

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek avtorja: Lidija Pavlič

Ime in priimek mentorja: Doc. dr. Srečo Dragoš

Naslov dela: Stališča mladih do samomorilnosti

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Število strani: 87

Število tabel: 17

Število grafov: 16

Število prilog: 2

Število uporabljenih virov: 26

Deskriptorji: samomor, dejavniki, javno duševno zdravje, religija, družba, mladi

Povzetek: V diplomskem delu smo raziskovali mnenje mladih, uporabnikov svetovnega spleta, o samomoru. Zanimalo nas je njihovo mnenje, predvsem pa njihove posredne in neposredne izkušnje s samomorom. Odgovore smo projicirali tudi skozi vprašanje religije oziroma religioznosti. Hoteli smo ugotoviti ali obstajajo vzročne povezave med posameznikovo socialno mrežo in samomorom. Diplomsko delo vsebuje primerjavo slovenske verne in neverne mladine, ki uporablja svetovni splet.

Title: The views of young people to suicide

Descriptors: suicide, suicide factors, public mental health, religion, society, youth

Abstract: In this thesis, we have studied the opinion about suicide, of young users of the internet. We were interested in their opinions, but above all their direct and indirect experiences with suicide. The answers are also projected through the issue of religion and religiosity. We wanted to determine whether there is a causal link between an individual's social network and suicide. The thesis contains a comparison of Slovenian young believers and unbelievers, who use the world wide web.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA
STALIŠČA MLADIH DO SAMOMORILNOSTI

Mentor: Doc. dr. Srečo Dragoš

Lidija Pavlič

Ljubljana, 2016

PREDGOVOR

Samomor je individualen pojav, v katerem se prepletajo različni biološki, psihološki, sociološki in ekonomski dejavniki. Je tema, ki jo v današnjem času morda premalokrat omenjamo. Zdi se, da se omenja večinoma le takrat, kadar se v naši bližini zgodi primer takšne smrti. Omenjanje samomorilnosti in sorodne tematike večkrat ljudi navdaja z nekim negativnim in utesnjujočim občutjem, vendar manj kot o tem govorimo, manj tudi razmišljamo o možnih rešitvah in strategijah za zmanjševanje razsežnosti tega vedno bolj razširjenega svetovnega problema. V več kot zadnjih 50-60ih letih se je število samomorov povečalo kar za 60 odstotkov in je bolj pogost način smrti, kot je smrti ljudi, ki padejo v vojni pod strelnim orožjem. Vsako leto na svetu umre več kot milijon ljudi samo zaradi samomora in če ne bomo pravilno ukrepali se lahko ta številka do leta 2020 še znatno poviša. Sama sem se odločila za to temo, ker je nedolgo nazaj meni zelo draga oseba zaključila življenje s samomorom.

KAZALO

PREDGOVOR	2
KAZALO	3
1 UVOD	6
2 SAMOMORILNOST, PRAVICA ALI DEVIANTNO VEDENJE	9
3 ODNOS RELIGE DO SAMOMORA.....	12
4 DRUŽBENI ODNOS DO SAMOMORA NA SLOVENSKEM	14
4.1 Demografija samomorov v Sloveniji in svetu	15
5 SOCIOLOŠKI VIDIK SAMOMORA.....	19
5.1 Emile Durkheim.....	19
5.2 Kritike in dopolnitve Durkheimove teorije	21
5.3 Dejavnik okolja	21
5.4 Dejavnik družine	23
5.5 Dejavnik religije.....	23
6 PSIHOLOŠKI POGLED NA SAMOMORILNOST	24
6.1 Duševne motnje in psihološki dejavniki tveganja.....	27
6.2 Dejavniki tveganja	27
6.3 Duševne motnje	28
6.4 Tipi duševnih motenj.....	30
7 DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI	37
7.1 Neenakost in anksioznost.....	37
7.2 Samospoštovanje.....	38
8 PREPREČEVANJE SAMOMORA	41
8.1 Vrste in načini preventive	43
9 RAZISKAVA	47
9.1 Raziskovalni problem	47
9.2 Metodologija	48
9.2.1 Vrsta raziskave	48
9.2.2 Teme raziskovanja.....	49
9.2.3 Merski instrument ter viri podatkov.....	49

9.2.4	Populacija in vzorčenje	50
9.2.5	Zbiranje podatkov	50
10	REZULTATI	51
11	RAZPRAVA IN SKLEPI	68
12	PREDLOGI.....	78
13	LITERATURA IN VIRI	79
14	PRILOGE.....	81
15	POVZETEK.....	87

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Vprašanje 1	52
Graf 2: Vprašanje 2	53
Graf 3: Vprašanje 3	54
Graf 4: Vprašanje 4	55
Graf 5: Vprašanje 5	56
Graf 6: Vprašanje 6	57
Graf 7: Vprašanje 7	58
Graf 8: Vprašanje 8	59
Graf 9: Vprašanje 9	59
Graf 10: Vprašanje 10	61
Graf 11: Vprašanje 11	62
Graf 12: Vprašanje 12	63
Graf 13: Križanje verni in neverni Q1	64
Graf 14: Križanje verni in neverni Q5	65
Graf 15: Križanje verni in neverni Q7	66
Graf 16: Križanje verni in neverni Q12	67

KAZALO TABEL

Tabela 1: količnik samomora	17
Tabela 2: Vprašanje 1	51
Tabela 3: Vprašanje 2	52

Tabela 4: Vprašanje 3	53
Tabela 5: Vprašanje 4	54
Tabela 6: Vprašanje 5	55
Tabela 7: Vprašanje 6	56
Tabela 8: Vprašanje 7	57
Tabela 9: Vprašanje 8	58
Tabela 10: Vprašanje 9	59
Tabela 11: Vprašanje 10	60
Tabela 12: Vprašanje 11	61
Tabela 13: Vprašanje 12	62
Tabela 14: Križanje verni in neverni Q1	63
Tabela 15: Križanje verni in neverni Q5	64
Tabela 16: Križanje verni in neverni Q7	65
Tabela 17: Križanje verni in neverni Q12	66

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Anketa	81
Priloga 2: Status in potek ankete	80

1 UVOD

» Biti ali ne biti, to je zdaj vprašanje.«

(William Shakespeare – Hamlet)

O vprašanju obstoja oz. smiselnosti našega bivanja se je spraševal že William Shakespeare v začetku 17. stoletja našega štetja. Njegovo znamenito »Shakespearovo vprašanje« pa je še danes predmet mnogih filozofskih, psiholoških, socioloških in ostalih znanstvenih razprav.

Samomorilno vedenje nas spremlja verjetno že od trenutka našega obstoja. Že iz Antike lahko razberemo, da je bilo to dejanje moralno sporno. Platon, Faidon in Sokrat so zgolj nekateri misleci tedanjega časa, katerih obsodbe samomorov, lahko preberemo še danes. Znan je pogovor med Kebesom in Sokratom (16.st.pr.n.š.), kjer Sokrat pravi, da je »človek v življenju kot na straži in svojega mesta ne sme zapustiti, dokler ni odpoklican« (Milčinski,1985). Tudi Vergil (70-19 pr.n.št.) v Eneidi obsodi samomorilce na pekel. Kmalu za tem se pojavijo tudi samomoru naklonjeni stoiki. Seneka (2-66 n.št.) v svojem 70. pismu »prijatelju Luciju« piše, da ni pomembno kdaj človek umre, ampak je pomembno le kako umre – lepo ali grdo in si ima zato vso pravico izbrati smrt, katera se mu zdi najpomembnejša. Verjetno je bil prav ta strpni odnos do samomora razlog, da je v tistem času znanih ogromno samomorov. Zanimivo pa je, da Biblija, ne v Stari in ne v Novi zavezi, nikjer ne obsoja samomora (Milčinski,1985:12). Prvi znani zapis iz Biblije, iz Stare zaveze, omenja Samsona, ki naredi samomor iz maščevanja, Savel pa se nasadi na meč zaradi žalovanja. Slednjega posnema oproda in tako dobimo prvi zapis verižnega oziroma skupinskega samomora. V Novi zavezi je, med drugim opisan tudi samomor Juda Iškarjota, ki se obesi. Poleg Biblije, tematika samomora pogosto najde svoje mesto tudi v drugi literaturi. Za primer lahko vzamemo poznano zgodbo Romea in Julije. Zaljubljenca, ki si vzameta življenji in v smrti upata na ponovno združitev. Antigona žrtvuje svoje življenje, za pravice mrtvega brata (Marušič,2009:11). Podoben primer je tudi opis množičnega samomora, ki ga je po zapisu Josephusa Flaviusa, poveljnika judovske vojske v Galileji, povzel Lev Milčinski, v svojem znanem delu Samomor in Slovenci, iz leta 1985. Zapis prikazuje tragični konec judovskih zelotov, ki se je kot radikalna skupina bojevala za uničenje rimske nadvlade v Judeji. Dogodek se je zgodil v Masadi, nad Mrtvim morjem, kjer so zeloti s svojimi družinami bivali in so jih Rimljani dalj časa neuspešno napadali, a enkrat se jim je

posrečilo in takrat so zeloti, s poveljnikom Eleazarjem ben Yuirijem na čelu, prišli do ugotovitve, da sovražniku ne bodo ubežali in da je edina možnost življenje v ujetništvu. Eleazar ni dopuščal te možnosti in je svoje vojake, v knjigi zapisanem govoru, nagovoril v množični samomor. Češ, da bodo oni in njihove družine le tako ubežali trpljenju v ujetništvu, njihovo dejanje pa bo znano kot junaštvo.

» Sploh niso nič omahovali, tako prepričljive so bile Eleazarjeve besede, čeprav jim ni zginila naravna ljubezen do samega sebe in do najdražjih. Može so nežno objeli svoje žene, vzeli otroke v roke in se poslovili od njih z dolgim poljubom in s solzami v očeh. Hkrati so izvedli tto, za kar so se odločili, pri tem pa jih ni tolažilo nič drugega kakor zavest, da so njihovim dragim s tem prihranili muke, ki bi jim jih pripravili sovražniki. /.../ temveč je vsak mirno usmrtil svoje najbližje./.../ Vso svojo imovino so zmetali na kup in jo zažgali . Izmed sebe so izbrali deset mož, ki naj bi umorili vse druge. /.../ Potem, ko je deset mož neustrašno vse umorilo, so spet z žrebom določili tistega, ki naj usmrti drugih devet, na koncu pa še samega sebe./.../ Ko je zadnji ugotovil, da so vsi mrtvi, je podtaknil ogenj v hišah, potem pa z vso močjo, kolikor je je imel v rokah, potisnil meč skozi svoje telo in mrtev omahnil poleg svojih bližnjih /.../ Vendar jih je nekaj le preživelo /... /« (Milčinski:1985,85-90).

Bi takemu dejanju res lahko rekli heroično dejanje ali pa je to le izbira lažje poti za ljudi, ki so preveč strahopetni, da bi se spopadli s problemi? Je v prej omenjenem primeru, brezup in zavedanje negativne prihodnosti lahko opravičilo za tako dejanje, ali pa je samomor ne glede na okoliščine in situacijo v kateri se oseba znajde neopravičljivo, deviantno in obsojanja vredno dejanje? Takšnih in drugačnih resnic, ki opravičujejo samomorilno dejanje je v današnjem času veliko. Spomnimo na samomorilne umore v imenu vere oziroma ideoloških prepričanj, ki pravzaprav postajajo stalnica sodobnega življenja. Vesti o posameznikih, ki z nahrbtniki polnimi razstreliva, pokončajo naključne mimoidoče in sebe, se sicer obravnavajo kot teroristični napadi, pa vendar se zdi, da so posledica predvsem osebne stiske. »Ko mladi izseljenci začutijo domotožje, naredijo to, kar bi naredil vsak od nas na njihovem mestu – najdejo si družbo v prijateljih, ki poznajo njihov jezik in kulturo« (Pavič, 2009:58). Tako opisuje nastanek terorističnega samomorilca forenzični psihiater Marc Sageman (Pavič,2009: 57-76), ki je konec osemdesetih, kot uslužbenec ameriškega ministrstva deloval v Afganistanu, in od blizu opazoval delovanje ter organizacijo terorističnih organizacij, med

drugim tudi Al Kaide. Kot pravi, pri formiranju grupacij ne gre za rekrutacijo, temveč za prostovoljstvo, ki je nagrajeno s članstvom v organizaciji. Samomorilske napade večinoma izvedejo mentalno zdravi, izobraženi, družbeno sprejeti, zgledni posamezniki družbe, ki v organizaciji že zasedajo določeno mesto.

Skupno slednjim in vsem samomorom je, da imajo osebe, ki samomor izvršijo, prepričanje, da jih bo njihovo dejanje pripeljalo do nekega višjega, boljšega, morda božanskega cilja. Verjamejo, da bodo za svojo žrtev poplačani v posmrtnem življenju. Z naslednjim delom želimo tudi mi prispevati k višjemu cilju. Želimo izostriti sluh vseh ljudi, da bodo v bodoče slišani vsi klici na pomoč. V naslednjih vrsticah se bomo trudili na samomor pogledati z različnih zornih kotov. Natančneje bomo poskusili opredeliti vzroke in dejavnike samomora. Zanimal nas bo odnos do samomora z vidika religije, družbe in med drugim tudi politike. Z perspektive sociološke teorije bomo skušali vnovič opredeliti, predvsem pa dodatno pojasniti samomor. Javno duševno zdravje je res da, dokaj nova, korporacijsko politična formulacija, splošne posameznikove dobrobiti; so pa zato tematike, ki jih zajema, stare toliko kot človeštvo, ali bolje rečeno kot življenje samo. Zdi se, da s tehnologijo lahko obvladamo vse, samo posameznikove sreče ne. S svojim delom bi želeli opozoriti, da je samomor sicer intimno dejanje, ki pa ima izreden družben pomen. »Ker je samomor po svoji najpomembnejši prvini družben pojav, je prav, da ugotovimo, kakšno mesto ima sredi drugih družbenih pojavov« (Durkheim,1992:38). Da je samomor simptom, ne samo posameznikovega duševnega zdravja, temveč tudi splošnega duševnega zdravja družbe, je znano že vsaj od Durkheima naprej, pa vendar se zdi, da državne politike, vse prej kot hitijo, pri ureditvi tega področja. In zato pozdravljamo vse večje zavedanje pomena duševnega zdravja na lokalni in globalni ravni. Zdi se nam pomembno, da se vse več javnih politik zaveda pomembnosti tematike, ker nas vodi prepričanje, da je zdrav in razvojno naravnan posameznik jedro zdrave družbe. Svetovna zdravstvena organizacija si je na področju javnega duševnega zdravja, med drugim zastavila cilj, zmanjšati število samomorov in sicer za deset odstotkov, do leta 2020 (WHO,2014). Kot navajajo v publikaciji Preprečimo samomor (WHO,2014:73) je samomor druga najpogostejša oblika smrti med mladimi, starimi od 15 do 29 let, skupno pa vsako leto na tak način umre več kot 800 tisoč ljudi. Pozdravljamo formulacijo Svetovne zdravstvene organizacije, da gre za globalni imperativ, želeli bi samo dodati, da je akutne narave.

2 SAMOMORILNOST, PRAVICA ALI DEVIANTNO VEDENJE

18. člen Splošne deklaracije o človekovih pravicah

(Generalna skupščina Združenih narodov 10. decembra 1984 z resolucijo št. 217 A(III).)

» Vsakdo ima pravico do svobodne misli, vesti in veroizpovedi; ta pravica vključuje svobodo spreminjati prepričanje ali vero, kakor tudi njuno svobodno, javno in zasebno izražanje, bodisi posamezno ali v skupnosti z drugimi, s poučevanjem, z izpolnjevanjem verskih dolžnosti, z blagoslužanjem in opravljanjem obredov.«

Kot smo omenili že na začetku, se vprašanje moralnosti samomora danes kaže v mnogih razpravah. Ali ima človek pravico vzeti lastno življenje? Pravica do svobodne volje je konec koncev vseeno ena izmed temeljnih človekovih pravic. Kaj pa je potem volja posameznika, če ne prav izbira o lastnem življenju ali smrti? Emil Cioran, romunski esejist in filozof je nekoč dejal: »Če ne bi bilo možnosti samomora, bi se že zdavnaj ubil.« Morda nam pravica do samomora vseeno daje možnost izbire v primeru nezadovoljivega življenja, morda nam misel na to, da ga imamo vedno možnost končati, vseeno daje nek poglobljen občutek varnosti, saj vemo, da če nam bo življenje res neznosno, ga lahko končamo in ne bomo te neznosnosti doživljali v neskončnost. Če te izbire ne bi imeli bi bili ujeti v neskončnosti, kakor je ujet otrok, kadar doživlja silovita čustva a še nima dovolj izkušenj, da bi vedel, da bodo ta občutja minila. Filozofske razprave dvajsetega stoletja, omenimo samo eksistencializem in nihilizem, pravzaprav izhajajo iz predpostavke, da je svet nevreden življenja. Tovrstne ideje zaznamo tudi v sodobnih politoloških razpravah in političnih usmeritvah, predvsem v liberalizmu in neoliberalizmu (Kymlicka, 2004).

Dojemanje samomora in vprašanje njegove moralnosti nas zato spremlja tako v sedanjosti, kot v zgodovini. Je samomor pravica ali prepovedano, kaznivo ali deviantno dejanje? Zdi se, da različne kulture, družbe, religije, samomor pojmujejo različno. Razloge lahko najdemo v različnem pojmovanju smrti in časa oziroma reinkarnacije. Različne religije sveta, se v razumevanju smrti razlikujejo, medtem ko je vprašanje reinkarnacije oziroma posmrtnega življenja vezano predvsem na linerano oziroma ciklično interpretiranja časa. Več primerov ponudijo antropološke študije različnih družbenih skupnosti. Za slikovitost pisanja bomo nekatere med njimi, omenili tudi mi. Nakazali smo že primere, ko samomor velja za nekakšno heroično dejanje, kot na primer na Japonskem in znanih terorističnih organizacijah, a če se

poglobimo v preteklost zaznamo tudi, ko je moralni prezir prerasel v materialno ali telesno kaznovanje bližnjih oziroma družinskih članov.

Prisotnost samomora v vsakem obdobju in okolju izpričujejo zgodovinski viri. Smrt je pač del življenja ne glede na tehnološki napredek ali družbeno oziroma politično ureditev. Poznamo različne opredelitve, od najbolj skrajnih pa do bolj liberalnih, večinoma pa odražajo skupnostno razumevanje posameznika in vrednotenja življenja. » 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, kjer je samomor veljal za zakonitega, če je posameznik pred samomorom dosegel odobritev pristojnih oblasti« (Marušič,2003:10).

Ob vzpostavitvi krščanskih družb je bil samomor že leta 452 razglašen za hudodelstvo, leta 563 pa je tudi zakonsko dobil kazensko sankcijo. »Leta 452 je Arleški koncil razglasil, da je samomor hudodelstvo in da je lahko le učinek hudičevskega besnenja« (Durkheim ,1992:39). Samomorilec ni imel pokopnega obreda, temveč so mu priredili proces pred oblastmi, ki so obravnavale umore bližnjega. »Civilna zakonodaja se je navdihovala pri kanonskem pravu in religioznim kaznim dodala še materialne kazni« (Durkheim,1992:39). Samomorilčevo premoženje niso dedovali običajni dediči, temveč je pripadalo oblastem. Truplo so v mnogih običajih tudi mučili in sramotili. Vlačili so jih po cestah, jih obešali, nato pa vrgli v smetnjak ali jih nekje brez ceremonij zakopali. Ženske so dostikrat sežgali. Pomagači pri samomoru so bili preganjani in obravnavani kot pomočniki pri umoru. Šele leta 1870 so takšna ravnanja, skupaj z zaplembo imetja, opustili. Vendar so poskusi samomorov ali pomoč in nagovarjanje k samomoru, še vedno zakonsko obravnavali in kaznovali. Samomorilci niso smeli imeti krščanskega pokopa, poskusi pa so bili kaznovani z globo, soudeležba pa ponekod, v Avstriji od 1871, tudi z zaporno kaznijo. V družbah z islamsko tradicijo so na samomor gledali kot na hudo kršitev temeljne dolžnosti do Boga, saj naj bi človek s tem kljuboval božji volji, kateri so morali biti ponižno podrejeni. S samomorom naj bi ljudje izkazali dejanje nepokorščine in upora božji volji, saj naj bi le ta imela pravico odrediti čas človekove smrti. V nekdanjih grško-latinskih državah pa je samomor veljal za nezakonitega le, če ga država ni dovolila. Tudi v nekdanji republiki Rim je bilo pojmovanje samomora podobno. Moralno in pravno vrednotenje posameznega samomora ali poskusa samomora je bilo odvisno od motivov, ki so storilca

prignale do omenjenega dejanja. Tako so na primer vojaka, ki se je poskušal ubiti, da bi se izognil služenju, za kazen usmrtili. Kadar pa je lahko dokazal, da ga je k temu dejanju pripravil opravičljiv motiv, so ga oproščenega vrnili v vojsko. Če je dejanje storil zaradi slabe vesti, ker je storil vojaško napako, so njegovo oporoko razveljavili premoženje pa je šlo v državno blagajno. Takšno vrednotenje samomorov se je iz časa Rimske republike preneslo prav tako v Rimsko cesarstvo, le da so sčasoma oblasti postajale bolj razumne glede motivov za samomor. V času primitivnih ljudstev je bil značilen altruistični samomor, kako pa je nanj gledala zakonodaja, ni ustreznih zapisov (Durkheim,1992:44). Naj bi ga obravnavali z odobravanjem, zato verjetno ni bil zakonsko prepovedan, vendar morda ne prav za vse primere. Po Emilu Durkheimu (1992:44) naj bi šla zakonodaja samomora skozi dve glavni fazi:

1. Posameznik ima pravico do samomora, vendar samo kadar mu država to dovoli. Dejanje je nemoralno le takrat, kadar pri njem organi kolektivnega življenja niso sodelovali.
2. Posameznik nima nikakršne pravice do samomora. Značilna je absolutna obsodba, brez izjeme.

Glede na preteklost vidimo, da je bil samomor zelo dolgo časa strogo obsojano deviantno vedenje, vendar se z leti to spreminja. Danes samomor ni več moralno zavržno dejanje, pa tudi zakonsko ni več kaznivo. Vsak individuum pojmuje samomor različno. V nekaterih se še vedno porajajo negativna občutja in stigmatizacija takšnega ravnanja, spet drugim pa zbuja občutja empatije in sočustvovanja do žrtev in bližnjih. V prejšnjih odstavkih sem že orisala odnos nekaterih religij do samomora, primer Biblije in krščanske tradicije, vendar pa so pomembne tudi druge religije in njihovo razumevanje.

3 ODNOS RELIGE DO SAMOMORA

V preteklosti se v prej omenjenem odnosu porajajo zelo nasprotna stališča. Nekateri znani grški in rimski filozofi in misleci, kot so Platon, Aristotel in Vergil, so samomor strogo obsojali, medtem ko so ga drugi vzdigovali v višave in mu pripisovali herojskost, primer je Seneka.

Kot smo že omenili, krščanska tradicija v stari in novi zavezi Svetega pisma nikjer ne obsoja samomora. Prvi, ki je začel samomor strogo obsojati je bil Avguštin (354–430), ki je samomor izenačil z umorom in se je skliceval na 6. božjo zapoved, ki se glasi: »Ne ubijaj.«. Tak nazor se je na zahodu obdržal več kot tisoč let. V času Jožefa II. so samomorilce začeli celo pokopavati izven pokopališča in to konjederci. Šele leta 1787 so samomorilci lahko dobili mesto na pokopališču, vendar še to samo, če so se pred samomorom pokesali, a brez pogreba. Danes Cerkev dovoljuje pogreb samomorilca, a ponekod še vedno ostaja ob tej temi malo zadržana in morda tiho obsojajoča, ponekod pa se je že zbudila v občutjih sočutja. Slednji odnos Cerkve se vidi tudi v nedavni knjigi duhovnika dr. Ludvika Počivavška, z naslovom Pogrebni nagovori:samomor.

Vrednost življenja poudarja tudi židovska religija, tako da naj bi samomor pomenil zavračanje Boga in njegove dobrote, izjemoma je samomor dovoljen v primeru, da imajo samomorilci izbiro med smrtjo ali izdajo vere. Judovstvo iz svoje zgodovine pozna množični samomor kot kolektivno dejanje.

Prav tako samomor obsoja Islam in ga enači z nevero v Boga. Izjema so skrajni islamisti, ki samomor opravičujejo s pojmom svete vojne oziroma Džihada. Ena izmed njih je tudi že omenjena Al Kaida.

V hinduizmu samomor prav tako enačijo z umorom. V nekaterih njihovih spisih bo samomorilčev duh taval po svetu, žejen in lačen, a ne bo mogel piti in jesti, do dneva, ko naj bi sicer umrl naravne smrti. Specifika hinduizma je tudi tako imenovani sati, kjer gre za samosežig žene na grmadi pokojnega moža in naj bi s tem pokazala, da mu je bila dobra žena. Sati je bil v zgodovini izjemno čaščeno dejanje, odpravila pa ga je britanska kolonialna oblast (Valetič,2009:262-265).

Poseben odnos do samomorov pa ima Japonska, kjer je samomor dejansko nekaj častnega kot na primer harakiri, ki je obredni samomor Samurajev. Iz zgodovine je znan tudi samožrtovalni vojaški samomor, iz druge svetovne vojne v napadu na Pearl Harbor, tako imenovane kamikaze.. Zanimivo je, da Japonska v zgodovini ni nikdar nasprotovala prostovoljni izbiri

smrti, pri njih samomor ni družbeno zlo, ki bi ga bilo treba zdraviti (Valetič,2009:86). Očitno je, da posamezne religiozne skupnosti na smrt in na samomor gledajo precej različno in večinoma gre za dihotomije, ki izvirajo iz vrednotenja življenja in posameznika v njem.

4 DRUŽBENI ODNOS DO SAMOMORA NA SLOVENSKEM

Prve populacijske statistike samomorov z ozemlja današnje Slovenije, izpred skoraj 150 let nazaj, kažejo na količnik 3, okoli leta 1985 pa je skočil kar na dobrih 30 samomorov na sto tisoč prebivalcev. Je torej možno, da je ostro moralno nasprotovanje in zakonsko obsojanje samomorov v preteklosti, ljudem v stiski tako močno preprečevalo, da se niso odločili storiti usodnega dejanja? Morda pa so posledice dejanja, ki bi jih imeli bližnji žrtve, odvrnile mrliškega oglednika od tega, da bi smrt ocenil kot samomor. Zato je težko razložiti dejavnike, ki so vplivali na takšno povečanje količnika samomorilnosti (Milčinski, 1985:217–218). Kot vemo je samomor strogo obsojala v glavnem Cerkev, vse od Avgušтина naprej (354), je civilna oblast le uzakonjala njena stališča. Temi samomor in smrt sta zategadelj postajali tudi v književnosti, vse bolj prisotni.

Motivi in vzroki za samomor so različni. Svetovna zdravstvena organizacija navaja kar 800 različnih vzgibov za samomor. Če naštejemo le nekaj najpomembnejših:

- depresija ali druge duševne motnje;
- uživanje drog in prekomerno uživanje alkohola;
- ekonomske težave;
- bolezenska stanja, skupaj s hudim trpljenjem;
- poslovni neuspeh;
- razočaranje v odnosih;
- strah pred starostnimi težavami;
- osamljenost;
- verski nazori;
- filozofsko prepričanje (vera v brezmiselnost življenja);
- vojaško- domoljubni razlogi (kamikaze);
- čast (samuraji);
- obred (samožrtvovanje bogovom pri nekaterih prvobitnih ljudstvih);
- samokaznovanje zaradi preteklih napak (morilci)
- upor proti okolju (gladovna stavka)

V knjigi Žige Valetiča (2009) je samomor definiran kot »zavestno dejanje, ki s predvideno

gotovostjo povzroči lastno smrt«. Ugotovljeno pa je, da se dejansko dokončani samomor zgodi le na med 8 in 30 poskusi samomora. Te poskuse samomora, ki niso uspešni označujemo z besedo parasuicid. V različnih starostnih skupinah je to razmerje parasuicidov in dokončanih samomorov različno. Pri starostnikih je razmerje 4 proti 1, pri mladostnikih pa tudi 100 proti 1, ali celo več. Nekateri dejanje slabo načrtujejo in jim spodleti. Spet drugi v resnici sploh ne želijo umreti in z dejanjem sprožijo le nekakšen apel oziroma klic na pomoč, ki je lahko različno interpretiran. Načeloma velja, da je tako imenovane klice na pomoč vedno potrebno vzeti resno, saj se lahko tudi zgodi, da v primeru, ko na apel ali več teh, ni ustreznih reakcij, to še dodatno okrepi tesnobo. Namera človeka tako dokončno postane resna in samomor uspešno izvršen. Poznamo pa tudi ljudi, ki preprosto tvegajo, kot je na primer poznana ruska ruleta (Valetič,2009:30-31).

4.1 Demografija samomorov v Sloveniji in svetu

Po zadnjih znanih podatkih iz leta 2014, je samomor v omenjenem letu v Sloveniji storilo 325 moških in 63 žensk, to je skupaj torej 388 oseb. Še nekaj let pred tem pa se je povprečna številka samomorov v Sloveniji na leto gibala okoli 600 oseb na leto. Čemu botruje tako velika številka samomorov? In kakšne so demografske razsežnosti le-teh?

Demografija spolov nakazuje, da samomor stori povprečno trikrat več moških kot žensk. Izjema je Kitajska, kjer so ženske občutneje slabše vrednotene od moških. Kratene so jim mnoge pravice, pa tudi sicer opravljajo najtežja fizična dela. Šele po 55. letu se količniški krivulji moških in žensk na Kitajskem sekata, kar pomeni, da po tem letu stori samomor več moških kot žensk. V zadnjih treh desetletjih se je izrazito povečala stopnja samorilnosti med mladimi moškimi, smatramo, da je vzrok v negotovosti delovnih mest in posledično veliko razdrtih zakonov; in upokojenimi moškimi, kjer je opazna depresija in neustrezna pomoč. Moški so znani kot bolj razumna in praktična bitja, nasproti žensk, ki so bolj čustvene in občutljive, tako emocionalno kot fizično. Zato je razlog v višji stopnji samomorilnosti moških tudi v tem. Moški so pri izvršitvi samomora tehnično bolj dosledni in manj občutljivi za bolečino kot ženske. V spolnosti se ogroženost za samomorilno naravnost kaže predvsem pri tistih gejih in lezbijkah, ki zaradi družbene stigme ne morejo živeti po svojih spolnih nagnjenjih, pa tudi pri biseksualnih

ljudeh. Glede poklicne usposobljenosti so med žensko populacijo najbolj rizične zdravnice in prostitutke, obe skupini dodobra sprijaznjeni s fizično bolečino in tveganjem. Ne glede na spol pa tudi veterinarji, psihiatri, zobozdravniki, zdravniki in drugo medicinsko osebje. Posebej pri moških pa je rizičnost povečana predvsem med pravniki, upokojenimi generali in ekstremnimi športniki. V preteklosti pa so bili med bolj ogroženimi tudi umetniki in intelektualci. Ne smemo pa pozabiti tudi na razne kmete in gozdarje, ki živijo v bolj odročnih mestih in na razne tragične alpinistične in plezalske primere. Glede na povezanost med stopnjo izobrazbe in višino družbenega statusa, ki sta premo sorazmerna, bi lahko trdili, da je največ samomorov med slabše izobraženimi oziroma med nižjimi sloji, glede na družben položaj. Med najbolj ogrožene pa spadajo tudi zaporniki, saj naj bi njihov količnik samomorilnosti segal celo od 50 do 200 zapornikov na 100 tisoč ljudi, kar je ogromno (Valetič,2009:148-152).

Po načinu izvedbe samomora v Sloveniji prevladuje način z obešanjem. Takega načina se poslužuje kar 60 odstotkov vseh samomorilcev. V Sloveniji zaradi obešanja umre približno dve tretjini moških in polovica žensk, od skupaj vseh samomorilcev. Sledijo samomor s strelnim orožjem, s samozastrupitvijo, skokom z višine, utopitvijo. Predvsem moški v Sloveniji se radi poslužujejo tudi zastrupitve z ogljikovim monoksidom, ženske pa dejanje dostikrat zaključijo z utopitvijo. Vrstni red po učinkovitosti metod (Valetič,2009:47) za dokončanje samomora je naslednji: strel (90%), obešanje (80%), avtomobilski izpuhi (75%), utopitev (65%), zadušitev s plastično vrečko (55%), skok z višine (45%), ogenj (35%), strup (15%), drugi plini (15%), tablete (10%), vreznine in zabodenje (5%), drugo (5%). »Metode samomora v Sloveniji si od najbolj ženske do najbolj moške sledijo v naslednjem vrstnem redu (z razmerjem žensk:moškim, ki je splošno gledano 2:7): utopitve (5:4), zastrupitve s trdimi in tekočimi snovmi (4:5), skok v globino (3:4), obešanje (2:9) in samomor z orožjem (1:12)« (Marušič, 2003:19). V knjigi Andreja Marušiča, Slovenija s samomorom ali brez, je poudarek tudi na časovni razporeditvi samomorov. Največ naj bi se jih zgodilo spomladi, vrh samomorov naj bil v aprilu, za kar obstajajo tako biološke kot tudi sociološke razlage, kot so sezonska depresija, občutki osamljenosti za tiste, ki se spomladi zaradi najrazličnejših dejavnikov ne morejo dovolj intenzivno družiti. Največ samomorov naj bi se zgodilo ob ponedeljkih (Marušič, 2003:19).

V času Jugoslavije je imela Slovenija največji količnik samomorov med vsemi jugoslovanskimi državami. Slovenski količnik se še vedno giblje nad količnikom vseh bivših držav Jugoslavije

in je skokovito narasel v času po 1. svetovni vojni. Takrat je znašal približno 20 oseb na 100 tisoč prebivalcev. Do leta 1980 se je povečal celo do 34 oseb na sto tisoč prebivalcev (Milčinski,1985:142). Od leta 2003 količnik samomorov v Sloveniji vztrajno pada, čeprav se je med leti 2009 in 2013 za malenkost dvignil, pa je po zadnjih znanih podatkih leta 2014 dosegel najnižji nivo, ki ni bil tako nizek že od začetkov 20. stoletja.

leto	skupaj	moški	ženske	razmerje m/ž
2003	28,15	45,02	11,97	3,8
2004	25,64	37,87	13,92	2,7
2005	25,19	40,02	10,98	3,6
2006	26,5	42,5	11,2	3,8
2007	21,5	33,7	9,7	3,5
2008	20,05	32,11	8,18	3,9
2009	21,94	34,69	9,41	3,7
2010	20,30	33,11	7,73	4,3
2011	21,29	34,27	8,58	3,9
2012	21,40	35,67	7,70	4,6
2013	21,76	35,42	8,37	4,2
2014	18,81	31,79	6,05	5,2

Tabela 1: količnik samomora

(Vir: <http://zivziv.si/svetovni-dan-preprecevanja-samomora/>, 2016)

Količnik samomorilnosti je v Evropi že dolgo največji na območju tako imenovane J-krivulje, ki zajema Finsko, države Ruske federacije, pribaltske države, Ukrajino, Belorusijo, Madžarsko in tudi Hrvaško ter Slovenijo. To so države, kjer količnik presega število 20 oseb na sto tisoč prebivalcev. Višina samomorilnega koeficienta od vzhoda proti zahodu upada., kar je mogoče pojasniti s sočasnim dvigovanjem življenjskega standarda s premoženjem na prebivalca. Možna novejša teorija pa razlike v samomorilnih količnikih razlaga tudi s podobnostjo v genetski dovzetnosti za samomorilno vedenje (Marušič, 2003:13-15).

Še nekaj splošnih demografskih in statističnih značilnosti samomorov, ki jih povzemamo po Milčinskem (1985:36-37, Valetiču (2009:16-20), in Cekuti (2006:38):

- Čeprav je med ljudmi, ki uspešno opravijo samomor več moških kot žensk, pa je

poskusov samomora oz parasuicidov trikrat več pri ženskah, kot pri moških. Na vsak samomor se zgodi kar med 8 in 30 parasuicidov; pri mladih je to razmerje lahko tudi do 100 proti 1, pri starejših nad 65, pa samo 4 proti 1. Metod pri parasuicidih je največ takšnih, ki so najmanj dokončne.

- Samomorov je več med samskimi, razvezanimi in poročenimi pari, ki nimajo otrok; med osamljenimi ljudmi ali med ljudmi, ki izhajajo iz razdrtih ali kaotičnih domov.
- Samomorov je več v urbanih kot v ruralnih okoljih in več med priseljenim kot avtohtonim prebivalstvom. Med belci je samomor še enkrat pogostejši, kot med črnci, predvsem zaradi prevladujoče ponotranjene agresivnosti belcev in eksternalizacije agresivnosti črncev, ugotavljajo raziskovalci.
- Samomor je v revnih državah in regijah manj pogost kot v bogatih, v slednjih pa je samomorov največ v revnih predelih. Prav tako je manj samomorov v državah s tradicionalnimi vrednotami, kot pa s sekularnimi. Najmanj ga je v državah z velikim številom aktivnih vernikov. Primer so Indija, Severna Irska, Zimbabve, Mehika, Brazilija, Argentina in druge. V državah z visoko stopnjo bruto domačega proizvoda je samomor prav tako v porastu.
- Najmanj 28 odstotkov samomorilcev je imelo diagnosticirano duševno motnjo, ki je nastala zaradi alkohola, kar dve tretjini samomorilcev pa naj bi trpelo za depresijo.
- V trenutkih ali obdobji resnih nacionalnih tragedij in kriz je samomora manj, prav tako ga je manj ob uspehih lokalnega športa.

5 SOCIOLOŠKI VIDIK SAMOMORA

5.1 Emile Durkheim

Najbolj znan sociološki pogled na Samomor opisuje Emile Durkheim v delu »*Le Suicide*« iz leta 1897. Delo in njegov avtor se smatrata za temeljna kamna suicidologije kot znanstvene vede. Durkheim je bil torej prvi, ki je odprl nek nov pogled na samomor in suicidologijo, hkrat pa je bil tudi eden izmed začetnikov sociologije kot posamezne znanstvene vede. Po njem naj bi v slehernem trenutku obstajala družbena konstitucija družbene zavesti, ki je vgrajena v posameznikovo. Samomor naj ne bi izhajal iz posameznika, ampak naj bi ga v to silila neka širša kolektivna zavest. Kolektivna zavest je skupek norm, vrednot, prepričanj, ki so skupne vsem pripadnikom družbe in sestavljajo poseben sistem, ki ima svoje posebno družbeno življenje. Posameznikov samomor naj bi bil odsev družbe, podaljšek družbenega stanja, manifestacija družbe. Družbeno stanje ga prisili v samomor in ne njegov osebni temperament. Slehera družbena skupina ima v resnici za to dejanje kolektivno nagnjenje, ki je njeno in iz katerega izhajajo individualna nagnjenja, še zdaleč pa družbeno nagnjenje ne izvira iz njih. Sestavljajo ga tisti tokovi egoizma, altruizma in anomije, ki obdelujejo obravnavano družbo in ki tendirajo k medleči melanholiji, ali k dejavni odpovedi ali k obupani naveličanosti, ki so njihove posledice. Prav te tendence skupnosti pa prepojijo posameznike in jih pripravijo do tega, da ubijejo sami sebe (Durkheim,1992). V svojem delu se Durkheim sprašuje od česa je odvisna stalnost števil samomorov, ki je vsako leto v vsaki družbi posebej približno ista. Iz tega izhaja, da posameznika reproducira družba. Število samomorov v družbah ostaja enako predvsem zato, ker se tudi družbe ne spreminjajo. V družbi obstaja kolektivna tendenca k samomorilnost, njena intenzivnost pa je različna od družbe do družbe. Individualne tendence k samomorilnosti izvirajo iz kolektivne. Navzoči sta dve antagonistični sili: prihaja iz skupnosti in se želi polastiti posameznika, druga prihaja iz posameznika in se tej sili upira. Seveda je prva močnejša, saj je »skupina, ki jo oblikujejo povezani posamezniki, realnost drugačne vrste, kakor posameznik sam zase« (Durkheim,1992:32). Človek je dvojen, v njem sta dve bitji. Individualno bitje ima svoje temelje v organizmu in kolektivno bitje pomeni najvišjo realnost v intelektualnem in moralnem pomenu. Samomor mora biti nujno uvrščeno med nemoralna dejanja, saj je človeško življenje sveto in nedotakljivo, zato mora biti vsak napad nanj prepovedan, pa naj bo to s strani skupine, ali s strani osebe same. Ženske zagrešijo manj

samomorov, ker so tudi manj vpletene v kolektivno življenje. So pa bolj dovzetne za detomore, splave in zastrupitve.

Emile Durkheim (Marušič, 2003:40) formulira 4 tipe samomorov.

- 1) **egoistični samomor** – Je najbolj razširjen. Zanj je značilno depresivno in apatično stanje, ki ga povzroča pretirana idividuacija. Posameznik ni več dovolj povezan z družbo, zato hoče biti samemu sebi namen. Vendar je tak cilj nedosegljiv in zato živi v pobitosti in dolgočasju, njegovo življenje se mu zdi nesmiselno.
- 2) **altruistični samomor** – Posameznik se popolnoma identificira z družbeno skupino, zato se odpove svojim osebnim interesom in življenju, za dobro drugih.
- 3) **anomični samomor** – Družbene situacije kjer normativne vrednote zgubijo svoj namen, zato je posameznik prepuščen samemu sebi. V časih gospodarskih in političnih kriz.
- 4) **fatalistični samomor** – Posameznik se počuti ujet v normativnih družbenih situacijah. Družbo dojema kot prisilo, zato gre v beg.

V svojem delu primerja povezanosti in razlike med umori in samomori in ugotavlja, da samomori praviloma naraščajo s starostjo, medtem ko umor in uboj dosežeta vrhunec pri 30-35-ih letih, nato pa upadata. Število umorov, detomorov, ubojev niha iz meseca v mesec, medtem ko je za število samomorov značilno, da naraščajo do junija, nato pa začnejo z meseci upadati do konca leta. Umor in samomor se velikokrat ne izključujeta, torej se ne obnašata inverzno, temveč se število obeh dejanj pogosto sorazmerno giblje, vendar je zanju vseeno bolj značilno antagonistično razmerje. Posebno definicijo si zasluži prav tako uboj. Durkheim ga definira kot mešano hudodelstvo, ki je po značilnostih sicer podoben umoru, a izhaja iz drugih vzrokov. Ne izhaja iz tendenc prelivanja krvi, vendar ga zbudijo vzroki, ki izhajajo iz tatvin, občasno pa gre tudi za premišljen oz. naklepen umor. Ugotavlja, da vojne ugodno vplivajo na število samomorov, tatvin, sleparij, zlorab zaupanja. Izjema je število homocidov, ki je v tem času povečano. Prav tako na omenjena dejanja učinkujejo tudi politične krize. Število umorov se poveča, saj so v tistem času politični dvoboji zelo nasilni. Samomor je veliko bolj urban, kot ruralen, medtem ko je pri homocidu ravno obratno. Leta 1887 je bilo na podeželju zabeležen količnik 11,1 umorov, očetomorov in detomorov, v mestih pa samo 8,6, podobno je bilo leta 1880. Glede na vero je opažena višja stopnja samomorilnosti pri protestantih in manjša pri

katolikih. Človek, ki je vpet v družinsko življenje, je bolj dovzeten za umor kot za samomor. Samomor variira obratno sorazmerno z integracijo družbenih skupin. Večjo stopnjo integriranosti pa lahko zagotovimo s solidarnostjo. Durkheim (1992:74) loči dve vrsti solidarnosti:

1) **Mehanska solidarnost** – oblikujeta jo kohezivnost in identificiranost njenih pripadnikov s sistemom skupnih vrednot.

2) **Organska solidarnost** – utemeljena na medsebojni odvisnosti ljudi zaradi delitve dela in menjave, pri kateri potekajo dezintegrativni in anomični procesi.

5.2 Kritike in dopolnitve Durkheimove teorije

Douglas pri pregledu različnih socioloških teorij pomembnih avtorjev, glede samomorilnosti, navaja naslednje pomembne dejavnike:

- **DEJAVNIK STATUSNE INTEGRACIJE** – Gibbs in Martin (v Marušič,2003:41) dopolnita Durkheimovo teorijo s spremembo, da pogostost samomora varira obratno sorazmerno s statusno integracijo. Socialno integracijo sta torej nadomestila s pojmom statusna integracija. Temelj njune teorije pa je ugotovitev, da čim večja kot je konfliktnost določene kombinacije vlog in statusov, tem bolj posameznik teži k iskanju druge, boljše statusne konfiguracije. »Če pa posamezniki tega iz določenih razlogov ne morejo storiti, si pogosteje kakor drugi utegnejo vzeti življenje« (Milčinski,1985:25). Kot primer neuspele statusne integracije navajata primer nezakonske mame. Njuna teorija uspešno pojasni povečano stopnjo samomorilnosti med begunci, brezposelnimi, razvezanimi in ostalimi statusno deprivilegiranimi osebami in skupinami. Douglas (v Marušič,2003:41) to teorijo kritizira, saj moramo upoštevati, da različni normativni razlogi omejujejo vstop in izstop iz različnih statusnih konfiguracij.

5.3 Dejavnik okolja

Halbwasch na novo definira subkulturno teorijo samomora. »V svojo teorijo vključi tudi ekološke in psihološke dejavnike« (Marušič,2003:41). Razlike v statističnih podatkih samomorilnosti med urbanim in ruralnim okoljem pojasnjuje s slabše razvitimi statističnimi

službami v ruralnih območjih in skrivanje resničnih dejanskih podatkov, ljudi s podeželja, zaradi verskih razlogov. Življenje na vasi naj bi prispevalo tudi k bolj umirjenemu načinu življenja, kar pomeni nižje tveganje za samomor. Poudarja predvsem, da je tudi položaj posameznika pomemben pri raziskovanju obnašanja samomorilnosti, kar se ne sklada z Durkheimovo teorijo, katera količnik samomorilnosti razlaga samo z delovanjem celotne družbe in zanemara pogled posameznika. Douglas (v Milčinski, 1985:27) meni, da je Halbwasch pomembno vplival na suikidologijo, saj pomagal utreti pot temeljni preusmeritvi raziskovanja in socialne teorije samomora, brez da bi zavrgel Durkheimove temeljne uvide. Povezanosti med osebnimi in družbenimi okoliščinami sicer še ne razloži (Marušič, 2004:41).

Henry in Short (v Marušič, 2003:41-42) sta na podlagi ekonomskih, socioloških in psiholoških vidikov ustvarila študijo hetero- in avtoagresivnosti, ki jih že razlagata z nekaterimi psihoanalitskimi pojmi. Število socialnih stikov naj bi tudi določalo stopnjo samomorilnosti. Več kot ima človek socialnih stikov, manjša naj bi bila stopnja samomorilnosti. Glavne njune (v Milčinski, 1985:27-28) teze so:

- 1) Porast frustracij pomeni porast agresije in upad frustracij pomeni upad agresije.
- 2) Porast agresivnosti se kaže tudi v porastu ubojev ali samomorov in obratno.
- 3) Porast ekonomskih dobičkov se kaže v upadu frustracij, tudi ubojev in samomorov in obratno.
- 4) Posameznik uperi agresijo proti objektu, ki ga smatra za odgovornega za nastalo frustracijo.
- 5) Pripis odgovornosti je odvisen od zunanje utesnitve dejavnosti posameznikov. Pri veliki utesnitvi gre odgovornost na druge, pri majhni utesnitvi pa na sebe.
- 6) Stopnja zunanje utesnitve se spreminja obratno sorazmerno z nivojem socialne plasti.

Douglas meni, da je v tezah, sicer dobljenih na uradnih statistikah, preveč poenostavljanja.

Lev Milčinski (1985) pa kot pomembnega avtorja sociopsihološke teorije navaja tudi Golda (1958), ki svoja spoznanja že opira tudi na spoznanja iz psihologije. Člen, ki povezuje

spremenljivke družbene strukture z intrapersonalnimi determinantami vedenja, išče v vzorcih vzgoje otrok. Prav tako agresivnost povezuje z razredom, v katerem se nahaja posameznik. Ljudje iz nižjega razreda naj bi bili bolj navzven agresivni in zato bolj dovzetni za umor, kot ljudje iz višjega razreda, ki naj bi agresijo obračali navznoter, kar bi lahko vodilo v samomor. Douglas opazi pomanjkljivosti teorije, med drugim tudi, da Gold nikjer ne omenja »srednjega« razreda, temveč samo nižjega in višjega (Milčinski, 1985:28-29).

5.4 Dejavnik družine

- DEJAVNIK DRUŽINE – Todd francoski raziskovalec pokaže, da je primerjava količnikov (na sto tisoč prebivalcev) med 35 deželami odvisna od strukture družine. Največ samomorov (indeks nad 20) je v deželah z eksogamno komunitarno obliko družine, sledijo dežele z avtoritarno obliko (indeks povprečno 18), tretje so dežele z nuklearno družino (indeks malo čez 12) in na zadnjem mestu so dežele z egalitarno nuklearno obliko družine (indeks pod 6) (Marušič, 2003:42).

5.5 Dejavnik religije

- DEJAVNIK RELIGIJE – Makarovič (v Marušič, 2003:42) je evropske dežele po Toddu razvrstil še po tipih konfesionalne pripadnosti in ugotovil, da je precej večji količnik samomorilnosti pri protireformacijskih in protestantskih državah, kot v katoliških.

6 PSIHOLOŠKI POGLED NA SAMOMORILNOST

Psihologi, psihiatri in psihoanalitiki so izhajali iz predpostavke, da samomor lahko razložimo samo z raziskovanjem travmatskih doživetij/frustracij v posameznikovem doživljanju, torej psiholoških in mikrosocialnih vplivov ter mehanizmov, ki vplivajo na samomorilčevo vedenje. Takšne psihične travme pa še ne pomenijo razvoja samomorilnega vedenja, saj more oseba za takšno naravnost imeti tudi določeno dispozicijo. Dogodek ali travma se pri posamezniku razvije v samomorilno vedenje šele ob sočasni interakciji z drugimi pritiski na človeka. Obremenitve se tako nakopičijo in zadenejo v že prej izoblikovano dispozicijo za samomorilno vedenje. Ta se največkrat izoblikuje že v rani mladosti izoblikovanja osebnosti, nekje do petega leta starosti. Ima dva vira: genetsko pripravljenost za duševne motnje in psihohigiensko neugodno ozračje, v katerem človek odrasča in živi. Dispozicija za takšno reagiranje pomeni samo večji odstotek možnosti za samomor, kako močno pa bo osebo izoblikovala, pa je odvisno tudi od vrste drugih dejavnikov in okoliščin, ki spremljajo to življenje. Pomembne so tako aktualne življenjske okoliščine, kot tudi v osebnost vgrajene okoliščine, ki jih oseba že prinese s sabo in se lahko v reakciji z aktualnimi potem razvijejo v samomorilno nagnjenost ali vedenje (Milčinski,1985:40-41).

Marušič v knjigi Monografija Slovenija s samomorom ali brez po zgledu iz živalskega sveta omeni tri ključne dejavnike situacij, kateri z zvečano možnostjo pri človeku povzročijo misel na samomor. Kot v živalskem svetu, tud ljudje v določenih situacijah občutijo poraz, ki pa sam po sebi še ni toliko problematičen, če se žival ali oseba iz situacije v kateri je bila poražena lahko umakne. Drug pomemben dejavnik oziroma frustracija bitij je nezmožnost pobega ali umika iz situacije, kjer je poražena. Ta dejavnik človeka pripelje do občutkov ujetosti v past in nezmožnost ukrepanja. Takšne situacije in občutki pa nas pripeljejo še do tretjega dejavnika, ki pogosto sproži misel na samomor in ta je, da oseba ujeta v situaciji v kateri je bila poražena in iz nje nikakor ne more uiti, ne zaznava rešilnih dejavnikov, ki bi ji lahko pomagali razrešiti situacijo (Marušič in Roškar,2003:30-31).

Na osnovi psihiatričnega modela samomorilnega procesa je Ringel (v Milčinski,1985) izdelal znan model o presuicidalnem sindromu, bistvo katerega je misel, da je samomor samo zadnji prizor drame, ki se je že začela že več let nazaj, morda celo v njegovi mladost. Do slednjega pa pride ob stiku reakcije na življenjski udarec in:

- 1) poprejšnje utesnjenosti zaradi nevroz, ki so nastale zaradi neugodnih življenjskih okoliščin v človekovem razvoju ali kasnejših neugodnih okoliščin, zaradi katerih oseba ne more mobilizirati osnovnih osebnih teženj;
- 2) nesposobnost človeka, da bi agresivnost na družbeno sprejemljiv način sprostil navzven;
- 3) samomorilnih fantazij.

Ringel (v Milčinski, 1985) je takšen proces človeka označeval kot bolezenski in ga poimenoval kot »nervozo življenjske izkrivljenosti« ali kot »samomorilno nevrozo«. Vendar Milčinski navaja, da ni vedno potrebno takšne osebe postavljati v kategorične diagnostike, vendar »se moramo predvsem prizadevati za spoznavanje osebnosti prizadetega, v vsej njeni celovitosti in dialektični obojestranski povezavi z okoljem« (Milčinski, 1985:42). Na tem mestu je potrebno tudi omeniti, da nimajo vsi, ki samomor storijo ali poskušajo, resnično namena umreti. Za takšna neusodna dejanja, pri katerih se človek poškoduje ali zaužije snov, ki presega dopustno količino, se je uveljavil izraz »parasuicid«. Stengel (v Milčinski, 1985) takšno vedenje predstavlja kot antinomično vedenje, kjer se težnja v smrt prepleta z apelom oziroma klicem na pomoč, naslovljeno na suicidantovo okolje. Gould (v Milčinski, 1985) deli samomorilna vedenja na naslednje vrste:

- 1) Človek s samomorilnim dejanjem izraža željo po združbi z izgubljenim ljubljnim človekom, s katerim se istoveti npr. z umrlimi bližnjimi.
- 2) Z dejanjem se želi maščevati nekemu, kateri ga je zapustil ali pa mu grozi, da ga bo zapustil.
- 3) Z dejanjem manipulira in želi izsiliti pozornost in ljubezen.
- 4) Z dejanjem se človek kaznuje za pretekle napake.
- 5) Dejanje stori, ker ga obvladuje silna jeza do človeka, kateremu ne more do živega. Ker agresija ne najde ustreznega zunanjega odvoda, se ta zasuče proti človeku samemu!
- 6) Človeka v dejanje poženejo slabo pregledne sile v človekovi psihi, katere mu dezintegrirajo osebnost. Poznan med njimi sta psihoza in shizofrenija.
- 7) Dejanje je zadnji klic na pomoč, tako imenovani apel, v upanju da bo slišan.

Začetnik psihoanalitske šole Sigmund Freud je kot predpostavko in ključni dejavnik za razvoj

samomorilnega vedenja navedel tudi splošni odnos do smrti, kateri je v splošnem večinoma odklonski. Tako Freud kot tudi ostali modreci pred njim so ugotavljali, da ljudje s smrtjo preprosto nismo sprijaznjeni in da večji del življenja bežimo pred zavedanjem o naši minljivosti, ki je kajpak neizogibna. Od tod prihajajo tudi eksistencialne frustracije. Kot pravi Satre (Milčinski,1985): »Smrt življenju nikdar ne daje smisla; nasprotno, prav smrt v bistvu oropa življenje slehernega smisla.« Takšne frustracije pa imajo pomembno vlogo pri nastanku nevrotskih stanj. V zahodnem svetu poročajo o porastu tanatofobičnih nevroz, katerih bistvene sestavine so bojazni o tem kako bo človek umrl, kdaj, kaj bo sledilo. Kakor navaja Milčinski (1985:47) je to paradoksn vidik naše bojazni pred smrtjo: »Človek zbeži v smrt iz samega strahu pred smrtjo. Če pa ne gremo do te skrajnosti, si lahko mislimo, da utegne ta bojazen poganjati tudi našo ustvarjalnost/.../.«

Freud (v Milčinski,1985) je postavil tezo tudi o tako imenovanem smrtnem nagonu, ki naj bi težil k smrti in naj bi nas v podzavesti usmerjal v smrt, uničenje in destrukcijo. O njem so razmišljali že leta pred njim. Nasproti smrtnemu, destruktivnemu nagonu ali tanatosu, so postavljali spolni nagon oziroma samoohranitveni nagon ali drugače imenovan eros. Naloga prvega je organsko življenje vrniti v neživo stanje, naloga drugega z združevanjem na delce razpršenih živih snovi ustvarjati strukture in jih vzdrževati. Življenje je kompromis med obema težnjama ali kako pravi Freud: »Kar dela naše življenje tako čudovito protislovno, je prav to, da se v njem nenehno prepletata dve diametralno nasprotni težnji: ena v iluzijo sreče efemerne eksistence, druga pa v smrt.« Tako bi lahko predpostavljali, da se oseba odloči za samomor, kadar v njem prevlada thanatos ali smrtni/destruktivni nagon. Stekel je postavil tudi tezo, da nihče ne ubije sam sebe, če pred tem ne sanjari, da bi ubil osebo, do katere goji nek čustven odnos. Iz nje izhaja tudi Freud (v Milčinski,1985:50), ki pravi:

»Verjetno nihče ne bi našel v sebi toliko duševne moči, kolikor je potrebuje, da samega sebe ubije, če – prvič – s tem, ko je to storil, hkrati (simbolično) ne ubije tudi objekta (človeka), s katerim se je poistovetil, in – drugič – zasuje k sebi težnjo po smrti, uperjeno (primarno) na nekoga drugega. Naj nas ne preseneča, če pri ljudeh, ki so poskušali samomor, kar praviloma najdemo takšne izvenzavestne smrtne želje (do bližnjih)... saj je podzavest vseh človeških bitij polna takšnih smrtnih želja, celo do ljudi, do katerih sicer gojijo ljubezen...«

Freudu civilizacija pomeni izoblikovanje »nadjaza« ali »superega« pri človeku. Ta »super ego«

človeku predstavlja vgrajene komponente nadzora, prisile, kazenske instance, katere mu pomagajo živeti v civilizaciji, vendar se tja shranjuje tudi odvečna agresija, katera se na koncu lahko usmeri tudi proti človeku samemu, torej proti »jazu«. Zato nam civilizacija daje najboljše, a hkrati tudi najslabše, saj se zaradi nje obračamo tudi sami proti sebi (Milčinski, 1985:39-51).

6.1 Duševne motnje in psihološki dejavniki tveganja

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je imelo skoraj 95 odstotkov ljudi, ki so storili samomor, eno od duševnih motenj. Med njimi so najpogostejše odvisnosti od psihoaktivnih snovi, depresivne motnje in shizofrenija. Eden izmed bolj pomembnih dejavnikov pa je tudi zloraba ali odvisnost od alkohola, ki je ugotovljen pri najmanj 25 odstotkih samomorilcev (FZZV, 2011:120). Obstaja teza, da smo Slovenci in ostala ogrska ter slovanska ljudstva, zaradi slabe genske prilagojenosti na alkohol, toliko bolj dovzetni za samomor. Na Slovenskem je obseg proizvodnje vina ostal omejen celo vse do 12. stoletja, zato ga naša dedna zasnova ne prenaša dobro in ena izmed posledic pa se kaže tudi v povečani ogroženosti za samomorilno vedenje (Marušič, 2003:16). Pomembno vlogo pri nastanku samomorilnega vedenja pa imata prav tako agresivno in impulzivno vedenje v interakciji z okoljem (Marušič, 2003:34). Med bolj ogrožene skupine spadajo depresivni pacienti s psihotičnimi simptomi. Vsi psihiatrično obravnavani pacienti pa so kar od 3 do 12 odstotkov, bolj dovzetni za samomorilno vedenje, kot zdrava populacija.

6.2 Dejavniki tveganja

Kaminova in Klanščekova po Levy, Jurkovic in Spiritovu navajata (2009:89) da dejavnike, ki vplivajo na povečano tveganje za razvoj samomorilnega vedenja, lahko razdelimo v tri kategorije:

- 1) **Individualna** – se nanaša na osebnostno stabilnost in na aktualno duševno stanje posameznika. Negativna razpoloženja kot so obup, brezup, ravnanja po trenutnem vzgibu in pretirana dejanja v obliki agresivnosti, povečajo tveganje za nastanek samomorilnega vedenja.
- 2) **Medosebna** – se nanaša na nesposobnost vzpostavljanja vzajemnih odnosov, kronično ne pripadnost družbi in nenadno družbeno osamitev. Socialna izolacija je

lahko posledica neurejenih družinskih razmer, samskega stanu, ločitve, ovdovelosti, med drugim tudi brezposelnosti oziroma revščine.

- 3) **Sociokulturna** – se nanaša na značilnosti okolja kot so dohodek na prebivalca, stopnja brezposelnosti in drugi kazalniki. Neugodno družbeno okolje vpliva negativno tudi na individualno in medosebno kategorijo in tako poveča tveganje za razvoj samomorilnega vedenja.

Med pomembne dejavnike spadajo tudi sociodemografski dejavniki, kot so: starost, starejši bolj ogroženi; spol, moški storijo več suicidov, medtem ko pri ženskah beležimo več parasuicidov; prav tako vpliva izobrazba, bolj ogroženi so namreč nižje izobraženi. Ekonomski status in revščina, še posebej dolgotrajna revščina in brezposelnost; zakonski status, posebej ogroženi so ovdoveli, razvezani in samski; prav tako življenjski dogodki kot so neugodni dogodki, ki se nanašajo na medosebne in finančne težave, razne vrste izgub pa tudi telesne bolezni (Kamin in Klanšček;2009:89-90).

Med ostale pomembne dejavnike tveganja pa spadajo tudi: samomorilno vedenje v preteklosti, hospitalizacija na psihiatriji v preteklosti, odklanjanje pomoči, samomorilna anamneza v preteklosti pri sorodnikih (FZZV,2011:121). Pollock in Williams navajata kot pomembne tudi primanjkljaje na področju reševanja problemov, Jollant in drugi navajajo zmanjšano sposobnost odločanja, ostali avtorji pa tudi dejavnike kot npr. zmanjšana kognitivna prilagodljivost in pristranskost v pozornosti (Kamin in Klanšček,2009:90).

6.3 Duševne motnje

Svetovna zdravstvena organizacija ali WHO (2016) termin duševno zdravje definira kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik uresničuje svoje sposobnosti, normalno obvladuje stres v vsakdanjem življenju, svoje delo opravlja produktivno in je sposoben prispevati k skupnosti v kateri živi.« V učbeniku Duševnega zdravja (2011) pa je navedena tudi mednarodna klasifikacija izraza duševno zdravje. »Izraz duševna motnja pomeni prisotnost klinično prepoznavne skupine simptomov, kot so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju ali vedenju v kombinaciji, kar je v večini primerov združeno s stresom in vplivom na osebno

funkcioniranje» (Plesničar,2011:13).

Po Wikipediji (2016a) naj bi za težavami iz duševnega zdravja dandanes trpelo skoraj polovico ljudi svetovne populacije, v Evropi pa naj bi vsako leto, za katero od oblik zbolelo kar 11 odstotkov Evropejcev. Odsotnost duševnega zdravja ogromno vpliva na kakovost posameznikovega življenja. Resno lahko prizadene telesno zdravje, socialno življenje, kreativno in karierno življenje in nemalokrat vpliva tudi na razvoj raznih oblik zasvojenosti. Vrednotenje in znanstveni vidik tega pojma se je dodobra začel razvijati šele v 18. stoletju, pred tem pa so duševno moteno osebo večkrat pojasnjevali z razlagami iz vraževerja. Po podatkih, ki jih navaja Wikipedija (2016a) je bil William Sweetzer prvi, ki je v sredini 19. stoletja, omenil pojem mentalna higiena. Prva ambulanta za duševno zdravje v ZDA pa je bila odprta na začetku 20. stoletja, za to pa je bil odgovoren Clifford Beers. V EU med najpogostejše duševne motnje spadajo depresija in anksioznost, katere pomembno povečajo tveganje smrti zaradi samomora, ki je tudi glavni vzrok za prezgodnjo smrt v Evropi.

Veliko duševnih težav ostane neprepoznanih ali neustrezno diagnosticiranih, saj je tema duševnega zdravja ponekod še danes velik tabu. Ljudi je strah stigmatizacije družbe in socialne izključenosti, ki spremljajo osebe z diagnozo duševnega bolnika. Splošno pa je znano, da ženske zaradi tovrstnih težav pogosteje iščejo pomoč, kakor moški. Inštitut za duševno zdravje Slovenije (2009) navaja, da je bilo leta 2007 v Sloveniji slabih 5 odstotkov polnoletnih prebivalcev obolelih za kronično anksioznostjo, prav tako 5 odstotkov jih je bolehalo za kronično depresijo, 2 odstotka pa za ostalimi duševnimi motnjami. Vse diagnoze so bile zdravniško potrjene (Kamin in Klanšček, 2009:99).

Wikipedia navaja, da glede na razsežnost tovrstnih težav, Evropska unija za stroške povezane s problemi v duševnem zdravju, porabi od 3 do 4 odstotke bruto domačega proizvoda. Do leta 2020 naj bi bile duševne bolezni na 2. mestu v svetu, takoj za boleznimi srca in ožilja.

Nihče ni danes imun na vedno bolj razširjene duševne motnje. Zbolimo lahko mi, ali pa nam bližnja oseba. Plesničar navaja (2011:18), da so »težave zaradi duševnih motenj univerzalne, prizadenejo lahko ljudi v razvitih in revnih državah, v različnih družbah in skupnostih, moške in ženske vseh starosti, bogate in revne v urbanem ali pa kmečkem okolju. Imajo pomemben ekonomski vpliv na različne skupnosti in družbo, na kvaliteto življenja posameznikov in

njihovih družin.«

Res je, da so ljudje, ki imajo ali so imeli že v preteklosti družinske anamneze diagnosticirano katero izmed oblik duševnih motenj, vseeno nekoliko bolj dovzetni zanj. Takšni ljudje imajo namreč zaradi genetskega zapisa toliko večjo možnost, da bodo zboleli za katero izmed bolezni, vendar ni nujno. Čeprav imajo ljudje z že vnaprej zapisano genetsko dispozicijo več možnosti, da utrpijo takšno bolezen, pa ne moremo izključiti tudi ostalih ljudi, sicer zdrave populacije. Nastanek bolezni je namreč pogojen tako z biološkimi, kot tudi s psihološkimi dejavniki in prav tako z družbenimi dejavniki. Kako bo potekal razvoj bolezni, in če se bo ta sploh razvila, je v veliki meri odvisno tudi od življenjskega sloga posameznika in ostalih dejavnikov, kot so prehrana, stopnja stresa v življenju in spopadanje z njim, aktivnosti, kreativnost, okolje v katerem živi, socialno življenje, med drugim tudi samoocenjevanje. Sami lahko naredimo za svoje duševno dobro počutje največ tako, da živimo čim bolj umirjeno, da se izogibamo stresu oziroma skušamo nanj pravilno reagirati in da živimo aktivno in zdravo življenje v okolju kjer lahko udejstvujemo svoje potenciale in želje (Plesničar, 2011:18). Prav tako pa po Tulschinskyu in Varavikovi navaja, da so v bistvu vse starostne skupine klasificirane kot ranljive, glede na ogroženost in potencialne težavami duševnega zdravja.

6.4 Tipi duševnih motenj

Duševne motnje lahko glede na značilnosti razdelimo na več različnih tipov. Nekatere so zapisane že v genih in se z njimi rodimo, spet druge pa dobimo tekom življenja zaradi najrazličnejših prej opisanih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na njihov razvoj. Povzeto po Plesničar (2011:19-25) lahko duševne motnje kategoriziramo na naslednje tipe:

- 1) **ORGANSKE, SIMPTOMATSKE DUŠEVNE MOTNJE** – prisotne so predvsem pri starejši populaciji, največ jih je pri osebah, ki so starejše od 80 let, kjer je obolelost kar 40 odstotna. So organskega izvora in pomembno vplivajo na poslabšanje določenih kognitivnih funkcij kot so mišljenje, spomin, razumevanje, prav tako govor. V to kategorijo lahko uvrstimo Alzheimerjevo bolezen, ki povzroča tudi demenco, Parkinsonovo bolezen pa tudi Creutzfeld-Jakobovo bolezen.

- 2) **RAZPOLOŽENJSKE DUŠEVNE MOTNJE** – med najpogostejše motnje razpoloženja spada depresija, ki zajema od 5 do 15 odstotkov svetovne populacije) in je tudi eden izmed najpomembnejših vzrokov za razvoj samomorilnega vedenja. Kako se bolezen kaže na posamezniku, je zelo relativno, saj nekatere osebe drugače reagirajo na depresivna občutja, kot ostale. Vendar se pomembne značilnosti pri tipični depresiji kažejo predvsem v občutjih nemoči in obupanosti. Zmanjšana je volja do življenja in veselja za aktivnosti, ki so obolelo osebo včasih veselile. Občutno se lahko zmanjša/poveča telesna teža. Oseba je razdražljiva in jo navdajajo močni občutki krivde. Zmanjšana je sposobnost koncentracije in razmišljanja. Oseba ima težave s spanjem kadar spi preveč ali premalo in ji zato primanjkuje energije. Pogosta so tudi razmišljanja o smrti in samomoru. Takšna občutja trajajo več kot dva tedna, kadar so prisotna le krajši čas gre navadno samo za kratkotrajne motnje razpoloženja. Vzroki za nastanek najpogostejše motnje razpoloženja so različni. Na podlagi genetske teorije so znane ugotovitve o nastanku bolezni zaradi neravnotežja nevrottransmitterjev v možganih, poznana kot serotonin in dopamin ali spremembe v hipokampusu oziroma možganskem centru, ki je odgovoren za razpoloženje in spomin. Včasih nastane tudi zaradi neprimerne spoprijemanja s stresom, pretirane uporabe psihoaktivnih substanc ali travmatičnih doživetij. Inštitut za razvoj človeških virov (2005) v razdelku namenjenemu depresiji, pojasnjuje da je »depresija duševna motnja, bolezen, ki jo spremlja več značilnih simptomov v razpoloženju, mišljenju in vedenju ter raznovrstni telesni simptomi Med ostalimi pomembnimi razpoloženjskimi motnjami pa so tudi manična in depresivna stanja v okviru bipolarni motnje. Pri slednji gre za velikanska nihanja v razpoloženju iz višav manije, v nižine depresije. Pomemben napredek pri zdravljenju maničnih motenj se je zgodil v sedemdesetih letih 20. stoletja, ko so v ZDA za zdravljenje le teh registrirali litij. Ta občutno stabilizira osebe in jim daje ponovno možnost za dvig kvalitete življenja. Prav tako so med pomembnimi zdravili tudi antidepressivi in nevroleptiki. Motnje razpoloženja so pogostejše pri ženskah, stroški za njihovo zdravljenje pa se lahko enačijo s stroški zdravljenja srčno-žilnih bolezni. Na svetu se kar približno 340 milijonov ljudi srečuje z omenjenimi motnjami.
- 3) **NEVROTSKE, STRESNE DUŠEVNE MOTNJE** – so motnje, ki nastanejo zaradi prevelike tesnobe, stresa, strahu ali ostalih sorodnih dejavnikov. Med glavnimi

vzroki za samomorilno naravnost iz te kategorije je odgovorna splošna generalizirana anksiozna motnja, ki pomeni pretiran strah v posamezniku, do njemu pomembnih ljudi, dogodkov in situacij. Tako genetski kot zunanji dejavniki, ki so sprožijo takšno razpoloženje, so zelo podobni kot pri depresiji, večinoma gre za neravnovesje nevrottransmitterjev, travmatične dogodke, stres in ostale. Anksioznost se pogosto pojavlja v obliki povezani z depresijo. Inštitut za razvoj človeških virov na svojih spletnih straneh (2005), v članku z naslovom Generalizirana anksiozna motnja, navaja lastnosti posameznika, ki trpi za omenjeno motnjo: »občutek ogroženosti brez jasnega vzroka, občutek šibkosti, napetost in nesposobnost sprostitve, znižana frustracijska toleranca, motnje koncentracije, vztrajna zaskrbljenost, motnje spanja z občasnimi morami, glavoboli, krči v trebuhu z občasnimi driskami in bruhanjem, pogosto uriniranje, znojenje, zardevanje, tresavica, občutek cmoka v grlu.«

Med ostale nevrotske in stresne motnje pa spadajo tudi panične motnje, fobije, obsesivno kompulzivne motnje in posttravmatske stresne motnje. Po Valetiču (2009:130) gre pri prvih za zelo neprijetne telesne in duševne napade, ki jih posameznik ne zmore kontrolirati in čeprav so nenevarni se posameznika polasti strah pred smrtjo. Fobije izvirajo iz pretiranega strahu pred različnimi dogodki, ljudmi ali predmeti, za katerega posameznik ve, da je neutemeljen, a kljub temu omejuje njegovo možnost zadovoljivega funkcioniranja v življenju. Pri obsesivno kompulzivnih motnjah gre za neprijetne ponavljajoče se rituale, ki posameznika obremenjujejo in jih ne more obvladati in z njimi zmanjšuje svojo tesnobo. Posttravmatska stresna motnja pa pomeni podoživljanje hudega travmatičnega dogodka, kjer se posamezniku v zavest ali spanje vsiljujejo slike dogodka in tako preteklo travmatično izkušnjo podoživlja vedno znova.

- 4) **MOTNJE OSEBNOSTI** – osebe, ki zbolijo za to vrsto duševnih bolezni navadno dobijo diagnozo šele v odrasli dobi, ko se njihova osebnost že dokončno izoblikuje. Andrej Plesničar (2011:23) jih definira kot:

»motnje v percepciji in interpretaciji ljudi in dogodkov, motnje samopodobe, čustev ter razumevanja in sprejemanja drugih ljudi. Povezane so z motnjami pri kontroli impulzov, zadovoljevanju potreb in s težavami pri načinih vzdrževanja odnosov do drugih ljudi in različnih dogodkov. Simptomi so trdovratni in se ne spreminjajo, povzročajo tudi težave in stiske, ki jih ni mogoče razložiti z prisotnostjo drugih duševnih motenj.«

Značilnosti osebnostno motenih oseb so pretirana sumničavost, shizoidnost, čustvena odmaknjenost, osamljenost, v fantazije usmerjena introspekcija, impulzivnost, slaba samopodoba, včasih se oboleli lahko počutijo tudi kronično izpraznjeni. Valičeva (2013) na spletnih straneh Inštituta za osebnostne motnje in oblikovanje osebnosti navaja, da poznamo deset oblik osebnostnih motenj: mejna osebnostna motnja, shizoidna, narcisistična, paranooidna, obsesivno-kompulzivna, antisocialna, odvisna, izogibajoča, histrionična in shizotipska osebnostna motnja.

- 5) **SHIZOFRENIJA, SHIZOTIPSE BLODNJAVE IN MOTNJE** – je kronična motnja, ki se večkrat pojavlja v epizodah in je pogosto pri njej potrebna hospitalizacija oseb, ki zbolijo za njo. Zanje so dovzetni vsi ljudje, ne glede na spol ali družbeno ekonomski status, se pa pogosto prenaša tudi preko genskega zapisa. Prizadene približno odstotek populacije, kar je v letu 2011 pomenilo približno 45 milijonov ljudi. Pri osebah obolelih za shizofrenijo se pojavljajo motnje mišljenja in zaznave, oseba navadno zgubi stik z resničnostjo, večkrat so prisotne tudi halucinacije tako slušne kot vidne, zmanjšana je koncentracija, čustvena neodzivnost, zanemarjenost, odmaknjenost, pomanjkanje volje. Po Marušiču (v Marušič in Temnik, 2009) na razvoj omenjene motnje vplivajo dejavniki okolja, kot je uporaba drog, med njimi amfetamini, kokain, tudi alkohol; negativno življenjsko okolje, kot so sovražni starši, vrstniška diskriminacija; prav tako pa vplivajo tudi genetski dejavniki, tako je pri enojajčnih dvojčkih je 40-50 odstotna možnost, da bo za shizofrenijo zbolel tudi drugi, če jo prvi že ima. Možganska struktura shizofrenikov je v 40 do 50 odstotkov spremenjena, spremembe so opazne predvsem v čelnem režnju, hipokampusu in senčnem režnju. Pogosto je opazna tudi zmanjšana prostornina možganov. Shizofrenijo navadno zdravimo z antipsihotiki. »Napoved izida pri shizofreniji se zelo razlikuje od primera do primera. Nekateri bolniki povsem ozdravijo, pri drugih se epizode ponavljajo/.../« (Marušič, 2009:49).

- 6) **DUŠEVNE IN VEDENJSKE MOTNJE NASTALE ZARADI UŽIVANJA PSIHOAKTIVNIH SUBSTANC** – za različnimi substancami dandanes posegajo tako mladi kot stari. Inhalacija raznih hitro topljivih topil/snovi in uporaba z vsakim dnem več novo nastalih dizajnerskih drog, se večkrat pojavlja že tudi pri predšolskih otrocih

in kasneje tudi pri adolescentih. Med zelo razširjene droge lahko štejemo prav tako marihuano, ki sicer ne povzroča fizične odvisnosti, a njena dolgotrajna uporaba kljub temu povzroča škodljive posledice uporabnikom. Med zelo škodljive lahko prištejemo tudi kokain, amfetamine, opiate in različna psihotropna zdravila, ki se pojavljajo prav tako v vseh družbenih skupinah, pri starejših ali mlajši, pri bogatih ali revnih. Vse omenjene droge, vključno z alkoholom lahko povzročajo resne možganske okvare, v prevelikih odmerkih, včasih tudi smrt. Fizična in psihična odvisnost ljudi vodi v raznorazna deviantna, sebi in drugim škodljiva vedenja. Poveča se obseg kriminalnih dejanj, ljudje zapadejo v destruktivne načine življenja, ki vključujejo nasilje, kraje, prostitucijo, umore, samomore in ki včasih vodijo tudi v smrt. Zaradi možganskih okvar se lahko razvijejo različne fizične bolezni, med njimi virus Hiv, različni hepatitis in duševne motnje, kot so paranoja, shizofrenija in anksioznost. Na povečano razsežnost uporabe droge vpliva tudi večja stopnja urbanizacije, v ozadju pa so tudi močni ekonomski in politični interesi. Čeprav se nekatere vlade in oblasti borijo proti trgovini z drogo, pa jo spet druge tiho podpirajo, ker je, kljub škodljivim učinkom droge, ki prizadene posameznike in njihove družine, trgovina z drogo še vedno eden izmed bolj dobičkonosnih poslov. V večini razvitih držav so za zdravljenje odvisnikov razvili substitucijski programi, kot so metadonske klinike; programi za zmanjševanje škode, kot je brezplačno razdeljevanje sterilnih igel; programi detoksikacije in različna terapevtsko usmerjene podporne skupine. Leta 2011 je bilo v svetu, zaradi zlorabe alkohola, prizadetih kar približno 120 milijonov ljudi. Posledično so bile zelo razširjene tudi različne vrste raka, ciroze jeter in razne oblike družbenega razkroja kot so zloraba otrok ali partnerjev in različne vrste fizičnega nasilja.

- 7) **DUŠEVNA MANJRAZVITOST** – ta se največkrat pri otroku razvije že v času nosečnosti, včasih pa tudi šele po rojstvu. Najpomembnejši vzroki za razvoj le-te so nenadno organsko nevrološko poslabšanje, posledice različnih genetskih napak ali kasnejša razvojna in vzgojna prikrajšanost. Mojca Breclj-Kobe in Zdenka Hitejc (1987:203) duševno manjrazvitost definirata kot:

»sindrom, ki ga sestavlja niz simptomov, med katerimi je najpomembnejši primanjkljaj intelektualnih sposobnosti, često povezan z zmanjšano sposobnostjo prilagajanja

socialnim situacijam.... je odraz nevrološke bolezni oziroma poškodbe možganov, ki je lahko nastala v toku nosečnosti ali obporodnega obdobja, manj pogosto pa v zgodnjem ali poznem otroštvu. Bolezenski proces je ponavadi statičen. Obstajajo pa tudi progresivne oblike, zaradi česar je nujno zgodnje odkrivanje, ker je nekatere bolezni, na primer fenilketonurijo, hidrocefalus, hipotireoidizem mogoče tudi zdraviti. Duševna manjrazvitost je odraz difuzne prizadetosti osrednjega živčevja. Epileptični paroksizmi različne vrste, centralna motorična prizadetost, motnje govora in senzorične disfunkcije ter sekundarne psihične motnje so pogosti spremljajoči simptomi.»

Med bolj znane duševne manjrazvitosti spada Downow sindrom.

- 8) **MOTNJE DUŠEVNEGA RAZVOJA** – Plesničar (2011:24) opisuje take motnje kot: »motnje vizualne percepcije, motnje govora, jezika, kategorizacije zvokov, pozornosti in nadzora nad aktivnostjo. Mednje spada tudi otroški avtizem. Pri teh otrocih je možno ugotoviti pomanjkanje spontanosti, socialne in emocionalne recipročnosti in zaostajanje v razvoju v primerjavi z duševno starostjo enako starih otrok«
- 9) **VEDENJSKE IN ČUSTVENE MOTNJE V OTROŠTVU in ADOLESCENCI** – pri otrocih in mladostnikih, ki trpijo za takšnimi motnjami so značilne predvsem lastnosti, kot npr. motnje pozornosti, impulzivno vedenje, hiperaktivno vedenje. Značilno je tudi agresivno vedenje, ponavljajoče se vedenje, ki ga prekinejo občasni izbruhi jeze. Otroci in mladostniki lahko lažjejo, kradejo ali se kako drugače destruktivno in škodljivo obnašajo. Takšnim mladostnikom je potrebno nameniti posebno pozornost, včasih pa je potrebno tudi zdravljenje z zdravili, kot je na primer ritalin.
- 10) **VEDENJSKI SINDROMI, POVEZANI S FIZIOLOŠKIMI MOTNJAMI IN TELESNIMI DEJAVNIKI** – ti se pojavijo zaradi težkih psihološki obremenitev pri posamezniku, kjer se globoke psihične frustracije ventilirajo skozi fizične motnje ali vedenjske destrukcije. To so predvsem motnje spanja, nočne more, zloraba neodvisnostnih substanc, med njimi so vitamini in antacidi, spolne motnje in prehranjevalne motnje, kot so bulimija in anoreksija. Pri takšnih motnjah je pomemben predvsem pogovor in razumevanje obolelih za vedenjskimi motnjami, hkrati pa tudi sodelovanje s primerno usposobljenimi strokovnjaki, psihiatri, psihoterapevti ali

psihologi. Če takšne motnje niso primerno obravnavane, lahko v najhujšem primeru povzročijo tudi smrt.

7 DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI

Leta 2007 je bila v Sloveniji opravljena raziskava o stanju duševnega stanja naših državljanov. Ugotovljeno je bilo, da je duševno zdravje žensk slabše od moškega. Slabše duševno zdravje imajo tudi starejši, nad 60 let in manj izobraženi. Glede na zaposlitev je slabše stanje duševnega zdravja razvidno pri brezposelnih, sledijo pa upokojenci, kmetje in gospodinje. Zaradi težav povezanih z duševnim zdravjem od dela izostane več žensk kakor moških. Najbolj zaskrbljujoč pa je podatek, da je v letu raziskave samo polovica ljudi, ki ima tovrstne težave, poiskalo pomoč (Kamin in Klanšček, 2009:35-44).

Kaj se potem zgodi z ostalo polovico? Problem današnje družbe je, da je v njenih očeh tema duševnega zdravja še vedno nekaj slabega. Duševno bolni ljudje so še danes predmet marsikaterih obsodb, stereotipov in opazk. Prav zato verjetno marsikdo skriva svoje dejanske težave, saj se boji odziva družbe. Prav to skrivanje in neustrezno razreševanje težav pa nam prinese še večje težave, saj se neustrezno zdravljene, nediagnosticirane ali prepozno diagnosticirane duševne motnje, lahko razvijejo v takem obsegu, da je kasnejše ukrepanje včasih prepozno, konec koncev lahko takšno ravnanje pripelje posameznika celo do samomora. Kot navaja Wikipedia (2016) »sta promocija duševnega zdravja in preventiva duševnih motenj ključnega pomena pri družbenem prizadevanju za doseganje dobrega počutja posameznikov in skupnosti«.

7.1 Neenakost in anksioznost

Na porast duševnih motenj vpliva tudi z neenakostjo povezana naraščajoča anksioznost, ki jo povzroča v veliki meri stres. Kljub vedno večjemu ugodju in lagodju se stopnja stresa in anksioznosti vedno bolj povečuje. Rezultati in primerjave različnih raziskav iz ZDA med leti 1952 in 1993 to dokazujejo. Pickett in Willkinsonova (2012:36) pravita, da je »povprečen študent ob koncu obdobja, ki ga je pokrivala raziskava, bolj anksiozen kot 85 odstotkov

populacije na začetku, in kar je še bolj vrtoglavo, povprečen ameriški otrok je bil ob koncu osemdesetih let prejšnjega stoletja bolj anksiozen kot otroški psihiatrični bolniki 30 let poprej.« Podobno je tudi z depresivnostjo, ki gre mnogokrat z anksioznostjo z roko v roki. Tudi raziskave o stopnji depresivnosti prebivalstva ZDA dokazuje dvakrat višjo stopnjo depresivnosti leta 1970, kot leta 1958. S tem je povezana tudi naraščajoča kriminaliteta in ostalo deviantno vedenje, ki se pojavlja v vseh družbah, ne glede na spol, socialno-ekonomski status ali položaj njenih posameznikov. K vsem tem pomembno vpliva tudi neenakost, na katero smo posamezniki izredno občutljivi.

7.2 Samospoštovanje

Kljub prej omenjenim težavam, ki vedno bolj omejujejo družbo in posameznike, pa nam v spodbudo raste mera samospoštovanja. Vedno bolj smo sposobni sami sebe oceniti kot pomembne in dragocene posameznike in se otresamo raznih dvomov in občutkov lastne nevrednosti. Kot pravi Twengova (v Pickett in Willkinson, 2012:37): »V petdesetih letih prejšnjega stoletja se je samo 12 odstotkov najstnikov strinjalo s trditvijo, da so »pomembna oseba«, do 80-ih leta pa se je ta odstotek povzpел na 80.« Tako se nam porodi vprašanje: Kako, da kljub rasti samospoštovanja v naši družbi, tako znatno raste tudi anksioznost? Izkazalo se je, da je razlog za te ambivalentne občutke predvsem v skrbi pred tem kako nas vidijo in ocenjujejo drugi, kar pripelje tudi do tega, da se lahko za navideznim samospoštovanjem skriva tudi obramben mehanizem oziroma poskus dvigovanja lastne vrednosti, v očeh drugih, s tem, da se dobro prikazujemo, kar je v resnici nek samopromocijski negotovi egoizem. Obstajata torej dve vrsti ljudi, ki se dobro ocenjujejo. Pri prvih gre dejansko za zdravo samospoštovanje, ki ga spremlja pozitivnost, sreča in zaupanje vase (tudi zmožnost zdravega sprejemanja kritike), pri drugih s samospoštovanjem visoko ocenjenih ljudeh pa gre za nezdravo ravno nasprotna občutja in način delovanja, ki teži k nasilju, rasizmu in neobčutljivosti do drugih. Predvsem slednja oblika napihnjenega nezdravega samospoštovanja (narcisizma/ogroženega egoizma/samovšečnosti) z leti narašča, kar pomeni, da je vedno več ljudi neobčutljivih do drugih, se pretirano ukvarjajo sami s sabo, uspehom in svojo podobo in videzom v očeh drugih. Taka navidezna oblika samospoštovanja je tesno povezana z anksioznostjo, s katero imata skupne korenine v stresu, ki ga v telesu povzroča izločanje stresnega hormona imenovanega

kortizol. Ta se sprošča predvsem, kadar se telo počuti ogroženega ali v stiski in v največji meri ob situacijah, kadar je ogrožen socialni jaz, ki odraža človekov ugled in status in v glavnem temelji na zaznavi drugih o tem koliko veljamo. Tri socialne kategorije, ki najbolj ogrožajo socialni jaz in s tem povzročajo v največji meri sproščanje kortizola so: šibak socialni položaj, pomanjkanje prijateljev in stres v otroštvu . Vse tri navedene kategorije znajo pomembno vplivati tudi na zdravje. Tem bolj kot se počutimo sprejete, tem boljše je naše psihično in fizično počutje. K temu ogromno prispeva tudi socialni status, saj višje kot smo, bolj nam tudi drugi pripisujejo pomembnost in veljavo, zato se tudi sami boljše ocenjujemo. Ljudje smo podvrženi k socialnem primerjanju in višji socialni status nam daje lasten občutek veljave, samozaupanje, občutek ponosa in dostojanstva. Seveda ni vedno nujno, da nam te občutke daje samo socialni status. Je pa občutek manjvrednosti, občutek da na nas drugi gledajo zviška, da nas ne spoštujejo in slabše vrednotijo lahko v veliki meri razlog za nasilje, ki ga je veliko predvsem v bolj neenakih družbah. Na strune našega strahu pred manjvrednostjo v očeh drugih lahko igrajo tudi oglaševalci, zato imajo tudi ti svoj delež v nasilnih posameznikih ali skupinah ljudi. Tudi sram je eno izmed dekonstruktivnih čustev, ki povzroča stres in ga lahko razložimo s paleto negativnih občutij, da smo neumni, smešni, neprimerni, pomanjkljivi, nesposobni, nerodni; počutimo se bolj izpostavljeni, ranljivi in negotovi. Prav nasprotno od sramu pa se nahaja ponos. Preko slednjih dveh čustev se že v otroštvu učimo ponotranjiti družbeno sprejemljive načine vedenja, občutljivost za sramoto pa pomeni osnovo prilagajanju na družbeno sprejemljiva vedenja tudi v odraslosti. Zanimivo je, da nas ogroženost z družbeno evalvacijo, strahom pred tem kako nas vidijo drugi, v preteklosti ni pestila v takšni meri kot danes. Razlogi se skrivajo predvsem v razširjenju meja. Včasih so se ljudje gibali pretežno v mejah svoje domače skupnosti ali vasi, saj tudi prevoznih sredstev ni bilo na pretek in takrat so se praktično vsi ljudje med sabo poznali. Danes pa nam tehnologija in znanost omogočata, da potujemo hitreje in dlje. Zato smo v obdobju, ko srečujemo vedno več novih, nepoznanih obrazov in se strah pred tem kako nas vidijo drugi znatno povečuje. Pickett in Willsonova (2012:44) pravita: »Občutek identitete je bil svoje čase vdelan v skupnost, ki so ji ljudje pripadali, in v resnično poznavanje drug drugega, danes pa brezciljno pluje po brezimni množični družbi. Znane obraze je nadomestil nenehni tok neznancev. Zato je naša identiteta eno samo neskončno izpraševanje/.../« Ena izmed odklonskosti, ki v posameznikovi nesigurnosti dobiva neposredno spodbudo, je sodobno potrošništvo. Ni naključje, da so trgovski centri postali stičišče svetov in ni naključje, da se v njih zadržuje vedno več ljudi, vse več časa. Sodobni način

življenja v središče postavlja status, ki za razliko od preteklosti, ni več omejen na posameznikov kraj bivanja. S pomočjo informacijske tehnologije se vsakdo lahko primerja z vsakomur, svet pravzaprav nima več meja, vzdrževanje vtisa in statusa pa zato zahteva od posameznika veliko več energije. Večje torej kot so razlike v socialnih statusih, več je neenakosti, več je socialnega primerjanja, ogrožene socialne evalvacije in z njo povezanih opisanih občutkov sramu, ponosa in strahu (Willkinson in Pickett,2012:33-47). Skratka, današnja sodobnost zahteva drugačnega posameznika, kot preteklost. Za včasih pomembna vprašanja danes zmanjkuje časa, odločitve morajo biti sprejete hitro, javno objavljene in kar se da izvirne, ne glede na posledice. S povečano izpostavljenostjo se nedvomno poveča tudi ranljivost. »Približno vsak sedmi izmed nas ima v tem trenutku vsaj blago duševno motnjo in vsak tretji jo bo imel vsaj enkrat v življenju«(Marušič in Temnik,2009:9).

8 PREPREČEVANJE SAMOMORA

Ker je samomor v 95 odstotkih posledica zapleta duševnih bolezni je zelo pomembno, da so te že preventivno uspešno diagnosticirane in zdravljene. Vendar so duševne bolezni še dandanes žal mnogokrat neprepoznane in nezdravljene. Obstaja pa tudi manjši delež samomorilno naravnanih oseb, ki se ne soočajo s težavami v duševnem zdravju, temveč je njihovo dejanje le posledica njihovega trenutnega vzgiba. Zato se poraja vprašanje kako sploh prepoznati samomorilno osebo. Po Marušiču (2003:81) se pomembne skupne značilnosti samomorilcev, predvsem mladih, kažejo v različnih vedenjskih in osebnostnih težavah kot so impulzivnost, nasilnost, socialni umik, izogibanje, pesimistično, melanholično dožemanje sveta. Samomorilni posamezniki se pogosto postavijo v vlogo žrtve, ki je nemočna in ujeta v brezizhodni položaj. Tudi Milčinski (1985:129-130) navaja posebne vedenjske značilnosti omenjenih osebkov:

»vse manj se pogovarjajo s svojci; iščejo samoto; slabo spijo; videti so zaskrbljeni in peša jim tek; izražajo se, kot da jim njihovi pretekli dosežki nič več ne pomenijo in za nevšečnosti okoli sebe iščejo krivdo v sebi; razdajajo predmete; pešajo v študiju in drugih dejavnostih; hudo pijejo, več kadijo; govorijo o samomoru ali ga posredno nakazujejo z besedami, da bi najrajši umrli oz. vse pustili in nekam šli; nekateri navzven ne kažejo potrnosti, vendar se prepirajo s svojci, razdirajo običajne družbene norme, se izmikajo obveznostim in se potepajo.«

V prejšnjih poglavjih smo opisali tudi ostale dejavnike tveganja za razvoj samomorilnega vedenja. Kadar opazimo, da je oseba ogrožena in da se pri njej razvija ali se je že razvila samomorilna naravnost, pa je tako med laiki, kot tudi med raznimi strokovnjaki kot so zdravniki, psihologi in socialni delavci, ena izmed najpomembnejših metod pomoči ravno komunikacija. Čeprav se marsikomu zdi, da je to nekaj najlažjega in osnovnega, pa je tudi za uspešen pogovor z možnim samomorilcem potrebno obvladati določene veščine. Potrebno je zagotoviti varen in umirjen prostor, kjer se posameznik počuti varnega in sprejetega. Okolje mora biti pomirjujoče, da se posameznik lahko umiri in posledično spregovori.

V procesu razvoja samomorilnih nagnjenj, ki lahko traja dalj časa, se marsikdo začne zapirati vase, zato je včasih potrebna potrpežljivost in vztrajnost, da je oseba sposobna odprto in sproščeno spregovoriti o svojih najbolj kriznih občutkih. Ko posameznik spregovori je

najpomembnejša faza posluh terapevta. Po Milčinskem (1985:131-132) je potrebno človeka poslušati iz dveh razlogov:

»da se razbremeni zadrževane napetosti, ki se je nabrala v njem v času, ko se je pripravljala samomorilna kriza; da dojamemo iz njegovega pripovedovanja, kolikšna je teža njegove čustvene prizadetosti in kakšne nevarnosti iz tega izvirajo. Človeka moramo torej oceniti glede na njegovo duševno motenost in resnost samomorilne nevarnosti.«

Potrebno je sprejemanje posameznikove subjektivne realnosti in počutja, ne glede na to kakšna je objektivna realnost. Vedeti mora, da smo mu ne glede na vse v oporo, da mu verjamemo in da z njim iskreno sočustvujemo. Kakor pravi Tekavčič-Gradova (1995:10) je »samomor vedno subjektivni odgovor na okoliščine, ki pogosto z objektivno, realno oceno situacije nima veliko skupnega/.../. Samomor je vedno posledica neznosne psihične bolečine, ki je samomorilni posameznik ne zmore več prenašati.« Predvsem je pomembno, da se v kriznih časih posameznika ne obremenjuje z dodatnim ocenjevanjem in obsojanjem oziroma izpostavljanjem krivde. Tako je primer neprimerne sugestije prav stavek: ne smeš narediti samomora, ker boš s tem zelo prizadela družino in prijatelje. »Pogovor s samomorilnim človekom mora zadeti pravi ton« (Milčinski,1985:132). Pogovor osebi pomaga, da se razbremeni in morda v sodelovanju s terapevtom uvidi, katero izmed na novo odkritih, možnosti izhoda. Pogovor je pomembna opora, vendar obenem omenjena oseba potrebuje tudi neke trdne in verodostojne smernice. Zato pogovor ne služi samo razbremenitvi napetosti, temveč tudi za iskanje rešitev. Za samomorilno osebo je pomembna stabilnost, prisotnost in konkretnost. Izpostaviti je potrebno metode in rešitve, ki bodo za samomorilno osebo dovolj prepričljive, da jim bo lahko sledila in jih upoštevala. Pomembne so dostopne rešitve, ki so tukaj in zdaj. Poleg pogovora velja izpostaviti pomembnost socialne mreže posameznika. »Navidezno pomirjenje po pogovoru, še ne zagotavlja, da je samomorilna kriza že prešla« (Milčinski,1985:132). Včasih se zdi, da je po pogovoru osebi lažje, vendar kljub temu potrebuje vsaj eno osebo, ki ji bo nudila oporo v časih stisk. Zato se je pomembno pozanimati o njeni socialni mreži in tudi z izbrano oporno osebo opraviti razgovor in jo opremiti s pomembnimi informacijami za v bodoče. To je lahko prijatelj, sorodnik ali pa strokovnjak, kadar je to potrebno.

Uspešno prepoznavanje samomorilnih značilnosti pri posamezniku je pomembna naloga tudi na področju primarnega zdravstva, saj veliko ljudi zaradi omenjenih problemov išče pomoč tudi pri osebnem zdravniku. Marušič (2003:66) navaja rezultate raziskave 12- mesečnega spremljanja 681 oseb, ki so se po poskusu samomora oglasile na pregled k osebnemu zdravniku. V prvem tednu, po poskusu samomora, naj bi k zdravniku na pregled prišlo kar 31 odstotkov vseh oseb, v naslednjih treh tednih pa naj bi zdravniško pomoč poiskalo še vsaj 53 odstotkov, torej dobra polovica. To pomeni, da se samomorilno ogrožene osebe velikokrat zatekajo po pomoč k osebnim zdravnikom, zato imajo le-ti lahko veliko vlogo pri preprečevanju dokončnega dejanja. Tako v primarnem zdravstvu kot tudi drugod pa je za identifikacijo samomorilne osebe izredno pomembna ocena samomorilne ogroženosti, ki zajema 4 razsežnosti: pridružena duševna motnja, namen umreti (občutki ujetosti v past in brezizhodnosti), nevarno ogrožanje zdravja (stopnjevanje nevarnosti z mnogimi poskusi) in namen vplivati na druge (Marušič, 2003:66).

Problem neustrezne pomoči samomorilcem se večkrat nahaja tudi v nerazumevanju njih samih s strani drugih, ki razne apele na pomoč ali odkrite grožnje s samomorom, nemalokrat ne vzamejo dovolj resno. Včasih samomorilno naravnane osebe odkrito spregovorijo o svojih namerah, pa ne naletijo na ustrezen odziv. Posebno ogrožene pa so tudi osebe, katerih neuspeli poskusi samomorov se okolici ne zdijo dovolj resni, saj med ljudmi večkrat vlada zmotno mišljenje, da kdor govori o samomoru ali ga večkrat poskuša, tega sploh ne namerava zares storiti. Tekavčič-Grad (1996:9) navaja, da je kar 60 odstotkov samomorilcev dejanje že pred tem poskušalo, vsaj enkrat. Tudi po navedbah Marušiča (2003:66) za ljudi, ki ponavljajo samomore v splošnem velja, da jih 1 do 3 odstotke umre prvo leto, do 9 odstotkov jih dejanje zaključi v naslednjih 5 letih in še do 11 odstotkov v naslednjih letih. Zato je vsakršen poskus samomora ali govor o njem vedno potrebno vzeti skrajno resno.

8.1 Vrste in načini preventive

Milčinski (1985:134) po Ringlu navaja tri pogoje uspešne profilakse samomora:

- *pravočasno odkrivanje samomorilno ogroženih ljudi;*
- *zajemanje in vodenje teh ljudi v institucijah, katere služijo profilaksi samomora;*

- izboljšanje možnosti zdravljenja tistih duševnih bolezni, pri katerih se pojavljajo samomorilne težnje.

Poznamo tri vrste samomorilne prevencije. Primarna, sekundarna in terciarna.

1) Primarna faza je preventivno in dolgotrajno prizadevanje družbe, da do samomorilne ogroženosti pri posameznikih sploh ne bi prišlo. Je prizadevanje različnih strok kot so medicina, psihologija, andragogika, sociologija, da bi se v družbi ustvarilo zdravo in človeku prijetno ozračje, ki ga ne spodbuja v temna občutja in ne predstavlja destruktivne nevarnosti. Z različnimi preventivnimi dejavnostmi spodbuja človeka h konstruktivnemu in zdravemu načinu reševanja težav. Prav v tej stopnji prevencije moramo sodelovati vsi posamezniki in ne samo strokovnjaki, saj družba temelji na vseh nas. Skupaj in vsak posebej moramo ustvarjati prijazno in spoštljivo klimo, v kateri se bo vsak človek, ne glede na probleme s katerimi se sooča, počutil sprejetega in ne odrinjenega na rob družbe. Pomembne preventive (Tekavčič-Grad, 1995:9) na področju zmanjševanja ogroženosti za samomorilno naravnost so tudi: promocija duševnega zdravja v šolah in drugih vzgojno varstvenih institucijah, opora rizičnim skupinam ljudi, povečanje ozaveščenosti o problemu samomorilnega vedenja, prepoznavanje znakov in poznavanje osnovnih načinov pomoči.

2) V sekundarni fazi gre za preprečevanje samomorilnosti pri rizičnih skupinah ljudi oziroma osebah, ki so znatno bolj nagnjene k destruktivnemu načinu razreševanja težav. Pomembno pozornost na tem mestu si zaslužijo tudi osebe, ki jim poskus samomora ni tuj in so se s tem dejanjem že srečale. Po Tekavčič-Gradovi (1995:11) so najbolj ogrožene skupine ljudi predvsem: odvisniki, depresivni, shizofreni, osebe s predhodnim neuspešnim poskusom samomora, svojci samomorilcev, starostniki, kronično bolni, mladostniki, ki se soočajo z družinskimi in osebnimi problemi in zaporniki.« Milčinski navaja (1985:134) tri vrste institucij, ki imajo v tej fazi preprečevanja samomora ključno vlogo: centri za prevencijo samomora z ustrezno kvalificiranimi strokovnjaki kot so psihiatri, psihologi, socialni delavci, duhovniki, pravniki in drugi. Poleg tega pomoč nudijo oddelki za krizne intervencije, ki so psihiatrično stacionirane službe, kamor se lahko zatečejo osebe v duševni stiski.

Pomoč pa nudijo tudi telefonske službe oziroma tako imenovane linije za pomoč v stiski. V tej fazi preprečevanja igrajo pomembno vlogo strokovnjaki številnih strok, med najbolj pomembne pa spada tudi splošni osebni zdravnik, saj osebo spremlja dlje časa in lažje zazna osebne stiske. V primeru hujših kriz ima ravno splošni zdravnik možnost napotiti ogroženo osebo k primernim strokovnjakom. Po Milčinskem (1985:130) mora zdravljenje samomorilnih nagnjenj izhajati iz slednjih treh predpostavk:

- uporaba psihofarmacevtskih zdravil, torej antidepresivov in antipsihotikov, kadar je to potrebno
- z ustreznimi socialnimi ukrepi pomagati pri odpravi nezadovoljivega funkcioniranja v medosebnih odnosih
- pomagati z ustreznimi psihoterapevtskimi prijemi ali napotiti k psihoterapevtu, po potrebi psihoterapevtsko obravnavati tudi bližnje ogroženega, da se ustvari boljša socialna klima.

4) Terciarna faza pomoči nastopi v zadnji fazi samomorilnega procesa, ko je posameznik dejanje že izvedel, pa se mu ni posrečilo. Po poskusu samomora se oseba srečuje predvsem s strokovnjaki somatske medicine pa tudi z raznimi terapevti, kot so psihologi in psihiatri. Milčinski (1985:134) navaja 4 ukrepe, ki morajo biti izvedeni po poskusu samomora:

- odstranitev morebitnih posledic samomorilnega dejanja
- ocena samomorilčevega duševnega stanja
- ustrezni terapevtski prijemi
- intenzivno nadaljnje spremljanje samomorilca.

Po oceni samomorilčevega stanja se strokovnjaki, ki so usposobljeni za tovrstne težave, odločijo za ustrezne ukrepe, po potrebi se jih namesti v psihiatrične ustanove ali se jim določi strokovnjaka, ki ga bo spremljal v prihodnje. S samomorilcem se sklene tudi antisuicidalni pakt, kadar je to potrebno. Po Židaniku (2012) antisuicidalni pakt pomeni dogovor s strokovnjakom, ki samomorilno ogroženega spremlja, da bo v primeru samomorilne odločitve takoj obiskal svojega terapevta oz. strokovnjaka s katerim je pakt podpisal, ali pa se bo zglasil na oddelku za krizne intervencije. V nasprotnem primeru, če samomorilno naravnana oseba tega ne

upošteva, se prekine sodelovanje s terapevtom ali strokovnjakom. V primeru resnejše samomorilne namere, se je tovrstni pakt izkazal kot izredno neučinkovit.

9 RAZISKAVA

9.1 Raziskovalni problem

Pri našem raziskovanju problematike smo opazili predvsem kronično pomanjkanje znanja in informacij za lažje prepoznavanje znakov samomorilno naravnanih oseb in o načinih ukrepanja ter pomoči. Zato bi v svoji raziskavi radi prišli do bolj slikovitega in podrobnejšega vpogleda v razširjenost problematike med mladimi in do spoznanj o najustreznejših ukrepih v prihodnosti. Glede na to, da smo po številu storjenih samomorov v samem evropskem vrhu, bi bilo potrebno tako na lokalni, kot tudi na nacionalni ravni izdelati potrebne ukrepe za zmanjševanje omenjenega problema. Z raziskavo bomo dobili boljši pregled nad psihičnim stanjem in stališčih mladih, starih od 15 do 30 let. Zanimalo nas bo kakšne so njihove izkušnje s samomorom in kakšen je njihov odnos do s samomorom povezanih težav. Prav tako nas zanima kakšnih ukrepov se mladi poslužujejo v primeru resnejših psihosocialnih težav in koliko jim je pravzaprav v pomoč, njihova socialna mreža prijateljev in bližnjih. Prav tako bomo ugotavljali, če se glede na vernost ali nevernost udeležencev v raziskavi nahajajo kakšne očitne oziroma izpostavljanja vredne razlike, v povezavi z dojemanjem in odnosom do tega problema. Zbrali bom tudi čim več predlogov o novih pristopih pomoči prizadetim posameznikom.

Od leta 1970 Psihiatrična klinika Ljubljana beleži in spremlja statistiko ter demografske podatke samomorilcev v Sloveniji. Čeprav zadnja leta število samomorov postopoma upada, leta 2014 je količnik znašal 18,81 samomorov na sto tisoč prebivalcev, še vedno velja samomor za enega izmed glavnih vzrokov prezgodnje umrljivosti v Sloveniji. Med bolj ogrožene skupine posameznikov spadajo predvsem duševno bolni, depresivni, starejši in alkoholiki. Glede na spol so štirikrat bolj ogroženi moški kot ženske, čeprav so slednje v mlajših letih veliko bolj nagnjene k parasuicidom oziroma neuspehim poskusom samomora. V svetu si življenje na leto vzame približno milijon ljudi, v Sloveniji pa se to število zadnjih nekaj let giblje okoli 400, kar je manj kot leta pred tem, ko smo beležili približno 600 samomorov na leto. Največji količnik umrlih zaradi samomorov na sto tisoč prebivalcev, se v Sloveniji beleži v okolici Celja. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in Svetovna zveza za preprečevanje samomora (IASP) sta leta 2003 razglasili 10. september za svetovni dan preprečevanja samomorov. Ta dan je namenjen predvsem ozaveščanju in izobraževanju širše javnosti o samomorilni problematiki.

Emile Durkheim je s svojim delom »Le Suicide« eden izmed začetnikov vede o samomorih, natančneje začetnik suicidologije, ki je danes veda, ki združuje spoznanja mnogo katerih ved, med njimi medicine, psihologije, sociologije, ekonomije in drugih. V Sloveniji med glavne ustanovitelje suicidologije spadata predvsem Lev Milčinski in Andrej Marušič, ki sta s svojimi deli in raziskovanjem močno zaznamovala boj za preprečevanje samomorov.

Tudi v stroki socialnega dela je poznavanje tem samomorov in prepoznavanje znakov potencialnih samomorilcev, še kako potrebno. V našem polju raziskovanja in delovanja bomo srečevali mnogo različnih ljudi z različnimi težavami, zato je pomembno, da kot del socialne stroke, znamo prepoznati znake samomorilno ogroženih ljudi in jim na ustrezne načine nuditi pomoč.

Raziskovalna vprašanja, ki se jih bomo tekom dela dotaknili, bodo predvsem:

H1) Glede na odnos do samomora so verni mladostniki bolj odklonili do samomora kot pravice, kot neverni.

H2) Več kot 50% mladostnikov je že imelo izkušnje s samomorom, ko so ga poskušali storiti sami oziroma poznajo koga, ki je to izkušnjo imel).

H3) Večina mladostnikov (več kot 80%) bi se v primeru psihosocialnih ali s samomorom povezanih težav najprej obrnilo na prijatelje.

H4) Več kot 70% mladih ima vsaj 1-2 osebi na katero/i bi se lahko obrnili v primeru resnejših težav.

9.2 Metodologija

9.2.1 Vrsta raziskave

Raziskava bo, glede na stopnjo v procesu spoznavanja, deskriptivna, saj bomo s pomočjo kvantitativnih podatkov ocenili značilnosti samomorilne problematike med mladimi. Ugotavljali bomo ali jakost zveze med dvema, vpliva na samomor in kako vera vpliva na odnos mladih do samomora.

Glede na odnos do izkustvenega gradiva bo raziskava empirična, saj bomo zbirali novo izkustveno gradivo s spraševanjem in tako preverili stališča in izkušnje mladih do samomorilnosti. Zbrano gradivo bomo na koncu uporabili za preverjanje v začetku postavljenih hipotez.

Glede na način zbiranja podatkov bo raziskava kvantitativna, saj bom zbiral(a) številčne podatke o stališčih in izkušnjah s samomorilnostjo povezanimi pojavi (Mesec, 1997:37–40). Odgovore bomo kvantitativno obdelali, prešteli in jih grafično predstavili v obliki deležev oziroma odstotkov.

9.2.2 Teme raziskovanja

Med značilnosti samomorilne problematike, ki jih bomo ugotavljali, sodijo predvsem naslednje značilnosti mladih oziroma s samomorilnostjo povezani pojmi:

- odnos do samomora kot pravice
- izkušnje s samomorilnostjo,
- izkušnje s psihosocialnimi težavami,
- kam bi se obrnili po pomoč v primeru težav,
- razširjenost socialne mreže,
- verska oziroma neverska opredeljenost,
- predlogi za izboljšanje samomorilnosti,
- starost,
- izobrazba,
- spol.

9.2.3 Merski instrument ter viri podatkov

Za merski instrument raziskave sem izbrala enostaven vprašalnik, ki obsega 12 vprašanj. 11 vprašanj je zaprtega tipa, eno vprašanje pa je odprto. Po Mesecu (2009:206) je vprašalnik »vnaprej pripravljen spisek vprašanj, ki se zastavi v intervjuju ali anketi«. Vsebuje navodila za izpolnjevanje in vnaprej pripravljene možne odgovore. Pri vsakem vprašanju je možen samo

en odgovor. Ker je bil razdeljen med več ljudi, lahko merski instrument poimenujemo tudi anketni vprašalnik. Z njim smo merili lastnosti in značilnosti samomorilne problematike oziroma dimenzije variabel na ordinalni lestvici, s pomočjo lestvic ocenjevanja. Določena vprašanja so sestavljena na način lestvice definiranih kategorij, kjer je posameznik sam ocenil v katero izmed opisanih kategorij spada. Vprašalnik pa zajema tudi vprašanja, ki se dotikajo metode čistega rangiranja. Vprašalnik ni povzet, temveč je v celoti avtorsko delo.

9.2.4 Populacija in vzorčenje

Populacijo, ki jo želimo zajeti v raziskavi sestavljajo mladi v Sloveniji, ki so stari med 15 in 30 let, ki govorijo slovenski jezik in uporabljajo internet, preko katerega je raziskava tudi potekala. Vzorec zajema 150 enot oziroma 150 mladostnikov iz Slovenije, ki uporabljajo svetovni splet, preko katerega so rešili vprašalnik. Vzorec ni dovolj velik, da bi ga lahko reprezentirali na celotno populacijo, zato ni reprezentativen oziroma dobljenih rezultatov ne bo moč posploševati na celotno populacijo, zato jih bomo uporabljali v informativne namene. Vzorec je neslučajnosten in pristranski, ker vsaka enota ni imela enake možnosti sodelovanja (Mesec,2009:133-154). Mladi, ki ne uporabljajo interneta, te možnosti niso imeli, zato točnosti vzorčne ocene kljubujejo tudi sistematične napake. Ker vprašalnik ni bil raziskovalno obdelan še nikoli prej, ne moremo zagotovo trditi, da je vzorec dal natančno oceno.

9.2.5 Zbiranje podatkov

Podatki so pridobljeni preko svetovnega spleta in sicer preko internetne strani za zbiranje in obdelavo anketnih podatkov Enka in preko socialnega omrežja Facebook, kjer smo povezavo do anketnega vprašalnika redno objavljali. Anketo smo prvič objavili na dan 23.4.2016, tako na Enki, kot tudi na Facebooku. Na spletni strani Enka je bila povezava aktivna vse tja do 3.8.2016, dokler nismo začeli z obdelavo in analizo zbranih podatkov. Izmed 495 anketirancev, ki so opravili vsaj vpogled v anketo, smo pridobili 150 enot primernih za obdelavo.

10 REZULTATI

10.1 Grafični prikaz rezultatov študentov za posamezno vprašanje

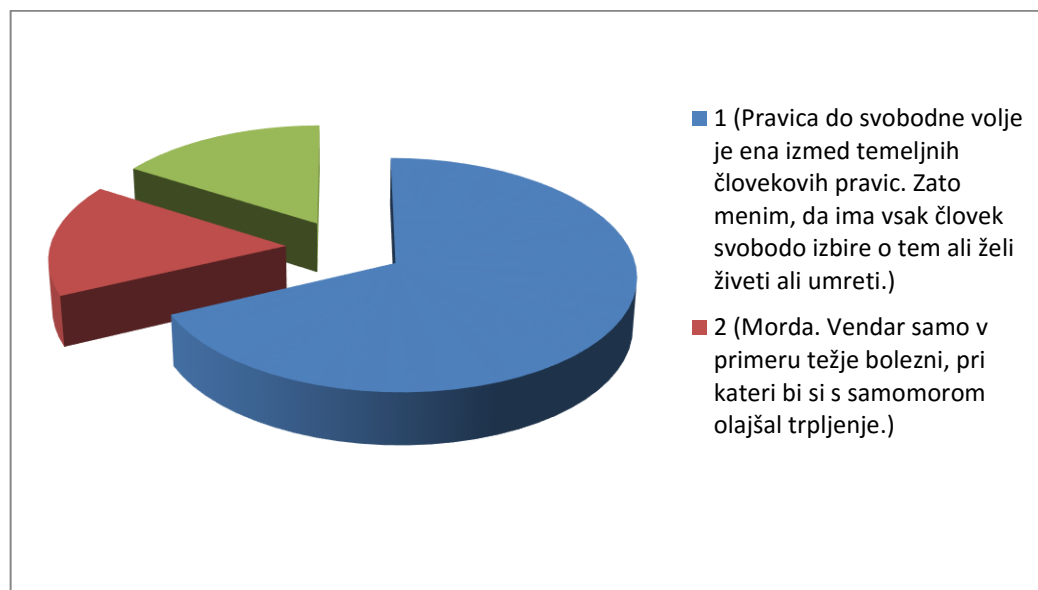
Za rezultate smo primerjali vse pridobljene podatke. Rezultati so grafično prikazani (grafični ter tabelarni).

1. Ali menite, da ima človek pravico, da si vzame življenje?

Tabela 2: Vprašanje 1

Q1	Ali menite, da ima človek pravico, da si vzame življenje?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Pravica do svobodne volje je ena izmed temeljnih človekovih pravic. Zato menim, da ima vsak človek svobodo izbire o tem ali želi živeti ali umreti. Kljub temu, da ima samomor resne in težke posledice, pa je odločitev človeka o svojem življenju vseeno njegova svobodna izbira.)	102	68%	68%	68%
	2 (Morda. Vendar samo v primeru težje bolezni, pri kateri bi si s samomorom olajšal trpljenje.)	24	16%	16%	84%
	3 (Niti podrazno. To je najbolj egoistično dejanje kar jih človek lahko zagreši.)	24	16%	16%	100%
Veljavni	Skupaj	150	100%	100%	
		Povprečje	1,5	Std. Odklon	0,8

Graf 1: Vprašanje 1

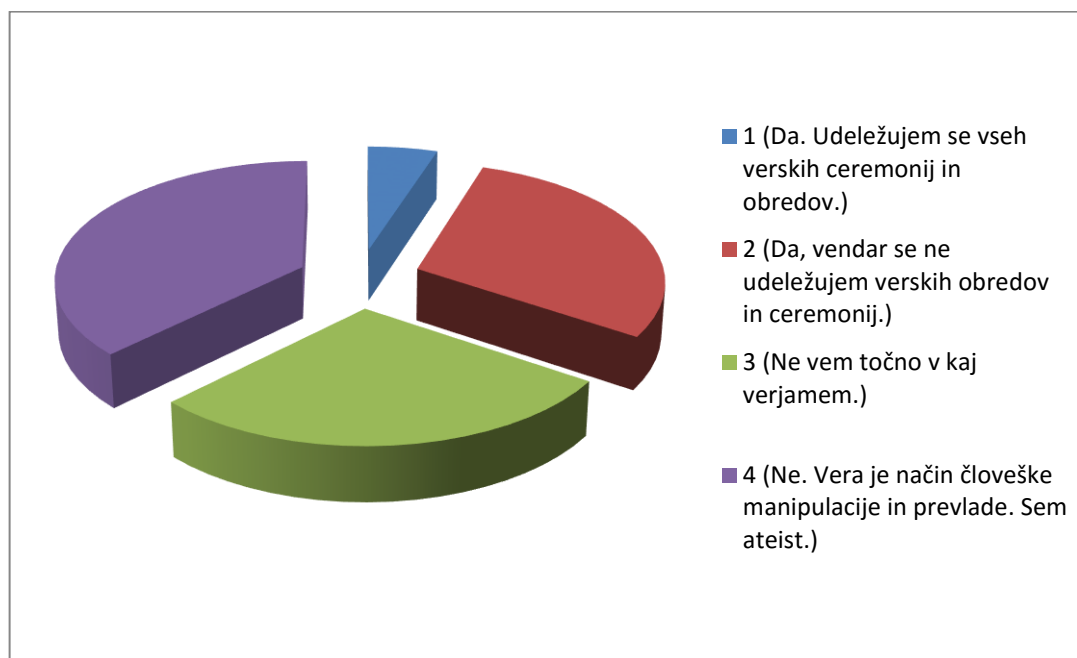


2. Ali ste verni?

Tabela 3: Vprašanje 2

Q2	Ali ste verni?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Da. Udeležujem se vseh verskih ceremonij in obredov.)	8	5%	5%	5%
	2 (Da, vendar se ne udeležujem verskih obredov in ceremonij.)	43	29%	29%	35%
	3 (Ne vem točno v kaj verjamem.)	41	28%	28%	63%
	4 (Ne. Vera je način človeške manipulacije in prevlade. Sem ateist.)	55	37%	37%	100%
Veljavni	Skupaj	147	99%	100%	
		Povprečje	3	Std. Odklon	0,9

Graf 2: Vprašanje 2

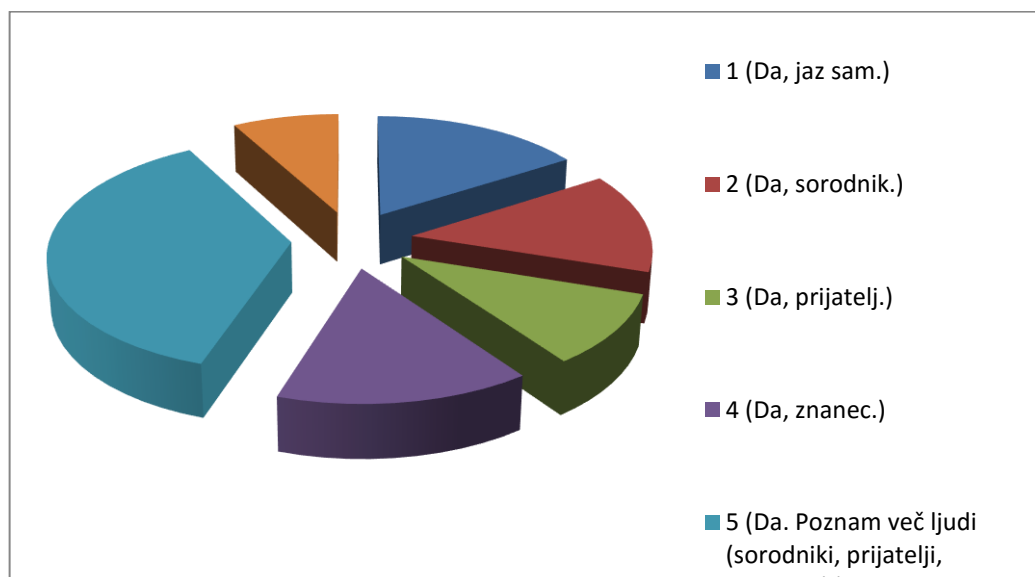


3. Ali poznate koga, ki je imel kadarkoli kakršnokoli izmed oblik psihosocialnih težav (duševne motnje, samomorilni poskus, resne čustvene težave,...)?

Tabela 4: Vprašanje 3

Q3	Ali poznate koga, ki je imel kadarkoli kakršnokoli izmed oblik psihosocialnih težav (duševne motnje, samomorilni poskus, resne čustvene težave,...)?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Da, jaz sam.)	23	16%	16%	16%
	2 (Da, sorodnik.)	21	14%	14%	30%
	3 (Da, prijatelj.)	14	9%	10%	40%
	4 (Da, znanec.)	22	15%	15%	55%
	5 (Da. Poznam več ljudi (sorodniki, prijatelji, znanci,...).)	54	36%	37%	92%
	6 (Ne. Ne poznam nikogar.)	12	8%	8%	100%
Veljavni	Skupaj	146	99%	100%	
	Povprečje	3,7	Std. Odklon	1,6	

Graf 3: Vprašanje 3

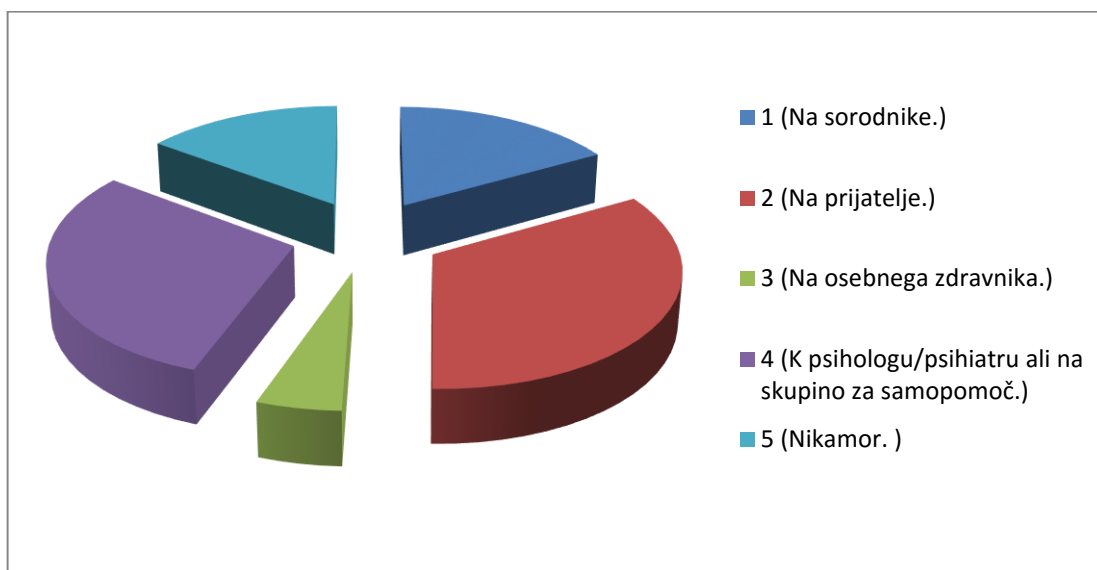


4. Kam bi se (ali ste se že) obrnili po pomoč v primeru resnejših psihosocialnih težav?

Tabela 5: Vprašanje 4

Q4	Kam bi se (ali ste se že) obrnili po pomoč v primeru resnejših psihosocialnih težav?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Na sorodnike.)	24	16%	17%	17%
	2 (Na prijatelje.)	49	33%	34%	51%
	3 (Na osebnega zdravnika.)	7	5%	5%	56%
	4 (K psihologu/psihiatru ali na skupino za samopomoč.)	43	29%	30%	85%
	5 (Nikamor.)	21	14%	15%	100%
Veljavni	Skupaj	144	97%	100%	
		Povprečje	2,9	Std. Odklon	1,4

Graf 4: Vprašanje 4

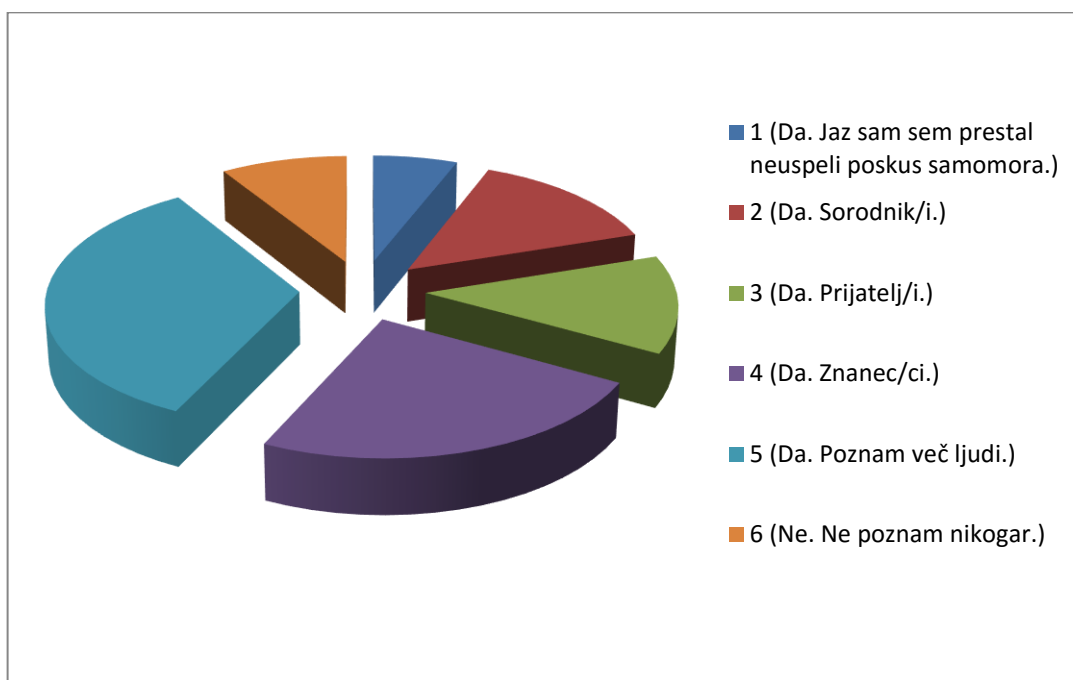


5. Ali poznate koga, ki je poskušal storiti ali je storil samomor?

Tabela 6: Vprašanje 5

Q5	Ali poznate koga, ki je poskušal storiti ali je storil samomor?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Da. Jaz sam sem prestal neuspeli poskus samomora.)	9	6%	6%	6%
	2 (Da. Sorodnik/i.)	20	14%	14%	20%
	3 (Da. Prijatelj/i.)	19	13%	13%	33%
	4 (Da. Znanec/ci.)	34	23%	24%	57%
	5 (Da. Poznam več ljudi.)	49	33%	34%	91%
	6 (Ne. Ne poznam nikogar.)	13	9%	9%	100%
Veljavni	Skupaj	144	97%	100%	
		Povprečje	3,9	Std. Odklon	1,4

Graf 5: Vprašanje 5

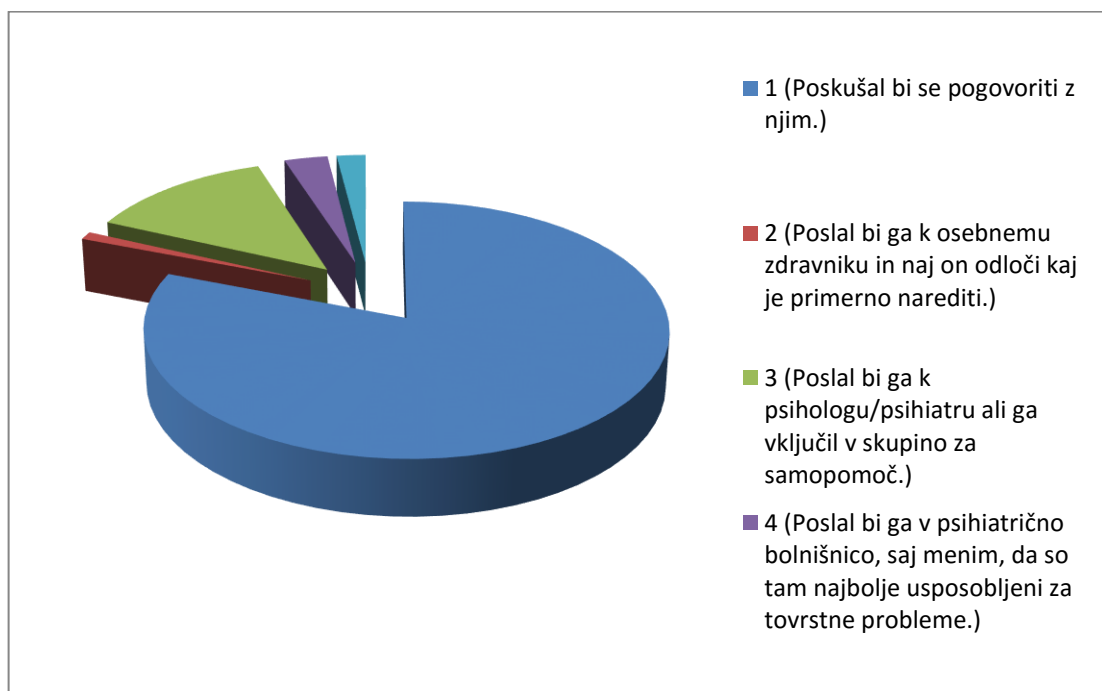


6. Kaj bi storili v primeru, če bi sumili, da si vaš bližnji ali znanec želi vzeti življenje?

Tabela 7: Vprašanje 6

Q6	Kaj bi storili v primeru, če bi sumili, da si vaš bližnji ali znanec želi vzeti življenje.				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Poskušal bi se pogovoriti z njim.)	115	78%	80%	80%
	2 (Poslal bi ga k osebnemu zdravniku in naj on odloči kaj je primerno narediti.)	2	1%	1%	82%
	3 (Poslal bi ga k psihologu/psihiatru ali ga vključil v skupino za samopomoč.)	19	13%	13%	95%
	4 (Poslal bi ga v psihiatrično bolnišnico, saj menim, da so tam najboljše usposobljeni za tovrstne probleme.)	4	3%	3%	98%
	5 (Storil ne bi nič. To je njegov problem.)	3	2%	2%	100%
Veljavni	Skupaj	143	97%	100%	
		Povprečje	1,4	Std. Odklon	1

Graf 6: Vprašanje 6

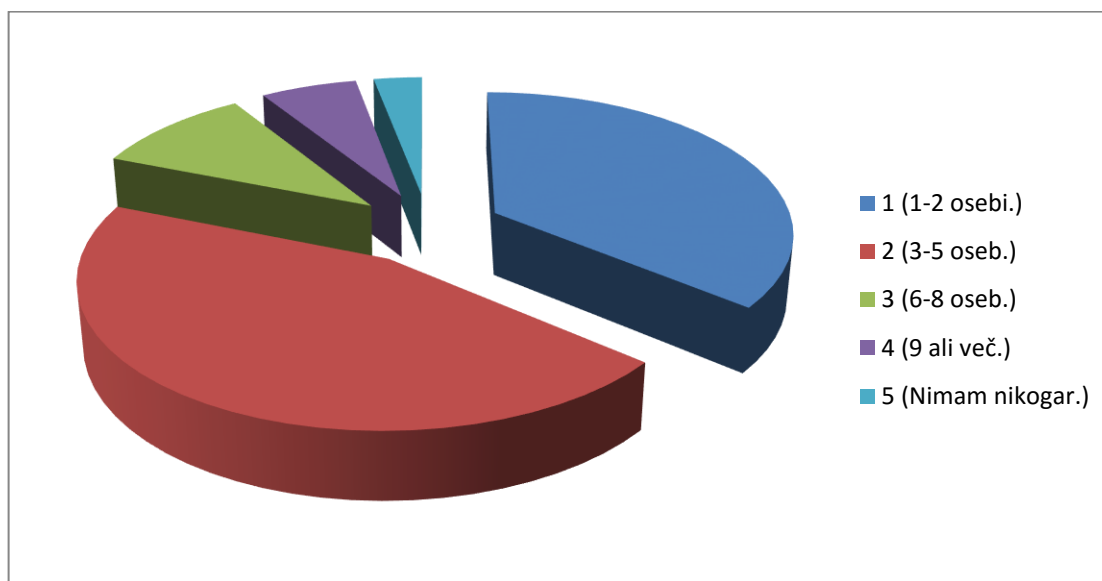


7- Kolikšen je vaš krog prijateljev oz. ljudi na katere bi se lahko obrnili v primeru resnih težav?

Tabela 8: Vprašanje 7

Q7	Kolikšen je vaš krog prijateljev oz. ljudi na katere bi se lahko obrnili v primeru resnih težav?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (1-2 osebi.)	52	35%	36%	36%
	2 (3-5 oseb.)	64	43%	45%	81%
	3 (6-8 oseb.)	14	9%	10%	91%
	4 (9 ali več.)	9	6%	6%	97%
	5 (Nimam nikogar.)	4	3%	3%	100%
Veljavni	Skupaj	143	97%	100%	
		Povprečje	1,9	Std. Odklon	1

Graf 7: Vprašanje 7

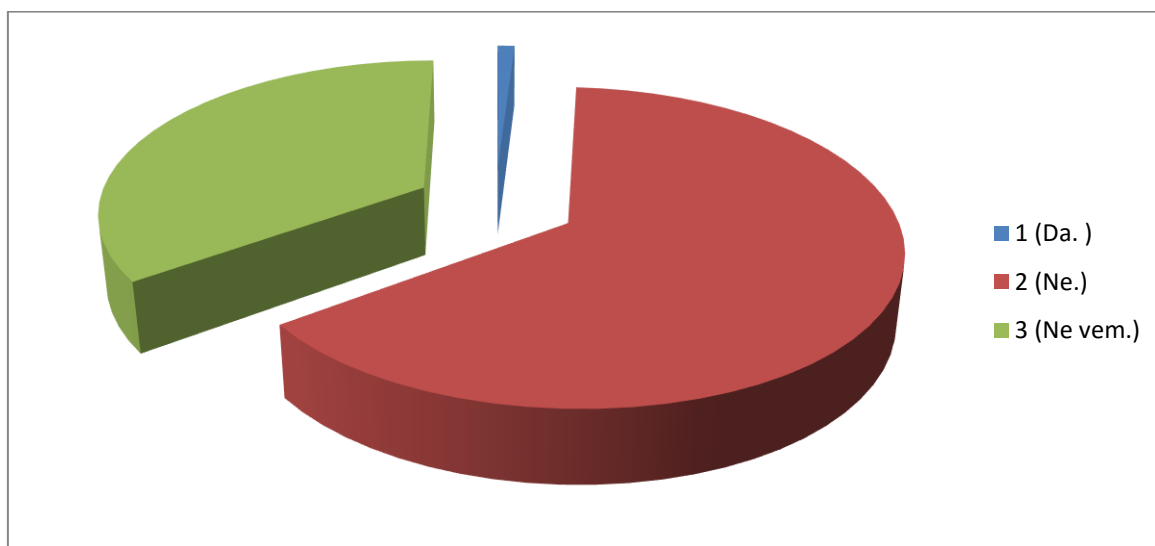


8. Menite, da je v Sloveniji dovolj dobro poskrbljeno za problematiko samomorilnosti?

Tabela 9: Vprašanje 8

Q8	Menite, da je v Sloveniji dovolj dobro poskrbljeno za problematiko samomorilnosti?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Da.)	2	1%	1%	1%
	2 (Ne.)	91	61%	64%	65%
	3 (Ne vem.)	50	34%	35%	100%
Veljavni	Skupaj	143	97%	100%	
		Povprečje	2,3	Std. Odklon	0,5

Graf 8: Vprašanje 8

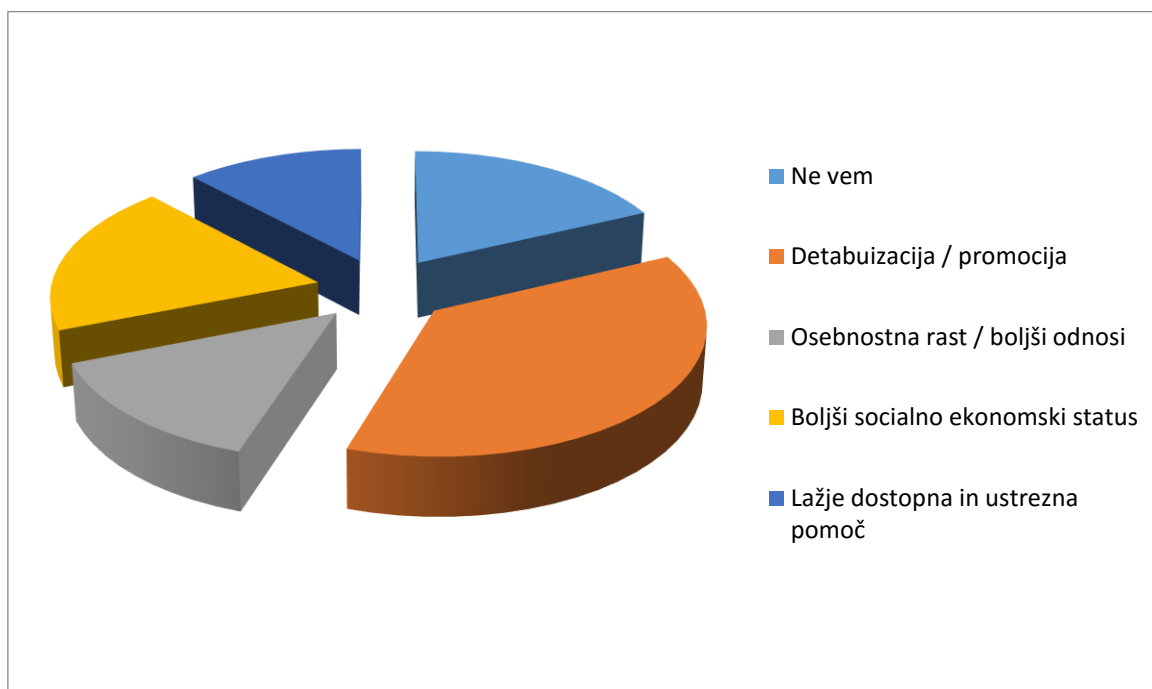


9. Kaj bi po vašem mnenju lahko storili za izboljšanje problematike samomorilnosti v Sloveniji?

Tabela 10: Vprašanje 9

Predlogi in izboljšave na področju samomorilnosti		
Q9	Frekvenca	Odstotek
Ne vem	17	18%
Detabuizacija / promocija duševnega zdravja	35	37%
Osebnostna rast / boljši odnosi	13	14%
Boljši socialno ekonomski status	18	19%
Lažje dostopna in ustrezna pomoč	12	12%
SKUPAJ	95	100%

Graf 9: Vprašanje 9

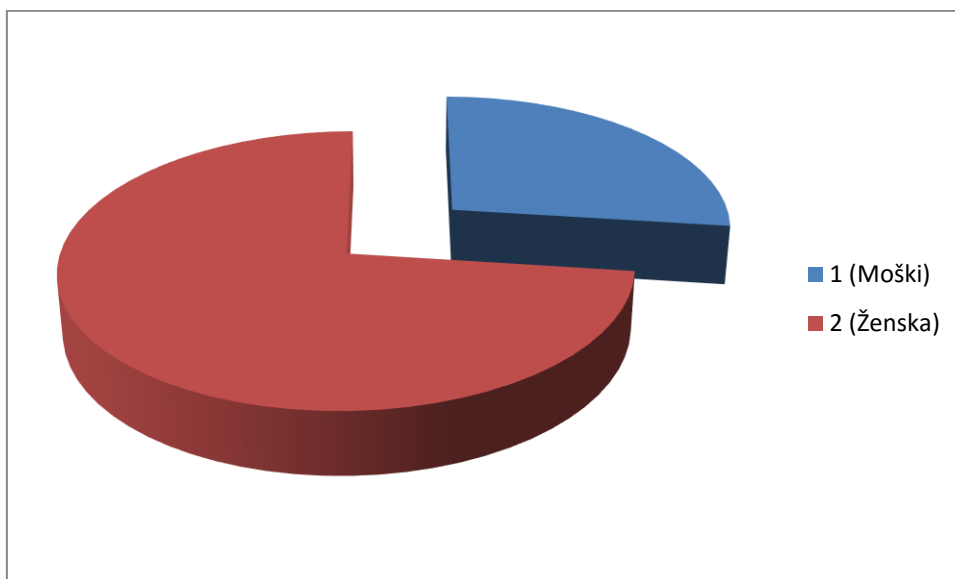


10. Spol

Tabela 11: Vprašanje 10

Q10	Spol:				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Moški)	39	26%	27%	27%
	2 (Ženska)	103	70%	73%	100%
Veljavni	Skupaj	142	96%	100%	
		Povprečje	1,7	Std. Odklon	0,4

Graf 10: Vprašanje 10

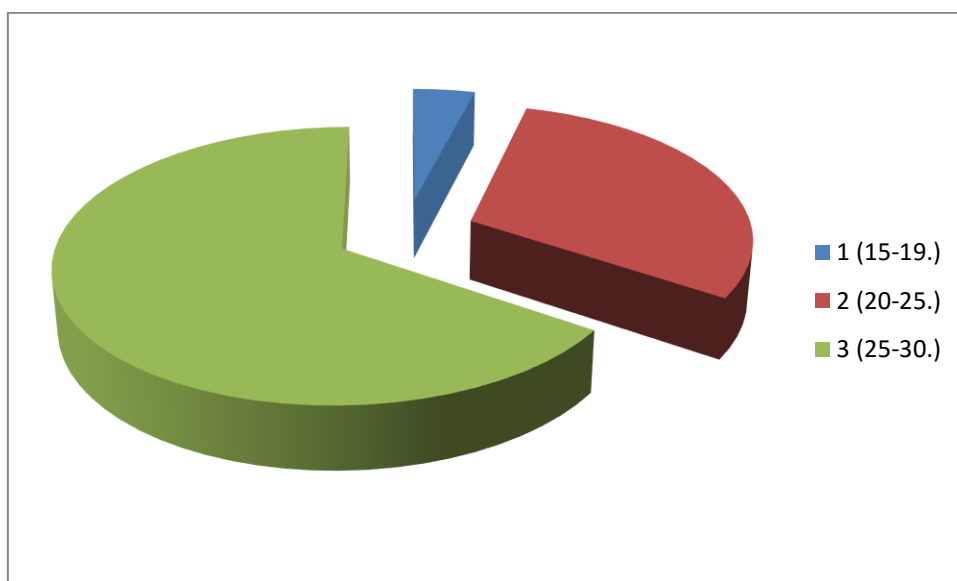


11. Koliko ste stari?

Tabela 12: Vprašanje 11

Q11	Koliko ste stari?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (15-19.)	6	4%	4%	4%
	2 (20-25.)	43	29%	30%	35%
	3 (25-30.)	92	62%	65%	100%
Veljavni	Skupaj	141	95%	100%	

Graf 11: Vprašanje 11

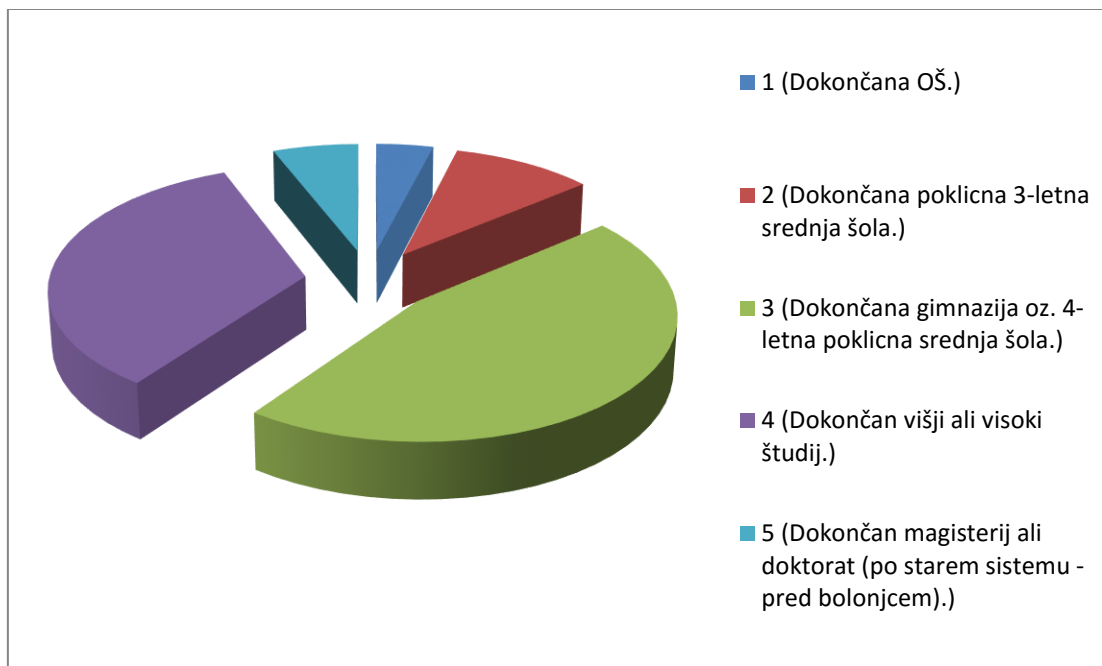


12. Kakšna je vaša uspešno dokončana stopnja izobrazbe?

Tabela 13: Vprašanje 12

Q12	Kakšna je vaša uspešno dokončana stopnja izobrazbe?				
	Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni	Kumulativa
	1 (Dokončana OŠ.)	5	3%	4%	4%
	2 (Dokončana poklicna 3-letna srednja šola.)	14	9%	10%	14%
	3 (Dokončana gimnazija oz. 4-letna poklicna srednja šola.)	65	44%	46%	60%
	4 (Dokončan višji ali visoki študij.)	48	32%	34%	94%
	5 (Dokončan magisterij ali doktorat (po staremu sistemu - pred bolonjcem).)	8	5%	6%	100%
Veljavni	Skupaj	140	95%	100%	
		Povprečje	3,3	Std. Odklon	0,9

Graf 12: Vprašanje 12



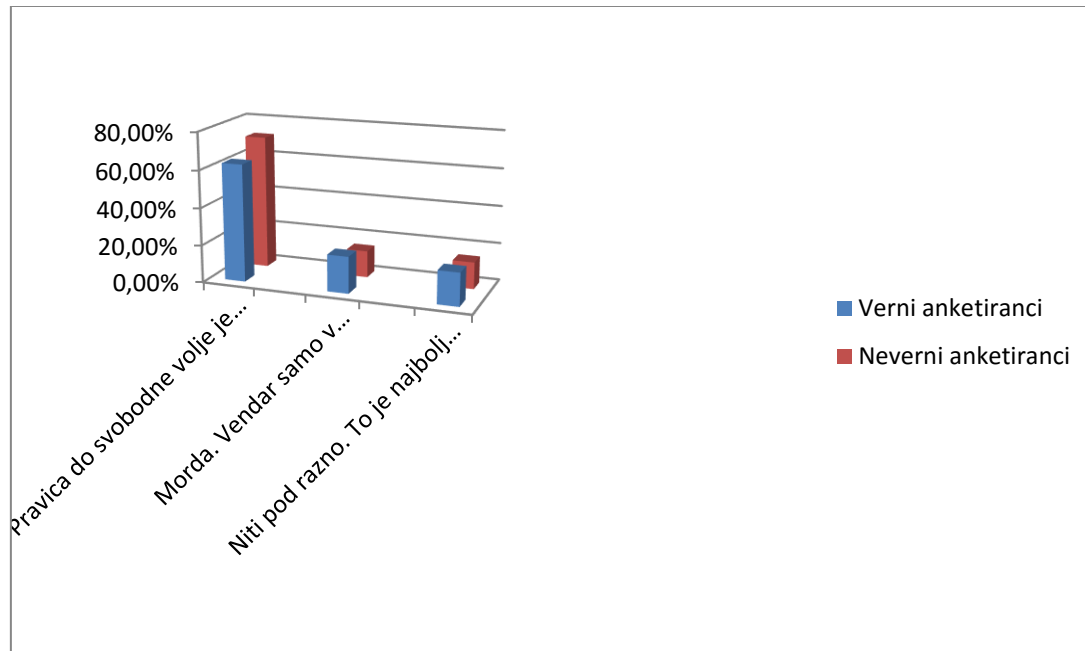
13. Križanje verni in neverni Q1

Tabela 14: Križanje verni in ne verni Q1

ANALIZA - tabele (Verni / neverni)					
Ali menite, da ima človek pravico, da si vzame življenje? (Q1)					
	Pravica do svobodne volje je ena izmed temeljnih človekovih pravic. Zato menim, da ima vsak človek svobodo izbire o tem ali želi živeti ali umreti....	Morda. Vendar samo v primeru težke bolezni, pri kateri bi si s samomorom olajšal trpljenje.	Niti pod razno. To je najbolj egoistično dejanje, kar jih človek lahko zagreši.	Skupnih odgovorov	
Verni anketiranci	62,74%	19,60%	17,65%	51	100%
Neverni anketiranci	71,43%	14,28%	14,28%	98	100%
SKUPAJ	68,45%	16,11%	15,44%	149	100%

Pearsonov Hi-kvadrat	1,20
stopnja značilnosti	0,55

Graf 13: Križanje verni in neverni Q1



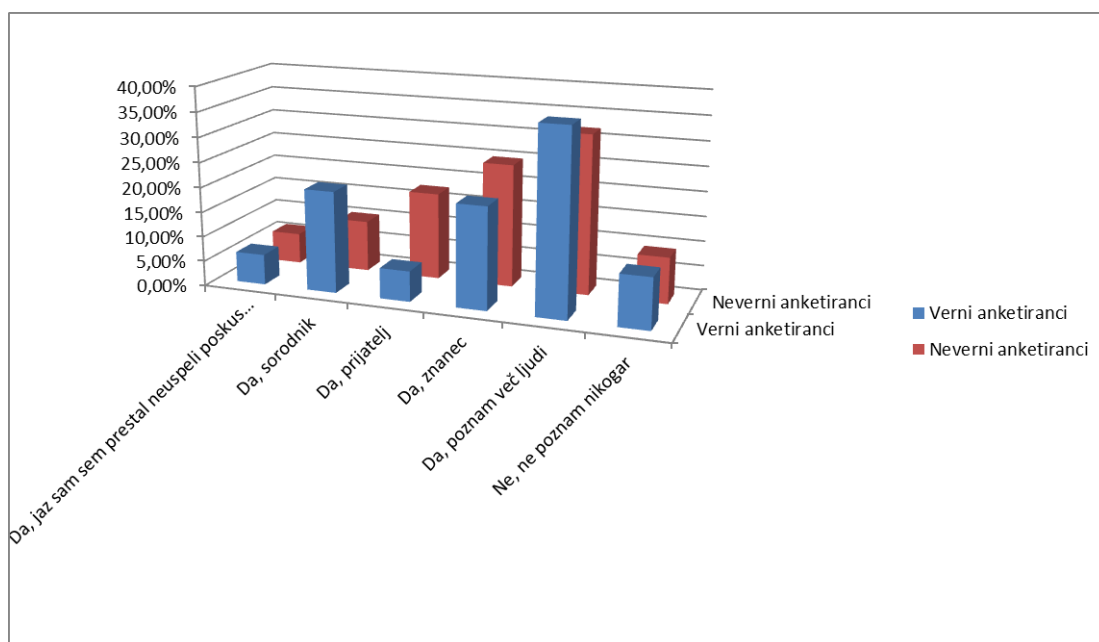
14. Križanje verni in neverni Q5

Tabela 15: Križanje verni in ne verni Q5

ANALIZA - tabele (Verni / neverni)								
Ali poznate koga, ki je poskušal storiti ali je storil samomor? (Q5)								
	Da, jaz sam sem prestal neuspeli poskus samomora	Da, sorodnik	Da, prijatelj	Da, znanec	Da, poznam več ljudi	Ne, ne poznam nikogar	Skupaj odgovorov	
Verni anketiranci	6,12%	20,41%	6,12%	20,41%	36,73%	10,20%	49	100%
Neverni anketiranci	6,18%	10,31%	17,52%	24,74%	31,96%	9,28%	97	100%
SKUPAJ	6,16%	13,70%	13,70%	23,29%	33,56%	9,59%	146	100%

Pearsonov Hi-kvadrat	6,027
stopnja značilnosti	0,049

Graf 14: Križanje verni in neverni Q5



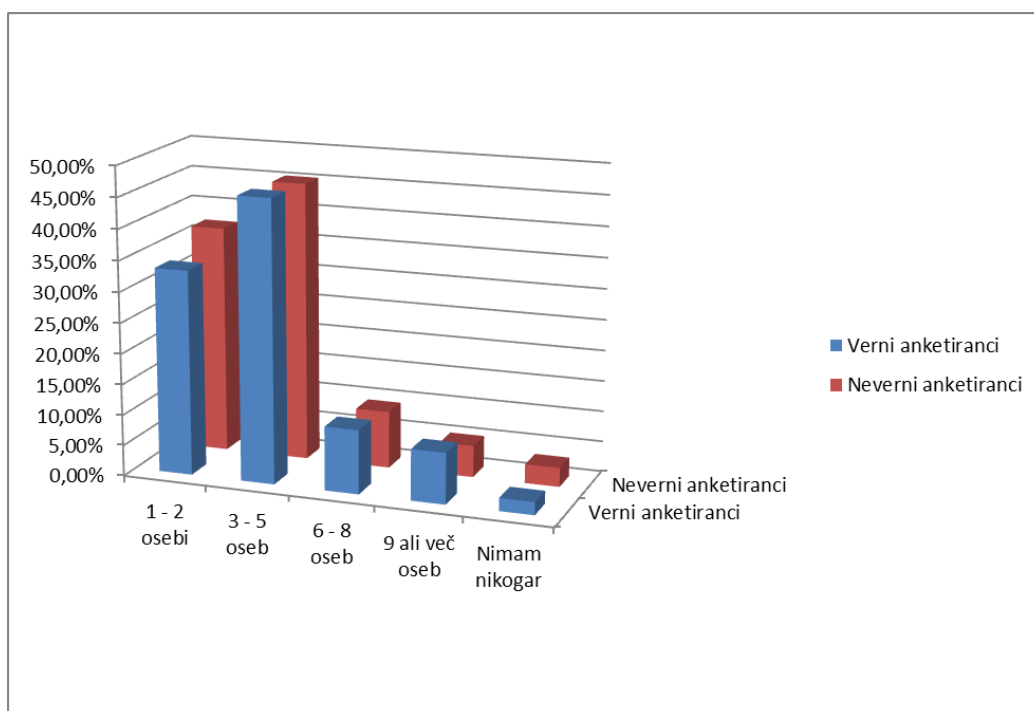
15. Križanje verni in neverni Q7

Tabela 16: Križanje verni in ne verni Q7

ANALIZA - tabele (Verni / neverni)							
Kolikšen je vaš krog prijateljev oz. ljudi, na katere bi se lahko obrnili v primeru težav? (Q7)							
	1 - 2 osebi	3 - 5 oseb	6 - 8 oseb	9 ali več oseb	Nimam nikogar	Skupaj odgovorov	
Verni anketiranci	33,33%	45,83%	10,42%	8,33%	2%	48	100%
Neverni anketiranci	37,11%	45,36%	9,28%	5,15%	3,10%	97	100%
SKUPAJ	35,86%	45,52%	9,65%	6,20%	2,76%	145	100%

Pearsonov Hi-kvadrat	0,814
stopnja značilnosti	0,666

Graf 15: Križanje verni in neverni Q7



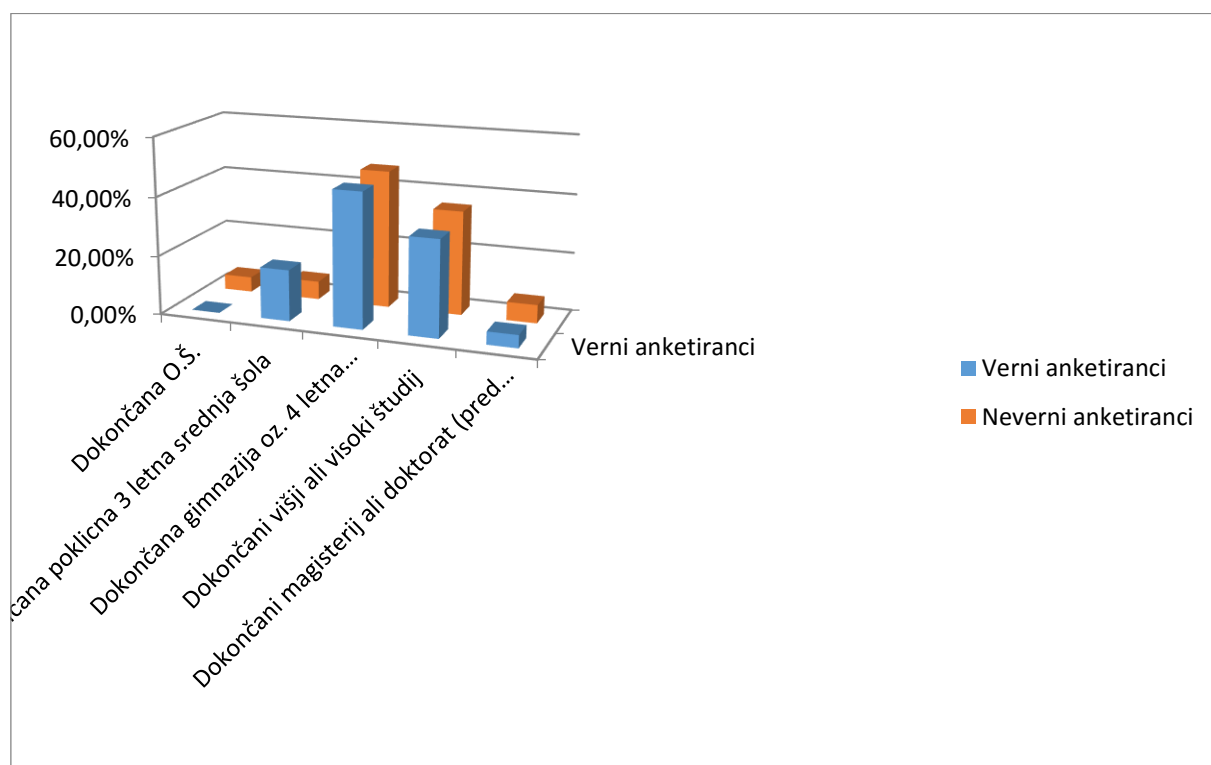
16. Križanje verni in neverni Q12

Tabela 17: Križanje verni in ne verni Q12

ANALIZA - tabele (verni / neverni)							
Kakšna je vaša uspešno dokončana stopnja izobrazbe (Q12)							
	Dokončana O.Š.	Dokončana poklicna 3 letna srednja šola	Dokončana gimnazija oz. 4 letna poklicna šola	Dokončani višji ali visoki študij	Dokončani magisterij ali doktorat (pred bolonskim sistemom)	Skupaj odgovorov	
Verni anketiranci	0,00%	17,39%	45,65%	32,61%	4,35%	46	100%
Neverni anketiranci	5,20%	6,25%	46,87%	35,42%	6,25%	96	100%
SKUPAJ	3,52%	9,86%	46,48%	34,50%	5,63%	142	100%

Pearsonov Hi-kvadrat	6,592
stopnja značilnosti	0,037

Graf 16: Križanje verni in neverni Q12



11 RAZPRAVA IN SKLEPI

V teoretičnem delu svojega diplomskega dela sem opisovala problematiko samomorilnosti bolj na široko. Predstavila sem temeljne poglede in značilnosti samomora kot fenomena in se poglobila v značilnosti, ki lahko tako laični javnosti, kot raznim strokovnjakom pomagajo do lažjega razumevanja in prepoznavanja tega pojava. Za razliko od teoretičnega dela, kjer problematiko obravnavam obširno, pa sem se v raziskovalnem/empiričnem delu osredotočila predvsem na stališča in izkušnje mladih, na njihova stališča in izkušnje do omenjene problematike. Moja raziskovalna naloga zajema 150 mladih, starih med 15 in 30 let, ki uporabljajo svetovni splet, preko katerega so lahko podali svoja mnenja in odgovorili na anketni vprašalnik. Kot sem omenila že v začetku svojega diplomskega dela, me je k izbiri te teme pripeljala smrt oz. samomor meni zelo drage osebe in ob razmišljanju o tragičnem dogodku sem prišla do ugotovitve, da se o tematiki samomora resda še vedno premalo govori. Z raziskavo sem ugotavljala stanje samomorilne ogroženosti med mladimi, preverjala sem njihove izkušnje in možne strategije reševanja težav. Čeprav zaradi velikosti vzorca ta ni reprezentativen, pa omogoča boljši vpogled o stanju samomorilne problematike med mladimi. Čeprav količnik samomorov zadnja leta postopoma upada, pa je vseeno vsako izgubljeno življenje, ki se konča na tak način, preveč. Vsak ukrep, ki bi izboljšal stanje ogroženosti, bi bil dobrodošel v Sloveniji, ki se že leta nahaja na vrhu Evropskih držav po samomorilni ogroženosti. Moja raziskava zajema tudi vprašanje o predlogih za izboljšanje te problematike. Med seboj sem primerjala med drugim tudi verne in neverne mlade in prišla do določenih ugotovitev na podlagi križanj. V sledečih odstavkih podajam razlago rezultatov ankete in določene ugotovitve, do katerih sem prišla med samim potekom raziskovanja.

Do prepričanja o samomoru kot pravici se nagiba kar večina. 68% respondentov smatra samomor kot odločitev svobodne izbire, torej kot pravico. Samo 16 % vprašanih pa jih je ostro proti, prav tako jih je 16% neodklonilnih do samomora, vendar samo v primeru hujše bolezni. Mnenje večine me preseneča, na tem mestu pa se mi poraja vprašanje, če bi se količnik samomorilnosti v Sloveniji morda zmanjšal v primeru, da bi bila splošna populacija do tega dejanja bolj odklonilna. V preteklosti, ko je bil samomor še strogo obsojan, je resda bilo manj znanih primerov takih smrti, vendar je prav tako znanih ogromno ponaredb mrliških listov in drugih ukrepov prikrivanja prave narave smrti zaradi strahu pred posledicami, ki so po smrti

samomorilca zadele njegove bližnje. Osebno menim, da večinsko nagibanje k samomoru kot pravici morda le ni nek velik dejavnik tveganja za večjo samomorilno ogroženost.

Še bolj zanimivo a dokaj pričakovano spoznanje je bilo, da je med 147 mladimi respondenti samo 51 oz. 34% vernih, od tega jih samo 8 oz. 5% redno opravlja obrede in se udeležuje ceremonij, ki so značilne za vero, kateri pripadajo. 41 ali 28% mladih je versko neopredeljenih, medtem ko se jih je največ odločilo za zadnjo možnost in se opredelilo za ateiste. Teh je bilo kar 55 oz. 37% mladih. Po mojih opažanjih je vera tradicionalna vrednota, ki je prisotna bolj v ruralnih okoljih, k njej pa so bolj nagnjene starejše kot mlajše generacije. Zdi se mi, da tako vera, kot tudi mnoge druge tradicionalne vrednote, z leti izgubljajo svoj pomen. Norme in ideali, ki so zapisani v kulturi vere, so pozitivni in človeku prijazni segmenti, ki nas usmerjajo v pozitivno in sočloveku prijazno delovanje. Kljub temu pa je tudi izobrazba vedno bolj dostopna dobrina in vedno bolj izobraženi ljudje verjamejo samo še v znanstveno dokazane in oprijemljive vire. Obstoj Boga ni znanstveno in empirično dokazljiv, zato se po mojem mnenju iz slednjega razloga izgublja tudi verovanje v le tega.

Glede na poznavanje ljudi, ki so se že kadarkoli znašli v oprijemu psihosocialnih težav, jih je največ oz. kar 36% mladih odgovorilo, da jih pozna več, ki so se z omenjenimi problemi že srečali. 16% respondentov so imeli že sami težave, samo 8% pa ne pozna nikogar, ki bi ga doletele razne duševne težave, čustvene težave ipd. Skupno 38% respondentov pozna eno osebo, 14% pozna sorodnika, ki so ga doletele omenjene težave, 15% znanca in 9% ima prijatelja s psihosocialnimi težavami. Skupno torej kar 92% procentov vseh anketirancev pozna koga, ki se je že soočal z omenjenimi težavami, kar je ogromno. Rezultati so šokantni, a sem jih kljub temu pričakovala, saj stres, anksioznost in depresivnost svetovnega prebivalstva narašča. Ljudje smo vedno bolj obremenjeni s skrbmi vsakdanjega življenja, od nas se vedno več pričakuje. Tehnološki in industrijski napredek nas je popeljal v novo dobo, kjer so dobrine lažje dostopne, bolj smo mobilni in aktivni na večih področjih življenja, kar od nas zahteva vedno večjo odgovornost in zmogljivost. Bombardirani smo z informacijami z vseh strani, s katerimi moramo biti v koraku s časom. Tempo življenja nam ne dopušča več nujno potrebnega časa, ki bi ga lahko namenili sebi in s tem se v nas zbuja občutki nezadovoljstva, vedno bolj postajamo odtujeni od samih sebe in drugih. Stres, odtujenost in nezadovoljstvo pa nas lahko popelje v začaran krog psihosocialnih težav.

V primeru razvoja prej omenjenih težav bi se jih od 144 respondentov pričakovano največ (33%) obrnilo po pomoč na svoje prijatelje. Malo manj (29%) bi jih pomoč iskalo pri psihologu/psihiatru, ali pa bi se vključili v skupino za samopomoč. Zanimivo pa je, da bi se jih na sorodnike obrnilo samo 16%, kar 14% pa pomoči sploh ne bi iskalo. Samo borih 5% oseb bi pomoč iskalo pri osebnem zdravniku. Izkazalo se je, da so prijatelji najpomembnejša opora v primeru težav respondentov. Družina oz. sorodstvo se nahaja komaj na tretjem mestu, kar me napelje na spoznanje, da tudi družina kot vrednota in opora zgublja svoj pomen. Mladi se zanašajo najbolj na prijatelje. Večkrat slišim trditev, da je družina skupnost, v katero si dan in je ne moreš izbirati, prijatelji pa so družba, katero si lahko izbereš sam. Glede na v prejšnjem odstavku omenjene težave sedanje dobe in odtujenosti, v kateri se nahajamo, se pričakovano krhajo tudi družinske in partnerske vezi. Vedno več je ločitev zakonskih zvez in izvenzakonskih skupnosti, kjer se izgublja pomen pristnih odnosov, kar se odraža tudi na otrocih. Po mojem mnenju je to eden izmed razlogov, da se bomo mladi prej obrnili po pomoč k prijateljem, ki smo si jih sami izbrali, ker nas razumejo, kot pa k družini, kjer smo rojeni in smo del nje ne glede na to ali je to naša želja ali ne.

Glede na naraščanje psihosocialnih težav (anksioznost, depresivnost, ipd.) se veliko ljudi znajde v obupu in nesposobnosti videnja svetle prihodnosti, kar večkrat pripelje ljudi do dekonstruktivnega načina reševanja svojih težav oz. do poskusa samomora, ki je včasih samo obupan klic na pomoč ali apel, eni osebi med 8 in 30 poskusov pa dejanje uspe dokončno izvršiti. Čeprav je količnik samomorilnosti v Sloveniji v zadnjih letih za malenkost upadel, je samomor še vedno eden izmed glavnih razlogov prezgodnje smrti. Pri mladih je še vedno ogromno poskusov samomora, tudi do stokrat več kot je izvršenih dejanj. Temu primerno so se prikazali tudi odgovori respondentov na vprašanje o tem, če poznajo koga, ki je izvedel samomor ali ga poskušal izvesti. Največ (33%) od 144 respondentov jih je odgovorilo, da pozna kar več ljudi. Samo 9% anketirancev ne pozna nikogar, ki bi se z omenjenimi dejanji srečal. 6% jih je samomor poskušalo storiti tudi osebno. Ostali pa poznajo ali prijatelje (13%) ali znanke (23%) ali sorodnike (14%), ki so se s tem srečali. Pri prikazu rezultatov sem ugotovila tudi pomankljivost svoje ankete in sicer sem izpustila možnost odločitve za več odgovorov. Nekdo, ki je sam poskušal izvesti samomor morda tudi pozna koga, ki ga je poizkušal ali celo izvedel.

Glede na to, da je med nami veliko število ljudi, ki so se s poskusom samomora že srečali, je prav tako veliko ljudi še vedno potencialnih samomorilcev. Zato sem se tudi odločila za to temo diplomske, saj sem z raziskovanjem prišla do boljšega poznavanja teme in s tem tudi do možnosti pravilnega prihodnjega ukrepanja v primeru prepoznave potencialnih samomorilcev. Čeprav je znake včasih težko prepoznati, pa me je vseeno zanimala strategija pomoči respondentom v primeru suma, da si bližnji želi vzeti življenje. Velika večina oz. 78% respondentov je odgovorilo, da bi bližnjemu pomagali s pogovorom. Daleč za tem je bil izbran odgovor s 13%, da bi potencialnega samomorilca poslali k psihologu/psihiatru ali v skupino za samopomoč. 3% anketirancev bi osebo poslalo v psihiatrično bolnišnico in samo 1% bi samomorilno osebo napotilo k osebemu zdravniku. Sicer zelo majhen odstotek (2%), po mojem mnenju vseeno prevelik delež respondentov, se je izkazalo za apatične in sicer z odgovorom, da bližnjemu sploh ne bi pomagali, saj naj bi bil to njihov problem. Pomanjkanje informacij o primernih strategijah pomoči je po mojem mnenju velik dejavnik tveganja za samomorilna dejanja, zato je pomembno, da ima populacija dovolj informacij o tem, kam se obrniti v primeru omenjenih težav.

Glede socialne mreže anketirancev oz. ljudi, na katere bi se lahko obrnili v primeru resnih težav, je večina poročala o skupini 3-5 oseb, ki jih imajo v življenju in se k njim lahko obrnejo po pomoč (43%), 35% ima vsaj 1-2 osebi v življenju na katero lahko računajo, 3% respondentov nima nikogar, kar pa je lahko velik dejavnik tveganja za samomorilno dejanje. Ljudje smo namreč socialna bitja in potrebujemo nekoga s katerim lahko podelimo svoje tegobe in nam služi kot opora v težkih trenutkih. Preostalih 15% anketirancev je poročalo o široki socialni mreži, 9% pa se jih je odločilo za možnost 6-8 oseb in 6% za 9 oseb ali več.

Zanimalo me je tudi mnenje glede tega, kako dobro je v Sloveniji poskrbljeno za problematiko samomorilnosti. Večina meni (61%), da v Sloveniji ni dovolj dobro poskrbljeno za to, 34% pa jih ne pozna dovolj stanja, zato so se odločili za možnost ne vem. Samo 1% respondentov meni, da je v Sloveniji dovolj dobro poskrbljeno za problematiko samomorilnosti. Ker je samomorilnost tesno povezana z duševnimi motnjami, o teh pa se še vedno premalo govori, govor o njih pa spremljajo razni predsodki, menim da bi detabuizacija in promocija duševnega zdravja ogromno pripomogla k zmanjšanju omenjenega problema. Ljudje, ki jih dotični

problemi zadevajo, ne bi več skrivali svojih problemov, lahko bi odprto spregovorili o svojih občutkih in problemih. Premalo se pogovarjamo drug z drugim, izražanje čustev in težav v javnosti pa je še vedno preveč zapostavljeno. Potrebno bi bilo odstraniti konstantno obsojanje ljudi, ki ne pašejo v družbeno sprejemljive okvirje. Morda bi v slovenskih šolah lahko uvedli predmete, ki spodbujajo osebnostno rast in tudi ljudje bi s sprejemanjem samega sebe morda začeli lažje sprejemati druge. Kljub razlikam smo vsi samo ljudje in vsi (ne glede na težave s katerimi se soočamo) si zaslužimo biti sprejeti in ljubljani.

Raziskava vsebuje tudi eno odprto vprašanje, kjer so anketiranci imeli možnost podati svoja mnenja glede predlogov o izboljšanju samomorilne problematike v Sloveniji. Na vprašanje je odgovorilo 95 oseb. Odgovore sem razdelila na 5 kategorij in jih potem kategorično razvrščala. Največ podanih odgovorov oz. 37% sem uvrstila v kategorijo DETABUIZACIJA in PROMOCIJA duševnega zdravja in samomorilne problematike. Med slednjimi odgovori so se znašli predlogi o ozaveščanju, izobraževanju in informiranju javnosti v šolah, preko delavnic ipd - informiranje javnosti o možnih strategijah pomoči potencialnim samomorilcem ali osebam v duševnih stiskah. Drugo kategorijo z največ odgovori sem poimenovala BOLJŠI SOC.-EK. STATUS. V slednjo kategorijo se je uvrstilo 19% vseh podanih predlogov, med njimi pa so bili predlogi o izboljšanju javnega zdravstva, gospodarstva in socialnega sistema. Več predlogov je naletelo tudi na izboljšanje dostopnosti do služb, do boljših plač in na zaustavitev izkoriščanja. Tretja kategorija po vrsti, kjer se posamezniki niso posebej opredelili, se imenuje NE VEM. Vanjo se je uvrstilo 18% vseh predlogov, ki niso posebej specifični. Četrta kategorija se nanaša na medsebojne odnose in predloge, ki pomagajo k boljši samozavesti in delu na osebnostni rasti. Poimenovala sem jo kategorija OSEBNOSTNE RASTI in BOLJŠIH ODNOSOV, vanjo pa se je uvrstilo 14% podanih odgovorov. Anketiranci so predlagali predvsem delo na boljši komunikaciji med ljudmi, na večjem razumevanju, zaupanju in empatiji v odnosih. Prav tako je nekaj predlogov zadevalo delo na boljšem samospoštovanju, samozaupanju in samozavesti posameznikov. Preostalih 12% anketirancev se je uvrstilo v kategorijo LAŽJE DOSTOPNA/USTREZNEJŠA SAMOPOMOČ. V tej skupini je več oseb predlagalo koncesije na področju psihoterapije, več brezplačnih in anonimnih SOS telefonskih linij, nekateri pa so bili tudi proti predpisovanju psihiatričnih zdravil, ki imajo med stranskimi učinki povečano tveganje za razvoj samomorilnega vedenja. Po mnenju nekaterih so institucije (kot npr. psihiatrične ustanove), ki se ukvarjajo z omenjeno problematiko prenatrpane, strokovnjaki pa

ne delujejo ustrezno. Po njihovem mnenju so takšne ustanove potrata, odpreti bi bilo potrebno ustanove, kjer delajo ljudje s srcem. Če bi upoštevali vse podane predloge, bi se samomorilna problematika definitivno izboljšala.

Zadnja tri vprašanja raziskave so bila namenjena predvsem demografskim značilnostim anketirancev in sicer spolu, starosti in izobrazbi. Pri prvi značilnosti oz. SPOLU je zanimivo, da se je v mojo raziskavo uvrstil večinoma (73% vseh) ženski spol, samo 27% od 142 anketirancev je bilo moških. Glede STAROSTI je prevladovala kategorija med 25-30 leti, saj se je v njej znašlo kar 65% vseh anketirancev. Z 30% ji sledi kategorija v starosti med 20-25 let, medtem ko se je v najmlajši oz. zadnji kategoriji med 15-19 leti znašlo samo 4% vseh anketirancev. Glede na to, da imam na spletni strani socialnega omrežja Facebook (kjer je raziskava večinoma potekala) več deklet kot fantov in da jih je velik del približno mojih let (28 let), lahko sklepam, da je to eden izmed glavnih razlogov, zakaj takšne razlike glede demografije anketirancev. Ena izmed pomankljivosti bi izpostavila sicer neraznolikost vzorca zaradi premalo anketiranih moških in premajhen delež najmlajših, izmed danih starostnih kategorij. Glede na dokončano stopnjo IZOBRAZBE pa so se rezultati pokazali dokaj raznoliki. Največ respondentov 46% je zabeležilo dokončano gimnazijo ali 4-letno poklicno šolo. Na drugem mestu z 32% so se znašli respondenti z dokončano višjo ali visoko šolo. Z 9% sledi skupina z dokončano 3-letno poklicno šolo, 3% pa jih je dokončalo samo osnovno šolo. S podobnim procentom kot zadnja skupina, se je izkazala tudi skupina z dokončanim magisterijem ali doktoratom (po starem sistemu-pred bolonjcem), v kateri se je tudi znašlo samo 5% vseh anketirancev.

V raziskavi me je zanimal tudi vpliv vere/nevere na odnos do določenih vprašanj. Najprej sem anketirance razdelila na verne in neverne in sicer tako, da sem združila prvi dve kategoriji izmed danih odgovorov na vprašanje o veri na verne in zadnji dve kategoriji na neverne. Križala sem jih s sledečimi vprašanji in ugotavljala specifične, značilnosti in razlike glede na odnos do samomora, glede socialne mreže in izobrazbe. Kot sem omenila že zgoraj, je skupni vzorec zajemal več nevernih respondentov (65%) kot vernih (35%).

V odnosu do samomora kot pravice se je na vzorčnih podatkih pričakovano pokazala malenkostna razlika med omenjenima kategorijama. Pri vernih se je malenkost manj anketirancev strinjalo s trditvijo, da je samomor pravica svobodne izbire in sicer 62% od 51

vernih, nevernih pa je trditev potrdilo 71% od 98 sodelujočih v raziskavi. Prav tako je več vernih anketirancev izrazilo ogorčenje nad samomorom in ga označilo za egoistično dejanje (17%), kot nevernih (14%). Malenkost večji delež vernih je pristalo edino na samomor v primeru hujše bolezni, kjer bi se s tem dejanjem človek odrešil muk in sicer v 19% ih, nevernih pa se je strinjalo 14%.

Če želimo preveriti, ali v odnosu do samomora med vernimi in nevernimi obstajajo razlike tudi na nivoju populacije, moramo narediti Hi-kvadrat test. Ničelna in alternativna domneva se glasita:

$H_0: \chi^2=0$ odnos do samomora se med vernimi in nevernimi ne razlikuje

$H_1: \chi^2 \neq 0$ odnos do samomora se med vernimi in nevernimi razlikuje

Testna statistika Hi-kvadrat znaša 1,20 pri stopnji značilnosti 0,55. Ničelno hipotezo sprejmemo, kar pomeni, da test ni pokazal, da bi se odnos do samomora med vernimi in nevernimi dejansko razlikoval.

Glede socialne mreže vernih in nevernih se ni pokazalo bistvenih razlik. Na vprašanje o bližnjih, ki jih imajo v življenju in na katere bi se lahko obrnili v primeru resnih težav je malenkost več nevernih (37%) odgovorilo z odgovorom 1-2 osebi, medtem ko je v neverni skupini tak odgovor označilo nekaj odstotkov manj nevernih (33%). Malenkost večji odstotek vernih (8%) je tudi označilo odgovor z 9 oseb ali več, na katere bi se lahko obrnili v primeru resnih težav, medtem ko je isti odgovor označilo samo 5% nevernih anketirancev. Ostali rezultati so bili tako med vernimi, kot nevernimi podobni.

Podobno kot prej zopet napravimo Hi-kvadrat preizkus:

$H_0: \chi^2=0$ Število zaupnikov se med vernimi in nevernimi ne razlikuje

$H_1: \chi^2 \neq 0$ Število zaupnikov se med vernimi in nevernimi razlikuje

Testna statistika Hi-kvadrat znaša 0,814 pri stopnji značilnosti 0,666. Ničelno hipotezo sprejmemo, kar pomeni, da test ni pokazal, da bi se število oseb, ki jim lahko zaupajo med vernimi in nevernimi dejansko razlikoval.

Prav tako nekaj presenetljivih razlik ni bilo zaznati v odnosu vere in izobrazbe. Pričakovala sem rezultate, ki bi nakazovali nekoliko nižjo stopnjo izobrazbe pri vernih, čeprav se je pokazala največja razlika med vernimi in nevernimi ravno pri kategoriji oseb z dokončano 3-letno poklicno šolo. Vernih anketirancev je to možnost namreč obkljukalo 17%, nevernih pa samo 6% respondentov. Medtem pa vernih anketirancev z dokončano samo osnovno šolo v raziskavi ni bilo, vseh 5% anketirancev, ki so se odločili za to možnost, je nevernih. V kategorijah dokončane 4-letne poklicne šole ali gimnazije, dokončanega višjega ali visokega študija in dokončanega magisterija ali doktorata pa so si bili odstotki med vernimi in nevernimi bolj ali manj podobni.

Podobno kot prej zopet napravimo Hi-kvadrat preizkus:

$H_0: \chi^2=0$ Stopnja izobrazbe se med vernimi in nevernimi ne razlikuje

$H_1: \chi^2 \neq 0$ Stopnja izobrazbe se med vernimi in nevernimi razlikuje

Testna statistika Hi-kvadrat znaša 6,592 pri stopnji značilnosti 0,037. Ničelno hipotezo lahko zavrnemo in tako s tveganjem 3,7% trdimo, da sta stopnja izobrazbe in vera oz. nevera med seboj povezani spremenljivki.

V predprejšnjem odstavku potrjujem hipotezo 1. Glede na dobljene rezultate prav tako lahko potrdim hipotezo 2, ki se glasi, da vsaj 50% anketirancev ima izkušnje s samomorom, ker so ga poskušali storiti sami ali pa poznajo koga, ki ga je poskušal storiti ali ga je celo storil. Rezultati, ki so razvidni iz tabele 7 oz. iz odgovorov na 6. vprašanje, nakazujejo, da samo 9% anketirancev ne pozna nikogar, ki bi omenjene izkušnje lahko imel. Torej 91% anketirancev ima izkušnje s samomorom.

Hipotezo 3 zavračam, saj veli, da bi se vsaj 80% mladostnikov v primeru resnejših psihosocialnih težav, obrnilo na prijatelje. Rezultati, ki so razvidni iz odgovorov na vprašanje 4 nakazujejo, da bi se največ respondentov res obrnilo na prijatelje, vendar ne 80%, temveč samo 34% vseh respondentov.

Zadnjo oz. hipotezo 4 lahko prav tako potrdim. Slednja se nanaša na širino socialne mreže respondentov, ki naj bi v vsaj 70% obsegala minimalno 1-2 osebi, na kateri bi se slednji lahko obrnili v primeru resnejših težav. Rezultati so razvidni iz tabele 3 oz. iz odgovorov na 2. vprašanje, ki nakazujejo, da samo 3% respondentov nima nikogar na katerega bi se lahko obrnili v primeru težav. Torej 97% vprašanih oseb ima ob sebi minimalno 1-2 osebi, na katere se zanašajo.

KAKO LAHKO POMAGAMO KOT SOCIALNI DELAVCI

Glede na to, da je večina samomorilcev diagnosticiranih z različnimi duševnimi boleznimi, katere sem opisala že v poglavju duševnih bolezni, pa se na tem mestu sprašujem, če je kategorizacija in dodeljevanje nalepk sploh pravi pristop. Z diagnozo namreč človeku pripišemo bolezen in ga s tem oropamo pozitivnih lastnosti, ki jih morda ima a jih zaradi osredotočenosti na bolezen in njene znake, kasneje pri človeku ne prepoznamo več. S tem človeku odvzamemo moč in ga onesposobljamo. Po nekaterih razmišljanjih je »duševna bolezen« zgolj mit in nič drugega. Je možnost za pospravljanje ljudi v »predale«, ali kot pravi Tanja Lamovec (2006:22):

»Duševna bolezen deluje predvsem kot pretveza. Odvrča pozornost od nasprotujočih si človeških potreb, stremljenj, vrednot in interesov ter ponuja neosebno razlago, bolezen, ki naj bi bila onstran moralnosti, a kljub temu nosi s seboj težke moralne in pravne posledice., pojem »duševne bolezni« rabi zlasti ohranjanju družbenega nadzora. Verjetno bi se vsi strinjali, da so taki ukrepi potrebni, vendar pa se družba močno trudi prikriti obstoj te funkcije. Skrita je za pretvezo pomoči.«

Tudi nameščanje v zavode jih naredi še bolj odvisne od sistema in jim vsili občutek nesposobnosti, saj jim ta nadzor in kontrola vzame možnost upravljanja s svojim življenjem in jih brezoseblja. Upornike se hitro zatire in kaj kmalu oseba, ki jo vodi sistem, izgubi lastno

identiteto. Namesto, da bi jim dajali moč, jim jo odvzemamo in jih onesposobljamo. Morda je res potrebno zbežati iz okov institucionalizacije in zbirokratiziranosti in se podati med ljudi/uporabnike, s katerimi soustvarjamo boljšo prihodnost. To je smisel tudi direktnega socialnega dela, da skupaj z uporabniki, kateri imajo moč in glas, ki je slišan in upoštevan, s konkretnimi akcijami in dejanji, spreminjamo življenja ljudi. Smisel je tudi v tem, da dodajamo moč nemočnim, ki so se znašli za rešetkami institucij, ki jih brezoseblja in onesposoblja. Slednje lahko dosežemo, če delamo z in za uporabnike brez pritiskov države in oblasti, ki nam vsiljuje norme. Socialno delo je večkrat indirektno, kar pomeni da vsebuje lastnosti nadzora in kontrole in služi za vzdrževanje obstoječega reda, kar ponavadi povzroča še večjo izključenost in stigmatiziranost ljudi, s tem ko ljudi razvrščamo v predalčke. Socialni delavci smo posrednik med oblastjo in posamezniki, ki jim je ta odvzela moč. V primeru samomorilne ogroženosti uporabnika je zato potrebno dobro premisliti glede nadaljnih ukrepov. Na prvem mestu je seveda odnos, katerega mora spremljati medsebojno zaupanje in varna atmosfera. Upoštevati je potrebno uporabnikove želje, v kolikor jih je zmožen izraziti in se poskusiti vživeti v subjektivnost uporabnikovega doživljanja. Za delo socialnega delavca je izredno pomembno, da ne obsoja in da zna skozi ustrezen deloven odnos tudi vzpostaviti pristranski stik, ki zagovarja in ščiti šibkega skozi preprost jezik socialnega dela, ki je karseda čimbolj preprost in blizu uporabniku. Uporabnika, ki potencialno razmišlja o samomoru, je seveda priporočljivo oceniti tudi z analizo tveganja, s katero predvidimo možne zaplete in ustrezne ukrepe nanje. Z omenjeno analizo lahko zmanjšamo škodo in ob upoštevanem tveganju zvečamo koristi. Z njo ocenimo potencialne grožnje, tveganja in nevarnosti in določimo možne ukrepe. Pomembno lahko pomagamo tudi preko koncepta perspektive moči, ko uporabniku mobiliziramo in ozavestimo področja in vire, pri katerih je še posebno močan. Glede na to, da so samomorilno naravnane osebe pogosto depresivne in s tem ujete v nekem brezizhodnem položaju in negativnem počutju, je zelo priporočljivo uporabniku pokazati možnosti za pozitivno in svetlo prihodnost.

12 PREDLOGI

- Pomanjkanje informacij o primernih strategijah pomoči je po mojem mnenju velik dejavnik tveganja za samomorilna dejanja, zato je pomembno, da ima populacija dovolj informacij o tem, kam se obrniti v primeru omenjenih težav.
- Ljudje smo socialna bitja in potrebujemo nekoga, s katerim lahko podelimo svoje tegobe in nam služi kot opora v težkih trenutkih, zato je potrebno delo na boljših odnosih, ki vsebujejo dovolj empatije in razumevanja. Prav tako je pomembno delo na osebni rasti, večjem samospoštovanju in samozavesti posameznikov.
- Menim da bi detabuizacija in promocija duševnega zdravja ogromno pripomogla k zmanjšanju omenjenega problema.
- Morda bi v slovenskih šolah lahko uvedli predmete, ki spodbujajo osebno rast in tudi ljudje bi s sprejemanjem samega sebe morda začeli lažje sprejemati druge.
- Nameščanje posameznikov v zavode le te naredi še bolj odvisne od sistema in jim vsili občutek nesposobnosti, saj jim ta nadzor in kontrola vzame možnost upravljanja s svojim življenjem in jih brezoseblja.

13 LITERATURA IN VIRI

- Brecelj-Kobe, M. in Hitejc, Z. (1987). *Duševna manjrazvitost in vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege*. Dostopno na: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1987.21.3.203> (12. julij 2016).
- Cekuta, V. (2006). *Model ocenjevanja administrativnega dela v ambulantni : diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
- Durkheim, E. (1992). *Samomor. Prepoved incesta in njeni izviri*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
- Flaker, V. @Boj za (2012). *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba /*cf.
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjnc, j., & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Inštitut za razvoj človeških virov (2005). *Duševne motnje*. Dostopno na: <http://www.psihoterapija-ordinacija.si/sl/dusevne-motnje.html> (12. julij 2016).
- Kamin, T. in Jeriček Klanšček, H. (2009). *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Karakter - Inštitut za osebnostne motnje in oblikovanje osebnosti. 2016. *Osebnostne motnje*. Dostopno na: <http://www.karakter.si/du%C5%A1evne-motnje/osebnostne-motnje> (12. julij 2016).
- Kores Plesničar, B. (2011). *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor : Fakulteta za zdravstvene vede.
- Kymlicka, W.(2004). *Sodobna politična filozofija: uvod*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.
- Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Marušič, A. in roškar, S. (2003). *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana. DZS.
- Marušič, A. in Temnik, S. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Mesec, B. (1997). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Milčinski, L. (1985). *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Pavič, L. (2009). *Terorizem smo ljudje: kako razumeti sodoben samomorilski terorizem*. Radovljica: Didakta.
- Pickett, K. in Wilkinson, R. (2012). *Velika ideja : zakaj je enakost boljša za vse*. Novo mesto : Penca in drugi.

Plesničar Kores, B. (2012). *Odnos pacientov s shizofrenijo do antipsihotične terapije*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri SZD.

Poštuvan, V. (2013). *Živ?Živ! Slovenski center za raziskovanje samomora*. Dostopno na: <http://zivziv.si/> (16. julij 2016).

Tekavčič-Grad, O. (1996). *Suicide: how to survive as a survivor?* Toronto : C. J. Hogrefe.

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

Wikipedia. (2016a). *Duševno zdravje*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evno_zdravje#Klasifikacija (14. julij 2016).

Wikipedia. (2016b). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Dostopno na: https://sl.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evno_zdravje#Du.C5.A1evno_zdravje_v_Sloveniji (14. julij 2016).

Wikipedia. (2016c). *Shizofrenija*. Dostopno na: <https://sl.wikipedia.org/wiki/Shizofrenija> (14. julij 2016).

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf (15. julij 2016).

Židanik, M. (2000). *Prvi psihiatrični pregled*. Dostopno na: http://www.vasezdravje.si/wp-content/uploads/2012/09/Prvi_psihiatricni_pregled.pdf (1. avgust 2016).

14 PRILOGE

Priloga 1: Anketa

Stališča do samomorilnosti

Kratko ime ankete: Stališča do samomorilnosti

Število vprašanj: 12

Anketa je aktivna

Aktivna od: 22.04.2016

Avtor: Lidija Pavlič

Dne: 22.04.2016

Opis:

Aktivna do: 01.11.2016

Spreminjal: Lidija Pavlič

Dne: 06.08.2016

Sem študentka fakultete za Socialno delo in za svojo diplomsko nalogo pripravljam raziskovalno nalogo na temo Samomor in stališča do le tega. Anketa, ki je pred vami vam bo vzela le nekaj minut vašega časa in je seveda anonimna, odgovori pa se bodo uporabili izključno v raziskovalne namene. Možni odgovori so podani v moški obliki, vendar veljajo prav tako za ženski spol. Edini pogoj je, da ste stari med 15 in 30 let. Namen raziskave je ugotoviti v kolikšni meri je problematika samomorilnosti razširjena med mladimi in kakšne so reakcije nanjo. Vaša anketa je ključna, saj bom samo s pomočjo vaših odgovorov lahko prišla do boljšega vpogleda v omenjeno problematiko. Za sodelovanje se Vam že vnaprej zahvaljujem. Lidija Pavlič (Lidya.pavlic@gmail.com)

Q1 - Ali menite, da ima človek pravico, da si vzame življenje?

- ☐ Pravica do svobodne volje je ena izmed temeljnih človekovih pravic. Zato menim, da ima vsak človek svobodo izbire o tem ali želi živeti ali umreti. Kljub temu, da ima samomor resne in težke posledice, pa je odločitev človeka o svojem življenju vseeno njegova svobodna izbira.
- ☐ Morda. Vendar samo v primeru težje bolezni, pri kateri bi si s samomorom olajšal trpljenje.
- ☐ Niti podrazno. To je najbolj egoistično dejanje kar jih človek lahko zagreši.

Q2 - Ali ste verni?

- ☐ Da. Udeležujem se vseh verskih ceremonij in obredov.
- ☐ Da, vendar se ne udeležujem verskih obredov in ceremonij.
- ☐ Ne vem točno v kaj verjamem.
- ☐ Ne. Vera je način človeške manipulacije in prevlade. Sem ateist.

Q3 - Ali poznate koga, ki je imel kadarkoli kakršnokoli izmed oblik psihosocialnih težav (duševne motnje, samomorilni poskus, resne čustvene težave,...)?

- ☐ Da, jaz sam.
- ☐ Da, sorodnik.
- ☐ Da, prijatelj.
- ☐ Da, znanec.
- ☐ Da. Poznam več ljudi (sorodniki, prijatelji, znanci,...).
- ☐ Ne. Ne poznam nikogar.

Q4 - Kam bi se (ali ste se že) obrnili po pomoč v primeru resnejših psihosocialnih težav?

- ☐ Na sorodnike.
- ☐ Na prijatelje.
- ☐ Na osebnega zdravnika.
- ☐ K psihologu/psihiatru ali na skupino za samopomoč.
- ☐ Nikamor.

Q5 - Ali poznate koga, ki je poskušal storiti ali je storil samomor?

- ☐ Da. Jaz sam sem prestal neuspeli poskus samomora.
- ☐ Da. Sorodnik/i.
- ☐ Da. Prijatelj/i.
- ☐ Da. Znanec/ci.
- ☐ Da. Poznam več ljudi.
- ☐ Ne. Ne poznam nikogar.

Q6 - Kaj bi storili v primeru, če bi sumili, da si vaš bližnji ali znanec želi vzeti življenje.

- ☐ Poskušal bi se pogovoriti z njim.
- ☐ Poslal bi ga k osebnemu zdravniku in naj on odloči kaj je primerno narediti.
- ☐ Poslal bi ga k psihologu/psihiatru ali ga vključil v skupino za samopomoč.
- ☐ Poslal bi ga v psihiatrično bolnišnico, saj menim, da so tam najboljše usposobljeni za tovrstne probleme.
- ☐ Storil ne bi nič. To je njegov problem.

Q7 - Kolikšen je vaš krog prijateljev oz. ljudi na katere bi se lahko obrnili v primeru resnih težav?

- ☐ 1-2 osebi.
- ☐ 3-5 oseb.
- ☐ 6-8 oseb.
- ☐ 9 ali več.
- ☐ Nimam nikogar.

Q8 - Menite, da je v Sloveniji dovolj dobro poskrbljeno za problematiko samomorilnosti?

- ☐ Da.
- ☐ Ne.
- ☐ Ne vem.

Q9 - Kaj bi po vašem mnenju lahko storili za izboljšanje problematike samomorilnosti v Sloveniji?

Q10 - Spol:

- ☐ Moški
- ☐ Ženska

Q11 - Koliko ste stari?

- ☐ 15-19.
- ☐ 20-25.
- ☐ 25-30.

Q12 - Kakšna je vaša uspešno dokončana stopnja izobrazbe?

- ☐ Dokončana OŠ.
- ☐ Dokončana poklicna 3-letna srednja šola.
- ☐ Dokončana gimnazija oz. 4-letna poklicna srednja šola.
- ☐ Dokončan višji ali visoki študij.
- ☐ Dokončan magisterij ali doktorat (po starem sistemu - pred bolonjcem).

Priloga 2: Status in potek ankete

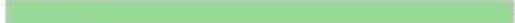
Info

Ime ankete: Stališča do samomorilnosti
Tip ankete: Anketa
Vprašanj: 13 Spremenljivk: 13
Enot: 502 Ustreznih: 150
Jezik: Slovensčina
Ustvaril: Lidija Pavlič, 22.4.16, 17:58
Spremenil: Lidija Pavlič, 6.8.16, 13:06
Status: **Anketa je aktivna**
Aktivnost: 22.04.2016-22.07.2016; 01.08.2016-01.11.2016;
Trajanje: 3min 1s, Predvideno: 5min 19s
Prvi vnos: 22.4.16, 23:15 Zadnji vnos: 6.8.16, 20:04

Kliki na anketo

Preusmeritve

število klikov

email	0
m.facebook.com	 411
www.facebook.com	 72
www.1ka.si	3
Neposreden klik	 16

Skupaj klikov 502

Skupno število različnih IP števil: 0

Potek po straneh

Kumulativni status

število klikov

Klik na nagovor	502
Klik na anketo	170
Delno izpolnjena	150

Stran 1	162
Stran 2	161
Stran 3	158
Stran 4	155
Stran 5	155
Stran 6	154
Stran 7	154
Stran 8	153
Stran 9	153

...

Končal anketo	142
Prazna v celoti	5

Skupaj končal	147
---------------	-----

Časovni potek

2016-04-22	14
2016-04-23	227
2016-04-24	29
2016-04-25	63
2016-04-26	35
2016-04-27	9
2016-04-29	2
2016-05-06	2
2016-05-07	1
2016-05-08	3
2016-05-09	2
2016-05-11	2
2016-05-13	2
2016-05-16	1
2016-05-17	1
2016-06-20	2
2016-06-21	1
2016-06-22	1
2016-07-14	1
Skupaj enot:	398

Stopnje odgovorov

Kumulativni status	Frekvenca	Stopnja
Klik na nagovor	502	100%
Klik na anketo	170	34%
Začel izpolnjevati	161	32%
Delno izpolnjena	150	30%
Končal anketo	142	28%

Končni status

Končal anketo (6) :	142
Delno izpolnjena (5) :	8
Skupaj ustrezno	150
Prazna v celoti (6I) :	5
Prazna delno (5I) :	6
Klik na anketo (4) :	9
Klik na nagovor (3) :	332
Skupaj neustrezno	352
Skupaj enot	502

15 POVZETEK

Z raziskovanjem tematike samomorilnosti sem prišla do marsikaterega spoznanja, katerih prej nisem poznala. Vedela sem, da je samomorilnost velik problem današnjega časa, a kljub temu nisem poznala statistike, ki slovensko populacijo postavlja v sam vrh evropskega prebivalstva. Prav tako je samomorilnost eden izmed glavnih vzrokov prezgodnjih smrti, takoj za boleznimi srca in ožilja. Čeprav so ženske mnogo bolj dovzetne za duševne motnje in prav tako večkrat poskušajo storiti samomor, pa moška populacija dejanje večkrat dokončno izvrši, celo do 4 krat več. Poskusov samomora je pri mladih tudi do 100 krat več, pri starejših pa je razmerje parasuicidov:suicidov samo 4:1. V Sloveniji prevladuje metoda obešanja in približno 60% samomorilcev je dejanje enkrat pred tem že poskusilo izvršiti. Prav tako velik del samomorilcev pred samim dejanjem o svojih namerah (posredno ali neposreno) obvesti bližnje, zato je potrebno vsako opozorilo vzeti skrajno resno!!! Samomor je prav tako odraz duševne stiske, ki morda ni bila primerno diagnosticirana in zdravljena, ali pa je posledica zapleta duševne bolezni. Depresija in alkoholizem sta v tesni povezanosti s samomorilnostjo.