

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

SEZNANJENOST MLADIH S PROBLEMOM
SAMOMORILNOSTI V SLOVENIJI

(Diplomsko delo)

Maribor, 2012

Jasna Kašnik

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

Mentorica: predav. Milena Pišlar, univ. dipl. org.

POVZETEK

V Sloveniji samomor predstavlja velik javnozdravstveni problem, saj imamo že več desetletij visok količnik samomorilnosti v primerjavi z drugimi državami. Zelo pomembno je, da so mladi seznanjeni s problemom samomorilnosti, saj bi lahko samomor preprečili, če bi prepoznali ogroženost samomorilne osebe, opozorilne znake pa vzeli resno.

V diplomskem delu predstavljamo dve najbolj samomorilno ogroženi skupini, mladostnike in starostnike. Predstavili smo dejavnike tveganja za samomorilno vedenje med mladimi in starejšimi, preprečevanje samomora v primarnem zdravstvu, med mladimi in med starejšimi ter vlogo medicinske sestre pri obravnavi samomorilnih pacientov.

Metodologija raziskovanja. V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodologijo raziskovanja z uporabo strukturiranega vprašalnika. Raziskavo smo izvedli na eni izmed srednjih zdravstvenih šol v Sloveniji, v kateri je sodelovalo 60 polnoletnih mladostnikov. Raziskava je bila izvedena meseca decembra leta 2011.

Rezultati. Po mnenju anketiranih mladostnikov je glavni razlog za samomorilnost depresija, najpogostejši razlog za samomorilnost med mladimi so neurejeni odnosi v družini, najpogostejša razloga za samomorilnost med starejšimi pa sta osamljenost in socialno-ekonomski status. Iz raziskave je razvidno, da so mladostniki sorazmerno dobro seznanjeni s problemom samomorilnosti.

Sklep. Mladostniki potrebujejo ustrezno znanje o problemu samomorilnosti, da bi lahko primerno ukrepali ob srečanju s samomorilno osebo in da se sami ne bi odločili za takšno »rešitev« svojih težav.

Ključne besede: samomor, samomorilno vedenje, mladostnik, starostnik, preprečevanje samomora, medicinska sestra.

ABSTRACT

Suicide is a major public health problem in Slovenia since its suicide rates have been alarmingly high for many decades now compared to other countries. However, suicide is largely preventable if the warning signs are spotted in time and taken seriously; therefore, it is of primary importance that the young generation is particularly well acquainted with the problem of suicidality in order to prevent its occurrence.

The graduate thesis focuses on the two most vulnerable populations prone to commit suicide; namely, adolescents and the elderly. The paper introduces the risk factors for suicidal behaviour in adolescents and elderly people, suicide prevention in primary healthcare as well as the role of a nurse in the treatment of suicidal patients.

Research Methodology. A quantitative study was conducted by means of a structured questionnaire. The research involved 60 students above the age of 18 and was carried out at one of the Slovenian secondary medical schools in December 2011.

Research Results. According to the questionnaire results, the main trigger for a suicide attempt is depression and while troubled interpersonal relationships seem to be the main reason for adolescents and young adults to commit suicide, for the elderly the most common triggers are loneliness and financial difficulties. The study also shows that young people are relatively well aware of the problem of suicidality.

Conclusion. What the young generation needs is adequate knowledge of the problem of suicidality in order to take appropriate action should they encounter a person with suicidal thoughts or witness a suicide attempt, and last but not least, to keep them from solving their own problems by resorting to suicide.

Keywords: Suicide, Suicidal Behaviour, Adolescents, Elderly People, Suicide Prevention, Nurse.

KAZALO

1	UVOD	2
2	SAMOMOR	3
2.1	SAMOMOR SKOZI ZGODOVINO	3
2.1.1	Zgodovina preučevanja samomora	4
2.2	MITI O SAMOMORU	5
2.3	NAJPOGOSTEJŠI NAČIN IZVEDBE SAMOMORA V SLOVENIJI	6
2.4	STATISTIKA SAMOMOROV V SLOVENIJI	7
3	SAMOMORILNO VEDENJE	10
3.1	SAMOMORILNA OGROŽENOST	11
3.2	DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMORILNO VEDENJE MED MLADIMI ...	13
3.2.1	Individualni dejavniki tveganja	14
3.2.2	Družinski dejavniki tveganja	16
3.2.3	Dejavniki okolja	17
3.3	DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMORILNO VEDENJE MED STAREJŠIMI...	18
3.3.1	Individualni dejavniki tveganja	19
3.3.2	Medosebni dejavniki tveganja	21
3.3.3	Družbeni dejavniki tveganja	22
4	PREPREČEVANJE SAMOMORA	24
4.1	PREPREČEVANJE SAMOMORA V PRIMARNEM ZDRAVSTVU	26
4.1.1	Depresija in samomorilno vedenje	27
4.1.2	Zloraba ter odvisnost od alkohola in samomorilno vedenje	28
4.1.3	Osebnostne motnje in samomorilno vedenje	28
4.2	PREPREČEVANJE SAMOMORA MED MLADIMI	29
4.2.1	Preventivne dejavnosti, ki krepijo duševno zdravje mladih	30

4.2.2	Preventivni programi, ki obravnavajo samomorilno vedenje mladostnikov.....	31
4.2.3	Zgodnje prepoznavanje samomorilnega tveganja in ustrezna strokovna pomoč rizičnim mladostnikom.....	31
4.3	PREPREČEVANJE SAMOMORA MED STAREJŠIMI.....	32
4.3.1	Splošna preventiva samomora.....	33
4.3.2	Posredna preventiva samomora.....	33
4.4	SVETOVNI DAN PREPREČEVANJA SAMOMORA	34
5	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI SAMOMORILNIH PACIENTOV	35
5.1	ZNANJE IN OSEBNE LASTNOSTI MEDICINSKE SESTRE PRI DELU S SAMOMORILNIM PACIENTOM	37
6	EMPIRIČNI DEL	39
6.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA.....	39
6.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	39
6.3	METODOLOGIJA	39
6.3.1	Raziskovalne metode.....	39
6.3.2	Raziskovalni vzorec	40
6.3.3	Postopki zbiranja podatkov	40
6.3.4	Etični vidiki	40
7	REZULTATI	41
8	INTERPRETACIJA IN RAZPRAVA	50
9	SKLEP.....	52
	ZAHVALA	53
	LITERATURA IN VIRI.....	54
	PRILOGE	1
	ANKETNI VPRAŠALNIK.....	2
	SOGLASJE ZA IZVEDBO RAZISKAVE	6

KAZALO TABEL IN GRAFOV

Tabela 1: Deleži od značilno moških do značilno ženskih metod samomorov (Slovenija, 1997-2003).....	6
Tabela 2: Vrednost koeficienta samomorilnosti (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev), po spolu, Slovenija 1997–2008	7
Graf 1: Koeficient samomorilnosti (umrli zaradi samomora na 100.000 prebivalcev) po spolu, statistične regije Slovenije, povprečje 1999–2008	9
Graf 2: Naraščanje samomorilnega količnika glede na posamezne starostne razrede	13
Graf 3: Spol anketirancev	41
Graf 4: Poskusi samomora med moškimi in ženskami po mnenju anketirancev	41
Graf 5: Izvršeni samomori po mnenju anketirancev	42
Graf 6: Samomori pri starostnih skupinah po mnenju anketirancev	42
Graf 7: Glavni razlog za samomorilnost po mnenju anketirancev	43
Graf 8: Razlogi za samomorilnost med mladimi po mnenju anketirancev	44
Graf 9: Razlogi za samomorilnost med starejšimi po mnenju anketirancev	45
Graf 10: Znaki samomorilne osebe po mnenju anketirancev	46
Graf 11: Najpogostejši način izvedbe samomora po mnenju anketirancev	47
Graf 12: Preprečitev samomora po mnenju anketirancev	47
Graf 13: Pogostost samomora po regijah po mnenju anketirancev	48
Graf 14: Ogroženost Slovenije po številu samomorov po mnenju anketirancev	48
Graf 15: Število samomorov v Sloveniji po mnenju anketirancev	49

1 UVOD

*»Nič se ne more zgoditi brez prejšnjega vzroka.
Nihil fieret nisi praegressione causae.«*

Marco Tullio Cicerone (Cicero)

Samomor je oblika vedenja, stara toliko kot je staro človeštvo. Poznajo ga vsa ljudstva, čeprav so tudi taka, ki socialnega konstrukta samomora, kot ga poznamo v naši kulturi, niso izdelali (Trampuž in Meden Klavora, 2005, str. 93).

Ne gre brez težav pri premagovanju ovir do zastavljenega, pomembnega cilja, včasih naletimo na oviro, ki se na prvi pogled zdi nepremagljiva. Nekateri gredo čez njo, drugi obstanejo, jo obidejo, nekateri obupajo. Na svojstven način »obračunajo« s težavo in z življenjem, ga končajo. V Sloveniji se tako vsako leto odloči okrog 600 posameznikov (Roškar in Šmagelj, 2004, str. 5).

Samomor zagotovo predstavlja enega izmed največjih javnozdravstvenih problemov in hkrati izzivov današnjega časa. Med slednje spada tudi preventiva in preprečevanje samomorilnega vedenja, saj mora vključevati strokovnjake iz različnih področij, sodelovanje med vpletenimi institucijami (šola, bolnišnice ...), ozaveščanje širše javnosti in oseb, ki na različne načine prihajajo v stik z ogroženim posameznikom (Roškar, 2009, str. 20).

Aktivnosti s katerimi prepoznavamo in preprečujemo samomorilno vedenje, razdelimo v tri skupine; primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Zelo pomembna je primarna preventiva, ki se nanaša na čas pred začetkom samomorilnega procesa in obsega osveščanje populacije o dejavnikih tveganja in krepitev varovalnih dejavnikov, kot so dobre socialne veščine in samopodoba (Groleger, 2009a, str. 76).

Ob samomoru se vedno postavljajo vprašanja o vzrokih za dejanje, vendar le-ti ostajajo bolj ali manj skriti tako za svojce umrlega, kot tudi za strokovnjake. Večina samomorov je le zaključek dolgotrajnih, nakopičenih, nerešenih problemov in ne posledica zadnjega vzroka, ki morda deluje kot zadnji povod za dejanje. Med najpogostejšimi domnevnimi motivi dejanja

prevladujejo neurejene družinske, ljubezenske in zakonske razmere, telesne in duševne bolezni, ekonomske težave in drugi (Weaver in Wright, 2009, str. 26).

Vzroki za samomorilno vedenje so zelo kompleksni. Navadno gre za splet zelo različnih bioloških, dednih, psiholoških, socioloških in medosebnih dejavnikov. Če je to povezano še s stresi, je tveganje toliko večje. Stresov pa je v sodobnem življenju ogromno. To so lahko kratkotrajni, akutni stresni dogodki, lahko pa gre tudi za kronična stresna dogajanja, denimo v družini, kot so nasilje, zlorabe, alkohol, nemara duševna bolezen, kroničen stres v družini (Kojič, 2010).

Ena izmed razlik med samomorilnim vedenjem mlajših odraslih in starostnikov je, da so pri mlajših *sprožilci samomorilnega vedenja* običajno konflikti v medosebnih odnosih, pravne in finančne težave ter problemi z delom. Pri starostnikih so med sprožilci pogosteje fizične bolezni in druge izgube, npr. žalovanje. Starostniki, ki poskušajo narediti samomor, bolj verjetno trpijo za katero od duševnih bolezni kot mlajši odrasli (Poštuvan, 2010, str. 55).

2 SAMOMOR

Samomor ali po latinsko *suicidum*, pomeni ubiti samega sebe, vzeti si življenje. Vsak samomor je individualni pojav, v katerem se prepletajo različni biološki, psihološki, sociološki in ekonomski dejavniki. Samomor je včasih prikrit in v mnogo primerih ni mogoče dokončno potrditi, da je bila neka smrt izvršena zaradi lastne volje. Raziskovalci ugotavljajo, da se na en dokončan samomor zgodi med 8 in 30 poskusov samomora, ki jim rečemo tudi *parasuicidi* (Valetič, 2009, str. 30).

Samomor je pojav, ki spremlja človeka domala od njegovega nastanka. Ne moremo pričakovati, da bi ga lahko izkoreninili. Samomora ni moč razumeti, če se osredotočimo le na to edino in dokončno obliko človekovega vedenja. Lahko ga dojamemo le tako, da se ozremo na različne, včasih tudi prikrite oblike avtoagresivnega vedenja (Ziherl in Pregelj, 2010, str. 559).

Samomor je zapleten pojav, ki zahteva celosten pristop, katerega cilj je njegovo preprečevanje in zmanjševanje števila teh dejanj. Pričakovanje, da samomor lahko izkoreninimo, je iluzija. Cilj zmanjšati oziroma omejiti samomor pa je vselej dosegljiv (Marušič in Zorko, 2004, str. 19).

Svetovna zdravstvena organizacija na podlagi današnjih trendov samomora ocenjuje, da bo do leta 2020 zaradi samomora umrlo približno poldrugi milijon ljudi, več kot desetkrat toliko pa jih bo samomor poskušalo, kar bo pomenilo tri samomore na minuto in en poskus samomora na dve sekundi. Samomoru smo bili priča v preteklosti, daljni in bližnji, srečujemo ga danes in ga bomo očitno tudi v prihodnje (Marušič in Zorko, 2004, str. 10).

2.1 SAMOMOR SKOZI ZGODOVINO

Samomor je bil v zgodovini človeške družbe družbeno moralno in pravno različno sprejet in obravnavan, zato so bile posledice takega dejanja različno vrednotene in zelo raznolike (Dolenc in Borisov, 1990, str. 8).

Stari Perzijci so samomor skupaj z zakonolomstvom in cestnim ropom šteli med najhujše moralne prestopke. Pri starih Rimljanih je bilo življenje temeljna dolžnost do države, samomor pa dopuščen le v izjemnih primerih, ko so bogovi zahtevali daritveno žrtev. Bolj popustljiv odnos do samomora je prinesel vpliv grške filozofije, ko je samomor veljal za zakonitega, če je posameznik pred samomorom dosegel odobritev pristojnih oblasti. Prvi znani podatki o slovenskem samomoru segajo v leto 1873, ko naj bi na tedanjem Kranjskem naštel 3 samomora na 100.000 prebivalcev na leto (Marušič in Zorko, 2004, str. 10).

Že po letu 1960 so strokovnjaki poročali o petindvajsetih samomorih na 100.000 prebivalcev v Sloveniji; leta 1980 je število samomorov prvič preseгло 600 samomorov na leto. Trideset samomorov na 100.000 prebivalcev pa Slovenijo v zadnjih dveh desetletjih uvršča celo med države z najvišjim koeficientom samomorov na svetu (Marušič in Zorko v: Cukut, 2006, str. 48).

2.1.1 Zgodovina preučevanja samomora

Vprašanje samomora je večplastno, zato ni nenavadno, da so znanstveniki doslej uspeli ponuditi sicer poglobljene, pa vendar zgolj delne teorije, ki obravnavajo to področje. Eno prvih teorij je ponudil francoski sociolog Émile Durkheim v knjigi *Samomor* iz leta 1897. V njej bolj kot notranje dejavnike v človekovi psihi poudarja zunanje, socialne dejavnike, ki so pripomogli k samomorilni nagnjenosti. Med njimi Valetič (2009, str. 72) opisuje naslednje:

- **Egoistični samomor**, ki se zgodi, ko je posameznik ločen od svoje družbene skupine. Človek se znajde v osamljenosti, sam s seboj. Trenutno je najbolj razširjen, zanj pa je značilna depresivnost in apatičnost (upokojenci v domovih za ostarele, mentalno in fizično bolni, nezaposleni).
- **Anomični samomor**, ki je poleg egoističnega značilen za moderno družbo. Normativne vrednote izgubijo svojo moč in posameznik je prepuščen samemu sebi (izguba otroka, partnerja, ob političnih in gospodarskih prevratih).
- **Altruistični samomor**, ki je značilen predvsem za tradicionalne družbe, kjer se posameznik popolnoma poistoveti z družbeno skupino, zavoljo katere se odpove svojim interesom (samosežig indijskih vdov).

- **Fatalistični samomor**, ki predstavlja nasprotje anomičnemu in je posledica pretirane regulacije posameznika. Družba se posamezniku kaže kot prisila, ki zavira njegova pričakovanja (zaporniki, sužnji).

2.2 MITI O SAMOMORU

O samomoru obstaja mnogo napačnih domnev, zato bi se ljudje o njem morali bolj odkrito in pogosteje pogovarjati, saj se pogosto ustvarjajo zaključki in prepričanja na podlagi površno izdelanih novic in govoric, zaradi česar prihaja do predsodkov, mitov. Grožnje s samomorom in načrte, kako ga nekdo namerava izpeljati, moramo vedno vzeti resno in se o njih temeljito pogovoriti, saj samomor lahko preprečimo. Različni avtorji navajajo tudi do dvajset mitov, ki spremljajo pojav samomora.

Maggie Helen je zapisala pet najosnovnejših mitov, ki po njenem mečejo napačno luč na samomor:

MIT 1: Ljudje, ki govorijo, da bodo naredili samomor, ga nikoli ne naredijo.

Zelo velik odstotek ljudi, ki naredijo samomor, svojo namero pred tem nekemu zaupa.

MIT 2: Nekoga, ki je odločen, da bo naredil samomor, ne moreš ustaviti.

Včasih začnejo ljudje razmišljati o samomoru zato, ker ne vidijo druge poti iz svojih stisk. Pomagamo jim lahko tako, da jih prisluhnemo, jim izrazimo svojo naklonjenost in zaskrbljenost. Obstaja verjetnost, da bo zaradi nas ta oseba pomislila tudi na druge možnosti za rešitev iz stisk.

MIT 3: Samomor je enostavna rešitev za probleme.

Ta pogled izhaja iz domneve, da smo ljudje bitja šibkega značaja in da se ne bomo znali soočiti z vsemi težavami, ki nam bodo prišle na pot. Čeprav v življenju vsi ljudje doživljamo podobne stvari, jih vsak doživlja na drugačen način. Tudi ljudje, ki jim pripisujemo osebnostno moč, so krhki in ranljivi kot kdor koli drug.

MIT 4: Vsakdo, ki je bil resen glede svoje odločitve za samomor, je pustil poslovilno pismo.

Samo ena četrtnina ljudi, ki naredijo samomor, napiše poslovilno pismo in težko bi bilo trditi, da preostale tri četrtine niso imele resnega namena storiti samomora. Drži pa, da je brez poslovilnega pisma včasih težko razumeti, zakaj je nekdo naredil samomor.

MIT 5: Če je kdo v stiski, mu samomora raje ne omenjaj.

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 (Helen v: Valetič, 2009, str. 38).

2.3 NAJPOGOSTEJŠI NAČIN IZVEDBE SAMOMORA V SLOVENIJI

Slovenski samomor se od samomorov po svetu razlikuje po načinu izvedbe, in sicer prevladuje *obešanje*. Obešanje je sicer pogostejše med moškimi (okrog dve tretjini vseh moških), a je pri ženskah prepogosto (polovica vseh žensk), da bi veljalo za tipično moško metodo (Marušič in Zorko, 2004, str. 18).

Tabela 1: Deleži od značilno moških do značilno ženskih metod samomorov (Slovenija, 1997-2003)

Metoda	Moški (%)	Ženske (%)	Razmerje
Zastrupitev: plini, CO	2,5	0,7	8,5 : 1
Orožje, ostri predmeti	16,2	5,8	6,9 : 1
Obešanje	70,9	57,2	3,0 : 1
Zastrupitve: drugo	3,5	9,4	0,9 : 1
Skok v globino	3,5	9,8	0,9 : 1
Utopitev	3,2	17	0,5 : 1

Vir: Marušič in Temnik (2009, str. 63);

Tabela 1 prikazuje, da je najbolj značilna metoda samomora pri obeh spolih obešanje. Nato sledi pri moških samomor z orožjem ali ostrimi predmeti, pri ženskah pa samomor z utopitvijo. Najmanj značilna metoda pa je prav tako pri obeh spolih zastrupitev s plini.

Poskusov samomora je največ s tistimi metodami, ki so najmanj učinkovite, kar pa ne pomeni, da se tudi zdravstvene posledice neuspešnih poskusov tako zelo razlikujejo med seboj. Zdravstvenih zapletov pri manj smrtonosnih metodah je ponavadi manj kot pri bolj smrtonosnih metodah (Valetič, 2009, str. 47).

2.4 STATISTIKA SAMOMOROV V SLOVENIJI

Za Slovenijo so značilne visoke vrednosti koeficienta samomorilnosti (število samomorov na 100.000 prebivalcev). V zadnjih petdesetih letih je v Sloveniji zaradi samomora umrlo skoraj 27.000 ljudi ali vsakih 16 ur je zaradi samomora umrl en človek (moški vsakih 21 ur, ženska vsakih 71 ur). Po koeficientu samomorilnosti je Slovenija uvrščena med prvih deset držav na svetu in tako več desetletij številčno močno »prispeva« v svetovno statistiko samomorov. V Sloveniji je bilo že leta 1960 več kot 25 samomorov na 100.000 prebivalcev na leto. V obdobju med 2000 in 2006 so se vrednosti koeficienta samomorilnosti gibale med 25 in 30, zadnji dve leti pa so se nekoliko znižale (22 oziroma 20). V letu 2007 je bilo pri nas več kot 18 smrti (18,4) zaradi samomora na 100.000 prebivalcev, v letu 2008 pa več kot 19 (19,8). V zadnjem desetletju, 1999–2008, je tako v Sloveniji za posledicami samomorilnih dejanj umrlo povprečno 524 ljudi na leto: 405 moških in 119 žensk. V letu 2008 pa je bila vsaka 45. smrt posledica samomora: samomor je bil vzrok smrti vsakega 28. umrlega moškega in vsake 109. umrle ženske (Vertot, 2009).

Tabela 2: Vrednost koeficienta samomorilnosti (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev), po spolu, Slovenija 1997–2008

	Leto											
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Skupaj	29,9	30,9	29,7	29,5	29,1	27,1	28,2	25,6	25,1	26,3	21,4	19,8
moški	48,9	49,5	46,7	44,5	47,1	44,4	45,0	37,9	39,8	42,0	33,5	32,1
ženske	11,8	13,3	13,5	15,2	12,0	10,5	12,0	13,9	11,0	11,1	9,7	7,9

Vir: Vertot (2009);

Kot je razvidno iz zgornje tabele, je bila vrednost koeficienta samomorilnosti pri moških največja leta 1998, pri ženskah pa 2 leti kasneje, najmanjša vrednost koeficienta samomorilnosti pa je bila pri obeh spolih leta 2008.

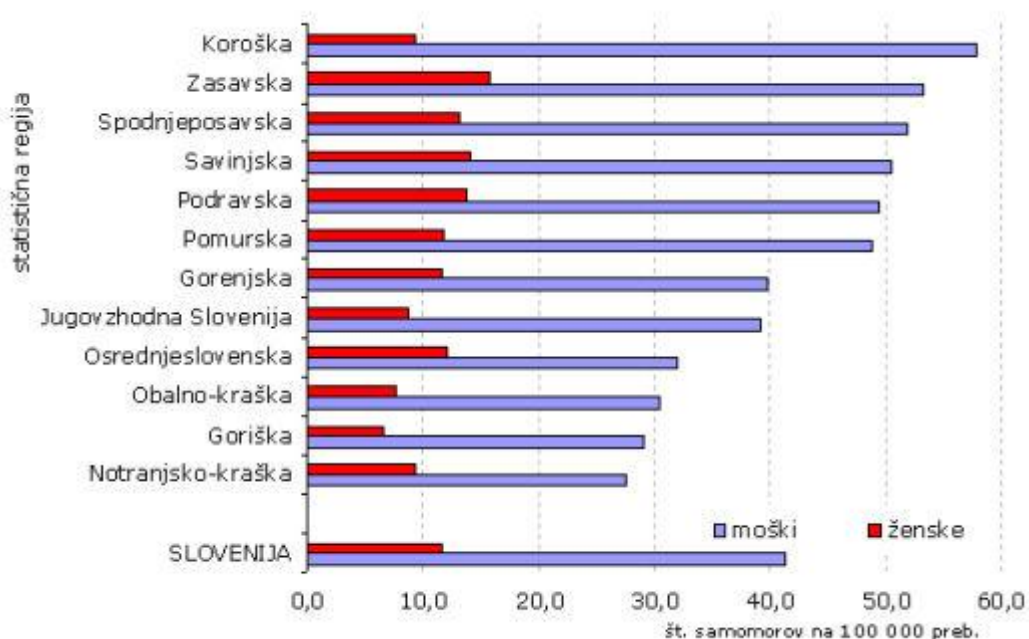
Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je leta 2010 v Sloveniji zaradi samomora umrlo 416 prebivalcev. Pogostost samomora pri moških in pri ženskah narašča s starostjo in leta 2010 je bila pri obeh spolih največja med osebami v starosti 50–59 let. Incidenca samomora (število samomorov na 100.000 prebivalcev) je leta 2010 znašala 20,3.

Najpogostejši vzrok smrti zaradi samomora v Sloveniji leta 2010 je bilo namerno samopoškodovanje z obešenjem, z zadavljenjem ali z zadušitvijo. Zaradi omenjenih oblik samomora je umrlo 63,7% oseb med tistimi, ki so si same vzele življenje. Med tako umrlimi moškimi jih je zaradi takšnih oblik samopoškodovanja umrlo 226 ali 67,3%, med tako umrlimi ženskami pa 39 ali 48,8%. Druga najpogostejša oblika samomora pri moških je bilo namerno samopoškodovanje s strelom iz neopredeljenega ali drugega strelnega orožja (11,9%), pri ženskah pa namerno samopoškodovanje s skokom z višine (12,5%). Na tretjem mestu je bilo pri moških namerno samopoškodovanje z ostrim predmetom (3,3%), pri ženskah pa namerno samopoškodovanje z utopitvijo ali s potopitvijo (11,3%) (Kalin, 2011).

Tveganje za samomor pri ljudeh, ki se odločijo za samomor, tudi v Sloveniji podobno kot drugod po svetu s starostjo narašča. Leta 2008 se je v Sloveniji za samomor odločilo največ prebivalcev, starih 40-59 let (stari 45-49 let 13,7% in stari 55-59 let 12,3%). Po podatkih WHO za leto 2003 je bila Slovenija po stopnji umrljivosti zaradi samomora oseb, starejših od 65 let, uvrščena na prvo mesto. Razlike v Sloveniji med statističnimi regijami pa so tudi po tem kazalniku značilne. Samomorilnost v Sloveniji ni v vseh območjih enako intenzivna. Splošno so vrednosti samomorilnosti najvišje na SV države, proti JZ pa se zmanjšujejo. Najbolj prizadete regije so Prekmurje, Štajerska in Koroška ter Dolenjska, saj so zanje značilne nadpovprečne vrednosti količnika samomorilnosti, vendar so med njimi v posameznih letih tudi opazne razlike (Vertot, 2009).

Prebivalstvo v Sloveniji se podobno kot v drugih evropskih državah zaradi nizke rodnosti in visokega deleža oseb, starejših od 65 let, stara. Na račun staranja prebivalstva in demografske prerazporeditve naj bi se število samomorov do leta 2030 podvojilo (Pišljarič, 2004, str. 104).

Graf 1: Koeficient samomorilnosti (umrli zaradi samomora na 100.000 prebivalcev) po spolu, statistične regije Slovenije, povprečje 1999–2008



Vir: Vertot (2009);

Graf 1 prikazuje povprečje koeficienta samomorilnosti po statističnih regijah Slovenije v letih od 1999 do 2008, ki je bilo pri moških največje v Koroški regiji, pri ženskah pa v Zasavski regiji, najmanjše pa v Notranjsko-kraški regiji pri moških in v Goriški regiji pri ženskah.

3 SAMOMORILNO VEDENJE

Samomor je le ena izmed stopenj v samomorilnem procesu. Samomorilnemu dejanju mnogokrat predhodijo druge oblike samomorilnosti, kot je npr. razmišljanje o smrti in samomoru, načrtovanje samomora, poskus samomora. Samomorilnost, razumljena v najširšem smislu, torej vključuje samomorilno ideacijo in samomorilno vedenje. Samomor in druge oblike samomorilnega vedenja, ki se ne končajo s smrtjo, so izredno resen javnozdravstveni problem (Kamin et al., 2009, str. 88).

Tveganje za samomorilno vedenje se poveča z nesposobnostjo vzpostavljanja ali rušenja vzajemnega odnosa, kronično nepripadnostjo družbi ali nenadno družbeno osamitvijo. Sociokulturni nivo zaznamujejo družbene značilnosti okolja (dohodek na prebivalca, stopnja brezposelnosti, pogostost ločitev ipd.), v katerem posameznik živi. Kadar je družbeno okolje neugodno (izzove neugodno duševno stanje ali spodbuja neugodne medosebne odnose), to povečuje tveganje za samomorilno vedenje (prav tam, str. 88).

Z izrazom *samomorilno vedenje* opisujemo proces, ki lahko zajema različne oblike oziroma stopnje. Najblažjo obliko samomorilnega vedenja, ki je običajno začetna, predstavljajo *samomorilne misli*, ko začne posameznik razmišljati o končanju lastnega življenja. Misli se lahko stopnjujejo v *samomorilni namen*, ko je pri posamezniku prisotna želja in odločitev, da bo končal svoje življenje. Naslednja stopnja je *samomorilni načrt*, ki pomeni časovno opredelitev in načrtovanje zaporedja aktivnosti ter načina, kako končati lastno življenje (posameznik izbere čas in metodo prekinitev svojega življenja). Samomorilnemu načrtu lahko sledi *samomorilni poskus*, ki ima dva možna zaključka. Lahko se konča s smrtjo oziroma z izvedenim *samomorom* ali pa posameznik poskus preživi. Potem se lahko znova vrne v samomorilni proces, pri čemer lahko začne na kateri koli stopnji. Med pojmi je potrebno izpostaviti še samomorilno metodo, s katero poskuša posameznik storiti samomor in ki je lahko bolj ali manj smrtna (Tančič Grum, 2010, str. 25).

Milčinski (1999, str. 361) navaja lestvico samomorilnega vedenja, ki ima 7 stopenj:

- *posredno samouničevalno vedenje* (npr. odvisnost od alkohola in nedovoljenih drog, kajenje, zanemarjanje zdravnikovih navodil, različne samopoškodbe, zanemarjanje lastne varnosti pri vožnji, zelo tvegani športi),
- *razmišljanje o samomoru*,

- *parasuicidalna pavza* (npr. pobeg iz mukotrpe resničnosti v spanje s prevelikim odmerkom uspavala). Tedaj tak človek zanika, da bi poskušal samomor, le za nekaj časa se je želel umakniti mučnim razmeram v vsakdanjem življenju,
- *samomorilna grožnja*, ko tak človek grozi okolju s samomorom, vendar pa samomora ne poskuša. Pri tem kaže opozoriti na zgrešeno miselnost, da tisti, ki s samomorom grozi, tega nikoli ne stori,
- *namerno in ponavljajoče se samopoškodovanje*, ki predstavlja impulziven, ponavljajoč se odziv na neznosne okoliščine, pri čemer pa tak človek ne izraža zavestne želje po samomoru,
- *samomorilni poskus*, kjer je v vedenju že prisotna zavestna želja po samomoru in močno izražen klic na pomoč,
- *samomor*, ko se človek zavestno odloči, da življenja in njegove resničnosti ne bo več prenašal.

Samomorilnega vedenja ni mogoče povezati le z enim vzročnim dejavnikom, saj je posledica zapletenega prepletanja številnih dejavnikov tveganja (Roškar, 2004, str. 29).

3.1 SAMOMORILNA OGROŽENOST

Človekovo samomorilno ogroženost prepoznamo po prepoznavnih znakih in značilnih kriznih dejavnikih, ki niso alarmantni, dokler nastopajo posamično. Če pa se pojavljajo v povezavah in še dodatno pripeljejo do sprožilnega dogodka krize, je potrebna velika previdnost. Zelo redko se zgodi, da bi človek izrecno spregovoril o svojih samomorilnih namenih. V nasprotju s splošnim mnenjem so ljudje, ki samomor napovedo, skrajno ogroženi. Vedno gre za opozorila, nakazovanje. Če so pogostejša, so toliko bolj nevarna (Bohak v: Gržan, 1999, str. 19).

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje so v Sloveniji podobni kot drugod po svetu. Tveganje za samomorilno vedenje je večje med moškimi, ločenimi, ovdovelimi in samskimi, brezposelnimi in osebami z nižjo izobrazbo (Roškar, 2009, str. 19). Moški v starejših letih je bolj izpostavljen nevarnosti, da stori samomor, mlajša ženska pa, da samomor poskuša in na ta način želi spremeniti svoje življenje, ki jo spravlja v stisko (Tekavčič Grad, 1995, str. 10). Poleg tega se tveganje povečuje s starostjo in je večje pri osebah z duševno boleznijo, kot je

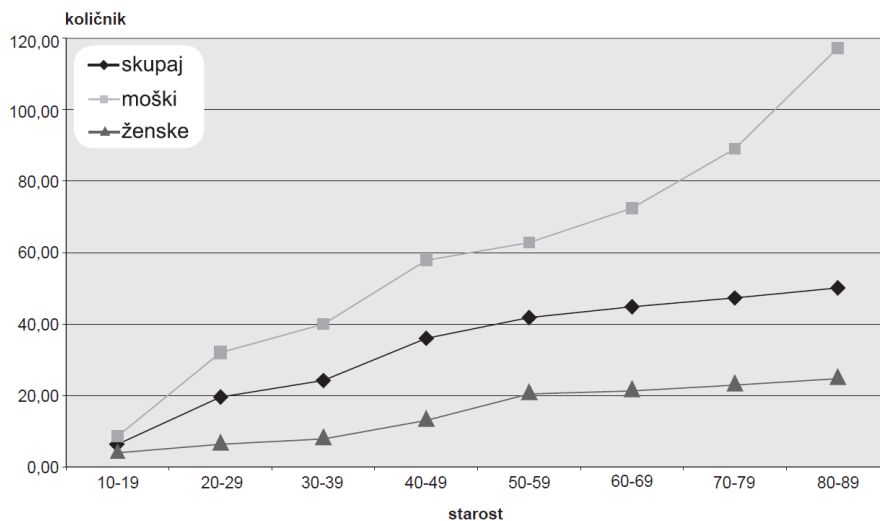
npr. depresija; pri osebah, ki so samomor v preteklosti že poskušale; pri osebah, katerih svojec je poskušal ali naredil samomor; ter pri osebah s tveganim in škodljivim pitjem alkohola. Med varovalne dejavnike pa po drugi strani spadajo podporno socialno omrežje in družinsko okolje, sposobnost soočanja z vsakodnevnimi težavami in visoka samopodoba (Roškar, 2009, str. 19).

Samomor je v obdobju mladostništva med prvimi tremi vzroki umrljivosti. Čeprav je število samomorov med mladimi manjše kot pri starejši populaciji, ne smemo spregledati zaskrbljujočega podatka iz številnih raziskav, da se v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami prebivalstva povečuje delež mladih, ki končajo svoje življenje s samomorom. Primerneje kot samo o samomoru je govoriti o širšem pojmu samomorilnega vedenja mladostnika, ki vključuje tudi samomorilne misli in samomorilne poskuse, ne samo izvedenega samomora (Tančič, 2009, str. 35).

Glede na število samomorov so pri starejših samomorilni poskusi redkejši kot v preostalih starostnih skupinah. Pri celotni populaciji se od približno 20-25 poskusov samomora en zaključi s smrtjo. Med mladimi (15-24 let) je lahko to razmerje tudi okoli 200 poskusov na en samomor, medtem ko je pri starosti nad 65 let razmerje le štiri proti ena (Kogoj, 2010, str. 563).

Slovenija glede visokega samomorilnega količnika med starejšimi ni izjema, saj se glede na primerljive podatke o umrljivosti zaradi samomora v starostni skupini nad 65. letom uvrščamo v sam evropski in svetovni vrh (Roškar, 2010, str. 29).

Graf 2: Naraščanje samomorilnega količnika glede na posamezne starostne razrede



Vir: Roškar (2010, str. 29);

Graf 2 prikazuje kako v Sloveniji tveganje za samomor s starostjo narašča. Tveganje je izrazito povečano pri moških nad 65 let.

3.2 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMORILNO VEDENJE MED MLADIMI

Samomor, kot končna oblika samomorilnega vedenja, se tako kot pri odraslih tudi pri mladih ne pojavi kar naenkrat, brez razlogov in opozorila. Pogosto je to le konec procesa, ki se je lahko začel že dolgo pred samo izvedbo dejanja in med katerim se je tudi odločitev za samomor spreminjala in bila včasih bolj, včasih manj prisotna. Samomor je torej kompleksen pojav, ki izhaja iz dolgotrajnega in dinamičnega dogajanja, zato ga ne moremo poenostavljeno razlagati ali iskati enoznačnih vzrokov zanj (Tančič, 2009, str. 37).

V mladostniški dobi je samomor lahko povezan z iskanjem smisla življenja, z razočaranjem v ljubezni, s težavami v šoli, z osebnimi konflikti, iskanjem zaposlitve; za mladega človeka je zelo obremenilna tudi povzročitev prometne ali druge nesreče s smrtnim izidom, ki ga spremlja vse življenje (Valetič, 2009, str. 44).

Tako kot v drugih življenjskih obdobjih se tudi v mladostniškem povezuje, sešteva in medsebojno ojačuje več dejavnikov, ki v svoji soigri povečujejo možnost in nevarnost samomora. Poleg tistih, ki so prisotni v vseh obdobjih, se v adolescenci pokažejo kot pomembni dejavniki tveganja tudi nekateri dodatni, ki so za to razvojno obdobje še posebno značilni. Dejavniki, ki povečujejo možnost samomora pri mladih, se med seboj povezujejo in prekrivajo (Tomori, 2004, str. 79).

3.2.1 Individualni dejavniki tveganja

Med individualnimi dejavniki je zelo pomembna pozitivna samopodoba, zaupanje vase in svoje sposobnosti, sposobnost iskanja pomoči v stresnih situacijah ter odprtost za sprejemanje predlogov, izkušenj drugih ljudi in novega znanja. Individualni dejavniki, ki so vezani neposredno na mladostnika, vključujejo:

- *Duševne motnje*

Duševne motnje predstavljajo najpomembnejši dejavnik tveganja za razvoj samomorilnega vedenja pri mladostnikih, saj je pri večini mladostnikov, ki si skušajo vzeti življenje, prisotna katera od duševnih motenj. Pri mladostnikih, ki samomor dejansko tudi izvršijo, pa je verjetnost duševne motnje skoraj 90% (Tančič, 2009, str. 38). Svetovna federacija za duševno zdravje (WFMH, 2001) opredeli duševno motnjo in bolezen na sledeči način: za duševno motnjo so značilne spremembe mišljenja, volje, vedenja ali njihova kombinacija v povezavi s stisko in/ali neustreznim funkcioniranjem. Duševna bolezen se skupaj nanaša na vse težave z duševnim zdravjem, ki jih je mogoče diagnosticirati in klinično obravnavati, se pravi, kjer sta prisotna strokovna intervencija ali zdravljenje. Na splošno se pojem nanaša na resne težave, kot so shizofrenija, manično-depresivna psihoza, endogena depresija, in ne toliko na primer na blago depresivno epizodo ali anksioznost (Sedlar, 2002, 36: 144).

- *Osebnostne značilnosti*

Pri samomorilnih mladostnikih so pogosto prisotne osebnostne in vedenjske značilnosti, ki se kažejo kot vedenjske motnje ali pa nakazujejo razvoj osebnostnih motenj (Tančič, 2009, str. 40). Pogosto ugotovljene značilnosti so impulzivnost, nasilnost, socialni umik in izogibovalno vedenje. Med neugodnimi kognitivnimi slogi so značilni predvsem tisti, ki kažejo sorazmerno

togo negativno zaznavanje in pesimistično pojmovanje že običajnih življenjskih dogajanj. To vodi k doživljanju lastne nemoči in brezupnega odnosa do možnih prihodnjih preizkušenj, posredno pa otežuje razvoj spretnosti za obvladovanje stresa in razreševanje težav, zmanjšuje zaupanje vase in v druge ljudi in utrjuje predstavo o sebi kot žrtvi dogajanja, ki ga mladostnik zaznava kot ogrožajoče in nerešljivo (Tomori, 2004, str. 81).

- *Spolna usmerjenost*

Homoseksualna usmerjenost pri obeh spolih je pomembno povezana s samomorilnim vedenjem. Raziskave kažejo, da je nevarnost za resen samomorilni poskus pri homoseksualni populaciji štiri- do šestkrat večja kot pri heteroseksualnih mladostnikih. Največje tveganje za samomorilno vedenje je obdobje, v katerem se posameznik sooči s svojo homoseksualno usmeritvijo, in je pred njim naloga, da to sprejme. Pri mladostnikih je to običajno obdobje okoli 18. ali 19. leta (Tančič, 2009, str. 41).

- *Zloraba alkohola in drog*

Zloraba alkohola ali drog in samomorilno vedenje sta povezana na različne načine, skozi neposredne ali posredne mehanizme. Droge in alkohol lahko vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja neposredno, saj poslabšajo presojo dejanj, zvišajo nivo impulzivnosti, povzročijo pa lahko tudi resne razpoloženske motnje, vključujoč začasne, intenzivne depresivne motnje s samomorilnimi težnjami. Izkazalo se je, da se tveganje za poskus samomora veča z večjo količino popite alkoholne pijače in pitjem močnejših alkoholnih pijač oziroma na drugi strani z uporabo težjih drog, kot sta npr.: heroin in kokain. Pri posameznikih, ki razvijejo odvisnost, pa je tveganje, da bodo življenje končali s samomorom, še višje, pri osebah odvisnih od alkohola okoli 15% in pri osebah odvisnih od drog okoli 10% (prav tam, str. 41).

Kot pomemben dejavnik tveganja za samomor je poznan sindrom odvisnosti od alkohola, pri uporabnikih nedovoljenih drog pa so sočasna uporaba več različnih drog, manjša prilagodljivost na okolje (posvojitev), motnje pozornosti in hiperaktivnost v adolescentnem obdobju, depresivne motnje, samomor in odvisnosti v družinski anamnezi ter pridružena duševna motnja (Lovrečič, 2004, str. 118).

3.2.2 Družinski dejavniki tveganja

Tančič (2009, str. 42) navaja, da družinski dejavniki vključujejo:

- *Značilnosti družine*

Med najbolj odločilnimi dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja pri mladostniku, ki so povezani z značilnostjo družine, v kateri odrašča, so duševne motnje pri starših. To so lahko depresivne ali tesnobne motnje, zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, antisocialna osebnostna motnja, še posebej pa družinska zgodovina samomorilnega vedenja. Veliko število samomorilnih mladostnikov poroča o družinskem nasilju, vključno z izkušnjo telesne ali spolne zlorabe, o čustveni in dejanski zanemarjenosti, pomanjkanju pomembnih čustvenih vezi v družini ali pretirani zaprtosti družine pred okoljem. Pogosti so tudi konfliktni odnosi v družini, motnje v komunikaciji in skrajno nizka ali previsoka pričakovanja staršev do otrok. Pozabiti ne smemo tudi na socialno-ekonomski status družine. Mnogi mladostniki, ki izkazujejo visoko tveganje za samomorilno vedenje, izhajajo iz neugodnih socialnih razmer. Zanje so značilne številne prikrajšanosti, od materialne in socialne do izobrazbene, kar znižuje kakovost življenja v njihovem okolju. Posredno te razmere vplivajo tudi na vrsto navad, ki ogrožajo zdravje in ustrezen psihosocialni razvoj (npr. zloraba alkohola). Raziskave ugotavljajo, da je v družinah samomorilnih mladostnikov običajno hkrati prisotnih več dejavnikov, ki se povezujejo in prepletajo.

- *Ločitev ali izguba staršev*

Izguba enega, predvsem pa obeh staršev, je pomemben dejavnik tveganja za razvoj samomorilnega vedenja pri mladostniku. Raziskave so pokazale, da ima v nekaterih primerih izguba zaradi ločitve staršev še pomembnejši vpliv kot izguba zaradi smrti starša.

- *Zloraba*

Vse oblike zlorabe so pomemben dejavnik tveganja za razvoj samomorilnega vedenja pri mladostniku. Raziskave so pokazale, da se reakcije mladostnikov na spolno zlorabo razlikujejo glede na spol. Pri dekletih se večkrat razvijejo zdravstveno-psihološki simptomi, kot so npr.: nočne more in zdravstvene težave, medtem ko fantje večkrat razvijejo vedenjske

simptome, kot so ponavljajoči samomorilni poskusi ali zloraba substanc. Primerjave kažejo, da mladostniki, ki so bili fizično zlorabljeni, večkrat poročajo o samomorilnih mislih in vedenju kot nezlorabljeni mladostniki.

3.2.3 Dejavniki okolja

Tančič (2009, str. 42) meni, da dejavniki tveganja izhajajo iz mladostnikovega socialnega okolja, šolskega konteksta in vpliva interneta ter ostalih medijev. Med te uvrščamo:

- *Vrstniki*

Z odraščanjem narašča tudi pomembnost odnosov z vrstniki in njihov vpliv na mladostnika. Samomorilno vedenje prijateljev ali drugih vrstnikov, ki jih mladostnik pozna, predstavlja pomemben dejavnik tveganja za razvoj podobnega vedenja pri njem. Tveganje je večje, če se mladostnik s samomorilnim vrstnikom identificira v večji meri – zaradi podobnih lastnosti, težav ali tesnega medosebnega odnosa. Večja je tudi nevarnost, če mladostnik doživlja, da je njegov prijatelj ali vrstnik s samomorilnim vedenjem dosegel, kar je želel oziroma kar bi si sam želel. Nekateri avtorji so odkrili pomembno povezavo med ustrahovanjem in številnimi vedenjskimi in psihološkimi simptomi, vključujoč depresijo, tesnobo, strah pred šolo ter nizko samopodobo. Pri tem so izpostavili, da so tudi mladostniki, ki ustrahujejo druge, bolj izpostavljeni tveganju razvoja depresije ali samomorilnega vedenja.

- *Šola*

Šola igra skoraj osrednjo vlogo v življenju mladostnika, saj pouku in šolskemu delu posveti več kot tretjino svojega dne. Je drugi najbolj pomemben socialni sistem, v katerega je mladostnik vključen, takoj za družino, in prinaša veliko pozitivnih dejavnikov v njegovo življenje (izobraževanje, vzgoja, socializacija). Kljub temu pa ne smemo spregledati tudi morebitnih negativnih vplivov. Težave povezane s šolo, ki lahko predstavljajo tveganje pri razvoju samomorilnega vedenja mladostnikov, so različne, najpogostejši pa sta šolski neuspeh in ustrahovanje s strani drugih učencev. Zaradi šolskega neuspeha lahko začne mladostnik dvomiti v svoje intelektualne sposobnosti in možnosti, razvijati nizko samopodobo, tesnobo, depresivno razpoloženje in morda začeti razmišljati tudi o samomoru kot možnem izhodu iz te

stresne situacije. Samomorilne misli se lahko pojavijo tako pri učencu s trajnim učnim neuspehom, ki stalno utrjuje njegove občutke nesposobnosti in manjvrednosti, kot tudi pri učencu z nenadnim, nepričakovanim neuspehom, še posebej, če je bil mladostnik prepričan v dober rezultat. Pomembno vlogo imajo tudi pričakovanja staršev in ostalih pomembnih oseb v mladostnikovem življenju v zvezi s šolskih uspehom ter mladostnikova želja po njihovi izpolnitvi. V povezavi s šolo pa ne smemo zanemariti tudi mladostnikovih težav z disciplino in nedovoljenim izostajanjem od pouka, ki so lahko pomemben opozorilni znak, da se z mladostnikom nekaj dogaja in da se za tem lahko skriva tudi depresivno razpoloženje ali nagnjenost k samomoru.

3.3 DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMORILNO VEDENJE MED STAREJŠIMI

Slovenija sodi med države z največjim količnikom samomorilnosti, ki strmo narašča s starostjo. Dejavniki tveganja za samomor v starosti so sicer podobni kot v ostalih življenjskih obdobjih, vendar imajo različno težo. Na samomorilnost vplivajo različne duševne motnje, osebnostne značilnosti, telesne bolezni in življenjske okoliščine. Med dejavniki tveganja za samomor v starosti izrazito izstopa depresija. Ker pa samomor pri starostnikih po navadi ni impulzivno dejanje, obstaja priložnost, da jim pomagamo (Kogoj, 2010, str. 563).

Obup starejšega človeka je igra raznih dejavnikov, večjo vlogo pa imajo po navadi osamljenost, neozdravljiva bolezen in depresivnost (Valetič, 2009, str. 44).

Samomorilno vedenje se pojavlja na kontinuumu od pasivnih samomorilnih misli do aktivnega načrtovanja in/ali izvedbe samomorilnega dejanja (Poštuvan, 2010, str. 54).

Pri depresiji razvoj samomorilnega vedenja ni nikoli posledica enega samega dejavnika tveganja, ampak je to običajno preplet različnih dejavnikov ranljivosti in sprožilnih dejavnikov. Vseeno lahko govorimo o tem, da najpomembnejše tveganje za pojav samomorilnega vedenja predstavlja prisotnost duševne motnje, med osebami starejšimi od 65 let, ki so storile samomor, naj bi namreč 71 do 95% posameznikov trpelo za eno od duševnih motenj. Med njimi ima največjo vlogo depresivna motnja, ki vpliva na razvoj samomorilnega vedenja v vseh starostnih obdobjih, s samomorom pa je še značilneje povezana v starosti. Raziskave so pokazale, da je depresivna motnja najmočnejši napovedni dejavnik tako

izvedenih samomorov kot tudi samomorilnih poskusov in samomorilnih misli pri starejših posameznikih in naj bi kar 40-krat povečala tveganje za samomorilnost. Izpostaviti je potrebno tudi tveganje za pojav samomora, ki je povezano z značilnostmi zdravljenja depresije (stranski učinki antidepressivov, izboljšanje samo nekaterih simptomov ipd.) (Tančič Grum, 2010, str. 42).

Levy, Jurkovic in Spirito so dejavnike, ki vplivajo na povečano tveganje za samomorilno vedenje, razdelili v tri kategorije: individualna, medosebna in sociokulturna. Individualna kategorija se nanaša na stabilne osebnostne poteze in aktualno, začasno duševno stanje posameznika. Tveganje za samomorilno vedenje se povečuje z negativnim razpoloženjem (obup, brezup), ravnanjem po trenutnem vzgibu (impulzivnost) in s pretiranimi dejanji (agresivnost). Medosebni nivo se nanaša na socialno izolacijo, neurejene družinske razmere, samski stan, ločitev, ovdovelost ter izgubo zaposlitve. Tveganje za samomorilno vedenje se poveča z nesposobnostjo vzpostavljanja ali rušenja vzajemnega odnosa, kronično nepripadnostjo družbi ali nenadno družbeno osamitvijo. Sociokulturni nivo zaznamujejo družbene značilnosti okolja (dohodek na prebivalca, stopnja brezposelnosti, pogostost ločitev ipd.), v katerem posameznik živi. Kadar je družbeno okolje neugodno (izzove neugodno duševno stanje ali spodbuja neugodne medosebne odnose), to povečuje tveganje za samomorilno vedenje (Levy et al. v: Kamin et al., 2009, str. 88).

3.3.1 Individualni dejavniki tveganja

Med individualne dejavnike sodijo samomorilni poskus v anamnezi, duševne motnje, telesne bolezni, spol in starost, ne smemo pa pozabiti na osebnostno strukturo (emocionalno labilni, vzkipljivi in agresivni so bolj ogroženi), stan (poročeni so manj ogroženi, samski, še posebej ločeni in ovdoveli, pa bolj), izobrazbo in socialno-ekonomski status v družbi (Marušič in Temnik, 2009, str. 58).

- *Telesne bolezni*

Mnoge srčno-žilne, nevrološke in tudi druge telesne spremembe, ki se pojavijo ob normalnem staranju, povečajo ranljivost za razvoj depresije. Veliko raziskav o sprožilcih depresije v starosti se je osredotočilo na spremembe v možganih. Pokazalo se je, da je depresija povezana

s hipoaktivnostjo v možganski skorji in hiperaktivnostjo v limbičnih strukturah, zmanjšana povezljivost amigdale s strukturami v talamusu in skorji čelnega režnja pa naj bi regulirala čustvene procese, ki lahko vplivajo na vzdrževanje depresije v starosti. Poleg telesnih sprememb je potrebno posebej izpostaviti tesen odnos depresivne motnje s telesnimi boleznimi, še posebej s kroničnimi stanji. Največkrat se pojavlja pri srčno-žilnih obolenjih in določenih nevroloških stanjih, čeprav lahko katera koli resna akutna ali kronična bolezen sproži depresivno reakcijo (Tančič Grum, 2010, str. 34).

Tri telesne bolezni trikrat povečajo verjetnost za samomor, sedem ali več telesnih bolezni pa kar devetkrat. Telesne bolezni in funkcijske prizadetosti povečajo tveganje za samomor, čeprav je njihov vpliv verjetno posreden prek depresije. Določene hude bolezni, kot so nevrološke bolezni, karcinomi ali izguba vida, pa neodvisno povečajo nevarnost za samomor. Med posamezniki s kroničnimi bolečinskimi stanji so običajno pogostejša razmišljanja o samomoru, več je tudi zaključenih samomorov. Depresivni bolniki tudi poročajo o hujših bolečinah, izrazitejši invalidnosti kot posledici bolečin in manjši sposobnosti aktivnega spopadanja z bolečino (Kogoj, 2010, str. 564).

- *Motnje spanja*

Motnje spanja imajo v starostnem obdobju poseben pomen, saj povečujejo tveganje za razvoj depresije, predstavljajo pa tudi njen simptom. Z depresijo je med motnjami spanja najtesneje povezana nespečnost, ki je v starosti zelo pogosta, saj naj bi se z njo soočala četrtnina starejših moških in kar 40% žensk nad 80. letom starosti. Nespečnost predstavlja dejavnik tveganja tako za pojav depresije kot tudi njeno vzdrževanje. Rezidualni simptomi nespečnosti so pogosto prisotni tudi po remisiji depresije in napovedujejo njen zgodnejši relaps. Vlogo nespečnosti pri depresivni motnji so izpostavili tudi obetavni rezultati nekaterih raziskav na sicer starostno mešanih vzorcih, ki so pokazali, da ima hkratno zdravljenje nespečnosti tudi pozitiven vpliv na zdravljenje depresije (Tančič Grum, 2010, str. 36).

- *Duševne motnje*

Med starostniki, ki so naredili samomor, je verjetnost za duševne motnje zelo velika. Pomemben dejavnik samomorov v starosti je še zloraba alkohola z vsemi posledicami. Vendar so v nasprotju z ostalimi starostnimi skupinami pridružene bolezni z zlorabo substanc

v starosti manj pogoste. Večje tveganje, čeprav znatno manjše kot depresija, predstavljajo še anksiozne in psihotične motnje. Depresivne motnje so najpomembnejše za predvidevanje možnosti samomora in jih je zato potrebno poudariti. Izstopajoči znaki pred samomorom starostnika so nespečnost, izguba telesne teže, občutki krivde in pritožbe zaradi različnih telesnih težav. Po drugi strani starostniki z depresijo redkeje omenjajo samomorilne misli v primerjavi z mlajšimi. Pogostost depresije v starosti ni drugačna, so pa pridružene bolezni pogostejše (Kogoj, 2010, str. 564).

3.3.2 Medosebni dejavniki tveganja

Medosebni dejavniki se prepletajo z individualnimi, predvsem z izzivanjem občutka manjvrednosti. Nizko samopodobo, ki je eden ključnih dejavnikov tveganja, namreč lahko izzovejo individualni dejavniki, npr. depresija, lahko pa jo izzove tudi ožje in širše družbeno okolje (Marušič in Temnik, 2009, str. 59).

- *Osebnostne značilnosti in osebnostne motnje*

Izmed petih dimenzij osebnosti predstavljata tveganje za samomor visoka raven nevroticizma ter nizka raven odprtosti za izkušnje. Nevroticizem predstavlja slabša sposobnost obvladovanja čustev, prisotnost negativnih čustvenih stanj in skrbi. Odprtost za izkušnje pa predstavlja ustvarjalnost, radovednost in odprtost za novosti. Slabšo psihološko in socialno prilagodljivost posledicam staranja povezujejo z nizko ravnijo odprtosti za izkušnje. V drugih raziskavah so izpostavili zlasti anankastične osebnostne poteze in anksioznost. Posebno mesto zasluži občutek brezupa, ki je neodvisno od depresije pogostejši pri starejših z anamnezo samomorilnih poskusov. Osebnostne motnje pa se same po sebi niso izkazale za pomemben dejavnik tveganja za samomore v starosti (Kogoj, 2010, str. 564).

Osebnostne značilnosti, ki imajo lahko vpliv na nastanek depresivne motnje pri starejših, se večinoma ne razlikujejo od tistih, ki so vključene v razvoj depresije v mlajši dobi. Na depresijo lahko vplivajo tako neposredno (nagnjenost k negativističnemu razmišljanju in depresivnemu razpoloženju) kot posredno, preko modifikacije učinkov stresnih življenjskih dogodkov. Osebnostna poteza, ki jo pogosto povezujejo z depresijo je nevroticizem, ki

opredeljujejo osebo kot čustveno labilno, neuravnoteženo in negotovo, to pa jo posledično naredi bolj dovzetno za stres (Tančič Grum, 2010, str. 36).

- *Samopodoba*

Samopodoba je predstava, ki jo ima vsak človek o samem sebi. Delno je ta predstava zavestna in bi jo vsak lahko v marsičem natančno opisal, delno pa je navzoča v njegovem nezavednem doživljanju sebe. Ne da bi človek prav vedel za to, ga samopodoba usmerja v različnih dejavnostih. Pomeni mu izhodišče za vse pomembne življenjske motive in odločitve, za oblikovanje odnosov z drugimi ljudmi, za čustvovanje in doživljanje. Vsak človek potrebuje pozitivno samopodobo, ki je povezana z ustreznim samospoštovanjem in je pogoj za to, da se človek potruži zase, da verjame vase in se zaveda svojih sposobnosti. Le taka predstava o sebi ga spodbuja, da dejavno in čim bolj ustvarjalno uresničuje svoje težnje in da ob tem doživlja zadoščenje (Tomori, 1994, str. 118).

3.3.3 Družbeni dejavniki tveganja

Sem spadajo nacionalne in regionalne značilnosti, povezane tako s kulturo danega okolja kakor tudi z nenadnimi spremembami tega okolja (Marušič in Temnik, 2009, str. 59).

- *Življenjske okoliščine*

Dejavniki, kot so smrt partnerja, finančne težave, nerazumevanje v družinskem krogu, izguba podpore iz socialnega okolja ter same posledice staranja in različnih bolezni predstavljajo vire stisk, ki so tudi pomembni dejavniki samomora. Osamitev iz družbe in samota sta pomembno in neodvisno povezana s tveganjem za samomor v poznejših letih. Po drugi strani pa depresivni starostniki pogosteje izgubijo družbene stike in se počutijo osamljeni, tudi če ne živijo sami (Kogoj, 2010, str. 564).

- *Socialno-ekonomski status*

S starostjo se socialni krog posameznika manjša, zato je pogosto pomanjkanje socialnih stikov in prihaja tudi do socialne izolacije. Socialna podpora je tako velikokrat mediator pri nastanku depresije, pri čemer so raziskovalci odkrili, da je bolj kot število socialnih stikov in količina

socialne podpore pomembna njena kvaliteta. Pokazalo se je celo, da je socialna podpora, ki jo posamezniki doživljajo kot pretirano, lahko dejavnik tveganja za razvoj depresije. Starostniki se pogosto srečajo z znižanjem finančnega statusa, kar poveča verjetnost za nastanek depresivne motnje, še posebej, ker imajo nizki prihodki kronične posledice, kot so stalni finančni pritiski in izpostavljenost nestabilnemu finančnemu položaju. Prav tako je potrebno izpostaviti pomen nizkega socialno-ekonomskega statusa, ki je bil prisoten že prej v življenju. Starostniki, ki so se vse življenje soočali s finančnimi težavami, so bolj ranljivi za razvoj depresije tudi zaradi učinkov nezadostne in neustrezne prehrane, manjših možnosti za izobrazbo, manjše dostopnosti do zdravniške oskrbe ipd. Ta ranljivost postaja s starostjo še bolj izrazita, saj se ekonomskim neenakostim pridružijo tudi neenakosti v zdravju (Tančič Grum, 2010, str. 38).

4 PREPREČEVANJE SAMOMORA

Prvo vprašanje, ki si ga zastavimo v zvezi s samomorom in samomorilnim poskusom, je: Ali je samomor sploh mogoče preprečevati? In če je odgovor pritrdilen, se v naslednjem vprašanju vprašamo, kako vendar? Velikokrat slišimo trditev, da tistemu, ki se je za samomor povsem odločil, tega dejanja ne moremo preprečiti. Če bi ta tako trdoživi mit o samomoru držal, bi vsakršna prizadevanja svojcev, strokovnjakov in družbe za boj proti samomorilnemu vedenju izgubila svoj smisel. To seveda ne drži. Običajno govorimo o preprečevanju samomora takrat, ko si celotna družba (na nacionalni ravni) ali le njen del (medicina, psihiatrija, psihologija) z določenimi ukrepi prizadevajo k pomembnemu zmanjšanju števila samomorov prebivalcev (Tekavčič Grad, 1995, str. 9).

Oblikovanje in izvedba učinkovite strategije za preprečevanje samomorilnega vedenja na nacionalni in regionalni ravni bi moralo biti visoko na prioritetni listi. Preventivni mehanizmi obstajajo in se tako kot drugod po svetu izvajajo tudi v Sloveniji, a žal le na projektni, ne pa tudi na programski ravni (Marušič, 2005).

Poznamo šest različnih vrst preprečevanja samomora, ki so usmerjena k skupinam z visokim tveganjem. Med te uvrščamo:

- **Skupinska terapija**

V prvi fazi je pomembno, da je na voljo dostopna telefonska številka za ljudi, ki skušajo narediti samomor. Temu naj sledi terapevtska pomoč v skupini, kjer posamezniki lahko spregovorijo o svojim razlogih za poskus samomora. Udeleženci se v takih skupinah naučijo različnih praktičnih tehnik, taktik in strategij, ki jih lahko vnesejo v svoje vsakdanje življenje. Cilj te strategije je vzpostaviti okolje, ki bo ljudem, ki razmišljajo o samomoru, ponudilo podporo in nasvete, ki so se pri predhodnih udeležencih izkazali za uspešne.

- **Osnovne osebne pravice**

Mnogi ljudje, ki so poskusili narediti samomor, prihajajo iz okolij, v katerih so doživljali različne zlorabe. Pogosto so v teh okoljih slišali oziroma dobivali informacije, da nimajo nobenih pravic. Pri tej tehniki gre za učenje zavedanja nekaterih temeljnih pravic. Udeleženci se učijo postajati odvisni od samih sebe in odgovorni do samih sebe.

- **Spravljalivost s seboj**

Gre za večšino, ki vključuje enega od petih čutil, s katerim lahko pridemo do pomirjenja. Nekoga pomirja pitje čaja, nekoga pomirja topla kopel, nekoga pomirjajo dišave v stanovanju, glasba ... Namen je zmanjšanje stresa z neke vrste pozitivno čutno stimulacijo.

- **Medosebne meje**

Ljudje, ki poskušajo narediti samomor, pogosto čutijo, da nimajo nadzora nad lastnim življenjem ali pa celo, da imajo drugi nadzor nad njihovim življenjem. Cilj učenja te tehnike je razumeti, da ni prav nič narobe s tem, da imamo ljudje svoje želje in potrebe. Udeleženci začnejo jasneje prepoznavati, katere so stvari, ki jih ne želijo deliti z drugimi, ter se učijo zavrniti zahteve, ki bi jim osebno lahko škodile.

- **Taktike odvrčanja**

Gre za to, da se posameznik, ki je izrazito nagnjen k samomorilni miselnosti, nauči misliti na kaj drugega in početi stvari, ki ga odvrnejo od razmišljanja o samomoru. Odvrčanje ni namenjeno morebitnemu zmanjšanju čustvene bolečine, lahko pa človekove misli odvrne od naklepanja samomorilskega poskusa, ki je prvotno namenjen ubežanju na prvi pogled neznosne in nevzdržne bolečine.

- **Strategije reševanja problemov**

Z učenjem pozitivnega reševanja problemov in konfliktnih situacij se razvija pridobivanje odpornosti na različne vrste stresnih situacij (Valetič, 2009, str. 33).

Ziherl in Pregelj menita, da lahko delimo preprečevalne ukrepe v dve skupini: na *zdravstvene* v ožjem smislu in na *javnozdravstvene* (oziroma družbene) ukrepe.

Zdravstveni preprečevalni ukrepi so:

- opredelitev skupin prebivalstva, pri katerih je večje tveganje samomorilnosti,
- izboljšanje diagnosticiranja in zdravljenja oseb s samomorilnim vedenjem, vključno s tistimi, ki so samomor že poskušali,
- izboljšati rehabilitacijo oseb po poskusu samomora,
- terapevtska pomoč preživelim svojcem človeka, ki je napravil samomor.

Javno-zdravstveni ukrepi pa so sledeči:

- Psihosocialna podpora. Vzpostaviti je treba mrežo skupnostnih služb, ki spodbuja in uči ljudi v spretnostih obvladovanja težkih življenjskih situacij. Posebej se moramo s takimi programi približati tistim, ki slabo obvladujejo vsakdanji negativni stres, ker nimajo podporne mreže svojcev ali prijateljev.
- Spreminjanje odnosa javnosti do samomora. S takimi ukrepi je potrebno detabuizirati samomor kot družbeni pojav in s tem spodbuditi govorjenje o samomorilnosti, predvsem pa znanje o samomoru in o načinih preprečevanja samomora.
- Register samomora in samomorilnega poskusa. Zbiranje teh podatkov in njihova analiza nam dajeta potrebne podatke o ogroženih skupinah prebivalstva in s tem tudi možnosti za preventivno delo.
- Izobraževanje zdravnikov iz prepoznavanja depresije in drugih duševnih motenj, ki so dejavniki tveganja.
- Izobraževanje učiteljev iz prepoznavanja samomorilne ogroženosti učencev in dijakov (Ziherl in Pregelj, 2010, str. 561).

Tekavčič Gradova (1995, str. 10) navaja, da preventivo ali preprečevanje samomora razdelimo na tri dele; terciarno, sekundarno in primarno:

- **Terciarna preventiva** je tista nujna pomoč posamezniku po poskusu samomora, ki rešuje njegovo življenje in je običajno v pristojnosti medicine.
- **Sekundarna preventiva** samomora se ukvarja predvsem s skupinami, ki so najbolj ogrožene in pri katerih je najbolj verjetno, da bodo svoje težave reševale na tako destruktiven način. Gre za preprečevanje pri tistih posameznikih, ki so samomor že kdaj poskušali, da tega v prihodnje ne bi več počeli.
- **Primarna preventiva** pa so tista dolgoročna in dolgotrajna prizadevanja družbe, ki bi naj odpravila okoliščine, vzdušje in pritiske, v katerih nastajajo samomorilne težnje in dejanja.

4.1 PREPREČEVANJE SAMOMORA V PRIMARNEM ZDRAVSTVU

Vrsta in način pomoči osebam s samomorilnim vedenjem v primarnem zdravstvu sta odvisna od številnih dejavnikov. Med njimi so npr. ocena samomorilne ogroženosti, diagnoza duševne motnje, sprejemanje oziroma odklanjanje pomoči bolnika in svojcev, problem napotitve v

bolnišnico proti volji bolnika, telesna prizadetost po poskusu samomora in drugi. Da bi zdravstveni delavec lahko ocenil samomorilno ogroženost, mora razumeti, kaj bolnika vodi v samomorilno vedenje (Dernovšek, 2004, str. 64).

Pri raziskavah oseb, ki so imele poudarjeno samomorilno vedenje, so našli nekatere psihološke značilnosti. Te osebe so bile po naravi nagnjene k impulzivnemu odzivanju, saj so po rezultatih ene od raziskav pri polovici oseb, ki so poskušale samomor, ugotovili, da so le kakšno uro ali celo manj časa pred dogodkom razmišljali o tem (prav tam, str. 64).

Ocenjevanje samomorilne ogroženosti in prepoznavanje ter preprečevanje samomorilne ogroženosti pri duševnih motnjah se omejuje na primere, ki jih najpogosteje srečamo v primarnem zdravstvu in so hkrati najpogosteje povezane s samomorilnim vedenjem. Te motnje so: depresija, sindrom odvisnosti od alkohola in osebnostne motnje (prav tam, str. 64).

4.1.1 Depresija in samomorilno vedenje

Ponavljajoča se depresija je najpogostejša duševna motnja (pogostost v življenju je za moške 17,1% in za ženske 21,3%). Pri ponavljajoči se depresiji je samomor glavni razlog prezgodnje smrti pri 15% bolnikov (Dernovšek, 2004, str. 64). Depresija je motnja razpoloženja, pri kateri gre za bolezensko, pretirano žalost, pomanjkanje energije, oseba nima zanimanja za dejavnosti, ki so jo včasih veselile, ima motnje spanja, apetita (Valetič, 2009, str. 129).

Za depresijo vsaj enkrat v življenju zboli vsaka šesta oseba (Wittchen in drugi v: Kamin et al., 2009, str. 112).

Pri *blagi* depresivni epizodi je prisotnih dvoje ali troje naštetih simptomov, bolnik je vseeno sposoben nadaljevati z večino svojih običajnih aktivnosti. Pri *zmerni* depresivni epizodi se pojavljajo vsaj štirje od naštetih simptomov, ki bolnika precej ovirajo pri vsakodnevni aktivnostih. Pri *hudi* depresivni motnji brez psihotičnih simptomov pa je prisotna večina naštetih simptomov, ki so zelo izraziti in odločilno vplivajo na bolnikovo delovanje. Običajno doživlja mučne občutke ničvrednosti in krivde, pogoste pa so tudi samomorilne ideje in samomorilno vedenje (Tančič Grum, 2010, str. 23).

4.1.2 Zloraba ter odvisnost od alkohola in samomorilno vedenje

Značilni simptomi in znaki, ki se razvijejo po ponavljajočem se uživanju psihoaktivnih snovi, vključujejo močno željo po zaužitju te snovi, težave pri obvladovanju jemanja snovi, vztrajanje pri uživanju snovi kljub škodljivim posledicam, večje posvečanje uživanju snovi kot drugim dejavnostim in obveznostim (Marušič in Temnik, 2009, str. 38).

Bežanje v alkoholno omamo se v končni fazi pokaže kot nesposobnost reševanja večjih in manjših stresnih situacij, ki se, če navada postane redna, razširi na vsa človekova področja bivanja. Gre za stalni beg, večni umik in sprejemanje porazov, ki je obenem kratkotrajna in začasna alkoholna tolažba (Valetič, 2009, str. 162).

Zloraba in odvisnost od alkohola sta v našem okolju zelo pogosti in povezani s samomorilnim vedenjem. Po nekaterih ocenah je verjetnost samomora pri osebi, ki je odvisna od alkohola, 15% ali nekoliko manj. Z obema pojavoma je povezana tudi depresija. Depresijo najdemo pri dveh tretjinah do treh četrтинah oseb, odvisnih od alkohola, ki so življenje končali s samomorom, in je povezana z dolgim trajanjem odvisnosti, ko se pojavijo številne socialne in zdravstvene posledice odvisnosti. Bolj so ogroženi moški, ki so nedavno izgubili pomembno socialno zvezo (Dernovšek, 2004, str. 69).

4.1.3 Osebnostne motnje in samomorilno vedenje

Osebnostne motnje so pri osebah, ki iščejo pomoč v okviru primarnega zdravstva, zelo pogoste, a navadno prikrite z drugimi motnjami, kot so depresija, zloraba ali zasvojenost z različnimi psihoaktivnimi snovmi, kriznimi stanji, anksioznimi motnjami (Dernovšek, 2004, str. 70).

Med številnimi osebnostnimi motnjami sta s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje povezani zlasti mejna osebnostna motnja in antisocialna osebnostna motnja. Za obe sta značilni slabše obvladovanje impulzivnosti in manj stabilna socialna mreža, kar ima za posledico krizna stanja in različne motnje. Zelo verjetno imajo osebe, ki pogosto ponavljajo poskuse samomora, diagnozo osebnostne motnje (prav tam, str. 70).

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje pri osebnostnih motnjah so samomorilne misli, predhodni poskusi, odpust iz psihiatrične bolnišnice, antisocialno vedenje, višja izobrazba, težave pri sprejemanju pomoči glede reševanja vsakodnevnih problemov (prav tam, str. 70).

4.2 PREPREČEVANJE SAMOMORA MED MLADIMI

Preprečevanje samomora pri mladostnikih je ena od prednostnih nalog v državi, ki zna predvideti pomen te problematike za splošno zdravje in dobrobit svojega naroda. Hkrati pa je v sklopu sistematičnih in usklajeno načrtovanih preventivnih prizadevanj ta naloga tudi izjemno težka, saj se v pojavu samomorilnosti pri mladih prepleta mnogo različnih razsežnosti (Tomori, 2004, str. 79).

V Sloveniji vsako leto konča svoje življenje okoli 20 mladostnikov, število fantov med njimi je približno štirikrat večje od števila deklet. Raziskava, ki je zajela reprezentativen vzorec slovenskih srednješolcev, kaže, da kar 6,8% fantov in 13,6% deklet v starosti od 14 do 19 let poroča o tem, da so že poskušali narediti samomor (prav tam, str. 79).

Manj samomorilnega vedenja se pojavlja pri tistih mladostnikih, kjer v družini vlada dobra komunikacija in ima mladostnik občutek razumevanja. Mladostniki brez samomorilnih teženj se največkrat v stiski obračajo na svoje prijatelje, na ostale pa v naslednjem vrstnem redu: njihove matere, očete ali brate/sestre, druge svojce, druge osebe in učitelje. Socialna mreža mladostnikov se manjša s težo njihovih težav; mladostniki s samomorilnimi mislimi imajo manj oseb, s katerimi lahko govorijo o svojih težavah, kot mladostniki brez takih misli, še manj oseb pa imajo mladostniki s preteklimi poskusi samomora (Poštuvan, 2009, str. 61).

Dr. Tomorijeva poudarja, da je treba biti dovolj empatičen, da prepoznamo stisko pri sočloveku in da so občutki, da mu bomo z iskreno pomočjo lahko škodili, odveč. Treba se je potruditi in človeka vprašati, kaj ga tare. In če je stvar resna, ga napotiti k strokovnjaku. Potrebno je aktivirati tudi mladostnikove vrstnike, pri katerih lahko dobi občutek vrednosti, ki ga tako zelo pogreša, in občutek pripadnosti. Nobena terapija sama po sebi ni dovolj uspešna brez aktivne vključitve družinskih članov in ljudi, ki obdajajo posameznika s samomorilnimi nagnjenji, glavni namen terapije pa je, da se mladostnik začne učiti zdravega odzivanja na različne stresne situacije v življenju, ki ga delajo tako ranljivega. Samo strokovna pomoč ni

dovolj in ker morajo v proces biti vključeni tudi mladostnikovi starši ali skrbniki, se tudi oni ob tem veliko učijo. V določenem obsegu so prav razpoke v vzgoji doprinesle k temu, da svojim otrokom morda niso znali dati tistega, kar so le-ti od njih potrebovali (Tomori v: Valetič, 2009, str. 163). Mladostniki svoje težave skušajo sporočiti okolici, zato je pomembno, da se njihovo stisko opazi. Poleg prijateljev in sorodnikov so za to pomembni tudi učitelji in drugi strokovni delavci (Poštuvan, 2009, str. 61).

4.2.1 Preventivne dejavnosti, ki krepijo duševno zdravje mladih

Kakovost življenja družine je v marsičem odvisna od socialnih, ekonomskih, izobrazbenih in političnih razmer v nekem širšem prostoru. Te razmere posredno odločajo tudi o najširšem okviru, v katerem poteka odraščanje otrok in mladostnikov. Vzgojo in oblikovanje osebnosti posameznika v neki družbi usmerjajo tudi sociokulturne vrednote, ki so značilne za neko populacijo. Na to, ali je družina lahko funkcionalna za zdrav razvoj otrok, vplivajo tudi širše, zunanje in splošne razmere življenja v določenem socialnem okolju. Pomembno vlogo pri preprečevanju psihosocialnih motenj pri odraščajočih imajo tudi mehanizmi, ki zagotavljajo zgodnje prepoznavanje rizičnih družin in omogočijo najbolj učinkovito pomoč in zaščito družini, ki iz tega ali onega razloga razvija kakšno disfunkcionalnost. V tem smislu je najbolj pomembno delo primarne zdravstvene pomoči in socialne službe (Tomori, 2004, str. 83).

Duševno zdravje mladega človeka se kaže na različne načine in na različnih področjih; z njegovim realnim samospoštovanjem, zaupanjem vase in v druge, sposobnostjo navezovanja odnosov z ljudmi, tako tistih trajnih, čustveno pomembnih kot prijateljskih in kolegijskih, s sposobnostjo komunikacije, pripravljenostjo za samostojno obvladovanje nalog in dejavno razreševanje težav, z zadostno fleksibilnostjo in izbiro različnih strategij za obvladovanje stresov, z radovednostjo in sprejemljivostjo za novo in motiviranostjo za učenje in napredovanje. Vse te razsežnosti duševnega zdravja se razvijajo postopoma še naprej pod vplivom zunanjih dejavnikov, čeprav se običajno zastavijo zgodaj in že v družini (prav tam, str. 84).

Vse dejavnosti, ki spodbujajo in krepijo duševno zdravje, morajo biti integrirane v širše programe, ki zajamejo vse odraščajoče v njihovem razvoju. Pričetek v adolescenci, torej v srednji šoli, je pravzaprav za take programe že pozno. Poleg tega pa mnogi mladostniki, ki so

glede svojega psihosocialnega zdravja najbolj rizični, sploh niso vključeni v šolanje, in takih programov tako niso deležni prav oni, ki bi jih najbolj potrebovali (prav tam, str. 84).

4.2.2 Preventivni programi, ki obravnavajo samomorilno vedenje mladostnikov

Usmerjeni programi izobraževanj in seminarjev o prepoznavanju samomorilnega tveganja in usmeritvi v strokovno obravnavo za osebe, ki se poklicno ukvarjajo z mladimi (pedagogi, psihologi, socialni delavci, šolski svetovalci), so razviti že marsikje po svetu in so vključeni v širše preventivne programe.

Njihovi cilji so:

- povečanje ozaveščenosti o problemu samomorilnega vedenja,
- usposabljanje za zgodnjo prepoznavo opozorilnih znakov in psihosocialnih motenj, ki povečujejo samomorilno tveganje,
- seznanjanje z možnostmi in načini strokovne pomoči in motiviranjem za obravnavo (Tomori, 2004, str. 86).

Potek takega izobraževanja lahko vključuje različne pristope: skupinske pogovore, izmenjavo izkušenj, igranje vlog, trening komunikacije z mladimi, izdajo publikacij s potrebnimi znanji in napotki (prav tam, str. 86).

4.2.3 Zgodnje prepoznavanje samomorilnega tveganja in ustrezna strokovna pomoč rizičnim mladostnikom

Na svoji ravni izobrazbe in glede na možnosti, ki jih imajo pri delu z mladimi, morajo biti seznanjeni s problematiko samomorilnega vedenja v tej razvojni dobi vsi strokovnjaki, ki se ukvarjajo z mladostniki. Le tako se lahko v preventivna prizadevanja učinkovito vključujejo. Prepoznavanje kliničnih znakov depresivnosti, trajne ali ponavljajoče se konfliktnosti z okoljem, socialnega umika ali odpovedovanja v vsakodnevnih preizkušnjah zahteva poglobljen in usmerjen pogovor z mladostnikom ter tudi z njegovimi bližnjimi. Za to je potrebno znanje o tem, kakšna pomoč bi lahko zaustavila možen prehod v samouničevalno vedenje. Pravočasna usmeritev rizičnega mladostnika v diagnostično oceno psihiatra in njegovega strokovnega tima bi mu zagotovila ustrezno strokovno obravnavo. To je takrat, ko

gre za duševno motnjo, edina prava možnost preprečevanja samomorilnega tveganja (Tomori, 2004, str. 86).

4.3 PREPREČEVANJE SAMOMORA MED STAREJŠIMI

Starostniki so skupina, pri kateri je delo na preprečevanju samomora izrazito potrebno, hkrati pa tudi težavno, saj je stvarnih težav, s katerimi se starostniki spopadajo, več kot pri drugih starostnih skupinah (Valetič, 2009, str. 187).

Zaradi epidemioloških in kliničnih značilnosti samomorilnega vedenja v pozni starosti pomeni preprečevanje samomora pri starejših poseben izziv. Pogosto je prepričanje laične javnosti, da je samomor pri starejših osebah predvsem odgovor oziroma reakcija na težko obolenje ali bolezen v zadnjem obdobju. Nasprotno, večina samomorov je posledica zapletene medsebojne igre bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Do sedaj je bilo opravljenih premalo kontrolnih raziskav, ki bi natančneje prikazale konkretne dejavnike tveganja. Še vedno tudi ni učinkovitih ukrepov in ustreznih strokovnjakov, kakor institucij, ki bi doprinalaše k zmanjševanju samomorilnega vedenja pri starejših. V boju proti visoki samomorilnosti bi moral biti poseben poudarek na boljšem prepoznavanju in optimalnem zdravljenju rizičnih faktorjev, predvsem na preventivnem področju oziroma primarnem zdravstvenem varstvu (Pišljar, 2004, str. 104).

Starostnika, ki ima samomorilne težnje, je treba obravnavati po načelih, ki veljajo za zdravljenje duševno bolnih. S starostnikom je potrebno vzpostaviti nevsiljiv govorni stik in si pridobiti njegovo zaupanje. Ko se starostnik odpre, ga je potrebno dobro poslušati, kajti s tem se mu ponudi možnost, da se čustveno razbremeni (Stajniko, 2011, str. 33).

Učinkovitost preventivnih ukrepov je odvisna od prepoznavanja vzročnih dejavnikov in njihove povezanosti s samomorilnim vedenjem, pogostnostjo pojavljanja dejavnikov v starejši populaciji ter možnostjo njihovega učinkovitega spreminjanja. Po obstoječih podatkih naj bi v načrtovanih preventivnih ukrepih posvetili pozornost predvsem motnjam razpoloženja, obupanosti, značilnim osebnostnim lastnostim, telesnim obolenjem in funkcionalnim okvaram ter skupini oseb s preteklim samomorilnim vedenjem (Pišljar, 2004, str. 107).

V Sloveniji je mreža primarne zdravstvene službe dobro organizirana in ponuja možnost učinkovitega spremljanja obolenj in zdravljenja starejše populacije. Ne zadostno pa je prepoznavanje in zdravljenje depresij v osnovnem zdravstvu. Večji delež zdravljenja depresij poteka na specialističnem področju, kar pa ne zagotavlja ustrezne pomoči večini bolnikov z depresijo in s samomorilno ogroženostjo (prav tam, str. 113).

4.3.1 Splošna preventiva samomora

Splošna preventiva samomora se pri starejših dotika razreševanja posebnih psihosocialnih problemov starostnikov (osamljenost revščina, odvisnost od drugih oseb, omejena gibljivost) in ukrepov za zmanjševanje možnosti samopoškodovanja. Sem spadajo sprejemi ustrezne zakonodaje, npr. zakon o kontroli nad nošenjem strelnega orožja in omejitve dostopa do zdravil, ki lahko ogrožajo bolnike ob prevelikem odmerjanju (Pišljari, 2004, str. 111).

V okvir splošne preventive samomora smemo prištevati ugoden razvoj skupin za samopomoč, razvoj dnevnih centrov in organizacije pomoči na domu. Aktivnosti s starejšimi se dotikajo problematike razreševanja osamljenosti, pomoči gibalno oviranim in telesno ter duševno obolelim. Zmanjšujejo bivanjsko stisko ter možnost pojavljanja depresije in samomorilne ogroženosti (prav tam, str. 111).

4.3.2 Posredna preventiva samomora

Posredna preventiva samomora se nanaša predvsem na zniževanje samomorov posameznih rizičnih skupin. Zaradi staranja prebivalstva, posebnih dejavnikov tveganja pri starejši populaciji in najvišje stopnje samomorilnosti je preprečevanje samomora v nacionalnih programih dobilo svojo strateško vlogo. Švedski program za preprečevanje samomora je izpostavil potrebo po ustvarjanju družbenih razmer, ki bi omogočale ohranjanje intelektualnih, čustvenih in socialnih sposobnosti starostnikov ter podporo pri njihovem aktivnem vključevanju v življenje. Spodbujajo širšo razpravo o socialni situaciji starejših, problematiki medosebnih odnosov v družini in zakonu, destigmatizacijo duševnih obolenj, predvsem depresije in samomorilnega vedenja (Pišljari, 2004, str. 111).

4.4 SVETOVNI DAN PREPREČEVANJA SAMOMORA

Zdi se, da je notranji boj, ki bremeni človeka, težko naslavljati, saj o njem govori le redko kdo. Kadar pa o tem teče resna beseda, se zdi, da so glasovi, ki jo izgovarjajo, tihi in nemočni. Svetovni dan preprečevanja samomora se je tudi zato izkazal kot edinstvena možnost in priložnost na opozarjanje na samomorilno problematiko (Valetič, 2009, str. 35).

10. september sta za svetovni dan preprečevanja samomora razglasili leta 2003 Svetovna zveza za preprečevanje samomora (IASP) in Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) – z namenom, da bi okrepili zavest o tem, da je samomor mogoče preprečiti (Kalin, 2011). Tako kot drugod po svetu se tudi v Sloveniji v teh dneh vrstijo različne aktivnosti z namenom ozaveščanja širše javnosti o problemu samomorilnosti, še posebej pa o pomenu preprečevanja samomorilnega vedenja pri nas (Marušič, 2005).

Za učinkovito delovanje v preprečevanju samomora in drugih oblik samomorilnega vedenja so potrebni usklajeni in enotni pristopi, ki naj jih opredeli ustrezen nacionalni program. Glede na svoje poslanstvo na področju javnega zdravja in svojo organiziranost, bi koordiniranje in povezovanje različnih institucij in strokovnjakov v učinkovite mreže interdisciplinarnih timov, lahko na državnem nivoju prevzeli Inštitut za varovanje zdravja, na regijskem nivoju pa regionalni Zavodi za zdravstveno varstvo (Konec Juričič, 2004, str. 152).

5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI SAMOMORILNIH PACIENTOV

Pri zdravstveni negi samomorilno ogroženih pacientov je na prvem mestu zagotavljanje preživetja. Naslednji korak je, da skušamo pogledati v ozadje samomorilnega vedenja. Seveda pa se mora medicinska sestra zavedati svojih stališč do ljudi, ki se hočejo ubiti (Kogovšek in Škerbinek, 2009, str. 48).

Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije se pogosto soočajo s samomorilno ogroženimi pacienti, toda delo s temi pacienti ni omejeno samo na psihiatrične bolnišnice. V stik z njimi prihajajo tudi zaposleni na drugih področjih, kjer v vsakdanji klinični praksi skrb zanje ni tako pogosta in je zato še bolj zahtevna (Bregar, 2012, str. 68).

Na oddelek za Psihiatrično hitro pomoč prihajajo običajno bolniki z jasnimi znaki depresije, ki so močno samomorilno ogroženi, z izdelanim načrtom za samomor ali zaradi poskusa samomora močno intoksicirani in prizadeti (Kariž, 1995, str. 13).

Za zdravstvene delavce je usposabljanje na tem področju potrebno, saj do poskusov samomora in samomorov prihaja na vseh področjih njihovega delovanja (Bregar, 2012, str. 68).

Posebej pozorni moramo biti na paciente, ki zdravljenje odklanjajo ali pa pri tem ne sodelujejo in so osamljeni. Zdravstvena nega samomorilno ogroženih pacientov pomeni za člane negovalnega tima velik napor, zato mora vodstvo tima zagotoviti možnosti pogovora o njihovih občutkih in s tem razbremenitev pri delu (Kogovšek in Škerbinek, 2009, str. 49).

Samomorilno vedenje je najpomembnejše urgentno stanje, s katerim se srečujejo zdravstveni tehniki, medicinske sestre in ostali strokovnjaki na področju duševnega zdravja. Njihova ocena samomorilne ogroženosti je nujno pomembna, individualnost vsakega posameznika pa predstavlja največjo oviro. Da bi lahko zdravstveni delavci ocenili samomorilno ogroženost, morajo razumeti, kaj vodi posameznika v takšno vedenje. Samomorilna ogroženost se največkrat kaže v dejavnikih tveganja, individualni ranljivosti ter varovalnih dejavnikih, zelo pomembna pa je tudi ocena trenutnega stanja posameznika (Motto, 1992, str. 13).

Pri večini pacientov je z razumevajočim pristopom strokovnega delavca samomorilne namene mogoče prepoznati. Pozornost velja namenjati predvsem tistim samopoškodbenim vedenjem, ki so namerna, saj imajo izvajalci zdravstvene nege pri obravnavi takih pacientov lahko negativna prepričanja, kar lahko vpliva na kakovost izvedene zdravstvene nege in na nevarnost ponavljanja namernih samopoškodb, ki lahko vodijo tudi v pogubne posledice (Bregar, 2012, str. 68).

Lastnosti in težave posameznika, ki lahko pripeljejo do samomorilnega vedenja, so kombinacija trenutnega stanja in trajnejših lastnosti. Oceniti je potrebno trenutno stanje s psihoaktivnimi snovmi, predhodno samomorilno vedenje, trenutno samomorilno razmišljanje, samomorilni načrt in dostopnost metode, ki jo namerava posameznik uporabiti, namen samomorilnega vedenja in obstoj poslovilnega pisma oziroma drugačno poslavljanje od ljudi (Motto, 1992, str. 13).

V prvi fazi zdravljenja je trud medicinske sestre usmerjen v prizadevanje, da si bolnik somatsko opomore, hkrati pa si že prizadeva pridobiti njegovo zaupanje. V nadaljnji obravnavi pa medicinska sestra sodeluje in pomaga pri izpeljavi psihoterapevtskega programa pri bolniku. Pri delu s samomorilnim bolnikom je za medicinsko sestro najprej in najbolj pomembno, da si pridobi njegovo zaupanje. To pa ji uspe le na osnovi njenih osebnostnih lastnosti in še posebej sposobnosti vživljanja v bolnika. Medicinska sestra naj mu vzbuja občutek, da razume njegovo nemoč in obup. Takšen odnos je za bolnika namreč pomemben vir ohrabritve. Naj mu pomaga razviti samospoštovanje in občutek vrednosti, pri tem pa mora biti njen odnos vselej pristen, spoštljiv, pošten, razumevajoč, topel, prepričujoč, da ne poglobi bolnikovega občutka osamljenosti, manjvrednosti in odtujenosti. Jasno je, da je za takšen obseg in vsebino dela medicinske sestre s samomorilnim bolnikom potrebno tudi neprestano izpopolnjevanje znanja. Prav tako so zelo dobrodošle izkušnje, ki jih pridobi ob vsakem novem bolniku, ker ji pomagajo v osebnostni in strokovni rasti (Kariž, 1995, str. 13).

Večina pacientov občuti olajšanje, ko lahko spregovorijo o svojih težavah. Pri pacientu samomorilnega namena ne moremo odkriti brez usmerjenega pogovora in ostalih koristnih informacij, ki jih lahko pridobimo iz okolice (Bregar, 2012, str. 69).

Pri prepoznavanju samomorilno ogroženih pacientov je nujno oceniti misli o brezupnosti in nemoči. Brezup označuje občutke, da sedanja situacija ni samo neznosna, ampak tudi v

prihodnosti ne bo boljša. Nemoč je pogosto povezana z brezupnostjo in pomeni občutek, da ni nikogar, ki bi lahko pomagal v situaciji, v kateri se pacient nahaja. V kolikor pacient izraža brezup ali nemoč ali če sumimo na samomorilnost, je potrebno stanje pacienta vzeti resno in mu nuditi vso potrebno pomoč (prav tam, str. 69).

5.1 ZNANJE IN OSEBNE LASTNOSTI MEDICINSKE SESTRE PRI DELU S SAMOMORILNIM PACIENTOM

Medicinska sestra, ki dela s samomorilnim pacientom, naj bi imela lastnosti ljudi, katerim lažje zaupamo, kateri znajo prisluhniti našim težavam in nas razumeti ter se jim lahko približamo. Kombinacija teh lastnosti obeleži medicinsko sestro, ki je primerna za delo s samomorilnim pacientom.

Te lastnosti so:

- **Sposobnost poslušanja**, ki je bistveni del pomoči. Medicinska sestra mora v pogovoru pacientu nuditi oporo in mu znati prisluhniti. »Znati poslušati« je pogosto bistveni del pomoči.
- **Empatija ali razumevanje**, ki vključuje razumsko komponento, ne čustvene. Empatija pomeni razumevanje in vživljanje v težave pacienta, občutenje njegove stiske, vendar se medicinska sestra z njim popolnoma ne poistoveti. Tako se mora en del medicinske sestre poistovetiti s težavami, drugi del pa mora ostati v vlogi svetovalke, kajti le tako mu lahko pomaga pri njegovih težavah.
- **Strpnost, tolerantnost**; strpna in tolerantna je tista medicinska sestra, ki sprejema in posluša pacienta ne glede na način, kako ji posreduje svoje težave in ne glede na vrsto težav. Do pacienta je spoštljiva, tako da sam pacient občuti zanimanje zanj/zanjo. Jok, molčanje, izbruh jeze vse to so reakcije, ki jih medicinska sestra srečuje v trenutkih stiske. Pomembno je, da take izbruhe sprejme tolerantno, kajti strpnost do drugačnosti je nujna pri delu s samomorilnim posameznikom.
- **Senzibilnost**, je lastnost, ki lahko medicinsko sestro ovira ali pa pomaga pri njenem delu. Pogosto se srečujemo z vase usmerjeno občutljivostjo, ki je prav gotovo prepreka za nudenje psihološke pomoči v stiski. Odprtost za druge ljudi ob hkratni odprtosti do sebe olajšuje prepoznavanje kontratrasfernih reakcij ter ji s tem omogoča uspešnejše delo.

- **Stabilnost;** »idealna« medicinska sestra je v odnosu s pacientom skladna. Medicinska sestra ne sme samo »igrati« vloge svetovalke, saj pacient to hitro začuti. Zanimanje za osebo mora biti pristno. Čustvena trdnost med pogovorom daje pacientu občutek varnosti. Vendar to ne pomeni, da medicinska sestra ne občuti tesnobe, strahu, jeze, veselja ali kakšnih drugih občutkov, ampak le da je svoje doživljanje sposobna kontrolirati in dajati oporo (Močnik Bučar in Zavasnik v: Stajnko, 2011, str. 34).

6 EMPIRIČNI DEL

6.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je predstaviti problem samomorilnosti in z raziskavo ugotoviti, kako so s tem problemom seznanjeni mladi na Slovenskem.

Cilji diplomskega dela so:

- prikazati statistiko samomorov v Sloveniji,
- predstaviti dejavnike tveganja za samomorilno vedenje,
- izpostaviti dejavnike tveganja za samomorilno vedenje pri dveh starostnih skupinah; mladostnikih in starostnikih,
- predstaviti aktivnosti za preprečevanje samomora,
- predstaviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi samomorilnih pacientov,
- ugotoviti kakšna je seznanjenost mladih s problemom samomora v Sloveniji,
- ugotoviti kateri so najpogostejši razlogi za samomorilnost med populacijo v Sloveniji.

6.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje št. 1: Kako so anketiranci seznanjeni s problemom samomorilnosti v Sloveniji?

Raziskovalno vprašanje št. 2: Kateri so najpogostejši razlogi po mnenju anketiranih za samomorilnost med mladimi in starejšimi?

6.3 METODOLOGIJA

6.3.1 Raziskovalne metode

Teoretični del diplomskega dela smo oblikovali na osnovi domače in tuje obstoječe literature, vezane na opisani problem. Uporabljali smo strokovne vire, ki so na razpolago v knjižnicah in na svetovnem spletu. Podatke smo kritično analizirali in sistematizirali ter jih vključili v teoretični del.

V diplomskem delu smo uporabili deskriptivni pristop. V empiričnem delu pa smo uporabili metodo anketiranja, s pomočjo anketnega vprašalnika, ki vsebuje 13 vprašanj zaprtega in polodprtega tipa.

Podatke, zbrane z raziskavo, smo analizirali in izračunali strukturne deleže. Rezultate smo prikazali v odstotkih, opisno in grafično, s strukturnimi krogi, ki smo jih oblikovali z računalniškim programom Microsoft Excel.

6.3.2 Raziskovalni vzorec

Raziskavo smo opravili med naključno izbranimi mladostniki oziroma srednješolci, na eni izmed srednjih zdravstvenih šol v Sloveniji. V raziskavo je bilo zajetih 60 srednješolcev starih 18 let ali več. Anketiranci so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave ter anonimnostjo le-te.

6.3.3 Postopki zbiranja podatkov

Razdeljenih je bilo 60 anketnih vprašalnikov. Vprašalniki so bili podani v roke anketiranim, izpolnjene so vračali v zaprtih ovojnica. Raziskava je potekala decembra leta 2011.

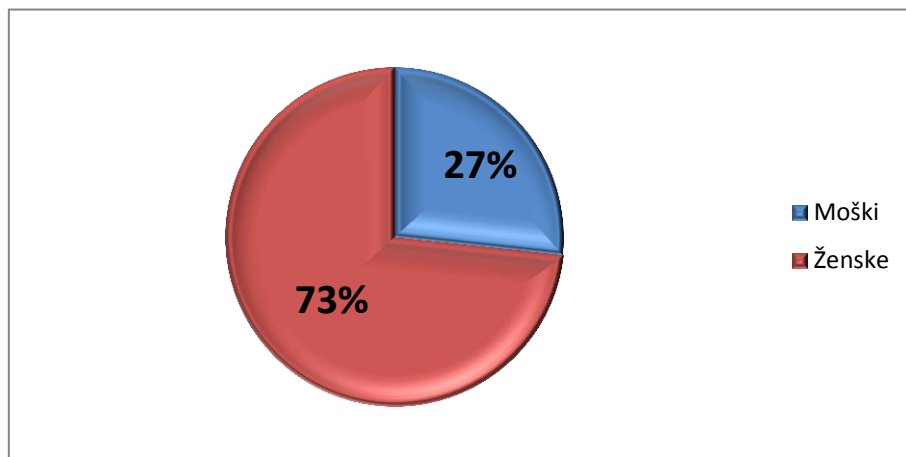
6.3.4 Etični vidiki

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje vodstva omenjene srednje šole. Anketni vprašalniki so bili anonimni. Anketiranci so bili seznanjeni z možnostjo odklonitve sodelovanja, odgovori pa so bili uporabljeni izključno za pripravo diplomskega dela.

Pri delu smo upoštevali vsa etična načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

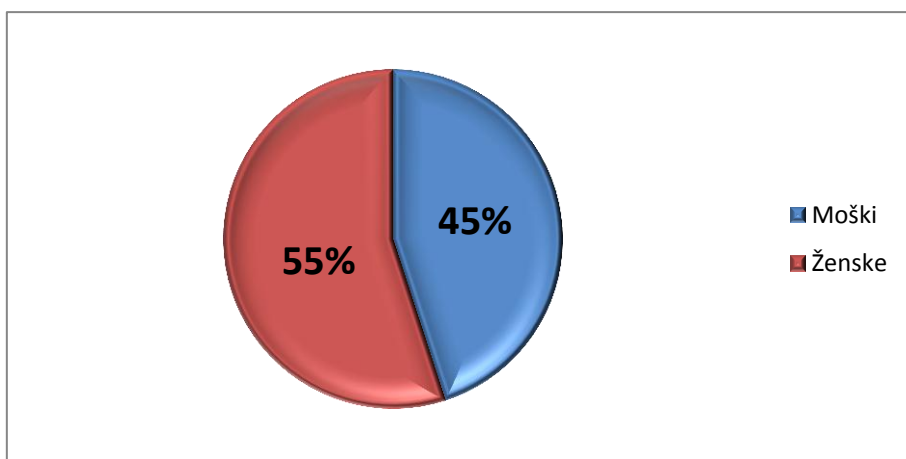
7 REZULTATI

Graf 3: Spol anketirancev



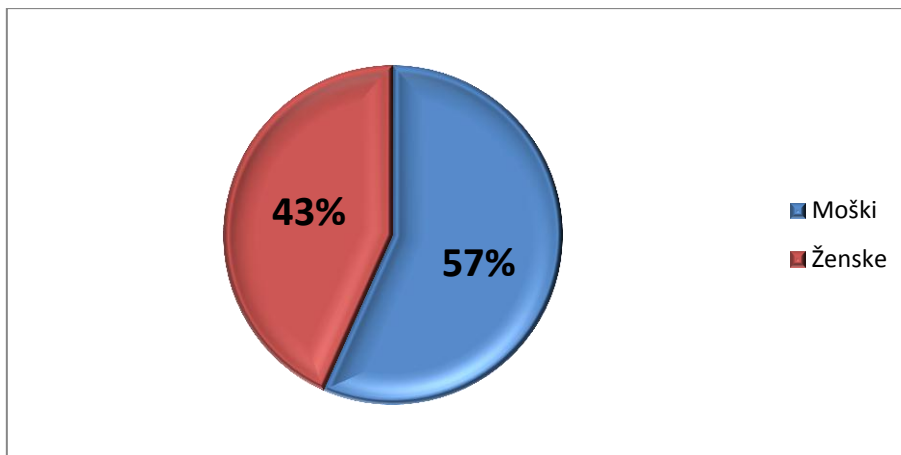
V anketi je sodelovalo 60 polnoletnih mladostnikov, kar predstavlja 100%, od tega 73% (44) ženskega spola in 27% (16) moškega spola.

Graf 4: Poskusi samomora med moškimi in ženskami po mnenju anketirancev



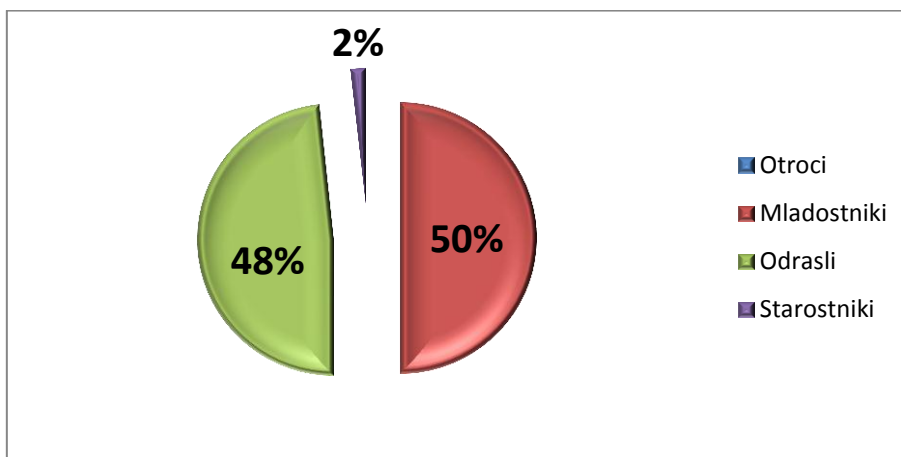
Na vprašanje: Kdo po vašem mnenju naredi več poskusov samomora, je 55% (33) anketirancev odgovorilo, da je več poskusov samomora med ženskami, 45% (27) anketirancev pa, da je več poskusov samomora med moškimi.

Graf 5: Izvršeni samomori po mnenju anketirancev



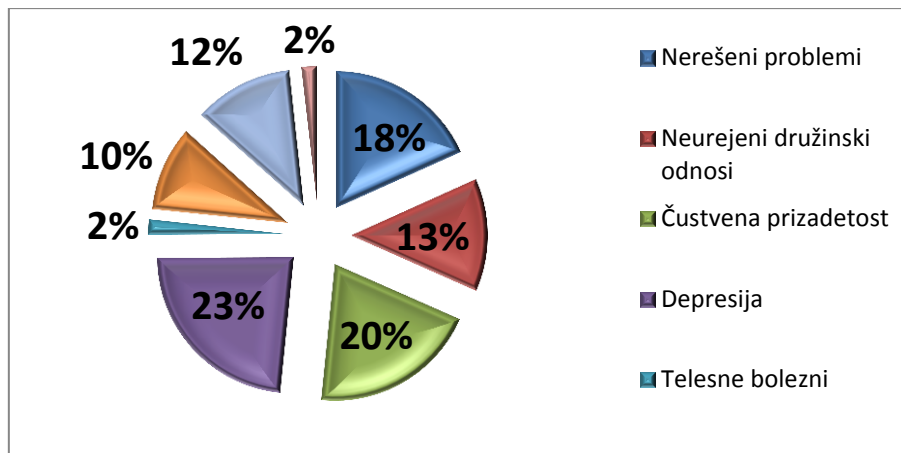
Na vprašanje: Kdo po vašem mnenju naredi več samomorov, je 57% (34) anketirancev odgovorilo, da več samomorov naredijo moški, 43% (26) anketirancev pa je odgovorilo, da več samomorov naredijo ženske.

Graf 6: Samomori pri starostnih skupinah po mnenju anketirancev



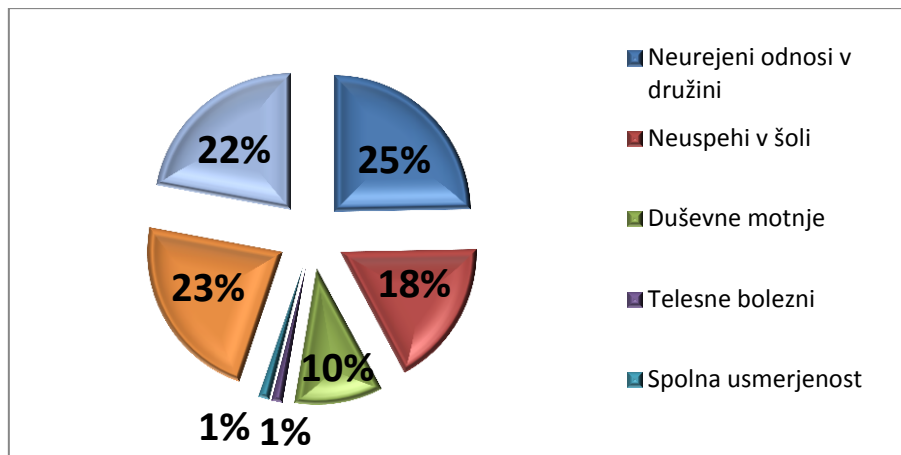
Na vprašanje: Kaj menite, pri kateri starostni skupini so samomori najpogostejši, je kar polovica anketirancev izbrala mladostnike, 29 (48%) anketirancev je izbralo odrasle, 1 (2%) anketiranec pa je izbral starostnike. Nihče ni izbral odgovora otroci.

Graf 7: Glavni razlog za samomorilnost po mnenju anketirancev



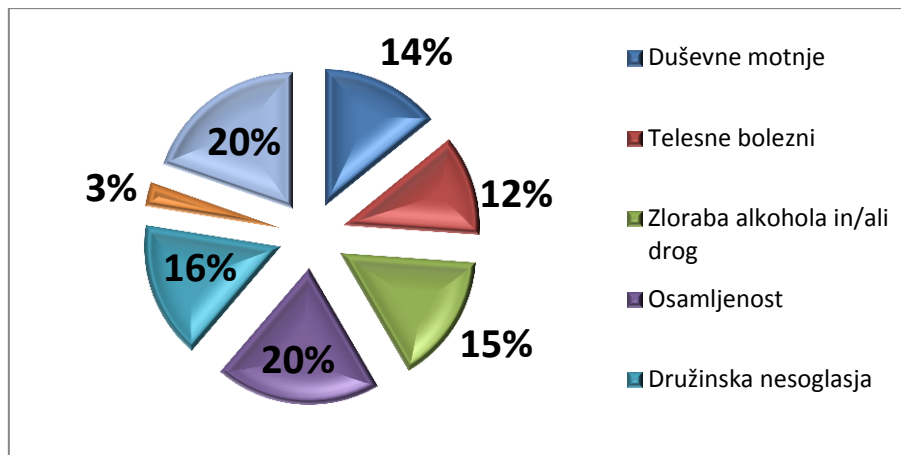
Kot glavni razlog za samomorilnost 14 (23%) anketirancev meni, da je to depresija, 12 (20%) jih meni, da je to čustvena prizadetost, 11 (18%) jih je mnenja, da so to nerešeni problemi, 8 (13%) jih meni, da so to neurejeni družinski odnosi, 7 (12%) jih meni da je to alkohol in/ali droge, 6 (10%) jih meni da so to ekonomske težave, 1 (2%) anketiranec meni da so to telesne bolezni in prav tako 1 (2%) anketiranec meni, da je glavni razlog za samomorilnost starost.

Graf 8: Razlogi za samomorilnost med mladimi po mnenju anketirancev



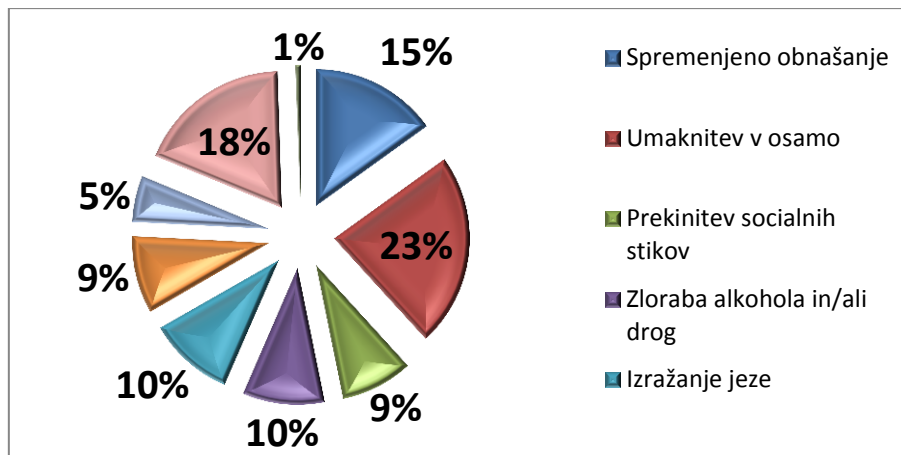
38 (25%) anketirancev je na vprašanje: Kateri razlogi so po vašem mnenju najpogostejši za samomorilnost med mladimi, odgovorilo, da so to neurejeni odnosi v družini, 35 (23%) anketirancev je odgovorilo, da je to izguba ljubljene osebe, 34 (22%) anketirancev je odgovorilo, da je to zloraba alkohola in/ali drog, 27 (18%) anketirancev je odgovorilo da so to neuspehi v šoli, 16 (10%) anketirancev je odgovorilo, da so to duševne motnje. 2 (1%) anketiranca sta odgovorila, da je najpogostejši razlog za samomorilnost med mladimi spolna usmerjenost in prav tako 2 (1%) anketiranca sta odgovorila, da so to telesne bolezni.

Graf 9: Razlogi za samomorilnost med starejšimi po mnenju anketirancev



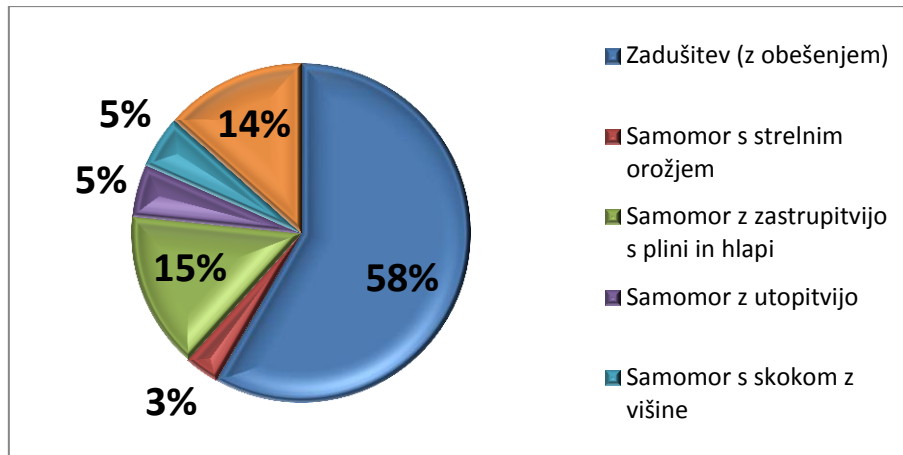
28 (20%) anketirancev je na vprašanje: Kateri razlogi so po vašem mnenju najpogostejši za samomorilnost med starejšimi, odgovorilo, da je to osamljenost, prav tako jih 28 (20%) meni, da je to socialno-ekonomski status, 23 (16%) jih meni, da so to družinska nesoglasja, 22 (15%) jih meni, da je to zloraba alkohola in/ali drog, 20 (14%) anketirancev meni, da so to duševne motnje, 17 (12%) jih meni, da so to telesne bolezni, 4 (3%) anketiranci pa menijo, da so to motnje spanja.

Graf 10: Znaki samomorilne osebe po mnenju anketirancev



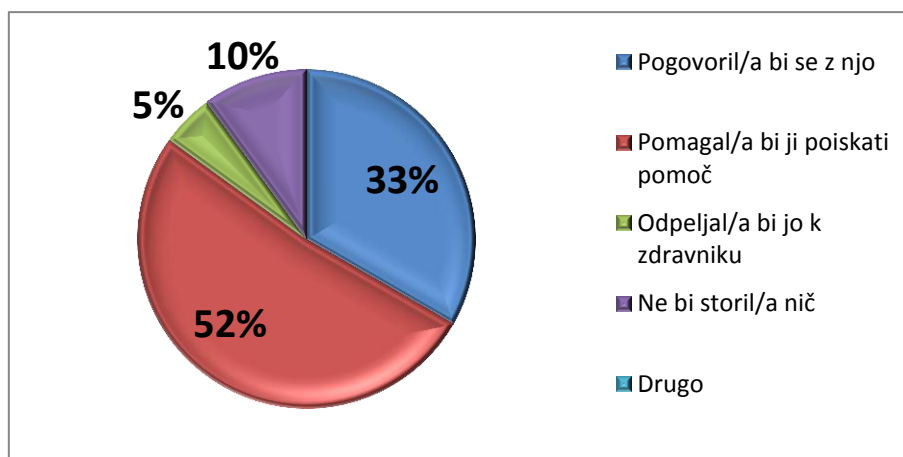
Na vprašanje: Kaj menite, kakšni so znaki osebe, ki razmišlja o samomoru oziroma želi storiti samomor, 43 (23%) anketirancev meni, da je to umaknitev v osamo, 34 (18%) jih meni, da je to govorjenje o smrti ali samomoru, 28 (15%) jih meni, da je to spremenjeno obnašanje. 18 (10%) anketirancev meni, da je znak osebe, ki razmišlja o samomoru zloraba alkohola in/ali drog in prav tako jih 18 (10%) meni, da je znak izražanje jeze. 17 (9%) jih meni, da je znak izražanje občutkov nemoči, in prav tako jih 17 (9%) meni, da je znak prekinitev socialnih stikov. 10 (5%) anketirancev meni, da je znak urejanje zadev in nevsakdanja dejanja, 1 (1%) anketiranec pa je pod »Drugo« zapisal, da je znak osebe, ki razmišlja o samomoru oziroma želi storiti samomor, zamišljenost.

Graf 11: Najpogostejši način izvedbe samomora po mnenju anketirancev



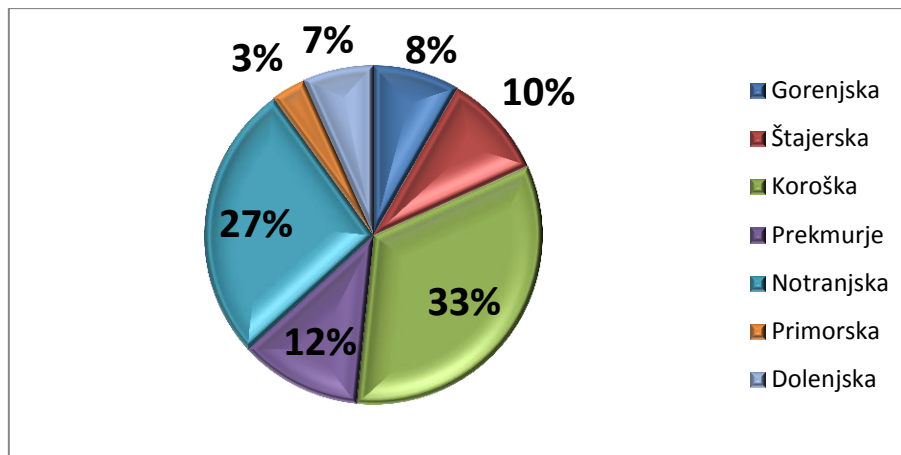
Kot najpogostejši način za izvedbo samomora, je 58% (35) anketirancev izbralo odgovor zadušitev, 15% (9) jih je izbralo samomor z zastрупitvijo s plini in hlapi, 14% (8) jih je izbralo samopoškodovanje, 5% (3) jih je izbralo samomor z utopitvijo in prav tako jih je 5% (3) izbralo samomor s skokom z višine, 3% (2) pa jih je izbralo samomor s strelnim orožjem.

Graf 12: Preprečitev samomora po mnenju anketirancev



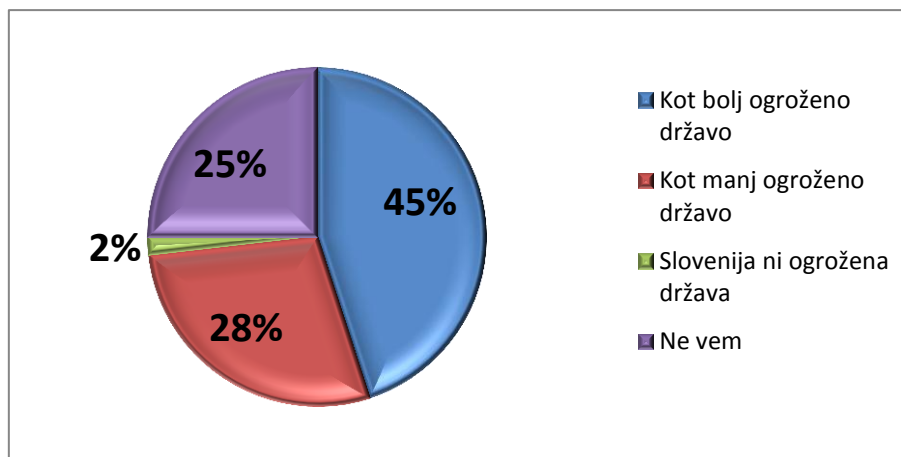
Kar 52% (31) anketirancev je na vprašanje, če bi vam nekdo zaupal, da razmišlja o samomoru, kaj bi storili oziroma kako bi tej osebi samomor poskusili preprečiti, odgovorilo, pomagal/a bi ji poiskati pomoč. 33% (20) jih je odgovorilo, da bi se z osebo pogovorili, 10% (6) jih je odgovorilo, da ne bi storili nič, 5% (3) pa jih je odgovorilo, da bi takšno osebo odpeljali k zdravniku.

Graf 13: Pogostost samomora po regijah po mnenju anketirancev



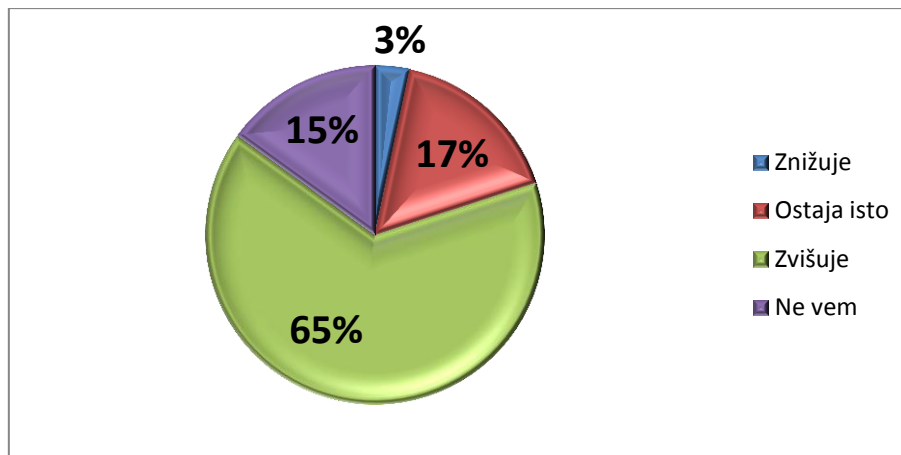
Glede na pogostost samomorov po regijah so anketiranci na prvo mesto uvrstili Koroško s kar 33% (20), na drugo mesto s 27% (16) Notranjsko, na tretje mesto z 12% (7) Prekmurje, na četrto mesto so uvrstili Štajersko z 10% (6), na peto mesto z 8% (5) Gorenjsko, na šesto mesto s 7% (4) Dolenjsko, na sedmo mesto pa so uvrstili Primorsko s 3% (2).

Graf 14: Ogroženost Slovenije po številu samomorov po mnenju anketirancev



Mladostniki so Slovenijo opredelili po številu samomorov kot bolj ogroženo državo s kar 45% (27), kot manj ogroženo državo z 28% (17), 25 % (15) anketirancev ne ve, ali je Slovenija po številu samomorov ogrožena ali ne, 2% (1) anketirancev pa meni, da Slovenija ni ogrožena država.

Graf 15: Število samomorov v Sloveniji po mnenju anketirancev



Na vprašanje: Kaj menite, kako se giba število samomorov v Sloveniji, kar 39 (65%) anketirancev meni, da se število zvišuje, 10 (17%) anketirancev meni, da število ostaja isto, 9 (15%) anketirancev ne ve, kako se giba število samomorov v Sloveniji, 2 (3%) anketiranca pa menita, da se število znižuje.

8 INTERPRETACIJA IN RAZPRAVA

V raziskavi s trinajstimi vprašanji, ki smo jo opravili decembra leta 2011 na eni izmed srednjih zdravstvenih šol v Sloveniji, je sodelovalo 60 polnoletnih dijakov, od tega 73% ženskega spola in 27% moškega spola.

Na prvo raziskovalno vprašanje: »**Kako so anketiranci seznanjeni s problemom samomorilnosti v Sloveniji?**« smo po rezultatih raziskave prišli do ugotovitve, da so mladostniki dobro seznanjeni s problematiko samomorilnosti. Poleg tega je iz raziskave razvidno, da so mladostniki pravilno sklepali o tem, pri katerem spolu je več poskusov samomora in izvršenih samomorov, o najpogostejšem načinu izvedbe samomora ter ogroženosti Slovenije po številu samomorov. Rezultati ankete so pokazali, da bi več kot polovica anketirancev ukrepala oziroma poskusila preprečiti samomor samomorilno ogroženi osebi, kar je zelo spodbudno.

Da bi bolje razumeli mlade ter jim lažje ponudili pomoč v težavah ali celo bolje prepoznavali težave, je seznanjenost z njihovimi predstavami o duševnem zdravju, duševni boleznini in samomoru ključnega pomena (Kuzmanić, 2009, str. 67).

Na drugo raziskovalno vprašanje: »**Kateri so najpogostejši razlogi po mnenju anketiranih za samomorilnost med mladimi in starejšimi?**« so rezultati raziskave pokazali, da kar 23% mladostnikov meni, da je glavni razlog za samomorilnost depresija. Kot glavni vodilni razlog za samomorilnost med mladimi so po mnenju anketirancev neurejeni odnosi v družini. Sledita izguba ljubljene osebe in zloraba alkohola in/ali drog. Kot glavni vodilni razlog za samomorilnost med starejšimi pa je po mnenju anketirancev osamljenost. Sledita socialno-ekonomski status in družinska nesoglasja. Tančič Grum (2010, str. 42) navaja, da naj bi kar 71% posameznikov, ki so storili samomor, obolevalo za eno duševno motnjo, najbolj pogosto je to bila depresija.

Raziskava je pokazala, da mladostniki menijo, da je samomor najpogostejši ravno med mladostniki in da je znak samomorilne osebe umaknitev v osamo. Raziskava je prav tako pokazala, da mladostniki menijo, da je samomor najpogostejši na Koroškem in da se število samomorov v Sloveniji zvišuje.

Samomorilno vedenje označuje trpljenje posameznika in njegovih bližnjih ter je prepoznavno kot velik javno-zdravstveni problem. Kljub temu še danes ne obstaja enotna teorija, ki bi v celoti razložila fenomen. Skozi zgodovino so se porajale različne teorije samomorilnosti, ki pa bi jih lahko na osnovi bazičnih predpostavk kategorizirali v širše perspektive. Čeprav večina sodobnih teorij priznava več načinov samomorilnega vedenja ter interakcijo bioloških, socioloških in psiholoških dejavnikov, se teorije razlikujejo v dejavnikih, ki jih vidijo kot osrednji element, na podlagi katerih poteka preprečevanje in zdravljenje samomorilnega vedenja. Teorije med seboj niso izključene, niti ne moremo trditi, da je kakšna bolj »resnična« od druge (Zadravec, 2006, str. 3).

Groleger (2009b, str. 295) navaja, da samomorilno vedenje predstavlja urgenco na vseh področjih zdravstva, pomoč ljudem s povečano samomorilno ogroženostjo pa je nujna. Samomorilno vedenje lahko prepoznavamo in preprečujemo vsi, ki se pri svojem delu srečujemo z ljudmi v stiski. Za ustrezno prepoznavanje samomorilnega tveganja je pomembno ustrezno znanje o dejavnikih tveganja, o različnih oblikah samomorilnega vedenja in o osnovah pomoči. S prvimi ukrepi zagotovimo varnost ogroženemu pacientu, z nadaljnjimi pa vplivamo na zmanjšanje ogroženosti in dolgoročno na preprečevanje enakih ali hujših oblik samomorilnega vedenja. Končni cilj je prepoznati nevarnosti in preprečiti čim več nepotrebnih smrti zaradi samomora.

9 SKLEP

Samomor je tema, o kateri ljudje nočejo govoriti in jo potiskajo v ozadje. Lahko bi rekli, da je to najbolj osebno in najintimnejše dejanje, saj se ljudje o tem odločajo sami in na koncu to dejanje tudi sami naredijo. Samomora popolnoma ne moremo preprečiti, lahko pa z ozaveščanjem zmanjšamo število poskusov samomora in samomorov. Za mladostnike in tudi ostale ljudi bi lahko organizirali izobraževanje o samomoru z različnimi učnimi delavnicami, srečanji in seminarji, kjer bi udeleženci lahko izpopolnili in utrdili znanje ter izmenjavali mnenja in izkušnje.

Slovenija sodi med države z visokim količnikom samomorilnosti, zato bi bilo potrebno, da se v izobraževanje zdravstvenih delavcev vključi tudi izobraževanje o prepoznavanju in pomoči samomorilno ogroženih pacientov. S tem bi se zmanjšali tudi predsodki ostalih ljudi, saj je samomor pri nas še vedno tabu tema. Pomembno je, da znamo prepoznati znake, ki jih kaže samomorilno ogrožena oseba, saj lahko s tem morda rešimo življenje.

Posebno pozornost je potrebno nameniti mladim, ki v svojem življenjskem obdobju ne najdejo izhoda iz stiske in prav zato je tudi pomembno, da so seznanjeni s problemom samomorilnosti in tako nikoli ne bi razmišljali v tej smeri. Prav tako so ogroženi starejši ljudje, ki so ostali sami in v življenju ne najdejo nobene pozitivne stvari, za katero bi se splačalo živeti.

ZAHVALA

Za pomoč pri izdelavi diplomskega dela se najlepše zahvaljujem svoji mentorici, predav. Mileni Pišlar, univ. dipl. org., ki mi je zelo pomagala s svojim znanjem, izkušnjami in nasveti.

Zahvala gre tudi vodstvu Srednje zdravstvene šole Slovenj Gradec, da so mi omogočili opravljanje raziskave.

Za čas in trud pri lektoriranju diplomskega dela se zahvaljujem Miri Mori.

Posebna zahvala gre moji družini in fantu Janu za vso spodbudo, potrpežljivost in razumevanje skozi študijska leta.

Zahvaljujem se tudi vsem ostalim, ki so kakor koli pripomogli pri izdelavi tega diplomskega dela.

LITERATURA IN VIRI

- Bregar, B. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzor Zdr N* 2012; 46: 67-74.
- Cukut, S. Rojstva in samomori v Sloveniji skozi tri desetletja. Ljubljana: Založba ZRS, 2006.
- Dernovšek, MZ. Preprečevanje samomora v primarnem zdravstvu. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2004: 64-73.
- Dolenc, A, Borisov, P. Zgodovinski pogled na samomor ali ovrednotenje samomora skozi prostor in čas. V: Dolenc, A. (ur.). *Samomor na Slovenskem*. Medicinsko izvedenstvo 1988. *Medicinski razgledi*, vol 29, supp 6. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1990: 7-18.
- Groleger, U. Od teorije k praksi. V: Roškar, S, Tančič, A, Poštuvan, V, Groleger, U. (ur.). *Spregovorimo o samomoru med mladimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009a: 76-84.
- Groleger, U. Samomorilno vedenje. V: Pregelj, P, Kobentar, R. (ur.). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, 2009b: 295-302.
- Gržan, K. *Prekinjeno življenje, samomorilnost na slovenskem*. Ljubljana: Družina, 1999.
- Kalin, K. Svetovni dan preprečevanja samomora 2011. Statistični urad Republike Slovenije, 2011. Dosegljivo na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4162 (2.11.2011).
- Kamin, T, Jeriček Klanšček, H, Zorko, M, Bajt, M, Roškar, S, Dernovšek, MZ. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009.
- Kariž, N. Vloga medicinske sestre pri obravnavi suicidalnega bolnika. *Obzor Zdr N* 1995; 29: 13-14.
- Kogoj, A. Zakaj so starostniki samomorilno bolj ogroženi? *Zdrav Vestn* 2010; 79: 563-565.

Kogovšek, B, Škerbinek, A. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2009.

Kojič, T. Intervju: Maja Glonar Vodopivec, dr. med., spec. klinične psihoterapije. Revija Viva, 2010. Dosegljivo na: <http://www.viva.si/Psihijatrija/106/Intervju-Maja-Glonar-Vodopivec-dr-med-spec-klini%C4%8Dne-psihoterapije> (3.2.2012).

Konec Juričič, N. Samomor v regiji Celje – možnosti in primer preprečevanja v lokalni skupnosti. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 144-153.

Kuzmanič, M. Mladi o samomoru in iskanju pomoči. V: Roškar, S, Tančič, A, Poštuvan, V, Groleger, U. (ur.). Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009: 67-71.

Lovrečič, M. Samomorilnost in uporaba alkohola in nedovoljenih drog. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 116-122.

Marušič, A. Ob svetovnem dnevu preprečevanja samomorilnosti – strategije preprečevanja samomora. Zavod za zdravstveno varstvo Celje, 2005. Dosegljivo na: <http://www.zzv-ce.si/uploads/strategije%20poskusa%20resevanja%20samomora.doc> (29.9.2011).

Marušič, A, Temenik, S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba, 2009.

Marušič, A, Zorko, M. Slovenski samomori skozi prostor in čas. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 10-20.

Milčinski, L. Samomorilno vedenje. V: Tomori, M, Ziherl, S. (ur.). Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1999: 361-375.

Motto, J. An integrated approach to estimating suicide risk. V: Maris, RW, Berman, AL, Maltzberger, J. (ur.). Assessment and prediction of suicide. New York: The Guilford Press, 1992: 13-17.

Pišljar, M. Preprečevanje samomora med starejšimi. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 104-115.

Poštuvan, V. Iskanje pomoči pri mladostnikih. V: Roškar, S, Tančič, A, Poštuvan, V, Groleger, U. (ur.). Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009: 53-64.

Poštuvan, V. Značilnosti depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi. V: Tančič Grum, A, Poštuvan, V, Roškar, S. (ur.). Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 50-57.

Roškar, S. Epidemiologija depresije in samomora med starejšimi. V: Tančič Grum, A, Poštuvan, V, Roškar, S. (ur.). Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 27-32.

Roškar, S. Samomor med duševnostjo in telesom. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 29-37.

Roškar, S. Senca na sončni strani Alp. V: Roškar, S, Tančič, A, Poštuvan, V, Groleger, U. (ur.). Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009: 19-21.

Roškar, S, Šmagelj, J. Uvod. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 5-7.

Sedlar, T. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Obzor Zdr N 2002; 36: 143-151.

Stajnko, D. Vzroki za samomor pri starejših. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011.

Tančič, A. Tako mlad pa že samomorilen. V: Roškar, S, Tančič, A, Poštuvan, V, Groleger, U. (ur.). Spregovorimo o samomoru med mladimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009: 35-52.

Tančič Grum, A. Dejavniki tveganja za razvoj depresije in samomorilnega vedenja med starejšimi. V: Tančič Grum, A, Poštuvan, V, Roškar, S. (ur.). Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 33-46.

Tančič Grum, A. Opredelitev depresije in samomorilnega vedenja. V: Tančič Grum, A, Poštuvan, V, Roškar, S. (ur.). Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010: 21-25.

Tekavčič Grad, O. Ali lahko preprečujemo samomor in kako. Obzor Zdr N 1995; 29: 9-11.

Tomori, M. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO, 1994.

Tomori, M. Preprečevanje samomora pri mladostnikih. V: Marušič, A, Roškar, S. (ur.). Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS, 2004: 79-90.

Trampuž, D, Meden Klavora, V. Smrt v slikah. Revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora. 2005; 3: 92-104.

Valetič, Ž. Samomor: večplastni fenomen. Maribor: Ozara Slovenija, 2009.

Vertot, N. Svetovni dan preprečevanja samomora 2009. Statistični urad Republike Slovenije, 2009. Dosegljivo na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=2583 (10.2.2012).

Weaver, J, Wright, D. Histories of suicide. International Perspectives on Self – Destruction in the Modern World. Toronto: University of Toronto Press, 2009.

Zadavec, T. Odnos do samomorilnega vedenja, iskanja pomoči in zdravljenja samomorilno ogroženih oseb. Doktorska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2006.

Ziherl, S, Pregelj, P. Samomorilnost v Sloveniji. Zdrav Vestn 2010; 79: 559-562.

PRILOGE

PRILOGA 1: Anketni vprašalnik

PRILOGA 2: Soglasje za izvedbo raziskave

ANKETNI VPRAŠALNIK

Pozdravljeni!

Moje ime je Jasna Kašnik in sem absolventka Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Pripravljam diplomsko delo z naslovom **Seznanjenost mladih s problemom samomorilnosti v Sloveniji**, za katero bom potrebovala podatke, ki jih želim pridobiti iz te ankete. Anketa je anonimna in rezultate bom uporabila izključno za pripravo diplomskega dela.

Na vprašanja odgovarjajte z obkroževanjem črke pred odgovorom, ki je po Vašem mnenju najbolj ustrezen. Pri vprašanjih, kjer je podan odgovor »drugo«, lahko sami dopišete odgovor, če se ne strinjate z nobenim od navedenih.

Za sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem!

Jasna Kašnik

1. Spol:

- a) moški
- b) ženski

2. Kdo po vašem mnenju naredi več poskusov samomora?

- a) moški
- b) ženske

3. Kdo po vašem mnenju naredi več samomorov?

- a) moški
- b) ženske

4. Kaj menite, pri kateri starostni skupini so samomori najpogostejši?

- a) otroci
- b) mladostniki
- c) odrasli
- d) starostniki

5. Kaj menite o tem, kateri je glavni razlog za samomorilnost?

- a) nerešeni problemi
- b) neurejeni družinski odnosi
- c) čustvena prizadetost
- d) depresija
- e) telesne bolezni
- f) ekonomske težave
- g) alkohol in/ali droge
- h) starost
- i) drugo _____

6. Kateri razlogi so po vašem mnenju najpogostejši za samomorilnost med mladimi? (možnih je več odgovorov)

- a) neurejeni odnosi v družini
- b) neuspehi v šoli
- c) duševne motnje
- d) telesne bolezni
- e) spolna usmerjenost
- f) izguba ljubljene osebe
- g) zloraba alkohola in/ali drog
- h) drugo _____

7. Kateri razlogi so po vašem mnenju najpogostejši za samomorilnost med starejšimi? (možnih je več odgovorov)

- a) duševne motnje
- b) telesne bolezni
- c) zloraba alkohola in/ali drog
- d) osamljenost
- e) družinska nesoglasja
- f) motnje spanja
- g) socialno-ekonomski status
- h) drugo _____

8. Kaj menite, kakšni so znaki osebe, ki razmišlja o samomoru oz. želi storiti samomor? (možnih je več odgovorov)

- a) spremenjeno obnašanje
- b) umaknitev v osamo
- c) prekinitev socialnih stikov
- d) zloraba alkohola in/ali drog
- e) izražanje jeze
- f) izražanje občutkov nemoči
- g) urejanje zadev in nevsakdanja dejanja
- h) govorjenje o smrti ali samomoru
- i) drugo _____

9. Kateri način za izvedbo samomora je po vašem mnenju najpogostejši?

- a) zadušitev (z obešenjem)
- b) samomor s strelnim orožjem
- c) samomor z zastrupitvijo s plini in hlapi
- d) samomor z utopitvijo
- e) samomor s skokom z višine
- f) samopoškodovanje (rezanje žil)

10. Če bi vam nekdo zaupal, da razmišlja o samomoru, kaj bi storili oz. kako bi tej osebi samomor poskusili preprečiti?

- a) pogovoril/a bi se z njo
- b) pomagal/a bi ji poiskati pomoč
- c) odpeljal/a bi jo k zdravniku
- d) ne bi storil/a nič
- e) drugo _____

11. V katerih regijah so pa vašem mnenju samomori pogostejši?

- a) Gorenjska
- b) Štajerska
- c) Koroška
- d) Prekmurje
- e) Notranjska
- f) Primorska
- g) Dolenjska

12. Kako bi opredelili Slovenijo po ogroženosti glede na število samomorov?

- a) kot bolj ogroženo državo
- b) kot manj ogroženo državo
- c) Slovenija ni ogrožena država
- d) ne vem

13. Kaj menite, kako se giba število samomorov v Sloveniji?

- a) znižuje
- b) ostaja isto
- c) zvišuje
- d) ne vem

Hvala za sodelovanje!

SOGLASJE ZA IZVEDBO RAZISKAVE

ŠOLSKI CENTER SLOVENJ GRADEC
SREDNJA ZDRAVSTVENA ŠOLA
Koroška ulica 11
2380 SLOVENJ GRADEC

Slovenj Gradec, 14. 12. 2011

JASNA KAŠNIK
Otiški vrh 1b

2373 ŠENTJANŽ PRI DRAVOGRADU

Spoštovana!

Na vašo prošnjo za izvedbo raziskave za potrebe diplomskega dela z naslovom "Seznanjenost mladih s problemom samomorilnosti v Sloveniji", vas obveščamo, da vam omogočamo izvedbo raziskave pri dijakih četrtega letnika programa zdravstvena nega.

Lepo vas pozdravljamo!



Ravnatelj
Blaž Šušelj, univ. dipl. psih.