo zdravstvenega vzgojitelja.

Neuspešnost preventivnih programov pogosto izhaja iz dejstva, da slonijo le na »utemeljenih predpostavkah« in intuiciji in ne na empiričnih in znanstveno-teoretičnih temeljih (Werch, Di Clemente, 1994). Presoja in odločitve morajo sloneti na trdnih dejstvih, ki nujno zahtevajo racionalno in načrtno delo za učinkovito rešitev.

Načela procesa zdravstvene nege medicinskim sestram in profesorjem zdravstvene vzgoje nudijo možnost, da se profesionalno, logično, utemeljeno, racionalno in načrtno lotijo reševanja te problematike pri posameznikih, skupinah in širši družbeni skupnosti. Zato je potrebno dobro poznavanje problematike ciljne populacije, oblik, metod in tehnik pedagoškega dela za učinkovit vpliv na osvajanje novih znanj, stališč in veščin ter kontinuirano raziskovalno delo in vrednotenje dosežkov preventivnih programov.

Zdravstvena nega kot profesija že od svojega nastanka do danes človeka obravnava v vseh obdobjih življenja ter v različnih stanjih zdravja. Potemtakem je tudi zdrav mladostnik subjekt, na katerega ta profesija usmerja svoje preventivne dejavnosti.

Preventivnemu zdravstvenovzgojnemu delu se lepo prilegajo sledeče definicije:

»Zdravstvena nega je diagnosticiranje in tretiranje reakcij na obstoječe in možne zdravstvene probleme (American nurses asociation - ANA)« (Fučkar, 1992).

»Zdravstvena nega je dejavnost, pri kateri nekdo uporabi moč in znanje, zato da pomaga in je v oporo nekemu, ki potrebuje pomoč v zvezi z nekaterimi vidiki zdravja« (Stevens, 1984).

Teorije zdravstvene nege razlagajo njeno vsebino, dejavnike, načela ter njihove medsebojne odnose. Vsak izmed nas ima določeno predstavo o tem, kaj je zdravstvena nega, vendar ne moremo reči, da imamo svojo teorijo. Ta izraz uporabimo samo za tista tolmačenja, ki so urejena po nekem sistemu in preverjena v raziskavah (Fučkar, 1992).

Ko med teorijami poizkušamo poiskati ustrezen pristop za naš obravnavani problem, lahko ugotovimo, da so teorije, ki jih najdemo v dostopni literaturi, (čeprav jih avtorji deklarirajo kot uporabne na vseh področjih) za področje primarne preventive odvisnosti oziroma zasvojenosti nekoliko težje razumljive in uporabne. Če pa se poglobimo v same vzroke nastanka problema in si obstoječe teorije ogledamo v luči naših razmer, jih je možno prenesti tudi v prakso. Zato je potrebno temeljito razumevanje problematike in poznavanje ciljne populacije ter okolja, v katerem otroci in mladina živijo. Iz vseh razpoložljivih spoznanj o vzrokih in okoliščinah za eksperimentiranje z različnimi drogami ugotovimo, da je odraščajoča mladina nenehno izpostavljena pritiskom vrstnikov, šole, okolja, ekonomske propagande ter legalne in ilegalne ponudbe različnih drog. To predstavlja odprt sistem, fiziološko in psihosocialno celoto, ki je v nenehni komunikaciji in interakciji z neposrednim in širšim okoljem.

### **Uporabnost »modela zdravstvenega varstva« B. Neuman**

Betty Neuman v svojem »modelu zdravstvenega varstva« prikaže posameznika kot odprt sistem, ki ga ponazarja sistem koncentričnih krogov. Bistvo njenega modela je v odgovoru posameznika in družine na stres (stresorje definira kot vse tiste dejavnike pritiska, ki so možni rušitelji bio-psiho-socialnega ravnovesja). Komponente, ki sestavljajo model, so: klient, okolje, zdravje in zdravstvena nega.

Njen sistemski model predstavlja odprt sistem, v katerem je nega predvsem ukrep v možni ali dejanski stresni situaciji. Odnos okolja in klienta pri komunikaciji in izmenjavi energije je lahko pozitiven ali negativen, kar je odvisno od obeh, od tega pa uspešnost preventivnega dela na katerikoli ravni. V vsakem sistemu obstaja težnja k ohranjanju ravnotežja in upiranju negativnim vplivom. Sistemski model Neumanove odkriva sile in stresorje, ki imajo lahko pozitiven ali negativen učinek. Obe reakciji lahko predvidimo z ustreznim pravočasnim ukrepanjem.

Za ustrezno ukrepanje moramo vedeti, kakšno »proti-stresno zaščito« ima posameznik oziroma skupina. Predstavljajmo si naše učence kot skupino posameznikov, v kateri ima vsak izmed njih osnovno strukturo in energijo (prirojeno in pridobljeno). Obdaja jo več krožnic, ki predstavljajo linije odpora proti stresu. Neposredno ob jedru je temeljna linija odpora, naslednja, ki jo obdaja, je normalna linija odpora in čisto na koncu, v stiku z zunanostjo in drugimi sistemi je prožna (fleksibilna) linija odpora.

Ta zunanja, prožna linija ščiti pred potencialno nestabilnostjo in jo tvorijo fiziološki, psihološki, sociokulturni, razvojni in duhovni dejavniki. Za ohranjanje te zunanje zaščitne linije odpora proti stresorjem iz okolja, ki pripeljejo mladostnika do eksperimen-

mentiranja z drogami, izvajamo intervencije primarne preventive, ki zmanjšajo moč vpliva stresorjev in okrepijo prožno linijo odpora z novoosvojenim znanjem, izoblikovanimi stališči in socialnimi veščinami.

V raziskavah in praksi smo prišli do spoznanja, da so mladi v starosti od desetega do petnajstega leta najbolj izpostavljeni pritisku okolja. Prožno linijo odpora je treba okrepiti že pred tem obdobjem. Če smo to priložnost zamudili, se stresorji približujejo jedru in ogrožajo normalno linijo odpora ter se prebijajo k temeljni liniji odpora, kjer že nastopi potreba po sekundarni preventivi, saj mladostnik že eksperimentira ali uživa droge. V tem primeru je pomembno pravočasno odkrivanje primera in zdravljenje. Če zamudimo tudi to priložnost, stresorji, ki se z zapletanjem življenjske in zdravstvene situacije množijo, napadejo osnovno strukturo in je mladostnik odvisen oziroma zasvojen z drogo. V tej fazi je potrebna readaptacija, preventivna reedukacija in ohranitev stabilnosti.

Model lahko podkrepimo tudi z modelom Mc MOS (multi-component motivational stages), ki predstavlja teoretični okvir preventivnih strategij, katerih cilj je vpliv na stališča in vedenje. Temelji na identifikaciji stadija, v katerem se klient nahaja, in temu prilagaja raven preventivnih ukrepov. Pomembno je, ali je mladostnik v fazi, ko sploh ne namerava uživati drog, jih morda že uporablja ali celo že razmišlja o tem, da bi z uživanjem prenehal. Na teh dejstvih temelji odločitev o primarnih ali sekundarnih preventivnih ukrepih (Werch, Di Clemente, 1994).

Kadar zaščita oziroma fenomen raztegljivosti prožne linije odpora ne zadoščata več za ohranjanje stabilnosti v odnosu do stresorjev iz okolja, le-ti vdrejo skozi normalno linijo odpora. Medsebojni odnosi dejavnikov, fizioloških, psiholoških, sociokulturnih, razvojnih in duhovnih, določajo naravo in stopnjo možne reakcije sistema na stresorje. (Neuman, 1989)

Reakcija na pritiske oziroma stres iz okolja je neposredno povezana tudi z življenjem v družini in šoli. »Najpomembnejše usmeritve za vedenje v stresu se zastavijo že v družini. V njem se kažejo mnoga osnovna in prvotna navodila, ki jih je otrok dobival o sebi in o svetu od rojstva dalje. Ker s stresi ni nikomur prizanešeno, je tako pomembno, da se otrok že zgodaj uči optimalnega obvladovanja stresa. Dejaven odnos do življenja, do razvijanja svojih potencialov, občutje, da sami odločamo o sebi in da smo najpomembnejši kreatorji svoje usode ob sposobnosti realne ocene objektivnih možnosti – vse to je pomemben del preprečevanja škodljivih navad, zatekanja v bolezen, nevarnega tolaženja z nadomestki vseh vrst in psihosomatskih dekompenzacij.« (Tomori, 1993)

Ta dolg dobesedni citat je bil potreben v podkrepitev teorije o linijah odpora, ki se razvijajo od spočetja naprej in so odvisne od tistega, kar je prirojeno, in tistega, kar je družini, šoli in okolju pridobljeno (pri-

vzgojeno). Pri tem je seveda najbolj pomembna tista prva prožna linija obrambe, na katero poskušamo vplivati tudi z vzgojo in izobraževanjem. Za to delo mora biti medicinska sestra oziroma profesor zdravstvene vzgoje ustrezno strokovno usposobljen (Grant, Hodgson, 1991). Poznati mora vzgojne metode, s katerimi krepimo odpornost mladih na neugodne pritiske, mladim mora biti naklonjena in jih mora razumeti.

### **Moč in meje zdravstvene vzgoje in izobraževanja kot sestavnega dela celostne zdravstvene vzgoje**

Na zaščitne psihološke, sociokulturne in duhovne dejavnike, na katerih temeljijo nagnjenja, stališča, prepričanja in vrednote, lahko vplivamo z vzgojnimi prijemi. Le-te moramo poznati in obvladati v praksi.

Povsem jasno je, da na pojav zlorabe drog v dobi odrasčanja vpliva množica dejavnikov, tako notranjih, psiholoških in vedenjskih kakor tudi vzgojnih (družina, vrtec, šola, okolje), družbenih, ekonomskih ter drugih. Razen šolski in družinski vzgoji so otroci in mladostniki izpostavljeni tudi nekontroliranim vplivom, ki jih prinašata neurejeno življenje in slabi zgledi iz okolja. (Vukasović, 1991)

Uspešnost in moč vzgoje je tem večja, čim bolj je vzgojno delo psihološko utemeljeno, znanstveno in načrtovano. Vsekakor je treba z njo začeti pravočasno. Raziskave so pokazale, da so vzgojni vplivi najmočnejši v zgodnjih letih, vendar je temu potrebno dodati, da je za razumevanje dejstev, povezanih na primer s problemi uporabe drog, potrebno ujeti pravi trenutek.

Če poznamo procese pridobivanja navad, ki se začnejo že zelo zgodaj, lahko vplivamo na njihov razvoj v pozitivni smeri.

So določena obdobja, ki so ugodnejša za uvajanje zdravih navad in jim rečemo »trenutki učljivosti« (Polič, 1992).

Te trenutke je treba ujeti, česar pa se ne da storiti kampanjsko. Le z načrtnim spremljanjem interesov otroka skozi razvoj ter njegove občutljivosti na določene probleme je možno iti v korak s trenutki učljivosti. V zgodnjih letih je prav gotovo pomemben zgled staršev in pomembnih drugih, medtem ko je za oblikovanje stališč in osvajanje vrednot potrebno razumevanje in ponotranjanje naučenega. Vzgoja je torej zelo kompleksen proces oblikovanja in razvijanja posameznika, ki vodi k razvoju človekovega značaja in osebnostnih lastnosti, pridobljenih skozi življenjske situacije od rojstva naprej.

### *Vpliv stališč na vedenje*

Zdravstveni vzgojitelji se pogosto srečujejo z domnevnim neuspehom na področju preprečevanja uporabe drog. Ta občutek je podkrepjen tudi s številkami

iz raziskav o razširjenosti uporabe drog med mladostniki. Vse to jemlje optimizem in voljo do dela ter slabo prepriča financiranje preventivnih programov v uspešnost slednjih.

Zdravje je vrednota, do katere mora imeti posameznik izoblikovano stališče. (V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je stališče definirano kot nekaj, »kar določa kriterij za presojanje česa.«.) Za to ne zadošča intuitivno, spontano spoznanje. Da bi znal zdravje ustrezno vrednotiti, mora biti deležen izobraževanja o njem. Samo izobraževanje in vzgoja, ki se prepletata, lahko pripeljeta do transformacije spoznanj (kognitivna sfera) v stališča, prepričanja in oblike vedenja skozi proces vrednotenja sveta (afektivna sfera). To je aktiven dinamičen proces, ki poteka od rojstva naprej, vse življenje.

Različne droge so del naše kulture in vsakdanjega življenja, otroci živijo in odraščajo z njimi in z odnosom družine, staršev in družbe do njih. Vzgoja za zdravje kot vrednoto, ki ne vključuje droge, je močan izziv, vendar se je potrebno vseskozi zavedati njene dejanske moči in meja. Zavedati se moramo dejstva, da je razen zdravstvenovzgojnim vplivom in pritiskom otrok izpostavljen tudi vplivom neposrednega družinskega, šolskega in družbenega socializacijskega okolja ter nenazadnje nosi v sebi določene dedne in prirojene dispozicije. Vedenje je torej samo funkcija vseh teh dejavnikov in je popolnoma nerealno zanašati se samo na vzgojno-izobraževalne intervencije kot nosilce sprememb v vedenju. (Musek, 1993)

### *Zdravstvena vzgoja kot del celostne vzgoje v zdravi šoli*

Zdravstvena vzgoja bi zaradi pomena področja življenja, ki ga obravnava, morala biti v sklopu celostne vzgoje veliko bolj prisotna in načrtna. Morala bi temeljiti na znanstvenih ugotovitvah pedagoško-didaktične in zdravstvene prakse ter biti izpeljana v skladu z njimi in izdelanimi modeli dela. Slednje lahko z znanstveno-raziskovalnim delom in izkušnjami dograjujemo in izboljšujemo.

Predvsem je pomembno razumeti področje in namen delovanja zdravstvene vzgoje in jo kot takšno integrirati v formalni in skriti učni načrt zdrave šole, torej v celostno vzgojo.

Health promotion glossary (Don Nutbeam, 1986) zdravstveno vzgojo opredeljuje kot termin, ki označuje **zavestno konstruirane možnosti učenja, ki so oblikovane z namenom, da olajšajo spremembe vedenja v smeri vnaprej določenega cilja.**

Gre za vzgojne dejavnosti, ki vključujejo določeno obliko komunikacije z namenom izboljšanja znanja, razvoja razumevanja in veščin, ki so povezane z zdravjem.

Sicer zdravstveno vzgojo definirajo kot dejavnost, ki se nanaša na povečanje pozitivnega zdravja in preprečevanje oziroma zmanjševanje negativnega

zdravja posameznikov in skupin skozi vplivanje na prepričanja, stališča in obnašanje tistih z močjo in družbe kot celote (Klajnsček, 1991).

Ustanova, s katero se izvajalci zdravstvene vzgoje najintenzivneje povezujejo, je vsekakor šola, v kateri najlaže izvajamo organizirane dejavnosti primarne preventive.

Na osnovi vseh spoznanj o mehanizmih, ki privedejo do eksperimentiranja z drogami, lahko zaključimo, da ima šola kot pomemben socializacijski dejavnik, ki v obdobju odraščanja zajema skoraj vso mlado populacijo, izredno pomembno mesto pri preprečevanju uživanja drog ter pri usmeritvi v zdrav način življenja. Zdravstveni vzgojitelji morajo znati izkoristiti ta vpliv kot prispevek k moči zdravstvene vzgoje. Zdrava šola skupaj z zdravim okoljem, usposobljenostjo strokovnih kadrov (učiteljev in zdravstvenih sodelavcev) in njihovo pripravljenostjo, da z znanjem in zgledom sodelujejo pri vzgoji za zdravo življenje brez drog, lahko neprecenljivo prispeva k doseganju tega cilja. Da bi zdrava šola spodbujala k zdravlju in odvrčala učence od uživanja drog, mora biti vse njeno življenje med poukom in izven pouka (pedagogika prostega časa) usmerjeno k temu cilju. To lahko dosega z vključevanjem zdravstvene vzgoje (ki si je želijo tudi učenci) v formalni učni načrt, z ustrezno naravnostjo skritega učnega načrta (odnosi, vrednote, stališča), s primerno urejenostjo šole in okolice (v šoli se ne kadi, v bližini ni prodajaln tobaka in alkohola) ter ustrezno in učinkovito povezanostjo z družino, lokalno skupnostjo, šolsko zdravstveno službo in službo za zdravstveno vzgojo.

### *Pomen zdravstvene vzgoje v šoli*

Pomen zdravstvene vzgoje v šoli izvira predvsem iz naslednjih dejstev:

- šola je okolje, ki vpliva in prispeva k ustvarjanju zdravega življenjskega sloga;
- ima pomembno vlogo v učenju procesov odločanja (raziskave, skupinsko delo) in pridobivanja sposobnosti reševanja problemov, ki so povezani tudi z zdravjem;
- obdobje šolanja je najprimernejši čas za učenje in pridobivanje znanja in veščin za ohranjanje in negovanje zdravja, glede na to, da je to čas oblikovanja otrokove celostne osebnosti v družbi vrstnikov (na primer medosebni odnosi med vrstniki in spolna vzgoja, eksperimentiranje s tobakom, alkoholom in drugimi snovmi, ki povzročajo odvisnost).

Zdravstvena vzgoja mora postati dolžnost vsakega učitelja, ki je za to strokovno pripravljen in osebno opredeljen. Zdravstvena vzgoja ne more in ne sme ostati izključno v domeni zdravstvenih strokovnjakov, ki sicer sodelujejo v zdravstveno-vzgojnem timu in s svojim znanjem pomagajo učiteljem.

**Vsak učitelj – zdravstveni vzgojitelj – bi v svojem vzgojnem delu moral:**

- poznati dejavnike tveganja, ki ogrožajo zdravje šolarja, s posebnim poudarkom na dovzetnosti šolarjev za eksperimentiranje z drogami v času pubertete in adolescence;
- svoje delo in vedenje utemeljiti na pozitivnem odnosu do zdravja, kar bo učencem dober zgled;
- učenja o zdravju ne vsiljevati, temveč ga izpeljati v skladu z učenčevimi interesi, potrebami in problemi;
- pri delu uporabljati tehnike učenja, ki učence aktivirajo;
- razen z učenci sodelovati tudi z drugimi učitelji, starši in lokalnimi zdravstvenimi strokovnjaki (posebej s službo za zdravstveno vzgojo).

Vključevanje strokovno usposobljenega zdravstvenega osebja za vzgojo in za zdravljenje ter nego šolske mladine v zdravstvenovzgojni tim zdrave šole je še posebej pomembno. Timsko delo, ki ga izvajajo učitelji in zdravstveno osebje, je tudi vir vzajemnega oblikovanja s skupnim ciljem »za zdravje vzgojen šolar«. Tim skupaj ugotavlja potrebe in metodologijo programiranja in izvajanja zdravstvene vzgoje in izobraževanja ter posameznih intervencij. Na voljo so mnogi pristopi in za vsak problem posebej je potrebno določiti najprimernejšega. Tega bo lažje določil tim strokovnjakov kot en sam učitelj ali zdravstveni delavec. Pri tem se bodo najpogosteje odločali za metode dela, ki vključujejo dvosmerno komunikacijo, v kateri ima učenec možnost izražati svoja mnenja, stališča in predloge. Tako bo vzgojitelj takoj spoznal dejanska stališča in ugotovil odziv na zdravstvenovzgojna sporočila.

**Značilnosti zdrave šole**

V svetu se že dalj časa ukvarjajo z ustvarjanjem preventivnih programov, ki tvorijo bistven element vzgojno-izobraževalnih programov in skritih učnih načrtov »zdravih šol – health promoting schools«. Zdrava šola je priložnost za vzgojo mladih, ki naj bi znali zdravo živeti in ne posegati po drogah. Tudi naša država se je 31. marca 1993. pridružila projektu, ki ga je Svetovna zdravstvena organizacija spočela v Burleyu (V. Britanija) leta 1984, ko so bili prisotni predstavniki 15 evropskih dežel. Rojen je bil leta 1986 v kraju Peebles (V. Britanija) – navzoči so bili predstavniki 27 dežel. Od takrat dalje se uporablja ime »Health promoting school« = »Zdrava šola«.

V projekt je vključenih 11 osnovnih in 1 srednja šola iz Slovenije. Pri vzpostavitvi evropske mreže zdravih šol so sodelovale Svetovna zdravstvena organizacija, Evropska skupnost in Evropski svet.

**Glavne poteze zdrave šole so tri:**

- šolski formalni učni načrt zdravstvene vzgoje;
- »skrit učni načrt« šole, ki vključuje dobre medosebne odnose v šoli, učitelje – zglede, primerno naravno okolje šole, zdravo šolsko prehrano, šolsko zdravstveno službo itd.;
- povezave med šolo in skupnostjo, v kateri je šola, vključno s partnersko vlogo staršev. (Stergar, 1993)

Taka opredelitev zdrave šole v povezavi s pravočasno preventivo poprej opisanih odvisnosti oziroma zasvojenosti je odlična podlaga za sistematično, kontinuirano, interdisciplinarno delo vseh strokovnjakov, ki v projektu sodelujejo.

Metode dela z mladimi morajo biti takšne, ki jih aktivirajo in spodbujajo k razmišljanju o teh problematikah in možnih poteh reševanja.

**Raziskovanje kot temelj za načrtovanje zdravstvenovzgojnih programov**

Raziskovanje dejavnikov, ki sodelujejo pri nastanku zlorabe različnih drog, je ena temeljnih dejavnosti za načrtovanje učinkovitih zdravstvenovzgojnih programov.

V nadaljevanju bodo predstavljene nekatere ugotovitve raziskave (diplomskega dela), »Stališča slovenskih osmošolcev do vzgoje in izobraževanja o drogah«. To so ugotovitve, ki govorijo o pomembnem prispevku medicinskih sester na tem področju, ko se jim ponudi priložnost za sodelovanje s šolami. Zdrave šole so očitno dober primer, da je to možno doseči.

*Opredelitev problema*

Pomemben problem je, v kateri starosti učenci dobivajo informacije o drogah, ker na osnovi podatkov lahko presodimo, ali so informacije prišle pravočasno ali prepozno (po obdobju, ki je kritično za eksperimentiranje).

Poleg tega je zanimivo vprašanje, ali učenci zdravih šol pogosteje dobivajo organizirane informacije kot učenci drugih šol, ter kakšne oblike pouka prevladujejo. Na temelju teh podatkov lahko presodimo, ali na šolah uporabljajo oblike in metode dela, ki obetajo večjo učinkovitost. S tem se povezuje tudi vprašanje, kdo učence vzgaja in izobražuje ter s kom se najpogosteje pogovarjajo o drogah. Kako pogosto so medicinske sestre tiste, ki nudijo informacije o drogah.

Ključni raziskovalni problem je vprašanje, ali učenci verjamejo posredovanim informacijam o drogah. Odvisno od tega se v njih sprožijo odzivi, ki privedejo do spoznanja o škodljivosti drog in odklonilnega stališča do le-teh.

## Material in metode

Za raziskavo je bil izbran reprezentativen sistematičen naključni vzorec osmošolcev iz 11 zdravih šol (250 učenk in učencev). Za primerjavo in preverjanje domnev je izbran slučajni vzorec 11 drugih slovenskih šol (250 učenk in učencev). Primerjalni vzorec drugih šol ni reprezentativen in dobljenih podatkov ni možno posploševati na vse slovenske osmošolce.

Kriteriji, po katerih so druge šole bile izbrane v vzorec, so bili:

- da sodijo v isto občino kot zdrava šola oziroma geografsko najbližjo občino;
- da imajo približno enako skupno število učencev in oddelkov osmih razredov kot v zdravih šolah.

Raziskovalni instrument je vprašalnik, sestavljen iz 30 vprašanj, ki ga je izdelala avtorica diplomskega dela. Sestavljen je iz treh sklopov vprašanj.

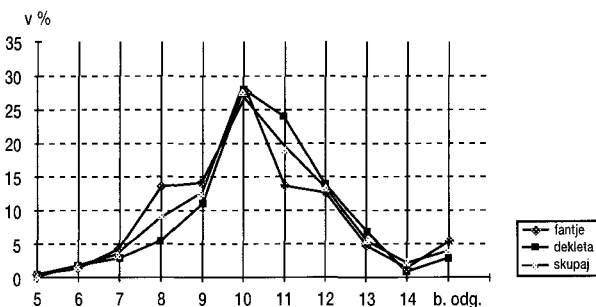
Podatki so bili zbrani s pomočjo opisanega vprašalnika v marcu in prvi polovici aprila 1995 na 22 izbranih slovenskih šolah.

Anketiranje je bilo anonimno. Učenci so po končanem odgovarjanju na vprašanja, po navodilih v uvodu vprašalnika, le-tega vložili v priložene kuverte in jih zalepili. Podatki iz vprašalnika niso bili dostopni učiteljem, ki so anketiranje izvajali.

## Rezultati

Povprečna starost vseh anketirancev ob prvih prejetih informacijah o drogah je bila 10,2 leta, najnižja starost je bila 5 let in najvišja starost je bila 14 let. Fantje so bili povprečno stari 10 let, najmanj 5 let in največ 14 let. Dekleta so bila povprečno stara 10,3 leta, najmanj 5 in največ 14 let (sl. 1).

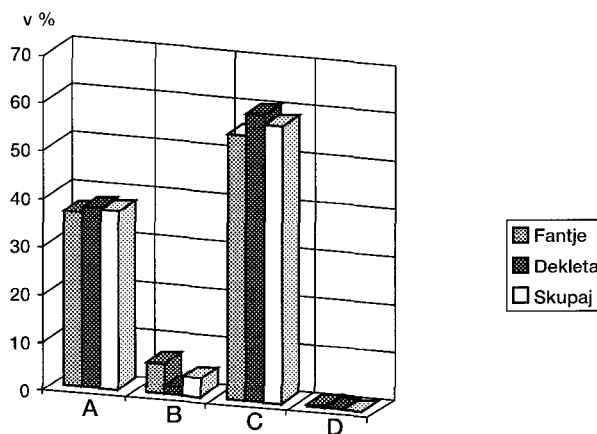
Veliko anketirancev je imelo težave pri odgovarjanju na to vprašanje, ker niso vedeli ali se prav spominjajo.



Sl. 1. Starost ob prvih informacijah.

Na vprašanje, če so jim bile informacije razumljive, so fantje najpogosteje odgovorili, da so jim bile delno razumljive (56,3 %), sledijo jim tisti, ki so jim bile razumljive (36,7 %), in na koncu so tisti, ki jim niso bile razumljive (6,5 %).

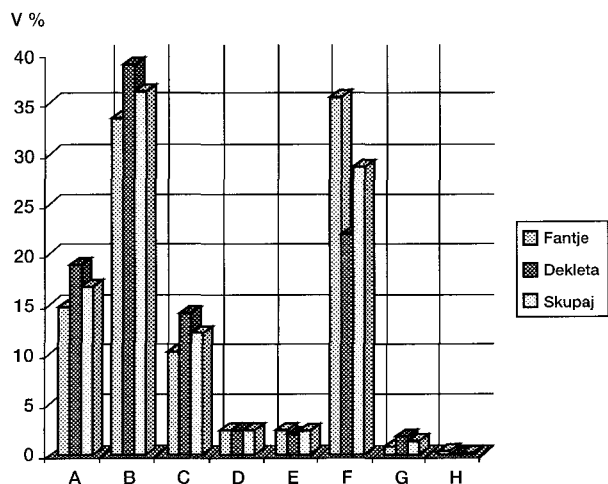
Dekleta so najpogosteje odgovorila, da so jim informacije bile delno razumljive (60,2 %), naslednjim 37,8 % so bile razumljive in 2 % niso bile razumljive (sl. 2).



Sl. 2. Razumljivost prvih informacij. A – da, B – ne, C – delno, D – brez odgovora.

Fantje so najpogosteje informirani iz časopisov in s televizije (35,5 %), zatem od staršev (33, %), učiteljev (14,7 %), prijateljev (10,2 %), zdravstvenih delavcev in uporabnikov drog (po 2,4 %). Zaporedje odgovorov se ujema z odgovori na prvo vprašanje.

Dekleta najpogosteje dobijo informacije od staršev (39 %), zatem iz časopisov in s televizije (22,1 %), od učiteljev (18,9 %), od prijateljev (14,1 %), zdravstvenih delavcev (2,4 %) in nazadnje od uporabnikov drog (2 %) (sl. 3).



Sl. 3. Vir (oseba) prvih informacij. A – učitelji, B – starši, C – prijatelji, D – zdravstveni delavci, E – uporabniki drog, F – časopisi, RTV, G – drugi, H – brez odgovora.

Test za preverjanje razlik deležev je pokazal, da fantje statistično značilno pogosteje dobijo prve informacije o drogah iz časopisov in televizije.

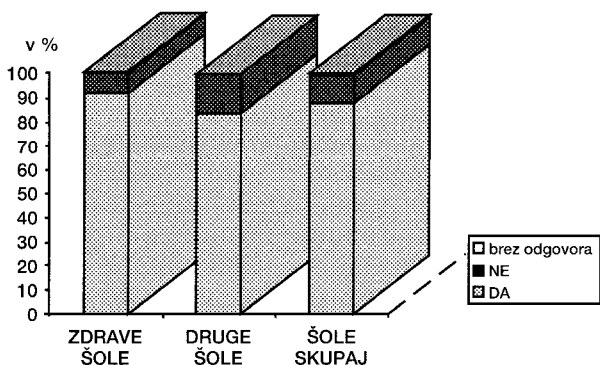
Na vprašanje, ali so se v tem šolskem letu seznanili z namensko organiziranimi informacijami o drogah od učiteljev ali drugih strokovnjakov, so učenci zdra-



vih šol odgovorili pritrldilno v 92,3 %. Negativno je odgovorilo 6,5 % učencev.

Učenci drugih šol so pritrldilno odgovorili v 82,9 %, negativno pa v 16,7 % (sl. 4).

Statistična analiza (Hi-kvadrat test pri 5 % stopnji značilnosti) je pokazala statistično značilno povezanost zdrave šole in organiziranih oblik pouka o drogah, vendar ta povezanost ni zelo močna. Statistična analiza je pokazala, da je delež učencev zdravih šol, ki so dobili organizirane informacije o drogah statistično značilno večji od deleža učencev drugih šol.



Sl. 4. Seznajenost z namensko organiziranimi informacijami o drogah.

Na vprašanje, na kakšen način so ti bile informacije podane, je bilo možnih več odgovorov. Učenci zdravih šol so odgovorili kot sledi:

Največ jih je dobilo informacije v obliki predavanja celotnemu razredu (72,2 %), zatem v obliki projektnega učnega dela (16,5 %), na tretjem mestu je pisna oblika (13,7 %), sledi delo v mali skupini (8,9 %), v sklopu naravoslovnega dne (6,9 %) in na koncu na drugi način (5,2 %), kar pomeni, da so izdelovali plakate, gledali filme oziroma dobili informacije ob sistematskih pregledih.

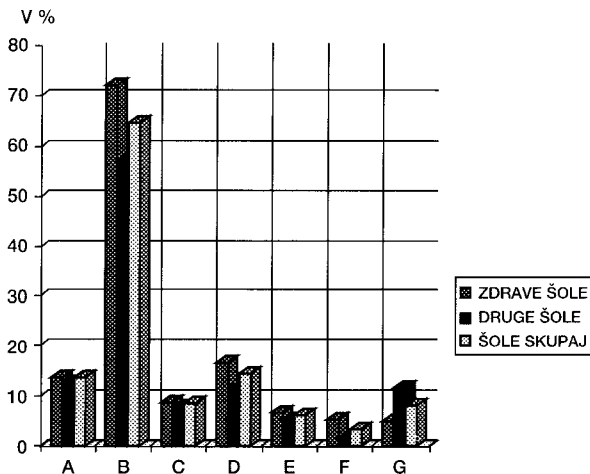
Učenci drugih šol najpogosteje dobijo informacije v obliki predavanja celotnemu razredu (57,3 %), sledijo pisne informacije (13,4 %), na tretjem mestu je projektno učno delo (12,6 %), sledi delo v mali skupini (8,1 %), v sklopu naravoslovnega dne (5,3 %) in na koncu na druge načine (sl. 5).

Pri obeh skupinah šol je najpogostejša oblika vzgoje in izobraževanja predavanje celotnemu razredu. Zdrave šole so pri vseh oblikah za nekaj odstotkov nad drugimi šolami.

Test za preverjanje razlik deležev je pokazal, da je delež učencev zdravih šol, ki so bili deležni predavanja o drogah celotnemu razredu, statistično značilno večji od deleža učencev drugih šol, ki so informacije dobili na isti način.

Na vprašanje, kdo jim je v tem šolskem letu posredoval informacije o drogah, je bilo možnih več odgovorov.

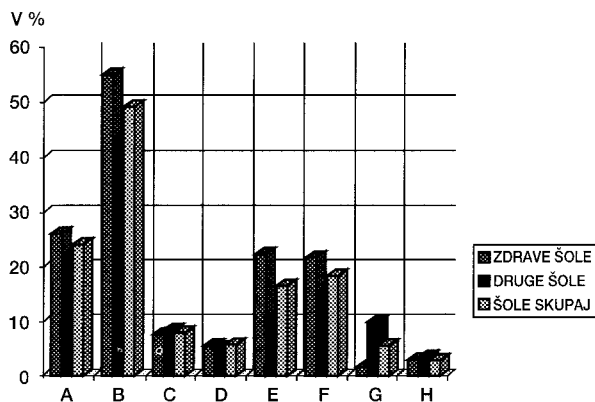
Učencem zdravih šol so informacije najpogosteje posredovali učitelji (55,2 %), sledijo jim psihologi



Sl. 5. Način posredovanja informacij. A – pismo (zloženke, knjige, letaki); B – predavanje celotnemu razredu; C – v skupini do 15 učencev; D – kot tema projektnega učnega dela; E – v sklopu naravoslovnega dne; F – na drugi način; G – brez odgovora.

(25,8 %), na tretjem mestu so medicinske sestre (22,2 %), tem sledijo socialni delavci (21,4 %), šolski zdravnik (7,7 %), drugi zdravniki (5,6 %) in drugi (1,6 %).

Učencem drugih šol so informacije najpogosteje posredovali učitelji (43,5 %), sledijo jim psihologi (22 %), na tretjem mestu so socialni delavci (15,4 %), tem sledijo medicinske sestre (11 %), drugi (9,8 %), šolski zdravnik (8,5 %) in drugi zdravniki (5,3 %) (sl. 6).



Sl. 6. Vir v tem šolskem letu posredovanih informacij o drogah. A – psiholog; B – učitelj; C – šolski zdravnik; D – drugi zdravniki; E – medicinska sestra; F – socialni delavec; G – drugi; H – brez odgovora.

Pri izbiri odgovora »drugi« so učenci najpogosteje vpisali straše, filme, policiste, brata ali sestro in duhovnika.

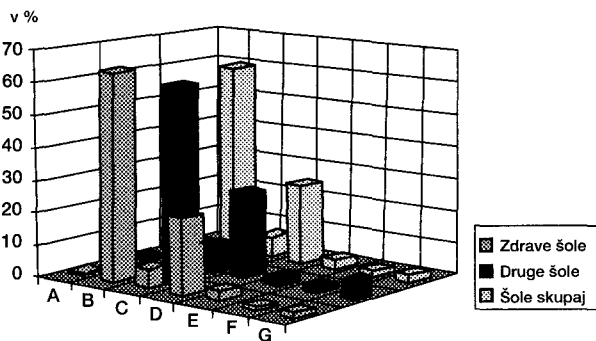
Pri zdravih šolah je delež učiteljev, psihologov, socialnih delavcev in medicinskih sester nekoliko višji kot pri drugih šolah. Pri zdravih šolah je delež medicinskih sester dvakrat večji kot pri drugih šolah.

Test za preverjanje razlik deležev je pokazal, da je delež učencev zdravih šol, ki so jim v tekočem šol-

skem letu informacije o drogah posredovali učitelji in medicinske sestre, statistično značilno večji od deleža učencev drugih šol, ki so jim informacije o drogah posredovali enaki strokovnjaki.

Namen ključnega raziskovalnega vprašanja je zvedeti od učencev, kaj informacije o drogah v njih najbolj izzovejo. Anketiranci so morali izbrati samo en odgovor.

Pri učencih zdravih šol informacije o drogah najbolj izzovejo zavest o tem, da so to škodljive in nevarne snovi (64,1 %; druge šole 56,9), na drugem mestu je delež tistih v katerih izzovejo strah pred učinki drog in odvisnostjo (23,4 %; druge šole 26,4 %), na tretjem mestu se pri anketirancih pojavi misel na nekega kadilca ali odvisnika od alkohola ali ilegalnih drog (6 %; druge šole 8,1 %). Sledijo jim tisti v katerih izzove radovednost, da bi jih poizkusil zato, da preveri, ali je res, kar pripovedujejo o njih (3,6 %; druge šole 2 %). Misel, da jih samo strašijo, se je pojavila pri 0,8 % anketirancev iz zdravih šol in pri 0,4 % anketirancev iz drugih šol. Druge reakcije oziroma misli so se pojavile pri 1,2 % anketirancev iz zdravih šol in pri 4,9 % anketirancev drugih šol (sl. 7).



Sl. 7. Prevladujoče reakcije in informacije o drogah. A – misel, da nas samo strašijo in da ni tako hudo; B – zavest o tem, da so škodljive in nevarne snovi, ki niso zame; C – misel na nekega alkoholika in kadilca ali odvisnika od ilegalnih drog; D – strah pred njenimi učinki in možnostjo nastanka odvisnosti; E – radovednost, da bi jih poskusil, da preverim, ali je res, kar pripovedujejo o njih; F – drugo (napisi, kaj...); G – brez odgovora.

Test za preverjanje domnev v zvezi z deleži je pokazal, da je delež učencev, ki verjamejo informacijam učiteljev o drogah, statistično značilno večji od deleža, ki jim ne verjame. Test za preverjanje razlik deležev pri tem ni pokazal statistično značilnih razlik med deleži učencev zdravih šol in drugih šol, ki verjamejo informacijam o drogah.

Statistična analiza (hi-kvadrat test pri 5 % stopnji značilnosti) je pokazal, da nobena izmed reakcij na informacije ni povezana z obiskovanjem pouka v zdravi šoli.

Pri enaki stopnji značilnosti je pokazal, da reakcija na informacije o drogah ni povezana niti s spolom.

## Diskusija

Raziskava o stališčih slovenskih osmošolcev zdravih šol in drugih šol do vzgoje in izobraževanja o drogah ni primerljiva z nobeno raziskavo v Sloveniji na isto temo. Posamezne rezultate je možno le delno in posredno primerjati z rezultati evropskih in ameriških raziskav, saj so dejavniki, ki so pri tem odločilni, specifično povezani s celostnimi razmerami vsakega sociokulturnega področja.

Raziskava je pokazala, da dekleta pogosteje od fantov dobivajo informacije o drogah doma, fantje pa iz časopisov in s televizije.

Vir znanja o drogah je potrebno poznati za vse skupine populacije zaradi ustrežnejše in bolj usmerjene priprave preventivnih programov.

Starost fantov in deklet je ob prvih informacijah praktično enaka (10 let).

Glede na ugotovljene potrebe po vzgoji in izobraževanju pred prvimi eksperimentiranjem z drogami, kot sta tobak in alkohol, so prve informacije dokaj pozne. Poleg tega so jih učenci večinoma le delno razumeli in so samo dobri tretjini fantov in deklet bile razumljive. Z ozirom na njihova odklonilna stališča do drog to lahko pomeni, da v tej starosti zadosti razumejo in sprejemajo informacije o škodljivosti drog. Čeprav jim niso popolnoma jasne, so oblikovali stališče, da je to nekaj škodljivega. Rezultati raziskave so tudi pokazali, da se dekleta pogosteje kot fantje pogovarjajo o drogah.

Najpogostejša oblika posredovanja informacij je predavanje celotnemu razredu. Glede potrebe, da bi učenci aktivno sodelovali pri pouku, je ta oblika dela le delno ustrezna. Iz rezultatov raziskave je možno sklepati, da je kljub temu učinkovita, predvsem pri vplivu na znanje in stališča.

Učenci so bili, brez razlik po skupinah šol, v večjem deležu zadovoljni z vsebino, razumljivostjo, načinom posredovanja in strokovnjakom, ki je informacije posredoval.

To govori v prid dejstvu, da so učenci v tem obdobju zainteresirani za informacije o drogah in se zadovoljijo tudi z oblikami pouka, v katerih ne morejo v zadostni meri aktivno sodelovati. Te ugotovitve bi lahko bile v spodbudo pripravljalcem in izvajalcem programov, ki bi lahko začeli pripravljati programe, ki učence aktivneje vključujejo in so zagotovo bolj učinkoviti.

Večji delež učencev verjame informacijam o škodljivosti drog. Najpogostejša reakcija tako pri fantih kot pri dekletih je zavest o škodljivosti drog. Vendar sta ta zavest in strah pred učinki drog bolj značilna za dekleta kot za fante. Pri fantih se pogosteje kot pri dekletih pojavita radovednost in misel, da jih samo strašijo, vendar te razlike niso velike. Zaradi bojazni pred drogami dekleta redkeje kot fantje poskušajo ilegalne droge. Ob teh dejstvih se seveda pojavi vprašanje, zakaj potem toliko učencev eksperimentira z

drogami. Vendar, kot je že prej povedano, je pot od znanja in odklonilnega stališča do ustreznega vedenja (odklanjanja drog) dolga. Če alkohol povsod dobijo brez težav ne glede na dejstvo, da so mladoletni, ni mogoče pričakovati, da bosta vzgoja in izobraževanje imeli odločilni vpliv (Maslo, Krek, 1994).

V raziskavi so ugotovljene nekatere razlike v stališčih učencev zdravih šol v primerjavi s tistimi z ostalih šol. Čeprav so se slovenske šole v projekt zdravih šol vključile pred slabima dvema letoma, nekateri podatki govorijo o tem, da se nekoliko že čutijo vplivi večje dozornosti teh šol za zdravje in probleme povezane z uživanjem drog. Čeprav so razlike med skupinami šol glede pouka o škodljivosti drog minimalne, ne smemo prezreti dejstva, da je v tako kratkem času le prišlo do premika.

Raziskava je pokazala, da je večji delež učencev zdravih šol kot drugih šol izjavil, da so v tekočem šolskem letu imeli pouk o drogah. O tem govori tudi podatek, da so v zdravih šolah imeli statistično značilno več predavanj celotnemu razredu in tudi nekoliko več drugih oblik pouka o drogah.

Učencem zdravih šol so statistično značilno pogostejše predavali učitelji, psihologi, socialni delavci in medicinske sestre kot enaki strokovnjaki na drugih šolah. Zdrava šola je priložnost za dejavnejše vključevanje medicinskih sester in profesorjev zdravstvene vzgoje v zdravstvenovzgojne programe v zvezi z drogami. Fantje in dekleta iz zdravih šol so se statistično značilno več pogovarjali z učitelji, psihologi, socialnimi delavci in starši o drogah.

To lahko pomeni, da so jim učitelji na voljo za pogovor o tej problematiki. Glede na to, da so bili nekateri učitelji in delavci šolskih svetovalnih služb deležni izobraževanja o tej problematiki, so verjetno bolj dozorni za pogovor. Ker so tudi učenci temu primerno osveščeni, se verjetno zato pogostejše pogovarjajo s starši.

Tako učenci zdravih kot drugih šol zaupajo informacijam o drogah, kar v njih izzove zavest o njihovi škodljivosti in pospeši oblikovanje odklonilnega stališča do drog. V zelo majhnem deležu izziva radovednost, da bi droge tudi sami poskusili, in misel, da učitelji pretiravajo v dokazovanju škodljivosti drog.

Splošni vtis o razlikah med zdravimi in drugimi šolami, ki temelji na podatkih, pridobljenih z raziskavo, kaže na naslednje:

- poučenost o drogah glede njihove škodljivosti je med učenci zdravih šol nekoliko višja kot med njihovimi vrstniki iz drugih šol;
- poučenost se kaže predvsem v različnih stališčih, povezanih z znanjem o drogah, ker znanje ni bilo objektivno merjeno;
- neodvisno od nekoliko večje poučenosti in pogostejšega dojetanja, da sta alkohol in tobak drogi, se te razlike ne kažejo tudi v odklonilnem vedenju do teh drog.

Vsa ugotovljena dejstva v zvezi z znanjem, stališči in vedenjem anketiranih slovenskih osmošolcev temeljijo izključno na izjavah učencev in jih je potrebno temu ustrezno razumeti. Nadaljnje raziskave naj bi pokazale, ali so preventivni programi in izvajalci letih uspešni, ne samo glede izboljšanja znanja in oblikovanja ter spreminjanja stališč, temveč tudi glede izbire zdravega vedenja in odklanjanja drog. Statistike iz vzorca zdravih šol je možno posplošiti na populacijo osmošolcev zdravih šol, vendar statistike celotne raziskave ni možno posplošiti na vse osmošolce slovenskih šol. Glede na neznatne razlike med zdravimi in drugimi šolami bi podobne rezultate verjetno dobili tudi na večjem vzorcu.

## Sklep

Ugotovljene razlike med zdravimi šolami in drugimi šolami vlivajo nekaj optimizma in zaupanja v moč zdravstvene vzgoje. Čeprav so učitelji zdravih šol šele začeli posvečati večjo pozornost poučevanju o drogah, so že opazni učinki njihovega dela. Že na začetku projekta so se vanj dejavno vključile tudi medicinske sestre. Potreben je določen čas, da zavest o pomenu usklajenosti besed in dejanj prodre v zdrave šole in domove učencev zdravih šol. Pri tem je potrebna potrpežljivost oblikovalcev in izvajalcev preventivnih programov. Proces oblikovanja in spreminjanja stališč do drog je zahteven in preden se učinki prizadevanja učiteljev zdravih šol in njihovih zunanjih sodelavcev pokažejo na splošnem vzdušju in bolj zdravih komunikacijah v šoli, je potreben čas.

Znanje in odklonilno stališče, ki ga pri učencih lahko dosežemo z izvajanjem preventivnih programov v zdravih šolah, ne zagotavljata ustrezne odločitve glede odklanjanja drog, ker je za to potrebna tudi ustrezna motivacija. Zato bi bilo potrebno oblikovati programe, s katerimi bi nanjo lahko vplivali. Trendi, ki so se pokazali v tako kratkem času (od vstopa šol v projekt Zdravih šol), obetajo uspeh.

## Literatura

1. Baklien B. Two step drug education in Norway. *J. Drug education* 1993; 23 (2): 171–82.
2. Carlson KA. Identifying the outcomes of prevention: results of a longitudinal study in a small city school district. *J. Drug Education* 1994; 24 (3): 193–206.
3. Drug prevention in schools. Documentacion of european conference. Lubeck, 7.–20. oktober, 1991: 24–36, 51–8.
4. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Biblioteka udžbenici i priručnici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, 1992: 26–32.
5. Gamble RJ, Burgess S. The D'Youville college campus school: alcohol collaboration or how to provide alcohol awareness at the elementary school level. *J. Drug Education* 1994; 24(4): 363–8.
6. Grant M, Hodgson R. Responding to drug and alcohol problems in the community: a manual for primary health care workers, with guidelines for trainers. Geneva: World health organization, 1991: 29–42.
7. Horvat T, Belovič B. Preprečevanje kajenja med učenci srednjih šol v Murski Soboti. *Zdrav Var* 1994; 33: Suppl 1: 105–11.

8. Klajnšček C. Zdravstvena vzgoja v srednjih šolah – elementi kritike. *Zdrav Var* 1991; 30: 239–40.
  9. Krek M, Mišigoj-Krek, Maslo M, Orbanič V, Merljak I. Pogostost uživanja nekaterih drog med mladimi. *Zdrav Var* 1994; 33: Suppl 1: 289–301.
  10. Maslo M, Krek M. Vzgoja mladostnika za zdravo življenje v prostem času. *Zdrav Var* 1994; 33: Suppl 1: 257–69.
  11. Musek J. Osebnost in vrednote. 1. izd. Ljubljana: Educy, 1993: 238–43.
  12. Neuman B. The Neuman systems model. Norwolk, USA: Appleton and Lange, 1989; 10–48.
  13. Noliml D. Preprečevanje zlorabe alkohola, tobaka in drugih drog v Sloveniji danes. *Zdr Var* 1991; 30: 287–91.
  14. Plomp HN, Kuipers H, Van Oers ML. Smoking, alcohol consumption and the use of drugs by schoolchildren from the age of 10; results of the fourth dutch national youth health care survey in 1988/1989. VU university press Amsterdam, 1991: 1–29.
  15. Polajner B, Brišar-Slana Ž. Problematika zasvojenosti z ilegalnimi drogami v Sloveniji. *Zdrav Var* 1993; 32: 227–32.
  16. Polič M. Dejavnik spreminjanja in ohranjanja (ne)zdravih življenjskih navad. *Zdrav Var* 1993; 32: Suppl 2: 25–32.
  17. Smart RG, Adlaf EM, Walsh GW. Declining drug use in relation to increased drug education: a trend study 1979–1991. *J. Drug Education* 1993; 23 (2): 125–32.
  18. Stergar E. Evropska mreža zdravih šol.V: Pedagoški rokovnik. Nova Gorica, 1993: 52–6.
  19. Stergar E. Razširjenost kajenja med slovenskimi srednješolci. *Zdrav Var* 1991; 30: 67–71.
  20. Stevens J.B. Nursing theory. Boston: Little, Brown and company, 1984: 7–8.
  21. Tomori M. Vpliv družine na zdrav način življenja. *Zdrav Var* 1993; 32: Suppl 2: 58–61
  22. Vukasović A. Pedagogija. Zagreb: Zagreb Samobor, 1991: 325–36.
  23. Werch CE, DiClemente CC. A multi component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research* 1994; 9 (1): 37–46.
-