

Univerza v Mariboru  
Filozofska fakulteta  
Oddelek za psihologijo

MAGISTRSKO DELO

Simona Dijak

Maribor, oktober 2018



Univerza v Mariboru  
Filozofska fakulteta  
Oddelek za psihologijo

Magistrsko delo

DEJAVNIKI TVEGANJA IN VAROVALNI DEJAVNIKI ZA RAZVOJ  
SAMOMORILNEGA VEDENJA PRI ŠTUDENTIH UNIVERZE V MARIBORU

Master thesis

RISK FACTORS AND PROTECTIVE FACTORS FOR DEVELOPMENT OF SUICIDAL  
BEHAVIOUR WITH STUDENTS OF UNIVERSITY OF MARIBOR

Mentorica:

doc. dr. Hojka Gregorič Kumperščak

Kandidatka:

Simona Dijak

Somentorica:

asist. dr. Nuša Zadravec Šedivy

Maribor, oktober 2018

Lektorica in prevajalka: Kaja Kren, dipl. medj. št. (ang), dipl. slov.

## Zahvala

Najlepša hvala mentorici doc. dr. Hojki Gregorič Kumperščak in somentorici asist. dr. Nuši Zadavec Šedivy za usmeritve, strokovnost in povratne informacije pri pisanju magistrskega dela. Hvala družini in tudi vsem ostalim, ki ste mi pri pridobivanju izobrazbe kakor koli stali ob strani, predvsem Damjanu, ki je resnično verjel vame.

## Priloga 6 – IZJAVA O AVTORSTVU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE OBLIKE ZAKLJUČNEGA DELA

UNIVERZA V MARIBORU

Filozofska fakulteta

---

(ime članice UM)

### IZJAVA O AVTORSTVU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE OBLIKE ZAKLJUČNEGA DELA

Ime in priimek študent-a/-ke: Simona Dijak

Študijski program: PSIHOLOGIJA

Naslov zaključnega dela: Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki za razvoj samomorilnega vedenja pri študentih Univerze v Mariboru

Mentor: Hojka Gregorič Kumperščak

Somentor: Nuša Zadavec Šedivy

Podpisan-i/-a študent/-ka SimonaDijak

- izjavljam, da je zaključno delo rezultat mojega samostojnega dela, ki sem ga izdelal/-a ob pomoči mentor-ja/-ice oz. somentor-ja/-ice;
- izjavljam, da sem pridobil/-a vsa potrebna soglasja za uporabo podatkov in avtorskih del v zaključnem delu in jih v zaključnem delu jasno in ustrezno označil/-a;
- na Univerzo v Mariboru neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve avtorskega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico ponuditi zaključno delo javnosti na svetovnem spletu preko DKUM; sem seznanjen/-a, da bodo dela deponirana/objavljena v DKUM dostopna široki javnosti pod pogoji licence Creative Commons BY-NC-ND, kar vključuje tudi avtomatizirano indeksiranje preko spleta in obdelavo besedil za potrebe tekstovnega in podatkovnega rudarjenja in ekstrakcije znanja iz vsebin; uporabnikom se dovoli reproduciranje brez predelave avtorskega dela, distribuiranje, dajanje v najem in priobčitev javnosti samega izvirnega avtorskega dela, in sicer pod pogojem, da navedejo avtorja in da ne gre za komercialno uporabo;
- dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v zaključnem delu in tej izjavi, skupaj z objavo zaključnega dela;
- izjavljam, da je tiskana oblika zaključnega dela istovetna elektronski obliki zaključnega dela, ki sem jo oddal/-a za objavo v DKUM.

Uveljavljam permisivnejšo obliko licence Creative Commons: \_\_\_\_\_ (navedite obliko)

---

#### Začasna nedostopnost:

Zaključno delo zaradi zagotavljanja konkurenčne prednosti, zaščite poslovnih skrivnosti, varnosti ljudi in narave, varstva industrijske lastnine ali tajnosti podatkov naročnika:

\_\_\_\_\_ (naziv in naslov naročnika/institucije) ne sme biti javno dostopno do \_\_\_\_\_ (datum odloga javne objave nesme biti daljši kot 3 leta od zagovora dela). Tose nanašana tiskano in elektronsko obliko zaključnega dela.

---

---

### Temporary unavailability:

To ensure competition priority, protection of trade secrets, safety of people and nature, protection of industrial property or secrecy of customer's information, the thesis \_\_\_\_\_ (institution/company name and address) must not be accessible to the public till \_\_\_\_\_ (delay date of thesis availability to the public must not exceed the period of 3 years after thesis defense). This applies to printed and electronic thesis forms.

---

Datum in kraj: Maribor, 09.10.2018

Podpis študent-a/-ke:

Podpis mentor-ja/-ice: \_\_\_\_\_  
(samo v primeru, če delo ne sme biti javno dostopno)

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe naročnika in žig:

\_\_\_\_\_  
(samo v primeru, če delo ne sme biti javno dostopno)

## **POVZETEK**

Študenti predstavljajo ranljivo skupino za razvoj samomorilnega vedenja, ki je v obdobju odraščanja na prehodu v odraslost med prvimi tremi vzroki umrljivosti, obenem pa bi se naj v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami povečevalo število mladih, ki svoje življenje končajo s samomorom. Z magistrskim delom smo želeli preveriti pojavnost samomorilnih misli in samomorilnega vedenja pri mladih na prehodu v odraslost. Zanimale so nas razlike med spoloma, med kadilci in nekadilci, med tistimi, ki redno uživajo alkohol in med tistimi, ki ga ne, torej, kako se tvegana vedenja odražajo na vedenju študentske mladine – ali vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja. Prav tako smo se osredotočili na tiste, ki imajo izražene depresivne simptome, obenem pa nas je zanimalo, ali se študentje v stresnih situacijah znajo obrniti po pomoč. Glavni namen magistrskega dela je bil teoretično razdelati in empirično obravnavati določene vidike razvoja samomorilnega mišljenja, vedenja in podrobneje preučiti in osvetliti dejavnike tveganja ter varovalne dejavnike za razvoj samomorilnega vedenja pri mariborskih študentih. Naš raziskovalni vzorec je zajemal 277 študentov Univerze v Mariboru, od tega 44 moških in 233 žensk. Povprečna starost anketiranih je znašala 24 let. Vprašalniki, ki smo jih v raziskavi uporabili, so modul Vprašalnika o bolnikovem zdravju (PHQ-9), Paykelova lestvica samomorilnega vedenja (PSS) in Vprašalnik medosebnih potreb (INQ-25).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da med moškimi in ženskimi študenti pri poročanju samomorilnega vedenja ni bilo statistično pomembnih razlik, prav tako teh razlik ni bilo med študenti kadilci in nekadilci. Tudi pri tistih študentih, ki redno uživajo alkohol in med tistimi, ki ga ne, ni bilo statistično pomembnih razlik. Statistično pomembne razlike so se pokazale le pri tistih z izraženimi simptomi depresije, ki so pogosteje poročali o samomorilnih mislih v primerjavi s tistimi, ki teh simptomov niso imeli. Prav tako se ni izkazalo, da je pri študentih najpogostejši varovalni dejavnik za razvoj samomorilnega vedenja sposobnost ustreznega iskanja pomoči v stresnih situacijah. Za preverjanje hipotez smo uporabili mediano lestvic INQ in PSS ter Mann Whitney U test, poleg tega pa še neparametrični Kruskal-Wallis test. Za preverjanje varovalnih dejavnikov smo za analizo uporabili frekvenčno porazdelitev odgovorov na anketnem vprašalniku. Z



raziskavo smo preverili tvegana dejanja in kako ta vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja ter skušali dobiti vsaj del celotne slike duševnega zdravja mladih na vstopu v odraslost. Magistrsko delo opozarja na pomembnost varovalnih dejavnikov pri razvoju samomorilnega vedenja ter svari pred dejavniki tveganja.

**Ključne besede:** dejavniki tveganja, varovalni dejavniki, samomorilno vedenje, kajenje, alkohol, depresija.

## **ABSTRACT**

Students are a vulnerable group when we talk about the development of suicidal behaviour, which is one of the top three causes of death with people who are in period of transitioning into adults. The number of young people who end their life with suicide is increasing, comparing to other age groups. In the master's thesis we wanted to research the occurrence of suicidal thoughts and suicidal behaviour among the young who are transitioning into adulthood. We were interested in the difference between the genders, between smokers and non-smokers, between people who drink alcohol and people who don't and how these risky actions impact the faculty students, or how they impact the suicidal behaviour. We focused on those who have symptoms of depression. We were also interested whether students know where they can search and ask for help in stressful situations. The main purpose of the master's thesis was to theoretically and empirically define and elaborate certain aspects of the development of suicidal thinking and suicidal behaviour, and to examine and highlight the risk and protective factors for the development of suicidal behaviour among faculty students in Maribor. Our research sample consisted of 277 students of University of Maribor, of which 44 men and 233 women. The average age of the respondents was 24 years. We used the following questionnaires: Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Paykel Suicide Tolerance Scale (PSS) and Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-25).

The results of our research showed no statistically significant differences among men and women in the reporting of suicidal behaviour, as well as there were no differences among smokers and non-smokers. No statistically significant difference was shown among students who drink alcohol regularly and students who do not. Statistically significant differences were shown among students with symptoms of depression. They reported about suicidal thoughts more often than the students who did not have the symptoms of depression. We also did not prove that the most common protective factor to develop suicidal behaviour is the capability to find help in stressful situations. We used the INQ and PSS scales, as well as Mann Whitney U test and non-parametric Kruskal-Wallis test. To check protective factors, we used frequency distribution on the answers on the

questionnaire for our analysis. We checked the risk actions and how they impact the development of suicidal behaviour and tried to get a part of the mental health picture of the young people, transitioning into adulthood. The master's thesis draws attention on the importance of protective factors on developing the suicidal behaviour and warns against risk factors.

**Key words:** risk factors, protective factors, suicidal behaviour, smoking, alcohol, depression.

## KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL .....	1
2.1 Splošno o samomorilnosti.....	1
2.1.1 Fenomen samomora .....	1
2.1.2 Samomorilni proces – od misli na smrt do samomorilnega vedenja.....	2
2.1.3 Samomor kot kazalec javnega duševnega zdravja .....	3
2.1.4 Samomorilnost med mladimi .....	4
2.1.5 Stanje samomorilnosti v Sloveniji .....	5
2.2 Dejavniki tveganja za samomor .....	6
2.2.1 Individualni dejavniki .....	7
2.2.2 Družinski dejavniki .....	16
2.2.3 Dejavniki okolja.....	17
2.3 Varovalni dejavniki za samomor .....	19
2.3.1 Pomembnost iskanja pomoči v primeru stiske.....	20
2.4 Preprečevalni ukrepi na področju samomora.....	22
2.4.1 Promocija duševnega zdravja.....	22
2.4.2 Preventiva samomorilnega vedenja.....	23
2.4.3 Obravnava/zdravljenje in vzdrževanje .....	25
2.5 Razvojno obdobje prehoda v odraslost .....	26
2.5.1 Spremembe na področju prehoda v odraslost .....	28
2.5.2 Posamezniki na prehodu v odraslost v Sloveniji.....	30
2.5.3 Kaj mladi smatrajo za merila odraslosti?.....	30
2.6 Interpersonalna teorija samomorilnega vedenja.....	31
3 Empirični del.....	33
3.1 Namen .....	33
3.2 Cilji .....	33
3.3 Raziskovalne hipoteze .....	33
4 Metoda .....	34
4.1 Raziskovalni vzorec .....	34
4.2 Pripomočki.....	34

Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9 .....	34
Paykel lestvica samomorilnega vedenja – PSS .....	35
Vprašalnik medosebnih potreb – INQ-25 .....	35
4.3 Postopki zbiranja podatkov .....	36
4.4 Postopki obdelave podatkov .....	36
5 Rezultati .....	38
6 Interpretacija .....	45
6.1 Pregled hipotez.....	45
6.1.1 Spol in samomorilno vedenje.....	45
6.1.2 Kajenje in samomorilno vedenje.....	48
6.1.3 Iskanje pomoči kot varovalni dejavnik za samomorilno vedenje .....	51
6.1.4 Depresivni simptomi in samomorilne misli .....	54
6.1.5 Alkohol in samomorilno vedenje.....	57
7 SKLEP .....	61
7 Literatura.....	67

## KAZALO TABEL

<i>Tabela 1:</i> Primerjava povprečij na lestvicah samomorilnega vedenja glede na spol.....	38
<i>Tabela 2:</i> Primerjava povprečij na lestvicah samomorilnega vedenja glede na status kajenja .....	39
<i>Tabela 3:</i> Frekvenčna porazdelitev trditev varovalnih dejavnikov.....	40
<i>Tabela 4:</i> Primerjava povprečij na lestvici samomorilnih misli glede na izraženost simptomov depresije .....	41
<i>Tabela 5:</i> Primerjava povprečij na lestvicah samomorilnega vedenja glede na pogostost uživanja alkoholnih pijač .....	43

## **1 UVOD**

Smrti, pri katerih je šlo za samomor, predstavljajo 1–5 % vseh umrlih na svetu (World Health Organization, 2014), kar nakazuje na velik javnozdravstveni problem. Več kot človek spoznava o sebi kot organizmu in njegovem duševnem funkcioniranju in bolj, ko – zares ali domnevno, uspešno ali neuspešno – obvladuje naravo, večkrat ga, v časih telesnega ali duševnega trpljenja prešine misel, da bi sam prekinil svoj življenjski tok. To misel potem največkrat zavrne. Redkeje jo zavestno ali zunajzavestno fizično nakaže – govorimo o samomorilnem poskusu ali parasuicidu. Ali pa jo – še redkeje dokončno uresniči s samomorom ali suicidom. Vendar je za vsako samomorilno odločitev značilno, da je to zmes brezpogojne želje po umiku iz življenja na eni strani in apela (Stengel, 1969 v Milčinski, 1997, 7), klica na pomoč, človeka v stiski, ki se vendar še enkrat, na ta dramatični način, ne več verbalno, obrne na ljudi okoli sebe (Milčinski, 1997).

## **2 TEORETIČNI DEL**

### **2.1 Splošno o samomorilnosti**

#### **2.1.1 Fenomen samomora**

Samomorilno vedenje je lahko tudi prikrito kot t. i. indirektno samopoškodovalno vedenje (Farberow, 1980 v Milčinski, 1997, 7), ko se posameznik niti ne zaveda tega, da povečuje s svojim vedenjem tveganje prezgodnje smrti, zunaj zavestno pa vendar k temu stremi (npr. alkoholizem, zloraba drog, neupoštevanje dietnih in medikamentnih priporočil pri kronični bolezni; zelo tvegani športni in podobno) (Milčinski, 1997).

Med naloge odraščanja spada tudi soočanje z eksistencialnimi vprašanji in iskanje razumevanja življenja in smrti. Občasno pojavljanje samomorilnih mislih pri mladih je do neke mere sprejemljivo in je del normalnega razvoja v

mladostništvu. Samomorilne misli postanejo nevarne, kadar njihovo uresničenje predstavlja edini način, da se mladi posameznik reši iz krize ali stresnih občutij, ki jih doživlja. Na tej točki lahko postanejo resno tveganje za poskus samomora (Tančič, 2009).

### **2.1.2 Samomorilni proces – od misli na smrt do samomorilnega vedenja**

Dejanje samomora je le ena izmed stopenj v samomorilnem procesu. Samomoru velikokrat predhodno sledijo druge oblike samomorilnosti, kot so npr. razmišljanje o smrti in samomoru, načrtovanje samomora, poskus samomora (Kamin et al., 2009, po Neeleman, De Graaf in Vollebergh, 2004). Samomorilnost, kot jo razumemo v najširšem smislu, torej vključuje samomorilno ideacijo, tj. misel na samomor, namen samomorilnega dejanja in samomorilni načrt) in samomorilno vedenje (samomorilni poskus, samomor). Samomor in druge oblike samomorilnega vedenja, ki se ne končajo s smrtjo, spadajo med resne javnozdravstvene težave, ki v svetovnem merilu predstavljajo 1,5 % globalnega bremena zaradi bolezni (Kamin et al., 2009, World Health Organization, 2003). Tveganje za samomorilno vedenje je tesno povezano s številnimi dejavniki tveganja (Kamin et al., 2009).

Po najnovejših podatkih evropskega statističnega urada Eurostat (2017) je v letu 2014 najvišja stopnja samomora med vsemi državami Evropske unije v Litvi (32 samomorov na 100.000 prebivalcev). Na drugem mestu so tri države, med njimi je tudi Slovenija (19 samomorov na 100.000 prebivalcev), poleg nje pa sta še Latvija in Madžarska. Na tretjem mestu je Estonija (18 samomorov na 100.000 prebivalcev). V Sloveniji si je življenje vzelo 395 ljudi, od tega 330 oseb moškega spola.

Po novejših teorijah je samomorilnost dlje časa trajajoč proces, podoben bolezni in ne trenutni dogodek. Pri samomoru gre namreč le za eno izmed stopenj na dimenziji samomorilnega procesa. Napredovanju posameznika od blažjih do resnejših oblik samomorilnega vedenja pravimo samomorilni proces (Kamin et al., 2009, po Runeson, Beskow in Waern, 1996; van Heeringen, Hawton in Williams, 2000).



### 2.1.3 Samomor kot kazalec javnega duševnega zdravja

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da bo do leta 2020 zaradi samomora umrlo okoli 1,5 milijona ljudi, več kot desetkrat toliko pa bo samomor poskušalo izvesti, to pomeni tri samomore na minuto in en poskus samomora na dve sekundi. V Sloveniji je vsaka trideseta smrt v obliki samomora, kar pomeni, da si bo približno po en otrok od tridesetih iz vsakega šolskega razreda vzel življenje. (Marušič, Temnik, 2009).

Med eno najbolj prizadetih območij v Sloveniji spada Štajerska, kjer bi naj bil v posameznih občinah samomorilni količnik večji od 50/100.000 letno, kar je tudi trikrat več kot v najmanj obremenjenih območjih Slovenije, to je na zahodu države, približno 15/100.000 letno, kar je nekje okrog evropskega povprečja (Marušič, Temnik, 2009).

Kljub temu je samomor precej redko dejanje, če ga na primer primerjamo s koronarno ali z malignimi boleznimi, a javnozdravstveno velja za pomemben dogodek, ki zahteva usmerjene preventivne ukrepe. Da bi lahko pravilno preprečevali samomorilno vedenje, je najprej treba poiskati ranljive skupine, kjer je tveganje za samomor znatno višje, nato pa določiti dejavnike tveganja, ki verjetnost samomorilnega dejanja še dodatno povečujejo. Med najbolj ranljive spadajo tisti, ki so v preteklosti »neuspešno« poskušali narediti samomor. Zanje je tveganje za samomor 10-krat višje kot na splošno v populaciji (Marušič, Temnik, 2009).

Poleg oseb, ki so samomor že poskušale narediti, so ranljiva skupina med drugim tudi tisti, ki se prekomerno zatekajo k alkoholu. Motnja odvisnosti od alkohola lahko tveganje za samomor lahko poveča za 30-krat (Marušič, Temnik, 2009).

Razmerje tveganja med moškimi in ženskami je v Sloveniji 3,6 proti 1. Gre za visoko razmerje, ki je značilno za države s splošno visokim tveganjem, ta pa s starostjo narašča. Ženske in mlajši pogosteje poskušajo storiti samomor, moškim in starejšim pa po navadi samomor »uspe« že v prvih poskusih. Še posebej alarmantno je vztrajno rastoče število samomorov med mladimi, kar je značilno za

cel sodobni svet, saj gre za posebej ranljivo skupino in obdobje odraščanja. Z vsakim najstniškim samomorom izgubimo 50 let življenja, pri čemer gre za največji javno-zdravstveni problem. Samomorilna nagnjenja je med odraščajočo osebo težje prepoznati, pogosto jih tudi lahko spregledamo. Razvojno obdobje mladih na prehodu v odraslost s sabo namreč nosi zapletene, prepletene, najpogosteje pa prikrite ali nam še neznane dejavnike tveganja za samomor. V tem obdobju pomembno vlogo igrajo družinsko okolje in odnosi v njem, poleg tega pa tudi prizadevanje za samostojno življenje z vzpostavljanjem partnerskega odnosa, ki vključuje vzpostavljeno samozavest, obenem pa razmišljanje o možnostih zaposlovanja na daljši rok, kar pa tudi vključuje študijski uspeh (Marušič, Temnik, 2009).

Samomor velja za izrazito individualen dogodek. Iskanje skupnih imenovalcev je izrednega pomena za usmerjanje preventivnih ukrepov, hkrati pa ne smemo zanemariti specifičnosti vsake posamezne stiske in bolečine preživelih. Razvrstitev dejavnikov tveganja se deli na **individualne dejavnike tveganja**, kamor med drugim sodijo spol in starost, izobrazba in socialno-ekonomski status v družbi. Med manj izobraženimi je količnik samomorilnosti višji, prav tako pa so nezaposleni in manj premožni ljudje izpostavljeni višjemu tveganju. Pod **medosebne dejavnike tveganja** med drugim sodijo socialna mreža, kjer pomembno vlogo igrajo zaupne osebe, na katere se lahko v času duševne stiske obrnemo po nasvet. Pod **družbene dejavnike tveganja** spadajo tudi nacionalne in regionalne značilnosti, povezane tako s kulturo danega okolja (mokra ali suha družba glede na alkohol) kakor tudi z nenadnimi spremembami določenega okolja (upad zaposlenosti, spremembe vrednot zaradi izrazitih sprememb zakonodaje) (Marušič, Temnik, 2009).

Če med samomorilnimi dejanji ne pride do smrti, je govor o poskusih samomora, če pa ne pride niti do dejanja, pa govorimo o samomorilnih mislih (Marušič, Temnik, 2009).

#### **2.1.4 Samomorilnost med mladimi**

V obdobju na prehodu v odraslost lahko samomorilne misli postanejo nevarne, če njihovo uresničenje predstavlja edini način, da se posameznik reši iz krize ali stresnih občutij, ki jih doživlja. Samomor je v obdobju odraščanja med prvimi tremi vzroki umrljivosti. Čeprav je število samomorov med mladimi manjše kot pri starejši populaciji, je kljub temu skrb vzbujajoč podatek iz številnih raziskav, da se v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami povečuje število mladih, ki svoje življenje končajo s samomorom. Primerneje kot zgolj o samomoru je govoriti o širšem pojmu samomorilnega vedenja, ki prav tako vključuje samomorilne misli in samomorilne poskuse. Dejstvo je namreč, da je samomorilnih poskusov brez smrtnega izida med mladimi več kot dejanskih samomorov. Nekatere raziskave celo kažejo, da dvajsetkrat več, kar ne pomeni, da samomorilni poskusi niso nevarni. Še več, nanje bi morali biti še posebej pozorni, saj okoli 10 % oseb, ki so samomor v preteklosti že poskušali, kasneje to dejanje uspešno naredijo (Tančič, 2009).

Znano je, da so pri ženskah pogostejše samomorilne misli in samomorilni poskusi, saj ženskam za soočanje s stresom prav takšne misli služijo pri izražanju stiske ali začasnemu umiku pred negativnimi občutki oziroma sprostitvi napetosti. Moški, ki za spopadanje s stresom pogosteje kot ženske uporabljajo navzven usmerjene načine, kot so na primer pretepanje, delikventno vedenje ali druge oblike nasilja, pa samomor predstavlja zadnji korak, ki ni več namenjen klicu na pomoč. Moški tudi pogosteje posegajo po bolj smrtonosnih metodah samomorilnega vedenja, kot sta na primer uporaba strelnega orožja ali obešanje, za razliko od žensk, ki večinoma posegajo po tabletah (Tančič, 2009).

### **2.1.5 Stanje samomorilnosti v Sloveniji**

V Sloveniji letno izvrši samomor približno dvajset mladih, med katerimi je število moških skoraj štirikrat večje od števila žensk. Pred desetimi leti je bila narejena tudi obširna raziskava o samomorilnem vedenju med slovenskimi mladostniki (Tančič, 2009, v Tomori, 1999), ki je pokazala, da je 31,1 % moških in 45,1 % žensk že razmišljalo o samomoru, 6,8 % moških in 13,5 % žensk v starosti od 14 do 19 let pa je poročalo o tem, da so samomor že poskušali narediti. Pri tem je

treba poudariti, da v raziskavo niso bili zajeti tisti, ki se ne šolajo, zato je podatek za splošno populacijo šolo obvezujočih posameznikov najverjetneje še višji. Tisti mladi, ki niso vključeni v izobraževanje, so običajno izpostavljeni večjemu številu dejavnikov tveganja. To pomeni, da velikokrat živijo v razmerah, ki so za kakovost njihovega življenja slabše kot pri aktivno šolanih vrstnikih, prikrajšani pa so lahko tudi za podporo vrstnikov in posledično za širše socialno okolje (Tančič, 2009).

## **2.2 Dejavniki tveganja za samomor**

Samomor, ki je končna oblika samomorilnega vedenja, se ne pojavi nenadoma, brez razlogov in opozorila. Večinoma gre za konec procesa, ki se je lahko začel že dolgo pred izvedbo dejanja. Pri samomoru gre za kompleksen pojav, ki izhaja iz dolgotrajnega in dinamičnega dogajanja, ki ga ne moremo poenostavljeno razlagati ali iskati enotnih vzrokov zanj. Po navadi gre za preplet več dejavnikov, ki v svojem sovplivanju povečujejo možnost in nevarnost samomora. V obdobju na prehodu v odraslost so dodani nekateri dejavniki tveganja, ki so povezani z lastnostmi in razvojnimi nalogami tega obdobja (študij, iskanje zaposlitvenih možnosti, kreiranje partnerskega odnosa, samoosvobajanje ...) (Tančič, 2009).

Kljub temu da se dejavniki tveganja za pojav samomora pri mladih redko pojavljajo ločeno, po navadi se namreč prekrivajo in povezujejo, se ti načeloma delijo na individualne, družinske dejavnike in dejavnike okolja (Tančič, 2009).

Med pomembnejše dejavnike tveganja strokovnjaki uvrščajo tudi izobrazbo. Večje tveganje predstavlja nizka stopnja izobrazbe (Kamin et al., 2009, po Kerkhof in Arensman, 2001; Petronis, Samuels, Miscicki in Anthony, 1990).

Raziskava na slovenskem vzorcu, v kateri so merili prisotnost posameznih oblik samomorilnosti (misel na samomor, načrt samomora, poskus samomora), je pokazala, da je 9,6 % anketirancev v svojem življenju že kdaj razmišljalo o tem, da bi naredili samomor. 2,1 % jih je imelo že tudi razdelan načrt samomora, 1,3 % pa jih je samomor tudi poskušalo. Čeprav je zaskrbljujoče dejstvo, da je kar desetina anketirancev že razmišljala o samomoru, pa so optimistični podatki, da je

odstotek tistih, ki so bili še višje v samomorilnem procesu (načrt, poskus), manjši. Ista raziskava je pokazala, da je kadar koli v življenju o samomoru razmišljalo statistično pomembno več žensk kot moških, prav tako pa je statistično pomembno več žensk kot moških že imelo izdelan načrt za samomor (Kamin et al., 2009).

### 2.2.1 Individualni dejavniki

Individualni dejavniki se navezujejo direktno na posameznika in se klasificirajo v naslednje skupine (Tančič, 2009):

- **Osebnostne značilnosti:** najpogostejša osebnostna značilnost, ki osebo ovira pri zaznavanju in reševanju stresnih situacij, je impulzivnost. Ta vpliva na to, da se posameznik prehitro odzove in ne pretehta o posledicah svojega razmišljanja in vedenja. S samomorilnim vedenjem so tesno povezani tudi nasilno vedenje, socialni umik, izogibalno vedenje ...
- **Duševne motnje:** najpogostejša duševna motnja pri mladih je depresija. Različne variante depresivne motnje so najpogostejša duševna motnja pri študentih, ki s sabo nosijo depresivne simptome, kot so na primer depresivno, razdražljivo ali otopelo razpoloženje, občutki utrujenosti, pomanjkanje energije, jok, zmanjšano ali izguba zanimanja za aktivnosti, ki so pred predstavljale zadovoljstvo ...
- **Motnje hranjenja:** kaže, da samomor pri mladih z anoreksijo ni redek. Strokovnjaki ugotavljajo, da pri tistih, pri katerih se anoreksija pojavi kasneje, izgubljanje teže pogosto izraža željo po smrti. Obstaja možnost, da je za mnoge mlade osebe ženskega spola izgubljanje teže način samozdravljenja depresije, saj naj bi se ob izgubi teže bolje počutile, kar je povezano z njihovo boljšo telesno samopodobo. Med mladimi je tudi nekaj takšnih, ki trpijo za bulimijo, in ki so nagnjeni k samomorilnem vedenju.
- **Način spopadanja s problemi:** obstaja veliko neprimernih načinov reševanja problemov oz. kognitivnih slogov. Gre za togo negativno zaznavanje situacij brez sposobnosti prilagajanja in širšega vpogleda v

problem. Tukaj je značilna njihova nagnjenost k pesimističnemu pojmovanju tudi zgolj običajnega življenjskega dogajanja. Mladi s takšnim kognitivnim slogom bodo svoje težave po navadi doživljali enobarvno in nerešljivo, kar lahko vodi do občutkov nemoči in obupa, hkrati pa otežuje razvoj spretnosti za obvladovanje stresnih situacij, zmanjšuje zaupanje vase in v druge ter utrjuje predstavo o sebi kot žrtvi.

- **Nizka samopodoba:** mladi, ki imajo samomorilna nagnjenja, imajo pogosto šibko zaupanje vase in v svoje sposobnosti ter nizko samopodobo. Ta je tesno povezana z depresivno motnjo, povečuje namreč ranljivost osebe in s tem povečuje možnosti za razvoj depresije, ki je med mladimi vedno bolj razširjena.
- **Zloraba drog, cigaret ali alkohola:** droge in alkohol lahko vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja, in sicer neposredno, s čimer poslabšajo presojo dejanj in odločitev, zvišujejo stanje impulzivnosti, povzročajo pa lahko tudi resne razpoloženske motnje, kot je npr. depresija. Pri osebah, ki razvijejo odvisnost, pa se lahko tveganje, da si bodo vzeli življenje, zviša – za 15 % pri posameznikih odvisnih od alkohola in 10 % pri tistih, odvisnih od drog. Velik dejavnik tveganja za samomorilno vedenje je tudi kajenje cigaret. Omenjeni dejavniki pri osebi bolj verjetno vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja, če je v ozadju prisotna duševna bolezen.
- **Spolna usmerjenost:** homoseksualna usmerjenost pri obeh spolih je s samomorilnim vedenjem pomembno povezana, raziskave namreč kažejo, da je tveganje za resen samomorilni poskus pri takšni populaciji kar štiri do šestkrat večja.

Mi se bomo v magistrski nalogi osredotočili na dejavnika tveganja, kot so zloraba alkohola, kajenje cigaret in depresivna motnja.

V zadnjih dveh desetletjih se je pogostost samomorilnosti izrazito povečala med mladimi moškimi, čemur botrujeta visoka stopnja razdrtih zakonov in tudi negotovost delovnih mest. Še en razlog za višjo stopnjo moške samomorilnosti v primerjavi z žensko pa je najverjetneje v tem, da je ženski čustveni svet bolj razvit

in večplasten, po drugi strani pa moški veljajo za bolj razumska in praktična bitja (Valetič, 2009).

Zloraba alkohola in samomorilno vedenje sta tesno povezana, in sicer skozi direktne ali indirektne mehanizme. Alkohol lahko na razvoj samomorilnega vedenja vpliva direktno, saj poslabša presojo dejanj, zviša nivo impulzivnosti, prav tako pa lahko povzroči resne razpoloženske motnje, ki so lahko začasne, intenzivne depresivne motnje s samomorilnimi težnjami. Tveganje za poskus samomora se večja z večjo količino spite alkoholne pijače, obenem pa tudi s pitjem močnejših alkoholnih pijač. Pri osebah, ki razvijejo odvisnost od alkohola, je tveganje, da se bodo odločili za samomorilno dejanje, še višje, okoli 15 % (Tančič, 2009).

Pri mladih osebah, ki samomor dejansko tudi storijo, je verjetnost duševne motnje skoraj 90 %. Pri študentih so to večinoma motnje razpoloženja, predvsem depresivne motnje. Duševne motnje pri študentski mladini pogosto ostanejo neprepoznane in neodkrite, kar še pogloblja resnost tega dejavnika tveganja (Tančič, 2009).

#### ***2.2.1.1 Samomorilno vedenje in raba alkohola***

Alkohol je pogost spremljevalec samomorilnega vedenja. Kar pri 25 % do 55 % samomorov je prisotna zloraba psihoaktivnih substanc, pri čemer gre skoraj vedno za alkohol (Marušič, Temnik, 2009; v Hawton, 2000). Raba alkohola se deli na **akutno**, ki je pogosta pri mladih. Ti si tako naberejo »moči« za odločitve in na **subakutno** rabo alkohola, za katero gre, kadar se po pomembnem življenjskem dogodku izgube oseba spopade s stresom z nekajmesečnim pitjem. Pri **kronični čezmerni** rabi alkohola pa v desetih letih ali več pitje privede do izgube telesnega zdravja, zaposlitve in partnerja. V Sloveniji je poraba alkohola na prebivalca med najvišjimi v Evropi. Ta je s približno 11 litri čistega alkohola na osebo največji porabnik na svetu. Naša kultura je tesno prepletena z alkoholom, temu primerno je tudi vedenje ljudi, ki so čustveno manj stabilni in lažje zdrsnejo v odvisnost, kar je povezano še z agresijo, vzkipljivostjo in depresijo (Marušič, Temnik, 2009).

Nekateri mladi posegajo po alkoholnih pijačah, ker bežijo pred soočenjem s svojimi težavami, nekateri pijejo zaradi vpliva družbe in navade. Ker lahko alkohol kupimo praktično na vsakem koraku, je postal del našega življenja (Sanders in Myers, 1999).

NIJZ (2017) opozarja, da se količina popitega alkohola v Sloveniji spet zvišuje. V letu 2015 je registrirana poraba alkohola znašala 11,5 litra čistega alkohola na vsakega prebivalca Slovenije, starejšega od 15 let. V obdobju od leta 2006–2014 se je poraba sicer zniževala; z 12,6 litra (leta 2006) na 9,5 litra (leta 2013).

Avtor Auer (2002) navaja, da so posledice prekomernega uživanja alkohola pri mladih še večje kot pri odraslih, saj še imajo pred sabo veliko razvojnih nalog, ene takšnih so osamosvojitve, pridobitev ustrezne izobrazbe in priprava na zaposlitev. Tisti, ki se osredotočajo na škodljivo vedenje, kot je uporaba zdravju škodljivih substanc, med katere sodi tudi alkohol, imajo slabši učni uspeh, se manj ukvarjajo s športom in so bolj dovzetni za duševne bolezni ter imajo povečano tveganje za razvoj samomorilnega vedenja.

Prekomerna raba alkohola lahko pripelje do telesne oziroma duševne odvisnosti, s tem pa tudi do odvisnosti od alkohola (Tomori, 1999). Zloraba alkohola je dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, samomorilna ogroženost osebe s sindromom odvisnosti od alkohola je ocenjena z do 15 %. Nadalje, s prekomernim uživanjem alkohola je povezana tudi depresivna motnja (Sher, 2006). Da alkohol povečuje občutke anksioznosti, duševno stisko in depresijo, je ugotovila tudi študija avtorjev (Bravo in Pearson, 2017), ki sta preučevala proces pitja alkohola med ameriškimi študenti. Med 381 študenti sta testirala tiste, ki so uživali alkohol vsaj enkrat mesečno, pri čemer pa ne omenjata direktne povezave z razvojem samomorilnega vedenja, ampak da je za samomor potreben preplet več dejavnikov tveganja, najpogosteje so to duševne motnje.

#### ***2.2.1.2 Samomorilno vedenje pri kadilcih***

Cigareta je poleg nikotina sestavljena iz več kot 4000 škodljivih kemičnih spojin, med drugim strup za podgane, straniščno čistilo, insekticidi, odstranjevalec laka,



povedano drugače, škodljivi elementi so med drugim torej kondenzat, ogljikov monoksid, amoniak. Izdelovalci cigaret natančno manipulirajo, da bi pri kadilcu spodbudili odvisnost. Kupci cigaret o škodljivih posledicah kajenja (še) niso dovolj obveščeni, mnogi izmed njih niso obveščeni o tem, kar kupujejo, prižigajo in prostovoljno vdihavajo (Stergar, 2001).

V tobaku najdemo rakotvorne sestavine. Nikotin velja za močnejšo eno močnejših drog, ki začne učinkovati že po 7–8 sekundah. Nikotin deluje tako, da najprej sprošča izločanje hormona adrenalina, zato je eden izmed posledic kajenja povišan krvni tlak. Med drugim tobak lahko privede do odvisnosti, povzroča pa tudi otrditev arterij, kar pa vodi do višjega tveganja za koronarno sklerozo. Prav tako lahko povzroči nastajanje holesterola, to pa vodi do težkih bolezni, kot so denimo srčne bolezni in rak. Poleg tega nikotin povzroča tudi veliko motenj spomina, orientacije in negativno vpliva na orientacijo. Ko cigareta med kajenjem žari, nastane katranska smola. Katran draži stene pljučnih poti, hkrati jih zoži. O negativnih posledicah kajenja govorimo, ko kadilec pokadi okoli 100 tisoč cigaret ali po 13–14 letih kajenja, če pokadi 20 cigaret na dan. (Razboršek in Krištof, 2005).

Trenutno kajenje cigaret in dolgoročno kajenje najverjetneje pripeljeta do razvoja samomorilnega vedenja, sta ugotovila avtorja raziskave Balbuena in Tempier (2014), pri čemer pa sta upoštevala depresivne simptome udeležencev raziskave in druga škodljiva vedenja (npr. uporaba drog). Ugotovila sta tudi, da je opustitev kajenja povezana z nižjim tveganjem za samomor. Da število pokajenih cigaret napoveduje možnost za razvoj samomorilnega vedenja, dokazuje tudi študija avtorice Sahe s sodelavci (2010), enako je dokazal tudi raziskovalec Hoertel s sodelavci (2015), vendar je v študiji poudaril, da za nikotinsko odvisnost stoji psihopatologija. To pomeni, da je prekomerna uporaba tobaka komorbidna z drugimi motnjami, kot so anksioznost, bipolarna in depresivna motnja.

Študije so pokazale, da imajo bivši kadilci znižano tveganje za samomor, kar bi lahko prispevalo k pozitivnem efektu abstinence, kljub temu pa imajo višjo raven samomorilnih nagnjenj kot pa tisti, ki nikoli niso kadili (Doll et al., 1976; Hemenway et al., 1993; Shaffer 1993; Doll et al., 1994; Vartiainen et al., 1994;

Kawachi et al., 1996; Angst et al., 1998; Clayton 1998; Miller et al., 2000a; Miller et al., 2000b; Tanskanen et al., 2000a; Tanskanen et al., 2000b; Hemmingsson et al., 2003; Iwasaki et al., 2005; Moriya et al., 2005; Riala et al., 2007; Clarke, Eaton, Petronis, Ko, Chatterjee, Anthony, 2010).

Aktivni kadilci pogosteje poročajo o samomorilni ideaciji v primerjavi z bivšimi kadilci ali s tistimi, ki niso nikoli kadili. Rezultati raziskav so pokazali, da imajo ženske kadilke večje tveganje za samomorilno ideacijo. Izkazalo se je, da je za samomorilnost prispevala depresivna motnja ali simptomi anksioznosti, prav tako kot zloraba alkohola ali njegova odvisnost, in sicer v sodelovanju s simptomatiko duševnih motenj (Clarke, Eaton, Petronis, Ko, Chatterjee, Anthony, 2010).

#### ***2.2.1.2 Depresivna motnja***

Med najpogostejšo obliko duševnih motenj v Evropski uniji spada depresija (Kamin et al., 2009, po Andlin-Sobocki, Jonnson, Wittchen in Olesen, 2005). Depresija je najpogostejša duševna motnja, za katero bo vsaj enkrat v svojem življenju zbolela vsaj šestina prebivalcev, ta trenutek pa je depresiven vsak dvajseti med nami (Marušič, Temnik, 2009; po Bebbington, Hurry, Tennant, Sturt, Wing, 1981).

Tudi Slovenija je močno obremenjena s težavami v duševnem zdravju, obenem pa ima enega najvišjih samomorilnih količnikov v Evropi, med najpogostejše duševne motnje spada ravno depresija (Kamin et al., 2009, po Jeriček Klanšček in drugi, 2008).

Obenem je raziskava Grolegerja s sodelavci pokazala zgovorne rezultate o pogostosti duševnih motenj pri slovenskih samomorilnih mladostnikih. Kar pri 59 % deklet, ki so jih po poskusu samomora hospitalizirali, so ugotovili motnjo razpoloženja (Groegler, Strah Trotovšek, Tomori, 1996; Gregorič Kumperščak, 2012).

Za depresivne motnje pri mladini je značilno, da jih je težje prepoznati, saj se lahko izražajo na različne načine, obenem pa so simptomi pogosto prekriti z

izstopajočimi zunanji znaki, kot so npr. motnje vedenja ali motnje hranjenja. Nemalokrat se za klinično netipično sliko, pri kateri gre za tesnobo, prepirljivost, nemir in tudi nepredvidljivo nevarno vedenje, skriva depresiven posameznik, ki je lahko prikrito samomorilen. Velikokrat tudi lahko gre za manj opazne in tihe mlade, ki se prav tako spopadajo z različnimi stiskami. Prav tako je v primerih delinkventnosti treba pomisliti na povezavo z depresivno motnjo. Pri odraščajoči mladini je treba biti pozoren na razvojne značilnosti, ki so sicer običajne in normalne, vendar se lahko izražajo v začasni spremembi razpoloženja in čustvovanja, saj to pogosto otežuje prepoznavanje depresivnih simptomov. Kljub temu da je depresivna motnja zelo značilna za samomorilne študente, pa je treba poudariti, da ni nujno vedno prisotna. Mladi torej lahko naredijo samomor, ne da bi bili depresivni, obenem pa so lahko tudi depresivni, ne da bi imeli samomorilne težnje. V grobem lahko rečemo, da v primerjavi z razvojno normalnimi spremembami razpoloženja o depresiji pri mladi osebi govorimo takrat, kadar obdobja potrtosti trajajo dolgo, se vidno odražajo v študentskih aktivnostih in vedenju, zavirajo njegove zdrave medosebne odnose, razvoj in uveljavljanje zanimanja in v bistvu hromijo njegov duševni razvoj (Tančič, 2009).

Depresija je motnja razpoloženja in čustvovanja s sočasnimi spremembami izgleda, mišljenja, vedenja in drugih mentalnih funkcij. Za njen nastanek je potrebna cela paleta znakov in simptomov, od izrazito individualnih telesnih in duševnih sprememb do sprememb osebne povezanosti z družbo. Simptomi in znaki depresivne motnje se med seboj prepletajo, razdelimo pa jih lahko v biološke, psihološke in socialne znake oz. simptome (Marušič, Temnik, 2009).

**Biološki** simptomi in znaki so (Marušič, Temnik, 2009):

- dnevno spreminjanje razpoloženja, ki je po navadi slabše zjutraj;
- motnje apetita in želje po spolnosti ter spanja (predvsem jutranja nespečnost);
- pomanjkanje ali izguba volje in motivacije;
- utrujenost, nezmožnost uživanja ter pomanjkanje energije;
- pomanjkanje ali viden upad hrepenenja, entuziazma oz. življenjskega navdušenja.

**Psihološki** simptomi in znaki so (Marušič, Temnik, 2009):

- občutki manjvrednosti, krivde in obupa;
- tesnoba, potrtoost in občutek notranje praznine;
- pomanjšana strpnost, izrazitejša impulzivnost in napadalnost;
- motnje spomina in koncentracije.

**Socialni** simptomi in znaki so (Marušič, Temnik, 2009):

- zaradi utrujenosti zmanjšana učinkovitost pri delu, nizka samozavest, neodločenost in upad komunikativnosti;
- pomanjkanje zanimanja za druge ljudi in na splošno za svet okoli sebe.

Pri depresivni osebi ali osebi z izrazitimi depresivnimi simptomi ni nujno, da se pojavijo vsi navedeni znaki in simptomi. Za depresivno motnjo gre takrat, ko se pojavi nekaj ključnih in več ostalih znakov, ti pa morajo trajati vsaj dva tedna, da lahko govorimo o depresiji kot motnji in ne o depresivnosti kot začasnem ali prehodnem stanju (Marušič, Temnik, 2009).

Kronična depresivna motnja se diagnosticira, ko simptomi nepretrgoma vztrajajo več kot dve leti, remisija depresije pa je definirana kot nekajmesečna odsotnost katerih koli depresivnih simptomov (World Health Organization, 2004).

Za posebnost gre pri neznačilni depresiji, ob kateri posameznik navaja pretežno telesne simptome (utrujenost, pomanjkanje moči, bolečine) in bi depresijo brez dodatnih preiskav lahko prezrli. Ta oblika depresije je pogostejša pri moških in je nanjo opozorila že Gotlandska raziskava, pozneje pa so jo potrdili tudi drugi raziskovalci (Dernovšek, 2005; po Williams, Spitzer, Linzer et al., 1994). Ta raziskava je opozorila na težavo drugačne klinične slike depresije pri moških, kjer je prisotna razdražljivost, impulzivnost, pri čemer ne gre za depresivno razpoloženje, osebe se pa zatekajo k alkoholu in se agresivno vedejo (Dernovšek, 2005; po Rutz, Walinder, von Knorring, Rihmer, Pihlgren, 1997).

2.2.1.3.1 Dejavniki tveganja za nastanek depresivne motnje

Depresija je malokrat rezultat enega vzroka. Po navadi gre za preplet dejavnikov tveganja, ki se kopičijo. Znani vzroki za nastanek depresije so (Smith, 2006):

- **Dednost:** tudi pri pojavnosti depresije obstaja genetska predispozicija, kažejo raziskave. Obstaja za od 15 do 25 odstotkov večja verjetnost za pojav depresije, če za njo trpi eden od staršev.
- **Spol:** študije kažejo, da za depresijo trpi dvakrat več žensk. Razlaga za takšno stanje je lahko v bioloških (hormonskih) in socialnih teorijah. Moški svoje občutke lahko izražajo preko agresivnega vedenja, zanimivo pa je dejstvo, da postanejo dečki v puberteti, ko se njihova raven testosterona dvigne, manj zaupljivi in odvisni od drugih, kar jim lahko predstavlja varovalni dejavnik za depresijo.
- **Biokemija:** naše razpoloženje je rezultat električne dejavnosti in določene kemične snovi v možganih. Visoka raven stresa lahko za sabo pusti kemično neravnovesje in tako zmanjša delovanje in učinkovitost nekaterih dejavnosti v možganih, kar privede do morebitnega nihanja v razpoloženju.
- **Telesno obolenje:** srčna kap ali poškodbe glave lahko vplivajo na razpoloženje, zaradi bolezni, kot sta npr. gripa ali vnetje žlez, lahko pride do spremembe posameznikovega imunskega sistema. K nastanku depresije lahko pripomore tudi zmanjšano delovanje žleze ščitnice ali bolezni jeter ter hepatitis. Bolniki, ki so nekoč že zboleli za depresijo, imajo 50 % več možnosti za ponovitev bolezni. Biološko tveganje pa zvišuje tudi uživanje alkohola, še predvsem, če oseba trpi za kakšno od duševnih bolezni.
- **Tesnobnost:** raziskave so pokazale, da sta tesnoba in depresija povezani, pri čemer se lahko simptomi depresije lahko sočasno pojavljajo z nizom motenj, značilnih za tesnobo. To so panika, fobija pred ljudmi, obsesivno-kompulzivna motnja, postravmatični stres, strah, razdražljivost, utrujenost ...
- **Psihološki dejavniki:** psihološke teorije depresije so velikokrat opredeljene na postavki, da lahko travmatični dogodki v zgodnjem otroštvu ali neurejeno in nasilno okolje privedejo do depresivne motnje kasneje v življenju. K depresiji so nagnjeni tudi nekateri osebnostni tipi,

npr. ljudje, ki se s težavo privadijo na spremembe in so v svojem odnosu neprilagodljivi. Vse več dejavnikov, ki ponazarjajo razmerje med depresijo in temperamentom, pa kaže, da so nekatere osebe nagnjene k bolj negativnemu odzivanju na stres – pri razlagi življenjskih dogodkov so velikokrat bolj negativni.

- **Naučena nemoč:** ta psihološki prijem bazira na domnevi, da se ljudje naučijo, da nima smisla spreminjati stvari, če so bili po dosedanjih izkušnjah (pre)pogosto izpostavljeni neprijetnim dogodkom, na katere niso mogli vplivati. Na podlagi tega izgubijo motivacijo in optimizem, počutijo se lahko nemočno in depresivno.
- **Socialni dejavniki:** tveganje depresije je lahko šestkrat večje pri tistih, ki so izkusili niz stresnih dogodkov, kot so npr. izguba ljubljene osebe, finančni propad, izguba službe ali se nahajajo v ranljivem življenjskem okolju kot je, denimo, rojstvo otroka.

### 2.2.2 Družinski dejavniki

Med družinske dejavnike tveganja za razvoj samomorilnega vedenja spadajo (Tančič, 2009):

- **Značilnosti družinskega sistema:** duševne motnje pri starših predstavljajo odločilni dejavnik za razvoj samomorilnosti posameznika, zlasti pa družinska zgodovina samomorilnega vedenja. Depresivne ali tesnobne motnje, zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi in antisocialna osebnostna motnja prav tako povečujejo tveganje za samomorilne misli in vedenje. Večja je tudi verjetnost posnemanja in vključevanja v podobne oblike samomorilnega vedenja. Vpliv samomorilnega vedenja vsakega posameznega člana družine je tudi odvisen od tega, kakšno stališče ima družina glede samomora. Nemalo število samomorilnih mladih oseb poroča o družinskem nasilju, o čustveni in dejanski zanemarjenosti, odsotnost čustvenega odnosa v družini ali pretirani zaprtosti družine pred okoljem. Velikokrat pride tudi do konfliktov med odnosi, motenj v komunikaciji in do izredno nizkega ali

previsokega pričakovanja staršev do otrok. Pod pomembno značilnost družine spada tudi socialno-ekonomski status družine. Veliko mladih, ki izkazujejo visoko tveganje za samomorilno vedenje, izhajajo iz neugodnih socialnih razmer, ki so posledica materialne, socialne in izobrazbene prikrajšanosti, kar lahko znižuje kakovost njihovega življenja.

- **Ločitev ali izguba staršev:** sodeč po nekaterih raziskavah ima v določenih primerih izguba zaradi ločitve staršev pomembnejši vpliv za razvoj samomorilnega vedenja kot pa izguba zaradi smrti starša. Izkazalo se je, da so konflikti med družinskimi člani direktno povezani s pogostostjo samomorilnega vedenja pri mladih, povezanost teh dejavnikov pa je bolj izrazita pri dekletih.
- **Spolne, fizične ali psihične zlorabe:** kot kažejo raziskave, se mladi različno odzivajo na spolno zlorabo v družini. Dekleta običajno razvijejo zdravstveno-psihološke simptome, kot so npr. zdravstveni problemi in nočne more, fantje pa vedenjske simptome, kot so ponavljajoči samomorilni poskusi ali zloraba psihoaktivnih snovi in alkohola. Mladi, ki so znotraj družine doživeli fizične ali psihične zlorabe, večkrat poročajo o samomorilnih mislih in vedenju.

### 2.2.3 Dejavniki okolja

Pod dejavnike tveganja iz okolja spadajo (Tančič, 2009):

- **Vrstniki:** tovrstni dejavniki izhajajo iz posameznikovega socialnega okolja, študijskega konteksta in vpliva interneta ter ostalih medijev. Samomorilno vedenje prijateljev, sošolcev ali drugih vrstnikov, s katerimi ima študent stik, predstavlja pomemben dejavnik tveganja za razvoj podobnega vedenja pri njem. Tveganje se poveča, če se posameznik s samomorilnim vrstnikom identificira v večji meri – ali zaradi podobnih težav, lastnosti ali medosebnega odnosa. Prav tako obstaja večja nevarnost, če študent doživlja, da je njegov prijatelj s samomorilnim vedenjem dosegel, kar je želel oz. kar bi si tudi sam želel, tj. pozornost ali odziv okolice, pobeg pred težavami ... Pogosto se zgodi, da samomoru

mladostnika kmalu sledi tudi poskus samomora njegovega prijatelja ali vrstnika iz šole oz. fakultete. Poleg posnemanja so pomembni tudi drugi vidiki medosebnih odnosov. Raziskave so pokazale, da težave medosebnih odnosov z vrstniki, kot so prepir ali konec prijateljstva, problemi pri pridobivanju prijateljev in osamljenost, povečujejo pojav samomorilnega vedenja. Tudi ustrahovanje (ang. bullying) pri tem igra pomembno vlogo in tako predstavlja dejavnik tveganja. Za osebo, ki je ustrahovana, lahko to predstavlja pomemben vir stresa, obenem pa fizičnih in čustvenih problemov. Nekateri avtorji so ugotovili pomembno povezavo med ustrahovanjem in številnimi vedenjskimi in psihološkimi značilnostmi, na primer strah pred šolo, depresijo in tesnobo. Avtorji izpostavljajo, da so tisti, ki ustrahujejo druge, bolj izpostavljeni tveganju razvoja depresije ali samomorilnega vedenja.

- **Študij:** študij igra skoraj osrednjo vlogo v življenju študenta, saj študijskim obveznostim posveti več kot tretjino svojega dne. Je drugi najbolj pomemben socialni sistem, v katerega je posameznik vključen, takoj za družino, in prinaša veliko pozitivnih dejavnikov v njegovo življenje – izobrazba, zabava, socializacija ... A vendar ne smemo spregledati tudi negativnih vplivov. Težave, povezane s študijem, ki lahko predstavljajo tveganje pri razvoju samomorilnega vedenja študentov, so različne, najpogostejši pa je študijski neuspeh.
- **Internet:** na svetovnem spletu je moč najti veliko število vsebin, ki so posvečene temi samomora. Kljub koristnim virom informacij za posameznike v stiski, se na spletnih straneh najde tudi veliko spornega materiala. Sem spadajo strani, ki objavljajo nasvete oz. t. i. recepte za izvedbo samomorilnega dejanja ali pa celo spodbujajo k samomoru.
- **Mediji:** mladi so pogosto žrtev t. i. teorije infekcije, kar pomeni, da prevelika izpostavljenost (na nepravilni način) poročanja o samomoru lahko povečuje tveganje za samomorilno dejanje. Po tej teoriji bi naj prenašanje samomorilnega vedenja bilo odvisno od »nalezljivosti« samomorilnega modela – osebe, o kateri poročajo mediji (kako se lahko posamezniki z njo identificirajo), obsega izpostavljenosti (pogostejša



izpostavljenost podobnim novicam ima večji vpliv), dovzetnosti posameznika za takšne novice (pri ljudeh z depresijo, nizko samopodobo je dovzetnost večja) in varovalnih dejavnikov (emocionalna podpora, ki jo prejema oseba). Še posebej tvegano je, kadar mediji do potankosti opisujejo samomorilno metodo. S tem namreč lahko »dajejo navodila« za udejanjanje njihovih samomorilnih teženj.

Zaradi študijskega pritiska lahko začne študent dvomiti v svoje intelektualne sposobnosti in tako razvije nizko samopodobo, tesnobo, depresivno razpoloženje. Na tak način lahko pride do razmišljanja o samomoru kot o možnem izhodu iz stresnih situacij. Samomorilne misli se lahko pojavijo pri študentu s trajnim učnim neuspehom, ki neprestano utrjuje svoje občutke nesposobnosti in manjvrednosti, prav tako pa tudi pri študentu z nenadnim neuspehom, ki je nepričakovan, še posebno, če je bil študent prepričan v dober rezultat. Tukaj pomembno vlogo igrajo tudi pričakovanja staršev in ostalih pomembnih oseb v zvezi s študijskim uspehom ter tudi študentova želja po izpolnitvi. Ne smemo zanemariti tudi študentovih težav z disciplino in nedovoljenim izostajanjem od pouka, ki so lahko pomemben opozorilni znak, da se s študentom nekaj dogaja, ter da se v ozadju lahko skriva tudi depresivno razpoloženje in/ali nagnjenost k samomoru (Tančič, 2009).

### **2.3 Varovalni dejavniki za samomor**

Za manjše tveganje za razvoj samomorilnega vedenja pri študentski mladini vpliva odsotnost dejavnikov tveganja, obenem pa pomembno vlogo igrajo tudi varovalni dejavniki (Tančič, 2009).

Med **individualne dejavnike**, ki nižajo tveganje za samomor, spadajo (Tančič, 2009):

- visoka samopodoba,
- dobre socialne spretnosti,
- zaupanje vase in v svoje sposobnosti,

- ustrezno iskanje pomoči v stresnih situacijah in iskanje nasvetov pri pomembnih odločitvah,
- odprtost za upoštevanje predlogov in izkušenj soljudi ter odprtost za sprejemanje novega znanja.

**Družinski dejavniki**, ki zmanjšujejo tveganje za samomor, so (Tančič, 2009):

- podpora s strani družine,
- dober odnos s starši in drugimi družinskimi člani,
- zgled za konstruktivne stile reševanja stresnih situacij.

Pri **dejavniki okolja** pa lahko poudarimo (Tančič, 2009):

- dober odnos z vrstniki (prijatelji, sošolci ...),
- dobro socialno vključenost (npr. vključevanje v športne, kulturne ali druge dejavnosti v prostem času),
- dober odnos s profesorji in drugimi pomembnimi odraslimi in njihova podpora.

Vsi, ki poskušajo storiti samomor, ne želijo umreti, temveč jih samomorilne misli ovirajo pri iskanju pomoči za svojo stisko. Raziskave kažejo, da najbolj pogoste duševne motnje (depresija, anksioznost v sodelovanju z alkoholom) vplivajo na študentov umik iz socialne mreže in da se s stopnjevanjem samomorilnih misli manjša namera po iskanju strokovne pomoči (Poštuvan, 2009).

### **2.3.1 Pomembnost iskanja pomoči v primeru stiske**

Izmed vseh varovalnih dejavnikov za razvoj samomorilnega vedenja se bomo še posebej osredotočili na iskanje pomoči. Poleg splošnega zdravnika se mariborski študentje lahko obrnejo na brezplačno psihološko pomoč, ki jo nudi Študentska svetovalnica Študentske organizacije Univerze v Mariboru.

Prav tako pomoč v stiski nudi Slovenski center za raziskovanje samomora UP IAM, in sicer v obliki univerzalne preventive (spletna stran [zivziv.si](http://zivziv.si)), kot so denimo članki, ki poglobijo ali razširijo znanje o težavah na področju duševnega zdravja. Center prav tako nudi izobraževanje medijev o pravilnem medijskem

poročanju na temo samomora, izobražujejo laično javnost, nudijo številne preventivne delavnice, programe (Poštuvan, 2015) ...

Več kot 10 let obeležuje tudi center za osebe z duševnimi motnjami Ozara, ki deluje kot dnevni center, kjer ponujajo strokovna svetovanja, razvijajo in krepijo individualnosti vključenih oseb, rešujejo osebne stiske in nudijo pomoč pri vključevanju v aktivno življenje (Blaić, 2016).

Tu smo zate je tudi eden vodilnih preventivnih programov na področju varovanja duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnih dejanj. V ospredju je preventivna mreža strokovnjakov s področja zdravstva, šolstva in socialnega dela, katere del so psihologi, socialni delavci, šolski svetovalci, ravnatelji in učitelji, diplomirane medicinske sestre, šolski in družinski zdravniki, psihiatri, hkrati pa tudi policisti, pazniki v zaporih, strokovni delavci, prostovoljci in drugi. Cilj programa je spremljati in analizirati podatke o duševnem zdravju, izobraževati strokovnjake in osveščati javnost, sodelovati z mediji, iskati pobude za sistemske spremembe in razvoj preventivnih programov za krepitev duševnega zdravja in razvijati programe pomoči za osebe v duševnih stiskah (Jurinčič Konec in Lekić, 2013).

Med drugim se posamezniki z visokim tveganjem za razvoj samomorilnega vedenja in tisti, ki se znajdejo v stiski, lahko obrnejo na klicne centre. Krizni telefoni nudijo razbremenitev posameznikovih težav, hkrati pa usposobljeni svetovalci napotijo do drugih virov pomoči. Kar je pomembno, klicatelj ostane anonimen, s tem je tudi obvarovana njegova zasebnost. Eden od telefonov je Društvo Zaupni telefon Samaritan, ki deluje 24 ur na dan, tudi med vikendi in prazniki (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2010).

Po raziskavi avtorice Neilson in sodelavcev (2014) sodeč so mladi željni iskanja pomoči v stiski, vendar le, če je ta ustrezna. Prav tako so sposobni iskanja pomoči kadar se počutijo slabo, a jih morajo tisti, ki pomoč nudijo, obravnavati s spoštovanjem in brez stigme. To so ugotavljali v obliki intervjujev, na katerih so med drugim preverjali sisteme podpore, odločitve iskanja pomoči in izkušnje zdravstvenega varstva.

## 2.4 Preprečevalni ukrepi na področju samomora

Iz navedenih mednarodnih dokumentov in ključnih ugotovitev o duševnem zdravju v Sloveniji so avtorji prišli do ugotovitve, da bi bilo treba izboljšati znanje in osveščenost na področju preprečevanja samomora, depresije in anksioznosti pri splošni populaciji, zdravstvenih strokovnjakih in drugih ključnih akterjih v socialnem in drugih sektorjih. Kolektivno moramo spodbujati zgodnje prepoznavanje znakov duševnih težav pri posamezniku in pri rizičnih populacijah ter nuditi različne preventivne, psihoterapevtske in svetovalne oblike pomoči, obenem pa zagotavljati podporne mehanizme za posameznike z depresijo, anksioznostjo in tiste, ki so poskušali narediti samomor in njihove svojce (Jeriček Klanšček, Gabrijelčič Blenkuš, Zorko, 2009).

### 2.4.1 Promocija duševnega zdravja

Balfour (2007; Dumon in Portzky, 2012) definira promocijo duševnega zdravja kot proces omogočanja posameznikom in skupnostim, da prevzamejo nadzor nad svojim življenjem in izboljšajo svoje duševno zdravje. Njen namen je izboljšati samopodobo, znanja, spretnosti in zmogljivosti obvladovanja ter podpore družine in skupnosti, prav tako pa stremi k spremembi širših družbenih in gospodarskih okolij, ki imajo vpliv na duševno zdravje.

Znano je dejstvo, da strategije za promocijo duševnega zdravja pripomorejo pri preprečevanju samomora, saj so namenjene izboljševanju dejavnikov, kot so socialna vključenost, prilagodljivost in varna okolja, med katere spadajo varna šolska in delovna okolja. Gre za varovalne dejavnike samomorilnega vedenja (Dumon in Portzky, 2012).

Pri promociji duševnega zdravja gre za različne strategije, ki se lahko izvajajo na individualni ravni, na ravni skupnosti ali na obeh ravneh. Cilj strategij, ki so osredotočene na **posameznike**, je povečati prilagodljivost in zmanjšati dovzetnost za duševne težave z razvojem osebnih veščin, samospoštovanja, strategij

obvladovanja, spretnosti za reševanje težav in samopomoči, ki večajo zmogljivost za spopadanje s kritičnimi življenjskimi dogodki in stresorji. Primeri teh strategij so programi preprečevanja, namenjeni izobraževalnim institucijam, in spletna orodja za samopomoč. Na **ravni skupnosti** se strategije za promocijo duševnega zdravja osredotočajo na povečanje socialne vključenosti in kohezijo. Njihova naloga je ozaveščati, zmanjševati stigmatizacijo in diskriminacijo, omogočati razvoj podpornih okolij v različnih okoljih, npr. mrež za samopomoč v izobraževalni instituciji, na delovnem mestu, v športnih klubih, skupnostnem centru itd. Nekatere strategije združujejo ukrepe na **različnih ravneh**, kamor spadajo kampanje ozaveščanja javnosti, ki so osredotočene na izboljšanje stališč na področju depresivne motnje (raven skupnosti) in lahko poenostavijo iskanje pomoči (individualna raven) (Dumon in Portzky, 2012).

Intervencije promocije skušajo spodbujati posameznikov razvoj in doseganje razvojnih ciljev ter krepiti občutek blagostanja, pri čemer so v ospredju determinante zdravja in ne bolezni. Promocija zdravje dojema celostno, Zdravje promocija namreč dojema holistično prav tako poudarja pravičnost in enakopravnost med ljudmi. Ne nazadnje pa promocija teži k spremembi v izobraževalnem sistemu, kjer daje večji poudarek na promociji in preventivi in ne zgolj na kurativi (O'Connell, Boat, in Warner, 2009).

#### **2.4.2 Preventiva samomorilnega vedenja**

O možnostih preprečevanja samomora govorimo takrat, ko si celotna družba na nacionalni ravni ali le njen del (medicina, psihologija, psihiatrija) namensko, z ukrepi, prizadeva k pomembnemu zmanjšanju števila samomora prebivalcev. Preprečevanje samomora razdelimo na tri dele: primarno, sekundarno in terciarno preventivo (Tekavčič-Grad, 1995).

Pri **primarni preventivi** gre za dolgoročno in dolgotrajno prizadevanje družbe, ki bi naj odpravljala okoliščine, vzdušje in pritiske, v katerih nastajajo samomorilna nagnjenja in dejanja (Milčinski, 1985; Tekavčič-Grad, 1995). Ta vrsta preventive

ne zajema več zgolj medicine ali psihologije, pač pa bi morala srečevati prizadevanja različnih strok, kot so npr. sociologija, pedagogika, filozofija, antropologija in druge. Njihov skupni cilj naj bi bila sprememba tistega bazičnega razpoloženja in naravnost ljudi, ki naj bi osebe odvrnila od samomora in jih usmerila do bolj zdravega, konstruktivnega in zadovoljivega reševanja življenjskih težav, pri čemer moramo sodelovati vsi, ne le kot strokovnjaki, ampak tudi kot pripadniki naroda (Tekavčič-Grad, 1995).

**Sekundarna preventiva** se ukvarja predvsem s tistimi skupinami, ki so najbolj ogrožene in pri katerih je najbolj verjetno, da bodo svoje težave poskušali rešiti na samopoškodovalen način. V kliničnem smislu sem spadajo rizične skupine ljudi, kot so npr. odvisniki od alkohola ali drugih substanc, depresivni in tisti posamezniki, ki že imajo za seboj enega ali več poskusov samomora (Roy, 1985; Tekavčič-Grad, 1995). Poleg omenjenih skupin sem še spadajo svojci ljudi, ki so storili samomor, kronično bolni, starostniki, mladostniki z osebnimi ali družinskimi težavami (razbita družina, alkoholizem), zaporniki oz. posamezniki v kazenskem postopku. V naši državi se s takšnimi ukvarjajo tisti strokovnjaki, ki skrbijo za duševno zdravje, pa tudi splošni zdravniki. Pri tem igra eno najodločilnejših vlog zdravnik splošne medicine, ki bolnika pozna dlje časa in zato lažje poleg vseh ostalih prepozna njegove duševne spremembe. Poleg tega je tudi pomembna vloga medicinske sestre, ki osebo lahko še pred vstopom k zdravniku povpraša po počutju in mu tako omogoči začetni, oporni in razbremenjevalni pogovor. Kadar zdravnik splošne medicine prepozna suicidalnega bolnika, ga pošlje na zdravljenje v bolnišnico in ga po odpustu spremlja, ga vabi na redne kontrole. Le tako mu lahko ob naslednji stiski pravočasno ponudi pomoč (Tekavčič-Grad, 1995).

Svetovalci na telefonskih kriznih linijah predstavljajo pomemben del preventive, telefon v stiski namreč prestreza velik del tistih, ki so sicer v fazi razmišljanja o samomoru, so se pa o svojih težavah pripravljani pogovarjati in na podlagi tega spreminjati svoje vedenje (Tekavčič-Grad in Topolovec, 2013).

Pri **terciarni preventivi** pa gre za tisto nujno pomoč osebi po poskusu samomora, ki rešuje njegovo življenje in je običajno v pristojnosti (somatske) medicine. Na to vrsto preventive se veže tudi psihološka oz. psihiatrična pomoč, pri kateri strokovnjaki po poskusu samomora vidijo, se z njim pogovorijo in ocenijo, ali je potrebno nadaljnje zdravljenje v eni od psihiatričnih ustanov. Suicidalna oseba tukaj pride v stik z različnimi delavci v zdravstvu, denimo z medicinskimi sestrami, zdravniki, pri čemer je zelo pomembno, kakšen odnos in osebno stališče ima vsak od njih do samomora in samomorilnega poskusa, koliko so na tem področju izobraženi in še več – ali so in kako so senzibilizirani za to področje svojega dela (Tekavčič-Grad, 1995).

#### **2.4.3 Obravnava/zdravljenje in vzdrževanje**

Na tej točki je ključnega pomena zgodnja prepoznavna boleznih ter napotitev v obravnavo, kjer se vzpostavi standardno zdravljenje za poznane motnje. Kasneje je na vrsti sledenje dolgotrajni terapiji, in sicer s ciljem preprečevanja relapsa in ponovitve ter vzdrževanje zdravja ter dolgoročna oskrba duševnega zdravja, tudi rehabilitacija (O'Connell, Boat, in Warner, 2009).

Samomor je pojav, ki lahko posameznika spremlja že od rojstva. Ne moremo pričakovati, da bi ga popolnoma izkoreninili. Poeldinger (1968; Ziherl in Pregelj, 2010) je celo zapisal, da se na področju preprečevanja samomora do zdaj še nikomur ni posrečilo zasukati navzdol rastoče pogostosti samomorov. Sodobni suicidologi pa glede tega niso tako pesimistični, v mnogih državah so namreč izdelali preventivne programe, ki slonijo na nacionalnih programih za preprečevanje samomorilnosti (Wasserman, 2001; Ziherl in Pregelj, 2010).

Zdravstveni preprečevalni ukrepi so (Ziherl in Pregelj, 2010):

- definiranje skupin prebivalstva, pri katerih je večje tveganje samomorilnosti;
- izboljšanje diagnosticiranja in zdravljenja posameznikov s samomorilnim vedenjem, vključujoč tiste, ki so samomor že poskušali;

- terapevtska pomoč preživelim svojcem posameznika, ki je storil samomor;
- izboljšanje rehabilitacije posameznikov po poskusu samomora.

Javno-zdravstveni oz. družbeni ukrepi so (Ziherl in Pregelj, 2010):

- spreminjanje odnosa javnosti do samomora, pri čemer je potrebno detabuizirati samomor kot družbeni pojav in hkrati vzpodbuditi govorjenje o samomorilnosti, predvsem pa znanje o samomoru in o različnih načinih njegovega preprečevanja;
- register podatkov o samomoru in samomorilnih poskusih, ki dajejo podrobnejšo analizo o ogroženih skupinah prebivalstva in obenem možnosti za preventivno delo;
- psihosocialna podpora, ki daje možnost vzpostavitve mreže skupnostnih služb, ki vzpodbuja in uči osebe v spretnostih obvladovanja težkih življenjskih situacij, še posebej takšnim posameznikom, ki slabo obvladujejo vsakdanji negativni stres, ker nimajo podporne mreže svojcev ali prijateljev;
- izobraževanje zdravnikov, da bi učinkoviteje prepoznavali depresijo in druge duševne motnje, ki so dejavniki tveganja;
- izobraževanje učiteljev oz. drugih izobraževalnih delavcev, da bi bolje prepoznavali samomorilno ogroženost učečih.

## **2.5 Razvojno obdobje prehoda v odraslost**

Jeffrey Arnett je avtor, ki se že dvajset let ukvarja z raziskovanjem mladih na prehodu v odraslost, starih 18–29 let (Arnett 2013). Obdobje prehoda v odraslost opisuje kot obdobje po koncu adolescence (18 let) in do začetka zgodnje odraslosti (30 let). Gre torej za obdobje od poznih najstniških let, pa skozi dvajseta leta s poudarkom na obdobju 18–25 leta (Arnett 2000, 469). Ker se je v industrializiranih družbah obdobje prehajanja v odraslost tako podaljšalo, da traja enako dolgo kot adolescenca, ne gre več zgolj za prehod, ampak ločeno razvojno obdobje (Arnett 2010, 7).



To je obdobje, ko številni mladi zaključijo z izobrazbo in usposabljanjem, ki predstavlja temelj za njihovo poklicno pot in zaslužek. To je čas, ko posamezniki presežejo adolescentno odvisnost, a še ne prevzamejo odgovornosti, ki so normativne za odraslost, temveč raziskujejo različne možne poti na področju ljubezni, intimnih razmerij, poklicnih poti, pogledov na svet. Gre za obdobje različnih možnosti in številnih možnih življenjskih poti in smeri, ko mladi še nimajo začrtane jasne poti o svoji prihodnosti (Arnett 2000, 469–471). Zato je demografska raznolikost med posamezniki v tem obdobju zelo velika. Nič ni normativno in ne da se določiti, kaj velja za večino (Arnett 2000, 471).

Zaključek prehoda v odraslost zajema konec rednega izobraževanja, zaposlitev za polni delovni čas, odselitev od izvirne družine, vzpostavitev samostojnega gospodinjstva, oblikovanje partnerske skupnosti ter starševstvo (Jones 2005, 25).

Arnett predlaga pet karakteristik obdobja prehoda v odraslost. Pravi, da je prehod v odraslost obdobje identitetnega raziskovanja, nestabilnosti, samoosredotočenosti, veliko možnosti, ter obdobje nekje vmes. Gre za obdobje (Arnett 2004, 7-17):

- **Identitetnega raziskovanja:** mladi v tem obdobju raziskujejo, preizkušajo različne možnosti in življenjske priložnosti na številnih področjih, posebej na področju poklica, partnerskih odnosov ter svetovnega nazora. Na vseh omenjenih področjih se proces identitetnega raziskovanja začne v mladostništvu in zaključi s koncem prehoda v odraslost. Taka identitetna raziskovanja pomenijo uvod v prehod v določene obveze in vloge odraslih. Mladi preizkušajo različne možnosti in tako ugotavljajo, kdo sploh so, kaj si želijo početi v življenju. Bolj kot v mladostništvu lahko raziskujejo same sebe, saj postajajo vse bolj neodvisni od staršev.
- **Nestabilnosti:** to je obdobje preizkušanja možnosti in priložnosti na področju izobraževanja, dela in partnerstva, bolj pogostega menjavanja kraja bivanja (na primer v času študija), potovanja, pustolovščin, raziskovanj tujih dežel, novih krajev, ljudi in načinov življenja. To je tudi obdobje heterogenosti, individualnih razlik v načinu življenja in

življenjskih okoliščinah. Nekateri se še izobražujejo, drugi delajo, tretji so brezposelni, nekateri imajo stalno intimno razmerje, drugi ne, nekateri so poročeni, imajo otroke, spet drugi živijo doma pri starših ali s sostanovalci, tretji s partnerjem. Vse te razlike prinesejo za seboj tudi individualne razlike na področju psihološkega delovanja, denimo čustvenega blagostanja, navad, vrednot, vedenjskih vzorcev, zadovoljstva v partnerskem odnosu.

- **Samoosredotočenosti:** mladi v tem obdobju nimajo veliko socialnih obvez ali dolžnosti do drugih, imajo veliko osebnih svobod, zato to obdobje zaznavajo kot obdobje, ko nikomur ne odgovarjajo, ko lahko počnejo, kar želijo s svojim življenjem ter želijo izkusiti čim več tistega, česar kasneje, ko bodo vstopili v odrasli svet, ne bodo več mogli. Arnett pravi, da so mladi v tem obdobju tudi manj egocentrični kot prej, bolj upoštevajo poglede drugih, se vživijo vanje ter so bolj strpni do drugačnosti.
- **»Nekje vmes«:** ko čutijo, da niso več otroci, mladostniki, adolescenti, a hkrati čutijo, da tudi niso še odrasli. Torej, da so nekje vmes.
- **Velikih možnosti:** to je obdobje, ko mladi čutijo, da imajo neskončne možnosti, ko nosijo v sebi veliko upanja in optimizma ter visoka pričakovanja, da lahko dosežejo kar koli so si zaželeli na področju službe, partnerstva, družine, otrok.

### 2.5.1 Spremembe na področju prehoda v odraslost

V zadnjem desetletju je prišlo do številnih sprememb na področju vstopanja v odraslost. Današnji mladi vstopajo v odraslost drugače kot nekoč, podaljšuje se izobraževanje, mladi pa ostajajo finančno dlje časa odvisni od staršev. Vstop v prvo zaposlitev in starševstvo se pomika v pozna dvajseta ali celo trideseta leta življenja. Prihaja do sprememb v individualnih biografijah, procesih, institucijah ter v pričakovanju ljudi o njihovem življenju. Številne samoumevnosti človeškega življenja, ki so nam nekoč usmerjale življenjske poti, so izgubile pomen, namesto tega pa smo vsak dan postavljeni pred izbiro med različnimi možnostmi in

priložnostmi, zahtevami, izzivi ter različnimi načini življenja. Vse večja je izbirnost življenjskih poti. Nekoč je bil življenjski potek jasno razdeljen na obdobja. Obdobja otroštva, mladosti, odraslosti in starosti so bila jasno ločena. Za vsako od teh obdobj so bile določene najpomembnejše dejavnosti, pravila in norme. Dandanes pa teh značilnosti oblikovanja življenjskih potekov in dejavnosti ni več opaziti. Dejavnosti niso več nujno vezane na določeno obdobje, na primer igra ni značilna la za otroštvo, učenje, izobraževanje ne več le za otroštvo in mladost, delo pa ni več zagotovljeno odraslim. Življenjski stil je postal bolj stvar individualne izbire. Tako tudi zaposlitev, partnerski odnos, starševstvo ali družina niso več življenjske samoumevnosti, temveč stvar presoje vsakega posameznika – o tem kdaj, zakaj ali sploh. Zaposlitev za nedoločen čas je bila nekoč pravilo, zdaj je izjema. Odločitev za družino in otroke je bila nekoč normalna, pričakovana in samoumevna zaradi izbirnosti, dandanes ni več (Kodrič, 2014).

Vendar pa je lahko izbira drugačnosti, podaljševanje šolanja, življenja v izvorni družini, ekonomska odvisnost ter odlaganje odločitev za starševstvo pogosto življenjska nuja ali edina možnost in ne izbira. Številni družbeni analitiki namreč pripisujejo spremembe v prehodih v odraslost tudi globalnim družbenoekonomskim in kulturnim spremembam v sodobnih, visoko razvitih družbah (Ule 2008, 12–16). Vzeti moramo v ozir spremembe na trgu dela, zaposlovanja ter socialne politike v postindustrijskih družbah, ki so pravzaprav ustvarile to vmesno obdobje prehoda v odraslost (Heinz 2009, 3). Prav tako moramo vzeti v ozir, da je to podaljševanje prehoda v odraslost značilno za družbe, ki omogočajo podaljševanje preizkušanja različnih možnosti in oblikovanja identitete, saj poudarjajo pomembnost izobraževanja, strokovnega usposabljanja, osebne izbire posameznikov ter neodvisnost in tako ustvarjajo pogoje, da lahko mladi odlagajo s prevzemanjem odraslih vlog (Arnett 2000, 469–471). To so družbe, ki pričakujejo, oziroma zahtevajo visoko izobrazbo, zato se mladi dlje šolajo, tudi vse v srednja dvajseta (Arnett 2000, 478). Je pa to seveda tudi stvar odločitve vsakega posameznika in nekateri imajo dejansko raje možnosti, spontanost, kakor pa odraslo življenje z vsakodnevno rutino in tako dalje (Arnett 2007b, 27–28).

### **2.5.2 Posamezniki na prehodu v odraslost v Sloveniji**

Puklek in Zupančič sta izvedli raziskavo, v kateri sta preučevali značilnosti prehoda v odraslost pri 201 slovenskem študentu. Udeleženci so bili stari med 18,5 in 27 let. Ugotovili sta, da dve tretjini udeležencev živita doma s starši, od preostalih pa več kot polovica ohranja stike z družino večkrat na teden. Več kot polovica jih ima stalno partnersko zvezo, poročen ni nihče, prav tako nihče nima otrok. Četrtnina jih je popolnoma finančno odvisnih, približno polovica pa jih je v glavnem finančno odvisnih od staršev. 89 % jih meni, da so v določenih vidikih odrasli, v drugih pa ne, ter da starost ni merilo odraslosti (Puklek in Zupančič 2010, 89–96).

Mandič (v Lavrič idr. 2010, 282) ugotavlja, da ima Slovenija med vsemi članicami Evropske unije najvišji odstotek mladih med 18 in 34 let, ki še živijo doma s starši, in sicer preko 50 %. Lavrič in sodelavci so v študiji Mladina 2010 ugotavljali, da se je v desetih letih delež mladih med 25 in 29 letom, ki še živijo doma, povečal ne glede na zaposlitveni status. Namreč, tudi med tistimi, ki imajo zaposlitev za nedoločen čas, je kar 60 % takih, ki še zmeraj živijo doma pri starših (Lavrič idr. 2010, 284–285).

### **2.5.3 Kaj mladi smatrajo za merila odraslosti?**

Arnett je v svojih študijah ugotavljal, da šele v zgodnjih tridesetih večina mladih pove, da se čutijo odrasle. A tudi v poznih dvajsetih in zgodnjih tridesetih skoraj tretjina udeležencev zase ni čutila, da bi se njihova tranzicija v odraslost že zaključila (Arnett 2000, 471).

Na vzorcu 346 študentov starih od 18 do 23 let in 140 študentih starih od 21 do 28 let, je Arnett raziskoval, kaj mladi v tem obdobju ocenjujejo kot temeljne kriterije vstopa v odraslost. Obe študiji sta pokazali, da mladi kot glavne kriterije ocenjujejo »samostojno odločanje na podlagi lastnih prepričanj in vrednot, neodvisno od vpliva staršev in drugih oseb« ter »vzpostavitev enakopravnega odnosa s starši«, torej dva psihološka dejavnika. Dejavnike, kot so zaključek

šolanja, prvi poklic, poroka in starševstvo so mnogi zavrnili. Dva zunanja dejavnika, ki sta se pokazala kot pomembna, pa sta finančna neodvisnost in odselitev od staršev (Arnett 1997, 3). Tudi Puklek in Zupančič sta v svoji raziskavi na študentih ugotovili, da večina kot merila odraslosti vidi odgovornost za posledice svojih dejanj ter za svoja prepričanja in vrednote, enakovreden odnos s starši in finančno neodvisnost (Puklek in Zupančič 2010, 89).

## **2.6 Interpersonalna teorija samomorilnega vedenja**

Da bi zagotavljali okvir za razumevanje kompleksnega prepletanja dejavnikov, ki povečujejo tveganje za samomor, je treba poznati psihološke teorije. Le tako lahko prepoznavamo potencialne cilje in oblikujemo smernice za zdravljenje v klinični praksi (O'Connor in Nock, 2014).

Poznavanje epidemiologije samomora je ključen predpogoj za razvijanje preventivnih programov (Bernal idr., 2007, Conner in Duberstein, 2004, Flensburg-Madsen idr., 2009).

V preteklosti se je veliko psiholoških teorij ukvarjalo s posameznikovimi psihološkimi dejavniki, a ob tem niso upoštevale dejstva, da večina oseb, ki se sooča s samomorilnimi ideacijami, ne poskuša narediti samomora (O'Connor in Nock, 2014).

Joiner (2005; Van Orden idr., 2010, v Van Orden idr., 2012) je v okviru medosebne teorije samomora razvil teorijo, ki predlaga, da je težnja po samomoru rezultat neizpolnjenih medosebnih potreb. Gre za neizpolnjeno potrebo po pripadanju (thwarted belongingness) (Leary, Terdal, Tambor in Downs, 1995; Cacioppo in Patrick, 2008, v Van Orden idr., 2012), ki rezultira v občutku odtujenosti v medosebnih odnosih in neizpolnjeni potrebi socialnih kompetenc (Ryan in Deci, 2000, v Van Orden idr., 2012), katere rezultat je zaznavanje sebe kot bremena (perceived burdensomeness). Po teoriji sodeč se želja po samomoru razvije, ko sta aktivirani obe komponenti. Tako pride do vedenjske manifestacije, ki se izrazi kot aktivna ali pasivna samomorilna ideacija (Van Orden idr., 2012).

Teorija govori o tem, da osebe prirojeni strah pred poškodbo, bolečino in smrtjo, izgubijo skozi procese ponavljajočega se doživljanja bolečih dogodkov, kot so npr. fizična zloraba skozi predhodne samomorilne poskuse, samopoškodovanje in druge izkušnje (Podlogar, Žiberna, Poštuvan in Kerr, 2016; Van Orden idr., 2012).

V primerjavi z Joinerjevo teorijo, pri kateri sta pomanjkanje pripadnosti in občutek, da smo v breme elementarnega pomena pri poskusu samomora, O'Connor v svoji teoriji izpostavlja predvsem občutke premaganosti in ujetosti kot tiste kazalnike, ki najpomembneje doprinesejo k stopnji samomorilnosti. Kadar se bo oseba počutila premagano ali ujeta, bo posledično narastla verjetnost samomorilnih ideacij (O'Connor in Nock, 2014).

Rory O'Connor (2011) je izoblikoval model samomorilnega vedenja, ki se razvije skozi motivacijsko fazo in fazo voljnosti (angl. Volitional phase). Motivacijska faza kot prva faza zajema vse tiste elemente, ki vplivajo na razvoj suicidalnih ideacij (občutki ujetosti, premaganosti itd.), medtem ko druga faza vključuje elemente, ki napovedujejo dejanski poskus samomora (impulzivnost, načrtovanje itd.). Celotni model predstavlja suicidalni proces, ki izhaja od začetnih samomorilnih misli pa do samega poskusa samomora (O'Connor in Nock, 2014).

Lamis in Malone (2011) sta v okviru literature Joinerja s sodelavci (2009) in Van Ordena (2008) na populaciji študentov odkrila, da je ocena povezanosti med uživanjem alkohola, občutkom bremena in pomanjkanjem pripadnosti lahko v pomoč pri napovedovanju samomorilnega vedenja. Rezultati njune raziskave so pokazali, da sta elementa občutek, da smo v breme in pomanjkanje pripadnosti pomembna mediatorja na študentski populaciji, in sicer pri povezanosti težav zaradi alkohola in samomorilnega vedenja. Za ocenjevanje tveganja samomorilnega vedenja med študenti je po mnenju avtorjev treba upoštevati oba elementa (Lamis in Malone, 2011).

## **3 Empirični del**

### **3.1 Namen**

Glavni namen magistrskega dela je bil teoretično razdelati in empirično obravnavati določene vidike samomorilnega mišljenja, vedenja in podrobneje preučiti dejavnike tveganja ter varovalne dejavnike za razvoj samomorilnega vedenja pri ciljni skupini, to so študenti Univerze v Mariboru. Natančno sem se dotaknila enih največjih tveganih vedenj pri tovrstni populaciji vedenj, kot so kajenje, pretirana raba alkohola, prav tako sem želela raziskati razlike med spoloma in med tistimi, ki imajo izražene simptome depresije ter tistimi, ki jih nimajo.

### **3.2 Cilji**

Cilji magistrskega dela so bili preveriti pojavnost samomorilnih misli in samomorilnega vedenja pri mladih odraslih oziroma mladih, na prehodu v odraslost. Preverili smo, kateri dejavniki tveganja in varovalni dejavniki so najpogostejši med mariborsko študentsko populacijo. Osredotočiti se želimo na problematiko tveganega vedenja, kot sta denimo kajenje in alkohol ter kako vplivata na kvaliteto življenja mariborskih študentov. Predpostavljamo, da bodo ta tveganja vedenja na nek način izražala stisko pri študentih, kar se lahko kaže v večjem tveganju za razvoj samomorilnih misli ali samomorilnega vedenja.

### **3.3 Raziskovalne hipoteze**

H1: Študenti moškega spola bodo pogosteje poročali o samomorilnem vedenju kot študenti ženskega spola.

H2: Študenti kadilci bodo pogosteje poročali o samomorilnem vedenju kot študenti nekadilci.

H3: Najpogostejši varovalni dejavnik za razvoj samomorilnega vedenja pri študentih je sposobnost ustreznega iskanja pomoči v stresnih situacijah.

H4: Študenti z izraženimi simptomi depresije bodo pogosteje poročali o samomorilnih mislih.

H5: Študenti, ki pogosteje uživajo alkohol, bodo pogosteje poročali o samomorilnem vedenju.

## **4 Metoda**

### **4.1 Raziskovalni vzorec**

Raziskovalni vzorec je zajemal 277 študentov Univerze v Mariboru, od tega 44 moškega (16,2 %) in 233 ženskega spola (83,8 %). Povprečna starost anketiranih je 24 let, v razponu od 19 do 45 let. Udeleženci so bili iz prve in druge stopnje študija, pa tudi študentje absolventi, tako iz prve kot iz druge stopnje študija.

### **4.2 Pripomočki**

Za potrebe magistrskega dela smo pridobili podatke, kot so spol, starost, letnik in fakulteto, na katero so vpisani študentje. Prav tako smo v anketi spraševali, kako pogosto so v zadnjem letu pili alkoholne pijače, ali je oseba kadilec in ali kdaj občutijo posamezne simptome depresije. Testna baterija je torej vključevala te podatke in vprašalnike, ki jih bomo opisali v nadaljevanju.

#### **Vprašalnik o bolnikovem zdravju 9 (Patient Health Questionnaire 9, Spitzer et al, 1994)**

Modul Vprašalnika o bolnikovem zdravju (PHQ-9) je samoocenjevalna verzija PRIME-MD (Spitzer et al., 1994). Gre za dvostopenjski sistem, ki sestoji iz presejalnega vprašalnika in evalvacijskih navodil. Sestavljen je za odkrivanje najpogostejših skupin duševnih motenj na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in temelji na DSM-IV. PHQ-9 je podlestvica, ki se nanaša na devet simptomov depresije. Ocenjevalec na 4-stopenjski lestvici označi, koliko časa v zadnjih dveh tednih je opazal posamezne simptome. Lestvica je namenjena prepoznavanju depresije v splošni populaciji, prav tako pa za klinične skupine (Martin et al.,



2006), pri čemer avtorji trdijo, da je PHQ-9 veljavna lestvica, in sicer za odkrivanje velike depresivne motnje in podpraznih oblik depresivnih motenj. Pri uporabi presejalnega kriterija pod 9 točk občutljivost in specifičnost znašata 88 % (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001), občutljivost in specifičnost dveh presejalnih vprašanj pa 97 % oz. 67 % (Arrol, Khin, Kerse, 2003).

### **Paykelova lestvica samomorilnega vedenja – PSS (Paykel, Myers, Lindenthal in Tanner, 1972)**

Paykelova lestvica zajema pet vprašanj, ki se stopnjujejo glede na resnost občutkov, in sicer od občutkov, da življenje ni vredno živeti, do poskusov samomora. Z vprašalnikom lahko ugotovljamo samomorilno ogroženost oseb, z njim namreč lahko ocenjujemo poskuse samomora in samomorilne misli, prav tako pa misli o smrti. Vprašanja so zastavljena na šeststopenjski lestvici in se nanašajo na zadnja dva tedna življenja anketirancev. Pri prvih štirih vprašanjih je možnih 6 odgovorov: 0 – nikoli, 1 – redko, 2 – včasih, 3 – pogosto, 4 – zelo pogosto in 5 – vedno. Pri 5. vprašanju so možni trije odgovori: 1 – da, v zadnjih dveh tednih; 2 – da, v zadnjih šestih mesecih ali več in 3 – ne, nikoli. Več kot dva visoko razvrščena odgovora (pogosto, zelo pogosto, vedno) lahko nakazujeta na zmerno do visoko samomorilno ogroženost, obenem pa na zmerno do visoko samomorilno ogroženost kaže odgovor pri 4. vprašanju, ki je pritrdilen (Rosta in Aasland, 2013).

### **Vprašalnik medosebnih potreb – INQ-25 (ang. Interpersonal Needs Questionnaire) (Van Orden et al., 2012).**

Gre za vprašalnik medosebnih potreb, ki ima 25 postavk in je sestavljen iz dveh temeljnih podlestvic, in sicer zaznavanje sebe kot breme – občutek, da smo v breme (ang. perceived burdensomeness) ter pomanjkanje pripadnosti (ang. thwarted belongingness), ki nakazujeta na željo po samomoru. Udeleženci na 7-stopenjski Likertovi lestvici označijo, v kolikšni meri navedena trditev zanje velja: 1 – sploh ne drži zame; 2 – večinoma ne drži zame; 3 – bolj ne drži zame kot drži; 4 – delno drži zame; 5 – bolj drži zame kot ne drži; 6 – večinoma drži zame, 7 – popolnoma drži zame. Prvih deset postavk spada pod lestvico

pomanjkanje pripadnosti, pri čemer se postavke 1, 2, 4, 7, 9 in 10 vrednoti obrnjeno, postavke od 11 do 25 spadajo pod dimenzijo občutek, da smo v breme. Postavke 12, 15, 17, 18, 20, 23 in 25 se prav tako vrednoti obrnjeno. Vprašalnik se interpretira upoštevajoč dejstvo, da višji rezultat na posamezni lestvici pomeni višjo stopnjo občutka – bodisi, da smo drugim v breme bodisi, da v medosebnih odnosih čutimo odtujenost, torej stopnjo pomanjkanja pripadnosti (Van Orden et al., 2012).

### **4.3 Postopki zbiranja podatkov**

23. junija 2017 smo sestavili vprašalnik, ki smo ga objavili na spletni strani 1ka.si in na takšen način podatke zbirali 25 dni, in sicer do 18. julija 2017. Zaradi občutljive teme (samomor) smo na začetku in na koncu ankete poleg soglasja za privolitev sodelovanja v anketi podali vire pomoči, kot so pomoč pri osebnem zdravniku, Center za obveščanje (za takojšnjo nujno pomoč), telefonsko številko za Zaupni telefon Samarijan, telefonsko številko za klic v duševni stiski, telefonsko številko za Žensko svetovalnico – krizni center. Poleg tega smo ponudili pomoč v obliki obiska spletne strani zivziv.si in spletne strani Kameleon. Prav tako smo navedli informacijo za brezplačno svetovanje v Psihološki svetovalnici Študentske organizacije Maribor in pripisali elektronski naslov za več informacij. Predviden čas reševanja vprašalnika je bil 14 minut, povprečno trajanje ankete je znašalo 7 minut in 25 sekund.

### **4.4 Postopki obdelave podatkov**

Pridobljene podatke smo vnesli in obdelali v statističnem programu IBM SPSS, verzija 21. Zanimale so nas povprečne vrednosti, minimum, maksimum in SD določenih postavk. Večina porazdelitev je precej asimetričnih, zato smo kot ustrezno srednjo vrednost uporabili mediano, testirali pa z neparametričnimi testi. Tako smo pri študentih mariborske univerze testirali razlike med spoloma, razlike med kadilci in nekadilci, ali obstajajo statistično pomembne razlike med tistimi študenti, ki imajo izražene simptome depresije in med tistimi, ki teh simptomov nimajo, ter kako se to odraža v poročanju samomorilnih misli. Za omenjene

hipoteze smo uporabili mediano lestvic INQ in PSS ter Mann Whitney U test. Za testiranje razlik skupin med pogostostjo uživanja alkohola smo uporabili neparametrični Kruskal-Wallis test. Ko nas je zanimalo, ali je najpogostejši varovalni dejavnik pri študentih sposobnost ustreznega iskanja pomoči v stresnih situacijah, smo za analizo uporabili frekvenčno porazdelitev odgovorov na anketnem vprašalniku.

## 5 Rezultati

### H1: Študenti moškega spola bodo pogosteje poročali o samomorilnem vedenju kot študenti ženskega spola.

Tabela 1: Primerjava povprečij na lestvicah samomorilnega vedenja glede na spol

	Moški		Ženske		Mann-Whitney U	p (2-stransko)
	Me	SD	Me	SD		
<b>Pripadnost INQ</b>						
Skupno povprečje dimenzije "pomanjkanje pripadnosti"	2,25	1,91	2,00	1,51	4598,50	,375
<b>Breme INQ</b>						
Skupno povprečje dimenzije »občutek, da smo v breme«	1,00	1,53	1,00	1,41	4958,00	,894
<b>Povprečje postavk PSS lestvice</b>						
Si v zadnjih dveh tednih čutil/a, da ni vredno živeti?	0,00	1,17	0,00	1,04	4798,50	,681
Si si v zadnjih dveh tednih zaželel/a, da bi bil/a mrtev/a, na primer, da bi zaspal/a in se več ne bi zbudil/a?	0,00	0,95	0,00	0,94	4859,50	,734
Si v zadnjih dveh tednih pomislil/a na to, da bi si vzel/a življenje, čeprav v resnici tega ne bi storil/a?	0,00	1,00	0,00	0,94	4821,00	,584
Si v zadnjih dveh tednih doživel/a trenutek, ko si resno razmišljal/a o tem, da bi si vzel/a življenje in si morda za to že naredil/a kakšen načrt?	0,00	0,80	0,00	0,43	4774,00	,186

Opomba: Me – mediana, SD – standardni odklon, p – statistična pomembnost;  $p < 0,05$

Ker podatki niso normalno porazdeljeni, hipotezo preverjamo z neparametričnim Mann-Whitney testom za neodvisne vzorce, saj nas zanimajo razlike med dvema skupinama glede na spol. Samomorilno vedenje merimo z mediano INQ lestvice, razdeljeno na dva tipa: breme in pripadnost ter s štirimi trditvami PSS lestvice. Skupini se glede na Mann-Whitney test za neodvisne vzorce statistično pomembno ne razlikujeta – niti pri INQ dimenziji breme niti pri INQ dimenziji pripadnost. Pri vseh trditvah lestvice PSS so vrednosti mediane pri obeh spolih

enake 0. Skupini se glede na Mann-Whitney test za neodvisne vzorce statistično pomembno ne razlikujeta v primeru nobene trditve lestvice PSS ( $p > 0,05$ ). Prvo hipotezo, ki pravi, da bodo študentje pogosteje poročali o samomorilnem vedenju kot študentke, na podlagi dobljenih podatkov tako ovržemo.

## H2: Študenti kadilci bodo pogosteje poročali o samomorilnem vedenju kot študenti nekadilci.

Tabela 2: Primerjava povprečij na lestvicah samomorilnega vedenja glede na status kajenja

	1 - Sem kadilec.		2 - Sem nekadilec.		Mann-Whitney U	p (2-stransko)
	Me	SD	Me	SD		
<b>Pripadnost INQ</b>						
Skupno povprečje dimenzije "pomanjkanje pripadnosti"	2,00	1,57	2,00	1,58	5258,00	,078
<b>Breme INQ</b>						
Skupno povprečje dimenzije "občutek, da smo v breme"	1,00	1,37	1,00	1,48	5973,50	,661
<b>Povprečje postavk PSS lestvice</b>						
Si v zadnjih dveh tednih čutil/a, da ni vredno živeti?	0,00	0,91	0,00	1,10	5770,50	,423
Si si v zadnjih dveh tednih zaželel/a, da bi bil/a mrtev/a, na primer, da bi zaspal/a in se več ne bi zbudil/a?	0,00	0,90	0,00	0,94	5934,50	,597
Si v zadnjih dveh tednih pomislil/a na to, da bi si vzel/a življenje, čeprav v resnici tega ne bi storil/a?	0,00	0,89	0,00	0,96	6063,50	,756
Si v zadnjih dveh tednih doživel/a trenutek, ko si resno razmišljal/a o tem, da bi si vzel/a življenje in si morda za to že naredil/a kakšen načrt?	0,00	0,37	0,00	0,53	6074,00	,575

Opomba: Me – mediana, SD – standardni odklon, p – statistična pomembnost;  $p < 0,05$

Drugo hipotezo prav tako preverjamo z neparametričnim Mann-Whitney testom za neodvisne vzorce, saj nas zanima, ali se skupine glede na status kajenja razlikujejo. Pri lestvici INQ pripadnost se skupini kadilcev in nekadilcev glede na Mann-Whitney test za neodvisne vzorce statistično pomembno ne razlikujeta, prav tako tudi ne pri dimenziji INQ breme. Pri vseh trditvah lestvice PSS so

vrednosti mediane pri obeh skupinah enake 0. Skupini se glede na Mann-Whitney test za neodvisne vzorce statistično pomembno ne razlikujeta v primeru nobene trditve lestvice PSS ( $p > 0,05$ ). Na osnovi predstavljenih rezultatov drugo hipotezo, ki trdi, da bodo študenti kadilci pogosteje poročali o samomorilnem vedenju kot študenti nekadilci, zavrnamo.

### **H3: Najpogostejši varovalni dejavnik pri študentih je sposobnost ustreznega iskanja pomoči v stresnih situacijah.**

*Tabela 3: Frekvenčna porazdelitev trditev varovalnih dejavnikov, N = 277.*

	<i>f</i>	<i>f (%)</i>
Menim, da imam visoko samopodobo.	88	32,2
Zaupam vase in v svoje sposobnosti.	180	65,9
Mislim, da imam dobre socialne spretnosti.	186	68,1
Mislim, da sem sposoben dobre socialne interakcije.	195	71,4
Po navadi dobim ustrezno podporo s strani družine.	196	71,8
Menim, da sem sposoben poiskati pomoč v stresnih situacijah.	197	72,2
Imam dober odnos s starši in družinskimi člani.	207	75,8
V večini imam dober odnos s sošolci.	223	81,7
Z veseljem in odprto sprejemam novo znanje.	232	85,0
Večinoma imam dober odnos s profesorji.	234	85,7
Sem odprt za upoštevanje predlogov in izkušenj drugih ljudi.	237	86,8

Opomba: *f* – frekvenca, *f (%)* – relativna frekvenca

Na osnovi trditev varovalnih dejavnikov, ki so jih sodelujoči podali v vprašalniku, smo pogledali, kaj najbolj velja za večino anketirancev, na trditve so odgovarjali z da ali ne. Najbolj pogosta je trditev »Sem odprt za upoštevanje predlogov in izkušenj drugih ljudi«, ki jo je označilo 237 anketiranih (86,8 %), najmanj pogosta pa je trditev »Menim, da imam visoko samopodobo«, ki je značilna za 88 sodelujočih (32,2) od skupno 277 udeležencev ankete. Trditev »Menim, da sem sposoben poiskati pomoč v stresnih situacijah« je po frekvenci na šestem mestu po izboru anketirancev. Tretjo hipotezo na podlagi dobljenih podatkov zavrnamo.

#### H4: Študenti z izraženimi simptomi depresije bodo pogosteje poročali o samomorilnih mislih.

Tabela 4: Primerjava povprečij na lestvici samomorilnih misli glede na izraženost simptomov depresije

	Brez simptomov depresije		Imajo simptome depresije		Mann-Whitney U	p (2-stransko)
	Me	SD	Me	SD		
<b>Pripadnost INQ</b> Skupno povprečje dimenzije »pomanjkanje pripadnosti«	1,90	0,87	3,40	1,31	3750,50	,000
<b>Breme INQ</b> Skupno povprečje dimenzije »občutek, da smo v breme«	1,80	0,69	3,00	1,28	3744,00	,000
Si v zadnjih dveh tednih pomislil/a na to, da bi si vzela življenje, čeprav v resnici tega ne bi storil/a? in Si v zadnjih dveh tednih doživel/a trenutek, ko si resno razmišljal/a o tem, da bi si vzela življenje in si morda za to že naredil/a kakšen načrt?	0,00	0,14	0,00	0,87	5601,50	,000

Opomba: Me – mediana, SD – standardni odklon, p – statistična pomembnost;  $p < 0,05$

Tudi četrto hipotezo preverimo z neparametričnim Mann-Whitney testom za neodvisne vzorce, saj nas tudi tukaj zanimajo razlike med dvema skupinama, v tem primeru glede na izraženost simptomov depresije. Pri oblikovanju dveh skupin smo upoštevali kriterije ocenjevanja vprašalnika PHQ-9 (Spitzer et al., 1994), ki kažejo, da so tisti, ki nimajo simptomov depresije na vprašalniku prejeli od 0 do 4 točke. Blaga depresija je na vprašalniku prikazana od 5 do 9 točk, srednje izražena depresija od 10 do 14 točk, srednje do hujše izražena depresija se bo pokazala pri tistih, ki so na rezultatu dobili od 15 do 19 točk, huda oziroma velika depresija pa se je prikazala s točkami od 20 do 27 točk. Prav tako smo upoštevali navodila pri reševanju vprašalnika, in sicer, če posameznik obkljuka vsaj 4 modro označena polja (vključno s prvo<sup>1</sup> in drugo<sup>2</sup> postavko), se sklepa, da kaže znake depresije. Če oseba na vprašalniku obkljuka vsaj 5 trditev (ali prvo ali drugo postavko), se lahko pokaže velika depresivna motnja. In nazadnje, če

<sup>1</sup> Kako pogosto so vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave: malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem?

<sup>2</sup> Kako pogosto so vas v preteklih 2 tednih mučile naslednje težave: potrnost, depresivnost, obup?

anketiranec obkljuka od 2 do 4 modro označena polja (ali prvo ali drugo postavko), se kaže kot druga vrsta depresivne motnje. Pri tej hipotezi smo testirali samomorilne misli, zato smo pri analizi združili tretjo in četrto postavko.

V tabeli 4 je prav tako prikazana skupna vrednost INQ lestvice, ki je razdeljena na dva tipa: breme in pripadnost ter s povprečjem postavk PSS lestvice. Prikazane so vrednosti mediane lestvice samomorilnega vedenja glede na izraženost simptomov depresije. Pri lestvici INQ pripadnost se skupini tistih, ki ima izražene simptome depresije in tistih, ki teh simptomov nimajo, glede na Mann-Whitney test za neodvisne vzorce statistično pomembno razlikujeta. Skupini se na dimenziji breme glede na Mann-Whitney test za neodvisne vzorce tudi statistično pomembno razlikujeta. Pri mediani dveh trditev lestvice PSS vrednost mediane pri študentih brez simptomov znaša 0, standardni odklon pa znaša 0,14, pri študentih s simptomi je vrednost mediane prav tako 0, standardni odklon pa 0,87. Skupini se glede na Mann-Whitney za neodvisne vzorce statistično pomembno razlikujeta ( $p < 0,05$ ). Hipotezo, ki se glasi, da bodo študenti z izraženimi simptomi depresije pogosteje poročali o samomorilnih mislih, torej potrdimo.



## H5: Študenti, ki bodo pogosteje uživali alkohol, bodo pogosteje poročali o samomorilnem vedenju.

Tabela 5: Primerjava povprečij na lestvicah samomorilnega vedenja glede na pogostost uživanja alkoholnih pijač

	1x na mesec ali manj	Me 2–4x na mesec	več kot 4x na mesec	1x na mesec ali manj	SD 2–4x na mesec	več kot 4x na mesec	Hi-kvadrat	p
<b>Pripadnost INQ</b>								
Skupno povprečje dimenzije "pomanjkanje pripadnosti"	2,00	2,00	2,00	1,55	1,45	1,65	0,77	,679
<b>Breme INQ</b>								
Skupno povprečje dimenzije »občutek, da smo v breme«	1,00	1,00	2,00	1,46	1,27	1,44	1,90	,387
Si v zadnjih dveh tednih čutil/a, da ni vredno živeti?	0,00	0,00	0,00	1,23	0,82	1,11	3,80	,150
Si si v zadnjih dveh tednih zaželel/a, da bi bil/a mrtev/a, na primer, da bi zaspal/a in se več ne bi zbudil/a?	0,00	0,00	0,00	1,00	0,74	1,05	3,96	,138
Si v zadnjih dveh tednih pomislil/a na to, da bi si vzel/a življenje, čeprav v resnici tega ne bi storil/a?	0,00	0,00	0,00	1,02	0,87	1,00	1,10	,577
Si v zadnjih dveh tednih doživel/a trenutek, ko si resno razmišljal/a o tem, da bi si vzel/a življenje in si morda za to že naredil/a kakšen načrt?	0,00	0,00	0,00	0,34	0,48	0,70	4,70	,096

Opomba: Me – mediana, SD – standardni odklon, p – statistična pomembnost;  $p < 0,05$

Peto hipotezo preverjamo z neparametričnim Kruskal-Wallis testom, saj nas zanimajo razlike med več skupinami glede na pogostost uživanja alkohola, kar merimo z vprašanjem o pogostosti pitja alkoholnih pijač v zadnjih 12 mesecih. Tukaj smo za merjenje samomorilnega vedenja prav tako uporabili vprašalnika INQ in PSS. Pri lestvici INQ pripadnost nakazuje na to, da se skupine glede na K-W test statistično pomembno ne razlikujejo. Pri lestvici INQ breme vrednost mediane prav tako kaže, da se skupine glede na K-W test statistično pomembno

ne razlikujejo. Pri vseh trditvah lestvice PSS je vrednost mediane tako pri najmanj pogostem uživanju alkohola kot pri najpogostejšem enaka 0. Skupine se glede na K-W test statistično pomembno ne razlikujejo v primeru nobene od štirih trditev ( $p > 0,05$ ). Hipotezo, ki se glasi da bodo študenti, ki bodo pogosteje uživali alkohol, pogosteje poročali o samomorilnem vedenju, zavrnamo.

## **6 Interpretacija**

Raziskava avtorja Nocka in sodelavcev (2013) je pokazala, da tretjina tistih, ki razmišljajo o samomoru, samomor tudi izvede. Samomor je najpogostejši razlog za smrt in glavni problem na področju duševnega zdravja na svetu (Kann in sodelavci, 2014). Mladi so še posebej na udaru, saj je pri njih samomor tretji najpogostejši vzrok smrti, še posebno ranljivi so posamezniki moškega spola med 10 in 24 letom starosti.

Samomor je hud stres tudi za družino, prijatelje in strokovne delavce, povzroča tudi veliko družbeno škodo, saj umirajo ljudje v svojih najbolj ustvarjalnih letih, pogosto mladi (Remender in McWhinnie, 1977).

### **6.1 Pregled hipotez**

#### **6.1.1 Spol in samomorilno vedenje**

Prva hipoteza trdi, da bodo moški študentje pri sebi pogosteje zaznavali samomorilno vedenje in tudi več poročali o njem. Tako smo namreč zaznali v prebiranju literature, kjer med drugim najdemo raziskave o tem, da najdemo več samomorilnega vedenja pri moških, o čemer med drugim priča raziskava avtorja Hawtona (2000), ki je prav tako potrdila, da je večja verjetnost, da se bo samomorilno vedenje razvilo pri moškem, saj so ti bolj dovzetni za nasilno vedenje, k čemer spada tudi samopoškodovalno vedenje.

Razlike med spoloma po podatkih Svetovno zdravstvene organizacije (2014) obstajajo tudi v škodljivih vedenjih, predvsem med 15 in 29 letom. To so leta, ko se posamezniki osredotočajo na učenje in študij, ki jih bo usmeril na trg dela. Ravno to je populacija, ki jo v svoji raziskavi vzamemo pod drobnogled. Če za primer vzamemo tuje raziskave, te prav tako potrjujejo, da samomor stori štirikrat več moških kot žensk. To je opisala ameriška raziskava avtorjev Parks, Johnson, McDaniel, Gladden (2014). Globalno gledano ženske v večini storijo več

poskusov samomora, moški pa to dejanje najpogosteje dejansko izpeljejo (Gould in sodelavci, 2004).

V naši raziskavi se je pokazalo ravno nasprotno – ni bilo namreč zaznati, da študentje moškega spola o samomorilnem vedenju poročajo več kot ženske. Vzroke za to bi lahko iskali v neenakomerni porazdelitvi moškega in ženskega spola na anketnem vprašalniku. Prav tako v tem, da so moški morda o svojih duševnih stiskah bolj redkobesedni oziroma te misli pri sebi težje zaznajo. Ker po raziskavi avtorja Goulda in sodelavcev (2004) sodeč moški dejanje samomora resno izpeljejo, to lahko tudi pomeni, da o samomorilnem vedenju pred tem ne govorijo in ne poiščejo (ustrezne) pomoči, kar pa ne zmanjša morebitne stiske pri njih. Ženske pa za razliko od moških o svojih stiskah najpogosteje že prej govorijo tudi s prijateljicami in drugimi bližnjimi, tako da stisko in morebitne samomorilne misli, s tem pa tudi vedenje, do neke mere omilijo. Prav tako naši rezultati lahko nakazujejo na to, da študentje moškega spola morda čutijo nekakšno stisko, a o njej eksplicitno ne poročajo, zato se tudi ni izkazalo, da bi ravno oni o samomorilnem vedenju poročali več kot študentke. Stiska med spoloma se torej lahko kaže v drugačnem vedenju. Če pomislimo na to, kako se spola v odnosu samomorilnega vedenja razlikujeta, je dojemanje in pristop preprečevanja tovrstnega vedenja preveč splošen. Prav to med drugim poudarjajo avtorji Klimes-Dougan, Klingbeil in Meller (2003), ki so mnenja, da bi se program za preprečevanje samomorilnega vedenja moral prilagoditi posameznemu spolu.

Ker se med dojetanjem stiske med spoloma pogosto kažejo razlike, je izražanje samomorilnega vedenja prav tako lahko pod vprašajem. Če pogledamo slovenske raziskave, ki merijo razlike med samomorilnim vedenjem med spoloma, najdemo študijo zdravnice in avtorice Klančar (2005), ki predpostavlja, da moški zelo redko poiščejo zdravniško pomoč, če pa jo že, že izražajo telesno simptomatiko. Moški, ki imajo večje tveganje za samomor, ostajajo spregledana populacija. Država po navedbah avtorice nima ustreznega preventivnega programa za tovrstne bolnike. Slovenski zdravnik se namreč med svojim delom sreča z najmanj 15 primeri samomora, od tega več kot tri četrtine pri moških. Na njihovo zdravstveno

stanje naj bi vplivale genetske lastnosti, pa tudi značilnosti njihovega življenjskega sloga, pri katerem izstopata dve pomembni: način iskanja zdravstvene pomoči in tvegan način življenja, ki ga širša družba rada označi kot negativnega. Poleg tega so moški bolj nagnjeni k škodljivim načinom vedenja, kot so nasilje, kajenje, pitje alkohola ... Kar je še pomembneje, še navaja avtorica, se večina smrti med moškimi zgodi med 20 in 44 letom starosti – samomorilni indeks znaša 0,43 – kar je tri- do štirikrat več kot pri ženskah. Študentje nasploh torej po teh informacijah spadajo v ranljivo skupino posameznikov, ki lahko imajo večje tveganje za razvoj samomorilnega vedenja. Ženske namreč pogosteje obiskujejo zdravnika in so za svoje zdravstveno ter duševno zdravje pripravljene narediti več kot moški, s tem pa na tak način tudi zmanjšujejo tveganje za razvoj samomorilnega vedenja.

Ne le to, samomorilnost mladih moških je tudi povezana s samomorilnostjo njihovih sorodnikov, česar v naši raziskavi tega nismo posebej preverjali. O tem priča raziskava avtorja Linowski in sodelavcev (1985), ki je preučevala življenjski slog družin, dvojčkov in posvojencev v zvezi s samomorilnim vedenjem. Sicer študija ni mogla natančno opredeliti vpliva genov, kajti člani družine delijo tudi skupno bivanjsko okolje, so pa bolj natančne študije dvojčkov. Med drugim so pokazale, da med enojajčnimi dvojčki obstaja značilno večja konkordanca samomorilnega vedenja kot med dvojajčnimi (Roy, Segal, Centerwall et al, 1991).

Obdobje študija na prehodu v odraslost zahteva nekatere stresne okoliščine, v katerih se moramo mladi venomer dokazovati. Da bomo doštudirali z odliko, da bomo kos razvojnim nalogam, da bomo v pomoč družini in starejšim članom družine, prav tako, da se bomo čim prej osamosvojili in da bomo ob vstopu na trg dela takoj uspešni. Vse to lahko pritisk mladih še pogloblja, kar se lahko izraža v obliki stiske in vodi v razvoj samomorilnega vedenja, še posebej pri moških. Klančarjeva (2005) denimo izpostavlja, da bi družbena skrb morala biti usmerjena v spremembo stereotipov glede tipičnih lastnosti moških. Njihova vloga v družbi se je v zadnjih letih zelo spremenila. Hkrati se od moških zahteva, da so uspešni, po drugi strani pa ljubeči očetje, ki nemalokrat nadomeščajo prezaposleno mater.

Velik izziv za nadaljnje raziskave je ravno vprašanje, če ni tudi nejasno definirana vloga slovenskega moškega pripomogla k dejstvu, da se trend naraščanja samomorov med moškimi noče ustaviti.

Več raziskav torej poroča o tem, da pri moških obstaja večje tveganje za razvoj samomorilnega vedenja, kar pa ne pomeni, da ga pri ženskah ni možno zaslediti. Prav tako moramo biti pozorni na dejavnike, ki nakazujejo na to, da je nekdo v stiski. Ti dejavniki se lahko kažejo v različnih izvedbah. Predvsem pa je treba spodbujati, da tudi študentska populacija poišče strokovno pomoč in s tem zmanjša tveganja za samomor, predvsem bi to morali spodbujati pri moškem spolu, ki so po nekaterih raziskavah, ki so omenjene zgoraj, bolj dovzetni za razvoj samomorilnega vedenja, kar pa naša hipoteza sicer ni statistično pomembno pokazala.

#### **6.1.2 Kajenje in samomorilno vedenje**

Druge hipoteze, ki trdi, da bodo študenti kadilci pogosteje poročali o samomorilnem vedenju, prav tako nismo mogli potrditi. Ugotovili smo namreč, da študenti kadilci niso statistično pomembno poročali o samomorilnem vedenju. Razlogi, da se je večje tveganje za samomorilno vedenje pokazalo ravno pri nekadilcih, se morda lahko skrivajo v dejstvu, da študenti kadilci ne trpijo za katero od duševnih motenj, ki bi morebitno lahko bile potencialna podlaga za razvoj samomorilnega vedenja, kajenje bi duševno stanje tako le še poslabšalo. Prav tako je treba upoštevati, da je v naši anketi sodelovalo več nekadilcev (79 %), kar tudi vpliva na naš rezultat pri drugi hipotezi. Ženske pa po rezultatih ankete kadijo manj, zato tudi najverjetneje posledično manj poročajo o samomorilnem vedenju.

Znano je dejstvo, da kajenje škoduje zdravju. Vendar pa po globljem razmisleku ne gre trditi, da se tega študentska populacija tudi zaveda. Na zunaj morda izgleda, da se vedno več mladih zaveda škodljivosti cigaret in njihovih posledic. Če pa razmišljamo dalje, pa bi lahko trdili, da kadilci podcenjujejo in/ali

precenjujejo škodljivost kajenja. To potrjuje tudi raziskovalec Kip Viscusi (po Gladwell, 1963) s harvardske univerze, ki je pri skupini kadilcev preverjal, kaj menijo, za koliko let jim bo kajenje skrajšalo življenje. Njihov odgovor se je v povprečju glasil: devet let. Avtor navaja, da se resničen odgovor glasi med šestimi in sedmimi leti. Tako bi na podlagi teh ugotovitev raziskave tudi mi lahko trdili, da študenti kadilci morda podcenjujejo negativne učinke kajenja cigaret, zato tudi pri sebi ne zaznavajo morebitne stiske, posledično pa tudi pri sebi ne zaznavajo potencialnega samomorilnega vedenja ali druge stiske. Da je kajenje cigaret izjemno škodljivo za človekovo počutje in zdravje, sta med drugim ugotavljala tudi avtorja raziskave Kozlowski in Abrams (2016). Do leta 2100 bi naj bo njunih ugotovitvah zaradi kajenja predčasno skupaj umrla milijarda ljudi. Glavna problematika je, da je kajenje legalno in da ubije več ljudi kot uporaba trdih drog, kot sta denimo heroin ter kokain. Še več, če se kajenje začne v mladosti, lahko življenje skrajša za osem let (Razboršek in Krištof, 2005).

Eden od razlogov, da se večje tveganje za samomorilno vedenje ni pokazalo pri študentih, ki kadijo, bi lahko bil tudi v tem, da ne obstaja enoznačni negativni vpliv kajenja, ki bi vodil do povečanega razvoja samomorilnega vedenja. Kristan (1994) denimo navaja vzroke kajenja, ki so bili odkriti pri kadilcih. Po navadi je za začetek kajenja potrebnih več vzrokov istočasno, ne glede na začetni motiv kajenja, pa kadilec doseže stopnjo navajenosti in zasvojenosti, iz katere lahko pobegnejo le najodločnejši. Med najpogostejše vzroke po avtorjevi raziskavi sodeč spadajo vpliv družbe, radovednost posameznika, neznanje o posledicah kajenja, enakopravnost z odraslimi, protestiranje staršem, ki kajenja niso odobraval, dokazovanje ženske enakopravnosti, potrjevanje osebnosti in pomembnosti, navada in zasvojenost. Mnogo ljudi se je začelo zatekati k cigaretam, ko še njihova zmožnost kritičnega presojanja ni bila v celoti izoblikovana, kar pa lahko navežemo na študentsko populacijo. Mnogo jih potencialno začne kaditi, ker kadijo tudi njihovi sovrstniki in sošolci, to je vpliv družbe. Ravno zato, ker so vzroki za začetek kajenja skriti oz. je vzrokov več in so med seboj prepleteni, so lahko nejasne tudi izpeljave, kaj je do tovrstne navade pripeljalo. Kajenja v tem kontekstu vsekakor ne moremo gledati kot na »sprožilec« stiske, ampak prej kot enega od načinov nekonstruktivnega soočanja s

stisko, ki pa jo lahko še poveča. To povečanje stiske pa lahko vodi do razvoja samomorilnega vedenja. Kajenje je lahko za mladega človeka sporno predvsem zato, ker lahko pogloblja nastalo stisko oz. vodi do prakticiranja drugih psihotropnih snovi in drugih škodljivih drog. Nikotin lahko povzroči prav tolikšno zasvojenost kot heroin. Pri mladih kadilcih prav tako obstaja večje tveganje, da bodo segli tudi po drugih drogah. Kljub temu številni mladi kadijo in postanejo redni kadilci. Velika večina je svojo prvo cigareto pokadilo pri 11-ih letih, poleg tega pa so ugotovili tudi, da moški svojo prvo cigareto pokadijo prej kot dekleta (Kastelic in Mikulan, 2004). Roke mladega se hitro navadijo na cigareto, kmalu kadilec več ne ve, kaj bi z njimi počel, zato nadaljuje s tovrstno razvado. Mladina naj bi s cigareto v ustih izgledala bolj odraslo in zrelejše (Kristan, 1994).

V ameriški raziskavi, ki je trajala eno leto, so avtorji Han, Compton in Blanco (2016) ugotovili, da so tisti, ki so kadili, povečali tveganje za samomor, enako so ugotovili Miller, Hemenway in Rimm (2000), ko so izvajali raziskavo na 50.000 moških, od katerih je v osemletnem obdobju izvajanja raziskave 82 anketiranih storilo samomor. Testirali so občasne in redne oziroma aktivne kadilce. Avtorji članka so torej našli pozitivno korelacijo med kajenjem in samomorilnim vedenjem. Nikotinski odvisniki, ki so prenehali kaditi leto nazaj, so bili manj samomorilni kot tisti, ki so s kajenjem nadaljevali.

Da se na našem vzorcu ni statistično pomembno pokazalo, da bodo o samomorilnem vedenju več poročali kadilci, je lahko razlog tudi to, da se negativne posledice kajenja cigaret (med drugim tudi razvoj samomorilnega vedenja) po navadi pokažejo šele v srednji oziroma pozni odraslosti in še ne nujno pri mladih ob vstopu v odraslost, mnogi izmed njih so v tem obdobju začeli s kajenjem. Covey in sodelavci (2012) so namreč dokazali, da imajo posamezniki, ki so s kajenjem prenehali pred najmanj štirimi leti, manjše tveganje za razvoj samomorilnega vedenja, v primerjavi s tistimi, ki še vedno kadijo. Po drugi strani pa tisti, ki so prekinili s kajenjem za eno leto do štirih let, niso bili deležni zmanjšanja samomorilnega vedenja. Več kot štiri leta znaša meja abstinence od kajenja za tiste, ki so kadili praktično celo svoje življenje. Avtorji raziskave so še ugotovili, da imajo sedanji in bivši kadilci možnost za razvoj samomorilnega



vedenja. Kot zanimivost, raziskava študentov univerze King Saud University v Savdski Arabiji je pokazala, da se h kajenju zateka več moških študentov (Mandil et al, 2010). Tako vedenje naj bi jim po njihovih predvidevanjih pomagalo omiliti stres. Posledično se s kajenjem povečuje samomorilno vedenje, pri čemer so ravno moški tisti, ki več poročajo o samomorilnem vedenju. Študentke prakticirajo manj kajenja, saj bi se naj po navedbah raziskave bolj zavedale negativnih posledic kajenja na zdravje (Badr, Hamada, 2005).

Kajenje cigaret lahko torej vpliva na stisko in na razvoj samomorilnega vedenja na dolgi rok, vendar pa nekateri avtorji (Badr, Hamada, 2005) opozarjajo, da so kadilci za razvoj samomorilnega vedenja ogroženi le takrat, kadar trpijo za eno ali več duševnih motenj. Štiriletna raziskava (Bronisch, Hofler, Lieb, 2008) je prav tako pokazala, da so pacienti z bipolarno motnjo imeli znake samomorilnega vedenja, če so pred tem bili kadilci. V primeru, da ti pacienti pred razvojem duševne motnje niso kadili, pa se samomorilne misli niso pojavljale. Predvidevamo, da ker študentje v povprečju, ki smo jih zajeli v naši raziskavi, ne poročajo o težjih mentalnih boleznih in nimajo več deset letnih izkušenj s kajenjem, se tudi ni izkazalo, da imajo povečano tveganje za razvoj samomorilnega vedenja.

### **6.1.3 Iskanje pomoči kot varovalni dejavnik za samomorilno vedenje**

Študentje skozi študij dobimo veliko informacij, kam se naj obrnemo za pomoč. Tukaj je brezplačna psihološka študentska svetovalnica, poleg tega pomoč nudi Društvo študentov psihologije. Pogovori se s študentom psihologije. Skozi študentska leta nas na fakultetah tudi pridno seznanjajo, naj si v primeru stiske poiščemo strokovno pomoč, prav tako pa tudi informirajo o različnih zaupnih telefonih, nudijo tudi spletne strani za pomoč v stiski, kot je denimo [zivziv.si](http://zivziv.si) in [kameleon.si](http://kameleon.si). Na podlagi teh izkušenj smo sklepali, da bo sposobnost ustreznega iskanja pomoči v stresnih situacijah med študenti najpogostejši varovalni dejavnik za razvoj samomorilnega vedenja.

Ko smo v naši anketi na razpolago podali 11 trditev varovalnih dejavnikov (visoka samopodoba; dobre socialne spretnosti; zaupanje vase in v svoje

sposobnosti; ustrezno iskanje pomoči v stresnih situacijah; odprtost za upoštevanje predlogov in izkušenj soljudi ter odprtost za sprejemanje novega znanja; podpora s strani družine; dober odnos s starši in drugimi družinskimi člani; zgled za konstruktivne stile reševanja stresnih situacij; dober odnos z vrstniki (prijatelji, sošolci ...); dobro socialno vključenost (npr. vključevanje v kulturne ali druge dejavnosti v prostem času) in dober odnos s profesorji ter drugimi pomembnimi odraslimi), je največ sodelujočih študentov odgovorilo, da o sebi menijo, da so odprti za upoštevanje predlogov in izkušenj drugih ljudi (86,8 %). To se posredno lahko povezuje z iskanjem pomoči v stiski. Ker se je izkazalo, da so se anketiranci označili predvsem za odprte in radi upoštevajo predloge drugih, lahko iz tega sklepamo, da so tudi pripravljeni poiskati pomoč. Ker pa se najmanj udeležencev v anketi strinja s trditvijo »Menim, da imam visoko samopodobo« (32,2 %), bi lahko na podlagi tega sklepali, da še pri sebi niso zaznali, da rešitve v stiski tudi nujno potrebujejo ali pa, da ob tem začutijo morebitni strah oziroma morda menijo, da pomoči ne potrebujejo. Trditev »Menim, da sem sposoben poiskati pomoč v stresnih situacijah« (72,2 %), ki smo jo preverjali v tretji hipotezi, je šesta najpogostejša izbira. Na podlagi dobljenih informacij tretjo hipotezo torej zavrnamo.

Ena od možnih problematik mladih na prehodu v odraslost je, da poiščejo pomoč predvsem tisti, ki so se trenutno znašli v stresnih okoliščinah, tisti z duševnimi motnjami se pa od okolja izolirajo. To je pokazala tudi raziskava avtorjev (MacKinnon in Colman, 2016), v kateri so primerjali pripravljenost iskanja pomoči med mladimi na prehodu v odraslost in med odraslimi. Izkazalo se je, da so pomoč v stiski manj iskali tisti z depresivnimi simptomi in tistimi s samomorilnimi vedenji. Ker se v naši anketi ni statistično pomembno pokazalo, da bi študentje v veliki meri poročali o težjih mentalnih boleznih in hudih stiskah, se torej tudi na rezultatih ni moglo posebej izraziti, da bi pospešeno iskali vire pomoči. Največ sodelujočih študentov je poročalo, da o sebi menijo, da so odprti za upoštevanje predlogov in izkušenj drugih ljudi. Iz tega je potem možno sklepati, da morebitne stresne situacije in stiske rešujejo kar se da sproti. Ker so pri tem dejanju relativno potencialno uspešni, potemtakem najverjetneje niti ne obstaja velika potreba po iskanju pomoči v stiski. Res je tudi, da so viri pomoči,

kot je npr. kontakt Društva zaupni telefon Samarijan pogosto navedeni, in to v tistih prostorih, v katerih se največkrat študentje tudi nahajajo, to so fakulteta, študentski domovi itn., zato študentje lažje dostopajo do njih.

Po raziskavi avtorice Neilson in sodelavcev (2014) sodeč so mladi željni iskanja pomoči, vendar le, če je ta ustrezno ponujena. Prav tako so sposobni iskanja pomoči v stiski, a jih morajo tisti, ki pomoč nudijo, obravnavati s spoštovanjem in brez stigme. To so ugotavljali v omenjeni raziskavi v obliki intervjujev, na katerih so med drugim preverjali sisteme podpore, odločitve iskanja pomoči in izkušnje zdravstvenega varstva. Nekatere druge raziskave (Jaycox et al., 2006) so izpostavile, da mlade ženske preferirajo pomoč v obliki psihoterapije, ne pa toliko v obliki zdravil. Druga raziskava pa kaže, da se na strokovne vire pomoči obrne le od 18 do 34 % mladih (Gulliver in Christensen, 2010).

Da bi iskanje pomoči v časih, ko je tehnologija v napredku, bilo lažje dostopno, so pripomogle tudi spletne strani. Nekatere izmed njih nudijo strokovno pomoč ali vsaj usposobljene svetovalce, ki znajo ustrezno preusmeriti na zanesljive vire pomoči, v primeru zaznanega samomorilnega vedenja. V to so prepričani tudi nekateri avtorji (Christensen et al., 2002; Gilat in Shahar, 2007), ki menijo, da internet nudi široko paleto možnosti pri preprečevanju samomora oziroma samomorilnega vedenja. Veliko telefonskih linij, ki ponujajo pomoč v stiski, so razširile svoje storitve z e-pošto, klepetom in povezavo s stranmi socialnih omrežij. Avtorji še poudarjajo, da je pomembno, da iskalec pomoči ostane anonimen. Tako lahko duševno zdravje prispeva k dostopnosti pomoči ter olajša dostop do zdravstvenega varstva in uspešne možnosti preventive še pred razvojem samomorilnega vedenja. Ne le to, splet in sodobne tehnologije študentu omogočajo pomoč najti takoj. Tako iskalec pomoči pride do ustreznega vira pomoči v hipu – bodisi preko mobilne aplikacije bodisi spletne strani, ena od takšnih je denimo zivziv.si, ki nudi velik spekter člankov o duševnem zdravju in o razumevanju samomora, prav tako dosledno ponuja ustrezne vire pomoči. Ker so te vsebine zelo dostopne posamezniku, ki študira, se najverjetneje tudi zato v naši raziskavi ni statistično pomembno pokazalo, da je povpraševanje o virih pomoči v morebitni stiski tako zelo nujno. Prav tako pa se z razvojem spleta pojavljajo tudi

nekatero nekvalitetno vsebino, ki niso preverjene in relevantne, ki lahko predstavljajo past. Oseba lahko denimo dobi veliko informacij, ki jo spodbujajo k samomorilnemu vedenju, četudi je hotela le poiskati prispevke, ki v stiski ponujajo pomoč. Raznolika ponudba nestrokovnih prispevkov in lahki dostop do internetnih vsebin ter aplikacij je lahko torej dvorezen meč, kar se tiče duševnega zdravja, kar pomeni, da lahko povečuje tveganje za razvoj samomorilnega vedenja.

#### **6.1.4 Depresivni simptomi in samomorilne misli**

Pri četrti hipotezi, ki trdi, da bodo študenti z izraženimi simptomi depresije pogosteje poročali o samomorilnih mislih, se je izkazalo ravno to. Ne le to, kot kaže, se teh misli pri sebi očitno tudi zavedajo. Študentje pa kljub temu še premalo poiščejo pomoč, ko so v stiski. Svetovalni centri bi morali biti bolj naklonjeni samomorilnim študentom, ki imajo odpor do iskanja pomoči, v času študija je namreč treba poleg telesnega krepiti tudi duševno zdravje.

Na fakulteti so študentje vedno bolj seznanjeni z depresivno motnjo, in sicer v okviru nekaterih študijskih predmetov, seminarjev, predavanj, pa tudi v študentskih revijah, na forumih in časopisih, spletnih straneh. Zato očitno znajo tudi prepoznati simptome depresije. Velik dejavnik tveganja za razvoj samomorilnega vedenja je prav duševna motnja, po navadi depresija, ki jo spremljajo slabo razpoloženje, negativne misli, brezup (Mitchell, Parker, Gladstone, Wilhelm in Austin, 2003; Post, 1992). Ker se o depresivnih simptomih na fakultetah dandanes govori oz. piše več kot nekoč – dober primer je denimo študentski univerzitetni časopis *Spekter*, ki temi duševnega zdravja nameni točno določeno rubriko – predpostavljamo, da so študentje s tematiko duševnega zdravja seznanjeni bolj kot kadar koli prej. Zaradi tega obstaja možnost, da so bolj pozorni na tovrstno problematiko, pri sebi in drugih morda lažje prepoznajo samomorilne misli, iz česar se lahko sklepa, da bodo študenti na depresivne simptome pri sebi bolj pozorni. Ker jih ne bodo prezrili, ampak se bodo najverjetneje z njimi dalje ukvarjali, se o potencialnih samomorilnih mislih tudi s kom pogovorili in jih razdelali, obstaja manjša možnost, da se bodo misli razširile

v kaj večjega, kot je denimo samomorilno vedenje. Ker so študentje s tematiko depresije nasploh in dejavnikih tveganja na fakulteti dovolj seznanjeni ter so to na našem anketnem vprašalniku tudi navedli, lahko četrto hipotezo torej potrdimo.

Depresija, ki je uvrščena v kategorijo razpoloženskih oziroma afektivnih motenj, je namreč znana kot ena najpogostejših duševnih bolezni (American Psychiatric Association, 2013). Pri depresiji ne gre le za občutke žalosti in obupa, gre za bolezen, ki prizadene in telo in dušo (McKenzie, 2005). Posameznik, ki trpi za depresijo, ima po navadi znižano razpoloženje, pesimizem, pomanjkanje volje, interesa, zmanjšane sposobnosti za uživanje, čuti izčrpanost, ima motnje spanja in spremembe apetita. Hkrati lahko oseba čuti občutke krivde, ničvrednosti, zmanjšano samospoštovanje ter samozaupanje (Pregelj idr., 2013). Ne le, da lahko depresija oziroma simptomi depresije vodijo do razvoja samomorilnega vedenja, ampak tudi znižujejo kvaliteto življenja. Tako je Mechanic skupaj s sodelavci (1994) pisal o tem, da je depresija najmočnejši prediktor kvalitete življenja. Raziskava avtorja Ponizovskyja in sodelavcev (2003) prav tako kaže, da višja stopnja depresivnih simptomov kaže na možnost razvoja samomorilnega vedenja, s tem pa tudi na slabšo kvaliteto življenja. Z višanjem depresije se bi naj povečevala stopnja samomorilnega vedenja. To so dokazale tudi raziskave (Barret idr., 2010; Crumlish idr., 2005; Flanagan in Compton, 2012; Hawton idr., 2005; Robinson idr., 2010; Uptegrove idr., 2010), ki o depresiji pričajo kot o enem najmočnejših prediktorjev samomorilnega vedenja (Palmier-Claus idr., 2013; Sanchez-Gistau idr., 2013). Depresivni simptomi namreč prinašajo občutke poraza in ujetosti, nesposobnost kontrole življenja, povezujejo se tudi z občutki izolacije in demoralizacije (Birchwood idr., 2005; Taylor, Gooding, Wood in Tarrier, 2011).

Za odnos med samomorilnim vedenjem in depresijo pomeni, da se bo pri posamezniku, ki je v prejšnji epizodi depresije izrazil samomorilno vedenje, podobno stanje ponovno aktiviralo ob naslednji epizodi depresije (Williams, Crane, Barnhofer, van der Does in Segal, 2006; v Roškar, 2008). Za tiste, ki v prvi depresivni epizodi niso imeli znakov samomorilnega vedenja, je torej zelo verjetno, da bo tako tudi pri naslednji epizodi (Williams idr., 2007; v Ropkar,

2008), razen takrat, kadar se oseba sooči s situacijo, ki jo jemlje kot brezizhodno in zaradi česar razvije občutke brezupa. Ob ponavljajoči se depresiji, pri kateri se vedno znova pojavi samomorilno vedenje (čeprav samo v obliki samomorilnih misli), se tudi lahko zgodi, da posameznik samomorilno vedenje poveže z drugimi oblikami negativnega razpoloženja, kot je denimo agresija. V prihodnosti lahko že zgolj občutek agresivnega razpoloženja (v odsotnosti depresije) sproži samomorilno vedenje. Še več, ko samomorilna kriza mine, prav tako depresivna epizoda, so nekatere osebe še vedno dovzetne za samomorilno vedenje, saj imajo že od prej vzpostavljeno asociacijo, po drugi strani pa nekateri uspešno okrevajo (Roškar, 2008).

Občutek pripadnosti je ena temeljnih potreb za duševno zdravje in dobro počutje posameznika, zato pomanjkanje pripadnosti (thwarted belongingness) predstavlja dejavnik tveganja za razvoj samomorilnega vedenja. Večja družbena povezanost je eden od varovalnih dejavnikov za razvoj depresije, kar konkretnije pomeni, da imajo poročeni ljudje, ki imajo otroke in več prijateljev, manjše tveganje za samomor (Baumeister in Leary, 1995). Kot zanimivost – stopnja samomora ob nedeljah, ko je potekal dogodek Super Bowl, je bila manjša od tistih nedelj, ko tega dogodka ni bilo. Ravno socialno povezovanje daje občutek pripadnosti (Joiner, Hollar in Van Orden, 2007). V nasprotju s tem pri posameznikih, ki so si vzeli življenje, opažajo družbeno izolacijo (Trout, 1980). Občutek, da smo v breme (perceived burdensomeness) je prepričanje, da je posameznik breme za druge ali družbo nasploh. Joiner (2005) opisuje ta konstrukt kot prepričanje, da je smrt osebe vredna več kot njeno življenje. Brezposelnost in zdravstvene težave so primeri situacij, zaradi katerih se posameznik lahko počuti kot breme za druge. Na tem mestu je pomembno opozoriti, da je občutek, da smo v breme, pogosto napačno prepričanje. Po tej teoriji dimenzija pomanjkanje pripadnosti in dimenzija občutek, da smo v breme skupaj pomenita večje tveganje za samomor. Študija velike populacijske kohorte je podprla omenjeno interpersonalno teorijo samomorilnega vedenja, saj medsebojno delovanje med pomanjkanjem pripadnosti in občutkom, da smo v breme, nakazuje na veliko tveganje za razvoj samomorilnega vedenja in dejanskega samomora (Christensen, Batterham, Soubelet in Mackinnon, 2013). Omenjena teorija dobro prepozna dejavnike

tveganja za morebitno samomorilnost, zato je koristen pripomoček pri prepoznavanju samomorilnega vedenja (Stellrecht, Gordon, Van Orden, Witte, Wingate, Cukrowicz in Fitzpatrick, 2006).

Kljub temu da je ameriška raziskava pokazala, da študentje svoje občutke, misli in čustva (pre)redko delijo z drugimi, saj se bojijo stigme sošolcev in drugih, s katerimi so v času študija obkroženi, prav tako pa so rezultati raziskave pokazali, da se študentje redko obrnejo k strokovnim delavcem, pa čeprav je psihološko svetovanje na voljo brezplačno (Mann, Ahn, Boykin, 2016), je za začetek važno, da občutek, da smo v breme oz. občutek pomanjkanja pripadnosti, pri sebi najprej prepoznavajo. Glede na to, da so na anketnem vprašalniku tisti z izraženimi depresivnimi simptomi poročali o samomorilnih mislih, je to prvi korak, kako se z njimi soočiti. Ko so v anketi potrdili, da pri sebi zaznavajo samomorilne misli, so se na začetku in koncu ankete srečali z viri pomoči, ki so bili navedeni, in to je povečalo možnost, da so si jih zapisali in shranili. Ob morebitni stiski torej vedo, kam se obrniti po pomoč.

#### **6.1.5 Alkohol in samomorilno vedenje**

Problematika prekomernega uživanja alkohola je izjemno kompleksna. Ni mogoče namreč enoznačno trditi, da je zgolj zloraba alkohola pripeljala do razvoja samomorilnega vedenja oz. do samomora samega. Še prej je treba pogledati v ozadje in se vprašati, kaj je sprva sploh privedlo do zlorabe alkohola in zakaj se ta vzorec pri nekaterih ponavlja, če ima oseba simptome kakšne duševne motnje ali hujše stiske. Ravno dejavniki tveganja, ki so pri vsakem posamezniku vidni, nam pomagajo pri ugotavljanju celotne slike telesnega in psihičnega stanja. Naše hipoteze, da bodo študenti, ki bodo pogosteje uživali alkohol, tudi pogosteje poročali o samomorilnem vedenju, nismo mogli potrditi.

Alkohol se glede na škodo, ki jo povzroča osebam, uvršča na prvo mesto človeku najbolj škodljivih drog (Nutt et al, 2010). V Sloveniji je v letu 2016 registrirana poraba alkohola znašala 10,5 litra čistega alkohola na vsakega Slovenca, starejšega od 15 let (NIJZ, 2018), kar dvakrat presega mejo 5 litrov čistega alkohola na prebivalca. Istega leta je v Sloveniji, v starosti med 25 in 74 let,

10,7 % ali približno 148.000 prebivalcev alkohol uživalo čezmerno, 47,2 % ali približno 651.000 prebivalcev pa se je visoko tvegano opilo vsaj enkrat v zadnjem letu. Ker je zloraba alkohola tako pogosta, predvsem pa med študentsko populacijo, je že globoko zasidrana v vsakdan povprečnega študenta. Tisti, ki redno in v večjih količinah uživajo alkohol, tudi razvijejo toleranco, s tem pa tudi sproti povečujejo količino popitih alkoholnih pijač. To lahko med drugim privede do tega, da se pri sebi na nek način ne soočijo s stisko, ki jo občutijo oz. jo preložijo in se ne uspejo poglobiti v svoje občutke in težave, občutke tesnobe ter samomorilne misli nekako otopijo. Morda je to eden izmed razlogov, zakaj se na našem vzorcu ni statistično pomembno pokazalo, da bodo tisti študentje, ki bodo pogosteje uživali alkohol, tudi pogosteje poročali o samomorilnem vedenju. Še več, ob nepazljivi in prekomerni rabi alkohola se lahko razvije odvisnost od te substance, kar pa lahko privede do telesne oziroma duševne odvisnosti (Tomori, 1999). Zloraba alkohola je dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, samomorilna ogroženost osebe s sindromom odvisnosti od alkohola je ocenjena z do 15 %. Ne nazadnje je s prekomernim uživanjem alkohola povezana tudi depresivna motnja (Sher, 2006). Za Slovenijo je značilna visoka poraba in velika dostopnost do alkohola, prebivalci Slovenije pa so do pitja alkohola izjemno tolerantni (Lovrečič, 2017). Istega leta je zaradi posledic pitja alkohola v povprečju vsakih 10 ur umrla vsaj ena oseba, med drugim tudi zaradi samomorov (Rus Makovec, 2018).

Ravno, ker je za Slovenijo značilna visoka poraba in velika dostopnost do alkohola, potrošniki lahko podcenjujejo negativne vplive opijanja, zato na nek način to početje sprejmejo kot normativno. Ker ne razvijejo mehanizma, kako porabo alkoholnih pijač postopno zmanjševati, jo zaradi stiske, ki jim ob nekem času prekriža pot, še povečajo. Iz tega se lahko razvijejo hujše motnje, na podlagi česa se lahko pojavi tudi samomorilno vedenje.

Da alkohol vpliva na anksioznost, duševno stisko in depresijo, je ugotovila tudi študija avtorjev (Bravo in Pearson, 2017), ki sta preučevala proces pitja alkohola med ameriškimi študenti. Med 381 študenti sta testirala tiste, ki so uživali alkohol vsaj enkrat mesečno, ne omenjata pa direktne povezave z razvojem



samomorilnega vedenja, za ta pojav je po navadi že od prej prisotna duševna bolezen. Tudi pri nas se namreč ni izkazalo, da so tisti, ki so pogosteje uživali alkohol, pogosteje poročali o samomorilnem vedenju. Morda hipoteze nismo mogli potrditi, ker anketirani niso imeli izrazitih drugih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, kot so denimo depresija ali druge telesne bolezni, kakor to potrjuje raziskava avtorjev Blow, Brockmann in Barry (2004). Ugotovili so, da pitje sicer povečuje tveganje za samomor, ampak v večini primerov le preko pojavljanja drugih dejavnikov, to so simptomi depresije, telesne bolezni negativnega zaznavanja zdravstvenega statusa in nizke družbene podpore.

Da naše pete hipoteze nismo mogli potrditi, je lahko vzrok tudi ta, da študenti niso posebej navedli, da trpijo za morebitno hujšo duševno motnjo, ki bi jo uporaba alkohola še poglobila. Prav tako se negativne posledice prekomerne rabe alkohola na duševnem področju začnejo jasno kazati šele po nekaj deset letni neprekinjeni uporabi (Razboršek in Krištof, 2005). Morda bi se razlike med tistimi, ki redno uživajo alkoholne pijače in tistimi, ki jih uživajo redko ali sploh ne, pokazale šele čez nekaj let, ko bi anketni vprašalnik ponovili ali ga uporabili v longitudinalni študiji, pri kateri bi iste osebe spremljali skozi daljše časovno obdobje.

Prav tako je raziskovalec Pirkola s sodelavci (1999) preučeval mlade, ki so storili samomor. Ugotovil je, da jih je 42 % pogosteje uživalo alkoholne pijače, a je v študiji zaključil, da so poleg rabe alkohola trpeli za duševnimi motnjami, antisocialnim vedenjem, imeli pa so tudi težave v družinskem življenju. Nadalje Regier s sodelavci (1990) ugotavlja, da raba alkohola izvira iz že nastale bolezni, kot je denimo depresivna motnja. Na podlagi teh raziskav je torej jasno, da je ravno komorbidnost vzrok za nastanek samomorilnega vedenja, ki potem morebitno vodi so samega akta samomora.

Avtor Chignon je s sodelavci (1998) prav tako ugotovil, da tisti pivci alkohola, ki kažejo znake samomorilnega vedenja, bolj verjetno trpijo za depresijo, kar so tudi potrdili v drugi študiji (Driessen et al, 1998), v kateri so rezultati pokazali, da je največji dejavnik tveganja za samomorilno vedenje ravno komorbidnost, torej sočasno pojavljanje anksiozne, depresivne motnje in prekomerna raba alkohola. O tem poroča tudi avtor Cornelius s sodelavci (1995), v svoji študiji so ugotovili, da

je 89 % tistih, ki so prekomerno uživali alkohol, imelo duševno motnjo (Foster et al, 1997). Na Finskem so ugotovili, da je več zlorab alkohola bilo med moškimi (Ohberg et al., 1996).

Najučinkovitejši ukrepi zdravstva pri omejevanju alkohola vključujejo dodatno obdavčitev alkoholnih pijač, omejevanje uporabe, uveljavljanje strožjih zakonov o vožnji pod vplivom alkohola in posegi na ponudnike alkohola (Jernigan et al., 2000). Birckmayer in Hemenway (1999) sta v Združenih državah Amerike preučevala stopnjo samomorov pri posameznikih, starih od 18 do 20 let, in ugotovila, da je stopnja samomora za 8 % nižja v tistih državah, kjer je bila najnižja zakonska starost za pitje alkohola 18 let, v primerjavi s tistimi, ki so mejo starosti zvišale na 20 let. Ocenili so, da bi znižanje alkohola na 18 let v vseh državah povzročilo 125 samomorov na leto manj v letih od 18 do 20 let.

Če se je ta rešitev izkazala za uspešno, bi bilo smiselno razmisliti o spremembi zakona in starostno mejo za legalno uživanje alkohola še znižati, na denimo 16 let.

Za eno najboljših rešitev velja selektivna prepoved (Watt in Naidu, 2002), pri kateri gre za zgodovino nasilja, povezano z alkoholom. Tistim, ki so torej v preteklosti pretirano uživali alkohol in kazali znake nasilja, se nakup alkohola v nadaljnje prepove. Tukaj predvsem pridejo v poštev mladi, ki imajo težave na področju duševnega zdravja – tisti, ki imajo povečano tveganje za razvoj samomorilnega vedenja.

Obstajajo torej dokazi, da prekomerna zloraba alkohola znotraj depresivnih ali drugih duševnih motenj povečuje tveganje za razvoj samomorilnega vedenja še predvsem, če se posameznik znajde sredi negativnih življenjskih dogodkov. To je tudi potrdila raziskava avtorja Brady-ja (2006), ki poroča tudi o učinkovitih rešitvah zoper alkohola kot škodljivega vedenja in dejavnika tveganja za samomor. Zmanjšanje uživanja alkohola se je po njegovih izkušnjah izkazalo za nadvse učinkovito, prav tako je treba razmisliti o še večji omejitvi dostopnosti alkoholnih pijač. S tem se naj bi zmanjšalo tudi tveganje za škodljiva samopoškodovalna vedenja, ki lahko vodijo do samomora.

Kot zadnji morebitni vzrok, zakaj pete hipoteze nismo mogli potrditi, bi lahko tudi bil podatek, da je na anketnem vprašalniku prevladovala ženska populacija, ki je v letu 2010 po podatkih Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (2012) uživala manj alkohola kot moška. Med tistimi, s tveganim vedenjem visoko tvegane opijanja, je po podatkih inštituta namreč moški spol v starostni skupini od 25 do 39 let, katere del so tudi študentje.

## **7 SKLEP**

Študenti so ena izmed ranljivih skupin za razvoj samomorilnega vedenja, saj je samomor po mnenju Tančičeve (2009) v obdobju odraščanja med prvimi tremi vzroki umrljivosti, poleg tega naj bi se v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami povečevalo število mladih, ki svoje življenje končajo s samomorom. Tukaj je pomembno, da študentje vedo, kam se v primeru stiske lahko obrnejo po pomoč. Skozi pisanje magistrske naloge smo še bolj poglobili pomembnost iskanja pomoči. Prav tako je izjemnega pomena promocija duševnega zdravja, nič manj pa preventiva, saj je samomorilno vedenje treba preprečevati, še preden nastane. To lahko dosežemo z ustreznimi intervencijami, ki jih v neki družbi izvajamo, s katerimi poskušamo preprečevati ali zmanjšati tveganje za motnjo, kot je samomorilnost.

Po pregledu tuje in slovenske literature smo si zastavili pet hipotez in na vzorcu 277 študentov mariborske univerze izvedli raziskavo o dejavnikih tveganja in varovalnih dejavnikih za razvoj samomorilnega vedenja. Vprašalniki, ki smo jih pri tem uporabili, so Vprašalnik o bolnikovem zdravju PHQ, INQ in PSS. Po statistični obdelavi podatkov smo prišli do zaključkov in potrdili eno hipotezo, ovrgli pa štiri.

Razlike med skupinami so bile statistično pomembne pri četrti hipotezi, kjer smo preverjali študente z izraženimi simptomi depresije in tiste, ki teh simptomov niso imeli. Ugotovili smo namreč, da tisti, ki so poročali o znakih depresije, so tudi pogosteje poročali o samomorilnih mislih. Po drugi strani pa statistično pomembnih razlik ni bilo videti med kadilci in nekadilci in med tistimi, ki redno

uživajo alkohol ter tistimi, ki alkohola ne pijejo redno ali ga sploh ne uživajo. Prav tako statistično pomembnih razlik ni bilo videti med spoloma. Na podlagi naše raziskave torej ni možno trditi, da bodo študenti moškega spola pogosteje poročali o samomorilnem vedenju kot študenti ženskega spola, prav tako ni moč zaključiti, da bodo kadilci o samomorilnem vedenju poročali več kot nekadilci. Tudi tisti, ki alkohol uživajo redno, na podlagi naše raziskave, ne bodo nujno pogosteje poročali o samomorilnem vedenju.

Čeprav smo v zadnjih letih v Sloveniji priča zmanjšani stopnji samomorilnega količnika, to ne pomeni, da bi se o tej temi lahko nehali pogovarjati. Kljub temu podatku je treba naprej aktivno obveščati o ustreznih in strokovnih virih pomoči, na katere usmerimo tiste v stiski, ki imajo duševne motnje, so se znašli v škodljivih vedenjih, kot sta prekomerna raba alkohola in kajenje tobaka, ter ki imajo višje tveganje za razvoj samomorilnega vedenja. Na čase se zdi, da ponekod po Sloveniji še ne govorijo dovolj o tem, na udaru so predvsem tisti posamezniki, ki menijo, da jih bo, če bodo govorili o svojih stiskah, okolica zavrnila in jih obravnavala kot šibke. Psihologi so tukaj ravno zaradi tega – zavedajoč se, da se samomor lahko preprečuje.

Z raziskavo smo želeli preveriti tvegana dejanja in kako ta vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja, in to na točno določenem vzorcu – na študentih Univerze v Mariboru. Dobiti smo želeli vsaj del celotne slike duševnega zdravja mladih na vstopu v odraslost, kar bi lahko bila velika prednost našega magistrskega dela. Z dotično raziskavo smo le še korak bližje k preučevanju epidemiologije samomorilnega vedenja oziroma dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov na tem področju, vendar pa bi raziskavo bilo treba razširiti. Ta praksa bi pomagala pri oblikovanju strategij za preprečevanje samomorilnega vedenja. Ker na duševno zdravje vplivata tudi lokalno okolje in kultura, ki sta za vsako področje specifični, je spodbudno, da se raziskave izvajajo na določenem prostoru, saj tako dobimo jasnejšo dinamiko dejavnikov, ki so pomembni za preprečevanje samomorilnega vedenja. Naslednja prednost raziskave bi lahko bila podlaga za nadaljnje študije, ki bi podrobneje obravnavale to tematiko. Z upoštevanjem naših izsledkov bi lahko pripomogli k postavljanju intervencij na področju duševnega

zdravja, razvoja samomorilnega vedenja in dejavnikov tveganja, prav tako tudi varovalnih dejavnikov, z namenom, da bi s temi podatki ozaveščali širšo javnost.

Z magistrskim delom smo želeli poudariti pomembnost govora na eni strani o dejavnikih tveganja in na drugi strani o kopici varovalnih dejavnikov, ki lahko na nek način izničijo tvegane mehanizme, ki pripomorejo k razvoju samomorilnega vedenja.

Pomanjkljivost raziskave bi lahko bila velikost vzorca, saj smo si v dispoziciji naloge zadali, da bi radi čim večji vzorec. Od zelenega vzorca, ki je na začetku bil 500, smo dobili vzorec 277-ih študentov mariborske univerze. Prav tako bi pomanjkljivost lahko bila, da so v večini v anketi sodelovale ženske. Ker smo med drugim preverjali razlike med spoloma, bi bilo smiselno k reševanju ankete dodatno motivirati študente moškega spola.

Vse podatke smo pridobili preko spletne ankete, kar lahko predstavlja negativni vidik zbiranja podatkov. Klasična metoda zbiranja podatkov, kot sta papir in svinčnik bi lahko dopolnila vzorec. Tukaj je mišljeno, da bi ankete v obliki klasičnega vprašalnika odnesli po vseh fakultetah Univerze v Mariboru, s tem bi zajeli skoraj vse študente. Ker smo podatke zbirali zgolj preko spletne ankete, nimamo povratne informacije o tem, kateri študenti so se odločili za sodelovanje – kateri motivi so jih k sodelovanju motivirali. Vzorec študentov je tako lahko bolj razpršen, saj se študenti zelo razlikujejo od fakultete do fakultete, smeri študija (družboslovje in naravoslovje), prav tako to privede do razlike med spoloma in v starosti.

Prav tako je pomanjkljivost raziskave lahko ta, da smo testirali le tiste, ki študirajo v mariborski regiji, ne pa tudi tistih iz ljubljanske ali primorske regije. Tako na Univerzi v Mariboru lahko študirajo tudi tisti iz koroške, pomurske ali druge regije. Raziskavo bi bilo smiselno še razširiti na vseslovensko raven in potem izpeljati ugotovitve raziskave.

Obenem bi poleg uporabljenih vprašalnikov lahko priključili še denimo vprašalnik WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life), v katerem bi anketiranci lahko ocenili kvaliteto življenja in v katerem bi podali informacije o

fizičnem ter psihološkem zdravju, socialnih odnosih in okoljskih dejavnikih. S temi podatki bi lažje videli in nadalje testirali dejavnike, ki prispevajo k razvoju potencialnega samomorilnega vedenja pri študentih.

Doprinos magistrskega dela je po našem mnenju ključen zaradi pomanjkanja raziskav samomorilnega vedenja na specifičnem vzorcu mladine, ki vstopajo v odraslost. Ker gre za obdobje, ki je rezultat novejšega stila življenja, v katerem se pojavljajo denimo nove vloge moškega v družini in nove naloge pri ženskah, ki so prav tako lahko karierno zelo uspešne, ne igrajo le vloge matere, se nam zdi, da bi lahko nadaljnje razširitve raziskave, ki meri dejavnike tveganja in varovalne dejavnike za razvoj samomorilnega vedenja, aplicirali v javnost. Četudi večine hipotez nismo mogli potrditi, je naša raziskava doprinesla razumevanje stanja študentske mladine Univerze v Mariboru – že to, da štirih hipotez nismo potrdili, nekaj dokazuje. To lahko pomeni, da študentje bodisi niso v veliki meri naravnani v škodljive oblike vedenja, kot sta prekomerno uživanje alkoholnih pijač in kajenje bodisi jim uporaba alkohola ter cigaret ne škodita do te mere, da bi statistično pomembno poročali o samomorilnem vedenju. Dejstvo, da študentje niso izrecno izpostavljali, da se v preveliki meri zatekajo k škodljivim oblikam vedenja, lahko vzamemo kot pozitivno. Za podrobne izpeljave je treba narediti več dodatnih študij.

Prav tako smo z raziskavo tudi dobili povratno informacijo o tem, ali študentje pogosto iščejo pomoč v stresnih situacijah ali duševni stiski. Izkazalo se je, da ne v tolikšni meri kot smo pričakovali na začetku. Hipotezo, ki trdi, da bo najpogostejši varovalni dejavnik za razvoj samomorilnega vedenja pri študentih sposobnost ustreznega iskanja pomoči v stresnih situacijah, smo torej zavrnil, pri čemer pa smo dobili drugo informacijo. Največ sodelujočih študentov je namreč odgovorilo, da o sebi menijo, da so odprti za upoštevanje predlogov in izkušenj drugih ljudi. To na dolgi rok lahko pomeni, da bodo pripravljene ustrezno poiskati pomoč, ko jo bodo zares potrebovali. Slednji podatek lahko torej deluje pozitivno.

Področje raziskovanja dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov za razvoj samomorilnega vedenja pri študentih bi lahko nadalje razširili v prihodnost in preučili še vse slovenske študente. Poleg študentov Univerze v Mariboru bi v svoji

vzorec lahko vključili še denimo študente Univerze v Ljubljani in Univerze na Primorskem in tako na podlagi tega med drugim primerjali razlike med regijami. Nato bi še lahko primerjali tiste študente, ki živijo v urbanih in ruralnih območjih in testirali, ali se kažejo morebitne razlike med škodljivimi vedenji kot sta prekomerno uživanje alkoholnih pijač oz. kajenje cigaret. V raziskavo bi poleg tega lahko vključili še vprašanja o tem, ali študentje pogosto uživajo tudi druge prepovedane droge, kot je marihuana ali druge trde in/ali mehke droge ter ugotovitve povezali s poročanjem samomorilnega vedenja pri študentih. Ne nazadnje bi tudi lahko poročanje o škodljivih vedenjih primerjali s študijskim uspehom ter primerjali tiste, ki imajo višji študijski uspeh s tistimi, ki imajo nižjega ter oboje še primerjali z morebitnim razvojem samomorilnega vedenja.

Za razširitev raziskave bi študente prav tako lahko intervjuvali, uporabili bi torej kvalitativne metode raziskovanja, pri čemer bi nas še posebej lahko zanimali tisti študenti, ki so že imeli izkušnje s samomorom v družini. Na tak način bi lahko bolj poglobljeno raziskali osebne izkušnje sodelujočih. Poleg tega bi se lahko tudi osredotočili na raziskovanje o metodi samomora družinskega člana in iz tega izpeljali primerjave med skupinami, kar bi nam dalo jasnejšo sliko o dejavnikih tveganja za razvoj samomorilnega vedenja.

V sklepu naše magistrske naloge lahko zaključimo, da mariborski študentje nimajo visoko izraženega tveganja za samomorilno vedenje. Na vprašanje v naši anketi »Si si kdaj poskusil vzeti svoje življenje« jih na to pritrdilno odgovarja 22. 20 od njih se je s samomorilnim preizkusom srečalo pred več kot pol leta od aktualnosti ankete, ena oseba v zadnjih šestih mesecih in ena v zadnjih dveh tednih. Na tem mestu še je treba posebej poudariti, da so naši dejavniki tveganja (predvsem raba alkohola in kajenje cigaret) v veliki meri rezultat že prej nastale duševne motnje. Preventiva pri mladih je zato poudarjeno usmerjena v iskanje morebitne duševne motnje, šele nato se raziskave nadaljujejo v smer preučevanja škodljivega vedenja (alkohol, cigareti) kot potencialni dejavniki za razvoj samomorilnega vedenja. Če bomo v prihodnosti z intervencijami uspeli številko samomorilnih misli in samomorilnega vedenja še zmanjšati, bomo dosegli veliko,

če pa bomo pri študentih dosegli večjo pripravljenost za iskanje pomoči v stiski, bomo naredili velik korak h krepitvi duševnega zdravja pri mladih pri nas.



## 7 Literatura

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistic manual of mental disorders (5. izd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arrol, B., Khin, N., Kerse, N. (2003). Screening for Depression in Primary Care With Two Verbally Asked Questions: Cross Sectional Study. *British Medical Journal*: 327(7424) 1069–1078.

Auer, V. (2002). Pretrmast, da bi pil: alkohol, škodljiva raba in odvisnost. Ljutomer, Slovenija: samozal. Ibidem.

Badr, Hamada H. (2005). Stressors and coping strategies of medical students. Gender differences. *Saudi Medical Journal*, 26(5), 890–892. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC203371579/>. (10. 7. 2018).

Balbuena, L. in Tempier, R. (2014). Independent Association of Chronic Smoking and Abstinence With Suicide. *Psychiatric Services* 66(2), 186–192.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.

Birchwood, M., Iqbal, Z. in Upthegrove, R. (2005). Psychological pathways to depression in schizophrenia: studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(3), 202–212.

Birckmayer, J., Hemenway, D. (1999). Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *American Journal of Public Health* 89(9), 1365–1368.

Blaić, B. (2016). DL: 10 let Ozare – Radi bi prerasli v dnevni center. Dostopno na: [https://www.lokalno.si/2016/08/11/160313/aktualno/DL\\_10\\_let\\_Ozare\\_Radi\\_bi\\_prerasli\\_v\\_dnevni\\_center/](https://www.lokalno.si/2016/08/11/160313/aktualno/DL_10_let_Ozare_Radi_bi_prerasli_v_dnevni_center/). (28. 6. 2018).

Blow, F. C., Brockmann, L. M. in Barry, K. L. (2004). Role of alcohol in late-life suicide. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 28(5), 48S–56S.

Brady, J. (2006). The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 41(5), 473–478.

Bravo, A. J., Pearson, M. R. (2017). In the process of drinking to cope among college students: An examination of specific vs. global coping motives for depression and anxiety symptoms. *Addictive Behaviors* 73, 94–98.

Bronisch, T, Hofler M, Lieb R. (2008). Smoking predicts suicidality: findings from a prospective community study. *Journal of Affective Disorders*;108(1-2), 135–145.

Chignon, J. M., Cortes, M. J., Martin, P. et al. (1998). Attempted suicide and alcohol dependence: results of an epidemiologic survey. *Encephale* 24(4), 347–354.

Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A. in Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 225–234.

Christensen, H., Griffiths, K. M. in Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper Nr3, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezzich, J. et al. (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry* 152(3), 358–364.

Covey, L. S., Berlin, I., Hu, M., Hakes, J. K. (2012). Smoking and suicidal behaviors in a sample of US adults with low-mood: a retrospective analysis of longitudinal data. *BMJ Open*, 2(3): e000876. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371579/>. (10. 7. 2018).

Crumlish, N., Whitty, P., Kamali, M., Clarke, M. Browne, S., McTigue, O. idr. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(6), 449–455.

Dernovšek, M. Z. in Tavčar, R. (2005). Prepoznajmo in premagajmo depresijo: priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Dernovšek, M. Z., Oreški, S. in Hrast, I. (2010). Kam in kako po pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.

Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J. et al. (1998). Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction* 93(6), 889–894.

Eurostat. (2017). *Almost 60.000 suicides in the EU*. Dostopno na: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>. (31. 5. 2017).

Flanagan, P. in Compton, M. T. (2012). A comparison of correlates of suicidal ideation prior to initial hospitalization for first-episode psychosis with prior research on correlates of suicide attempts prior to initial treatment seeking. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(2), 138–144.

Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry* 170(5), 447–452.

Gilat, I. in Shahar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry*, 70(1), 12–18.

Gladwell, M. (1963). Prelomna točka: Kako imajo lahko majhne stvari velike posledice. Ljubljana : Orbis, Založba poslovnih uspešnic, 2004

Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(9),1124–1133.

Gregorič Kumperščak, H. (2012). Samomori in samomorilno vedenje pri mladostnikih. *Medicinski Razgledi*, 51: 81–88.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., and Christensen, H. (2010). Perceived Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking in Young People: A Systematic Review. *BMC Psychiatry* 10: 113. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022639/>. (28. 6. 2018).

Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *British journal in psychiatry*, 177(6), 484–485.

Hawton, K. in van Heeringen, K., (2000). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester: Wiley.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. in Deeks, J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 9–20.

Hoertel, N., Franco, S., Wall, M. M., et al. (2015). Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry* 20(6), 718–726.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Strateški razvojni načrt Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije 2010-2015. (2012). Dostopno na: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strateski\\_razvojni\\_nacrt\\_ivz\\_z\\_a\\_obdobje\\_2010-2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/strateski_razvojni_nacrt_ivz_z_a_obdobje_2010-2015.pdf) . (25. 8. 2018).

Jaycox, L. H., Asarnow, J. R., Sherbourne, C. D., Rea, M. M., LaBorde, A. P. in Wells, K. B. (2006). Adolescent Primary Care Patients' Preferences for Depression Treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33(2), 198–207.

Jernigan, D. H., Monteiro, M., Room, R. et al. (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization* 78(4), 491–499.

Joiner, Jr., T.E., Hollar, D., & Van Orden, K.A. (2007). On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: 'Pulling together' is associated with lower suicide rates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 180–196.

Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jurinčič Konec, N. in Lekić, S. (2013). *Tu smo zate*. Celje, Slovenija: Zavod za zdravstveno varstvo Celje.

Kamin, T., Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. in Dernovšek, M. Z. (2009). *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., O'Malley Olson, E., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Tayloy, E., Demisie, Z., Brener, N., Thornton, J., Moore, J., in Zaza, S. (2014). Youth risk behavior surveillance – United States 2013. *Center for Disease Control and Prevention Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(26), 1–168.

Kastelic, A., & Mikulan, M. (2004). *Mladostnik in droga*. Ljubljana: Prohealth d. o. o.

Klančar, D. (2005). Vloga zdravnika družinske medicine pri zmanjševanju samomora pri slovenskih moških. *Medicinski razgledi: Zbornik predavanj 8. Schrottovi dnevi*, 44(1), 119–123.

Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D. A., Meller, S. (2003). The impact of universal suicide programs on youths' help-seeking attitudes and behaviors. *Crisis*, 34(2), 82–97.

Kristan, S. (1994). *Kaditi ali ne kaditi to je zdaj vprašanje*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport.

Linowski, P., de Maertelaer, V., Mendlewicz, J. (1985). Suicidal behavior in major depressive illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72(3), 233–238.

Lovrečič, B., Lovrečič, M. (2017). Zdravstvena problematika alkohola v Sloveniji. *Isis*, XXVI(11), 32–37.

MacKinnon, N. in Colman, I. (2016). Factors Associated with Suicidal Thought and Help-Seeking Behaviour in Transition-Aged Youth versus Adults. *Canadian Journal of Psychiatry* 61(12), 789–796.

Mandil, A., Bin Saeed, A., Ahmad, S., Al-Dabbagh, R., Alsaadi, M., Khan, M. (2010). Smoking among university students: a gender analysis. *Journal of Infection and Public Health*, 3(4), 179–187.

Mann, M., Ahn, B. in Boykin L. (2016). Exploring Suicidal Ideation in College Students. *Undergraduate Research Journal for the Human Sciences, Vol. 15*, Southeastern Louisiana University. Dostopno na: <http://www.kon.org/urc/v15/mann.html>. (10. 7. 2018).

Martin, A, Rief W, Klaiberg A, et al. (2006). Validity of the brief Patient Health Questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry (28)*71–77.

Marušič, A. in Roškar. S. (ur.). (2003). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS.

Marušič, A. in Temnik, S. (2009). Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

McKenzie, K. (2005). Kako razumeti depresijo. Ljubljana: Pisanica.

Milčinski, L., Zalar, B., Virant-Jaklič, M. (1997). Samomor in Slovenija – 1955. Slovenska akademija znanosti in umetnosti: Psihiatrična klinika, Ljubljana.

Miller, M., Hemenway, D., Rimm E. (2000). Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. *American Journal of Public Health, 90(5)*: 768–773.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovni portal NIJZ [spletna stran na Internetu]. Dostopno na: [https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/?px\\_language=sl&px\\_db=NIJZ+podatkovni+portal&rxid=7b7c04fd-5f8b-4dc0-80fe-21ff1ae5efb7](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/?px_language=sl&px_db=NIJZ+podatkovni+portal&rxid=7b7c04fd-5f8b-4dc0-80fe-21ff1ae5efb7). (10. 7. 2018).

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Registrirana poraba alkohola v Sloveniji se je v letu 2015 povečala in ostaja z javnozdravstvenega vidika še vedno previsoka. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/registrirana-poraba-alkohola-v-sloveniji-se-je-v-letu-2015-povecala-in-ostaja-z-javnozdravstvenega>. (28. 6. 2018).

Neilson, E. K., Mar, M. Y., Torchalla, I., Werker, G. R., Laing, A. in Krausz, M. (2014). Help-Seeking Experiences of Youth with Suicidal Ideations. *Journal of Patient Experience* 1(2): 22–27.

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. in Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of life time suicidal behaviour among adolescents. Results from national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310.

Nutt, D. J., King, L. A. in Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376(9752): 1558–1565.

O’Connell, M. E., Boat, T. in Warner, K. E. (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington: National Academy of Science.

O’Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. V R. C. O’Connor, S. Platt in J. Gordon (ur.), International handbook of suicide prevention (str. 181–198). Chichester, Združeno kraljestvo: John Wiley & Sons.

O’Connor, R. C. in Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1,73–85.

Ohberg, A., Vuori, E., Ojanpera, I. et al. (1996). Alcohol and drugs in suicides. *British Journal of Psychiatry* 169(1), 75–80.

Palmier-Claus, J., Shryane, N., Taylor, P., Lewis, S. in Drake, R. (2013). Mood variability predicts the course of suicidal ideation in individuals with first and second episode psychosis. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 240–245.



Parks, S. E., Johnson, L. L., McDaniel, D. D., Gladden, M. (2014). Surveillance for Violent Deaths — National Violent Death Reporting System, 16 States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(1): 1–33.

Pirkola, S. P., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M. et al. (1999). Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol and Alcoholism* 34(3), 320–329.

Ponizovsky, A. M., Grinshpoon, A., Levav, I. in Ritsner, M. S. (2003). Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(6), 442–447.

Poštuvan, V. (2015). Preprečevanje samomora je naloga vseh nas. Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/preventiva/preprecevanje-samomora-je-naloga-vseh-nas-pomoc-samomor-telefonske-stevilke-pomoc-preprecitev-samomora-preventiva.html>. (28. 6. 2018).

Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B. in Ziherl, S. (2013). Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Psihiatrična klinika Ljubljana.

Razboršek, V. in Krištof, M. (2005). Kaj vem o alkoholizmu in drugih boleznih zasvojenosti. Ljubljana: Škofijska Karitas.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rao, D. S. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. *Journal of the American Medical Association* 264(19), 2511–2518.

Remender, J. M., McWhinnie, J. R. (1977). Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *International Journal of Epidemiology*, 6(2), 143–151.

Robinson, J., Harris, M. G., Harrigan, S. M., Henry, L. P., Farrelly, S., Prosser, A. idr. (2010). Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 116(1), 1–8.

Rosta, J. in Aasland, O. G. (2013). Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *BMC Psychiatry*, (13)322, 1–10

Roškar, S. (2008). Kognitivnopsihološke teorije samomorilnega vedenja. *Psihološka obzorja*, 17(2), 91–104.

Roy, A., Segal, N. L., Centerwall, B. S., et al. (1991). Suicide in twins. *Archives of General Psychiatry*, 48(1), 28–32.

Rus Makovec, M. et al. (2018). Perspektive: Alkohol. *Javno zdravje*, 2(1), 49–59.

Saha, T. D., Compton, W. M., Pulay, A. J., et al. (2010). Dimensionality of DSM-IV nicotine dependence in a national sample: an item response theory application. *Drug Alcohol Depend* 108(1-2), 21–28.

Sanchez-Gistau, V., Baeza, I., Arango, C., Gonzales-Pinto, A., de la Serna, E., Parellada, M., idr. (2013). Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(1), 59–66.

Sanders, P. in Mayers, S. (1999). Alkohol? Ne, hvala. Ljubljana, Slovenija: DZS, d.d.

Sher, L. (2006). Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *Scientific world journal*; 6:1405–11

Smith, G. (2006). Premagajmo depresijo!. Izola: Meander

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F.V. 3rd, Hahn, S. R., Brody, D., Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*: 272(22): 1749–56.

Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Van Orden, K., Witte, T. K., Wingate, L. R., Cukrowicz, K. C. in Fitzpatrick, K. K. (2006). Clinical applications of the interpersonal-psychological theory of attempted and completed suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 211–222.

Stergar, E. (2001). Kajenje tobaka. V A. Curk, M. Potočnik, & D. Stržinar, Zbornik 3. konference lokalnih akcijskih skupin (LAS), Škofja Loka (str. 95–97). Ljubljana: Urad vlade Republike Slovenije za droge.

Tančič, A. (2009). Tako mlad pa že samomorilen. V S. Roškar, A. Tančič, V. Poštuvan, M. Kuzmanić in U. Groleger (Ur.). Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana, Slovenija: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M. in Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391-420.

Tekavčič-Grad, O. (1995). Ali lahko preprečujemo samomor in kako? *Obzornik zdravstvene nege*, 29(1-2), 9–11.

Tekavčič-Grad, O. in Topolovec, D. (2013). Suicidalni klicalec. V: O. Tekavčič-Grad (ur.), Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah. Psihiatrična klinika, Ljubljana.

Tomori, M., Zihlerl, S., ur. (1999). Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta.

Trout, D. L. (1980). The role of social isolation in suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 10(1), 10–23.

Upthegrove, R., Brichwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R. in Jones, L. (2010). The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 211–218.

Valetič, Ž. (2009). Samomor: večplastni fenomen. Ljubljana: Ozara Slovenija.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Joiner, T. E. (2012). Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness: Construct Validity and Psychometric Properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197–215.

Watt, G. C. and Naidu, M. (2002). Noble experiment II: selective prohibition. *British Journal of Psychiatry* 181(1), 3–5.

World Health Organization. (2004). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization.

Ziherl, S. in Pregelj, P. (2010). Samomorilnost v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik*, 79(7/8), 559–562