

Metodološki okvir za kreiranje i provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja namijenjenih mladima uzrasta od 14 do 18 godina u Bosni i Hercegovini



Naslov

Metodološki okvir za kreiranje i provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja namijenjenih mladima uzrasta od 14 do 18 godina u Bosni i Hercegovini

Izdavač

Vijeće za regionalnu saradnju
Trg Bosne i Hercegovine 1/V, 71000 Sarajevo
Bosnia and Herzegovina
Tel: +387 33 561 700

E-mail

rcc@rcc.int

Website

www.rcc.int

Autori

Biljana Lakić Dr med., Elma Omersoftić, Irina Rizvan



© RCC 2023.

Dokument je pripremljen u okviru Omladinske laboratorije Zapadnog Balkana (WBYL), projekta koji finansira Evropska Unija, a implementira Savjet za regionalnu saradnju (RCC).

Odricanje odgovornosti: Sadržaj, stavovi, tumačenja i uslovi izraženi u ovom dokumentu predstavljaju isključivu odgovornost autora i ni na koji način se ne može smatrati da se odražavaju stavove Savjeta za regionalnu saradnju, njegove učesnice, partnera, donatora ili Evropske unije.

Dokument je nastao uz posvećenost i kontinuirani rad Radne grupe iz Bosne i Hercegovine koju čine;

- **Andreja Subotić Popović dr med.**, Rukovodilac Odsjeka za transplantaciju i biomedicinu, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, ko-predsjedavajuća Radne grupe
- **Berina Bulatović**, Projektna asistentica, Vijeće mladih Federacije Bosne i Hercegovine, ko-predsjedavajuća Radne grupe
- **Zlatan Peršić**, Stručni savjetnik u Sektoru za javno zdravlje, Federalno Ministarstvo zdravlja
- **Srđan Kisić**, Viši stručni saradnik za Omladinski centar, Vlada Brčko distrikta Bosne i Hercegovine
- **Benisa Bibuljica**, Omladinska radnica i PR, PRONI Centar za omladinski razvoj
- **Kemal Salić**, Viši stručni saradnik za evropske integracije i međunarodnu saradnju-Odsjek za mobilnost i mlade, Ministarstvo civilnih poslova Bosne i Hercegovine



SADRŽAJ

1. Uvod	6
2. Mladi i mentalno zdravlje.....	7
3. Specifičnosti razvojnog perioda adolescencije	8
3.1. Adolescencija	8
3.2. Razvoj ličnosti adolescenata.....	10
3.3. Kognitivni razvoj u adolescenciji	11
3.4. Moralni razvoj	12
3.5. Emocionalni razvoj	13
3.6. Socijalni razvoj.....	14
3.7. Internet generacija.....	15
4. Pregled stanja mentalnog zdravlja mladih u uzrastu od 14 do 18 godina u Bosni i Hercegovini.....	17
4.1 Rezultati istraživanja u oblasti rada sa djecom i adolescentima u Bosni i Hercegovini	17
4.2. Zaključci istraživanja mentalnog zdravlja mladih u Kantonu Sarajevo	26
4.3. Zaključci diskusija u okviru fokus grupe	27
5. Teorijska znanja o problemima u ponašanju kod djece školske dobi uzrasta od 14 do 18 godina	29
5.1 Poremećaji u ponašanju	29
5.2 Eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju djece i adolescenata.....	30
5.3 Prevalencija problema u ponašanju i razlike po spolu i dobi	31
6. Teorijska znanja o protektivnim faktorima kod mladih	31
6.1 Rizični i zaštitni faktori	31
6.2. Porodični i socijalni rizični i zaštitni faktori.....	34
6.3 Faktori rizika za nastanak teškoća mentalnog zdravlja školske djece u Bosni i Hercegovini	37
6.3.1. Posljedice poplava 2014. godine kao i pandemije COVID-19	37
6.3.2. Transgeneracijska trauma.....	38
6.3.3. Finansijska nestabilnost	38
6.3.4. Izloženost porodičnom nasilju i nasilju u zajednici kod mladih	38
6.3.5. Faktori rizika vezani za školsko okruženje.....	39
6.4 Razvoj rezilijentnosti/otpornosti kod mladih	41
6.4.1. Zadovoljenje temeljnih potreba.....	41
6.4.2. Socijalna mreža i suštinsko prihvatanje	43
6.4.3. Doživljaj lične djelotvornosti.....	43
6.4.4. Djelotvorno suočavanje sa stresom.....	43

6.4.5. Samopoimanje i samopoštovanje.....	44
7. Teorijski koncepti prevencije i promocije u mentalnom zdravlju usmjereni na populaciju mladih od 14 do 18 godina.....	46
7.1. Teorijski principi prevencije i promocije u mentalnom zdravlju	46
7.2. Značaj promocije i prevencije u očuvanju mentalnog zdravlja.....	49
8. Suicidalnost i suicid kod adolescenata i prevencija suicida	51
8. 1 Ključne činjenice o suicidu (SZO, WFMH)	51
8.2 Suicidalnost i suicid kod adolescenata i mladih.....	55
8.3 Prevencija suicidalnosti kod adolescenata.....	61
9. Uputstva za izradu programa za ovu dobnu skupinu i smjernice za primjenu	68
9.1. Planiranje, realizacija i evaluacija promotivno-preventivnih programa.....	68
9.1.1. Situaciona analiza-procjena potreba, identifikacija ključnih aktera i resursa u zajednici.....	68
9.2 Smjernice i uputstva za izradu programa u evropskim ekonomijama	71
9.2.1 Aktivnosti i preporuke SZO za unapređenje mentalnog zdravlja djece, adolescenata i mladih (SZO/EURO, 2022).....	72
9.2.2 Primjeri preventivnih politika i programa u evropskim ekonomijama:	76
9.2.2.2 Programi prevencije depresije, anksioznosti i suicida	77
9.3 Programi u različitim okruženjima	77
9.3.1. Prevencija u porodičnom okruženju.....	78
9.3.2. Prevencija u školskome okruženju	81
10. Pregled postojećih preventivnih programa sa fokusom na ovu dobnu grupu u Bosni i Hercegovini, iskustva u realizaciji i naučene lekcije.....	89
11. Završna razmišljanja/zaključci:	114
12. Prilozi: Primjeri dobre prakse	115
12.1 Program sekundarne prevencije u Kantonu Sarajevo	115
12.2 Primjer programa prevencije maloljetničke delinkvencije za srednju školu	117
13. Literatura.....	125

1. Uvod

Danas u svijetu ima 1,3 milijarde adolescenata, više nego ikad prije, što čini 16 posto svjetske populacije. Prema podacima UNICEF-a iz 2018. godine, gotovo 90 posto tih djevojčica i dječaka živi u ekonomijama s niskim i srednjim dohotkom. Ostvarivanje prava tih adolescenata i ulaganje u njihov razvoj, pridonosi punom učestvovanju adolescenata i mladih ljudi u životu nacije. Oni predstavljaju konkurentnu radnu snagu, održavaju ekonomski rast, poboljšavaju upravu i čine građansko društvo živahnim, ubrzavajući napredak prema ciljevima održivog razvoja.

Adolescencija je odlučujuće vrijeme u razvoju djeteta koje karakterizira brz fizički rast i neurološko oblikovanje, početak puberteta i seksualna zrelost. To je kritični period za razvoj individualnog identiteta kada mladi ljudi shvataju ko žele biti u svijetu; imaju priliku za rast, istraživanje i kreativnost. Pozitivni društveni odnosi i okruženja pojačavaju osjećaj uključenosti i pripadnosti i dovode do pozitivnih rezultata. Negativna iskustva, s druge strane, povećavaju strah, sumnju u sebe ili dovode do društvene izolacije. Ti osjećaji se mogu pojačati tokom ovog ranjivog perioda razvoja, što dovodi do kaskade negativnih i čak patoloških ishoda kako mladi ljudi odrastaju i prelaze u odraslu dob. Kada adolescenti, uključujući one u najnepovoljnijem položaju, imaju podršku brižnih porodica i odraslih, kao i politika i adekvatnih usluga koje paze na njihove potrebe, tek tada se mogu razvijati njihovi puni potencijali. U godinama iza rata, u Bosni i Hercegovini društvo je pomagalo u rješavanju najhitnijih pitanja koja se tiču djece i mladih. Tokom ratnih zbivanja, ali i u dugom nizu godina nakon rata, radili su se veliki projekti reforme mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini, koji su uključivali razvoj sistemskog odgovora na prevenciju i tretman transgeneracijskih ratnih trauma. Otvarali su se servisi i centri za mentalno zdravlje kako bi se stanovništvu pružila adekvatna stručna pomoć, jačao se nevladin sektor kroz veliku pomoć međunarodnih organizacija i stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja. Razvijen je i veliki broj programa sa i za adolescente koji su se provodili dugi niz godina. Pažnja je uglavnom bila posvećena razvoju adolescenata kroz obrazovanje; radu na komunikaciji, stresu i prevenciji traume; prevenciji vršnjačkog nasilja i maloljetničke delikvencije; promociji zdravih stilova života, prevenciji i liječenju HIV-a; prevenciji kockanja i upotrebe alkohola i droga; jačanju protektivnih faktora roditelja i djece; promociji rodne ravnopravnosti i socijalnoj i dječijoj zaštiti.

Ovaj dokument s uputstvima temelji se na postojećim preventivno-promotivnim programima u Bosni i Hercegovini namijenjenim mladima uzrasta od 14 do 18 godina i daje okvir za njihovo kreiranje i provođenje. Ovim dokumentom želimo predstaviti specifičnosti razvojnog perioda adolescencije, dati pregled trenutnog stanja mladih u Bosni i Hercegovini uzrasta od 14 do 18

godina i njihovim problemima, pregled teorijskih znanja o problemima u ponašanju kod ove dobne skupine, uzrocima problema u ponašanju kod mladih vezanih za individualne faktore, porodične, školske i druge faktore sredine-ekosistema, faktore rizika i zaštitne faktore za mentalno zdravlje školske djece specifične za Bosnu i Hercegovinu. Nakon pregleda stanja i uzroka, dat je teorijski koncept prevencije i promocije u mentalnom zdravlju usmjerene na populaciju mladih od 14 do 18 godina, kao i uputstva za izradu programa za ovu dobnu skupinu i smjernice za primjenu i pregled postojećih preventivnih programa, iskustva u implementaciji i naučene lekcije.

2. Mladi i mentalno zdravlje

Adolescencija i rane godine zrelosti su životno doba u kome se dešava mnogo spoljašnjih i unutrašnjih promjena, npr. mijenja se škola, napušta kuća i započinje studiranje ili novi posao. Za mnoge, to su uzbudljiva vremena, a za neke to mogu biti i izvori stresa i straha. Sve veća upotreba modernih tehnologija nesumnjivo donosi mnoge prednosti, ali može također donijeti i dodatne pritiske, obzirom da su povezivanja sa virtuelnim mrežama u bilo koje doba dana i noći u porastu. Mnogi adolescenti također žive u područjima pogođenim humanitarnim krizama kao što su ratni sukobi, prirodne katastrofe i epidemije. Mladi ljudi koji žive u takvim situacijama posebno su osjetljivi na razvoj mentalnog stresa i bolesti, kao i oni izloženi nasilju, zlostavljanju i siromaštvu. Brojni su izazovi sa kojim se suočavaju mladi danas, kao što su zlostavljanje, samoubistvo, početak ozbiljnijih mentalnih bolesti, efekti traume i diskriminacija rodnog identiteta. Ovi izazovi traže naše vrijeme i pažnju, globalnu svijest i saosjećanje, kao i nove programe i smjernice o tome kako možemo zaštititi i osnažiti sljedeću generaciju.

Polovina svih mentalnih bolesti počinje sa 14 godina, ali većina slučajeva nije otkrivena i tretirana. 16% globalnog tereta bolesti i povreda kod ljudi uzrasta od 10 do 19 godina čine mentalni poremećaji. Jedan od pet mladih ljudi pati od mentalne bolesti, što je 20% naše populacije, ali još uvijek se samo oko 4% ukupnog zdravstvenog budžeta troši na mentalno zdravlje. Globalno, depresija je jedan od vodećih uzroka bolesti i invaliditeta među adolescentima. Samoubistvo je drugi vodeći uzrok smrti među mladima od 15 do 29 godina (SZO, 2018). Štetna upotreba alkohola i nedozvoljenih droga kod adolescenata je veliki problem u mnogim ekonomijama i može dovesti do rizičnih ponašanja kao što je nesiguran seks ili opasna vožnja. Poremećaji u ishrani su također prisutni. Svakih 10 minuta, negdje u svijetu, jedna adolescentna djevojčica umre kao rezultat nasilja (UN Children's Fund, 2018). 83% mladih kaže da vršnjačko nasilje ima negativan uticaj na njihovo samopoštovanje

(ditchthelabel.org, 2018). Posljedice neotkrivenih i netretiranih adolescentnih mentalnih zdravstvenih problema protežu se u zrelost, što ugrožava fizičko i mentalno zdravlje i ograničava mogućnosti da vode ispunjen život kao odrasli.

Sve više se prepoznaje važnost otpornosti i pomoći mladima u izgradnji mentalne otpornosti od najranijeg doba kako bi se uspješno suočili sa izazovima današnjeg svijeta. Povećavaju se dokazi da promocija i zaštita zdravlja adolescenata donosi kratkoročne i dugoročne koristi, ne samo boljem zdravlju adolescenata, već i ekonomijama i društvu, pri čemu zdrave, mlade odrasle osobe mogu više da doprinesu radnoj snazi, njihovim porodicama i zajednici i društvu u cjelini.

Mnogo toga se može učiniti kako bi se pomoglo u izgradnji mentalne otpornosti od ranog uzrasta, kako bi se spriječio razvoj mentalno-zdravstvenih problema i poremećaja među adolescentima i mladim ljudima i promovirao oporavak od mentalnih bolesti. Prevencija počinje prepoznavanjem i razumijevanjem ranih znakova upozorenja i simptoma mentalnih bolesti. Roditelji i nastavnici mogu da pomognu u izgradnji životnih vještina djece i adolescenta kako bi im pomogli da se nose sa svakodnevnim izazovima kod kuće i u školi. Psihosocijalna podrška se može pružiti u školama i drugim sredinama u zajednici, a uključuje i obuku zdravstvenih radnika, kako bi im omogućila da blagovremeno otkriju i adekvatno tretiraju poremećaje mentalnog zdravlja. Za mentalno zdravlje mladih ljudi od suštinskog su značaja investicije vlada i uključivanje socijalnog, zdravstvenog i obrazovnog sektora u sveobuhvatne, integrisane programe, zasnovane na dokazima (SZO, 2018). Ove investicije treba da budu povezane sa programima za podizanje svijesti mladih o načinima na koji će se bolje starati o vlastitom mentalnom zdravlju i pomoći vršnjacima, roditeljima i nastavnicima da znaju kako da podrže svoje prijatelje, djecu i učenike.

3. Specifičnosti razvojnog perioda adolescencije

3.1. Adolescencija

Vrijeme adolescencije je vrijeme promjena i osjetljiv životni period u kojem postoji mogućnost razvoja nepoželjnih ponašanja i navika koje mogu prerasti u probleme te se mogu održati i u odrasloj dobi. Sama riječ potiče od latinske riječi *adolescere*, što znači odrasti, odnosno rasti prema zrelosti (Muuss i Porton, 1998; prema Duvnjak, 2018). U ovoj životnoj fazi, adolescenti započinju svoj prelaz iz djetinjstva u odraslu dob. Postoje različita gledišta na adolescenciju. Prema biološkom gledištu, ovo je period bure i stresa koji karakterizira

turbulencija. Međutim, postoje i druga gledišta koja smatraju ovakvo stajalište pretjeranim i navode kako adolescencija može biti i najugodniji period (Mead, 1955; Lacković – Grgin, 2006; prema Duvnjak, 2018). Stoga se može zaključiti kako na adolescenciju utiču i biološki i društveni faktori. Adolescencija predstavlja period brzih i nedosljednih promjena koje variraju među pojedincima. Teškoće vezane za postizanje nezavisnosti, ostvarivanje identiteta, spolnosti i odnosi s drugima definiraju ovaj razvojni period. Svaki adolescent ili adolescentica izloženi su rizičnim faktorima, koji u konačnici oblikuju njihove vlastite obrasce ponašanja. Turbulencije i problemi u ponašanju adolescenata su vrlo česti i normalni te se mogu pojaviti u ovom periodu.

Adolescencija predstavlja prelazni period između djetinjstva i odrasle dobi. Mladi u tom periodu moraju ovladati važnim razvojnim zadacima, tjelesno se razviti i prihvatiti svoje novo razvijeno tijelo, razviti ličnost tj. vlastiti identitet, odnosno sazreti i steći načine mišljenja odraslih, završiti školovanje i steći emocionalnu i ekonomsku nezavisnost, te se naučiti zrelo odnositi prema osobama oba spola (Berk, 2007; prema Duvnjak, 2018).

Najčešće se definira kao period između 12. i 20., odnosno 25. godine života. 12. godina obilježava prosječnu dob ulaska u pubertet, iako u razvijenim društvima, zbog medicinskog napretka i poboljšanih uvjeta života, djeca i ranije ulaze u pubertet, te se ulazak u pubertet smatra početkom perioda adolescencije. Pubertet se prvenstveno odnosi na biološke, tj. anatomske i fiziološke promjene. Završetak puberteta obilježava puna spolna zrelost i sposobnost reprodukcije, ali to ne znači da time završava period adolescencije. Adolescencija se prvenstveno odnosi na sve psihičke promjene koje prate tjelesni razvoj u periodu puberteta. Završetak perioda adolescencije smatra se kada mlada osoba ovlada gotovo svim navedenim razvojnim zadacima. U prošlosti, i u manje razvijenim društvima, to se obično događalo oko 20. godine života mlade osobe, kada je formalno školovanje za određeno zanimanje završeno i mlada se osoba zapošljava i započinje samostalni život nezavisan od roditelja. U razvijenijim društvima period adolescencije obično duže traje, jer mladi po završetku srednjoškolskog obrazovanja, nastavljaju s visokoškolskim obrazovanjem, na fakultetima, akademijama i sl., pri čemu još jedan određen period života ostaju ovisni o roditeljima. U ovim slučajevima period adolescencije se najčešće produžuje do završetka visokoškolskog obrazovanja i osamostaljivanja što je obično oko 25. godine života (Velki i sar., 2018).

3.2. Razvoj ličnosti adolescenata

Eriksonova teorija ličnosti daje jedan od najdetaljnijih prikaza razvoja ličnosti tokom adolescencije. Prema njegovoj teoriji mladi u dobi između 12. i 20. godine imaju kao glavni zadatak izgraditi svoj identitet kako bi odrasli u sretne i produktivne odrasle osobe. Za ovaj razvojni period karakteristična je faza zbunjenosti tokom koje mladi trebaju pronaći odgovor na pitanja kao što su „Ko sam ja?“ i „Koji je moj cilj u životu?“, a ukoliko uspješno pronađu odgovor dolazi do stvaranja identiteta što je glavno postignuće u adolescenciji. Mladi trebaju definirati ko su, koje su im vrijednosti, odlučiti o smjeru koji će slijediti u životu (Berk, 2007; prema Duvnjak, 2018). Kako bi uspješno stvorili vlastiti identitet, mladi moraju moći preuzeti različite uloge i uvrstiti ih u jedinstveno biće. Kreiranje vlastitog identiteta djelimično se odvija kroz povezivanje ranijih dječjih identiteta, a djelimično stvaranjem novoga identiteta odrasle osobe. Ključnu ulogu u stvaranju pozitivnog identiteta mladih imaju interakcije s drugima, posebno s vršnjacima i odraslima. Druge osobe imaju ulogu ogledala u prenošenju informacija adolescentu potrebnih za stvaranje stabilne slike onoga ko on jeste ili bi trebao biti. Samopoštovanje, samopouzdanje i nošenje s emocijama oblikuju se tokom adolescencije preko reakcija drugih (Velki i sar. 2018).

Kako bi adolescenti bili sposobni razviti jedinstveni identitet nužan je razvoj samopoimanja i samopoštovanja. Tokom adolescencije mladi često izražavaju vlastite osobine koje su u suprotnosti što je posljedica različitog viđenja sebe u odnosu na druge osobe. Tako su istovremeno jako pametni u odnosu s vršnjacima i nedovoljno mudri u odnosu s odraslima. Tokom ovog perioda razvoja oni uče kombinovati svoje osobine u organizirani sistem te postaju svjesni kako se osobine mogu mijenjati u zavisnosti od situacije. Naglasak je na socijalnim vrlinama kao što su ljubaznost, obzirnost i sl. te su vrlo zabrinuti kako ih druge vide i doživljavaju. Pri prelazu u srednju školu dolazi do blažeg opadanja samopoštovanja, no tokom ostatka adolescencije bilježi se rast u samopoštovanju koji kod većine mladih ostaje visok. Samopoštovanje se najviše vrednuje u odnosu na vršnjake, a manje u odnosu na školu i/ili porodicu. Također mladići češće imaju viši stupanj samopoštovanja za razliku od djevojaka. Najviše samopoštovanje je kod mladih koji idu u školu ili žive u susjedstvu u kojem se većinom nalazi njihova socio-ekonomska ili etnička grupa (Berk, 2007; Lacković-Grgin, 2005; prema Duvnjak, 2018). Za vrijeme traženja i kreiranja identiteta tipična je faza zbunjenosti u kojoj su adolescenti skloni eksperimentisanju s alternativama. Preispitivanje vrijednosti, planova i prioriteta nužno je za stvaranje stabilnog i zrelog identiteta. Mladi na tom području istražuju različite mogućnosti te isprobavaju različite životne stilove. Za većinu mladih ovo ne predstavlja poseban problem, iako se kod pojedinaca koji su manje uspješni u ovom procesu može javiti određeni nivo anksioznosti. Vrijednosti i profesionalni ciljevi koje izaberu

dovode do stvaranja trajnog identiteta, a ako nisu sposobni izabrati javlja se zbunjenost i nejasnoća zbog budućih uloga u odrasloj dobi, odnosno konfuzija identiteta. Ukoliko nisu uspješno kreirali vlastiti identitet, mlade odrasle osobe će imati teškoće u stvaranju bliskih odnosa, odnosno u intimnosti (Fulgosi, 1985; prema Duvnjak, 2018). Razvoj identiteta je složen proces koji podrazumijeva da adolescent treba razviti različite vrste identiteta, odnosno različite aspekte identiteta koje će u konačnici objediniti kao dio ličnosti. Prvi aspekt identiteta koje adolescent mora razviti je vremenska perspektiva, odnosno sposobnost da uskladi prošlost i budućnost te razvije životni plan koji će u budućnosti realizirati. Drugi aspekt je razvoj samopouzdanja, odnosno jasne svijesti o sebi kao jedinstvenom biću. Nakon toga slijedi provjeravanje uloga gdje adolescenti eksperimentiraju s uživljavanjem u različite uloge, traženjem različitih ciljeva i ideja te vlastitih karakteristika koje smatraju poželjnim. Profesionalni identitet je četvrti aspekt koji moraju uvrstiti u ličnost. U ovoj fazi adolescenti istražuju različite radne aktivnosti prije nego donesu konačnu odluku o izboru vlastitog zanimanja. Nakon toga slijedi razvoj spolnog identiteta, gdje dolazi do identifikacije s jednim ili drugim spolom što predstavlja osnovu za stvaranje intimnosti. Predzadnji aspekt razvoja identiteta odnosi se na traženje svog mjesta u društvu, u odnosu s roditeljima, prijateljima, vršnjacima i učiteljima. U posljednjem aspektu mladi izgrađuju vlastitu ideologiju ili životnu filozofiju na temelju koje vrednuju ljude, ideje i događaje (Lacković-Grgin, 2005). Da se identitet postepeno razvija, odnosno da je to proces, pokazala su i određena istraživanja. Oko 44% srednjoškolaca nalazilo se u krizi profesionalnog identiteta gdje je trebalo odlučiti o izboru zanimanja za razliku od samo 14% studenata (Mihaljević, 2002). Također je oko 63% studenata imalo u potpunosti razvijen identitet za razliku od 26% srednjoškolaca. Utvrđene su i spolne razlike gdje su djevojke pokazivale veću razvijenost i spolnog i profesionalnog identiteta za razliku od mladića (Meus i Deković, 1995; prema Duvnjak, 2018).

3.3. Kognitivni razvoj u adolescenciji

Tokom adolescencije dolazi do prelaska iz konkretnog u apstraktni svijet ideja i koncepata. Adolescenti barataju pretpostavkama, mogućnostima i budućnošću što im otvara nove svjetove kao što su filozofski, politički, estetski i duhovni. Jasnije sagledavaju svoj unutrašnji, intrapsihički, ali i vanjski, stvarni svijet. Za razliku od djece, sposobni su prihvatiti dvosmislenost i neodređenost. Shvaćaju da roditelji nisu svemoćni, nisu više njihovi idoli, što je sastavni dio procesa odvajanja i osamostaljivanja (Rudan, 2004; prema Duvnjak, 2018). Prema Piagetu, oko 12. godine mladi ulaze u posljednju fazu kognitivnog razvoja koja se naziva stadij formalnih operacija, a za koju je ključan razvoj sposobnosti apstraktnog i naučnog

mišljenja. Ova faza traje do kraja života (Vasta, Haith i Miller, 1997). Tokom ove faze, adolescentima više nisu nužni konkretni događaji i stvari, već predmeti njihovog mišljenja sada mogu biti nova, logička, apstraktna pravila. Prema Piagetu, formalno mišljenje se sastoji od četiri glavna aspekta: introspekcije odnosno sposobnosti da mladi imaju misli o vlastitim mislima, apstraktnog mišljenja koje uključuje pomak od realnog prema mogućem, logičkom mišljenju te hipotetičkom rasuđivanju (Lacković-Grgin, 2005; prema Duvnjak, 2018).

Razvoj formalnog mišljenja znači da je adolescent sada sposoban upravljati i nekim višim misaonom operacijama. Mladi razvijaju sposobnost induktivnog mišljenja koje se očituje u sistematičnom provjeravanju hipoteza na konkretnim slučajevima kako bi se izveo opći zaključak ili pravilo, odnosno utvrdio uzročno-posljedični odnos. Nadalje razvija se i deduktivno mišljenje, odnosno sposobnost da se na temelju vlastitog znanja i poznavanja pravila predvide određene zakonitosti u realnom svijetu. Kombinatoričko mišljenje se razvija postepeno, a najčešće se javlja oko 16. godine. Adolescenti razvijaju sposobnost rješavanja problema tako što sistematično ispituju sve moguće kombinacije svih varijabli koje su relevantne za rješavanje problema (Lacković-Grgin, 2005; prema Duvnjak, 2018).

Drugi aspekti kognitivnog razvoja adolescenata očituju se u razvoju pažnje koja se sada usredotočuje na relevantne informacije i prilagođava se zahtjevima zadatka. Nadalje, strategije pamćenja postaju djelotvornije, te mladi lakše pohranjuju i prisjećaju se informacija. Općenito se povećava znanje. Razvija se metakognicija, odnosno svijest o vlastitim misaonim procesima, što pomaže u sticanju informacija i rješavanju problema. Javlja se kognitivna samoregulacija, odnosno sposobni su nadzirati i lakše upravljati vlastitim misaonim procesima. U konačnici povećan kapacitet obrade informacija dovodi i do veće brzine mišljenja, odnosno radno pamćenje je učinkovitije (Berk, 2007; prema Duvnjak, 2018).

3.4. Moralni razvoj

Kognitivnim sazrijevanjem adolescenti postaju svjesniji svoje okoline, drugih ljudi i njihovih potreba. U skladu s tim bilježi se i značajan napredak u moralnom razvoju. Prema Piagetovoj teoriji adolescenti se nalaze u zadnjoj fazi moralnog razvoja (kao i odrasle osobe, koja traje do kraja života), a obično nakon 10 godina su dovoljno spremni za prelaz u ovu fazu razvoja. Piaget ovu fazu naziva autonomna moralnost ili moralnost saradnje, a karakterizira je fleksibilnost u postavljanju pravila i društveno dogovorena načela koja se mogu mijenjati ukoliko to odgovara većini (Berk, 2015; prema Duvnjak, 2018). Adolescenti su spremni uživjeti se u tuđu perspektivu, sagledati situacije sa stajališta različitih osoba, te kod donošenja odluke o moralnosti nekog čina uzeti u obzir i namjere osobe, a ne samo posljedice počinjenog djela.

Nadalje adolescenti razvijaju sposobnost koja se naziva idealni reciprocitet, a odnosi se na shvaćanje važnosti uzajamnosti očekivanja. U adolescentskom periodu prvi put počinje vrijediti zlatno pravilo „Ne čini drugima ono što ne želiš da oni čine tebi“. Pravila se mogu tumačiti i mijenjati kako bi svima osigurala pravedan ishod (Berk, 2007; prema Duvnjak, 2018).

3.5. Emocionalni razvoj

S porastom dobi djeca postaju svjesnija vlastitih i tuđih emocija, uče ih kontrolirati te prikladno izražavati u zavisnosti od društvene situacije. Iako se adolescencija često karakteriše kao buran emocionalni period mladih, vidljiv je značajan napredak u emocionalnom razvoju adolescenata. Emocije postaju stabilnije i manje je njihovo vanjsko ispoljavanje, a više unutrašnje. Adolescenti uspješno koriste strategije upravljanja emocijama, pa tako u situacijama nailaska na poteškoću ili problem prvo koriste strategiju suočavanja usmjerenu na problem kojom pokušavaju identificirati teškoću i načine njezina rješavanja. Ukoliko procijene da je nemoguće riješiti problem prelaze na strategiju suočavanja usmjerenu na emocije, kojoj je cilj kontrola neugodnih emocija (Berk, 2015; prema Duvnjak, 2018).

Tokom adolescencije mladi trebaju razriješiti niz razvojnih zadataka što ih često dovodi do stresnih situacija, frustracije, pa i sukoba s okolinom. Glavna emocija koju u tim trenucima ispoljavaju je ljutnja, a ukoliko su uspješno ovladali opisanim strategijama moći će kontrolirati svoj bijes. Ljutnja, odnosno agresija nastala zbog emocije ljutnje najčešće se javlja kad se pred adolescenta stavljaju ograničenja (npr. roditeljske zabrane) i kad doživljava podsmijeh (od strane vršnjaka ili odraslih). Česta emocija tokom adolescencije je i ljubomora, koja se najčešće javlja zbog veće uspješnosti drugih vršnjaka u grupi, ali može biti i posljedica straha od gubitka voljene osobe. Ljubomora predstavlja kompleksno emocionalno stanje, a mladi je mogu izražavati otvoreno ili prikriveno (Velki i sar., 2018).

Najčešći izvor sreće i veselja mladih su prihvaćenost u vršnjačkoj grupi, postignut uspjeh na različitim domenama kao i pažnja osoba suprotnoga spola. Da bi bili sretni, mladima je potrebno da se osjećaju prihvaćeno i poštovano, da im se pruži prilika za postizanje uspjeha u radu, da vole i da im je ljubav uzvraćena, te da uživaju u aktivnostima koje obavljaju. Tuga se javlja kao posljedica gubitka ili odvajanja od drage osobe ili stvari. Također se tokom perioda adolescencije javljaju specifični strahovi: strahovi vezani za tjelesni izgled i vlastitu kompetentnost, strah od medicinskih intervencija, strah od socijalne neprihvaćenosti (podsmijeh, odbacivanje od grupe), strah od javnih nastupa i strah od rata; te su oni učestaliji i intenzivniji kod djevojaka (Vulić-Prtorić, 2002; prema Duvnjak, 2018). Prepoznavanje i korištenje šireg raspona emocija, kao i njihovo pravilno ispoljavanje u različitim društvenim

situacijama pomaže mladima i u razvoju empatije. Adolescenti su sposobni, ne samo zauzeti perspektivu osobe u trenutnoj neugodnoj situaciji i odgovoriti s empatijom na njihov problem, već su sposobni empatijski odgovoriti na opće životne uvjete osobe, kao što je potlačenost, siromaštvo i sl. (Berk, 2015; prema Duvnjak, 2018). Jedna od glavnih karakteristika adolescencije je sposobnost mlade osobe da voli drugu osobu i da prihvati ljubav druge osobe. Adolescenti pokazuju poštovanje prema voljenoj osobi, spremni su se žrtvovati za drugu osobu, privrženi su voljenoj osobi te preuzimaju odgovornost u ljubavnim odnosima.

Nisko samopoštovanje u doba adolescencije se razvija ako postoji jaz između nečijeg samopojmanja i kakav neko vjeruje da bi „trebao“ biti (Harter, 1990; prema APA, 2002). Kako stručna osoba može znati da li adolescent ima nisko samopoštovanje? Sljedeće karakteristike su identificirane prema različitim istraživačima a koje se povezuju s niskim samopoštovanjem kod adolescenata (Jaffe, 1998; prema APA, 2002):

- Depresivnost
- Nedostatak energije
- Nesviđanje vlastitog izgleda i odbijanje komplimenata
- Osjećaj nesigurnosti ili nedovoljnosti (APA, 2002) većinu vremena
- Nerealna očekivanja od sebe
- Ozbiljne sumnje u budućnost
- Pretjerana sramežljivost i rijetko izražavanje svoga mišljenja
- Prilagođavanje onome što drugi žele i preuzimanje podaničkog stava u većini situacija

Budući da je utvrđeno da je dosljedno nisko samopoštovanje povezano s negativnim ishodima, kao što su depresija, poremećaji prehrane, delikvencija i drugi problemi prilagođavanja (Harter i Marold, 1992; Striegel-Moore i Cachelin, 1999; prema APA, 2002), važno je da stručnjaci identificiraju mlade koji pokazuju takve karakteristike i da im pomognu da dobiju dodatnu pomoć.

3.6. Socijalni razvoj

Značaj vršnjaka posebno mjesto zauzima u životu adolescenta. Između 12. i 15. godine starosti vršnjaci postaju glavni kriterij pri odabiru odjeće, ali i obrazaca ponašanja. Dosadašnje roditeljsko mišljenje i pravila postaju manje važni, često su u suprotnosti s vršnjačkim pravilima i postaju izvor nesuglasica i svađa između roditelja i adolescenata. U prosjeku adolescenti provode između 9 i 12 sati u interakciji s vršnjacima, bilo da je to u školi ili izvanškolskim aktivnostima (Berk, 2007; prema Duvnjak, 2018).

Adolescenti se najbolje osjećaju u društvu prijatelja. Prijatelja doživljavaju kao izrazito blisku osobu. Najvažnije karakteristike adolescentnih prijateljstava su intimnost, odnosno psihološka bliskost, razumijevanje i povjerenje te lojalnost, odnosno očekuju da su im prijatelji odani i da se zalažu za njih. Prijatelji su slični u svojim interesima, uvjerenjima, obrazovnim aspiracijama, ali i u rizičnom ponašanju. Druženje s vršnjacima i okupljanje interesnih grupa kod mladih ima dosta prednosti. Grupni procesi i grupna dinamika koja se odvija unutar grupa mladih ima značajni doprinos za razvoj socijalne svijesti, odnosno za osposobljavanje mladih da donose odluke, kreiraju organizacijske pretpostavke za realiziranje odluka i preuzimanje odgovornosti ukoliko odluke nisu realizirane. Tako mladi shvataju logiku društvenih odnosa, što je ključno za socijalno sazrijevanje (Berk, 2007; prema Duvnjak, 2018). Mladi unutar grupe pokušavaju postići sklad i sličnost s ostalim članovima grupe kako bi bili prihvaćeni što dovodi do procesa konformiranja. Prilagođavanje pravila ponašanja, govora, oblačenja, sistema vrijednosti kako bi se postigla popularnost u grupi može imati i pozitivne i negativne posljedice na razvoj mladih, naravno u zavisnosti od grupe kojoj mladi žele pripadati. Hoće li se mladi pokoriti grupnim pravilima i vrijednostima, odnosno koliko će jak biti uticaj konformiranja, uveliko ovisi o odnosu s roditeljima i odgojem. Ukoliko mladi imaju podržavajuće roditelje, koje poštuju i koji vrše odgovarajući nadzor nad njima lakše će se moći oduprijeti vršnjačkom pritisku (Berk, 2007; prema Duvnjak, 2018).

3.7. Internet generacija

Veen/Vracking (2006) govori o Homo zappiensima, Tapscott (1998; prema Lisek, 2012) o net naraštaju, a mnogi tekstovi obiluju nazivima y-generacija, milenijalci. Riječ je o „novom“ naraštaju rođenom od 1980. godine prema ovamo, kojem su vlastiti računar, internet, mp3/mp4, mobitel i iPod, te svi „stari“ mediji, činili prirodno okruženje za odrastanje (Vrcelj, 2009; prema Lisek, 2012). Homo zappiensi predstavljaju naraštaj koji je rođen s računarskim mišom u rukama i računarskim ekranom kao prozorom u svijet: internet i pomagala novih tehnologija oni smatraju načinom života. Oni su svjesni da postoji ogromna količina znanja koja je, uz pomoć tehnologije, brzo i lako dostupna te izgrađuju svoj profil znanja u trenutku kada ih to zanima i kada procijene da im to treba za zapošljavanje, hobi ili nešto drugo. Upravo zbog ovakvog razmišljanja mijenja se razumijevanje postupka obrazovanja, mjesta, vremena i načina na koje se ono provodi te se sve više aktualiziraju koncepti i ideje „učenje u pravo vrijeme“ (engl. *just-in-time-learning*), „učenje na zahtjev“ (engl. *learning-in-demand*), „učenje samo koliko je potrebno“ (engl. *just enough learning*) i „učenje samo za tebe“ (engl. *just for you learning*).

Generacija Z, još zvana postmilenijalcima, i-generacijom, digitalnim domaćinima – nazivi su za osobe rođene od otprilike sredine 1990-ih godina pa sve do kasnih 2010-ih godina. Slobodno možemo reći da je upravo ta generacija većinskim dijelom mladih širom svijeta. Prema Prenskom, niti jedna generacija do sada nije imala prilike živjeti u eri gdje im je tehnologija dostupna u svakom trenutku i na svakom mjestu (Prensky, 2001).

S tehnološkim otkrićima poput pametnih telefona, brzog interneta, tableta, te socioloških fenomena poput društvenih mreža i aplikacija, generacija Z promijenila je način svakodnevnog komuniciranja (Turner, 2015).

Zaključno, generaciju Z ili tzv. postmilenijalce čine sve osobe rođene od 1997. godine, a prema nekim izvorima završna godina te generacije je 2012., no i to varira s obzirom da već postoje predikcije o novoj generaciji (Pew Research Center, 2009).

Karakteristični motivi koji se prožimaju kroz tu generaciju su upravo visok nivo digitalne medijske pismenosti, priučenost tehnologiji – neki su po rođenju, u vrlo ranim godinama već znali koristiti tehnologiju poput računara, tableta i pametnih telefona.

Generacija Z ima pozitivan stav prema tehnologiji i ne plaše da probaju nove stvari. Kada žele da saznaju neku dodatnu informaciju, često to rade na internetu, jer im je to prirodna okolina (Fudin, 2012; prema Goljanin i sar., 2019). Jedna od najupečatljivijih karakteristika generacije Z je njihova sposobnost da rade više stvari u isto vrijeme. Časopis „Time“ ih je nazvao GenM, usljed njihove sposobnosti da istovremeno razgovaraju, slušaju, pišu, pretražuju Internet i ponekad urade domaći zadatak (Wallis 2005; prema Goljanin, 2019). Nedostatak koji se javlja usljed prevelike upotrebe tehnologija jeste činjenica da vjeruju da mogu da urade sve u isto vrijeme. Kao jednu od najgorih posljedica multitaskinga, po udruženju nastavnika iz Kalifornije, je smanjen kapacitet pažnje. Pored pažnje, nastavnici smatraju da njihova oslonjenost na tehnologiju uzrokuje njihove zahtjeve za brzim rezultatima i konstantnim povratnim informacijama, kao što je slučaj na internetu i prilikom upotrebe novih tehnologija. Također, jedan od većih nedostataka dostupnosti informacija putem velikog boja tehnologija, jeste gubitak mogućnosti da prepoznaju pouzdanost informacija kao i da se previše oslanjaju na mišljenje, a ne na činjenice (Wallis, 2005; prema Goljanin, 2019).

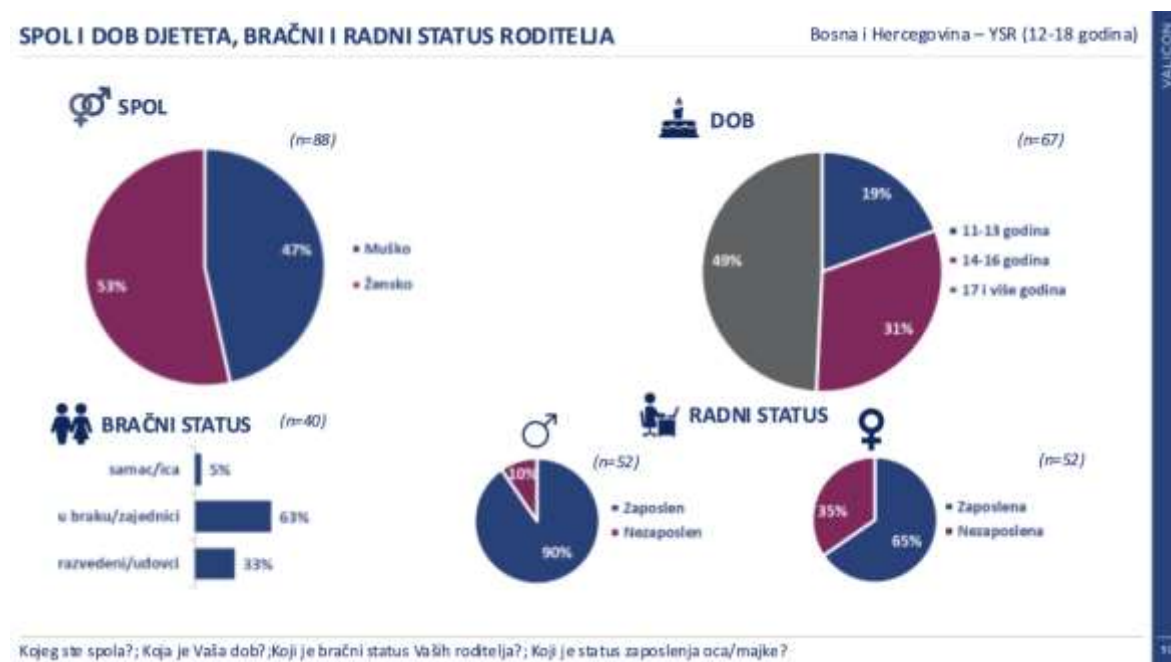
Jedan od faktora rizika koji se javlja zbog stalne izloženosti internetu i drugim IKT tehnologijama kod mladih jeste izloženost elektronskom nasilju. Zbog dostupnosti interneta bilo kada i bilo gdje i razvoja pametnih uređaja, za razliku od žrtvi tradicionalnog oblika vršnjačkog nasilja, žrtve elektronskog nasilja mogu biti zlostavljane 24 sata dnevno sedam dana u sedmici.

4. Pregled stanja mentalnog zdravlja mladih u uzrastu od 14 do 18 godina u Bosni i Hercegovini

4.1 Rezultati istraživanja u oblasti rada sa djecom i adolescentima u Bosni i Hercegovini

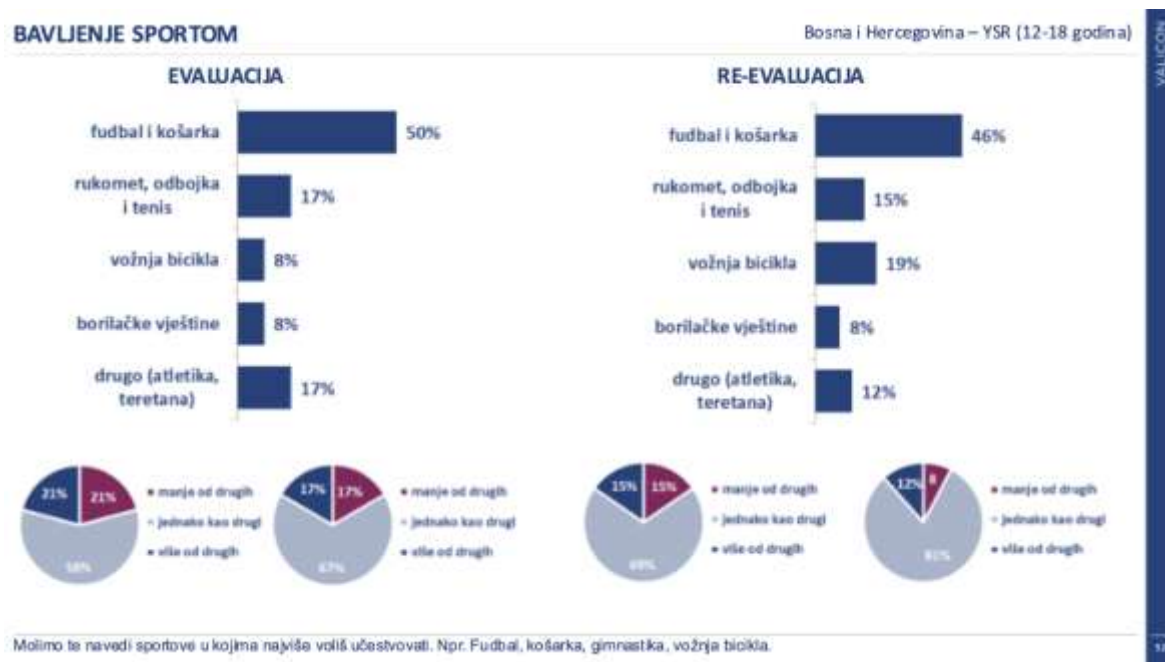
Istraživanje o prisustvu poremećaja ili/i problema kod djece i adolescenata kroz dobivanje vlastitih i kolateralnih izvještaja o dokazima o bihevioralnim, emocionalnim, društvenim i misaonim problemima i prednostima u Bosni i Hercegovini je provedeno tokom 2022. godine kroz Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini. Mjerni instrument koji se koristio u svrhu istraživanja je ASEBA upitnik za djecu predškolskog, školskog uzrasta i sastoji se od seta paralelnih formi (CBCL, YSR i TRF) i namijenjen je procjeni kompetencija, adaptivnog funkcioniranja i emocionalnih, ponašajnih i socijalnih problema predškolske i školske djece.

Prikazujemo rezultate za Bosnu i Hercegovinu za dobnu skupinu djece uzrasta – YSR (12-18 godina) na uzorku od 56 korisnika usluga na kojima je urađena početna i ponovljena mjerenja (evaluacija i re-evaluacija). Rezultati pokazuju podjednak procenat muške i ženske djece uzrasta od 14 do 18 godina koji su se javljali na tretman u centre za mentalno zdravlje. Za većinu djece roditelji su u bračnoj zajednici. Ipak, 33% navodi da su roditelji razvedeni. Kada je u pitanju radni status roditelja, većina je zaposlena iako je prisutna značajno veća nezaposlenost kod majki u odnosu na očeve, vidi grafikon 1.



Grafikon 1: Dob i spol djeteta, bračni i radni status roditelja

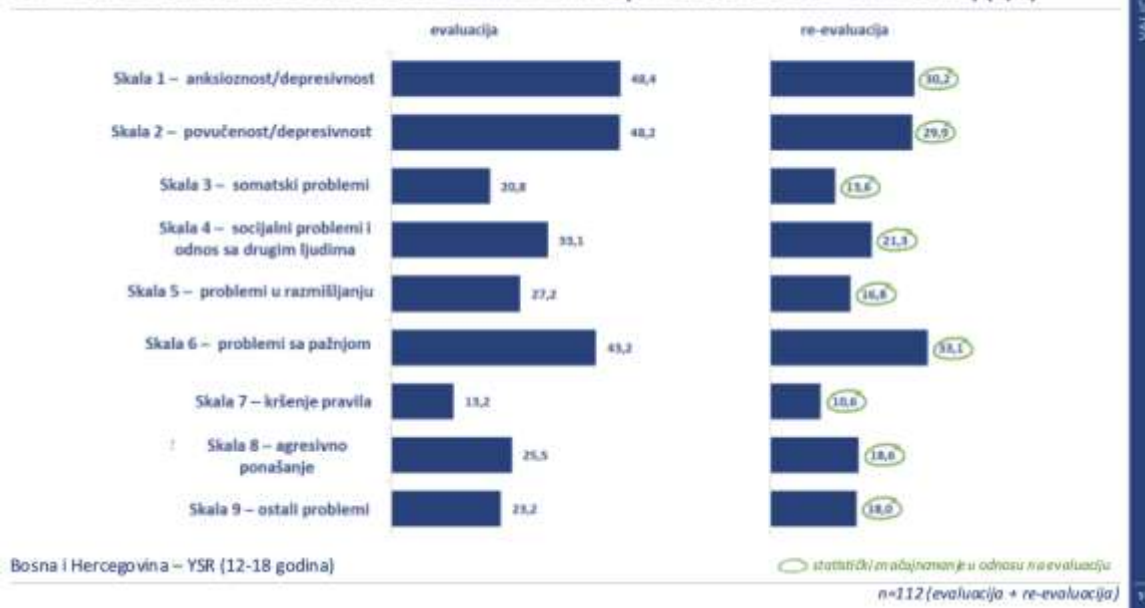
Fudbal, košarka, ali i rukomet, odbojka i tenis su najzastupljeniji sportovi kod ispitanе djece te je procjena roditelja da se njihova djeca bave sportom kao i većina ostale djece, vidi grafikon 2.



Grafikon 2: Bavljenje sportom kod adolescenata

Najzastupljenije dijagnoze/poteškoće kod ovog uzrasta djece su depresivnost/anksioznost 48,4%, povučenost i samopouzdanje kod mladih 48,2%, te problemi sa pažnjom 43,2%. Iza toga nalaze se socijalni problemi i odnosi sa drugim ljudima 33,1%, vidi grafikon 3.

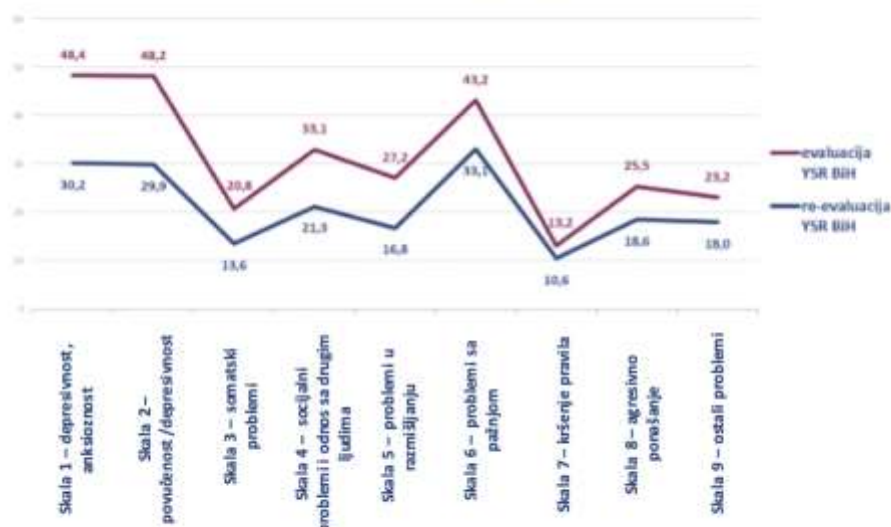
YSR – PRIKAZ PROSJEČNIH VRIJEDNOSTI PO DIMENZIJAMA (EVALUACIJA VS RE-EVALUACIJA) (1/2)



Grafikon 3: Prikaz najzastupljenijih dijagnoza prema dimenzijama upitnika, evaluacija i reevaluacija.

Nakon ponovljenog mjerenja (re-evaluacija) prisutan je značajan oporavak po svim dijagnozama/poteškoćama. YSR (za uzrast od 12-18 godina), 88%; (za Federaciju Bosne i Hercegovine 85%, a za Republiku Srpsku 100%); (M 83%, Ž 90%)

Najveći oporavak je prisutan kod anksioznosti/depresivnosti, povučenosti i samopouzdanja, socijalnih problema i odnosa sa drugima te problema sa pažnjom. Najmanji oporavak (iako značajan) je kod problema sa kršenjem pravila ponašanja te ostalih problema koji nisu definirani, vidi grafikon 4.



Bosna i Hercegovina – YSR (12-18 godina)

n=112 (evaluacija + re-evaluacija)

54

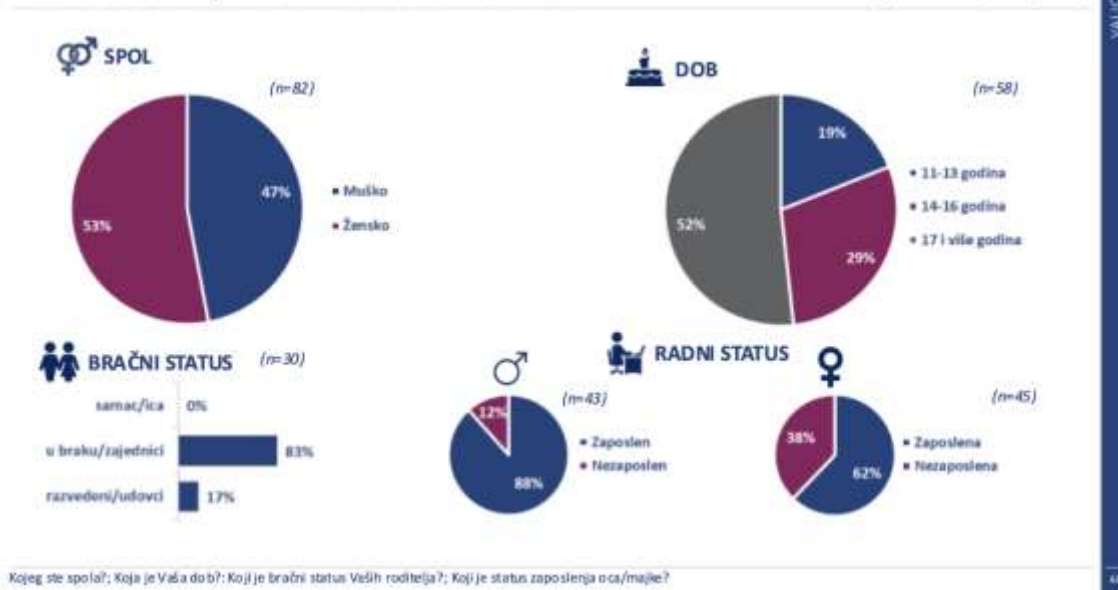
Grafikon 4: Prikaz prosječnih vrijednosti prema dimenzijama upitnika, razlika evaluacije i re-evaluacije.

Federacija Bosne i Hercegovine – YSR (12-18 godina)

Na uzorku djece u Federaciji Bosne i Hercegovine za koju su urađena početna i ponovljena mjerenja (evaluacija i re-evaluacija) gotovo je podjednak procenat dječaka i djevojčica. Za većinu djece roditelji su u bračnoj zajednici. Kada je u pitanju radni status roditelja, većina je zaposlena iako je prisutna značajno veća nezaposlenost kod majki u odnosu na očeve. Vidi grafikon 5.

SPOL I DOB DJETETA, BRAČNI I RADNI STATUS RODITELJA

Federacija BiH – YSR (12-18 godina)

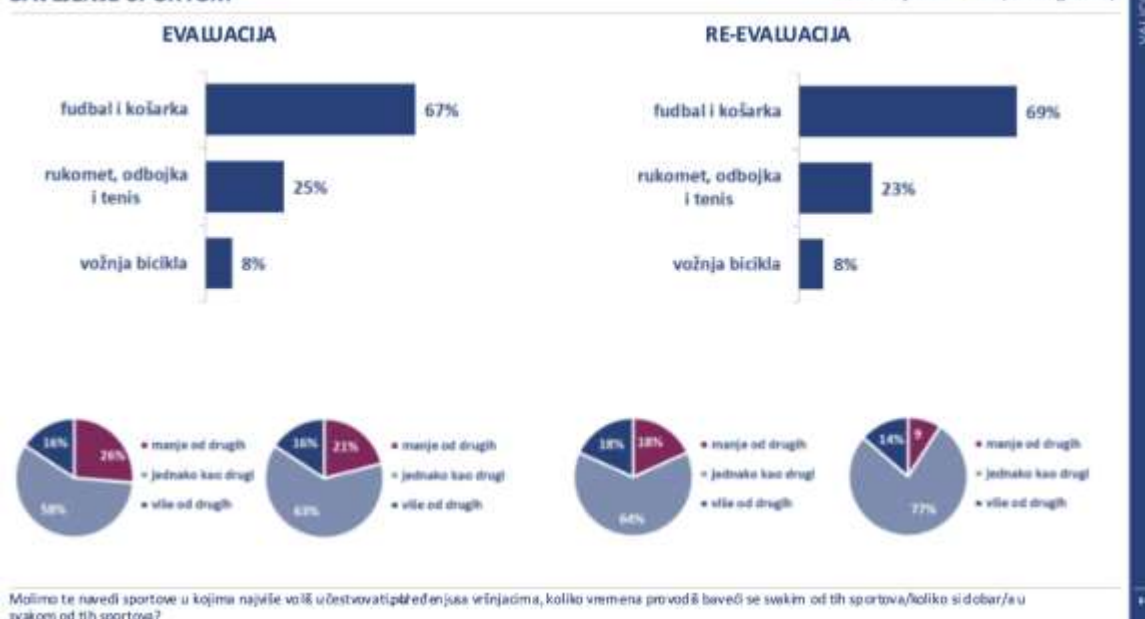


Grafikon 5: Dob i spol djeteta, bračni i radni status roditelja djece u Federaciji Bosne i Hercegovine

Fudbal i košarka su najzastupljeniji sportovi kod ispitanе djece te je procjena roditelja da se njihova djeca bave sportom kao i većina ostale djece, vidi grafikon 6.

BAVLJENJE SPORTOM

Federacija BiH – YSR (12-18 godina)



Grafikon 6: Bavljenje sportom kod adolescenata u Federaciji Bosne i Hercegovine

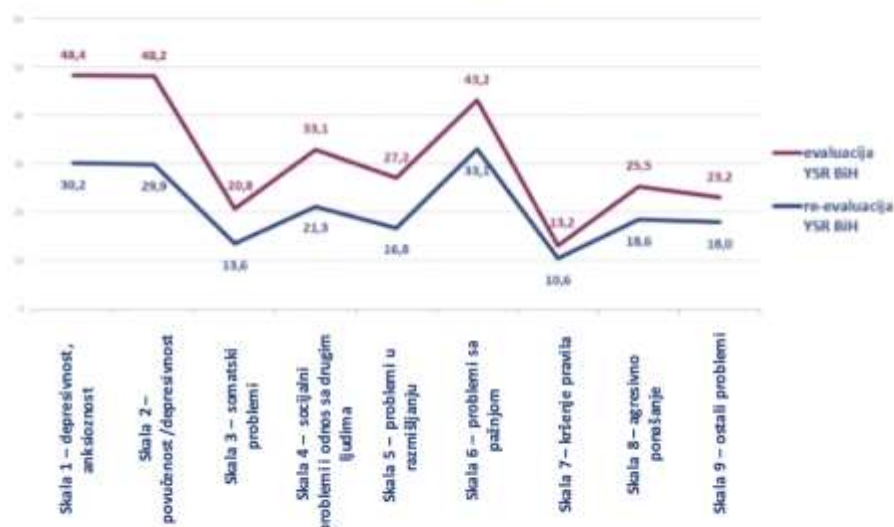
Najzastupljenije dijagnoze/poteškoće kod ovog uzrasta djece su povučenost i depresivnost, depresivnost/anksioznost te problemi sa pažnjom, vidi grafikon 7.



Grafikon 7: Prikaz najzastupljenijih dijagnoza prema dimenzijama upitnika, evaluacija i re-evaluacija u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Nakon ponovljenog mjerenja (re-evaluacija) prisutan je značajan oporavak po svim dijagnozama/poteškoćama. Najveći oporavak je prisutan kod problema sa pažnjom, depresivnosti/anksioznosti te povučenosti i depresivnosti. Najmanji oporavak (iako značajan) je kod problema sa kršenjem pravila ponašanja, vidi grafikon 8.

YSR – PRIKAZ PROSJEČNIH VRIJEDNOSTI PO DIMENZIJAMA (EVALUACIJA VS RE -EVALUACIJA) (2/2)



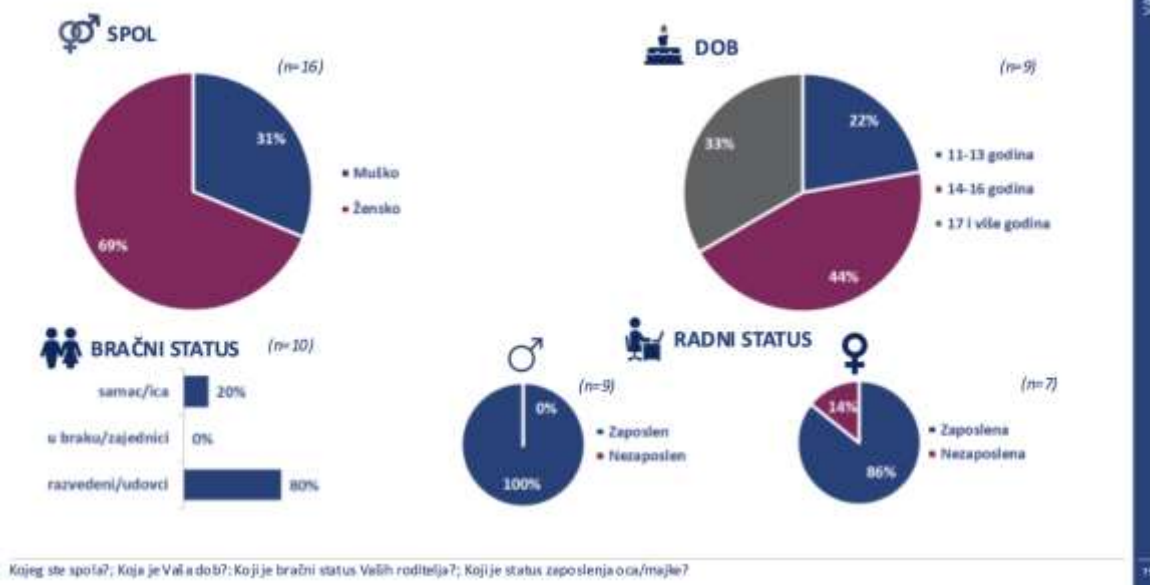
Bosna i Hercegovina – YSR (12-18 godina)

n=112 (evaluacija + re-evaluacija)

Grafikon 8: Prikaz prosječnih vrijednosti prema dimenzijama upitnika, razlika evaluacije i re-evaluacije u Federaciji Bone i Hercegovine.

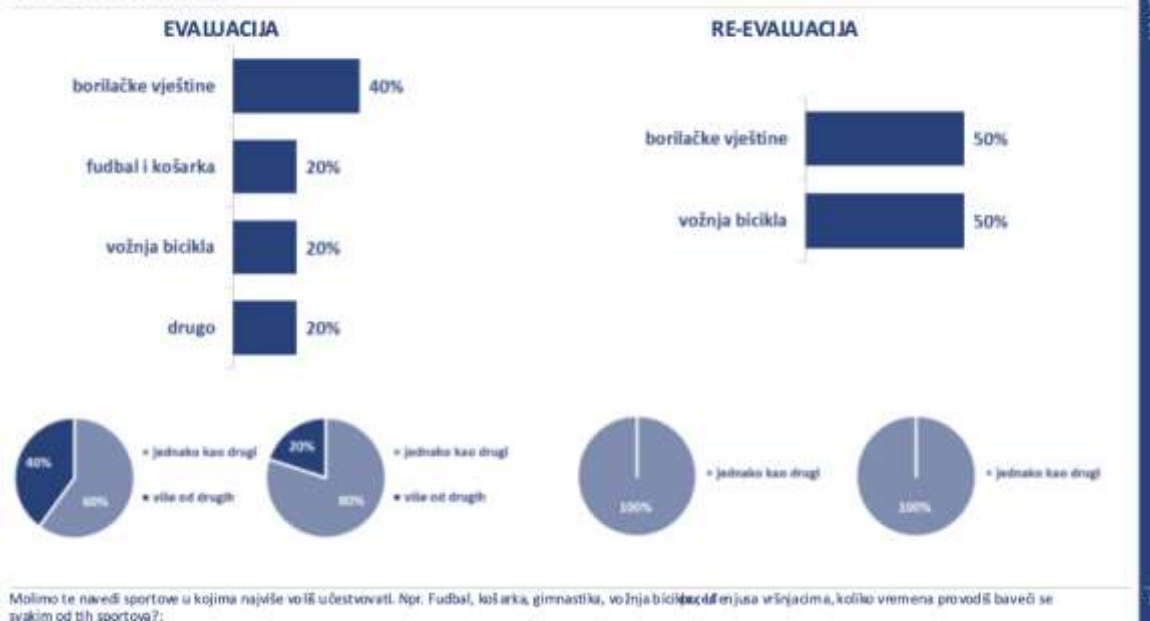
Republika Srpska – YSR (12-18 godina)

Na uzorku djece u Republici Srpskoj za koju su urađena početna i ponovljena mjerenja (evaluacija i re-evaluacija) nešto je veći procenat djevojčica (69%) u odnosu na dječake (31%). Gotovo 80% navodi da su roditelji razvedeni. Kada je u pitanju radni status roditelja, većina je zaposlena iako je prisutna značajno veća nezaposlenost kod majki u odnosu na očeve, vidi grafikon 9.



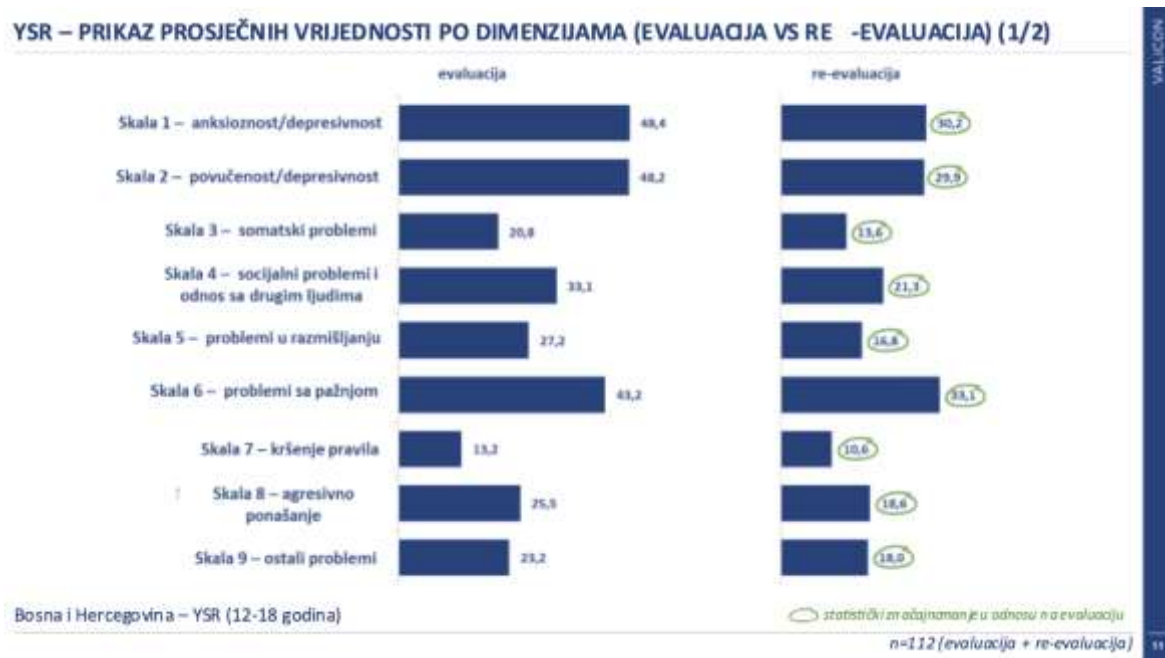
Grafikon 9: Dob i spol djeteta, bračni i radni status roditelja djece u Republici Srpskoj

Borilački sportovi su najzastupljeniji sportovi kod ispitanе djece te je procjena roditelja da se njihova djeca bave sportom kao i većina ostale djece, vidi grafikon 10.



Grafikon 10: Bavljenje sportom kod adolescenata u Republici Srpskoj

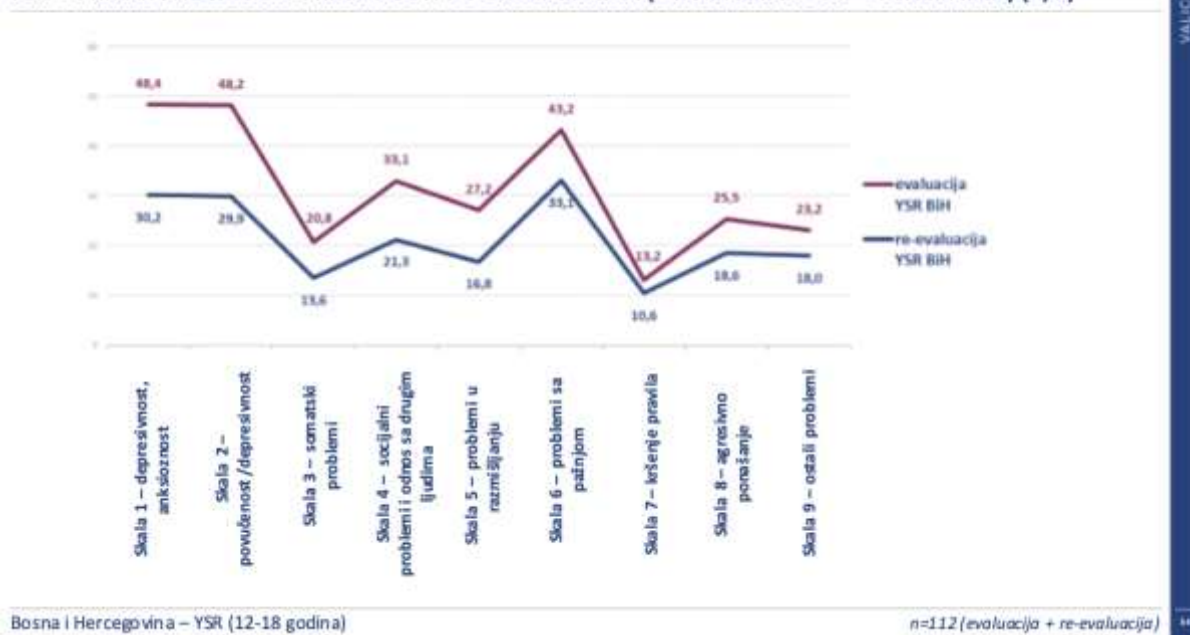
Najzastupljenije dijagnoze/poteškoće kod ovog uzrasta djece su depresivnost/anksioznost, problemi sa pažnjom te povučenost/depresivnost kod djeteta, vidi grafikon 11.



Grafikon 11: Prikaz najzastupljenijih dijagnoza prema dimenzijama upitnika, evaluacija i re-evaluacija u Republici Srpskoj

Nakon ponovljenog mjerenja (re-evaluacija) prisutan je značajan oporavak po svim dijagnozama/poteškoćama. Najveći oporavak je prisutan kod depresivnosti/anksioznosti, samopouzdanja kod djeteta te problema sa pažnjom. Najmanji oporavak (iako značajan) je kod **agresivnog ponašanja**, vidi grafikon 12.

YSR – PRIKAZ PROSJEČNIH VRIJEDNOSTI PO DIMENZIJAMA (EVALUACIJA VS RE -EVALUACIJA) (2/2)



Grafikon 12: Prikaz prosječnih vrijednosti prema dimenzijama upitnika, razlika evaluacije i re-evaluacije u Republici Srpskoj

4.2. Zaključci istraživanja mentalnog zdravlja mladih u Kantonu Sarajevo

Istraživanje problema mentalnog zdravlja djece i adolescenata na našem području (Kanton Sarajevo) ukazuju na skoro dva puta veću prevalenciju (29%) spektra internaliziranih problema (simptoma povlačenja, depresije i anksioznosti, te somatskih problema) od prevalencije klinički značajnih eksternaliziranih problema (16,3%) uočenih na subskalama predelinkventnih i destruktivno agresivnih simptoma. Istraživanje je provedeno u jedanaest osnovnih škola u Kantonu Sarajevo na uzorku od 743 djece uzrasta od 10-15 godina. Ove dvije krajnosti jednog kontinuuma ne isključuju jedna drugu i u značajnoj su statističkoj korelaciji (Badurina, 2013 prema Badurina i saradnici 2021).

Nakon porodice, škola je društvena institucija koja ima najbliži kontakt s djecom u godinama njihovog „oblikovanja“. Primarna i najzahtjevnija svrha škole jeste edukativna. U isto vrijeme, škole su jedinstveno mjesto na kojem se učenici opserviraju, gdje se prepoznaju njihove socijalne i emocionalne teškoće te potrebe koje mogu uticati na proces učenja i koje se mogu javljati i u odrasloj dobi. Emocionalne i socijalne potrebe su u osnovi privatne, nejasne čak i osobi koja ih doživljava, a u školi su često prikrivene neprilagođenim ponašanjem koje može spriječiti ili odbiti pomoć i razumijevanje umjesto da ih privuče. Stoga je izazov proizvesti uvjete

u kojima se učenik/ca s problemima osjeća dovoljno sigurno da otkrije svoje potrebe i u kojima neko obraća pažnju i reagira na odgovarajući način (Heller, u Tudor, 2008).

4.3. Zaključci diskusija u okviru fokus grupe

Diskusije u okviru fokus grupe održane sa pomagačima, terapeutima iz vladinog i nevladinog sektora širom Bosne i Hercegovine pokazuju jednake rezultate kao i navedeno istraživanje. Najčešći simptomi kod mladih ljudi su anksioznost, depresivnost, samopovređivanje, poremećaji ličnosti, ovisnosti, problemi sa pažnjom, kao i vršnjačko nasilje. Osim navedenih problema posebno su se istakli problemi nepovezanosti sa odraslima na svim nivoima. Vršnjaci su jedni drugima donosioci bitnih stvari u životu, ali ni oni između sebe nisu povezani. Imaju imaginarne prijatelje preko interneta i u realnom životu su bez podrške i nemaju komunikaciju ni sa njima. Na relaciji roditelj-dijete veliki je jaz između potreba djece i onoga što roditelji misle da djeci treba. Dakle razlika između percipiranih potreba i želje djece. Profesionalci su se posebno osvrnuli na problem sekstinga, ponašajne mladih na internetu i stvaranje slike o sebi u skladu sa tim.

Učesnici fokus grupe iz obrazovnog sektora su iznijeli faktore rizika koji su relevantni u našem društvu a koji se odražavaju na mentalno zdravlje adolescenata. Osim toga, učesnici su navodili i probleme sa mentalnim zdravljem sa kojim se suočavaju adolescenti od 14 do 18 godina. U tekstu ispod su ukratko izneseni zaključci fokus grupe.

U srednjim školama u Bosni i Hercegovini nedostaje kadra stručnih saradnika - psihologa, a pritom veliki broj učenika ima potrebu za tretmanom sa psihologom. Osim toga, psiholozi su zaposleni u više škola što otežava pružanje adekvatnog tretmana za sve učenike. Škole nadalje nemaju dovoljan broj asistenata u nastavi koji bi radili sa učenicima sa poteškoćama u razvoju. Poplave 2014. godine, te pandemija Covid-19 su značajno negativno uticale na mentalno zdravlje adolescenata u Bosni i Hercegovini. Osim toga, kao faktor rizika istaknuta je situacija u Bosni i Hercegovini: nesigurnost, nemogućnosti zaposlenja ili proaktivnog korištenja slobodnog vremena, ali i transgeneracijska trauma, iz čega proizlazi nezaposlenost roditelja, loša ekonomska situacija u porodici, roditelji koji koriste psihoaktivne supstance i roditelji koji imaju poteškoće sa mentalnim zdravljem. Stručnjaci dalje navode slabiju motiviranost roditelja za uključenost u odgoj svoje djece kao i nedostatak porodične brige o djeci te izloženost adolescenata nasilju u porodici, uključujući i izloženost adolescenata vršnjačkom i online nasilju.

Kod adolescenata koji imaju potrebu za stručnim tretmanom uočava se ovisnost o internetu, ovisnost o kockanju i psihoaktivnim supstancama, ispitna anksioznost, samopovređivanje, suicidalne ideje, pokušaj suicida, psihosomatske tegobe, izostajanje iz škole, nasilje prema nastavnicima, te smanjenje motivacije za izvršavanje školskih obaveza i poštivanje školskih pravila. Još jedan važan faktor rizika u obrazovnom sektoru je profesionalno sagorijevanje nastavnika, kao i njihova nedovoljna educiranost za prepoznavanje i postupanje sa učenicima koji imaju probleme sa mentalnim zdravljem. Učesnici, kao faktor rizika za mentalno zdravlje mladih, navode nedovoljno specijaliziranih dječijih psihijatarata i psihologa na teritoriji Bosne i Hercegovine u odnosu na potrebe mladih, zbog čega adolescenti duže čekaju na tretman psihijatra.

Iz rezultata istraživanja i diskusija u okviru fokus grupe možemo vidjeti da je i dalje potrebno raditi na programima prevencije anksioznosti i depresivnosti kod mladih ljudi, a da je posebno potreban dugotrajni rad na problemima vezanim za kršenje pravila i agresivno ponašanje, budući da oni spadaju u predelikvento ponašanje i za njihovu promjenu je potreban višesektorski pristup i dugotrajniji rad.

Posebno je istaknuta potreba mladih ljudi za direktnim kontaktima sa terapeutima, da ih čujemo i da im se pomogne uživo jer je to u terapijama davalo najviše efekta. Mladi čeznu da ih neko čuje, razumije, da imaju realne odnose i prijateljski pristup u radu sa njima jer žele povezanost sa nekima.

Potrebno je uspostaviti više centara za mlade ljude, jer je dokazano da povezivanje sa drugim mladim ljudima koji imaju iste ili slične probleme daje najviše uspjeha u tretmanima. Posebno je značajno kod mladih koji se preispituju u seksualnim orijentacijama.

Potrebno je osigurati dostupnost usluga mentalnog zdravlja bez uputnica i čekanja, onda kad im je hitno potrebna. Upravo olakšavanje pristupu i informiranost gdje se može potražiti stručna pomoć, koja je uloga CMZ-ova u Bosni i Hercegovini u pogledu pomoći i terapija dovode do prevencije ozbiljnijih problema u ovoj osjetljivoj fazi života. Pored dostupnosti, anonimnost i povjerljivost podataka su ključne u radu sa mladima, a pogotovo kad je riječ o malim sredinama.

Kada je u pitanju obrazovni sektor, kao zaključak diskusija u okviru fokus grupe nameće se potreba za jedinstvenim preventivnim programom na nivou Bosne i Hercegovine kao i potreba za postojanjem centralizirane baze pri određenoj instituciji na nivou Bosne i Hercegovine ili na entitetskom nivou gdje bi se pratile poteškoće u mentalnom zdravlju mladih. Nadalje, neophodno je kontinuirano educirati roditelje o adekvatnom roditeljstvu i mentalnom zdravlju, kako bi i sami roditelji mogli prepoznati kada je djeci potreban stručni tretman. S obzirom da nastavnici i stručni saradnici u školama mogu primijetiti ponašanja djece, neophodno je

organizirati stalne edukacije školskog osoblja o mentalnom zdravlju adolescenata. Profesionalci iz obrazovnog sektora ističu potrebu za postojanjem školskih protokola kada je u pitanju suicidalnost kod adolescenata, kao i standardiziranih protokola za rad stručnih saradnika sa jasno definiranim ishodima u radu. S obzirom da je u adolescentnom periodu grupa vršnjaka veoma važna, potrebno je obezbijediti veću dostupnost grupne podrške za adolescente kao dio obaveznog tretmana.

5. Teorijska znanja o problemima u ponašanju kod djece školske dobi uzrasta od 14 do 18 godina

5.1 Poremećaji u ponašanju

Pojam poremećaji u ponašanju odnosi se na široki spektar ponašanja različitih manifestacija, obilježja, intenziteta, trajanja, opasnosti, štetnosti i složenosti. Nadalje, taj se pojam odnosi na dobnu grupu djece od 0 do 18 godina, iznimno do 21 godine. Općepoznato je da se poremećaji u ponašanju djece i mladih najčešće razvijaju postepeno od blagih, manje ometajućih prema težim, očitijim i opasnijim poremećajima, iako su moguća i odstupanja od tog pravila. Problem u definiranju pojave poremećaja u ponašanju proizlazi i iz različitosti u pristupu, te se stoga neke definicije poremećaja u ponašanju temelje na fenomenološkom pristupu, neke na etiološkom, a treće na potrebi intervenisanja društva u odgoju i socijalizaciji djeteta (Koller-Trbović, 2003).

Koller-Trbović, Žižak i Bašić (2001) definiraju poremećaje u ponašanju kao sva ona ponašanja koja na neki način ometaju samog pojedinca, odnosno djeteta ili mladog čovjeka u redovitom funkcioniranju, i mogu biti štetna i opasna po samog pojedinca i/ili njegovo okruženje.

Prema klasifikaciji DSM-V (2014) Američkog psihijatrijskog udruženja, poremećaji u ponašanju definiraju se kao istrajni obrasci antisocijalnog ponašanja koji su vezani uz: agresiju prema ljudima ili životinjama, destrukciju imovine, varanje ili krađu te ozbiljno kršenje pravila. Nadalje, klasifikacija prema dimenzijama ponašanja odnosno Achenbachova dimenzionalna klasifikacija poremećaja, uključuje dvije grupe ponašanja: internalizirane i eksternalizirane. Kod internaliziranih simptoma riječ je o ponašanju koje je previše kontrolirano ili usmjereno prema sebi. Tu spadaju depresija, povlačenje i anksioznost. Kod eksternaliziranih simptoma

riječ je o ponašanju koje je nedovoljno kontrolirano ili usmjereno prema drugima. Primjer takvih ponašanja je agresivnost, hiperaktivnost, delikvencija, itd. (Koller – Trbović, 2003).

Autorica Koller-Trbović (2003), objedinjujući definicije spomenutih autora, navodi da poremećaji u ponašanju:

- predstavljaju značajnije odstupanje od uobičajenog, društvenog prihvatljivog ponašanja određene sredine za specifičnu dob i spol djeteta, i situaciju;
- predstavljaju neposredno ili posredno ugrožavajući, štetnu, opasnu situaciju za samo dijete;
- ukazuju na jasne pokazatelje budućeg nepovoljnog razvoja djeteta ukoliko se ne intervenira;
- zahtijevaju dodatnu stručnu ili širu pomoć bez koje sama osoba ne može prevladati teškoće.

5.2 Eksternalizirani i internalizirani problemi u ponašanju djece i adolescenata

Prema socio-ekološkom modelu problemi u ponašanju klasificirani su u dvije veće grupe o kojima govore Achenbach i Edelbrock (Scholte, 1995), a to su:

- eksternalizirani problemi i
- internalizirani problemi.

Prva grupa problema u ponašanju i emocijama odnosi se na one tipove ponašanja koja su usmjerena prema vanjskom svijetu kao što su vršnjačko zlostavljanje, hiperaktivnost, agresivnost, krađa, itd. Druga grupa problema u ponašanju i emocijama obuhvata tipove ponašanja koji su usmjereni prema sebi kao što su anksioznost, depresija, usamljenost i socijalna povučenost.

Istraživanjima u okviru dječije psihopatologije utvrđene su dvije široke grupe simptoma koje ukazuju na postojanje eksternaliziranih i internaliziranih problema u ponašanju djece (Davison i Neal, 2002). *Eksternalizirani problemi* očituju se kao nedovoljno kontrolirana i ekscesivna ponašanja te uključuju ponašanja poput hiperaktivnog poremećaja, poremećaja ophođenja, agresivnosti i antisocijalnog ponašanja. Nazivamo ih još i aktivnim poremećajima u ponašanju. *Internalizirani problemi* u ponašanju odnose se na pretjerano kontrolirana ponašanja. Takva ponašanja stvaraju više problema samom djetetu nego osobama koje ga okružuju. Teže ih je primijetiti jer dijete sve svoje strahove i probleme zadržava u sebi i najčešće se povlači iz društva. Osobe s ovim poremećajem manifestiraju strahove, napetost, sramežljivost, osjećaj nevoljenosti, inferiornost, tugu, povučenost i depresiju. Također, simptomi ovih poremećaja

slični su simptomima anksioznosti i depresije kod odraslih osoba. Pojava pretjerano kontroliranog ponašanja u većoj je mjeri karakteristična za djevojčice. Djeca s internaliziranim poremećajima iskazuju više negativne emocionalnosti, deficite u prikladnim načinima reagiranja te visok nivo inhibicije ponašanja (Lebedina Manzoni, 2007). Poremećaje pretjerano kontroliranog ponašanja možemo podijeliti na poremećaje ponašanja samog djeteta (njegovi strahovi ili depresivnost) i na poremećaje koji su uzrokovani vanjskim faktorima kao maltretiranje od strane druge djece ili pak zanemarivanje ili pretjerana kontrola od strane roditelja ili staratelja (Lebedina Manzoni, 2007). Ako je problem nastao usljed nekih strahova ili depresije, dijete se o tome ne zna izraziti. Ako je pak problem u vanjskom faktoru, dijete se boji da se obrati nekom za pomoć.

5.3 Prevalencija problema u ponašanju i razlike po spolu i dobi

Jednogodišnja prevalencija unutar populacije varira od 2 do preko 10%, sa srednjom vrijednošću 4%. Javlja se podjednako u svim etničkim i rasnim kategorijama. Stopa prevalencije raste od djetinjstva prema adolescenciji i veća je unutar muškog spola (APA, 2014). Dosadašnja istraživanja su pokazala da je najvažnija i ujedno najefikasnija rana prevencija, odnosno prevencija u predškolskom periodu. Potreba ranog uočavanja poremećaja u ponašanju djece i mladih, odnosno tretmana istih, od velike je važnosti za kasniji rast i razvoj djeteta (Koller-Trbović, 1998).

Novija istraživanja agresivnog ponašanja na uzorku mlađih adolescenata (Omersoftić, Zvizdić, 2020) otkrivaju da je spol varijabla, koja nešto manje, ali ipak statistički značajno, objašnjava izloženost nasilju u zajednici u vidu počinjenog nasilja u školi. Za dječake je karakteristična veća izloženost nasilju u zajednici u vidu počinjenog nasilja u školi, u odnosu na djevojčice.

6. Teorijska znanja o protektivnim faktorima kod mladih

6.1 Rizični i zaštitni faktori

Faktori rizika predstavljaju sve one faktore koji povećavaju vjerovatnoću nastanka bolesti, dovode do veće morbidnosti, i dužeg trajanja mentalno zdravstvenih problema.

Protektivni faktori su oni koji pospješuju otpornost na faktore rizika i bolesti.

Tipična rizična ponašanja djece i mladih su:

- sklonost laganju i varanju,
- druženje sa problematičnim vršnjacima,
- neosjećanje krivice,
- provociranje autoriteta,
- bezosjećajnost,
- nesaradnja sa vršnjacima i neučestvovanje u organiziranim slobodnim aktivnostima (sport, sekcije, društva za mlade i sl.),
- izostajanje sa nastave,
- neadekvatno slobodno vrijeme (prekomjerno korištenje interneta, kafići, lutanja na ulicama, dugotrajno spavanje, nemanje hobija i sl.),
- neodgovornost za svakodnevne obaveze i
- loša komunikacija.

Rizična ponašanja koja su dugotrajna, intenzivna postaju konstantan obrazac ponašanja i ona se ne dešavaju „nekom drugom“. Rizična ponašanja su međusobno povezana i kontinuirano prisutna.

Garnezy (1981) ističe ulogu faktora kao što su dispozitivni atributi, stanje okruženja i pozitivnih događaja koji mogu ublažiti efekte negativnih ili traumatskih iskustava.

Individualne karakteristike kao što su: visoka inteligencija, određena vrsta temperamenta, sposobnost kognitivne procjene traumatskog iskustva i veze sa značajnim ljudima iz okruženja su primjeri koji mogu ublažiti ili biti zaštitni faktori djeci/mladima.

Prema stadijima psihosocijalnog razvoja Erikson navodi znakove disfunkcije mladih od 12 do 18 godina:

- antisocijalno ponašanje,
- manjak zdravih vještina suočavanja,
- slabe veze sa vršnjacima i
- somatske poteškoće (žaljenje).

Faktori zaštite/protektivni faktori su sve one unutrašnje i vanjske snage koje pomažu djetetu da bolje podnosi rizike ili koje ublažavaju rizike (Fraser, 1997; prema Bašić, 2000). I zaštitni i rizični faktori nalaze se u prostorima individualnih karakteristika djeteta ili mladog čovjeka te u prostorima socijalnog okruženja u kojima mladi žive (Bašić, 2000). Protektivni faktori djeluju na dva načina: smanjuju izlaganje faktorima rizika ili ublažavaju efekte faktora rizika.

Oni se dijele na:

- individualne,
- porodične,
- socijalne,
- ekonomske,
- društvene i
- ekološke.

U zaštitne faktore ubrajamo određene karakteristike temperamenta, vještine i vrijednosti koje vode ka učinkovitijem korištenju potencijala, otvorenost prema prilikama u važnim životnim situacijama, sposobnost traženja pomoći, kvalitetnu komunikaciju, vještine rješavanja problema, inteligenciju, akademsku uspješnost i kompetenciju, te pozitivnu sliku o samom sebi (Bašić i Ferić, 2004).

Williams, Ayers i Arthur su opisali i zaštitne faktore koji smanjuju rizik od pojave delinkvencije kod mladih kao i drugih oblika poremećaja u ponašanju. To su ženski spol, povezanost s roditeljima, dogovor s porodicom, pozitivan temperament, sposobnost prilagođavanja, topla porodična klima, jak vanjski sistem podrške koji jača napore djeteta u suočavanju sa stresnim događajima i rizicima, zdrava vjerovanja, vještine rješavanja socijalnih problema (Bašić i Janković, 2000). Pokazalo se kako neka djeca, koja su bila izložena stresnim događajima, i odrastala uz visoko rizične roditelje koji su ih zlostavljali, u budućnosti ne pokazuju nijedan oblik poremećaja u ponašanju i u odrasloj dobi imaju dobro mentalno zdravlje jer su imali odgovarajuće osobine i podršku okoline (Ajduković, 2000).

Neki strani autori, među kojima i Artur, Hawkins i saradnici (2002; prema Meščić, Blažević, 2007), navode sljedeće zaštitne faktore čijom se zastupljenošću smanjuje rizik pojave poremećaja u ponašanju:

- individualni (pozitivan/otporan temperament, vještine rješavanja problema, prosocijalna ponašanja),
- porodični (dobar odnos s roditeljima i povezanost s porodicom, dogovori s porodicom, stabilna porodica),
- škola (motivacija/pozitivan stav prema školi, dobar odnos s nastavnicima, škola visokog kvaliteta, jasna školska pravila ponašanja i odgovornosti),
- vršnjaci (uključenost u pozitivne aktivnosti, dobri odnosi s vršnjacima, roditeljsko odobravanje prijatelja) i
- zajednica (ekonomski stabilne zajednice, sigurna okolina, povezanost susjedstva i društvena kohezija) (Meščić Blažević, 2007).

Jačanjem navedenih protektivnih faktora već u ranom odgoju pridonosi se osnaživanju djece i njihove okoline, a upravo je to smisao primarne prevencije. Na taj način razvija se otpornost i sposobnost mladih da se odupru raznim pritiscima i izazovima kojima su izloženi tokom adolescencije. Nesumnjivo je da škola, uz porodicu, ima presudnu važnost u razvoju i socijalizaciji svakog pojedinca, a samim tim i široke mogućnosti za primjenu i provedbu različitih strategija pedagoške prevencije poremećaja u ponašanju mladih. Pod pedagoškom prevencijom podrazumijevaju se svi oni odgojno-socijalni postupci, mjere i aktivnosti kojima se nastoji spriječiti nastanak i razvoj poremećaja u ponašanju. Pedagoška prevencija uključuje i rano otkrivanje poremećaja u ponašanju te pravovremeno i adekvatno pružanje pomoći i zaštite. Pedagoška prevencija temeljena je također na konceptu jačanja zaštitnih faktora, osnaživanju te zadovoljavanju bazičnih psiholoških potreba učenika-adolescenata.

Prema Eriksonovoj teoriji najvažnije aktivnosti koje bi se radile sa adolescentima u ovom periodu su: integrisanje iskustva djetinjstva u lični identitet, pomaganje adolescentu da donosi odluke, ohrabivanje aktivne participacije u kućnim aktivnostima i asistiranje u planiranju budućnosti.

6.2. Porodični i socijalni rizični i zaštitni faktori

Mnogobrojna istraživanja su pokazala da je vrlo važno koliko je porodica spremna suočiti se sa stresom kakav god uzrok stresa bio i koliko stres utiče na odnose između članova porodice. Conger i Elder (1994. prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006) su razvili model porodičnog stresa u kojem se objašnjava kako stres djeluje na procese unutar porodice i kako ti nepovoljni uticaji utiču na djecu. Stres ugrožava mentalno i fizičko zdravlje roditelja, izaziva depresiju i razdražljivost.

Prema modelu Congera i Eldera (1994, prema Čudina-Obradović i Obradović, 2006) stres najviše šteti djeci jer remeti roditeljske odnose i šteti kvalitetu roditeljstva. Početkom 1970-tih istraživači su primijetili da su neka djeca otpornija na stres od druge bez obzira na stresne uvjete u kojima se porodica našla. Istraživanja ističu da tom svojstvu „otpornosti na stres“ najviše doprinose nivo samopoimanja, kompetentnosti, povezanosti djece sa odraslom osobom, tzv. „zaštitnikom“ (Masten, Coatsworth, 1998., Masten, 2001.) ali i porodice koje imaju dobru koheziju, pružaju međusobnu podršku i imaju zajednički cilj (Seccombe, 2002., Cole, Clark, Gable, 2001., Čudina-Obradović i Obradović, 2006). Istraživanja pokazuju da postoje karakteristike pojedinca i svojstva okoline koji utiču na uspješnost prevladavanja stresa i rizika u porodičnom životu. Prema autorima Masten i Coatsworth (1998) to su:

- osobine pojedinca - dobro intelektualno funkcioniranje, samopoimanje, samopoštovanje, osjećaj učinkovitosti, društvenost, šarm, talent i vjera u budućnost,
- osobine porodice - čvrsta povezanost s jednom odraslom osobom, autoritativan odgoj (toplina, struktura, očekivanje uspjeha), porodična kohezija (zajedničke aktivnosti, obroci ili bar jedan obrok), povezanost sa širom porodicom,
- šira okolina - bliskost s odraslom osobom izvan porodice, bliskost s vršnjakom iz druge „zdrave“ porodice, dobra organizacija škole, bliskost s jednim zainteresiranim učiteljem, povezanost s drugim organizacijama kao što je sportski klub, crkva i sl.

Uz to, otpornost na stres nije samo pojedinačna osobina djeteta ili adolescenta nego i porodice kao cjeline. Više autora je istaknulo karakteristike porodica otpornih na stres (Masten, Coatsworth, 1998, Masten, 2001, Seccombe, 2002, Cole, Clark i Gable, 2001, Čudina-Obradović i Obradović, 2006) i podijelilo ih na zaštitne faktore i faktore oporavka.

Ekološka teorija sistema, koja se naziva teorija „Razvoja u kontekstu“ ili „ljudske ekologije“, navodi četiri vrste povezanih okolišnih sistema, uz dvosmjerni uticaj unutar i među sistemima. Teoriju je razvio Urie Bronfenbrenner za kojeg se smatra da je jedan od vodećih svjetskih naučnika u području razvojne psihologije.

Svaka individua je uronjena u više sistema koji direktno i indirektno utiču na njihovo ponašanje i ti uticaji su recipročni i dvosmjerni. Vanjska okolina u kojoj drugi učestvuju i čine uticaj naziva se egzosistem, a svi ti sistemi (mikro, mezo i egzo) uključeni su u makrosistem koji obuhvata vrijednosti i norme neke kulture kao i ideološke vrijednosti. Spominje se još i kronosistem koji se odnosi na uticaj promjena i stalnosti kroz neki duži vremenski period na razvoj osobe u okolini u kojoj živi (Jankovic, 2004). Bronfenbrenner (Bubolz, Sontag, 1990; prema Janković 2004) opisuje čovjekovu okolinu kao strukture koje su svaka uklopljena u sljedeću kao set babuški (ruske drvene lutkice koje se stavljaju jedne u druge).

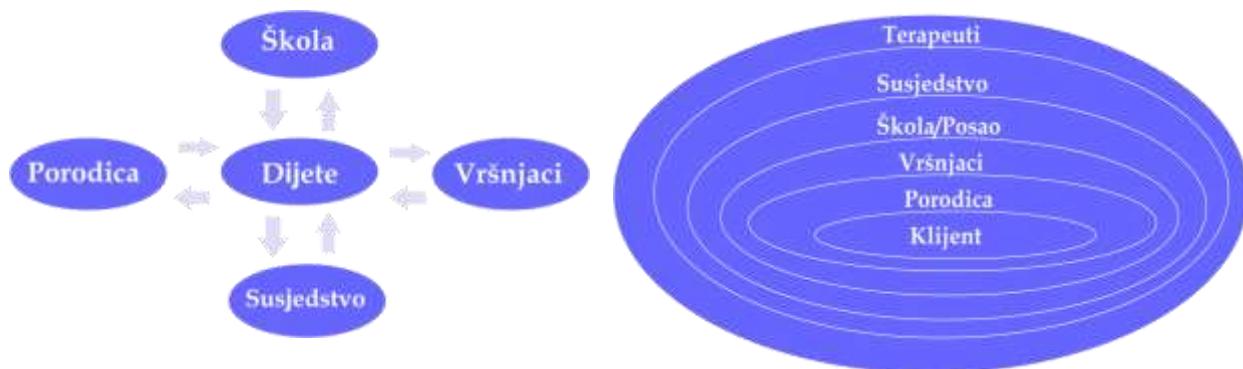
Neka istraživanja ističu važnost porodičnih procesa koji su pod uticajem ekonomskog stresa odnosno subjektivnog doživljaja ekonomske ugroženosti. U sociologijskim radovima se koristi termin socijalna isključenost koja se odnosi na nemogućnost učestvovanja u materijalnim i kulturnim događajima koje nudi savremeni život (stambeni uvjeti, prevoz, učestvovanje u sportu, kulturi, društveni život).

Socijalna isključenost se u nekim studijama veže uz depresiju, slabo zdravlje, rane adolescentske trudnoće (Roosa, i sar. 2005; prema Čudina- Obradović i Obradović, 2006.). Ekonomsko siromaštvo oblik je stresa s kojim se porodica suočava kao i nepredvidive teškoće kao što su smrt, teška bolest, elementarne nepogode, rat, gubitak posla.

Zahvaljujući ekološkoj teoriji sistema u sistemskoj porodičnoj terapiji se razvio model ekosistemskih intervencija koje podrazumijevaju interveniranje na svim nivoima sistema koji su povezani sa problemima. Ovaj model je utemeljen na ekološkoj teoriji sistema koja smatra da, ukoliko utičemo na promjene kod individue bez mijenjanja okoline i svih bitnih aktera uključenih u problem, čak i nakon poboljšavanja i smanjenja simptoma, može doći do pogoršavanja simptoma i vraćanje problema. Program se temelji na općoj teoriji sistema i teoriji socijalne ekologije, te ima devet principa prema kojima djeluje:

1. primarni cilj procjene je razumijevanje povezanosti problema sa širim konceptom sistema;
2. naglasak je na pozitivnom i upotrebi snaga svakog sistema kojem dijete/mlada osoba pripada (porodični, školski, vršnjački) kao pokretača promjene;
3. intervencijama se nastoji potaknuti odgovorno ponašanje članova porodice;
4. intervencije su usmjerene na sadašnjost, akciju i specifične, dobro definirane probleme;
5. intervencije su usmjerene na aspekte porodičnih odnosa/socijalne ekologije koji su povezani s utvrđenim problemima i pridonose problemima u ponašanju;
6. intervencije su prilagođene razvojnim potrebama mladih;
7. intervencije zahtijevaju dnevni i sedmični angažman članova porodice;
8. učinkovitost intervencija kontinuirano se mjeri;
9. intervencijama se nastoje postići dugoročni učinci.

Ilustracija ekološkog modela:



6.3 Faktori rizika za nastanak teškoća mentalnog zdravlja školske djece u Bosni i Hercegovini

6.3.1. Posljedice poplava 2014. godine kao i pandemije COVID-19

Poplave 2014. godine ostavile su posljedice po mentalno zdravlje stanovništva u pogođenim područjima u Bosni i Hercegovini. Stručnjaci iz Centara za mentalno zdravlje i brojni volonteri iz oblasti mentalnog zdravlja reagovali su tako što su pružali krizne intervencije sa naglaskom na djecu i mlade. Ne može se zanemariti činjenica da je za mnoge mlade doživljaj poplava bilo traumatsko iskustvo koje je uključivalo vlastitu životnu ugroženost ili ugroženost svoje porodice, gubitak imovine, itd.

Poput poplava, i Covid-19 je djelovao kao okidač za ratne traume kod velikoj broja stanovnika. Krizne situacije sa kojima su se djeca suočavala u toku pandemije Covid-19 jesu ograničeno kretanje, obustava klasičnog pohađanja nastave, nedostatak socijalnih kontakata sa vršnjacima, prekid uobičajenih aktivnosti poput treninga, kurseva i sl., zaraženost Covid-19 i smrt u užoj i široj porodici, vlastita zaraženost Covidom, vlastiti boravak u bolnici, boravak u bolnici užih članova porodice, smrt više članova porodice uzrokovanom Covid-19. Kako bi škole pružile adekvatan odgovor na krizne situacije kod učenika, neophodno je da nastavnici i stručni saradnici budu educirani za postupanje u kriznim situacijama.

6.3.2. Transgeneracijska trauma

Transgeneracijski prenos traume je termin koji se veoma često koristi u našem društvu, a posebno nakon rata gdje je generacija roditelja učenika sa kojim mi radimo doživjela ratnu traumu u različitim oblicima. Ovaj termin se odnosi na pojavu da roditeljska ili trauma daljih generacija utiče na funkcionalnost djeteta, odnosno na pojavu određenih promjena u ponašanju kod djece kao i neadaptiranog ponašanja. Bitno je naglasiti da se ovaj pojam ne odnosi samo na ratnu traumu već i na ostale razvojne ili traume doživljene u odrasloj dobi kod roditelja i predaka djeteta a koje su ostale potisnute i „neprerađene“ (Badurina i sar., 2021).

Prema Hillu (2017), transgeneracijska trauma može negativno uticati na porodice kao rezultat:

- neriješenih emocija i misli o traumatskom iskustvu,
- negativnog ponavljajućeg modela ponašanja koji uključuje uvjerenja o roditeljstvu,
- netretirane ili slabo tretirane zloupotrebe supstanci ili mentalnog oboljenja,
- slabog odnosa roditelj-dijete i neadekvatne emocionalne privrženosti,
- komplikovane crte ličnosti ili poremećaja ličnosti i
- čvrstog stava da stvari ostaju unutar porodice.

6.3.3. Finansijska nestabilnost

Nezaposlenost roditelja i niska finansijska primanja mogu dovesti do nedovoljno kvalitetnih životnih uvjeta za zdrav fizički i psihički razvoj djeteta, do frustracija kod adolescenata zbog percipiranja vlastite nejednakosti u odnosu na druge, percipiranja ali i realne socijalne isključenosti, zbog nedostatka mogućnosti da se uključi u neku vršnjačku sportsku ili umjetničku grupu.

6.3.4. Izloženost porodičnom nasilju i nasilju u zajednici kod mladih

Različiti problemi sa kojima se suočavaju roditelji mladih u Bosni i Hercegovini, poput nezaposlenosti, PTSP-a i drugih teškoća sa mentalnim zdravljem često dovode do povećane izloženosti adolescenata porodičnom nasilju koje značajno narušava mentalno zdravlje adolescenata.

Adolescenti iz Bosne i Hercegovine su također izloženi i nasilju u zajednici. Istraživanja o izloženosti djece i adolescenata nasilju u zajednici su aktuelna, a interes za ovu problematiku podstaknut je spoznajom da izloženost nasilju u zajednici u vidu žrtve, svjedoka ili počinitelja

ima negativne posljedice na njihovo fizičko i mentalno zdravlje. Nasilje u zajednici uključuje bilo koje nasilje koje se odigrava na javnom mjestu (Bowen – Brown, 2008) odnosno ono isključuje porodično nasilje i nasilje na radnom mjestu (Cicchetti, 2016). Nasilje u školi ponekad se razlikuje od nasilja u zajednici, ali se najčešće posmatra kao dio ili pak kao poseban oblik nasilja u zajednici. Općenito, adolescenti spadaju u dobnu grupu za koju je karakterističan rizik za izloženost nasilju u zajednici. Studija u SAD-u pokazala je da su 17,6% djece i adolescenata direktne žrtve napada u zajednici (Finkelhor – Turner – Omrod – Hamby – Kracke 2009; Cicchetti, 2016; prema Omersoftić, Zvizdić, 2019).

Još uvijek je potrebno raditi na senzibiliziranju stanovništva ali i stručnjaka koji rade sa djecom na tome da prijave i najmanje oblike nasilja i da djeluju međusektorski u tretiranju porodice u kojoj se dešava nasilje.

6.3.5. Faktori rizika vezani za školsko okruženje

Škola je sastavni dio svakog djeteta i predstavlja, pored porodičnog sistema, jedan od najznačajnijih sistema u dječijem i adolescentnom mentalnom i psihosocijalnom razvoju. Budući da djeca najveći dio svog vremena provede u školi, čini se logičnim da se svi oni koji rade sa djecom trebaju pozabaviti time kakve su škole i kako se djeca u njima osjećaju. Prethodno navedeno istraživanje obuhvatilo je i specifične aspekte kvalitete školskoga života koja govore da blizu 60% djece često osjeća strah od škole, a skoro svako drugo dijete se ne osjeća sigurno u školi, te blizu 60% djece nimalo ne osjeća da pripada svojoj školi (Badurina, 2013, 2016; prema Badurina i saradnici, 2021). Danas, rizik se definira kao vjerovatnoća da će se budući problemi smanjivati u ravnoteži između kompetencija mladih i djece (otpornosti) i njihove rizičnosti (Bašić, 2001).

Williams, Ayers, Arthur (1997; prema Bašić, 2001) navode najčešće rizične faktore u razvoju poremećaja u ponašanju kod djece i mladih. Između ostalih (genetski ili biološki, individualni i vršnjački, faktori vezani uz porodicu, rizični faktori u zajednici), kao važan faktor rizika za nastanak poremećaja i problema u ponašanju navode faktore vezane za školu a to su:

- školski neuspjeh,
- siromašno akademsko postignuće,
- disciplinski problemi i
- nedovoljna privrženost školi.

Autori Kafedžić, Bjelan–Guska i saradnici (2019) ističu da je osnovna škola mjesto gdje se mogu prepoznati različiti oblici ponašanja kod djeteta odnosno faktori rizika koji postoje u djetetovom okruženju i gdje se može uticati na smanjivanje djelovanja ili uklanjanje faktora rizika odnosno sprječavanje razvijanja problema u ponašanju kod djece. Osim toga, školsko okruženje igra važnu ulogu u postizanju i održavanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Škola je prepoznata kao protektivni faktor za mnoge zdravstvene poteškoće. Na drugoj strani, faktori koji loše utiču na mentalno zdravlje su vršnjačko nasilje, nedostatak prihvatanja od vršnjaka i nedostatak podrške od roditelja/staratelja i nastavnika.

Isti autori navode faktore rizika za nastanak društveno neprihvatljivog ponašanja i problema u ponašanju koji se mogu prepoznati u školskom okruženju:

- učenik/učenica je prkosan/prkosna i u konstantnom otporu prema školskim pravilima,
- učenik/učenica konstantno (neopravdano) izostaje sa nastave,
- učenik/učenica je nasilan/nasilna (verbalno, fizički i relacijski) prema vršnjacima,
- učenik/ učenica ugrožava vršnjake (.. ili druge osobe) u digitalnom okruženju (cyber prostoru..),
- učenik/učenica pasivno svjedoči i snima nasilje (među vršnjacima),
- učenik/učenica se fizički sukobljava sa nastavnikom/icom
- učenik/učenica vrlo često za svoje loše postupke optužuje druge (neutralizacija..),
- učenik/učenica je sklon(a) samopovređivanju (autoagresija..),
- učenik/učenica pokazuje jake izljeve bijesa pri minimalnim podražajima,
- učenik/učenica konstantno krši pravila škole,
- učenik/učenica inicira i/ili učestvuje u tučnjavama,
- učenik/učenica namjerno uništava javno dobro u i oko škole,
- učenik/učenica u školi prisvaja tuđe stvari,
- učenik/učenica konzumira cigarete i/ili alkohol,
- učenik/učenica konzumira drogu,
- učenik/učenica (za vrijeme nastave) provodi vrijeme u kafićima ili kladionicama,
- učenik/učenica u školu unosi opasne predmete kojima može povrijediti vršnjake,
- učenik/učenica skita i/ili prosjači i
- učenik/učenica iznosi ksenofobne stavove i/ili upražnjava govor mržnje (Kafedžić i saradnici, 2019).

6.4 Razvoj rezilijentnosti/otpornosti kod mladih

Otpornost ili rezilijentnost se može odrediti kao učinak interakcije rizičnih faktora u kombinaciji sa pozitivnim snagama (zaštitnim faktorima) koji pridonose ishodu koji predstavlja zdravu prilagodbu. Da bi se razvila dugotrajna otpornost kod djece iz visoko-rizičnih okruženja potrebna je: emocionalna briga i toplina, otvorenost i prihvatanje, samostalnost uz nadzor, usmjerenost prema postignuću te razvoj odgovarajućih vrijednosti. Ekološki multidimenzionalni pristup sagledavanju faktora rizika i zaštite u razvoju poremećaja u ponašanju (Raić, 2016) predstavlja model koji može pomoći u procjenjivanju jakosti i slabosti u ekološkom sistemu tako i u planiranju preventivnog i tretmanskog djelovanja.

6.4.1. Zadovoljenje temeljnih potreba

Temeljna pretpostavka razvoja otpornosti jest zadovoljenje temeljnih egzistencijalnih potreba djeteta. Ključnu ulogu u osiguranju zadovoljenja temeljnih potreba djeteta imaju mjere socijalne politike, ali i porodično-pravna zaštita djeteta te ostale intervencije sistema socijalne zaštite.

Potrebe adolescenata u odnosu sa drugima

Svako dijete ima relacijske potrebe odnosno potrebe za kontaktom kojih često nije svjesno i koje nije u stanju da saopšti odraslima niti svojim vršnjacima. Zato djeca svojim promjenama u ponašanju pokazuju da im nedostaje pažnje ili ljubavi roditelja, prihvatanja vršnjaka, razumijevanja nastavnika, obrazovne podrške u smislu pomoći pri savladavanju gradiva ili jasne strukture odraslih.

Kada su relacijske potrebe nezadovoljene, djeca pokazuju promjene u ponašanju, poput povlačenja, agresivnog ponašanja, slabijeg školskog uspjeha, nepoštivanja školskih pravila te kao rezultat toga u školskom okruženju mogu postati žrtve ili počinioци nasilja.

Richard Erskine, klinički psiholog i eminentni stručnjak iz oblasti psihoterapije, u knjizi koju je objavio sa svojim saradnicima definira 8 potreba koje ljudi imaju u odnosu sa drugima (Erskine i sar., 1999; Erskine, 2015; Badurina i sar., 2021):

1. Potreba za sigurnošću

Sigurnost je organski doživljaj da su naše fizičke i emocionalne ranjivosti zaštićene. Savjetodavni rad sa djecom stoga treba uključivati empatijsku svjesnost o potrebi za sigurnošću u odnosu kao i recipročni odgovor na tu potrebu. To pretpostavlja reakciju koja uključuje poštivanje i prihvatanje bez stida dječije ranjivosti (Erskine, 2015; Badurina i sar., 2021).

2. Potreba za priznanjem i potvrdom na važnost

Ova potreba se odnosi na postojanje druge osobe koja će validirati, afirmirati i prihvatiti sve naše relacijske potrebe kao prirodne. Ovo se postiže kroz ostvarivanje stvarnog kontakta sa djetetom i istinskom zainteresiranošću za dijete, a ne običnim prisustvom.

3. Potreba za prihvatanjem od mudre, pouzdane i zaštitničke osobe

Ovo je temeljna potreba jer svako dijete ima potrebu da se osloni na roditelje, stariju braću i sestre, nastavnike i mentore. To je potreba za značajnim drugim od kojeg dobivamo zaštitu, ohrabrenje i informaciju (Erskine, 2015; Badurina i sar., 2021).

4. Potreba za zajedništvom – dijeljenjem iskustva

Ova potreba se manifestuje kroz želju da se bude u prisustvu sa nekim ko je sličan, ko razumije jer on ili ona su imali slično iskustvo. To je osjećaj prolaska istoga puta zajedno sa nekim ko je „kao ja“ (Erskine, 2015; Badurina i sar., 2021).

5. Potreba za samo-definiranjem (Ko sam ja?)

Samo-definiranje je relacijska potreba za poznavanjem i izražavanjem svoje jedinstvenosti i dobijanjem priznanja i prihvatanja od strane drugih.

6. Potreba za uticanjem na druge ljude

To je individualni osjećaj kompetencije u odnosu koji proizlazi iz efikasnosti da se privuče pažnja druge osobe, uticaja koji bi mogao da koristi drugim ljudima, i uticaja na promjenu osjećanja ili ponašanja druge osobe (Erskine, 2015).

7. Potreba za inicijativom od strane drugih ljudi

Inicijativa se odnosi na podsticaj za pravljenje interpersonalnog kontakta sa drugom osobom. To je traženje druge osobe na način koji priznaje i daje značaj njemu ili njoj u odnosu (Erskine, 2015; Badurina i sar., 2021). Ukoliko se kod adolescenta primijeti pretjerana pasivnost, moguće da jedan od uzroka takvoga ponašanja može biti nezadovoljena ova potreba u ranijoj životnoj fazi.

8. Potreba za izražavanjem ljubavi

Ova potreba je veoma važna komponenta odnosa. Ljubav se obično pokazuje kroz tihi zahvalnost, privrženost ili kada uradimo nešto za drugu osobu. Značaj potrebe da se pokaže ljubav – bilo da je to od djece ka roditeljima, braći, sestrama ili nastavnicima, ili od klijenta

prema terapeutu – često se previdi u psihoterapijskoj praksi (Erskine, 2015; Badurina i sar., 2021).

6.4.2. Socijalna mreža i suštinsko prihvatanje

Drugi nivo pretpostavki za razvoj otpornosti čini suštinsko prihvatanje te kvalitetna i podržavajuća socijalna mreža. Suštinsko prihvatanje djeteta kao osobe presudno je za njegov uravnotežen psihosocijalni razvoj. Prihvatanje djeteta daje mu poruku da je voljeno, da je vrijedno kao osoba, da se može obratiti odraslom, bez obzira što se dogodilo. Ukoliko značajne osobe u djetetovom okruženju ne reaguju na neka neprihvatljiva ponašanja, dijete to može doživjeti kao nešto suprotno prihvatanju, a to je ravnodušnost. Ako porodica dobro funkcionira, pružiti će odgovarajuće prihvatanje svojim članovima, ali iz puno razloga mnoge porodice nisu spremne pružiti to svojim članovima. Značajno je zato razvijati podršku koja će pomoći porodici, a i djetetu da savlada teškoće.

6.4.3. Doživljaj lične djelotvornosti

Doživljaj lične djelotvornosti nije samo znati što treba činiti i biti motiviran za to. Djelotvornost je proizvod sposobnosti da se socijalne, kognitivne i emocionalne vještine organiziraju i usklađeno doprinose ostvarivanju različitih ciljeva. Vještina koja je značajna za razvoj doživljaja djelotvornosti i osnaživanja djeteta naziva se socijalna vještina. Socijalne vještine se odnose na niz specifičnih vještina, od vještina djelotvornog roditeljstva do komunikacijskih vještina djece i roditelja te slično. Svoj djeci je važno omogućiti da usvoje takve vještine jer im one olakšavaju da se uključe u razne aktivnosti koje šire njihovu socijalnu mrežu, ali i da se lakše suočavaju sa zahtjevima okruženja. Rad na razvoju socijalnih vještina kod djeteta pretpostavlja rad na njegovoj okolini i tako može uticati na razvoj osjećaja djelotvornosti. Dijete će najbolje usvajati socijalne vještine od odraslog koji ga prihvata kao osobu.

6.4.4. Djelotvorno suočavanje sa stresom

Suočavanje podrazumijeva aktivnosti pojedinca da promijeni trenutno poremećeni odnos s okolinom, bilo mijenjanjem vlastitog ponašanja, bilo mijenjanjem nepovoljnih aspekata u okolini. Postoji puno strategija suočavanja koje dijete može koristiti u teškim životnim situacijama – traženje socijalne podrške, maštajući i sanjareći, izražavajući osjećaje, aktivnim rješavanjem problema ili humorom. Važno je da dijete razvija razne strategije suočavanja te da u zavisnosti od situacije može djelotvorno koristiti neku od njih. Npr. humor

je više od obrambenog mehanizma, odnosno bijega od neugodne stvarnosti. Daje nam puno snage i može biti povezano s otpornosti na mnoge načine. Trebamo poticati klimu u porodici ili školi u kojoj ima smijeha i šale. Kako bi u tome bili uspješni, treba stvoriti klimu povjerenja pošto bez klime povjerenja, humor može postati jako agresivan.

6.4.5. Samopoimanje i samopoštovanje

„Zdrava“ osoba zna sebe, prihvata sebe i voli sebe. Takva osoba je sposobna preuzeti odgovornost za posljedice svojih djela. Samopoimanje se odnosi na sliku koju pojedinac ima o sebi kao socijalnom, emocionalnom i tjelesnom biću. Samopoštovanje je svijest o onome ko i šta smo mi, neovisno o onome što znamo i možemo. Ključno je za razvoj saosjećanja i brige za druge. Kada dijete ne prihvata sebe, teško mu je prihvatiti mišljenje drugog djeteta, a to je osnova čestih ruganja ili odbacivanja, ali i agresivnog ponašanja. Stoga je afirmacija, potvrđivanje vlastite vrijednosti, jedan od preduvjeta cjelovitog razvoja djeteta, međusobnog prihvatanja u grupama djece te konstruktivnog rješavanja sukoba među djecom (Ajduković, 2000).

Faktori zaštite su sve one unutrašnje i vanjske snage koje pomažu djetetu da bolje podnosi rizike ili koje ublažavaju rizike (Fraser, 1997, prema Bašić, 2000). I zaštitni i rizični faktori nalaze se u prostorima individualnih karakteristika djeteta ili mladog čovjeka te u prostorima socijalnog okruženja u kojima mladi žive (Bašić, 2000).

Neki strani autori, među kojima i Artur, Hawkins i saradnici (2002), navode sljedeće zaštitne faktore čijom se zastupljenošću smanjuje rizik pojave poremećaja u ponašanju:

- individualni (pozitivni/otporni temperament, vještine rješavanja problema, prosocijalna ponašanja),
- porodični (dobar odnos s roditeljima i povezanost s porodicom, dogovori s porodicom, stabilna porodica),
- školski (motivacija/pozitivan stav prema školi, dobar odnos s nastavnicima, škola visokog kvaliteta, jasna školska pravila ponašanja i odgovornosti),
- vršnjački (uključenost u pozitivne aktivnosti, dobri odnosi s vršnjacima, roditeljsko odobravanje prijatelja) i
- faktori zajednice (ekonomski stabilne zajednice, sigurna okolina, povezanost susjedstva i društvena kohezija) (Mešić Blažević, 2007).

Jačanjem navedenih protektivnih faktora već u ranom odgoju doprinosi se osnaživanju djece i njihove okoline, a upravo je to smisao primarne prevencije. Na taj način razvija se otpornost i sposobnost mladih da se odupru raznim pritiscima i izazovima kojima su izloženi tokom adolescencije. Nesumnjivo je da škola, uz porodicu, ima presudnu važnost u razvoju i socijalizaciji svakog pojedinca, a samim tim i široke mogućnosti za primjenu i provedbu različitih strategija pedagoške prevencije poremećaja u ponašanju mladih. Pod pedagoškom prevencijom podrazumijevaju se svi oni odgojno-socijalni postupci, mjere i aktivnosti kojima se nastoji spriječiti nastanak i razvoj poremećaja u ponašanju. Pedagoška prevencija uključuje i rano otkrivanje poremećaja u ponašanju te pravovremeno i adekvatno pružanje pomoći i zaštite. Pedagoška prevencija temeljena je također na konceptu jačanja zaštitnih faktora, osnaživanju te zadovoljavanju bazičnih psiholoških potreba učenika-adolescenata.

Tri su ključna aspekta podrške za razvoj rezilijentnosti kod djece (Hooper, 2012; prema Badurina i saradnici, 2021):

1. snažan osjećaj lične sigurnosti, povjerenja u druge, tako što osiguravamo optimalne uvjete sigurnog utočišta gdje se dijete osjeća priznato, prihvaćeno i voljeno onakvo kakvo jeste;
2. jačanje samouvjerenosti kod djeteta uz podršku da osvijesti: intrapsihički sistem podrške (lične snage, potencijale i sposobnosti, slabosti, svjesnost o osjećajima, mislima i ponašanjima i načinima na koje najčešće odgovara na okruženje, emocionalne i socijalne kompetencije); interpersonalni sistem podrške (odnos sa roditeljima, odnos sa članovima porodice, nastavnicima, prijateljima, vršnjacima, školskim okruženjem i aktivnom podrškom iz zajednice);
3. osvještavanje osjećaja smisla, aktivnog učestvovanja i preuzimanja odgovornosti za sebe i druge, koja vode rastu i uspjehu.

7. Teorijski koncepti prevencije i promocije u mentalnom zdravlju usmjereni na populaciju mladih od 14 do 18 godina

7.1. Teorijski principi prevencije i promocije u mentalnom zdravlju

Nesumnjivo je da su vodeći javnozdravstveni izazovi koji su obilježili 21. vijek na globalnom planu, kao što su siromaštvo, okolišne i socijalne posljedice urbanizacije, te povećana izloženost faktorima rizika za nastanak hroničnih bolesti, uticali i na trend porasta poremećaja mentalnog zdravlja.

Promocija mentalnog zdravlja u zajednici zahtijeva međusektorski pristup, sa aktivnim učešćem relevantnih ustanova vladinog sektora, nevladinih organizacija i udruženja građana, s ciljem sistemskih i kontinuiranih mjera nadzora i prevencije faktora rizika i jačanja mentalnog zdravlja, blagostanja i kvaliteta života u svim populacionim grupama.

Prevencija faktora rizika i osnaženje protektivnih faktora, te promocija mentalnog zdravlja obuhvata integrativne strategije koje kreiraju životne uvjete i okruženje koje omogućava i podržava zdrave životne stilove.

S ciljem definiranja teorijskih principa intervencija u unapređenju mentalnog zdravlja, treba naglasiti razliku između pojmova prevencije i promocije koje profesionalne i šire javnosti veoma često koristi kao sinonime. Međutim, iako su to međusobno komplementarne aktivnosti, postoje razlike u sadržaju i konceptu djelovanja, pri čemu su aktivnosti promocije usmjerene prema unapređenju zdravlja i kvaliteta života, a aktivnosti prevencije prema bolesti sa fokusom na mjere sprečavanja oboljenja.

Promocija u mentalnom zdravlju

Tranzicija zdravlja na globalnom planu ostavila je traga i na evoluciju konceptualnih pristupa u promociji zdravlja sadržanih u međunarodnim dokumentima. Tako od tradicionalnih pristupa koji promociju mentalnog zdravlja posmatraju kao aktivnosti usmjerene na jačanje mentalnog zdravlja i blagostanja stanovništva i pojedinaca te reduciranje obolijevanja, po savremenim autorima, promocija mentalnog zdravlja je najbliža terminu pozitivnog mentalnog zdravlja i obuhvata mjere kojima jačamo vrednovanje mentalnog zdravlja u percepciji općeg zdravlja pojedinca, porodice i zajednice u cjelini odnosno jačanje znanja i vještina pojedinaca i populacionih grupa za podršku i jačanje pozitivnih emotivnih i kognitivnih kapaciteta kao uvjeta mentalnog zdravlja.

Konceptualni okvir prevencije i promocije u mentalnom zdravlju

Savremeni koncept prevencije i promocije u mentalnom zdravlju podrazumijeva integraciju intervencija u zdravstvenom i drugim sektorima u realizaciji tri osnovna strateška cilja:

- preventivne reorijentacije usluga na svim nivoima zdravstvene zaštite;
- prevencije i reduciranja oboljenja i promocije mentalnog zdravlja;
- razvijanja službi u zajednici koje podržavaju resocijalizaciju i integraciju te reduciraju nejednakosti u zdravlju za osjetljive populacione grupe.

Prema SZO, ulaganje svake vlade u prevenciju i promociju mentalnog zdravlja je od izuzetnog značaja za dugoročni i održivi razvoj zajednice putem zalaganja za:

- percepciju prevencije, kao i ulaganje u zdravlje;
- aktivno učešće zajednice u razvoju okruženja koje omogućava i podržava izbore za zdravo življenje;
- zdravstvene usluge koncipirane tako da moraju adekvatno odgovoriti na oboljenja, ali i ojačati mogućnosti promocije zdravlja;
- omogućavanje ljudima da promoviraju svoje zdravlje i budu aktivni partneri zdravstvenim radnicima u menadžmentu oboljenja;
- donosioci odluka na svim nivoima vlasti imaju odgovornost da razviju zdrave javne politike i osiguraju međusektorske intervencije za njihovu provedbu.

U skladu sa preporukama relevantnih dokumenata, s ciljem mobilizacije i aktivnog učešća zajednice, sistemske međusektorske intervencije reduciranja poremećaja i oboljenja mentalnog zdravlja integriraju se u četiri strateška pravca: **monitoring, prevencija, promocija i edukacija.**

Monitoring podrazumijeva:

- unapređenje evidencije poremećaja i oboljenja mentalnog zdravlja u zdravstveno-statističkom sistemu u skladu sa međunarodno preporučenim indikatorima;
- razvoj registra poremećaja i oboljenja mentalnog zdravlja;
- kontinuiranu provedbu populacionih istraživanja vezanih za sve aspekte mentalnog zdravlja.

Prevencija podrazumijeva:

- uključenost sadržaja zaštite i promocije mentalnog zdravlja u sadržaj preventivnih pregleda svih populacionih grupa i u svim životnim ciklusima;

- razvoj i dostupnost sistemskih programa prevencije i odvikavanja od bolesti ovisnosti (pušenje, alkohol, droge i psihotropne supstance) koji su udruženi s poremećajima i oboljenjima mentalnog zdravlja;
- uključenost sadržaja zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja u nastavne sadržaje predškolskih i obrazovnih ustanova svih nivoa;
- podršku radu grupa za samopomoć, i drugim uslugama u zajednici za osobe oboljele od mentalnih poremećaja, psihosocijalnih poteškoća i drugih populacionih grupa u riziku.

Promocija podrazumijeva:

- informiranje i edukaciju javnosti s ciljem unapređenja znanja i stavova, reduciranja stigmatizacije i nejednakosti vezanih za sve aspekte mentalnog zdravlja;
- jačanje međusektorske saradnje zdravstvenog i drugih sektora, NVO i medija u provođenju kampanja promocije mentalnog zdravlja;
- uključenje promocije mentalnog zdravlja u sadržaj međusektorskih intervencija, kao što su zdrave škole, zdrava radna mjesta, centri za zdravo starenje, centri za mentalno zdravlje;
- podršku programima resocijalizacije, integracije i zapošljavanja osoba sa mentalnim i psihosocijalnim poteškoćama.

Edukacija uključuje:

- afirmaciju značaja segmenta mentalnog zdravlja u sadržaj dodiplomske i kontinuirane medicinske edukacije zdravstvenih radnika i saradnika;
- razvoj multidisciplinarnih programa edukacije iz oblasti mentalnog zdravlja za profesionalce u zdravstvenom i drugim sektorima;
- razvoj multidisciplinarnih vodiča za prevenciju i promociju mentalnog zdravlja.

Mentalno zdravlje i razvoj oboljenja i poremećaja vezanih za mentalno zdravlje određeni su djelovanjem višestrukih i interaktivnih faktora poput znanja i stavova, životnih stilova i ponašanja, te učešća socijalnih faktora kao što su obrazovanje, zaposlenost, uvjeti rada, stanovanje. Također, nesumnjivo je da je pored adekvatne organizacije zdravstvene zaštite kao fundamentalne osnove za promociju mentalnog zdravlja u zajednici, od velikog značaja stepen razvoja društvene klime koja poštuje i štiti osnovna ljudska, politička, socio-ekonomska i kulturna prava.

7.2 Značaj promocije i prevencije u očuvanju mentalnog zdravlja

Pozitivno mentalno zdravlje je „stanje emocionalne i socijalne dobrobiti u kojem pojedinac može da realizuje svoje vlastite mogućnosti, da se suočava sa uobičajenim životnim stresovima, da produktivno i uspješno radi i da je u mogućnosti da doprinese zajednici u kojoj živi” (SZO, 2001). Nedostatak pozitivnog mentalnog zdravlja je prijetnja javnom zdravlju, kvalitetu života i stabilnosti u društvu.

Promocija i prevencija mentalnog zdravlja predstavljaju proaktivni pristup, koji podržava pozitivno mentalno zdravlje i otpornost/rezilijenciju na pojavu oboljenja. Aktivnosti promocije su usmjerene na determinante zdravlja, dok je prevencija usmjerena na uzroke bolesti. U praksi se ova područja preklapaju i jedna intervencija, poput aktivnosti usmjerenih na poboljšanje socijalnih veza među ljudima ima i promotivne i preventivne karakteristike.

Prevencija se definira kao „intervencije koje se poduzimaju prije nego što se pojavi poremećaj” kako bi se preduprijedio njegov razvoj. Istorijski, javno-zdravstveni koncept prevencije oboljenja koristi podjelu prevencije na primarnu, sekundarnu i tercijarnu.

Primarna prevencija ima za cilj da spriječi pojavu oboljenja i da incidencu obolijevanja svede na najmanju moguću mjeru i prvenstveno je usmjerena na zdrave osobe.

Dobar primjer primarne prevencije kod suzbijanja zaraznih bolesti je vakcinisanje. Kada se govori o primarnoj prevenciji na području mentalnog zdravlja u djece i adolescenata do izražaja dolazi puno značenje poslovice „bolje spriječiti nego liječiti”. Primarna prevencija u dječjoj dobi najčešće podrazumijeva otklanjanje ili barem smanjenje posljedica razvojnog poremećaja. „Zadovoljavajuće zdrav” psihološki rast i razvoj djeteta prvenstveno ovisi o naslijeđenoj konstituciji, dinamici unutar porodičnih interakcija, transgeneracijskom prenosu traume ili obrazaca ponašanja, te hereditarnom opterećenju.

Lakše je uspostaviti racionalnu prevenciju ukoliko se dobro razumiju faktori koji su povezani s razvojnim poremećajima (Offord i Bennett 2002.).

Sekundarna prevencija obuhvata ranu dijagnostiku i tretman bolesti, a uspjeh se procjenjuje prevalencijom. Odnosi na prepoznavanje „potencijalnih” oboljelih od mentalnih oboljenja, odnosno oboljelih u ranom stadiju bolesti, kako bi se pravovremenom intervencijom spriječio razvoj manifestne bolesti te tako zaustavilo njeno napredovanje i sačuvao životni vijek kao i kvalitet života.

Cilj je da se smanji broj već ustanovljenih slučajeva. Počiva na identifikaciji osoba koje su u riziku a koje su trenutno asimptomatične kao i osobe koje pokazuju sub-kliničke simptome

bolesti. Osobe u riziku se zatim podvrgavaju intervencijama koje imaju za cilj da se spriječi nastanak bolesti ili da se smanji intenzitet ili dužina trajanja simptoma.

Važno je da intervencije koje imaju za cilj prevenciju obuhvate opšte faktore rizika i otpornosti (faktore koji su zajednički velikom broju bolesti), kao i faktore koji su specifični za određenu bolest.

Tercijarna prevencija ima za cilj suzbijanje i ograničavanje posljedica bolesti i javljanja relapsa i ponovno uspostavljanje sposobnosti koje su zbog bolesti ugrožene ili izgubljene, a njena efikasnost se procjenjuje invaliditetom bolesnika u datoj populaciji (Vlajković, 2003)

Drugi način konceptualizacije preventivnih strategija bazira se na **tački gledišta rizika i koristi**. Prevencija mentalnih poremećaja se usmjerava na redukciju faktora rizika i unapređenje protektivnih faktora povezanih sa mentalnim zdravljem. Efektivna prevencija zahtijeva višesektorski pristup, partnerstvo, konsultacije, posvećenost i uključenost zajednice.

Prema ciljnim grupama na koje su usmjerene, tipovi primarnih preventivnih intervencija se mogu klasifikovati na: univerzalne, selektivne i indikovane. Prve dvije pripadaju preventivnim intervencijama u „užem smislu“, dok indikovane preventivne intervencije pripadaju području rane intervencije (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000)).

- **Univerzalne** - koje su usmjerene na stanovništvo ili cijele populacione grupe koje nisu utvrđene na osnovu pojedinačnog rizika, sa ciljem poboljšanja sveukupnog mentalnog zdravlja stanovništva. Primjeri univerzalnih preventivnih intervencija su: izgradnja povezanosti i osjećaja pripadnosti, nade u budućnost i koping strategija kod učenika, dobra prenatalna njega, programi prevencije zlostavljanja u školama, umanjeње faktora rizika koji su povezani sa mentalnim poremećajima poput niske kontrole i visokog nivoa stresa na radnim mjestima.
- **Selektivne** - koje su usmjerene na pojedince ili populacione grupe koje su u povećanom riziku od razvoja problema i poremećaja. Selektivne preventivne intervencije imaju za cilj umanjeње rizika kod ciljne populacione grupe. Primjeri: programi u školama usmjereni na mlade u riziku od depresije, podrška djeci čiji roditelji pate od mentalnih poremećaja, psihosocijalna podrška za ljude koji pate od hroničnih tjelesnih oboljenja, programi socijalne podrške za starije ljude u sociogerijatrijskim ustanovama kao prevencija depresije, programi za osobe koje su iskusile nepovoljne životne događaje, poput gubitka bliske osobe ili razvoda.

- **Indikovane** su usmjerene na pojedince i populacione grupe pod visokim rizikom, koji pokazuju minimalne, ali uočljive rane znake i simptome mentalnih problema i poremećaja. Primjeri: programi za roditelje predškolske djece koji ispoljavaju agresivnost i nesaradljivost, programi za školsku djecu koja ispoljavaju probleme u ponašanju, programi rane intervencije u prodromalnoj fazi prvih psihotičnih reakcija (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000). Efektivne rane intervencije zahtijevaju rad „na terenu“, gdje službe aktivno traže ljude u potrebi. Ove usluge treba da se pružaju tamo gdje ljudi žive, rade, uče i provode slobodno vrijeme, prije nego da se čeka da sami dođu i traže pomoć u „tradicionalnim“ zdravstvenim i psihijatrijskim službama. Istraživanja su pokazala da adolescenti naročito izbjegavaju klasične zdravstvene službe (Rickwood & Braithwaite, 1994). Službe za mentalno zdravlje i druge zdravstvene službe su samo jedna od strateških mjesta za rane intervencije. Škole su idealna mjesta za rano otkrivanje početnih znaka i simptoma mentalnih problema i poremećaja, a školska djeca i adolescenti su u životnom periodu gdje rane intervencije imaju ogroman značaj (Fallon & Bowles, 1999). Službe za tretman zavisnosti od psihoaktivnih supstanci i (maloljetne) delikvencije također mogu biti važna mjesta za rane intervencije, gdje su prisutne osobe pod visokim rizikom.

8. Suicidalnost i suicid kod adolescenata i prevencija suicida

8. 1 Ključne činjenice o suicidu (SZO, WFMH)

- 800 000 ljudi globalno umre zbog samoubistva svake godine.
- Svakih 40 sekundi neko izgubi život od samoubistva.
- Mnogo je više ljudi koji pokušaju samoubistvo (20x).
- Prethodni pokušaj samoubistva najvažniji je faktor rizika.
- Drugi vodeći uzrok smrti među 15-29-godišnjacima.
- 79% se događa u ekonomijama sa niskim i srednjim prihodima.
- Gutanje pesticida, vješanje i upotreba vatrenog oružja spadaju među najuobičajenije metode izvršenja samoubistva širom svijeta.
- Tragedija koja pogađa porodice, zajednice i čitave regije i ima dugotrajne posljedice na ljude koji su ostavljeni.
- Ozbiljan javnozdravstveni problem.

- Mogu se spriječiti pravovremenim, vrlo često jeftinim i nedokazanim zasnovanim intervencijama.
- Za efikasne odgovore na nivou ekonomija potrebna je sveobuhvatna višektorska strategija prevencije samoubistava.

Ko je u riziku?

Suicid je kao fenomen „prastar“ i općeprisutan. Suicid je generalno rijedak događaj, ali nije u visoko rizičnim grupama. Na primjer, kod oboljelih od depresije ili shizofrenije kreće se oko 15%, dok je kod onih koji su pokušali samoubistvo još veći (stopa samoubistva je 100 puta veća u godini poslije pokušaja).

Klasične definicije suicida sadrže tri komponente: namjeru samodestruktivnosti, akt koji je prijeteci po život i koji će biti fatalan po ishodu (smrt). U odsustvu treće komponente govorimo o pokušaju suicida. U odsustvu druge i treće komponente govorimo o suicidalnoj namjeri, najopasnijem tipu suicidalnih misli.



Slika 1. Suicidalni razvoj

Samoubistvo = globalni fenomen, na koji veliki uticaj imaju socio-demografski i socio-ekonomski faktori (Emile DURKHEIM, 1897.: samoubistvo «Anomija» = dezintegracija porodičnih struktura, socijalna izolacija). SZO, 1984.: Različite stope samoubistava u različitim ekonomijama se mogu objasniti razlikama: kvaliteta socijalnih i zdravstvenih struktura, socio-ekonomskih faktora, pristupa smrtnim sredstvima, a i neuro-biologija igra važnu ulogu.

Suicidalno ponašanje nije 'normalna' reakcija na stres niti nužna posljedica teškog psihičkog oboljenja. To je složeno ponašanje koje ima različite uzroke koji su određeni: biološkim faktorima, psihološkim faktorima i kulturološkim faktorima (Rhimer, 2007).



Slika 2. Bio-psiho socijalni model

Naznake suicidalnosti i „presuicidalni sindrom“, (Ringel)

1. Povećano ograničenje (odnosa, aktivnosti, vrijednosti, itd.);
2. Nakupljanje agresije, samoagresija;
3. Ideje o samoubistvu (prvo se aktivno traži, a zatim se pasivno nameću);
4. Kod djece i mladih: opadanje postignuća, razdražljivost, bijeg.

Mnoga samoubistva događaju se impulsivno u kriznim trenucima s prekidom sposobnosti rješavanja životnih stresova (npr. finansijskih problemi, raspad veze ili hronična bol i bolest). Iskustvo sukoba, katastrofa, nasilja, zlostavljanja ili gubitka i osjećaj izolacije snažno su povezani s samoubilačkim ponašanjem. Stope samoubistava su također visoke među ranjivim grupama koje doživljavaju diskriminaciju (npr. izbjeglice i migranti, LGBTI osobe, starosjedilački narodi, zarobljenici, osobe starije dobi). Stigma, posebno ona koja je vezana za mentalni poremećaji i samoubojstvo, znači da mnogi ljudi koji razmišljaju o oduzimanju vlastitog života ili koji su pokušali samoubistvo ne traže i ne dobivaju pomoć koja im je potrebna. Do danas je samo nekoliko zemalja uključilo prevenciju samoubistava među svoje zdravstvene prioritete, a samo 38 vlada navodi da imaju sveobuhvatnu strategiju za prevenciju samoubistava. Podizanje svijesti zajednice i rušenje tabua važno je da ekonomije postignu napredak u sprečavanju samoubistava.

Istorija sprečavanja samoubistava

- Biblijski: «muzička terapija» (Davidova svirka na lutnji za Saula);
- Sredina 19. vijeka: početak napora na sprečavanju samoubistava – kod zatvorskih stražara u Francuskoj!;
- «Samarićani» (GB, od 1935.);
- «Briga za osobe umorne od života» (A, od 1955.);
- Telefonsko savjetovanje - Ispružena ruka.

Samoubistva i pokušaji suicida se mogu spriječiti.

Niz mjera se mogu preuzeti na nivou stanovništva, populacija i pojedinaca:

- smanjenje pristupa sredstvima (npr. pesticidi, vatreno oružje, lijekovi);
- izvještavanje medija na odgovoran način;
- intervencije u školi;
- uvođenje politika radi smanjenja štetne upotrebe alkohola;
- rana identifikacija, liječenje i briga o osobama s mentalnim poremećajima i zavisnicima od droga, hroničnom boli i akutnim emocionalnim tegobama;
- obuka zdravstvenih radnika za procjenu i upravljanje samoubilačkim ponašanjem;
- praćenje ljudi koji su pokušali samoubistvo i pružanje podrške u zajednici.

Sprečavanje samoubistava zahtijeva koordinaciju i saradnju između više sektora, uključujući zdravstveni i druge sektore kao što su obrazovanje, rad, policija, poljoprivreda, pravda, odbrana, politika i mediji.

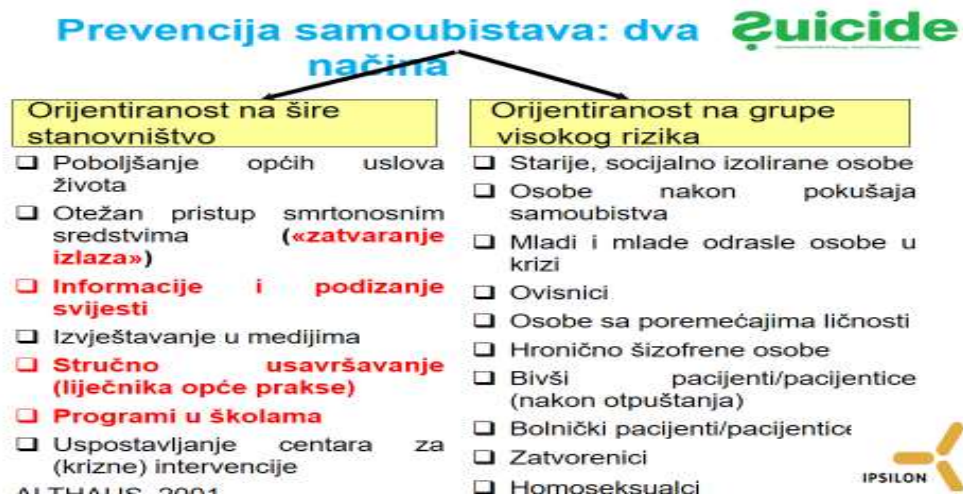
Strategije usmjerene na populaciju:

- Redukovati pristup opasnim sredstvima (pištolji, lijekovi...)
- Politike rada i nezaposlenosti
- Školski programi
- Edukacija javnosti
- Izvještavanje medija
- Pažnja na dezinhbirajuće supstance

Strategije za visoki rizik (rizične grupe ili osobe):

- Otkrivanje i liječenje
 - depresija i primarna zaštita
 - pokušaji suicida

- shizofrenija i službe mentalnog zdravlja – koordinirana briga
- Krizna intervencija
- Poboljšan pristup mentalno-zdravstvenim službama i uslugama
 - obuka zdravstvenih profesionalaca
 - obuka zatvorskog osoblja i zatvorenika



Slika 3. Prevencija samoubistva: dva načina (ALTHAUS, 2001)

8.2 Suicidalnost i suicid kod adolescenata i mladih

Širom svijeta, samoubistvo je među prvih pet uzroka smrtnosti mladih u dobi od 15 do 19 godina, a u mnogim ekonomijama zauzima prvo ili drugo mjesto kao uzrok smrti u ovoj starosnoj grupi. Stoga je prevencija samoubistava među djecom i adolescentima visoki prioritet, a škole su odlično mjesto za razvoj odgovarajućih preventivnih akcija.

Suicidalnost i suicid kod adolescenata

Vrijeme prvog pokušaja samoubistva
(Olsson i ostali - 02)



Slika 4. Suicidalnost i suicid kod adolescenata

Dječaci mnogo češće umiru od samoubistva nego djevojke; jedan od razloga može biti taj što pribjegavaju nasilnim metodama izvršenja samoubistva, kao npr. vješanje, vatreno oružje i eksploziv, češće nego djevojčice. Međutim, u nekim ekonomijama samoubistvo je češće kod djevojčica od 15 do 19 godina nego kod dječaka u istoj starosnoj grupi, a u protekloj deceniji porastao je udio djevojčica koje koriste nasilne metode.

Imati samoubilačke misli s vremena na vrijeme nije nenormalno. One su dio normalnog razvojnog procesa u djetinjstvu i adolescenciji, kao i rad na egzistencijalnim problemima i pokušajima da se shvati život, smrt i smisao života. Opšti faktori rizika za suicidalnost kod adolescenata uključuju: još uvijek u maloj mjeri definiran identitet (općenito, u psihološkom i seksualnom smislu); povećana impulsivnost, emocionalna labilnost, kao i povodljivost (Verterov efekat: Imitacija, Sugestija, „Suicidni klaster“); Sposobnost kontroliranja je (još uvijek) ograničena; neučvršćena (socijalna) percepcija.

Ankete pokazuju da više od polovine učenika više srednje škole navodi da su razmišljali o samoubistvu (McKey PW, Jones RW, Barbe RH., 1993.). Drugi autori navode da su suicidalne misli prisutne u određenoj životnoj dobi: 20-24% kod mladih, dobi od 12 do 17 godina (Nock, 2008.); 14,4% Njemačka, u prosjeku kod petnaestogodišnjaka (Brunner, 2007.); 37,9% Austrija, u prosjeku kod petnaestogodišnjaka. (Dervic, 2007.)

Rezultati SMASH studija, Michaud i ostali, CH 2002 pokazuju da preovladavanje suicidalnih misli u starosnoj dobi 16-19 godina iznosi 5%(m) - 20% (ž), dok pokušaji samoubistva iznose 4% (m) – 8% (ž). Mladi treba da razgovaraju o ovim temama sa odraslima (McGoldrickn & Walsh, 1983.) Suicidalne misli postaju abnormalne i predstavljaju ozbiljan rizik kod djece i adolescenata kada spoznaju da su te misli jedini izlaz iz njihovih poteškoća. Tada postoji ozbiljan rizik od pokušaj samoubistva ili samoubistva.

U nekim slučajevima može biti nemoguće utvrditi da li su neki smrtni slučajevi uzrokovani, na primjer automobilskim nesrećama, utapanjima, padovima i predoziranjem ilegalnim drogama, bili nenamjerni ili namjerni (Litman, 1989). Smatra se da je samoubilačko ponašanje adolescenata nedovoljno prijavljeno, jer mnoge smrti ove vrste se netačno klasifikuju kao nenamjerne ili slučajne. Oni pokazuju suptilne manifestacije samodestruktivnog i rizičnog ponašanja i dok neke od njihovih smrti mogu biti uzrokovane nenamjernim radnjama, druge su namjerne radnje koje su rezultat bola življenja (Holinger & Klemen, 1982)). Samo 50% adolescenata koji su pokušali suicid su tražili bolničku njegu nakon pokušaja samoubistva. Generalno govoreći, dječaci češće vrše samoubistvo nego djevojčice. Ipak, stopa pokušaja samoubistva je dva do tri puta veća kod djevojčica. Djevojke razvijaju depresiju češće nego dječaci, ali im je i lakše govoriti o svojim problemima i tražiti pomoć (Jilek-Aall., 1988). Dječaci su često agresivniji i impulsivniji, a nerijetko djeluju pod uticajem alkohola i droga, što vjerovatno doprinosi fatalnom ishodu njihovih samoubilačkih radnji.

Protektivni/zaštitni faktori

Glavni faktori koji pružaju zaštitu od suicidalnog ponašanja su:

- **porodični obrasci:** dobri odnosi sa članovima porodice; podrška porodice,
- **kognitivni stil i ličnosti:** dobre socijalne vještine; povjerenje u sebe i vlastita postignuća; traženje pomoći kada se pojave poteškoće; otvorenost za tuđa iskustva i rješenja; otvorenost za nova znanja,
- **kulturni i sociodemografski faktori:** društvena integracija, npr. kroz učešće u sportu, vjerskim institucijama, klubovima i dr.; dobri odnosi sa školskim drugovima; dobri odnosi sa nastavnicima i drugim odraslim osobama; podrška relevantnih ljudi.

Faktori rizika i rizične situacije

Samoubilačko ponašanje pod određenim okolnostima češće je u određenim porodicama nego kod drugih, zbog okolinskih i genetskih faktora.

- **Kulturni i sociodemografski faktori:**

Rizik je nizak socio-ekonomski status, loše obrazovanje i nezaposlenost u porodici. U ovu grupu se mogu svrstati i imigranti, jer često doživljavaju ne samo emocionalne i jezičke poteškoće već i nedostatak društvenih mreža, prethodne ratne povrede i psihološke torture. Djeca i adolescenti koji nemaju kulturološke korijene imaju izraženije probleme identiteta i nemaju model za rješavanje sukoba. Rodna i pitanja identiteta koja se odnose na seksualnu orijentaciju također su faktori rizika za samoubilačko ponašanje. Djeca i adolescenti koji nisu prihvaćeni u svojoj kulturi, od strane njihovih porodica i vršnjaka, ili od strane škola i drugih

institucija imaju ozbiljne probleme sa prihvatanjem i nedovoljnim modelima podrške za optimalan razvoj.

- **Porodični obrazac i negativni životni događaji tokom djetinjstva:**

Destruktivni porodični obrasci i traumatski događaji u ranom djetinjstvu nepovoljno utiču na mlade, posebno kada nisu bili u stanju da se izbore sa traumom (Sudak, Ford, Rushforth, 1984). Aspekti porodične disfunkcije uključuju: roditeljsku psihopatologiju, naročito poremećaji raspoloženja i drugi psihijatrijski poremećaji (Gould et al., 1989); zloupotreba alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, ili antisocijalno ponašanje u porodici; porodična istorija samoubistva i pokušaja samoubistva.

Nasljednost suicidalnosti

Stepen srodstva:

- Suicid majke
- Suicid oca

Rizik od suicida:

5 x češće

2 x češće

(AGERBO i ostali, 2002.)

- Jednorojčani blizanci
- Dvojnorojčani blizanci

~ 6 x češće

~ 4 x češće

(HEATH i ostali, 2002.)

- rođak prvog stepena: > 2x
- Procijenjena „ukupna“ nasljednost: 43% (McGUFFIN i ostali 2001.)

Nasilna i zlostavljачka porodica (uključujući fizičko i seksualno zlostavljanje djeteta); loša briga roditelja/staratelja, loša komunikacija unutar porodice; česte svađe između roditelja/staratelja, uz napetost i agresiju; razvod, razdvajanje ili smrt roditelja/staratelja; česte selidbe; veoma visoka ili vrlo niska očekivanja od strane roditelja/staratelja; nedostatak vremena roditelja/staratelja da posmatraju i rješavaju djetetov emocionalni stres i negativno emocionalno okruženje koje karakteriše odbacivanje ili zanemarivanje; rigidnost porodice (Carris, Sheeber, Howe., 1998), usvojiteljska ili hraniteljska porodica. Suicidalni mladi često dolaze iz porodica sa više problema u kojima su rizici kumulativni.

- **Kognitivni stil i ličnost**

Sljedeće osobine ličnosti se često primjećuju tokom adolescencije, ali su također povezane sa suicidalnim rizikom (iako su dostupni istraživački dokazi za bilo koju specifičnu osobinu

općenito rijetki i često dvosmisleni): nestabilno raspoloženje; ljutito ili agresivno ponašanje; antisocijalno ponašanje; visoka impulsivnost; razdražljivost; kruto razmišljanje i obrasci suočavanja; slaba sposobnost rješavanja problema; nesposobnost da se shvati realnost; sklonost životu u iluzornom svijetu; fantazije o veličini koje se smjenjuju sa osjećajem bezvrijednosti; osjećaj inferiornosti i neizvjesnosti koji mogu biti maskirani otvorenim manifestacijama superiornosti, odbacivanje ili provokativno ponašanje prema školskim drugovima i odraslima, uključujući roditelje; nesigurnost u pogledu rodnog identiteta ili seksualne orijentacije (Garofolo et al., 1998)); ambivalentni odnosi sa roditeljima, drugim odraslim osobama i prijateljima.

- **Psihijatrijski poremećaji**

Samoubilačko ponašanje je najviše zastupljeno kod adolescenata sa sljedećim psihijatrijskim poremećajima:

Depresija

Opisana je kombinacija simptoma depresije i antisocijalnog ponašanja kao najčešći prethodnik samoubistva tinejdžera (Spruijt, de Goede, 1997), (Weissman et al.; 1999). Nekoliko istraživanja je pokazalo da do tri četvrtine onih koji na kraju oduzmu sebi život pokazuju jedan ili više simptoma depresije, a mnogi pate od potpune depresivne bolesti (Schaffer & Fisher, 1981). Učenici koji pate od depresije često ispoljavaju somatske tegobe, kao što su glavobolja i bol u stomaku, bolovi u nogama ili grudima (Wasserman, 1998). Depresivne djevojke imaju jake tendencije da se povuku i postanu tihe, malodušne i neaktivne, dok depresivni dječaci imaju tendenciju disruptivnog i agresivnog ponašanja i zahtijevaju veliku pažnju nastavnika i roditelja. Agresivnost može dovesti do usamljenost, koja je sama po sebi faktor rizika za samoubilačko ponašanje. Iako su neki depresivni simptomi ili depresivni poremećaji česti kod suicidalne djece, depresija nije neophodna popratna pojava bilo suicidalnih misli ili pokušaja samoubistva (Vandivort & Locke, 1979). Adolescenti mogu da se ubiju, a da ne budu depresivni, a mogu i biti depresivni, a da se nisu ubili.

Anksiozni poremećaji

Studije su pokazale konzistentnu korelaciju između anksioznih poremećaja i pokušaja samoubistva kod muškaraca, dok je slabija povezanost nađena kod djevojaka.

Zloupotreba alkohola i droga

Osobe koje koriste psihoaktivne supstance su dosta zastupljene među djecom i adolescentima koji izvrše samoubistvo. U ovoj starosnoj grupi utvrđeno je da jedan od četiri suicidalna pacijenta konzumirao alkohol ili drogu prije djela (Pommereau X. Quand, 1997).

Poremećaje hranjenja

Zbog nezadovoljstva svojim tijelom mnoga djeca i adolescenti pokušavaju izgubiti težinu. Između 1% do 2% tinejdžerki pate od anoreksije ili bulimije (vrlo često također i od depresije), a rizik od samoubistva kod anoreksičnih djevojaka je 20 puta veći za mlade općenito. Najnovija otkrića pokazuju da i dječaci mogu patiti od anoreksije i bulimije (Wasserman, 1998).

Psihotični poremećaji

Iako malo djece i adolescenata pati od teških psihijatrijskih poremećaja, npr. šizofrenije ili manično-depresivnog poremećaja, rizik od samoubistva je vrlo visok kod oboljelih.

Prethodni pokušaji samoubistva

Istorija pojedinačnih ili ponovljenih pokušaja samoubistva, sa ili bez gore navedenih psihijatrijskih poremećaja, važan je faktor rizika za samoubilačko ponašanje.

Trenutni negativni životni događaji kao pokretači suicidalnog ponašanja

Izražena podložnost stresu, uz spomenuti kognitivni stil i osobine ličnosti (zbog naslijeđenih genetskih faktora, ali i porodičnih obrazaca i negativnih životnih stresora doživljenih u ranom životu), obično se opaža kod suicidalne djece i adolescenata (Beautrais et al., 1997). Ova podložnost otežava adekvatno suočavanje sa negativnim životnim događajima i ponovo aktivira osjećaj bespomoćnosti, beznađa i očaja koji mogu dovesti do pokušaja samoubistva ili samoubistva (De Wilde et al., 2001).

Rizične situacije i događaji koji mogu izazvati pokušaje samoubistva ili samoubistvo

Situacije koje se mogu doživjeti kao štetne i povređujuće za lično dostojanstvo (a da to ne mora nužno biti objektivno); porodične smetnje; odvajanje od prijatelja, djevojaka/dječaka, itd.; smrt voljene osobe ili druge značajne osobe; prekid ljubavne veze; međuljudski sukobi ili gubici; pravni ili disciplinski problemi; pritisak grupe vršnjaka ili samodestruktivno prihvatanje vršnjaka; maltretiranje i viktimizacija; razočarenje školskim rezultatima i neuspjeh u učenju; visoki zahtjevi u školi tokom ispitnih rokova; loše finansijske prilike; neželjena trudnoća, pobačaj; infekcija HIV-om ili drugim spolno prenosivim bolestima; teška fizička bolest; prirodne katastrofe.

Kako prepoznati učenike u riziku?

Svaku iznenadnu ili dramatičnu promjenu koja nepovoljno utiče na ponašanje adolescenata treba shvatiti ozbiljno (Cohen-Sandler, Berman, King.,1982) kao što su: nedostatak interesovanja za uobičajene aktivnosti, ukupan pad ocjena, nedolično ponašanje u učionici, neobjašnjiva odsustva ili izostanci, prekomjerno pušenje ili pijenje alkohola ili zloupotreba

droga (uključujući kanabis), incidenti koji su doveli do uključivanja policije i nasilja učenika. Ovi faktori pomažu da se identificiraju učenici u riziku od mentalnog i socijalnog poremećaja koji mogu imati misli o samoubistvu koje na kraju dovode do suicidalnog ponašanja (Zenere & Lazarus, 1997). Ako bilo koje od ovih znakova prepozna nastavnik ili školski psiholog/pedagog, školski tim treba poduzeti aktivnosti za izvršenje temeljne procjene učenika, jer obično ukazuju na probleme, a ishod može, u nekim slučajevima, biti i samoubilačko ponašanje.

Procjena rizika od samoubistva

Prilikom procjene rizika od samoubistva, školsko osoblje treba biti svjesno da su problemi uvijek multidimenzionalni. **Prethodni pokušaji samoubistva** jedan je od najznačajnijih faktora rizika. Mladi ljudi u nevolji imaju tendenciju da ponove svoja djela. Drugi veliki faktor rizika je **depresija**. Dijagnozu depresije treba postaviti ljekar ili dječji/adolescentni psihijatar, ali nastavnici i drugo školsko osoblje treba da budu svjesni niza simptoma (Weissman et al., 1999). koji čine dio depresivne bolesti. Teškoća procjene depresije povezana je s činjenicom da prirodna tranzicija faze adolescencije dijeli neke karakteristike sa depresijom (Marcelli, 1998). Adolescencija je normalno stanje tokom koje se javljaju karakteristike kao što je nisko samopoštovanje, malodušnost, problemi s koncentracijom, umor i poremećaji spavanja. Ovo su također uobičajene karakteristike depresivne bolesti, ali nema razloga za uzburu osim ako nisu trajne i sve teže. U poređenju sa depresivnim odraslima, mladi imaju tendenciju da jedu i spavaju više. Depresivne misli mogu biti normalno prisutne u adolescenciji i odražavaju normalno razvojni proces, kada je mlada osoba zaokupljena egzistencijalnim pitanjima. Intenzitet suicidalnih misli, njihova dubina i trajanje, kontekst u kojem nastaju i njihova upornost su ono što zdravu mladu osobu razlikuje od one u suicidalnom riziku. Drugi važan zadatak je da se identificiraju **rizične situacije i negativni životni događaji**, koji aktiviraju suicidalne misli i na taj način povećavaju rizik od samoubistva.

8.3 Prevencija suicidalnosti kod adolescenata

Opća prevencija

Najvažniji aspekt svake prevencije samoubistva je **rano prepoznavanje djece i adolescenata u nevolji i/ili pod povećanim rizikom** od samoubistva. Mnogi stručnjaci dijele stav da nije mudro podučavati mlade ljude eksplicitno o samoubistvu. Umjesto toga, oni preporučuju da se pitanja u vezi sa samoubistvom zamijene pozitivnom pristupu mentalnom zdravlju (Malley, Kusk, Bogo, 1994). Kad god je to izvodljivo, najbolji pristup aktivnostima prevencije samoubistava u školi je timski rad koji uključuje nastavnike, porodične doktore i

medicinske sestre, školske psihologe/pedagoge i socijalne radnike, koji rade u bliskoj saradnji sa službama za mentalno zdravlje u zajednici (centri za mentalno zdravlje, psihijatrijske klinike/bolnička odjeljenja).

Jačanje mentalnog zdravlja nastavnika i ostalog školskog osoblja je veoma važno. Za njih radno mjesto može biti izazovno, a ponekad čak i nasilno. Stoga im je potreban informativni materijal koji poboljšava njihovo razumijevanje vlastitog psihičkog opterećenja, kao i psihičkog opterećenja učenika, ali i pristup psihološkoj podršci radi ublažavanje stresa na poslu (Smith, 1986).

Jačanje samopoštovanja učenika štiti djecu i adolescente od psihičkih tegoba i omogućava im da se adekvatno nose sa teškim i stresnim životnim situacijama (Erikson, 1994). Za jačanje pozitivnog samopoštovanja adolescenata mogu se koristiti razne tehnike, kao što su:

- pozitivna životna iskustva koja će pomoći u stvaranju pozitivnog identiteta i koja povećavaju šanse mladih ljudi za veće buduće samopouzdanje (Papenfuss et al., 1983),
- ne treba stalno vršiti pritisak na djecu i adolescente da rade više i bolje,
- nije dovoljno da odrasli kažu da vole dijete, dijete se mora osjećati voljeno,
- djecu treba ne samo prihvatiti, već i njegovati, takvu kakva jesu.

Empatija podstiče autonomiju i važna je za izgradnju samopoštovanja i samopouzdanja adolescenata. Samopoštovanje adolescenata zavisi od razvoja njihovih fizičkih, društvenih i profesionalnih vještina (Weissman, Fox, Klerman, 1973). Za visoko samopoštovanje, potrebno je da mladi u konačnici uspostave nezavisnost od porodice i vršnjaka, da su u stanju da se povežu sa suprotnim polom, da se pripreme za zanimanje i samoizdržavanje i da uspostave funkcionalnu i smislenu filozofiju života. Uvođenje treninga životnih vještina, prvo putem gostujućih stručnjaka, a kasnije u sklopu redovnog nastavnog plana i programa se pokazalo kao efikasna strategija. Obrazovni sistem bi također trebao unaprijediti razvoj i konsolidaciju osjećaja identiteta učenika.

Važno je uspostaviti odnos povjerenja u odrasle osobe. Djecu i adolescente treba naučiti da svoja osjećanja shvate ozbiljno i potaknuti ih da se povjeravaju roditeljima i drugim odraslim osobama (nastavnici, školski psiholozi, ljekari ili medicinske sestre, prijatelji, sportski treneri, vjerski savjetnici).

Sprečavanje maltretiranja i vršnjačkog nasilja u školi je veoma važno kako bi se stvorilo sigurno okruženje.

Pružanje informacija o uslugama podrške i tretmana treba osigurati objavljivanjem telefonskih brojeve, kao što su, telefonske linije za pomoć u kriznim situacijama (npr. plavi telefon) i brojevi

telefona zdravstvenih službi (porodična medicina, centri za mentalno zdravlje, odjeljenja za adolescente u psihijatrijskim bolnicama, nevladine organizacije) čineći ih dostupnim mladima.

Poželjne intervencije kada se utvrdi rizik od samoubistva

Prepoznavanje suicidalne krize i znakova za uzbunu:

- Suicidalne izjave u užem smislu
- Prethodni pokušaji samoubistva
- Psihijatrijske bolesti u užem smislu (problem ovisnosti, depresija, psihotični poremećaji, poremećaji ishrane)
- Izoliranost
- Teški negativni životni događaji
- Rani gubitak roditelja
- Muški pol
- Kod djece i mladih još dodatno: Anomalije u ponašanju (lošije ocjene, izostajanje iz škole, bježanje), tjelesni simptomi nejasnog porijekla (poremećaji spavanja, glavobolja, nedostatak apetita, izražen umor, itd.)

U većini slučajeva, mladi u opasnosti od suicidalnog ponašanja imaju problema u komunikaciji, zbog čega je prvi korak u prevenciji samoubistva **uspostavljanje dijaloga i povjerljiva komunikacija**. Nedostatak komunikacije rezultira tišinom, povećanom napetosti i izostankom dijaloga, često zbog straha odrasle osobe da će isprovocirati adolescenta da počini samoubilački čin raspravljajući o svojim suicidalnim mislima. Postojanje ambivalencije također može rezultirati izbjegavanjem dijaloga kada neriješeni emocionalni problemi odraslih koji su u kontaktu sa suicidalnom djecom i adolescentima mogu isplivati na površinu. Nelagoda kod odraslih ponekad je toliko velika da je krajnja reakcija na suicidalne adolescente verbalna ili neverbalna agresija. Važno je shvatiti da nastavnik ne treba da bude sam u ovom procesu komunikacije, a učenje kako postići dobru komunikaciju je fundamentalno. Dijalog treba kreirati i prilagoditi svakoj situaciji i on podrazumijeva, prije svega, prepoznavanje djece i adolescenata i njihove potrebe za pomoći. Adolescentima u riziku od samoubistva je često tokom odrastanja nedostajalo povjerenje u odnose sa svojim porodicama i vršnjacima, što su doživjeli kao odsustvo interesovanja, poštovanja ili čak ljubavi. Preosjetljivost suicidalnog učenika je podjednako očigledna i na verbalnu i neverbalnu komunikaciju (govor tijela). Međutim, odrasle ne bi trebalo da obeshrabri uznemirenost ili nevoljnost adolescenata da razgovaraju s njima, jer je stav izbjegavanja često znak nepovjerenja prema odraslima. Suicidalni adolescenti također pokazuju izraženu ambivalentnost oko toga da li će prihvatiti ili odbiti ponuđenu pomoć, što utiče na ponašanje mlade osobe i brze promjene od traženja pomoći do odbijanja, što odrasli mogu pogrešno protumačiti (SZO,2000).

Osposobljavanje školskog osoblja putem posebnih kurseva i obuka da pričaju međusobno i sa učenicima o pitanjima života i smrti, unapređujući svoje vještine u prepoznavanju uznemirenosti, depresije i suicidalnog ponašanja i povećanje njihovog znanja o dostupnoj podršci su ključno sredstvo za prevenciju samoubistva. Školsko osoblje treba da zna da rane povrede tokom odrastanja, poput zanemarivanja i lišavanja djeteta, rani gubici i djeca bez roditelja (rat i protjerivanje), nasilje među roditeljima, prijetnje smrću i suicidom roditelja, zlostavljanje i seksualno zlostavljanje djece i „makrosocijalni strahovi“ predstavljaju faktore rizika (SZO,2000).

Važni aspekti za nastavnike

- posmatrati,
- stajati na raspolaganju,
- slušati,
- postavljati odgovarajuća pitanja (Raniji pokušaji samoubistva? Okidači? Emotivno stanje? Sposobnost rasuđivanja? Alternative?),
- pomoći manje vještim učenicima u njihovom školskom radu,
- voditi računa o izostajanju sa nastave,
- destigmatizovati mentalne bolesti i pomoći da se eliminira zloupotreba alkohola i droga,
- traženje pomoći kolega/kolegica i drugih stručnjaka.

Krizna intervencija

- Prihvatiti suicidalno ponašanje kao signal za alarm
- Pokušati razumjeti smisao i nužnost krize
- Stvoriti situaciju za razgovor
- Izgradnja odnosa
- Procjena situacije
- Ublažavanje simptoma
- Uključivanje osoba koje pružaju podršku
- Pristup rješavanju problema (Sonneck, 2000.)

Treba izbjegavati:

- Prebrzo tješjenje
- „Opominjanje“
- Uopćavanje
- Banaliziranje problema
- Osuđivanje i komentiranje

- Saslušavanje, ispitivanje, analiziranje
- Prebrze aktivnosti („aktivizam“)

Upućivanje na profesionalce u oblasti mentalnog zdravlja kada se prepozna rizik je od fundamentalnog značaja. Brza, autoritativna i odlučna intervencija, aktivno povezivanje i upućivanje mlade osobe u zdravstveni sistem (ljekaru opšte prakse, dječijem psihijatru ili hitnoj pomoći) može biti spasonosna. Da bi bile efikasne, zdravstvene usluge mladima treba budu pristupačne, privlačne i nestigmatizirajuće. Uznemireni i/ili suicidalni učenici treba da budu lično upućeni od strane školskog osoblja, a primljeni od strane multidisciplinarnog tima sastavljenog od ljekara, medicinskih sestara, psihologa, socijalnih radnika i zakonskih zastupnika čiji je zadatak zaštita prava djeteta.

Ograničen pristup učenika sredstvima za samoubistvo (opasni i smrtonosni lijekovi, pesticidi, vatreno i drugo oružje, eksploziv, noževi i dr.) u školama, roditeljskim domovima i drugdje su veoma važne mjere za spašavanje života. Pošto ove mjere same po sebi nisu dovoljne, u isto vrijeme treba ponuditi i psihološku podršku.

Kada je samoubistvo pokušano ili počinjeno potrebno je informirati školsko osoblje i učenike. Škole trebaju imati planove za hitne slučajeve o tome kako informirati školsko osoblje, kao i učenike i roditelje sa ciljem sprečavanja klastera samoubistava. Efekat zaraze je rezultat sklonosti suicidalnih adolescenata da se identificiraju s destruktivnim rješenjima koja su usvojili od učenika koji su pokušali ili izvršili samoubistvo (Centers for Disease Control., 1994). Važno je identificirati sve potencijalno suicidalne učenike, kako u istom razredu tako i u drugim.

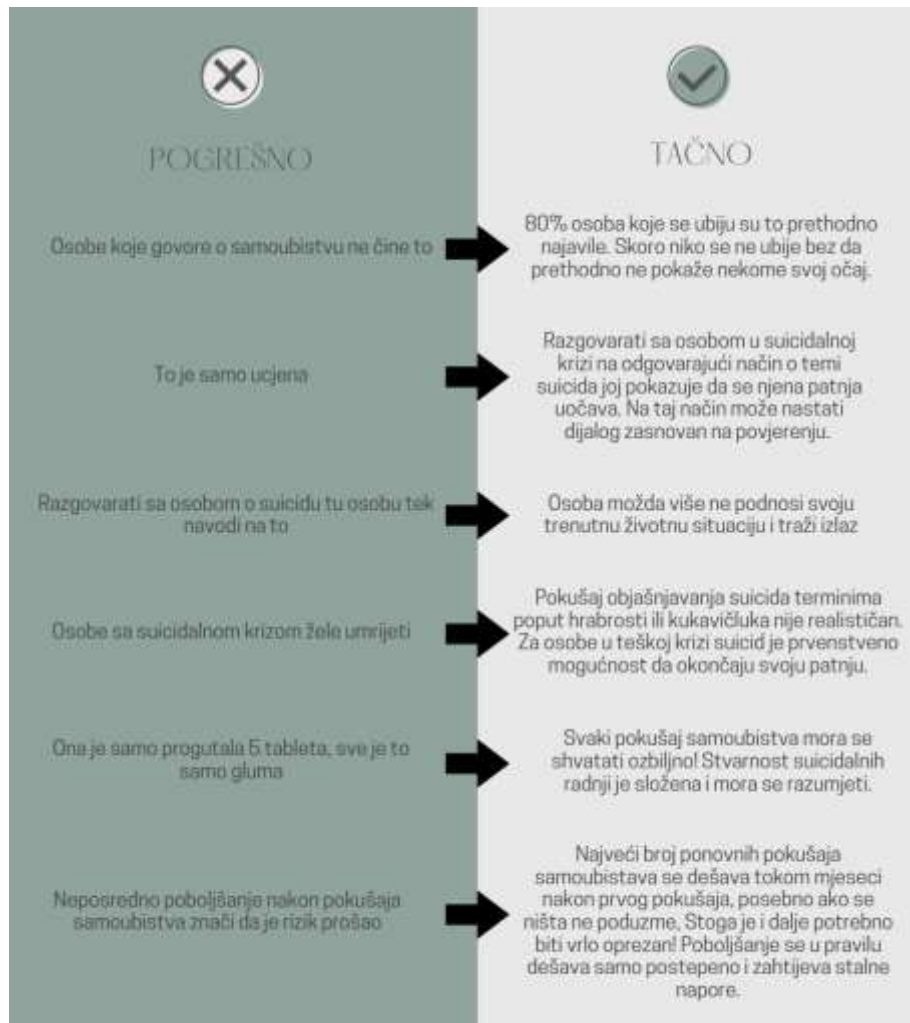
Sažetak: Budućnost počinje juče

- Rana životna iskustva utiču na doživljavanje i ponašanje
- Rana traumatična iskustva ostavljaju ožiljke na razvoju ličnosti
- (Epi-)genetika pokazuje da takva iskustva mogu osobu učiniti ranjivom na depresivne reakcije i suicidalno ponašanje
- Međutim, ona također pokazuje da je otpornost – a time i uspješan život – ipak moguć!
(Caspi et al., *Science*, 2003.)

Poruke koje treba zapamtiti

- Razmišljanja o samoubistvu su kod mladih jako česta, pokušaji samoubistava su česti, a samoubistva su prečesta!

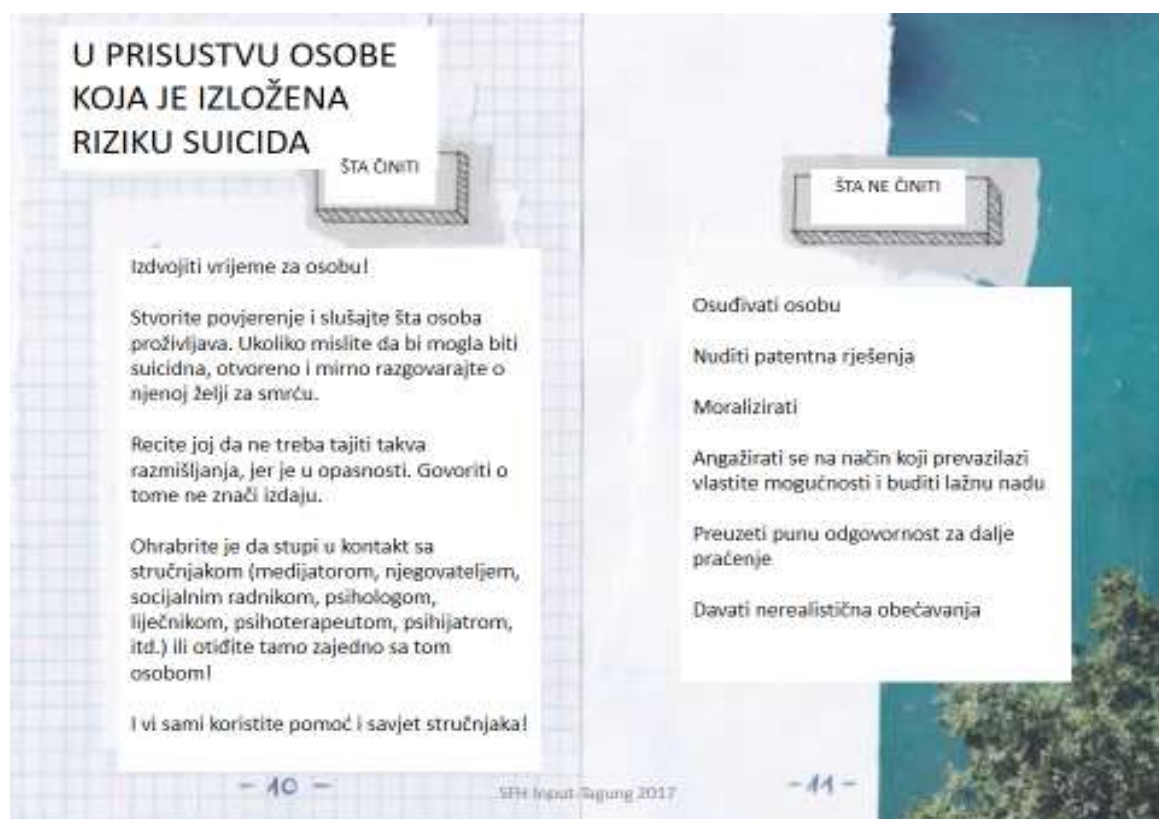
- Suicidalno ponašanje pojedinca nije moguće sa sigurnošću predvidjeti. Međutim, moguće je uočiti signale i shvatiti ih kao povod za postavljanje pitanja i pomoć!
- Profesionalci moraju obraćati pažnju na nagle promjene koje se javljaju kod djeteta, mlade osobe ili mladog odraslog, kako bi predlagali i provodili korisne intervencije!
- **Prevenција samoubistava je moguća i djeluje!**



Slika 5. Mitovi i predrasude sve o samoubistvu



Slika 6. Određene naznake za samoubistvo



Slika 7. Šta uraditi u prisustvu osobe koja je izložena riziku suicida

9.Uputstva za izradu programa za ovu dobnu skupinu i smjernice za primjenu

9.1. Planiranje, realizacija i evaluacija promotivno-preventivnih programa

9.1.1. Situaciona analiza-procjena potreba, identifikacija ključnih aktera i resursa u zajednici

Prije planiranja preventivnih programa potrebno je napraviti **situacionu analizu**, koja uključuje procjenu potreba, identifikaciju ključnih aktera i resursa. Situaciona analiza uključuje analizu demografskih pokazatelja i vitalnih događaja, te zdravstvenih karakteristika populacione grupe za koju planiramo intervenciju. U tu svrhu se koriste relevantne informacije koje je moguće dobiti iz statističkih godišnjaka, rutinske zdravstvene statistike, epidemioloških i drugih istraživanja. Procjena situacije uključuje pregled postojećeg zakonodavstva, politika i strategija, pravne mehanizme i procese upravljanja, mogućnosti potencijalnih partnera. Tokom cijelog procesa procjene potrebno je evidentirati sve potrebne podatke i informacije i uključiti što veći broj učesnika radi boljeg razumijevanja situacije (identificirati sve aktere iz javnog, privatnog i civilnog sektora, i analizirati njihove ciljeve, probleme ili potrebe da odredimo od koga možemo očekivati podršku, ko je protiv, a ko je neutralan).

Vrši se i **procjena i identifikacija resursa**, odnosno postojećih prednosti u toj zajednici (postojanje nevladinih organizacija, udruženja građana, grupa za samopomoć, uređena okolina sa parkovima i dr.).

Akterima smatramo sve pojedince, grupe i organizacije/institucije koje utiču na projekat i na koje projekat utiče. To mogu biti pravna i fizička lica i/ili organizirane grupe koje su zainteresirane za primjenu i implementaciju projekta i koji mogu uticati na uspjeh procesa. Akteri mogu biti aktivno angažovani i to su svi oni koji su direktno uključeni u ostvarivanje rezultata i postizanje ciljeva projekta i pasivno angažovani, to su oni na koje rezultati projekta utiču.

Određivanje prioriteta

Potrebno je osigurati da odabrana intervencija bude usmjerena na one populacione grupe kojim to zaista treba. U procesu određivanja prioriteta neophodno je uzeti u obzir sve rezultate prethodne analize i dati odgovore na nekoliko osnovnih pitanja:

- Koja usluga/intervencija je potrebna?
- Da li će intervencija ili usluga koja je potvrđena kao efektivna zadovoljiti procijenjene potrebe?
- Da li je intervencija prihvatljiva i odgovarajuća za javnozdravstveni sistem ili obrazovni system?
- Da li je intervencija isplativa?
- Da li je etički potvrđena?

Definiranje ciljeva, strategije (izbor aktivnosti) i rezultata programa

Ciljevi treba da odražavaju usvojenu politiku/strategiju i prihvaćene međunarodne standarde. Prilikom postavljanja ciljeva potrebno je jasno navesti ciljne grupe stanovništva, geografsku teritoriju i lokacije koje će biti obuhvaćene intervencijom i jasno kvantifikovati očekivana poboljšanja.

Opšti cilj definira krajnju dobrobit i promjenu kojoj želimo doprinijeti, dok su specifični ciljevi pozitivna promjena u odnosu na ciljnu grupu, odnosno konkretni ciljevi programa koji će biti ostvareni tokom trajanja programa. Određivanje ciljeva je veoma važan proces u planiranju i potrebno je odrediti kriterije koje ti ciljevi treba da zadovolje.

SMART (pametni) ciljevi je akronim za lakše pamćenje karakteristike ciljeva:

S – (*specific*) specifičan

M –(*measurable*) mjerljiv

A – (*acceptable*) prihvatljiv/ lako dostupan

R – (*realistic*) realan, usmjeren na rezultate

T – (*time bound*) vremenski ograničen i određen.

Identifikacija strategije se vrši postavljanjem pitanja „Šta je potrebno da dostignemo postavljeni cilj?“ Koristimo literaturu kako bismo pronašli do tada najefikasnije strategije i izabrali one najbolje u smislu vremena, novca, osoblja, opreme.

Aktivnosti treba da su efektivne, ali realne i izvodljive za date uvjete.

Rezultati su ono što želimo da dobijemo, a aktivnosti su način kako da to postignemo.

Rezultati predstavljaju konkretne koristi, proizvode i usluge kao posljedica uspješno provedenih aktivnosti. Oni bi trebali biti mjerljivi i realno ostvarivi i svi bi trebali voditi ka ostvarenju cilja.

Plan aktivnosti

Plan rada treba da sadrži plan provedbe i vremenski okvir:

- aktivnosti, šta će se raditi?
- kako će se to realizirati/metodologija rada?
- ko će raditi na realizaciji: institucije, dio institucije, grupa, ostali?
- gdje će se provoditi?
- kada će se provoditi - početak, kraj, trajanje?
- koliko košta - predračun, ostvarenje?
- održivost – kako to namjeravamo postići?

Monitoring i evaluacija

Monitoring je svakodnevno praćenje aktivnosti tokom njihovog provođenja sa ciljem provjere da li se aktivnosti odvijaju prema planu i na vrijeme. Monitoring utvrđuje šta je to što se dešava sa aktivnostima bez upuštanja u rezultate tih aktivnosti. Neki od najadekvatnijih instrumenta i mehanizma za monitoring su: terenske posjete, projektni izvještaji, pregledi i analize.

Evaluacija je sistematska i objektivna ocjena tekućeg ili završenog projekta, programa, politike i ima za cilj da odredi relevantnost, uspješnost, efikasnost i rezultate projekata, programa i politika. Daje odgovor na pitanje: Šta se očekivalo, a šta je postignuto i u kom stepenu?

Indikatori i logički okvir

Indikatori su mjerni instrumenti pomoću kojih pratimo postizanje ciljeva. Indikatori bi trebali odgovoriti na pitanja: Kako ćemo znati da smo postigli cilj?; Šta je to što će se promijeniti?; Kako ćemo mjeriti promjenu? Indikatori treba da budu jasno definirani i usmjereni na rezultate i ishode. Mogu biti kvantitativni (izražene u brojevima, procentima i stopama) i kvalitativni. Svojstva dobro definiranog indikatora su: mjerljivost, vremenska određenost, relevantnost i specifičnost.

Logički okvir (engl. *Logframe*) predstavlja pristup za planiranje projekta usmjeren na ciljeve i upravljanje projektima. To je koristan alat za planiranje, realizaciju, monitoring, evaluaciju i izvještavanje. Gdje idemo?; Kako ćemo stići tamo?; Kako ćemo znati jesmo li stigli?; Sve su to pitanja na koja logički okvir kao analitički alat može odgovoriti.

Osnovne komponente logičkog okvira:

1. inputi (unosi/ulazi): resursi namijenjeni programu ili resursi koje program koristi,
2. aktivnosti: aktivnosti koje provodi program u cilju postizanja željenih rezultata/ishoda,

3. output/izlazi: mjerljivi proizvod/rezultati programskih aktivnosti,
4. outcome/ishodi: koristi za klijente, zajednice, sisteme ili organizacije - kratkoročni, srednjoročni i dugoročni (uticaj),
5. eksterni uticaji (pretpostavke i rizici): različiti faktori izvan sistema koji utiču na njegovo funkcioniranje.

Prevazilaženje rizika planiranja

Upravljanje rizikom je proces utvrđivanja, procjene i reagovanja na pojavu rizika tokom provedbe programa, monitoringa i izvještavanja. U svakom procesu planiranja treba biti svjestan mogućnosti pojave rizika. Rizik je događaj, stanje ili situacija koja, ako se dogodi, ima negativan učinak na ciljeve programa. Vrste rizika koji se mogu javiti tokom cijelog projektnog ciklusa su: finansijski rizik, pravni rizik (npr. promjene u zakonodavstvu), politički rizik (promjene menadžmenta, organizacijske promjene, strategije i politike), fizički rizik (prirodne katastrofe, požari, nesreće), tehnički rizik (IT sigurnost, infrastruktura, softver), sigurnosni rizik (objekti, dokumentacija) i nespecificirani i drugi rizici (ljudski resursi, znanje, vještine, međuljudski odnosi i dr.).

Rizici planiranja se prevazilaze izradom **plana upravljanja rizicima** koji se sačinjava u procesu planiranja programa. Plan upravljanja rizicima je sastavni dio dokumentacije programa, a po potrebi se ažurira tokom implementacije. U utvrđivanje rizika mora da bude uključen cijeli projektni tim i ključni akteri, a podrazumijeva evaluaciju faktora iz okruženja, organizacione, kulturalne i druge specifičnosti, sve elemente programskog plana u njegovom punom obimu. Posebna pažnja posvećena je programskim rezultatima, pretpostavkama, ograničenjima, procjenama troškova, planu resursa i drugim ključnim dokumentima programa. Zatim se pristupa kvantitativnoj i kvalitativnoj analizi rizika u smislu vjerovatnoće i uticaja koji može imati na program, rangiran po nivou kao nizak, srednji i visoki rizik.

Strategija odgovora na rizik može biti: utvrđivanje okidača /signala za uzburku i praga za nastanak rizika da bi se pažljivijim praćenjem izbjegao rizik: mjere za ublažavanje rizika; promjene plana aktivnosti kako bi se izbjegao rizik: i konačno svjesno prihvatanje rizika, ako je van kontrole projektnog tima.

9.2 Smjernice i uputstva za izradu programa u evropskim ekonomijama

Tokom Evropske ministarske konferencije SZO posvećene mentalnom zdravlju 2005. godine prepoznato je da, pored tretmana i rehabilitacije, promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja predstavljaju prioritet za zemlje članice. Pored sve

prisutnijeg prepoznavanja značaja promocije i prevencije na političkom i deklarativnom nivou, situacija je drugačija kada se dođe do „provođenja riječi u djelo“. Pored nedovoljnog finansiranja mentalnog zdravlja (koje uključuje i finansiranje promotivnih i preventivnih aktivnosti) u mnogim ekonomijama, često i profesionalci u mentalnom zdravlju u svom radu daju promotivnim i preventivnim aktivnostima manji prioritet. Obzirom da promocija i prevencija mentalnog zdravlja podrazumijevaju višesektorski pristup, saradnja i koordinirani rad velikog broja zainteresiranih strana, koji dolaze iz različitih sektora predstavljaju još jedan izazov. Pored izazova i oblasti koje je potrebno razvijati, postoje i brojni primjeri dobre prakse u mnogim evropskim ekonomijama. Programi posvećeni eliminaciji stigme i diskriminacije i posljedičnog socijalnog isključenja, prevenciji suicida, prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci (PAS) i drugi slični su dio akcionih planova za mentalno zdravlje i provode se u brojnim evropskim ekonomijama.

U provođenju ovih aktivnosti uključeni su različiti sektori, poput zdravstvenog, socijalnog, obrazovnog, pravosuđa, policije i dr. Od velikog je značaja i rastuća svijest o značaju provođenja politika za borbu protiv siromaštva i socijalne inkluzije kao važnih za prevenciju mentalnih poremećaja i promociju mentalnog zdravlja (Jane-Llopis & Anderson, 2006).

9.2.1 Aktivnosti i preporuke SZO za unapređenje mentalnog zdravlja djece, adolescenata i mladih (SZO/EURO, 2022)

Panevropska koalicija za mentalno zdravlje je vodeća inicijativa Regionalne kancelarije SZO za Evropu pokrenuta u septembru 2021. godine kao odgovor na zahtjeve za rješavanje problema mentalnog zdravlja i dispariteta sa kojima se suočavaju zajednice širom evropskog regiona SZO, posebno nakon Covid-19 pandemija. Koalicija funkcionira kao operacionalizujući instrument za **Evropski okvir za djelovanje za mentalno zdravlje (2021-2025) (EFAMH)**. EFAMH nudi strukturu za planiranje, provedbu i praćenje mentalno-zdravstvenih usluga, programa i politika širom evropskog regiona na osnovu iznijetih potreba i ciljeva, koji bi, ako bi bili ispunjeni, pozicionirali mentalno zdravlje kao ključni aspekt zdravog društva. Koalicioni rad je organizovan oko šest prioriternih radnih paketa, čiji završetak odgovara uspješnoj realizaciji EFAMH-a.

Jedan od radnih paketa uključuje **mentalno zdravlje i dobrobit djece, adolescenata i mladih**.

Blagostanje i dobrobit mladih

Izazovi

- COVID-19 je uticao na mentalno zdravlje i dobrobit mnogih mladih ljudi, posebno u oblastima školovanja, zapošljavanja i društvene povezanosti, istovremeno promovirajući značajnu anksioznost/strah.
- Mnogim ekonomijama nedostaju politike koje su usmjerene na mentalno zdravlje i blagostanje djece i adolescenata.
- Ulagalo se u programe promocije zdravlja koji su slabo dokazani, dok se programi koji imaju dobre dokaze nužno ne provode, niti mjere.
- Nedostaju visokokvalitetni, kulturološki specifični podaci o mentalnom zdravlju mladih i ishodima intervencija za podršku njihovom mentalnom zdravlju.
- Neke ekonomije pokazuju disparitet između svjesnosti mladih i želje za podrškom i njihovih mogućnosti pristupa podršci.
- Mladi ljudi nisu smisleno ili dosljedno uključeni u donošenje odluka koje utiču na njihovo mentalno zdravlje i dobrobit.
- Školsko osoblje nije obučeno ili podržano za promociju mentalnog zdravlja, aktivnosti prevencije ili promocije mentalno-zdravstvene pismenosti u školama.
- Postoje značajne nejednakosti u ishodima mentalnog zdravlja mladih, kao npr. oni koji nisu u obrazovanju ili zaposlenju; koji imaju razvojni, intelektualni ili fizički invaliditet; ili koji imaju ograničenu podršku porodice.

Ciljevi

- Smisleno uključiti mlade ljude u donošenje odluka koje utiču na njihovo mentalno zdravlje i podržati ekonomije/organizacije da to rade.
- Izgraditi kapacitete u školama za promoviranje i zaštitu mentalnog zdravlja mladih ljudi, podržavanjem intervencija zasnovanih na dokazima, praktičnim usmjeravanjem, obukom, razvojem nastavnih planova i programa, alata za monitoring i evaluaciju i realizaciju infrastruktura/podrške.
- Proširiti aktivnosti promocije i prevencije izvan škola jačanjem kapaciteta u uspostavljenim kontekstima u zajednici za mlade (npr. umjetnost, sport, organizacije), osiguravajući da najugroženiji mladi ljudi ne budu izostavljeni, kroz generisanje znanja koje je kulturno relevantno i primjenjeno u okruženju koje dopire do ranjivih grupa.
- Promovirati kapacitete odraslih i porodica u podršci sopstvenom mentalnom zdravlju, da bi mogli podržavati svoje mlade ljude.

Aktivnosti za razmatranje

- Napraviti indikatore za mentalno zdravlje i dobrobit mladih koji se mogu koristiti/prilagoditi u različitim okruženjima, odnosno kontekstima.
- Sačiniti standarde/smjernice za obuku nastavnika, nastavne planove i programe za inicijalnu obuku u promociji mentalnog zdravlja, prevenciji i opismenjavanju.
- Napraviti repozitorije dobrih praksi, intervencija zasnovanih na dokazima za poboljšanje prevođenje znanja.
- Izgraditi kapacitete mladih ljudi, kliničara i organizacija koje mogu zagovarati politike mentalnog zdravlja mladih.
- Podići svijest o troškovima lošeg mentalnog zdravlja mladih ljudi i zajedničkim koristima u svim sektorima u adresiranju strukturalnih pokretača lošeg mentalnog zdravlja i dobrobiti mladih.
- Obezbjediti investicije za programe mentalnog zdravlja i sistemsko finansiranje.

Kvalitet zaštite za djecu, adolescente i mlade

Izazovi

- Nedostaju investicije u kvalificirano osoblje za pružanje zaštite mentalnog zdravlja mladih ljudi.
- Roditelji i djeca se teško snalaze u sistemu zaštite mentalnog zdravlja, suočavaju s velikim vremenom čekanja zbog sve veće potražnje (posebno u primarnoj zaštiti), usluge nisu prilagođene mladima i nedostaje pristup integriranim službama/usluge.
- Tretman često nije dovoljno efikasan, čak i kada mu se pristupi.
- Postoje brojne prepreke traženju i pristupu kvalitetnoj njezi za mlade ljude i njihove porodice, uključujući stigmatu i troškove pristupa obuci i resursima za kvalitetne programe i alate za procjenu zasnovane na dokazima.
- Nedostaje kontinuitet brige o mladim ljudima od djetinjstva do adolescencije. Slično, zdravljem majki se bavi odvojeno od mentalnog zdravlja dojenčadi, djece i adolescenata.
- Djeca i adolescenti sa hroničnim fizičkim stanjima, intelektualnim, neurološkim i razvojnim smetnjama i drugim komorbiditetima su često isključeni iz zaštite/njege.
- Ekonomije nemaju listu osnovnih lijekova za mentalno zdravlje djece i adolescenata i postoji nedostatak farmakoloških studija za djecu i adolescente, što ograničava odgovarajuću preskripciju.

- Postoji prekomjerna upotreba alata za skrining u nekim kontekstima, posebno u školskom okruženju, a školski psiholozi se nedovoljno koriste u pružanju psiholoških intervencija. Skrining na račun intervencije koristi ograničene resurse i stvara dalje zahtjeve koji se ne mogu zadovoljiti.
- Nedosljednosti u obuci psihologa postoje u cijelom regionu (npr. sadržaj, vrijeme, zahtjevi za registraciju).
- Koncept „brige o sebi“ i način na koji se komunicira, posebno putem društvenih mreža se smatraju problematičnim i pojednostavljenim, stavljajući odgovornost na pojedince kako bi poboljšali svoje mentalno zdravlje.

Ciljevi

- Povećati ulaganja u radnu snagu za mentalno zdravlje, brigu u zajednici i školi, podršku besplatnom ili jeftinom pristupu tretmanima zasnovanim na dokazima i alatima.
- Proširiti pristup integriranim, dostupnim službama/uslugama mentalnog zdravlja u stilu „sve na jednom mjestu“ za mlade i njihove porodice, zasnovane na transdisciplinarnom pristupu i odgovarajućim klasifikacionim dijagnostičkim sistemima za djecu i adolescente. Ove usluge treba da budu prihvatljive i dostupne za sve mlade ljude, posebno najugroženije, adresirajući kulturne i jezičke različitosti, izbjegličku i migrantsku omladinu i mlade osobe sa komorbiditetom.
- Osigurati pristupačan/jeftin tretman za djecu, adolescente i mlade ljude, uključujući i one sa intelektualnim i razvojnim teškoćama.
- Osigurati podršku mladima kroz ključne tranzicije, van obrazovnog sistema i kroz sisteme usluga za djecu, adolescente i odrasle.

Aktivnosti za razmatranje

- Izraditi smjernice vezane o realizaciji i dostupnim opcijama za intervencije i programe u zavisnosti od konteksta.
- Provoditi monitoring i evaluacije programa i usluga radi prikupljanja informacija za planiranje i unapređenje službi.
- Angažirati mlade ljude i predstavnike mladih u svim aspektima razvoja ovog radnog paketa, uključujući izradu komunikacijske i medijske strategije.
- Izraditi regionalni plan kako bi službe za djecu, adolescente i mlade trebale biti organizirane i pružane na osnovu konteksta, populacije, radne snage i resursa.

- Napraviti repozitorij dobre prakse i modela usluga širom evropske regije.
- Izraditi alat za analizu situacije za prikupljanje relevantnih podataka za razmjenu i prepoznavanje nedostataka u dostupnosti usluga, pristupu, kvalitetu i radu.

9.2.2 Primjeri preventivnih politika i programa u evropskim ekonomijama:

9.2.2.1 Programi za školsku djecu

Djeca provode mnogo vremena u školama i zato su škole idealna mjesta u kojim se može uticati na ponašanje, mentalno zdravlje i razvoj djece i adolescenata. Inicijative za primjenu holističkog školskog pristupa, poput programa u Bugarskoj, gdje su „nastavnici senzibilisani za pitanja emocionalnog zdravlja djece, te postoje inicijative u školi i okolini koje eliminiraju neprijateljska i potencijalno traumatična iskustva, kao i programi savjetovanja za djecu sa specifičnim fobijama i sličnim problemima i za njihove roditelje.“ Slični programi se provode i u mnogim drugim ekonomijama. Programi koji promoviraju zdrave škole su aktivni i u promociji mentalnog zdravlja, npr. „Austrijska mreža škola koje promoviraju zdravlje ima za cilj promociju somato-psiho-socijalnog zdravlja učenika i studenata, nastavnika i roditelja i okuplja 120 škola. U centrima zdravlja pružaju se brojne informacije, vodiči i programi koji pokrivaju razne teme, uključujući i one vezane za mentalno zdravlje“. U Irskoj su programi koji uključuju emocionalno zdravlje obavezni dio školskih programa, nakon osnovne škole. Programi prevencije vršnjačkog nasilja i zlostavljanja u školama prisutni su mnogim ekonomijama. U mnogim francuskim školama sa velikim uspjehom se primjenjuje adaptiran američki program za smanjenje nasilja u školama. Evaluacija „Olweus bullying prevention programme“ u Norveškoj je pokazala smanjenje samoizvještavanja žrtvi školskog nasilja za 42% i nasilja nad drugima za 55%. U nekim drugim ekonomijama, poput Malte, promocija mentalnog zdravlja je integrirana u školske planove i programe i „sva djeca od 11 do 15 godina imaju minimalno 1 sat sedmično posvećen ličnom socijalnom razvoju, gdje se osnažuju u izgradnji vještina potrebnih da budu odgovorni članovi društva, da se uspješno integriraju u vršnjačke grupe i suočavaju sa svakodnevnim stresnim životnim situacijama.“ U nekim ekonomijama postoje programi rane detekcije mentalnih problema u školama (npr. za poremećaje ishrane, anksiozne poremećaje, depresiju i zloupotrebu psihoaktivnih supstanci). U Luksemburgu su u školama uvedeni edukativni kursevi za nastavnike i osoblje na povećanju svjesnosti o problemima mentalnog zdravlja u školama, prevenciji zloupotrebe droga, prevenciji suicida i ranom prepoznavanju mentalno-zdravstvenih problema.

9.2.2.2 Programi prevencije depresije, anksioznosti i suicida

Depresija je drugi uzrok onesposobljenosti u Evropskoj Uniji, a prevalenca anksioznih poremećaja je također veoma visoka. Depresija povećava rizik od suicida, koji je u Evropi veći uzrok smrti nego saobraćani udesi, ubistva ili HIV/AIDS. U polovini evropskih zemalja postoje politike i programi prevencije depresije, anksioznih poremećaja i suicida. Na primjer, u Bugarskoj prevencija suicida obuhvata „kapacitet za procjenu suicidalnog ponašanja od strane specijalista i porodičnih ljekara, senzibilizaciju javnosti i povezanost mentalnih oboljenja i suicida.“ Telefonske linije za ljude u krizi su prisutne u sedam zemalja, npr. u Švedskoj gdje pružaju podršku ljudima u suicidalnim krizama, ili u Belgiji, gdje postoji elektronska pomoć za porodične ljekare, putem info telefona i interaktivnog kurikulum za prevenciju suicida, s ciljem promoviranja njihove ekspertize za depresije i prevenciju suicida. U mnogim ekonomijama, poput Norveške, postoje inicijative čiji je cilj ograničavanje pristupa sredstvima za suicid, kao što su oružje, lijekovi i otrovi. Izgleda da je kombinacija nekoliko aktivnosti doprinijela redukciji suicida, poput onih poduzetih u Norveškoj, Danskoj i Finskoj. Na primjer, Danska je smanjila stopu suicida za 60% u proteklih 25 godina, vjerovatno zahvaljujući kombinaciji nekoliko politika i programa, uključujući smanjenje pristupa sredstvima za pokušaj suicida, boljem zdravstvenom i psihijatrijskom tretmanu nakon pokušaja suicida, povećanju socijalne i kulturalne stabilnosti u društvu, većem fokusu na opću prevenciju, povećanom pristupu telefonskom savjetovanju i psihijatrijskim hitnim službama.

9.2.2.3 Programi za borbu protiv siromaštva i socijalne isključenosti

Siromaštvo je veliki faktor rizika za mentalne poremećaje koji dovodi do depresije i pridruženih mentalnih problema. Siromaštvo također dovodi i do socijalne isključenosti, kao i mentalni poremećaji. U skoro dvije trećine ekonomija postoje sveobuhvatne politike i programi za smanjenje siromaštva i socijalne isključenosti. Smanjenje ekonomskih poteškoća provedbom mjera kao što su podrška porodicama u riziku i beskućnicima ili razvojem općeg akcionog plana protiv siromaštva, kao npr. u Latviji.

9.3 Programi u različitim okruženjima

Prema mjestu gdje se odvijaju, programi se mogu podijeliti u nekoliko kategorija: kuća, škola, radno mjesto, primarna zaštita/porodična medicina, psihijatrijske bolnice i ambulante, ustanove za starije osobe, klubovi, crkve, rekreativni centri i dr., programi na internetu (Jane-Llopis & Anderson, 2006).

Od posebnog značaja su poruke koje šalju mediji jer mogu imati velik uticaj na stavove i ponašanje stanovništva. „Potrebno je provesti medijske kampanje koje su usmjerene ka pozitivnim promjenama stavova zajednice o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima, a prethodno povećati bazična znanja medija o mentalnom zdravlju. U svakom slučaju, mediji se trebaju koristiti kao jedna od komponenti višestrategijskog pristupa da bi se postigle promjene u stavovima i ponašanju stanovništva“ (Strategija razvoja mentalnog zdravlja u Republici Srpskoj, 2009-2015).

U kantonu Fribourg u Švicarskoj glavne preventivne aktivnosti su usmjerene na programe kao što su zdrava ishrana, značaj fizičkih aktivnosti (na otvorenom), ovisnost o duhanu i programi namijenjeni djeci i adolescentima. Programi promocije i prevencije uglavnom se finansiraju iz federalnog budžeta koji se raspodjeljuje kantonima koji provode programe. Programi se provode u saradnji sa kantonalnim organizacijama koje imaju mandat za realizaciju programa. Kantoni izrađuju svoje kantonalne planove za zdravstvenu prevenciju, a ne posebno za mentalno zdravlje, koji vrijedi za sve segmente prevencije. Oni su formulirani prije kao principi, a ne kao programi. Federalni fond dobije, na primjer, sredstva od duhanske industrije i ta sredstva se usmjeravaju za sportske projekte na kantonalnom nivou, a kanton treba da uloži i dio svojih sredstava.

9.3.1. Prevencija u porodičnom okruženju

Preventivne intervencije u porodičnom okruženju mogu se razvrstati i prema tome koji članovi učestvuju i koje dijelove porodičnih intervencija teže mijenjati.

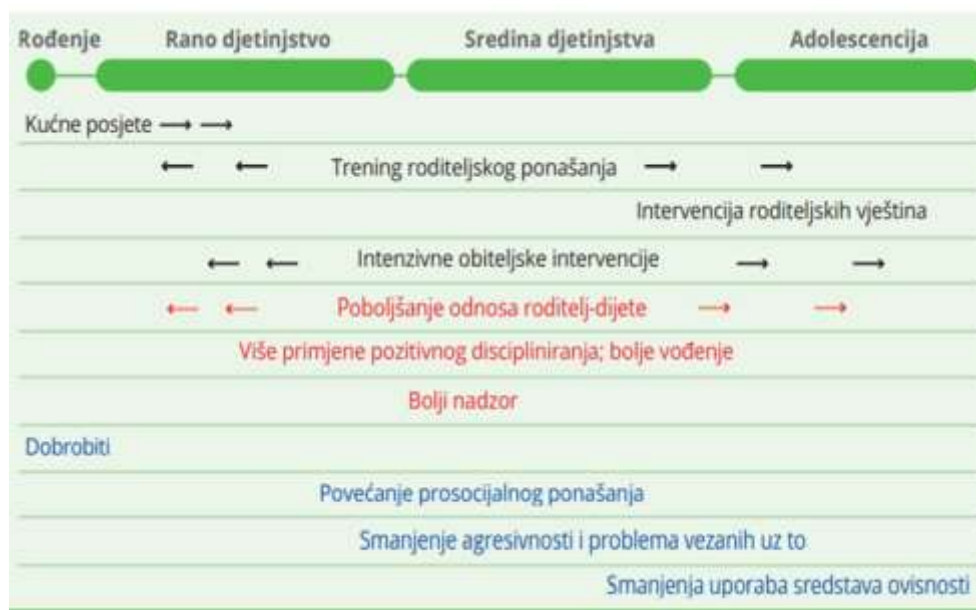
Intervencije za roditelje usmjerene su isključivo na promjenu određenih roditeljskih praksi poput discipliniranja djece ili učinkovite komunikacije i mogu uključivati samo roditelje. Intervencije za razvoj porodičnih vještina su, obično šireg opsega i uključuju edukaciju roditelja za poboljšanje i jačanje roditeljskih vještina, edukaciju djece u ličnim ili socijalnim vještinama, a uključuju direktno podučavanje i uvježbavanje vještina zajedno s porodicama. Ovdje naglasak nije isključivo na području roditeljstva, već se intervencija usmjerava i na to kako roditelji i djeca jedni na druge međusobno utiču i kako funkcioniraju zajedno kao porodica.

Programi razvoja roditeljskih vještina ponekad se u istoj zajednici provode u kombinaciji s drugim intervencijama kao dio šire, sveobuhvatnije preventivne strategije (na primjer s intervencijama u školskom okruženju). U društvu se često primjenjuju ovakve strategije zbog mnogo različitih mikro i makro faktora koji utiču na upotrebu sredstava ovisnosti kod mladih.

Neki dokazi ukazuju da je takva kombinacija pristupa učinkovita u smanjenju upotrebe sredstava ovisnosti unutar populacije.

Neke intervencije su intenzivne, poput porodične terapije koja mijenja rana problematična ponašanja kako ona ne bi eskalirala prema upotrebi sredstava ovisnosti i ozbiljnijim poteškoćama u ponašanju. Različiti su znakovi koji ukazuju na to da će porodica možda imati koristi od takve intervencije. Ponekad se oni odražavaju u aspektima porodičnog života, poput, nasilja, a ponekad se odražavaju ponašanjima mladih izvan porodičnog okruženja, na primjer u školi ili zajednici. Intenzivne porodične intervencije, poput porodične terapije za mlade koji su već počeli pokazivati određene poteškoće također mogu značajno uticati na djetinjstvo i adolescenciju.

Ovisno o dobi djece u porodici, razlikuju se i obrasci porodičnih interakcija i roditeljske strategije. Stoga će intervencije za porodice s djecom različite dobi morati uključivati poučavanje o različitim roditeljskim i porodičnim procesima. Ishodi porodičnih programa također su povezani s razvojnim fazama. Ishodi povezani s ranijim fazama odnose se na zdravlje, dobrobit i prosocijalno ponašanje. U djetinjstvu i adolescenciji dodatni vidljiv učinak bit će smanjenje ili prevencija problematičnoga ponašanja poput upotrebe sredstava ovisnosti. Slika 8. prikazuje učinkovite strategije (crno), ciljeve (crveno) i pozitivne ishode (plavo) intervencija koje se provode od rođenja do adolescencije. Teorija u podlozi intervencija u porodičnom okruženju tvrdi da će uticaj na porodične procese, poput roditeljstva, pozitivno uticati na zdravo ponašanje mladih i spriječiti razvoj poteškoća u ponašanju. Porodica vrši jedan od najvažnijih mikro uticaja na razvoj ličnih karakteristika pojedinca koji, u konačnici, mogu dovesti do poremećaja i upotrebe sredstava ovisnosti. Porodica je važan kontekst za razvoj i ako porodica loše funkcionira vjerojatnije je da će djeca imati poteškoća.



Slika 8. Preventivne intervencije u porodice prema razvojnim fazama

Neki od najvažnijih porodičnih faktora koji utiču na dijete i razvoj mladih navedeni su u nastavku.

- Dobar odnos roditelja i djece.
- Učinkovite strategije upravljanja ponašanjem.
- Komuniciranje vrijednosti koje promovira porodica.
- Uključenost u dječji život.

Programi koji su namijenjeni našoj dobnoj skupini, a koji su pokazali efekte u rješavanju porodičnih odnosa su:

EFEKT je intervencija koju Xchange registar ocjenjuje „korisnom“. To je univerzalna preventivna intervencija za mlade u dobi između 13 i 16 godina. Cilj joj je prevenirati upotrebu alkohola kod adolescenata promjenom stavova njihovih roditelja. Roditelji se ohrabruju na komuniciranje nulte tolerancije na alkohol. Informacije se roditeljima daju na roditeljskim sastancima na početku svakoga polugodišta te putem redovnih pisama koja im se šalju tokom cijele školske godine. Roditeljima se također šalju katalozi s informacijama o aktivnostima koje se organiziraju u zajednici, kako bi se njihova djeca mogla u njih uključiti i konstruktivno provoditi slobodno vrijeme.

Functional Family Therapy (Funkcionalna porodična terapija) indicirana je preventivna intervencija za mlade u riziku, u dobi od 11 do 18 godina. U registru Xchange ocijenjena je kao „vjerojatno korisna“. Program teži smanjenju uključenost u kriminal ili delinkvenciju s ciljem prevencije upotrebe sredstava ovisnosti i održavanja dobrih odnosa među učesnicima i s roditeljima. Ciljna promjena u području roditeljskih vještina, saradljivosti mladih i

sveobuhvatnog ponašanja (kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog) temelji se na izrađenim profilima specifičnih rizičnih i zaštitnih faktora pojedine porodice.

Triple P – program pozitivnog roditeljstva preventivna je strategija usmjerena na roditeljstvo i porodičnu podršku, osmišljena kako bi se spriječili teži problemi u ponašanju, emocionalni problemi i razvojne poteškoće kod djece, kroz jačanje znanja, vještina i samopouzdanja roditelja. Triple P intervencija nije još uvrštena u Xchange, no registar Blueprints je ocjenjuje „obećavajućom“. Iako postoji više inačica programa, pet ključnih načela pozitivnog roditeljstva čine temelj programa i odnose se na određene rizične i zaštitne faktore za koje je poznato da predviđaju pozitivne razvojne i ishode vezane uz mentalno zdravlje kod djece. Ta ključna načela su: (1) osiguravanje sigurnog i poticajnog okruženja; (2) stvaranje pozitivnog okruženja za učenje; (3) primjena asertivne discipline; (4) realistična očekivanja; i (5) briga o sebi kao roditelju.

9.3.2. Prevencija u školskome okruženju

Djeci i adolescentima su dva glavna okruženja prevencije upotrebe sredstava ovisnosti porodica i škola. Zaista, mnogo djece provodi više vremena u školskome okruženju, nego s oba roditelja ili s roditeljima uopće. Prednost škola je u mogućnosti provedbe intervencije sa svom djecom (kao univerzalnom populacijom), a ne samo s onima u rizičnim grupama (selektivna populacija) ili ranjivim pojedincima (indicirana populacija). Sva djecu mogu imati koristi od univerzalnih intervencija u školama, s obzirom na to da su sva izložena nekom stepenu rizika. Nadalje, poruke koje prenosimo svim mladima u školi mogu se primiti bez stigme, jer se intervencije ne oslanjaju na identificiranje i moguće izdvajanje mladih koji su već započeli s konzumacijom sredstava ovisnosti. Osim toga, izoliranje visokorizičnih mladih osoba u zatvorenu grupu (Poulin, 2001) dokazano povećava njihovo rizično ponašanje. Škole se razlikuju po veličini i sistemu, no gotovo u svim ekonomijama škole imaju zadatak da pripreme djecu i mlade da postanu potpuno integrirani članovi svojih porodice, radnog okruženja i društva u cjelini. Međutim, škole i obrazovanje postižu znatno više od toga. Izvještaj o politikama Svjetske banke iz 2007. godine (Hanushek i Wößmann, 2007) analizom podataka iz sistema obrazovanja i ekonomskih pokazatelja utvrdio je da „Postoje snažni dokazi kako su kognitivne vještine populacije - više od samog školskog uspjeha - snažno povezane sa zaradom pojedinca, distribucijom prihoda i ekonomskim rastom“.

„Kognitivne vještine“ su opisane kao sposobnost učenika da:

- samostalno promišlja, rješava probleme na razuman i dobro promišljen način, bilo individualno ili u saradnji s drugima;
- razmišlja, konceptualizira i rješava probleme koristeći se nepoznatim informacijama ili novim postupcima;
- zaključuje i pronalazi rješenja analiziranjem odnosa među zadanim problemima, pitanjima ili uvjetima.

Škola je, poput porodice, jedno od mikro okruženja i ključna je institucija koja oblikuje dječji razvoj i njihove prosocijalne stavove i ponašanja. Između bioloških, ličnih, socijalnih i okolinskih karakteristika koje utiču na ljudsko ponašanje postoje brojne i složene interakcije. Te interakcije oblikuju vrijednosti, uvjerenja, stavove i ponašanje djece i mladih, a posebno su važne za fizički, emocionalni i socijalni razvoj, kako od djetinjstva do adolescencije, tako i od adolescencije do odrasle dobi. Škola može uticati na to kako djeca i mladi percipiraju prihvatljivost i neprihvatljivost različitih pozitivnih i negativnih ponašanja. Stoga, intervencije u školskom okruženju mogu uticati na ranjivost pojedinca prema riziku od pojave određenih ponašanja, a posebno upotrebe sredstava ovisnosti. Preventivne intervencije koje se provode u školskom okruženju mogu biti zanimljive i za univerzitete ili ustanove visokog obrazovanja. Studenti su često u riziku od upotrebe sredstava ovisnosti. U toj dobi sele iz porodičnog doma u okruženje u kojem imaju veću samostalnost i od njih se očekuje da kontroliraju čitav niz ponašanja povezanih sa zdravljem i društvenim odnosima. Osim toga, u tom okruženju određene supstance su im dostupnije, a u studentskim organizacijama i na zabavama može prevladavati kultura koja podržava upotrebu sredstava ovisnosti. Iako je posebno značajno stvoriti i održavati pozitivnu školsku klimu, škole također imaju važnu ulogu u prevenciji upotrebe sredstava ovisnosti u najmanje tri dodatna područja:

- bihevioralni pristupi - to znači prevenciju ili barem odgađanje upotrebe sredstava ovisnosti kod mladih pokušajem razvijanja vrijednosti, normi, uvjerenja i stavova protiv upotrebe sredstava ovisnosti i edukacijom za učinkovito odupiranje vršnjacima koji ih potiču na upotrebu sredstava ovisnosti;
- okolinske preventivne intervencije - to znači razviti i dosljedno provoditi razborite i jasne politike prema upotrebi i prodaji svih sredstava ovisnosti, uključujući alkohol i duhan u području oko škola i na školskim događanjima;
- smanjivanje štetne posljedice povezane s upotrebom sredstava ovisnosti - škole se prema učenicima koji koriste sredstva ovisnosti mogu odnositi s osjetljivošću i saosjećanjem te ih uputiti na savjetovanje i službe podrške (i ako je potrebno tretman) i time im pomoći da smanje ili prestanu s upotrebom sredstava ovisnosti. Istraživanja

preventivnih intervencija u školskom okruženju utvrdila su njihovu uspješnost u poboljšanju školskog uspjeha i sprečavanju prekida školovanja (Gasper, 2011) - to su dva osnovna akademska cilja. Stoga, koordinatori prevencije moraju biti sposobni dati argumente da je u najboljem interesu škole i njenih učenika da se pronađe vrijeme za provedbu prevencije korištenja sredstava ovisnosti.

Programi u školskom okruženju pružaju mogućnost obuhvatanja velikog broja mladih na jednom mjestu tokom perioda njihovog intenzivnog kognitivnog, emocionalnog i socijalnog razvoja i predstavljaju mjesta gdje se razvijaju socijalne mreže i modeli koji utiču na ponašanje kroz integraciju sa vršnjacima i odraslim modelima (nastavnici, profesori, pedagozi, itd.). Razvijanje fizičkog i mentalnog zdravlja kod mladih dovodi do poboljšanja studijskih navika, akademskog uspjeha i dugoročno odgovornog odnosa prema poslu. Dobro organizirani programi u školama mogu dovesti do prevencije rizičnog ponašanja, razvoja akademskih postignuća i smanjenja nezaposlenosti i posljedične sklonosti asocijalnom ponašanju. Edukacija i razgovori sa mladima, nastavnim osobljem i stručnim saradnicima mogu pružiti značajne informacije o pitanjima i problemima na nivou škole, te dati smjernice u pravcu razvoja promotivnih i preventivnih aktivnosti. Dosadašnja iskustva u pogledu sistematskog pristupa razvoju zdravlja i mentalnog blagostanja u školskom okruženju ističu potrebu realizacije programa koji imaju za cilj unapređenje zdravlja i dobrobiti mladih na osnovu istaknutih potreba školskog okruženja i kroz blisku saradnju sa nastavnicima i stručnim saradnicima. Navedeni programi čine iskorak od individualnog pristupa ka razvoju prilagođenih školskih programa koji su usmjereni prema potrebama mladih u školskom okruženju. Pristup Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) usmjeren je na **razvoj zdravih škola** koje neprestano nastoje jačati kapacitete i uvjete u cilju zdravog načina života i poboljšanja zdravlja i ovaj pristup uključuje: unapređenje školskih programa i okruženja i aktivno uključivanje porodice i cijele zajednice. Brojna istraživanja su utvrdila da su tradicionalni pristupi prevenciji i promociji u školama, koji su fokusirani samo na obrazovanje, ograničenog dometa i da bi sistemski programi sa dugoročnijim efektima trebali uključivati širu zajednicu, roditelje i biti usmjereni na **razvoj zdravog školskog okruženja i razvijanje zdravih stilova života**. Školski programi trebaju biti usmjereni na razvoj životnih vještina i razvoj sigurnog okruženja što će doprinijeti pozitivnom razvoju i osjećaju veće povezanosti sa porodicom, školskim osobljem i institucijama lokalne zajednice. Brojni programi iz oblasti mentalnog zdravlja, koji su usmjereni na **razvoj akademskih, socijalnih i emocionalnih vještina**, značajno utiču na smanjenje broja djece koja napuštaju školovanje kao i na smanjenje rizičnih oblika ponašanja.

Promotivno-preventivni programi u školskom okruženju, prema svom osnovnom pristupu, mogu imati za cilj:

1. obuku socijalnih vještina - učenje i usvajanje životnih i socijalnih vještina kroz prilagođene planove i programe,
2. cjelokupno školsko okruženje, tj. holistički pristup razvoju zdravog i pozitivnog okruženja usmjeren na cjelokupno školsko okruženje, rad sa roditeljima i zajednicom u cilju razvoja i unapređenja stimulativnog školskog okruženja,
3. selektivni preventivni programi-intervencije među mladim grupama povećanog rizika, jačanje njihovih životnih vještina i smanjenje rizika od razvoja mentalnih poremećaja ili samoubistva.

Obuka usmjerena na **razvoj socijalnih vještina** osmišljena je tako da mladima pruži priliku da usvoje modele ponašanja koji mogu poboljšati komunikaciju, asertivnost, razviti otpornost na negativan uticaj vršnjaka, omogućiti uspješno uspostavljanje društvenih odnosa, itd. Iako je veliki broj sličnih programa bio usmjeren na smanjenje zloupotrebe opojnih droga, navedeni pristupi se koriste prilikom razvijanja socijalnih vještina koje potiču samopouzdanje, otpornost i promociju zaštitnih faktora koji pozitivno utiču na zdravlje. Pristup edukaciji koji se zasniva samo na pasivnim predavanjima neće dovesti do dugoročnih efekata, te je potrebno raditi na razvoju praktičnih radionica sa interaktivnim vježbama koje će omogućiti razvoj i usvajanje socijalnih vještina u cilju unapređenja zdravih stilova života i bolje socijalno-emocionalne odnose.

Obuka iz socijalnih vještina zasniva se na strukturiranom i organiziranom pristupu učenju, a najveći dio obuke je usmjeren na razvoj bihevioralnih komponenti čiji je cilj da osoba stekne vještine važne za uspješno samostalno i društveno funkcioniranje. Osnovni mehanizmi koji se koriste u procesu obuke socijalnih vještina su identifikacija problema, postavljanje ciljeva, igranje uloga, pozitivna i negativna povratna informacija, učenje modela, vježbanje, domaći zadatak, itd.

Također, programi primarne prevencije u školskom okruženju mogu uključivati aktivnosti koje su nadahnute kognitivističkim i humanističkim pristupom i koje kombinuju usmjerenje na **rješavanje životnih kriza uz istovremeno razvijanje individualnih kapaciteta i vještina** u cilju promjene odnosa prema sebi i drugima.

Program životnih vještina koji su razvili Hopson i Scally (1981) zasniva se na pretpostavci da se životne vještine mogu naučiti i da tokom tog procesa osoba razvija samosvijest i prihvata odgovornost za sebe i svoj život. Program usmjeren na učenje životnih vještina prvenstveno je namijenjen mladima, učenicima ili studentima. Najpogodnije mjesto za njihovu realizaciju je

školsko okruženje sa primijenjenim tehnikama zasnovanim na radioničarskom tipu rada (dramske sekcije, diskusione grupe i sl.). Navedeni model promotivno-preventivnog rada zasniva se na posebnom pristupu u kojem se kroz lično iskustvo ljudi razvijaju, otkrivaju svoje snage i uče živjeti bolje i bolje za sebe i druge razvijajući životne vrijednosti koje daju prednost promjenama, slobodi, odgovornost i nestereotipnu procjenu životnih mogućnosti.

Među osnovnim vještinama potrebnim za život ističu se:

1. vještine potrebne za razvoj i dobrobit - JA,
2. vještine potrebne za uspješnu komunikaciju sa drugima - JA I TI, JA I DRUGI,
3. vještine potrebne u zajednici ili u drugim životnim situacijama - JA I ZAJEDNICA, SPECIFIČNE SITUACIJE.

Osnovne životne vještine prema gore navedenim jedinicama koje su definirali Hopson i Scally (prema Thones i Green, 2004 Promocija zdravlja: planiranje i strategije. London: Sage Publications. str. 237).

- JA: čitanje i pisanje; kako pronaći informacije, konstruktivno razmišljati o problemima i rješavati ih; pozitivan prema sebi; kako postaviti svoje ciljeve i prioritete; kako donijeti učinkovite odluke.
- JA I TI: konstruktivna komunikacija; rješavanje sukoba; uspostavljanje i razvijanje odnosa; kako dati i primiti.
- JA I DRUGI: asertivnost; kako podržati druge; kako sarađivati u grupi; konstruktivno izražavanje osjećaja, itd.
- JA I ZAJEDNICA, SPECIFIČNE SITUACIJE: vještine potrebne za obrazovanje; vještine potrebne za rad; vještine potrebne za dom; vještine potrebne u slobodno vrijeme; vještine potrebne u zajednici (npr. kako razviti i predstaviti svoja politička uvjerenja).

Pristup koji je usmjeren na cijelu školu izlazi iz okvira individualnog programa i fokusira se na šire školsko okruženje, organizacionu strukturu i lokalnu zajednicu. Širi ekološki pristup omogućava uključivanje učenika, osoblja škole, školske uprave, roditelja i šire društvene zajednice u cilju njihovog povezivanja i stvaranja što boljih odnosa između učenika i osoblja škole. Navedeni programi su usmjereni na školsku atmosferu, vrijednosti, pravila i akcione programe, na primjer, pitanje nasilja, rješavanja sukoba i pitanje različitosti učenika u školi. Cilj cjelokupnog školskog pristupa je razvijanje partnerstva sa roditeljima, zajednicom i institucijama koje su vezane za školu kako bi se obezbijedila i osigurala dostupnost sistemskih usluga učenicima, ukoliko se ukaže potreba za podrškom.

Osnovne karakteristike programa koji su usmjereni na razvoj zdravih škola djeluju na četiri osnovne oblasti koje obuhvataju: unapređenje zdravlja u neposrednom okruženju, poticanje zdravlja učenika i osoblja škole, unapređenje odnosa u školi i između škole i zajednice.

- **Poticanje zdravlja u neposrednom okruženju** se odnosi na unapređenje i razvoj sredine koja je poticajna i zdrava za učenje, život i rad kako fizički (prostor za igru, osvjetljenje, grijanje, ventilacija, vodosnabdjevanje) tako i organizaciono (upravljanje, mjere bezbjednosti).
- **Poticanje zdravlja učenika** ostvaruje se podrškom nastavnicima da posvete više vremena temama od značaja za zdrave životne navike kroz holistički pristup i uz korištenje odgovarajućih tehnika učenja. Najčešće preporučene teme su: zdravlje kao pozitivan koncept, zdravlje društvenog okruženja, prva pomoć i samopomoć, odnosi između ljudi i spolova, seksualno zdravlje i neželjena trudnoća, HIV i druge spolno prenosive bolesti, mentalno zdravlje, tjelovježba i fizičko zdravlje i edukacija potrošača. Također je od velike važnosti primjena odgovarajućih tehnika učenja koje će omogućiti aktivno uključivanje mladih u proces sticanja znanja kroz igranje uloga, diskusije u malim grupama, studije slučaja, grupni rad i kroz djelovanje u zajednici. Jedan od važnih ciljeva zdravih škola je osposobiti mlade ljude da rješavaju probleme u svojim životnim okolnostima i da budu aktivni u društvu.
- **Poticanje zdravog školskog osoblja** je važna komponenta koja je omogućena razvojem zdravijih uvjeta rada, specijalizovanih usluga i programa koji imaju za cilj unapređenje fizičkog, psihičkog i socijalnog potencijala nastavnog osoblja.
- **Unapređenje odnosa u školi i između škole i zajednice** razvija se jačanjem saradnje između svih članova školske zajednice (učenika, nastavnika, roditelja, administracije, itd.), te poticanjem saradnje škole i zajednice kao cjeline.

Naučno utemeljeni programi preventivne intervencije koje predstavljamo u nastavku imali su obećavajuće ishode prema rezultatima nekoliko evaluacija provedenih u različitim evropskim ekonomijama. Izbor ovih programa temelji se na ocjenama registra Evropskoga centra za praćenje droga i ovisnosti o drogama - Xchange. Navedene su kao inspiracija za daljnje pretraživanje intervencija koje odgovaraju vašem kontekstu.

Program Unplugged (program se u Hrvatskoj provodi pod imenom „Imam stav“) je školski preventivni program koji sadrži komponente usmjerene na razvoj kritičkog mišljenja, donošenje odluka, rješavanje problema, kreativnog razmišljanja, učinkovite komunikacije, interpersonalnih vještina, samosvijesti, empatije, nošenja s emocijama i stresom, normativnim uvjerenjima i znanje o štetnosti upotrebe sredstava ovisnosti. Kurikulum se sastoji od 12 jednosatnih edukativnih susreta koji se održavaju jednom sedmično, a koje vodi učitelj koji je

prethodno završio edukaciju u trajanju od dva i po dana. Registar Xchange ocjenjuje Unplugged „korisnim“, što znači da će vjerovatno biti učinkovit u različitim kontekstima.

The Good Behavior Game (GBG) je razredna strategija upravljanja ponašanjem za osnovne škole koju učitelji primjenjuju uz standardni nastavni plan i program. GBG je ocijenjen „vjerovatno korisnim“ u Xchange registru, što znači da iako postoje nalazi istraživanja koji su potvrdili njegovu učinkovitost, potrebno je provesti dodatna istraživanja u Evropi kako bi bili sigurni. Ovaj pristup uključuje čitav razred, timove i nagrade kako bi se djeca socijalizirala u ulozi učenika i smanjila agresivno i ometajuće ponašanje u razredu, koje je rizični faktor za upotrebu sredstava ovisnosti u adolescenciji i odrasloj dobi te pojavu antisocijalnog, nasilnog i kriminalnog ponašanja. U razredima u kojima se provodi, učitelj rasporedi svu djecu u timove, uravnotežene po spolu, agresivnom ponašanju, ometajućem ponašanju, stidljivosti i socijalnoj izolaciji. Na vidljivo mjesto postavljaju se i prate osnovna pravila ponašanja. Prilikom igranja „igre dobrog ponašanja“, svaki tim dobija nagradu ako članovi tima, u određenom periodu trajanja igre, pravila prekrše četiri ili manje puta. U prvih nekoliko sedmica intervencije, igra se igra tri puta sedmično po deset minuta za vrijeme manje strukturiranih aktivnosti u razredu i kad učenici rade samostalno, bez vodstva učitelja. Periodi igre se produžavaju i postaju učestaliji u redovnim intervalima, do polugodišta, i igra se može igrati svaki dan. Na početku, učitelj najavi početak perioda igre i daje nagrade po završetku igre. Kasnije, učitelj odgađa nagrađivanje do kraja dana ili sedmice. S vremenom, igra se igra u različito doba dana, tokom različitih aktivnosti i na različitim mjestima, i tako se razvija od veoma predvidljive po trajanju i učestalosti, s trenutnom nagradom, do nepredvidljive, s odgođenom nagradom, tako da djeca mogu naučiti kako se od njih dobro ponašanje očekuje uvijek i na svakom mjestu.

KiVa je program protiv vršnjačkog nasilja, s ohrabrujućim ocjenama iz Finske, a koji se provodi i u Estoniji. Ovaj program je usmjeren na školsku djecu u dobi od 5 do 11 godina i upotrebljava univerzalne i indicirane strategije. Pokušava povećati prosocijalno ponašanje i emocionalnu dobrobit kod djece. KiVa program još nije uvršten u Xchange registar, ali ga Blueprints registar ocjenjuje „obećavajućim“, što znači da su visokokvalitetna istraživanja potvrdila njegovu učinkovitost.

Program prevencije vršnjačkog nasilja „Miroljubivi partneri“ proveden u okviru prve faze Projekta mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini (PMZ BiH, 2010-2014) se zasniva na socijalno-emocionalnom pristupu i pomaže učenicima da nauče vještine rješavanja sukoba, međusobno sarađuju, spriječe verbalno i fizičko zlostavljanje, te poštuju različitosti i integraciju različitih društvenih grupa (etničkih, vjerskih, kulturnih, socio-ekonomskih). Program je pružio priliku mladima da prepoznaju da li su žrtve nasilja i da znaju da li su njihova prava ugrožena, što stvara početnu osnovu za pružanje konkretne pomoći zlostavljanoj djeci. Program je

osmišljen da spriječi stigmatizaciju zlostavljane djece. Učenici, kao direktni korisnici programa, su bili aktivni i kreativni tokom izvođenja, a nastavnici su primijetili da su učenici vrlo brzo počeli primjenjivati stečena znanja u spontanoj međusobnoj komunikaciji.

Preventivni program „Škola za život“ namijenjen je srednjoškolcima sa ciljem pružanja podrške rastu adolescenata. Program je realizovan na dva nivoa, ekstenzivnom i intenzivnom. Opsežnim planom obuhvaćeni su svi učenici škole, a intenzivnim manja grupa učenika koji su se sastajali jednom sedmično. Ekstenzivnim pristupom na nivou škole postavljen je veliki pano na kojem su se mjesečno mijenjali pojedini sadržaji, najčešće u obliku stripa. Na sadržaj, odnosno na teme na panoima učenici su reagovali putem pisama koja su stavljali u posebnu kutiju, razgovorom u manjoj grupi ili crtanjem, tj. grafičkim predstavljanjem sadržaja na određenu temu. Tokom školske godine na panou su predstavljene različite teme kao što su: ljubav, prijateljstvo, tolerancija, odnosi sa roditeljima i drugo. Tokom velikog odmora, preko razglasa su emitovane dvije vrste poruka: poruke „Škola za život“ i „Poruke školi za život“. Tako su poruke emitovane preko razglasa postale jedan vid komunikacije među učenicima koji su se oglašavali putem razglasa, reagovali na sadržaj panoa, iznosili svoja iskustva iz male grupe i slali poruke jedni drugima. Tokom sedmice, mala grupa učenika se sastajala kako bi razgovarali o temi koja je tog mjeseca bila predstavljena na panou. Rad u toj grupi odvijao se po principima psihoterapijske prakse. Selektivni programi namijenjeni su učenicima i grupama mladih koji su pod povećanim rizikom, bilo da se radi o životnim okolnostima ili većoj izloženosti stresu. Programi su najčešće usmjereni na djecu u riziku i organiziraju se kroz saradnju školskog osoblja, zdravstvenih radnika i roditelja s ciljem provođenja aktivnosti koje će u konačnici doprinijeti razvoju vještina rješavanja problema ili kognitivnih vještina koje omogućavaju prevenciju anksioznosti, depresije ili samoubistva kod mladih. Iako mnogi faktori rizika mogu doprinijeti razvoju mentalnih poremećaja, postoje i mnogi potencijalno zaštitni faktori koji se mogu podržati kroz ciljne aktivnosti. Navedeni faktori mogu uključivati individualni potencijal djeteta, njegov odnos sa roditeljima, porodicom, vršnjacima i drugim društvenim mrežama podrške. Procjena potreba djece treba da pruži osnovu za definiranje poteškoća na kojima treba raditi, kao i pozitivnih aspekata koje je potrebno osnažiti.

10. Pregled postojeći preventivnih programa sa fokusom na ovu dobnu grupu u Bosni i Hercegovini, iskustva u realizaciji i naučene lekcije

U tabeli ispod su navedeni primjeri preventivnih programa koju su dobijeni od ključnih partnera u realizaciji navedenih aktivnosti namjenjenih adolescentima i koji su provođeni probno i/ili realizirani u protekloj deceniji u Bosni i Hercegovini.

U sklopu pregleda programa date su najvažnije odrednice programa: ciljne populacije, autori, rezultati evaluacije i naučene lekcije, kao i primjere dobre prakse.

Cilj pravljenja pregleda dosadašnjih uspješno realiziranih programa u Bosni i Hercegovini je osiguran sa svrhom kako bi programi bili dostupni svim zainteresiranim akterima u Bosni i Hercegovini, ali i regiji, u svrhu promocije kontinuiranog preventivnog rada sa mladima i ponavljanja kvalitetnih programa u narednim godinama.

Tabela 1: Pregled uspješno realiziranih promotivno-preventivnih programa u Bosni i Hercegovini za mlade uzrasta od 14 do 18 godina starosti

Naziv programa	Vrijeme realizacije	Lokacije za realizaciju	Ciljne grupe programa	Autori (institucije, NVO i pojedinci)	Rezultate evaluacije programa	Naučene lekcije
Projekat „Inicijativa mladića“ (Young Men Initiative – YMI): Promoviranje zdravijih životnih stilova i smanjenje međuljudskog nasilja među mladima u Bosni i Hercegovini osporavanjem rodni stereotipa III	2014-2023.	Bosna i Hercegovina (Sarajevo, Mostar, Banjaluka) te drugi gradovi u Bosni i Hercegovini u saradnji sa omladinskim organizacijama	Mladi Nastavnici i školsko osoblje	IPD u partnerstvu sa CARE Balkans te organizacijama Youth Power Mostar i Perpetum mobile Banjaluka. Podržan je od strane Vlade Švajcarske i CARE Njemačka, Austrijske razvojne agencije i Oak	Efekti obrazovanja po metodologiji Programa Y i aktivnosti Budi muško kluba: 1. promjene stavova o nasilju i usvajanje stavova koji vode ka nižoj toleranciji prema različitim oblicima nasilja 2. smanjenje pojave fizičkog nasilja 3. smanjenje pojave digitalnog nasilja 4. smanjenje pojave seksualnog nasilja 5. povećanje stepena rodno ravnopravnih stavova 6. povećan procent mladih koji bi zaustavili nasilje kojem svjedoče	1. Program Y je naučno zasnovan obrazovni kurikulum prilagođen specifičnim potrebama mladih koji osposobljava mlade da se samostalno i sa adekvatnim vještinama nose sa izazovima odrastanja, donoseći odluke koje su od najboljeg interesa

				<p>Fondacije iz Švajcarske.</p>	<p>7. veći broj mladih koji bi potražili pomoć</p> <p>8. povećano znanje o nasilju, zdravlju i zdravim životnim stilovima</p> <p>Više informacija dostupno na: https://youngmeninitiative.net/bs/rekursi/</p>	<p>za njihovo zdravlje.</p> <p>2. Kvalitetno obrazovanje po metodologiji Programa Y, ukoliko se realizuje uz sistemsku podršku i u poticajnom okruženju, kod mladih može dovesti do promjene stavova i ponašanja, motivirati ih da brinu o svom i zdravlju svojih vršnjaka, ohrabriti istrajnost u donošenju odluka koje su u najboljem interesu</p>
--	--	--	--	---------------------------------	---	--

						<p>za njihovo zdravlje.</p> <p>3. Program Y dovodi do smanjenja fizičkog nasilja, povećanja stepena rodne ravnopravnosti, povećanja stepena tolerancije, smanjenja pojave digitalnog nasilja i povećanja procenta mladih koji bi zaustavili nasilje kojem svjedoče.</p> <p>4. Nastavno osoblje i stručna javnost uključena u reviziju i realizaciju Programa Y</p>
--	--	--	--	--	--	--

						prepoznaje metodologiju kao kvalitetan i važan obrazovni program.
Ko zapravo pobjeđuje? (Program prevencije kockanja kod mladih)	2022 – 2023. (i nastaviti će se provedba i u narednim godinama)	Kanton Sarajevo	Srednjoškolci (prvi i drugi razred), roditelji i nastavnici	Udruženje za prevenciju ovisnosti NARKO-NE	Rezultati evaluacije pokazali su da je program učinkovit u podizanju i osnaživanju zaštitnih faktora u smislu povećavanja nivoa ispravnog znanja učenika/učenica o kockanju i industriji igara na sreću, te smanjivanju kognitivnih distorzija vezanih uz kockanje.	Program je preuzet iz Hrvatske koja ima sličan problem kad su kladionice u pitanju, tako da je evaluacija programa pokazala uspješnim i u Bosni i Hercegovini. Sadržaj i materijali programa su prilagođeni i olakšali su učenje.

						S obzirom da postoji potreba za radom na ovoj temi potrebno je što više škola uključiti u program, kako u Kantonu Sarajevo tako i izvan, u cijeloj Bosni i Hercegovini.
Traženje profesionalne pomoći u školi i zajednici			Adolescenti /2. razred srednje škole	Belma Žiga	/	/
Priroda i odrednice sekstinga među adolescentima i mladima: Kros-	februar 2021.	Hrvatska, Bosna i Hercegovina	Priručnik sadrži opisane edukativne radionice za adolescente,	Arta Dodaj Kristina Sesar Mónica Ojeda Pérez	/	/

kulturalno istraživanje SextYouth			nastavnike i roditelje/staratelje	Rosario Del Rey Ashton Gerding Speno Dominika Howard Krešimir Prijatelj Nataša Šimić Marko Odak		
Program M/Promocija rodne ravnopravnosti i promoviranje zdravih stilova života mladića, te propitkivanje maskuliniteta kao društvene konstrukcije i	od 2008. do 2010. godine	Zagreb, Sarajevo, Banja Luka, Prokuplje i Beograd	Profesori, stručnjaci za rad s mladima i drugi stručni radnici koji rade s mladićima; ovaj priručnik predstavlja važan doprinos onima koji pružaju podršku zdravom	CARE International SZ Balkan s partnerima	/	/

strategije za izgradnju nužnih životnih vještina mladića za vrijeme odrastanja			razvoju mladih ljudi.			
Program prevencije vršnjačkog nasilja u školama	2010.	Banja Luka	Nastavnici i stručni saradnici u školama, mladi	Prof. Ivana Žečević UG Zdravi da ste	Dobijeni rezultati pokazuju da učenici procjenjuju da se nasilje među vršnjacima smanjilo za 6,5% na nivou obje škole. Važno je napomenuti da, kada se primjenjuju programi prevencije koji utiču na promjene u ponašanju, značajniji statistički podaci o njihovom učinku se mogu očekivati tek nakon nekoliko godina.	Dobra strana ovog programa je i u tome što ne radi samo na poboljšanju kvaliteta komunikacije, već i na edukaciji djece i nastavnika o oblicima nasilnog ponašanja, što također predstavlja dodatan kvalitet u prevenciji nasilja.

Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini/PMZ u Bosni i Hercegovini je napravio dva dvogodišnja programa „Psihoterapijsko savjetovanje za djecu i adolescente u centrima za mentalno zdravlje u zajednici” u Federaciji Bosne i Hercegovine i „Program edukacije za	2019-2021.	Bosna i Hercegovina	52 profesionalca (Ž43, M9) od toga iz Federacije Bosne i Hercegovine 21 psiholog, a iz Republike Srpske 31 profesionalac iz timova centara za mentalno zdravlje; Krajnji korisnici - djeca i mladi i njihovi roditelji	IPD/PMZ u Bosni i Hercegovini Federacija Bosne i Hercegovine: prim.dr. Goran Čerkez, prim.dr. Marina Bera, dipl. iur. Adisa Mehić, prof. dr sc. Kristina Sesar, dr. sc. Mirela Badurina, prof. dr Vera Daneš, Mr. sci Irina Puvača,	Mjerenje oporavka vršeno je uz pomoć ACHEMBACH-ASEBA upitnika koje su popunili edukanti i timovi na uzorku od 143 korisnika za Bosnu i Hercegovinu, Federacija Bosne i Hercegovine/99, Republika Srpska/44 korisnika usluga u dječju i adolescentnu terapiju, izraženo po spolu 50% M, 50% Ž i dobi (do 8 godina 19%, od 9-14 godina 34% i iznad 15 godina 46%). Nakon ponovljenog mjerenja (re-evaluacija) prisutan je značajan oporavak po svim dijagnozama/poteškoćama. Najveći oporavak je prisutan kod poteškoća sa pažnjom, agresivnog ponašanja te depresivnosti/anksioznosti i povučenosti.	Proces održivosti navedene usluge kao i produkcija novog kadra ukoliko za to bude potrebe se osigurala kroz izradu programa i propisa o dvogodišnjim edukacijama iz oblasti rada/psihoterapijskog savjetovanja djece i adolescenata o mentalnom zdravlju u oba entiteta te je omogućeno realiziranje kroz Medicinske
--	------------	---------------------	--	---	---	--

rad sa djecom i adolescentima u mentalnom zdravlju u Republici Srpskoj”, u saradnji sa medicinskim fakultetima u Zenici i Banja Luci koji su ugovoreni za njihovu realizaciju.				prof. dr. Dubravka Kocijan-Hercigonj, prof. dr. Gordana Buljan-Flander, prof. dr. Mirjana Graovac, dr. med., dr. sc. Vesna Hercigonja Novković Republika Srpska: LJiljana Ivančić, dr. Milan Latinović, prof. dr. Mira Spremo,		fakultete u Zenici i Banjoj Luci. Još jednom je potvrđeno da najveći uspjeh u realizaciji nosi intenzivniji proces praćenja edukacije i zalaganja voditelja edukacijskih procesa u nadzoru nad kontrolom kvalitete, ali i samih nosioca projekata.
--	--	--	--	--	--	---

				prof. dr. Nada Vaselić, dr. Ranka Kalinić, mr. sc. Tatjana Marković Basara, Violeta Banić, Sanja Gidumović, mr. sci Irina Puvača		
„Povećanje blagostanja adolescenata kroz jačanje protektivnih faktora u školskom okruženju“	2017/2018 2019/2020	18 lokalnih zajednica 18 CMZ 40 srednjih škola i 1518 učenika	Učenici II razreda srednje škole, Profesionalci iz CMZ, Nastavnici/psiholozi i ostalo školsko osoblje, Roditelji	Zavod za javno zdravstvo u saradnji sa centrima za mentalno zdravlje i Kantonalnim ZZJZ	2017. Ukupno je 875 učenika prošlo program, od čega 480 ženskog spola i 395 muškog spola. Program je proveden u ukupno 41 razredu. Svaka zajednica je imala po 4 razreda unutar svoje zajednice, dok je Zenica imala 5 razreda (jedan su dobrovoljno uključili dodatno u program).	Unaprijeđena saradnja između Zavoda za javno zdravlje i CMZ-u oblasti preventivnog rada u školama. Unapređeni kapaciteti ZZJZ, CMZ-ova za kreiranje,

				Donator Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini/I PD	2019. Ukupno je 643 učenika prošlo program, od čega 383 ženskog spola i 260 muškog spola. Program je proveden u ukupno 32 razreda, odnosno svaka zajednica je imala po 4 razreda.	provođenje i evaluaciju preventivnih programa.
Osnivanje Psihološkog savjetovaništa Univerziteta u Banjoj Luci	2022 -	Banja Luka, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju	Profesori i nastavno osoblje FF, Psihoterapeuti – licencirani i u edukaciji, studenti	Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini, IPD i Filozofski fakultet, Univerziteta u BL	Osnivanjem ovakvog savjetovaništa studenti kroz organiziran pristup dobijaju besplatnu i adekvatnu psihološku pomoć i tretman, mogućnost sticanja adekvatnih znanja, poticanja ličnog razvoja i jačanja vlastitih potencijala, doprinosu promoviranju značaja mentalnog zdravlja.	
„Prevenција kockarske ovisnosti s naglasakom jačanja protektivnih faktora u	Mostar 2017. Žepče 2018.	Mostar (3 razreda u 3 OŠ); Žepče	Učenici, CMZ Mostar, CMZ Žepče, Školsko osoblje	Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini/I PD	U Mostaru broj obuhvaćenih učenika je 309 učenika (153 M i 156 Ž) . U Žepču broj obuhvaćenih učenika je 226 učenika (Ž 112 i M 114)	Rezultati ovoga preventivno- promotivno- istraživačkog projekta mogu poslužiti kao temelj

školskom okruženju“		(16 razrednih odjela sedmih i osmih razreda)				za razvoj i provedbu daljnjih sličnih projekata budući se uviđa da, već u ranoj adolescenciji prisutno, problematično kockanje ometa porodično, školsko, lično i socijalno funkcioniranje mlade osobe tj. otežava postizanje očekivanih razvojnih ishoda, što dugoročno, uz ozbiljne lične i porodične posljedice, predstavlja trošak i za samu
------------------------	--	--	--	--	--	---

						ekonomiju. Stoga je potreban kontinuirani rad na razvoju kritičnih stavova prema igrima na sreću i razvoju odgovornog ponašanja u ovom području kod djece i adolescenata.
„Zbog tebe, zbog nas“ interaktivni preventivni program namijenjen djeci srednjoškolskog uzrasta.	2021-2022.	8 lokalnih zajednica (Banja Luka, Prnjavor, Foča, Istočno Sarajevo, Tuzla, Bosanska Krupa, Sarajevo Novi Grad,	<ul style="list-style-type: none"> • -učenici srednjih škola • -školsko osoblje • -osoblje CMZ • -roditelji • - kantonalna ministarstva 	Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini, Institut za populaciju i razvoj (IPD)	<ul style="list-style-type: none"> - Unaprijeđene međusektorska saradnja i preventivni rad u oblasti mentalnog zdravlja sa obrazovnim sektorom - Uspješno testiran materijal za obuku programa - 23 profesionalca završila ToT (Ž=22, M=1), od toga 14 profesionalaca iz CMZ i 9 osoba iz srednjih škola. 	-CMZ i predstavnici izabranih škola koju su prošli edukaciju od strane IPO i proveli preventivni program da regionalno budu TOT edukatori za CMZ/škole koji su im u okolini i

		<p>Vogošća i Stolac), 8 DZ/CMZ i 8 srednjih škola: UTT škola Banja Luka, JU Gimnazija Prnjavor, Srednja škola Stolac, Srednjoškolski centar „Foča“, Hemijska škola u Tuzli, JU SŠ 28 JUNI, Treća gimnazija Sarajevo i JU Opća gimnazija</p>	<p>va obrazovanja u Federaciji Bosne i Hercegovine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Federalno ministarstvo zdravlja - Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske - Ministarstvo 		<p>- Program je uspješno proveden dva puta, a obuhvatio je 350 učenika/ice (Ž 191, M 159) iz 8 srednjih škola.</p> <p>- Veliko zadovoljstvo učesnika programa, dodatna motivacija profesionalaca da provode program u narednim školskim godinama.</p> <p>- Učenici izuzetno pozitivno ocjenjuju nova naučena znanja u funkcionalnim načinima prevazilaženja mladalačkih problema i teškoća. Kao i boljoj emocionalnoj pismenosti.</p> <p>- Učenici programa su informirani o postojanju resursa (CMZ-ova) u lokalnim zajednicama gdje mogu potražiti pomoć/savjetovanje.</p> <p>- Program je primjenjiv (isproban) i na završne godine osnovnoškolskog uzrasta.</p>	<p>njihovim izabranim školama/psiholozi, pedagozi, socijalni radnici.</p> <p>- Program provoditi sa učenicima devetih razreda osnovnih škola.</p> <p>- Uvezivanje više škola u zajedničkoj realizaciji, odnosno 2 partnerske škole koje bi zajedno projekat realizovale i time omogućile upoznavanje djece, razmjenu iskustava i učenju bogatstva</p>
--	--	---	--	--	---	---

		Bosanska Krupa.	vo obrazovanja Republike Srpske			različitosti (škole iz dva entiteta).
Program prevencije vršnjačkog nasilja „Miroljubivi partneri“	2012-2013.		Učenici OŠ (420) nastavnici, školski pedagozi. Projektni tim je obučio osoblje 4 CMZa (Ključ, Bugojno, Novi Grad, Brčko), oni su tokom izvođenja programa obučili i nadgledali nastavnike i školske pedagoge u 10 OŠ u 4 lokalne zajednice, nastavnici i	Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini, I faza, Asocijacija XY/IPD	Rezultati evaluacije ukazuju na dobiti provođenja ovakvog programa među učenicima, kao i zaposlenima u školi, učenicima i njihovim roditeljima, zadovoljstvo sadržajem programa. Učenici koji učestvuju u programu prepoznaju različite situacije koje su po prirodi nasilne sada u većoj mjeri, a koje su ranije kao takve doživljavane u manjoj mjeri. Najveća promjena se može vidjeti u percepciji seksualnog nasilja (kod 83,9% ispitanika) u odnosu na početnu vrijednost (65,3% ispitanika). Promjena se može uočiti u percepciji verbalnog nasilja kao verbalnog vrijeđanja, a učenici sada u velikoj mjeri	

			<p>pedagozi su provodili program u direktnom radu sa učenicima (420) tokom jedne školske godine. Prije i poslije provođenja programa učenici testirani putem USN-Upitnika školskog nasilja.</p>		<p>prepoznaju uvredljivo prozivanje kao nasilno ponašanje (87% ispitanika) u poređenju sa početnom vrijednošću (65,3% ispitanika). Prema osnovnom istraživanju može se vidjeti da se fizičko nasilje (91,9%) u velikoj mjeri prepoznaje kao nasilje, i to se ne razlikuje značajno u odnosu na finalno istraživanje (95,2%), ali je došlo do promjene u razumijevanju pojma nasilja, na što se sada gleda drugačije i ne samo sa tačke fizičkog kontakta. Ovi rezultati istraživanja poklapaju se sa rezultatima velikog istraživanja koje je nedavno proveo Ombudsman za djecu Republike Srpske (2012-13) o značajnoj prisutnosti svih oblika vršnjačkog nasilja u osnovnim i srednjim školama i velikoj potrebi za preventivnim djelovanjem u školi.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

Slon u sobi Kreiranje i distribucija psihoedukativn og materijala o uticaju pandemije COVID-19 na mentalno i fizičko zdravlje zajedno sa osnovnim preporukama za samozaštitu mentalnog zdravlja korištenjem tehnika KBTa	2020.	Bosna i Hercegovina	Internet /FB i Instagram	IPD/PMZ u Bosni i Hercegovini i Domino	U toku ovog perioda pripremljen je i prilagođen pisani materijal koji sadrži opisanih 30 tehnika samopomoći koje će se objavljivati na platformi #slonusobi. Online sesije motivirajućeg savjetovanja sa građanima. (indikator: 50 obavljenih razgovora). Dosadašnje statistike pokazuju da su sve objave dosegle više od 500 osoba (koliko je dogovoreno kroz indikatore).	
Projekat Medica Visoko za učenike, nastavnike i roditelje	1998- 2005.	Visoko	Povezivanje učenika, nastavnika i roditelja. Rad se odvijao u	Švicarska ambasada u okviru Deze, a koji je evaluirao dr.	Plan i program tih edukacija u kombinaciji sa iskustvenim radom je bio usmjeren na komunikaciju, asertivnu komunikaciju, konflikt, stres, traumu i nasilje.	Projekat je pokazao svoju veliku korist.

			zasebnim grupama i po nekoliko trosatnih sesija.	David Becker, njemački psiholog		
Projekat Inspiracijske kartice			Inspiracijske kartice u školama kroz različite predmete, a primjenjivali su ih profesori jezika za analizu književnih djela i izvlačenje važnih pouka za učenike. Također koriste ih za razredne časove za otvaranje komunikacije i približavanje učenicima.	Nermine Vehabović Rudež	Ovo je potkrijepljeno pozitivnim ocjenama od profesora kao i od učenika, ali i studenata jer ih i profesori na fakultetu koriste.	
Rad sa djecom i mladima, kao i	2007.		Rad sa djecom i mladima, ako i		Ovaj prijedlog aktivnosti je opisan u priručniku TPO Fondacije	

nastavnicima kroz Centre za međuljudske odnose			nastavnicima kroz Centre za međuljudske odnose koji bi bili unutar škole koji su sastavni dio škola i gdje se uče komunikacijske vještine, vještine rješavanja konflikta, razrješavaju sukobi nastali među vršnjacima, itd.		„Prevencija vršnjačkog nasilja: Jačanje kompetencija nastavnika u radu sa djecom“, str. 137	
Virtualne krizne intervencije „Ovdje i sada“	2020.	Bosna i Hercegovina	Profesionalci iz centara za socijalni rad, centara za mentalno zdravlje i odgojno- obrazovnih	BHiDAPA	Osnaživanje profesionalaca u primjeni virtuelnih/telefonskih kriznih intervencija u radu sa djecom i mladima. Profesionalci su osnaženi sa različitim psihološkim i terapijskim tehnikama koje su online ili	

			ustanova u Bosni i Hercegovini		telefonskim putem mogli da primjenjuju u cilju zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih porodica tokom pandemije Covid-19.	
Prvi edukacijski program iz integrativne psihoterapije i savjetovanja djece i adolescenata	Od 2015.	Bosna i Hercegovina	Profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja	BHiDAPA	<p>2016. godine u Antwerpenu edukacijski program postaje ravnopravni član evropskog interdisciplinarnog terapijskog saveza za djecu i mlade – EIATSCYP i prvi evropski akreditovani edukacijski program iz oblasti integrativne psihoterapije i savjetovanja za djecu i mlade.</p> <p>2017. godine, Bosna i Hercegovina dobija prvih devet evropski licenciranih dječijih i adolescentnih psihoterapeuta.</p> <p>2018. godine, BHiDAPA otvara prvi Interdisciplinarni terapijski centar za zaštitu djece, mladih i porodica u Bosni i Hercegovini.</p>	Program se pokazao potrebnim i neophodnim za naše društvo gdje postoji velika potreba za stručnim osnaženim kadrom za rad sa djecom i adolescentima.

Centar za sigurni internet	Od 2010.	Bosna i Hercegovina	Djeca, nastavnici, roditelji, građani	MFS-EMAUS, UNICEF, Save the Children	Platforma, besplatna online pomoć za žrtve nasilja namijenjena roditeljima, djeci, građanima.	Uspostavljena saradnja sa međunarodnom organizacijom Insafe-evropskom mrežom centara za podizanje svijesti i promociju sigurnog i odgovornog korištenja interneta i mobilnih uređaja među djecom i mladima.
Plavi telefon	Od 2013. godine	Bosna i Hercegovina	Djeca i adolescenti	UNICEF, Udruženje „Nova generacija“ Banja Luka	Pružanje online savjetodavne podrške djeci i adolescentima kao i platforma za prijavu nasilja.	Pozivi su se povećali u toku i nakon pandemije.
Program sekundarne prevencije neprihvatljivih	Od 2016. do 2020.	Kanton Sarajevo, Unsko-Sanski	Osnovne škole	UNICEF, CPRC	Rana detekcija i prevencija djece u riziku i pružanje stručnog tretmana, uspostavljanje referalnih mehanizama u zajednici sa ciljem	Ovaj Program je uključen u sistem podzakonskim

oblika ponašanja i zaštite učenika u okviru programa „Pravda za svako dijete“		Kanton, Kanton 10, Republika Srpska			pružanja psihološke i socijalne podrške djeci i porodici.	aktima i ima jaku održivost. Program omogućava da se na nivou Bosne i Hercegovine uspostavi jedinstvena baza gdje bi se prikupljali numerički podaci o nasilju nad i među djecom, te o načinu i obliku pružene stručne pomoći na nivou Bosne i Hercegovine.
Prevenција vršnjačkog nasilja	2010.	Bosna i Hercegovina	Osnovne škole u Bosni i Hercegovini	Save the Children	Objavljen kurikulum za Odjeljske zajednice od 1. do 9. razreda.	

Online podrška mentalnom zdravlju nastavnika i učenika	Period pandemije Covid-19	Bosna i Hercegovina, dijaspora	Nastavnici i učenici, škole u Bosni i Hercegovini i dijaspori	COI Step by Step	Pružanje psihološke pomoći u kriznom periodu.	
Trauma orijentirani mirovni rad u Bosni i Hercegovini	2022.	Bosna i Hercegovina	Nastavnici, učenici (1500)	Udruženje „Progres“	Kreiranje trauma-senzitivnih škola i organizacija civilnog društva.	Prepoznavanje i reagovanje nastavnika na traumu kod učenika.
Pravda za svako dijete – program u pravosuđu	2011 - 2020.	Bosna i Hercegovina	Djeca u sukobu sa zakonom, djeca svjedoci i žrtve kaznenih djela	UNICEF	Unapređenje pristupa djece pravdi na nivou Bosne i Hercegovine.	Program je dao doprinos boljoj provedbi Zakona o zaštiti i postupanju sa maloljetnicima u krivičnom postupku; zagovaranje i upošljavanje stručnih saradnika psihologa pri sudovima i tužilaštvima.

Socijalizacija s pravom	2017-2018.	Federacija Bosne i Hercegovine, Brčko distrikt	Učenici koji pohađaju 26 osnovnih i srednjih škola	PH International	Pomoć svim akterima u nastojanjima da ojačaju vladavinu prava i smanje stopu maloljetničke delinkvencije u Bosni i Hercegovini.	
Prevenција govora mržnje u medijskoj online sferi	2022.	Brčko distrikt	Edukacija svih kategorija društva s akcentom na djecu i mlade (više od 200 učenika završnih razreda osnovne škole i srednjoškolaca).	Društvo psihologa Brčko distrikta Bosne i Hercegovine, Vlada Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine, Odjeljenje za stručne i administrativne poslove	Uspostavljanje dijaloga unutar lokalne zajednice između predstavnika medija te zakonodavne i izvršne vlasti, predstavnika tijela za kontrolu javnog informisanja, te prevencija govora mržnje putem edukacija svih kategorija društva s akcentom na djecu i mlade.	Osnaživanje mladih da prijavljuju govor mržnje, uvidjelo se da je veliki broj učenika bio potencijalna žrtva govora mržnje na internetu kao i da veliki broj učenika koristi takav govor u online prostoru.

11. Završna razmišljanja/zaključci:

Za razliku od ranijih praksi koje su prije svega bile usmjerene na dijagnostiku i tretman ljudi koji pate od mentalnih poremećaja, danas se mnogo više pažnje posvećuje promociji mentalnog zdravlja i prevenciji mentalnih poremećaja. Cjelokupna zajednica treba da kontinuirano razvija resurse koji unapređuju i štite mentalno zdravlje stanovništva i umanjuju rizične faktore za razvoj poremećaja.

Kroz ovaj priručnik predstavljene su specifičnosti razvojnog perioda adolescencije, odnosno mladih uzrasta od 14 do 18 godina, što u praksi odgovara učenicima završnih razreda osnovne škole i učenicima srednje škole, kao i zaštitni i faktori rizika koji postoje u toj dobi, a koji mogu uticati na mentalno zdravlje adolescenata. Također, predstavljene su i upute za realizaciju preventivnih programa za mlade ovoga uzrasta, kao i primjeri pojedinih uspješnih programa koji su se provodili u određenim dijelovima Federacije Bosne i Hercegovine ili Republike Srpske, a koji, na osnovu svojih uspješnih ishoda i rezultata, mogu da se primijene i u ostalim dijelovima Bosne i Hercegovine. Ishodi promotivnih i preventivnih inicijativa u mentalnom zdravlju obično nisu vidljivi prvih nekoliko godina nakon realizacije, jer je potrebno vrijeme da dođe do promjene stavova i da se uspostave novi obrasci ponašanja građana i djelovanja institucija.

Kroz priručnik su predstavljeni rezultati istraživanja o problemima i potrebama koje imaju djeca i mladi u Bosni i Hercegovini, što može poslužiti kao osnova za vladine i nevladine institucije da svrsishodno usmjere svoje programe. Ono što se, na osnovu dosadašnje provedbe programa za mlade, pokazalo izuzetno uspješnim i efikasnim pristupom jeste višesektoralnost u radu na prevenciji. Istina je da je najlakše provoditi programe na nivou škole, gdje djeca provode veliki dio vremena, ali same škole ne mogu odagnati faktore rizika ili ojačati protektivne faktore ukoliko u to nije uključen zdravstveni sistem, socijalni sistem, sigurnosni sektor. Ono što programe čini održivim jeste monitoring, izrada podzakonskih akata na osnovu probnog provođenja programa, kao i kontinuirana edukacija i supervizija stručnjaka koji učestvuju u izvedbi programa.

Akcije u zajednici mogu biti usmjerene na procese čiji je cilj da se unaprijede socijalni resursi u najširem smislu, a koji su povezani sa fizičkim i mentalnim zdravljem, ne fokusirajući se usko na mentalno zdravlje (npr. redukcija pušenja, smanjenje socijalne izolacije, borba protiv siromaštva, unapređenje vaspitno-obrazovnog procesa, njegovanje zdravih stilova življenja, humanizacija radnih i životnih sredina, poštovanje ljudskih prava i dr.). Naglašena je važnost

pristupa odozdo prema gore kada akcija uključuje mnogo aktera i izazove kada je u pitanju grupisanje inicijativa na federalnom i kantonalnom nivou kako bi se definirali resursi i prioriteti koji bi mogli biti podržani. Od posebnog značaja su poruke koje šalju mediji jer mogu imati velik uticaj na stavove i ponašanje stanovništva. Potrebno je provoditi medijske kampanje koje su usmjerene ka pozitivnim promjenama stavova zajednice o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima, a prethodno povećati osnovna znanja medija o mentalnom zdravlju. U svakom slučaju, mediji se trebaju koristiti kao jedna od komponenti multistrateškog pristupa da bi se postigle promjene u stavovima i ponašanju stanovništva.

Ovim priručnikom pokušalo se prikupiti što više informacija o izazovima sa kojima se susreću mladi uzrasta od 14 do 18 godina, kao i mogućnostima prevazilaženja izazova i dobrim praksama, kako bi se obezbijedila što adekvatnija psihosocijalna podrška adolescentima, odnosno briga o njihovom mentalnom zdravlju.

12. Prilozi: Primjeri dobre prakse

Primjer 1.

12.1 Program sekundarne prevencije u Kantonu Sarajevo¹

„Program prepoznavanja i zaštite djece od faktora rizika od društveno neprihvatljivih oblika ponašanja“ je program sekundarne prevencije maloljetničkog prestupništva koji ima za cilj da prepozna i pruži podršku učenicima osnovnih i srednjih škola koji su u riziku da počine nasilje ili da budu žrtve ili svjedoci nekog od oblika nasilja.² Nastao je kao rezultat značajnog

¹ https://www.cprc.ba/files/ugd/b112e0_34746b7a8146486bbf4a98f4b110ff57.pdf

² Ministarstvo za obrazovanje, nauku i mlade Kantona Sarajevo i Centar za istraživanje politike suprotstavljanja kriminalitetu (CPRC) su, uz podršku UNICEF-a, tokom dvije školske godine (2016/17. i 2017/18) testirali „Program prepoznavanja i zaštite djece od faktora rizika od društveno neprihvatljivih oblika ponašanja“. Program je u prvoj pilot-fazi (2016/17. školska godina) obuhvatio 13 škola u Kantonu Sarajevo (devet osnovnih i četiri srednje škole), a u drugoj fazi sve osnovne i srednje škole s područja Kantona Sarajevo. Nakon probnog provođenja projekta i primjene programa, program je preimenovan u „Program (sekundarne) prevencije i neprihvatljivih oblika ponašanja i zaštite učenika u osnovnim školama Kantona Sarajevo“. Trenutno se primjenjuje samo u osnovnim školama u Kantonu Sarajevo, dok su u toku pripreme za njegovu primjenu i u srednjim školama odnosno u ostalim kantonima u Federaciji Bosne i Hercegovine. Više: <https://j4c.ba/blog/program-prepoznavanja-i-zastite-djece-od-faktora-rizika-2/> (stranica posjećena 19. 7. 2020).

projekta tokom čije je realizacije izrađena grupa indikatora na osnovu kojih su nastavnici i stručni saradnici prepoznavali određene faktore rizika kod djece i adolescenata.

Indikatori su razvrstani u osam faktora i to: A: Poteškoće u učenju i ponašanju, B: Odnos sa vršnjacima, C: Odnos učenika i nastavnika, D: Odnos roditelja i učenika, E: Odnos roditelja prema školi, F: Sposobnost nošenja s problemima, G: Internalizirana ponašanja, H: Društveno neprihvatljivo ponašanje. Radi zaštite privatnosti učenika, Programom koordinira stručna služba škole koja je ovlaštena da brine o mentalnom zdravlju djece u školi. Program podrazumijeva educiran nastavni kadar koji će imati obavezu da, ukoliko primijeti neka od nedozvoljenih ponašanja kod učenika, usmeno komunicira s razrednikom ili stručnim saradnikom u školi, a nakon toga, ukoliko procijene da postoji potreba, razrednik ili stručni saradnik u saradnji s roditeljem i učenikom osmišljavaju individualni plan podrške za dijete.

Cilj tog plana je da se putem različitih intervencija u okviru škole ili porodice zajednički otklone faktori rizika koji postoje u djetetovom okruženju kao i da se ojačaju zaštitni faktori. U situacijama kada i pored procjene stručnih saradnika o postojanju rizika roditelj odbija saradnju sa školom, škola uključuje centar za socijalni rad i izrađuje se individualni plan brige za dijete. Ukoliko stručna služba škole procijeni da se radi o većem riziku za dijete, koji zahtijeva klinički tretman ili procjenu, stručni saradnik uključuje centar za mentalno zdravlje u datoj općini, uz saglasnost roditelja. Kompletan metodologija Programa podrazumijeva timski pristup stručnih osoba koje učestvuju u radu s djecom u pružanju podrške djetetu i aktivnu ulogu djeteta i roditelja u kreiranju i realiziranju te podrške.

Kao što je i vidljivo, pored obrazovnog sektora u provedbi Programa učestvovali su i zdravstveni i socijalni sektor, te je osmišljen referalni mehanizam međusektorske saradnje koji je imao za cilj povećavanje djelotvornosti reakcije sistema na prepoznate faktore rizika za maloljetničko prijestupništvo.

Kompletan program uređen je podzakonskim aktima i to – Pravilnikom o načinu i obliku provođenja odgojno-obrazovne podrške i stručnog tretmana učenika u osnovnim školama u Kantonu Sarajevo i Pravilnikom o vođenju evidencije o neprihvatljivim oblicima ponašanja i zaštiti učenika (Pleh, Omersoftić, 2020).

Primjer 2.

12.2 Primjer programa prevencije maloljetničke delinkvencije za srednju školu

Mjesec	Sadržaj rada	Nositelj aktivnosti	Način organizacije rada i realizacije
IX	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici, saradnici Službi za socijalni rad.	Prepoznavanje učenika u riziku od društveno neprihvatljivih ponašanja, identifikacija faktora rizika.
	Analiza socio-ekonomske strukture i zdravstvenog statusa učenika I razreda u cilju adekvatne podrške.	Pedagog, psiholog i socijalni radnik	Analiza podataka dobijenih primjenom upitnika za roditelje. Upitnik je sačinjen u svrhu pribavljanja osnovnih podataka o socio-ekonomskim i zdravstvenim prilikama učenika a s ciljem individualizacije rada i pružanja adekvatne podrške.
	Stručna služba u funkciji zadovoljavanja dječijih potreba	Pedagog, psiholog, socijalni radnik u saradnji sa razrednicima (posjete časovima OZ)	Upoznavanje učenika odjeljenja I-IV razreda o vrstama podrške koju mogu ostvariti u okviru Stručne službe škole i načinima saradnje.
	Sigurnost učenika u digitalnom okruženju	Razrednici	Učenici I-IV razreda će se upoznati sa mjerama zaštite sigurnog korištenja IKT tehnologije i obilježjima kibernetičkog nasilja.
	Unapređenje saradnje škole i roditelja	Roditelji, razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora i stručne saradnice škole	Opšti roditeljski sastanak za I razrede Roditeljski sastanci po razredima Informativni sastanci Konsultacije sa nastavnicima Saradnja sa stručnim saradnicama Saradnja sa Upravom škole
	Unapređenje saradnje škole i roditelja učenika I razreda	Pedagog, psiholog i socijalni radnik škole	Predavanje za roditelje učenika I razreda: „Saradnja škole i roditelja - partnerski odnos i kontinuitet kao preduvjeta uspjeha učenika“

	Saradnja Stručne službe škole sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnice Stručne službe škole, razrednici i predmetni nastavnici	Na početku školske godine stručne saradnice će organizirati razgovore sa razrednicima u cilju informisanja o socio – ekonomskim, zdravstvenim i dr. prilikama učenika s ciljem eventualne individualizacije odgojno-obrazovnog rada i pružanja adekvatne podrške. Iniciranje i učešće na sjednicama odjeljenskih vijeća odjeljenja I razreda (a po potrebi i odjeljenja II-IV razreda) u cilju upoznavanja članova sa relevantnim informacijama za one učenike kod kojih postoje specifične zdravstvene/ razvojne i druge teškoće koje se mogu odraziti na savladavanje nastavnog gradiva i učešće u odgojno-obrazovnom procesu.
X	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici i po potrebi saradnici Službi za socijalni rad, JU Odgojni centar i CMZ i KCUS.	Prepoznavanje učenika u riziku od društveno neprihvatljivih ponašanja, identifikacija faktora rizika i pružanje odgojno-obrazovne podrške ili stručnog tretmana (roditelj, učenik, razrednik, Stručna služba škole a po potrebi i saradnici vanškolskih institucija).
	Saradnja škole i roditelja	Razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora i stručni saradnici škole	Informativni sastanci Konsultacije sa nastavnicima Po potrebi saradnja Uprave škole i stručnih saradnica sa roditeljima učenika Kućne posjete - po potrebi
	Jačanje učeničkih kompetencija	Pedagog	Predavanje za učenike I razreda: „Metode efikasnog učenja i planiranja vremena“ i realizacija u sklopu časova odjeljenskih zajednica.
	Prevenција nasilja- „Sigurna škola – nulta stopa tolerancije na nasilje“	Stručni saradnici JU Odgojni centar Kantona Sarajevo u saradnji sa stručnim saradnicama škole I razrednicima	Predavanja za učenike I – IV razreda: Saradnici Odgojnog centra će realizovati predavanja za učenike I-IV razreda.
	Prevenција kockanja	Saradnici udruženja NARKO NE i razrednici	Predavanje za učenike II razreda u okviru časa OZ (1 čas).

XI	Stop drogama	Saradnici udruženja Narko NE, stručne saradnice i razrednici	Predavanje za učenike I razreda u cilju prevencije zlouporabe psihoaktivnih supstanci (1 čas).
	Saradnja saradnika Stručne službe sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnice Stručne službe škole, razrednici i predmetni nastavnici	Saradnice Stručne službe će kontinuirano sarađivati sa razrednicima i predmetnim nastavnicima s ciljem razmjene relevantnih informacija o učenicima i roditeljima te aktuelnim dešavanjima u odjeljenjima i poduzimanju adekvatnih odgojnih mjera.
	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Razrednici, predmetni nastavnici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici i po potrebi saradnici Službi za socijalni rad, JU Odgojni centar i CMZ i KCUS.	Pružanje odgojno-obrazovne podrške ili stručnog tretmana (roditelj, učenik, razrednik, Stručna služba škole a po potrebi i saradnici vanškolskih institucija) učenicima kod kojih su prepoznati faktori rizika.
	„Oružje ne štiti, oružje ubija“	Službenici MUP-a i razrednici	Predavanje za učenike IV razreda (1 čas)
	Saradnja škole i roditelja	Razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora, stručne saradnice škole	Roditeljski sastanci po razredima Predavanje za roditelje učenika I razreda Informativni sastanci Konsultacije sa nastavnicima Po potrebi saradnja Uprave škole i stručnih saradnica sa roditeljima učenika
	Zaštita psihofizičkog zdravlja učenika	Stručni saradnici JU Odgojni centar i saradnice Stručne službe škole	Predavanja za učenike I-IV razreda u cilju poticanje dobrobiti učenika, razvoja rezilijentnosti i razvoj pozitivne slike o sebi.
	Saradnja saradnika Stručne službe sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnice Stručne službe škole, razrednici i predmetni nastavnici	Saradnice Stručne službe će kontinuirano sarađivati sa razrednicima i predmetnim nastavnicima s ciljem razmjene relevantnih informacija o učenicima i roditeljima te aktuelnim dešavanjima u odjeljenjima, poduzimanje adekvatnih odgojnih mjera.

XII	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici, po potrebi saradnici Službi za socijalni rad, JU Odgojni centar i CMZ i KCUS.	Odgojno-obrazovna podrška ili stručni tretman za učenike kod kojih je prepoznat rizik od društveno neprihvatljivih ponašanja (u skladu sa Planom podrške učenika).
	Saradnje škole i roditelja	Razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora i stručni saradnici škole	Informativni sastanci Konsultacije sa nastavnicima Po potrebi saradnja Uprave škole i saradnica Stručne službe sa roditeljima učenika
	Saradnja Stručne službe škole sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnice Stručne službe škole, razrednici, predmetni nastavnici, direktor i pomoćnik direktora	Saradnice Stručne službe škole će kontinuirano sarađivati sa razrednicima i predmetnim nastavnicima s ciljem razmjene relevantnih informacija o učenicima i roditeljima te aktuelnim dešavanjima u odjeljenjima, poduzimanje adekvatnih odgojnih mjera.
	Projekat „ Prevenција trgovine ljudima “	Razrednici i saradnice Stručne službe škole	Predavanja za učenike III razreda: „Šta je to trgovina ljudima (oblici, kako je prepoznati, faktori rizika iz okoline, faktori rizika vezani za samu osobu)“ – 1 nastavni čas.
	Projekat „ Prevenција trgovine ljudima “	Razrednici I, II i IV razreda	„Šta je to trgovina ljudima“ – 3 nastavna časa tokom kojih će učenici sami istraživati kroz projektne zadatke šta je to trgovina ljudima i kako je prevenirati.
I	Projekat „Jačanje učeničkih kompetencija u ostvarivanju boljih rezultata u učenju i vladanju“	Razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici, predmetni nastavnici a po potrebi direktor i pomoćnik direktora.	Grupni i individualni rad sa roditeljima učenika i učenicima koji su na kraju I polugodišta postigli nedovoljan uspjeh (tri i više nedovoljne ocjene), imali veliki broj neopravdanih izostanaka i/ili loše vladanje.
	Osnaživanje nastavničkih kompetencija	Pedagog i psiholog	Kolektivno stručno usavršavanje „Kurikularna reforma - zahtjevi u pogledu realizacije nastave i ocjenjivanja“

II	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici a po potrebi saradnici Službi za socijalni rad, JU Odgojni centar i KCUS.	Odgojno-obrazovna podrška i stručni tretman za učenike kod kojih je prepoznat rizik od društveno neprihvatljivih ponašanja - u skladu sa Planom podrške učenika.
	Sigurnost učenika u digitalnom okruženju	Službenici MUP-a u saradnji sa stručnim saradnicama škole i razrednicima.	Službenici MUP-a će učenike I-IV razreda upoznati sa mjerama zaštite sigurnog korištenja IKT tehnologije, obilježjima kibernetičkog nasilja i procedurom prijave nasilja. (1 čas)
	Prevenција nasilja - „Sigurna škola – nulta stopa tolerancije na nasilje“	Razrednici	Tema OZ (2 časa) I – IV razreda: „Vrste nasilja i kako ga prevenirati“ – projektni zadaci I prezentacije
	Dan borbe protiv vršnjačkog nasilja u Kantonu Ssarajevo	Razrednici	1 nastavni čas (video i diskusija)
	Dan ružičastih majica - prevencija vršnjačkog nasilja	Razrednici i Vijeće učenika	1 nastavni čas
	Saradnje škole i roditelja	Razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora i saradnice Stručne službe škole	Roditeljski sastanci Informacije Konsultacije sa nastavnicima Po potrebi saradnja Uprave škole i stručnih saradnica sa roditeljima učenika Kućne posjete po potrebi
	Saradnja saradnica Stručne službe sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnice Stručne službe škole, razrednici i predmetni nastavnici	Saradnice Stručne službe će kontinuirano sarađivati sa razrednicima i predmetnim nastavnicima s ciljem razmjene relevantnih informacija o učenicima i roditeljima te aktuelnim dešavanjima u odjeljenjima i primjene adekvatnih odgojnih mjera.
	Aktivnost „Jačanje učeničkih kompetencija u ostvarivanju boljih rezultata u učenju i vladanju“	Razrednici, predmetni nastavnici, pedagog, psiholog i socijalni radnik.	Grupni i individualni rad sa učenicima I-IV razreda koji su na kraju I polugodišta postigli nedovoljan uspjeh (tri i više nedovoljne ocjene), veliki broj neopravdanih izostanaka i/ili loše vladanje.

III	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici, po potrebi saradnici Službi za socijalni rad, JU Odgojni centar, CMZ i KCUS.	Odgojno-obrazovna podrška i stručni tretman za učenike kod kojih je prepoznat rizik od društveno neprihvatljivih ponašanja.
	Zaštita psihofizičkog zdravlja učenika	Razrednici	Čas OZ (3 časa) I-IV razreda u cilju poticanje dobrobiti učenika, razvoja rezilijentnosti i razvoja pozitivne slike o sebi kroz projektne aktivnosti i prezentacije.
	Saradnja škole i roditelja	Razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora i stručni saradnici škole	Informativni sastanci Konsultacije sa nastavnicima Po potrebi saradnja Uprave škole i saradnica Stručne službe sa roditeljima učenika
	Saradnja saradnica Stručne službe sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnici Stručne službe škole i razrednici i predmetni nastavnici, direktor i pomoćnik direktora	Saradnice Stručne službe će kontinuirano sarađivati sa razrednicima i predmetnim nastavnicima s ciljem razmjene relevantnih informacija o učenicima i roditeljima te aktuelnim dešavanjima u odjeljenjima i poduzimanja adekvatnih odgojnih aktivnosti.
	Projekat „Profesionalna orijentacija učenika“	Pedagog, socijalna radnica škole i razrednici, psiholog	Predavanje za učenike IV razreda: „Potrebe tržišta rada i procedura prijave na evidenciju nezaposlenih osoba“; Prezentacija: Kako napraviti dobar CV i prijavu na konkurs Anketiranje učenika u sklopu dva istraživanja „Profesionalna orijentacija - zadovoljstvo školom“ (u sklopu časova odjeljenske zajednice).
IV	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici a po potrebi saradnici Službi za socijalni rad, JU Odgojni centar, CMZ i KCUS.	Odgojno-obrazovna podrška i stručni tretman za učenike kod kojih je prepoznat rizik od društveno neprihvatljivih ponašanja. Praćenje postizanja ciljeva. Evaluacija planova podrške. Po potrebi prepoznavanje učenika kod kojih su tek uočeni faktori rizika.

	Saradnja sa roditeljima	Razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora i stručne saradnice škole	Informativni sastanci Roditeljski sastanci Konsultacije sa nastavnicima Kontinuirana saradnja sa Upravom škole i stručnim saradnicama
	Saradnja saradnica Stručne službe škole sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnici Stručne službe škole, razrednici, predmetni nastavnici, direktor i pomoćnik direktora	Saradnice Stručne službe škole će kontinuirano sarađivati sa razrednicima i predmetnim nastavnicima s ciljem razmjene relevantnih informacija o učenicima i roditeljima te aktuelnim dešavanjima u odjeljenjima i poduzimanja adekvatnih odgojnih aktivnosti.
	Projekat profesionalne orijentacije učenika-saradnja sa univerzitetima	Saradnici UNSA , saradnici privatnih univerziteta, razrednici, predmetni nastavnici i saradnice Stručne službe škole	Prezentacije univerziteta i fakulteta učenicima IV razreda
	Projekat „Zadovoljstvo učenika školom“ i „Profesionalna orijentacija“	Saradnice Stručne službe škole	Analiza rezultata „Profesionalna orijentacija - zadovoljstvo školom“
V	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji, učenici, po potrebi saradnici Službi za socijalni rad, JU Odgojni centar, CMZ i KCUS.	Odgojno-obrazovna podrška i stručni tretman za učenike kod kojih je prepoznat rizik od društveno neprihvatljivih ponašanja.
	Saradnja škole i roditelja	Razrednici, predmetni nastavnici, direktor, pomoćnik direktora i saradnice Stručne službe škole	Informativni sastanci Konsultacije sa nastavnicima Po potrebi saradnja Uprave škole i saradnica Stručne službe sa roditeljima učenika.
	Saradnja saradnica Stručne službe sa razrednicima i predmetnim nastavnicima	Saradnice Stručne službe škole i razrednici i predmetni nastavnici	Saradnice Stručne službe škole će kontinuirano sarađivati sa razrednicima i predmetnim nastavnicima s ciljem razmjene relevantnih informacija o učenicima i u cilju pružanja podrške.
VI	Podrška učenicima koji su u riziku od društveno neprihvatljivog ponašanja	Predmetni nastavnici, razrednici, saradnice Stručne službe škole, roditelji i učenici.	Evaluacija planova podrške

	Saradnja škole i roditelja	Direktor, razrednici, pomoćnik direktora, saradnice Stručne službe škole	Saradnja direktora, pomoćnika direktora, razrednika i saradnica Stručne službe škole sa roditeljima – po potrebi.
	Prezentacija istraživanja	Saradnice Stručne službe škole	Prezentacija rezultata istraživanja „Profesionalna orijentacija/zadovoljstvo školom“ na sjednici Nastavničkog vijeća

13. Literatura

- Ajduković, M. (2001). Ekološki multidimenzionalni pristup sagledavanju činitelja rizika i zaštite u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži. U: J. Bašić i J. Janković (Ur). Rizični i zaštitni faktori u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži. Zagreb. Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju.
- American Psychological Association, (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. 1st ed. [ebook] Washington DC: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Available at: <<http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>> [Accessed 24 April 2015].
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5). Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Badurina, M., Kafedžić, L., Bjelan-Guska, S., Osmanagić, L. i Omersoftić, E.(2021.). Rezilijentne škole – škole koje djeca vole. Udruženje Centar za istraživanje politike suprotstavljanja kriminalitetu, Sarajevo.
- Bašić, J. (2001). Rizični i zaštitni faktori u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži: teorijsko motrište. U: J. Bašić i J. Janković (Ur). Rizični i zaštitni faktori u razvoju poremećaja u ponašanju djece i mladeži. Zagreb. 52 Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladeži i zaštitu djece s poremećajima u ponašanju (str. 33-45).
- Bašić, J., Ferić, M., Kranželić-Tavra, V. (2001). Od primarne prevencije do ranih intervencija. Zagreb. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Bašić, J. i Kranželić-Tavra, V. (2004). O ponašanjima učenika i njihovoj pojavnosti u školskom okruženju. U: J. Bašić, N. Koller-Trbović i S. Uzelac (Ur). Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristup i pojmovna određenja. Zagreb. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. (str. 107- 118).
- Beautrais AL et al. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 1543-1551.
- Calley, N., G. (2010). Comprehensive Program Development in the Mental Health Professions. In: *Program Development in the 21st Century: An Evidence-Based*

- Approach to Design, Implementation, and Evaluation. University of Detroit – Mercy: SAGE Publications, 1-28.
- Carris MJ, Sheeber L, Howe S. (1998). Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of adolescence*, 21(4): 459-472.
- Cassidy, W., Faucher, C. i Jackson, M. (2013). Cyberbullying among youth: A comprehensive review of current international research and its implications and application to policy and practice. *School Psychology International*, 34(6), 575 – 612.
- CDC Unified Process Practices Guide: Risk Management UP Version: 11/30/06. Available at: http://www2.cdc.gov/ncdcup/library/practices_guides/CDC_UP_Risk_ManagemenPractices_Guide.
- Centers for Disease Control. (1994). CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, Suppl.: 1-12
- CIDA Logical Framework: Making it Results-Oriented.
- Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. (1982). Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21: 178-186.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care.(2000). Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health-A Monograph. Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra.
- Cucić B. (2000). Planiranje za zdravlje, Socijalna medicina. Beograd: Savremena administracija, 344-352.
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L. & Suleiman, A. B. (2018). Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554 (7693), 441–450.
- Davison, G. C., Neale, J. M. (2002.). Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.
- Duvnjak, I. (2018) Uobičajene teškoće i poremećaji u adolescenciji. U: Velki, T. & Romstein, K. (ur.) *Priručnik za rad s učenicima s teškoćama u razvoju u srednjim školama*. Osijek, J. J. Strossmayer University of Osijek, Faculty of Education, str. 53-76.

- Erskine, R.G. (2015). *Relational patterns, Therapeutic presence, Concepts and Practise of Integrative Psychotherapy*, London: Karnac.
- Erikson, EH. (1994). *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton.
- Esrkine, R., Moursund, J.P., Trautmann, R. (1999). *Beyond Empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Europski preventivski kurikulum: priručnik za donositelje odluka, kreatora javnog mišljenja i kreatora politika u području znanstveno utemeljene prevencije korištenja sredstava ovisnosti. (2020). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Eurostat. (2017). Being young in Europe today. Preuzeto s https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Being_young_in_Europe_today.
- Fallon BJ, BowlesT. (1999). Adolescent help-seeking for major and minor problems. *Australian Journal of Psychology* ;1:12-18.
- Garofolo R et al. (1998). The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 101(5): 805-902.
- Golijanin, D. i saradnici (2014). Generacija Z, Internet i obrazovanje. *Paper presented at Sinteza 2014 - Impact of the Internet on Business Activities in Serbia and Worldwide*. doi:10.15308/sinteza-2014-506-509.
- Gould MS, et al. (1999). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9): 915-923.
- Heller, cit. u: Tudor, K., *The adult is parent to the child, Transactional analysis with children and young people*. Russel House Publishing, Dorset, 2008, str. 42.
- Hill, T. (2017). *Should mental health professionals understand intergenerational trauma?* London: The Association for Child and Adolescent Mental Health <https://www.acamh.org/blog/intergenerational-trauma/>.
- Holinger PC, Klemen EH. (1982). Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine*, 16: 1929-1938.
- Izvještaj sa fokus grupa Okruglog stola na temu: „Zaštita mentalnog zdravlja mladih u Bosni i Hercegovini“, Irina Rizvan, Biljana Lakić, Elma Omersoftić. Sarajevo 22.12.2022. godine, RCC.

- Jane-Llopis E, Anderson P. (2006) Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg, European Communities; 11-20.
- Jilek-Aall L. (1988). Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review*, 25: 87-105.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and United Nations Children's Fund (2022). *On My Mind: How adolescents experience and perceive mental health around the world*, JHU and UNICEF, Baltimore and New York.
- Kafedžić, L. , Bjelan Guska, S., Omersoftić, E., Osmanagić, L. i Muratbegović E. (2019). Program (sekundarne) prevencije neprihvatljivih oblika ponašanja i zaštite učenika u osnovnim školama Kantona Sarajevo. Ministarstvo za obrazovanje, nauku i mlade Kantona Sarajevo.
- Koller-Trbović, N., Miroslavljević, A. & Jeđud Borić, I. (2017) Procjena potreba djece i mladih s problemima u ponašanju - konceptualne i metodičke odrednice. Zagreb, Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
- Koller-Trbović, N., Žižak, A., Bašić, J. (2001). Određenje, prevencija i tretman poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Dijete i društvo*. III (3). str. 319-343
- Lakić, B., Burgić-Radmanović, M. (2011). Prevencija i kontrola mentalnog zdravlja. U *hroničnim nezaraznim bolestima* (Ed. Vulić, D., Babić, N). Banja Luka: Medicinski fakultet, 241-257.
- Lakić, B, Popović T, Drobac M. (n.d.). Program prevencije vršnjačkog nasilja „Miroljubivi partneri“. Neobjavljeni finalni narativni izvještaj za projektne aktivnosti. Banja Luka: Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini.
- Lakić, B. (ur.), Vučina I., Ramić-Čatak A., Niškanović J. ,Strkić,D., Džonlić S. i dr. (2017). Provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja – teorijski i praktični okvir. Institut za javno zdravstvo Republike Srpske i Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, Banja Luka, Sarajevo.
- Latić, A, Vicić, D, Kadić, E. (2010). *Roditelj, dijete i škola*, KJU Porodično savjetovalište, Sarajevo, 2010. godina.
- Lebedina Manzoni, M. (2007.). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

- Lisek, J. & Brkljačić, T. (2012) Tko nam to dolazi? Korištenje informacijske i komunikacijske tehnologije (ICT) i stilovi učenja kod novoupisane generacije studenata FER-a. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 55 (3/4), 29-52.
- Litman R.E. (1989). Psychological autopsies of young suicides. In: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office.
- Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. (1994). School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 42: 130-136.
- Marcelli, D. (1998). Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419- 423.
- McKey PW, Jones RW, Barbe RH. (1993). *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications.
- McGoldrick M, Walsh F. (1983). A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. Group and Family Therapy. New York, Brunner/Mazel.
- Meščić-Blažević, Lj. (2007). Pedagoška prevencija poremećaja u ponašanju adolescenata. *Pedagoška istraživanja*, 4 (2), 301-306. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/11830>.
- Niškanović J. (2017) Promotivno-preventivne aktivnosti u praksi. U: Provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja – teorijski i praktični okvir. Lakić, B. (urednica), Vučina, I., Ramić-Čatak, A., Niškanović, J., Strkić, D., Džonlić, S. i dr. Institut za javno zdravstvo Republike Srpske i Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, Banja Luka, Sarajevo.
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants Part 1. *On the Horizon*, 9(5), pp.1-6.
- Omersoftić, E. (2017), Determinante izloženosti mlađih adolescenata nasilju u zajednici, (Neobjavljen magistarski rad), Filozofski fakultet, Sarajevo.
- Omersoftić, E., Zvizdić, S. (2019). Determinante izloženosti mlađih adolescenata nasilju u zajednici u vidu direktne žrtve nasilja. *Radovi Filozofskog fakulteta u Sarajevu*, No 22, 229-252.
- Papenfuss RL et al. (1983). Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 53: 618-620.
- Pavleković, G., Kuzman, M., Jureša, V. (2001). Promocija zdravlja u školi. Zagreb: Fakultet javnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Ured UNICEF-a za Hrvatsku.

- Pew Research Center. (2018). Newspapers Face a Challenging Calculus | Pew Research Center. [online] Dostupno na: <http://www.pewresearch.org/2009/02/26/newspapers-face-a-challenging-calculus/> [pristupljeno 07.03.2023.].
- Pleh, V., Omersoftić E. (2020). Prevencija maloljetničkog prestupništva i Program sekundarne prevencije neprihvatljivih oblika ponašanja i zaštite učenika u osnovnim školama Kantona Sarajevo. Društvene devijacije: Vol.5 No.1.
- Pommereau X. (1997). Quand l'adolescent va mal.[When things don't go well for adolescents]. Ed. J'ai lu. 123.
- Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini. (2023). Nacrt „Regionalnog istraživanja u oblasti rada sa djecom i adolescentima“, Sarajevo.
- Radna grupa Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite. (2010) Strategija razvoja mentalnog zdravlja u Republici Srpskoj (2009-2015). Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, Banja Luka ;12:58; 12:55-56.
- Raić, L. (2016). Rizični i zaštitni čimbenici u pojavi razvoja poremećaja u ponašanju. Završni rad. Pula: Fakultet za odgojne i obrazovne studije
- Rhimer Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. Curr Opin Psychiatry 20:17–22.
- Rickwood DJ, Braithwaite VA. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. Social Science and Medicine:4:563-572.
- Schaffer D, Fisher P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20: 545-565.
- Scholte, E. (1995). Longitudinal studies on the effectiveness of care services for juveniles. U: Colton, M, Hellinckx, W., Ghesquiere, P, Williams, M. (eds): The Art and Science of Child Care. Arena. 103-130.
- Scottish Executive, Health Department Women and Children's Unit (2004).Children and Young People's Mental Health: A Framework for Promotion, Prevention and Care. Edinburg: Scottish Executive.
- Smith J. (1986).Coping with Suicide. New York, Rosen.
- Spruijt E, de Goede M. (1997). Transitions in family structure and adolescent well-being. Journal of adolescence, 32(128): 897-911.
- Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. (1984). Adolescent suicide: an overview. American journal of psychotherapy, 38: 350-363.

- Šarac, N., Branković, I., Živanić, S. (2018). Smjernice za primjenu programa podrške porodici djece uključene u život i/ili rad na ulici i djece u riziku; Save the Children in North West Balkans.
- Šmigovec, I. (2011). Uloga primarne prevencije u očuvanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 28 (7), 1-3.
- Štrkić, D. (2017) Planiranje promotivo-preventivnih aktivnosti. U: „Provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja – teorijski i praktični okvir. Lakić, B. (urednica), Vučina, I., Ramić-Čatak, A., Niškanović, J., Strkić, D., Džonlić, S. i dr. Institut za javno zdravstvo Republike Srpske i Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, Banja Luka, Sarajevo.
- The Health Communication Unit at the Center for Health Promotion, University of Toronto (2001). Introduction to Health Promotion Program Planning Version 3.0. April 2001.
- Tones, K., Green, J (2004). Health Promotion: Planning and Strategies. London: Sage Publications.
- Turner, A. (2015). Generation Z: Technology and Social Interest. The Journal of Individual Psychology, 71(2), pp.103-113.
- Uzelac, S. (1995). Socijalna edukologija. Osnove socijalne edukologije mladih s poremećajima u socijalnom ponašanju. Zagreb: SAGENA.
- Vandivort DS, Locke BZ. (1979). Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. Suicide & life-threatening Behavior, 9: 205-218.
- Veen, Win; Ben Vrakking. Homo Zappiens: Reshaping learning in a digital age. London: Network Continuum Press, 2006.
- Vejmelka, L., Strabić, N. i Jazvo, M. (2017). Online aktivnosti i rizična ponašanja adolescenata u virtualnom okruženju. Društvena istraživanja, 26(1), 59 – 78.
- Velki, T. i Romstein, K. (2018). Nacionalno istraživanje rizičnog ponašanja i znanja računalnih korisnika. U T. Velki i K. Šolić (ur.), Priručnik za informacijsku sigurnost i zaštitu privatnosti. Osijek: Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
- Vlajković J. (2003) Prevencija mentalnih poremećaja. U knjizi: Klinička psihologija. Urednici: Biro M., Butollo W. Katrda za kliničku psihologiju. Ludwig Maximillians Universitat i Futura publikacije, Novi Sad: 358-364.

- Vrcelj, Sofija; Anita Klapan; Siniša Kušić. Homo Zappiensi – kreatori nove škole. // Izvornik: Buduća škola – škola budućnosti: 2. dio / Potkonjak, N. ur. Beograd: Srpska akademija obrazovanja 23.-24. 01. 2009. Str. 753.
- Vučina, I. (2017) Stanje i potrebe za provođenjem promotivnih i preventivnih programa u mentalnom zdravlju u BiH. U: Provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja, teorijski i praktični okvir. Lakić, B. (urednica) Ramić-Čatak, A., Skalonja, E., Kojović, M., Grbeša, L., Peršić, Z., Mehmedić-Džonlić, S., Marjanović, M., Šiljak, S., Štrkić, D., Niškanović, J., Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH i Institut za javno zdravstvo Republike Srpske; Sarajevo/Banja Luka.
- Vyskocilova, J., Prasko, J. (2012). Social skills training in psychiatry. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 54 (4), 159-170.
- Wasserman D. (1998). Depression - en vanlig sjukdom [Depression - a common illness]. Stockholm, Natur och Kultur.
- Weissman MM et al. (1999). Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 56: 794-801.
- Weissman MM, Fox K, Klerman GL. (1973). Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 130: 450-455.
- World Health Organization (2000) Preventing suicide. A resource for teachers and other school staff. WHO, Geneve, (Wasserman D, Narboni V, Beautrais A., Ramsay R, Soubrier JP, Zhai S, et al.)
- World Health Organization Regional Office for Europe (2022). First meeting of the pan-European Mental Health Coalition: from debate to action. WHO Copenhagen. Licence: CC BY-NC-SA 3.0.IGO.
- World Health Organization (2001) Strengthening mental health promotion. WHO Geneve.
- World Health Organization (2002). Prevention and Promotion in Mental Health. Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO Geneve.
- World Health Organization (2004). Promoting Mental Health: Concept, Emerging Evidence and Practice. Department of Mental Health and Substance Dependence, Victorian Health Promotion Foundation, The University of Melbourne.
- World Health Organization (2004) Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Center of the Universities of Nijmegen and

Maastricht. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO.

Zenere FJ, Lazarus PJ. (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 27(4): 387.



WBYL
WESTERNBALKANSYOUTHLAB