

Značilnosti in različni izidi zdravstvene socializacije v mladostništvu

Characteristics and different outcomes of health socialization in adolescence

Marčič Renata, Rus Velko S, Kopal Grum Darja

Povzetek: Mladostništvo je obdobje mnogih sprememb pri posamezniku, tako na telesnem nivoju kot tudi na psihološkem in socialnem. Vsak mladostnik se bolj ali manj uspešno spoprijema s temeljnimi razvojnimi nalogami, značilnosti in izidi tega spoprijemanja pa se odražajo na njegovem nadaljnjem življenju. Eno od pomembnih področij mladostnikovega življenja je zdravstvena socializacija, ki se kaže skozi njegov odnos do zdravja, zdravil, zdravstvenih delavcev, zdravstvenega sistema ter skozi vedenje povezano z zdravjem, tako tvegano vedenje kot tudi vedenje za spodbujanje zdravja. Prispevek izpostavlja značilnosti mladostnikovega psihosocialnega razvoja in vedenja povezanega z zdravjem ter opozarja na dejavnike tveganja in zaščite. Polega tega nakazuje nekaj smernic za učinkovito sodelovanje farmacevtov pri zdravstveni socializaciji mladostnikov.

Ključne besede: mladostništvo, vedenje povezano z zdravjem, zdravstvena socializacija, komunikacija

Abstract: Adolescence is a period of many changes in one's life on physical level as well as on psychological and social level. Every adolescent more or less successfully encounters basic developmental tasks; the characteristic and outcomes of dealing with these tasks reflect themselves on his future life. One of important areas of adolescent's life is health socialization that can be seen through his attitude towards health, medicaments, health workers, health system, and through health related behaviour, namely health risk behaviour as well as health enhancing behaviour. The article outlines the characteristics of adolescent's psychosocial development and health related behaviour, and calls attention to the health risk and protection factors. Furthermore it indicates some guidelines for effective cooperation of pharmacists in health socialization of adolescents.

Key words: adolescence, health related behaviour, health socialization, communication

1 Uvod

Da bi lahko mladostniku čimbolj ustrezno pomagali, mu svetovali pri njegovem problemu, je potrebno razumeti način njegovega zaznavanja in interpretiranja sveta in pojavov v njem. Ta se velikokrat razlikuje od zaznavanja in interpretiranja sveta pri odraslih osebah, zato v nadaljevanju izpostavljam značilnosti mladostnikov, ki lahko vplivajo na ta razkorak. Le tako bomo lahko naše sporočilo uspešno prenesli mladostniku na tak način, da nas bo razumel in bo pripravljen sprejeti naše nasvete.

2 Mladostništvo

V znanstvenih besedilih, ki obravnavajo psihosocialni razvoj oseb v obdobju med otroštvom in odraslostjo, pogosto zasledimo naslednje izraze: *puberteta*, *mladostništvo*, *adolescenca*, *mladost*, *mladina* itd. Kljub temu da obstajajo različne opredelitve mladostništva, jim je

mogoče poiskati skupni imenovalc. Ta se skriva v splošni opredelitvi, po kateri je mladostništvo "... obdobje in proces duševnega dozorevanja iz otroka v odraslega. Proces dozorevanja poteka preko medsebojnega delovanja med otrokom in njegovim predmetnim in družbenim okoljem. Od odvisnosti in zaščitenosti v lastni družini mora posameznik preiti na samostojno odločanje in delovanje ter skrb za druge, to pa zahteva reorganizacijo odnosa do sebe in sveta, pridobitev mnogih novih stališč in zmožnosti" (1).

V skladu z različnimi teorijami in empiričnimi raziskavami loči svetovna zdravstvena organizacija (1985, po 2) naslednje faze mladostništva:

- Zgodnje mladostništvo, ki traja približno od 10., 11. ali 12. do 14. leta.
- Srednje mladostništvo, ki traja od 15. do 19. leta.
- Pozno mladostništvo, ki traja od 20. do približno 22., 23. ali 24. leta.

Fiziološko usmerjeni avtorji povezujejo mladostništvo s telesnimi spremembami, ki se začnejo dogajati pri posamezniku po 10. letu njegove starosti. Začetek mladostništva postavljajo v obdobje pojavljanja sprememb v reprodukcijskih organih in v t.i. sekundarnih spolnih značilnostih, ki nastopijo ob koncu otroštva. Konec mladostništva pa pomeni obdobje spolne zrelosti. Menijo, da na začetek in trajanje mladostništva vplivajo zlasti hormonske spremembe (3).

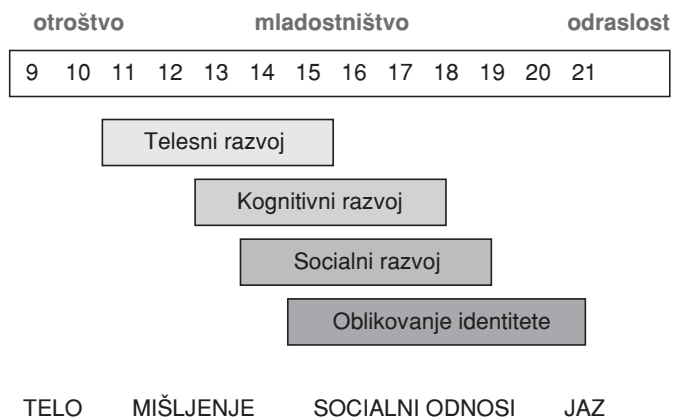
V splošnem je mladostništvo obdobje privzemanja lastne spolne vloge in ponotranjanja lastne identitete, v kateri se posameznik dojema kot avtonomna in samostojna oseba, čeprav je v svojem delovanju še vedno razmeroma odvisna od svojega okolja (4). Mladostništvo označuje napredek v razvoju kognitivnih sposobnosti in psiholoških značilnosti, kot so: formalno-logično mišljenje, postkonvencionalno moralno presojanje, strukturirana in integrirana samopodoba ali identiteta itd. (5). Pri formalno-logičnem mišljenju gre za miselne procese, ki se ne odvijajo več zgolj na osnovi konkretnih dogodkov in neposredno zaznanega okolja, temveč za procese, za katere je značilno zlasti poseganje po abstraktnih kategorijah (idejah, konceptih, hipotezah itd.) in metakognitivnih prvinah (mišljenje o mišljenju).

Iz zapisanega je mogoče sklepati, da je mladostništvo psihološki pojav. Številni avtorji (6, 7) pa poudarjajo tudi njegov socialnopsihološki in sociološki značaj. Sebald (1968, po 3) meni, da mladostnik vstopi v odraslost takrat, ko razvije ustrezne vloge spopadanja z družbenimi zahtevami, družba pa ga - tako opremljenega - prizna za odraslega. Seveda ni nujno, poudarjajo drugi (LaVoie, 1973, po 3), da posameznikov razvoj slogov spopadanja z družbo in njegovo sprejetje s strani družbe časovno sovpadata. Ta razkorak ponazarjajo s primeri zgodnjih porok, zgodnjih nosečnosti, zgodnjih ekonomskih neodvisnosti itd. V tem kontekstu je mladostništvo "[...] vraščanje posameznika v družbo oziroma družbeno poimenovanje in pojmovanje življenjskega obdobja med otroštvom in odraslostjo" (7).

Adams in dr. (3) menijo, da takšno razumevanje mladostništva odpira najmanj tri nova raziskovalna področja. Prvo področje obravnava mladostništvo kot prehodno obdobje iz otroške odvisnosti v odraslo neodvisnost in zajema postopne spremembe v mladostnikovem psihosocialnem razvoju, različne načine preizkušanja samega sebe in sveta, ki ga obkroža ter priprave na prihodnost. Drugo področje proučuje kritične življenjske dogodke, kot so: prve priprave na kariero, zapuščanje doma, zaljubljenost itd. Tretje področje pa raziskuje individualne razlike v vedenju, razvoju ali izkušnjah, ki so lahko vzrok za vzpostavljanje nekaterih socialnih problemov. Med njimi so zlasti zgodnja nosečnost, delinkvenca, motnje hranjenja, zloraba drog, nenadna znižanja učne uspešnosti itd.

2.1 Temeljne razvojne naloge v mladostništvu

Ne glede na to, kako različno avtorji razlagajo mladostništvo, se njihova mnenja bolj ali manj skladajo v tem, da se mladostnik sooča z vrsto razvojnih nalog, ki se dotikajo naslednjih psihosocialnih področij: iskanja lastne identitete oziroma samopodobe, odnosa do lastnega telesa in oblikovanja spolne vloge, odnosov z vrstniki, s starši in z



Slika 1: Razvoj temeljnih področij v mladostništvu (9).

drugimi avtoritetami, odnosa do prihodnosti - zlasti do študija, poklica, dela in družine, prilagajanja družbenemu okolju, ki zajema socialno odgovorno vedenje, ustrezen vrednotni sistem in lastna moralna načela itd. (1, 8).

Leta 1978 je Coleman (9) izvedel obsežno študijo, v kateri je ugotovil, da so za razvoj mladostnikove identitete ključna štiri temeljna področja. To so: telesni vidik samega sebe, kognitivne sposobnosti, socialni odnosi in sebstvo. Ta področja si sledijo v določenem časovnem zaporedju, povezana pa so s 4 temeljnimi razvojnimi nalogami, in sicer: s telesnim, kognitivnim in socialnim razvojem ter z oblikovanjem identitete (Slika 1).

V teh nalogah "[...] mora posameznik osvojiti neke kompetence in si prisvojiti ustrezne poteze svoje identitete; na primer osvoji osnovna pravila in norme ravnanja v različnih socialnih vlogah, v svoji spolni vlogi itd." (7). To pomeni, da se vse razvojne naloge medsebojno tesno prepletajo in sooblikujejo mladostnikovo samopodobo.

V kronološkem pogledu je zadnja razvojna naloga, ki nastopi okrog 14. oziroma 15. leta, Coleman (1978, po 9) imenoval oblikovanje identitete. Po Bohanu (1973, po 10) je razvoj stabilne samopodobe celo najpomembnejša razvojna naloga v mladostništvu. Od tod je mogoče sklepati, da vse naloge odločilno sooblikujejo različna področja samopodobe: vsa tista, ki se nanašajo na socialno, moralno področje, emocionalno stabilnost, iskrenost, zanesljivost, ustvarjalnost, akademsko samopodobo itd.

2.1.1 Identitetni položaji

Obstaja več različnih *identitetnih položajev*; to so načini, s katerimi mladostnik razrešuje svoje identitetne krize in postopno oblikuje identiteto zrele osebe (11, 12).

Marcia (11, 12) predpostavlja štiri identitetne položaje. To so: (a) razpršeni položaj (angl. *identity diffusion*), (b) prezgodaj zaprti položaj (angl. *foreclosure*), (c) odloženi položaj (angl. *moratorium*) in (d) zreli položaj (angl. *identity achievement*; 13).

Za mladostnika, ki se nahaja v *razpršenem položaju*, je značilno, da nima zastavljenih nobenih temeljnih ciljev. Daje vtis, da ga ne zanima prav nič, razen morda zabave. Prepušča se trenutnim

vzhibom, ki pa jih pogojujejo le zunanji dejavniki. Prihodnost ga ne zanima, zato je ne načrtuje. Tudi na področju medosebnih odnosov se kaže identitetna razpršenost; s težavo vstopajo v socialne odnose in jih ohranjajo, drugi pa nanje lažje vplivajo in z njimi manipulirajo (Slugoski in dr., 1984, po 3). Jones (1992, po 3) je med njimi našel več mladostnikov z deviantnim vedenjem. Za mladostnika, ki se nahaja v tem položaju, je značilno, da doživlja predvsem tesnobo, osovraženost, osamljenost, zagrenjenost, dolgočasje in brezcilnost.

Marcia (12) je v študiji odkril, da mladostniki v razpršenem identitetnem položaju le kratek čas zdržijo v intervjuju. Med njimi pa se pojavljajo tudi takšni, ki skušajo zadrego ob zastavljenih vprašanjih premagati z nepomembnim klepetom.

Marcia (11) je ugotovil, da mladostnik v *prezgodaj zaprtem položaju* ne doživlja krize. To pomeni, da ne sprejema nobenih lastnih odločitev in ne izbira med nobenimi možnostmi. Vse temeljne odločitve, do katerih bi se moral dokopati sam, so namreč v preteklosti prevzemali drugi. Zato je tudi svojo identiteto vzpostavil prek pobud ali ponotranjenih zahtev togega in avtoritarnega okolja. Sedaj pa se nedejavno prepušča nadaljnjim odločitvam, ki jih bodo zanj sprejemali drugi, misleč, da so to nenazadnje odločitve, ki bi bile lahko tudi njegove.

Raziskave (11) kažejo, da mladostniki v *prezgodaj zaprtem položaju* – v primerjavi z ostalimi – večinoma doživljajo najmanj tesnobe, zaradi vpliva zunanjih dejavnikov pa izražajo močno težnjo k spreminjanju samopodobe in samospoštovanja. Med njihovimi vrednotami se pogosto pojavljajo tudi avtoritarne vrednote. Izražajo nizki stopnji sposobnosti empatije in avtonomije, pri vzpostavljanju socialnih odnosov pa uporabljajo enostavne in toge vzorce.

Novejše raziskave (12, 3) v celoti potrjujejo hipoteze iz 80 let in kažejo, da je *prezgodaj zaprti identitetni položaj* med najpogostejšimi, saj v razvojnem pomenu predhodi razvitejšima položajema, kot sta odložena in dosežena identiteta. V intervjujih dajejo ti mladostniki vtis oseb z močnim občutkom za samoorganizacijo in z jasnimi cilji. Običajno se obnašajo uglajeno, oblačijo pa se konservativno.

Tudi *odloženi identitetni položaj* je med pogostejšimi položaji v mladostništvu, od ostalih pa se loči po prisotnosti trenutne krize in porajajoči se identitetni opredeljenosti. Mladostnik si močno prizadeva, da bi vzpostavil jasno identiteto, vendar mu to uspeva le postopoma. Išče se, mnogokrat neuspešno izbira med različnimi možnostmi, odloča se za ta ali oni cilj in se uči na lastnih napakah, iz lastnih izkušenj. Raziskave kažejo (11), da je za mladostnike v odloženem položaju značilna visoka anksioznost, a razmeroma jasna samopodoba in visoko samospoštovanje. Sposobni so empatije in ohranjanja vzpostavljenih socialnih odnosov. Na dobri poti so, da čez čas preidejo v zreli identitetni položaj.

V težnji, da bi krizo čim hitreje in ustrežneje razrešili, mladostniki v odloženem položaju zavzeto sodelujejo pri Marcievih intervjujih (12). Intervju in psihologa namreč dojemajo kot priložnost, da izrazijo in vsaj deloma predelajo svoje temeljne dileme. Marcia (12) navaja, da pogosto trajajo intervjuji toliko časa, dokler jih psiholog ne sklene.

Mladostnik je v *zrelem položaju* krizo uspešno prebrodil, čeprav je - kot ustvarjalno vodilo - še vedno prisotna. Vzpodbuja ga namreč k nenehnemu dejavnemu odločanju in vrednotenju različnih nujnih izbir,

ki temeljijo na predhodnih temeljnih opredelitvah o tem, kdo je, kaj hoče, kam gre itd. Ima jasno samopodobo, visoko samospoštovanje, visoki stopnji moralnega presojanja in empatičnega vživljanja, v socialne odnose pa vstopa na zrel in samosvoj način. Zaveda se odgovornosti za svoje ravnanje, zato se pri temeljnih odločitvah - zlasti tistih, ki se nanašajo na poklicne in politično-religiozne cilje - opira na svoja stališča in prepričanja.

Raziskave (3) kažejo, da imajo ti mladostniki najkompleksnejši in visoko prilagodljiv osebnostni profil. V šoli so pogosto zelo uspešni in dobro prenašajo stresne situacije. Harmonično uravnavajo nasprotja med individualnimi vzgibi in družbenim okoljem.

3 Mladostniki in zdravje

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 1948 (Anon, 1988; po 14) opredelila zdravje kot "stanje telesne, duševne in socialne blaginje in ne le kot odsotnost bolezni ali betežnosti."

V primerjavi z drugimi starostnimi skupinami naj bi bili mladostniki zdrava skupina. V nobenem drugem obdobju življenja ni smrtnost tako nizka kot med 10 in 15 letom starosti (OECD, 1996; po 15). Kljub temu pa ima ta skupina specifične zdravstvene probleme (Millstein in dr., 1993; po 15). V zadnjih letih se vse več pozornosti namenja zdravstveni situaciji mladih ljudi in mednarodne študije kot je Z zdravjem povezano vedenje šolskih otrok – HBSC (Health Behaviour in School-aged children) proučujejo za zdravje pomembno vedenje in zaznavanje zdravstvenega statusa (King in dr., 1996; po 15).

Uporaba zdravil pri otrocih ni bila pogosto raziskana in samo nekaj raziskav opisuje delež otrok in mladostnikov, ki uporabljajo zdravila. V raziskavi o uporabi zdravil pri 11-15 let starih fantih in dekletih na Danskem (16) so ugotovili, da je velik delež 11-15-letnikov poročal o uporabi vsej ene vrste zdravil (za kašelj, prehlad, glavobol, bolečine v trebuhu, težave s spanjem ali živčnost). Najpogosteje uporabljena so bila zdravila za glavobol in bolečine v trebuhu. Uporaba le-teh pa je bila višja pri dekletih kot pri fantih in razlike med spoloma so se večale s starostjo (od 11. do 15. leta). Od leta 1988 do leta 1998 se je kazal porast v uporabi zdravil, še posebej zdravil za glavobol pri obeh spolih in pri zdravilih za bolečine v trebuhu pri 13-15-letnih dekletih.

Do pubertete so fantje "šibki spol", saj je pri njih smrtnost višja, imajo več fizičnih in psihičnih problemov, večkrat obiščejo zdravnika ali psihologa in predpišejo jim več zdravil. Od pubertete naprej pa so dekleta bolj nezadovoljna s svojim zdravjem in se pogosteje poslužujejo zdravstvenih storitev. Dekleta se pogosteje pritožujejo nad psihosomatskimi težavami in čustvenimi motnjami, za fante pa so glavni zdravstveni problemi poškodbe zaradi prometnih nesreč (Kolip, 1997b; po 15).

Raziskave se ukvarjajo z rizičnim in zaščitnim vedenjem povezanim z zdravjem v mladostništvu, ker ima le-ta lahko dolgoročni vpliv na zdravje v odraslosti. Precejšen delež prezgodnje smrti (pred 60. letom starosti) lahko tako pripišemo vedenjskim vzrokom, posebej boleznim prebavnih organov (ciroza jeter), rakom dihalnih organov, nesrečam in samomorom. Eden od ciljev je torej pomagati preventivnim programom in aktivnostim za promocijo zdravja, da priporočajo mladostnikom bolj zdravo vedenje (15).

3.1 Odnos mladostnikov do zdravja in zdravju škodljivih vedenj

Vsak človek ima svoj poseben in zanj značilen odnos do zdravja in bolezni. Ta je neposredno povezan z odnosom do sebe nasploh, s predstavo o svojih močeh in šibkih plateh, z doživljanjem svojega telesa in bolečine. Nanj pa vplivajo tudi bolj zapleteni duševni procesi, kot so doživljanje ugodja in neugodja, bojazni in tesnoba pred neznanim. Odnos do zdravja in bolezni se odraža v vsakodnevnih navadah posameznika in njegovem načinu življenja (17).

Poznavanje in razumevanje mladostnikovega odnosa do zdravja in bolezni in njegovega dejanskega obnašanja v zvezi z zdravjem je predpogoj za načrtovanje kakršnihkoli preventivnih dejavnosti na področju zdravja.

Izidi na področju zdravja so povezani s socialnimi vhodnimi spremenljivkami (npr. družbeni razred) in s posredovalci – mediatorji. Mediatorji so spremenljivke, preko katerih vhodne spremenljivke delujejo na izide. Med mediatorje sodijo: stresni življenjski dogodki, družbena podpora, čustveni dejavniki (npr. depresivnost in anksioznost), znanje, informacije in komunikacije, kognitivne dispozicije (npr. osebni nadzor in razlagalni stil), prepričanja in stališča, stres in njegovo obvladovanje, ter primerno oz. neprimerno obnašanje v zvezi z zdravjem (Rutter, Quine in Chesham, 1993; po 14). Obnašanje v zvezi z zdravjem je obnašanje z namenom omogočiti ali obdržati zdravje (Taylor, 1991; po 14), lahko pa tudi ogroža zdravje.

V doživljanju in pojmovanju zdravja kot vrednote se prepletajo vzori in napotila, ki jih je človek opazoval in sprejemal že od zgodnjega otroštva naprej, z njegovimi lastnimi izkušnjami, tako pri samem sebi kot pri svojih bližnjih. Na vse to pa vplivajo še značilnosti njegove osebnosti.

V mladostništvu se poveča možnost tveganih vedenj. Meja ne postavlja več odrasli, ampak mladostniki sami. Motiv za določanja meja pa ni zaščita, temveč želja po vznemirjenju, ugodju, samopotrditvi; včasih za vsakršno ceno (18). Velika razširjenost tveganih vedenj lahko pomembno vpliva na telesno in psihosocialno zdravje mladostniške populacije, na potek njihovega izobraževanja in socialnega integriranja v družbo. Tvegano vedenje je v obdobju mladostništva razmeroma pogost in običajen pojav in nastane predvsem kot posledica naglih telesnih in duševnih sprememb, v družbenem smislu pa kot preizkušanje različnih možnosti za individualno oblikovanje lastnega sveta in življenja (Ule, 1996; po 19).

3.1.1 Dejavniki tveganja

Uporaba tobaka, alkohola in psihoaktivnih snovi je samo ena od oblik tvegane vedenja, preko katerih mladostnik išče razumevanje in odobravanje predvsem v družbi lastne generacije. Tvegano vedenje nastane predvsem pod vplivom dvojnih pritiskov: pritiskov odraslega sveta in pritiskov sveta vrstnikov, v katerem pogosto veljajo drugačna pravila, vrednote, oblike vedenja in komuniciranja, kot pa jih zapovedujejo odrasli (17). Odzivi okolice in predvsem za mladostnika pomembnih odraslih (staršev, učiteljev) na tvegano vedenje mladostnikov so pogosto neustrezni, saj z njimi dosežemo celo nasprotni učinek. M. Tomori (17) navaja kot neprimerno usmerjene

predvsem pristope kot so kazen, represija, omejevanje in označevanje mladostnikov.

V raziskavi o dejavnih tveganja pri slovenskih srednješolcih (14) so ugotovili naslednje dejavnike zaščite pred uživanjem vseh drog:

- Izoblikovano prepričanje, da je izogibanje kajenja, pitja alkohola in uživanje drog pomembno za ohranjanje zdravja (ohranjanje zdravja pa je ena najvišjih vrednot tudi pri srednješolcih)
- Zdrav življenjski slog
- Optimističen odnos do prihodnosti
- Stabilna družina z mnogo čustvene opore staršev in/ali prijateljev
- Pozitivne dejavnosti v prostem času (npr. šport, pisanje, risanje, branje, igranje instrumenta ...)

Dejavniki tveganja za rabo različnih drog pa so:

- Samouničevalno vedenje: npr. zloraba drugih legalnih in ilegalnih drog
- "negativne" dejavnosti v prostem času (vsakodnevno obiskovanje diskotek, potepanje, divjanje ob glasbi, igranje na igralne avtomate ...)
- Depresivnost
- Veliko problemov

V raziskavi, ki so jo naredili Tomori in sodelavci (14) so dijaki menili, da je za ohranjanje zdravja zelo pomembno izogibanje uživanju drog, kajenju, varna spolnost, redno spanje, zdrava prehrana in redna rekreacija. Najmanj jih je pripisalo veliko pomembnost za ohranjanje zdravja obiskom pri zdravniku in izogibanju bolnikom in bolnišnicam. Dekleta se pogosteje kot fantje zavedajo pomembnosti različnih obnašanj za ohranjanje zdravja kot fantje. Z letnikom šolanja se manjša odstotek dijakov, ki pripisujejo določenemu obnašanju pomembnost za ohranjanje zdravja. Tri četrtine udeležencev raziskave vedno ali pogosto pove staršem, da so bolni, le tretjina se jih pogosto ali vedno odpravi k zdravniku in nikoli ali le redko vzame zdravilo brez predhodnega posveta z zdravnikom.

Med socialnimi dejavniki, ki se povezujejo z adolescentno zlorabo drog, je veliko pozornosti raziskovalcev namenjeno raziskovanju družinskih faktorjev (20). Med drugim raziskave ugotavljajo, da so partnerji in otroci odvisnih oseb tudi sami v večjem tveganju za razvoj odvisnosti zaradi genetske obremenjenosti in zaradi posnemanja odvisniškega modela vedenja (21).

Mladostniki, ki so odvisni od drog, imajo specifične probleme glede na odraslo populacijo odvisnikov. Ne gre le za razlike glede načina uživanja drog, ampak predvsem za hitre socialne in telesne spremembe, zato so za ustrezno zdravljenje potrebni programi, občutljivi za adolescentni razvojni in življenjski stil (22). Videti je, da je med najuspešnejšimi oblikami zdravljenja integrativni model, ki se ukvarja z različnimi determinantami, povezanimi z odvisnostjo - tako kognitivnimi, čustvenimi, vedenjskimi, družinskimi in sistemski dejavniki (23). Ker družina ostaja pomembna kot del aktualnih mladostnikovih medosebnih odnosov in kot kontekst dosedanjega psihosocialnega razvoja, naj bi bilo smiselno vključevati starše v proces zdravljenja odvisnih adolescentov. Mladostniki naj se ne bi dobro odzivali na zdravljenje, če ne sodelujejo njihovi starši. Za mnoge klinike in raziskovalce je sodelovanje družine pri zdravljenju adolescentove odvisnosti kritični dejavnik (24).

Dobro poznavanje dejavnikov tveganja je predvsem pomembno pri načrtovanju preventivnega dela, pri kliničnem delu pa si s tem znanjem pogosto ne moremo veliko pomagati.

V raziskavi CASA (The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University) so v raziskavi na 2000 mladostnikih in 1000 starših ugotovili, da imajo mladostniki, ki živijo z obema staršema in imajo malo ali površne stike s svojimi očeti, za 68 % višje tveganje za kajenje, pitje in uživanje drog v primerjavi z vsemi mladostniki, ki živijo z obema staršema. Če mladostnik živi z materjo samohranilko, je njegovo tveganje višje za 30 %. V raziskavi so se starši pokazali relativno resignirani glede na možnost, da bodo njihovi otroci v bodočnosti uživali droge (45 %). Vendar to stališče odseva njihovo lastno porabo v preteklosti: tisti starši, ki so kadili marihuano v mladosti, so pričakovali uživanje nelegalnih drog pri mladostniku v 58 %, tisti, ki niso, pa v 29 %.

V raziskavi, ki se je ukvarjala z vplivom zaznave mladostnikov glede starševske in vrstniške podpore kot napovedovalke rabe drog, se ne prijateljska ne materina podpora nista izkazala kot močni napovedovalki, nizka stopnja zaznane očetove podpore pa je povečala verjetnost rabe vseh drog (25).

Raziskava, ki jo je leta 2005 naredila R. Marčič (26) je pokazala, da se bolj zdravo (manj pitja alkohola, kajenja tobaka in marihuane, gledanja televizije in uporabe računalnika v prostem času) vedejo dijaki, ki so bolj zadovoljni z odnosi v družini, s svojim študijskimi in poklicnimi cilji, svojo moralo in vrednotami, pa tudi s svojim prilagajanjem svetu. Za zdravo vedenje je torej pomembno, da ima mladostnik občutek dobre opore v družinskem okolju, da je ciljno usmerjen v prihodnost ter da to prihodnost vidi pozitivno, saj se zna spopadati s stresom. Raziskava je pokazala tudi, da imajo dijaki, ki pogosteje pijejo alkohol in kadijo tobak, boljše podobo o sebi na področju socialnih odnosov kot tisti dijaki, ki redkeje posegajo po teh substancah. Prav tako so bolj zadovoljni s svojim razpoloženjem tisti, ki pogosteje pijejo alkohol. Torej je pitje alkohola in kajenje cigaret del družabnega življenja mladostnikov in tisti, ki se mu prilagodijo, se čutijo bolj sposobne na področju socialnih odnosov.

3.1.2 Razlike med spoloma

Pri oblikovanju in izvajanju intervencijskih postopkov se vedno znova postavlja vprašanje, ali je smiselno sprejeti spolno specifično razlikovanje pri ukrepih za preventivo bolezni in promocijo zdravja. Dandanes se dekleta in fantje na površinski ravni (npr. eksperimentalna raba alkohola in tobaka) ne razlikujejo toliko v rizičnih vedenjih, vendar če pogledamo globlje v kvalitativne razlike (npr. intenziteta in stopnja rabe), postanejo medspolne razlike očitne (15).

Socialni spol kot strukturna kategorija določa posameznikovo zaznavo in način obravnave lastnega telesa. Spol je značilnost socialne resničnosti in strukturira osnovne dele osebnostnega razvoja. Zato je mladostništvo še posebej pomembna stopnja v življenju, saj se v tem času vsa področja življenja usklajujejo s prihodnjim življenjem kot odrasli moški ali ženska. Rizična vedenja izražajo moškost ali ženskost, zato služijo predvsem potrjevanju tega, da posameznik postaja moški ali ženska (15).

Za oba spola je zdravstveno stanje tesno povezano s spolno specifično socializacijo, ki je, med drugim, usmerjena v različne načine spoprijemanja s svojim telesom. Dekleta in fantje so pripravljene na različna socialna področja akcije. Fantje se osredotočajo predvsem na bodočo zaposlitev, dekleta pa na čimboljšo kombinacijo službe in družine. Ta spolno specifična bremena niso poudarjena pri večini programov za preprečevanje bolezni in promocijo zdravja, tako kot tudi povezava med razvojnimi nalogami in spolnim razvojem ni obravnavana tema. Dekleta in fantje imajo kvalitativno različne socialne mreže in različne strategije spoprijemanja s problemi in stresom. Ti različni osebni in socialni viri imajo različen učinek na zdravje in bolezen fantov in deklet (15).

Fantje imajo več poškodb in pogosteje umrejo v prometnih nesrečah, ker je njihovo vedenje v splošnem bolj tvegano za zdravje in hkrati je del moške socializacije. Fantje se naučijo gnati do svojih fizičnih mej, tvegati življenje in potrpeti bolečino. Bolj tvegano vedenje fantov, kot je večja raba alkohola in težje oblike kajenja, je potrebno razumeti v povezavi s temi socializacijskimi procesi (15).

Kadar mladostnike prosimo, da ocenijo svoje zdravstveno stanje, večina študij kaže, da so dekleta nezadovoljna s svojim zdravstvenim stanjem. Razlike med spoloma pa postajajo s starostjo večje (15). Raziskave HBSC kažejo na pomembne razlike med spoloma in po letih glede doživljanja lastnega zdravja, psihosomatskih težav in zadovoljstva z življenjem. Tako se dekleta doživljajo kot manj zdrave (Mazur in Woynarowska, 2004; po 27), doživljajo več psihosomatskih težav (Hetland idr., 2002; Tabak idr., 2004; Torsheim idr., 2005; vse po 27) in so bolj nezadovoljne s svojim življenjem v primerjavi s fanti (Tabak idr., 2004; po 27). Kljub temu pa večina mladostnikov ocenjuje svoje zdravje kot dobro ali odlično, ima redko psihosomatske simptome in je zadovoljna s svojim življenjem.

Vzroke lahko iščemo tudi v tem, da mogoče deklice nimajo več zdravstvenih težav kot dečki, ampak zaznavajo simptome drugače ali pa jim je lažje govoriti o njih, tako v raziskavah kot pri zdravniku in farmacevtu. Moški in ženske se razlikujejo višini pragu, pri katerem začnejo poročati o svojih fizičnih težavah (15).

Raziskava iz leta 2000 (28) je pokazala, da dekleta pogosteje vzpostavljajo kritičen odnos do svojega življenjskega sloga (odloženi ideološki identitetni položaj), fantje pa bolj kot dekleta sledijo mnenjem in stališčem svojih staršev, in sicer na področju izbire partneric, prijateljev, interesnih dejavnosti, načina življenja itd. Zbrani rezultati se skladajo z ugotovitvami Rothmana (29), da so fantje bolj negotovi na področju medosebnih odnosov, kar izkazujejo skozi razpršen identitetni položaj.

4 Preventiva pred samomorilnimi tendencami

Samomorilna problematika pri mladostnikih je danes klinično praktični in raziskovalni izziv za številne raziskovalce tudi v zadnjem času.

Tako se nekateri (30) ukvarjajo celo s problemom konstrukcije indeksa za napovedovanje suicidalnega vedenja pri depresivnih adolescentih, s specifičnostjo psiholoških karakteristik pri adolescentnih samomorilnih poskusih (31), s tipologijami oz.

empiričnimi klasifikacijami adolescentov, ki poskušajo samomor (32), s poročili o samomorilnem vedenju (30), z "integriranimi" pristopi za ocenjevanje suicidalnega tveganja (33), s kognitivnimi korelati depresivnih simptomov pri hospitaliziranih adolescentih (34), z interkulturnimi pristopi pri raziskovanju (psihološkega) odnosa do samomorov (35), z osebnostnimi variablami, stresom in socialno podporo (36), s problemi kognitivnega stila in "prijetnih dejavnosti" (pleasant activities) med mladimi adolescentnimi samomorilkami.

Rotheram Borus s sodelavci (37) opozarja na štiri kritične poteze vedenja in kognitivnega stila, ki naj bi bile značilne za mladostnike. (Gre za poteze, ki so splošnejše oz. značilne tudi za suicid in depresijo pri odraslih.)

- Prva značilnost je število in zadovoljstvo s t. i. prijetnimi socialnimi dejavnostmi. Depresivni odrasli prakticirajo manj prijetnih (socialnih) dejavnosti oz. tovrstne dejavnosti zaznavajo kot manj zadovoljive.
- Druga poteza je nezadostna zmožnost za razreševanje medosebnih problemov, čeprav ni povsem jasno, ali je omenjena značilnost izraz splošne (ne)prilagojenosti ali pa je v specifični zvezi z depresivno simptomatiko.
- Kot tretje pa se omenja disfunkcionalni atribucijski stil, ki naj bi bil značilen za depresivne odrasle. Obtoževanje samega sebe za t. i. negativne dogodke (internalna atribucija), pa tudi zaznava tovrstnih dogodkov kot konstant lastne globalne življenjske situacije.
- Pojavlja se tudi pretirana generalizacija negativno evaluiranih (doživljenih) dogodkov, samoobtoževanje in pojav t. i. katastrofičnega mišljenja. V tem, zadnjem primeru, lahko govorimo o stilu spoprijemanja s problemi (coping style).

Prijetne dejavnosti, razreševanje interpersonalnih problemov, kognitivni ter "coping" stil so torej štiri spremenljivke, ki naj bi imele demografsko relativno generaliziran vpliv na suicidalne tendence in akcije. Rotheram Borus s sodelavci (37) pa poudarja, da še vedno ni jasno, ali omenjene značilnosti razločujejo depresivne in suicidalne od nedepresivnih in suicidalnih oseb.

Na samomor kot izjemno resen problem opozarja tudi de Man s sodelavci (36), ki navaja podatke, da je bil le-ta v drugi polovici osemdesetih let v kanadski provinci Quebec eden najpogostejših vzrokov smrti. Avtorje zanima predvsem kaj so prediktorji t. i. suicidalne ideacije pri adolescentih. Povzemajo Charrona (po 36), ki suicidalno ideacijo obravnava kot funkcijo osebnostnih značilnosti, negativnih življenjskih izkušenj in socialne podpore. K osebnostnim spremenljivkam spadajo spol, starost, samospoštovanje, lokus kontrole, depresivna stanja, alkohol in uporaba drugih drog. Negativne življenjske izkušnje vključujejo stres, zaznavo zdravstvenega statusa, družinski status, šolske dosežke in zaznavo starševske kontrole. V zvezi s socialno podporo se omenjajo nivo socialne podpore, zadovoljstvo z njim ter pojav t. i. alienacije.

Vendar pa Choquet s sodelavci (35) poudarja, da študije suicidalne ideacije zahtevajo velike populacije (vzorci), ki jih je sorazmerno težko dobiti.

Kljub temu da gre za zelo perečo temo, pa nekateri avtorji (34) poudarjajo, da je literatura v zvezi s samomorom pri adolescentih zelo omejena. Enako naj bi veljalo tudi za študije adolescentne depresije,

kar pa nikakor ne velja za podobne študije med odraslimi, ki so zelo pogoste.

Obstoječe raziskave (34) ugotavljajo podobnost faktorjev, ki vplivajo na depresivni status pri odraslih in adolescentih. Gre za pomanjkljive veščine samokontrole in razreševanja problemov, za probleme v zvezi s samospoštovanjem, pesimizem v zvezi z bodočnostjo in pogosto čustvo brezupa (hopelessness).

Na zvezo med depresivnim statusom in kognitivnimi faktorji opozarja teorija naučene nemoči, "ki uči", da so variacije depresivnega statusa rezultat (socialnega) učenja, pri katerem "ojačujemo" zaznavo nemoči in neuspeha.

Pinto in Francis (34) opozarjata na nekatere razlike v rezultatih, ki so dobljeni na hospitaliziranih oz. nehospitaliziranih populacijah (vzorcih). Tako se npr. pri hospitaliziranih populacijah odkrije šibka zveza med samopodcenjevalnim (self-deprecatory) atribucijskim stilom in depresivnim statusom, podobno pa ne velja v primeru nehospitalizirane populacije.

Motto (33) poudarja pomen modificiranja nekaterih pristopov oz. načinov obravnavanja problemov v zvezi s samomorom. Pri tem omenja vlogo intuicije, časa, "moči" (strengths), kroničnost, statistične in klinične pomembnosti, vlogo paradigme, razlike med terapevti, individualno edinstvenost ter vlogo suicidalne predikcije vs. ocene rizika.

5 Učinkovita komunikacija in priporočila za preventivo

V obdobju mladostništva se posameznikovi odnosi z vrstniki, sorojenci, starši in drugimi odraslimi spremenijo količinsko in kakovostno, mladostnik pa bolj dejavno komunicira tudi s širšim socialnim okoljem (38). Mladostnikova komunikacija s starši je vse bolj selektivna, večina staršev pa vse bolj spoštuje mladostnikovo težnjo po zasebnosti. Mladostniki staršem povedo samo izbrane informacije, vendar še te v izbrani obliki in ob izbranem času. Slovenski mladostniki se s starši pogovarjajo predvsem o šolanju, vedenjskih normah, različnih življenjskih nazorih, idejah, načelih in vrednotah ter o družinskih problemih. Z njimi se redko pogovarjajo o širših družbenih problemih (npr. o uživanju drog in alkohola) in smislu življenja, še posebej se izogibajo pogovorom o spolnosti (Zupančič, 1996; Zupančič in Svetina, 1995-2002; oba po 38), zlasti mlajši mladostniki (39).

Starši v tem obdobju še vedno občasno uveljavljajo enosmerno avtoriteto (npr. na področju socialnih obveznosti, šolskega dela), vendar jo s starostjo mladostnika vse bolj nadomešča dvosmerna – starši postanejo svetovalci, razpravljajo z mladostniki in iščejo kompromisne rešitve pri obvladovanju medosebnih konfliktov (38).

Farmacevt naj pri komunikaciji z mladostnikom upošteva njegovo smer razvoja k odraslosti in s tem težnjo po večji odgovornosti, enakovrednosti in zasebnosti. Pri svetovanju naj dopušča dvosmerno avtoriteto in s tem vzpostavlja nepokroviteljski in spoštljiv odnos. Na ta način se mladostnik ne bo postavil v obrambno pozicijo in bo bolj pripravljen poslušati in sprejeti farmacevtove nasvete.

To je najlažje doseči z uporabo vprašanj odprtega tipa, ki dajejo vtis pogovora, za razliko od vprašanj zaprtega tipa, ki dajejo vtis zasliševanja. Zaprto vprašanje namreč zahteva zgolj odgovor da ali ne. Primer: "Ali že poznaš ta zdravila?" Odprta vprašanja pa sprašujejo po mnenju in dovoljujejo sogovorniku, da na svoj način pove, kar želi in kolikor želi. Primera: "Kako si se počutil po tem, ko si vzel zdravilo?", "Kaj misliš?". Prekov vprašanj odprtega tipa lahko farmacevt tudi izve več informacij, ki mu lahko pomagajo pri nadaljnjem svetovanju.

Ker se v obdobju mladostništva, še posebej v zgodnjem mladostništvu, dogajajo mnoge telesne spremembe, o katerih mladostnik mogoče nima dovolj informacij, je potrebno upoštevati njegovo morebitno zadrego in posledično zapiranje vase. Zato je dobro določene stvari razložiti tudi, če mladostnik ne sprašuje po njih ali celo reče, da že ve. Možno je, da ne želi priznati, da ne ve, saj je v tem obdobju zelo obremenjen s tem, kaj si drugi mislijo o njem. Tako ne bo z veseljem povedal, da nečesa ne ve in da potrebuje pomoč. To moramo ugotoviti sami oz. podati razlago v vsakem primeru. Še posebej fantje bodo mogoče manj zgovorni in sodelovalni.

Starejši mladostniki so v tem pogledu že bolj radovedni in manj osredotočeni na mnenje drugih, zato bodo prej sami prosili za dodatna pojasnila kot mlajši mladostniki. Vendar je tudi pri njih potrebno izražati in spodbujati zaupanje s tem, da farmacevt izraža toplino, željo po medsebojnem razumevanju in sodelovanju. V primeru, da je v lekarni več oseb, ki lahko poslušajo pogovor, je možno, da mladostnik ob razlagi farmacevta občuti še dodatno zadrego. Takrat je mogoče smiselno uporabiti tretjo osebo, npr.: »nekateri ne vedo, da...« Če pri mladostniku zaznamo, da mu naše besede povzročajo nelagodje, je boljše, da prenehamo, ker v tistem momentu ne bo osredotočen na naše besede ampak na svoje počutje.

Velikokrat smo bolj pripravljeni upoštevati farmacevtova navodila, če vemo, zakaj je pomembno jemati določeno zdravilo in zakaj ravno na predpisan način, zato je dobro, da zna farmacevt to razložiti na preprost način, ki ga razume tudi nekdo brez medicinske izobrazbe.

Ko pride mladostnik v lekarno s staršem, ga je potrebno obravnavati kot enakopravnega sogovornika in sicer tako, da farmacevt vprašanja in nasvete naslavlja predvsem nanj, ne pa na starša, saj gre za njegovo zdravje. S tem pa mora biti skladna tudi neverbalna komunikacija, kjer vzpostavlja očesni stik predvsem z mladostnikom in je obrnjen proti njemu. Pri bolj delikatnih tematikah, je dobro povedati, zakaj se je pomembno pogovarjati o tem in zakaj skupaj s starši, tako mladostnik ne dobi občutka, da ga želimo osramotiti, pokazati na njegovo neznanje.

Težnjo po zasebnosti mladostnika lahko farmacevt bolje zadovolji z uporabo posebnih svetovalnih prostorov, pa tudi s svetovanjem preko interneta.

Glede na raziskavo na Finskem, ki so jo izvedli Pohjanoksa Mäntylä in sodelavci (40), ima tretjina finskih lekarn delujočo internetno stran, 94% teh pa nudi možnost svetovanja po elektronski pošti. Internetno storitev »vprašaj farmacevta« je ponujalo 13% lekarn, ki imajo internetno stran. Lekarne so odgovorile na 54% povpraševanj po elektronski pošti. Pomembnost elektronske pošte kot sredstva komuniciranja med uporabniki zdravil in farmacevti bo najverjetneje naraščala. Za pozitiven sprejem spletnega svetovanja, je potrebno

odgovoriti na čimveč vprašanj in s tem pokazati na zanesljivost in verodostojnosti svetovanj.

K zdravemu načinu življenja je potrebno vzgajati že od začetka. Z zgleodom in posredovanjem informacij o zdravem življenju in pravilni rabi zdravil odrasli vplivajo na otrokov odnos do zdravja. V prvi vrsti so to starši, katerim lahko pomagamo pri zdravstveni socializaciji z delavnicami že v vrtcih in kasneje, z izobraževanjem (npr. preko zhibank) in s svetovanjem.

6 Literatura

1. Horvat L, Magajna L. Razvojna psihologija. Ljubljana: DZS, 1987: 234.
2. Šinigoj Batistič I. Identitetni in emocionalni razvoj v adolescence. Magistrska naloga. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, 1995.
3. Adams GR, Gullotta PG, Markstrom-Adams C. Adolescent life experiences. California: Brooks/Cole Publishing Company, 1994.
4. Anatrella T. Interminables adolescences: Les 12-30 ans, puberté, adolescence, postadolescence. "Une société adoléscentrique". Ethique et Sociétés, Paris, 1993.
5. Montemayor R, Adams GR, Gullotta TP. Introduction. V Montemayor R, Adams GR, Gullotta TP, eds. From childhood to adolescence: A transitional period. California: SAGE publications, 1990: 9-15.
6. Lutte G. Libérer l'adolescence: introduction à la psychologie des adolescents et des jeunes. Bruxelles, Pierre Mardaga, 1988.
7. Ule M, Miheljak V. Prihodnost mladine. Ljubljana: DZS, 1995: 29.
8. Žmuc Tomori M. Pot k odraslosti: kaj je in kaj ni motnja v otrokovem duševnem razvoju. Ljubljana: Cankarjeva Založba, 1983.
9. Claes M. L'expérience adolescente. Bruxelles: Pierre Mardaga, 1983.
10. Keltikangas Järvinen L. The stability of self-concept during adolescence and early adulthood: a six-year follow-up study. The Journal of General Psychology, 1990; 117 (4): 361-368.
11. Marcia JE. Identity in adolescence. V Adelson J, ed. Handbook of adolescent Psychology. New York: Wiley, 1980: 159-187.
12. Marcia J. The empirical study of ego identity. V Bosma HA, Graafsmas TLG, Grotevand HD et al, eds. Identity and development: An interdisciplinary approach. USA: SAGE Publications, 1994: 67-80.
13. Zupančič, M. Razvojne naloge mladostnika in institucionalno izobraževanje. Psihološka obzorja 1993; 2(3-4): 207-213.
14. Stergar, E. Odnos srednješolcev do zdravja in izbrani vidiki obnašanja v zvezi z zdravjem. V Tomori M, Stikovič S, ur. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Littera picta, 1998: 51-71.
15. Kolip P, Schmidt B. Gender and health in adolescence. European health21, target 4, 1999. Internetni vir.
16. Holstein BE, Holme Hansen E, Due P et al. Self-reported medicine use among 11- to 15-year-old girls and boys in Denmark 1988 – 1998. Scand J Public Health 2003; 31: 334-341.
17. Tomori M. Psihologija telesa. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1990.
18. Tomori M. Uvod. V Tomori M, Stikovič S, ur. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Littera picta, 1998: 5-9.
19. Bajt M. Tvegana vedenja: uporaba tobaka, alkohola in marihuana. V Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T, ur. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007: 121-150.
20. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin 1992; 112: 64-105.
21. A report to the European Union. Alcohol problems in the family. Eurocare 1998: 19-31.
22. Winters KC, Stinchfield RD, Opland E et al. The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. Addiction 2000; 95(4): 601-612.
23. Wagner E, Brown S, Monti P et al. Innovations in adolescent substance abuse intervention. Alcoholism Clin Exp Res 1999; 23: 236-249.

24. Rogers PD, Speraw SR, Ozbek I. The assessment of the identified substance-abusing adolescent. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42(2): 351-370.
25. Piko B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Subst Use Misuse* 2000; 35(4): 617-630.
26. Marčič R. Povezanost samopodobe in samospoštovanja z nekaterimi zdravju škodljivimi vedenji: diplomsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2005.
27. Jeriček H. Doživljanje zdravja. V Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T, ur. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007: 19-30.
28. Kobal D. Temeljni vidiki samopodobe. Ljubljana: Pedagoški inštitut, 2000.
29. Rothman KM. Multivariate analysis of the relationship of personal concerns to adolescent ego identity status. *Adolescence* 1984; 19: 75.
30. Kienhorst CWM, Wilde de EJ, Bout van den J et al. Self - reported suicidal behavior in dutch secondary education students. *Suicide and Life - Threatening Behavior* 1990; 20(2): 101–112.
31. Wilde de EJ, Kienhorst CWM, Diekstra RFW et al. The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32(1): 51-59.
32. Kienhorst CWM, Wilde de EJ, Bout van den J et al. Two subtypes of adolescent suicide attempters. *Acta psychiatrica Scandinavica* 1993; 87: 18-22.
33. Motto JA. An integrated approach to estimating suicide risk. *Suicide and Life - Threatening Behaviour* 1991; 21(1): 74–89.
34. Pinto A, Francis G. Cognitive correlates of depressive symptoms in hospitalized adolescents. *Adolescence* 1993; 28(111): 661–672.
35. Choquet M, Kovess V, Poutignat N. Suicidal thoughts among adolescents: an intercultural approach. *Adolescence* 1993; 28(111): 649–659.
36. De Man AF, Leduc CP, Labreche-Gauthier L. Correlates of suicidal ideation in french - canadian adolescents: personal variables, stress and social support. *Adolescence* 1993; 28(112): 819–830.
37. Rotheram Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC et al. Cognitive Style and Pleasant Activities Among Female Adolescent Suicide Attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58(5): 554–561.
38. Zupančič M, Svetina M. Socialni razvoj v mladostništvu. V Marjanovič Umek L, Zupančič M, ur. Razvojna psihologija. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete, 2004: 589-611.
39. Puklek, M. Razvoj psihološkega osamosvajanja mladostnikov v različnih socialnih kontekstih. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 2001.
40. Pohjanoksa Mäntylä M K, Kulovaara H, Bell JS et al. Email Medication Counseling Services Provided by Finnish Community Pharmacies. *The Annals of Pharmacotherapy* 2008; 42(12): 1782-1790. Published Online, 25 November 2008, www.theannals.com.