

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA

DEJAVNIKI TVEGANJA IN PREVENTIVA
SAMOMORILNEMU VEDENJU MED MLADIMI
GLEDE NA SPOL

ŠTEFIN

LAURA ŠTEFIN

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Dejavniki tveganja in preventiva samomorilnemu vedenju med mladimi
glede na spol**

(Risk factors and prevention of suicide behavior among young people with regard to
gender)

Ime in priimek: Laura Štefin

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, avgust 2014

Ključna dokumentacijska informacija:

Ime in PRIIMEK: Laura ŠTEFIN

Naslov zaključne naloge: **Dejavniki tveganja in preventiva samomorilnemu vedenju med mladimi glede na spol.**

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 34

Število referenc: 50

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: samomor, dejavniki tveganja, mladi, spol, preventiva

Izveček:

Samomor je dejanje, s katerim oseba namerno povzroči svojo smrt. Samomor se nikdar ne pojavi naenkrat, ampak je skupek različnih dejavnikov in izhaja iz dolgoletnega dogajanja. Dejavniki tveganja se v veliki večini primerov prekrivajo in prepletajo, a jih kljub temu delimo na individualne, medosebne in družbene. Žal je samomor danes velik javnozdravstveni problem tako po svetu kot tudi pri nas. Cilj družbe, v kateri živimo, je zmanjševanje in preprečevanje števila teh dejanj, to pa bomo lahko dosegli le s prepoznavanjem dejavnikov tveganja, promocijo javnega duševnega zdravja in pravilnim pristopom preventive samomorilnemu vedenju.

Key words documentation:

Name and SURNAME: Laura ŠTEFIN

Title of the final project paper: **Risk factors and prevention of suicide behavior among young people with regard to gender.**

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 34

Number of references: 50

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: suicide, risk factors, young people, gender, prevention

Abstract:

Suicide is an act of intentionally causing one's own death. An act of suicide is never sudden, it is a sum of several factors and derives from yearlong events. Risk factors usually overlap and intertwine, but they can still be divided into three categories: individual, interpersonal and social. Unfortunately a suicide is a big problem of public health, in Slovenia as well as abroad. The aim of the society, in which we live, is to reduce the number of such actions and to prevent them, but this can be achieved only by recognizing the risk factors, promoting public mental health, and by proper approach to prevention of suicide behavior.

Kazalo vsebine

1 UVOD.....	1
2 DEJAVNIKI TVEGANJA MED MLADIMI	3
2.1 Individualni dejavniki	5
2.1.1 Duševne motnje.....	5
2.1.2 Alkoholizem in zloraba drog.....	7
2.1.3 Impulzivnost, agresija in samopodoba mladostnikov	8
2.1.4 Istospolnost in samomor.....	10
2.2 Medosebni dejavniki	12
2.2.1 Otroci odvisnikov	12
2.2.2 Zlorabe v družini	13
2.2.3 Izguba bližnjega	14
2.3 Družbeni dejavniki.....	15
2.3.1 Vpliv vrstnikov na samomorilno vedenje	15
2.3.2 Samomorilnost in šola.....	16
2.3.3 Stres in brezposelnost mladostnikov	16
2.3.4 Internet in mediji kot dejavniki tveganja.....	17
3 PREVENTIVA SAMOMORILNEMU VEDENJU	20
4 SKLEP	25
5 LITERATURA IN VIRI.....	26

1 UVOD

Samomor ali po latinsko *suicidum* pomeni ubiti samega sebe, vzeti si življenje. Samomor, se nikdar ne pojavi kar naenkrat, brez razlogov in opozorila. Je kompleksen pojav, ki je skupek psiholoških, socialnih in bioloških dejavnikov in izhaja iz dolgotrajnega dogajanja (Marušič in Temnik, 2009).

Marušič in Zorko (2003) v delu *Slovenija s samomorom ali brez* navajata tri kategorije dejavnikov za samomor. Kot prvo navajata individualne dejavnike, ki vključujejo posameznikovo duševno stanje, samopodobo, impulzivnost, agresijo, zlorabo alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc, slabo telesno zdravje, nepravilno spoprijemanje s stresom, doživljanje obupa ali brezupa in drugo. Druga kategorija so medosebni dejavniki, ki se nanašajo predvsem na socialno izolacijo posameznikov, ki so družbeno osamljeni, brezposelni, neporočeni, ovdoveli ali imajo neurejene družinske razmere. Raziskave kažejo, da so osebe s konflikti, raznimi zlorabami, alkoholizmom in drugimi težavami znotraj družine bolj ogrožene za nastanek samomorilnega vedenja kot tiste, ki živijo v harmoniji z drugimi družinskimi člani (Marušič in Zorko, 2003). Prav dobri odnosi med družinskimi člani so dejavniki, ki morebiti ščitijo pred samomorilnim vedenjem. Kot tretjo kategorijo dejavnikov tveganja navajata družbo. Med družbene dejavnike tveganja spadajo vse družbene značilnosti okolja, v katerem živimo. Sem spada vpliv medijev, vrstnikov, brezposelnost, kriminal, odsotnost bližnjih in drugo. Nekateri avtorji menijo, da ima slednja kategorija številne pomanjkljivosti, saj se dejavniki tveganja v veliki večini primerov med seboj prepletajo in prekrivajo. Na primer, določena duševna motnja vodi v brezposelnost osebe, težave med člani družine in socialne izolacije. Iz primera lahko povzamemo, da se samomor ne zgodi zgolj zaradi ene same obremenilne situacije, ampak se mora le-ta povezati še z drugimi dejavniki tveganja (Marušič, 2003).

Dejavniki tveganja za samomor so v Sloveniji podobni kot drugod po svetu. Najpomembnejše demografske značilnosti, ki povečujejo tveganje za samomor, so starost, zakonski stan, izobrazba in spol (moški) (Tomšič idr., 2009). Menimo, da je spol eden večjih indikatorjev, ki vpliva na razvoj in potek dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje. Na splošno velja, da med bolj ogrožene posameznike spadajo moški, sploh če so le-ti starejši, samski, razvezani in brez otok. Tako v Sloveniji kot v večini držav na svetu je razmerje samomorov med spoloma 3 : 1 na račun moških, kar je verjetno posledica dejstva, da moški izbirajo bolj smrtne metode (Tomšič idr., 2009). Zanimivo je dejstvo, da spol ne vpliva le na dejavnike tveganja za samomor, ampak celo na samo metodo samomorilnega poskusa. Raziskave kažejo, da je najbolj tipična ženska metoda prekinitve življenja utopitev, medtem ko je moška samomor z orožjem (Tomšič idr., 2009).

Marušič in Zorko (2003) nekoliko natančneje navajata, da si metode samomora v Sloveniji od najbolj ženske proti najbolj moški sledijo v sledečem zaporedju: utopitev, in sicer z

razmerjem 5 : 4, zastrupitev s trdimi in tekočimi snovmi 4 : 5, skok v globino 3 : 4, obešanje 2 : 9 in samomor z orožjem 1 : 12.¹

Ni nujno, da je vsak samomor načrtovan ali izveden v afektu. Samomorilno vedenje je lahko tudi indirektno, ko se oseba niti ne zaveda tega, da s svojim vedenjem povečuje tveganje prezgodnje smrti; npr. alkoholizem, zloraba drog, zelo tvegani športi in drugo (Milčinski, 1995). Menimo, da so tvegana vedenja nekoliko bolj prisotna med mladimi kot med starejšimi osebami. Za mladostnike in obdobje adolescence je značilno spoprijemanje s prvimi težavami na področju lastne identitete, vprašanja o smislu življenja, prva nasprotovanja avtoritetam in drugo. Tako so mladi mnogokrat izpostavljeni hudemu stresu in nepravilnemu reševanju le-tega. Mnogi se v tej stiski zatečejo k zlorabi alkohola in drugih psihoaktivnih substanc ali postanejo impulzivni, agresivni, celo asocialni, vse to pa močno vpliva na razvoj samomorilnega vedenja.

Zavedati se moramo, da je ključnega pomena pri preprečevanju samomorov prav izvajanje ukrepov, usmerjenih v izobraževanje in ozaveščanje zaposlenih, nudenje posebne oskrbe osebam po poskusu samomora, omejevanje dostopnosti najpogostejših metod za izvedbo le-tega, pravilno poročanje medijev o samomorih, promocija javnega duševnega zdravja in drugo (Tekavčič-Grad, 1995).

Namen te zaključne naloge je izpostaviti in podrobno opisati dejavnike tveganja za nastanek samomorilnega vedenja glede na spol med mladimi. Tej problematiki je dandanes žal namenjeno še vedno premalo pozornosti. Nekoliko bolj je tema samomora vsakoletno izpostavljena 10. septembra, na svetovni dan preprečevanja samomora, čeprav bi, po našem mnenju, morali o tem govoriti vsak dan. Na svetovni dan preprečevanja samomora ljudje nekoliko več časa posvetimo ozaveščanju javnosti o preventivi in možnosti preprečevanja samomora, izboljšanju spoznanj o le-tem, predvsem pa zmanjševanju stigmatizacije na tem področju. Cilj naloge je ponovno izpostaviti problematiko samomorilnosti in možne ukrepe za preprečevanje le-te. To pa bomo lahko dosegli le z nenehnim ozaveščanjem javnosti o ključnem problemu duševnega zdravja v Sloveniji, s promocijo in odprtjem novih zavodov ter inštitucij na tem področju.

¹ Vsa razmerja so zapisana ženske : moški.

2 DEJAVNIKI TVEGANJA MED MLADIMI

Mladostništvo ali adolescenca je eno izmed razvojnih obdobij, ki poteka med 11. in 24. letom. Zupančič (2004) ga deli na:

- zgodnje mladostništvo (od 11. do približno 14. leta),
- srednje mladostništvo (od 14. do približno 17. ali 18. leta) in
- pozno mladostništvo (približno do 22. ali 24. leta).

Rečemo lahko, da je mladostništvo razvojno obdobje med otroštvom in odraslostjo. V tem obdobju se dogajajo najrazličnejše telesne, intelektualne, čustveno-osebne in socialne spremembe. S tem pa se posameznik začne soočati tudi s prvimi izzivi, vprašanji o smislu življenja, iskanju samega sebe. Prav tako nastopi tudi uporništvu proti avtoriteti (starši, učitelji), zato spremembe, ki jih doživlja mladostnik, niso izziv le zanj, temveč za celotno okolje, v katerem živi. Čeprav večina mladostnikov obdobje preživi brez hujših pretresov, je prav to obdobje tisto, ki marsikaterega adolescenta zvabi k prekomerni uporabi tobaka, uživanju alkohola ipd. Ta vedenja so lahko na začetku še nekoliko nedolžna z namenom preizkušanja mej, občutka odraslosti, neodvisnosti, ugodja, poguma, moči in iskanja svoje vloge ... Ogrožajoča pa postanejo takrat, ko se spremenijo v vsakodnevni ritual. Mladi največkrat podležejo tveganim dejanjem zaradi pritiskov, ki jih doživljajo. V obdobju adolescence doživljajo pritiske tako s strani staršev kot tudi vrstnikov. Med vrstniki pogosto veljajo drugačna pravila, vrednote, oblike vedenja in komuniciranja kot v svetu odraslih. Tu se pojavi selektivna komunikacija, ko se mladostnik pogovarja s starši le o šoli, vrednotah, idejah in družinskih problemih, širših družbenih problemov, kot so alkoholizem, droge, spolnost, pa skoraj ni med pogovornimi temami. Te prihranijo za pogovor s sovrstniki. Med mladostniki je zelo pomembno dejstvo, kako ga vidijo sovrstniki. Tvegana dejanja so tako mnogokrat izraz želje biti sprejet, imeti ugled in veljavo med sovrstniki. Nekatere oblike tveganega vedenja vodijo celo v razvoj duševnih bolezni, kot sta depresija in anksioznost, v skrajnem primeru tudi do samopoškodb ter samomorilnega vedenja (Roškar, 2009; Zupančič, 2004). Tančič (2009) meni, da ni nič nenavadnega, če mladostniki prav zaradi vseh teh vprašanj in pritiskov občasno razmišljajo o samomoru. Te misli postanejo nevarne, ko začne posameznik razmišljati, da je samomor edina rešitev iz stresnih občutij, ki jih doživlja.

Podatki svetovne zdravstvene organizacije kažejo, da je samomor v adolescenci med prvimi tremi vzroki umrljivosti v večini držav po svetu (Tomori, 2003). Treba pa je govoriti o širšem pomenu samomorilnega vedenja, ki vključuje tudi samomorilne misli in samomorilni poskus. Podatki kažejo, da je med mladostniki veliko več samomorilnih poskusov brez smrtnega izida, kar pa ne pomeni, da ta dejanja niso nevarna. Takšnim mladostnikom je treba kasneje posvečati posebno pozornost, saj imajo večjo možnost, da ponovno poskusijo s samomorom kot drugi. Tančič (2009) navaja, da se samomorilne misli

navadno ne pojavljajo pred 12. letom, svoj vrh pa dosežejo med 14. in 18. letom. Število samomorilnih misli in poskusov pa se razlikuje tudi med spoloma. Raziskave kažejo, da se fantje skoraj štirikrat pogosteje odločijo za samomor kot dekleta (Tančič, 2009). Le-ta naj bi bila bolj dovzetna za poskus samomora in samomorilne misli, s katerimi izražajo stisko, sproščajo napetost ter se umikajo pred negativnimi občutki. Samomorilni poskusi in misli o samomoru se pri fantih povezujejo s prekomernim stresom, ki ga doživljajo pogosteje kot dekleta. Stres največkrat rešujejo z delikventnim vedenjem in nasiljem, samomor pa je pogosto zadnji korak, ki ni več namenjen klicu na pomoč (Tančič, 2009).

Samomor med mladimi se po metodi ne razlikuje veliko od samomorov med odraslimi osebami (Džananović, 1988). Tudi tu je najpogostejša metoda obešanje. Po večini se za takšen način samomora odločajo fantje, medtem ko so za dekleta značilnejše utopitve in skoki z višine oz. pod prevozna sredstva. Pri samomorilnih poskusih mladi največkrat posežejo po protibolečinskih tabletah ali pomirjevalih v kombinaciji z alkoholom. Številni pa poskušajo samomor narediti z rezanjem žil (Džananović, 1988).

Samomor se nikdar ne pojavi kar naenkrat, brez razlogov in opozorila. Je kompleksen pojav, skupek različnih dejavnikov in izhaja iz dolgotrajnega dogajanja. Med najpomembnejše psihološke dejavnike spadajo depresija, brezup, impulzivnost in agresija. Poleg dejavnikov, ki so prisotni tekom vseh razvojnih obdobij, se v adolescenci pojavijo še dodatni dejavniki, kot so oblikovanje identitete, vpliv medijev in sovrstnikov, ki predstavljajo še dodatno tveganje za samomor (Roškar, 2003; Kamin, Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt, Roškar in Dernovšek, 2009).

Čeprav se dejavniki, ki povečujejo možnost samomora, vedno prekrivajo in povezujejo, jih Marušič in Zorko (2003) delita na tri podenote:

- individualne dejavnike,
- medosebne dejavnike in
- družbene dejavnike.

2.1 Individualni dejavniki

Pod individualne dejavnike tveganja za samomorilno vedenje med adolescenti uvrščamo duševne motnje, osebnostne značilnosti, samopodobo, zlorabo drog ali alkohola ter spolno usmerjenost (Groleger, 2003).

2.1.1 Duševne motnje

Raziskave kažejo, da je pri veliki večini mladostnikov, ki si poskušajo vzeti življenje, mogoče ugotoviti katero izmed duševnih bolezni (Tomori, 2003). Kar pri 90 % tistih mladostnikov, ki so samomor tudi izvršili, naj bi bila v ozadju prisotnost duševnih bolezni. Najpogostejše so motnje razpoloženja, sledi sindrom odvisnosti in alkoholizma, sorazmerno pogosto pa so ugotovljene tudi osebnostne motnje (Tomori, 2003).

Najpogostejša duševna motnja pri mladostnikih je depresija. Depresivni simptomi, med katere uvrščamo depresivno, otopelo razpoloženje, jok, izgubo zanimanja in zadovoljstva ter izgubo energije in povečano utrujenost, pogosto vplivajo na samomorilno vedenje posameznikov. Ti simptomi se kažejo na najrazličnejše načine in se pogosto prekrivajo z izstopajočimi zunanjimi znaki, kot so hiperaktivnost, motnje hranjenja in drugo, zato jih je težje prepoznati kot pri odraslih (Tančič, 2009). Čeprav večina depresivnih ljudi ni nagnjena k samomoru, pa je mnogo ljudi, ki naredi samomor, depresivnih. Za depresijo zbolijo 15 odstotkov populacije, pri tem pa ženske obolevajo 2–3-krat pogosteje kot moški (Žvan, 1999). Razlika med spoloma se kaže tudi v različnih simptomih, ki jih doživljajo. Avtor navaja, da je depresija pri moških značilna po odsotnosti depresivnega razpoloženja, namesto tega pa se kaže v povišani razdražljivosti, znižani toleranci za stres, občutku izgorelosti, zlorabi alkohola, povišanem agresivnem in antisocialnem vedenju itd. Samomor vedno izvira iz stiske in kar dve tretjini samomorov spremlja depresija. Samomor je pri depresivnih ljudeh dvajsetkrat pogostejši v primerjavi s splošno populacijo. Depresivni ljudje se velikokrat zatekajo k uživanju alkohola. Pri odvisnikih od alkohola je depresija prisotna v 10–30 odstotkih (Žvan, 1999). Podatki kažejo, da je kar polovica moških, ki imajo samomorilna nagnjenja, odvisnih od alkohola, zato je v boju proti zmanjševanju samomorilnega vedenja nujno potrebno tudi zmanjševanje alkoholizma (Valetič, 2009; Žvan 1999). Čeprav je depresivna motnja zelo značilna za samomorilne mladostnike, pa je treba poudariti, da ni nujno vedno prisotna. Mladostniki so lahko depresivni in ne razmišljajo o samomoru ali obratno, niso depresivni in imajo samomorilne težnje.

Naslednja duševna motnja, ki predstavlja dejavnik tveganja za samomor, je shizofrenija. Žvan (1999) navaja, da gre za motnjo, pri kateri ima oboleli izkrivljeno zaznavanje, doživljanje in izražanje realnosti. Tak posameznik je dezorganiziran na področju formalnega mišljenja, ima nepristno, otopelo čustvovanje, obubožan govor idr.

Najpogosteje se pojavlja v obdobju med 15. in 45. letom, glede na spol pa je enakomerno porazdeljena (Schulman, 2000). Razlike med spoloma so te, da moški zbolijo povprečno prej, potek bolezni pa je težji kot pri ženskah. Ženske pogosteje dosežejo remisijo ter imajo krajše hospitalizacije. Verjetnost zbolevanja za shizofrenijo je v populaciji med 0,5 % in 1,6 %. Statistični podatki kažejo, da je večja pojavnost želje po samomoru med moškimi shizofreniki kot med ženskami (Schulman, 2000; Žvan, 1999). Dejavniki tveganja med obolelimi za shizofrenijo so spol – moški, mlajše osebe, hospitalizirani s kroničnim potekom bolezni in veliko relapsi, preteklo samomorilno in impulzivno vedenje, negativno mnenje o zdravljenju, družinska anamneza samomorov, visok IQ in depresija. Schulman (2000) navaja, da je samomor kar štiridesetkrat pogostejši pri ljudeh s shizofrenijo v primerjavi s splošno populacijo. Kar 10 % bolnikov s to boleznijo pa konča svoje življenje s samomorom.

Tudi diagnosticirana unipolarna ali bipolarna motnja lahko predstavlja dejavnik tveganja za samomor (Valetič, 2009). Bipolarna motnja je motnja, pri kateri se izmenjujeta depresivna in manična epizoda. Osebi diagnosticiramo bipolarno motnjo, ko je doživela vsaj eno epizodo akutne depresije ali manije in ko tudi vedenje te osebe kaže na takšno stanje. Bipolarna motnja se razvije v mladostniškem obdobju pred dvajsetim letom, glede na spol pa je enakomerno porazdeljena (Bipolarna motnja, 2014). Najresnejše tveganje pri bipolarni motnji je samomor, ki se najpogosteje povezuje z depresivno epizodo. Valetič (2009) navaja, da 25–50 % oseb z bipolarno motnjo vsaj enkrat med boleznijo poskuša napraviti samomor. To uspe 10–15 % bolnikom, zaradi česar uvrščamo bipolarno motnjo med najusodnejše psihiatrične bolezni. Samomorilno vedenje med bipolarnimi bolniki lahko uspešno preprečujemo z zgodnjo diagnozo in dolgoročnim zdravljenjem (Valetič, 2009).

Med duševne bolezni, ki prizadenejo mladostnike in so hkrati dejavniki tveganja za samomor, spadajo tudi motnje hranjenja, predvsem anoreksija (Kobal, 1999; Tančič, 2009). Kobal (1999) opisuje, da je anoreksija motnja, ki jo označuje zavestno zniževanje telesne teže za več kot 15 % od tiste, ki bi posamezniku ustrezala glede na njegovo starost in višino. Avtor prav tako poudarja, da je anoreksija najpogostejša pri adolescenčnih dekletih in mladih ženskah, pojavlja pa se 13-krat pogosteje kot pri moških. Smrtnost zaradi anoreksije je med 9 in 15 %, pri 70 % obolelih pa je zdravljenje uspešno ter si povsem opomorejo (Kobal, 1999). Kljub temu je za mladostnike z motnjami hranjenja pogosto samomorilno vedenje. Izkazalo se je, da je samomorilno vedenje pomemben indikator za slabo prognozo pri zdravljenju te motnje. Anoreksija in s tem povezano prekomerno izgubljanje teže, ki se pri posameznikih razvije nekoliko kasneje, kaže na željo po smrti. Anoreksija pa se ne povezuje le s samomorilnimi nagnjenji, ampak tudi z depresijo (Tančič, 2009). Poleg tega Tančič (2009) ugotavlja, da so dekleta, ki prekomerno

izgubljuje težo, manj depresivna, saj imajo posledično boljše telesno samopodobo. V nekaterih primerih pa se lahko anoreksija poveže s hudo obliko depresije in sproži samomorilno vedenje. Še posebno ranljivi so mladostniki, ki se ne odzivajo na zdravljenje, saj je zanje nenehen boj za vzdrževanje primerne telesne teže neznosno breme. Avtor meni, da samomorilnost ni prisotna le med najstniki z anoreksijo, ampak tudi med obolelimi za bulimijo. Samomor med mladostniki z bulimijo je lahko posledica impulzivnega in nestabilnega sloga življenja. Pogoste so tudi samopoškodbe, na primer vreznine.

2.1.2 Alkoholizem in zloraba drog

Alkohol postaja vedno večji javno-zdravstveni problem tudi med mladimi. Opitost in zasvojenost ne prinašata samo ekonomskih ali socialnih posledic, ampak tudi fizične. Tako kot po svetu tudi v Sloveniji narašča pitje alkohola med mladimi (Begič idr., 2009). Ti posegajo po alkoholu zaradi zabave, sprostitev, večje komunikativnosti in samozavesti, boljše samopodobe in podobno, pri tem pa ne pomislijo, da zloraba alkohola in drugih drog lahko vpliva na razvoj samomorilnega vedenja (Begič idr., 2009; Zalta, Kralj, Zurec, Lenarčič, Mararič in Simčič, 2008). Samomorilno vedenje se namreč povečuje s pitjem močnejših pijač in z večjo količino pitja alkoholnih pijač. Le-te vplivajo na presojo dejanj, impulzivnost, povzročajo razpoloženske motnje in drugo. Enako velja tudi za uživanje drog. Še posebej ranljivi so posamezniki, ki so že razvili odvisnost od alkohola ali drog. Pri odvisnikih od alkohola se tveganje za samomorilno vedenje poveča za 15 %, pri odvisnikih od drog pa za okrog 10 % (Tančič, 2009). Otroci, ki izhajajo iz družin, kjer je odvisnost od alkohola ali drog že prisotna, so prav tako bolj ranljivi. Otroci odvisnih staršev naj bi bili genetsko bolj nagnjeni k zlorabi psihoaktivnih substanc in posledično večji samomorilnosti (Tančič, 2009). Večja samomorilnost pa je tudi posledica zgleda, ki ga prejmejo od staršev, sploh če gre za samomorilno vedenje med starši in odraščanje v manj ustreznih razmerah. Tako kot se samomorilnost povezuje z alkoholom, se povezuje tudi z zlorabo drog. Le-te še dodatno poslabšajo motnje, zaradi katerih posameznik trpi, na primer tesnoba, depresija, halucinacije in drugo (Tančič, 2009). Statistični podatki kažejo, da ima kar 15 % populacije težave z zasvojenostjo od alkohola ali psihoaktivnih substanc. Odvisnost od alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc je prisotna med 25 in 55 % samomorov, le-ta pa je štiridesetkrat pogostejši pri odvisnih osebah v primerjavi s splošno populacijo (Tomšič, idr., 2009).

Rezultati mednarodne študije HBSC,² ki je izvajala raziskavo na področju duševnega zdravja mladostnikov, izpostavljajo, da je odvisnost od drog in alkohola med mladimi velik javno-zdravstveni problem (Tomšič idr., 2009). Raziskava je potekala na 5130 mladostnikih, starih 11, 13 in 15 let. Rezultati kažejo, da je alkoholne pijače poskusilo

² HBSC – Health Behaviour in School Aged Children.

približno 85 % 15-letnikov, nekaj več kot dve tretjini 13-letnikov in nekaj manj kot polovica 11-letnikov. Zaključki raziskave poročajo, da je povprečni slovenski mladostnik, ko prvič zaužije alkohol, star 13,3 leta. Pitje alkohola pa se razlikuje tudi med spoloma. Fantje naj bi s pitjem alkohola pričeli prej kot dekleta in dekleta pijejo manj pogosto kot fantje (Tomšič idr., 2009). Ena izmed ugotovitev je bila tudi, da se pitje alkohola ne razlikuje le glede na spol, ampak tudi glede na socialno-ekonomski status; mladostniki iz premožnejših družin pogosteje posegajo po alkoholu. Raziskava ESPAD³ je za slovensko mladino prišla do ugotovitev, ki potrjuje prej podane trditve. Med mladostniki je bilo 7,3 % fantov in 9,3 % deklet, ki niso še nikdar poskusili alkohola, 25,8 % fantov in 35,3 % deklet, ki niso bili še nikdar opiti (Begič idr., 2009).

Po podatkih evropske raziskave o alkoholu in drugih drogah med mladimi je 23 % slovenskih dijakov med 15. in 16. letom vsaj enkrat poskusilo katero izmed prepovedanih drog (Tomšič idr., 2009). Od teh je 22 % poskusilo kanabis, 16 % hlapila, 5 % jih je uživalo pomirjevala brez zdravniškega recepta, nekaj čez 3 % mladostnikov je zaužilo ekstazi, 3 % pa kokain. Rezultati kažejo, da je uporaba drog, z izjemo kokaina, med mladimi upadla (Papić, 2013; Tomšič idr., 2009).

2.1.3 Impulzivnost, agresija in samopodoba mladostnikov

Pomembni dejavnik tveganja za samomorilno vedenje je tudi nepravilno reševanje problemov, nezmožnost pravilnega spoprijemanja s stresom in osebnostne značilnosti. Za adolescente je značilno pesimistično doživljanje sveta, posledično s tem pa težave, s katerimi se soočajo, doživljajo kot nerešljive, kar vodi k občutku nemoči in obupa. Pri samomorilnih adolescentih so pogosto prisotne tudi specifične osebnostne in vedenjske motnje. Najpogosteje je izražena impulzivnost, ki posamezniku onemogoča pravilno spoprijemanje s stresom. Poleg impulzivnosti sta tu še mladostnikova nasilnost, socialni umik in izogibalno vedenje. Samomorilne mladostnike največkrat, poleg omenjenih dejavnikov, spremlja še nizka samopodoba in nezaupanje vase, kar povečuje posameznikovo ranljivost za razvoj depresije.

Obdobje mladostništva je obdobje, v katerem se adolescenti spopadajo z najrazličnejšimi težavami in izzivi. Kako se bodo spopadali z njimi, pa je odvisno od vsakega posameznika posebej. Neprimerni načini reševanja problemov so tisti, ki kažejo negativno zaznavanje situacij, brez sposobnosti prilagajanja in širšega vpogleda v problem. To posredno otežuje razvoj spretnosti za pravilno spopadanje s stresom in reševanje težav, s tem pa zmanjšuje samozaupanje in povečuje občutek žrtve. Zaključimo lahko, da imajo samomorilni mladostniki pogosto šibko zaupanje vase in svoje sposobnosti, nizko samopodobo in samospoštovanje (Tančič, 2009; Zupančič, 2004).

³ ESPAD – European School Project on alcohol and other drugs.

Raziskava, ki je potekala na šestih srednjih šolah v Republiki Sloveniji in zajela 392 dijakov, je proučevala razlike med spoloma v samopodobi, samospoštovanju in nekaterih zdravju škodljivih vedenjih (Marčič, 2006). Rezultati so pokazali, da imajo fantje višje samospoštovanje in bolj pozitivno samopodobo na področju prenašanja kritike, obvladovanja stresnih situacij, razpoloženja, telesne samopodobe, na področju spolnosti ter področju prilagajanja in obvladovanja zunanjega sveta. Dekleta pa imajo boljše samopodobo na področju šolstva in poklica ter morale (Marčič, 2006). V že omenjeni mednarodni študiji HBSC so med drugim proučevali tudi samopodobo, natančneje telesno samopodobo. Ugotavljali so, koliko mladostnikov je zadovoljnih s svojo telesno težo. Rezultati kažejo, da kar 25 % slovenskih deklet meni, da so predebela, da skoraj polovica vprašanih mladostnikov vsaj enkrat mesečno doživlja razdražljivost, nemir, potrtnost ali nespečnost, več kot 10 % mladostnikov pa te simptome doživlja pogosteje kot enkrat tedensko (Tomšič idr., 2009). Razlike nastajajo tudi med spoloma, in sicer dekleta navajajo več simptomov kot fantje. Zaskrbljujoči so podatki, ki dokazujejo, da sta prav slaba samopodoba in nizko samospoštovanje razlog za samomorilno vedenje (Tomšič idr., 2009).

Pri samomorilnih mladostnikih je pogosto prisotna impulzivnost, ki posameznika ovira pri prepoznavanju in spoprijemanju s stresnim dogodkom, saj odreagira impulzivno, prehitro, o svojih dejanjih ne razmišlja, prav tako ne razmišlja o posledicah svojih dejanj. Poleg impulzivnosti se mladostniki srečujejo tudi z agresivnostjo.

Marušič (2003) v delu *Samomor med genomom in enviromom* navaja, da ima variabilnost serotonergičnih nevrottransmitterjev glavno vlogo pri medosebnih razlikah v razpoloženju, impulzivnosti in agresiji. Serotonin je eden izmed kemičnih prenašalcev v možganih, ki uravnava razpoloženje posameznika. Zato se molekularno genetske študije samomora in samomorilnega vedenja usmerjajo na serotonergične gene. Študije kažejo, da je samomor fenomen, ki je odvisen od socialno-ekonomskih, psihosocialnih, kulturnih, zdravstvenih in tudi genetskih dejavnikov. Družinske študije in študije dvojčkov so dokazale, da lahko k samomorilnemu vedenju kar 43 % doprinesejo genetski dejavniki, ostalih 57 % pa predstavljajo dejavniki okolja (Videtič in Pungerčič, 2006).

Od genetske zasnove naj bi bila odvisna tudi agresivnost posameznika. Roškar (2003) meni, da sta impulzivnost in agresija posameznika dva dejavnika, ki spadata med ogrožajoča dejavnika za samomor. Impulzivna oseba je izpostavljena večjemu tveganju za samomorilno in asocialno vedenje kot neimpulzivna oseba, ker je že po svoji naravi nagnjena k bolj tveganemu načinu življenja. Če takšen slog življenja okolje, v katerem oseba živi, omogoča ali celo spodbuja, se bo ta osebnostna poteza še toliko bolj izrazila. Podobno je z agresijo. Če oseba, ki je že po naravi bolj agresivna, živi v okolju, ki sprejema ali spodbuja agresivno vedenje, je to pomemben dejavnik tveganja, saj povečuje možnost avtoagresivnega vedenja. Pomembno je izpostaviti samomorilno nagnjene osebe,

ki so agresivne in impulzivne hkrati, saj ta kombinacija dejavnikov zelo verjetno pripelje do samomora.

Agresivno vedenje je vedenje, s katerim oseba namerno povzroči telesno ali psihično škodo sebi ali drugim. Agresivnost lahko delimo na kolektivno in individualno, le-to pa delimo na agresijo, usmerjeno nase in na druge. Raziskave kažejo, da se agresivnost razlikuje tako med spoloma kot tudi med starostnimi skupinami. Tako so v večini primerov moški agresivnejši kot ženske, sploh na področju telesne in besedne agresivnosti, medtem ko so ženske bolj agresivne na področju posredne agresije (Archer, Coyne, 2005 v Kozina, 2012). Posameznik uporabi posredno agresijo, ko je neposredna nedostopna. Prav zaradi tega dejstva ženske prej posegajo po posredni agresiji, saj je zanje agresivno vedenje manj sprejemljivo. Kljub temu pa raziskave kažejo, da se ženske, prav tako kot moški, zatečejo k agresivnemu vedenju, ko se čutijo ogrožene, izzvane in ko čutijo, da je agresivno vedenje v dani situaciji primerno (Connor, 2002 v Kozina, 2012).

V Sloveniji je bila na podlagi teh ugotovitev izvedena raziskava v 150 osnovnih in srednjih šolah s programom splošne mature (Japelj Pavešič, Svetlik, Rožman in Kozina, 2008 v Kozina, 2012). Reprezentativni vzorec so bili učenci četrtega in osmega razreda. Vzorec četrtošolcev je sestavljalo 5284 učencev, vzorec osmošolcev 5143 učencev, vzorec dijakov pa 3343 učencev. Rezultati so pokazali, da so četrtošolci in osmošolci izražali višjo stopnjo besedne in telesne agresivnosti v primerjavi z dijaki. Prav tako so večjo agresivnost izražali osmošolci v primerjavi s četrtošolci. Dijaki so imeli višjo stopnjo notranje agresivnosti kot obe drugi skupini. Razlike pa ne nastajajo le med starostnimi skupinami, pač pa tudi med spoloma. Rezultati omenjene raziskave kažejo, da so učenci moškega spola četrtega in osmega razreda pokazali višjo stopnjo telesne agresivnosti ter agresivnost do avtoritete v primerjavi z dekleti iste starosti. Fantje četrtega razreda so pokazali tudi višjo besedno agresijo v primerjavi z deklicami četrtega razreda. Ugotovili so, da se razlike med spoloma manjšajo glede na starostno skupino. Med dekleti in fanti četrtega razreda je bilo največ razlik, med dijaki pa so bile te razlike statistično nepomembne (Kozina, 2012).

2.1.4 Istospolnost in samomor

S samomorilnim vedenjem se močno povezuje tudi spolna usmerjenost posameznika. Prav obdobje mladostništva predstavlja največje tveganje za samomor med homoseksualnimi mladostniki, saj je to obdobje čas, v katerem se morajo soočiti s svojo homoseksualnostjo in jo tudi sprejeti. Najbolj ogroženi so mladostniki med 18. in 19. letom starosti. Tančič (2009) navaja, da je nevarnost za samomor med homoseksualnimi mladostniki od štiri- do šestkrat večja kot med heteroseksualnimi mladostniki. Avtorji še posebno izpostavljajo osamljene mladostnike in tiste, ki se s svojo spolno usmerjenostjo obremenjujejo že dalj časa.

Homoseksualnost je pojav, o katerem imajo ljudje zelo mešane občutke. Družbeno mnenje do tega pojava se je v zgodovini večkrat sprevračalo iz ene skrajnosti v drugo. Tudi danes je družbeno mnenje do tega pojava ponekod tolerantno, spet drugod strogo preganjano in obsojeno. V današnji civilizaciji zlasti moška homoseksualnost velja za nekaj nesprejemljivega, medtem ko o ženski homoseksualnosti skorajda ni govora (Kobal in Bavcon, 1969).

V eni izmed ameriških raziskav (Remafedi in sodelavci v Žibret, 2012) je bilo ugotovljeno, da je tudi homofobija dejavnik tveganja za samomor. Povišanje samomora med homoseksualnimi in biseksualnimi mladostniki v primerjavi s heteroseksualnimi je posledica psihosocialnih stresorjev, ki jih doživlja posameznik, pomanjkanja podpore s strani družine in sovrstnikov, ki lahko posledično privede do opustitve šole, nižje izobrazbe, socialnega umika, brezdomstva, zlorabe alkohola in drog ter razvoja duševnih motenj. Udeleženci raziskave so bili različno usmerjeni najstniki, stari od 14 do 19 let. Raziskava je potekala tako med heteroseksualnimi kot homoseksualnimi in biseksualnimi najstniki. Rezultati kažejo, da si je med homoseksualnimi ali biseksualnimi fanti želelo vzeti življenje 28 %, med heteroseksualnimi pa 4 %. Med istospolno usmerjenimi dekletimi ali biseksualnimi dekletimi pa si je življenje poskušalo vzeti 21 %, medtem ko si je med heteroseksualnimi dekletimi istih let želelo vzeti življenje 16 % letnih (Žibret, 2012). Raziskava kaže tudi na to, da so homoseksualni mladostniki bolj izpostavljeni samomoru, če svojo spolno usmerjenost razkrijejo že v rani mladosti. Avtorji menijo, da so v primerjavi s starejšimi osebami mladostniki v zgodnjem in srednjem mladostništvu na splošno manj sposobni spopadati se z izolacijo in stigmatizacijo homoseksualne identitete (SPCR, 2008).

2.2 Medosebni dejavniki

Družina ima najpomembnejšo vlogo pri socializaciji, vzgoji in odraščanju mladostnika. V družini se otrok nauči medosebnih odnosov, sprejema vrednote, stališča in osebno raste. Otrok prav preko družine dobiva sliko stvarnosti, krepi svoje sposobnosti za spoprijemanje s stresom idr. (Tomori, 1994). Samomorilno tveganje se lahko razvije tudi kot posledica različnih problemov v družini, v kateri mladostnik odrašča. Med družinske dejavnike za samomor spadajo vsi spori in konflikti, skrajno nizka ali visoka pričakovanja staršev do otrok, spolne zlorabe, družinsko nasilje, čustvena in dejanska zanemarjenost idr. Med najbolj odločilnimi dejavniki, ki mlade privedejo do samomora, pa so duševne motnje staršev. Mednje spadajo depresivna motnja, disociativne motnje, zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih substanc ter družinska zgodovina samomorilnega vedenja. Pomembni dejavnik samomorilnosti med adolescenti je tudi ločitev staršev in izguba enega ali obeh staršev. Groleger (2003) in Tomori (2003) menita, da so mladostniki s slabimi odnosi v družini veliko bolj dovzetni za samomorilno vedenje kot tisti, ki živijo v harmoniji s svojimi starši. Prav tako se večja samomorilnost v povezavi z družinskimi odnosi izraža pri dekletih kot pri fantih.

2.2.1 Otroci odvisnikov

Otroci odvisnih staršev se od svojih vrstnikov razlikujejo tako na področju vedenja kot tudi na področju kognicije in čustvovanja. Predstavljajo rizično skupino, ki je ogrožena s strani več različnih dejavnikov, že od same oploditve naprej. Najbolj ogroženi so vsekakor otroci, ki so alkoholu izpostavljeni že v maternici (Oravec, 2002). Večina teh otrok potrebuje posebno skrb s strani staršev in ustanov že od samega rojstva, vendar tem potrebam žal velikokrat ni zadoščeno. Morebitne poznejše zlorabe, zanemarjanje otrok in trpinčenje le dodatno poglobljajo duševno in telesno stanje posameznika. Družine, katerih odrasli člani so odvisni od alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc, velikokrat razpadejo, v njih so prisotne motnje v medosebnih odnosih, občutek krivde, napetosti, negotovosti in strahu (Woodside, 1988 v Oravec, 2002). Odvisni starši mnogokrat prenašajo svoje pивske navade na svoje otroke, saj imajo drugačno starševsko držo in jim posredujejo izkrivljeno sliko stvarnosti. Vsi ti dejavniki lahko posledično privedejo do razvoja samomorilnega vedenja (Oravec, 2002). Raziskave navajajo tudi problematiko odraslih otrok odvisnih staršev, ki se razlikujejo glede na spol. Odrasli sinovi naj bi kazali veliko več napetosti, žalosti, depresije, neprilagojenega vedenja in odvisnosti od alkohola. Odrasle hčerke pa več depresivnosti, zakonskih konfliktov, nižjo stopnjo samozavesti, več pitja z željo po obvladovanju problemov ter resne težave pri vzgoji lastnih otrok (Currier in Aponte, 1991 v Oravec, 2002). Iz navedenih podatkov lahko sklepamo, da odvisnost enega ali obeh staršev prinaša slabšo kvaliteto življenja celotne družine, ki lahko traja več generacij. Ena od jasnih posledic je tudi povečanje samomorilnega vedenja, predvsem med najstniki. Nekateri avtorji menijo, da se za samomorilnim vedenjem mladostnikov skriva

telesno trpinčenje in spolna zloraba, vendar je čustveno zanemarjanje in zapostavljanje pomembnejši dejavnik tveganja (Tomori, 1999). Prav tako raziskave kažejo, da so otroci odvisnih staršev bolj rizična skupina za samomor kot otroci staršev, ki pijejo zmerno (Oravec, 2002; Tomori, 1999).

2.2.2 Zlorabe v družini

Dobri družinski odnosi so varovalni indikatorji pred samomorilnim vedenjem. Žal pa v mnogih družinah najdemo vse prej kot razumevajoče, ljubeče in spoštljive odnose. Otroci so mnogokrat priča nasilju med partnerjema ali pa so sami žrtev najrazličnejših zlorab v družini.

Posledice nasilja med partnerjema so lahko telesne ali psihosomatske. Slednje lahko žrtev privedejo v samomorilno vedenje, depresijo, posttravmatsko motnjo, zlorabo drog in alkohola ter razna telesna obolenja. Med telesne posledice pa spadajo kakršnekoli telesne poškodbe, ki jih žrtve največkrat skrivajo za najrazličnejšimi izgovori (Rus-Makovec, 2003). Najpogosteje so žrtve psihičnega ali fizičnega nasilja ženske, čeprav moški ne zaostajajo. Raziskave kažejo, da imajo ženske, ki so žrtev domačega nasilja, šestkrat več samomorilnih poskusov, štirikrat več depresij, dvakrat več glavobolov in dvakrat več drugih telesnih obolenj kot ženske, ki živijo v urejenih in nekonfliktnih družinskih okoljih (Straus, Gelles, 1990 v Rus-Makovec, 2003).

Zlorabe v družini predstavljajo povečano tveganje za nastanek samomorilnega vedenja tako med odraslimi oz. zakoncema kot tudi med otroci. Poleg samomorilnega vedenja se lahko razvijejo tudi najrazličnejše vedenjske in duševne motnje, predvsem depresija, za katere pa iz prejšnjih poglavij vemo, da predstavljajo povečano verjetnost za samomor. Raziskave kažejo, da obstajajo neposredne povezave med partnerskim nasiljem in tem, da bo tudi otrok žrtev tega nasilja. Takšni otroci največkrat postanejo tudi sami nasilni in svojo agresijo sproščajo nad vrstniki oz. šibkejšimi. Prav tako razvijejo depresijo in pogosto razmišljajo o samomoru (Rus-Makovec, 2003).

Da je otrok žrtev zlorabe, lahko opazimo že iz njegovega vsakodnevnega vedenja. Ti otroci so pogosteje žalostni, agresivni, radi se umaknejo v svoj notranji svet, pogosto pa začnejo posegati po alkoholu in drugih psihoaktivnih substancah (Rus-Makovec, 2003).

Otroci so mnogokrat tudi žrtve spolne zlorabe, ki prav tako povzroči hude psihosocialne motnje. Statistični podatki kažejo, da kar 85 % vseh zlorabljenih otrok storilca dobro pozna. Ta prihaja iz njegovega ožjega in dobro poznanega okolja, je oče, brat, stric, očim, učitelj ali kdo drug. V 94 % so storilci zlorabe moški, v 6 % pa ženske. Spolna zloraba je dejavnik tveganja, ki močno povečuje verjetnost pojava vedenjskih in čustvenih motenj pri otrocih (Končnik Goršič in Ribičič, 1999). Ti mladostniki poleg spremenjenega vedenja kažejo tudi telesne znake, kot je bolečina in vzdraženje genitalnega predela, težave z

uriniranjem itd. Zloraba otroka se lahko v odraslosti preoblikuje v osebnostne ali duševne motnje, za katere pa vemo, da so eni izmed glavnih dejavnikov za nastanek samomorilnega vedenja (Rus-Makovec, 2003).

2.2.3 Izguba bližnjega

Na razvoj samomorilnega vedenja pri mladostniku močno vpliva tudi izguba enega ali obeh staršev. Izguba ni nujno povezana s smrtjo, ampak gre lahko tudi za ločitev zakonca. Dejavniki tveganja so nekoliko bolj izraženi pri dekletih kot pri fantih in se v primeru ločitve začnejo razvijati že pred njo, na podlagi konfliktov med partnerjema, ki negativno vplivajo na druge družinske člane. Dokazano je, da so konflikti znotraj družine neposredno povezani s pogostostjo samomorilnega vedenja pri mladostnikih, medtem ko so dobri odnosi in harmonija med družinskimi člani varovalni dejavniki (Tančič, 2009).

Dejavnik tveganja za samomor v družini je lahko tudi zgodovina samomorilnega vedenja med družinskimi člani. Osebe, katerih bližnji so storili samomor, lahko začnejo to dejanje razumeti kot edini možen izhod za prekinitev bolečine in trpljenja, ki ga doživljajo. Samomorilnost v družini dojemajo kot nekakšen vzorec vedenja. Roškar (2003) dodaja, da se samomorilno tveganje poveča, ko je bil samomor bližnjega storjen z agresivno metodo. Prav tako so ugotovili, da je predvsem samomorilnost mladih moških v tesni povezanosti s samomorilnostjo njihovih sorodnikov. Nekateri avtorji menijo, da je na splošno samomorilnost večja med moškimi kot med ženskami. Eden izmed razlogov za to naj bi bilo tudi dejstvo, da se ženske veliko bolje in lažje spoprijemajo s stresom. Prav tako prej prepoznajo opozorilne znake, ki povečujejo možnost samomora in posledično prej poiščejo strokovno pomoč (Cukut, 2006). Razlika med spoloma se kaže tudi po poskusu samomora. Moški so še eno leto po tem podvrženi velikemu tveganju za ponovni poskus, pri ženskah pa ta stopnja ni tako visoka. Sama menim, da je lahko to posledica tudi dejstev, ki jih navaja Valetič (2009), in sicer, da ženske prejmejo več razumevanja in opore tako s strani družine kot družbe.

2.3 Družbeni dejavniki

Veliko mladostnikov, ki kažejo visoko tveganje za samomorilnost, izhaja iz socialno neugodnih razmer (Tomori, 2003). Živijo v gmotni, izobraževalni in socialni prikrajšanosti, ki močno vpliva na njihov način življenja in razmišljanja. Posredno te razmere vplivajo tudi na vrsto navad, ki se povezujejo z neustreznim zdravjem in različnimi dejavniki tveganja, kot so alkohol, delinkventna vedenja idr.

2.3.1 Vpliv vrstnikov na samomorilno vedenje

Obdobje adolescence posameznika je obdobje, v katerem posameznik začne navezovati stike s sovrstniki. Interakcija z vrstniki ima pomembno vlogo pri njegovem osamosvajanju od primarne družine, oblikovanju identitete, vzorcev moralnega presojanja in vedenja, upadanju mladostniškega egocentrizma in drugo. Otroci si tako v teh vrstniških skupinah delijo pomembne vidike svojega življenja. Vloga vrstnikov postane še pomembnejša, ko odnosi z vrstniki postanejo vzajemni, čustveno intenzivnejši, stabilni in psihološko intimni. Raziskave kažejo, da imajo posamezniki, ki ne uspejo vzpostaviti zadovoljivih odnosov z vrstniki vse do obdobja zgodnje odraslosti, značilno več težav kot mladostniki, ki so uspeli oblikovati kakovostne vrstniške odnose (Zupančič in Svetina, 2004).

Rečemo lahko, da mladi spadajo v najbolj rizično skupino za nastanek avtoagresivnega vedenja. V tem življenjskem obdobju so njihova dejanja mnogokrat nepremišljena, impulzivna in na žalost mnogokrat tudi usodna. Avtorici Zupančič in Svetina (2004) navajata dve skupini mladostnikov, in sicer impulzivne, dinamične in nepredvidljive mladostnike na eni strani ter nesamozavestne, negotove in pasivne osebe na drugi strani. Prvi so mnogokrat tudi agresivni, žaljivi in provokativni, a je kljub temu treba več pozornosti nameniti drugim, saj svojih občutkov, namenov in misli ne delijo s širšo javnostjo in tako okolica kaj hitro prezre spremenjeno vedenje.

Identifikacija s sovrstniki je pogost dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, natančneje, ko se posameznik zaradi podobnih lastnosti ali težav primerja s sovrstniki, ki so naredili samomor, in o tem razmišlja kot o rešitvi težav. Poleg posnemanja veliko težo za samomorilne poskuse nosijo tudi prekinitve prijateljstva, osamljenost, težave pri pridobitvi prijateljev in ustrahovanje. Prav ustrahovanje je veliko tveganje, saj se povezuje s številnimi vedenjskimi in psihološkimi simptomi. Mladostniki, ki ustrahujejo druge, naj bi imeli večje tveganje za razvoj depresije in samomorilnega vedenja (Tančič, 2009).

Vrstniški odnosi so pomembni, saj naj bi postopno prevzeli del čustvene opore, ki so jo posamezniku prej zagotavljali starši. Tako imajo vrstniki še toliko večjo in pomembnejšo vlogo, ko mladostnik v odnosu s starši ni deležen naklonjenosti, ljubezni, pozornosti in razumevanja. Takšnim mladostnikom vrstniki predstavljajo neko varno okolje, v katerega se lahko umaknejo pred stresom, ki je posledica družinskih konfliktov in drugih nesoglasij.

V takšnih pristnih vrstniških odnosih mladostniki prejmejo potrebno razumevanje in čustveno oporo, pozitiven pogled na svet in boljšo samopodobo.

Zupančič in Svetina (2004) navajata, da se mladostniki v obdobju adolescence med seboj tudi primerjajo, zato je naloga vsakega posameznika, da si izbori svoje mesto za možnost pozitivnega uveljavljanja ali pa prevzame negativno samopotrjevanje. V tem primeru lahko vrstniki predstavljajo tudi neugoden razvojni kontekst. Če se vrstniki iz mladostnika norčujejo in zavračajo njegovo prisotnost v skupini, lahko to privede do povečane anksioznosti in do težnje po izogibanju vrstnikom. Ker ima mladostnik močno potrebo po izražanju svojih čustev, dvomov, sanjarjenj in pozitivnih doživetij med sebi enakimi, ga tak položaj med vrstniki prizadene in začne doživljati osamljenost ter pasivnost. Manj se sestaja z vrstniki ter se ne vključuje v zunajšolske dejavnosti in tako več časa preživi sam. Prav socialna izoliranost, nesprijemanje vrstnikov in osamljenost so glavni dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja pri mladostnikih.

2.3.2 Samomorilnost in šola

Zelo pomemben socialni dejavnik je vpliv šole, v kateri mladostnik preživi večino obdobja mladostništva. Prav težave, povezane s šolo in učenjem, predstavljajo tveganje za samomorilno vedenje (Tančič, 2009). Zaradi šolskega neuspeha lahko posameznik podvomi vase, razvije nizko samopodobo, depresivno razpoloženje, tesnoba in celo samomorilne misli kot izhod iz stresne situacije. Samomorilne misli pa se zaradi šolskega neuspeha ne pojavljajo samo pri učencih s trajnim učnim neuspehom, ki stalno utrjuje občutek nesposobnosti in manjvrednosti, ampak tudi pri učencih z nenadnim, nepričakovanim neuspehom, še posebno, če je bil učenec prepričan v dober uspeh. Težave in misli na samomor so lahko posledica tudi nesprijemanja s strani drugih učencev ter posledično socialne izoliranosti in občutka osamljenosti (glej poglavje Vpliv vrstnikov na samomorilno vedenje). Pomembno vlogo imajo tudi pričakovanja staršev in ostalih oseb v mladostnikovem življenju v povezavi s šolskim uspehom ter mladostnikova želja po njihovi izpolnitvi. Preprečevanje šolske neuspešnosti pomeni krepitev dejavnikov, ki promovirajo duševno zdravje, s tem pa zmanjševanje dejavnikov, ki bi ob drugih obremenitvah vodili v različne motnje (Tančič in Groleger 2009; Magajna, 1999).

2.3.3 Stres in brezposelnost mladostnikov

Tempo življenja je dandanes hiter in nemalokrat tudi težak. Vsakodnevno se srečujemo z obremenitvami in stresi, ki lahko hitro postanejo dejavnik tveganja za samomorilno vedenje. Mladi lahko vsakodnevno poslušamo in beremo o gospodarski krizi, vedno večji brezposelnosti med odraslimi zaposlenimi, slabem finančnem položaju idr. Mladi se srečujemo z naraščajočimi izobraževalnimi zahtevami in težavami s pridobitvijo zaposlitve. Marušič in Zorko (2003) menita, da takšne neugodne situacije pri posamezniku izzovejo neugodna duševna stanja. Prav težave z zaposlitvijo, želje po visokem

življenjskem standardu in drugih osebnih ciljih so vzrok večje stopnje anksioznosti med mladimi, negativno vplivajo na splošno počutje in tudi povečano samomorilno vedenje. Zaradi brezposelnosti se marsikateremu mladostniku prekine tudi možnost izobraževanja. Družine so dandanes pod velikimi finančnimi pritiski, ki privedejo do tega, da vsakodnevno doživljajo stresne situacije. Avtorji navajajo, da se ekonomska negotovost povezuje s samomorilnim vedenjem v vseh starostnih obdobjih (Cukut, 2006). Težke življenjske razmere lahko privedejo do konfliktov med partnerjema, izgube socialnih povezav med družino in prijatelji, prekomernega uživanja alkohola ali celo poseganja po psihoaktivnih substancah (Cukut, 2006). Revščina tako vpliva na celotno družino. Otrok, ki odrašča v revščini, ob brezposelnosti staršev, je bolj izpostavljen dejavnikom tveganja, saj ima slabšo kakovost življenja kot njegov premožnejši vrstnik (Mikuš Kos, 1999). Po statističnih podatkih naj bi trikrat več samomorov naredili moški prav zaradi družbenih vlog in položaja, ki ga imajo v družbi. Dečki so že od malih nog naprej vzgojeni, da morajo biti močni in ne smejo jokati, kar privede do tega, da se kasneje v težkih in stresnih situacijah ne znajo pravilno soočiti s težavo. V večini kultur se moškega povezuje z dominantnostjo in močjo, medtem ko se ženske povezuje z nežnostjo, občutljivostjo in emocionalnostjo. Čeprav samomor izvede več moških kot žensk, pa je poskus samomora pogostejši pri ženskah. Eden od preventivnih znakov je tudi to, da ženske posegajo po manj nevarnih metodah, zato jih posledično več preživi (Tomšič idr., 2009).

2.3.4 Internet in mediji kot dejavniki tveganja

Dandanes smo mladi močno povezani s sodobno tehnologijo in si skoraj ne moremo predstavljati življenja brez interneta. Na njem najdemo socialna omrežja, zabavne slike in video vsebine, razne spletne brskalnice in drugo. Raziskava, ki sta jo Lobe in Muha (2011) izvedli na slovenskih otrocih in mladostnikih, razkriva, da internet dnevno uporablja kar 70 % slovenskih otrok in mladih. Delež uporabnikov interneta se s starostjo povečuje, največja uporaba je zaznana pri starejših otrocih, starih od 15 do 19 let. Poleg tega statistika dokazuje, da fantje internet uporabljajo bolj kot dekleta.

Internet je medij, ki nam omogoča dostop do številnih koristnih informacij, le malokdaj pa razmišljamo o negativnih vplivih in posledicah le-tega. Prav internet je eden izmed dejavnikov tveganja za nastanek samomorilnega vedenja med mladimi. Mladi lahko na medmrežju zasledijo ogromno število strani, namenjenih prav samomoru. Delimo jih v štiri skupine: prve ozaveščajo širšo javnost o pojavu samomora in podajajo koristne informacije za lažje razumevanje dejavnikov tveganja, druge ponujajo nasvete in informacije posameznikom, ki so se že srečali s samomorilnimi mislimi in iščejo pomoč. Tretja skupina internetnih strani zajema razne forume, ki omogočajo izmenjavo informacij med udeleženci foruma. Te informacije so lahko pozitivne v smislu opore ali negativne, če gre za spodbujanje samomorilnega vedenja. Zadnja, četrta skupina pa so strani, ki objavljajo nasvete za samomor in celo spodbujajo k tem dejanjem. Te strani predstavljajo največje

tveganje za razvoj samomorilnega vedenja. To so tudi spletne strani, katerim bi morali pri preventivi nameniti največ pozornosti in mlade ozaveščati o njihovi nevarni vsebini (Tančič, 2009).

Čeprav je samomor osebna odločitev posameznika, vpliva na širšo javnost in družbo, v kateri živimo. Del te družbe so mediji, ki vsakodnevno ozaveščajo javnost o novostih, vplivajo na stališča, prepričanja, stereotipe itd. V Sloveniji je samomorilno vedenje pogosto, zato mediji velikokrat poročajo o njem. Njihov način sporočanja lahko predstavlja dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, še posebej pri mladostnikih. O negativnem oz. napačnem poročanju medijev govorimo, če samomor opisujejo kot senzacionalistično novico, če so novice obširne in vpadljive ali če natančno opisujejo metodo izvedbe samomora (Roškar, Tančič Grum in Poštuvan, 2010). S takšnim poročanjem lahko spodbudijo ranljive posameznike k posnemanju. Posnemovalni učinek je še toliko večji, kadar se posameznik zaradi podobnosti iz novic poistoveti z osebo, ki je izvedla samomor. Prav zaradi negativnega efekta poročanja je tako nujno potrebno, da so mediji ozaveščeni o pravilnem poročanju pri tako tragičnih dogodkih, kot je samomor. Priporočljivo je, da v svojem poročanju pomagajo ozaveščati in spodbujati ljudi k iskanju strokovne pomoči v stiski.

V nadaljevanju Roškar, Tančič Grum in Poštuvan, (2010) navajajo nekaj smernic, na katere morajo biti mediji še posebej pozorni:

- izogibanje jeziku, ki bi samomor predstavljal senzacionalistično ali kot rešitev iz težav,
- izogibanje izpostavljanju in nepotrebnemu ponavljanju zgodb,
- izogibanje podrobnim opisom metod, informacij o lokaciji poskusa samomora ali dokončanja samomora,
- previdnost pri izbiranju naslovov, fotografij in videoposnetkov,
- preiščeno in previdno poročanje o samomorih znanih osebnosti,
- izkazana skrb in spoštovanje do ljudi, ki žalujejo zaradi samomora bližnjega,
- navajanje informacij o tem, kje poiskati pomoč in
- navajanje zgodb ljudi, ki so premagali težave.

Mediji morajo biti pri svojem poročanju pozorni na prej navedene točke, predvsem zaradi mladih, ki v obdobju adolescence razvijajo svojo identiteto. Tako se mnogokrat primerjajo s slavnimi osebami in če ti naredijo samomor, lahko pride do učinka posnemanja. Pomembno je tudi dejstvo, kako mladostniki doživljajo izid in posledice samomora. Če doživljajo samomor kot nekakšen izhod iz stiske, pobeg pred problemi, maščevanje družbi ali nekaj običajnega in pogostega, se poveča njihova dovzetnost za samomor in doživljanje, da je to družbeno sprejemljivo vedenje. Posebej nevarno je poročanje, ko mediji zelo natančno opisujejo metodo, s katero si je oseba vzela življenje, saj jim s tem

pomagajo poiskati način za načrt samomora. Nasprotni – pozitiven vpliv imajo novice, kjer mediji govorijo o osebah, ki so se znašle v hudih življenjskih situacijah in preizkušnjah ter jih uspešno rešile. Takšno poročanje medijev lahko ljudem, ki so v podobnih situacijah, vlije upanja in tolažbe ter jim ponudi eno izmed možnih rešitev pri reševanju težav, s katerimi se soočajo. Poročanje medijev bi moralo vedno vsebovati tudi podatke, kam naj se osebe obrnejo po strokovno pomoč v primeru stiske ter splošno ozaveščanje javnosti o preventivi samomorilnega vedenja (Roškar, Tančič Grum in Poštuvan, 2010).

3 PREVENTIVA SAMOMORILNEMU VEDENJU

Samomor in pogovor o samomoru je v naši družbi še vedno tabu tema. O samomorilcih in njihovih svojcih se širijo različne, največkrat negativne oznake. Zato je nadvse pomembno, da se o samomoru piše, govori in ga raziskuje, saj je navsezadnje velik javnozdravstveni in družbeni problem tudi v Sloveniji. Slovenija je po količniku samomora v vrhu evropskih držav (Ziherl in Pregelj, 2009). Marušič (2009) navaja, da Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da bo do leta 2020 zaradi samomora umrlo približno poldrugi milijon ljudi, več kot desetkrat toliko pa bo samomor poskušalo narediti. Zadnjih nekaj desetletij je bil količnik samomora v Sloveniji bolj ali manj nespremenjen, in sicer 30 samomorov na 100.000 prebivalcev, kar znaša okrog 600 samomorov letno (Marušič, 2009). V zadnjem desetletju pa smo priča upadanju samomorilnega količnika, in sicer iz 30 na 20, česar razlog je najverjetneje tudi vse večja informiranost javnosti o tem javnozdravstvenem problemu (Živ? Živ!, 2014).

Samomor je pojav, ki spremlja človeka od njegovega nastanja naprej. Ne moremo pričakovati, da ga lahko izkoreninimo, preprečevanje samomora pa je vendarle možno. Sodobni suicidologi so v mnogih državah izdelali preventivne programe, ki slonijo na nacionalnih programih za preprečevanje samomorilnosti. Tako po svetu kot tudi pri nas delujejo najrazličnejše institucije za preprečevanje samomora.

Ziherl in Pregelj (2009) v njunem preglednem članku z naslovom *Samomorilnost v Sloveniji* preprečevalne ukrepe delita na zdravstvene v ožjem smislu in javnozdravstvene oziroma družbene ukrepe. Pod zdravstvene preprečevalne ukrepe umeščata:

- opredelitev rizičnih skupin,
- izboljšanje diagnosticiranja in zdravljenja oseb s samomorilnim vedenjem,
- izboljšanje rehabilitacije oseb po poskusu samomora in
- terapevtsko pomoč preživelim svojcem osebe, ki je napravila samomor.

V skupini javnozdravstvenih ukrepov navajata psihosocialno podporo v smislu vzpostavitve služb, ki spodbujajo in učijo ljudi obvladovanja stresa in drugih težkih življenjskih situacij. Članek nadaljujeta z dejstvom, da je nujno treba spremeniti odnos javnosti do samomora, govoriti o njem, predvsem pa širiti znanje in vest o načinih preprečevanja. Kot zadnje navajata izobraževanje zdravnikov v smislu prepoznavanja depresije in drugih duševnih motenj, ki so dejavniki tveganja za nastanek samomorilnega vedenja, ter izobraževanje učiteljev, ki bi prepoznali samomorilno ogrožene učence in dijake.

Omenjene preprečevalne ukrepe najpogosteje delimo na tri tako imenovane oblike preventive, in sicer primarno, sekundarno in terciarno.

Terciarna je tista nujna pomoč posamezniku po poskusu samomora, ki rešuje njegovo življenje. V njej sodelujejo zdravniki, psihologi in psihiatri. Strokovnjaki na podlagi ocene in pogovora z osebo, ki je poskušala narediti samomor, ocenijo, katera izmed oblik zdravljenj bi bila zanjo najprimernejša, ter presodijo, ali oseba potrebuje nadaljnje zdravljenje v eni izmed psihiatričnih ustanov.

Sekundarna preventiva samomora se ukvarja predvsem z rizičnimi skupinami, torej s tistimi posamezniki, ki so že kdaj poskušali storiti samomor, da tega v prihodnje ne bi več počeli. Med rizične skupine ljudi na eni strani umeščamo ljudi z duševnimi motnjami, kot sta depresija in shizofrenija, ljudi, ki so odvisni od alkohola in drugih psihoaktivnih substanc, in pa tisti, ki so že poskušali izvesti samomor. Na drugi strani pa med rizične skupine umeščamo svojce umrlega, starejše, kronično bolne ljudi, mladostnike z osebnimi ali družinskimi problemi, zapornike in ljudi v kazenskem postopku. Rečemo lahko, da gre pri sekundarni preventivi za zgodnje odkrivanje samomorilno ogroženih (Tekavčič-Grad, 1995). V sekundarni preventivi se srečamo tudi s preprečevanjem avtoagresivnega vedenja pri posamezniku. S tem se najpogosteje ukvarjajo psihiatri, psihoterapevti in klinični psihologi. Njihova naloga je obvarovanje duševno bolnih, z višjo ravno tveganja za nastanek samomorilnega vedenja kot drugi ljudje (Milčinski, 1999).

Pomemben del preventive so telefonske krizne linije, kjer prestrezajo velik del tistih, ki so sicer v fazi razmišljanja o samomoru, so se pa o svojih stiskah še pripravljani pogovarjati in spreminjati svoje vedenje (Tekavčič-Grad in Topolovec, 2013).

Primarna preventiva se nanaša na čas pred začetkom samomorilnega procesa. Sem uvrščamo prizadevanje družbe, da bi odpravila okoliščine in pritiske, v katerih pride do samomorilnih dejanj. Skupni cilj je izobraževanje ljudi, katero bi jih prepeljalo do zdravega in konstruktivnega reševanja življenjskih težav. Tu moramo sodelovati vsi in si prizadevati, da bi nekoč odpravili okoliščine in pritiske, v katerih se pojavljajo samomorilna dejanja (Tekavčič-Grad, 1995).

Tekom naloge smo že večkrat poudarili, da je posebno pozornost treba nameniti skupini mladostnikov. V Sloveniji tako vsako leto konča svoje življenje okrog 20 mladih, med katerimi je štirikrat več fantov kot deklet (Tomori, 2003). Raziskava, ki je potekala med slovenskimi srednješolci, kaže, da kar 6,8 % fantov in 13,6 % deklet v starosti med 14. in 19. letom poroča o poskusu samomora (Tomori, 2003). Poleg tega rezultati kažejo na to, da je samomorilnost večja med tistimi adolescenti, ki niso vključeni v izobraževanje ter običajno živijo v neurejenih družinskih razmerah (Tomori, 2003). Slovenija se glede na količnik samomorov med mladimi uvršča med prvih pet držav na svetu. Vzrok za to naj bi bila nizka samopodoba, negativno doživljanje sveta, v katerem živijo, ter posledično obolevanja za depresijo. Največ samomorov med mladimi se zgodi prav v mesecu maju in

juniju, ko so tako učenci kot tudi dijaki pod močnim pritiskom zaradi zaključevanja šolanja (Valetič, 2009).

Preprečevanje samomora je celostna naloga, v kateri moramo intenzivno sodelovati vsi. Med preventivne dejavnosti in pomoč je nujno treba umestiti vzpostavitev realnejšega odnosa do tega pojava, ozaveščanje o prisotnosti samomora med nami in posledično poskus zmanjševanja strahu in mitov, ki se pojavljajo v povezavi s samomorom. Potrebno je izobraževanje laikov in strokovnjakov na področju prepoznavanja dejavnikov, samomora, zmanjševanje brezposelnosti, možnost študija, prizadevanje posameznikov in skupnosti k dvigu in krepitvi samopodobe ter samospoštovanja, občutka lastne vrednosti itd. (Konec Jurčič 2003; Valetič, 2009). V državi bi bilo treba urediti socialno pomoč in povezanost s starejšimi, osamljenimi in duševno bolnimi ljudmi. Nujno bi bilo ustanoviti še več svetovalnih centrov, intervencijskih skupin in društev, ki posameznikom nudijo svetovanje, izobraževanje in pomoč v najrazličnejših stiskah in težavah, v katerih se znajdejo. Poleg prepoznavanja dejavnikov tveganja je potrebno tudi preprečevanje dostopa do krajev, kjer je že več ljudi izvedlo samomor, prav tako preprečevanje dostopa do priročnih sredstev za izvršitev le-tega, kot so orožje, strupene substance, zdravila in drugo. Tudi hitro prepoznavanje, predvsem pa pravilno zdravljenje, oseb z duševnimi motnjami lahko zelo pripomore k preprečevanju samomora. Navsezadnje pa ne smemo pozabiti na pomoč bližnjim, katerih oseba je naredila samomor. Izguba bližnjega je ena izmed najbolj bolečih izkušenj, ki jih posameznik lahko doživi v svojem življenju. Mnogi rabijo pomoč, da lažje preživijo izgubo in poskušajo živeti naprej (Groleger, 2003; Tomori, 2003; Tekavčič-Grad, 2003).

Če nekoliko konkretnije navedemo preventivne ukrepe, je na področju primarne preventive treba začeti v samem začetku življenja posameznika, torej v otroštvu. Pri preprečevanju samomora med mladimi je zelo pomembno, v kakšni družini le-ti bivajo in odraščajo. Opora in vzgoja, ki mu ju nudijo starši, močno vplivata na nadaljnji razvoj otroka (Zavasnik in Tekavčič-Grad, 1999). Na tem področju delujejo primarne zdravstvene in socialne službe, katerih vloga je prepoznavanje rizičnih skupin in nudenje strokovne pomoči takšni družini. Na razvoj otrok poleg družine vplivajo tudi najrazličnejše institucije, v katere je otrok vključen, na primer vrtci in šole. Tudi v teh ustanovah je treba učiti mlade pravilnega soočanja s težavami, s katerimi se spopadajo. Prav učitelji in svetovalni delavci so tisti, ki morajo biti zgled mladostnikom pri reševanju konfliktnih in kriznih situacij. Po nekaterih šolah se že izvaja programe za preprečevanje samomora, ki pa ima lahko zaradi občutljivosti teme tudi nasprotni učinek. Mladi lahko samomor dojemajo kot nekakšen izhod iz težav, zato je pomembno, da tovrstne programe vodi ustrezno strokovno usposobljena oseba (Zavasnik in Tekavčič-Grad, 1999).

S sekundarno preventivo je treba posebno pozornost nameniti osebam, ki so že samorilno ogrožene. Treba je odpreti več centrov za preventivo samomora, več

oddelkov za krizne intervencije ter telefonske službe, ki dajejo ljudem ustrezne strokovne nasvete.

Zdravljenje mladostnikov po poskusu samomora spada pod terciarno preventivo. Poteka v ustreznih ustanovah, kjer se mladi preko individualnih in skupinskih obravnav srečujejo s strokovno izobraženimi ljudmi na tem področju (Landeker in Jesenko, 2009; Kablinović, 2007).

Menim, da bi na področju primarne preventive lahko naredili nekoliko več že pri sami vzgoji in izobraževanju otrok. Treba bi bilo ustanoviti centre, kamor bi se lahko otroci zatekli v primeru neurejenih družinskih razmer, v primeru konfliktov in drugih pritiskov ter zlorab. V šolstvu bi se lahko uvedlo obvezni predmet, pri katerem bi se spodbujalo javno duševno zdravje. Predmet bi izvajali s pomočjo najrazličnejših praktičnih delavnic o dvigu samopodobe, pravilnem spopadanju s stresom, reševanjem konfliktov in drugo. Menim, da bi moralo biti s strani države zagotovljeno brezplačno šolanje za vse otroke do konca obdobja mladostništva, saj raziskave dokazujejo, da je samomorilnost večja pri tistih adolescentih, ki niso vključeni v izobraževanje (Tomori, 2003). Prav tako bi se lahko v šolstvu zaposlilo več ljudi, ki bi pomagali otrokom z učnimi težavami in nekoliko slabšim uspehom, z namenom, da bi lažje in čim manj stresno dokončali šolanje ter pridobili ustrezno zaposlitev. Mladi bi lahko stres, katerega doživljajo zaradi najrazličnejših razlogov, zmanjševali z redno telesno aktivnostjo. Organizirane bi lahko bile skupinske vadbe, mladi pa bi imeli cenejši vstop v fitness, razna igrišča, bazene, plezalne stene itd.

Na področju sekundarne preventive bi lahko odprli več centrov za pomoč rizičnim skupinam; zasvojenim z alkoholom in drugimi psihoaktivnimi substancami. Prav tako ne smemo pozabiti na ostarele in osamljene ljudi. Organizirali bi lahko več kulturnih prireditev ali ustanovili centre z najrazličnejšimi ustvarjalnimi in plesnimi delavnicami, bralnimi krožki. Mlade in starejše bi se v teh centrih lahko povezovalo v medsebojno pomoč in izobraževanje. Mladi bi starejše izobraževali na področju tehnike, tujih jezikov in računalništva, starejši pa bi mlajše poučevali o praktičnih stvareh, kot so: pridelava in priprava hrane, razna ročna dela, pripovedovali bi zgodbe iz svojega otroštva, pomagali z najrazličnejšimi nasveti iz vseh področij življenja itd. Organizirali bi lahko tudi delavnice in predavanja za pomoč svojcem umrlega.

Terciarnih preventiv sama ne bi bistveno spreminjala, povečala bi le število strokovnih predavanj, seminarjev in izobraževanj za hitrejše in kakovostnejše prepoznavanje duševnih bolezni in samomorilno rizičnih skupin.

Vsako leto nas organizacije, ki preprečujejo samomor in spodbujajo javno duševno zdravje, vabijo, da 10. septembra na Svetovni dan preprečevanja samomora ob 20.00 na svojem oknu prižgemo svečko v podporo preprečevanju samomora, v spomin tistim, ki so umrli zaradi samomora in kot upanje za njihove svojce.

Lani se je beležil že 11. svetovni dan preprečevanja samomora pod geslom »stigma«. Stigma še vedno predstavlja problem v preventivi. Eden od vzrokov za stigmatizacijo je preprosto neznanje in nevednost. Proti takšni stigmatizaciji pa se lahko borimo le z zagotavljanjem izobraževalnih programov, ki so namenjeni izbranim družbenim skupinam glede na njihovo starost, izobrazbo in spol (Živ? Živ!, 2014).

4 SKLEP

Ključna teza zaključne naloge je poglobiti zavest javnosti o obstoju samomora v družbi ter zmanjševanje oziroma omejitev le-tega. Cilj današnje družbe je spodbuditi javno duševno zdravje in preventivo samomorilnemu vedenju. Pred tem pa je nujno treba poznati temeljne zakonitosti samomorilnega vedenja, dejavnike tveganja in prepoznavanje rizičnih skupin.

Samomor ni pojav, ki bi bil pogostejši le pri specifični populaciji ljudi. Pojavlja se tako med mladimi kot med starejšimi, med moškimi in med ženskami. Tako spol kot starost vplivata na različno dojetanje sveta in družbe, v kateri živimo, ter posledično drugače vplivata na razvoj samomorilnega vedenja med posamezniki.

V zaključni nalogi smo izpostavili rizično skupino mladostnikov. Tomori (2003, str. 79) v enem izmed svojih del navaja naslednji citat:

»Mladostništvo ni le doba cvetoče radosti, vznemirljivih pričakovanj in odpiranja vrat v prihodnost, temveč tudi čas doživljanja stisk, občutij nemoči, jeze in obupa.«

Iz samega citata lahko razberemo, da se mladostniki v obdobju adolescence spopadajo z marsikaterimi težavami in preizkušnjami, ki hitro postanejo preveliko breme in posledično tudi dejavniki tveganja za nastanek samomorilnega vedenja. Ta mlada življenja lahko rešujemo že s primarno preventivo, če je le-ta pravilno izvedena. Zato se nam zdi nujno potrebno, da tudi v Sloveniji sledimo svetovnemu trendu ozaveščanja javnosti o tej problematiki. Številni avtorji navajajo dejstva, da je prav s strani države in družbe na splošno nujno potrebno, da naredimo vse, da poskušamo zmanjšati številnost samomora. Vse to pa bomo lahko dosegli le z nenehnim ozaveščanjem javnosti o ključnem problemu duševnega zdravja v Sloveniji, s promocijo in odprtjem novih zavodov ter inštitucij.

5 LITERATURA IN VIRI

Begič, M., Cvetko, M., Jordan, K., Klemen, Š., Kokalj, M., Komel, J., Kordiš, P., Kragelj, G., Krašna, M., Köveš, L. in Lozar, L. (2009). Alkoholizem med mladimi. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerza v Ljubljani.

Bipolarna motnja (2014). Inštitut za razvoj človeških virov. Pridobljeno 20. 6. 2014, dostopno na: <http://www.psihoterapija-ordinacija.si/sl/dusevne-motnje/motnje-razpolozenja/72-bipolarna-motnja.html>

Cukut, S. (2006). Rojstva in samomori v Sloveniji skozi tri desetletja (1971–2001). Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.

Džananović, D. (1988). Samomorilnost mladih. Zdrav Obzor, 22, 61–65.

Groleger, U. (2003). Preprečevanje samomora med mladimi z duševnimi motnjami. V: A. Marušič in S. Roškar (ur.), Slovenija s samomorom ali brez (monografija). Ljubljana: DZS.

Kablinović, V. (2007). Vloga izobraževalne dejavnosti pri preventivi samomora. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.

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

Kobal, M. (1999). Znaki in simptomi duševnih motenj. V: M. Tomori in S. Zihlerl (ur.), Psihijatrija (Zbornik). Medicinska fakulteta, Ljubljana.

Kobal, M. in Bavcon, L. (1969). Homoseksualnost. V: L. Bavcon, M. Kobal, L. Milčinski, K. Vodopivec in B. Uderman (ur.), Socialna patologija. Mladinska knjiga, Ljubljana.

Končnik Goršič, N. in Ribičič, V. (1999). Spolna zloraba – travma, ki preusmeri otrokov psihosocialni razvoj. V E. Kraševac Ravnik (ur.), Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Konec Jurčič, N. (2003). Samomor v regiji Celje – možnosti in primer preprečevanja v lokalni skupnosti. V: A. Marušič in S. Roškar (ur.), Slovenija s samomorom ali brez (monografija). Ljubljana: DZS.

Kozina, A. (2012). Starostne razlike med spoloma v agresivnosti slovenskih učencev in dijakov. *Psihološka obzorja*, 21(1), 19–28.

Landeker, D. in Jesenko, J. (2009). Problematika samomorilnosti ter samomorilna ogroženost mladih v Sloveniji. 28. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti NOVE TEHNOLOGIJE, NOVI IZZIVI, pridobljeno maja 2014 na [http://izpiti.esnm-visja.si/arhiv/knji%C5%BEnica/Portoroz09%20\(D\)/papers/102Landeker.pdf](http://izpiti.esnm-visja.si/arhiv/knji%C5%BEnica/Portoroz09%20(D)/papers/102Landeker.pdf)

Lobe, B. in Muha, S. (2011): Internet v vsakdanjem življenju slovenskih otrok in mladostnikov. FDV, Ljubljana: Mladi na netu.

Magajna, L. (1999). Prevenција učne neuspešnosti: problemi, pristopi in vpliv na varovanje duševnega zdravja. V: E. Kraševac Ravnik (ur.), *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Marčič, R. (2006). Razlike med spoloma v samopodobi, samospoštovanju in nekaterih zdravju škodljivih vedenjih. *Anthropos* 3–4 (203–204), 63–76.

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

Marušič, A. (2003). Samomor med genomom in enviromom. V: A. Marušič in S. Roškar (ur.), *Slovenija s samomorom ali brez (monografija)*. Ljubljana: DZS.

Marušič, A. in Zorko, M. (2003). Slovenski samomor skozi prostor in čas. V: A. Marušič in S. Roškar (ur.), *Slovenija s samomorom ali brez (monografija)*. Ljubljana: DZS.

Mikuš Kos, A. (1999). Revščina, izključevanje in psihosocialni razvoj otrok. V: E. Kraševac Ravnik (ur.), *Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Milčinski, L. (1995). *Samomor in Slovenija*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Psihiatrična klinika.

Milčinski, L. (1999). Fenomenologija in opredelitev samomorilnega vedenja. V: M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihijatrija (Zbornik)*. Medicinska fakulteta, Ljubljana.

Mrevlje, G. (1995). Samomor kot zdravstveno-socialni pojav na Slovenskem. O problemih uničevalnosti in samouničevalnosti pri mladih na Slovenskem – cikla seminarjev Namesto koga roža cveti, priložnik 1, str. 104–113.

Oravec, R. (2002). Otroci odvisnikov. *Psihološka obzorja*, 11 (3), 95–107.

Papić, J. (2013). *NAJSTNIKI IN ALKOHOL – KAJ MENIJO STARŠI V POMURJU* Kvalitativna raziskava odnosa staršev do najstniškega uživanja alkohola. Zavod za zdravstveno varstvo, Murska Sobota.

- Rus-Makovec, M. (2003). Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Roškar, S. (2009). KAKŠNI SO MLADI – JIH POZNAME? V A. Tančič, V. Puštovan in S. Roškar (ur.), Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Roškar, S. (2003). Samomor med duševnostjo in telesom. V: A. Marušič in S. Roškar (ur.), Slovenija s samomorom ali brez (monografija). Ljubljana: DZS.
- Roškar, S., Tančič Grum, A. in Poštuvan, V. (2010). Preprečevanje samomora – Strokovne smernice za odgovorno novinarsko poročanje. Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Schulman J., Brian (2000). Schizophrenia facts and statistics. Pridobljeno 20. 6. 2014, na: <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm>
- Suicide Prevention Resource Center. (2008). Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Tančič, A. (2009). TAKO MLAD PA ŽE SAMOMORILEN. V: A. Tančič, V. Puštovan in S. Roškar (ur.), Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Tančič, A. in Groleger, U. (2009) PREVENTIVA SAMOMORILNEGA VEDENJA PRI MLADIH – KAJ LAHKO STORIMO V ŠOLAH? V: A. Tančič, V. Puštovan in S. Roškar (ur.), Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Tekavčič-Grad, O. (1995). Ali lahko preprečujemo samomor in kako? Obzor Zdr N 29, 9–11.
- Tekavčič-Grad, O. (2003). Žalovanje po samomoru bližnjega – travmatske posledice in kako jih preprečiti. V: A. Marušič in S. Roškar (ur.), Slovenija s samomorom ali brez (monografija). Ljubljana: DZS.
- Tekavčič-Grad, O. in Topolovec, D. (2013). Suicidalni klicalec. V: O. Tekavčič-Grad (ur.), Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah. Psihiatrična klinika, Ljubljana.
- Tomšič, S., Kovše, K., Roškar, S., Kofol Bric, T., Bajt, M., Zorko, M. in Štokelj, R. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Tomori, M. (1994). Knjiga o družini. EWO, Ljubljana.
- Tomori, M. (1999). Družina in duševno zdravje otrok. V: E. Kraševac Ravnik (ur.), Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Tomori, M. (2003). Preprečevanje samomora pri mladostnikih. V: A. Marušič in S. Roškar (ur.), Slovenija s samomorom ali brez (monografija). Ljubljana: DZS.

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

Videtič, A. in Pungerčič, G. (2006). Molekularna genetika samomorilnosti. *Zdrav Vestn*, 75, 733–737

Zalta, A., Kralj, A., Zorc, J., Lenarčič, B., Medarič, Z. in Simčič, B. (2008). Mladi in alkohol v Sloveniji. Zaključno poročilo ciljno-raziskovalnega projekta. Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper.

Zavasnik, A. in Tekavčič-Grad, O. (1999). Preprečevanje samomora in samomorilnega vedenja v šolah. V: E. Kraševac Ravnik (ur.), Varovanje duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Ziherl, S in Pregelj, P. (2010). Samomorilnost v Sloveniji. *Zdrav Vestn*, 79, 559–562

Zupančič, M. in Svetina, M. (2004). Socialni razvoj v mladostništvu. V: Marjanovič Umek in Zupančič (Ur.), Razvojna psihologija. Ljubljana:Rokus.

Zupančič, M. (2004). Čustveni in osebni razvoj v mladostništvu. V: Marjanovič Umek in Zupančič (Ur.), Razvojna psihologija. Ljubljana:Rokus.

Žibret, A. (2012). Homoseksualni najstniki živijo v strahu. Pridobljeno 23. 3. 2014, na <http://www.delos.si/druzba/zdravje/homoseksualni-najstniki-zivijo-v-strahu.html>

Živ? Živ! (2014). Svetovni dan preprečevanja samomora. Pridobljeno 22. 5. 2014, na <http://zivziv.si/svetovni-dan-preprecevanja-samomora/>

Žvan, V. (1999). Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. V: M. Tomori in S. Ziherl (ur.), Psihijatrija (Zbornik). Medicinska fakulteta, Ljubljana.