

Dejavniki, ki vplivajo na kajenje mladostnikov

Influences on adolescent smoking

Helena Koprivnikar

Inštitut za varovanje
zdravja Republike
Slovenije, Trubarjeva 2,
1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

Helena Koprivnikar,
Inštitut za varovanje
zdravja RS, Trubarjeva 2,
1000 Ljubljana
Tel.: +386 1 2441
469; E-mail: helena.
koprivnikar@ivz-rs.si

Ključne besede:

tobak, kajenje,
mladostnik, dejavniki
tveganja, varovalni
dejavniki

Key words:

tobacco, smoking,
adolescent, risk factors,
protective factors

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2011;
80: 499–505

Prispelo: 30. avg. 2010,
Sprejeto: 4. mar. 2011

Izvleček

Na kajenje mladostnikov vplivajo številni, prepletajoči se dejavniki, ki jih moramo upoštevati pri pripravi in izvajanju ukrepov oz. programov za preprečevanje in zmanjševanje kajenja mladostnikov. S programi, ki naj bi jih izvajali v različnih okoljih (v šolah, zdravstvu, lokalnih skupnostih ipd.), skušamo zmanjševati dejavnike tveganja, hkrati pa krepiti varovalne dejavnike, med katere uvrščamo nizko prevalenco kajenja, zdrav življenjski slog, telesno dejavnost in dobro duševno zdravje. Prav zato je nujno, da oblikovane ukrepe povežemo tudi s tistimi programi, ki so zunaj področja nadzora nad tobakom.

Abstract

There are numerous and intertwining factors that influence adolescent smoking and have to be considered when we develop and implement programmes and measures for the prevention and reduction of adolescent smoking. In different environments (schools, health system, local communities) we have to reduce risk factors and strengthen protective factors through programmes incorporated in the system. The protective factors are low prevalence of smoking, healthy lifestyle, physical activity and good mental health, indicating the importance of links to programmes outside of the tobacco control.

1. Uvod

Kadilske navade se praviloma vzpostavljajo v obdobju mladostništva. Kar 80–90 % odraslih rednih kadilcev namreč začne kaditi ter razvije kadilske navade in zasvojenost do 19. leta starosti.^{1–3} V prispevku želimo podati pregled dejavnikov, ki povečujejo ali zmanjšujejo verjetnost, da bo mladostnik kadil. Opisujemo najpomembnejše dejavnike, ki vplivajo na kajenje mladostnikov, ter navajamo področja, na katerih bi lahko z vzpostavitvijo dodatnih dejavnosti ali izboljšanjem obstoječih učinkovito vplivali na zmanjševanje kajenja med slovenskimi mladostniki.

2. Gradivo

Literaturo, ki smo jo uporabili pri oblikovanju prispevka, smo zbrali s pomočjo baze PubMed in s pregledom spletnih strani pomembnejših evropskih in severnoameriških javnozdravstvenih ustanov.

3. Rezultati

Na kajenje mladostnikov vplivajo številni, kompleksni in med seboj povezani socialno-demografski, družbeni, vedenjski, osebni, biološki in genetski dejavniki.^{2,4–9} Nekateri izmed njih sicer izraziteje vplivajo na kajenje v mladostništvu, vendar pa na kajenje vplivajo sinergistično in ne vsak zase.^{5,7,10} V različnih fazah kadilskega vedenja mladostnikov so pomembni različni dejavniki in njihove kombinacije.^{2,6,10} Danes o posameznih dejavnikih vemo že zelo veliko, premalo pa poznamo njihovo medsebojno povezanost in obseg vpliva posameznega dejavnika na pojav kadilskih navad pri mladostnikih.^{5,6,8,10,11} O varovalnih dejavnikih vemo še manj; opredelili bi jih lahko kot odsotnost dejavnikov tveganja za kajenje in/ali kot posebne dejavnike.⁶ Ne glede na to pa lahko dejavnike, ki vplivajo na pojav kajenja pri mladostnikih, razdelimo na tri skupine: individualne dejavnike

ter dejavnike ožjega in širšega družbenega okolja.^{5,12}

3.1. Individualni dejavniki

Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na pojav kajenja pri posamezniku, so: starost, spol, socialno-ekonomski položaj, genetski vplivi, fiziološki odzivi ter številni drugi dejavniki, povezani z značilnostmi mladostniškega obdobja.

Starost. Pogostost kajenja pri mladostnikih s starostjo narašča,^{6,13,14} prav tako pa se s starostjo spreminja tudi vpliv drugih dejavnikov^{4,5} (npr. vpliv staršev, vpliv vrstnikov, dostop do tobačnih izdelkov,⁴ »predelava« medijskih sporočil⁵). Še posebej so pomembna obdobja večjih življenjskih sprememb (npr. prehod iz osnovne v srednjo šolo).⁴

Socialno-ekonomski položaj (SEP). Rezultati raziskav, v katerih so proučevali povezanost kajenja pri mladostnikih s socialno-ekonomskim položajem, niso enoznačne,⁵ vendar pa kljub temu nakazujejo, da je nižji SEP povezan z večjo verjetnostjo kajenja.^{6,11,12,14}

Spol. Večina dejavnikov, ki vplivajo na kajenje, je pri obeh spolih enaka,^{2,12} določeni motivi za kajenje pa se med spoloma razlikujejo.^{2,5,7,12,15} Pri dekletih so to predvsem samopodoba, depresivnost⁵ ter prepričanje, da kajenje ugodno vpliva na razpoloženje^{12,15} in na telesno težo.^{5,12} Pri fantih pa so pomembni dejavniki kajenja agresivnost, delinkventnost in motnje vedenja.⁵

Genetski vplivi. Raziskave potrjujejo, da genetski dejavniki pomembno vplivajo na kadilsko vedenje.^{5,12,16} Verjetno je v oblikovanje kadilskega vedenja vpletenih več različnih genov, ki vplivajo na nevrottransmitterske poti, specifične za nikotin,¹² ter na metabolizem nikotina.^{12,16,17}

Fiziološki odzivi. Razlike v odzivu na prve poskuse kajenja, to je večja ali manjša občutljivost na neugodne učinke nikotina, so pomembno povezane z nadaljevanjem kajenja po prvih poskusih, ki je manj verjetno ob bolj izraženih neugodnih občutkih.^{4,12,18} Na fiziološko odzivanje lahko vplivajo drugi dejavniki, kot so navzočnost izkušenih vrstnikov kadilcev,¹⁸ pričakova-

nja posameznika, subjektivna razlaga izkušnje.^{5,12} ter sladki in osvežilni okusi tobačnih izdelkov.^{12,19,20}

Mladostništvo. Za to obdobje je značilna izrazita občutljivost na stimulacijske učinke nikotina^{4,12} in zasvojljivost nikotina.⁴

Poznavanje škodljivosti kajenja. Poznavanje neugodnih vplivov kajenja mladostnikov pred kajenjem ne varuje,^{2,6,21} morda le v primeru poznavanja kratkoročnih učinkov kajenja.²

Zaznavanje prevalence kajenja. Pomembno je, kako mladostnik ocenjuje prevalenco kajenja med vrstniki in odraslimi.^{2,5,12,21,22} Mladostniki, ki delež kadilcev med vrstniki najbolj precenjujejo, bodo najverjetneje tudi sami postali kadilci.^{1,2,6}

Kajenje in nadzor nad telesno težo (TT). Raziskave večinoma kažejo, da med kajenjem in telesno težo ni nikakršne povezanosti. Če obstaja, je pozitivna, kar je obratno kot pri odraslih;²³ morda zato, ker pogosto pretežki mladostniki začnejo kaditi zato, da bi s kajenjem nadzorovali svojo telesno težo. 10–40 % mladostnikov in mladih odraslih, ki kadijo, trdi, da s kajenjem nadzorujejo telesno težo,^{10,21,23} predvsem dekleta. Precejšnji delež jih verjame, da je kajenje učinkovit način nadzora nad telesno težo.^{10,21} Pri mladostnikih je s kajenjem povezano hujšanje, zaznavanje lastne telesne teže in zaskrbljenost zaradi nje,^{15,23,24} predvsem pri dekletih.^{10,12,15,21,23}

Raba različnih snovi. Začetek kajenja je pri mladostnikih pogosto povezan z rabo različnih drugih snovi,^{1,2,5,12,15,23} predvsem alkohola.^{1,4,12,15} Raba drugih snovi napoveduje začetek kajenja, velja pa tudi nasprotno.^{5,12,23}

Osebnostne značilnosti. Raziskave kažejo, da je kajenje pri mladostnikih povezano z nagnjenostjo k iskanju novih dražljajev,^{4,10,12,21} s tveganim vedenjem,^{2,5,6,12,21} z impulzivnostjo,^{10,12} uporništvom,^{2,10,12,21} odobravanjem delinkventnosti,²¹ s samo delinkventnostjo,^{2,4-6} z nezadostnimi veččinami odločanja^{6,17} in z agresivnostjo.^{4,5,12}

Samopodoba. Mladostniki, ki so poskusili kaditi, imajo pomembno slabšo samopodobo v primerjavi s tistimi, ki niso nikoli kadili.^{2,6,12,21} Vendar pa obstajajo tudi do-

kazi, da je pri mladostnikih tudi zelo dobra samopodoba povezana s kajenjem.²⁵

Dejavniki, povezani s šolo. Na večjo verjetnost kajenja pri mladostnikih kažejo slab učni uspeh,^{2,6,10-12,15,21,22} majhna prizadevnost,^{2,6,12,22} odklonilen odnos do šole in šolanja^{2,6,12,21} ter težave z vedenjem v šoli.^{6,10,12}

Motnje in bolezni. Kajenje pri mladostnikih je povezano s sindromom pomanjkljive pozornosti in s hiperkinetičnim sindromom,^{4,5,10,12,15} z vedenjskimi^{5,10,12,15} in depresivnimi motnjami^{2,4,5,11,12,15,21} ter s tesnobo.^{5,6,12,21}

Drugi dejavniki, ki povečujejo verjetnost kajenja pri mladostnikih. Med dejavnike, ki povečujejo verjetnost, da bo mladostnik začel kaditi, uvrščamo pozitivna stališča o kajenju,^{2,6,10,14,21} pričakovanja in zaznane koristi, ki jih mladostnik povezuje s kajenjem,^{10,15,21} nezdrav življenjski slog,^{2,6,12} namero za kajenje v prihodnosti,^{2,12,14,21} zlorabo v otroštvu (besedna, telesna ali spolna)^{11,12,14,24} in istospolno ali biseksualno usmerjenost¹² ter občutke stresa.^{6,11,12,24} Kajenje lahko postane način obvladovanja stresa.^{6,24}

Drugi dejavniki, ki zmanjšujejo verjetnost kajenja pri mladostniku. V to skupino dejavnikov uvrščamo telesno dejavnost in šport,^{4,21} osebnostne veščine odklanjanja² in vernost.^{6,26}

3.2. Dejavniki ožjega družbenega okolja

Več kot je v mladostnikovem življenju pomembnih oseb, ki kadijo, večje je tveganje, da bo kadil tudi mladostnik.¹¹

Vpliv vrstnikov. Kajenje vrstnikov je eden najbolj doslednih napovednih dejavnikov kajenja pri mladostnikih.^{2,5,6,8-12,15,22} Mladostniki le redko poročajo o neposrednem pritisku vrstnikov nanje, naj kadijo;^{5,8,10,12} kaditi začnejo zlasti zaradi občutka pripadnosti ali sprejetosti v skupini vrstnikov, ki kadijo,^{2,5,8,12} oziroma zaradi prepričanja, da je kajenje razširjeno in družbeno sprejemljivo ter da je to način povezovanja z vrstniki.¹⁰

Vpliv staršev in sorojencev. Starši pomembno vplivajo na to, ali bo mladostnik

začel kaditi,^{5,6,10,12,15,21,22} predvsem z lastnim zgledom, s sporočili in pravili glede kajenja ter z vzgojnim pristopom.^{2,5,6,12,15,21} Če kadijo starši, je bolj verjetno, da bo kadil tudi njihov otrok,^{5,9,21} avtoritativni način vzgoje s starševsko podporo in nadzorom pa vpliva na manjšo verjetnost kajenja pri mladostniku.^{5,6,9,12,21} Kajenje starejših sorojencev, še posebej istega spola,¹² prav tako pomembno vpliva na kajenje mladostnika.^{2,6,9,12,21}

Vpliv šole. Prevalenca kajenja v posamezni šoli in sprejemljivost kajenja vplivata na začetek kajenja pri mladostnikih.^{2,10,12,15} V šolah z visoko prevalenco kajenja pogosto kadijo priljubljeni dijaki, v šolah z nizko prevalenco kajenja pa socialno izključeni.¹⁵ Več kadilcev je v šolah s svobodnejšimi pravili glede kajenja, z manjšo vpletenostjo učiteljev in manj dosledno disciplino.^{2,10} Pri nevsolanih mladostnikih (t.i. 'osipnikih') je verjetnost, da bodo kadili, večja kot med vsolanimi.¹²

3.3. Dejavniki širšega družbenega okolja

Trženje tobaknih izdelkov ter sodobni mediji in tehnologije. Tobačna industrija za doseganje čim večje prodaje svojih izdelkov uporablja številne tržne pristope.²⁸ Mladostniki so za tobačno industrijo zelo pomembna ciljna skupina,²⁸⁻³¹ saj se kadilske navade praviloma vzpostavljajo v mladostništvu.¹⁻³ Pridobljeni mladi kadilec bo lojalen kupec, saj kadilci znamko tobačnega izdelka le redko zamenjajo.^{20,28-30} To je za različne proizvajalce tobaknih izdelkov močna spodbuda, da tekmujejo za čim večji tržni delež med mladostniki ob začetku kajenja.²⁰

Mladostniki vse več informacij dobivajo iz medijev in s svetovnega spleta, dostopnost do njih ima danes praktično vsak mlad človek. Med dejavniki, ki pomembno vplivajo na odraščanje, so mediji prav tako pomembni kot vrstniki.³¹ Naraščajoče število komunikacijskih kanalov in globalizacija tobačni industriji omogočata nove dostope do mladostnikov, ki so tako tako subtilni, da jih včasih komajda zaznamo.³²

Izpostavljenost marketinškim dejavnostim in medijem povzroča, da mladostniki

oblikujejo pozitivno stališče do kajenja, začetka kajenja ter rednega kajenja. Približno polovica mladostnikov, ki začnejo kaditi, to stori zaradi vpliva tržnih pristopov in medijev.³³

Učinkoviti ukrepi za nadzor nad tobakom. Mednje uvrščamo zvišanje cen tobačnih izdelkov, prepoved kajenja v zaprtih javnih in delovnih prostorih, prepoved oglaševanja, promocije in sponzorstev, ozaveščanje in informiranje o škodljivosti uporabe tobaka, opozorila na tobačnih izdelkih, pomoč pri opuščanju kajenja in zmanjševanje dostopnosti tobačnih izdelkov.^{28,29,34-37} Najučinkovitejše so obsežne kombinacije ukrepov,^{29,34-37} med posameznimi ukrepi pa so najučinkovitejši ukrepi povečanje cen tobačnih izdelkov, obsežna prepoved oglaševanja in promocije tobačnih izdelkov, logotipov ter zaščitene imen in tudi ozaveščanje ter informiranje.³⁵

4. Razpravljanje

Raziskave jasno kažejo, da večina odraslih kadilcev prične kaditi že pred 19. letom starosti,^{1,3} zato je zmanjševanje kajenja mladostnikov pomemben del ukrepov za omejevanje uporabe tobaka med prebivalstvom nasploh.

Pri oblikovanju učinkovitih ukrepov in programov za preprečevanje in zmanjševanje kajenja pri mladostnikih moramo poznati in upoštevati dejavnike, ki vplivajo na kajenje.^{6,7,11} Da bi bili ukrepi bolj učinkoviti, moramo hkrati vplivati na več dejavnikov tveganja in tudi na varovalne dejavnike.^{6,7} Upoštevati moramo tudi dejavnike, ki morda ne kažejo očitnega vpliva, npr. poznavanje škodljivih učinkov kajenja, pa čeprav le zaradi širjenja znanja.⁶ Ozaveščanje in informiranje namreč pomembno zmanjšujeta pogostost kajenja pri mladostnikih.³⁵

S preprečevanjem kajenja naj bi začeli čim prej, že pri bodočih starših, pri mladostnikih pa takrat, ko še niso začeli kaditi,^{2,24} saj je pravočasno ukrepanje v tem obdobju učinkovitejše kot poznejše.³ V Sloveniji do prvih poskusov kajenja prihaja že pred starostjo 10 let, v povprečju pa pri približno 13 letih;¹³ zato je smiselno, da z izvajanjem programov pričnemo že pred začetkom mlado-

stniškega obdobja. Intenzivneje se moramo usmeriti na ključne prehode v mladostnikovem življenju, predvsem prehod med osnovno in srednjo šolo. Ukrepe moramo izvajati čim dlje,^{2,24} po možnosti vse do konca mladostništva, programe pa tudi ustrezno prilagoditi glede na spol.^{2,5,7,12,15,38}

V začetnem obdobju kajenja so pri mladostnikih pomembnejši dejavniki ožjega in širšega družbenega okolja, zato lahko predvsem v tem obdobju nanje pomembno vplivamo z ustreznimi ukrepi in programi. V Sloveniji že izvajamo ustrezne učinkovite ukrepe, zato v zadnjih letih že ugotavljamo upad kajenja pri mladostnikih.^{13,39,40} Z uvedbo novih ukrepov ter dopolnitvijo obstoječih pa najverjetneje lahko nadalje pomembno vplivamo na kajenje mladostnikov, predvsem z zviševanjem cen tobačnih izdelkov, vključno s prepovedjo prijemov za navidezno zmanjševanje cen ter prepovedjo izjem v oglaševanju. Pri iskanju novih strank med mladostniki je tobačna industrija namreč izjemno prilagodljiva ter spretno oblikuje nove ukrepe in se jim v svojih marketinških strategijah hitro prilagaja.^{31,34} Zato je pomembno, da spremljamo njeno delovanje³¹ in o tem seznanjamo javnost. Na področju javnega zdravja pa bomo morali začeti usmerjati svoje dejavnosti v sodobne medije in tehnologije, ki so danes močno prisotni v življenju naših mladostnikov.¹³

Pomembno je tudi, da krepimo varovalne dejavnike, ki preprečujejo oz. zmanjšujejo kajenje. Ti so: nizka prevalenca kajenja odraslih in mladostnikov, zdrav življenjski slog, telesna dejavnost in dobro duševno zdravje, ki pa ne pomeni le preprečevanje tesnobe ali depresivnosti, pač pa tudi spodbujanje ustrezne samopodobe, asertivnosti, poznavanje tehnik sproščanja idr. Kakovostno preživljanje prostega časa pri mladostnikih s poudarkom na telesni dejavnosti naj bo vodilo vseh ukrepov tako na lokalni ravni kot tudi na nacionalni ravni; to pomeni predvsem več vlaganj v ustrezne programe in infrastrukturo. Pomembno je torej povezovanje programov nadzora nad tobakom z drugimi programi (npr. za gibanje, pozitivno duševno zdravje, preprečevanje tveganega pitja alkohola) in s šolskim okoljem, ki lahko pomembno prispeva k zmanj-

ševanju kajenja s programi preprečevanja kajenja,⁴¹ z zmanjševanjem dejavnikov tveganja in s krepitvijo varovalnih dejavnikov. Vsem mladostnikom v Sloveniji pa morajo biti dostopni enotni programi, ki naj bodo vpeti tudi v šolski in zdravstveni sistem in ki bodo zagotavljali enotne standarde znanja, veščin, krepitve varovalnih dejavnikov in preprečevanja dejavnikov tveganja. Vpetost programov v šolski in zdravstveni sistem pomeni tudi večjo razpoložljivost potrebnih virov, redno izvajanje programov in ustrezno vrednotenje. Izkušnje nas namreč učijo, da programi in dejavnosti, ki jih izvajamo prostovoljno, navadno ne trajajo dovolj dolgo, pa tudi izvajajo se ne enotno in povesod.

Za mladostnike z večjim tveganjem bi lahko pripravili intenzivnejše dodatne programe. Dejavniki, ki kažejo na povečano tveganje za kajenje, so npr. druženje z vrstniki, ki večinoma kadijo, nezdrav življenjski slog, pitje alkohola, pomanjkanje telesne dejavnosti, nekatere osebnostne značilnosti, nezadostna prizadevnost in slab šolski uspeh, odklonilen odnos do šolanja, šolanje v poklicni šoli, težave z vedenjem v šoli, izstop iz formalnega šolanja (t. i. osipniki), etnična pripadnost, depresija, tesnoba, motnje vedenja in drugi. Našteti dejavniki nismo razvrstili po pomembnosti, ker te zaenkrat še ne poznamo.

V Sloveniji smo do sedaj opravili le malo raziskav, ki preučujejo dejavnike, ki vplivajo na kajenje slovenskih mladostnikov; nekaj podatkov pa je vendarle na voljo. Zlasti učenci zadnjih razredov osnovnih šol niso dovolj seznanjeni s področjem kajenja in močno precenjujejo obseg kajenja vrstnikov in odraslih ter predvsem slabše poznajo dejstva o vplivu kajenja na telesno težo in stres. Bolje poznajo dolgoročne škodljive posledice na zdravje posameznika.³⁸ Radovednost je najpogosteje navedeni razlog za začetek kajenja, sledijo želja po sprejetosti ter poskusi lajšanja stresa, depresije ali tesnobe.⁴² Povezanosti med socialno-ekonomskim položajem družine in začetkom kajenja pri starosti 13 let ali manj ter vsaj enkrat tedenskim kajenjem nismo ugotovili.¹⁴ Mladostniki, ki so bolj telesno dejavni, manj verjetno kadijo;⁴²⁻⁴⁵ vendar pa ugotavljamo, da se s telesno dejavnostjo najmanj eno uro na dan več kot

pet dni v tednu ukvarja le 40 % slovenskih 15-letnikov.¹³ Za nekatere dejavnike imamo le podatke o njihovi razširjenosti, kar kaže na njihovo morebitno pomembnost. Nekaj več kot tretjini slovenskih 15-letnikov šola ni preveč všeč, predvsem fantom. Skoraj polovica 15-letnic meni, da so predebele. Hujša skoraj petina deklet in skoraj desetina fantov te starosti, še več pa jih meni, da bi morali shujšati. Alkohol redno pije več kot četrtina 15-letnikov, predvsem fantov. Povprečna starost ob prvem pitju alkohola je blizu povprečni starosti ob prvem kajenju.¹³ Ti podatki sicer ne kažejo posebnosti, jih pa zaenkrat ni dovolj; zato potrebujemo več raziskav, predvsem kvalitativnih, ki nam bodo pomagale, da bomo prepoznali najpomembnejše dejavnike, ki vplivajo na kajenje slovenskih mladostnikov, in tako omogočili oblikovanje učinkovitejših programov.

5. Zaključek

Pomemben del programov, s katerimi nadzorujemo porabo tobaka v celotni populaciji, so prav ukrepi, s katerimi skušamo vplivati na zmanjševanje kajenja pri mladostnikih. Da bi bili tovrstni programi in ukrepi zares učinkoviti, moramo pri njihovem oblikovanju in časovnem umeščanju upoštevati tudi dejavnike, ki vplivajo na kajenje pri mladostnikih. To pa niso le dejavniki tveganja, ampak tudi dejavniki, ki posameznika varujejo pred privzemom škodljivega kadilskega vedenja.

Literatura

1. US Department on Health and Human Sciences. Preventing Tobacco Use Among Young People: a report of the surgeon general. Atlanta: USDHHS; 1994.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: a report of the surgeon general. Atlanta: USDHHS; 2000.
3. Vickers KS, Thomas JL, Patten CA, Mrazek DA. Prevention of tobacco use in adolescents: review of current findings and implications for healthcare providers. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 708–12.
4. Jamner LD et al. Tobacco use across the formative years: A road map to developmental vulnerabilities. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: S71–S87.
5. Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and Contextual Influences on Adolescent Smoking. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021: 175–97.
6. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control* 1998; 7: 409–420.
7. Flay BR, Petraitis J, Hu FB. Psychosocial risk and protective factors for adolescent tobacco use. *Nicotine Tob Res* 1999; 1: S59–S65.
8. Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction* 2003; 98 Suppl.1: 37–55.
9. Avenevoli S, Merikangas KR. Familial influences on adolescent smoking. *Addiction* 1998; Suppl 1: 1–20.
10. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational Influences on Cigarette Smoking. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 463–91.
11. Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17: 607–612.
12. Scollo MM, Winstanley M, eds. Tobacco in Australia. 3rd ed. Dosegljivo na: <http://www.tobaccoinaustralia.org.au/downloadchapters/>
13. Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T. HBSC Slovenija 2006: zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.
14. World Health Organization. Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2005/2006 survey. Geneva: WHO; 2008.
15. Sunday SR, Folan P. Smoking in adolescence: what a clinician can do to help. *Med Clin North Am* 2004; 88: 1495–515.
16. Benowitz NL. Clinical Pharmacology of Nicotine: Implications for Understanding, Preventing and Treating Tobacco Addiction. *Clin Pharmacol Ther*, 2008; 83: 531–541.
17. National Institute on Drug Abuse, Robert Wood Johnson Foundation. Addicted to Nicotine. A National Research Forum. Presentation Summaries. Maryland, 1998. Dosegljivo na: <http://www.nida.nih.gov/meetsum/nicotine/SummaryIndex.html>.
18. Eissenberg T, Balster RL. Review: Initial tobacco use episodes in children and adolescents: current knowledge, future directions. *Drug Alcohol Depend* 2000; 59 Suppl.1: S41–S60.
19. Lewis J, Wackowski O. Dealing With Innovative Industry: a look at flavored cigarettes promoted by mainstream brands. *Am J Public Health* 2006; 96: 244–51.
20. Cummings KM, Morley CP, Horan JK, Steger C, Leavell NR. Marketing to America's youth: evidence from corporate documents. *Tob Control* 2002; 11 Suppl.1: i5–i17.
21. Geckova A, van Dijk JP, Ittersum-Gritter T, Grothoff JW, Post D. Determinants of Adolescents' Smoking Behaviour: A Literature Review. *Cent Eur J Public Health* 2002; 10: 79–87.
22. US Department on Health and Human Sciences. National Cancer Institute. Changing Adolescent Smoking Prevalence: Where It Is and Why. Smoking and Tobacco Control, Monograph No. 14. Bethesda: USDHHS; 2001.
23. Potter BK, Pederson LL, Chan SSH, Aubut JL, Koval JJ. Does a relationship exist between body weight and smoking among adolescents? An integration of the literature with an emphasis on gender. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 397–425.
24. Pletcher JR, Schwarz DF. Current concepts in adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12: 444–9.
25. May C. Perceptions of self, self-esteem, and the adolescent smoker. *Health Educ J* 1999; 58: 211–7.
26. Weaver AJ, Flannelly KJ, Strock AL. A Review of research on the effects of religion on adolescent tobacco use published between 1990 and 2003. *Adolescence* 2005; 40: 761–76.
27. Grad R, Stern DA, Wright AL, Martinez FD, Tucson AZ. Maternal Smoking during Pregnancy is an Independent Risk Factor for Smoking in Their Offspring at Age 22. *Am J Respir Crit Care Med* 2009; 179: A3964 (abstract).
28. World Health Organization. Break the tobacco marketing net. World No Tobacco Day 2008. Tobacco Free Youth. Geneva: WHO; 2008.
29. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: WHO; 2008.
30. Perry CL. The Tobacco Industry and Underage Youth Smoking. Tobacco Industry Documents From the Minnesota Litigation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 935–41.
31. Ule M. Za vedno mladi? Socialna psihologija odrasčanja. Ljubljana: FDV, 2008.
32. National Cancer Institute. The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use: Executive Summary. NCI Tobacco Control Monograph No. 19. Washington: USDHHS, NIH; 2008.
33. Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, Winickoff JP. The Extent to Which Tobacco Marketing and Tobacco Use in Films Contribute to Children's Use of Tobacco. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 1285–96.
34. The ASPECT Consortium. Tobacco or Health in the European Union: Past, present and the future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.
35. World Bank. Tobacco Control at a Glance, 2003. Dosegljivo na: <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>.
36. Prabhat J et al. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington: World Bank; 1999. Pridobljeno 15.7.2009 s spletne strani <http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm>.

37. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Dosegljivo na: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>.
38. Koprivnikar H. Učinkovitost osnovnošolskega programa „Spodbujajmo nekajenje“ pri prvi generaciji slovenskih osnovnošolcev. *Zdrav Varst* 2009; 48: 152–61.
39. Stergar E. Razširjenost kajenja med slovenskimi mladostniki v obdobju 1995–2007. In: *Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu brez tobaka*; 29. maj 2008; Ljubljana. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2008.
40. Juričič M. Svetovna raziskava odnosa mladih do tobaka (GYTS – Global Youth Tobacco Survey). In: *Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu brez tobaka*; 29. maj 2008; Ljubljana. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2008.
41. Koprivnikar H. Učinkovitost programov preprečevanja kajenja v šolah. *Zdrav Varst* 2010; 49: 28–36.
42. Videmšek M, Skubic M, Karpljuk D, Štihec J. Correlation between sport activity and drug-taking among 14-year old primary school male and female pupils in Slovenia. *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med* 2006; 36: 7–13.
43. Gornik Krstič A. Analiza vedenja mladostnikov in protikadilska tržno-komunikacijska sporočila [Magistrsko delo]. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2005. Dosegljivo na: <http://www.cek.ef.uni-lj.si/magister/gornik578.pdf>.
44. Ažman D. Kajenje in šport v prostem času pri osnovnošolcih in srednješolcih. In: *Otrok v gibanju: zbornik prispevkov. 3. mednarodni simpozij*; 2004; Kranjska gora, Slovenija. Koper : Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče; 2004.
45. Kropelj VL, Videmšek M, Pišot R. Relationship between sports activity, smoking and alcohol and marijuana abuse in elementary school children in Slovenia. *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med* 2008; 38: 7–15.