

Kakovost v zdravstvu/Quality of health service

IZZIVI V VAROVANJU REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

CHALLENGES IN REPRODUCTIVE HEALTH CARE OF ADOLESCENTS IN SLOVENIA

Bojana Pinter,¹ Cvetka Skušek-Fakin,² Danilo Maurič³

¹ Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

² Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, 1420 Trbovlje

³ Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova ul. 2-4, 2000 Maribor

Izveček

- Izhodišča** *Slovenija sodi med najuspešnejše države pri preprečevanju mladostniške nosečnosti v Evropi ter med države s sorazmerno zgodnjim vstopom mladostnikov v spolno življenje. Vsako leto vstopajo v pubertetno obdobje vedno nove generacije mladostnikov, zato mora biti varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov naša neprestana prednostna naloga.*
- Izzivi** *Najpomembnejši izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji so zgodnja spolna dejavnost mladostnikov, slaba uporaba dvojne zaščite pri spolnih odnosih ter nezadostno odkrivanje spolno prenosljivih okužb. Možne odgovore na izzive moramo poiskati tako na mikro ravni zdravnika (prepoznavanje nove vloge zdravnika, spodbujanje pristopa ABC) kot na makro ravni države (razvoj nacionalne strategije varovanja reproduktivnega zdravja, uvedba sistematične spolne vzgoje v šole).*
- Zaključki** *Izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov so številni, možni odgovori nanje pa celoviti. Odgovor na izzive v prvi vrsti zahteva od vsakega posameznega zdravnika prepoznavanje svoje nove vloge in razvijanje svojih pristojnosti. Odgovori na izzive pa bodo izvedljivi ob medsebojnem povezovanju zdravnikov z drugimi zdravniki in strokovnjaki ter ob sodelovanju stroke in politike.*
- Ključne besede** *spolnost; kontracepcija; spolno zdravje; spolno prenosljive okužbe; dvojna zaščita*

Abstract

- Background** *Slovenia is one of the most successful European countries in the prevention of adolescent pregnancy and the country with a relative early sexual engagement of adolescents. Every year new generations of adolescents are entering puberty, thus reproductive health care of adolescents should be our continuous priority.*
- Methods** *The most important challenges in reproductive health care of adolescents in Slovenia are early sexual engagement of adolescents, low double method use at sexual intercourse and inadequate detection of sexually transmitted infections. Possible responses should be found on a micro-level of physician (recognition of a new role of physician, promotion of ABC approach) and on a macro-level of society (development of national strategy of reproductive health care, introduction of systematic sexuality education in the schools).*
- Conclusions** *Challenges in reproductive health care of adolescents are several and possible responses are integral. A response on challenges demand that every physician recognizes his/her new*

Avtorica za dopisovanje / Corresponding author:

Bojana Pinter, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

role and develops his/her competency. Responses on challenges will be feasible with inter-connection of physicians with other physicians and professionals and with collaboration of profession and politics.

Key words *sexuality; contraception; sexual health; sexually transmitted infections; double protection*

Uvod

Mladostniško obdobje je obdobje priložnosti in tveganja, še posebej tveganja, ki je povezano s spolno dejavnostjo in njenimi neželenimi posledicami: neželena nosečnostjo, porodom v mladostniškem obdobju, spolno prenosljivimi okužbami (SPO) ter neugodnim vplivom starševstva v mladostniškem obdobju na osebno dozorevanje, izobrazbo in socialno-ekonomsko neodvisnost.

Pred šestimi leti smo na Slovenskem kongresu porodničarjev in ginekologov ugotavljali, da se delež porodov in neželenih nosečnosti pri mladostnicah v zadnjih letih ni več nižal, saj je bila rodnost mladostnic v letu 2000 8/1000 mladostnic, starih 15–19 let, dovoljena splavnost pa se je že od leta 1992 gibala okrog 12/1000 mladostnic.¹ Od leta 2003 pa smo z zadovoljstvom pričala nadaljnemu nižanju mladostniške nosečnosti: če je leta 1981 rodilo še 37/1000 mladostnic, starih 15 do 19 let, dovoljeno splavilo pa 24/1000 mladostnic, je leta 2007 rodilo le 5/1000 in dovoljeno splavilo 7/1000 mladostnic.² Po zadnjih podatkih tako sodi Slovenija med tri najuspešnejše države pri preprečevanju mladostniške nosečnosti v Evropi.³ Tudi glede na delež porodov mladostnic med vsemi porodnicami (1,9 %) se Slovenija uvršča med prve štiri evropske države z najnižjim deležem porodov mladostnic med vsemi porodnicami.⁴

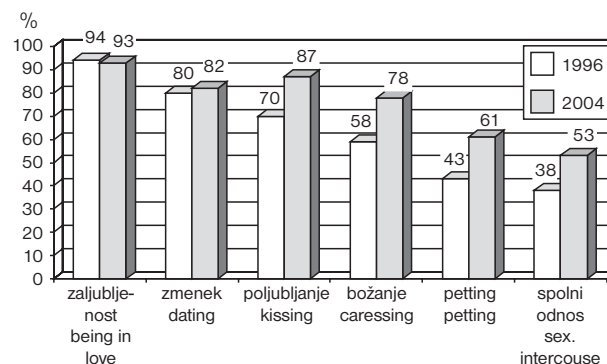
Izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov

Vsako leto vstopajo v pubertetno obdobje vedno nove generacije mladostnikov, zato mora biti varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov naša neprestana prednostna naloga. Glede na razpoložljive podatke so trenutno najpomembnejši izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji: zgodnja spolna dejavnost mladostnikov, slaba uporaba dvojne zaščite pri spolnih odnosih, nezadostno odkrivanje spolno prenosljivih okužb.

Zgodnja spolna dejavnost mladostnikov

Podatki naših reprezentativnih raziskav o spolnem vedenju slovenskih srednješolcev v letih 1996 in 2004 kažejo, da postajajo mladi v Sloveniji spolno dejavni vse bolj zgodaj. Leta 1996 je imelo spolne odnose 38 % 17-letnih srednješolk in srednješolcev, leta 2004 pa že 53 %.^{5,6} Srednja starost ob prvem spolnem odnosu med slovenskimi srednješolci se je od leta 1996, ko je bila 18,5 let, leta 2004 znižala na 17 let.⁶ Primerjava raziskav tudi kaže, da je v spolnem vedenju srednješolcev prišlo do nekaterih sprememb v intimni komunikaciji. Če so se leta 1996 srednješolci najprej zaljubili, nato šli na

zmenek, se kasneje začeli poljubljati, božati, čemur je sledil petting in kasneje spolni odnos, so se leta 2004 poljubljali, še preden so bili na zmenku, ob katerem so se tudi že božali⁷ (Sl. 1).



Sl. 1. Izkušnje v intimnih odnosih med slovenskimi srednješolci, starimi 17 let, leta 1996 in leta 2004.

Figure 1. Intimate experiences among secondary-school students, aged 17 years, in Slovenia in 1996 and 2004.

Podatki evropske raziskave Health Behaviour od School-aged Children (HBSC) iz leta 2001/2002 in 2005/2006 pa kažejo, da se delež spolno dejavnih 15-letnic in 15-letnikov v teh letih več ni zviševal. Leta 2001/2002 je bilo spolno dejavnih 22 % 15-letnic in 31 % 15-letnikov, leta 2005/2006 pa je bilo spolno dejavnih 17 % 15-letnic in 30 % 15-letnikov. V večini drugih evropskih držav se je v tem obdobju delež spolno aktivnih 15-letnic in 15-letnikov zvišal.^{8,9}

Vsako leto vstopajo v pubertetno obdobje vedno nove generacije mladostnikov, ki so izpostavljene izzivu zgodnjega vstopa v spolno življenje. Glede na splošne trende zadnjih let je pričakovati zviševanje deleža mladih, ki zelo zgodaj začnejo s spolnimi odnosi, tj. pred 15. letom starosti. Zelo zgodnji spolni odnosi kot zgodnji spolni odnosi pred 17. letom starosti pa prinašajo več nevarnosti. Podatki v Sloveniji namreč kažejo, da delež dovoljene splavnosti upada pri mladostnicah, starejših od 17 let, ne pa pri mladostnicah, starih 14 do 16 let.¹⁰ Starost pod 17 let je torej dejavnik tveganja, da se mladostnica ne bo uspela ustrezno zaščititi pred neželena nosečnostjo, saj ji stopnja kognitivnega razvoja v povprečju ne zagotavlja potrebne osebne zrelosti, da se ustrezno zaščititi pred neželenimi posledicami spolne dejavnosti. Raziskave tudi kažejo, da sta nosečnost in porod pri mladostnicah, predvsem pri tistih mlajših od 17 let, povezana z večjo obolevnostjo in umrljivostjo matere in novorojenčka.^{11, 12}

Raziskave kažejo, da so zgodnji spolni odnosi povezani s slabšo uporabo kontracepcije, slabšo zaščito

pred SPO, z večjim številom spolnih partnerjev, večjo depresivnostjo in samomorilnostjo, z nižjo izobrazbo, manjšimi cilji v življenju ter da so ti mladi kasneje manj zadovoljni s svojim spolnim življenjem. Zgodnja spolna dejavnost je del širšega spektra tveganega vedenja (zloraba drog in alkohola, kajenje) in je večinoma izraz nespornih potreb.¹³ Zgodnja spolna dejavnost je torej neke vrste »klic na pomoč«.

Zgodnja spolna dejavnost odpira tudi nova pravna in medicinska vprašanja v luči nedavnih sprememb Kazenskega zakonika RS o kaznivem dejanju spolnega napada na osebo, mlajšo od 15 let (173. člen),¹⁴ ter vprašanje različnih interpretacij pravice do kontracepcije in umetne prekinitve nosečnosti pri mladostnicah v vsakdanji pravni in medicinski praksi.

Slaba uporaba dvojne zaščite ob spolnih odnosih

Kljub neugodni večji spolni dejavnosti mladostnikov pa se ugodno večja uporaba zanesljive kontracepcije. Leta 1996 je kontracepcijske (KC) tablete uporabljalo 14 % spolno dejavnih slovenskih srednješolk, starih 17 let, leta 2004 pa 32 %, kar se kaže v zmanjševanju dovoljene splavnosti med mladostnicami.⁷ Leta 2004 je še vedno največ srednješolk in srednješolcev uporabljalo kondom (50 %, leta 1996 pa 60 %), nato KC tablete (32 %), 4 % jih je uporabljalo KC tablete in hkrati kondom, 4 % prekinjeni odnos, 4 % drugo kontracepcijo in 7 % nobene (6). V zadnjih letih se je torej zvečala uporaba KC tablet, zmanjšala pa se je raba kondoma. Izredno zaskrbljujoč je tudi nizek delež uporabe dvojne metode (kondoma in KC tablet hkrati). Dvojno zaščito pred neželeno nosečnostjo in SPO hkrati namreč lahko dosežemo z:

- dosledno rabo kondoma;
- ali z dvojno metodo: sočasno rabo kondoma in druge zanesljive kontracepcije (npr. KC tablet).

Glede na podatke je v Sloveniji nujno okrepiti uporabo dvojne zaščite s spodbujanjem dosledne rabe kondoma in dvojne metode.

Nezadostno odkrivanje spolno prenosljivih okužb

Dodaten izziv predstavlja problematika nezadostnega odkrivanja spolno prenosljivih okužb v Sloveniji. Podatki Inštituta za varovanje zdravja RS npr. kažejo, da je bila v letu 2007 najpogosteje prijavljena SPO okužba s klamidijo (10/100.000 prebivalcev). Med 201 prijavljenimi primeri spolno prenesene klamidijske okužbe je bilo 56 žensk in 145 moških; večino klamidijskih okužb so prijavili dermatovenerologi (49 %), en proktolog (20 %), ginekologi (13 %), epidemiologi (12 %) in ostali zdravniki (6 %).¹⁵ Podatki o prijavni incidenci klamidijske okužbe pa močno podcenjujejo breme okužb med prebivalstvom, saj je glede na presečno nacionalno raziskavo iz leta 2000 med osebami, stariimi 18–49 let, prevalenca klamidijske okužbe ocenjena na 7.400 žensk in 14.600 moških.¹⁵ Torej je prijavljeno breme klamidijske okužbe približno stokrat manjše od ocenjenega! Opravljenih je tudi zelo malo laboratorijskih preiskav na klamidijske okužbe (215 testov na 100.000 prebivalcev), zato zamujamo priložnosti za

zdravljenje in preprečevanje poznih posledic okužbe za reproduktivno zdravje žensk in moških. Podobno je z drugimi SPO.¹⁵

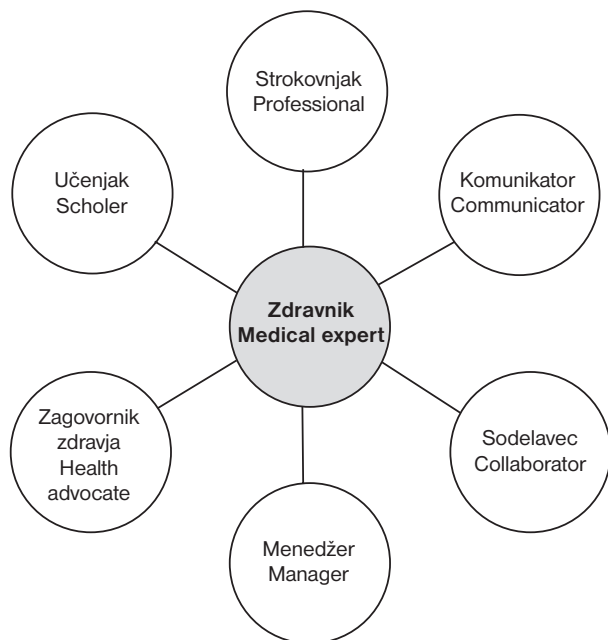
Nizka prijavna incidenca SPO je posledica dejstva, da poteka del SPO brez bolezenskih znakov in težav, da del SPO ni etiološko razjasnjen, in da zdravniki številne prepoznane SPO ali suma nanje ne prijavijo, kljub temu, da to določa Zakon o nalezljivih boleznih; zakon tudi določa, da ima vsakdo pravico do varstva pred nalezljivimi boleznimi, tudi pred SPO.^{15,16} To pomeni zgodnje odkrivanje in postavitve diagnoze, ki mora biti potrjena z mikrobiološko diagnozo povzročitelja. Večino zakonskih določil ginekologi na primarni ravni ne morejo zagotoviti, ker nimajo finančnega vira za dodatne preiskave, niti ni enotne doktrine, katere preiskave naj bi naredili na tej ravni. Sedaj imajo ginekologi kot ločeno zaračunljivi material s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije priznано le preiskavo za HIV za določene osebe s tveganjem, za nosečnice pa preiskave na sifilis (TPHA) in hepatitis B (HBsAg). Vse ostale preiskave bremenijo materialne stroške ambulantne, ki so že sedaj večinoma preseženi. Ker se večina teh preiskav ne opravlja na primarni ravni, tudi prijavljanje teh bolezni ni stvarno oziroma so prijave redke, zdravljenje pa je večinoma simptomatsko, brez določitve pravega povzročitelja, kar bi moralo biti za zdravstveno stroko in politiko izredno zaskrbljujoče! Problem nezadostnega odkrivanja SPO med mladostniki in mladimi je izredno pomemben, saj je največja incidenca SPO med mladimi v Sloveniji v starosti 20–24 let.¹⁵ Tveganje za prenos SPO je večje zaradi v povprečju pogostejših nezaščitenih spolnih odnosov, ker so mladi biološko bolj dojemljivi za okužbo, imajo pogosteje spolna razmerja krajšega trajanja in tako hitreje menjavajo partnerje, imajo sočasne partnerje ali ker težje iščejo in najdejo zdravstveno oskrbo. Tveganje je še večje, če mladi začnejo s spolnimi odnosi zgodaj.¹¹

Možni odgovori na izzive v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov

Možne odgovore na izzive moramo poiskati tako na mikro ravni zdravnika (prepoznavna nove vloge zdravnika, spodbujanje ABC pristopa) kot na makro ravni države (razvoj nacionalne strategije varovanja reproduktivnega zdravja, vpeljava sistematične spolne vzgoje v šole).

Prepoznavna nove vloge zdravnika

Za učinkovito reševanje omenjenih izzivov v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov (in tudi vseh drugih izzivov) je potrebno primarno vlogo zdravnika (odkrivanje/razpoznavanje bolezni, zdravljenje bolezni, lajšanje bolezenskih tegob ter preprečevanje bolezni preko svetovanj in javnozdravstvenih ukrepov) nadgraditi. Sodobne razvojne danosti so namreč močno spremenile okolje zdravniške prakse, kar narekuje tudi drugačen odziv zdravniškega poklica.¹⁷ Kot podporo tej primarni vlogi bi moral vsak zdravnik sprejeti tudi novo, širšo vlogo zdravnika. Zdravnik kot



Sl. 2. Nova vloga zdravnika – okvir zdravnika (prirejeno po CanMEDS).

Figure 2. New role of a physician – physician competency framework (adapted by CanMEDS).

medicinski strokovnjak združuje več vlog, kot jih npr. prikazuje Slika 2 (prirejeno po CanMEDS), v uporabi medicinskega znanja, kliničnih veščin in profesionalnega odnosa v zagotavljanju zdravstvene oskrbe:

- strokovnjak: zdravnik je zavezan zdravju in dobremu počutju posameznikov in družbe preko etične prakse, strokovnih usmeritev in visokih osebnih standardov obnašanja;
- komunikator: zdravnik učinkovito spodbuja komunikacijo v odnosu zdravnik – bolnik pred, med in po medicinski obravnavi;
- sodelavec: zdravnik učinkovito dela v okviru zdravstvenega tima za doseg optimalne oskrbe bolnika, v ožjih in širših (tudi interdisciplinarnih) timih;
- menedžer: zdravnik je sodelavec v zdravstveni organizaciji, ki organizira vzdržnost prakse, odloča o razporejanju sredstev in prispeva k učinkovitosti zdravstvenega sistema;
- zagovornik zdravja: zdravnik odgovorno uporablja svoje strokovno znanje in svoj vpliv za izboljšanje zdravja in dobrega počutja posameznega bolnika, skupnosti in populacije;
- učenjak: zdravnik izkazuje vseživljenjsko pripravljenost na učenje, ustvarjalnost, uporabo in širjenje medicinskega znanja¹⁸ (Sl. 2).

Vsak zdravnik naj v novi vlogi v svojem ožjem in širšem delovnem okolju najde možne odgovore in poda predloge za rešitve problemov v prihodnosti.

Spodbujanje pristopa ABC

V sistemu, ki zaenkrat mladim ne nudi sistematičnega izobraževanja na temo spolnosti niti ne sistemskih rešitev varovanja reproduktivnega zdravja mladostnikov, lahko kot »prvo pomoč« mladim ter njihovim staršem

in vzgojiteljem ponudimo pristop ABC,¹⁹ ki poudarja celosten pristop – A + B + C – uravnoteženo, in je pristop za zaščito pred SPO in neželeno nosečnostjo hkrati:

Abstinenca (angl. Abstinence) – vzdržnost od tveganih spolnih odnosov: odlaganje prvega spolnega odnosa na kasnejši čas – na obdobje večje zrelosti; sekundarna vzdržnost – vzdržnost po začetni spolni dejavnosti; vzdržnost od spolnih odnosov brez ustrezne zaščite; vzdržnost od priložnostnih spolnih odnosov; vzdržnost od spolnih odnosov, dokler se partnerja ne spoznata dobro in dokler odnos ni zaupljiv in zanesljiv; vzdržnost od spolnih odnosov, dokler partnerja nista sposobna poskrbeti za učinkovito zaščito ob spolnih odnosih;

Bodi zvest/a (angl. Be faithful): zveza z enim stalnim zvestim neokuženim partnerjem in uporaba zanesljive kontracepcije; zmanjšanje števila spolnih partnerjev;

Condom – kondom (angl. Condom): dosledna uporaba kondoma z drugo zanesljivo kontracepcijo (npr. hormonska kontracepcija) ali brez.

ABC pristop torej hkrati poudarja vzdržnost od tveganih spolnih odnosov in monogamno zvezo (zvestoba) in uporabo kondoma z drugo kontracepcijo ali brez. Raziskave namreč kažejo, da zagovarjanje odlaganja začetka spolne dejavnosti vodi v manj tvegano vedenje.²⁰ Informacija mora biti točna (torej tudi o škodljivostih tveganih oblik spolnega vedenja) in v pozitivni luči – abstinenca od tveganih spolnih odnosov in odgovorno spolno vedenje kot pozitivna izbira za boljše spolno zdravje. Mladim in starejšim je potrebno jasno predstaviti, da z neodgovornim spolnim vedenjem ogrožajo svoje zdravje in hkrati zdravje svojega partnerja ali partnerke. Mladi morajo razumeti, da ni opravičljiv priložnostni seks in varanje, tako kot npr. ni opravičljiva priložnostna kraja. Prav točasno partnerstvo je najbolj tvegano za prenos SPO.^{21,22} Prav tako pa pristop ABC zagovarja »dvojno zaščito«.

Razvoj nacionalne strategije varovanja reproduktivnega zdravja

Reševanje problematike varovanja reproduktivnega zdravja se je začela že v petdesetih letih prejšnjega stoletja z dejavnostmi, ki so jih spodbudili prof. dr. Franc Novak, akad. prof. dr. Lidija Andolšek-Jeras in prim. Majda Kuštrin-Marolt. Leta 1995 smo na pobudo Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana vzpostavili multicentrično mrežo regijskih nosilcev varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja (SRZ) mladostnikov v Sloveniji. Regije smo opredelili glede na regijsko porodnišnico v Sloveniji, v vsaki regiji pa je bil izbran ginekolog kot nosilec dejavnosti. Sedaj v mreži sodelujejo Alenka Zagode-Krenčič (Brežice), Liljana Pavičević (Celje), Alojzija Anderle (Jesenice), Nives Rožič (Izola), Marjeta Podlipnik (Kranj), Danilo Maurič (Maribor), Janka Šiftar (Murska Sobota), Lidija Margič (Nova Gorica), Martina Bučar (Novo mesto), Dragoslav Mugoša (Postojna), Veselin Šučur (Ptuj), Frenk Krištofelc (Slovenj Gradec), Cvetka Fakin (Trbovlje), Lena Žigon in Renata Toff Jovan (Ljubljana) ter Andreja Kumer Lakner kot predstavnica Sekcije šolske in visokošolske medicine SZD. Koordinatorica mreže je Bojana Pinter. Cilji mreže so:

- dvig kakovosti delovanja služb za SRZ mladostnikov,
- izboljšanje informiranosti zdravstvenih delavcev,
- izboljšanje informiranosti učiteljev in laične populacije,
- vzpostavitev sistema za spremljanje mladostniške populacije – raziskovalno delo
- uveljavitev SRZ mladostnikov v medijih.

Delo mreže je bilo podrobno predstavljeno na Slovenskem kongresu porodničarjev in ginekologov leta 2003.¹ Mreža zapolnjuje le najnujnejše potrebe, ki se pojavljajo na področju varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja mladostnikov, ne more pa zadovoljivo obravnavati drugih izzivov, kot so SPO. Glede na vse večje potrebe naših mladostnikov bi morali dejavnost mreže okrepiti, za kar pa bi morala biti mreža tudi sistemsko vgrajena v izvajanje reproduktivnega zdravstvenega varstva. Za to pa bi bilo potrebno najprej izdelati strategijo varovanja reproduktivnega zdravja na nacionalni ravni, ki bi opredelila tudi strategijo obravnavanja SPO, za kar na tem mestu dajemo tudi pobudo Ministrstvu za zdravje RS.

Uvedba sistematične spolne vzgoje v šole

Šola oziroma izobraževalni sistem imajo pri vzgoji za zdravo spolnost eno izmed najpomembnejših vlog, saj z znanjem in stališči ter veščini opremljajo mlade na njihovi poti v odraslost, hkrati pa vzgajajo bodoče starše. Od začetka devetdesetih let prejšnjega stoletja smo ginekologi in drugi strokovnjaki (zdravniki, učitelji,...) sodelovali pri pripravi kar nekaj pobud in projektov za uvedbo sistematične spolne vzgoje v osnovne in srednje šole, kar pa ni bilo sprejeto s strani pristojnih ministrstev.

Ker sistem ni omogočil uvedbe osnovnih vsebin spolne vzgoje v šole, zdravstveni delavci pa problem pomanjkanja znanja in veščin pri mladostnikih še posebej zaznavamo, smo ginekologi poiskali »izhod v sili« v parasistemskem informiranju in izobraževanju mladih. Ginekologi iz že omenjene mreže in z Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana smo se povezali ter s pomočjo strokovnjakov Zavoda za šolstvo ter pokroviteljev uvedli dva izobraževalna programa v pomoč učiteljem in mladostnikom:

- Program »O tebi« je namenjen informiranju deklet in fantov v zadnjih letnikih osnovnih šol o puberteti, telesnem in duševnem razvoju ter higieni. Program s strokovno preverjenimi vsebinami od leta 2000 v celoti podpira podjetje Procter & Gamble, tako da vsako leto učenci in učenke 8. razreda slovenskih osnovnih šol dobijo brošure, učitelji pa lahko s pomočjo priročnika za učitelje te vsebine predstavijo v svojih učnih urah. Do sedaj je priročnike dobilo približno 1000 učiteljev, več kot 100.000 deklet in več kot 100.000 fantov ter več kot 170.000 staršev. Ginekologi iz omenjene mreže smo v uvajanju programa predavali na 24 seminarjih, ki se jih je udeležilo 650 učiteljev in 40 medicinskih sester.

Program »O vama – varna izbira za odgovorno spolnost«, ki vsebuje didaktično-metodični priročnik za učitelje in brošure za dijake, smo leta 2004 izdelali na Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana v sodelovanju z Zavodom za šolstvo RS. Pro-

gram vsebuje informacije o spolnosti mladostnikov, kontracepciji, umetni prekinitvi nosečnosti in spolno prenosljivih okužbah. Program (priročniki za učitelje, brošure za vse dijake in dijakinje 1. letnikov slovenskih srednjih šol) je v celoti podprlo podjetje Schering AG Slovenija oziroma Bayer Schering Pharma. Izdano je bilo 400 priročnikov za učitelje, med dijake in dijakinje pa je bilo doslej razdeljenih 90.000 brošur. Ob uvajanju programa se je štirih seminarjev udeležilo približno 400 učiteljic/ev in medicinskih sester. V letu 2008 je pomen projekta prepoznala tudi pedagoška stroka, saj je bila izdana druga izdaja priročnika za učitelje v nakladi 800 izvodov; založnik je bil Zavod za šolstvo RS. Sedaj se pripravlja tretja izdaja priročnika.

Omenjena parasistemski programa sta le najnujnejši okvir za izobraževanje mladostnikov. Pomembno je poudariti, da smo zdravniki strokovno pripravljene na sodelovanje z drugimi sektorji. Hitre spremembe v spolnem vedenju mladostnikov pa nedvomno nujno zahtevajo sistemske rešitve, zato dajemo pobudo, da Ministrstvo za šolstvo in šport RS in Ministrstvo za zdravje RS ponovno preučita in sprejmeta pobude za uvedbo sistematične spolne vzgoje v osnovne in srednje šole in jih udejanjita.

Zaključki

Izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov so številni, možni odgovori nanje pa celoviti. Odgovor na izzive v prvi vrsti zahteva od vsakega posameznega zdravnika prepoznavo svoje nove vloge in razvijanje svojih pristojnosti. Odgovori na izzive pa bodo izvedljivi ob medsebojnem povezovanju zdravnikov z drugimi zdravniki in strokovnjaki ter ob sodelovanju stroke in politike.

Literatura

1. Pinter B. Spolno in reproduktivno zdravje mladostnikov – kje smo v Sloveniji? Zdrav Vestn 2003; 72 Suppl II: 27–9.
2. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008.
3. Pinter B. Trends in sexual behaviour among secondary-school students in Slovenia. EntreNous 2008; 67: 16–7.
4. EURO-PERISTAT project. European perinatal health report. 2008. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report-2.pdf> dne 10.1.2009.
5. Pinter B, Tomori M. Sexual behaviour of secondary-school students in Slovenia. Eur J Contracept Reprod Health Care 2000; 5: 71–6.
6. Pinter B, Čeh F, Verdenik I, Grebenc M, Maurič D, Pavičević L et al. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004. Zdrav Vestn 2006; 75:615–9.
7. Pinter B, Verdenik I, Grebenc M, Čeh F. Sexual activity and contraceptive use among secondary-school students in Slovenia. Eur J Contracept Reprod Health Care 2009; 14: 127–33.
8. World Health Organization. Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004. p. 153–60.
9. World Health Organization. Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. p. 143–53.
10. Inštitut za varovanje zdravja RS. Splavi (fetalne smrti). Dosegljivo na: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1049>

11. World Health Organization. Issues in adolescent health and development: Adolescent pregnancy-unmet needs and undone deeds. Geneva: World Health Organization, 2007.
12. Palancsai-Šiftar J. Nosečnost in porod pri mladostnicah, Zdrav Vestn 2003; 72 Suppl II: 23–6.
13. Kirby D. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. Fam Plann Perspect 2001; 33: 276–81.
14. Kazenski zakonik RS (KZ-1-NPB1). Aktualno od 28. 05. 2009. Dosegljivo na: <http://www.dz-rs.si/index.php?id=101&sm=k&q=kazenski+zakonik&mandate=-1&unid=UPB|1B04368E4254FD4BC12575C40026DF98>
15. Inštitut za varovaje zdravja RS. Spolno prenesene okužbe v Sloveniji v letu 2007. Letno poročilo. Ljubljana: Inštitut za varovaje zdravja RS; 2008.
16. Zakon o nalezljivih boleznih 2006. Ur l RS, 33/06.
17. Premik M. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. Zdrav Vestn 2007; 76: 49–53.
18. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The CanMEDS Physician Competency Framework. Dosegljivo na <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>
19. Stammers T. As easy as ABC? Primary prevention of sexually transmitted infections. Postgrad Med J 2005; 81: 273–5.
20. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Systematic review of abstinence-plus HIV prevention programs in high-income countries. PLoS Med 2007; 4: 1471–85.
21. Shelton JD, Halperin DT, Nantulya V, Potts M, Gayle HD, Holmes KK. Partner reduction is crucial for balanced »ABC« approach to HIV prevention. BMJ 2001; 328: 891–3.
22. Kirby D. Changes in sexual behaviour leading to the decline in the prevalence of HIV in Uganda: confirmation from multiple sources of evidence. Sex Transm Infect 2008; 84 Suppl II: ii35–ii41.

Prispelo 2009-09-03, sprejeto 2009-10-01