

Duševno zdravje otrok in mladostnikov

(nelektorirana verzija)

Pripravile: Doc. dr. Saška Roškar, doc. (avtorica), dr. Helena Jeriček Klanšček,
Nuša Konec Juričič (soavtorici)

Ljubljana, 2015

4.1. Oris področja

Uvod

Duševno zdravje je tako kot telesno zdravje predpogoj za naše učinkovito delovanje. Svetovna zdravstvena organizacija duševno zdravje opredeljuje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost (1). Duševno zdravje torej pomeni mnogo več kot le odsotnost bolezni in zato je primerneje kot o dihotomni kategoriji duševno zdravje/duševna bolezen govoriti o kontinuumu: od duševnega zdravja do duševne bolezni. Lahko bi tudi rekli od pozitivnega (občutek dobrega počutja, optimizem, zadovoljstvo, pozitivna samopodoba, občutek moči in sposobnost soočanja s težavami) do negativnega duševnega zdravja (različne duševne motnje – postravmatska stresna motnja, depresija, anksiozne motnje itd.). Glede na zahteve in izzive, ki jih pred nas postavlja življenje, smo namreč lahko v danem trenutku v različno dobri ali slabi duševni kondiciji.

Dobro duševno zdravje posamezniku omogoča izpolnjevanje in udejanjanje njegovih intelektualnih in čustvenih kapacitet ter mu omogoča, izpolnjevanje svoje vloge v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Le duševno zdrav človek lahko učinkovito prispeva k skupnosti, zato duševno zdravje predstavlja tudi neke vrste družbeni kapital oziroma osnovo za ekonomsko blaginjo. Duševno zdravje upravičeno sodi med najpomembnejše javnozdravstvene teme, ki jim je potrebno namenjati skrb skozi celotno človekovo življenje.

Ugotovitve iz raziskav kažejo, da se je pri večini odraslih oseb z duševno motnjo duševna bolezen prvič pojavila že v otroštvu ali mladostništvu. Zato je ključno spremljanje duševnega zdravja, preprečevanje nastanka duševnih motenj in krepitev pozitivnega duševnega zdravja že od ranega otroštva in mladostništva dalje. V prispevku bomo predstavili nekatere dejavnike tveganja za nastanek težav z duševnim zdravjem in stanje na področju duševnega zdravja slovenskih otrok in mladostnikov. Izhajali bomo iz razpoložljivih raziskav, rutinskih baz podatkov ter analize vprašanj iz mladinske spletne svetovalnice To sem jaz.

4.2 Analiza stanja na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov

4.2.1 Dejavniki tveganja za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih

Dejavnike tveganja za razvoj duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih lahko razdelimo v več kategorij, ki se med seboj prepletajo:

- individualni dejavniki (npr. različne biološke predispozicije kot so genetska obremenjenost; psihološke značilnosti posameznika kot so določene osebnostne značilnosti, denimo impulzivnost, agresija; življenjski slog posameznika, denimo ali uporablja psihoaktivne substance...)
- družinski dejavniki (npr. stil komunikacije v družini; prisotnost duševne motnje v družini, zloraba alkohola v družini...)
- dejavniki okolja (npr. socioekonomske značilnosti širšega in ožjega okolja v katerem mladostnik živi kot so denimo dostopnost do pomoči...)

V mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB) so dejavniki tveganja za psihosocialni razvoj predstavljeni na V. osi kot sledeče neugodne psihosocialne situacije:

- težave, ki so povezane z otrokovo primarno družino (npr. neugodni odnosi v družini, neustrezne ali izkrivljene komunikacije v družini, duševne motnje v družini, odklonskost ali invalidnost v otrokovi družini).
- težave, povezane z otrokovimi značilnostmi (npr. stresogeni dogodki ali okoliščine, ki so pogojene z otrokovo drugačnostjo).
- težave, povezane z vzgojo in izobraževanjem (npr. dolgotrajni medosebni stresi povezani s šolo).
- težave, povezane s socialnim okoljem (npr. neugodno neposredno okolje, akutni življenjski dogodki, družbeni stresorji).

Kot smo omenili že prej, določene dejavnike tveganja za razvoj težav z duševnim zdravjem predstavljajo tudi socioekonomske značilnosti okolja, v katerem otrok in mladostnik odrašča. V raziskavi z naslovom *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije (2)* so naredili izračune glede na posamezne dimenzije, ki so pomembne za zdravje in blagostanje po posameznih statističnih regijah v Sloveniji. Vsaka od dimenzij se nanaša na določene kazalnike, ki so povezani z (duševnim) zdravjem. V tabeli 4.2.1. navajamo povzetek dimenzij (z opisom kazalnikov), ki predstavljajo najpomembnejše varovalne oziroma dejavnike tveganja za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Tabela 4.2.1. Opis posamezne dimenzije glede na vključene kazalnike, tri statistične regije z najboljšimi ocenami in tri statistične regije z najbolj neugodnimi ocenami (2).

Dimenzija (opis po kazalnikih)	Tri regije z najbolj ugodno oceno	Tri regije z najmanj ugodno oceno
Dimenzija <i>usklajenost poklicnega z zasebnim življenjem</i> zajema naslednje kazalnike: <ul style="list-style-type: none"> - delež otrok v vrtcih med vsemi otroki, starimi 1-5 let, - število upravičencev do dela s skrajšanim delovnim časom zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu, - število upravičencev do očetovskega nadomestila zaradi starševstva v delovno aktivnem prebivalstvu in število sklenjenih zakonskih zvez glede na število prebivalcev posamezne regije. 	Goriška, Gorenjska, Osrednjeslovenska	Pomurska, Podravska, Zasavska
Dimenzija <i>socialna zaščita</i> zajema naslednje kazalnike: <ul style="list-style-type: none"> - število prejemnikov denarnih socialnih pomoči glede na število prebivalcev in - delež štipendistov med dijaki in študenti v posamezni regiji. 	Gorenjska, Obalno-kraška, Osrednjeslovenska	Pomurska, Podravska, Savinjska
Dimenzija <i>perinatalno zdravje</i> zajema naslednje kazalnike: <ul style="list-style-type: none"> - mrtvorojenost, - delež porodnic s carskim rezom v anamnezi, - delež novorojenčkov z nizko porodno težo (pod 2500 g) med živorojenimi v posamezni regiji. 	Notranjsko kraška, Zasavska, Goriška	Jugovzhodna Slovenija, Podravska, Koroška
Dimenzija <i>stabilnost partnerskega odnosa</i> zajema naslednje kazalnike: <ul style="list-style-type: none"> - kazalnik števila razvez glede na število prebivalcev v posamezni regiji. 	Notranjsko-kraška, Zasavska, Koroška	Obalno-kraška, Gorenjska, Osrednjeslovenska

Kot je razvidno iz Tabele 4.2.1 med bolj ogrožene regije (oziroma regije s slabšo oceno) spadajo regije na severovzhodu države, kar lahko se lahko negativno povezuje z duševnim zdravjem otrok in mladostnikov.

4.2.2 Izbrani kazalniki na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov

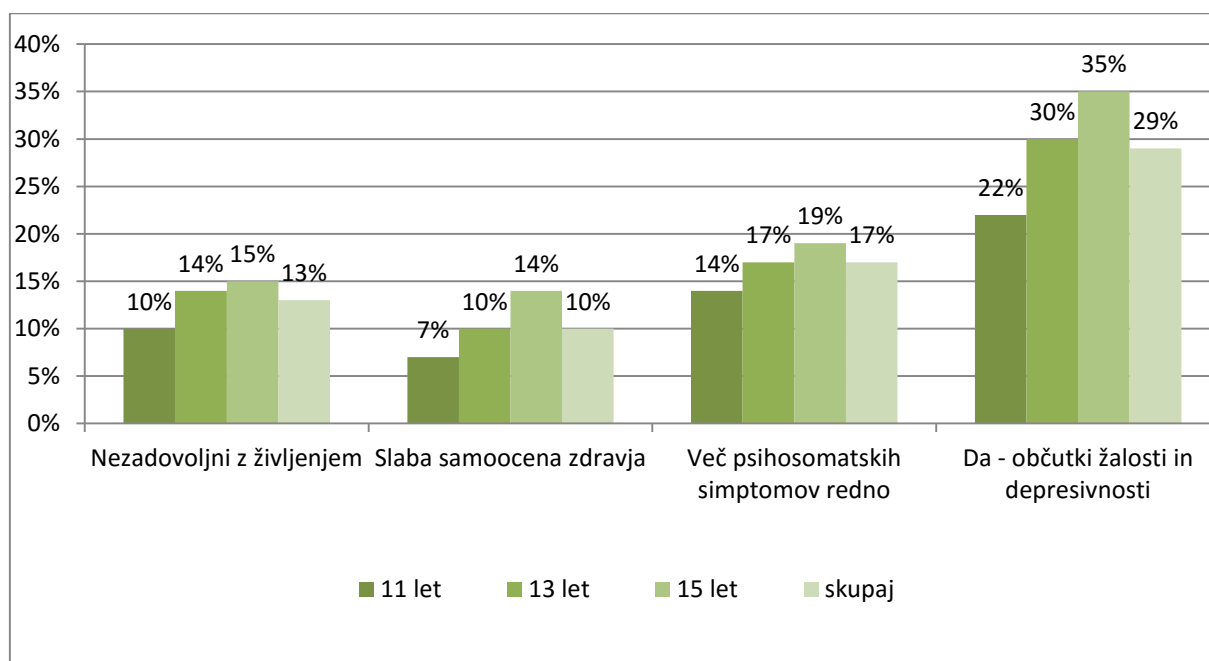
Samoocena duševnega zdravja

Rezultati mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju ("Health Behaviour in School-aged Children", v nadaljnjem besedilu HBSC) med 11-, 13- in 15-letniki, ki je bila izvedena v letu 2010 (3), kažejo, da večina vprašanih otrok in mladostnikov (90 %) svoje zdravje ocenjuje kot odlično ali dobro, večina (87 %) je tudi zadovoljna s svojim življenjem in ne doživlja psihosomatskih simptomov. Glede na mednarodno povprečje se pri vseh kazalnikih uvrščamo med države z boljšo

samooceno duševnega zdravja (4). Ti podatki so seveda vzpodbudni, po drugi strani pa je evidentno da je vsaj ena desetina otrok in mladostnikov nezadovoljna z življenjem, svoje zdravje ocenjuje kot slabo in redno občuti določene težave (kot so nespečnost, nervoza, razdražljivost, glavobol, občutki potlačenosti, bolečine v križu, bolečine v želodcu) (Slika 4.2.1).

Občutke žalosti in depresivnosti v zadnjem letu je doživljalo 29 odstotkov vseh anketiranih, oziroma 22 odstotkov 11- letnikov, 30 odstotkov 13- letnikov ter 35 odstotkov 15- letnikov. Med 15-letniki je pri skoraj 12 odstotkih vprašanih možna prisotnost klinično pomembnih težav duševnega zdravja, pri kar 8 odstotkih anketiranih pa je ta verjetnost velika (uporabljen je bil Vprašalnik prednosti in slabosti, (5), ki se nanaša na pet vidikov duševnega zdravja: čustveni simptomi, hiperaktivnost, vedenjske težave, težave v odnosih z vrstniki in prosocialno vedenje).

Dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje, doživljajo več psihosomatskih simptomov, so manj zadovoljne z življenjem, pogosteje doživljajo občutke žalosti in kažejo večjo možnost prisotnosti klinično pomembnih težav v primerjavi s fanti. Pomembne razlike so tudi med različnimi starostnimi skupinami; 15-letniki slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni z življenjem, doživljajo več psihosomatskih simptomov in občutkov žalosti kot 11- in 13-letniki (Slika 4.2.1).



Slika 4.2.1. Delež mladostnikov s slabše ocenjenimi kazalniki duševnega zdravja, skupaj in po starosti 11, 13 in 15 let (3).

V ponovitvi raziskave štiri leta kasneje (6) so rezultati pokazali, da 88,8% mladostnikov svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali odlično, 87,8% pa jih je zadovoljnih s svojim življenjem. Zanimiva je bila ugotovitev, da starejši mladostniki in dekleta slabše ocenjujejo svoje zdravje in so manj zadovoljni s svojim življenjem. Primerjava podatkov med leti 2002 in 2014 je vzpodbudna saj kaže na to, da se je pri mladostnikih povečalo zadovoljstvo z življenjem in izboljšala samoocena zdravja. Nekoliko manj vzpodbudni so podatki glede doživljanja psihosomatskih simptomov. Primerjava podatkov med leti 2002 in 2014 je namreč pokazala, da se je pomembno povečalo doživljanje vsaj dveh psihosomatskih simptomov, med posameznimi simptomi pa se je povečalo doživljanje občutja potlačenosti. Skupno je

27,9% mladostnikov poročalo o rednem doživljanju vsaj dveh psihosomatskih simptomov, sicer pa ugotovitve kažejo na to, da psihosomatski simptomi naraščajo s starostjo in so pogostejši pri dekletih. Najpogostejši psihosomatski simptomi, ki so bili prisotni pri skoraj petini mladostnikov so bili nespečnost, nervoja in razdražljivost.

Daljšega trenda oziroma primerjave podatkov skozi leta pri vprašanju, ki se nanaša na občutke depresivnosti ni bilo mogoče izračunati, ker se to področje šele zadnja leta vključuje v vprašalnik v raziskavi. Ugotovitve iz leta 2014 se skladajo s tistimi iz leta 2010, namreč da občutki depresivnosti pomembno naraščajo s starostjo. V zadnjem letu je o občutkih depresivno poročajo 22,2% vprašanih mladostnikov, kar je nekoliko manj kot v prejšnjem obdobju raziskave. Rezultati kažejo na to, da dekleta v večji meri poročajo o občutkih depresivnosti kot fantje.

Povezava med duševnim zdravjem in socialno ekonomskim položajem družine

Razlike v zgoraj omenjenih kazalnikih so tudi glede na socialno ekonomski položaj družine. Otroci iz revnejših družin slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni, doživljajo več psihosomatskih simptomov, več težav in doživljajo več občutkov žalosti in depresivnosti kot otroci iz bogatejših družin. Tudi (ne)zaposlenost obeh staršev in tip družine sta dejavnika, ki sta pomembno povezana z zadovoljstvom z življenjem, občutki žalosti depresivnosti in psihosomatskimi simptomi. Namreč rezultati so pokazali, da so bolj zadovoljni z življenjem otroci iz klasičnih družin, z obema zaposlenima staršema, medtem ko več simptomov doživljajo tisti mladostniki, ki prihajajo iz družin, kjer sta oba starša brezposelna in kjer gre za enostarševsko ali rekonstruirano družino. Ne gre pa zanemariti niti otrokove osebne socialne pozicije, predvsem šolskega uspeha in števila prijateljev, saj se je pokazalo da tudi ti dejavniki vplivajo na pomembne razlike. Otroci, ki nimajo nobenega prijatelja ali imajo slabši učni uspeh, slabše ocenjujejo svoje duševno zdravje (samoocena zdravja, zadovoljstvo, psihosomatski simptomi, občutki žalosti in depresivnosti) (Tabela 4.2.2). Vrstniška mreža je namreč pomemben dejavnik duševnega zdravja. Večina otrok in mladostnikov se o stvareh, ki jih resnično zanimajo, s prijatelji lahko pogovarjajo, večina ima tudi več res dobrih prijateljev, vendar pa kar okoli 8 odstotkov mladostnikov nima nobenega prijatelja oz. z njimi težje komunicira. Glede na ugotovitve ki smo jih navajali prej so ti otroci in mladostniki med bolj ogroženimi za razvoj težav v duševnem zdravju.

Tabela 4.2.2. *Povezava med nižjim socialno-ekonomskim položajem družine, slabšim uspehom v OŠ in manjšim številom prijateljev na samooceno duševnega zdravja med mladostniki (3)*

	Nižji socialno-ekonomski položaj družine pogostejše/več	Slabši uspeh v osnovni šoli, manj prijateljev pogostejše/več
Slabša ocena zdravja	x	x
Nezadovoljni z življenjem	x	x
Psihosomatski znaki	x	x

Težave na duševnem področju	x	
Občutki žalosti in depresivnosti	x	x

Samomorilno vedenje med mladimi

Samomor je posledica zapletenega delovanja več dejavnikov hkrati. Čeprav ima samomorilno vedenje mladostnikov nekatere sebi lastne zakonitosti (npr. več je impulzivnih samomorov) tudi za samomorilno vedenje mladostnikov velja, da so dejavniki tveganja večplastni. Nekateri dejavniki tveganja se nanašajo na individualne lastnosti mladostnika, drugi na njegov življenjski slog, spet tretja kategorija dejavnikov na življenjske okoliščine. Med individualne lastnosti mladostnika, ki lahko povečajo tveganje za samomor spadajo nekatere osebnostne značilnosti (npr. impulzivnost, agresivnost), določena vedenja kot npr. socialni umik, izogibovalno vedenje ali različna tvegana vedenja, prisotnost duševne motnje (predvsem anksioznost in depresija), istospolna usmerjenost ali druge psihološke značilnosti, ki usmerjajo mladostnikovo razmišljanje (npr. pesimistično dojetanje sveta). Med dejavnike tveganja, ki se nahajajo v okolju, pa lahko spadajo življenje v neugodnih socialnih razmerah, problemi v družini ali medosebnih odnosih, prisotnost duševnih motenj pri starših (npr. depresija, odvisnost od alkohola), samomor v družini, pomanjkanje čustvene opore, družinsko nasilje, vključno z zlorabami.

V literaturi lahko zasledimo vrsto poročanj o tem, kateri dejavniki tveganja so najbolj povezani s samomorilnim vedenjem. Mark in sodelavci (7) so na vzorcu podatkov študije Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju ugotovili, da je najmočnejši napovedni dejavnik za prisotnost samomorilnih misli pri mladostnikih slaba komunikacija med starši in mladostniki, poleg tega pa še medvrstniško nasilje. Zanimivi so izsledki študije SAYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), v kateri je sodelovala tudi Slovenija. V študiji so ugotovili, da se s samomorilnimi mislimi povezuje tudi manjše število ur spanja in težave z vrstniki (8), samopoškodovalno vedenje, anksioznost in depresija (9) ter namerno neopravičeno izostajanje od pouka («špricanje») (10).

ESPAD 2012 – Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino v letu 2011, je med anketiranimi dijaki prvih letnikov srednjih šol skoraj tretjina vsaj enkrat ali pogosto razmišljala o tem, da bi se poškodovali, 11% dijakov pa je navedlo, da so poskusili storiti samomor enkrat ali pogosteje (11).

V letu 2014 je bilo v slovenski del raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem okolju (6) prvič vključeno tudi vprašanje o samomorilnih mislih (samo za 15 – letnike). Rezultati so pokazali, da je v zadnjem letu 15,5% vprašanih mladostnikov pomislilo na samomor. Delež mladostnic, ki so v zadnjem letu pomislile na samomor je bil pomembno višji kot deleže fantov. Na samomor je namreč v zadnjem letu pomislilo 21,2% mladostnic in 8,8% fantov.

Umrljivost zaradi samomora v starostni skupini do 19 let

Slovenija je glede umrljivosti zaradi samomora med mladimi sicer še vedno nad evropskim povprečjem, vendar je vzpodbuden podatek, da je umrljivost zaradi samomora v starostni skupini 10-14 let v obdobju 2003 – 2013 precej upadla (12). V tem obdobju je bil samomor v starostni skupini 10-14 let na drugem mestu umrljivosti za neoplazmami, v starostni skupini 15 - 19 let pa prav tako na drugem mestu za prometnimi nesrečami.

V opazovanem obdobju 2003 – 2013 je bilo v starostni skupini 10 – 14 let skupaj 10 samomorov (zaradi premajhnih numerusov in varstva osebnih podatkov, podatkov po posameznih letih in ločeno po spolu ne moremo navajati). Med leti 2006 – 2009 v tej starostni skupini nismo zabeležili nobenega samomora, prav tako ne v letu 2011.

V starostni skupini 15 - 19 let je bilo v obdobju 2003 – 2013 90 samomorov, od tega 67 fantov in 23 deklet (13). Fantje v tej starostni skupini torej približno trikrat pogosteje umrejo zaradi samomora kot dekleta. Na leto se v tej starostni skupini povprečno zgodilo med 8 in 10 samomorov, kar je precej manj od 20 samomorov letno, ki smo jih v tej starostni skupini zabeležili v prejšnjem desetletju.

V opazovanem obdobju 2003 – 2013 je v starostni skupini 15 – 19 let bilo največ samomorov leta 2003 in 2008, ko jih je bilo 13. V analizi ki smo jo opravili za obdobje 1997 – 2010 smo ugotovili, da je samomor v starostni skupini 10 – 19 let statistično značilno upadel pri dekletih, medtem ko je bil pri fantih sicer tudi trend upadanja, vendar ta ni bil statistično značilen (14).

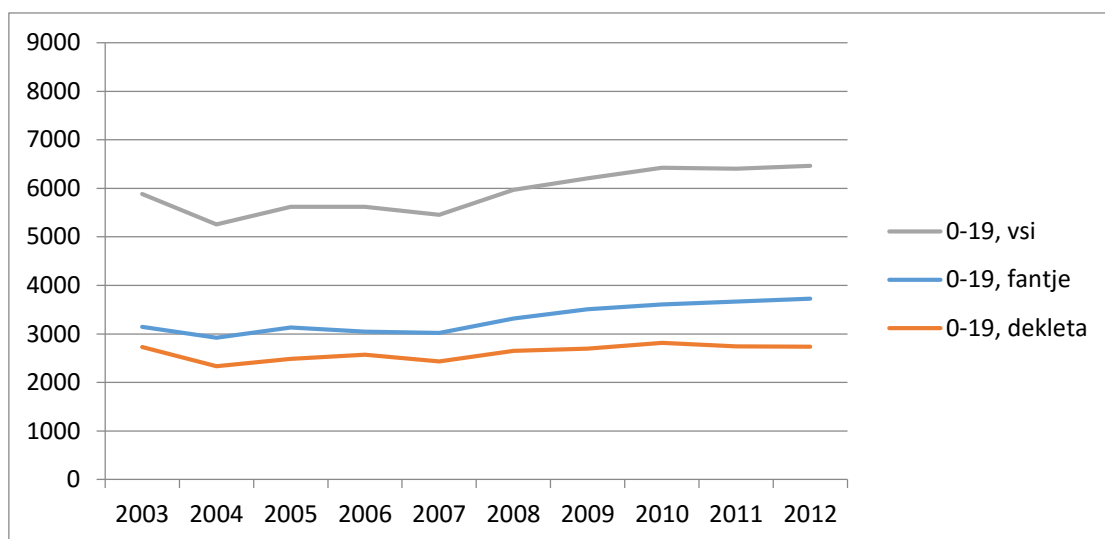
Umrljivost zaradi samomora v starostni skupini od 20 do 30 let

Slovenija je glede umrljivosti zaradi samomora v starostni skupini nad 20 let še vedno precej nad evropskim povprečjem, vendar je vzpodbuden podatek, da je umrljivost zaradi samomora v starostni skupini 15 – 29 let v obdobju 2003 – 2010 precej upadla (15). Standardizirana stopnja umrljivosti (SDR) zaradi samomora je v letu 2003 znašala 25,2, v letu 2010 (zadnji razpoložljiv podatek) pa 11,6. Upad je razviden pri obeh spolih. Pri moških, je umrljivost zaradi samomora upadla iz SDR 40,59 v letu 2003 na 20,35 v letu 2010, pri ženskah pa iz 9,68 v letu 2010 na 2,08 v letu 2003. V letu 2003 je SDR pri ženskah upadla celo pod povprečje Evropske unije, ki je znašalo 2,75.

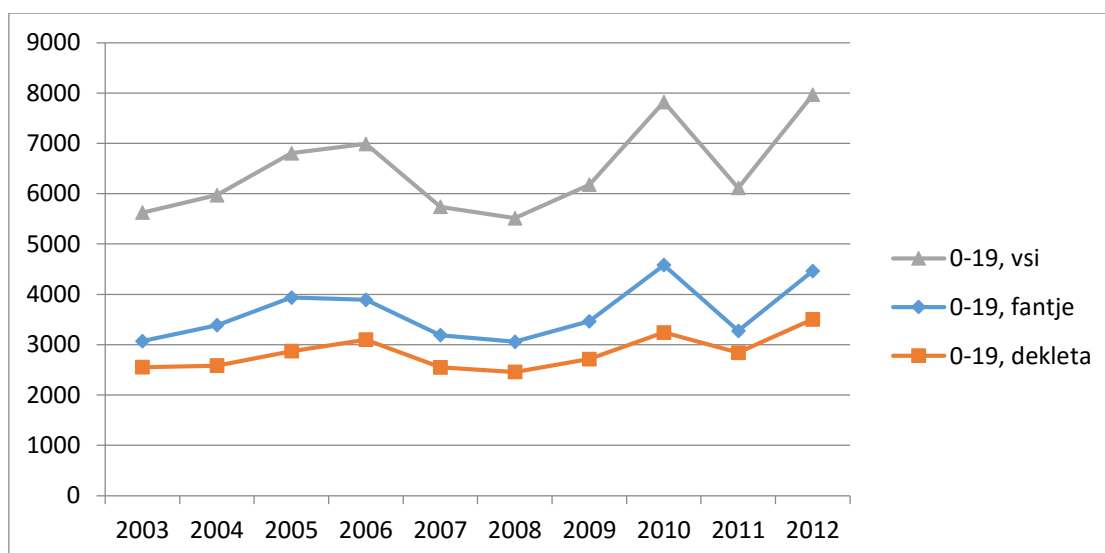
V starostni skupini 20 - 27 let je bilo v obdobju 2005 – 2013 284 samomorov, od tega 251 moških in 33 žensk (13). Moški v tej starostni skupini torej kar sedemkrat pogosteje umrejo zaradi samomora kot ženske.

Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih, ugotovljene na primarnem in sekundarnem zdravstvenem nivoju

Število prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih motenj je v obdobju 2003 -2012 znašalo med 5255 v letu 2004 in 6464 v letu 2012 (vir podatkov je ZUBSTAT, baze zunajbolnišnične statistike). V navedenem obdobju je opazen porast števila prvih obiskov tako na primarnem kot sekundarnem nivoju (specialistična obravnava) (Slika 4.2.2 in Slika 4.2.3).

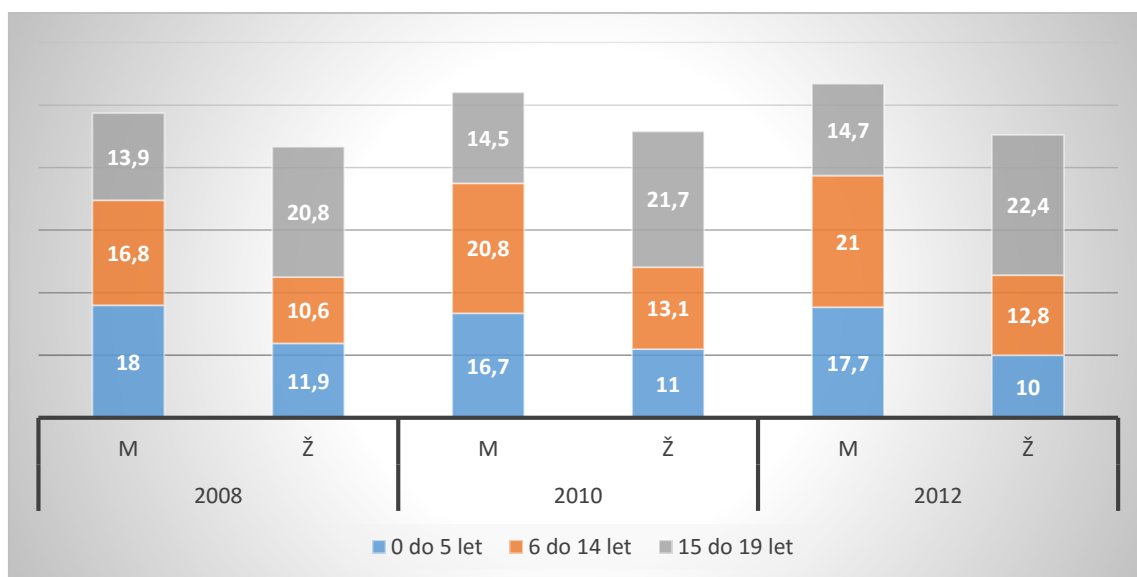


Slika 4.2.2. Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na primarnem nivoju v obdobju 2003-2012, pri otrocih in mladostnikih



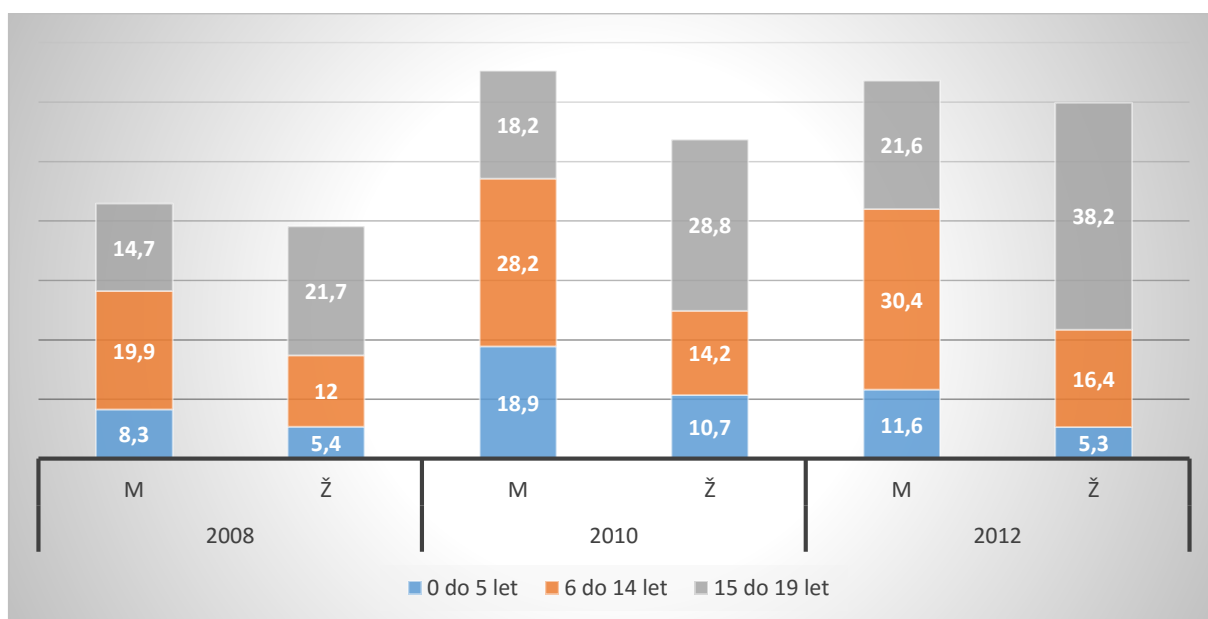
Slika 4.2.3. Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na sekundarnem nivoju v obdobju 2003-2012, pri otrocih in mladostnikih

Število prvih obravnav zaradi težav duševnega zdravja na 1000 otrok na primarni ravni je različno v različnih starostnih skupinah. Značilno je, da je v starostnih skupinah do 14 let število obiskov višje pri fantih, kot pri dekletih, obiski v vseh starejših starostnih skupinah pa so pogostejši pri dekletih kot pri fantih. Iz podatkov za leta 2008, 2010 in 2012 vidimo, da je število obravnav fantov na primarnem nivoju v različnih starostnih skupin nihalo, medtem ko je bilo v vseh letih število prvih obravnav pri dekletih najvišje v starostni skupini od 15 do 19 let (Slika 4.2.4).



Slika 4.2.4. Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na primarni ravni, po spolu na 1000 prebivalcev

Na sekundarnem nivoju je bilo število obravnav fantov v vseh vključenih letih najvišje v starostni skupini od 6 do 14 let, pri dekletih pa v vseh letih najvišje v starostni skupini od 15 do 19 let (Slika 4.2.5).



Slika 4.2.5. Število prvih obiskov zaradi duševnih motenj na sekundarni ravni, po spolu na 1000 prebivalcev

Starostna skupina do 5 let

Po podatkih za leta 2008, 2010 in 2012, so bile pri otrocih do vključno petega leta starosti, med razlogi za obravnave tako na primarnem kot sekundarnem nivoju zlasti težave iz skupin motenj psihološkega razvoja in vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu. Znotraj prve skupine motenj (psihološki razvoj) so bile daleč na prvem mestu obravnave zaradi specifični razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju, sledile so pervazivne razvojne motnje, kamor uvrščamo avtizem v

otročtvu in Aspergerjevo motnjo. Znotraj druge skupine motenj (vedenjske motnje) pa so bile na prvem mestu obravnave zaradi tikov ter hiperkinetične motnje. Zaradi vseh omenjenih motenj je bilo število obravnav znatno višje pri fantih kot pri deklicah te starostne skupine.

Starostna skupina od 6 do 14 let

V starostni skupini od 6 do 14 let so bile na primarnem nivoju pri fantih najpogostejše obravnave zaradi hiperkinetične motnje in specifičnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju, sledile so obravnave zaradi specifičnih razvojnih motenj pri šolskih veščinah. Pri dekletih so bile na prvem mestu obravnave zaradi specifičnih razvojnih motenj pri govorjenju in jezikovnem izražanju ter pri šolskih veščinah, sledile so obravnave zaradi reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj.

Na sekundarnem nivoju so bili fantje te starostne skupine najpogosteje obravnavani zaradi hiperkinetične motnje, sledile so mešane motnje vedenja in čustvovanja, dekleta pa so bila najpogosteje obravnavana zaradi motenj prehranjevanja ter hiperkinetične motnje, sledile so obravnave zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja.

Starostna skupina od 15 do 19 let

Pri mladostnikih v starosti od 15 do 19 let so med najpogostejšimi težavami tiste, ki so najpogostejše tudi v odrasli dobi. Na primarni ravni so bile pri fantih najpogostejše obravnave zaradi motenj zaradi uživanja alkohola, reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj ter drugih anksioznih motenj, sledile so obravnave zaradi depresije. Pri mladostnicah so bile najpogostejše obravnave zaradi drugih anksioznih motenj ter reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj, sledile so obravnave zaradi depresije in motenj prehranjevanja.

Na sekundarnem nivoju so bili fantje najpogosteje obravnavani zaradi hiperkinetične motnje, depresije, mešanih motenj vedenja in čustvovanja, ter težav zaradi alkohola in drugih anksioznih motenj. Pri dekletih so bile na prvem mestu obravnave zaradi motenj prehranjevanja. Sledile so obravnave zaradi mešanih motenj vedenja in čustvovanja, depresije, reakcije na hud stres in prilagoditvenih motenj ter drugih anksioznih motenj.

Duševne motnje pri otrocih in mladostnikih, ki so zahtevale bolnišnično obravnavo

Starostna skupina od 6 do 14 let

V letih 2008, 2010 in 2012 so bile med razlogi za bolnišnično zdravljenje otrok v starosti od 6 do 14 let, na prvem mestu težave iz skupin Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesom. Med motnjami v prvi skupini (Vedenjske in čustvene motnje) so zlasti hiperkinetična motnja, zaradi katere je bilo hospitaliziranih več fantov kot deklet, v drugi skupini (Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesom) pa so bile zlasti motnje prehranjevanja, zaradi katerih je bilo na zdravljenju več deklet kot fantov.

Starostna skupina od 15 do 19 let

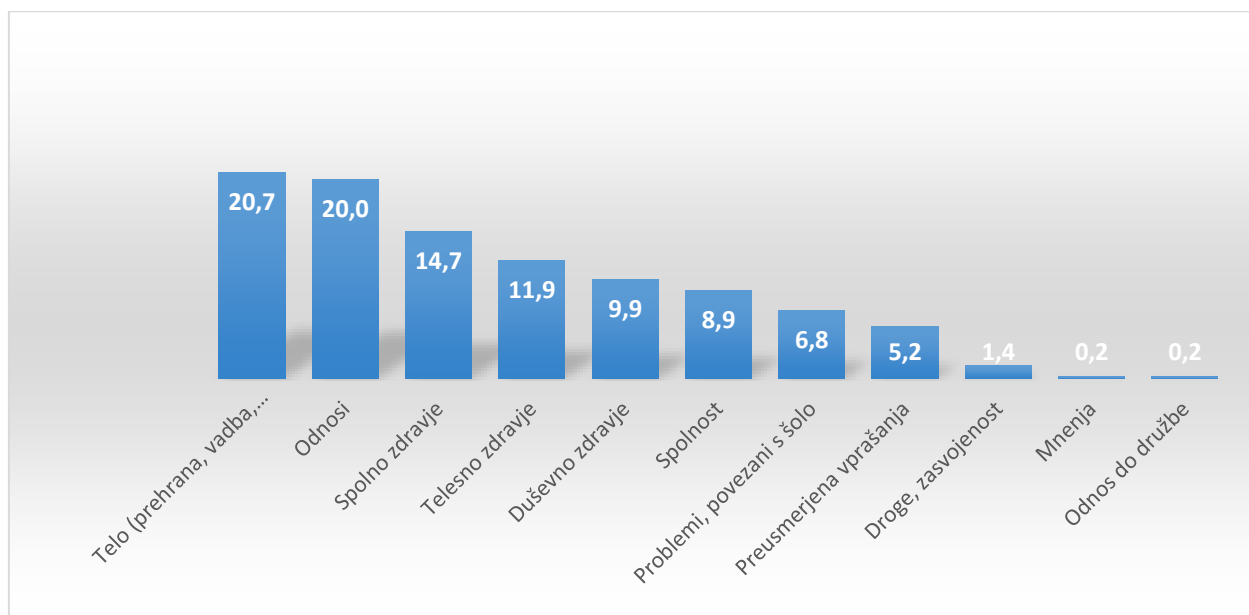
Mladostniki v starosti od 15 do 19 let so bili najpogosteje hospitalizirani zaradi težav iz skupine Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (med temi predvsem zaradi shizofrenije), težav iz skupine Nevrotske, stresne in somatiformne motnje ter skupine Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja

psihoaktivnih snovi, med temi predvsem zaradi alkohola. Dekleta v starosti od 15 do 19 let pa so bila najpogosteje hospitalizirani zaradi težav iz skupin Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu, težav iz skupin Nevrotske, stresne in somatoformne motnje, Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesom ter Razpoloženske (afektivne) motnje.

Analiza vprašanj otrok in mladostnikov v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net

Drugačen pogled na mladostniške probleme, kot ga nudi rutinska zdravstvena statistika, dobimo z analizo vprašanj v spletni svetovalnici To sem jaz (16). Svetovalnica deluje že od leta 2001 v okviru celjske enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Spletna svetovalnica otrokom in mladostnikom omogoča, da zastavljajo vprašanja o svojih aktualnih problemih in dilemah, pri katerih jim svetuje ekipa spletnih svetovalcev – strokovnjakov iz različnih področij.

V letih 2012 in 2013 so mladostniki zastavili 5.870 vprašanj, ki so jih v uredništvu razvrstili v 11 glavnih kategorij (Slika 4.2.6). V kategorijo duševno zdravje je bilo razvrščenih 583 vprašanj, kar znaša 10 odstotkov med vsemi vprašanji.



Slika 4.2.6. Delež vprašanj mladostnikov v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net po glavnih kategorijah, v letih 2012 in 2013

Največ vprašanj znotraj področja duševno zdravje se je nanašalo na čustva (29,2 odstotka), nizko samozavest (18,7 odstotkov) in težave v komunikaciji (17,8 odstotka). Sledila so vprašanja, ki sodijo v okvir najtežjih vprašanj in sicer motnje hranjenja (7,4 odstotkov), samopoškodbe (6 odstotkov) ter samomorilnost (3,4 odstotkov).

Tabela 4.2.3. Delež vprašanj mladostnikov v spletni svetovalnici www.tosemjaz.net po spolu znotraj kategorije duševno zdravje, v letih 2012 in 2013

	% fantje	% dekleta
--	----------	-----------

Komunikacijski problemi	41.4	12.6
Čustva	19.8	32.4
Nizka samozavest	12.9	20.8
Razno (duševno zdravje)	9.5	5.3
Sanje	6.0	2.5
Depresija	2.6	2.1
Samomorilnost	2.6	3.4
Stres	1.7	2.1
Motnje hranjenja	0.9	9.4
Samopoškodbe	0.9	7.1
Iskanje svetovalca	0.9	0.7
Psihiatrične težave	0.9	0.2
Žalovanje, izgube	0.00	0.9
Anksioznost	0.00	0.9
Skupaj	100.00	100.00

Analiza vsebin vprašanj je pokazala, da med spoloma obstajajo razlike glede pogostosti zastavljenih vprašanj, ki se nanašajo na določene vsebine. Pri fantih so bili na prvem mestu komunikacijski problemi, sledile so težave na čustvenem področju in težave z nizko samozavestjo. Pri dekletih so bile prvem mestu čustvene težave, sledile so težave zaradi nizke samozavesti in komunikacijske težave. Delež najtežjih vprašanj je bil med dekletimi višji kot med fanti, še posebno je bil višji pri vprašanjih glede motenj hranjenja in samopoškodbenega vedenja (Tabela 4.2.3).

V kategorijo droge in zasvojenosti je bilo v dveh letih razvrščenih 80 vprašanj, kar predstavlja zgolj 1,4 odstotka vseh vprašanj. Največ vprašanj mladostnikov znotraj te kategorije se je nanašalo na področja kajenja tobaka (28 odstotkov), uživanja alkohola (24 odstotkov) in konoplje (24 odstotkov).

Literatura

1. WHO, 1986.
2. Šprah L, Novak T, Fridl J. The well being of Slovenia's population by region: comparison of indicators with an emphasis on health (Blaginja prebivalcev Slovenije po regijah: primerjava kazalnikov s poudarkom na zdravju). *Acta geographica Slovenica* 2014; 54: 1-22.
3. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T (ur.). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011
4. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, deLooze M, Roberts C, Samdal O. et al., editors. Social determinants of health and well-being among young people. HBSC international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO, 2012.
5. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 581–6.
6. Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Drev A, Pucelj V, Zupanič T, Britovšek K (ur.). (2014). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
7. Mark L, Samm A, Tooding L-M, Sisask M, Aasvee K, Zaborskis A in dr. Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents: An HBSC study on school children in Estonia, Lithuania and Luxembourg. *Crisis* 2013; 34(1): 3-12.
8. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G in dr. Hours of sleep in adolescent and its association with anxiety, emotional concerns and suicidal ideation. *Sleep Medicine* 2014; 15(2), 248-254.
9. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hove CW in dr. Life time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2014 55:4:337-348.
10. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J in dr. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): Methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health* 2013, 13:479
11. Stergar E, Urdih Lazar T. *Evropska raziskava o alkohola in preostalih drogah med šolsko mladino Slovenija 2011*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa 2014.
12. HFA MDB, Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfamdb/>; sneto 27.5. 2015
13. Baza umrlih, NIJZ
14. Roškar S, Zorko M, Podlessek A. Suicide in Slovenia in the years 1997-2010: Characteristics, Trends and Preventive activities. *Crisis*, 2015 Jan 12:1-9. [Epub ahead of print]

15. HFA MDB, Health for All Database, <http://data.euro.who.int/hfamdb/>; sneto 19.6. 2015
16. *Avtomatsko generirano poročilo, Analiza forumskih tem spletne svetovalnice tosemjaz.net, januar 2012 – december 2013. Avtor razvoja avtomatsko generiranega poročila: Marjan Cugmas. Strokovni sodelavci v raziskavi: Marjan Cugmas, Ksenija Lekić, Petra Tratnjek, Nuša Konec Juričič. Izdelava poročila: april 2014. Izvajalec raziskave: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje.*