

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, avgust, 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**SAMOMORILNOST MED MLADIMI IN POMEN
ZDRAVSTVENE NEGE**

**SUICIDE AMONG YOUNG PEOPLE AND NURSING CARE
SIGNIFICANCE**

Študent: POLONA BRATAŠEVEC

Mentor: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., višja predavateljica

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, avgust, 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**SAMOMORILNOST MED MLADIMI IN POMEN
ZDRAVSTVENE NEGE**

**SUICIDE AMONG YOUNG PEOPLE AND NURSING CARE
SIGNIFICANCE**

Študent: POLONA BRATAŠEVEC

Mentor: mag. VESNA ČUK, prof. zdr. vzg., višja predavateljica

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, avgust, 2010

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	SPLOŠNE ZNAČILNOSTI SAMOMORILNOSTI.....	2
2.1	Kaj je duševno zdravje?.....	2
2.2	Miti o samomoru	2
2.3	Opredelitev samomora.....	3
2.4	Statistične značilnosti samomorilnosti	4
2.4.1	Samomorilnost v Sloveniji.....	4
2.4.2	Samomorilnost po svetu.....	4
2.4.3	Značilnosti samomorilnosti glede na spol in starost	5
2.4.4	Metode izvršitve samomora	5
2.5	Dejavniki tveganja.....	6
2.6	Oblike samomorilnega vedenja	6
2.7	Svetovni dan preprečevanja samomora	7
3	ZNAČILNOSTI MLADOSTNIŠTVA	8
3.1	Tvegano vedenje mladostnika	8
3.2	Slovenski mladostniki	9
3.2.1	Najpogostejše psihične težave mladih	9
3.2.2	Škodljive navade mladostnikov	9
4	SAMOMORILNOST MLADOSTNIKOV.....	10
4.1	Samopoškodovanje.....	10
4.2	Samouničevalno vedenje	10
4.3	Pogostost samomora med mladimi.....	11
4.4	Dejavniki tveganja, ki povečujejo, in dejavniki tveganja, ki zmanjšujejo pojav samomora pri mladostnikih.....	12
4.4.1	Individualni dejavniki, ki povečujejo pojav samomora pri mladostnikih.....	12
4.4.2	Individualni dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za samomor mladostnikov	13
4.4.3	Družinski dejavniki, ki povečujejo pojav samomora pri mladostnikih.....	14
4.4.4	Družinski dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za samomor mladostnikov	14
4.4.5	Dejavniki okolja, ki povečujejo pojav samomora pri mladostnikih	14
4.4.6	Dejavniki okolja, ki zmanjšujejo tveganje za samomor mladostnikov.....	15
4.5	Znaki in simptomi samomorilnosti.....	15
5	PREPREČEVANJE SAMOMOROV MED MLADIMI	17
5.1	Vrste preventivnih dejavnosti.....	17

5.1.1	Primarna preventiva	17
5.1.2	Sekundarna preventiva	17
5.1.3	Terciarna preventiva.....	17
5.2	Ukrepanje ob samomoru mladostnika	18
5.2.1	Način spraševanja	18
5.2.2	Način poslušanja	18
6	ZDRAVSTVENA NEGA MLADOSTNIKA S SAMOMORILNIM VEDENJEM	19
6.1	Definicija zdravstvene nege	19
6.2	Ocena samomorilne ogroženosti pri mladostniku	19
6.2.1	Ukrepanje ob samomorilni ogroženosti mladostnika.....	19
6.3	Vloga medicinske sestre pri zdravljenju mladostnika s samomorilnim vedenjem....	20
6.3.1	Cilji zdravstvene nege	20
7	EMPIRIČNI DEL	22
7.1	Namen in cilji	22
7.2	Hipoteze.....	22
7.3	Materiali in metode	22
7.4	Potek in izvedba raziskave	22
8	REZULTATI.....	24
9	RAZPRAVA	44
10	SKLEP	47
	SEZNAM VIROV.....	48
	SEZNAM KRATIC	51
	PRILOGE.....	52

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Razdelitev po razredih	24
Graf 2: Struktura spola	24
Graf 3: Letnica rojstva	25
Graf 4: Splošni učni uspeh	25
Graf 5: Uživanje alkohola ali drog	26
Graf 6: Občutek depresivnosti, brezvoljnosti, žalosti	26
Graf 7: Občutek nesmisla življenja	27
Graf 8: Prikaz želje, da bi zaspali in se ne več zbudili	27
Graf 9: Prikaz razmišljanja, da bi bilo bolje, če bi umrli	28
Graf 10: Samopoškodovanje	28
Graf 11: Vzroki samopoškodovanja	29
Graf 12: Razmišljanje o samomoru	30
Graf 13: Vzroki samomorilnega razmišljanja	31
Graf 14: Prikaz razmišljanja o storitvi samomora	31
Graf 15: Prikaz storitve načrta samomora	32
Graf 16: Sporočitev o samomorilnem razmišljanju	32
Graf 17: Pogostost poskusa samomora	33
Graf 18: Vzroki za samomorilni poskus	33
Graf 19: Poznavanje oseb s samomorilnim vedenjem	34
Graf 20: Poznavanje samomorilnega vedenja	35
Graf 21: Težave mladostnika, ko se odloča za samomor	36
Graf 22: Vpliv zdravstvenih delavcev na preprečevanje samomorov	37
Graf 23: Pomen zdravstvene vzgoje pri preprečevanju samomora mladostnikov	38
Graf 24: Znanje o preprečevanju samomora	38
Graf 25: Pomoč prijatelju s samomorilnim vedenjem	39
Graf 26: Nagnjenost k samomoru	39
Graf 27: Negativen vpliv samomora na družbo	40
Graf 28: Samopodoba mladostnikov	40
Graf 29: Prikaz mnenja o rešitvah problemov	41
Graf 30: Iskanje pomoči v težavah	41
Graf 31: Upoštevanje opozarjanja škodljivih vplivov alkohola in drog	42
Graf 32: Ozdravljivost duševnih motenj	43

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Stopnja samomorilnosti v državah Evropske unije.....	4
Preglednica 2: Stopnja samomorilnosti v državah izven Evropske unije	4
Preglednica 3: Število samomorov v Sloveniji glede na spol in starost v letu 2006	5
Preglednica 4: Model razvoja samomorilnega razmišljanja in vedenja ter možnosti preventivnih ukrepov	18

POVZETEK

Samomor je dejanje, s katerim si posameznik vzame življenje. Odločitev za to dejanje pa je odvisna od mnogih dejavnikov. Mladostniki se za tak zaključek življenja odločajo v stiski, ko se jim zdijo težave, ki jih imajo, prevelike, da bi jih rešili. Zdravstvena nega mladostnika s samomorilnim vedenjem je usmerjena v prepoznavanje znakov ogroženosti in zagotavljanje varnosti. Medicinska sestra si s terapevtsko komunikacijo pridobi zaupanje in vzpodbuja mladostnika k drugačnemu reševanju težav, kar je pomembno za preprečevanje samomora.

Namen diplomske naloge je bil ugotoviti, zakaj se mladi odločajo za samomor in kateri dejavniki vplivajo na samomor. Ugotavljali smo pogostost razmišljanja in samomorilne poskuse mladih ter možnost preprečevanja samomorov z zdravstveno vzgojo.

Z metodo anketnega vprašalnika smo na proučevanem vzorcu dijakov četrtil letnikov srednje zdravstvene šole, ugotovili, da je o samomoru razmišljalo 23,4 % anketiranih, samomor pa je poskušalo narediti 4,6 % anketiranih. Zavrnilo smo hipotezo, da je več kot polovica anketiranih že kdaj razmišljala o samomoru. Z ugotovitvijo, da uživanje alkohola ali drog ne vpliva na razmišljanje o samomoru in ne na poskus samomora, smo zavrnilo hipotezo, da zloraba alkohola in drog povečujeta samomorilno vedenje. Raziskava je pokazala, da 78,1 % mladostnikov ocenjuje, da bi aktivnosti zdravstvene vzgoje pomagale pri preprečevanju samomora mladostnikov, 64,6 % pa jih ocenjuje, da bi pogovor z zdravstvenimi delavci lahko vplival na preprečevanje samomora mladostnikov.

Ugotovili smo, da je zdravstvena vzgoja pomembna pri preprečevanju samomora med mladimi.

KLJUČNE BESEDE: samomor, mladostnik, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja

ABSTRACT

The suicide is an activity when an individual kills himself. The decision for it depends on many factors. The adolescents decide for such an end of life in distress when their problems seem to be too difficult to solve them. The nursing care of adolescent with suicidal behaviour should be directed at identification of signs of risk and safety. A nurse makes confidence by therapeutic communication and encourages the adolescent to solve the problems on different way which is important to prevent the suicide.

The aim of diploma work has been to find out what leads the adolescent to commit the suicide and what are the causes for it. We have finding incidence of thinking and suicide attempt of the young people and possibility of suicide prevention with health education.

A survey using a questionnaire method has been conducted to accomplish the aims of a dissertation. The sample has been drawn from a fourth-year students of secondary nursing school. A survey has shown that 23,4 % of respondents have thought about suicide, 4,6 % of them have already made a suicide attempt. We have rejected the hypothesis that more than half of respondents have already thought about suicide. No influence has been reported among alcohol or drug abuse and thinking about suicide or its attempt. We have also rejected the hypothesis that alcohol and drug abuse has an effect on suicidal behaviour. A survey has shown that 78,1 % of respondents think that health educational activities could have an effect on suicide rate among young people. 64,6 % of respondents state that a discussion with a health staff could prevent them from suicide.

We found out that health care education is important in prevention of suicide among young people.

KEY WORDS: suicide, adolescents, nursing care, health care education

1 UVOD

Samomor je v obdobju mladostništva med prvimi tremi vzroki umrljivosti. Primerneje kot samo o samomoru je govoriti o širšem pomenu samomorilnega vedenja mladostnika, ki ne vključuje samo izvedenega samomora, ampak tudi samomorilne misli in samomorilne poskuse (1).

Samomorilnih poskusov brez smrtnega izida je med mladostniki precej več kot dejanskih samomorov, vendar to ne pomeni, da samomorilni poskusi niso nevarni. Nanje moramo biti še posebej pozorni, saj približno 10 % posameznikov, ki so samomor v preteklosti že poskušali, kasneje tudi zares stori samomor (1).

V Sloveniji vsako leto izvrši samomor okrog dvajset mladostnikov, med katerimi je število fantov skoraj štirikrat večje od števila deklet. Osredotočiti se je potrebno predvsem na dejavnike, ki povečujejo tveganje za njegov razvoj, saj njihova prepoznavna in odpravljanje pomembno prispevata k preprečevanju samomora med mladimi (1).

Dejavniki tveganja so lahko povezani z mladostnikovimi značilnostmi in motnjami (npr. duševne motnje), lahko izvirajo iz družine (npr. konflikti) ali pa širšega okolja (npr. vpliv vrstnikov). Pomembno se je zavedati, da običajno nastopa in se prepleta več dejavnikov hkrati, kar še povečuje njihov vpliv na samomorilno vedenje mladostnika. Po drugi strani pa ne smemo spregledati varovalnih dejavnikov (npr. visoka samopodoba) in z njihovim utrjevanjem prispevati k zmanjševanju samomorilnega tveganja (1).

Namen diplomske naloge je ugotoviti, zakaj se mladi odločajo za samomor oziroma, kaj jih privede do tega, da o možnosti samomora razmišljajo, kako prepoznati vedenje samomorilnih mladostnikov, predstaviti možnosti, kako samomorilnost med mladimi zmanjšati oziroma jo preprečevati ter predstaviti pomen zdravstvene nege mladostnika s samomorilnim vedenjem.

V teoretičnem delu naloge bomo predstavili splošne značilnosti samomorilnosti, dejavnike tveganja za samomor mladostnikov in pomen zdravstvene nege pri samomorilnem pacientu. V empiričnem delu diplomske naloge bomo predstavili raziskavo, ki smo jo na proučevanem vzorcu srednješolcev četrtega letnika zdravstvene šole izvedli z uporabo anketnega vprašalnika. Ugotavljali smo pogostost razmišljanja mladih o poskusu samomora in pogostost samomorilnih poskusov med mladimi ter razlike med spoloma glede pogostosti razmišljanja mladih o poskusu samomora in pogostosti samomorilnih poskusov. Z raziskavo na proučevanem vzorcu smo ugotavljali vzroke samomorilnosti mladostnikov in dejavnike, ki vplivajo na to odločitev. Ugotavljali smo, ali alkohol in droge vplivajo na samomorilno vedenje, pomen zdravstvene vzgoje in vlogo medicinske sestre, ki lahko z zdravstveno-vzgojnimi aktivnostmi pomaga pri preprečevanju samomora med mladimi.

Zastavili smo si tri raziskovalne hipoteze:

Hipoteza 1 - Več kot polovica (50 %) anketiranih je že kdaj razmišljala o samomoru.

Hipoteza 2 - Zloraba alkohola in drog povečujeta samomorilno vedenje.

Hipoteza 3 - Zdravstvena vzgoja je pomembna pri preprečevanju samomora med mladimi.

2 SPLOŠNE ZNAČILNOSTI SAMOMORILNOSTI

2.1 Kaj je duševno zdravje?

Svetovna zdravstvena organizacija je definirala zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni ali poškodbe (2).

Inštitut za varovanje zdravja navaja definicijo, da zdravje ni le odsotnost bolezni, ampak ga lahko definiramo kot splošno dobro počutje, ki vključuje občutek izpolnjenosti in izkoriščenost vseh posameznikovih potencialov. Tako tudi duševno zdravje zajema vse: od izgleda, vedenja, mišljenja, govora do čustvovanja in razpoloženja. Zajema odnos do sebe, drugih in sveta. Pomeni temperament, vedenjske vzorce in duševne motnje (različnih intenzitet in tipov), če obstajajo (3). Duševno zdravje je temelj za dobro počutje in uspešno delovanje posameznika in skupnosti (2).

To je stanje čustvene in duhovne prožnosti, ki nam omogoča uživati življenje in premagovati bolečino, trpljenje in razočaranja. Je pozitiven čut za dobrobit, katere temelj je vera v lastno dostojanstvo in ugled ter vera v dostojanstvo in ugled drugih (4).

2.2 Miti o samomoru

Trditev, da ljudje, ki o mislih na samomor govorijo, samomora ne naredijo, ne drži. *Helen (2002)* navaja, da zelo velik odstotek ljudi, ki naredijo samomor, svojo namero pred tem nekemu zaupajo (5).

Raziskave (*Romih, Žmitek, 1999*) navajajo, da je od 75 do 90 % ljudi zadnji teden pred uspelim samomorom svoje namere tudi sporočalo. Osebe, ki misli na samomor razkrivajo, umrejo od samomora devetkrat pogosteje kot tisti, ki ne govorijo o samomoru (6).

Nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne moreš ustaviti. Ljudje začnejo včasih o samomoru razmišljati zato, ker ne vidijo druge poti iz svoje stiske. Pomagamo jim lahko tako, da jim prisluhnemo, izrazimo svojo naklonjenost in zaskrbljenost. Obstaja verjetnost, da bo zaradi nas ta oseba pomislila tudi na druge možnosti za rešitev iz stisk (7).

Primer za netočnost te trditve je resen poskus samomora v izrazitem depresivnem stanju. Ko depresija mine, je pričakovati umik samomorilne ogroženosti (6).

Samomor je enostavna rešitev za probleme. To bi pomenilo, da smo ljudje bitja s šibkim značajem in da se ne bomo znali soočiti z vsemi težavami, ki nam bodo prišle na pot. Tudi če v življenju vsi ljudje doživljamo podobne stvari, jih vsak doživlja na drugačen način. Tudi ljudje, za katere mislimo, da imajo močno osebnost, so krhki in ranljivi kot kdorkoli drug (7).

Raziskava *Romih, Žmitek (1999)* prav tako navaja, da se samomor lahko zgodi tudi brez opozorila. Od 75 do 90 % tistih, ki samomor naredijo, prej direktno ali indirektno sporočajo okolici svoj namen (6).

Vsakdo, ki je bil resen glede svoje odločitve za samomor, je pustil poslovilno pismo. *Helen (2002)* navaja, da le ena četrtnina ljudi, ki naredijo samomor, napiše poslovilno pismo. Zato bi bilo težko trditi, da preostale tri četrtine niso imele resnega namena storiti samomora. Vendar drži, da je včasih brez poslovilnega pisma težko razumeti, zakaj je nekdo storil samomor (5).

Če je kdo v stiski, mu samomora raje ne omenjaj. *Helen (2002)* pravi, da načeloma ni potreben noben zadržek glede tega, ali se sme s človekom v hudi stiski pogovarjati o samomoru ali ne. Nekdo, ki je v zelo hudi stiski, je o tej možnosti zagotovo že razmišljal. Če o svoji stiski lahko pove še komu drugemu, mu to lahko prinese olajšanje in ga spodbudi k iskanju bolj pozitivnih rešitev (5).

Prav tako ne drži trditev, da so ljudje, ki so vključeni v določeno psihiatrično zdravljenje varni pred samomorom. Pri pacientih z duševno motnjo je tveganje za samomor 3-12 krat večje kot v splošni populaciji. Študije *Romih, Žmitek (1999)* na Gorenjskem so pokazale, da se je vsaj četrtina vseh, ki so napravili samomor, predhodno zdravila v bolnišnici zaradi duševnih motenj (6).

Trditev, da se samomor podeduje ne drži. V nekaterih družinah je lahko samomorilno vedenje pogostejše kot pri drugih. Gena za samomor še ne poznamo, morebitna dednost samomorilnega vedenja pa je kompleksna in povezana z različnimi dejavniki, tudi z nekaterimi dejavniki tveganja (npr. depresija, odvisnost od alkohola) (8).

2.3 Opredelitev samomora

Samomor, po latinsko *suicidium*, pomeni ubiti samega sebe, vzeti si življenje. Definiramo ga kot zavestno dejanje, ki s predvideno gotovostjo povzroči lastno smrt (7).

Gre za proces, ki se je pri človeku začel že davno pred končanim dejanjem in pomeni zaključek vrste življenjskih dogodkov, izgub in prizadetosti, odraz stiske, krize (9).

Samomor definiramo tudi kot hoteno, včasih pa tudi ne povsem hoteno dejanje, s katerim si posameznik vzame življenje. Med oblike samouničevalnega vedenja poleg samomora štejemo še samomorilni poskus ali parasuicid (če ne bi poskusa slučajno odkrili, bi se končal usodno) in samomorilne geste (niso usodne in predstavljajo način iskanja pozornosti in klic na pomoč) (10).

Samomorilno vedenje je proces, ki se stopnjuje od samomorilnih misli, namena, načrta do samomorilnega poskusa ali dejanja (1).

Marušič (2009) v knjigi *Javno duševno zdravje* navaja, da je pri obravnavi samomora pomembno, da ga ne dojemamo kot dogodek smrti, ker je, žal, navadno šele na koncu razviden dolgo časa trajajoč proces. Končni dogodek ogrožanja lastnega življenja navadno sloni na samomorilnih mislih in dejanjih. Obstajati morata namen in dejanje, ki sta usmerjena proti samemu sebi in sta nevarna za življenje. Če med samomorilnim dejanjem ne pride do smrti, govorimo o poskusu samomora. Če ne pride niti do dejanja, pa govorimo o samomorilnih mislih. Pomembno je razumeti, da gre za proces, saj se za preprečevanje samomorilnega razmišljanja in vedenja ne bomo usmerjali le na urgenco, ki ima svoje mesto šele na samem koncu procesa (11).

Samomor spada med duševne motnje, ki jih uvrščamo med motnje razpoloženja in jim pravimo tudi afektivne motnje. Motenj razpoloženja ne zaznamuje kakšno posebno vedenje ali očitna motnja zavesti, govora ali spomina. Gre za nihanja v razpoloženju in počutju, ki jih prepoznamo šele po daljšem obdobju in ki se včasih prikrito napovedujejo s telesnimi simptomi (10).

Suicidologija kot veda, ki proučuje ozadje, vzročnost in pojavnost samouničevalnega vedenja pri ljudeh, govori o tako imenovanih rizičnih skupinah ljudi, pri katerih je večja verjetnost in nevarnost samouničevalnega vedenja in reagiranja (12).

2.4 Statistične značilnosti samomorilnosti

2.4.1 Samomorilnost v Sloveniji

V Sloveniji si vsako leto vzame življenje približno 600 prebivalcev, kar nas glede na količnik samomorilnosti (okrog 30 samomorov na 100.000 prebivalcev letno) uvršča med prvih devet držav na svetu (11).

Ta številka se v zadnjih letih postopno zmanjšuje. Inštitut za varovanje zdravja (2006) navaja, da je leta 2006 svoje življenje v Sloveniji končalo med 26 in 27 ljudi na 100.000 prebivalcev, kar pomeni 529 oseb. Statistični urad Republike Slovenije (Valetič, 2009) navaja, da je leta 2007 naredilo samomor 434 oseb (7).

Valetič (2009) navaja podatke, da je samomor pogostejši na severovzhodu, kjer samomorilni količnik doseže tudi 50 primerov na 100.000 prebivalcev. Med najbolj prizadete regije v Sloveniji spadajo Prekmurje, Štajerska, Koroška in Dolenjska, najmanj samomorov pa je na Primorskem. Dve tretjini samomorov se zgodi na podeželju, sedemdeset odstotkov z obešanjem, sicer pa se, kot ugotavljajo strokovnjaki, slovenski samomori največkrat zgodijo kot nekakšen znak upora in protesta proti ožjemu in širšemu okolju, ki ni prepoznavalo in ni bilo zmožno potrjevati posameznikovega obstoja (7).

2.4.2 Samomorilnost po svetu

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vsakih 40 sekund umre zaradi samomora ena oseba. Preglednici prikazujeta 10 držav z največjo stopnjo samomorilnosti (13).

Preglednica 1: Stopnja samomorilnosti v državah Evropske unije (SZO, 2005-2007) (13)

Država Evropske unije	Število samomorov na 100.000 prebivalcev
Litva	34,5
Madžarska	26
Slovenija	23,3
Latvija	22,2
Estonija	20,3

Preglednica 2: Stopnja samomorilnosti v državah izven Evropske unije (SZO, 2003-2007) (13)

Država izven Evropske unije	Število samomorov na 100.000 prebivalcev
Belorusija	35,1
Rusija	31,2
Kazahstan	26,4
Japonska	24,3
Koreja	23,3

2.4.3 Značilnosti samomorilnosti glede na spol in starost

Med rizične skupine štejemo mladostnike, ostarele nad 65 let, samske, razvezane, odrasle brez otrok, depresivne, nezaposlene, ljudi, ki živijo na podeželju, odvisnike ter osebe, ki imajo za seboj že poskus samomora (kar 10 % oseb ponovno poskuša narediti samomor v prvih treh mesecih po neuspelem poskusu) (10).

Marušič (2009) navaja, da je prvo leto po poskusu samomora tveganje 100-krat višje in ostaja visoko še vsaj pet let (11).

Podatki *Zavoda za zdravstveno varstvo Nova Gorica (2009)* o samomorilnosti za goriško regijo v obdobju 1993-2007 kažejo, da je povprečen količnik samomorov za moške 14,4 umrlih na 100.000 prebivalcev, pri ženskah pa 3,5 umrlih na 100.000 prebivalk. Povprečna starost umrlega zaradi samomora je v Sloveniji okoli 50 let, precej nižja pa je starost tistih, ki so samomor poskušali narediti in so dejanje preživeli. Vendar pa moramo biti pozorni na opozorilne znake samomora v vseh obdobjih življenja, saj je starostni razpon oseb s samomorilnim vedenjem od manj kot 10 let do več kot 90 let (14).

Preglednica 3: Število samomorov v Sloveniji glede na spol in starost v letu 2006 (*Valetič, 2006*) (7)

Starost	5 - 14	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 +	VSI
Moški	0,0	21	45	75	84	78	64	48	415
Ženske	0,0	7	8	16	17	24	21	21	114
Skupaj	0,0	28	53	91	101	102	85	69	529

Marušič (2009) navaja podatke, da je po spolu razmerje tveganja med moškimi in ženskami v Sloveniji 3,6 proti 1, kar je visoko in značilno za države s splošno visokim tveganjem. Po starosti tveganje izrazito narašča. Ne glede na to pa žensk in mladih ne smemo izločiti iz ciljane preventive. Ženske in mlajši pogosteje poskušajo narediti samomor, moškim in starejšim pa samomor »uspe« že med prvimi poskusi (11).

2.4.4 Metode izvršitve samomora

Kot navaja *Valetič (2009)*, se okrog 60 % vseh samomorov v Sloveniji zgodi z obešanjem. Sledijo samomori s strelnim orožjem, samozastrupitvijo in skokom z višine. Moški pogosto izberejo tudi zastrupitev z ogljikovim monoksidom, ženske pa utopitev. Največ samomorov z obešanjem se zgodi tudi v baltskih državah, medtem ko se v ZDA samomorilci najpogosteje odločijo za orožje, v Veliki Britaniji pa za tablete (7).

Stone (2001) v svoji knjigi navaja izsledke raziskav iz vsega sveta, ki statistično prikazujejo dokončnost ali nedokončnost posameznih samomorilnih metod. Povsod se je izkazalo, da so nekatere metode dokaj neučinkovite. Zaužitje velike količine tablet, na primer, šele v nekaj več kot desetih odstotkih pripelje do dejanske smrti. Vrstni red metod po učinkovitosti je naslednji: strel (90 %), obešanje (80 %), avtomobilski izpuhi (75 %), utopitev (65 %), zadušitev s plastično vrečko (55 %), skok z višine (45 %), ogenj (35 %), strup (15 %), drugi plini (15 %), tablete (10 %), vreznine, vbodi (5 %) in drugi načini (5 %) (15).

2.5 Dejavniki tveganja

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje so številni in se običajno prepletajo. Duševne motnje so med najpomembnejšimi, saj se pri ljudeh z duševnimi motnjami verjetnost samomora poveča kar za desetkrat v primerjavi z osebami, ki teh motenj nimajo. Duševna motnja je prisotna pri okoli 90 odstotkih ljudi, ki umrejo zaradi samomora (16).

Ostali dejavniki tveganja za samomor so spol, starost, rasa, letni čas, poklic, socialno-ekonomski status, samomor v družini, stres, finančne težave, nesrečna ljubezen, fizična in spolna zloraba, zloraba alkohola ali drugih substanc (10).

Dejavnik tveganja je tudi trenutno psihično in fizično stanje, osebnostne lastnosti, opora socialne mreže, različni zunanji faktorji in drugi (17).

2.6 Oblike samomorilnega vedenja

Indirektno samouničevalno vedenje: Posameznik svojega vedenja zavestno ne doživlja kot samouničevalnega, usmerjenega k smrti in mu tega tudi ne pripisuje, vendar ogroža človeka in mu potencialno skrajšuje življenje. To vedenje je povezano z dalj časa trajajočim razpoloženjem, ki se kaže kot razburljivost, vznemirjenost, potrtnost, vdanost v usodo, ravnodušnost. Primeri takšnega vedenja so: sindrom odvisnosti od alkohola, zloraba drog, različne psihosomatske bolezni (npr. anorexia nervosa), opuščanje zdravljenja pri težkih boleznih (npr. sladkorna bolezen), prostitucija, igre na srečo, tvegani športi (npr. padalstvo), vožnja z avtomobilom pod vplivom alkohola. Na eni strani prehaja tako vedenje v odkrito samomorilnost, na drugi strani pa v še normalno nevarno življenje (18).

Samomorilno razmišljanje: Gre za osebna razmišljanja posameznika, o katerih ne želi govoriti in pisati. Posameznik razmišlja o možnosti, da si skrajša življenje in si pri tem skuša predstavljati, kako bi se na njegovo smrt odzvali njegovi bližnji (18).

Ta razmišljanja okolici povsem slučajno sporoči, ko se kriza stopnjuje (9).

Samomorilne težnje: Gre za dejanja, usmerjena proti samemu sebi, ki jih okolica prepoznava kot samouničevalna, čeprav se niso še uresničila s samomorilnim dejanjem (18).

Parasuicidna pavza: Največkrat gre za pobeg iz mučne realnosti v spanje s samozastrupitvijo z uspavali. Takšna dejanja so navzven videti kot poskus samomora, vendar prizadeta oseba pravi, da o smrti ni razmišljala (18).

Samomorilne grožnje: Oseba svoji okolici sporoča in jo seznanja s svojimi nameni (9). Vendar pa posameznik ni še ničesar naredil, kar okolica pogosto podcenjuje (18).

Namerno samopoškodovanje: Gre za posameznikovo nenadno in ponavljajoče reagiranje v zanj neznosni situaciji brez zavestnega samomorilnega namena (18).

Parasuicidna gesta: Pomeni grožnjo z opozorilnim značajem, združeno z manj nevarnim dejanjem, usmerjenim k sebi (18).

Samomorilni poskus: Je avtonasilno dejanje (samopoškodba, samozastrupitev), ki ga je izpeljal prizadet posameznik s težnjo po uničenju, pa tudi z namenom opozoriti nase ali poklicati na pomoč. Sem lahko štejemo tudi neuspeli samomor, ki ga je človek izpeljal zato, da bi umrl, vendar splet okoliščin pripelje do tega, da se to dejanje ne konča s smrtjo (18).

Samomor: Je dejanje, s katerim se človek sam usmrti, njegov namen pa je viden tudi za okolico (18). Samomor je dokončno dejanje (9).

2.7 Svetovni dan preprečevanja samomora

Na pobudo mednarodnega združenja za preprečevanje samomorov (IASP) Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), je bil leta 2003 razglašen 10. september za svetovni dan preprečevanja samomora (19).

Svetovni dan za preprečevanje samomora se je izkazal kot edinstvena možnost in priložnost za opozarjanje na samomorilno problematiko (7).

Ta dan je namenjen izboljšanju spoznanj o samomoru, primernemu razširjanju informacij, zmanjšanju stigmatizacije tega problema in ozaveščanju ljudi, da je številne samomore mogoče preprečiti. Geslo 10. septembra 2009, je bilo *Preprečevanje samomorov v različnih kulturah*. S tem so želeli poudariti, da je samomorilnost močno povezana s kulturnimi, verskimi, pravnimi, zgodovinskimi, filozofskimi in tradicionalnimi dejavniki določenega območja in da je pri prizadevanjih za preprečevanje samomorov potrebno vse našteje dejavnike resno upoštevati (19).

3 ZNAČILNOSTI MLADOSTNIŠTVA

Roškar et al (2009) opredeljujejo mladostništvo ali adolescenco kot razvojno obdobje, ki ga lahko umestimo med približno 11.-12. leto (konec otroštva) in 22.-24. leto starosti (začetek zgodnje odraslosti). Tako kot celoten človekov razvoj, je tudi obdobje mladostništva večrazsežnostno, saj se v tem obdobju dogajajo medsebojno povezane spremembe na telesni, intelektualni, čustveno osebnostni in socialni ravni. Spremembe, s katerimi se sooča mladostnik (predvsem pospešen telesni in čustveni razvoj), pa ne predstavljajo izzivov samo za mladostnika samega, temveč za njegovo celotno okolje (družina, šola) (1).

Mladostništvo razdelimo na zgodnje (do 14. leta), srednje (do 17. ali 18. leta) in pozno mladostništvo (do 22. oz. 24. leta). Adolescenca prinaša določene razvojne naloge (znanja, stališča, spretnosti, načine vedenja), ki jih mora posameznik osvojiti v določenem obdobju svojega življenja (1).

Havighurst (1972) je predpostavil, da mora mladostnik za optimalni nadaljnji razvoj uspešno obvladati osem temeljnih razvojnih nalog, ki se razlikujejo in so specifične za posamezno obdobje mladostništva:

- prilagajanje na telesne spremembe (sprejemanje in razumevanje hitrih telesnih sprememb, sprejemanje lastnega zunanega videza, skrb za telo in zdravje),
- čustveno osamosvajanje od družine in drugih odraslih (razvoj čustvene neodvisnosti odraslih in hkrati oblikovanje vzajemnih odnosov z njimi),
- oblikovanje socialne spolne vloge (prevzemanje istospolne socialne vloge, preizkušanje vedenja v tej vlogi, oblikovanje spolne identitete),
- oblikovanje novih, stabilnih socialnih odnosov z vrstniki (oblikovanje prijateljstev, razvoj socialnih spretnosti, sodelovalnega vedenja, stabilnih vrstniških odnosov),
- razvoj socialno odgovornega vedenja (izbira in zavzemanje za družbene enote in cilje),
- priprava na poklicno delo (opredelitev poklicnih ciljev, poklicno odločanje, izbira poklica, izobraževanje za izbrani poklic),
- priprava na partnerstvo in družino (razvoj socialnih spretnosti v interakciji z nasprotnim spolom, pridobivanje izkušenj o partnerskem življenju, razumevanje različnih vidikov partnerskega življenja),
- oblikovanje vrednotne usmeritve (opredelitev za določene vrednote, vzpostavitev hierarhije vrednot ter delovanja v skladu z njimi na področju osebnega življenja) (20).

Uspešno obvladovanje razvojnih nalog vodi do socialnega odobravanja, predstavlja prilagojeno vedenje v družbi, prispeva k subjektivnemu zadovoljstvu posameznika in pomeni dobre temelje za obvladovanje razvojnih nalog v naslednjem življenjskem obdobju. Neuspešno obvladovanje razvojnih nalog pa vodi posameznika k splošnemu nezadovoljstvu s samim seboj, k družbenemu neodobravanju njegovega vedenja in napoveduje težave pri obvladovanju razvojnih nalog, ki sledijo (1).

3.1 Tvegano vedenje mladostnika

V mladostništvu je tvegano vedenje sicer vsakdanji pojav, saj so različne oblike tveganega vedenja lahko le del običajnega preizkušanja mej in iskanja svoje vloge. Tako vedenje pa postane ogrožajoče takrat, kadar se prične že zgodaj v razvoju mladostništva, je kontinuirano in ni omejeno le na posamezne priložnosti, kadar je povezano z življenjskim slogom, ki je za mladostnika neustrezen in otežuje ali onemogoča konstruktivne dejavnosti, kadar poteka v

krogu vrstnikov, ki to vedenje spodbujajo in občudujejo in kadar se med seboj povezuje in dopolnjuje več oblik tveganja. Tvegano vedenje lahko nastane kot posledica telesnih in duševnih sprememb oziroma kot preizkušanje možnosti za oblikovanje lastnega sveta in življenja (1).

Tvegano vedenje lahko pri mladostniku nadomešča druge oblike samopotrditve, večje sprejemanje s strani vrstnikov, ugled in veljavo v njihovih očeh, zapolni prosti čas in odpravlja dolgčas, večja zadovoljstvo s samim seboj in nadomesti druge vire samospoštovanja (1).

Roškar et al (2009) uvrščajo med najpogostejše oblike tveganega vedenja v mladostništvu uporabo tobaka, alkohola in drugih psihoaktivnih snovi. Redkeje pa se pojavljajo druge oblike tveganega vedenja, kot so na primer nasilje in trpinčenje, zasvojenost s hrano, odvisnost od spolnosti in tvegano spolno življenje, odvisnost od interneta. Kot navajajo, pa lahko nekatere oblike tveganega vedenja vodijo v razvoj duševne bolezni (npr. depresije, anksioznosti) in v skrajnem primeru do občutkov obupa in samopoškodovalnega ter samomorilnega vedenja (1).

3.2 Slovenski mladostniki

3.2.1 Najpogostejše psihične težave mladih

V raziskavi ob okrogli mizi *Stiske otrok ob učnem neuspehu (Jeriček, Bajt, 2007)*, jih od 5130 vprašanih 17 odstotkov vsak dan ali večkrat na teden ne more spati, 14 odstotkov je vsak dan ali večkrat tedensko nervoznih, 13 odstotkov pa je vsak dan ali večkrat tedensko razdražljivih. 20 odstotkov mladih ima težave ali so na meji na področju čustev, vedenja, hiperaktivnosti in odnosov. Največ težav imajo z vedenjskimi vzorci, kot so hitra jeza, agresivnost, neubogljivost, in sicer 28 odstotkov, skoraj 18 odstotkov otrok ali mladostnikov ima težave (ali je na meji) z razdražljivostjo, nervoznostjo, koncentracijo, 17 odstotkov otrok ima težave v odnosih z vrstniki in 15 odstotkov mladih ima težave (ali so rizični) na čustvenem področju (strahovi, potrto, skrbi) (21).

3.2.2 Škodljive navade mladostnikov

Jeriček, Bajt (2007) navajata statistične izsledke o škodljivih navadah mladostnikov:

- kaditi začnejo povprečno pri trinajstih letih,
- med petnajstletniki je kar 18 odstotkov rednih kadilcev,
- 65 odstotkov slovenskih mladostnikov pije alkoholne pijače,
- med petnajstletniki vsak teden uživa alkohol več kot petina, vsak dan pa 5 odstotkov,
- po podatkih raziskave v letu 2006 je bilo več kot dvakrat v življenju opitih nekaj več kot 35 odstotkov petnajstletnikov, skoraj 12 odstotkov trinajstletnikov in celo 3 odstotki enajstletnikov,
- slovenski mladostniki prvo alkoholno pijačo v povprečju zaužijejo pri nekaj več kot trinajstih letih,
- marihuano je že uporabilo 17 odstotkov mladostnikov, 5 odstotkov jih z marihuano občasno eksperimentira, nekaj več kot odstotek pa jih je celo odvisnih od marihuane (21).

4 SAMOMORILNOST MLADOSTNIKOV

Mladostništvo je čas dramatičnih sprememb. Pot od otroka do odraslega je lahko kompleksna in zahtevna. Mladostniki velikokrat čutijo velik pritisk za uspeh v šoli, doma in v družbi. Primanjkuje jim življenjskih izkušenj, ki jim dajo vedeti, da težke situacije ne bodo trajale večno (22).

Mladostniki, ki želijo narediti samomor, skušajo zbežati pred težavami, ki se jim zdijo prevelike, da bi jih lahko rešili. Pri tem pa je tragično, da izberejo trajno rešitev za minljivost težav. Zato je pomembno, da se začnemo o samomoru pogovarjati in to temo nehamo pometati pod predpražnik. Ko mladostniki spregovorijo o težavah in zaprosijo za pomoč, se te težave kar na enkrat ne zdijo več tako velike in nerešljive. Oseba, ki pokaže iskreno zaskrbljenost in obljubi svojo pomoč, ima lahko pomembno vlogo pri preprečevanju samomora (23).

Mladostnik želi s samomorilnim vedenjem preseči nevzdržno življenjsko situacijo, ki jo sam ne more spremeniti. Tako želi kaznovati določene pomembne osebe v svojem življenju ali pritegniti njihovo pozornost oziroma jih poklicati na pomoč (10).

Kadar depresivni mladostnik reče »Umreti hočem.«, simoramo njegove besede razlagati tako: »Trenutno se počutim osamljeno, nemočno, brezupno, ničvredno, da tega ne zdržim več. Ne vem, kako bi se lahko te bolečine rešil drugače, kot s smrtjo.« Mladostniki, ki razmišljajo o samomoru, so tako osredotočeni na svojo duševno bolečino, da o sebi in svojem življenju ne morejo razmišljati pozitivno. Hočejo živeti, vendar potrebujejo pomoč za soočanje s svojimi težavami in iskanju načinov za reševanje teh težav (23).

4.1 Samopoškodovanje

Valetič (2009) v svoji knjigi *Samomor: večplastni fenomen* opisuje, da poznamo v zadnjih letih svetovni trend tako imenovane *emo* kulture, medtem ko so se v prejšnjih generacijah pojavljali precej sorodni trendi kot sta *punk* ali pa *dark*. Med nekaterimi mladostniki se je razširilo samopoškodovalno vedenje. Če sta prebadanje telesa oz. piercing in pa boleče tetoviranje, ki pustita trajne estetske sledi na telesu še zelo zmerni in načeloma neškodljivi obliki tega vedenja, se veliko mladih samopoškoduje tudi tako, da se reže. Režejo se po rokah, po nogah ali telesu, dr. Tomorijeva pa pravi, da te osebe povedo, da je fizična bolečina njim znosnejša od psihične. Psihično bolečino je namreč težko definirati, težko je nanjo pokazati s prstom in najti njen začetek ter konec, medtem ko je fizična bolečina konkretna in se z njo lažje spoprimemo. Pri takem vedenju naj ne bi prihajalo do resnih dolgotrajnih poškodb telesa, vendar pa že lahko izkazuje zametke samodestruktivnosti in v nekaterih primerih že meji na poskus samomora (7).

4.2 Samouničevalno vedenje

Mladostnikovo vedenje, ki nosi v sebi klice samouničevalnosti, odraža njegovo stisko, skriva njegove klice na pomoč in se brez pomoči lahko konča z razvito bolezensko sliko ali pa za okolico nepričakovanim samomorilnim dejanjem (12).

Značilnosti samouničevalnega vedenja, kot navaja *Mrevlje (1995)* so:

- prehod od začetnega preizkušanja drog in alkohola v smeri zlorabe teh snovi (tudi zdravil, kot so uspavala, pomirjevala in sredstva proti bolečinam v odmerkih, ki so višji od terapevtskih),
- nagnjenost k nezgodam, »nezgodništvo« pri mladostniku, pri katerem prej tega nismo poznali,
- umikanje v samoto, prekinitev stikov z vrstniki in odraslimi, opuščanje interesnih dejavnosti, ki so mu prej veliko pomenila, ter nezanimanje za zabavo in druženje,
- »umik v bolezen«, kar pomeni pogostejše obolevanje zaradi raznih lažjih bolezni, občutek utrujenosti, izčrpanosti, pritožbe v zvezi s tem in tudi vse daljša obdobja rekonvalescence po telesnih boleznih,
- tveganje in izzivanje nevarnosti v vse več situacijah postaja način življenja in samodokazovanje mladostnika,
- razvoj vse bolj neprilagojenega vedenja do pravega prestopništva, ki kliče nase kaznovanje in druge represivne ukrepe,
- neselektivno spolno vedenje v odnosu do drugega ali istega spola vse do prave promiskuitete, kar je lahko odraz zavračanja in agresivnega odnosa do lastnega telesa (12).

Ocena samouničevalnega vedenja je pri takšnih vedenjskih spremembah večja takrat, kadar te spremembe nastopijo kot nekaj novega pri mladostnikih v smislu novih vedenjskih vzorcev, novega življenjskega sloga ali reagiranja. Pri takem vedenju je mogoče ugotoviti nekatere razlike med spoloma glede tveganosti vedenja. Fantje na svojo stisko opozarjajo z večjim tveganjem pri športnih dejavnostih, s hudim opijanjem ali zastrupitvami z drogami, s provokativnim vedenjem ali z grobimi in impulzivnimi poškodbami. Pri dekletih pogosteje srečamo beg v bolezen, gojenje telesnih težav, zlorabo zdravil in samotarsko opijanje in promiskuitetno vedenje kot odraz zaničevanja in ponižanja sebe (12).

4.3 Pogostost samomora med mladimi

Samomor je eden od treh glavnih vzrokov smrti mladih do 25. leta (*Vertot, 2009*) (19).

Roškar et al (2009) navajajo, da v Sloveniji vsako leto naredi samomor okrog 20 mladostnikov, med njimi pa je število fantov približno štirikrat večje od števila deklet. Raziskava, ki je bila narejena med slovenskimi srednješolci (*Tomori, 1999*), je pokazala, da je 6,8 % fantov in 13,5 % deklet v starosti od 14 do 19 let že poskušalo izvesti samomor, 31,1 % fantov in 45,1 % deklet pa je o samomoru že razmišljalo. Ker v raziskavo niso bili zajeti mladostniki, ki se ne šolajo, bi bil ta podatek pri nas verjetno še višji. Mladostniki, ki v izobraževanje niso vključeni, so prikrajšani za podporo vrstnikov iz širšega socialnega okolja, izpostavljeni so večjemu številu dejavnikov tveganja (živijo v razmerah, ki so za kakovost njihovega življenja slabše kot pri vrstnikih, ki se šolajo, slabo pa vplivajo tudi na gradnjo pozitivne samopodobe) (1).

V raziskavi *ESPAD (2007)*, regija Celje, pa so ugotovili, da je 5,6 % fantov in 15,8 % deklet poskušalo narediti samomor (24).

Wasserman et al (2005) navajajo, da je bila med državami članicami Svetovne zdravstvene organizacije, v kateri je sodelovalo 90 držav od 130 držav članic, narejena raziskava, kjer so ugotavljali stopnjo samomorov med mladostniki v starosti od 15 do 19 let. Ugotovili so, da znaša povprečna stopnja samomorov pri mladostnikih 7,4 oseb na 100.000 prebivalcev, kjer je ta stopnja pri moških višja (10,5 oseb) kot pri ženskah (4,1 osebe) (25).

Joe in Markus v raziskavi (2003) navajata, da mladostniki, ki uspešno storijo samomor, uporabijo pri tem orožje, obešanje, skok z višine, ogljikov monoksid ali prevelik odmerek droge. Za fante, stare med 15 in 19 let, je skoraj pet krat bolj verjetno, da storijo samomor kot pa dekleta v isti starostni skupini. Na drugi strani pa poskušajo dekleta storiti samomor dva do tri krat pogosteje kot fantje (26).

4.4 Dejavniki tveganja, ki povečujejo, in dejavniki tveganja, ki zmanjšujejo pojav samomora pri mladostnikih

Tako kot v drugih življenjskih obdobjih se tudi v mladostniškem v razvoju samomorilnega vedenja med seboj povezujejo številni dejavniki, ki povečujejo možnost in nevarnost za samomor. V adolescenci pa se pokažejo kot pomembni dejavniki tudi taki, ki so za to obdobje razvoja še posebej značilni (27).

Dejavniki tveganja se pri mladostnikih redko pojavljajo izolirano, ampak se največkrat prekrivajo in povezujejo (1).

Večina samomorov pri mladostnikih je povezana z uporabo drog in alkohola, nedavno smrtjo v družini, težavami v šoli, razdrtimi odnosi. Skoraj polovica od tistih, ki so storili samomor, so doživeli nedavno izgubo osebe, ponižanje ali zavrnitev (26).

Dejavnike tveganja pa lahko razdelimo tudi v tri skupine: individualni dejavniki, družinski dejavniki in dejavniki okolja (1).

4.4.1 Individualni dejavniki, ki povečujejo pojav samomora pri mladostnikih

Individualni dejavniki so vezani neposredno na mladostnika in vključujejo: duševne motnje, osebnostne značilnosti, načine reševanja problemov, samopodobo, zlorabo drog ali alkohola, spolno usmerjenost (1).

Duševne motnje: So najpomembnejši dejavnik tveganja za samomorilno vedenje mladostnikov, saj je pri večini mladostnikov, ki samomor poskušajo, prisotna katera od duševnih motenj (1).

Marušič, Roškar (2003) navajata, da je verjetnost duševnih motenj še večja (90 %) pri mladostnikih, ki samomor tudi izvršijo. Kot ugotavljajo različne študije, gre večinoma za motnje razpoloženja, osebnostne motnje, sindrom odvisnosti od alkohola in drugih psihoaktivnih snovi (27).

Pogosta pa je tudi povezanost samomorilnega vedenja s psihotičnimi motnjami in z motnjami hranjenja (1).

- Depresivne motnje: So najpogostejša duševna motnja pri mladostnikih. Samomorilno vedenje pogosto spremljajo simptomi, kot so depresivno, razdražljivo ali otopelo razpoloženje, utrujenost, pomanjkanje energije, jok, izguba zanimanja za prej priljubljene aktivnosti ... (1).

Samomor je glavna nevarnost depresivne bolezni (6).

Depresivne motnje je pri mladostnikih težje prepoznati, saj so pogosto lahko simptomi prekriti z zunanjimi dejavniki, kot so motnje vedenja, hiperaktivnost in drugi. Tudi tihi, umaknjeni in za okolico nezainteresirani mladi, ki se sami soočajo s stisko, so lahko depresivni in tudi prikrito samomorilni. Vendar pa lahko mladostniki storijo samomor tudi, ne da bi bili depresivni. Prav tako pa so lahko tudi depresivni in nimajo

samomorilnih nagnjenj. V primerjavi z razvojno normalnimi spremembami razpoloženja, govorimo o depresiji pri mladostnikih takrat, kadar obdobja potrtosti trajajo dolgo in se opazno kažejo v mladostnikovem vedenju, zavirajo razvoj, odnose z drugimi in v splošnem ohromijo njegov duševni razvoj (1).

- Motnje hranjenja: Samomorilno vedenje je pomemben indikator za slabo prognozo pri zdravljenju teh motenj, saj se je pokazalo, da samomor pri mladostnikih z anoreksijo ni redek. Izgubljanje teže pogosto izraža željo po smrti. Ob izgubi teže se mladostniki počutijo bolje (boljša telesna samopodoba) in možno je, da na ta način samo-zdravijo depresijo. Izgubljanje teže pa lahko povzroči hudo obliko depresivne motnje in sproži samomorilno vedenje. Tudi mladostniki z bulimijo so nagnjeni k samomorilnemu vedenju, ki je lahko del njihovega nestabilnega in impulzivnega življenjskega sloga (1).

Načini reševanja problemov in osebnostne značilnosti: Mladostniki se različno spoprijemajo s težavami s katerimi se srečujejo. Neprimerni načini reševanja problemov kažejo negativno zaznavanje situacije brez sposobnosti prilagajanja in širšega vpogleda v problem. Značilen je pesimističen pogled na tudi povsem običajna življenjska dogajanja. Mladostniki s takim kognitivnim slogom bodo problemsko situacijo doživljali nerešljivo, kar vodi v občutek nemoči in obupa. To pa indirektno otežuje razvoj spretnosti za obvladovanje stresa in reševanje težav, zmanjšuje zaupanje vase in v druge ter sebe predstavlja kot žrtev dogajanja (npr. mladostnik slab uspeh pri matematiki pripisuje nepriljubljenosti pri učitelju) (1).

Pri samomorilnih mladostnikih so pogoste osebnostne in vedenjske značilnosti, ki se kažejo kot vedenjske motnje ali pa nakazujejo razvoj osebnostnih motenj. Najpogosteje so ugotovljene impulzivnost, nasilnost, socialni umik in izogibalno vedenje (27).

Samomorilni mladostniki pogosto ne zaupajo vase in v svoje sposobnosti ter imajo nizko samopodobo (1).

Spolna usmerjenost: S samomorilnim vedenjem je pomembno povezana homoseksualna usmerjenost pri obeh spolih. Raziskave kažejo, da je nevarnost za resen samomorilni poskus pri homoseksualnih mladostnikih štiri do šest krat večja kot pri heteroseksualnih. Dejavnik tveganja je tudi doživljanje homoseksualnih zvez kot manj zadovoljajočih (1).

Zloraba alkohola in drog: Na razvoj samomorilnega vedenja lahko droge in alkohol vplivajo neposredno, saj poslabšajo presojo dejanj, zvišajo nivo impulzivnosti, povzročajo lahko resne razpoloženske motnje in depresivne motnje s samomorilnimi težnjami. Tveganje za poskus samomora se večja z večjo količino popite alkoholne pijače in pitjem močnejših alkoholnih pijač. Na drugi strani pa tveganje za poskus samomora narašča z uporabo težjih drog (npr. heroin, kokain). *Roškar et al (2009)* navajajo, da je pri posameznikih, odvisnih od alkohola tveganje, da bodo storili samomor okrog 15 %, pri osebah odvisnih od drog pa okoli 10 %. Zloraba psihoaktivnih snovi pa pogosto poslabša že prisotne motnje (npr. poveča tesnobo, poglobi depresijo) (1).

4.4.2 Individualni dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za samomor mladostnikov

Individualni dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za samomor, so: visoka samopodoba, dobre socialne spretnosti, zaupanje vase in v svoje sposobnosti, sposobnost iskanja pomoči v stresnih situacijah, iskanje nasvetov pri pomembnih odločitvah, odprtost za upoštevanje izkušenj in predlogov drugih ljudi ter odprtost za sprejemanje novega znanja (1).

Pozitivna samopodoba varuje mladostnike pred duševno stisko in jim omogoča, da se uspešno spopadajo s težkimi in stresnimi življenjskimi situacijami. Za spodbujanje pozitivne samopodobe je potrebno pri mladostnikih poudarjati pozitivne pretekle življenjske izkušnje, ki povečujejo možnost mladih za večjo samozavest v prihodnosti. Mladostniki ne smejo biti ves čas pod pritiskom, da morajo stvari narediti bolje, imeti morajo občutek, da so ljubljene in da jih nekdo ceni (28).

4.4.3 Družinski dejavniki, ki povečujejo pojav samomora pri mladostnikih

Značilnosti družine in zgodnje otroške izkušnje: V povezavi z značilnostjo družine, v kateri mladostnik odrasča, so med najbolj odločilnimi dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja mladostnika duševne motnje pri starših. Lahko gre za depresivne, tesnobne motnje, zlorabo alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, antisocialna osebnostna motnja in družinska zgodovina samomorilnega vedenja (1).

Ostali dejavniki tveganja so lahko tudi pogostost konfliktnih odnosov, motnje v komunikaciji in skrajno nizka ali visoka pričakovanja staršev od otrok. Veliko samomorilnih mladostnikov pripoveduje o družinskem nasilju, vključno z izkušnjo telesne ali spolne zlorabe, čustvene in dejanske zanemarjenosti, pretirane zaprtosti družine pred okoljem ali pomanjkanje pomembnih čustvenih vezi v družini (27).

Pomemben je tudi socialno-ekonomski status družine, saj mnogi mladostniki, ki izkazujejo visoko tveganje za samomorilno vedenje, izhajajo iz neugodnih socialnih razmer. Raziskave kažejo, da je v družinah samomorilnih mladostnikov običajno hkrati prisotnih več dejavnikov, ki se prepletajo in povezujejo (1).

Ločitev ali izguba staršev: Izguba enega ali obeh staršev je pomemben dejavnik tveganja za razvoj samomorilnosti mladostnika. Raziskave so pokazale, da ima v nekaterih primerih izguba zaradi ločitve staršev pomembnejši vpliv kot izguba zaradi smrti starša (1).

Zloraba: Spolna, fizična ali psihična zloraba se pojavlja v različnih okoljih, vendar se najpogosteje pojavi v družini. Reakcije mladostnikov se razlikujejo glede na spol. Dekleta večkrat razvijejo zdravstveno-psihološke simptome (npr. nočne more in zdravstvene težave), fantje pa vedenjske simptome (npr. zloraba substanc in ponavljajoči samomorilni poskusi). Mladostniki, ki so bili fizično zlorabljeni, večkrat poročajo o samomorilnih mislih in vedenju kot nezlorabljeni mladostniki (1).

4.4.4 Družinski dejavniki, ki zmanjšujejo tveganje za samomor mladostnikov

Med družinskimi dejavniki je potrebno poudariti dober odnos s starši in drugimi družinskimi člani, podporo s strani družine in zgled za konstruktivne načine reševanja stresnih situacij (1).

4.4.5 Dejavniki okolja, ki povečujejo pojav samomora pri mladostnikih

Vrstniki: Samomorilno vedenje prijateljev ali drugih vrstnikov predstavlja pomemben dejavnik tveganja za samomor mladostnika. Mladostnik lahko samomorilno vedenje vrstnikov posnema. *Roškar et al (2009)* navajajo raziskave, da težave v odnosih z vrstniki, kot so prepir ali prekinitev prijateljstva, težave pri pridobivanju prijateljev in osamljenost,

povečujejo možnost samomorilnega vedenja. Tudi ustrahovanje, ki je pogost pojav in se verjetno pojavlja v vseh šolah, je pomemben dejavnik tveganja (1).

Šola: Težave, povezane s šolo lahko predstavljajo tveganje pri razvoju samomorilnega vedenja mladostnikov. Najpogostejši težavi sta šolski neuspeh in ustrahovanje s strani drugih učencev. Mladostnik lahko začne zaradi šolskega neuspeha dvomiti v svoje intelektualne sposobnosti, razvijati nizko samopodobo, depresivno razpoloženje in tesnobo in kot možnost izhoda iz te situacije lahko začne razmišljati o samomoru (1).

Internet omogoča dostop do številnih informacij in oblik pomoči, vendar prinaša tudi mnoga tveganja povezana s samomorilnim vedenjem. Največje tveganje za razvoj samomorilnega vedenja prinašajo strani, ki samomorilnim posameznikom pomagajo da sklenejo pakt, ki vodi v skupno izvedbo samomora ali pa medsebojno pomoč pri tem (1).

Mediji: Pogosta prisotnost samomora v medijih lahko povzroči, da ga začnejo mladi dojemati kot nekaj običajnega in zelo pogostega, kar poveča njihovo dovzetnost za samomor. Mladostniki lahko posnemajo posameznika iz medijev, pa naj bo to znana ali druga osebnost, s katero se mladostnik čuti povezano ali pa posameznik, ki ima podobne značilnosti ali probleme kot mladostnik. Če mediji prikažejo posameznika, ki je storil samomor kot junaka ali žrtev družbe, lahko vplivajo na mladostnika tako, da začne dojemati samomor kot nekaj, kar ima pozitivne posledice (npr. slava, maščevanje, uspešen pobeg pred problemi). Nevarno je tudi, ko mediji zelo natančno opisujejo samomorilno metodo, saj lahko mladostniku tako pomagajo poiskati način za uresničitev svojih samomorilnih želja (1).

4.4.6 Dejavniki okolja, ki zmanjšujejo tveganje za samomor mladostnikov

Med dejavnike okolja, ki zmanjšujejo tveganje za samomor, štejemo dobro socialno integracijo (npr. s pomočjo vključevanja v športne ali druge aktivnosti v prostem času), dober odnos z vrstniki, dober odnos z učitelji in drugimi pomembnimi odrasli ter podpora z njihove strani (1).

4.5 Znaki in simptomi samomorilnosti

Namige in znake, ki kažejo na možnost samomora, obravnavamo zelo resno. Mladostniki, ki grozijo, da bodo naredili samomor, so obupani in na ta način prosijo za pomoč. Redko kdo načrtuje samomor, ne da bi pri tem dajal takšne ali drugačne namige. Ti so včasih komaj opazni, zato jih lahko svojci in prijatelji spregledajo ali napačno interpretirajo. Ti opozorilni znaki so: pretekli poskusi samomora, izjave, da se oseba počuti brezupno, nemočno ali ničvredno, izjave osebe, da je vsem le v breme, grožnje s samomorom (neposredne ali posredne), vedenje ali izjave, ki spominjajo na poslavljanje (23).

Posameznik je preobremenjen s temami o smrti in nasilju (pogovori, knjige, glasba, risbe, pisma s takšno vsebino), nenadoma se mu dogajajo nezgode, izziva nevarnost in se s tem dokazuje, pretirano uživa alkohol, droge, zdravila, pretirano kadi in razdaja najljubše osebne predmete (18).

Mladostnik se lahko umakne v samoto, prekine stike z vrstniki in odraslimi, opušča interesne dejavnosti, ki so mu prej veliko pomenile, kaže nezanimanje za zabavo in druženje, lahko se umika v bolezen, kar pomeni, da pogosteje oboleva zaradi raznih lažjih bolezni, je utrujen in izčrpan, kaže neselektivno spolno vedenje v odnosu do drugega ali istega spola (12).

V vedenju mladostnika je lahko prisotno nihanje razpoloženja, čustveni izbruhi, visoka stopnja razdražljivosti ali agresivnosti, čaščenje ljudi, ki so umrli zaradi samomora, mladostnik lahko izdelava načrt za samomor. Ne smemo pa pozabiti, da ni končnega seznama opozorilnih znakov za samomor (22).

5 PREPREČEVANJE SAMOMOROV MED MLADIMI

5.1 Vrste preventivnih dejavnosti

Za preprečevanje samomorilnega razmišljanja in vedenja se ne bomo usmerjali le na urgenco, ki ima svoje mesto šele na koncu samomorilnega procesa. S preventivnimi ukrepi moramo vstopati že veliko prej in to vsi - bližnji, laiki s podobnimi izkušnjami, sama oseba, ki o samomoru razmišlja in pa strokovnjaki. Ne čakamo na kasnejše stopnje, ki bodo za življenje nevarnejše. Obupane moramo poiskati prek programov za presejanje in jih spodbujati k iskanju rešitev. Osamljenemu pomagamo najti način, kako v sebi prebuditi občutek pripadnosti neki skupini (11).

5.1.1 Primarna preventiva

Primarna preventiva zajema dolgotrajna in dolgoročna prizadevanja zdravstva in družbe, ki naj bi odpravila okoliščine, vzdušje in pritiske, v katerih se samomorilna dejanja pojavljajo. Medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu z zdravstveno vzgojo vplivajo na posameznika, družino in skupnost v smislu promocije zdravja in zdravstvenega varstva o tem, kako lahko vsakdo sam poskrbi za preprečevanje duševnih motenj in izboljšanje duševnega zdravja (18).

Promocija duševnega zdravja vključuje vsako dejavnost, ki aktivno vzpodbuja dobro duševno zdravje. Promocijo duševnega zdravja potrebujemo vsi in ne le tisti, ki imajo oziroma so imeli težave z duševnim zdravjem (4).

Primarna preventiva se nanaša na čas pred začetkom samomorilnega procesa. Na eni strani obsega osveščanje o dejavnikih tveganja, hkrati pa tudi krepitev varovalnih dejavnikov (1).

Na področju primarne preventive samomora smo pomembni vsi zato, da ustvarimo pogoje, ki bodo odpravljali okoliščine in pritiske, v katerih se samomorilna dejanja porajajo. Naša prizadevanja morajo biti usmerjena v krepitev samozavesti, dviga občutka lastne vrednosti in učenja pravih načinov reševanja problemov (29).

5.1.2 Sekundarna preventiva

Gre za zgodnje odkrivanje in prepoznavanje samomorilno ogroženih, za organizacijo njihove zaščite pred samopoškodovanim vedenjem in za izboljšanje možnosti zdravljenja duševnih bolezni, pri katerih se samomorilne težnje pojavljajo (18).

Vključuje način dela z mladostniki v stiski, oblike in možnosti iskanja pomoči in vse tiste ljudi, ki jim mladi zaupajo in bi jim lahko razkrili svoje težave, misli, strahove, dvome in možne znake samomorilne ogroženosti (1).

V glavnem pa je sekundarna preventiva področje psihiatrije, saj se z njo ukvarjajo strokovnjaki znotraj organizacij, ki skrbijo za duševno zdravje (18).

5.1.3 Terciarna preventiva

Je tista nujna pomoč, s katero je mogoče rešiti življenje posameznika potem, ko je skušal narediti samomor. Poleg nujne medicinske pomoči in zdravljenja po vsakem poskusu samomora, vključuje terciarna preventiva tudi psihološko-psihiatrično pomoč oziroma

pogovor s psihiatrom, ki oceni, ali je potrebno nadaljnje zdravljenje v psihiatrični ustanovi - bolnišnično ali ambulantno (18).

Preglednica 4: Model razvoja samomorilnega razmišljanja in vedenja ter možnosti preventivnih ukrepov
(Marušič, 2009) (11)

STANJE V OZADJU		SAMOMORILNI PROCES		UKREPI V OSPREDJU
depresivna motnja	→	pasivno razmišljanje o samomoru	→	presejanje na tveganje
samomorilna depresija	→	aktivno razmišljanje o samomoru	→	skupine za samopomoč
življenjska ogroženost	→	samomorilni načrt	→	strokovna oskrba
psihiatrična urgencia	→	samomorilni namen	→	strokovni nadzor
medicinska urgencia	→	samomorilni poskus	→	register poskusov
smrt	→	samomor	→	pomoč preživelim

5.2 Ukrepanje ob samomoru mladostnika

5.2.1 Način spraševanja

Prvi korak k preprečevanju samomorov je odkrit pogovor s posameznikom o vsem, kar ga teži. Človeku v stiski tako omogočimo, da svoja čustva sprost in se razbremeni, ob tem pa lahko tudi uvidi možnosti za izhod, ki jih prej ni opazil. Pogovor omogoči svetovalcu, terapevtu ali prijatelju, da oceni samomorilno ogroženost posameznika (30).

Vprašanja, ki jih zastavljamo, morajo biti zelo specifična in odkrita. Če imamo pri pridobivanju direktnih odgovorov težave, lahko od manj direktnih vprašanj (npr. »Si si kdaj želel, da bi zaspal in se nikoli več zbudil?«) prehajamo k bolj direktnim (npr. »Si bil v zadnjem času tako nesrečen, da si si želel, da bi bil mrtev? Razmišljaš o samomoru?«). Če mladostnik na taka vprašanja odgovori pritrdilno, ga o samomoru vprašamo tudi konkretno. Vprašamo ali ima narejen načrt za samomor, ali je samomor že poskušal izvesti (1).

Lahko ga vprašamo tudi o načinu, kako bi samomor storil oziroma, če si je že priskrbel sredstva za uresničitev svojega načrta (30).

5.2.2 Način poslušanja

Pri pomoči samomorilnemu posamezniku je najbolj pomembno, da mu nudimo oporo in ga sprejemamo z vsemi pomanjkljivostmi in težavami, ki jih ima. Pomembno je, da mu nudimo varno in zaupno okolje, v katerem bo lahko sproščeno govoril o svojih težavah. Zavedati se moramo, da je samomor posledica neznosne psihične bolečine, ki jo samomorilni posameznik ne more več prenašati (30).

V pogovoru ohranjamo miren glas ter ne izražamo presenečenja in neodobravanja. Izogibamo se izjavam, ki mladostnikovo stisko podcenjujejo (npr. »Saj ne more biti tako hudo.«). Zavedati se moramo, da pogovor pomeni ne le prisluhniti njegovim besedam, ampak tudi govorici telesa in drugim znakom, kar prispeva k boljšemu prepoznavanju težav mladostnika (1).

6 ZDRAVSTVENA NEGA MLADOSTNIKA S SAMOMORILNIM VEDENJEM

6.1 Definicija zdravstvene nege

Definicija zdravstvene nege Mednarodnega sveta medicinskih sester (*ICN, 2002*): Zdravstvena nega obsega samostojno, soodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju zdravstvene politike ter managementa zdravstvenih sistemov in izobraževanje (31).

Zdravstvena nega mladostnika se v marsičem razlikuje od zdravstvene nege odraslega. Mladostnik je na poti k odraslosti, v ospredju so razvojne naloge in njegov način spopadanja z njimi. Mladostnik ima ponavadi nizko samopodobo, je zmeden ob iskanju lastne identitete, strah ga je nesprejetosti in neodobravanja in ima veliko potrebo po prijateljstvu in naklonjenosti. Medicinska sestra mora najprej dobro poznati značilnosti poteka adolescence, da lahko prepozna odklone v pacientovem razvoju. Zavedati se mora, da je za mladostnika velikokrat tudi mati, prijateljica in vzgojiteljica (8).

6.2 Ocena samomorilne ogroženosti pri mladostniku

Ocena samomorilne ogroženosti vključuje oceno dejavnikov tveganja. Pri tem ne smemo pozabiti vprašati po preteklem samomorilnem vedenju in samomorilnem vedenju v družini. Posameznika vedno vprašamo po sprožilnih dejavnikih in neugodnih dogodkih v življenju vsaj zadnje pol leta pred aktualnim samomorilnim vedenjem. Natančno opredelimo tudi sedanje samomorilno vedenje (negativne občutke, samomorilne misli, načrt, namen, uporabljene metode). V oceni samomorilne ogroženosti je potrebno opredeliti tudi stopnjo podpore v okolju in dosegljivost bližnjih, saj visoka stopnja podpore v domačem okolju velikokrat omogoča ambulantno obravnavo samomorilno ogroženega, sicer pa je vsaj na začetku nujna hospitalizacija (8).

6.2.1 Ukrepanje ob samomorilni ogroženosti mladostnika

V psihiatriji pomeni samomorilna ogroženost urgenco. Ukrepanje lahko razvrstimo v deset korakov:

- ocena samomorilne ogroženosti,
- ocena aktualnega samomorilnega vedenja,
- ocena okoliščin v življenju posameznika,
- ocena morebitne bolezni, npr. depresije, shizofrenije ali odvisnosti,
- ocena akutne ogroženosti (za naslednjih 24 ur),
- ocena možnosti ukrepanja, npr. potreba po sprejemu v bolnišnico,
- antisuicidalni dogovor z ogroženim posameznikom in bližnjimi,
- načrt ukrepanja in/ali zdravljenja,
- ukrepi nadzora, če so potrebni,

- spremljanje ogroženosti (8).

Končni cilj ukrepanja ob samomorilni ogroženosti je zmanjšanje samomorilne ogroženosti na začetni nivo. Ko s prvimi ukrepi zagotovimo varnost ogroženemu posamezniku, pa z nadaljnjimi (npr. zdravljenje depresije) vplivamo na zmanjševanje ogroženosti in dolgoročno na preprečevanje enakih ali hujših oblik samomorilnega vedenja. Končni cilj je torej preprečiti čim več nepotrebnih smrti zaradi samomora (8).

6.3 Vloga medicinske sestre pri zdravljenju mladostnika s samomorilnim vedenjem

Medicinska sestra je pomemben član terapevtskega tima. Pri svojem delu uporablja timsko metodo dela, metoda dela medicinske sestre pa je tudi proces zdravstvene nege, ki ga je potrebno nujno uporabljati pri obravnavi samomorilnega pacienta, pri katerem je potrebna intenzivna, kvalitetna in kontinuirana zdravstvena nega. Pacienta je potrebno že v začetku hospitalizacije vključiti v proces zdravstvene nege (18).

Medicinska sestra si ob sprejemu pacienta prizadeva na nevsiljiv način vzpostaviti z njim komunikacijo in si pridobiti njegovo zaupanje. Ko se ji pacient odpre, je najpomembnejše, da ga posluša. Pacient se tako razbremeni čustvene napetosti, iz njegovih besed pa lahko ugotovi nevarnost ponovnega samomorilnega dejanja oziroma samomorilno ogroženost in kje lahko intervenira. Seznaniti ga mora z drugimi pacienti in mu predstaviti način dela in življenja na oddelku. Tako dobi pacient občutek pripadnosti. Pomembno je, da medicinska sestra pacienta ves čas opazuje, pri čemer je pozorna na psihološke, fiziološke in sociološke znake samomorilne ogroženosti (18).

Medicinska sestra naj iz pacientove okolice odstrani vse nevarne predmete, kot so pasovi, razni ostri predmeti, stekleni kozarci, vžigalice in s tem omogoči pacientu varno okolje. Tudi stena in tla lahko pacientu povzročijo škodo, če se vrže proti njim, vendar pa odstranitev prej naštetih nevarnih predmetov pacientu sporoča skrb medicinske sestre (26).

Pri delu s samomorilnim pacientom je za medicinsko sestro najbolj pomembno, da si pridobi njegovo zaupanje. Pacientu mora vzbujati občutek, da razume njegov obup in nemoč. Razviti naj mu pomaga samospoštovanje in občutek vrednosti, njen odnos pa mora biti pristen, spoštljiv, pošten, razumevajoč, topel in prepričujoč, da ne poglobi pacientovega občutka osamljenosti, manjvrednosti in odtujenosti (32).

6.3.1 Cilji zdravstvene nege

Cilji morajo zadovoljiti trenutne potrebe pacienta po zdravstveni negi in zagotoviti stalno varnost:

- varen in nepoškodovan pacient,
- pacient nam zaupa in se počuti sprejet,
- pomirjen, sproščen, dobro razpoložen pacient,
- pacient se aktivno vključuje v terapevtsko skupnost in sodeluje v procesu zdravljenja,
- pacient je dosegel višjo stopnjo samospoštovanja in boljše mnenje o sebi,

- pacient je sposoben na ustrežnejši način reševati življenjske stiske in se ne zateka k samomoru,
- pacient vzpostavlja dobre odnose z ljudmi (18).

Izogibanje nevarnostim v okolju je področje, kjer je pri samomorilno ogroženem mladostniku potrebno poudariti, da želja po smrti za mladostnika velikokrat pomeni le beg iz zanj težke situacije, ki jo ne zna rešiti na drugačen način oziroma dejanje, s katerim želi opozoriti nase. Pri mladostniku je lahko prisotno tudi samopoškodovalno vedenje ali druge oblike rizičnega vedenja, kot so ukvarjanje z nevarnimi športi, hitra vožnja, vožnja pod vplivom alkohola, nezaščiteni spolni odnosi, uživanje opojnih substanc (8).

Svojo stisko lahko mladostnik pokaže tudi z agresivnim vedenjem, usmerjenim nase ali na okolico. Medicinska sestra mora mladostnika in njegovo odzivanje dobro poznati, če želi prepoznati vzroke za takšno vedenje. Mora se zavedati, da je v ozadju stiska, in vzpodbujati mladostnika, da jo prepozna, in ga nato vzpodbujati k drugačnemu reševanju težav (8).

7 EMPIRIČNI DEL

7.1 Namen in cilji

Ker je samomorilnost med mladimi velik problem današnje družbe in se mladostniki za to dejanje prepogosto odločajo, smo se odločili raziskati in ugotoviti, kaj mlade pripelje do tega, da se odločijo za samomor oziroma, da o možnosti samomora razmišljajo. Cilji raziskave so ugotoviti pogostost razmišljanja mladih o poskusu samomora in pogostost samomorilnih poskusov med mladimi, ugotoviti razlike med spoloma glede pogostosti razmišljanja mladih o poskusu samomora in pogostosti samomorilnih poskusov ter ugotoviti vzroke samomorilnosti mladostnikov. Cilj raziskave je, da ugotovimo tudi, ali alkohol in droge vplivajo na samomorilno vedenje mladostnikov ter, da ugotovimo, ali z zdravstveno-vzgojnimi aktivnostmi lahko preprečujemo samomore med mladimi.

7.2 Hipoteze

Skladno z nameni in cilji diplomske naloge, predvsem pa s cilji raziskave, smo si postavili tri hipoteze, ki jih bomo na podlagi rezultatov raziskave potrdili oziroma ovrgli. Te tri hipoteze so:

Hipoteza 1: Več kot polovica (50 %) anketiranih je že kdaj razmišljala o samomoru.

Hipoteza 2: Zloraba alkohola in drog povečujeta samomorilno vedenje.

Hipoteza 3: Zdravstvena vzgoja je pomembna pri preprečevanju samomora med mladimi.

7.3 Materiali in metode

V raziskavi je bila uporabljena opisna (deskriptivna) metoda raziskovanja, študij domače in tuje literature, zbiranje podatkov in njihova analiza, testiranje hipotez s Fisher's Exact testom, ter prikaz podatkov z grafi. Za analizo podatkov in izdelavo grafov smo uporabili programa PASW Statistics 18 in Microsoft Office Excel 2007.

Za raziskavo smo izdelali anketni vprašalnik (Priloga 1), sestavljen iz 35 vprašanj zaprtega, pol odprtega in odprtega tipa. 26 vprašanj je bilo zaprtega tipa, in sicer so anketirani izbrali in obkrožili odgovor med že danimi možnostmi. Pet vprašanj je bilo pol odprtega tipa in anketiranci so lahko izbrali odgovor med že danimi možnostmi ali pa so zapisali svoj odgovor. Pri nekaterih vprašanjih pol odprtega tipa so lahko anketirani obkrožili oziroma napisali več odgovorov. Štiri vprašanja pa so bila odprtega tipa in anketiranci so na ta vprašanja napisali svoj odgovor.

7.4 Potek in izvedba raziskave

Raziskavo smo izvedli na Srednji zdravstveni šoli Nova Gorica na vzorcu dijakov četrtil letnikov. To šolo smo izbrali zato, ker se dijaki o problemu samomorilnosti izobražujejo tudi v okviru pouka in smo pričakovali, da imajo več znanja o tem problemu ter bi znali predlagati boljše rešitve za preprečevanje oziroma za zmanjševanje samomorilnosti mladih.

Ravnateljici Srednje zdravstvene šole smo poslali prošnjo (Priloga 2), da bi dobili dovoljenje za izvedbo raziskave. Po pisnem odgovoru iz šole, da anketiranje lahko izvedemo (Priloga 3), smo določili časovni okvir in anketiranje izvedli 1. in 2. decembra 2009. Prejeli smo potrdilo o dovoljenju za anketiranje (Priloga 4).

1. decembra 2009 smo izvedli raziskavo v četrtem B razredu, v katerem je 23 dijakov, vendar jih je zaradi odsotnosti sodelovalo 21. Naslednji dan, 2. decembra 2009, smo raziskavo izvedli še v četrtem C razredu s 24 dijaki (zaradi odsotnosti je bilo prisotnih 22 dijakov) in pa v četrtem A razredu s 24 dijaki, vendar je bilo zaradi odsotnosti prisotnih 22 dijakov.

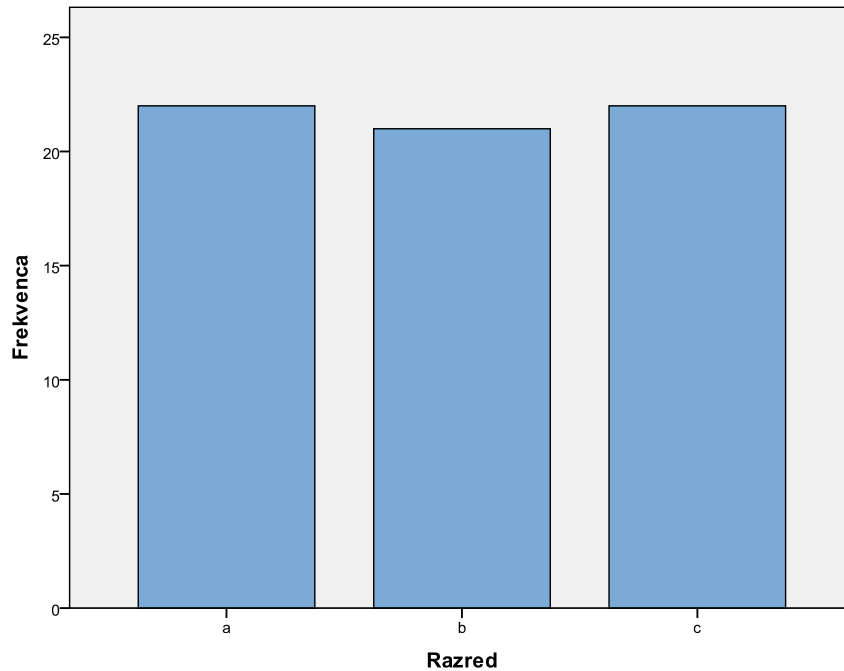
Raziskavo smo izvedli v skladu z etičnimi načeli raziskovanja. Anketiranje smo izvajali v razredu v času pouka. Pred začetkom anketiranja smo se dijakom in dijakinjam najprej predstavili in sicer kdo smo in iz katere šole prihajamo, jim povedali, zakaj smo prišli, kaj je namen anketiranja in raziskave ter za kaj bomo podatke iz ankete uporabili. Dijakom smo povedali, da je anketiranje prostovoljno in anonimno, da lahko anketiranje zavrnejo, oziroma oddajo prazen anketni vprašalnik, če na vprašanja ne želijo odgovarjati, in jim povedali, da bomo njihove odgovore videli le mi in bodo uporabljeni samo za raziskavo diplomske naloge. Povedali smo jim tudi, da nas lahko, če v vprašalniku česa ne razumejo, o tem tudi vprašajo. Nato smo jim razdelili anketne vprašalnike. Med reševanjem anket smo bili s profesorjem prisotni v razredu. Po končanem reševanju so nas dijaki lahko kaj vprašali glede smeri našega študija, kar jih je zanimalo, saj je bilo med njimi veliko takih, ki so se nameravali vpisati na našo šolo in so imeli o njej nekaj vprašanj.

V raziskavi so sodelovali vsi prisotni dijaki in nihče izmed njih sodelovanja ni zavrnil. Razdelili smo 65 anketnih vprašalnikov in jih prav toliko dobili tudi vrnjenih. Vsi vprašalniki so bili izpolnjeni.

8 REZULTATI

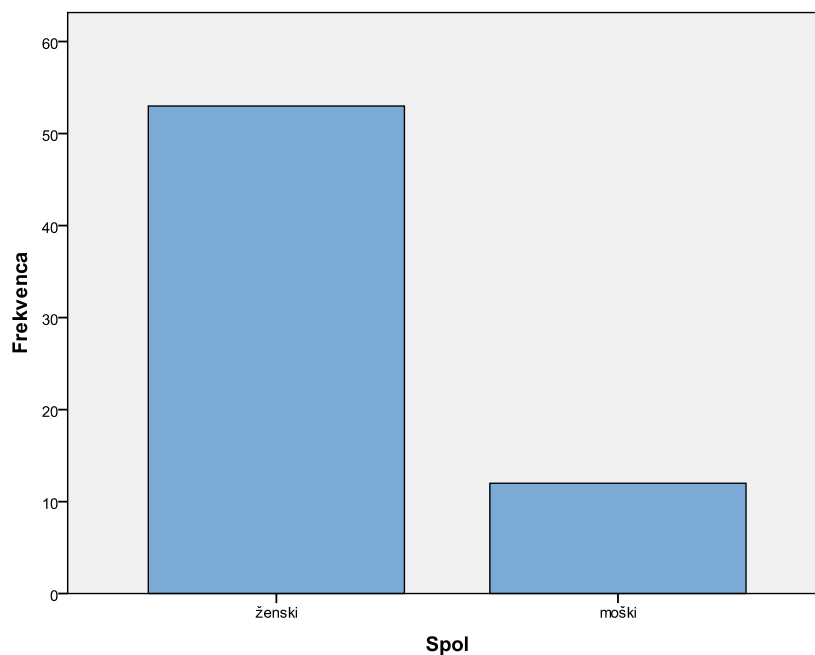
V proučevani vzorec je bilo vključenih 65 dijakov četrtil letnikov Srednje zdravstvene šole.

Graf 1: Razdelitev po razredih

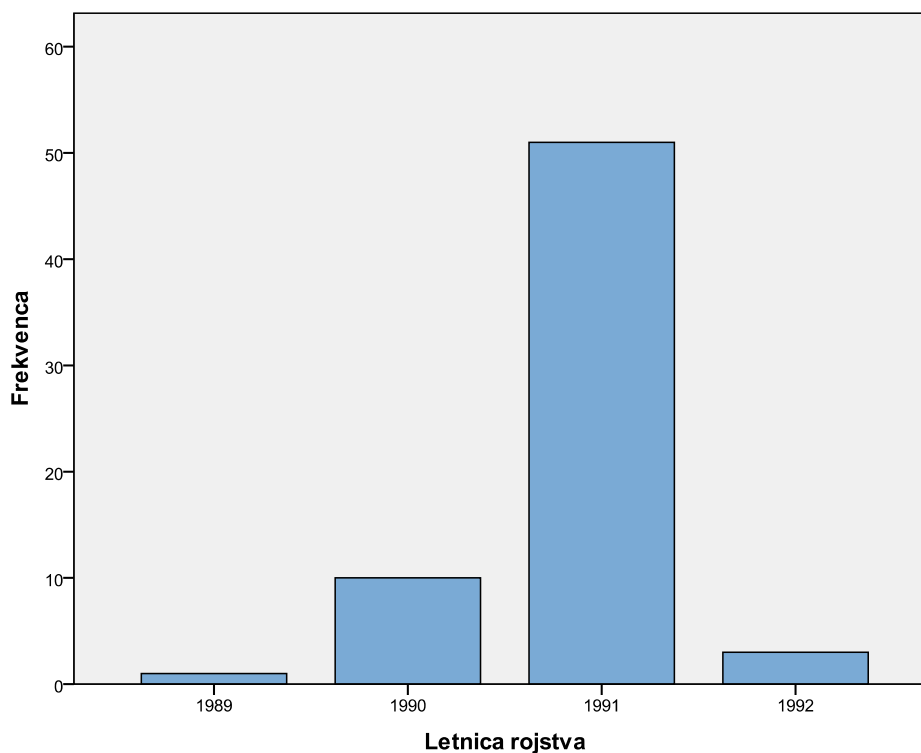


V četrtem A razredu je bilo 22 dijakov, v četrtem B razredu 21 dijakov in v četrtem C razredu 22 dijakov (Graf 1).

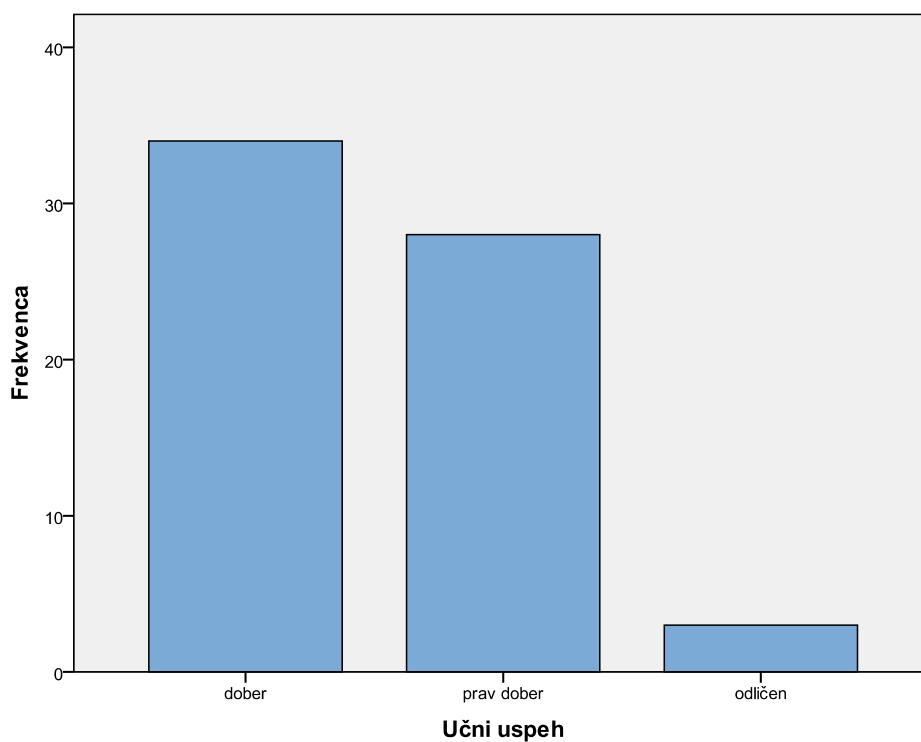
Graf 2: Struktura spola



V raziskavi je sodelovalo 53 deklet (81,5 %) in 12 fantov (18,5 %) (Graf 2).

Graf 3: Letnica rojstva

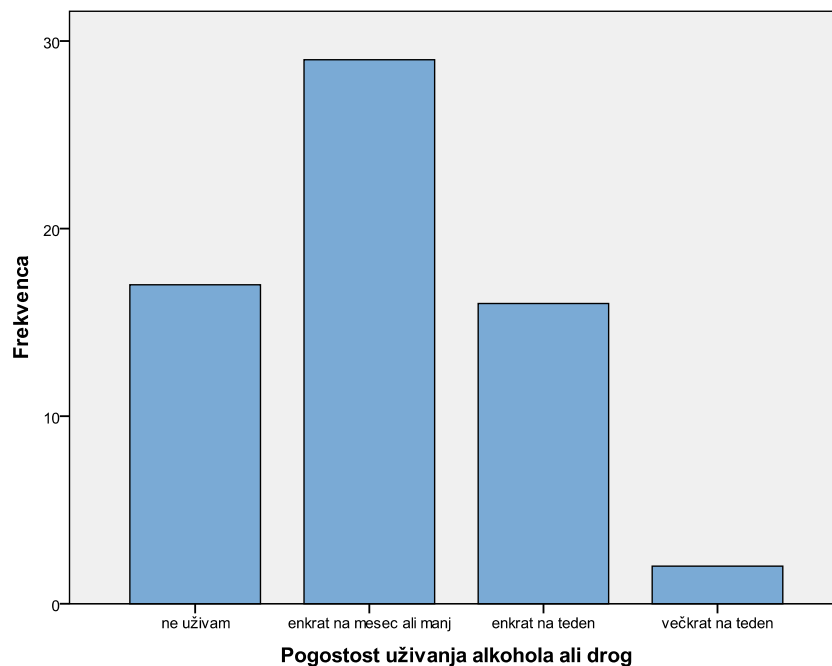
Anketiranci so stari od 17 do 20 let. Povprečna starost je 18 let, in sicer je toliko starih 51 anketiranih. Trije imajo 17 let, 10 anketiranih 19 let in eden 20 let (Graf 3).

Graf 4: Splošni učni uspeh

Splošni učni uspeh je dober, in sicer pri 34 anketiranih. Prav dobrih je 28, odlični pa so trije dijaki (Graf 4).

4. vprašanje: Kako pogosto uživata alkohol ali droge?

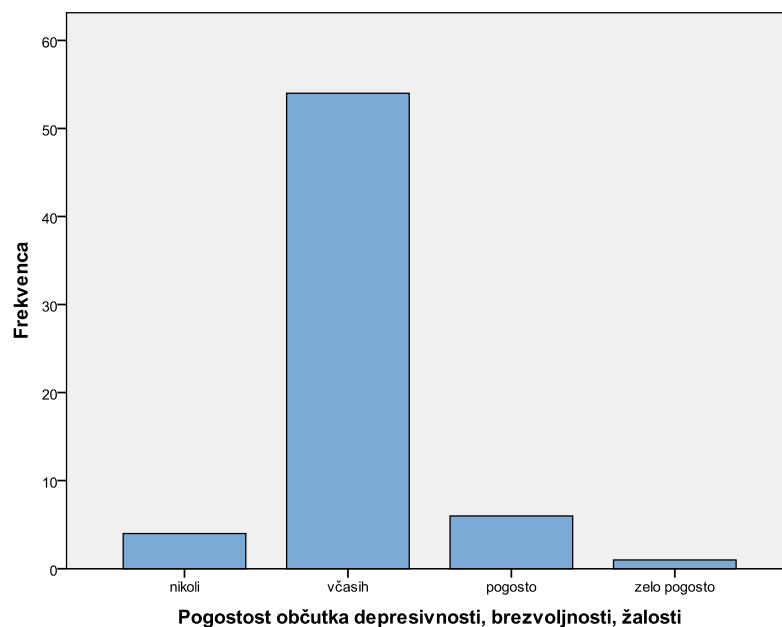
Graf 5: Uživanje alkohola ali drog



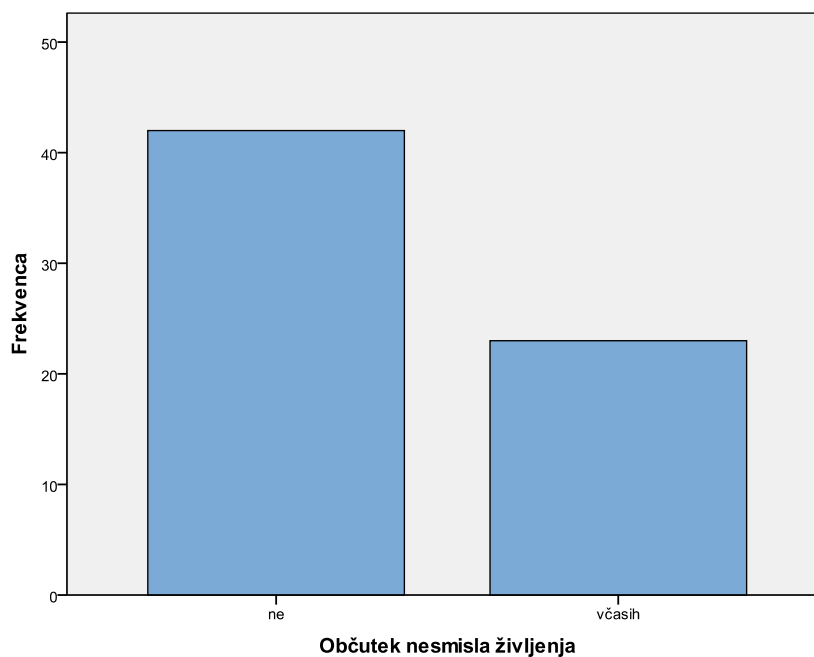
Na to vprašanje je odgovorilo 64 dijakov. 17 anketiranih alkohola ali drog ne uživa, 29 jih enkrat na mesec ali manj, 16 jih uživa enkrat na teden, 2 pa večkrat na teden (Graf 5).

5. vprašanje: Imate pogosto občutek, da ste depresivni, brez volje, žalostni?

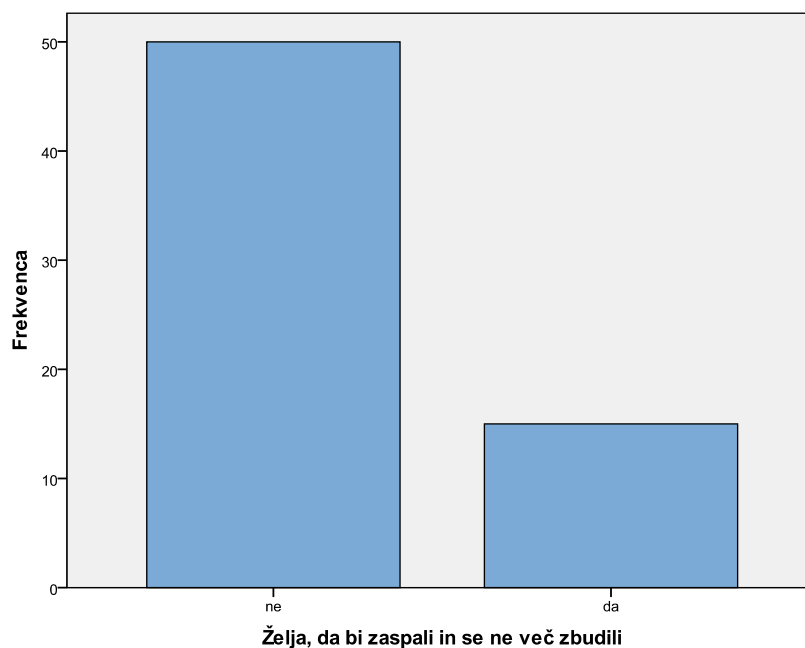
Graf 6: Občutek depresivnosti, brezvoljnosti, žalosti



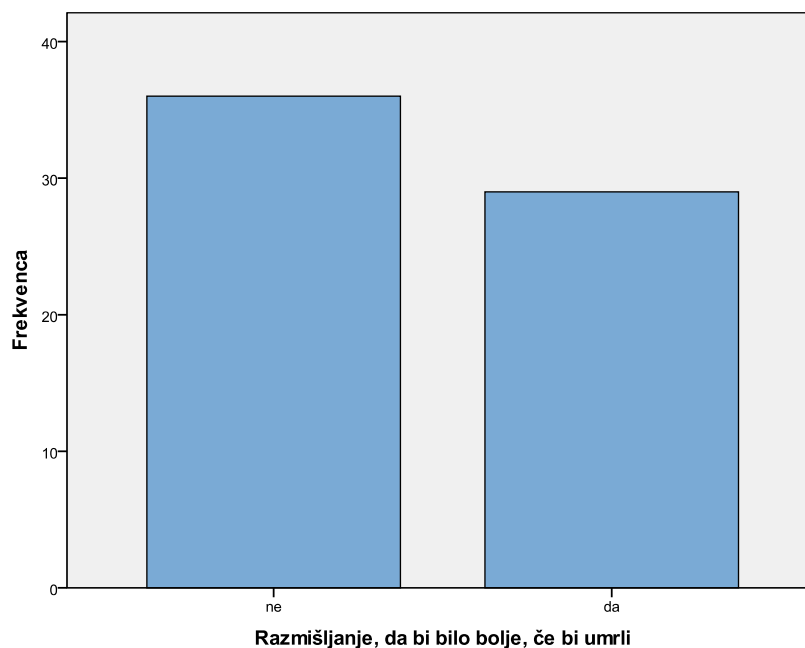
Štirje anketirani (6,2 %) nimajo nikoli občutka, da so depresivni, brez volje, žalostni, 54 (83,1 %) jih ima ta občutek včasih, 6 (9,2 %) pogosto in 1 (1,5 %) zelo pogosto (Graf 6).

6. vprašanje: Se Vam zdi, da življenje nima smisla?**Graf 7: Občutek nesmisla življenja**

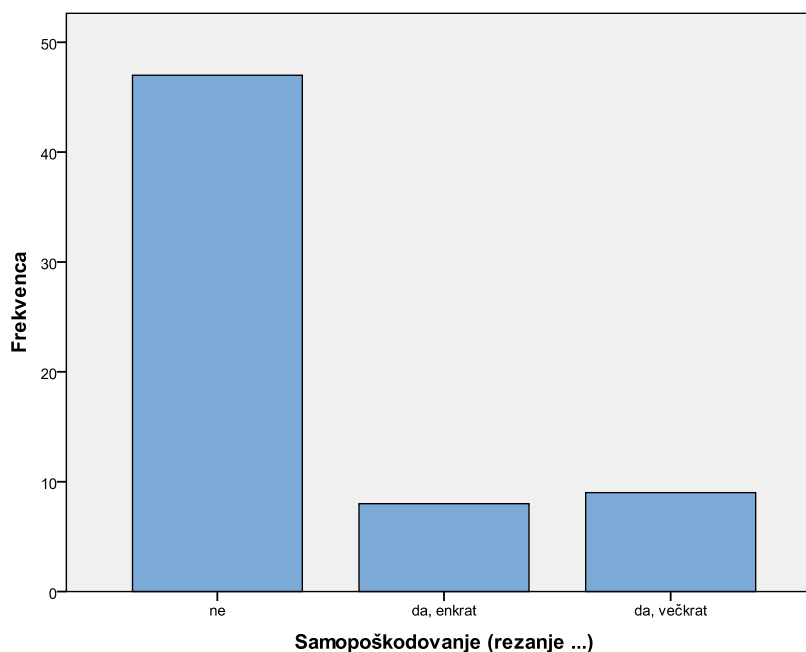
42 anketiranim (64,6 %) se ne zdi, da življenje nima smisla, 23 anketiranih (35,4 %) pa ima ta občutek včasih (Graf 7). Nihče pa ni odgovoril, da se mu zdi, da življenje nima smisla.

7. vprašanje: Si kdaj želite, da bi zaspali in se ne več zbudili?**Graf 8: Prikaz želje, da bi zaspali in se ne več zbudili**

15 dijakov (23,1 %) si želi, da bi zaspali in se ne več zbudili, 50 dijakov (76,9 %) pa si tega ne želi (Graf 8).

8. vprašanje: Ste že kdaj razmišljali, da bi bilo bolje, če bi umrli?**Graf 9: Prikaz razmišljanja, da bi bilo bolje, če bi umrli**

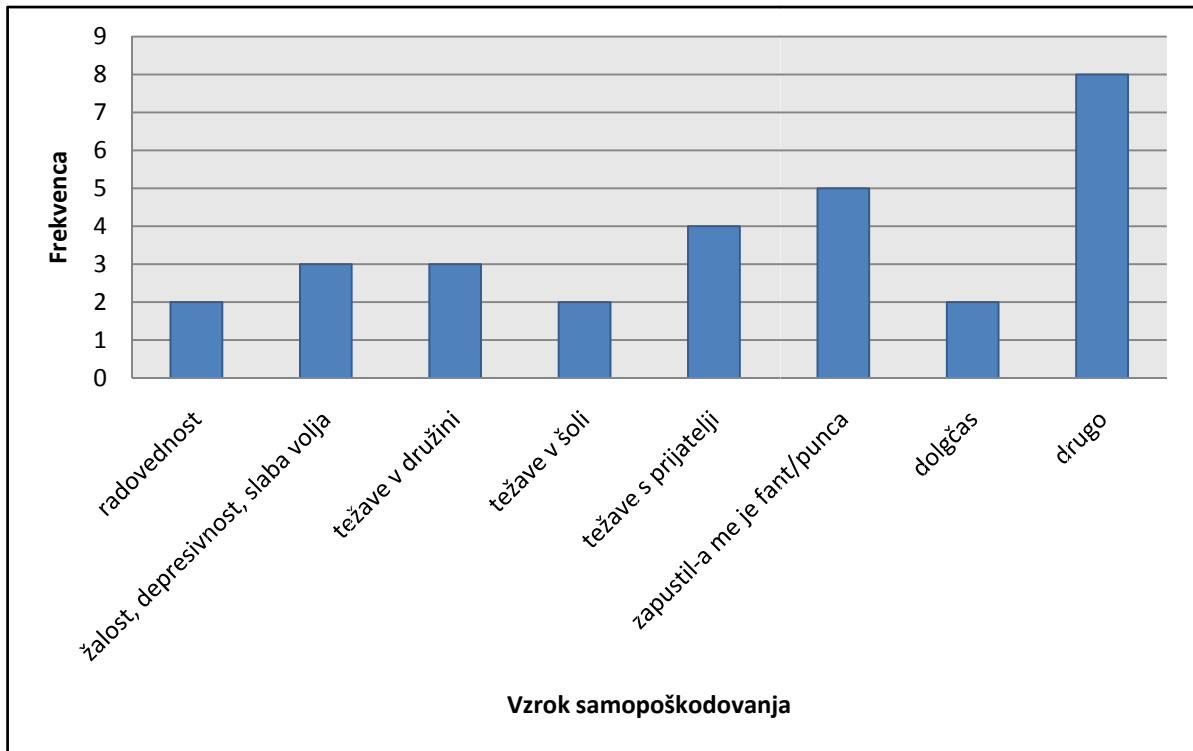
36 anketiranih (55,4 %) ni še nikoli razmišljalo, da bi bilo bolje, če bi umrli, 29 (44,6 %) pa jih je o tem že razmišljalo (Graf 9).

9. vprašanje: Ste se že kdaj samopoškodovali (rezanje ...)?**Graf 10: Samopoškodovanje**

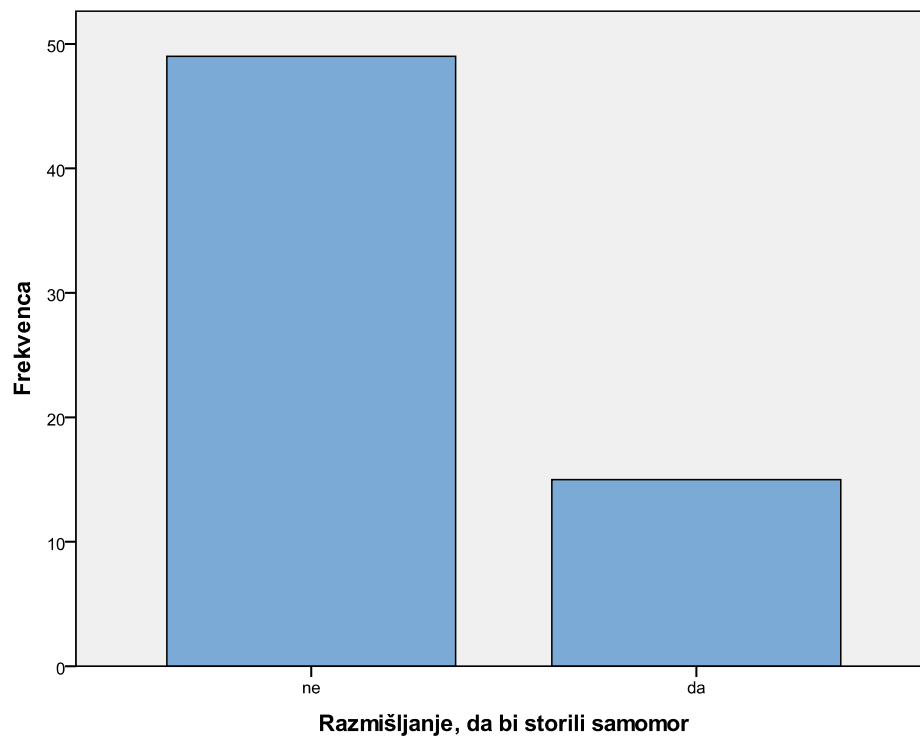
Na to vprašanje je odgovorilo 64 anketiranih (98,5 %). 47 dijakov (73,4 %) se ni še nikoli samopoškodovalo, 8 (12,5 %) se jih je enkrat, 9 (14,1 %) pa večkrat (Graf 10).

10. vprašanje: Kaj je bil vzrok samopoškodovanja?

Graf 11: Vzroki samopoškodovanja



Pri tem vprašanju so anketiranci sami napisali odgovor, in sicer so lahko navedli več vzrokov za samopoškodovanje. Na to vprašanje je odgovorilo 16 anketiranih. Kot vzrok samopoškodovanja sta 2 mladostnika navedla radovednost, 3 žalost, depresivnost in slabo voljo, prav tako 3 anketirani težave v družini, kot so spori in ločitev staršev, 2 težave v šoli, 4 anketirani težave s prijatelji, 5 jih je navedlo kot vzrok, da jih je zapustil fant oziroma punca, za 2 je bil vzrok dolgčas, 8 pa jih navaja tudi druge vzroke (Graf 11). Med druge vzroke so anketiranci navedli: puberteto, nezadovoljstvo s samim seboj, pritisk iz okolice, neposrečena zabava, spor z neko osebo, brezupnost in pa izdaja oseb, ki jim je anketirani zaupal. Najpogostejši vzrok za samopoškodovanje je torej konec zveze s fantom oziroma punco.

11. vprašanje: Ste že kdaj razmišljali, da bi storili samomor?**Graf 12: Razmišljanje o samomoru**

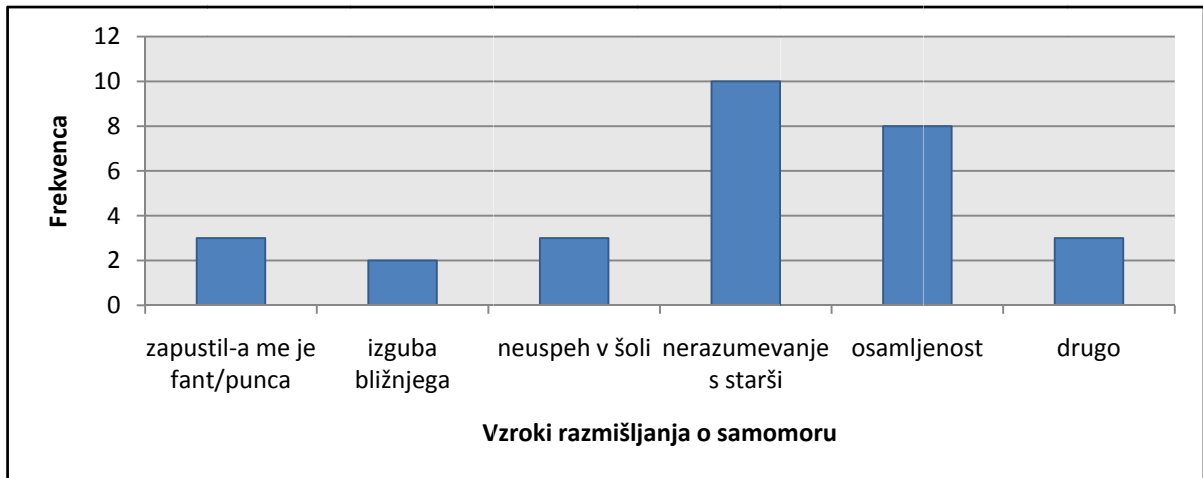
Na to vprašanje je odgovorilo 64 anketiranih (98,5 %). 49 (76,6 %) jih o tem, da bi storili samomor, še ni razmišljalo, 15 mladostnikov (23,4 %) pa je že razmišljalo o tem (Graf 12).

12. vprašanje: Ste bili med tem, ko ste o samomoru razmišljali, pod vplivom alkohola ali drog?

Vseh 15 mladostnikov (23,4 %), ki so razmišljali, da bi storili samomor, medtem ni bilo pod vplivom alkohola ali drog.

13. vprašanje: Kaj Vas je pripeljalo do tega, da ste o samomoru razmišljali?

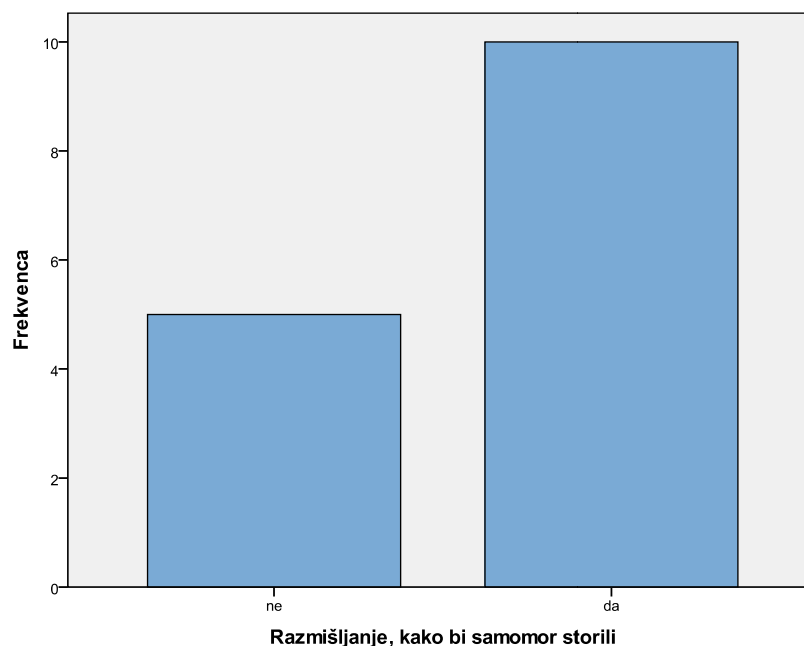
Graf 13: Vzroki samomorilnega razmišljanja



Na to vprašanje je odgovorilo 15 anketiranih. Anketiranci so lahko izbrali več odgovorov, ki so bili vzrok za razmišljanje o samomoru. 3 mladostnike je zapustil fant oziroma punca, 2 mladostnika sta o samomoru razmišljala zaradi izgube bližnjega (družinskega člana, partnerja, prijatelja), 3 anketirani so kot vzrok razmišljanja o samomoru navedli neuspeh v šoli, 10 nerazumevanje s starši, 8 osamljenost, 3 mladostniki pa navajajo še druge vzroke (Graf 13). Glavni vzrok za razmišljanje o samomoru je torej nerazumevanje s starši, takoj za njim pa osamljenost.

14. vprašanje: Ste že razmišljali, kako bi samomor storili?

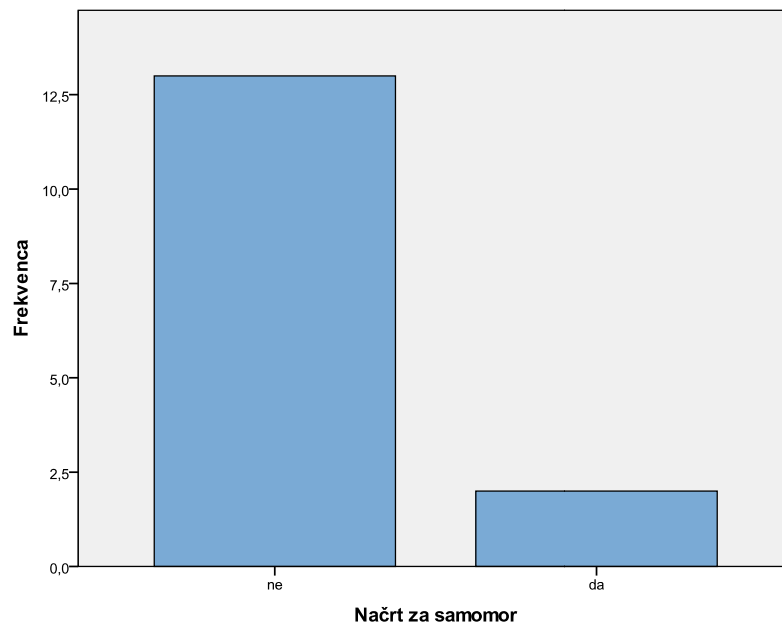
Graf 14: Prikaz razmišljanja o storitvi samomora



Na to vprašanje je odgovorilo 15 anketiranih. 5 jih še ni razmišljalo, kako bi samomor storili, 10 anketiranih pa je o tem že razmišljalo (Graf 14).

15. vprašanje: Ste že naredili načrt za samomor?

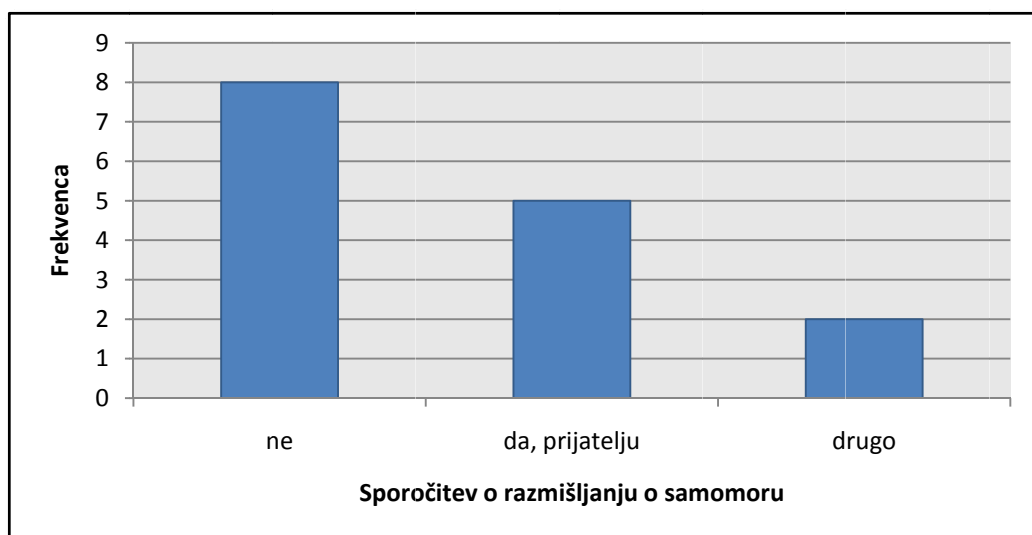
Graf 15: Prikaz storitve načrta samomora



Na to vprašanje je odgovorilo 15 mladostnikov, ki so o samomoru že razmišljali. 13 mladostnikov načrta za samomor še ni naredilo, 2 mladostnika pa sta načrt za samomor naredila (Graf 15).

16. vprašanje: Ste komu povedali, da razmišljate o samomoru?

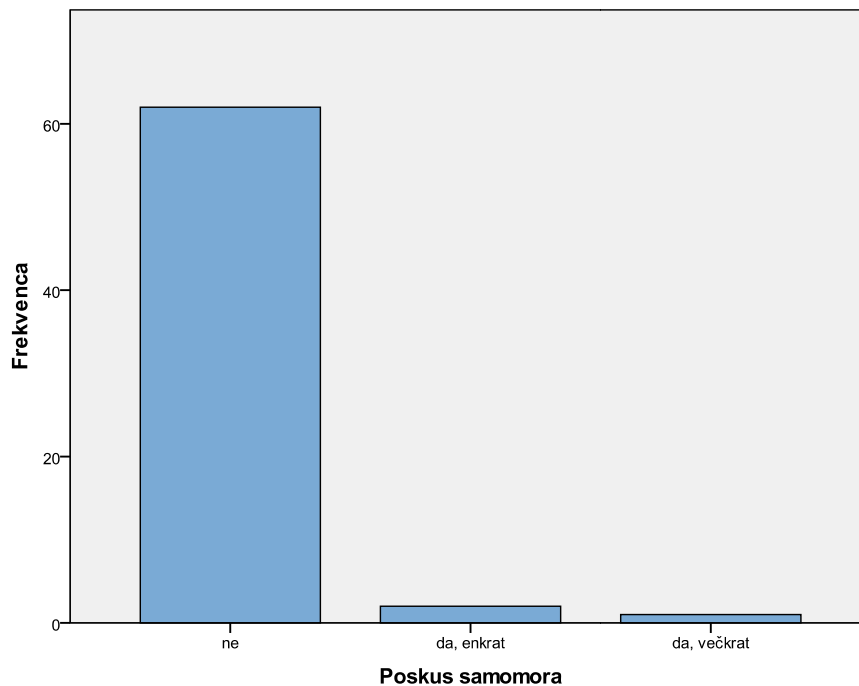
Graf 16: Sporočitev o samomorilnem razmišljanju



Na to vprašanje je odgovorilo vseh 15 mladostnikov, ki so razmišljali o samomoru. Anketirani so lahko izbrali več odgovorov. 8 anketiranih ni nikomur povedalo, da razmišljajo o samomoru, 5 jih je povedalo prijatelju, 2 dijaka pa sta navedla druge osebe, ki sta jim povedala za svoje razmišljanje (Graf 16). Nihče pa o svojih namerah ni povedal staršem. Ugotovimo lahko, da večina dijakov svojega razmišljanja ni nikomur zaupala.

17. vprašanje: Ste že kdaj poskušali narediti samomor?

Graf 17: Pogostost poskusa samomora



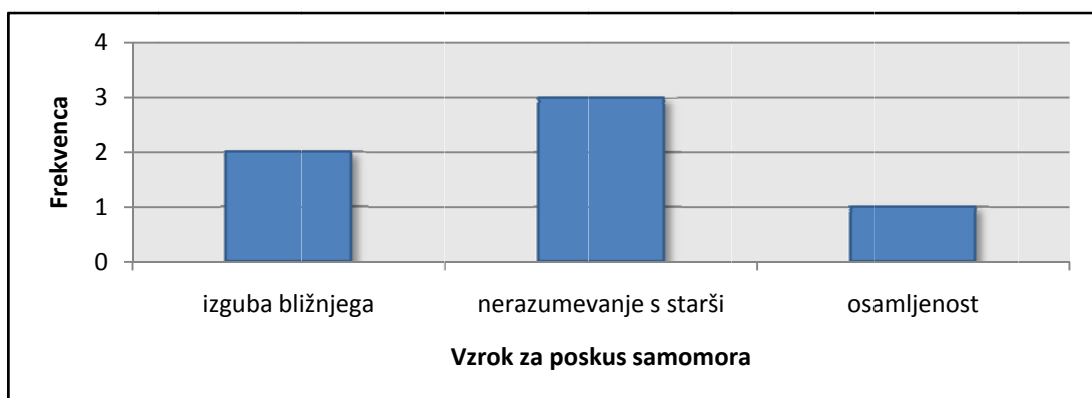
62 anketiranih (95,4 %) še ni poskušalo narediti samomora, 2 (3,1 %) sta samomor poskušala narediti enkrat, 1 anketirani (1,5 %) pa večkrat (Graf 17).

18. vprašanje: Ste bili medtem pod vplivom alkohola ali drog?

Na to vprašanje so odgovorili vsi 3 anketirani (4,6 %), ki so samomor poskušali narediti. Nihče ni bil med poskusom samomora pod vplivom alkohola ali drog.

19. vprašanje: Kaj je bil vzrok za poskus samomora?

Graf 18: Vzroki za samomorilni poskus



Na to vprašanje so odgovorili vsi 3 anketirani, ki so samomor že poskušali narediti. Anketirani so lahko izbrali več odgovorov, ki so bili vzrok za poskus samomora. 2 anketirana navajata za vzrok poskusa samomora izgubo bližnjega (družinski član, partner, prijatelj), 3

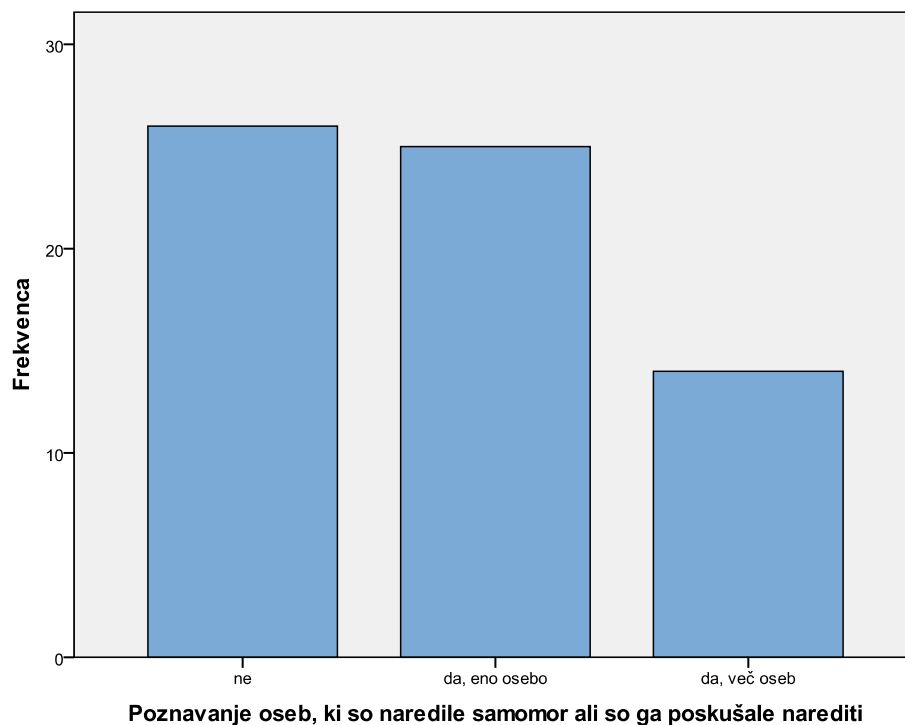
nerazumevanje s starši in 1 anketiran navaja osamljenost (Graf 18). Kot vzrok poskusa samomora pa nihče ni navedel, da ga je zapustil fant oziroma punca, neuspeh v šoli in drugih vzrokov. Ugotovimo lahko, da je bil pri večini anketiranih vzrok za poskus samomora nerazumevanje s starši.

20. vprašanje: Ste komu povedali, kaj nameravate storiti?

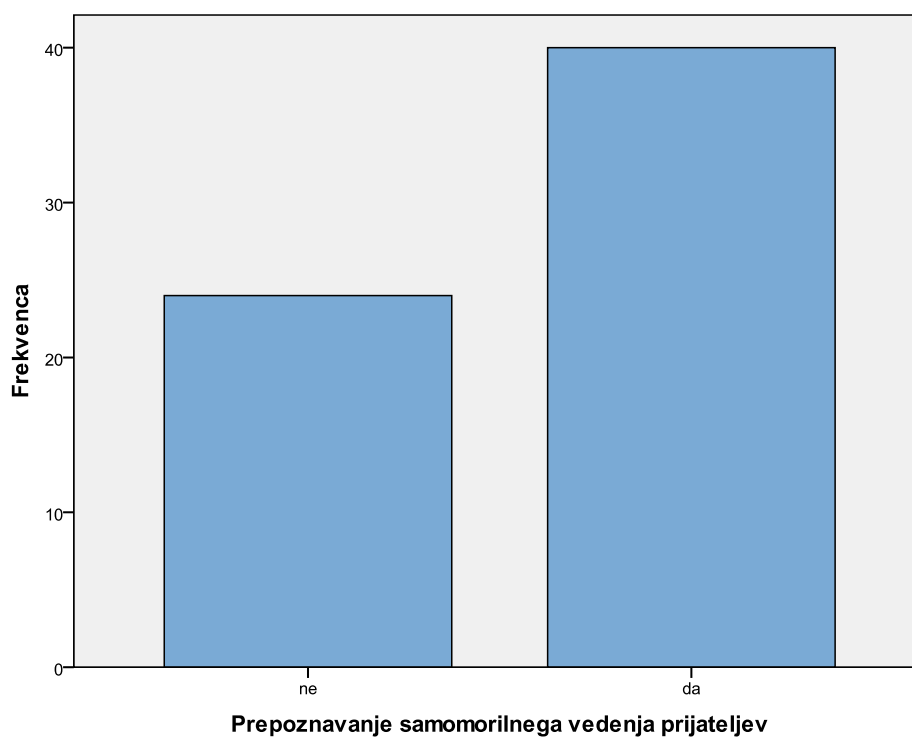
Vsi 3 anketirani, ki so samomor poskušali storiti, o svojih namenih niso nikomur povedali.

21. vprašanje: Poznate koga, ki je naredil samomor ali ga je poskušal narediti?

Graf 19: Poznavanje oseb s samomorilnim vedenjem



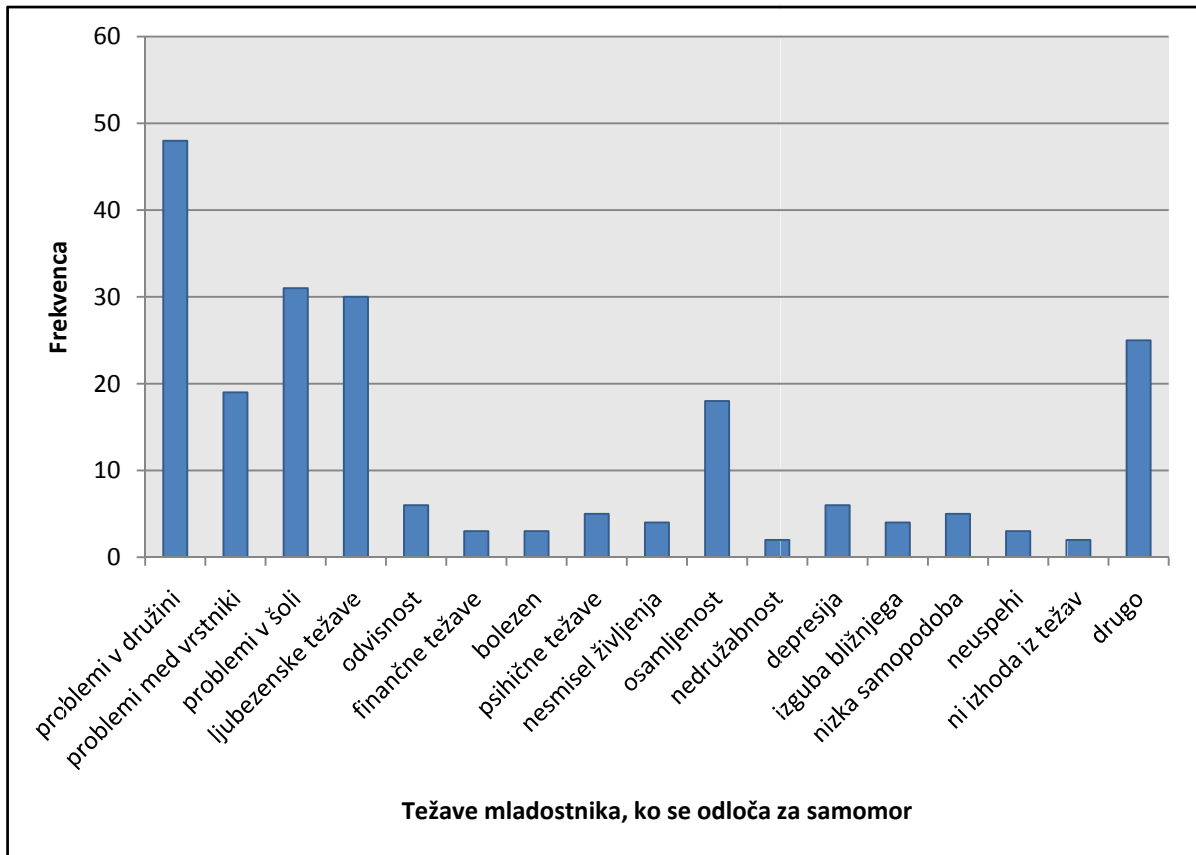
26 anketiranih ne pozna nobene osebe, ki je naredila samomor oziroma ga je poskušala narediti, 25 anketiranih pozna eno osebo, 14 anketiranih pa več oseb (Graf 19).

22. vprašanje: Ali bi znali prepoznati samomorilno vedenje prijateljev?**Graf 20: Poznavanje samomorilnega vedenja**

Na to vprašanje je odgovorilo 64 anketiranih. 24 mladostnikov ne bi znalo prepoznati samomorilnega vedenja prijateljev, 40 mladostnikov pa bi tako vedenje znalo prepoznati (Graf 20).

23. vprašanje: Kakšne težave mislite, da ima mladostnik, ko se odloča za samomor?

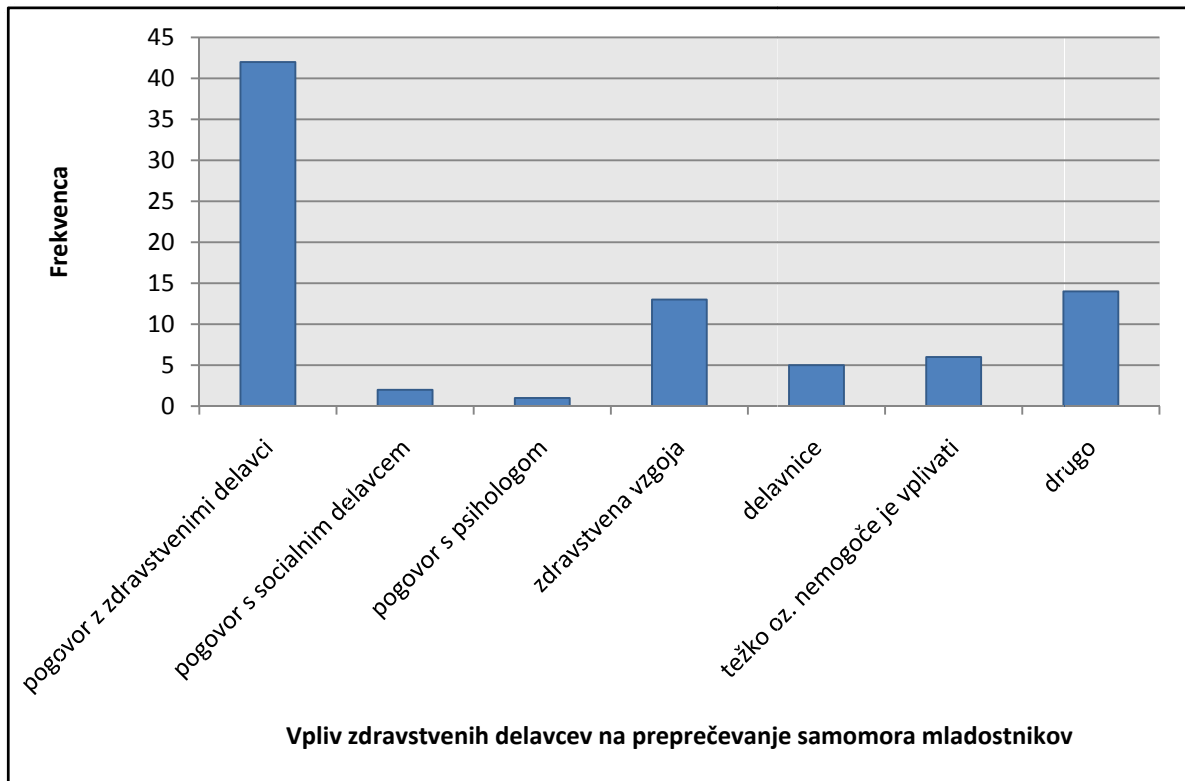
Graf 21: Težave mladostnika, ko se odloča za samomor



Na to vprašanje je odgovorilo 63 anketiranih. Anketiranci so na to vprašanje sami napisali odgovor. Vsak od anketiranih je lahko navedel več odgovorov. V grafu 21 so navedeni najpogostejši odgovori anketiranih. 48 anketiranih navaja, da ima mladostnik, ko se odloča za samomor, probleme v družini (nerazumevanje s starši, ni podpore staršev), 19 jih navaja probleme med vrstniki in prijatelji (nerazumevanje, nesprejetost v družbo, občutek manjvrednosti v družbi), 31 jih meni, da imajo mladostniki probleme v šoli (neuspeh), 30 jih meni da gre za ljubezenske težave, 6 za odvisnost od alkohola ali drog, 3 anketirani navajajo finančne težave, prav tako 3 menijo, da je za mladostnikovo odločitev za samomor kriva bolezen (kronična, neozdravljiva), 5 jih meni, da imajo taki mladostniki psihične težave, 4, da mladostnik ne vidi smisla življenja, 18 jih meni, da mladostnik stori samomor zaradi osamljenosti, 2 zaradi nedružabnosti, 6 jih meni, da je vzrok depresija, 4 izguba bližnjega, 5 nizka samopodoba, 3 menijo, da gre za neuspeh na različnih področjih, 2 anketirana navajata, da se mladostnik odloča za samomor, ker ne vidi izhoda iz težav, 25 anketiranih pa meni, da ima mladostnik tudi druge težave (Graf 21). Med druge težave anketirani navajajo: vpliv drugih samomorilnih ljudi na razmišljanje mladostnika, nemoč mladostnika, da bi drugim zaupal svoje težave, mladostnika nihče ne razume, nič mu ne gre po načrtu, stres, socialni problemi, nemotiviranost za delo in življenje, težave z načinom samomora, nima samozavesti, je zaprt vase, nezadovoljen s samim seboj, ima težave z osebnostjo in pa razočaranje. Največ anketiranih torej meni, da so za samomor mladostnika največkrat vzrok problemi v družini (nerazumevanje s starši, ni podpore staršev), sledijo pa jim problemi v šoli (neuspeh) in pa ljubezenske težave.

24. vprašanje: Kako mislite, da bi lahko zdravstveni delavci (npr. medicinska sestra) vplivali na preprečevanje samomora mladostnikov?

Graf 22: Vpliv zdravstvenih delavcev na preprečevanje samomorov

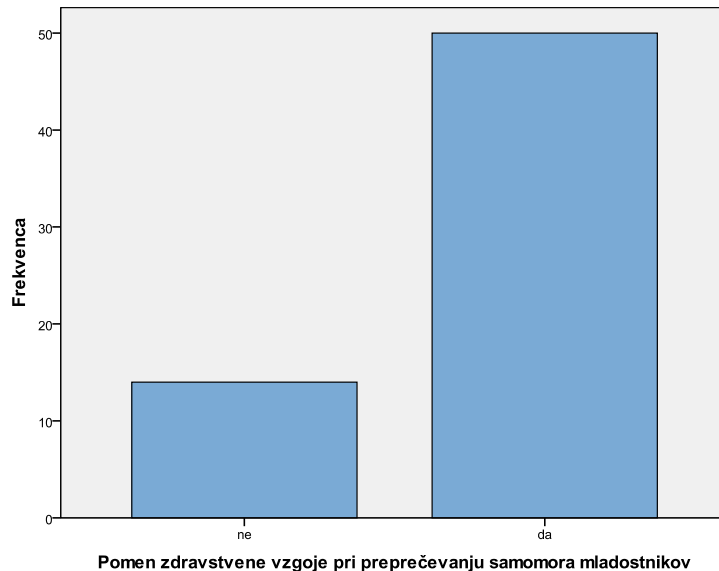


Na to vprašanje je odgovorilo 61 anketiranih (93,8 %). Dijaki so sami napisali odgovor na to vprašanje. Navedli so lahko več odgovorov. 42 anketiranih (64,6 %) meni, da bi zdravstveni delavci (medicinska sestra, psihiater) lahko vplivali na preprečevanje samomorov mladostnikov s pogovorom. Anketirani so pri pogovoru poudarjali predvsem individualni pogovor s samomorilnim mladostnikom in poslušanje ter razumevanje zdravstvenega delavca, nevsiljiv način pogovora z mladostnikom, prepoznavanje znakov samomorilnega vedenja ter ustrezno ukrepanje in pomoč ob pojavu znakov, razlaga smisla življenja in prikazovanje stvari v pozitivni luči ter svetovanje.

2 anketirana (3,1 %) menita, da bi na preprečevanje samomorov vplival pogovor s socialnim delavcem, 1 (1,5 %) meni, da pogovor s psihologom, 13 (20 %) jih navaja, da bi bila za preprečevanje samomorov mladostnikov uspešna zdravstvena vzgoja mladih (izobraževanje v šolah, predavanja). Tu si mladostniki želijo predvsem informacij, kako se izogniti stresu oziroma kako uspešno premagovati stresne situacije. 5 (7,7 %) jih meni da bi se samomore mladih lahko preprečevalo z delavnicami na temo samomorilnosti, 6 (9,2 %) jih navaja, da je na preprečevanje samomorov mladostnikov težko oziroma nemogoče vplivati, 14 anketiranih (21,5 %) pa navaja druge rešitve (Graf 22). Dijaki navajajo, da bi samomore mladostnikov lahko preprečili z osveščanjem staršev, preko medijev (npr. reklame, ki opozarjajo na tako vedenje) in s pogovorom z duhovnikom oz. drugimi osebami, ki so mladostniku blizu (starši, partner, prijatelji). Ugotovimo lahko, da največ mladostnikov meni, da lahko zdravstveni delavci vplivajo na preprečevanje samomora mladostnikov s pogovorom.

25. vprašanje: Ali mislite, da bi aktivnosti zdravstvene vzgoje (npr. razne delavnice, predavanja, svetovanje pri sistematskem pregledu ...) pomagale pri preprečevanju samomora mladostnikov?

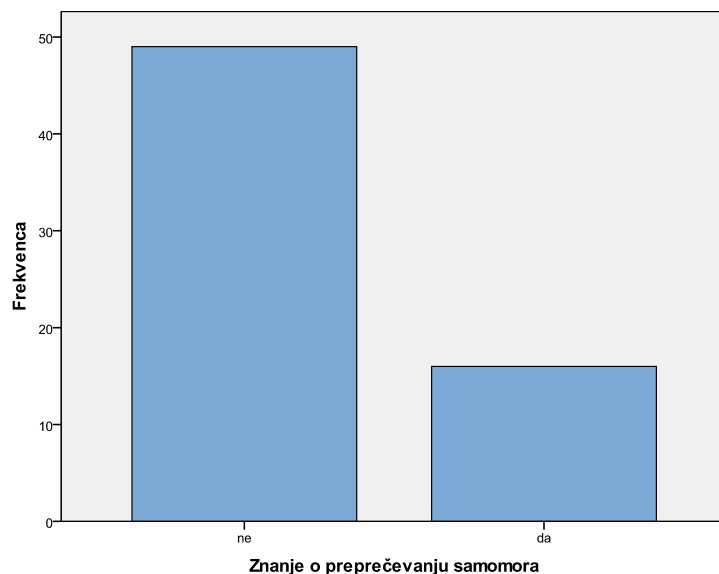
Graf 23: Pomen zdravstvene vzgoje pri preprečevanju samomora mladostnikov



Na to vprašanje je odgovorilo 64 anketiranih (98,5 %). 14 (21,9 %) jih meni da aktivnosti zdravstvene vzgoje ne bi pomagale pri preprečevanju samomora mladostnikov, 50 (78,1 %) pa jih meni, da bi pomagale (Graf 23).

26. vprašanje: Se Vam zdi, da imate dovolj informacij in znanja o preprečevanju samomora?

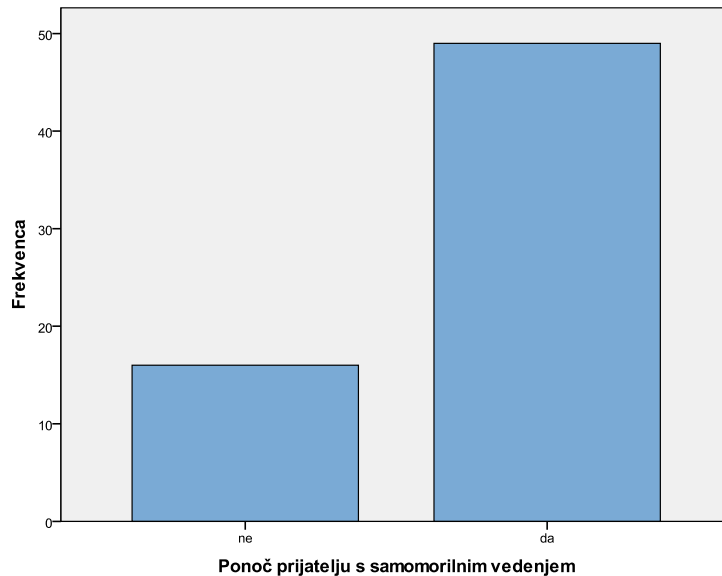
Graf 24: Znanje o preprečevanju samomora



49 mladostnikov meni, da nima dovolj informacij in znanja o preprečevanju samomora, 16 jih navaja, da ima teh informacij dovolj (Graf 24).

27. vprašanje: Bi znali s temi informacijami pomagati prijatelju, če bi Vam povedal, da razmišlja o samomoru?

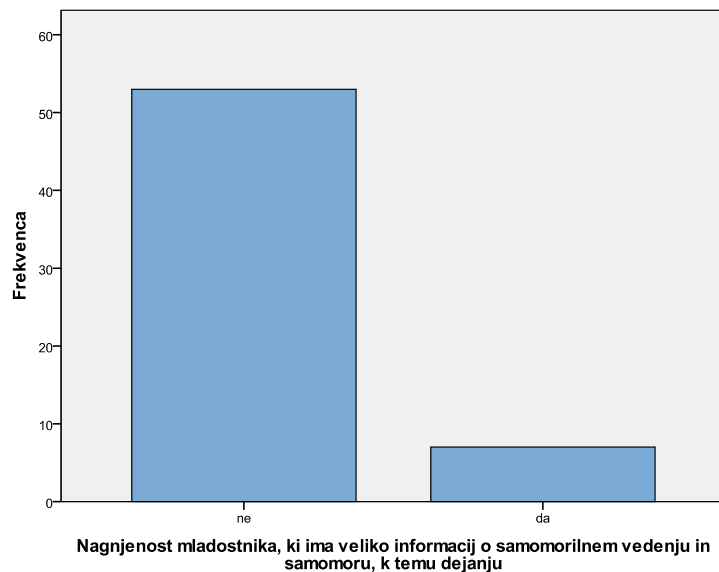
Graf 25: Pomoč prijatelju s samomorilnim vedenjem



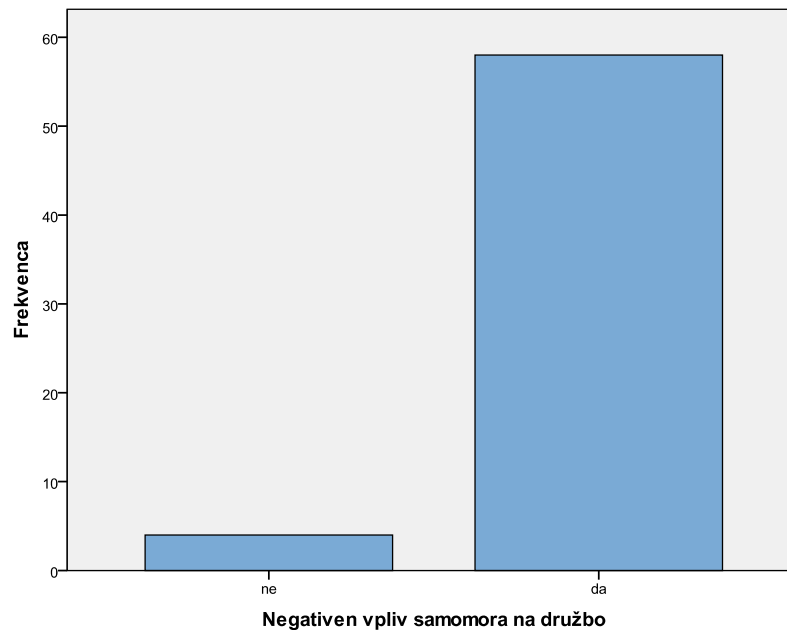
16 jih meni, da z informacijami, ki jih imajo o preprečevanju samomora ne bi znali pomagati prijatelju, ki razmišlja o samomoru, 49 pa jih je mnenja, da bi takemu prijatelju znali pomagati (Graf 25).

28. vprašanje: Ali mislite, da če ima mladostnik veliko informacij o samomorilnem vedenju in samomoru, da je bolj nagnjen k temu dejanju?

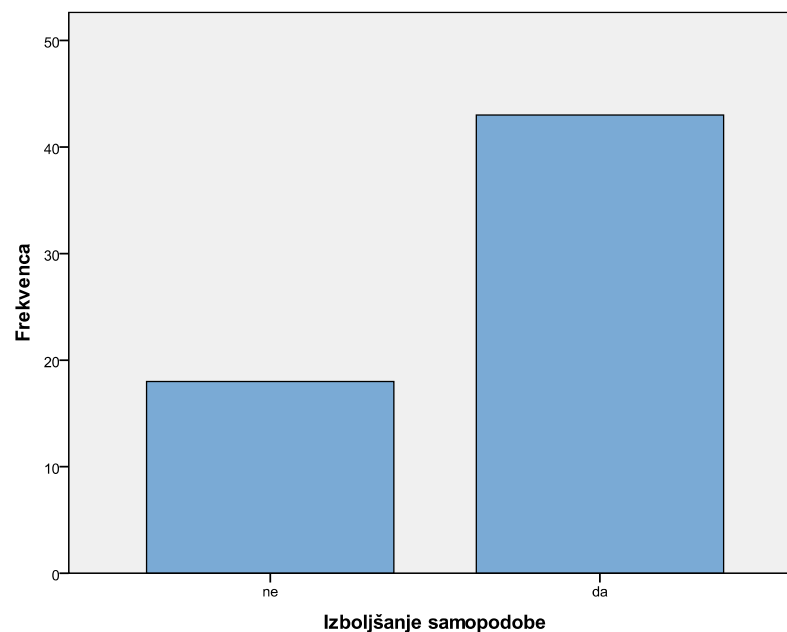
Graf 26: Nagnjenost k samomoru



Na to vprašanje je odgovorilo 60 anketiranih. 53 jih meni, da mladostnik, ki ima veliko informacij o samomorilnem vedenju in samomoru, ni bolj nagnjen k temu dejanju, 7 pa jih je mnenja, da je tak mladostnik bolj nagnjen k samomoru (Graf 26).

29. vprašanje: Ali menite, da samomor prijatelja negativno vpliva na družbo (ostale prijatelje, družino)?**Graf 27: Negativen vpliv samomora na družbo**

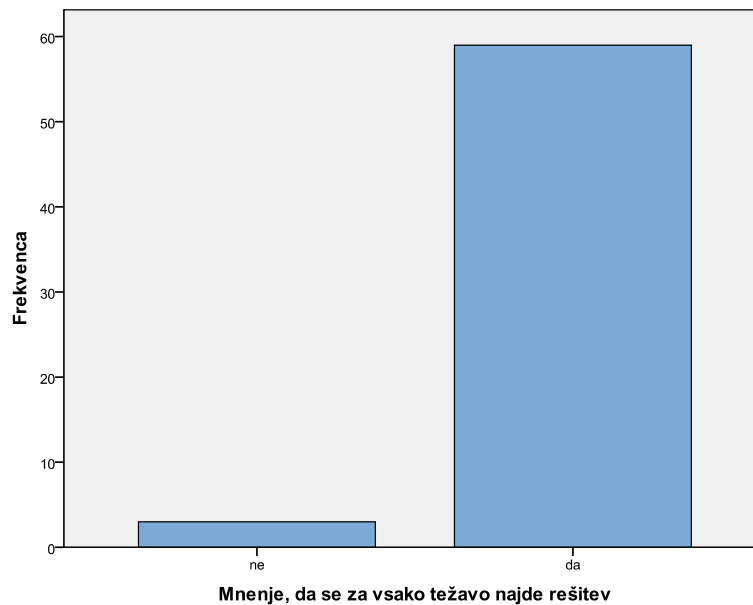
Na to vprašanje je odgovorilo 62 anketiranih. 4 menijo, da samomor prijatelja ne vpliva negativno na družbo, 58 pa jih meni, da ima samomor prijatelja na družbo negativen vpliv (Graf 27).

30. vprašanje: Ali veste, kako izboljšati samopodobo?**Graf 28: Samopodoba mladostnikov**

Na to vprašanje je odgovorilo 61 anketiranih. 18 jih ne ve, kako izboljšati samopodobo, 43 anketiranih pa ve, kako do boljše samopodobe (Graf 28).

31. vprašanje: Menite, da se za vsako težavo (problem) najde rešitev?

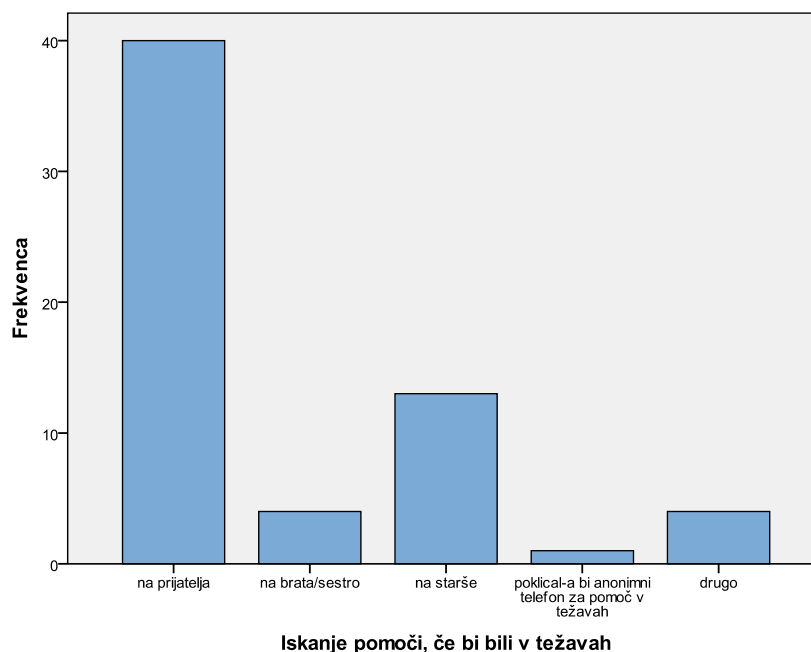
Graf 29: Prikaz mnenja o rešitvah problemov



Na to vprašanje je odgovorilo 62 anketiranih. 3 menijo, da za vsako težavo oziroma problem ne obstaja rešitev, 59 pa jih navaja, da se za vsako težavo oziroma problem najde rešitev (Graf 29).

32. vprašanje: Kam bi se najprej obrnili po pomoč, če bi bili v težavah?

Graf 30: Iskanje pomoči v težavah

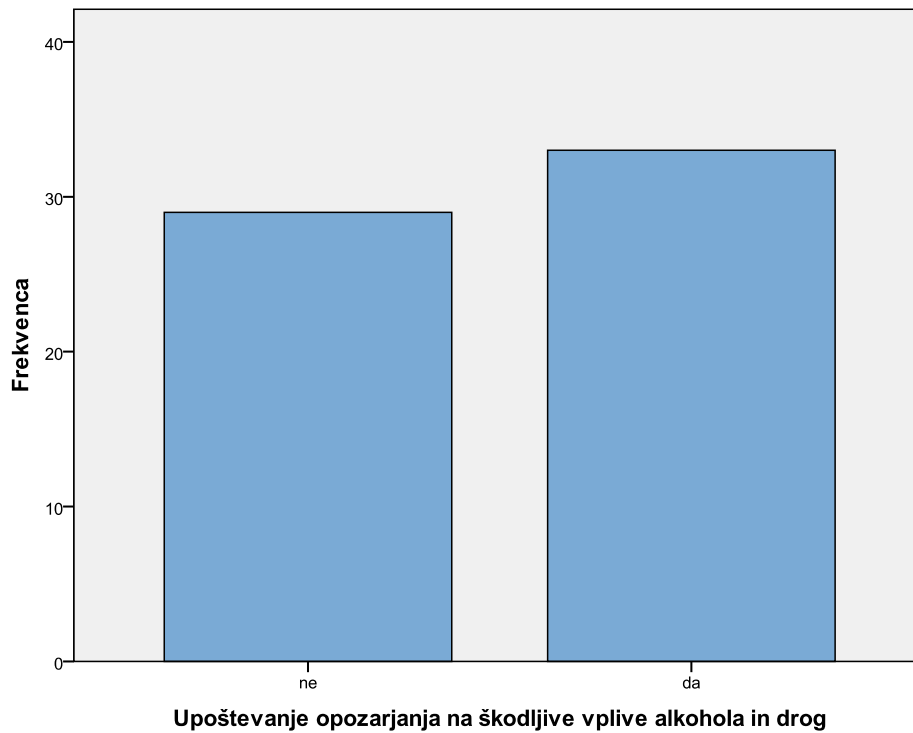


Na to vprašanje je odgovorilo 62 anketiranih. 40 anketiranih bi se v težavah obrnilo na prijatelja, 4 na brata ali sestro, 13 na starše, 1 bi poklical anonimni telefon za pomoč v

težavah, 4 anketirani pa navajajo druge osebe, ki bi se jim zaupali (Graf 30). Nihče pa ni odgovoril, da bi se v težavah obrnil na učitelja ali na svetovalno službo na šoli.

33. vprašanje: Ali zaradi vse večjega opozarjanja na škodljive vplive alkohola in drog te manj oziroma sploh ne uživata?

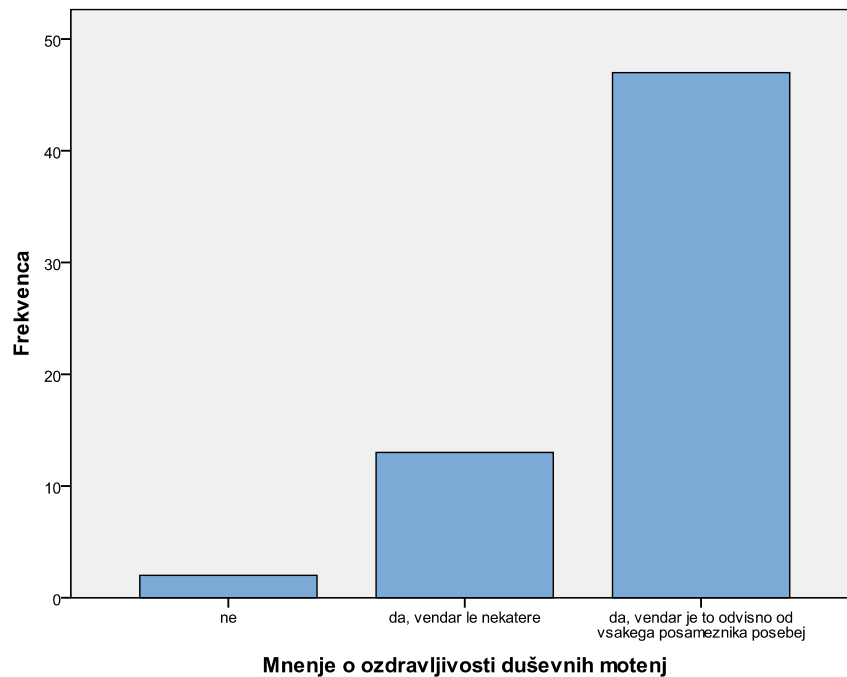
Graf 31: Upoštevanje opozarjanja škodljivih vplivov alkohola in drog



Na to vprašanje je odgovorilo 62 anketiranih. 29 jih zaradi vse večjega opozarjanja na škodljive vplive alkohola in drog teh ne uživa manj, 33 anketiranih pa zaradi škodljivih vplivov alkohola in drog te manj oziroma sploh ne uživa (Graf 31).

34. vprašanje: Ali veste, kaj so duševne motnje?

Na to vprašanje je odgovorilo 62 anketiranih. Vsi anketirani vedo, kaj so duševne motnje.

35. vprašanje: Ali menite, da so duševne motnje ozdravljive?**Graf 32: Ozdravljivost duševnih motenj**

Na to vprašanje je odgovorilo 62 anketiranih. 2 menita, da duševne motnje niso ozdravljive, 13 jih je mnenja, da so ozdravljive le nekatere duševne motnje, 47 jih pravi, da je ozdravljivost duševnih motenj odvisna od vsakega posameznika posebej (Graf 32). Nihče od anketiranih pa ne meni, da so ozdravljive vse duševne motnje.

9 RAZPRAVA

V raziskavi smo z analizo dobljenih podatkov iz proučevanega vzorca dijakov četrtil letnikov Srednje zdravstvene šole Nova Gorica prišli do podatkov o vzorcu. V raziskavi je sodelovalo 53 deklet (81,5 %) in 12 fantov (18,5 %). Majhno število anketiranih fantov pomeni omejitve raziskave.

Hipoteza 1: Več kot polovica (50 %) anketiranih je že kdaj razmišljala o samomoru

Na podlagi rezultatov raziskave proučevanega vzorca dijakov četrtil letnikov Srednje zdravstvene šole Nova Gorica to hipotezo ovržemo, saj je o samomoru razmišljalo 23,4 % anketiranih.

Hipoteza 2: Zloraba alkohola in drog povečujeta samomorilno vedenje

S Fisher's Exact testom ($p=1$) smo na proučevanem vzorcu dijakov srednje zdravstvene šole ugotovili, da uživanje alkohola ali drog ne vpliva na razmišljanje o samomoru. Z enakim testom smo prav tako ugotovili, da uživanje alkohola ali drog ne vpliva na poskus samomora ($p=1$).

23,4 % anketiranih, ki je o samomoru razmišljalo, in 4,6 % anketiranih, ki so samomor poskušali narediti, medtem ni bilo pod vplivom alkohola ali drog.

Na podlagi teh rezultatov raziskave, proučevanega vzorca dijakov četrtil letnikov Srednje zdravstvene šole Nova Gorica, to hipotezo ovržemo.

Hipoteza 3: Zdravstvena vzgoja je pomembna pri preprečevanju samomora med mladimi

64,6 % dijakov srednje zdravstvene šole je v odprtem vprašanju, kjer ni bilo možnosti izbire odgovora, navedlo, da menijo, da bi pogovor z zdravstvenimi delavci lahko vplival na preprečevanje samomora mladostnikov. 20 % jih meni, da bi zdravstveni delavci samomora med mladimi lahko preprečili z zdravstveno vzgojo mladostnikov (izobraževanje v šolah, predavanja), 7,7 % pa z delavnicami na temo samomorilnosti. Vendar pa moramo omeniti, da je bila raziskava izvedena na srednji zdravstveni šoli in da so dijaki te šole bolj »zdravstveno vzgojeni« kot pa dijaki drugih srednjih šol in da imajo o zdravstveni vzgoji in značilnostih ter preprečevanju samomora več znanja kot drugi dijaki. Pomembno je poudariti, da gre pri tem vprašanju za mnenje anketiranih.

12,7 % dijakov, ki so že kdaj razmišljali, da bi storili samomor, meni, da bi aktivnosti zdravstvene vzgoje pomagale pri preprečevanju samomora mladostnikov, 9,5 % pa jih meni, da aktivnosti zdravstvene vzgoje ne bi pomagale pri preprečevanju samomora med mladimi. 65,1 % mladostnikov, ki še ni razmišljalo, da bi storili samomor, meni, da bi aktivnosti zdravstvene vzgoje pomagale pri preprečevanju samomora mladostnikov, 12,7 % anketiranih pa meni, da aktivnosti zdravstvene vzgoje ne bi pomagale pri preprečevanju samomora med mladimi. Iz teh rezultatov ugotovimo, da bi naklonjenost dijakov k aktivnostim zdravstvene vzgoje lahko vplivala na razmišljanje o samomoru. Sicer rezultati analize niso pokazali statistično značilne razlike ($p=0,063$), vendar domnevamo, da bi bil z večjim številom vzorca ta rezultat drugačen, zato bi bilo smiselno narediti dodatne raziskave v tej smeri.

Vendar pa skupno 78,1 % anketiranih meni, da bi aktivnosti zdravstvene vzgoje pomagale pri preprečevanju samomora mladostnikov.

Na podlagi teh rezultatov raziskave, proučevanega vzorca dijakov četrtil letnikov Srednje zdravstvene šole Nova Gorica, to hipotezo potrdimo.

V raziskavi smo ugotavljali pogostost samomorilnih poskusov med dijaki četrtil letnikov srednje zdravstvene šole in razlike med spoloma glede pogostosti samomorilnih poskusov. Ugotovili smo, da je 4,6 % mladostnikov samomor že poskušalo narediti, od tega vse osebe ženskega spola, vendar pa je bilo med anketiranimi le 18,5 % fantov in kar 81,5 % deklet, kar je omejitev raziskave.

V raziskavi ESPAD (2007), regija Celje, so ugotovili, da je 5,6 % fantov in 15,8 % deklet poskušalo narediti samomor (24).

Med slovenskimi srednješolci, starimi od 14 do 19 let so prav tako ugotovili, da je samomor že poskušalo narediti več deklet (13,5 %) kot fantov (6,8 %) (*Tomori, 1999*) (1).

V raziskavi ESPAD (2003) pa so ugotovili, da je do dopolnjenega 16. leta starosti poskušalo napraviti samomor 16 % mladostnikov (14).

Ugotavljali smo tudi pogostost razmišljanja mladih o poskusu samomora in razlike med spoloma glede pogostosti razmišljanja o samomoru. Ugotovili smo, da je o samomoru razmišljalo 23 % deklet in 25 % fantov. Tako ugotovimo, da je o samomoru razmišljajo več fantov kot deklet, čeprav rezultat ni najbolj zanesljiv zaradi tako majhnega števila anketiranih fantov.

Rezultate lahko primerjamo z raziskavo, ki so jo izvedli v Ameriki (2005, 2006) med mladostniki, starimi od 11 do 20 let, kjer so ugotovili, da je o samomoru razmišljalo več deklet kot fantov (33). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v raziskavi med slovenskimi srednješolci (*Tomori, 1999*) kjer so ugotovili, da je o samomoru razmišljalo več deklet (45,1 %) kot fantov (32,2 %) (1).

Na vprašanje o vzrokih za samomorilno vedenje mladostnikov smo ugotovili, da je bil pri dijakih srednje zdravstvene šole glavni vzrok za razmišljanje o samomoru in za poskus samomora nerazumevanje s starši.

Naše ugotovitve lahko primerjamo z raziskavo, ki je bila izvedena v Braziliji (2005) in navaja kot glavni vzrok samomora mladostnikov ljubezenske težave oziroma strto srce, težave v družini in pa pomanjkanje pozornosti k mladostniku (34).

Vedenje s samopoškodovanjem je uporabilo že 26,6 % proučevanega vzorca dijakov četrtil letnikov srednje zdravstvene šole, od tega 12,5 % enkrat in 14,1 % večkrat. Iz vzrokov samopoškodovanja sta najbolj zaskrbljujoča navedena vzroka, da se mladi samopoškodujejo iz radovednosti in dolgčasa. Kot najpogostejši vzrok za to dejanje, so anketiranci navedli konec zveze s fantom oziroma punco. Od 26,6 % anketiranih v vzorcu, ki so se že samopoškodovali, je bilo 30,2 % deklet in 8,3 % fantov. Iz razmerja med odgovori deklet in fantov lahko ugotovimo, da se dekleta 3-4 krat pogosteje samopoškodujejo kot fantje. Vendar je število anketiranih fantov veliko manjše od deklet, zato ta rezultat ni najbolj zanesljiv.

Podobne rezultate navaja tudi raziskava med irskimi mladostniki, kjer je samopoškodovanje 3-krat bolj razširjeno med dekleti kot pa fanti (35).

Podatke lahko primerjamo z raziskavo ESPAD (2007) v regiji Celje, ki ugotavlja, da je o tem, da bi se poškodovali, razmišljalo 18,3 % fantov in 43,9 % deklet (24).

49 dijakov proučevanega vzorca v četrtil letnikih srednje zdravstvene šole meni, da nimajo dovolj informacij in znanja o preprečevanju samomora. Prav tako tudi 49 dijakov ocenjuje, da bi s temi informacijami znali pomagati prijatelju, ki o samomoru razmišlja, čeprav nekateri o svojem znanju pomoči niso bili povsem prepričani. Iz teh rezultatov lahko sklepamo, da je potrebno mlade več in bolj aktivno informirati in jih učiti o značilnostih samomora, kot so dejavniki tveganja, in o načinih in možnostih preprečevanja tega dejanja. Čeprav so bili anketirani iz zdravstvene šole, kjer se o samomoru in njegovem preprečevanju

učijo pri pouku, kar lahko upoštevamo kot omejitev te raziskave, imajo o tem še vedno premalo znanja, kaj šele dijaki drugih srednjih šol. To znanje pa je za mladostnike potrebno tudi zato, ker je kar 40 anketiranih odgovorilo, da bi se ob morebitnih težavah po pomoč obrnilo na prijatelja. Prav zato je pomembno, da so mladi informirani o samomorilnem vedenju in njegovem preprečevanju oziroma ukrepanju ob srečanju s tem problemom.

Ugotovili smo tudi, da 24 deklet in 5 fantov proučevanega vzorca srednje zdravstvene šole uživa alkohol ali droge enkrat na mesec ali manj, 14 deklet in 4 fantje pa enkrat ali večkrat na teden. Iz razmerja med odgovori deklet in fantov lahko ugotovimo, da fantje pogosteje uživajo alkohol ali droge kot dekleta. Vendar pa je vzorec anketiranih fantov majhen in ta rezultat ni najbolj zanesljiv.

V raziskavi ESPAD (2007), ki jo je za goriško regijo izdelal Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica, so ugotovili, da fantje pogosteje uživajo alkohol kot dekleta in so pogosteje pijani. Prav tako pa fantje pogosteje uživajo droge kot dekleta (37).

33 dijakov proučevanega vzorca pa zaradi vse večjega opozarjanja na škodljive vplive alkohola in drog te manj oziroma sploh ne uživa.

Zanimiv podatek je tudi ta, da se nihče od anketiranih v težavah ne bi obrnil po pomoč na učitelja ali na svetovalno službo na šoli, kar bi lahko pomenilo, da se mladi v šoli nimajo kam obrniti po pomoč, ker je takih služb premalo, oziroma jih sploh ni. Zato bi bilo dobro razmišljati v smeri, da bi imela vsaka šola svetovalno službo, ki bi bila mladostnikom lahko dostopna. Tako bi bila mladostnikom ob morebitnih težavah pomoč bližje.

44,6 % dijakov četrtil letnikov srednje zdravstvene šole je že razmišljalo, da bi bilo bolje, če bi umrli 23,1 % si jih je želelo, da bi zaspali in se ne več zbudili, 35,4 % anketiranim se včasih zdi, da življenje nima smisla, 83,1 % jih navaja, da imajo občutek depresivnosti, brezvoljnosti in žalosti včasih, 9,2 % pogosto in 1,5 % zelo pogosto.

Medsebojno povezanost teh vprašanj nismo podrobneje analizirali, čeprav bi bilo smiselno raziskovati tudi v tej smeri. Vendar pa lahko pritrdilni odgovori na ta vprašanja nakazujejo depresivno razmišljanje in pojav samomorilnih misli, ki lahko vodijo v samomorilni poskus. Depresija je eden glavnih vzrokov za samomorilno vedenje. Zato je potrebno vse znake depresije jemati resno in ustrezno ukrepati, preden pride do samomorilnih misli in dejanj.

Rok-Simon in Mihevc-Ponikvar (2010) navajata, da je bila med srednješolci ugotovljena klinično pomembna stopnja depresivnosti, in sicer pri 21 % fantov in 42 % deklet (36).

10 SKLEP

Samomorilnost mladih je velik problem današnje družbe, saj se mladi za to dejanje pre pogosto odločajo. Vzroki, ki mladostnike pripeljejo do tega dejanja, so različni in se velikokrat nanašajo na ljudi v mladostnikovem življenju. Kot smo ugotovili z raziskavo, so najpogostejši vzrok za razmišljanje o samomoru in za samomorilni poskus težave v družini. Med najpogostejšimi vzroki je tudi osamljenost. Osamljen mladostnik je že zaradi občutka osamljenosti potrtn in žalosten, še huje pa je, ko se ob morebitnih težavah nima s kom pogovoriti in težav rešiti. Njegove težave in žalost se večajo ter postajajo težje rešljive in ga lahko pripeljejo do depresivnega razmišljanja, samopoškodovanja (kot premagovanja te bolečine) in v končni fazi do razmišljanja o poskusu samomora. In prav tukaj je pomembna vloga zdravstvenih delavcev, da takega mladostnika prepoznajo, ga poslušajo, se z njim pogovorijo in mu pomagajo rešiti težave, ki jih ima, saj lahko tako preprečijo najhujše. Mladostniki so sami navedli, da bi bil za preprečevanje samomorov najbolj učinkovit pogovor zdravstvenim delavcem oziroma z medicinsko sestro. Pomembna pa je tudi zdravstvena vzgoja mladostnikov, preden se proces samomora sploh začne oziroma, preden preide v resnejšo in življenjsko nevarno obliko. Tudi v raziskavi je bilo ugotovljeno, da je zdravstvena vzgoja pomembna pri preprečevanju samomora med mladimi. Zato mislimo, da bi morala biti zdravstvena vzgoja vključena v izobraževanje mladostnikov v vseh šolah in ne samo zdravstvenih, kot v naši raziskavi, saj bi se tako vsi mladostniki seznanili s problemom samomorilnosti, z njegovim preprečevanjem in ukrepanjem ob morebitnem pojavu tega vedenja pri mladostnikovih bližnjih, pa tudi o škodljivih vplivih alkohola in drog, ki lahko povečujeta samomorilno vedenje, čeprav v raziskavi to ni bilo ugotovljeno. Mladostniki bi si tako pridobili novo znanje o dejavnih tveganja za samomor, o duševnih motnjah (npr. da je depresija ozdravljiva), se učili o krepitvi varovalnih dejavnikov (npr. izboljšanje samopodobe), premagovanju stresa, načinih reševanja težav in drugih stvareh, ki so za mladostnika zanimive in pomembne. Ker so zelo pogost vzrok za samomor mladostnikov težave v družini je pomembno, da bi se v programe za preprečevanje samomorov mladostnikov vključevali in izobraževali tudi starši (še posebno tisti, pri katerih sta depresija in samomorilno vedenje že prisotna v družini), da bi prepoznali znake, ki zahtevajo pomoč, še prej pa, da bi razumeli mladostnika in njegovo vedenje v tem obdobju odraščanja, ko se mladostniku dogajajo različne spremembe, značilne za to obdobje. Mislimo, da bi se morali tudi starši več pogovarjati s svojimi otroki, tudi če so za mladostnika v tem obdobju bolj pomembni pogovori z vrstniki. Anketirani so v raziskavi navedli, da bi bila za preprečevanje samomorov uspešna razlaga smisla življenja, kar precej pa jih je navedlo, da se jim včasih zdi, da življenje nima smisla. Zato se nam zdi pomembno, da se starši s svojimi otroki pogovarjajo tudi o tem, saj imajo več življenjskih izkušenj in znanja kot mladostnikovi vrstniki. Smiselno pa bi bilo tudi, da bi imela vsaka šola svetovalno službo oziroma nekoga, ki bi mu mladostnik lahko zaupal in se pogovoril o svojih težavah, ter imel pomoč pri njihovem reševanju, kar bi mladostniku olajšalo pot skozi obdobje odraščanja.

Mladi morajo samomor razumeti kot resno dejanje, ki ima velike posledice tudi za okolico samomorilnega posameznika, in ne kot nekaj običajnega, vsakdanjega ter kot način reševanja težav. Prav tako je pomembno omeniti tudi resnost samopoškodovalnega vedenja, ki lahko pri nekaterih že pomeni samomorilni poskus. Iz rezultatov raziskave ugotavljamo, da mladi tako vedenje očitno sprejemajo kot običajno, saj se samopoškodujejo tudi iz radovednosti in dolgčasa. Zato je pomembno, da se o problemu samomorilnosti z mladimi pogovarjamo vsi in ne le strokovnjaki teh področij ter si skupaj prizadevamo za zmanjševanje in preprečevanje tega dejanja mladostnikov. Pri mladostnikih, kjer se je tako dejanje že pojavilo, pa preprečimo njegovo ponovitev v prihodnje.

SEZNAM VIROV

1. Roškar S, Tančič A, Poštuvan V, Kuzmanič M, Groleger U. *Spregovorimo o samomoru med mladimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009: 25-88.
2. World Health Organization. *Mental health: strengthening mental health promotion*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> <2. 2. 2010>.
3. Inštitut za varovanje zdravja. Pucelj V. *Ni zdravja brez duševnega zdravja*. <http://www.ivz.si/index.php?akcija=tisk&n=953> <2. 2. 2010>.
4. Maksimovič Z. *Promocija duševnega zdravja: očrt*. Ljubljana: ŠOU, Študentska založba: Društvo za preventivno delo: Zavod Radio Študent, 1998: 7-12.
5. Helen M. (2002). *Coping With Suicide*. V *Samomor: večplastni fenomen*. Valetič Ž. Maribor: Ozara Slovenije, 2009: 38-39.
6. Romih J, Žmitek A. *Urgentna stanja v psihiatriji: zbornik, Begunje, 16. in 17. oktober 1998*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1999: 12-17.
7. Valetič Ž. *Samomor: večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenije, 2009: 30-162.
8. Pregelj P, Kobentar R. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Ljubljana: Rokus Klett, 2009: 296-323.
9. Iskreni.net. *Samomor*. <http://www.iskreni.net/forum/viewtopic.php?f=14&t=2435> <28. 1. 2010>.
10. Erzar T. *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2007: 123-141.
11. Marušič A. *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, Koper: Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2009: 56-61.
12. V. Mrevlje G. *Oblike, vzročnost in dinamika samomorilnega vedenja pri otrokih in mladostnikih*. V *O problemih uničevalnosti in samouničevalnosti pri mladih na Slovenskem: prepoznavanje, reševanje, rehabilitacija, preventiva: Priročnik 1. Cikla seminarjev Namesto koga roža cveti, Cankarjev dom, Ljubljana, januar-junij 1995*. Ljubljana: Meridiana, 1995: 21-22.
13. World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE)*. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ <19. 6. 2010>.
14. Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica. *Svetovni dan preprečevanja samomora 2009*. http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2009/51_samomori.pdf <17. 5. 2010>.
15. Stone G. (2001). *Suicide and Attempted Suicide*. V *Samomor: večplastni fenomen*. Valetič Ž. Maribor: Ozara Slovenije, 2009: 47.

16. Zavod za zdravstveno varstvo Celje. Konec-Juričič N. Samomorilna dejanja. <http://www.zzv-ce.si/unlimitpages.asp?id=236> <1. 2. 2010>.
17. Tekavčič-Grad O. Pomoč človeku v stiski. Ljubljana: Planprint, Litterapicta, 1994: 93-118.
18. Kogovšek B, Kobentar R. Priročnik psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije: za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Psihiatrična klinika, 2000: 111-119.
19. Statistični urad Republike Slovenije. Vertot N. Svetovni dan preprečevanja samomora 2009. http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2583 <4. 2. 2010>.
20. Havighurst R.J. (1972): *Developmental tasks and education*. V *Spregovorimo o samomoru med mladimi*. Roškar S, Tančič A, Poštuvan V, Kuzmanić M, Groleger U. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2009: 25-26.
21. Jeriček H., Bajt M. (2007). *Okrogla miza Stiske otrok ob učnem neuspehu*. V *Samomor: večplastni fenomen*, Valetič Ž., Maribor: Ozara Slovenije, 2009: 112-113.
22. Canadian mental health association. *Youth and suicide*. http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-101-104 <10. 10. 2009>.
23. Cobain B. *Ko nič več ni važno: priročnik za mladostnike z depresijo*. Radovljica: Didakta, 2008: 95-102.
24. Zavod za zdravstveno varstvo Celje. Konec Juričič N. *ESPAD 2007-Raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino v regiji Celje*. <http://www.sentjur.si/f/docs/Zdravo-mesto-in-LAS/Predsavitev-raziskave-ESPAD-2008--ZZVC.pdf> <15. 5. 2010>.
25. *World Psychiatry*. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G. *Global suicide rates among young people aged 15-19*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414751/> <4. 2. 2010>.
26. Gail-Wiscarz S. *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Elsevier Mosby, 2005: 365-762.
27. Marušič A, Roškar S. *Slovenija s samomorom ali brez: monografija*. Ljubljana: DZS, 2003: 79-81.
28. *World Health Organization*. *Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff*. http://www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf <16. 2. 2010>.
29. Bučar-Ručman A. *Nasilje in mladi*. Novo Mesto: Klub mladinski kulturni center, 2004: 187-188.

30. *Obzornik zdravstvene nege. Tekavčič-Grad O. Ali lahko preprečujemo samomor in kako?*
http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=4b855457-dcff-4c68-9d69-4d77013378e3 <17. 2. 2010>.
31. *Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije-Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zdravstvena nega (medicinska sestra).*
http://www.zbornica-zveza.si/Zdravstvena_nega.aspx <19. 2. 2010>.
32. *Obzornik zdravstvene nege. Kariž N. Vloga medicinske sestre pri obravnavi suicidalnega bolnika.*
http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=f97b8ffb-cb74-4640-989c-1e5444fdc4a5 <17. 2. 2010>.
33. *Pub.Med. Gardner W, Klima J, Chisolm D, et al. Screening, triage, and referral of patients who report suicidal thought during a primary care visit.*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20385642> <17. 5. 2010>.
34. *Pub Med. Vieira LJ, Freitas ML, Pordeus AM, Lira SV, Silva JG. Broken hearted teenagers': adolescents that had gone through suicide attempt.*
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19851595?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=2 <1. 3. 2010>.
35. *Pub Med. McMahon EM, Reulbach U, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ, Arensman E. Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents.*
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20056025?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=7 <27. 1. 2010>.
36. *Naša lekarna. Rok-Simon M., Mihevc-Ponikvar B. Mladi-ali so res zdravi?*
<http://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/mladi-ali-so-res-zdravi/> <22. 5. 2010>.
37. *Alkohol in preostale droge med šolsko mladino v goriški regiji-ESPAD 2007.*
http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc2009/61_prispevek.pdf <1. 3. 2010>.

SEZNAM KRATIC

ESPAD – Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)

IASP – Mednarodno združenje za preprečevanje samomorov (International Association for Suicide Prevention)

ICN – Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nursing)

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

PRILOGE

Priloga 1 – Anketni vprašalnik

Priloga 2 – Prošnja za dovoljenje anketiranja dijakov četrtil letnikov Srednje zdravstvene šole Nova Gorica

Priloga 3 – Odgovor Srednje zdravstvene šole Nova Gorica glede izvedbe anketiranja

Priloga 4 – Potrdilo Srednje zdravstvene šole Nova Gorica o dovoljenju za izvedbo anketiranja

Vprašalnik »Samomorilnost med mladimi«

Sem Polona Brataševac, absolventka Visoke šole za zdravstvo Izola, dislocirana enota Nova Gorica. Začenjam s pisanjem diplomske naloge o samomorilnosti med mladimi, ki je velik javno-zdravstveni problem, saj je samomor v obdobju mladostništva med prvimi tremi vzroki umrljivosti.

V okviru diplomske naloge bom naredila raziskavo, v kateri bom ugotavljala pogostost razmišljanja mladih o poskusu samomora in pogostost samomorilnih poskusov. Ugotavljala bom tudi, kaj mlade privede do tega, da o možnosti samomora razmišljajo, ter ugotavljala pomen zdravstvene vzgoje pri preprečevanju samomora. Zato se obračam na Vas s prošnjo, da izpolnite ta anketni vprašalnik in mi pomagate do rezultatov moje raziskave.

Vprašalnik je anonimen.

NAVODILA ZA REŠEVANJE:

Obkrožite črko pred ustreznim odgovorom oziroma odgovor dopišite. Pri 13., 16., 19. in 20. vprašanju lahko obkrožite več odgovorov.

1. Spol:

- a) ženski
- b) moški

2. Letnica rojstva: _____

3. Splošni učni uspeh:

- a) nezadosten
- b) zadosten
- c) dober
- d) prav dober
- e) odličen

4. Kako pogosto uživate alkohol ali droge?

- a) ne uživam
- b) enkrat na mesec ali manj
- c) enkrat na teden
- d) večkrat na teden

5. Imate pogosto občutek, da ste depresivni, brez volje, žalostni?

- a) nikoli
- b) včasih
- c) pogosto
- d) zelo pogosto

6. Se Vam zdi, da življenje nima smisla?

- a) ne
- b) da
- c) včasih

7. Si kdaj želite, da bi zaspali in se ne več zbudili?

- a) ne
- b) da

8. Ste že kdaj razmišljali, da bi bilo bolje, če bi umrli?

- a) ne
- b) da

9. Ste se že kdaj samopoškodovali (rezanje ...)? (Če je odgovor NE, pojdite na vprašanje št. 11).

- a) ne
- b) da, enkrat
- c) da, večkrat

10. Kaj je bil vzrok?

11. Ste že kdaj razmišljali, da bi storili samomor? (Če je odgovor NE, pojdite na vprašanje št. 17).

- a) ne
- b) da

12. Ste bili medtem, ko ste o samomoru razmišljali, pod vplivom alkohola ali drog?

- a) ne
- b) da

13. Kaj Vas je pripeljalo do tega, da ste o samomoru razmišljali? (možnih več odgovorov)

- a) zapustil-a me je fant / punca
- b) izguba bližnjega (družinski član, partner, prijatelj ...)
- c) neuspeh v šoli
- d) nerazumevanje s starši
- e) osamljenost
- f) drugo: _____

14. Ste razmišljali, kako bi samomor storili?

- a) ne
- b) da

15. Ste že naredili načrt za samomor?

- a) ne
- b) da

16. Ste komu povedali, da razmišljate o samomoru? (možnih več odgovorov)

- a) ne
- b) da, prijatelju
- c) da, staršem
- d) drugo: _____

17. Ste že kdaj poskušali narediti samomor? (Če je odgovor NE, pojdite na vprašanje št. 21).

- a) ne
- b) da, enkrat
- c) da, večkrat
- d) nameravam storiti

18. Ste bili med tem pod vplivom alkohola ali drog?

- a) ne
- b) da

19. Kaj je bil vzrok? (možnih več odgovorov)

- a) zapustil-a me je fant / punca
- b) izguba bližnjega (družinski član, partner, prijatelj ...)
- c) neuspeh v šoli
- d) nerazumevanje s starši
- e) osamljenost
- f) drugo: _____

20. Ste komu povedali, kaj nameravate storiti? (možnih več odgovorov)

- a) ne
- b) da, prijatelju
- c) da, staršem
- d) drugo: _____

21. Poznate koga, ki je naredil samomor ali ga je poskušal narediti?

- a) ne
- b) da, eno osebo
- c) da, več oseb

22. Ali bi znali prepoznati samomorilno vedenje prijateljev?

- a) ne
- b) da

23. Kakšne težave mislite, da ima mladostnik, ko se odloča za samomor?

24. Kako mislite, da bi lahko zdravstveni delavci (npr. medicinska sestra) vplivali na preprečevanje samomora mladostnikov?

25. Ali mislite, da bi aktivnosti zdravstvene vzgoje (npr. razne delavnice, predavanja, svetovanje pri sistematskem pregledu ...) pomagale pri preprečevanju samomora mladostnikov?

- a) ne
- b) da

26. Se Vam zdi, da imate dovolj informacij in znanja o preprečevanju samomora?

- a) ne
- b) da

27. Bi znali s temi informacijami pomagati prijatelju, če bi Vam povedal, da razmišlja o samomoru?

- a) ne
- b) da

28. Ali mislite, da če ima mladostnik veliko informacij o samomorilnem vedenju in samomoru, da je bolj nagnjen k temu dejanju?

- a) ne
- b) da

29. Ali menite, da samomor prijatelja negativno vpliva na družbo (ostale prijatelje, družino)?

- a) ne
- b) da

30. Ali veste, kako izboljšati samopodobo?

- a) ne
- b) da

31. Menite, da se za vsako težavo (problem) najde rešitev?

- a) ne
- b) da

32. Kam bi se najprej obrnili po pomoč, če bi bili v težavah?

- a) na prijatelja
- b) na brata / sestro
- c) na starše
- d) na učitelja
- e) na svetovalno službo na šoli
- f) poklical-a bi anonimni telefon za pomoč v težavah
- g) drugo: _____

33. Ali zaradi vse večjega opozarjanja na škodljive vplive alkohola in drog te manj oziroma sploh ne uživate?

- a) ne
- b) da

34. Ali veste, kaj so duševne motnje?

- a) ne
- b) da

35. Ali menite, da so duševne motnje ozdravljive?

- a) ne
- b) da, vse
- c) da, vendar le nekatere
- d) da, vendar je to odvisno od vsakega posameznika posebej

Hvala za sodelovanje!

Brataševc Polona
Idrijska cesta 33
5270 Ajdovščina

Ajdovščina, 10. 11. 2009

Ga. Žele Vesna
Tehniški šolski center Nova Gorica
Tehniška gimnazija in zdravstvena šola
Cankarjeva ulica 10
5000 Nova Gorica

Zadeva: Anketiranje dijakov četrth letnikov

Sem Polona Brataševc, absolventka Visoke šole za zdravstvo Izola, dislocirana enota Nova Gorica. Začenjam s pisanjem diplomske naloge z naslovom Samomorilnost med mladimi in pomen zdravstvene nege. V okviru diplomske naloge bom izvajala raziskavo, v kateri bom z anketnimi vprašalniki ugotavljala pogostost razmišljanja mladih o poskusu samomora ter pogostost samomorilnih poskusov in ugotavljala, kaj mlade privede do tega, da o možnosti samomora razmišljajo in ugotavljala pomen zdravstvene vzgoje pri preprečevanju samomora. Raziskavo bi izvajala med dijaki četrth letnikov (smer zdravstvena nega), zato Vas prosim za dovoljenje, da raziskavo izvedem na Vaši šoli.

V upanju na ugodno rešitev prošnje Vas lepo pozdravljam.

Polona Brataševc



Datum: 19.11.2009

Brataševac Polona
Idrijska cesta 33
5270 Ajdovščina

Spoštovani,

v zvezi z vašo vlogo, vas seznanjam, da se glede anketiranja dijakov v četrtil letnikov zdravstvene šole obrnete na profesorja Deana Horvata, ki poučuje Vzgojo za zdravje in socialno medicino.

Kontaktirate lahko tudi preko njegovega e-naslova in sicer dean.horvat.vszi@gmail.com

Lep pozdrav.



Ravnateljica:
Vesna Žele



»Učenje je luč«

Cankarjeva 10 • 5000 Nova Gorica • Slovenija
tel: 05 330 87 71 • faks: 05 330 87 74 • e-pošta: tgzs@tsc.si • www.tsc.si



Cankarjeva 10
5000 Nova Gorica
tel: 05 330 87 71
faks: 05 330 87 74
e-pošta: tgzs@tsc.si
www.tsc.si

Datum: 06.04.2010

POTRDILO

O SKLADNOSTI IZVAJANJA RAZISKAVE Z ETIČNIMI NAČELI V RAZISKOVANJU

Absolventka Visoke šole za zdravstvo Izola Polona Brataševc, roj. 18.03.1987, je novembra 2009 podala prošnjo za izvedbo ankete na TŠC, Srednji zdravstveni šoli Nova Gorica (SZŠ NG), kot sestavnega dela diplomske naloge z naslovom »Samomorilnost med mladimi in pomen zdravstvene nege«.

Prošnja je bila obravnavana s strani aktiva zdravstvene nege SZŠ NG iz vidika etične sprejemljivosti in relevantnosti raziskave. Komisija je pregledala dispozicijo in vprašalnik ter podala dodatne zahteve v zvezi z načinom informiranja in izvedbo raziskave, kar je izvajalka tudi upoštevala. Izvedba raziskave je bila odobrena s strani ravnateljice.

Anketiranje je bilo izvedeno 1. in 2. decembra 2009 v skladu in z upoštevanjem etičnih načel pri raziskovanju v zdravstveni negi ter z dodatnim upoštevanjem načel pri raziskovanju na področju izobraževalne dejavnosti.



RAVNATELJICA

Vesna Žele
