

Zdravlje i rizici po zdravlje djece školske dobi - što o tome znamo i uspijevamo li pomoći

(Health and Health Risks in school age children – what we know and are we managing to help them)

Marina Kuzman, Ivana Pavić Šimetin, Iva Pejnović Fraelić

Služba za školsku medicinu i prevenciju ovisnosti
Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Djeca i mladi smatraju se često najzdravijim dijelom populacije, koji ne zahtijeva posebnu zdravstvenu skrb – više ne boluju od potencijalno teških bolesti dojenačke dobi i ranog djetinjstva, a još nisu počeli razvijati kronične bolesti pogubne za srednju i stariju dob. No upravo je razdoblje intenzivnog rasta i sazrijevanja kritično i rizično ne samo zbog izravnih rizika po zdravlje već zbog neizravnih mogućih utjecaja mladalačkih potencijalno štetnih navika i neopreznih ponašanja. Počeci tjelesnih promjena početka puberteta opažaju se u djevojčica oko 10-12 godine, u dječaka godinu-dvije kasnije. Od početaka pubertetskih promjena do fizičke, psihičke i socijalne zrelosti proteći će dugačkih 8-10 godina, tijekom kojih djeca i mladi imaju pravo na specifičnu skrb usmjerenu upravo na zahjeve i probleme proizašle iz dramatičnih promjena kroz koje prolaze.

U adolescenciji bi se moralo zbiti biološko sazrijevanje, oblikovanje ličnosti, usvajanje spolnog identiteta, izgrađivanje i usvajanje moralnih i etičkih vrijednosti, razvijanje osobnih stavova i načela, postizanje emocionalnog osamostaljivanja od roditelja, izgrađivanje zrelijih odnosa s vršnjacima, postizanje socijalno odgovornog ponašanja, priprava za ekonomsku samostalnost, brak i roditeljstvo. Stoga se danas djeca i mladi susreću s problemima i zahtjevima koji se razlikuju od onih zbog kojih su nekada osnivane posebne službe koje su se skrebile o učenicima. Zdravstvene službe, roditelji, škola, obitelji i zajednica danas se suočavaju s kroničnim bolestima, rizičnim ponašanjima i poremećajima u ponašanju, nepravilnim prehranbenim navikama i premećajima hranjenja, tjelesnom (ne)aktivnošću, problemima učenja, školovanja, zapošljavanja, poremećajima mentalnog zdravlja, rizičnim seksualnim ponašanjima, zanemarivanjem i zlostavljanjem djece i mladih, pitanjima sigurnosti i ozljeda kao i s djecom i mladima s posebnim potrebama.

Sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Planu i programu mjera zdravstvene zaštite, zdravstvena zaštita školske djece (učenika osnovnih i srednjih škola) i studenata organizirana je na sljedeći način:

- kurativnu zdravstvenu zaštitu (zaštitu u bolesti) pruža izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite - obiteljski liječnik ili pedijatar, prema izboru pacijenta odnosno njegovih roditelja
- preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu pružaju timovi školske i sveučilišne medicine (u daljnjem tekstu timovi školske medicine) prema školi odnosno fakultetu kojeg učenik/student polazi

Školska je medicina od 1998. godine dio županijskih zavoda za javno zdravstvo. Jedan tim u sastavu 1 specijalist školske medicine i 1 medicinska sestra više ili srednje stručne sprema prema normativu HZZO skrbe za oko 5.000 djece osnovnih i srednjih škola. U službama je u školskoj godini 2005/2006. bilo ugovoreno 157 timova, od toga 118 specijalista školske medicine, 18 liječnika na specijalizaciji, 21 liječnik opće medicine. Prosječan broj učenika i studenata na jedan tim je 4.299, ali je raspon velik – od 6.387 u Virovitičko-podravskoj do 3.014 u Ličko-senjskoj županiji.

Aktivnosti se sukladno Programu mjera zdravstvene zaštite školske djece, dijele na nekoliko osnovnih područja: klasične mjere preventivne zdravstvene zaštite koje obuhvaćaju provedbu obveznih cijepjenja, sistematske te sve ostale preventivne preglede; zdravstveni odgoj i provođenje programa promicanja zdravlja; savjetovani rad i rad sa djecom s posebnim potrebama; epidemiološke i aktivnosti u vezi sa zaštitom okoliša.

Zdravstvena zaštita djece i mladih školske dobi treba zadovoljavati nekoliko uvjeta:

- Zaštita treba biti raspoloživa i dostupna, orijentirana prema školi kao okruženju
- U pristupu biti aktivno usmjerena prema uočenim problemima
- Aktivnostima i programima osiguravati zaštitu pojedinaca i populacije
- Imati definiran preventivni program i dovoljan broj obrazovanih profesionalaca za provođenje
- Intervencija nakon uočenog poremećaja mora biti u što većoj mjeri omogućena
- Poželjna je multidisciplinarnost timova, a nužna suradnja među sektorima

Praksa u razvijenim zemljama svijeta i Europe:

Potpuno je jasno da adolescenti svoje probleme (npr. pitanja vezana uz kontracepciju) neće rado podijeliti s liječnikom kojeg poznaje čitava njegova obitelj (obiteljski liječnik), te da bi potražili liječničku pomoć treba im osigurati osjećaj sigurnosti i povjerljivosti. Osim toga, to životno razdoblje karakteriziraju specifični zdravstveni problemi koji zahtijevaju posebno educirane stručnjake, te zdravstvenu zaštitu organiziranu upravo tako da se može na jednom mjestu skrbiti o toj populaciji. Zbog toga većina europskih zemalja ima posebno organiziranu zdravstvenu zaštitu učenike, adolescente, odnosno mladih, čije su temeljne karakteristike:

- Skrb isključivo o toj populaciji i prema mjestu školovanja
- Pristup bez uputnice / besplatan
- Multidisciplinarni tim stručnjaka
- Stručnjaci posebno educirani za skrb o toj populaciji.
- Naglasak na pružanju preventivne zdravstvene zaštite i promicanju zdravlja - zaštitu reproduktivnog, mentalnog zdravlja itd.

Na razini Europe postoji strukovno udruženje Europska Unija za školsku i sveučilišnu medicinu, čije su članice 12 europskih udruženja školske i sveučilišne medicine iz deset zemalja (Belgija, Nizozemska, Velika Britanija, Finska, Švicarska, Njemačka, Slovenija, Makedonija, Mađarska, Švedska, Hrvatska).

U Europi ne postoji jedinstven model zaštite školske djece i mladih, kao ni ujednačena edukacija za liječnike koji tu zaštitu pružaju. Međutim u gotovo svim europskim zemljama postoje zasebne službe koje obavljaju preventivne programe ili pružaju posebne usluge vezane uz mentalno, reproduktivno zdravlje i rizična ponašanja.

Primjer 1. U Finskoj koja je razvijena, bogata i socijalno usmjerena država, zaštita školske djece i studenata organizirana je upravo tako kako je u Hrvatskoj bila ranije – liječnik sa posebnom edukacijom pruža cjelovitu zaštitu svakom školskom djetetu i studentu. Postoji nekoliko posebnih domova zdravlja za studente u kojima rade liječnici školske medicine, ginekolozi i psihijatri jer smatraju da su problemi reproduktivnog zdravlja i mentalnog zdravlja vodeći u toj populaciji.

Primjer 2. U Belgiji su organizirani posebni Centri za zaštitu djece i mladih u kojima rade liječnici školske medicine, psiholozi i medicinske sestre, provode samo preventivnu zaštitu (kao što je sada u Hrvatskoj) po posebnom programu i imaju za rad u tim službama obveznu dvogodišnju edukaciju. Liječnici moraju barem 50% radnog vremena raditi u tim centrima, a u ostatku radnog vremena imaju pravo raditi u privatnoj praksi ili na drugom radnom mjestu.

Uvid u najvažnije probleme tog razdoblja ne može se stjecati samo pukim praćenjem morbiditeta i mortaliteta, već daleko kvalitetnije i preciznije posebnim istraživanjima u populaciji. Podaci iz ovog teksta potječu iz baza podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te iz međunarodnih istraživanja HBSC, ESPAD, RAR (Health behaviour in school-aged children, European school survey on alcohol and other drugs, Rapid assessment and response).

Zdravstvena slika i saznanja o ponašanju ne bi smjeli ostati samo puke činjenice – sva ta saznanja treba iskoristiti za akcije koje bi unaprijedile zdravlje i smanjile rizike za našu djecu – a ne zaboravimo, pritom uvijek i odrasli nešto nauče.

Školska djeca, mladež i redoviti studenti čine oko 15,5% populacije Hrvatske. Prema podacima Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa u osnovne škole prošle školske godine upisano je 392.526 djece, u srednje škole 191.825 djece, a na redovitom studiju je bilo 92.052 studenata. Zbog negativnih demografskih trendova, broj se školske djece i mladeži u Hrvatskoj postupno smanjuje, a predviđanja ukazuju da će te dobne skupine u budućnosti biti još manje zastupljene.

Bolesti i poremećaji

Među bolestima zbog kojih djeca i mladi najčešće traže pomoć u ambulantama primarne zdravstvene zaštite prevladavaju bolesti dišnog sustava – 650.000 oboljenja djece do 6 godina i 580.000 onih od 7-19 godina dvoljno naglašava kako se svatko od nas nekoliko puta godišnje razboli od tih ne uvijek teških, ali neugodnih i dosadnih bolesti. Među njima su najčešće obične prehlade, bronhitis, gripa te pneumonije. Slijede zarazne i parazitarne bolesti, a među njima su najučestalije zarazne bolesti probavnog sustava, osobito u ljetnim mjesecima. Pojava alergijskih bolesti koje se očituju kao alergije dišnog sustava ili kožne alergije je sve učestalija u posljednjim godinama.

Bolničko liječenje djece i mladih školske dobi najčešće je potrebno zbog bolesti dišnog sustava, a među njima zbog kroničnih bolesti tonzila i adenoida. Slijede, a kako se povećava dob sve su učestalije (osobito kod dječaka) hospitalizacije zbog ozljeda. Među njima su najzastupljenije frakture udova te ozljede glave, često nastale zbog prometnih nesreća.

Rizična ponašanja

Kada se govori o rizičnim ponašanjima, najčešće se odmah pomišlja na pušenje, alkohol i droge, ali su rizična ponašanja i nepravilna prehrana te rizična seksualna ponašanja, jer sve to može utjecati na konačno oblikovanje stavova i navike presudnih za ponašanje u odrasloj dobi i može imati dugoročan utjecaj na zdravlje.

Prehrana i kretanje

Iako je Hrvatska tek na pragu epidemije prekomjerne tjelesne težine o kojoj se s velikom zabrinutošću govori u Sjevernoj Americi i zemljama zapadne Europe, i naši podaci svjedoče o nestajanju pothranjenosti kao zdravstvenog problema s kojim smo se susretali godinama, i o sve većem udjelu djece koja imaju tako rizične navike da se može očekivati da će prijeći prag poželjne prekomjerne težine. Prem podacima HZJZ za razdoblje 1997-2002. godine u Hrvatskoj je pravilno uhranjeno 70% djece. U skupinu mršavih spada 13%, pothranjenih je samo 0,9%. Povećanu tjelesnu težinu ima 11% djece, a pretilo je 5%. Prema nalazima sistematskih pregleda i centilnoj distribuciji težine prema visini, iznad devedesete centile je 1999. godine bilo 8,8% dječaka i 8,4% djevojčica, a 2006. godine 10,9% dječaka i 10,6% djevojčica. I ti pomaci ukazuju da je sve veći udio djece s prekomjernom tjelesnom težinom, iako iz njih nije moguće razlučiti pretilost.

Nikada u radnom tjednu ne doručkuje 14,7% djece, a 5% to ne čini niti vikendom. Iako se o važnosti redovitog doručka nastoji upozoravati i ukazivati, situacija se u razdoblju 2002-2006. godina nije popravila – dok je 2002. godine redovito doručkovalo 72 % dječaka i 68 % djevojčica, četiri godine kasnije to čini 60,2% dječaka i 53,7% djevojčica.

Iako smo zemlja u kojoj se uzgaja voće i povrće, s konzumacijom tih vrijednih namirnica među djecom ne možemo biti zadovoljni. Voće s 11 godina svakodnevno konzumira 44,3% djece, a s 15 godina jedna trećina (29,0%), dok je s povrćem situacija još lošija – s 11 godina povrće svakodnevno jede 32,3% djece, a u dobi od 15 godina samo 24,0%. Djevojčice jedu više voća i povrća u svim dobnim skupinama, ali se i taj udio s dobi smanjuje. Slatka pića gotovo svaki dan pije 37,1% djece u petom razredu te 45,6% u prvom razredu srednje škole.

Utjecaj na stvaranje prehrambenih navika djece imaju obitelj, škola, zdravstvene službe, društvene organizacije, mediji, ali i državna politika – sve izvori koji bi trebali biti trajan zagovarač zdravih prehrambenih smjernica. Smanjen unos voća i povrća, a sve veća konzumacija slatkih pića na prijelazu iz dječje u adolescentnu dob može se dijelom objasniti oblikom iskazivanja neovisnosti, autonomije pa i otpora roditeljima. Ali i obitelji sve više usvajaju navike u kojima nema mjesta za zajednički kuhani obrok i na taj se način generacijski prenose poruke da je sve moguće zamijeniti brзом hranom.

Nepravilna prehrana samo je jedan čimbenik za rizik prekomjerne tjelesne težine i mogućih metaboličkih poremećaja u odrasloj dobi. Sjedilački način života dodatno je opterećenje, kojem se teško oduprijeti u okolnostima u kojima se djeca i odrasli sve manje kreću. Doprinos tjelesne aktivnosti zdravlju uključuje smanjenje rizika za pojavu kardiovaskularnih bolesti, karcinoma kolona, inzulin neovisne šećerne bolesti i osteoporoze. Povoljno utječe na pretile, oboljele od artritisa, anksiozne i depresivne. Tjelesna aktivnost povoljno djeluje na smanjenje stresa te povećava kvalitetu sna, koja je važan dio dobrog zdravlja i kvalitete života općenito.

Prema aktualnim preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, poželjna je razina tjelesne aktivnosti barem sat umjerene tjelesne aktivnosti dnevno. Ona djeca i mladi koji su trenutno slabije tjelesno aktivni trebali bi se uključiti u neku umjerenu tjelesnu aktivnost najmanje 30 minuta dnevno.

U razdoblju od četiri protekle godine smanjila se i razina tjelesne aktivnosti u naših učenika. Iako su dječaci i nadalje aktivniji od djevojčica u svim dobnim skupinama, u 2006. godini u dobi od 11 godina svakodnevno se barem jedan sat umjerenim tempom kreće ili vježba (ili se igra, vozi bicikl, trenira – bilo što) 36,0% dječaka (46% prije 4 godine), a u dobi od 15 godina 20,0% za razliku od 33% prije 4 godine. S djevojčicama je situacija još nepovoljnija - od 26,3% (prije 4 godine 32%) umjereno tjelesno aktivnih u dobi od 11 godina, s početkom srednje škole taj se udio smanjuje na samo 14,7% (17 % prije 4 godine).

Na aktivnost djece svakako utječe i dostupnost dvorana, klubova i igrališta nakon nastave. Prijevoz djece do škole ili pješaćenje s obzirom na organizaciju vremena obitelji, ali i dostupnost sigurnih prilaza i putova školi te biciklističkih staza do škole mogli bi imati presudnu ulogu u tjelesnim navikama djece.

Vrijeme provedeno pred televizijskim ekranom se nešto smanjuje, odnosno ne povećava se – četiri sata i više radnim danom televiziju gleda 33,1% dječaka i 29,4% djevojčica, približno jednako kao i prije četiri godine. No ako se tome doda da tri i više sati uz kompjuter igrajući igrice, surfajući ili se dopisujući provede 37,8% dječaka i 15,8% djevojčica potpuno je jasno da ne preostaje vremena za spontano druženje ili igru oko kuće.

Upravo zbog svijesti o prekomjernoj tjelesnoj težini kao rastućem (a preventabilnom) problemu djece i mladih, pokrenut je tripartitini projekt podržan od flandrijske vlade, između Flandrije, Slovenije i Hrvatske, u suradnji sa stručnim društvim za školsku medicinu te stručnim društvima i Medicinskim fakultetima iz navedenih zemalja. Cilj je projekta razvoj metodologije za izradu Smjernica za prevenciju prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u djece, namijenjenih poglavito službama školske medicine. Smjernice detaljno razrađuju uzroke i rizične čimbenike prekomjerne tjelesne težine, kriterije i metodologiju procjene te opsežne literaturne navode o programima primarne i sekundarne prevencije uz preporuke za postupanje, prilagođene organizaciji zdravstvene zaštite svake zemlje. Upravo je proces nastajanja zajedničkog dokumenta iskustveno pokazao da je u profesionalnom pristupu problemu moguće nadići razlike u organizaciji zdravstvene zaštite i da su stručno usuglašeni stavovi primjenjivi u različitim sredinama.

Spolno zdravlje

Prosječna dob stupanja u spolne odnose je prema nizu istraživanja u Hrvatskoj oko 17 godina za djevojke i oko 16 godina za dječake. Rane spolne odnose (u dobi od 15 godina) je prema HBSC istraživanju u Hrvatskoj u 2002. godini imalo 23% dječaka i 10% djevojčica, a četiri godine kasnije 28,6% dječaka i 16,5% djevojčica.

Na rano stupanje u spolne odnose utječe čitav niz čimbenika, od socio-ekonomske situacije, obiteljskog okruženja, samopoštovanja i samopouzdanja, obrazovanja, utjecaja vršnjaka itd. Koliko je osjetljivo spolno sazrijevanje u toj ranoj dobi ukazuju i značajke upravo te skupine mladih – oni češće imaju i druga rizična ponašanja. Oni više piju, više puše, češće eksperimentiraju sa psihoaktivnim drogama, lošije uče. Djevojčice se lošije osjećaju u razrednoj sredini i manje su zadovoljne svojim životom općenito. Prema ESPAD2003. istraživanju, u dobi 15-16 godina, je 14% dječaka i 5% djevojčica imalo spolne odnose koje su sljedećeg dana požalili. Trećina se tih spolnih odnosa pod utjecajem alkohola i droge. Kod posljednjeg spolnog odnosa kondom je koristilo 75% dječaka i 73% djevojčica u 2002. godini, a 84% dječaka i 81% djevojčica u 2006. godini.

Činjenica da se svaki peti spolno aktivni petnaestogodišnjak u Hrvatskoj upušta u spolni odnos bez kondoma i bez zaštite od trudnoće, označava te spolne odnose kao vrlo rizične, te zahtijeva odgovarajuću intervenciju cijelog društva. Rani spolni odnosi nisu izolirani rizični događaj u životu mladih. Motivi za takvu vrstu spolnih odnosa često su izvan konteksta seksualnosti, potaknuti željom za samodokazivanjem ili stjecanjem popularnosti ili strahom od gubitka partnera koji prisiljava ili ucjenjuje. Stoga je prepoznavanje rizičnih značajki ličnosti te nedovoljnog samopoštovanja i samopouzdanja često ključno za pristup mladima i potporu u donošenju odluka. Prema nalazima sistematskih pregleda studenata prve godine studija, spolne odnose je imalo 64% studenata i 53% studentica. Nažalost, od onih djevojaka koje su započele spolni život njih 49% nije nikada bilo na ginekološkom pregledu. Prosječna dob stupanja u seksualne odnose je 16,2 godine za studente i 17,2 godine za studentice. Kondom redovito ili povremeno koristi 73% studenata i 63% studentica, a ne koristi ga nikada 21% studenata i 29% studentica.

U usporedbi s drugim europskim zemljama naši mladi nisu skloni vrlo ranom započinjanju spolnog života, ali pomicanje prvih spolnih odnosa u sve mlađu dob upozorava da ne činimo dovoljno na programima edukacije i osnaživanja koji bi im omogućili i pomogli da se u presudnim trenutcima odupru pritiscima i donesu pravilnu odluku.

Pušenje, alkohol, droge

Pušenje posve sigurno, a i alkohol u prekomjernim količinama a osobito u krivim situacijama ili razdobljima u životu imaju za zdravlje pogubne posljedice. Ljudi su platili visoku cijenu da bi naučili kako je pušenje ne samo vrlo mogućim uzrokom smrtonosnih ili teških kroničnih bolesti, već i da je ovisnost o duhanu teška ovisnost koje se nije moguće osloboditi samo jednostavnom odlukom ili namjerom. Zato se danas gotovo apsurdno nalazi sve više odraslih ljudi koji se po svaku cijenu žele odviknuti od pušenja, a još uvijek puno mladih koji misle da je pušenje svakako nužan znak odraslosti – i po prvi put u nas djevojčice odnosno djevojke pušenjem dostižu dječake.

Eksperimentiranje s duhanom započinju u ranoj dobi (44% dječaka i 39% djevojčica učinilo je to prije trinaeste godine). No danas su djevojčice u pušenju nadmašile svoje muške vršnjake – u posljednjih mjesec dana pušilo je 37% djevojčica i 36% dječaka u dobi od 15 godina. Ta se spolna distribucija registrirala po prvi put, bit će zanimljivo vidjeti u sljedećim godinama kako se dalje kreću trendovi.

Posljedice prekomjerne uporabe alkohola u mladima su mnogostruke – od akutnog otrovanja (da ne govorimo o neugodnostima koje se u pijanstvu mogu uzrokovati samima sebi ili drugima), a ono što je osobito opasno jest sjedanje za volan u alkoholiziranom stanju. U Hrvatskoj su trendovi učestalosti pijenja u mladima u snažnom porastu. Iako i dalje više piju dječaci povećanje učestalosti pijenja osobito je izraženo u djevojčica. Alkohol je, kako je kulturološki piće u našoj zemlji sveprisutno, barem jednom u životu pio gotovo svaki učenik ili učenica (90% ili više), najčešće u vlastitom domu, na nagovor roditelja ili rođaka. No 40 ili više puta u životu, što se tumači kao učestalije pijenje, pilo je

38% dječaka i 16% djevojčica. Ako se promatra posljednjih 30 dana, 10 puta ili više (što bi značilo svaki treći dan) alkohol je pilo 15% dječaka i 13% djevojčica!?. Također, u posljednjih mjesec dana 19% dječaka i 10% djevojčica pilo je tri ili više puta pet pića zaredom („binge drinking“). Da se više od 10 puta u opilo u posljednjih 12 mjeseci izjavilo je 12% dječaka i 6% djevojčica (15-16 godina). Među dječacima pivo je najpopularnije piće te ga je u posljednjih mjesec dana 3 puta pilo 42% dječaka i 14% djevojčica. Svaki je sedmi učenik pi posljednjem pijenju popio litru piva ili više (imaju 15 godina). Djevojčice češće piju žestoka pića (tri ili više puta u posljednjih mjesec dana, 18% djevojčica i 20% dječaka). O dostupnosti alkohola govori podatak da je svaki četvrti učenik (25%) u posljednjih 30 dana u dućanu za sebe kupio pivo, svaki sedmi (15%) vino a svaki osmi (13%) žestoko piće.

Eksperimentiranje sa psihoaktivnim drogama također se pomiče u sve raniju dob – prije trinaeste godine je 4% dječaka i 3% djevojčica iskušalo marihuanu. Do petnaeste godine je marihuanu probalo 24% dječaka i 22% djevojčica. To znači svaki peti učenik prvih razreda srednje škole, a to znači i 2,5 puta više u dječaka i 4,5 puta više u djevojčica no u razdoblju od osam godina prije posljednjeg istraživanja. Ako usporedimo te podatke sa Registrom osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga, vidimo da je u heroinskih ovisnika na liječenju eksperimentiranje najčešće započelo upravo s marihuanom i to oko 16 godine, ako se eksperimentiranje nastavi oko 19 godine je vjerojatna prva uporaba heroina (pušenje, šmrkanjem), oko 6 mjeseci iza toga prva intravenska uporaba, a tek nakon 5 do 7 godina dolazak na liječenje i traženje pomoći.

Uporaba ecstasy se usprkos pretpostavkama u toj dobi rjeđe registrira (oko 5%). Različite tablete (najčešće sedative) s ili bez alkohola djevojčice češće uzimaju od dječaka - alkohol s tabletama uzelo je barem jednom 12% djevojčica i 7% dječaka, a sedative 8% djevojčica i 4% dječaka.

Značenje psihosomatskih simptoma

U tijeku sistematski i ostalih preventivnih pregleda, te u tijeku savjetovanih susreta s djecom i mladima, ima mnogo mogućnosti za dodatna pitanja i stjecanje uvida u neke odrednice zdravlja koje mogu imati utjecaja na različita područja dječjeg života, a ponekad prolaziti neprimjetno i neprepoznato. Standardna lista psihosomatskih simptoma kao mjerilo subjektivnog osjećaja zdravlja opetovano pokazuje povezanost sa osjećajem zadovoljstva zdravljem i životom u djece općenito, ali isto tako i sa različitim rizičnim ponašanjima te odnosima u obitelji. Slična se pitanja koriste i kao kratka skala za procjenu simptoma depresije. Pitanja o učestalosti glavobolje, bolova u trbuhu, leđima, potištenosti, razdražljivosti, osjećaju nervoze, teškoćama usnivanju i vrtoglavici mogu se lako postaviti i standardizirano vrednovati. Povećana učestalost psihosomatskih simptoma povezana je s većom vjerojatnošću zlostavljanja i agresivnog ponašanja u oba spola, a sa željom za samoozljeđivanjem pa i mislima o samoubojstvu u djevojčica. Za djevojčice koje te simptome pokazuju učestalije, uz ostala je rizična ponašanja vjerojatnije je i rano stupanje u spolne odnose, kao i mogućnost lošijih odnosa odnosno nedostatka komunikacije u obitelji. Longitudinalna bi praćenja mogla pokazati znači li učestalost tih simptoma i moguće pretkazivanje depresije u odraslo doba. Naravno da procjena ovisi o individualnoj situaciji i da tzv. Psihosomatski simptomi mogu biti i znak nekog tjelesnog stanja ili bolesti, no i ta činjenica samo ukazuje koliko je mogućnosti na raspolaganju u ordinaciji školske medicine.

Što utječe na zdravlje i rizična ponašanja i što se može učiniti

Osim čimbenika obitelji (izravni i neizravni utjecaji roditeljskih navika, toleriranja neprihvatljivog ponašanja i kontrole provođenje slobodnog vremena te funkcionalnija obitelji općenito), društvo je odgovorno i za dostupnost i legalnih i ilegalnih sredstava ovisnosti, reklamiranje i uopće provedbe zakonskih odredbi koje bi mlade trebale štititi.

Suvremeni način reklamiranja proizvoda je vrlo vješt, profesionalan i uvjerljiv. Ako se sjetimo prekrasnih životinja koje su poručivale „Pozdrav iz Rovinja“, bez i jedne naznake cigarete, vidimo kako se pivo reklamira ciljajući na dobne skupine (svi su mladi), spol (odlična muška druženja) emocije (sve lijepo vezano uz pivo), imidž (svi su zgodni) itd.

Cjelokupno je okruženje poticajno ili obeshrabrujuće, a djeca i mladi uče i usvajaju stavove i ponašanja ne samo kroz formalne oblike podučavanja već daleko više kroz neformalne uzore živeći svoj mladi život u obitelji i okruženju vršnjaka. Nitko nije bez odgovornosti za to kakve mlade generacije odgajamo.

Naravno da u adolescenciji rizično ponašanje ne mora značiti trajno usvajanje takvog obrasca i u odraslo doba. Mladi imaju osjećaj da se opasnosti zapravo ne odnose na njih, da je sve to negdje vrlo daleko i ako tome dodamo osjećaj neranjivosti i definitivno neprepoznavanje rizika svojstvenih mladima, teško da će se ikakve poruke o mogućim teškim posljedicama njihovoj doći. No ima nekoliko aspekata koji nedvojbeno stoje: u mladosti se stječu navike – navike se lako steknu, teško mijenjaju. Uporaba jednog sredstva potiče uporabu drugog – mladi koji redovito puše nekoliko puta više piju od vršnjaka koji ne puše, a skloniji su i eksperimentiranju sa psihoaktivnim sredstvima, mladi koji rano stupaju u seksualne odnose skloniji su konzumaciji sredstava ovisnosti, agresivniji, postižu lošiji

uspjeh u školi ali nastoje biti popularni među vršnjacima. Isprepletenost rizika je višestuko dokazana te je zadaća svih profesionalaca koji se maldima bave, a osobito liječnika školske medicine na vrijeme ih uočiti, pokušati razumjeti i pomoći prevladati.

Za što ranije i učinkovitije uočavanje i rješavanje problema i rizika, osobito kompleksnih i prikrivenih problema prilagodbe, frustracija i nasilja ili zlostavljanja, u školskoj bi medicini kao struci koja jedina dolazi sustavno i redovito u kontakte s djecom i mladima valjalo upravo razvijati metode probira, harmonizacije pristupa i nastojati ujednačiti i unaprijediti mogućnosti intervencije. Sa što boljim razumijevanjem suvremenih utjecaja na odrastanje i sazrijevanje trebat će postupno prilagođavati sadržaj i način provođenja preventivnih aktivnosti, smanjivanjem rutine, a u korist kvalitete i specifične usmjerenosti. Očuvanje i unaprjeđenje posebne skrbi za djecu i mlade školske dobi od ključnog je značenja za očuvanje zdravlja budućih generacija.

Literatura:

1. Debyser M. A Preventive Health Care Programme for Young Children in Flanders: A Search for Evidence, Abstract Book, 12th Congress of European Union for School and University Health and Medicine, Ljubljana, Slovenia, 2003: 14
2. EUSUHM, The Dubrovnik Declaration on School Health Care in Europe, 13th EUSUHM Congress, Dubrovnik, Croatia, 2005
3. Fonseca H. Psychosocial Factors Associated with Overweight and Obesity in Adolescence Abstract Book, 12th European Meeting of the International Association for Adolescent Health, Athens, Greece, 2006: 19
4. Habibuw MP, de Man-van Veen T, Meulmeester JF School Health Systems in Europe Abstract Book, 12th Congress of European Union for School and University Health and Medicine, Ljubljana, Slovenia, 2003: 14
5. Džepina M, D. Štampar, A. Beluhan. Povezanost između nastupa spolne zrelosti i početka spolne aktivnosti adolescenata. In: Proceedings. Arhiv Z M D, Zagreb, 1988)
6. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M, The Espad Report 2003 Alcohol and Other Drug Use Among Student in 35 European Countries: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN Council of Europe, Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs(Pompidou Group)
7. Hira Sing R. Youth Health Care in Europe of the 21th century: an Added Value for the Health of Children and Youngsters, Abstract Book, 13th Congress of European Union for School and University Health and Medicine, Dubrovnik, Croatia, 2005:46
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2005. godinu: Zagreb, 2006.
9. Jureša V. How to make health care for school children and youth more efficient, Abstract Book, 13th Congress of European Union for School and University Health and Medicine, Dubrovnik, Croatia, 2005: 48
10. Kuzman M. School Health Services in Croatia: What Do We Really Need? Abstract Book, 12th Congress of European Union for School and University Health and Medicine, Ljubljana, Slovenia, 2003: 14
11. Kuzman M., Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. How school health services meet the children and adolescents' needs – case study Croatia, Abstract Book, 13th Congress of European Union for School and University Health and Medicine, Dubrovnik, Croatia, 2005: 52
12. Kuzman M, Pejnović Franelić I , Pavić Šimetin I, Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002. – Zagreb, The Health Behaviour in School-aged Children 2001/02 (HBSC) : Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2004.
13. Prebeg Ž. Školska medicina – jučer – danas – sutra Knjiga sažetaka, 3. Hrvatski kongres školske i sveučilišne medicine, Zagreb, 2001: 2

Kontakt osoba:

Prim.dr.sc. Marina Kuzman
Služba za školsku medicinu i prevenciju ovisnosti
Hrvatski zavod za javno zdravstvo
e-mail: marina.kuzman@hzjz.hr