

Uloga indikatora pozitivnog razvoja u objašnjenju simptoma suicidalnosti kod mladih

Matić, Katarina

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:449928>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-01**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet

Diplomski rad
Uloga indikatora pozitivnog razvoja u objašnjenju simptoma
suicidalnosti kod mladih

Katarina Matić

Zagreb, lipanj, 2023.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet

Diplomski rad
Uloga indikatora pozitivnog razvoja u objašnjenju simptoma
suicidalnosti kod mladih

Katarina Matic

izv. prof. dr. sc. Miranda Novak

Zagreb, lipanj, 2023.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao/napisala rad *Uloga indikatora pozitivnog razvoja u objašnjenju simptoma suicidalnosti kod mladih* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Katarina Matić

Mjesto i datum: Zagreb, lipanj 2023.

Naslov rada: Uloga indikatora pozitivnog razvoja u objašnjenju simptoma suicidalnosti kod mladih

Ime i prezime studentice: Katarina Matić

Ime i prezime mentorice: izv. prof. dr. sc. Miranda Novak

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Socijalna pedagogija/Djeca i mladi

SAŽETAK

Cilj ovog diplomskog rada bio je utvrditi odnos 5C modela pozitivnog razvoja mladih, točnije njegovih karakteristika (kompetencije, samosvijest, karakter, povezanost s drugima, brižnost) sa simptomima suicidalnosti kod adolescenata u Hrvatskoj. Uz navedeno, ispitane su i spolne razlike u iskazivanju suicidalnih simptoma.

Istraživanje je provedeno u okviru većeg znanstvenog projekta „Testiranje 5c modela pozitivnog razvoja mladih: tradicionalno i digitalno mobilno mjerenje (P.R.O.T.E.C.T.)“ od strane Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, a u ovom radu korišten je uzorak koji broji 313 učenika prvih razreda srednjih škola.

Suicidalni rizik ispitan je pomoću subskale Upitnika razvojnih prednosti koja ispituju simptome suicidalnosti (eng. *Developmental Assets: A Profile of Your Youth*; Search Institute, 2018). Kako bi se ispitale pozitivne razvojne karakteristike mladih korištena je Kratka verzija „Upitnika pozitivnih karakteristika mladih“ (eng. *Positive Youth Development Questionnaire – short form, PYD-SF*; Geldhof i sur., 2014).

Dobiveni rezultati ukazuju na to da 64,2% adolescenata ne izražava nikakve simptome suicidalnosti, ali i na zabrinjavajuć podatak da nešto više od 1/3 adolescenata (točnije 35,8%) izražava određenu suicidalnu simptomatologiju. Također, 23,3% adolescenata izvještava o samoozljeđivanju, dok njih 76,7% isto nije čine te njih 26,2% izvještava o ozbiljnom razmatranju mogućnosti počinjenja suicida, a njih 73,8% o istome ne izvještava. Nadalje, rezultati ukazuju na to da je 15,3% adolescenata izradilo plan o počinjenju suicida te da je 6,4% adolescenata imalo pokušaj suicida. Nije utvrđena statistički značajna razlika u razini iskazanih simptoma suicidalnosti s obzirom na spol sudionika, iako je deskriptivnom analizom vidljiva veća zastupljenost svih pojedinih simptoma suicidalnosti kod djevojaka u odnosu na mladiće. Utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost između karakteristika pozitivnog razvoja mladih (samosvijest, povezanost, kompetencije, karakter) i simptoma suicidalnosti, odnosno da adolescenti koji imaju razvijenije karakteristike pozitivnog razvoja mladih iskazuju manje simptoma suicidalnosti. Međutim, takva povezanost nije utvrđena kad je riječ o odnosu između brižnosti i suicidalnosti.

Ključne riječi: adolescencija, mentalno zdravlje, suicid, pozitivan razvoj, 5C model pozitivnog razvoja

Title: The role of 5C Positive Youth Development in explaining suicidal symptoms in young people

Student: Katarina Matic

Supervisor: assoc. prof. dr. sc. Miranda Novak

Program/module: Social Pedagogy / Children and Youth

SUMMARY

The aim of this thesis was to determine the relationship of the 5C model of positive youth development – i.e., its characteristics (competence, character, connection, caring, confidence) – with the symptoms of suicidality amongst Croatian adolescents. In addition, sex differences in the manifestation of suicidal symptoms were examined.

The research was conducted as a part of the larger scientific project "Testing 5c models of positive youth development: traditional and digital mobile measurement (P.R.O.T.E.C.T.)" conducted by the Faculty of Education and Rehabilitation Sciences in Zagreb. For the purposes of this research, a sample of 313 pupils (high-school freshmen) has been examined.

Suicidal risk was examined using the subscale of the developmental assets questionnaire *Developmental Assets: A Profile of Your Youth*, which examines the symptoms of suicidality (Search Institute, 2018). In order to examine the positive developmental characteristics of young people, *Positive Youth Development Questionnaire – short form* (PYD-SF; Geldhof et al., 2014) was used.

The obtained results indicate that 64,2% of adolescents do not express any symptoms of suicidality, but also point to worrying evidence that just over 1/3 of adolescents (35,8% to be exact) manifest a certain suicidal symptomatology. What is more, while 23,3% of adolescents report self-harm, 76,7% deny the same and 26,2% report serious consideration of the possibility of committing suicide, and at the same time 73,8% do not report it. Furthermore, the results indicate that 15,3% of adolescents developed a suicide plan and that 6,4% of adolescents had a suicide attempt. There was no statistically significant difference in the level of expressed symptoms of suicidality in relation to the sex of the participants, although descriptive analysis shows a greater prevalence of all individual symptoms of suicidality in young women as compared to young men. The study shows that there is a statistically significant negative correlation between the characteristics of positive youth development (confidence, connection, competence, character) and symptoms of suicidality, i.e. that adolescents who have more developed characteristics of positive youth development show fewer symptoms of suicidality. However, that kind of relationship has not been established as far as the relationship between caring and suicidality is concerned.

Key words: adolescence, mental health, suicide, positive youth development, 5C model of positive youth development

SADRŽAJ

1. Uvodno: značajke adolescencije	1
2. Pristup pozitivnog razvoja.....	5
3. Mentalno zdravlje.....	9
4. Odnos pozitivnog razvoja i mentalnog zdravlja adolescenata	12
5. Suicidalnost	14
6. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja	23
7. Metodološki okvir istraživanja.....	24
7.1 Sudionici istraživanja	24
7.2 Način prikupljanja podataka	26
7.3 Mjerni instrumenti	26
8. Rezultati istraživanja.....	28
8.1 Suicidalni simptomi kod adolescenata	28
8.2 Spolne razlike u izraženoj razini suicidalnosti	30
8.3 Suicidalnost i pozitivan razvoj mladih	31
9. Rasprava	40
9.1 Ograničenja i implikacije istraživanja	46
10. Zaključak	48
11. Literatura	50

1. Uvodno: značajke adolescencije

Čovjek raste i razvija se u različitim fazama života, jedno od kojih je i adolescencija. Riječ adolescencija dolazi od latinske riječi *adolescere* što znači „rasti do zrelosti, odrasti.“ Adolescencija se uglavnom definirala kao razdoblje između djetinjstva, odnosno puberteta i odrasle dobi koje najčešće započinje između jedanaeste i trinaeste godine i traje do početka dvadesetih godina života (Kuzman, 2009). Nedavna istraživanja u području psihologije i razvojne znanosti dovela su u pitanje tradicionalno razumijevanje adolescencije kao razdoblja života u dobi od 10 do 19 godina. Umjesto toga, sve veći broj dokaza sugerira da bi se adolescencija trebala smatrati duljim razdobljem razvoja koje uključuje mladu odraslu dob s krajnjom točkom u rasponu do 24. ili čak 25. godine (Sawyer i sur., 2018). Ova nova perspektiva motivirana je s nekoliko čimbenika, uključujući promjene u društvenom, kulturnom i ekonomskom kontekstu koje utječu na vrijeme i prirodu ključnih razvojnih prekretnica poput završetka obrazovanja, započinjanja karijere i stvaranja dugoročnih romantičnih odnosa, ali i rezultati neuroznanstvenih istraživanja koja zagovaraju proširenje adolescencije do 25. godine (Arnone, 2014). Samu adolescenciju je teško precizno definirati iz nekoliko razloga (United Nations Children's Fund, 2011): svaki pojedinac doživljava ovo razdoblje drugačije, ovisno o njezinom/njegovom fizičkom, emocionalnom i kognitivnom sazrijevanju, ali i okolinskim čimbenicima; početak puberteta kao početak biološkog sazrijevanja različit je kod djevojaka i mladića i ne obuhvaća cijelu kompleksnost procesa odrastanja; postoji velika raznolikost u zakonski definiranim minimalnim dobnim pragovima koji indiciraju odraslost (glasovanje, brak, vojna obveza, imovinsko vlasništvo). U nekim definicijama početak adolescencije prepoznat je u dobi od 10 godina, u nekim u dobi od 12 ili pak 14 godina; a ujednačenja nema ni kod pitanja završetka adolescencije, koji je prema nekim određenjima, i do 26. godine života. No, prema Lacković-Grgin (2006), dobnja određenja su relativna jer je svaki kulturni kontekst specifičan po svojim socijalizacijskim obilježjima te stoga ima drugačije utjecaje ne samo na određivanje dobnih granica adolescencije, već i općenito na spoznaje o razvoju adolescenata. U novije vrijeme u stručnim se krugovima pojavljuje pojam „odraslost u nastajanju“ kojim se obuhvaća razdoblje između 18. i 25. godine kada se mlade više ne vide kao adolescente, ali istovremeno se smatra da nisu u potpunosti ispunili razvojne ključne za postizanje odraslosti (npr. preuzimanje vlastite odgovornosti, samostalno odlučivanje, financijska samostalnost). Kompleksnost adolescentnog razdoblja svakako nadilazi vremenske okvire i jednostavne definicije iste kao prijelaznog razdoblja iz djetinjstva u odraslu dob. Ranije često okarakterizirana kao „razdoblje bure i oluja“, adolescencija jest izazovno razdoblje koje

karakterizira stres, ali je i vrijeme ogromnog rasta i mogućnosti. Dahl i suradnici (2018) napominju da mnoge fizičke, kognitivne i socio-emocionalne promjene koje se događaju tijekom adolescencije mogu biti pozitivne i prilagodljive te mogu pomoći mladima da razviju važne vještine i strategije suočavanja. Stoga se u radu naglašava važnost pružanja podrške i resursa adolescenata koji su im potrebni za snalaženje i napredovanje tijekom ovog kritičnog životnog razdoblja. Ovo razdoblje obilježeno je brojnim promjenama, kako fizičkim i biološkim koje su uzrokovane maturacijom, tako i promjenama koje utječu na emocionalni i kognitivni razvoj (Fairchild i Smaragdi, 2018). Cilj adolescencije formiran u obliku „rasta do zrelosti“ nije izolirani proces definiran kroz dobnu kategoriju, već je kao takav uronjen u socijalne i kulturalne standarde i očekivanja koji utječu na status odrasle osobe (Lacković-Grgin, 2006).

Prijelaz iz djetinjstva i/ili mladosti u odraslost pred pojedinca postavlja brojne novosti, zahtjeve i izazove te pojedinac prolazi kroz mnoštvo promjena: promjene u odnosu na sebe samog, sebe u odnosu na druge (društva, obitelji, vršnjaka, zajednice), u odnosu na sebe i života. U tom razdoblju moguća je pojavnost brojnih rizičnih i zaštitnih faktora koja utječu na ponašanja mladih, a samim time i na ishode adolescencije.

Promjene koje su dio tjelesnog sazrijevanja mlade osobe nazivaju se pubertetom i tako razlikuju od adolescencije koja uglavnom obuhvaća proces psihičkog ili emocionalnog sazrijevanja. Pojava tjelesnih promjena označava početak puberteta te su i same tjelesne promjene u pubertetu veoma intenzivne. Ubrzan rast i pojava sekundarnih spolnih karakteristika mogu dovesti ili biti popraćene različitim stanjima. Tako se u literaturi uz tjelesne promjene navode i prisutni osjećaj zbunjenosti, zabrinutosti, preokupacija vlastitim tijelom (Lacković-Grgin, 2006); nezadovoljstvo izgledom tijela koje je povezano s depresijom (Radziwiłłowicz i sur., 2016, prema Bader, 2019); prisutnost socioemocionalnih teškoća vezanih uz izgled tijela veća je kod dječaka koji kasnije sazrijevaju i djevojaka koje ranije sazrijevaju (niže samopoštovanje, loša slika o sebi, delinkventno ponašanje – dječaci, depresivnost i poremećaji hranjenja – djevojčice) (Steinberg i Morris, 2001, prema Bader, 2019).

Proces tjelesnog i spolnog sazrijevanja utječe i na proces psihičkog i emocionalnog sazrijevanja. Mozak prolazi kroz značajne promjene pod čijim se utjecajem mijenja veličinom i načinom povezivanja mozgovnih dijelova – riječ je o neuroplastičnosti mozga koja omogućuje da se on konstanto prilagođava i razvija stvarajući nove neurološke putove koji omogućavaju napredovanje i učenje (Fairchild i Smaragdi, 2018). Kognitivno, ali i socijalno i emocionalno funkcioniranje adolescenata pod utjecajem je promjena koje se događaju u adolescenciji, a

obuhvaćaju strukturalne i funkcionalne promjene mozga, naročito područja čeonog režnja (Dahl i sur., 2018). Uz promjene najintenzivnijeg razvoja struktura mozga, dopamingerički, serotonergički i noradrenergički sustav također su u razvoju, a utječu na emocije, motivaciju, učenje i ponašanje pojedinca (Dahl i sur., 2018). Razvoj novih kognitivnih vještina kao što je sposobnost apstraktnog razmišljanja; razvoj identiteta, kako osobnog i socijalnog, tako i seksualnog; emocionalno, osobno i financijsko odvajanje od roditelja; samo su neki od važnih izazova razdoblja adolescencije (Christie i Viner, 2005).

Promjene u kognitivnim sposobnostima omogućuju pojedincu da pri suočavanju s problemom, u obzir uzme višestruke dimenzije istog što može rezultirati efikasnijim rješenjem problema. Tom procesu svakako doprinosi deduktivno zaključivanje, preispitivanje postojeće stvarnosti i zamišljanje moguće, bolje planiranje i donošenje odluka, samoregulacija ponašanja i emocija (Eccles i sur., 2003; Berk, 2008; prema Bader, 2019), ali i sposobnost introspekcije i zauzimanja tuđe perspektive (Ninčević, 2009). Sve navedeno utječe na promjene u samopoimanju i formiranju identiteta – što je, prema Ericksonu (1968; prema Bader 2019), najvažniji psihosocijalni zadatak adolescencije. Ukoliko je pojedinac neuspješan u tom zadatku, javlja se konfuzija identiteta, odnosno, dolazi do nekoherentnog, nepovezanog i nepotpunog osjećaja sebe (Lacković-Grgin, 2006). Iako većina mladih prođe kroz razdoblje adolescencije s malo teškoća, neki se manje uspješno nose s promjenama i izazovima, te teško odgovaraju na temeljna životna pitanja koja u to doba postaju aktualna – tko sam ja, što zapravo želim, što očekujem od života, koji je smisao mog života?

Osim individualnih karakteristika, veliki naglasak tijekom adolescencije je na razumijevanju sebe u odnosu na društvo. Tako se uz brojne promjene na individualnoj razini, različite promjene događaju i u odnosu mlade osobe s njezinom okolinom – članovima obitelji, vršnjacima i zajednicom (Choudhury i sur., 2006, prema Čiš, 2020). Tijekom adolescencije širi se socijalni svijet adolescenata, a već spomenuto odvajanje od roditelja dovodi do veće autonomije pri donošenju vlastitih odluka, kontroli emocija i odabira ponašanja odnosno poduzimanja akcija (Choudhury i sur., 2006, prema Čiš, 2020). Adolescencija se često shvaća kao prijelazno razdoblje u kojem se adolescenti počinju odvajati od svojih roditelja te značajniju ulogu u njihovim životima preuzimaju vršnjaci. Vršnjački odnosi mogu pozitivno, ali i negativno utjecati na razvojne ishode adolescenata. Odvajanje od roditelja nužno je radi postizanja autonomije, no ono nikako ne isključuje zadržavanje bliskosti s roditeljima koja je nužna za zdrav razvoj autonomije. Posebno u stresnim vremenima, adolescenti se obraćaju roditeljima kao „sigurnoj bazi“ za pomoć (Kerr i sur., 2003 prema Bader, 2019). Prikladni

odnosi s roditeljima, koje karakterizira otvorena komunikacija, nadzor i uravnotežena kontrola te primjereni oblici discipliniranja, smatraju se zaštitnim čimbenicima za mnoga rizična i problematična ponašanja i internalizirane probleme kod adolescenata (Perkins i Borden, 2003; Masten i Coastworth, 1998, prema Bader, 2019).

Promjene su same po sebi intenzivne, a naročito jer se događaju na intrapersonalnoj i interpersonalnoj razini te u interakciji jedne s drugima i jedne na druge djeluju, što čini razdoblje adolescencije izazovnim – i samim adolescentima, njihovim roditeljima, članovima zajednice, pa i donositeljima odluka te stručnjacima. No, upravo zbog toga treba imati na umu da adolescencija nije izolirana pojava u odgovornosti jedne individue, već da je sve ono što se događa s adolescentima usko povezano s događajima i promjenama društva u kojem žive – utjecaju društva, kulture, skupine vršnjaka te masovnih medija (Mandarić, 2000).

Stanley Hall (1965; prema Ninčević, 2009), autor jednog od prvih radova o adolescenciji, istu opisuje kao „novi rast“ tijekom kojeg se događa potpuno obnavljanje aspekata ličnosti. Uzmemo li u obzir da pristup pozitivnog razvoja (o kojem će nadalje biti više riječi) prepoznaje upravo interakciju pojedinca i okoline kao ključnu za postizanje pozitivnih razvojnih ishoda, gdje je početna pretpostavka da je bilo koja (i svaka) mlada osoba sposobna za uspješan i zdrav razvoj, dobiva se dojam da je uz holistički, sveobuhvatni pristup, takve ishode moguće osigurati svakoj mladoj osobi.

2. Pristup pozitivnog razvoja

Promjena paradigme u razvoju mladih obilježila je devedesete godine prošlog stoljeća – razdoblje adolescencije kao „bure i oluje“ (ali i cjeloživotnog razvoja) te pogled na mlade kao „one u riziku“, postupno se mijenjao. Javlja se interes usmjeren na jake strane mladih, relativnu plastičnost ljudskog razvoja (sposobnost organizma da se mijenja u odnosu na različite uvjete) te koncept otpornosti – što je sve potaknulo razvoj novog pristupa, pozitivnog razvoja mladih, eng. *Positive Youth Development* (PYD) (Benson i sur., 2006). Zagovornici pozitivnog razvoja mladih u svom holističkom pristupu vjeruju da je pozitivan razvoj više od same neprisutnosti problematičnog ponašanja te umjesto intervencija samo kada su mladi „u riziku“, kao cilj vide promicanje optimalnog razvoja svih mladih kroz poticanje njihovih vještina, interesa i sposobnosti. Ovim pristupom se naglašavaju manifestirani potencijali, a ne pretpostavljene nesposobnosti mladih - uključujući mlade u nepovoljnom položaju i s već izraženim problemima u prošlosti (Damon, 2004).

Pojam „pozitivan razvoj“ se u istraživanju i praksi može razumjeti na tri različita načina (Lerner i sur., 2005): (1) prirodni razvojni proces – odnosi se na interakcije između vještina, interesa i sposobnosti mladih i okruženja koje promovira pozitivan razvoj; (2) pristup u filozofiji – svi mladi imaju mogućnost i pravo napredovati te u tom kontekstu naglašavaju nužnost aktivne potpore mladima od strane pojedinca, organizacija, institucija te zajednice u cjelini; (3) implicirani programi za mlade – realizacija tj. ostvarivanje teorije u praksi putem programa, organizacija i inicijativa kojima se podupire pozitivni razvoj mladih. Također, u kontekstu pozitivnog razvoja mladih kao holističkog pristupa usmjerenog na snage pojedinca, vrijedne su različite konceptualizacije istog (npr. pristup razvojnih prednosti, pristup otpornosti; Novak i sur., 2019), no one neće biti izravno zastupljene u ovom radu. Istraživači koji su revidirali pristup pozitivnog razvoja utvrdili su zajedničkih šest načela pozitivnog razvoja (Benson i sur., 2006): 1) svaki pojedinac ima urođeni kapacitet za razvoj; 2) putanje pozitivnog razvoja moguće su kada okruženje, odnosi i konteksti njeguju razvoj mladih; 3) promoviranje pozitivnog razvoja dodatno je omogućeno kada mladi sudjeluju u višestrukim, nutritivnim odnosima, kontekstima i okruženjima; 4) svi mladi imaju koristi od ovih odnosa, konteksta i ekologije, a podrška, osnaživanje i angažman važnija su razvojna dobra od generalizacija po rasnoj, nacionalnoj, rodnoj i obiteljskoj pozadini; 5) zajednica je ključna stavka za osiguravanje pozitivnog razvoja; 6) mladi su glavni akteri vlastitog razvoja te glavni resursi za stvaranje dobrih odnosa, konteksta, okruženja i zajednica unutar kojih je moguć pozitivan razvoj.

Pristup pozitivnog razvoja sveobuhvatno povezuje razne ekološke sustave unutar kojih se mladima osigurava prilika za stjecanje iskustava potrebnih za rast i razvoj koristeći pritom vlastite potencijale (Benson i sur., 2006). Na pozitivne ishode razvoja može se utjecati njegujući unutarnje (npr. vještine i kompetencije mlade osobe) i vanjske prednosti (npr. podrška, očekivanja i granice od strane odraslih) u okolini mladog pojedinca (npr. okolina i dostupne institucije) (Wiium i sur., 2019). Ovaj pristup kroz „5C's model“ ističe važnost promicanja pet psiholoških, bihevioralnih i društvenih karakteristika mladih koje su ujedno i indikatori pozitivnog razvoja te dobre prilagodbe na okruženje (Lerner i sur., 2004, 2005; prema Novak i sur. 2019):

1. kompetencije (eng. *competence*) – pozitivna razmišljanja te razvijanje raznih kompetencija u društvenom, akademskom, kognitivnom, zdravstvenom i profesionalnom području. Razvijene socijalne kompetencije odnose se na međuljudske vještine kao što su komunikacijske vještine i vještine rješavanja sukoba. Akademska kompetentnost očituje se u školskom uspjehu, ocjenama, pohađanju nastave i rezultatima postignutim na različitim testiranjima. Također dolazi do razvoja kognitivnih sposobnosti odlučivanja. Zdravstvene kompetencije obuhvaćaju razvoj korištenja i planiranja prehrane, tjelovježbe i odmora. Odabir karijere i stvaranje radnih navika odlika su profesionalnih kompetencija.
2. samosvijest (eng. *confidence*) – osjećaj pozitivne samosvjesnosti i samoeфикаsnosti, osjećaj ukupne vlastite vrijednosti te pozitivnog identiteta prema samom sebi;
3. karakter (eng. *character*) – poštivanje društvenih i kulturnih normi, posjedovanje standarda za ispravno i moralno ponašanje, osjećaj za loše i dobro, moralnost te integritet;
4. povezanost s drugima (eng. *connection*) – njegovanje pozitivnih veza i odnosa s ljudima i institucijama;
5. brižnost (eng. *caring*) – razvijanje osjećaja simpatije i empatije prema drugima.

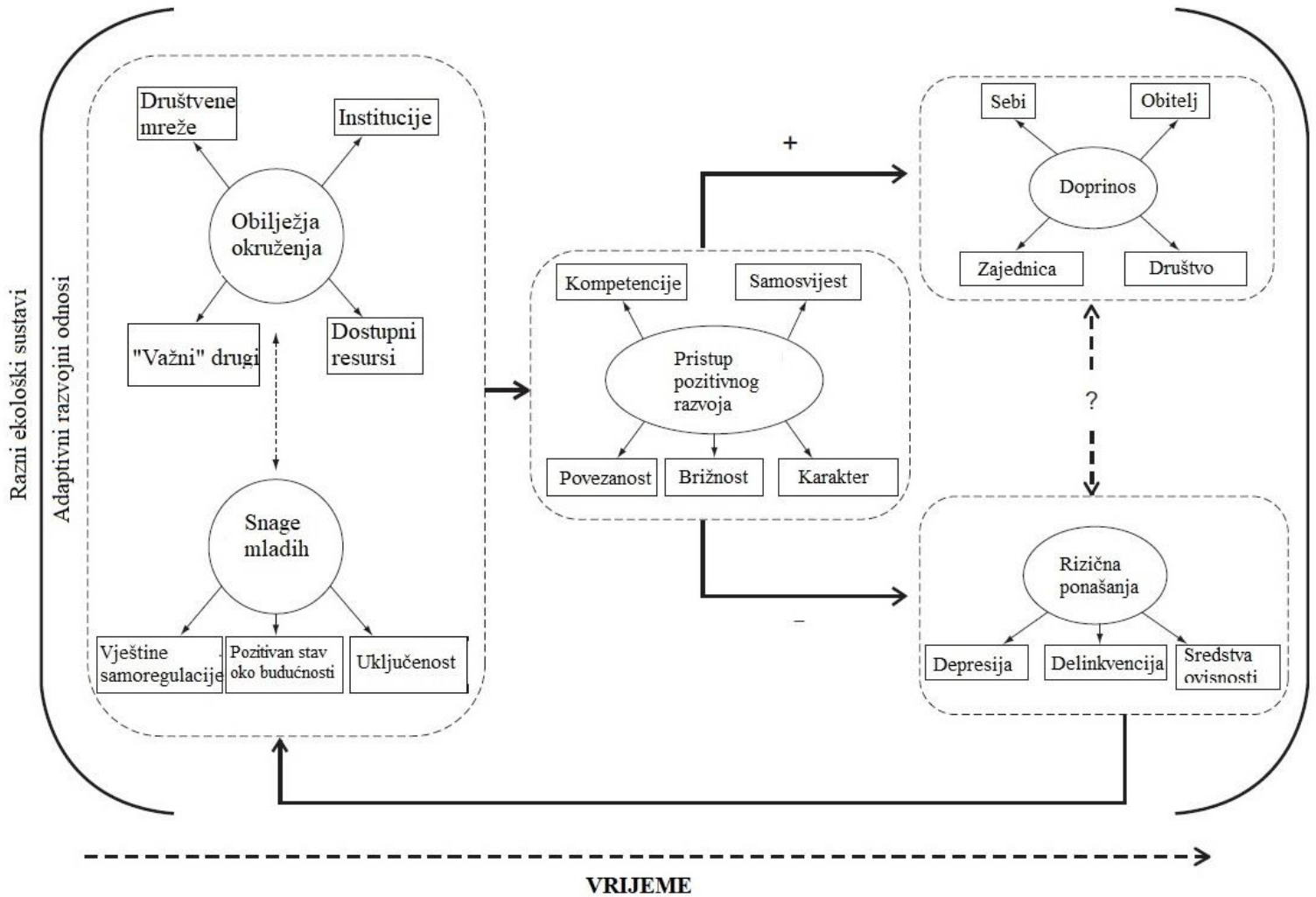
U brojnim istraživanjima se kroz godine proučavalo manifestiranje navedenih pet indikatora u razvoju adolescenata te je primijećeno da njihova visoka razvijenost dovodi do razvoja još jednog, šestog indikatora - doprinos mladih, eng. *contribution*. Navedeni model pretpostavlja da pozitivan razvoj adolescenta povećava vjerojatnost njegova ostvarivanja doprinoseći samom sebi i široj zajednici kroz djelovanja na građanskoj, političkoj, religijskoj i društvenoj razini (Lerner i sur., 2009). Znanost o razvoju pokušava opisati, objasniti i optimizirati intraindividualnu promjenu i interindividualne razlike u intraindividualnoj promjeni kroz

životni vijek (Baltes, i sur., 1977, prema Lerner i sur., 2011). Proces ljudskog razvoja obuhvaća međusobno utjecajne relacije između pojedinca u razvoju i mnogostrukih razina njegova promjenjiva okruženja. Dvosmjerne relacije u literaturi se prikazuju kao individua ↔ kontekst i one reguliraju tijek razvoja (npr. ritam, smjer i ishode). Kada su razvojne relacije mladi pojedinac ↔ kontekst od koristi i za samog pojedinca i za njegovo okruženje, onda se one smatraju adaptivnima (Brandtstädter, 1998, 1999; prema Lerner i sur., 2011).

Uzevši u obzir sve navedeno, veliki broj promjena (kako u samom pojedincu, tako i u njegovom okruženju) karakterizira razdoblje adolescencije, a upravo plastičnost ljudskog razvoja predstavlja potencijal za promjenu, temelj ljudskog razvoja. Pristup pozitivnog razvoja i opisani procesi, izričito se oslanjaju na individua ↔ kontekst relacijske razvojne sustave kao svoj temelj. Ako se potiču adaptivne relacije između mladih u razvoju i obilježja njihova konteksta (npr. pozitivno funkcioniranje u obitelji, školi, među vršnjacima i u zajednici; poticajno ozračje u istima), onda raste vjerojatnost da će mladi napredovati ka uspješnim razvojnim ishodima. U pristupu pozitivnog razvoja naglašavaju se individualne i okolinske relacije koje promoviraju uspješnost mladih, ili pak imaju prevenirajući učinak za razvoj rizičnih i problematičnih ponašanja. Uspješni razvojni ishodi/uspješnost mladih može se opisati kao razvoj i njegovanje već spomenutih „*Pet C karakteristika*“ – kompetencije, samosvijesti, karaktera, povezanosti s drugima i brižnosti; posljedično i u samom doprinosu mladih. Imajući na umu obilježja adolescencije i obilježja pristupa pozitivnog razvoja, dolazimo do pretpostavke da snage mladih (npr. kognitivna, emocionalna i ponašajna uključenost u školskom okruženju, pozitivan odnos prema budućnosti, vještine samoregulacije) mogu (i trebaju) biti usklađene s resursima za pozitivan razvoj u okruženju mlade osobe – obitelji, školi, zajednici; te da se na taj način optimizira zdrav, pozitivan razvoj mladih. Ako pozitivan razvoj počiva na obostrano korisnim odnosima između adolescenta i njegove okoline, onda je uspješna mladež manje sklona sudjelovati u rizičnim i problematičnim ponašanjima, već bi djelovala na takav način kojim poboljšava, odnosno kojim doprinosi svom svijetu (sebi, obitelji, zajednici i društvu uopće).

Slika 1

Sistem razvojnih relacija individua - kontekst uključen u pristup pozitivnog razvoja (Lerner i sur., 2005)



Slika 1 također ilustrira da adaptivni razvojni procesi, njihovi pozitivni i problematični ishodi postoje unutar šireg konteksta te da je ljudski razvoj uronjen u veći broj okolinskih sustava – s kojim je u interakciji. To okruženje uključuje kulturne i, također, povijesne (vremenske) varijacije, te na taj način uvodi promjene na svim razinama unutar razvojnog sustava.

3. Mentalno zdravlje

Ljudsko pravo svakog pojedinca na mentalno zdravlje prvi put je definirano od strane Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) 1946. godine, kada je istaknuto da je pravo svakog pojedinca na najviši standard zdravlja jedno od temeljnih ljudskih prava (Antolić i Novak, 2016). Upravo SZO mentalno zdravlje definira kao “stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi svojoj zajednici” (Svjetska zdravstvena organizacija [SZO], 2004). Stanje dobrobiti obuhvaća aspekte optimalnog emocionalnog, psihološkog i socijalnog funkcioniranja – dakle, ugodne osjećaje, pozitivne stavove i odgovornosti prema sebi i drugima, uspješnu integraciju u društvo, samoaktualizaciju; (Galderisi i sur., 2017); u svakom slučaju, mentalno zdravlje je puno kompleksnije od samog odsustva bolesti (SZO, 2014). Važno je naglasiti da je definiranje mentalnog zdravlja jednim dijelom indirektno predodređeno kulturom koja ga definira – dakle, čak i samo definiranje koncepta pod utjecajem je kulture, okoline, društva. Novije definicije mentalnog zdravlja kod istog ističu dinamičnost unutarnje ravnoteže koja pojedincu omogućuje korištenje vlastitih sposobnosti upravo u skladu s univerzalnim vrijednostima društva (Galderisi i sur., 2017). Mentalno zdravlje (Backović, 1998; prema Pongračić 2019) obuhvaća sposobnost uspostave harmoničnih odnosa s drugima i realizacije vlastitih potencijala, subjektivni osjećaj blagostanja, samoeфикаsnost, nezavisnost, kompetencije, doprinos zajednici; i to upravo u kontekstu društva u kojem pojedinac živi.

Kako je već navedeno, razdoblje adolescencije je ispunjeno brojnim promjenama i zahtjevima – razdoblje je to tjelesnog i psihičkog sazrijevanja, oblikovanja osobnosti, emocionalnog osamostaljenja, uspostavljanja odnosa s drugima, otkrivanja spolnog identiteta i sl. (Berk, 2008), a istovremeno predstavlja važno razdoblje za razvoj pozitivnog mentalnog zdravlja mladih (Moksnes, Johansen-Reidunsdatte, 2019; prema Pongračić, 2021). Upravo pozitivno mentalno zdravlje prepoznato je kao važan indikator sadašnjeg i budućeg zdravlja mladih (McKay i Andretta, 2017; prema Pongračić, 2021). Mentalno zdravlje djece i adolescenata pod utjecajem je svakodnevnih iskustava i u interakciji s okolinom te na njega utječu mnogi biološki, psihološki i socijalni čimbenici. Prema bio-psiho-socijalnom modelu, etiologiju problema mentalnog zdravlja može se objasniti multifaktoralno - prema tome, na nastanak problema mentalnog zdravlja kod djece i mladih utječe interakcija raznih bioloških, psiholoških i socijalnih rizičnih čimbenika; dok očuvanju mentalnog zdravlja i razvoju pozitivnog mentalnog zdravlja pridonose zaštitni čimbenici (Ledinski i sur., 2017).

Pozitivno mentalno zdravlje nije jednostavno definirati, kao ni probleme mentalnog zdravlja djece i mladih. Tradicionalna podjela problema na internalizirane i eksternalizirane probleme potječe od Achenbacha (Novak i Bašić, 2008), a eksternalizirani problemi opisani su kao oni nedovoljno kontroliranog ponašanja, dok internalizirani problemi obuhvaćaju poremećaje pretjerano kontroliranog ponašanja. Koller-Trbović i Žižak (2011) kod definiranja problema u ponašanju ističu važnost kontinuuma problema te tako razlikuje one blaže, pretežito internalizirane smetnje kojima pojedinac nanosi štetu prvenstveno sebi i one opasnije, ozbiljne smetnje koje su, osim za samog pojedinca, ugrožavajuće i za njegovu okolinu te društvo u cjelini. Ponašanja koja se pretjerano kontroliraju i koja su usmjerena prema sebi, Bouillet i Uzelac (2007) prepoznaju kao internalizirane poremećaje ili pretežno pasivne poremećaje; a Lebedina Manzoni ističe da se kod ovakvog oblika poremećaja u ponašanju najviše štetnosti stvori samom pojedincu, odnosno djetetu ili mladoj osobi koja se s istim nosi. Internalizirani problemi pokrivaju široki spektar ponašanja i osjećanja. Tako Novak i Bašić (2008) kao tri najčešća oblika internaliziranih problema navode simptome anksioznosti, depresivnosti i suicidalnosti. Osim toga, eksternalizirani i internalizirani problemi međusobno su povezani te jedni druge ne isključuju što pridonosi kompleksnosti problematike, kao i reagiranju na iste. Neprepoznati problemi i izostanak reakcije na njih negativno utječe na razvoj djeteta i njegov potencijal ka pozitivnim razvojnim ishodima. Zbog zahtjevnosti adolescencije kao razdoblja ispunjenog promjenama, upravo u procesu sazrijevanja nerijetko dolazi do pojave simptoma anksioznosti, depresije te nedostatka životnog zadovoljstva. U skladu s time, Achenbach i Edelbrock (1978; prema Novak i Bašić, 2008) prepoznaju adolescenciju kao razdoblje u kojem se javljaju brojni rizici za razvoj internaliziranih problema. Uz to je važno napomenuti kako se većina internaliziranih poremećaja dijagnosticira upravo u razdoblju adolescencije te da su simptomi relativno stabilni od djetinjstva do odrasle dobi.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije od 3% do 12% mlađe populacije ima ozbiljan psihički poremećaj te 20% mladih u dobi do 18 godine iskazuje neke razvojne, emocionalne probleme ili probleme u ponašanju, dok se oko 50% psihijatrijskih bolesti razvije upravo tijekom razdoblja adolescencije (Ricković i Ladika, 2021). Istraživanja pokazuju da oko polovine problema mentalnog zdravlja započne do srednje adolescencije, dok je 75% problema mentalnog zdravlja odraslih započelo prije 24. godine (Kessler i sur., 2007, Jones, 2013; prema Novak i sur., 2022). Izvještaj UNICEF-a (Keeley, 2021) iz 2021. godine također daje uvid u zastupljenost problema mentalnog zdravlja djece i mladih:

- Prevalencija mentalnih poremećaja za dječake i djevojčice u Europi u dobi od 10 do 19 godina iznosi 16,3%, dok je globalna brojka za istu dobnu skupinu 13,2%.
- 9 milijuna adolescenata u dobi od 10 do 19 godina u Europi živi s mentalnim poremećajem.
- U 2019. godini anksioznost i depresija činili su 55% mentalnih poremećaja među adolescentima u dobi od 10 do 19 godina u Europi.

Imajući na umu sve veću zastupljenost problema mentalnog zdravlja u svim dobnim skupinama – tako i u razdoblju djetinjstva i adolescencije, prevencija problema i promocija pozitivnog razvoja postaju nužni prioriteti za pojedinca i društvo. Brojna istraživanja pokazala su povezanost prethodno opisanog 5C modela pozitivnog razvoja sa pozitivnim razvojnim ishodima. Svakako treba istaknuti Lerner i Lerner (2013) longitudinalno istraživanje „4H studija pozitivnog razvoja“ mladih kojim su kod adolescenata koji su sudjelovali u programu pozitivnog razvoja, uočene više razine samoreguliranja, doprinos društvu te bolji akademski uspjeh. Empirijski podaci konzistentno pokazuju na pozitivnu povezanost koncepata 5C pozitivnog pristupa razvoja s adolescentovim doprinosom sebi, obitelji i društvu, kao i negativnu povezanost s rizičnim ponašanjem i emocionalnim teškoćama. U nastavku rada će biti prikazani upravo rezultati nekih od brojnih istraživanja relevantnih za temu mentalnog zdravlja i pristupa pozitivnog razvoja.

4. Odnos pozitivnog razvoja i mentalnog zdravlja adolescenata

Kozina i sur. (2021) su istraživali preventivne učinke 5C modela za probleme anksioznosti kod adolescenata u Portugalu, Sloveniji i Španjolskoj. U sva tri okruženja primijenjena je Geldhofova skala pozitivnog razvoja uz različite instrumentarije za procjenu anksioznosti. Rezultati pokazuju značajnu povezanost 5C modela pozitivnog razvoja s problemima anksioznosti u svim okruženjima i riječ je o negativnoj povezanosti (što je u skladu s pretpostavkom da 5C utječe na pozitivne ishode i smanjene ponašajne i emocionalne poteškoće). Međutim, istraživanje je pokazalo i razlike ovisno o okruženjima i konceptima. Na primjer, kod adolescenata u Sloveniji i Španjolskoj, osim negativne povezanosti „općeg PYD faktora“ i ukupne iskazane anksioznosti, uočeno je i sljedeće: samosvijest i povezanost s drugima su značajno i negativno povezani s anksioznošću (što su mladi samosvjesniji i povezaniji, to je manje iskazane anksioznosti); no, brižnost je s anksioznošću značajno pozitivno povezana – što su mladi brižniji, to je viša iskazana anksioznost. Tako su Kozina i sur. (2021) ovim istraživanjem, između ostalog, istaknuli da odnos među 5C modela i anksioznosti ovisi o kontekstu, kao i da je važno što se istražuje (utjecaj općeg PYD faktora ili zasebnih komponenata 5C modela).

Gomez i sur. (2022) su istraživali odnos između 5C modela pozitivnog razvoja i depresije kod studenata u Hrvatskoj i Španjolskoj, kao i spolne razlike u istom. Najčešći uočeni simptomi depresivnosti su: nedostatak energije, problemi spavanja i promjene apetita. Posebno zabrinjavajući je podatak da je više od 18% mladih razmišljalo o suicidu najmanje nekoliko puta tjedno. Studenti su izražavali veće razine kompetencije i samosvijesti, dok su kod studentica zamijećene veće razine povezanosti s drugima, brižnosti i karaktera, općeg PYD faktora – ali i više simptoma depresivnosti. Rezultati ukazuju na značajnu negativnu korelaciju kompetencije, samosvijesti, povezanosti s drugima i karaktera s depresijom. Mladi koji su zadovoljni svojim sposobnostima i ponašanjem, koji smatraju da se mogu nositi sa svakodnevnim izazovima i koji očekuju pozitivna iskustva u budućnosti su u manjem riziku od razvoja simptoma depresivnosti. Povezanost s drugima ne označava samo socijalnu mrežu podrške, već i osjećaj viđenosti i prihvaćenosti od strane drugih. Iako se u brojnim istraživanjima empatija ističe kao zaštitni čimbenik za mentalno zdravlje mladih (Rieffe i De Rooij, 2012; prema Gomez i sur. 2022), kod Gomeza i sur. (2022) brižnost je u pozitivnoj korelaciji s depresijom. Povećana senzibiliziranost za emocije drugih kod mladih koji nemaju dovoljno razvijenu samoregulaciju emocija i sustav podrške, može povećati ranjivost istih za probleme mentalnog zdravlja (Zahn-Waxler i Van Hulle, 2011; prema Gomez i sur. 2022). Visoka razina izražene brižnosti kod mladih općenito se objašnjava time što mladi postaju sve

svjesniji i obazriviji prema emocijama drugih, naročito onih do kojih im je stalo (Allemand i sur., 2015; Silke i sur. 2018; prema Gomez i sur. 2022). Također, mladi razvijaju idealistične ideje i senzibiliziranost za primijećenu nepravdu, što bi se također moglo odraziti na razinu izražene brižnosti (Bondü i Elsner, 2015; prema Gomez i sur. 2022). Viša razina brižnosti kod djevojaka nego kod mladića objašnjava se socijalizacijom djevojaka koja je uvelike usmjerena ka uključivanju u i održavanju bliskih odnosa, brigom za druge i pomažućim ponašanjem; što sve dovodi i do toga da djevojke izražavaju više empatije, prosocijalnog ponašanja ali i potrebu za bližim odnosima s bitnim drugima iz svog okruženja.

Nadalje, u istraživanju provedenom u Norveškoj, autori Holsen i sur. (2016) uvidjeli su da su koncepti 5C modela pozitivnog razvoja u pozitivnoj korelaciji sa zadovoljstvom životom i osnaživanjem, a u negativnoj korelaciji sa simptomima anksioznosti. No, i u ovom se istraživanju utvrdilo da je brižnost u pozitivnoj korelaciji sa simptomima depresivnosti i anksioznosti. Takvi rezultati pokazali su se i u američkom okruženju (Geldhof i sur., 2014; prema Holsen i sur., 2016), a autori navode da brižnost u tom kontekstu obuhvaća emocionalnu hiperosjetljivost, brižnost koja proizvodi anksioznost/brigu oko i za misli i osjećaje drugih.

5. Suicidalnost

Suicid ili samoubojstvo je svjesno i namjerno oduzimanje vlastitog života (Boričević Maršanić i sur., 2021). Sama riječ suicid dolazi od latinske riječi *sui* – sebe, *cide* ili *cidium* – ubijanje, ubojstvo. Različite su definicije suicida i perspektive iz kojih se ono promatra (psihijatrijska, sociološka, religijska i sl.). Stengel (prema Drakulić – Mindoljević, 2013) suicidom opisuje svako samouništavajuće ponašanje koje je povezano s idejom smrti i smrću završi; suicid je opisan kao dobrovoljno i namjerno samouništenje, odnosno svojevuljan čin, željen i svjesno odlučan, namjeran i planiran koji dovodi do vlastitog usmrćenja (Stanić, 1999.). Ono što definicije suicida uključuju jesu smrt, namjera i činjenje osobe same ili samoj sebi (Kozarić-Kovačić i Jendričko, 2004). No, fenomen suicida svesti na jednu definiciju nikako ne odražava i kompleksnost ovog fenomena, niti je isti jednoznačno definiran. Portes i sur. (2002) opisuju suicid kao pojavu koja je rezultat interakcije brojnih čimbenika (npr. stres, kognitivna nezrelost, manjak emocionalne povezanosti s drugim osobama, smanjena sposobnost nošenja s problemima). Suicidalno ponašanje može imati različita značenja i pokrivati širok spektar motiva. Može biti izražaj poziva u pomoć, samokažnjavanje iz osjećaja krivnje ili želja za kažnjavanjem i izazivanjem krivnje kod drugih. Također, može biti pokušaj bijega od teške stvarnosti ili oslobađanja od napetosti, ucjena okoline, iskušavanje sudbine ili izraz doživljaja besmislenosti života. U nekim slučajevima, suicidalno ponašanje može biti izraz altruizma. (Jakovljević, 1986; prema Pupovac, 2017). Iako brojna, literatura o suicidalnosti je različita, ponekad i proturječna, što otežava unificiranost definicije i procjenu rizika od suicidalnosti. Međutim, rasprostranjen mit o nemogućnosti prevencije suicida u kontrastu je s literaturom koja pridonosi boljem razumijevanju suicida i uz njega vezanih stanja i pojava, stoga je važno razumjeti i osnovne pojmove suicidalnosti.

Skup ponašanja kojima osoba ugrožava svoj život s ciljem da počini samoubojstvo – uključujući rizična ponašanja, razmišljanja o suicidu, pokušaje suicida te konačno izvršenje suicida – opisuje suicidalnost (Begić, 2014; prema Kober Vrbat, 2022). Osim samog (izvršenog) suicida, važno je imati na umu i druge osnovne pojmove kod ove problematike: suicidalnost, suicidalne misli, suicidalne prijetnje, suicidalni plan, pokušaj suicida, izvršeni suicid (Boričević Maršanić i sur., 2021); a O'Carroll i sur. (1996; prema Kober Vrbat, 2022) klasificiraju suicidalna ponašanja u nekoliko kategorija:

1. samoubojstvo = smrt za koju postoje dokazi da ju je osoba sama uzrokovala

2. pokušaj samoubojstva = autoagresivno ponašanje bez smrtnog ishoda; izostaje smrtni ishod, ali postoje dokazi da je osoba imala namjeru činom posredno ili neposredno dovesti do vlastite smrti
3. prekinuti pokušaj samoubojstva = autoagresivno ponašanje za koje postoje dokazi da je učinjeno s ciljem vlastite smrti, ali je prekinuto prije tjelesnog oštećenja
4. suicidalne ideacije (promišljanja o suicidu) = ozbiljna razmišljanja o samoubojstvu, detaljno razrađeni planovi; i nejasne misli o suicidu
5. suicidalna namjera = očekivanje da autodestruktivno ponašanje rezultira vlastitom smrću; subjektivno očekivanje i želja da svojevoljni autodestruktivni čin dovede do vlastite smrti
6. smrtnost suicidalnog ponašanja (letalnost suicidalnog ponašanja) = objektivna opasnost za vlastiti život povezana s metodom izbora, odnosno koliko je smrtno i opasno ponašanje odabrano za počinjenje samoubojstva; objektivna smrtnost različita je od očekivanja pojedinca o ishodu, odnosno o njegovim spoznajama o tome koji je način medicinski opasan za život
7. namjerno samoozljeđivanje = svjesno nanošenje boli i ozljeda sebi bez namjere da dovede do smrtnog ishoda
8. prijetnja suicidom = svaka međusobna interakcija koja se može protumačiti kao ukazivanje na suicidalna ponašanja
9. plan samoubojstva = smišljen slijed ponašanja koja mogu rezultirati vlastitim smrtnim ishodom
10. samoozljeđivanje = vlastito ponašanje koje pojedinac čini s ciljem ozljeđivanja, ali bez namjere smrtnog ishoda
11. neodređeno ponašanje povezano sa suicidom.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (2021), u 2019. godini 700 000 ljudi je umrlo suicidom, što čini veći broj smrti no onih uzrokovanih npr. malarijom, rakom dojki ili ratom. Također, za svako samoubojstvo se pretpostavlja da je još 20 pokušanih samoubojstava (SZO, 2014), što čini stanje još ozbiljnijim. Adolescenti i mladi su izrazito ranjivi – SZO navodi samoubojstvo kao četvrti vodeći uzrok smrti u dobi od 15 do 29 godina; a više od 50% svih samoubojstava (na svjetskoj razini) počinjeni su prije napunjene 50. godine života (SZO, 2014). Podaci UNICEF-a (Keeley, 2021) govore da je u Europi samoubojstvo drugi najčešći uzrok smrti među adolescentima u dobi od 15 do 19 godina. Tragično, gotovo 1.200 djece i

adolescenata u dobi od 10 do 19 godina svake godine završi vlastiti život te se procjenjuje da su u Europi tri života dnevno izgubljena zbog samoubojstva.

Počinjani suicidi jedan su od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj. Tijekom godina bilježe se oscilacije u broju počinjenih suicida, kao i u njihovu broju prema broju stanovnika (stopu suicida označavamo kao broj počinjenih samoubojstava na 100.000 stanovnika godišnje). Podaci objavljeni od strane Hrvatskog javnog zdravstva (2022, 2021, 2020) pokazuju kako za dob do 14 godina stopa suicida ne prelazi 1, dok stopa značajno raste u dobnoj skupini od 15 do 19 godina te ona oscilira: u 2019. godini u toj dobnoj skupini iznosila je 5.0; u 2020. godini 7,1; a u 2021. godini stopa je iznosila 5.3 na 100 000. Na stranicama Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske moguće je naći podatke o izvršenim suicidima i pokušajima suicida među maloljetnicima u Republici Hrvatskoj (2022, 2021, 2020). Kako je jedan od najvažnijih čimbenika rizika za suicid upravo prethodni pokušaj suicida, radi jednostavnijeg prikaza podataka, bit će prikazani podaci o pokušajima suicida: u 2022. godini zabilježeno je 86 pokušaja suicida kod maloljetnika, u 2021. godini 70 pokušaja, u 2020. godini 62 pokušaja suicida, a u 2019. godini 42 pokušaja suicida (važno je istaknuti da je za sva razdoblja u kategoriji dobi od 19 do 25 godina zabilježeno još oko 100 pokušaja suicida).

Jednom upoznati s podacima o epidemiologiji suicida u svijetu, kod stručnjaka i šire javnosti postavlja se pitanje „zašto?“ Brojne su teorije koje pokušavaju objasniti mehanizme koji dovode do problema mentalnog zdravlja, konkretno do pojave suicidalnosti. Neke od njih - Beckova kognitivna teorija (Beck, 2007), teorija beznadnosti (Beck i sur., 1974) te Joinerova interpersonalna teorija samoubojstva (Joiner, 2005; Van Orden i sur., 2010) – ukratko će biti prikazane u nastavku.

Shneidman (1993; prema Medanić, 2019) je u teoriji psihološke boli odredio deset općih, odnosno zajedničkih čimbenika samoubojstva: pokušaj traženja rješenja, prekid svijesti, neizdrživa psihološka bol, onemogućene psihološke potrebe, beznade i bespomoćnost, ambivalentnost prema životu i smrti, ograničenje mogućih alternativa, bijeg od života, komunikacija namjere i disfunkcionalni obrasci suočavanja s teškoćama tijekom cijelog života. Polazište teorije je u postojanju dviju vrsta potreba: primarnih (bioloških) i sekundarnih (psiholoških). Jednom kada osnovne psihološke potrebe kao što su ljubav i pripadanje, osjećaj kontrole, pozitivna slika o sebi, značajni odnosi nisu zadovoljene; neuspjeh, odbacivanje i gubitak dovode do razvoja psihološke boli. Psihološka bol je intenzivna i nepodnošljiva bol, a osoba koja počinu samoubojstvo traži olakšanje za svoju bol kada ne nalazi druga rješenja.

Kognitivni modeli pri objašnjenju depresije ključnim za nastanak depresivnih osjećaja pretpostavljaju negativno mišljenje. Suicidalnost je viđena kao pokušaj bijega od sebe i negativne slike o sebi, a osoba samoubojstvom rješava neugodnu svjesnost o sebi (Kober Vrbat, 2022). Prema Becku (2007), sve depresivne pojedince karakterizira kognitivna trijada, odnosno, prisutnost određenih kognitivnih iskrivljenja (distorzija). Ta trijada obuhvaća (negativne) misli prema sebi (npr. uzrok svih svojih neuspjeha pripisuju osobnoj neadekvatnosti, uvjereni su da ne posjeduju kvalitete potrebne za postizanje sreće), prema drugima i svijetu oko sebe (npr. skloni su misliti da okolina pred njih postavlja prepreke koje nije moguće nadići) te prema budućnosti (npr. beznade oko budućnosti, nedostatnost njihovih napora za promjenu nezadovoljavajućeg tijeka svojeg života). Upravo zbog disfunkcionalnog načina kognitivnog djelovanja, kod takvih pojedinaca se u različitim svakodnevnim životnim situacijama aktiviraju negativne kognitivne sheme koje dovode i do neadekvatnih emocionalnih i bihevioralnih reakcija (Beck, 2007). Tako isti autori primjećuju sljedeće: sklonost usmjeravanju samo na negativne znakove te zaključivanje na temelju istih o nepoželjnosti u društvu, bezvrijednosti; visoka samokritičnost, negativna očekivanja, negativan pogled na prošla iskustva; definiranje vlastite vrijednosti prema tuđim procjenama – pri tom, visoki standardi, viđenje sebe kao neuspješnog/nekompetentnog; perfekcionizam. Dakle, Beckova kognitivna teorija prepoznaje mehanizam interpretacije kao onaj ključan: negativan način viđenja situacije odnosno, interpretacije situacija rezultiraju beznadom, bespomoćnošću, depresijom, i posljedično pokušajem suicida.

Važan prediktor suicida je osjećaj beznadnosti koji je uveden u proširenje Beckove kognitivne teorije depresivnosti u teoriju beznadnosti (Beck i sur. 1974; prema Medanić, 2019). Osjećaj beznadnosti kod pojedinca javlja se zbog postojanja lančano povezanih čimbenika koji se također, temelje na subjektivnoj interpretaciji. On započinje percipiranom učestalošću pojavljivanja negativnih životnih događaja ili pak percipiranim izostankom pozitivnih događaja. Ti negativni životni događaji djeluju kao "okidači", i jednom suočeni s njima, ljudi dolaze do tri vrste zaključaka koji utječu na javljanje osjećaja beznadnosti (Abramson i sur., 1989, prema Kirša, 2015). To su zaključci o tome zašto se događaj zbio (tendencija da negativne događaje objasne stabilnim i globalnim uzrocima, često pripisanim nedostacima vlastite ličnosti), zaključci o posljedicama događaja (katastrofiziranje) te o vlastitim karakteristikama u kontekstu tog događaja (osjećaj neadekvatnosti i nekompetentnosti). Osoba je dojma da situaciju nije moguće promijeniti i da nema rješenja te stoga razmišlja na način da ne očekuje povoljan i poželjan ishod (Begić, 2013). Takve kognitivne disfunkcije utječu na osjećaj

beznadnosti, koji dovodi do depresije a sve to povećava rizik pojave suicidalnih misli i ponašanja te samoozljeđivanja (Abramson 1989; prema Kirša, 2015).

Interpersonalna teorija samoubojstva (Joiner, 2005) ključnima prepoznaje to da osoba želi umrijeti ali i da je sposobna djelovati uslijed te želje (Joiner, 2005; Van Orden i sur., 2010). Želja za umiranjem proizlazi iz dva jasna interpersonalna stanja, točnije iz osjećaja nepripadanja (socijalna izolacija; otuđenost/alijenacija) i iz osjećaja da je osoba teret drugima (primijećena suvišnost). Osjećaj nepripadanja znači i nezadovoljenje jedne od temeljnih ljudskih potreba te je upravo taj osjećaj jedan od najsnažnijih i najpouzdanijih prediktora pojave suicidalnih misli, suicidalnih pokušaja i suicidalnog ponašanja kroz cijeli život (Van Orden i sur., 2010). Percipirana suvišnost sastoji se od dvije dimenzije: vjerovanja da je osoba na teret ljudima oko sebe i osjećaja mržnje prema samom sebi. Oba stanja variraju te vode osobu do uvjerenja da je njihova smrt vrijedna drugima i tako utječu na pojačana razmišljanja o samoubojstvu. Da bi do istoga došlo, Joiner (2005) govori i o stečenoj sposobnosti za samoubojstvo, odnosno pojedinac se ponavljano izlaže proživljavanju boli (često namjerno nanoseći bol samome sebi) te tako stječe neustrašivost u odnosu na bol, ozljedu i smrt.

Teorije suicidalnosti su brojne, a u suvremenim istraživanjima etiologije najvećim se dijelom oslanja na bio-psiho-socijalni model pri objašnjavanju nastanka i razvoja suicidalnosti (Kober Vrbat, 2022). Naglašavaju povezanost bioloških, psiholoških i socijalnih (okolinskih) čimbenika suicidalnosti. Kod djece i mladih u obzir se uzima biološka podloga suicidalnosti, psihološki čimbenici kao što su crte ličnosti i mentalne poteškoće te socijalne čimbenike poput socijalne podrške – pritom naglašavaju njihovu interakciju i međuodnos. To znači da je za razumijevanje određenog stanja kod pojedinca potrebno uzeti u obzir samog pojedinca, ali i društveni kontekst u kojem pojedinac živi te njemu komplementarni sustav koji je određen društvom. Bio-psiho-socijalni model ne definira samo medicinska stanja bolesti, već naglašava i osobni doživljaj i osobnu patnju pojedinca.

Uzroci suicidalnog ponašanja nisu u potpunosti otkriveni, no zasigurno su rezultat složenog djelovanja različitih čimbenika. U literaturi se kao jedan od najčešće istraživanih čimbenika rizika za suicidalna ponašanja navodi prisutnost ranijeg psihijatrijskog poremećaja: Cavanagh i sur. (2003; prema Medanić, 2019) istraživanjem su došli do rezultata koji ukazuje da je 90% samoubojica imalo neki psihijatrijski poremećaj. Brojne su podjele rizičnih i zaštitnih čimbenika vezanih uz suicidalnost, a O'Connor i Knock (2014) ih dijele na osobne čimbenike (ličnost i individualne razlike, kognitivni čimbenici) i okolinske čimbenike (socijalni čimbenici, negativni životni događaji). Iz njihovog rada, sažet će se ključni konstrukti:

- ličnost i individualne razlike: beznadnost, impulzivnost, perfekcionizam, dimenzije ličnosti iz Petfaktorskog modela (neuroticizam, ekstraverzija, ugodnost, otvorenost iskustvu i savjesnost), optimizam i otpornost kao „kvalitetu koja omogućava pojedincu da prebrodi teškoće“
- kognitivni čimbenici: kognitivna rigidnost, ruminacija, potiskivanje misli (izbjegavanje), narušeno autobiografsko pamćenje, percipirana pripadnost i osjećaj opterećenja drugima tj. osjećaj da je drugima na teret („*belongingness*“ i „*burdensomeness*“), nedostatak straha od ozljeda i smrti, poteškoće u rješavanju problema i suočavanju, agitacija (stanje anksioznog uzbuđenja i dezinhibicije), implicitne asocijacije, oslabljena pažnja, razmišljanja o budućnosti i prilagođavanje ciljeva, razlozi za život („*reasons for living*“), percepcija poraza i uhvaćenosti u zamku („*entrapment*“)
- socijalni čimbenici: socijalna izoliranost i nedostatna socijalna mreža (O'Connor, 2003; Appleby i sur., 1999; Haw i Hawton, 2011; prema Medanić, 2019); obiteljska povijest samoubojstava (naročito kod majki; veći utjecaj kad su djeca mlađa) (Geulayov i sur., 2012, prema Medanić, 2019), medijsko izvještavanje o samoubojstvu ima utjecaj na stope samoubojstava (Pirkis i Nordentoft, 2011, prema Medanić, 2019)
- negativni životni događaji: nepovoljni događaji u djetinjstvu (npr. fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje; obiteljsko nasilje; bolest, razvod ili smrt jednog ili oba roditelja); traumatski životni događaji tijekom odrasle dobi (fizičko i seksualno zlostavljanje, gubitak voljene osobe, prirodne katastrofe i nesreće, izloženost ratu ili drugim vrstama nasilja); fizička bolest (npr. bolesti srca, kronična bol, respiratorni poremećaji); ostali međuljudski stresori (npr. romantični problemi, sukob sa zakonom, novčani gubitak, seksualna orijentacija, *bullying* i viktimizacija).

Američki Istraživački centar za prevenciju samoubojstva (Suicide Prevention Resource Center, 2014; prema Medanić, 2019) je sumirao rezultate novijih istraživanja čimbenika samoubojstava kod studenata i objedinio ih u listu rizičnih i zaštitnih čimbenika samoubojstava kod studenata. Kako su uzroci suicidalnog ponašanja raznoliki, mnogobrojni i isprepleteni, važno je identificirati što je više moguće “karakteristika ili svojstava pojedinca, grupe ili okruženja koji povećavaju mogućnosti određene bolesti ili s bolešću povezane fenomene“ (Kleramn, 1987 prema Mandić, 2019). U Tablici 1 prikazani su rizični čimbenici koje je važno razumjeti jer njihovom identifikacijom povećavamo mogućnost prevencije određenog fenomena, u ovom slučaju, suicida.

Tablica 1

Rizični čimbenici samoubojstva kod studenata (Suicide Prevention Resource Center, 2014; prema Mandić, 2019)

ponašajno - zdravstveni problemi/poremećaji	<ul style="list-style-type: none">• depresija• konzumacija i ovisnost o psihoaktivnim tvarima (alkohol i droge)• delinkvencija/problemi u ponašanju• problemi mentalnog zdravlja (npr. anksiozni poremećaji, poremećaji prehrane)• prethodni pokušaji samoubojstva• samoozljeđivanje (nesuicidalno)
individualne karakteristike	<ul style="list-style-type: none">• beznade• osjećaj usamljenosti• socijalna izolacija, alijenacija, osjećaj nepripadnosti• ljutnja, hostilnost• rizična ponašanja, impulzivnost• niska tolerancija na stres i frustraciju• nerazvijene vještine rješavanja problema i suočavanja• osjećaj za samog sebe da je „teret“ drugima (npr. obitelji ili prijateljima)
nepovoljne/stresne životne okolnosti	<ul style="list-style-type: none">• poteškoće u odnosima s drugima (npr. prekid romantičnog odnosa, partnersko nasilje)• problemi na akademskom ili radnom području• financijski problemi• fizičko, seksualno i/ili psihičko zlostavljanje (trenutno i/ili u prošlosti)• kronično medicinsko stanje (fizička bolest, tjelesne teškoće)• poremećaji spavanja
obiteljske karakteristike	<ul style="list-style-type: none">• prisutnost suicida ili suicidalnih ponašanja u obiteljskoj povijesti• problemi mentalnog zdravlja kod roditelja• nasilje u obitelji ili zlostavljanje (trenutno i/ili u prošlosti)• nestabilnost u obitelji, gubitak člana obitelji• izostanak roditeljske podrške
akademski i čimbenici u zajednici	<ul style="list-style-type: none">• nedostupnost efikasne zdravstvene skrbi i zaštite mentalnog zdravlja• stigmatizacija traženja pomoći• negativno društveno i emocionalno okruženje• izloženost stigmi i diskriminaciji studenata• pristup letalnim (smrtonosnim) sredstvima• medijski prikazi koji normaliziraju ili favoriziraju samoubojstvo

Pored rizičnih čimbenika, veliku važnost ima i identifikacija zaštitnih čimbenika. Zaštitne čimbenika Rutter (1985, prema Mandić 2019) definira kao “utjecaje koji mijenjanju, poboljšavaju ili preinačuju reakcije osobe na neke opasnosti iz okoline koje mogu imati neželjene posljedice.” Budući da je područje suicidalnosti relativno malo zaokupljalo pažnju istraživača, u Tablici 2 prikazani su dosad prepoznati zaštitni čimbenici. Imajući na umu i perspektivu pozitivnog razvoja, važno je usmjeriti se ka zaštitnim čimbenicima kako bi se mlade vodilo ka pozitivnih ishodima i za one mlade u potrebi razvile i unaprijedile preventivne i tretmanske intervencije.

Tablica 2

Zaštitni čimbenici samoubojstva kod studenata (Suicide Prevention Resource Center, 2014; prema Mandić, 2019)

<p>individualne karakteristike i ponašanja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • psihološka ili emocionalna dobrobit, pozitivno raspoloženje • optimizam i nada za planove u budućnosti • ambicija za uspješno završavanje školovanja • unutarnji lokus kontrole • razvijene vještine rješavanja problema i suočavanja, uključujući vještine razrješavanja sukoba • visoka tolerancija na frustracije i sposobnost reguliranja emocija • samopoštovanje • religioznost, vjerska uvjerenja i redovni odlasci u crkvu • kulturalna i religiozna uvjerenja koja veličaju život, a ne podržavaju samoubojstvo • osjećaj odgovornosti prema obitelji ili prijateljima, želja da ih se ne povrijedi • fizičke aktivnosti, posebice one s naglaskom na pravilno disanje
<p>socijalna podrška</p>	<ul style="list-style-type: none"> • obitelj: podrška i povezanost s obitelji, bliski i snažni odnos s roditeljima, roditeljska uključenost • prijatelji: društvena uključenost i podrška od strane prijatelja te ljubavnog partnera • nastavnici, mentori i ostale odrasle osobe (npr. vođe studentskih grupa, sportskih trenera, vjerskih vođa i pretpostavljenih na radnom mjestu) koji izražavaju brigu, razumijevanje i njegu • podrška kojoj se mogu obratiti za pomoć u kriznim situacijama
<p>fakultet i zajednica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • kolege i profesori koji podržavaju, osjećaj pripadnosti fakultetskoj zajednici, osjećaj povezanosti sa izabranim akademskim usmjerenjem • postojeća i pristupačna studentska i stručna savjetovališta

	<ul style="list-style-type: none"> • uključenost u izvannastavne aktivnosti (npr. članstvo u studentskom klubu ili organizaciji) • dostupnost zdravstvene njege • ograničen pristup letalnim sredstvima, posebno vatrenom oružju inadgledanje i kontrola upotrebe alkoholnih pića
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nakon svega prezentiranog i prije prikaza istraživačkog dijela ovog rada, sažeto ću pokušati pojasniti pozadinu moje uključenosti u ovu temu. „Objektivna“ pozadina leži u percipiranom nesrazmjeru senzibiliziranosti o problemu suicidalnosti i zastupljenosti problema koja je bila motivacija za pisanje ovog rada i odabir ove teme. „Subjektivna pozadina“ je u jednoj godini mojeg srednjoškolskog obrazovanja, kada su 3 mladića u mom rodnom gradu počinila samoubojstvo u samo nekoliko mjeseci razmaka. Iako se moji i njihovi životni putevi nisu zbilja preklapali, to da su njihovi životni putevi zaustavljeni je na neobične načine oblikovalo nastavak mog. *„Da se njihove priče čuju. Da se priča mog nećaka Mikija, i svakog čovjeka, Velikog i Malog, ne završi usred rečenice, s tri točkice koje nagovještaju da se moglo, ali nije.“* – riječi su koje sam 2021. napisala za potrebe zadatka kolegija Savjetovanje. S istom vjerom da se može, nastao je ovaj diplomski rad.

6. Cilj, problemi i hipoteze istraživanja

Ovim radom želi se pridonijeti razumijevanju mentalnog zdravlja adolescenata i čimbenika koji utječu na pojavu internaliziranih teškoća, s posebnim naglaskom na suicidalne simptome. Stoga, cilj ovog rada jest ispitati povezanost indikatora 5C modela pozitivnog razvoja mladih (kompetencije, samosvijest, karakter, povezanost s drugima, brižnost) kao zaštitnih čimbenika na pojavu i razinu simptoma suicidalnosti prisutnih kod adolescenata. Uz spomenuto, ispitat će se i rodne razlike u iskazanim simptomima. Navedena pitanja potrebno je dodatno istražiti kako bi nam nova saznanja o odnosu koncepta pozitivnog razvoja i simptoma suicidalnosti adolescenata dala smjernice za daljnji preventivni i tretmanski rad.

U skladu s definiranim ciljem istraživanja postavljaju se sljedeći istraživački problemi i hipoteze:

Problem 1. Ispitati razinu suicidalnih simptoma adolescenata.

S obzirom da je ovaj problem eksplorativnog karaktera, ne predviđa se nikakva hipoteza već će se samim istraživanjem odgovoriti na ovaj problem.

Problem 2. Ispitati rodne razlike u suicidalnim simptomima adolescenata.

Hipoteza 2.1. Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini suicidalnih simptoma djevojaka i mladića na način da će djevojke iskazivati više suicidalnih simptoma u odnosu na mladiće.

Problem 3. Ispitati postoji li povezanost između iskazanih razina simptoma suicidalnosti adolescenata i čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja mladih (kompetentnost, samosvijest, karakter, povezanost s drugima, brižnost).

Hipoteza 3.1. Pretpostavlja se da će postojati povezanost između čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja sa suicidalnim simptomima adolescenata te da će ta povezanost biti negativna na način da će viša razina čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja biti povezana s nižom razinom suicidalnih simptoma, odnosno da će nedostatak čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja biti povezan s višom razinom suicidalnih simptoma.

7. Metodološki okvir istraživanja

7.1 Sudionici istraživanja

Istraživanje je provedeno u okviru većeg znanstvenog projekta „Testiranje 5c modela pozitivnog razvoja mladih: tradicionalno i digitalno mobilno mjerenje (P.R.O.T.E.C.T.) (UIP - 2020 - 02 - 2852).“ Nositelj projekta je Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet u Zagrebu, a financiran je od strane Hrvatske zaklade za znanost. Radi se o longitudinalnom istraživanju koje je započelo 2021. godine te je u prvoj točki mjerenja obuhvatilo 3559 ispitanika. U cjelokupnom istraživanju korišteno je nekoliko instrumenata i mobilna aplikacija, no ovdje će biti navedeni samo oni instrumenti korišteni za potrebe ovog diplomskog rada. Također, sam projekt je obuhvatio veliki broj ispitanika iz pet gradova Republike Hrvatske, no za potrebe ovog diplomskog rada izdvojen je uzorak od 351 adolescenata iz prve točke mjerenja, učenika i učenica 1. razreda srednjih škola. Zbog etičkih razloga je u obradi izostavljena varijabla koja se odnosi na konkretnu školu iz koje učenici dolaze.

Uzorak ovog diplomskog rada stoga je činilo 47,3% djevojaka (N=166), 48,4% mladića (N=170) te 4,3% sudionika (N=15) je izabralo radije ne odgovoriti na pitanje „Kojeg si spola?“ (Slika 2).

Slika 2

Udio sudionika po spolu



S obzirom na vrstu srednje škole, 36,5% sudionika pohađalo je gimnaziju (N=128), 52,4% sudionika pohađalo je četverogodišnju ili petogodišnju strukovnu srednju školu (N=184) te je 11,1% sudionika bilo iz trogodišnjih strukovnih srednjih škola (N=39) (Slika 3).

Slika 3

Udio sudionika prema vrsti škole



Što se školskog uspjeha tiče, sudionici navode sljedeće: njih 8 ponavlja razred (2,3%), 1 sudionik je uspjeha dovoljan (0,3%), 21 sudionika su postigli dobre rezultate (6,0%), njih 105 vrlo dobre (29,9%), a odličan uspjeh postiglo je 216 učenika (61,5%).

Mjesto prebivališta sudionici su odredili odgovaranjem na pitanje „Koji izraz najbolje opisuje mjesto u kojem živiš?“, 35,9% živi u velikom gradu (N=126), 30,5% živi u manjem gradu (N=107), a njih 33,6% živi na selu (N=118).

Materijalni status svoje obitelji dominantna većina sudionika (76,4%; N=268) procijenila bi jednakim obiteljima vršnjaka, dok bi njih 19,1% (N=67) procijenilo boljim, a 4,6% (N=16) lošijim od obitelji svojih vršnjaka.

7.2 Način prikupljanja podataka

Šire je istraživanje odobreno od strane Etičkog povjerenstva Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta u Zagrebu. Kako istraživanje ispituje razne elemente mentalnog zdravlja, dobrobiti i rizičnih ponašanja adolescenata, roditelji učenika trebali su svojim potpisom dati aktivan pristanak nakon čega su članovi tima P.R.O.T.E.C.T. dogovarali grupnu primjenu upitnika sa stručnim suradnicima. Istraživanje je provedeno je putem SurveyMonkey obrasca i ispunjavanje je trajalo oko 30 minuta. Sudionici su dobrovoljno sudjelovali u istraživanju te su imali mogućnost odustajanja u bilo kojem trenutku. Svoj pristanak na sudjelovanje u istraživanju učenici su davali klikom na tipku „Sljedeće“ na početku samog obrasca. Istraživanje je anonimno i povjerljivo, a prikupljeni podaci obrađeni su grupno. Za obradu podataka koristile su se metode deskriptivne statistike (aritmetička sredina, standardna devijacija, frekvencije odgovora).

7.3 Mjerni instrumenti

Opći podaci prikupljeni su na samom početku upitnika te su prikupljene informacije o spolu, vrsti škole koju sudionici pohađaju, školskom uspjehu, mjestu stanovanja sudionika i socio-ekonomskom statusu obitelji.

Kratka verzija „Upitnika pozitivnih karakteristika mladih“ (eng. Positive Youth Development Questionnaire – short form, PYD-SF; Geldhof i sur., 2014) koristila se kako bi se ispitale pozitivne razvojne karakteristike mladih. Ova verzija upitnika sastoji se od 34 čestice koje zatim čine 5 subskala:

1. kompetencije: subskala kompetencije obuhvaća 6 tvrdnji (npr. *Jako dobro izvršavam školske zadatke.; Mogao/la bi biti dobar/ra u bilo kojoj novoj fizičkoj/sportskoj aktivnosti.*). Dvije tvrdnje predstavljaju akademsku kompetentnost, dvije socijalnu te dvije tjelesnu odnosno atletsku kompetentnost. Koeficijent unutarnje konzistencije za subskalu kompetencije u dosadašnjim istraživanjima kreće se u rasponu od $\alpha = .80$ do $\alpha = .86$, a u ovom istraživanju je $\alpha = .697$.
2. samosvijest: subskala samosvijesti obuhvaća 6 tvrdnji (npr. *Sve u svemu, drago mi je biti ja.; Zadovoljan/a sam sobom većinu vremena.*). Dvije tvrdnje predstavljaju pozitivan identitet, dvije pozitivno samovrednovanje i dvije zadovoljstvo izgledom. Za subskalu samopouzdanja u dosadašnjim istraživanjima koeficijent unutarnje konzistencije kreće se od $\alpha = .80$ do $\alpha = .92$, a u ovom istraživanju je $\alpha = .901$.

3. karakter: subskala karaktera uključuje 8 tvrdnji (npr. *Radim ono što mislim da je ispravno čak i ako me prijatelji zbog toga ismijavaju.*). Od tih 8 tvrdnji, 6 se odnosi na socijalnu osviještenost, osobne vrijednosti i vrednovanje različitosti. Koeficijent unutarnje konzistencije u dosadašnjim istraživanjima za subskalu karaktera iznosi od $\alpha=.89$ do $\alpha=.93$, a u ovom istraživanju iznosi $\alpha=.596$.
4. povezanost: subskala povezanosti uključuje 8 tvrdnji (npr. *Osjećam se kao važan/-na član/-ica svoje lokalne zajednice.; Ja sam važan/-na član/-ica svoje obitelji.; Mislim da imam dobre prijatelje*). Većina tvrdnji (6) predstavlja povezanost s obitelji, školom i zajednicom, a preostale dvije tvrdnje ispituju povezanost s vršnjacima. Koeficijent unutarnje konzistencije u dosadašnjim istraživanjima za subskalu povezanosti kreće se u rasponu od $\alpha=.89$ do $\alpha=.92$, a u ovom istraživanju iznosi $\alpha=.786$.
5. brižnost: subskala brižnosti obuhvaća 6 tvrdnji (npr. *Ražalosti me vidjeti osobu koja nema prijatelje.; Kad vidim da se druge iskorištava, želim im pomoći.*). Koeficijent unutarnje konzistencije za subskalu brižnosti u dosadašnjim istraživanjima u rasponu je od $\alpha=.80$ do $\alpha=.88$, a u ovom istraživanju iznosi $\alpha=.889$.

Odgovori se prikupljaju na skali odgovora Likertovog tipa od pet stupnjeva, pri čemu 1 znači *Uopće me ne opisuje*, a 5 znači *Jako dobro me opisuje*. Ukupan rezultat za pojedinu subskalu dobiva se kao aritmetička sredina svih procjena za svaku subskalu. Što je rezultat viši, to je više razvijena pozitivna karakteristika koja je njime mjerena. U ovom istraživanju dobivena je zadovoljavajuća pouzdanost upitnika od $\alpha=.912$.

Za procjenu simptoma suicidalnosti korištena je subskala Upitnika razvojnih prednosti koje ispituju simptome suicidalnosti (eng. Developmental Assets: A Profile of Your Youth; Search Institute, 2018). Skala se sastoji od 4 pitanja: *Jesi li si ikad namjerno nanosio/la bol (npr. rezanjem, paljenjem, udarenjem sebe...), Jesi li ikad ozbiljno razmatrao/la mogućnost da poćiniš samoubojstvo?, Jesi li ikad izradio/la plan o tome kako ćeš poćiniti samoubojstvo?, Jesi li ikad imao/la pokušaj suicida?* na koje sudionici odgovaraju sa „da/ne.“

8. Rezultati istraživanja

Podaci prikupljeni istraživanjem analizirani su u statističkom programu SPSS, verzija 29.

8.1 Suicidalni simptomi kod adolescenata

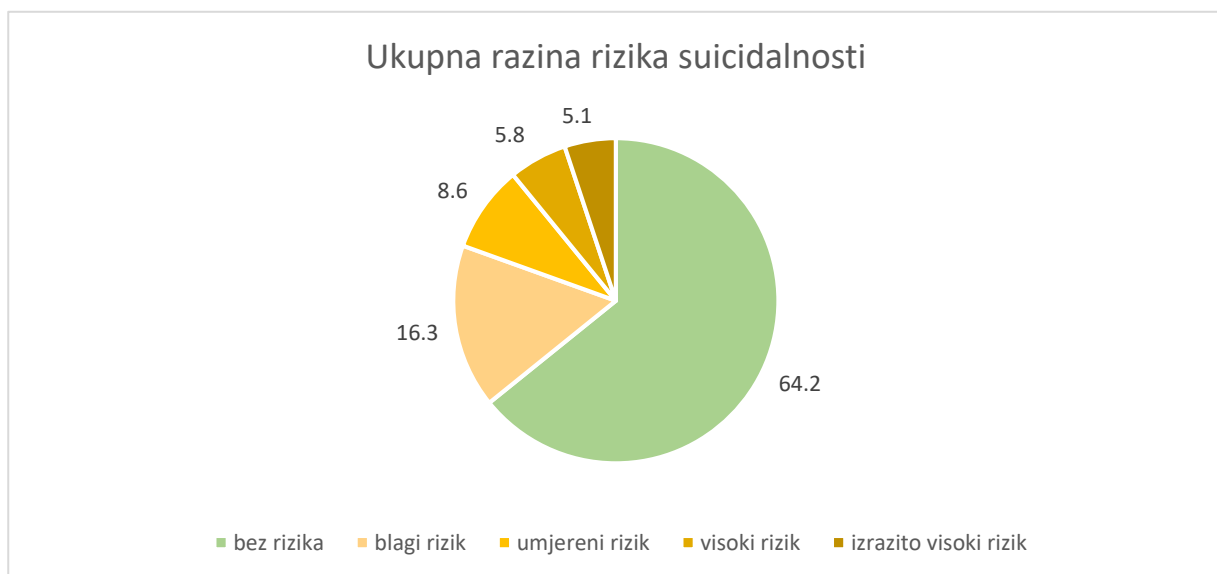
Kako bi se odgovorilo na prvi istraživački problem koji se odnosi na prisutnost suicidalnih simptoma kod adolescenata, provedena je deskriptivna statistika. Prisutnost suicidalnih simptoma kod adolescenata ispitana je pomoću Upitnika razvojnih prednosti koji ispituje simptome suicidalnosti, a sadrži četiri pitanja koja će biti prikazana u nastavku.

Važno je napomenuti da 8% sudionika (N=28) nije odgovorilo niti na jedno pitanje Upitnika razvojnih prednosti koji ispituje simptome suicidalnosti. Kako oni čine manje od 10% ukupnog broja sudionika, njihovi su podaci isključeni iz daljnje analize. Također, u početnom uzorku 4,3% sudionika (N=15) je izabralo ne odgovoriti na pitanje „Kojeg si spola?“. Kako je veličina poduzorka bez odgovora na pitanje o spolu izrazito mala (N=15), oni su zbog potreba daljnje analize također isključeni. Dakle, završni uzorak korišten u ovom istraživanju činilo je ukupno 313 sudionika (N=313).

Kada računamo ukupnu razinu rizika suicidalnosti koja je računata kao zbroj sve četiri čestice na subskali, na ispitivanom uzorku (N=313) dolazimo do rezultata koji govore da 64,2% (N=201) sudionika ne izražava simptome suicidalnosti, ali i da su oni prisutni kod 35,8% (N=112) sudionika, odnosno kod više od 1/3 sudionika (Slika 4).

Slika 4

Udio sudionika prema razini rizika suicidalnosti



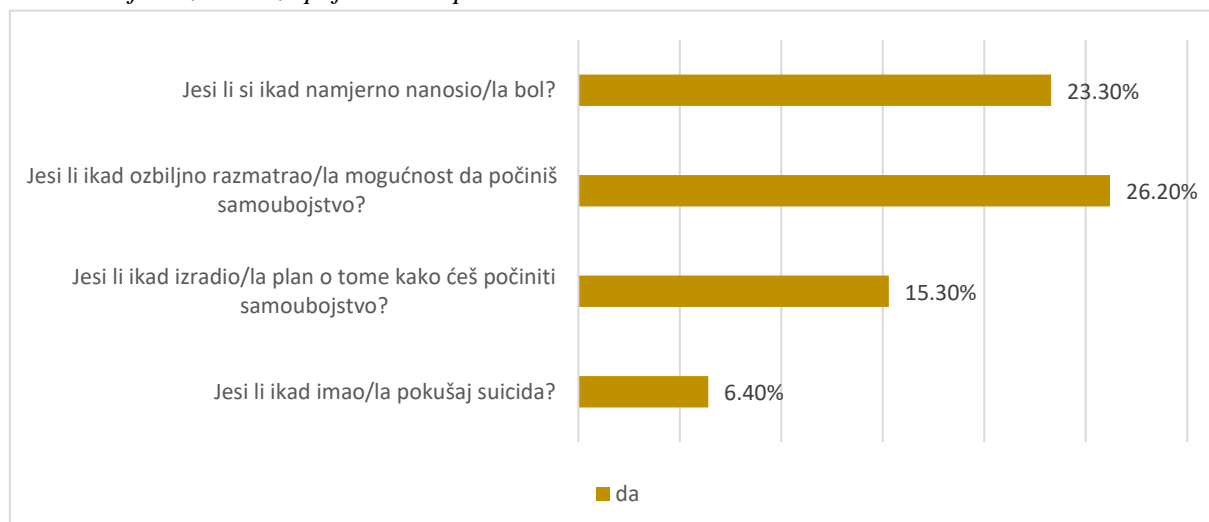
Opsežnijim opisom prikazat će se zastupljenost rizika suicidalnosti kod analiziranog uzorka:

- kod 64,2% sudionika ne postoji rizik suicidalnosti (odnosno na sva pitanja o suicidalnosti odgovaraju sa „ne“)
- kod 16,3% sudionika prisutan je blagi rizik (na jedno pitanje o suicidalnosti su odgovorili sa „da“)
- kod 8,6% sudionika prisutan je umjereni rizik (na dva pitanja o suicidalnosti su odgovorili sa „da“)
- kod 5,8% sudionika prisutan je visoki rizik (na tri pitanja o suicidalnosti su odgovorili sa „da“)
- kod 5,1 sudionika postoji izrazito visok rizik suicidalnosti (na sva pitanja o suicidalnosti su odgovorili potvrdno)

Na pitanje „Jesi li si ikad namjerno nanosio/la bol (npr. rezanjem, paljenjem, udaranjem sebe...)?“ 23,3% (N=73) sudionika potvrđuje da si je nanosilo bol, dok njih 76,7% (N=240) navodi da nije. Na pitanje „Jesi li ikad ozbiljno razmatrao/la mogućnost da počiniš samoubojstvo?“ nešto veći udio sudionika, točnije njih 26,2% (N=82) odgovorilo je da je ozbiljno razmatralo mogućnost počinjenja samoubojstva, dok njih 73,8% (N=231) isto negira. Analiza odgovora na pitanje „Jesi li ikad izradio/la plan o tome kako ćeš počiniti samoubojstvo?“ dovodi do podataka da je 15,3% (N=48) sudionika izradilo plan o tome kako će počiniti samoubojstvo, dok njih 84,7% (N=265) isto negira. Na pitanje „Jesi li ikad imao/la pokušaj suicida?“ 6,4% (N=20) sudionika odgovorilo je da jesu imali pokušaj suicida, dok njih 93,6% (N=293) nije imalo pokušaj suicida (Slika 5).

Slika 5

Distribucija rezultata za pojedine simptome suicidalnosti



8.2 Spolne razlike u izraženoj razini suicidalnosti

Kao što je prethodno navedeno, analizirani uzorak je činilo ukupno 313 sudionika, od kojih je 50,8% (N=159) bilo muškog spola, a 49,2% (N=154) ženskog spola. Obzirom na to da je suicidalnost ispitivana subskalom Upitnika razvojnih prednosti koja je nominalna, nije moguće provesti Kolmogorov-Smirnovljev test. Kako bi se testirao odnos spola te izražene suicidalnosti, proveden je hi-kvadrat test na svim česticama Upitnika razvojnih prednosti koje ispituju simptome suicidalnosti (Tablica 3). Rezultati provedenog hi-kvadrat testa ukazuju da nema statistički značajne razlike kod iskazanih pojedinih simptoma suicidalnosti u odnosu na spol sudionika. Statistički značajna razlika između mladića i djevojaka nije utvrđena na čestici samoozljeđivanja ($\chi^2(1,N=313)=2,65$, $p>,05$), razmatranja mogućnosti počinjenja suicida ($\chi^2(1,N=313)=0,47$, $p>,05$), izrade plana suicida ($\chi^2(1,N=313)=1,13$, $p>,05$) kao ni za pokušaj suicida ($\chi^2(1,N=313)=0,29$, $p>,05$).

Tablica 3

Rezultati hi-kvadrat testa za spol i sve čestice Upitnika razvojnih prednosti kojima se ispituju simptomi suicidalnosti

	M (N, %)		Ž (N, %)		χ^2	df	p
	DA	NE	DA	NE			
Jesi li si ikad namjerno nanosio/la bol (npr. rezanjem, paljenjem, udarenjem sebe...)?	31 9,9%	128 40,9%	42 13,4%	112 35,8%	2,65	1	,104
Jesi li ikad ozbiljno razmatrao/la mogućnost da počiniš samoubojstvo?	39 12,5%	120 38,3%	43 13,7%	111 35,5%	,47	1	,495
Jesi li ikad izradio/la plan o tome kako ćeš počiniti samoubojstvo?	21 6,7%	138 44,1%	27 8,6%	127 40,6%	1,13	1	,288
Jesi li ikad imao/la pokušaj suicida?	9 2,9%	150 47,9%	11 3,5%	143 45,7%	,29	1	,592

Kod svih pitanja kojima se ispitivala prisutnost suicidalnih simptoma, vidljiva je veća zastupljenost istih u ženskom spolu. Iz Tablice 3 slijedi da djevojke u nešto većem postotku izvještavaju o samoozljeđivanju, odnosno namjernom nanošenju boli u odnosu na mladiće (13,4% djevojaka naspram 9,9% mladića); djevojke u većem postotku razmatraju mogućnost

počinjenja samoubojstva (13,7% djevojaka naspram 12,5% mladića); djevojke u većem postotku izrađuju plan o počinjenju samoubojstva (8,6% djevojaka naspram 6,7% mladića) i djevojke u većem postotku izvještavaju o pokušaju počinjenja suicida (3,5% djevojaka naspram 2,9% mladića).

Ako gledamo ukupnu razinu rizika suicidalnosti unutar istog spola (Tablica 4), od ukupnog broja ženskih ispitanica, njih 37,66% iskazalo je prisutnost rizika; dok je od ukupnog broja muških ispitanika, postotak muških sudionika s prisutnim rizikom suicidalnosti nešto niži odnosno 33,96%. Nadalje, najveća razlika u spolu vidljiva je kod visoke razine suicidalnosti, odnosno 7,1% od svih djevojaka i 3,1% od svih mladića je na sva pitanja o suicidalnosti odgovorili potvrdno. Međutim, rezultati provedenog hi-kvadrat testa ukazuju da nema statistički značajne razlike u iskazanoj ukupnoj razini rizika suicidalnosti u odnosu na spol sudionika ($\chi^2(4, N=313)=2,79, p>,05$).

Tablica 4

Rezultati hi-kvadrat testa za spol i iskazanu razinu rizika

	M (N, %)	Ž (N, %)	χ^2	df	<i>p</i>
Bez rizika	105 66,0%	96 62,3%	2,79	4	,594
Blagi rizik	27 17,0%	24 15,6%			
Umjereni rizik	13 8,2%	14 9,1%			
Visoki rizik	9 5,7%	9 5,8%			
Izrazito visok rizik	5 3,1%	11 7,1%			

8.3 Suicidalnost i pozitivan razvoj mladih

Za sami početak, prikazat će se stupanj slaganja sudionika s tvrdnjama koje se odnose na pozitivan razvoj mladih izražen u postotcima u nastavku (Tablica 5). Vidljivo je da sudionici za karakteristiku brižnosti najviše slaganja (78,9%) izražavaju s tvrdnjom „Kad vidim da su ljudi povrijeđeni ili uznemireni, bude mi ih žao.“, a najmanje slaganje za brižnost izraženo je kod pitanja „Ražalosti me vidjeti osobu koja nema prijatelje.“ premda je i tu slaganje prilično

visoko (63%). Za karakteristiku karaktera, 82,1% sudionika složilo se s tvrdnjom „Otvoren/a sam za upoznavanje ljudi drugih vjera i/ili nacionalnosti.“, a njih najmanje (12,8%) govori o slaganju s tvrdnjom „Rijetko radim stvari koje znam da ne smijem.“ Za karakteristiku kompetencije, najviše sudionika složilo se s tvrdnjom „Jednako sam pametan/na kao i drugi moje dobi.“, njih 64,2%, dok je slaganje s tvrdnjom „Popularan/na sam među svojim vršnjacima.“ vidljivo kod najmanjeg broja sudionika, njih 18,5%. Za karakteristiku povezanosti, pitanje s najvećim stupnjem slaganja sudionika (75,8%) jest „Mislim da imam dobre prijatelje“, a najmanje slaganje prisutno je kod tvrdnji „Nastavnici u školi me često ohrabruju.“ – čak 47% se u potpunosti ili uglavnom ne slaže s tim te „Osjećam se kao važan/na član/ica svoje lokalne zajednice.“ – čak 53% sudionika se u potpunosti ili uglavnom ne slaže s tom tvrdnjom. Za karakteristiku samosvijesti, više od polovine sudionika izražava slaganje s tvrdnjama „Sve u svemu, drago mi je biti ja.“ i „Zadovoljan/na sam s tim kakav/kakva sam.“ (54,7%), premda treba naglasiti da je i visoki postotak onih koji se s tim tvrdnjama u potpunosti ili uglavnom ne slažu (28,1%, 24,3%). Najmanje slaganje sudionika za karakteristiku samosvijesti vidljivo je kod čestice „Dobro izgledam.“ gdje je njih 36,4% izrazilo slaganje, a njih 30% izrazilo neslaganje s istim.

Tablica 5

Distribucija frekvencija na tvrdnjama o razvijenosti indikatora pozitivnog razvoja

Tvrdnja	N	STUPANJ SLAGANJA (%)					M	SD
		Uopće me ne opisuje	Slabo me opisuje	Umjereno me opisuje	Dobro me opisuje	Jako dobro me opisuje		
Imam puno prijatelja.	313	23,3	33,5	13,7	17,9	11,5	2,61	1,326
Jako dobro izvršavam školske zadatke.	313	3,8	11,5	32,9	40,9	10,9	3,43	,962
Bolji/a sam u fizičkim/sportskim aktivnostima od svojih vršnjaka.	313	16,9	19,8	30,4	19,5	13,4	2,93	1,268
Zadovoljan/a sam sobom većinu vremena.	313	9,6	18,5	25,9	27,8	18,2	3,27	1,229

Radim stvari koje znam da ne smijem.	313	28,1	39,3	19,8	8,0	4,8	2,22	1,089
Stvarno mi se sviđa kako izgledam.	313	15,0	18,2	31,6	23,6	11,5	2,98	1,218
Sve u svemu, drago mi je biti ja.	313	8,0	11,2	20,4	27,8	32,6	3,66	1,259
Želim učiniti svijet boljim mjestom za život.	313	4,5	6,7	23,3	34,8	30,7	3,81	1,085
Kad pogriješim ili upadnem u nevolju, preuzimam odgovornost za svoje postupke.	313	3,8	6,7	17,9	42,8	28,8	3,86	1,031
Volio/ljela bih se družiti s ljudima druge vjere i/ili nacionalnosti.	313	2,9	5,4	19,8	32,3	39,6	4,00	1,036
Kad vidim da se druge iskorištava, želim im pomoći.	313	4,8	5,4	19,5	33,9	36,4	3,92	1,098
Kad vidim da se druge provocira ili gnjavi, bude mi ih žao.	313	3,5	4,8	14,4	32,3	45,0	4,11	1,046
Kad vidim da su ljudi povrijeđeni ili uznemireni, bude mi ih žao.	313	3,8	3,8	13,4	35,1	43,8	4,11	1,030
Nastavnici u školi me često ohrabruju.	313	17,3	29,7	31,6	16,9	4,5	2,62	1,092
Ja sam važan/na član/ica svoje obitelji.	313	3,5	6,7	22,7	33,2	33,9	3,87	1,067
Osjećam se kao važan/na član/ica svoje lokalne zajednice.	313	22,0	24,9	28,1	17,6	7,3	2,63	1,213
Mislim da imam dobre prijatelje.	313	2,2	8,6	13,4	38,7	37,1	4,00	1,027
Jednako sam pametan/na kao i drugi moje dobi.	313	3,8	10,5	21,4	39,0	25,2	3,71	1,074

Mogao/la bi biti dobar/ra u bilo kojoj novoj fizičkoj/sportskoj aktivnosti.	313	13,1	12,8	25,6	31,3	17,3	3,27	1,260
Popularan/na sam među svojim vršnjacima.	313	23,6	27,8	30,0	13,7	4,8	2,48	1,135
Dobro izgledam.	313	12,1	17,9	33,5	19,8	16,6	3,11	1,233
Obično se ponašam kako bi trebalo.	313	1,9	6,1	15,0	49,2	27,8	3,95	,918
Zadovoljan/na sam s tim kakav/kakva sam.	313	10,2	14,1	21,1	33,9	20,8	3,41	1,248
Kad odrastem, imat ću dobar život.	313	1,9	6,1	24,3	36,7	31,0	3,89	,979
Volontiram i/ili dajem donacije da bi drugima učinio život boljim.	313	26,2	26,8	29,1	12,1	5,8	2,44	1,167
Radim ono što mislim da je ispravno čak i ako me prijatelji zbog toga ismijavaju.	313	2,9	7,7	29,4	35,1	24,9	3,72	1,015
Otvoren/a sam za upoznavanje ljudi drugih vjera i/ili nacionalnosti.	313	2,2	4,8	10,9	30,0	52,1	4,25	,981
Muči me kad vidim da se bilo kome događaju loše stvari.	313	4,5	7,7	21,4	32,6	33,9	3,84	1,113
Žao mi je drugih ljudi koji nemaju sve što i ja imam.	313	3,5	11,2	21,4	35,1	28,8	3,74	1,097
Ražalosti me vidjeti osobu koja nema prijatelje.	313	7,7	10,5	18,8	29,1	33,9	3,71	1,249
Nastavnici u školi me potiču da dajem sve od sebe.	313	14,4	20,2	34,8	18,2	12,1	2,93	1,203

Često imam dobre razgovore s roditeljima.	313	5,8	14,1	22,4	30,0	27,8	3,60	1,194
Odrasli u mojoj zajednici (grad, susjedstvo, kvart) slušaju što imam za reći.	313	15,3	24,6	22,7	25,2	12,1	2,94	1,265
Mojim prijateljima je stalo do mene.	313	5,8	7,7	23,3	36,1	27,2	3,71	1,118

Kada su u pitanju karakteristike 5C modela pozitivnog razvoja mladih, prikazane su središnje vrijednosti dobivene na pojedinim karakteristikama (Tablica 6). Prosječni rezultati upućuju na zaključak da sudionici u prosjeku postižu najviše rezultate na karakteristikama brižnosti ($M=3,90$, $SD=0,91$) i karaktera ($M=3,73$, $SD=0,59$), a najniže na karakteristikama kompetencija ($M=3,07$, $SD=0,77$) i povezanosti ($M=3,29$, $SD=0,76$).

Tablica 61

Središnje vrijednosti na karakteristikama skale Upitnika pozitivnih karakteristika mladih

	M	SD	Min/Max
Kompetencije	3,07	0,77	Min 1 Max 5
Karakter	3,73	0,59	
Samosvijest	3,39	0,99	
Brižnost	3,90	0,91	
Povezanost	3,29	0,76	
Ukupno 5C	3,43	0,57	

U svrhu provjere preduvjeta za upotrebu parametrijskih testova korišten je Kolmogorov – Smirnovljev test (K–S) za provjeru normaliteta distribucije. Kod svih mjerenih varijabli kratke verzije Upitnika pozitivnih karakteristika mladih, K–S vrijednosti kreću se od .151 do .299, $p < .001$. Provjerene su vrijednosti indeksa asimetričnosti (eng. *skewness*) te indeksa spljoštenosti (eng. *kurtosis*) te je utvrđeno kako se vrijednosti indeksa asimetričnosti kreću u rasponu od -1.397 do .828 što je obuhvaćeno preporučenim rasponom od +/- 3. (Kline, 2005). Dodatno,

vrijednosti indeksa spljoštenosti također su obuhvaćene preporučenim rasponom od +/-10 (Kline, 2005), a kreću se od -1.029 do 1.545.

Kako bi se provjerila povezanost između simptoma suicidalnosti i indikatora pozitivnog razvoja mladih provedeno je nekoliko analiza. Za početak su provedeni t-testovi kako bi se testiralo postoji li značajna razlika u razvijenosti indikatora pozitivnog razvoja između onih koji su iskazali prisutnost rizika suicidalnosti, i onih koji nisu (na pitanja o suicidalnosti odgovorili sa „da“, i odgovorili sa „ne“) – i to je učinjeno za svaku česticu suicidalnosti.

Rezultati t-testa za česticu samoozljeđivanja pokazuju da postoji značajna razlika između onih koji si jesu namjerno nanosili bol i onih koji nisu na određenim karakteristikama pozitivnog razvoja. Ovim t-testom pokazalo se da oni koji se nisu samoozljeđivali iskazuju višu razvijenost karakteristike kompetencija ($M_1=3,16$, $SD_1=0,75$) od onih koji se jesu samoozljeđivali ($M_2=2,79$, $SD_2=0,78$); karaktera ($M_1=3,77$, $SD_1=0,59$; $M_2=3,77$, $SD_2=0,59$); samosvijesti ($M_1=3,62$, $SD_1=0,86$; $M_2=2,63$, $SD_2=0,99$) i povezanosti ($M_1=3,41$, $SD_1=0,72$; $M_2=2,89$, $SD_2=0,74$); međutim, razlika nije dobivena za karakteristiku brižnosti ($M_1=3,90$, $SD_1=0,91$; $M_2=3,92$, $SD_2=0,89$). Razlike u navedene 4C karakteristike su se pokazale i statistički značajne, dok za dimenziju brižnosti nisu utvrđene (Tablica 7).

Tablica 7

Rezultati t-testa kod onih bez rizika i sa rizikom suicidalnosti i karakteristika pozitivnog razvoja na čestici samoozljeđivanja

	Samoozljeđivanje	M	SD	t	df	p
Kompetencije	ne	3,16	0,75	3,60	311	<,001**
	da	2,79	0,78			
Karakter	ne	3,77	0,59	2,47		,014*
	da	3,58	0,62			
Samosvijest	ne	3,62	0,86	8,30		<,001**
	da	2,63	0,99			
Brižnost	ne	3,90	0,91	0,12		,903
	da	3,92	0,89			
Povezanost	ne	3,41	0,72	5,38	<,001**	
	da	2,89	0,74			

Na čestici ozbiljnog razmišljanja o mogućnosti suicida, rezultati t-testa također ukazuju na statistički značajne razlike ovisno o ispitivanoj karakteristici pozitivnog razvoja. Iz Tablice 8

vidljivo je da oni koji nisu ozbiljno razmišljali o mogućnosti suicida iskazuju o višoj razvijenosti karakteristika pozitivnog razvoja od onih koji jesu razmišljali o suicidu, na način da su razvijenije karakteristike kompetencija ($M_1=3,22$, $SD_1=0,73$; $M_2=2,66$, $SD_2=0,75$), karaktera ($M_1=3,79$, $SD_1=0,58$; $M_2=3,56$, $SD_2=0,62$), samosvijesti ($M_1=3,65$, $SD_1=0,84$; $M_2=2,65$, $SD_2=0,99$) i povezanosti ($M_1=3,45$, $SD_1=0,70$; $M_2=2,84$, $SD_2=0,73$); ali isto nije utvrđeno za karakteristiku brižnosti ($M_1=3,94$, $SD_1=0,89$; $M_2=3,82$, $SD_2=0,95$). Razlike u navedene 4C karakteristike su se pokazale i statistički značajne, dok za dimenziju brižnosti nisu utvrđene (Tablica 8).

Tablica 82

Rezultati t-testa kod onih bez rizika i sa rizikom suicidalnosti i karakteristika pozitivnog razvoja na čestici ozbiljnog razmišljanja o mogućnosti suicida

	Ozbiljno razmišljanje o mogućnosti suicida	M	SD	t	df	p
Kompetencije	ne	3,22	0,73	5,85	311	<,001**
	da	2,66	0,75			
Karakter	ne	3,79	0,58	3,13		,002*
	da	3,56	0,62			
Samosvijest	ne	3,65	0,84	8,79		<,001**
	da	2,65	0,99			
Brižnost	ne	3,94	0,89	1,04	,302	
	da	3,82	0,95			
Povezanost	ne	3,45	0,70	6,61	<,001**	
	da	2,84	0,73			

Kod ispitivanja razlika između onih koji jesu planirali pokušaj suicida i kojih nisu, utvrđene su statistički značajne razlike za gotovo sve karakteristike pozitivnog razvoja mladih. Dobiveni su sljedeći rezultati za karakteristike pozitivnog razvoja: kompetencije $t(311)=3,44$, $p<,001$, ($M_1=3,13$, $SD_1=0,76$; $M_2=2,73$, $SD_2=0,76$); karakter $t(311)=3,38$, $p<,001$, ($M_1=3,77$, $SD_1=0,58$; $M_2=3,46$, $SD_2=0,62$); samosvijest $t(311)=6,49$, $p<,001$, ($M_1=3,53$, $SD_1=0,91$; $M_2=2,59$, $SD_2=1,02$); povezanost $t(311)=6,69$, $p<,001$, ($M_1=3,40$, $SD_1=0,72$; $M_2=2,66$, $SD_2=0,64$). Kao što je rečeno, ovi rezultati upućuju na statistički značajnu razliku za te karakteristike između onih koji su planirali pokušaj suicida i onih koji nisu. Takva razlika nije pokazana za karakteristiku brižnosti $t(311)= 1,37$, $p=,173$ ($M_1=3,93$, $SD_1=0,90$; $M_2=3,74$, $SD_2=0,93$) (Tablica 9).

Tablica 93

Rezultati t-testa kod onih bez rizika i sa rizikom suicidalnosti i karakteristika pozitivnog razvoja na čestici planiranja pokušaja suicida

	Planiranje pokušaja suicida	M	SD	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Kompetencije	ne	3,13	0,76	3,44	311	<,001**
	da	2,73	0,76			
Karakter	ne	3,77	0,58	3,38		<,001**
	da	3,46	0,62			
Samosvijest	ne	3,53	0,91	6,49		<,001**
	da	2,59	1,02			
Brižnost	ne	3,93	0,90	1,37		,173
	da	3,74	0,93			
Povezanost	ne	3,40	0,72	6,69		<,001**
	da	2,66	0,64			

Nadalje, između onih koji su imali pokušaj suicida i onih koji nisu, rezultati t-testa ukazuju na statistički značajne razlike za karakteristiku kompetencija $t(311)=2,14$, $p=,033$ ($M_1=3,09$, $SD_1=0,77$; $M_2=2,72$, $SD_2=0,78$), za karakteristiku karaktera $t(311)=3,13$, $p=,002$ ($M_1=3,75$, $SD_1=0,58$; $M_2=3,33$, $SD_2=0,79$), za karakteristiku samosvijesti $t(311)=3,02$, $p=,003$ ($M_1=3,43$, $SD_1=0,97$; $M_2=2,75$, $SD_2=1,08$) i za karakteristiku povezanosti $t(311)=2,63$, $p=,009$ ($M_1=3,32$, $SD_1=0,75$; $M_2=2,86$, $SD_2=0,78$). Statistički značajna razlika nije utvrđena za karakteristiku brižnosti $t(311)=1,68$, $p=,094$ ($M_1=3,93$, $SD_1=0,89$; $M_2=3,58$, $SD_2=1,08$) (Tablica 10).

Tablica 40

Rezultati t-testa kod onih bez rizika i sa rizikom suicidalnosti i karakteristika pozitivnog razvoja na čestici pokušaja suicida

	Pokušaj suicida	M	SD	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Kompetencije	ne	3,09	0,77	2,14	311	,033*
	da	2,72	0,78			
Karakter	ne	3,75	0,58	3,13		,002*
	da	3,33	0,79			
Samosvijest	ne	3,43	0,97	3,02		,003*
	da	2,75	1,08			
Brižnost	ne	3,93	0,89	1,68		,094

	da	3,58	1,08			
Povezanost	ne	3,32	0,75	2,63		,009*
	da	2,86	0,78			

S obzirom na prikazane rezultate provedenih t-testova dolazi se do zaključaka da između sudionika koji su iskazali prisutnost rizika suicidalnosti i onih koji nisu postoji statistički značajna razlika kod nekih ispitivanih suicidalnih ponašanja i pojedinih karakteristika pozitivnog razvoja. Rezultati ukazuju na to da sudionici koji nisu iskazali određeni suicidalni rizik izvještavaju o većoj razvijenosti karakteristika pozitivnog razvoja. Na svim česticama suicidalnosti, statistički značajna razlika prisutna je kod svih karakteristika pozitivnog razvoja, izuzev brižnosti.

Kako bi se provjerila povezanost između izraženog rizika suicidalnosti i karakteristika pozitivnog razvoja, izračunati su Spearman koeficijenti korelacije između prisutnosti rizika suicidalnosti (bez rizika/s rizikom) i 5C karakteristikama pozitivnog razvoja (kompetencije, samosvijest, povezanost, brižnost, karakter) (Tablica 11). Spearmanovim testom korelacija utvrdila se značajna negativna povezanost kod gotovo svih karakteristika pozitivnog razvoja i suicidalnosti: za karakteristiku kompetencije i rizika suicidalnosti povezanost je $r=-,263^{**}$, $p<,001$, za karakter i rizik suicidalnosti $r=-,200^{**}$, $p<,001$, a za karakteristiku povezanosti i rizik suicidalnosti $r=-,380^{**}$, $p<,001$; što znači da je veća izraženost navedenih karakteristika pozitivnog razvoja povezana s manjom izraženošću rizika suicidalnosti. Vidljivo je da je za karakteristiku samosvijesti i rizika suicidalnosti ta značajna negativna povezanost najizraženija $r=-,452^{**}$, $p<,001$. Također, vidljivo je i da između brižnosti i rizika suicidalnosti nije utvrđena statistički značajna povezanost ($r=-,047$, $p>0,05$).

Tablica 51

Spearmanov test korelacija između rizika suicidalnosti i karakteristika pozitivnog razvoja mladih

	Kompetencije	Karakter	Samosvijest	Brižnost	Povezanost	
Suicidalnost	Korelacija	$-,263^{**}$	$-,200^{**}$	$-,452^{**}$	$-,047$	$-,380^{**}$
	Značajnost	$<,001$	$<,001$	$<,001$	$,410$	$<,001$

9. Rasprava

Internalizirani problemi su do danas bili predmet brojnih istraživanja, no fenomen suicidalnosti i model pozitivnog razvoja mladih predstavlja koncepte koji do sada nisu toliko istraživani, posebno u domaćem kontekstu. Cilj ovog diplomskog rada bio je doprinijeti razumijevanju mentalnog zdravlja adolescenata i čimbenika koji utječu na pojavu internaliziranih teškoća, naročito s obzirom na spomenuti nedostatak istraživanja suicidalnih simptoma i ponašanja adolescenata u Hrvatskoj. S tim ciljem, prezentirali su se rezultati ispitivanja utjecaja indikatora 5C modela pozitivnog razvoja mladih (kompetencije, samosvijest, karakter, povezanost s drugima, brižnost) kao zaštitnih čimbenika na pojavu i razinu simptoma suicidalnosti prisutnih kod adolescenata (učenika prvih razreda srednjih škola).

Prvi istraživački problem odnosio se na ispitivanje razine suicidalnih simptoma kod adolescenata. Prisutnost suicidalnih simptoma kod učenika prvih razreda srednjih škola tj. adolescenata, ispitana je subskalom Upitnika razvojnih prednosti. Skala se sastoji od 4 pitanja kojima se ispituju simptomi suicidalnosti: samoozljeđivanje (namjerno nanošenje boli sebi), ozbiljno razmatranje mogućnosti činjenja suicida, planiranje suicida i pokušaj suicida. Razina rizika suicidalnosti odgovarala je broju potvrdnih odgovora na pitanja kojima se ispitivala suicidalnost. Budući da je ovo pitanje eksplorativnog karaktera, hipoteza nije bila unaprijed pretpostavljena. Analiza podataka ovog istraživanja dovodi do rezultata da 64,2% adolescenata ne izražava nikakve simptome suicidalnosti, ali i do zabrinjavajućeg podatka da nešto više od 1/3 adolescenata (točnije 35,8%) izražava određenu suicidalnu simptomatologiju. Različito je zastupljena određena razina rizika: blagi rizik prisutan je kod 16,3% adolescenata, umjereni rizik prisutan je kod 8,6% adolescenata, visoki rizik kod 5,8% adolescenata i izrazito visok rizik suicidalnosti prisutan je kod njih 5,1%.

Simptomi suicidalnosti obuhvaćeni ovim istraživanjem upravo su jedni od najznačajnijih rizičnih čimbenika za samoubojstvo stoga dobiveni podaci govore o ozbiljnom stanju i visokoj razini problema suicidalnosti. Samoubojstvo je prema brojnim izvorima jedan od vodećih uzroka smrti među adolescentima u dobi od 15 do 19 godina (UNICEF, 2021). Prema američkim podacima, 10% svih smrti u dobi do 19-te godine rezultat je samoubojstva te stope pokušaja samoubojstva rastu tijekom adolescencije. Analizom pojedinih simptoma suicidalnosti u ovom istraživanju pokazalo se sljedeće: 23,3% adolescenata namjerno si je nanosilo bol, 26,2% ozbiljno je razmatralo mogućnost suicida, 15,3% adolescenata izradilo je plan za suicid, a 6,4% adolescenata imalo je pokušaj suicida. Istraživanje provedeno na američkom uzorku adolescenata iz privatnih i javnih škola u 50 država, dovelo je do podataka

da je u 2019. godini, 18,8% američkih adolescenata ozbiljno razmišljalo o pokušaju samoubojstva, 15,7% mladih napravilo je plan o izvršenju suicida, a 8,9% mladih pokušalo je suicid (Bridge i sur., 2006, prema Rubin, 2021). U hrvatskom kontekstu, podaci istraživanja iz 2021. godine pokazuju da je 29,1% zagrebačkih srednjoškolaca izjavilo da se bar jednom u životu samoozljeđivalo, što je gotovo dvostruko više u odnosu na nalaze iz 2016. godine (Sušac i Rezo Bagarić, 2022). Nadalje, kod uzorka učenika šestih razreda osnovnih škola uočeno je da 17,6% mladih učestalo ima suicidalna promišljanja (Rubin, 2021); a za Osječki uzorak adolescenata suicidalnost je primijećena kod njih čak 21% (Tomic, 2016). U istraživanju provedenom sa studentskom populacijom, rezultati pokazuju visoku prisutnost simptoma suicidalnosti kod adolescenata te je zamijećeno i da su isti zastupljeniji kod djevojaka: o suicidalnim ideacijama izvještava 14,5% djevojaka i 10,6% mladića; plan za počinjenje suicida izradilo je 10,5% djevojaka i 7,8% mladića; a pokušaj suicida imalo je 5,5% djevojaka i 3,1% mladića (Novak i sur., 2019). Prisutnost suicidalnih ideacija i namjerno nanošenje boli snažni su rizični čimbenici samoubojstva (McNicolas, 2017). Većina mladih koja iskazuje suicidalna ponašanja, najčešće čine ista u razdoblju od jedne do dvije godine nakon pojave suicidalnih ideacija (Glenn i sur., 2017; Nock i sur., 2013; prema Glenn i sur. 2019). Stope samoozljeđivanja i suicidalnih ponašanja su dosegle toliko visoke razine da ih je Svjetska zdravstvena organizacija prepoznala kao veliki javnozdravstveni problem (SZO, 2014). Ponavljano samoozljeđivanje povećava rizik počinjenja suicida i jedan je od najznačajnijih prediktora istog, naročito u adolescentskoj dobi. Pokušaj suicida također je snažan prediktor ponovljenog izvršenog suicida o čemu govori podatak da je jedna trećina mladih koji su počinili samoubojstvo prethodno imala barem jedan pokušaj suicida (Lecomte i Fornes, 1998; prema Spirito, 2003) kao i podatak da su pokušaj suicida i počinjenje suicida snažno pozitivno korelirali na europskom uzorku mladih od 15 do 24 godine, naročito za mladiće (Hawton i sur., 1998, prema Spirito, 2003). Beck (1996) navodi da iskustvo pokušanog suicida miče „taboo“ suicida i mladoj osobi postaje lakše razmišljati o suicidu kao rješenju za životne probleme. Uzme li se u obzir i podatak da se na svako izvršeno samoubojstvo dogodi još 15-20 pokušaja samoubojstava bez smrtnog ishoda (Bell i Clark, 1998), dobiveni rezultat ovog istraživanja da je 6,4% mladih adolescenata u Hrvatskoj imalo pokušaj suicida, poprma širi kontekst i zabrinjavajuće razmjere. Uz sve rečeno, važno je naglasiti potrebu za preventivnim intervencijama – naročito jer je adolescencija prepoznata kao ključan razvojni period optimalan za učinkovitu prevenciju problema povezanih sa suicidalnosti (Gould i sur., 2003, SZO, 2014; Wyman, 2014; prema Glenn i sur., 2019).

Drugi istraživački problem bio je istražiti postoje li spolne razlike u razini iskazanih simptoma suicidalnosti kod adolescenata.

Unutar drugog istraživačkog problema je pretpostavljena i hipoteza H 2.1 koja glasi: *Pretpostavlja se da će postojati razlike u razini suicidalnih simptoma djevojaka i mladića na način da će djevojke iskazivati više suicidalnih simptoma u odnosu na mladiće.* Rezultati provedenog hi-kvadrat testa ukazuju da nema statistički značajne razlike u razini iskazanih simptoma suicidalnosti u odnosu na spol sudionika, odnosno rezultati nisu potvrdili navedenu hipotezu.

Gledajući rezultate za ukupnu razinu rizika, kod 37,66% djevojaka i 33,96% mladića postoji prisutan rizik od suicidalnosti. Razina rizika je uglavnom podjednako zastupljena u oba spola: blagi rizik prisutan je kod 15,58% djevojaka i 16,98% mladića; umjereni rizik kod 9,09% djevojaka i 8,18% mladića i visoki rizik prisutan je kod 5,85% djevojaka i 5,66% mladića. Najveća razlika u spolu vidljiva je kod visoke razine rizika suicidalnosti koja je prisutna kod 7,1% djevojaka i 3,1% mladića.

Analizom pojedinih simptoma suicidalnosti, vidljiva je veća zastupljenost istih kod adolescentica nego kod adolescenata. Djevojke u nešto većem broju izvještavaju o samoozljeđivanju (13,4%Ž, 9,9%M), ozbiljnom razmatranju mogućnosti samoubojstva (13,7%Ž, 12,5%M), izradi plana počinjenja samoubojstva (8,6%Ž, 6,7%M) kao i o pokušaju suicida (3,5%Ž, 2,9%M).

Spol se kontinuirano ističe kao jedan od glavnih sociodemografskih faktora povezan s varijacijama u suicidalnom ponašanju (Freeman i sur., 2017). Za većinu zemalja se u literaturi pronalaze podaci koji govore da muškarci u većoj mjeri počinju samoubojstvo, čak i do 4 puta više no žene (Glenn i sur., 2019). Veća stopa smrtnosti od samoubojstava među pripadnicima muškog spola se pripisuje nizu čimbenika: većoj upotrebi smrtonosnih sredstava kao što su vješanje i uporaba vatrenog oružja (Callanan i Davis, 2012 prema Glenn i sur., 2019) i većoj izraženosti rizičnih ponašanja povezanih sa suicidom (npr. konzumacija sredstava ovisnosti, agresivnost, traženje rizika; Bozzay i sur., 2014; prema Glenn i sur., 2019). No, iako su 3 od 4 počinjena suicida upravo suicidi muškaraca, velik je broj istraživanja koji govori o većem broju pokušaja suicida kod žena no muškaraca, što je u literaturi poznato kao „paradoks spola.“ Glenn i suradnici, autori metaanalize provedene 2019. godine navode da, iako su ukupne stope samoubojstava veće među muškarcima nego među ženama, ova razlika u spolu nije ujednačena na globalnoj razini niti stabilna tijekom vremena. Zaključuju da razlike u spolu kod počinjenih

samoubojstava zapravo naglašavaju važnu ulogu kulturalnih i okolinskih čimbenika u suicidalnom ponašanju mladih. U literaturi se glede drugih ispitivanih suicidalnih ponašanja pronalaze podaci koji govore o većoj zastupljenosti samoozljeđivanja, suicidalnih ideacija i planiranja među djevojkama. Među 15-godišnjacima je primijećena veća prisutnost suicidalne ideacije, planiranja i pokušaja za djevojke no mladiće, kao i veća vjerojatnost za djevojke nego mladiće da će pokušati suicid (Boergers i Spirito, 2003). Podaci o američkom uzorku adolescenata (Ivey-Stephenson i sur., 2020) govore da je kod djevojaka veća prisutnost ozbiljnog razmatranja mogućnosti suicida (24,1%Ž, 13,3%M); da djevojke u većoj mjeri iskazuju o izrađenom planu suicida (19,9%Ž, 11,3%M) i da djevojke u većoj mjeri pokušaju suicid (11,0%Ž, 6,6%M). Također, nalaze se podaci koji govore da suicidalne ideacije započinju u ranijoj dobi kod djevojaka no kod mladića, iako nema spolnih razlika u pripremnim suicidalnim radnjama, što može navesti na zaključak da je prijelaz sa razmišljanja o suicidu ka suicidalnim radnjama brži kod mladića, ili da djevojke ranije i bolje komuniciraju o emocionalnim stanjima (Villar-Cabeza i sur., 2022). Neki autori ove razlike objašnjavaju i razvojnim razlikama, navodeći da su djevojke u dobi 14-16 godina u daljim razvojnim fazama no mladići. Pri razumijevanju ovih spolnih razlika važno je imati na umu da djevojke pokazuju više razine internaliziranih problema dok su kod mladića prisutniji eksternalizirani problemi, iz čega bi se moglo zaključiti da mladići uglavnom svoje probleme iskazuju kroz „acting out“ i agresivna ponašanja, dok su kod djevojaka prisutnija autodestruktivna ponašanja (Kaess i sur., 2011). Isti autori pri objašnjenju spolnih razlika navode spremnost djevojaka na traženje pomoći, no istovremeno su djevojke sklonije ruminaciji o problemima s kojima se suočavaju što utječe na njihovu dobrobit. Objašnjenje je moguće pronaći i u različitoj socijalizaciji djevojaka i mladića, kao i u različitim iskustvima u djetinjstvu (npr. seksualno zlostavljanje je češće nad djevojčicama no dječacima). Postoje brojni čimbenici koji utječu na prisutnost suicidalnih simptoma, kao i njihove razlike u odnosu na spol. Fergusson i sur. (1993; prema Kaess i sur., 2011) navode da su spolne razlike u iskazanim suicidalnim rizicima odraz spolnih razlika povezanih sa problemima mentalnog zdravlja tj. psihopatologijom.

Treći istraživački problem bio je utvrditi razinu povezanosti između iskazanih razina simptoma suicidalnosti adolescenata i čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja mladih (kompetentnost, samosvijest, karakter, povezanost s drugima, brižnost) kod adolescenata.

Unutar trećeg istraživačkog pitanja postavljena je i hipoteza H 3.1 koja glasi: *Pretpostavlja se da će postojati povezanost između čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja sa suicidalnim*

simptomima adolescenata te da će ta povezanost biti negativna na način da će viša razina čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja biti povezana s nižom razinom suicidalnih simptoma, odnosno da će nedostatak čimbenika 5C modela pozitivnog razvoja biti povezan s višom razinom suicidalnih simptoma. Za početak su provedeni t-testovi kako bi se provjerilo postoji li razlika u razvijenosti indikatora pozitivnog razvoja između onih kod koji je suicidalna simptomatologija izražena, i onih kod kojih nije (za svaku česticu). Kod ispitivanja razlike između onih koji su se samoozlijeđivali, onih koji su ozbiljno razmišljali o počinjenju suicida, onih koji su napravili plan, onih koji izvještavaju o pokušajima suicida te onih koji niječu takve simptome utvrđen je isti obrazac: statistički značajna razlika prisutna je kod karakteristika kompetencija, samosvijesti, povezanosti i karaktera, ali ne i brižnosti.

Kada smo gledali ukupnu razinu rizika, primjenom Spearmanovog koeficijenta korelacije, utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost između rezultata na dimenziji simptoma suicidalnosti i dimenziji određenih razina karakteristika pozitivnog razvoja mladih. Statistički značajna negativna povezanost utvrđena je između suicidalnosti i samosvijesti ($r=-,452$, $p<0,05$), suicidalnosti i povezanosti ($r=-,380$, $p<0,05$), suicidalnosti i kompetencija ($r=-,263$, $p<0,05$) i suicidalnosti i karaktera ($r=-,200$, $p<0,05$), ali ne i između suicidalnosti i brižnosti ($r=-,047$, $p>0,05$). Drugim riječima, adolescenti koji imaju razvijenije karakteristike pozitivnog razvoja mladih (samosvijest, povezanost, kompetencije, karakter), iskazuju manje simptoma suicidalnosti. Budući da isto ne možemo tvrditi za odnos karakteristike brižnosti i simptoma suicidalnosti, hipoteza je djelomično potvrđena.

Brojna istraživanja pokazala su povezanost karakteristika 5C modela pozitivnog razvoja sa pozitivnim razvojnim ishodima mladih: više razine samoregulacije, bolji akademski uspjeh, pozitivan odnos prema budućnosti, veći doprinos samom sebi i široj zajednici, bolje mentalno zdravlje i sl. Rezultati ovog istraživanja u skladu su s istraživanjima koja se odnose na povezanost između karakteristika pozitivnog razvoja mladih i internaliziranih problema. Na primjer, Kozina i sur. (2021) zaključuju da postoji negativna povezanost „općeg faktora“ pozitivnog razvoja, kao i karakteristika samosvijesti i povezanosti s drugima sa iskazanom anksioznošću (što su mladi samosvjesniji i povezaniji, to je manje iskazane anksioznosti); no, brižnost je s anksioznošću značajno pozitivno povezana (što su mladi brižniji, to je viša iskazana anksioznost). Gomez i sur. (2022) u istraživanju dolaze do rezultata koji ukazuju na to da postoji značajna negativna korelacija između kompetencije, samosvijesti, povezanosti s drugima i karaktera s depresijom; međutim, brižnost je u pozitivnoj korelaciji s depresijom. Holsen i sur. (2016) prepoznaju da su koncepti 5C modela pozitivnog razvoja u pozitivnoj

korelaciji sa zadovoljstvom životom i osnaživanjem, a u negativnoj korelaciji sa simptomima anksioznosti. No, i u ovom se istraživanju utvrdilo da je brižnost u pozitivnoj korelaciji sa simptomima depresivnosti i anksioznosti, što bi ukazivalo na sukladnost s rezultatima dobivenima u ovom diplomskom radu.

Viša razina kompetencija utječe na osjećaj postignuća, bolje nošenje sa stresom i adekvatnijim strategijama rješavanja problema, kao i osjećaju kontrole i samoeфикаsnosti, što sve utječe na smanjenje osjećaja bespomoćnosti, niže razine depresije i anksioznosti te pozitivno utječe na mentalno zdravlje. Pozitivnija samosvijest označava veće samopouzdanje i sigurnost u vlastite sposobnosti suočavanja sa izazovima, može dovesti do veće spremnosti za traženje pomoći i podrške te doprinosi osjećaju nade i otpornosti. Snažne veze s „bitnim drugima“ i pozitivni odnosi kontinuirano su povezani s boljim ishodima mentalnog zdravlja, uključujući niže stope depresije, anksioznosti i suicidalnih simptoma. U svojoj socijalnoj mreži, pojedinac zadovoljava svoje potrebe, osjeća pripadnost, prihvaćanje i podršku – naročito u izazovnijim životnim razdobljima. Razvijanje pozitivnih karakternih osobina kao što su empatija i odgovornost, može potaknuti prosocijalno ponašanje i promicati emocionalno blagostanje, utjecati na osjećaj smislenosti i svrhovitosti života te doprinijeti razvoju snažnog „moralnog kompasa“ koji može djelovati kao zaštitni čimbenik u prevenciji uključivanja u autodestruktivna ponašanja, uključujući suicidalne ideje i pokušaje. Iako se u brojnim istraživanjima empatija ističe kao zaštitni čimbenik za mentalno zdravlje mladih, brižnost je u navedenim istraživanjima pozitivno korelirala s internaliziranim problemima mentalnog zdravlja. Važno je razumjeti da mladi u adolescenciji postaju sve svjesniji i obazriviji prema emocijama drugih, naročito onih do kojih im je stalo te da se razvija i snažna senzibiliziranost za percipiranu nepravdu. Stoga kod objašnjavanja povezanosti brižnosti i određenih fenomena, treba detaljnije istražiti utjecaj same empatije i suosjećanja prema sebi. Naime, suvremeniji pristupi u društvenim znanostima navode da je zaštitni čimbenik za dobro mentalno zdravlje više vezan uz samosuosjećanje i suosjećanje prema drugima budući da ima aktivnu ponašajnu komponentu i ne podrazumijeva preplavlivanje tuđim emocijama (npr. samoregulaciju emocija, mrežu podrške pojedinca, način socijalizacije i sl.). Empatija može značiti i „emocionalnu zarazu“ te „utapanje u tuđim emocijama“, dok suosjećanje, kao uvažavanje osjećaja i emocija, dovodi do smanjenja njihovog intenziteta, stvarajući tako prostor za spektar konstruktivnih odgovora na trenutnu situaciju. To omogućuje prevladavanje trenutne nelagode i njezino prihvaćanje kao dio ljudskog iskustva (Rudelić, 2021). dok suosjećanje kao uvažavanje osjećaja i emocija dovodi do umanjenja njihova intenziteta što otvara prostor spektru aktualnih

konstruktivnih odgovora na nastalu situaciju, prevladavanje trenutnog neugodnog iskustva i njegovo prihvaćanje kao dio ljudskog iskustva (Rudelić, 2021). Također, za pozitivne razvojne ishode mladih važno je promicati zamjenu samokritičnosti i samoosuđivanja sa razumijevanjem i blagonaklonošću prema sebi jer se tako zaštitnički djeluje na mentalno zdravlje pojedinca (Berking i Whitley, 2014, prema Rudelić, 2021).

Veća razvijenost karakteristika modela pozitivnog razvoja povezana je sa uspješnim razvojnim ishodima što je vidljivo u različitim okruženjima. Na primjer, pristup pozitivnog razvoja mladih utječe na smanjenje konzumacije opojnih sredstava, nasilja i pokušaja suicida u Peruu i Kolumbiji (Manrique-Millones i sur., 2021); na smanjenje konzumacije alkohola i sredstava ovisnosti, nasilja, stopa kriminaliteta, pokušaja suicida i depresije u Latinskoj Americi (Manrique-Millones i sur., 2021), na smanjenje stopa suicida, neželjenih trudnoća i prekomjerne težine u Novom Zelandu (Fernandes i sur., 2021); te je u brojnim istraživanjima dokazan njegov pozitivan utjecaj na dobrobit mladih.

9.1 Ograničenja i implikacije istraživanja

Dobivene rezultate, s obzirom na cilj i istraživačke probleme, važno je razmatrati uzimajući u obzir ograničenja provedenog istraživanja. Najprije u obzir treba uzeti uzorak ispitanika, odnosno činjenicu da je korišten prigodni uzorak ispitanika iz veće studije te bi u budućim konačne zaključke o ispitanim odnosima trebalo temeljiti na ukupnom broju sudionika. Također, početni uzorak ovog istraživanja smanjen je zbog nepotpunog odgovaranja jednog dijela sudionika i zbog malog uzorka onih koji nisu htjeli odgovoriti na pitanje o spolu. Iako cjelokupni diplomski rad pobliže opisuje odnos između simptoma suicidalnosti i indikatora pozitivnog razvoja mladih, dobivene rezultate ne možemo generalizirati na cijelu adolescentsku populaciju.

Sljedeći nedostatak ovog istraživanja odnosi se na činjenicu da se zaključci o prisutnosti suicidalne simptomatologije i razvijenosti karakteristika pozitivnog razvoja mladih temelje isključivo na samoprocjeni adolescenata. Drugim riječima, provedbom upitnika dobiven je uvid u procjenu adolescenata o vlastitom stanju koje ne mora nužno odgovarati stvarnom stanju.

Nadalje, potrebne su detaljnije obrade podataka kao i dublja analiza povezanosti istraživanih konstrukata kako bi se mogli donijeti detaljniji i sveobuhvatniji zaključci.

Međutim, unatoč ograničenjima provedenog istraživanja, važno je napomenuti da rezultati ovog istraživanja mogu pružiti vrijedne uvide za predlaganje smjernica usmjerenih na

prevenciju internaliziranih problema među mladima. U istraživanju se pokazalo da oni adolescenti koji imaju razvijenije karakteristike 5C modela pozitivnog razvoja, imaju manje izraženu razinu simptoma suicidalnosti. Iako ne možemo govoriti o jednoznačnom odnosu simptoma suicidalnosti i pozitivnog razvoja mladih, s obzirom na to da u tom odnosu posreduju i druge varijable, podatci dobiveni u ovom istraživanju mogu biti indikator potrebe za daljnja istraživanja i poticaj na ista. Osim što je razina razvoja karakteristika 5C modela pozitivnog razvoja povezana sa smanjenjem suicidalnih simptoma, pregled literature i istraživanja ističu i brojne druge pozitivne učinke i doprinos 5C modela pozitivnog razvoja ukupnoj dobrobiti mladih. S obzirom na to da adolescencija uključuje značajne promjene u emocionalnom i društvenom životu pojedinaca, važno je podići svijest o ulozi okruženja i njegova utjecaja na omogućavanje pozitivnih razvojnih ishoda za sve mlade.

10. Zaključak

Suicidalnost mladih prepoznata je kao veliki javnozdravstveni problem na svjetskoj razini. Fenomen suicida teško je jednoznačno odrediti te uzroci suicidalnog ponašanja nisu u potpunosti otkriveni, no zasigurno su rezultat složenog djelovanja različitih čimbenika. Za razumijevanje određenog stanja kod pojedinca potrebno je uzeti u obzir samog pojedinca, ali i društveni kontekst u kojem pojedinac živi. Brojna istraživanja ukazala su na povezanost 5C modela pozitivnog razvoja sa pozitivnim razvojnim ishodima.

Cilj ovoga rada bio je ispitati ulogu indikatora pozitivnog razvoja u objašnjenju simptoma suicidalnosti kod adolescenata, odnosno, utvrditi odnos karakteristika 5C modela pozitivnog razvoja mladih (kompetencije, samosvijest, karakter, povezanost s drugima, brižnost) sa simptomima suicidalnosti kod adolescenata u Hrvatskoj. Uz navedeno, ispitane su i spolne razlike u iskazivanju suicidalnih simptoma.

Dobiveni rezultati ukazuju na to da 64,2% adolescenata ne izražava nikakve simptome suicidalnosti, ali i na zabrinjavajuć podatak da nešto više od 1/3 adolescenata (točnije 35,8%) izražava određenu suicidalnu simptomatologiju. Ovi rezultati govore o alarmantnoj potrebi za kvalitetnim preventivnim intervencijama posebno uzimajući u obzir spoznaju da ozbiljnost suicidalnih misli povećava rizik od pokušaja samoubojstva, dok sami pokušaji povećavaju rizik od izvršenih samoubojstava (Nock i sur., 2008). Stoga su posebno važni i dobiveni rezultati o prisutnosti pojedinih rizika suicidalnosti, naime, 23,3% adolescenata izvještava o samoozljeđivanju, dok njih 76,7% isto nije čine te njih 26,2% izvještava o ozbiljnom razmatranju mogućnosti počinjenja suicida, a 73,8% o istome ne izvještava. Nadalje, rezultati ukazuju na to da je 15,3% adolescenata izradilo plan o počinjenju suicida te da je 6,4% adolescenata imalo pokušaj suicida. Rezultati istraživanja ukazuju da nema statistički značajne razlike u razini iskazanih simptoma suicidalnosti s obzirom na spol sudionika. Ukupne stope samoubojstava veće su među muškarcima nego među ženama, no ova razlika u spolu nije ujednačena na globalnoj razini niti stabilna tijekom vremena, već odražava važnu ulogu kulturalnih i okolinskih čimbenika. Pri razmatranju suicidalnog ponašanja važno je i koja ponašanja se ispituju, jer se u literaturi glede drugih ispitivanih suicidalnih ponašanja pronalaze podaci koji govore o većoj zastupljenosti samoozljeđivanja, suicidalnih ideacija i planiranja među djevojkama – što se pokazalo i u ovom istraživanju. Nadalje, utvrđeno je da postoji statistički značajna negativna povezanost između karakteristika pozitivnog razvoja mladih (samosvijest, povezanost, kompetencije, karakter) i simptoma suicidalnosti, odnosno da adolescenti koji imaju razvijenije karakteristike pozitivnog razvoja mladih iskazuju manje simptoma

suicidalnosti. Međutim, takva povezanost nije utvrđena kad je riječ o odnosu između karakteristike brižnosti i simptoma suicidalnosti, što se dijelom može objasniti porastom brige za emocije drugih i senzibiliziranosti za percipiranu nepravdu koja raste u adolescenciji, ali je potrebno dodatno istražiti i neke druge povezane čimbenike (npr. samoregulacija emocija, mreža podrške, način socijalizacije).

U ovom radu prikazane dosadašnje spoznaje kao i rezultati samog istraživanja upućuju na potrebu za ranim prepoznavanjem i pravovremenim reagiranjem, prevencijom i tretmanom prisutnih ranjivosti kod mladih pojedinaca. Nadalje, nužno je provesti istraživanja o sličnim konstruktima u Hrvatskoj, koji trenutno nedostaju, kako bi se stekla nova znanja koja mogu osvijetliti problem suicida adolescenata; ali i detaljnije istražile povezanosti karakteristika pozitivnog razvoja i dobrobiti mladih. Rezultati ovog rada sugeriraju da bi se na stopu suicidalnosti mladih moglo djelovati intervencijama koje osnažuju samosvijest mlade osobe, povezanost s drugima u svojoj okolini, pružaju prilike za izgradnju kompetencija te osnažuju karakterne osobine mlade osobe. Budući da adolescencija uključuje velike promjene u emocionalnom i socijalnom životu svakog pojedinca, važno je osvijestiti ulogu okoline i kao dio iste te okoline preuzeti odgovornost i djelovati s ciljem omogućavanja pozitivnih razvojnih ishoda svim mladima.

11. Literatura

1. Antolić B, Novak M. Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. *Psihologijske teme*. 2016;25(2):317-339.
2. Arnone, J. M. (2014). Adolescents may be older than we think: Today 25 is the new 18, or is it? *International Journal of Celiac Disease*, 2(2), 47-49.
3. Bader, Z. (2019). Odnos čimbenika pozitivnog razvoja mladih i dobrobiti: diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet, Osijek.
4. Bašić, J., Novak, M. (2008). Internalizirani problemi kod djece i adolescenata: obilježja i mogućnosti prevencije. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (3), 473-498.
5. Beck, J.S. (2007). *Kognitivna terapija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. i Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
7. Begić, D. (2013) Kognitivno-bihevioralna terapija depresije // *Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, **19**. 106; 171-174
8. Benson, P., Scales, P., Hamilton, S. i Sesma, A. (2006). Positive Youth Development: Theory, Research, and Applications. U Damon, W. i Learner, R.M. (ur.) *Handbook of Child Psychology* (894-941). New York: John Wiley & Sons.
9. Berk LE. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada slap, 2008.
10. Boergers, J., & Spirito, A. (2003). Evaluating and treating adolescent suicide attempters: Chapter 12 - The outcome of suicide attempts among adolescents. *Practical Resources for the Mental Health Professional: Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (pp. 261-276).
11. Boričević Maršanić, V., Buljan Flander, G. i Brezinščak, T. (2021). Suicidalnost u djece i adolescenata: Priručnik za stručnjake i roditelje. Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba.
12. Bouillet, D. , Uzelac, S. (2007). *Osnove socijalne pedagogije*. Zagreb: Školska knjiga.
13. Brečić, P. (2017). Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*, 26 (2 Psihijatrija danas), 173-183. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/189043>
14. Christie, D., Viner, R. (2005). Adolescent development. *Bmj*, 330(7486), 301-304.
15. Čiš, N. (2020). Pozitivni razvoj mladih, rizično ponašanje i briga o zdravlju: diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet, Osijek.
16. Dahl, R.E. (2004). Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021 (1), 1 – 22.

17. 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.
18. Damon, W. (2004). What is Positive Youth Development? *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 13–24. <https://doi.org/10.1177/0002716203260092>
19. Dodig-Curkovic, K. (2017). Adolescentna kriza – kako je dijagnosticirati i liječiti? *Medicus*, 26(2), 223-227.
20. Drakulić – Mindoljević A., *Suicid fenomenologija i psihodinamika*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
21. Fairchild, G. i Smaragdi, A. (2018). The Neurobiology of Offending Behaviour in Adolescence. U: A. R. Beech, A. J. Carter, R.E. Mann i P. Rotshtein (ur.), *The Wiley Blackwell Handbook of Forensic Neuroscience* (421 - 453). New Jersey: Wiley Blackwell
22. Fernandes, D., Fetvadjev, V., Wium, N., & Dimitrova, R. (2021). The 5Cs of Positive Youth Development in New Zealand: Relations with Hopeful Expectations for the Future and Life Satisfaction Among Emerging Adults. In Dimitrova, R., & Wium, N. (Eds.), *Handbook of Positive Youth Development: Advancing Research, Policy, and Practice in Global Contexts*. Springer.
23. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Psychiatria polska*. 2017;51(3):407-411.
24. Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2019). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294-308. doi:10.1111/jcpp.13106
25. Holsen, I., Geldhof, J., Larsen, T., Aardal, E. (2016) The Five Cs of Positive Youth Development in Norway: Assessment and Associations with Positive and Negative Outcomes. *International Journal of Behavioral Development* 1–11
26. Hrvatski zavod za javno zdravstvo Registar izvršenih samoubojstava (2022. 2021, 2020).
27. Ivey-Stephenson, A. Z., Demissie, Z., Crosby, A. E., Stone, D. M., Gaylor, E., Hawkins, J., Wilkins, N., & West, S. L. (2020). Suicidal ideation and behaviors among high school students — Youth Risk Behavior Survey, United States. *MMWR Supplements*, 69(1), 47-55.

28. Joiner, T. E., Jr. (2005). *Why People Die by Suicide*: Cambridge, MA: Harvard University Press.
29. Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R., & Resch, F. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: A population-based study. *BMC Public Health*, 11, 597.
30. Keeley, B. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind--Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*. UNICEF.
31. Kirša, I. (2015). *Uloga privrženosti i impulzivnosti u objašnjenju javljanja suicidalnih misli i samoozljeđivanja studenata (Diplomski rad)*. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:713555>
32. Kober Vrbat, I. (2022). Suicidalnost i prevencija suicidalnosti među djecom i mladima čiji roditelji imaju mentalnih poteškoća: analiza stanja u Hrvatskoj. *Medicina Fluminensis*, 58 (1), 46-54. https://doi.org/10.21860/medflum2022_271156
33. Koller-Trbović, N., Žižak, A., Jeđud Borić, I. (2011): Standardi za terminologiju, definiciju, kriterije i način praćenja pojave poremećaja u ponašanju djece i mladih. Povjerenstvo za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladih Vlade Republike Hrvatske. Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. Zagreb
34. Kozarić-Kovačić, D. i Jendričko, T. (2004). Suicidalnost i depresija. *Medicus*, 13 (1_Depresija), 77-87. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/19809>
35. Kozina A., Gomez-Baya D., Gaspar de Matos M., Tome G., Wium N. (2021). The Association Between the 5Cs and Anxiety—Insights From Three Countries: Portugal, Slovenia, and Spain. *Frontiers in Psychology*, Vol 12, br
36. Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Medicus*, 18 (2), 155 – 172.
37. Lacković-Grgin, K. (2005), *Psihologija adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
38. Lebedina Manzoni, M. (2007): *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Zagreb: Naklada Slap
39. Lebedina Manzoni, M., Maglica, T. (2004) Suicid adolescenata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40 (1), 139-148. 46-54. https://doi.org/10.21860/medflum2022_271156
40. Ledinski Fičko S, Čukljek S, Smrekar M, Hošnjak AM. Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata – sistematičan pregled literature. *Journal of Applied Health Sciences*. 2017;3(1):61-71.

41. Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C. i Lerner, J. V. (2005). Positive Youth Development A View of the Issues. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 10-16.
42. Lerner, R. M., Lerner, J. V. i Benson, J. B. (2011). Positive youth development: research and applications for promoting thriving in adolescence. *Advances in child development and behavior*, 41, 1-17.
43. Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y. i Bowers, E. P. (2009). Positive youth development. U Lerner, R.M. i Steinberg, L. (ur.) *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (524–558). New York: John Wiley & Sons.
44. Lerner, R.M. i Lerner, J.V. (ur.) (2013). *The Positive Development of Youth: Comprehensive Findings from the 4-h Study of Positive Youth Development*. Massachusetts: Tufts University.
45. Mandarić, V.B. (2000). *Religiozni identitet zagrebačkih adolescenata*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
46. Manrique-Millones, D. L., Pineda-Marin, C. P., Millones-Rivalles, R. B., & Dimitrova, R. (2021). The 7Cs of Positive Youth Development in Colombia and Peru: A Promising Model for Reduction of Risky Behaviors Among Youth and Emerging Adults. Dimitrova, R., & Wiium, N. (Eds.), *Handbook of Positive Youth Development: Advancing Research, Policy, and Practice in Global Contexts*. Springer.
47. Medanić, I. (2019). Neki osobni prediktori suicidalnosti studenata. Specijalistički rad. Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju.
48. McNicolas, F. (2017). Suicide in Europe: an on-going public health concern. *Soc. psihijat*. Vol. 45 (1). 22-29
49. Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske (2022, 2021, 2020) Statistički pregled temeljnih sigurnosnih pokazatelja i rezultata rada <<http://www.mup.hr>>. Pristupljeno
50. Ninčević, M. (2009). Izgradnja adolescentskog identiteta u današnje vrijeme. *Odgovorne znanosti*, 1 (11), 119-141
51. Novak, M., Ferić, M., Kranželić, V. i Mihić, J. (2019). Konceptualni pristupi pozitivnom razvoju adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 26 (2), 155-184
52. Novak, M., Ferić, M., Kranželić, V., Mihić, J. i Belošević, M. (2019). *Pozitivan razvoj adolescenata u Hrvatskoj: Kako je biti adolescent u Hrvatskoj danas?* Neobjavljeni rad, Sveučilište u Zagrebu. Laboratorij za preventivna istraživanja, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Preuzeto s: www.mzo.gov.hr (30. svibnja 2021).

53. Novak, M., Parr N.J., Ferić, M., Mihić, J., Kranželić, V. (2022). Positive Youth Development in Croatia: School and Family Factors Associated With Mental Health of Croatian Adolescents.
54. O'Connor, R. C., Knock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.
55. Pongračić, P. (2019). *Uloga internaliziranih problema u objašnjenju pozitivnog mentalnog zdravlja adolescenata* (diplomski rad). Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Zagreb
56. Portes, P.R., Sandhu, D.S. i Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: A psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. *Adolescence*, 37, 805-814
57. Pupovac, I.D. (2017) Suicidi kod osoba koje nemaju psihički poremećaj (Diplomski rad). Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet
58. Ricković, V., Ladika, M. (2021). Mentalno zdravlje djece i adolescenata: prevalencija i specifičnosti mentalnih poremećaja, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, Vol 17, br 56, 32-38
59. Rubin, E. (2021). *Suicidalna ponašanja u adolescentnoj dobi* (Završni rad). Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu, Split.
60. Rudelić, L. (2021). *Odnos suosjećanja prema sebi i drugima te mentalnog zdravlja* (Diplomski rad). Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.
61. Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.
62. Stanić I. *Samoubojstvo mladih velika zagonetka*, Medicinska naklada, Zagreb 1999
63. Svjetska zdravstvena organizacija (2014). Mental health: a state of well-being. Preuzeto sa: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
64. United Nations Children's Fund (UNICEF), (2011): State of the World's Children 2011. Retrieved from <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2011>
65. Villar-Cabeza, F., Lombardini, F., Sánchez-Fernández, B., Vila-Grifoll, M., Esnaola-Letemendia, E., Vergé-Muñoz, M., Navarro-Marfisis, M. C., & Castellano-Tejedor, C. (2022). Gender differences in adolescents with suicidal behaviour: Personality and psychopathology / Diferencias de género en adolescentes con conducta suicida: Personalidad y psicopatología. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(2), 16-25.

66. Van Orden K.A., Cukrowicz, K.C., Witte, T.K., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner, T.E.: The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010 Apr;117(2):575-600.
67. Wium, N., Dost-Gözkan, A., Kasic, M. (2019). Developmental assets among young people in three European contexts: Italy, Norway and Turkey. *Child & Youth Care Forum*, 48(2), 187–206
68. World Health Organization. (2004) Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report).
69. World Health Organization (2014) Preventing suicide: A global imperative.
70. World Health Organization (2021) Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva
71. Whitlock, J., Wyman, P. A., & Moore, S. R. (2014). Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(3), 246-272. <https://doi.org/10.1111/sltb.12071>