



Željko Ključević i suradnici

**ZAŠTITA
MENTALNOG
ZDRAVLJA
DJECE I MLADIH
ULOGA
JAVNOZDRAVSTVENIH
PROJEKATA**



Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Služba za mentalno zdravlje

www.nzjz-split.hr



NE ovisni ĐIR

Željko Ključević i suradnici

ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA DJECE I MLADIH ULOGA JAVNOZDRAVSTVENIH PROJEKATA

Split, 2016.

Izdavač:

Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije
Služba za mentalno zdravlje

Za izdavača:

mr. sc. Jasna Ninčević, dr. med., spec. epidemiolog
Željko Ključević, dr. med., spec. psihijatar

Glavni urednik:

Željko Ključević, dr. med., spec. psihijatar

Lektura i korektura:

Daria Matošić, mag. philol. croat. et mag. paed.

Ilustracija knjige:

Učenici i djelatnici Osnovne škole „Meje“ Split na temu: „Igrao kroz život“; „Početak je pola cijelog“, Sanja Mamić, prof., dipl. bibl., Jadranka Gegić-Blajić, Marija Vujević, nastavnice razredne nastave, Katja Perić, profesor-savjetnik

Priprema, oblikovanje i tisak:

Učenici Škole za dizajn, grafiku i održivu gradnju Split
Marko Dragun, ing. stroj., Elza Vukičević, mag. dizajna

Izdano: 500 primjeraka

ISBN: 978-953-56756-8-6

CIP - Katalogizacija u publikaciji
SVEUČILIŠNA KNJIŽNICA
U SPLITU

UDK 159.913
159.922.7/.8

KLJUČEVIĆ, Željko

Zaštita mentalnog zdravlja djece i
mladih : uloga javnozdravstvenih projekata
/ Željko Ključević i suradnici. - Split :
Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-
dalmatinske županije, 2016.

Bibliografija.

ISBN 978-953-56756-8-6

I. Adolescenti -- Psihičko zdravlje II.
Djeca -- Mentalno zdravlje

160728041

*Sva prava pridržana. Ni jedan dio ove knjige ne može biti objavljen ili pretisnut bez prethodne
suglasnosti izdavača i vlasnika autorskih prava.*

AUTORI

doc. dr. sc. **Tomislav Franić**, dr. med., spec. dječji psihijatar, Klinika za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Split, Katedra za psihijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

Mirela Grbić, prof. defektolog, stručni suradnik, voditeljica Odsjeka za preventivne programe, Služba za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Željka Karin, dr. med., univ. mag. spec. školske medicine, voditeljica Službe za školsku i sveučilišnu medicinu Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Katedra za pedijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

Đurđica Kaurlooto Martinić, dipl. pedagog i sociolog, viša stručna savjetnica za pedagoge, Agencija za odgoj i obrazovanje – Podružnica Split

Željko Ključević, dr. med., spec. psihijatar, voditelj Službe za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Davorka Kovačić Borković, prof. psiholog, stručni suradnik, voditeljica Odsjeka za savjetovanje i edukaciju, Služba za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

prof. dr. sc. **Vjekoslav Krželj**, dr. med., spec. pedijatar, Klinika za dječje bolesti, Klinički bolnički centar Split, Katedra za pedijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

Luči Lončar, dipl. defektolog, viša savjetnica za stručne suradnike i učitelje edukacijsko-rehabilitacijskog profila, Agencija za odgoj i obrazovanje – Podružnica Split

Toni Maglica, prof. socijalni pedagog, savjetodavatelj udruge „MoST“ Split, predavač na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Splitu

doc. dr. sc. **Davor Mikas**, pedagog, stručni suradnik, Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin, Fakultet prirodoslovno-matematičkih i odgojnih znanosti Sveučilišta u Mostaru

Roberta Matković, prof. sociolog, stručni suradnik, voditeljica Odsjeka za istraživanje, prikupljanje i analizu podataka, Služba za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

mr. sc. **Jasna Ninčević**, dr. med., spec. epidemiolog, ravnateljica Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

mr. **Žana Pavlović**, specijalist školske i predškolske psihologije, stručni suradnik, Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin

doc. dr. sc. **Dunja Pivac**, prof. likovne kulture, Umjetnička akademija Sveučilišta u Splitu

prof. dr. sc. **Marijan Saraga**, dr. med., spec. pedijatar, Klinika za dječje bolesti, Klinički bolnički centar Split, Katedra za pedijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

Bernarda Roudi, odgojitelj, Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin

Vesna Reić Šustić, prof. psiholog, Centar za odgoj i obrazovanje „Slava Raškaj“ Split

doc. dr. sc. **Ingrid Tripković**, dr. med., spec. epidemiolog, pom. ravnateljice Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Katedra za javno zdravstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu

Ivona Boban Vrkić, dr. med., specijalizant pedijatrije, Klinika za dječje bolesti, Klinički bolnički centar Split

mr. spec. **Vedrana Ždero**, klinički psiholog, stručni suradnik, Osnovna škola „Stobreč“, Stobreč

SADRŽAJ

Predgovor	11
Riječ urednika	13
Izvadci iz recenzija	14
1. Javno zdravstvo i promicanje zdravlja [Jasna Ninčević, Željko Ključević]	17
1.1. Uloga regionalne i lokalne uprave i samouprave u javnozdravstvenim projektima	18
1.2. Izvori financiranja javnozdravstvenih projekata	18
2. Prevencija mentalnih i ponašajnih poremećaja [Toni Maglica]	20
2.1. Koncept rizičnih i zaštitnih čimbenika u prevenciji	25
3. Zaštita mentalnog zdravlja djece [Žana Pavlović]	30
3.1. Mentalno zdravlje djece, rizični i zaštitni čimbenici razvoja	30
3.2. Djetinjstvo, razvoj privrženosti (<i>attachment</i>) i uloga obitelji u zaštiti mentalnog zdravlja djece	31
3.3. Zaštita mentalnog zdravlja djece u kontekstu predškolske ustanove i predškolskih preventivnih programa	34
3.4. Zašto je važno s preventivnim aktivnostima i zaštitom mentalnog zdravlja započeti u vrtiću?	36
3.5. Uloga odgojitelja rane i predškolske dobi u zaštiti mentalnog zdravlja djece	37
4. Zaštita mentalnog zdravlja mladih [Davor Mikas]	42
4.1. Mladenaštvo	42
4.2. Mladi u suvremenom svijetu	44
4.3. Psihopatologija mladenaštva	46
4.4. Prevencija u zaštiti mentalnog zdravlja mladih	47
5. Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja osoba s teškoćama u razvoju [Vesna Reič Šustić]	53
5.1. Uvod	53
5.2. Potrebe i prava	58
5.3. Rana intervencija	60
6. Odgoj i obrazovanje učenika s teškoćama [Luči Lončar]	65
6.1. Uvod	65
6.2. Odgoj i obrazovanje djece s teškoćama; od segregacije do inkluzije	65
6.3. Zakonski okvir – temelj uključujućeg obrazovanja	66
6.4. Tko su djeca i učenici s teškoćama?	66
6.5. Podrška učenicima s teškoćama u školi	68
6.6. Podrška učenicima s teškoćama u zajednici	70

7. Mentalni poremećaji djece i mladih [Tomislav Franić]	72
7.1. Dječja psihijatrija – argumenti pro i contra; je li djetinjstvo razdoblje bezbrižnosti i sreće ili nije?	72
7.2. Epidemiologija	74
7.3. Kada počinju psihički poremećaji i zašto je to važno?	75
8. Emocionalne poteškoće kod djece školske dobi [Ingrid Tripković]	85
9. Edukacijsko zdravlje i prevencija mentalnih poremećaja djece [Željka Karin]	90
9.1. Uvod	90
9.2. Školski neuspjeh	90
9.3. Preventivna zdravstvena zaštita	91
9.4. Zaključak	93
10. Tretman i intervencije u prevenciji ovisnosti djece i mladih [Željko Ključević]	95
10.1. Uvod	95
10.2. Psihosocijalni tretman i intervencije za djecu i mlade	96
10.2.1. Kratke intervencije	97
10.2.1.1. Tretman jačanja motivacije	97
10.2.1.2. Individualno savjetovanje	97
10.2.2. Duge intervencije	97
10.2.2.1. Tretman/terapija ponašanja	97
10.2.2.2. Individualne i grupne KBT (kognitivno-bihevioralne terapije)	97
10.2.2.3. Obiteljska i suportivno-ekspresivna psihoterapija	97
10.2.2.4. CM za djecu i mlade (<i>Contingency Management</i>)	98
10.2.2.5. Prevencija relapsa	99
10.3. Zaključak	99
11. Javnozdravstveni projekti [Mirela Grbić]	103
11.1. Izrada javnozdravstvenog projekta – od projektne ideje do implementacije	103
11.1.1. Što je projekt?	103
11.1.2. Vrste javnozdravstvenih projekata	104
11.1.3. Što je implementacija?	105
11.2. Procedure i procesi izrade javnozdravstvenih projekata	107
11.2.1. Evaluacija – vanjsko i unutarnje vrednovanje projektnih učinaka/ishoda	108
11.2.2. Analiza kvantitativnih podataka proceduralno	108
11.2.3. Analiza kvalitativnih podataka	109
11.2.4. Vanjsko vrednovanje	111

11.3. Partnerstvo i suradnja u provedbi projekta u Splitsko-dalmatinskoj županiji (primjeri dobre prakse)	111
11.3.1. Opis tijeka projekta „Pretežno vedro“; procesne i sadržajne aktivnosti	111
11.3.2. Od ideje do završne provedbe projekta „Poveži se bojom, približi se slikom“	118
12. Javnozdravstveni projekti u predškolskom okruženju [Davor Mikas, Žana Pavlović, Bernarda Roudi]	122
12.1. Početak prevencije rizičnih ponašanja i ovisnosti u vrtiću	122
12.2. Zašto je važno s preventivnim aktivnostima rizičnih ponašanja i ovisnosti započeti u vrtiću?	123
12.3. Preventivni plakati i projekti	124
12.4. Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin – Stručno-razvojni centar za sigurnosno-zaštitni i preventivni program	125
12.5. Edukativni priručnici za roditelje i odgojitelje	125
12.6. Što i kako u dječjem vrtiću?	127
13. Javnozdravstveni projekti u školskom okruženju [Vedrana Ždero]	135
13.1. Hrvatska iskustva	144
13.2. Iskustva u Splitsko-dalmatinskoj županiji	152
14. Suradnja zdravstvenih i odgojno-obrazovnih ustanova kao pretpostavka planiranja i provedbe aktivnosti na području zaštite mentalnog zdravlja [Đurđica Kaurlo Martinić]	155
14.1. Javnozdravstveni projekti u školskom okruženju	155
14.2. Interdisciplinarni i multidisciplinarni pristup u zaštiti mentalnog zdravlja učenika	156
14.3. Javnozdravstveni projekti kao dio školskog kurikulumu	157
14.4. Osnaživanje učenika za aktivno sudjelovanje u planiranju i provedbi aktivnosti na području zaštite mentalnog i socijalnog zdravlja	158
14.5. Cjelovita kurikulumna reforma – suvremeni pristup i metodologija provedbe aktivnosti javnozdravstvenih projekata u okviru međupredmetnih tema „Zdravlje“ i „Osobni i socijalni razvoj“	159
14.6. Kurikulum međupredmetne teme „Zdravlje“	161
14.7. Kurikulum međupredmetne teme „Osobni i socijalni razvoj“	162
15. Javnozdravstveni projekti u ustanovama socijalne skrbi [Toni Maglica]	166
16. Uloga medija u javnozdravstvenim projektima [Željko Ključević]	170
17. Prevencija u pedijatriji: Dijete u bolnici [Vjekoslav Krželj]	173
18. Prevencija alkoholnih intoksikacija kod djece [Ivona Boban Vrkić, Marijan Saraga]	179
18.1. Povijesni pregled konzumacije alkohola	179

18.2. Akutno trovanje alkoholom	180
18.3. Alkoholiza	180
18.4. Akutna alkoholna trovanja djece	181
18.4.1. Učestalost	181
18.4.2. Obilježja alkoholnih intoksikacija	181
18.4.3. Rizični čimbenici	182
18.4.4. Posljedice	183
18.4.5. Prevencija	183
18.4.6. Akutna alkoholna intoksikacija djece u Hrvatskoj	184
18.4.7. Zaključak	185
19. Javnozdravstvene intervencije	
[Željko Ključević, Davorka Kovačić Borković, Mirela Grbić, Roberta Matković]	188
19.1. Intervencije tijekom provedbe programa selektivnog i indiciranog djelovanja pri Savjetovalištu za djecu i mlade Službe za zaštitu mentalnog zdravlja Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije	188
19.2. Savjetovalište otvorenih vrata	189
19.3. Pokazatelji rada Savjetovališta za djecu i mlade: "I pad je let"	190
19.4. Online intervencija i prevencija; E-savjetovalište za mlade; projekt „Pitaj? Ne skitaj!“	192
19.5. Suvremene intervencije u zajednici, promicanje zdravlja, senzibilizacija javnosti	193
19.6. Rizična ponašanja srednjoškolaca Splitsko-dalmatinske županije	195
19.6.1. Uvod i cilj	195
19.6.2. Ispitanici i metode	195
19.6.3. Preliminarni rezultati	196
19.6.4. Usporedba s ESPAD-om Splitsko-dalmatinske županije iz 2011.	198
19.6.5. Zaključak	199
20. Kreativnost i likovna terapija u zaštiti mentalnog zdravlja djece i mladih	
[Dunja Pivac]	202
20.1. O kreativnosti	202
20.2. Primjena umjetnosti u dijagnostici i terapiji	203
20.3. Terapije umjetnošću (<i>Arts Therapies</i>)	205
20.4. Terapija likovnim izrazom ili likovna terapija (<i>Art Therapy</i>)	207
20.5. Kreativnost i likovna terapija u zaštiti mentalnog zdravlja djece i mladih	208

Predgovor

Zaštita mentalnog zdravlja zahtjevniji je cilj od prevencije i liječenja mentalnih poremećaja. Ona podrazumijeva obvezu bavljenja situacijama i čimbenicima koji možda neće dovesti do mentalnih poremećaja, ali utječu na kompletno ostvarivanje kapaciteta čovjeka i na njegov razvoj. Zaštita mentalnog zdravlja zahtijeva istovremenu uključenost i doprinos raznih socijalnih sektora, i to od onih odgovornih za obrazovanje i rad do onih odgovornih za zdravlje i komunikaciju. Javnozdravstvene službe bi trebale uskladiti rad raznih sektora i uvesti mjere zaštite koje će osigurati da aktivnosti ne prouzrokuju rizike za zdravlje populacije. Od javnozdravstvenih djelatnika se također očekuje da uvjere odgovorne u socijalnim sektorima da poduzmu mjere koje će spriječiti pojavu bolesti i pomoći pri liječenju, a to se rijetko nalazi pod odgovornošću zdravstvenog sustava. Ukoliko javnozdravstveni djelatnici ispune svoje obveze, država može očekivati smanjenje morbiditeta i smrtnosti od mentalnih i fizičkih bolesti te će velik dio stanovništva biti sposoban i voljan sudjelovati u cjelokupnom razvoju države i u poboljšanju kvalitete života stanovnika.

Prema tome, bilo bi logično očekivati od vlade da javnozdravstvenim stručnjacima da ovlast i kapacitet kako bi ispunili ove zadatke, posebno one koji se odnose na zdravlje djece i mladih, a u većini država svijeta to nažalost nije slučaj. Ova knjiga je, dakle, od posebnog značaja jer istovremeno prezentira suvremeno znanje o mentalnim poremećajima i djelovanju na njih te informira o javnozdravstvenim projektima koji nadopunjuju rad usmjeren prema smanjenju učestalosti mentalnih poremećaja. Knjiga tako zagovara suradnju između zdravstvenog sustava i drugih socijalnih sektora koristeći specifične primjere kojima skreće pozornost na područja u kojima je suradnja moguća i na metode koje se u tom smislu mogu primijeniti.

Postoje i druge odlike koje ovu knjigu čine značajnom. Prvo, napisana je i na engleskom jeziku, modernom jeziku znanosti. Većina znanstvene literature napisane na jeziku države kojoj engleski nije ni primarni ni sporedni jezik za komunikaciju ostaje nepoznata u inozemstvu. Upravo je zbog toga već godinama jako slaba suradnja između znanstvenika, liječnika i srodnih struka u različitim državama i s vremenom je stvoren dojam (bar u anglofonom i frankofonom svijetu) da se malo toga vrijednoga može naučiti od onih koji ne govore i ne pišu na engleskom (ili francuskom) jeziku. Baš je zbog toga mnogo izvrsnih radova hrvatskih znanstvenika i stručnjaka u Hrvatskoj ostalo neotkriveno, što je predstavljalo gubitak i za autore i za one koji su mogli naučiti nešto od njih. Ova knjiga bi mogla doprinijeti i uzajamnom poštovanju među stručnjacima u Hrvatskoj i drugdje i poslužiti kao sredstvo kojim se otvaraju vrata i područja suradnje koja do sada nisu uspostavljena.

Drugo, autori poglavlja su iz različitih znanstvenih disciplina. Teoretski, to su stručnjaci iz različitih oblasti – medicinske sestre, liječnici opće prakse, razni medicinski specijalisti i drugi zdravstveni i nezdravstveni radnici, psiholozi, socijalni radnici i socijalni znanstvenici, specijalisti u obrazovanju i profesori, kao i drugi koji bi trebali

zajedno raditi u području mentalnog zdravlja djece i mladih. Međutim, u praksi (iako je stanje malo bolje nego u slučaju psihijatrije koja se bavi mentalnim poremećajima odraslih) suradnja nije naročito dobro razvijena. Prema tome, imati knjigu na kojoj su predstavnici različitih disciplina zajedno radili je zaista vrijednost i primjer koji treba slijediti.

Kao treće, treba napomenuti to da knjiga ne pokriva područje iscrpno, nego se radije hvata tema koje su daleko jedna od druge te tako ilustrira opseg područja promicanja mentalnog zdravlja djece koji bi svatko tko je zainteresiran za poboljšanje mentalnog zdravlja djece i mladih trebao uzeti u obzir.

Uredništvo bi također moglo pohvaliti jasnoću i razumljivost poglavlja te pozornost koju knjiga daje radu s mladim ljudima s poteškoćama i poremećajima. Različiti oblici poremećaja učenja i drugi razvojni poremećaji su među najčešćim mentalnim tegobama djece i mladih, a njima je posvećeno vrlo malo pažnje u knjigama koje se bave dječjom psihijatrijom i psihologijom. Istina je da postoje brojne knjige i članci koji se bave radom i rehabilitacijom mladih s poteškoćama, ali su često odvojeni od materijala koji se bave mentalnim poremećajima. Djelomično objašnjenje za ovu podjelu jest naglasak koji su predstavnici u području razvojnih poremećaja stavili na tvrdnju da ovi poremećaji nisu mentalni poremećaji i da se njima treba baviti na drugačiji način. Tvrdnja je to koja je zasigurno pod utjecajem stigme o mentalnim poremećajima koja je jako velik teret za ljude s mentalnim poremećajima i njihove obitelji. Ipak, iako postoje dobri razlozi za odvajanje pristupa poremećajima razvojnih mentalnih poteškoća i poremećaja od pristupa mentalnim poremećajima, također je bitno prepoznati sličnosti među ovim stanjima i njihove zajedničke elemente; dajući značajnu količinu prostora području koje se bavi ljudima s poteškoćama, ova knjiga svjedoči o potrebi da se ustanovi što se može za njih učiniti u oblasti psihijatrije i u drugim oblastima.

Izbor tema i njihovo obrazloženje je općenito još jedna odlika zbog koje se ova knjiga može lako i opravdano preporučiti bilo kome i svima koje zanima mentalno zdravlje djece i mladih i njegovo promicanje. Trebamo biti zahvalni urednicima knjige i autorima poglavlja za njihov izvrstan rad koji će, bez sumnje, pomoći pri razvoju aktivnosti za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja mladih, što je zadatak od vitalnog značaja za sve one koji se nadaju da će sutra svijet biti nastanjen ljudima dobrog zdravlja i dobre volje, svijet u kojem je zadovoljstvo živjeti.

profesor Norman Sartorius, MD, PhD, FRC Psych

Riječ urednika

Pojam normalnost ima različito značenje za različite ljude u raznim društvenim, kulturnim i povijesnim, ali i stručnim kontekstima. Tako za stručnjake zdravstvenog profila normalno znači zdravo, a kriteriji normalnosti podrazumijevaju odsutnost patologije. Za razliku od liječnika kliničara, sociolozi su skloniji korištenju statističkih pokazatelja kao što su tendencija i frekvencija koji za valjanost uzimaju ono što je tipično ili najčešće. U psihološkim ili humanističkim teorijama učestalost normalnosti je obuhvaćena kao optimum kojem se teži, ali koji nikako i nikome ne može biti ideal jer zvuči pomalo nedostižno. U suvremenom svijetu sve se više uočava njegovanje kulture narcizma, a sve je manje kulture dijaloga koja zahtijeva vrijeme i dobre odnose. Uz veći naglasak na odsutnost ili prisutnost različitih simptoma kod djece i mladih kada je u pitanju normalno ili pataloško (bilo da se radi o patologiji deficita i/ili konflikta), ne treba zanemariti uzroke te njihove roditelje ili skrbnike u kontekstu društvenih zbivanja, a i model koji integrira sistemsku i razvojnu perspektivu osobnog i socijanog s posebnim naglaskom na kontekst i proces kad su u pitanju djeca i mladi.

Je li normalnost u jednoj obitelji ono što je funkcionalno na prvi pogled? Koliko još uvijek za djecu i mlade suvremenog svijeta vrijedi mudra, važna i stara izreka antičkih filozofa koja glasi: „Daj mi pedalj zemlje pa ću pokrenuti svijet.“? Bez dodatnih ambicija i potrebe da u ovoj prilici ulazimo u dublju i finiju analizu svih predloženih sadržaja i rezultata navednog djelovanja, možemo reći da je baš taj „pedalj zemlje“ na koji treba stati dio našeg posla koji pruža dostatnu iluziju sigurnosti i vraća nadu.

Kao ljudi, roditelji i profesionalci trebali bismo težiti tome da ga povećamo i ojačamo, a onda kada ga niti nema tome da pomognemo u njegovom uspostavljanju jer mladenaštvo, kao i diskontinuitet dio su kontinuiteta u razvoju. Pitanje bi trebalo postaviti svima nama, iako odgovor znamo da znamo!

Zar i u odrasloj dobi u životnim krizama za početak nije potreban, nerijetko i dovoljan, taj neki „pomoćni ego“, „oslonac“, „pedalj zemlje“? Taj netko i to nešto što nam vraća snagu da pokrenemo ponovno svijet u sebi i oko sebe?

Hvala svima koji su dali svoj doprinos u razmjeni misli, djela i sadržaja ove knjige, koji su potaknuli suradnju stručnjaka različitih profila te time doprinijeli boljem razumijevanju i prihvaćanju novijih generacija djece i mladih, njihovih stavova i problema, ali i odnosa s njihovim vršnjacima, roditeljima ili drugim odraslim osobama. Okupili smo se oko osobnog i profesionalnog interesa s ciljem da pomognemo onima kojima je pomoć potrebna, uključujući mogućnosti izobrazbe i istraživanja. Sudjelovali smo u procesu koji traje bez pretenzije dobivanja ili davanja odgovora na mnoga pitanja, već je usmjeren na darovanje vremena, mjesta i truda najranjivijim skupinama u društvu.

Urednik

Izvadci iz recenzija

Osobito je važno ulagati u zdravlje djece u prvim godinama života, a zatim i u adolescenciji jer su upravo adolescenti skloni rizičnim oblicima ponašanja. Trendovi u zdravstvenoj zaštiti pokazuju da se više novca izdvaja za skupe medicinske zahvate vezane uz napredak tehnologije, a premalo se ulaže u javnozdravstvene projekte za održavanje zdravlja djece.

Hrvatska ime jedinstvenu tradiciju javnozdravstvenog djelovanja zahvaljujući radu i naslijeđu profesora Andrije Štampara, inicijatora osnivanja Svjetske zdravstvene organizacije. Knjiga „Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih – Uloga javnozdravstvenih projekata“ urednika Željka Ključevića i skupine autora slijedi Štamparovo naslijeđe i predstavlja značajan doprinos za promociju zdravlja djece i sprečavanje bolesti djece u suvremenom svijetu. Knjiga sadrži 20 poglavlja raspoređenih logično u cjeline. Započinje poglavljima ključnima za razumijevanje važnosti javnog zdravstva, zatim prevencije, kao i zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih. Nastavlja se poglavljima o osobama s teškoćama u razvoju i njihovom odgoju i obrazovanju. Poglavlje o mentalnim poremećajima mladih zasebna je cjelina. Nakon toga slijede poglavlja o javnozdravstvenim projektima, i to posebno o onima u predškolskom i školskom okruženju, kao i u ustanovama socijalne skrbi te o neizbježnoj suradnji zdravstvenih i odgojno-obrazovnih ustanova, kao i o ulozi medija u javnozdravstvenim projektima. Također, slijede i poglavlja o pojedinim suvremenim temama poput prevencije u pedijatriji, prevencije alkoholnih intoksikacija kod djece, javnozdravstvenim intervencijama te o kreativnosti i likovnoj terapiji u zaštiti mentalnog zdravlja.

U pisanju poglavlja sudjelovali su vrsni stručnjaci, a teme su obrađene detaljno, s puno navoda koji nude podatke iz inozemne i domaće znanstvene literature. Osobitu važnost djela čine prikazi rada samih autora, njihove aktivnosti u promociji mentalnog zdravlja djece i mladih u društvenoj zajednici i rezultati tih aktivnosti. Upravo je zauzimanje stručnjaka i njihova inicijativa u društvenoj zajednici preduvjet uspjeha svake javnozdravstvene aktivnosti. Zadatak stručnjaka je da prepoznaju probleme, ponude rješenja i rade na njihovoj primjeni. Knjiga doktora Ključevića i skupine autora je djelo koje nudi upravo navedeno. Ta knjiga je ne samo prvo takvo djelo u domaćoj literaturi, već predstavlja i izuzetan stručni i znanstveni doprinos u domaćoj bibliografiji. Zahvaljujući mnogim korisnim podacima iz svjetske literature, kao i prikazima iskustava autora i njihovih intervencija u zajednici, ovo djelo će značajno koristiti svima koji žele i moraju učiti, a osobito onima koji će i sami aktivno sudjelovati u održavanju mentalnog zdravlja djece i mladih.

*prof. dr. sc. Julije Meštrović
dopredsjednik Europskog pedijatrijskog društva
predsjednik Hrvatskog pedijatrijskog društva*

Autori ove knjige istakli su važnost preventivnog djelovanja već u predškolskoj dobi, odnosno da treba poticati i razvijati osjećaj sigurnosti kod djeteta, podizati njegovu samopouzdanje, razvijati samostalnost, učiti ga socijalnim vještinama, poticati razvoj moralnih vrijednosti i razvoj općenito. Ova knjiga je pokazatelj doista sveobu-

hvatnog pristupa pitanjima vezanim uz mentalno zdravlje djece i mladih. Iz knjige je vidljivo što su u pojedinim područjima preventivnog djelovanja radili stručnjaci u drugim zemljama, ali mislim da je značajniji prikaz projekata koje su neki od autora ove knjige sami provodili i na temelju dobivenih rezultata unijeli određene promjene i poboljšanja u rad s djecom i mladima u svjetlu zaštite mentalnog zdravlja. Iz iznesenog je vidljivo ono što često ostaje široj populaciji nepoznato, a to je doista predan, kvalitetan i kreativan rad brojnih stručnjaka i volontera na području zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih.

Svako poglavlje ove knjige sadrži poduži popis literature iz koje je vidljiva izvrsna informiranost autora o tematici o kojoj pišu.

Ističe se i važnost kvalitetnog provođenja slobodnog vremena jer je „prazan hod“ osobito opasan za adolescente. Istaknuto je kako danas veliki broj adolescenata ima poteškoća vezanih uz mentalno zdravlje te je iznimno važno detektirati problem i na vrijeme postaviti pravu dijagnozu kako bi intervencija bila adekvatna i učinkovita. Iznimno je važno poticanje suvremenog načina pružanja pomoći mladima, a to znači, uz klasična savjetovanja, omogućavanje savjetovanja putem interneta, kao i korištenje Facebooka za promicanje važnosti mentalnog zdravlja. Kada je riječ o mladima, nije bilo moguće mimoći ni tematiku ovisnosti, bilo da se govori o načinima što kvalitetnije prevencije ili pak različitim intervencijama kada je problem prisutan.

prof. dr. sc. Mirjana Nazor

Ova knjiga dotiče svu navedenu tematiku, ali i mnogo šire od toga. Govori o prevenciji, zaštiti, unapređenju i liječenju poteškoća iz mentalno-zdravstvenog kruga te iz područja odgoja i obrazovanja. Nije zaboravljena niti stimulacija kreativnog kod djece i adolescenata kako bi se potakao proces simbolizacije i obrade libidnih i agresivnih impulsa u mašti i umjetničkoj ekspresiji. Na taj način sugerira se aktivno sudjelovanje u ekspresiji i realizaciji vlastitih potreba i želja u kreativnoj obradi u odnosu na pasivne načine postizanja određenih uroda putem alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci.

Zbog toga čestitam uredniku i svim suradnicima ove vrlo potrebne i korisne knjige i preporučujem je svima koji sa stručne strane pristupaju mladim ljudskim bićima, članovima njihovih obitelji, svima koji sudjeluju u odgojnim i obrazovnim procesima uvođenja mladih u društvo odraslih te društveno-političkim faktorima bez čije podrške ni entuzijazam pojedinaca i zainteresiranih grupa ne može vječno trajati. Priznanje je svima potrebno.

*prof. dr. sc. Ivan Urlić, neuropsihijatar
psihodinamski psihoterapeut, grupni analitičar*

Knjiga obuhvaća raznolika profesionalna područja, ali kroz cijelu se knjigu provlači jedna zajednička tema, a to je prevencija. Oko tog koncepta i treba okupiti stručnjake različitih profila jer je riječ o neprekidnom multidisciplinarnom radu, a ne o zatvorenosti u zidove vlastitih teorijskih ili profesionalnih zadaća.

Ovakav udžbenik trebao bi ukazati na aktivnosti koje se trenutno provode u manjem opsegu, na manjem području ili trajanju i predstavljati uvod u određene pro-

mjene u smislu translacije dobrih pilot primjera u sustav. Ovdje je riječ o pojedinačnim primjerima oslonjenim na energiju, dobru volju pojedinaca, pa i sreću ako postoji razumijevanje lokalne društvene zajednice za financiranje. Uvođenje onih primjera koji su prošli strog proces procjene ulaznih i izlaznih parametara uroditi će višestrukim doprinosom mentalnom zdravlju i dobrobiti cijele zajednice.

Knjiga „Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih - Uloga javnozdravstvenih projekata“ predstavlja značajan doprinos u razumijevanju i pristupu prevenciji psihičkih poremećaja među djecom i adolescentima.

Po formi i sadržaju knjiga udovoljava svim kriterijima za sveučilišni udžbenik na Medicinskom fakultetu za studente sveučilišnog interdisciplinarnog studija medicine i diplomskog studija sestrinstva.

doc. dr.sc. Katarina Dodig Ćurković, dr .med.

Predstojnica Zavoda za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC Osijek

Medicinski fakultet Osijek

predsjednica Hrvatskog društva za mentalno zdravlje djece i adolescenata Hrvatskog liječničkog zbora

predsjednica povjerenstva za dječju i adolescentnu psihijatriju, Ministarstvo zdravstva RH

Kolega Željko Ključević okupio je kao urednik knjige „Zaštita mentalnog zdravlja djece i mladih – Uloga javnozdravstvenih projekata“ grupu istaknutih stručnjaka koji su povezali kliničke i javnozdravstvene pristupe i iskustva u bavljenju jednim od najvažnijih interesa društva i zdravstvene zaštite.

Svojom sveobuhvatnošću, s obzirom na predstavljene poglede iz pozicije različitih struka, naglašena je važnost multidisciplinarnog pristupa i timova, odnosno međusektorske suradnje obrazovnog i zdravstvenog sustava, što je u skladu sa suvremenim trendovima i (re)organizacijom (javno)zdravstvenih sustava u svijetu.

Neosporna je vrijednost i edukativnost ovog djela kao nastavnog sredstva za studente različitih sveučilišnih studija koji se u svojim programima bave mentalnim zdravljem djece i mladih. Ova knjiga pridonosi i razumijevanju funkcioniranja psihičkog sustava u različitim fazama fiziološkog razvoja i psihopatoloških procesa koji se pojavljuju tijekom oblikovanja mlade osobe.

Predstavljani su i projekti koji se bave učestalim problematičnim područjima s kojima se danas susreće svako dijete, odnosno adolescent. Opisani projekti predstavljaju izvrstan primjer relevantnih ideja i adekvatno planiranih, organiziranih i provedenih akcija koje svojom uspješnošću mogu poslužiti kao predložak za buduće projekte i akcije. Oni su svakim danom sve potrebniji s obzirom na zahtjevnost i složenost interakcije psihofizičkog rasta i razvoja djece i mladih u kontekstu (pre)brzih promjena i često nerealnih zahtjeva i pritisaka medija i globaliziranog društva.

Također, svojom instruktivnošću unaprijedit će stručne i znanstvene aktivnosti na svim razinama prevencije mentalnih poremećaja, uključujući sveprisutnu direktnu i indirektnu stigmatizaciju i samostigmatizaciju koje predstavljaju psihopatološku osnovu za različite smetnje u ukupnom funkcioniranju i percipiraju njihovu progresiju do kliničke razine.

dr. sc. Aran Tomac, dr. med.

spec. psihijatar i uži spec. dječje i adolescentne psihijatrije

1. Javno zdravstvo i promicanje zdravlja



Javno zdravstvo je definirano kao znanost i umijeće sprečavanja bolesti, produženja života i promocije zdravlja kroz organizirane napore društva (Acheson, 1988). To je društveni i politički koncept čiji je cilj unapređenje zdravlja, produženje i unapređenje kvalitete života naroda kroz zdravstveno prosvjećivanje, sprečavanje bolesti te ostale oblike zdravstvenih i drugih intervencija.

Promicanje zdravlja se definira kao proces koji ljudima omogućuje unapređenje osobnog zdravlja i povećanje kontrole nad njim, ali uz djelovanje vanjskih čimbenika i osiguranje okoliša koji je za zdravlje poticajan.

Mentalno zdravlje, kao dio općeg zdravlja, predstavlja važno područje za pojedinca, obitelj i društvo u cjelini. Mentalni poremećaji predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih problema, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. U višegodišnjem razdoblju registrira se porast pobola zbog mentalnih poremećaja, uz oscilacije. Hospitalizacije zbog mentalnih poremećaja sudjeluju s udjelom 6 – 7 % u ukupnom bolničkom pobolu. Osim toga, svaki 4. ili 5. dan bolničkog liječenja koristi se za mentalne poremećaje te su oni i vodeća skupina bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja. Mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom, psihotični, depresivni poremećaji i reakcije na teški stres, uključujući posttraumatski stresni poremećaj čine skoro dvije trećine svih uzroka u bolničkom pobolu zbog mentalnih poremećaja. U registriranim dijagnozama na razini primarne zdravstvene zaštite mentalni poremećaji sudjeluju s udjelom 4 – 5 %. Oko polovine registriranih dijagnoza iz podskupine je neurotskih, afektivnih poremećaja povezanih sa stresom i somatoformnih poremećaja. Jedan od pokazatelja ugroženosti mentalnog zdravlja predstavljaju samoubojstva. U Hrvatskoj su se kroz godine bilježile oscilacije broja izvršenih samoubojstava, a od 1999. godine prisutan je kontinuirani trend pada broja samoubojstava. Hrvatska pripada među zemlje u Europi koje bilježe srednje visoke stope smrtnosti od samoubojstava.

1.1. Uloga regionalne i lokalne uprave i samouprave u javnozdravstvenim projektima

Jedinice lokalne samouprave su općine i gradovi, a jedinice regionalne samouprave su županije. Na čelu ovih jedinica su načelnici, gradonačelnici, odnosno župani. Jedinice na svom području u svom samoupravnom djelokrugu obavljaju poslove od posebne važnosti u koje spada i zdravstvo. Uloga im je određena zakonom te ostvaruju svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite na način da:

1. sukladno Planu zdravstvene zaštite Republike Hrvatske donose plan zdravstvene zaštite za područje jedinice područne (regionalne) samouprave;
2. za područje jedinice područne (regionalne) samouprave donose jednogodišnje i trogodišnje planove promicanja zdravlja, prevencije te ranog otkrivanja bolesti;
3. organiziraju i provode javnozdravstvene mjere sukladno Planu zdravstvene zaštite Republike Hrvatske te planu zdravstvene zaštite za područje jedinice područne (regionalne) samouprave.

Splitsko-dalmatinska županija, kao vlasnik i osnivač Nastavnog zavoda za javno zdravstvo i sukladno navedenim zakonskim ovlastima i obvezama, ima poseban osjećaj i razumijevanje za važnost svih javnozdravstvenih preventivnih aktivnosti, a posebno za preventivne projekte zaštite mentalnog zdravlja jer postoji svijest da se jedino tako dugoročno može osigurati potpuno zdravlje stanovništva.

Podržavajući provedbu ovakvih projekata, a pogotovo projekata zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih, prepoznaju važnost bliske suradnje zdravstvenog i obrazovnog resora te donose odluku o objedinjenju tih dvaju županijskih upravnih odjela u jedan.

1.2. Izvori financiranja javnozdravstvenih projekata

Javnozdravstvene ustanove, pa tako i Služba za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, financiraju svoj rad iz više izvora, i to sukladno zakonskim i podzakonskim aktima koji reguliraju ovo pitanje:

1. ugovorena sredstva za usluge po ugovoru s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje;
2. sredstva ostvarena na natječajima za ustanove u zdravstvu Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske;
3. sredstva odobrena od strane jedinica lokalne uprave i (regionalne) samouprave, u ovom slučaju Splitsko-dalmatinske županije;
4. vlastita sredstva s tržišta;
5. sredstva ostvarena na natječajima iz EU fondova.

U ostvarivanju svojih prava, obveza, zadaća i ciljeva na području zdravstvene zaštite jedinica područne (regionalne) samouprave, u ovom slučaju Splitsko-dalmatinska županija, osigurava, sukladno zakonskoj regulativi, sredstva za provođenje

javnozdravstvene, epidemiološke i zdravstveno-ekološke djelatnosti te prevenciju bolesti na svom području.

Jedinica područne (regionalne) samouprave i jedinica lokalne samouprave može osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu stanovnika na svom području iznad standarda utvrđenih obveznim zdravstvenim osiguranjem.

Splitsko-dalmatinska županija ima poseban osjećaj i razumijevanje kada je u pitanju zaštita mentalnog zdravlja stanovništva. Više od 20 godina, gotovo od samog osnutka, svake godine osigurava znatna financijska sredstva za rad Službe za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo kao nadstandard u smislu provođenja javnozdravstvenih projekata zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja, pogotovo mentalnog zdravlja djece i mladih.

Literatura

Nacionalna strategija razvoja zdravstva za razdoblje od 2012. do 2020. godine, (2012), dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.europski-fondovi.eu/sites/default/files/dokumenti/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%202012.-2020..pdf> (pristupljeno: 12. 7. 2016.)

Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske (Narodne novine, 70/12, 144/12), dostupno na mrežnoj stranici: <https://www.nn.hr/> (pristupljeno: 10. 7. 2016.)

Plan razvoja javnog zdravstva za razdoblje od 2011. do 2015. godine (Narodne novine, 49/11), dostupno na mrežnoj stranici: <https://www.nn.hr/> (pristupljeno: 11. 7. 2016.)

Public health services (definicija javnog zdravstva), dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services> (pristupljeno: 11. 7. 2016.)

Zakon o lokalnoj i područnoj (regionalnoj) samoupravi (Narodne novine, 33/01, 60/01, 129/05, 109/07, 125/08, 36/09, 150/11, 144/12, 19/13, 137/15), dostupno na mrežnoj stranici: <https://www.nn.hr/> (pristupljeno: 11. 7. 2016.)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine, 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12), dostupno na mrežnoj stranici: <https://www.nn.hr/> (pristupljeno: 10. 7. 2016.)

2. Prevencija mentalnih i ponašajnih poremećaja



Prevencija je termin koji je jako raširen i često se upotrebljava. Koristi se u različitim područjima i različitim sustavima (medicinskom, socijalnom, policijskom, pravosudnom i dr.). Van der Stel (2007) navodi kako prevencija katkad nalikuje politici jer svatko ima svoje zamisli. S jedne strane, to je dobro i govori koliko je prevencija važna, raširena i danas neizostavna u različitim područjima. S druge strane, to može predstavljati problem jer ne možemo biti sigurni prate li tu prevencijsku praksu adekvatna znanja i vještine, kako se mjere, evaluiraju učinci, tj. očekivani ishodi. Anić i sur. (2004) definiraju prevenciju kao čin, postupak ili ukupnost radnji koje se poduzimaju da se što spriječi, a prevenirati znači preduhitriti, tj. određenom radnjom činiti da se što spriječi. Ovo uistinu predstavlja polazište prevencije u svakom području, pa tako i polazište prevencije u mentalnom zdravlju.

Ipak, fokusirajmo se na područje mentalnog zdravlja te prevenciju mentalnih i ponašajnih poremećaja. Zašto uopće pišemo o prevenciji u kontekstu mentalnog zdravlja i koja je uopće razlika između promocije mentalnog zdravlja i prevencije? Definiciju prevencije mentalnih poremećaja s aspekta javnog zdravlja daju i Mrazek i Haggerty (1994). Smatraju da je njezin cilj smanjiti incidenciju, prevalenciju i vraćanje mentalnih poremećaja, smanjiti trajanje simptoma ili rizičnih uvjeta za mentalne bolesti, odgoditi vraćanje bolesti te smanjiti utjecaj bolesti na „zahvaćenu“ osobu, njezinu obitelj i društvo. Preventivne intervencije smanjuju rizične čimbenike i pojačavaju zaštitne čimbenike koji su povezani s mentalnim bolestima (Bašić, 2009). Za razliku od prevencije mentalnih poremećaja, prema definiciji promocije mentalnog zdravlja, prevencija označava aktivnosti koje impliciraju kreiranje individualnih, socijalnih i uvjeta okruženja koji će omogućiti optimalan psihički i psihofizički razvoj. Takve inicijative uključuju pojedince u proces doseganja pozitivnog mentalnog zdravlja, i to jačajući kvalitetu života i sužavajući razlike između pojedinih zemalja i grupa (Bašić, 2009). Prevencija mentalnih poremećaja može biti usmjerena na jedan od ciljeva i izlaza šire strategije promocije mentalnog zdravlja (Hosman i Jane-Llopis, 1999).

Postoje brojne definicije prevencije. Durlak (1995) je tumači kao multidisciplinarnu znanost koja se bavi temeljnim i primijenjenim istraživanjima provedenim u mnogim područjima, a to su javno zdravstvo, epidemiologija, obrazovanje, medicina, razvoj zajednice i psihologija. Durlak (1997) nastavlja kako je riječ o multidisciplinarnoj konstelaciji pristupa usmjerenih izravno na prevenciju bolesti i drugih tipova negativnih ishoda, ali i na promociju zdravlja i drugih pozitivnih ishoda. Bašić (2009) nam nudi definiciju američkog Centra za prevenciju ovisničkog ponašanja (Centre for Substance Abuse Prevention) koji prevenciju vidi kao proaktivni proces kojim se osnažuju pojedinci i sustavi kako bi se nosili sa životnim izazovima, događajima i tranzicijama, i to stvarajući i podupirući uvjete koji će promovirati zdrava ponašanja i životne stilove. Ona pretpostavlja stvaranje uvjeta, prilika i iskustava koji ohrabruju i razvijaju zdrave i autonomne ljude. Prevencija je kompleksan proces i sveobuhvatna strategija utemeljena na razumijevanju čimbenika koji dovode do problema u ponašanju te razumijevanju mogućih varijacija tih čimbenika među pojedincima, skupinama, zajednicama, etničkim skupinama u različitim razinama rizika. Pojam prevencije podrazumijeva nekoliko važnih elemenata i polaznih osnova koje ju određuju u svim njezinim aspektima. Prije svega, riječ je o intervencijama, postupcima, sustavnim djelovanjima i akcijama kojima se nastoji otkloniti, poništiti ili kompenzirati djelovanje rizičnih čimbenika te implementirati, razviti, ojačati zaštitne čimbenike kako bi se spriječio nastanak i razvoj određenih poremećaja, bolesti ili neželjenih pojava. O rizičnim i zaštitnim čimbenicima, kao neizostavnim konceptima prevencijske znanosti i prakse, bit će riječi u nastavku ovog poglavlja.

Prevencijska znanost rapidno se razvija u posljednjih 40 godina zahtijevajući od profesionalaca koji se njome bave kontinuirano usavršavanje, istraživanje i teorijsko orijentiranje. Primarni cilj prevencijske znanosti kako je vidi Društvo za prevencijska istraživanja (Society for Prevention Research, 2011) je unapređenje javnog zdravlja kroz identificiranje rizičnih i zaštitnih čimbenika, procjenjivanje efikasnih prevencijskih intervencija te identificiranje optimalnih načina za širenje, tj. diseminaciju kvalitetnih intervencija. Prevencijsko područje uključuje široko istraživanje ljudskog razvoja i socijalnog okruženja koji vode do pozitivnih i negativnih ponašanja i ishoda. Teorije ljudskog razvoja koriste se za kreiranje intervencija (bilo da je riječ o politikama ili programima) koje ciljaju na smanjenje rizičnih čimbenika, a poticanje i poboljšanje zaštitnih čimbenika na individualnoj, obiteljskoj i vršnjačkoj razini, ali i na razini lokalne zajednice i šireg okruženja. Slijedom navedenoga, prevencijska znanost je multidisciplinarna i njena ekspertiza nužno pretpostavlja uključivanje i sudjelovanje velikog broja stručnjaka iz različitih područja. Potrebne su nam različite znanosti kako bismo kvalitetnije razumjeli etiologiju pozitivnih i negativnih društvenih i zdravstvenih ishoda. To svakako uključuje biološke, kognitivne, ponašajne i socijalne znanosti. Za razvijanje i implementaciju intervencija potrebni su nam stručnjaci praktičari i kliničari, za ekonomsku isplativost programa potrebni su ekonomisti, stoga je prevencijska znanost u svijetu nezamisliva bez epidemiologa, psihologa, fizijatara, sociologa, socijalnih radnika, socijalnih pedagoga, znanstvenika i praktičara koji se bave javnim

zdravljem, antropologa, analitičara politika, kriminologa, neuroznanstvenika, medicinskih sestara i genetičara (Society for Prevention Research, 2011).

Jedna od najstarijih **klasifikacija prevencije** koju je dalo američko Vijeće za kronične bolesti (Commission of Chronic Illness, 1957) je ona na primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Ova klasifikacija je razlikovala intervencije prema razini razvijenosti problema i prema cilju same preventivne intervencije, stoga se primarna prevencija odnosi na intervencije koje imaju za cilj preveniranje novih slučajeva poremećaja ili bolesti. Primarna prevencija ima za cilj prevenirati da zdravi ljudi razviju ozbiljnije probleme s kojima se neće moći nositi i koji bi ih mogli dovesti do mentalnih ili ponašajnih poremećaja (Hosman, 2012). Primarna prevencija, posebno poremećaja u ponašanju djece i mladih, odnosi se na skup mjera usmjerenih na populaciju djece, mladih i odraslih s ciljem podupiranja pozitivnog razvoja djece i mladih i smanjivanja utjecaja čimbenika rizika na razvoj rizičnih ponašanja i poremećaja u ponašanju prije njihova pojavljivanja. Durlak (1995) navodi kako primarna prevencija predstavlja intervencije s „normalnom“ populacijom.

Primarna prevencija u području mentalnog zdravlja je mreža strategija koja se razlikuje od ranijih dominantnih pristupa u tom području. Te strategije su prepoznate u nekoliko osnovnih karakteristika (Albee i Gullotta, 1997. prema Bašić, 2009):

1. Primarna prevencija je proaktivna i teži izgradnji snaga prilagođavanja, izvora suočavanja, zdravlja u ljudi, a ne reduciranju postojećih manifestiranih deficita ili poremećaja.

2. Koncentrirana je na cijelu populaciju i ne opskrbljuje usluge na osnovi pristupa „slučaj po slučaj.“

3. Glavno oruđe i modeli primarne prevencije su edukacija i socijalni inženjering, a ne terapija ili rehabilitacija, iako neki ulazi u modele i programe nastaju na temelju kliničkih iskustava.

4. Primarna prevencija pretpostavlja da je pripremanje ljudi za suočavanje s osobnim izvorima i izvorima u okolini najbolji način zaštite od problema.

Sekundarna prevencija uključuje brzu intervenciju za razinu subkliničkih problema. Za razliku od primarne prevencije, koja se odnosi na zdravu populaciju, sekundarna prevencija uključuje sustavni *screening* ili evaluacijski proces kako bi se identificirali oni koji u populaciji pokazuju prve znakove disfunkcionalnosti. Osnovni cilj sekundarne prevencije je preveniranje pojavljivanja ozbiljnijih neprilagođenosti, i to pomažući onima koji takve poremećaje već pokazuju (Bašić, 2009). Hosman (2012) navodi kako sekundarna prevencija ima za cilj detektirati poremećaje u ranoj fazi, pobuditi njihov rani tretman i prevenirati njihov daljnji razvoj. Dakle, riječ je o prevenciji poremećaja u ranoj fazi kako se ne bi razvili u složenije poremećaje ili bolesti i kako takvo stanje ne bi dugo trajalo. Preduvjet sekundarnoj prevenciji je znanje o tome da problem uopće postoji, kao i dostupnost pouzdanih metoda detektiranja problema, skeniranja (*screening*). Općenito, netretirani mentalni poremećaji rezultiraju lošijim prognozama te dugotrajnom i skupom skrbi i tretmanom. Zadatak intervencija se-

kundarne prevencije je doprinijeti tome da se taj ulazak u dugotrajnu skrb, tretman, terapiju pokuša smanjiti u najvećoj mogućoj mjeri (Hosman, 2012). Sekundarna prevencija se odnosi na pokušaje ograničavanja, sprečavanja ili liječenja stanja nakon što se ono već pojavilo, a obično je u pitanju rana faza tog stanja (Huizinga i Mihalic, 2003). Bašić (2009) navodi kako se sekundarna prevencija odnosi na intervencije u čijoj su osnovi ulaganje u specifične programe usmjerene na smanjivanje djelovanja rizičnih čimbenika kod populacije djece i mladih ili njihovih okruženja, a kod kojih se prvi znakovi već očituju, njihovo se djelovanje tek očekuje ili su jako vjerojatni.

Tercijarna prevencija se odnosi na ograničavanje stanja te zahtijeva kontrolu ili smanjenje utjecaja tog stanja nakon što je utvrđeno (Bašić, 2009). Autorica nastavlja kako je riječ o ulaganjima u specifične programe/intervencije za uzorke djece i mladih s razvijenim i identificiranim poremećajima u ponašanju, a čija složenost i trajanje zahtijeva takve tretmane ili rehabilitacijske postupke kako bi se prevenirao nepovoljan tijek. Ona teži smanjenju teškoća i problema u socijalnom funkcioniranju ljudi koji imaju razvijene poremećaje ili bolest (Hosman, 2012). Durlak (1995) navodi kako je cilj tercijarne prevencije redukcija prevalencije postojećih poremećaja i problema. Kako aktivnosti i intervencije koje se poduzimaju na ovoj razini prevencije često predstavljaju dio tretmana, terapije, neki stručnjaci u području prevencije ovu razinu ne tretiraju kao prevenciju, već je tretiraju kao tretman. I Durlak (1995) spominje kako je zbog mnogih nejasnoća, posebno u tercijarnoj prevenciji (specifični tretmani i rehabilitacija), američki Institut za medicinu (Institute for Medicine, 1994. prema Durlak, 1995) preporučio da se samo intervencije koje se nude prije početka ili punog razvoja poremećaja nazivaju prevencijom.

Osim ove, nazovimo je tradicionalnom mentalno-zdravstvenom klasifikacijom prevencije, posljednjih godina pojavljuje se još jedna koja razlikuje univerzalnu, selektivnu i indiciranu razinu prevencije (Gordon, 1983, Mrazek i Haggerty, 1994). Ove tri kategorije mogu se promatrati kao potpodjele primarne prevencije. U ovoj klasifikaciji promatra se perspektiva razine rizika populacije i analiza troškova preventivnih intervencija za grupe koje se nalaze u različitim kategorijama rizika (Hosman, 2012), stoga, navodi autor, **univerzalnu prevenciju** definiramo kao one intervencije koje su usmjerene prema općoj populaciji ili populaciji koja nema povećan rizik (primjerice, sva školska djeca). Prema Bašiću (2001), univerzalne preventivne intervencije se odnose na opću populaciju ili cijele populacijske skupine koje nisu identificirane na temelju individualnih rizika. One su indicirane na sve sudionike neke skupine i u pravilu su najjeftinije. Williams, Ayers i Arthur (1997) kažu da se upotrebljavaju onda kada je cijena po osobi niska, a rizik od negativnih učinaka intervencije minimalan. Te intervencije obuhvaćaju treninge roditelja, razvoj učinkovitijeg školskog sustava, ublažavanje siromaštva, poboljšanje strategija politike ili limitiranje izlaganja neurotoksinima.

Selektivna prevencija cilja pojedince i skupine kod kojih je rizik za razvoj mentalnih poremećaja viši od prosjeka, bilo zbog bioloških, psiholoških ili socijalnih rizika (Hosman, 2012). Skupine mogu biti određene dobi, spolom, zanimanjem, obiteljskom

poviješću ili drugim obilježjima (Mrazek i Haggerty, 1994). Skupine za koje se najčešće navodi da imaju povećani rizik jesu djeca čiji su roditelji psihički oboljeli, djeca roditelja koji imaju psihijatrijske dijagnoze, žrtve obiteljskog zlostavljanja ili zanemarivanja, stručnjaci koji rade stresan posao i drugi. Selektivne preventivne intervencije upotrebljavaju programe primarno fokusirane na populaciju u riziku, tj. osobe ili skupine čiji su rizici da postanu mladi delinkventi ili imaju poremećaje u ponašanju viši od prosjeka (Williams, Ayers i Arthur, 1997). Cilj je smanjiti rizik, a povećati zaštitne čimbenike. Osobni pokazatelji tih pojedinaca su dobri. Upravo zbog pojačanog rizika za razvoj bolesti ili poremećaja važno je balansirati prednosti i rizike.

Indicirana prevencija usmjerena je prema osobama kod kojih su prisutni minimalni, ali opet vidljivi, znakovi ili simptomi koji nas upozoravaju da bi se mogla razviti bolest ili poremećaj. Primjerice, u tu skupinu spadali bi adolescenti koji imaju povećanu razinu depresivnih simptoma, ali još nisu razvili depresivni poremećaj ili adolescenti koji konzumiraju alkohol, stoga postoji opasnost da razviju ovisničko ponašanje (Hosman, 2012). Indicirane preventivne mjere primjenjuju se na one osobe kod kojih su na ispitivanjima pronađeni manifestirani rizični čimbenici, uvjeti koji ih identificiraju individualno, kao izloženost riziku za budući razvoj neke bolesti ili poremećaja (Mrazek i Haggerty, 1994). Identifikacija osoba za koje su preporučene indicirane preventivne mjere prolazi „objektivne procjene“. Gordon (1983, 1987. prema Bašić, 2009) o indiciranoj prevenciji govori kao o intervencijama koje su usmjerene na visokorizične pojedince kod kojih su znakovi ili simptomi rano primijećeni. Indicirane preventivne mjere često se poistovjećuju s ranim intervencijama kao rano započetim tretmanima.

U praksi postoje preklapanja između navedenih razina prevencije, stoga se na svjetskoj razini sve više prihvaća koncept kontinuuma intervencija koji su predložili Mrazek i Haggerty (1994). Primarnom prevencijom, odnosno prevencijom uopće, smatraju se univerzalna, selektivna i indicirana prevencija. Nakon toga slijedi tretman i održavanje stanja.

Glavni cilj triju razina preventivnih intervencija je smanjenje pojavljivanja novih slučajeva, smanjenje kontinuiteta trajanja ranih simptoma i/ili smanjenje progresije poremećaja tako da se ne dosegne dijagnostička kategorija prema DSM-u. Područje tretmana „rezervirano“ je za identificirane slučajeve poremećaja u ponašanju ili manifestirana rizična ponašanja, a održavanje stanja usmjerava se prema dugotrajnim tretmanima ili posttretmanima (Bašić, 2009).

Ovaj spektar intervencija, u sadašnjoj ukupnosti znanja i primjenjivanih intervjuskih programa, poznat je i prihvaćen u svjetskim krugovima znanstvenika i najvećih zagovornika „dobre prakse“ (*evidence-based practice* ili *science based practice*) te ga predlažu vodeća društva, sveučilišta, znanstveno-stručna udruženja, ali i državne institucije u svjetskoj, američkoj i europskoj znanstvenoj i stručnoj javnosti (Bašić, 2009).

2.1. Koncept rizičnih i zaštitnih čimbenika u prevenciji

Sve zajednice koje žele promociju zdravlja i uspjeh kod prevencije neprihvatljivih oblika ponašanja nužno moraju ne samo pratiti ishode ponašanja mladih nego i čimbenike koji dovode do tih ponašanja. Važno je razumjeti da prevenirati nešto prije nego što se uopće pojavilo zahtijeva razumijevanje i detektiranje onoga što su potencijalni uzroci takvog ponašanja (Mrazek, Biglan i Hawkins, 2003). Kada govorimo o rizičnim i zaštitnim čimbenicima, trebamo imati na umu kako uvijek postoji velik broj potencijalnih rizičnih čimbenika koji dovode do i/ili pospješuju pojavu problema u ponašanju, a isto tako velik broj zaštitnih čimbenika koji umanjuju mogućnost pojave poteškoća u ponašanju. I jedni i drugi utječu na ponašanja mladih, stoga samo fokusiranje na rizične čimbenike ili pak samo promoviranje zaštitnih čimbenika neće biti efikasno kao kada detektiramo, identificiramo i jedne i druge pri planiranju preventivnih aktivnosti u zajednici (Mrazek, Biglan i Hawkins, 2003).

Istraživači već više desetljeća usmjeravaju pozornost na detektiranje čimbenika koji su povezani s negativnim razvojnim ishodima kod djece, odnosno problemima u ponašanju. U prevencijskim znanostima razvio se tzv. koncept rizičnih i zaštitnih čimbenika koji govori o tome kako niti jedan čimbenik rizika ili nepovoljna situacija ne mogu biti „odgovorni“ za negativne ishode, odnosno rizična ponašanja djece i mladih. Proces interakcija između više čimbenika rizika, ali i čimbenika zaštite „odgovoran“ je za negativne ishode (Bašić, 2009). Autorica dalje navodi kako je riječ o vrlo složenoj interakciji u kojoj postoji velik broj lančano povezanih akcija i reakcija, stoga prevencijska istraživanja, temeljena na konceptu rizika i zaštite, i dalje trebaju proučavati način funkcioniranja rizičnih i zaštitnih čimbenika za opće i specifične oblike rizičnih ponašanja i problema u ponašanju djece i mladih.

Rizični i zaštitni čimbenici često se definiraju i procjenjuju kao vjerojatnost da će se budući problemi smanjivati u ravnoteži između kompetencija djece i mladih (njihove otpornosti) i njihove rizičnosti (Bašić, 2009). Istraživanja rizičnih čimbenika dovela su do rasprava i investiranja u proučavanje onih utjecaja koji će stvoriti otpornike između prisutnosti rizičnih čimbenika i prvog pojavljivanja problema u ponašanju. Upravo ti otpornici nazivaju se zaštitni čimbenici (Howell, 2003). Zaštitni čimbenici su, dakle, oni koji štite mlade ljude od posljedica izloženosti riziku, i to kroz smanjivanje utjecaja rizika ili utjecanje na način na koji će mladi ljudi odgovoriti na rizik, odnosno rizične čimbenike (Bašić i Ferić, 2004).

Rizični čimbenici se definiraju kao karakteristike, varijable ili opasnosti koje, ako su prisutne kod određenog pojedinca, dovode do toga da postoji veća vjerojatnost da će on, prije nego netko drugi iz opće populacije, razviti neki problem (Mrazek i Haggerty, 1994). Coie i sur. (1993. prema Bašić i Ferić, 2004) ih definiraju kao bilo koje utjecaje koji pojačavaju vjerojatnost prvog pojavljivanja problema, napredovanja prema vrlo ozbiljnom stanju te podržavanje problematičnog stanja. Fraser (1997) shvaća rizične čimbenike i kao vjerojatnost, odnosno sigurnost za razvoj budućih problema. Bašić (2009) navodi kako su identificirana tri tipa rizičnih čimbenika: poveznici – oni koji su

povezani s pojavom problematičnog ponašanja, prediktivni – oni koji prethode problematičnom ponašanju te kauzalni – oni koji se mogu dokazati kroz eksperimente ili intervencije i pokazuju da vode promjeni u problematičnim ponašanjima. Rizični čimbenici percipiraju se kao obilježja koja se statistički češće javljaju kod onih mladih koji razvijaju i pokazuju različite oblike problema u ponašanju (Williams, Ayers i Arthur, 1997), a i povećavaju vjerojatnost za upuštanje u delinkventno ponašanje (Vijeće Europe, 2000).

Postoje snažni dokazi povezanosti rizičnih i zaštitnih čimbenika s razvojem mentalnih poremećaja (Coie i sur., 1993, Ingram i Price, 2000. prema WHO, 2004). I rizični i zaštitni čimbenici mogu biti individualni, obiteljski, društveni, ekonomski ili čimbenici koji se nalaze u okruženju. Najčešće je riječ o kumulativnom efektu prisutnosti više različitih rizičnih čimbenika, nedostatku zaštitnih čimbenika i međusobnom djelovanju rizičnih i zaštitnih situacija koje predisponiraju pojedince da iz statusa mentalno zdrave osobe postanu iznimno osjetljive osobe s mentalnim problemima i konačno da razviju poremećaj ili bolest.

Intervencije koje se poduzimaju za prevenciju mentalnih poremećaja imaju za cilj umanjiti rizične čimbenike, a osnažiti zaštitne čimbenike tijekom života pojedinca. Jako je važno da su determinante koje ciljamo u preventivskim intervencijama dovoljno rastezljive i da obuhvaćaju rizike koji su specifični za razvoj nekog poremećaja, ali i da obuhvaćaju tzv. „generičke“, opće rizične i zaštitne čimbenike koji su zajednički za više različitih mentalnih i ponašajnih poremećaja. Intervencije koje uspješno ciljaju takve opće rizične čimbenike imaju onda širi spektar preventivskih efekata. Primjerice, siromaštvo i zlostavljanje djece su zajednički rizični čimbenik i za depresiju, anksioznost i za zlouporabu droga, stoga će intervencija koja se usmjerava na siromaštvo i zlostavljanje djece imati utjecaj na sva tri nabrojena poremećaja. Za razliku od takvih općih rizika, postoje rizici koji su specifični baš za razvoj određenog poremećaja. Tako je, primjerice, negativno razmišljanje specifično povezano s depresivnošću, a depresivnost sa suicidalnim ponašanjem (WHO, 2004).

Prema mnogim autorima (Hawkins i sur., 2001, Arthur i sur., 2001), pristup istraživanju usmjeren na izučavanje rizičnih i zaštitnih čimbenika omogućuje okvir za planiranje i vođenje preventivnih aktivnosti u lokalnoj zajednici. Skupljanje podataka o rizičnim i zaštitnim čimbenicima na razini zajednice omogućuje identificiranje najčešćih čimbenika u danom području i njihovo svrstavanje u prioritete za rješavanje (Bašić i sur. 2007). Preventivne se intervencije, nastavljaju autorice, tada i tako selektiraju za primjenu, pri čemu se vodi računa o njihovoj djelotvornosti.

Postoji već uistinu puno znanja o rizičnim i zaštitnim čimbenicima koja su utemeljena u praksi i/ili znanosti. Na donositeljima odluka i kreatorima politika je da ta znanja koriste odgovorno u razvijanju preventivnih intervencija, njihovoj implementaciji i diseminaciji.

Rizični čimbenici	Zaštitni čimbenici
Loš akademski uspjeh i obeshrabrenost u školi Problemi s pažnjom Zanemarivanje i zlostavljanje Kronična nesanica Kronična bol Problemi s komunikacijom Rane trudnoće Emocionalna nezrelost i nekontroliranost Ekscesivno konzumiranje droga Izloženost agresiji, nasilju i traumama Obiteljski konflikti i neorganiziranost Usamljenost Niska porođajna težina Nizak socijalni status Neurokemijske neravnoteže Psihička bolest roditelja Konzumiranje droga od strane roditelja Perinatalne komplikacije Osobni teški gubitci Niske radne vještine i navike Poremećaj čitanja Senzorne smetnje ili organski hendikepi Socijalna nekompetentnost Stresni životni događaji Korištenje droga tijekom trudnoće	Sposobnost nošenja sa stresom Sposobnost suočavanja s nevoljama Prilagodljivost Autonomnost Rana kognitivna stimulacija Vježbanje Osjećaj sigurnosti Osjećaj kompetentnosti i kontrole Kvalitetno roditeljstvo Pismenost Pozitivna privrženost i rani osjećaj pripadanja Pozitivni odnosi roditelj-dijete Vještine rješavanja problema Prosocijalna ponašanja Samopouzdanje Životne vještine Socijalne vještine i vještine rješavanja problema Socio-emocionalni rast Nošenje sa stresom Društvena podrška obitelji i prijatelja

Rizični čimbenici	Zaštitni čimbenici
Dostupnost droga i alkohola Premještanje, često preseljenje Izoliranost Manjak educiranosti, mobilnosti i stanovanja Problematično susjedstvo Odbacivanje od vršnjaka Loše socijalne okolnosti Loša prehrana Siromaštvo Rasna nepravda i diskriminacija Socijalne zapreke Urbanizacija Nasilje i delinkvencija Rat Nezaposlenost	Osnaživanje Integracija etničkih manjina Pozitivni interpersonalni odnosi Socijalna uključenost, participacija Društvena odgovornost i tolerancija Socijalne usluge Društvena podrška i umreženost zajednica

Istraživanja u preventijskoj znanosti, posebice ona koja se bave evaluacijama preventivnih programa, rasvijetlila su područje učinkovitih i manje učinkovitih intervencija te njihovu ekonomsku isplativost, a mi smo odgovorni slijediti suvremene spoznaje koje nam donosi preventijska znanost.

Literatura

Anić, V.; Brozović-Rončević, D.; Goldstein, I.; Goldstein, S.; Jojić, Lj.; Matasović, R.; Pranjković, I. (2004). *Hrvatski enciklopedijski rječnik*. Zagreb: Novi liber i Jutarnji list.

Arthur, M. W.; Glaser, R. R.; Hawkins, J. D. (2001). *Community Implementation of science-based prevention Programming*. Seattle: University of Washington, Social Development Research Group.

Bašić, J.; Ferić Šlehan, M. (2004). Djeca i mladi u riziku – rizična ponašanja. U: Bašić, J.; Koller-Trbović, N.; Uzelac, S. (ur.) *Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristupi i pojmovna određenja*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

Bašić, J.; Ferić Šlehan, M.; Kranželić Tavra, V. (2007). Zajednice koje brinu: model prevencije poremećaja u ponašanju: epidemiološka studija – mjerenje rizičnih i zaštitnih čimbenika u Istarskoj županiji. Pula: Istarska županija. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.

Chronic Illness in the United States, (1957). Commission of Chronic Illness. Vol. 1. Published for the Commonwealth Fund. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Durlak, J. A. (1997). *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Fraser, M. W. (1997). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (34-52). Washington, D. C.: NASW Press.

Hawkins, J. D.; Catalano, R.; Arthur, M. W. (2001). *Development and Evaluation of the Communities that Care Operating System*. Society for Prevention Research. Realizing Effective Prevention Policy and Practice through Science. 9th Annual Meeting, Washington, D. C., May, 31 – June, 2, 2001, 16.

Hosman, C. M. H.; Jane-Llopis, E. (1999). *Political Challenges: Mental health*. U: *International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe* (29-41). Bruxelles: ECSC-EC-EAEC.

Hosman, C. M. H. (2012). Mental Disorder Prevention and Mental Health Promotion Concepts, current practice and strategies framework. U: Hosman, C.; van Doesum, K. (ur.) *Textbook prevention in Mental Health. Revisited Edition 2012*. Prevention Research Centre, Radboud University Nijmegen, Maastricht University.

Howell, J. C. (2003). *Preventing and Reducing Juvenile Delinquency. A comprehensive Framework*. Thousands Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Huizinga, D.; Mihalic, S. (2003). Preventing Juvenile Delinquency. U: Kury, H.; Oberfell-Fuchs, J. (ur.) *Crime Prevention: New Approaches* (1-41). Mainz: Weisser Ring.

Mrazek, P. J.; Biglan, A.; Hawkins, J. D. (2003). *Community Monitoring Systems: Tracking and Improving the Well-Being of America's Children and Adolescents*. Maryland: National Institutes of Health.

Mrazek, P. J.; Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D. C.: National Academy Press.

Preporuka odbora ministara državama članicama u odnosu na ulogu ranih psihosocijalnih intervencija u prevenciji kriminala, (2000). Vijeće Europe. Rec (2000) 20.

Van der Stel, J. (2007). *Europski priručnik za prevenciju pušenja, alkohola i droga* (prijevod). Pompidou grupa Vijeća Europe i Jellinek Consultancy. Zagreb: Udruga za unapređenje kvalitete življenja LET.

Williams, J. H.; Ayers, D. C.; Arthur, M. W. (1997). Risk and Protective factors in Development of Delinquency and Conduct disorders. U: Fraser, M. W. (ur.) *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (140-170). Washington, D. C.: NASW Press.

3. | Zaštita mentalnog zdravlja djece



3.1. Mentalno zdravlje djece, rizični i zaštitni čimbenici razvoja

Mentalno zdravlje je stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života (Petz, 2005). Mentalno zdravlje zasebna je cjelina zaštite zdravlja u kojoj se isprepliću područja medicine, psihologije, defektologije i socijalnog rada. Svjetska zdravstvena organizacija uvrstila je „unapređenje mentalnog zdravlja“ među ciljeve projekta „Zdravlje za sve u 21. stoljeću“. Prema ovom projektu, do 2020. godine treba unaprijediti psihosocijalno stanje i učiniti dostupnom zaštitu osoba s problemima mentalnog zdravlja. Sukladno tome, osobito je važno smanjiti prevalenciju i štetne utjecaje na mentalno zdravlje i povećati sposobnost ljudi da se sami nose sa stresnim događajima.

Mentalno zdravlje djece u ranoj dobi pretpostavka je mentalnog zdravlja mladih i odraslih. Mentalno zdravlje djece uključuje sve razvojno-psihološke teme, ali i intervencije koje pridonose zaštiti i unapređenju zdravog razvoja. U ranoj dobi sve razvojne domene su međusobno povezane (socijalni, emocionalni, kognitivni i motorički razvoj). Fokus nije isključivo na djetetu, nego na djetetu u kontekstu, a razvojna faza u kojoj se stvara, unapređuje ili ugrožava mentalno zdravlje djece njihovi su odnosi s bliskim osobama, najčešće roditeljima. Odnosi koji se stvaraju u interakcijama malog djeteta i njemu bliskih osoba ugrađeni su u nebrojene druge odnose socijalne mreže. Na taj način širi socijalni kontekst utječe na djetetov razvoj i djetetovo mentalno zdravlje. Suvremeni pogled na mentalno zdravlje malog djeteta u fokusu ima dijete smješteno unutar različitih dinamički međudjelujućih sklopova utjecaja. Unutar tih sklopova djeluju rizični i zaštitni čimbenici (Ljubešić, 2010).

Rizični čimbenici se definiraju kao „karakteristike, varijable ili opasnosti koje, ako su prisutne kod određenog pojedinca, povećavaju vjerojatnost da će on, prije nego netko drugi iz opće populacije, razviti poremećaj“ (Bašić, 2009. prema Mrazek i Ha-

ggerty, 1994). Mnogi autori navode različite rizične čimbenike za razvoj višestrukih poteškoća kod djece, a najčešće se spominju genske predispozicije, slaba kvaliteta interakcije majka-dijete, slaba kontrola kao odgojni stil, tvrda, ali i nekonzistentna disciplina, impulzivnost djeteta, siromašni odnosi s vršnjacima, teškoće akademskih vještina, siromaštvo/loša prehrana i dr. Rizične, kao i zaštitne čimbenike nalazimo u individualnom kontekstu, ali i u specifičnostima okoline u kojoj dijete boravi. Zaštitni čimbenici predstavljaju otpornike koji omogućuju usporavanje ili smanjivanje utjecaja rizičnih čimbenika. Najčešće se navode socijalna podrška, prisutnost brižnih odraslih, pozitivan odnos dijete-roditelj, blag temperament, samopoštovanje, samoeфикаsnost i dr. Unutar koncepta mentalnog zdravlja preventivne aktivnosti obuhvaćaju jačanje zaštitnih i smanjivanje ili otklanjanje rizičnih čimbenika tijekom razvoja (Wenar, 2003). Pravovremeno prepoznavanje emocionalnih, ponašajnih ili drugih čimbenika koji se mogu javiti kod djece rane i predškolske dobi predstavlja temelj za određene rane intervencije prema svoj djeci, a osobito prema onoj koja su izložena riziku.

3.2. Djetinjstvo, razvoj privrženosti (*attachment*) i uloga obitelji u zaštiti mentalnog zdravlja djece

Djetinjstvo je roditelj čovjekove ličnosti. S. Freud

Djetinjstvo je razdoblje koje počinje sa završetkom dojenačke dobi i traje do puberteta. Uobičajena je podjela djetinjstva na rano (do kraja treće godine), srednje (do polaska u školu) i kasno (do početka puberteta). Ova se podjela često koristi i u kliničkoj psihologiji i psihijatriji, uz opise specifičnih dječjih poremećaja (Krizmanić, 2005). Kriterij trajanja i kraja djetinjstva može biti kronološki (12 – 13 godina), fiziološki (pubertet), psihološki (psihosocijalna zrelost), etički (moralna zrelost), pravni i dr. Iz perspektive odraslog i s vremenske distance skloni smo idealizaciji djetinjstva, stoga nam ovo životno razdoblje izgleda idilično i bezbrižno. Iz perspektive djeteta razdoblje djetinjstva je bolno, ispunjeno konfliktima, krizama i strahovima. Bespomoćnost djeteta i njegova upućenost na okolinu čini odgovornost roditelja presudnom za njegov razvoj. Dijete se rađa sa svojim vrlo specifičnim osobinama.

Potrebe novorođenčeta mogu se svesti na hranjenje, udobnost, prostor za rast i razvoj i sigurnost u odnosu s osobama koje ga vole. U prvim danima života dijete i majka pokušavaju se razumjeti kroz majčine napore da uživljavanjem uđe u svijet djeteta, uz niz pokušaja i pogrešaka. Djetetu je potrebna majka koja je stalno kraj njega jer svako nagomilavanje frustracije može izazvati veliku anksioznost i dovesti do potpune dezintegracije.

Osnovni zadatci predškolske dobi su usvajanje samokontrole, samopouzdanja i kontakata s vršnjacima kroz koje dijete uči osnove socijalnog razumijevanja, razvija adekvatne socijalne vještine i uči kontrolu emocija, posebno ljutnje (Živčić-Bećirević, Smojver-Ažić i Miščenić, 2003). Teškoće koje se javljaju tijekom rane i predškolske dobi mogu biti pokazatelji ozbiljnijih teškoća u nešto kasnijoj adolescentnoj ili odrasloj dobi. Prema rezultatima istraživanja britanskih i američkih istraživača (Du-

nedin longitudinalno istraživanje), trogodišnjaci s nedostatkom kontrole odrastaju u impulzivne, nepouzđane i antisocijalne osobe koje imaju više konflikata s okolinom. Inhibirani trogodišnjaci imaju veću šansu da postanu neasertivni i depresivni odrasli s manje socijalne podrške (Caspi, 2001).

U prvim godinama života, relativno kratkom životnom razdoblju, odvijaju se dramatične promjene s posljedicama na sveukupno funkcioniranje ličnosti. Svi bitni procesi odvijaju se unutar prve tri ili četiri godine. Ipak, utjecaj naknadnih događaja nije zanemariv. Koliko god dobri ili loši oni bili, način na koji će ih pojedina ličnost prihvatiti i ugraditi u psihički život ovisi o snazi ega čije su se glavne odrednice do tada već formirale (Nikolić, Klain i Vidović, 1990). U usporedbi s drugim vrstama, ljudska bića imaju najduže razdoblje bespomoćne dojenačke dobi. Da bi preživjeli, o njima se moraju brinuti mnogo zrelija bića (roditelji) tijekom dugog niza godina.

Između majke i djeteta od samog se rođenja javlja prirodno vezivanje (privrženost, *attachment*) koje je izraz urođene potrebe za drugim ljudskim bićem nastao tijekom razvoja vrste na osnovi potrebe za zaštitom i preživljavanjem u svijetu. Ovaj fenomen poznat je i kod nižih vrsta. Privrženost je čvrsta emocionalna veza između djeteta i odrasle osobe (najčešće majke) koju dijete pokazuje izrazima sreće i zadovoljstva u prisustvu majke, a strahom kad se od nje odvaja. Majčina empatija se zasniva na „projektivnoj identifikaciji“, tj. majka u sebi pronalazi osjećaje koji su živjeli u njoj kad je i sama bila dijete. Prepoznajući potrebe i odgovarajući na njih, majka kod djeteta postupno razvija povjerenje i osjećaj sigurnosti. Odnos prema djetetu u najvećoj mjeri ovisi o kvaliteti majčinih objektnih odnosa, začecu i trudnoći, njezinom tjelesnom i duševnom zdravlju, odnosu prema ocu djeteta, fantazijama o djetetu (spol, starija djeca, „izgubljene“ trudnoće, traumatska iskustva). Pedijatar D. W. Winnicott sveukupnost majčine njege naziva podrškom djeteta (*holding*). *Holding* se kod „dovoljno dobre majke“ mijenja prema djetetovim individualnim potrebama, tj. s njegovim rastom i razvojem. Kod majki koje ne uspiju pružiti *holding* ili podršku djetetu ono vrlo rano razvija snažan osjećaj nesigurnosti (Nikolić, 1993). Neuroznanstvenici nazivaju prve godine života periodom u kojem djeca razvijaju razumijevanje osobnosti. Rana deprivacija, uslijed duže institucionalizacije ili zbog neodgovarajuće ili nepostojeće roditeljske skrbi i, ponajprije, nedostatne emocionalne komunikacije, može ostaviti rezidualne deficite kasnije vidljive kao hiperaktivnost, teško uspostavljanje privrženosti, kvazi-autistična obilježja i stanoviti stupanj kognitivnih oštećenja. Zdravi razvoj privrženosti kod dojenčadi i male djece i učenje o osjećajima drugih podupiru socijalno učenje i socijalni razvoj. Primjerice, ljubav je osjećaj u vlastitom iskustvu i istovremeno socijalni odnos s drugom osobom. Voljeti nekoga znači brinuti o njegovim osjećajima, a pretpostavka toga je mogućnost prepoznavanja i razumijevanja osjećaja drugoga. Dakle, kako djeca postaju svjesnija sebe i vlastitih osjećaja, trebaju pomoć odraslih u otkrivanju toga kako se osjećaju drugi ljudi. Razvojne studije pokazuju da djeca brzo napreduju u razumijevanju različitih aspekata emocija tijekom predškolskog i ranog školskog razdoblja, a, osim empatične i podržavajuće obiteljske okoline, i različiti programi, primjerice, u školskom okruženju, mogu una-

prijediti dječje razumijevanje tuđih emocija i učiniti ih socijalno kompetentnijima. U slučaju razvijanja zdrave, sigurne privrženosti, djeca su spoznajno bolje razvijena, bolje se prilagođavaju, razvijaju bolje socijalne odnose i rjeđe pokazuju probleme u ponašanju. Nesigurna privrženost manifestira se kroz socijalno neprimjereno ponašanje i nesposobnost prepoznavanja i iskazivanja emocija (Grbić, Čajo i Pavlović, 2009). Privrženost i vezivanje predstavljaju ključne emocionalne i biološke potrebe. Bowlby ističe da prekid veze privrženosti može biti doživljen kao ozbiljna prijetnja i uzrokovati ozbiljan poremećaj kod onoga tko je u opasnosti ako izgubi najveći izvor sigurnosti i potpore. Nepovoljni utjecaji okoline i stres pojačavaju potrebu za privrženosti i blizinom objekta vezivanja. Privrženost nije u potpunosti pozitivna, odnosno možemo reći da je privrženost sastavljena od ljubavi i strepnje, straha i ljutnje. Kad negativne komponente prevladaju, povećava se vjerojatnost disfunkcionalnog razvoja i patologije (Vasta, Haith i Miller, 1998).

U ranom razvoju djeteta roditeljima pripada posebna uloga. Njihova je važnost tolika da ju je nemoguće izostaviti. Iz tog razloga, u brigu o zdravlju, a osobito o mentalnom zdravlju djece, uvijek treba uključivati brigu o okruženju u kojemu djeca odrastaju, a njega čine roditelji i obitelj djeteta. Način na koji roditelji odgovaraju na temeljne potrebe djeteta tijekom ranog razvoja čini osnovu za dostizanje više razine emocionalnih, socijalnih i intelektualnih sposobnosti. Još u vremenu nastajanja psihologijske znanosti, kada je Freud znanstveno utemeljio svoju teoriju, obitelj je prepoznata kao važna komponenta za razvoj zadovoljstva životom i za razvoj što bolje prilagodbe djeteta (Klarin, 2006). Od obitelji se očekuje podrška i vođenje kroz djetetov razvoj u svoj njegovoj složenosti, a tu se misli na kognitivni, fizički, socijalni, emocionalni, moralni, seksualni, duhovni, kulturni i obrazovni razvoj. Upravo ta višedimenzionalnost obitelj i roditeljstvo čini složenima. Istraživanja pokazuju da je odnos između roditelja i djeteta temelj za uspješnu socijalizaciju djeteta i razvoj zdrave ličnosti. Obitelj je prva socijalna skupina u kojoj se dijete nalazi nakon rođenja i u kojoj stječe prva iskustva, formira stavove, razvija svoje osobne potencijale i interpersonalne odnose s drugima.

Greenspan (2003) opisuje kakve spoznaje i oblike skrbi djeca neminovno trebaju. Na prvom mjestu ovaj autor spominje potrebu za toplim i podržavajućim odnosom te navodi da je njezino zadovoljavanje bitnije za emocionalni i intelektualni razvoj od ranog kognitivnog treninga ili edukativnih igara. Djeca koja se osjećaju voljena i primaju obilje pozitivnih emocija od svojih najbližih uspješnije uspostavljaju pozitivne odnose i osjećaju ljubav i prema drugima i prema sebi.

Obitelj je, kao izvor temeljne sigurnosti za dijete, najodgovornija za stvaranje uvjeta za zdravo i sretno dijete i njegovu pripremu za život. Uloga obitelji je primarna i dominantna u općoj orijentaciji i usmjerenosti djeteta na zdrav način života, kao i za zaštitu mentalnog zdravlja djeteta. Kroz složene interakcije unutar obiteljskog miljea formiraju se najvažnije čovjekove osobine. U odnosima s roditeljima i drugim važnim figurama u obitelji formiraju se i usvajaju bazični identitet i povjerenje, osnovne socijalne vještine, slika o sebi i sustav vrijednosti kao najvažnije sastavnice psihičkog aparata. Ovisnost, nasilje i poremećeni odnosi unutar obitelji nepovoljno djeluju na

njenu primarnu funkciju odgoja i brige o njenim najmlađim članovima. Unutar obitelji nalazi se geneza samog problema kod osoba s manifestno ovisničkim ponašanjem ili mentalnim poremećajem, ali i mogućnosti razumijevanja istih teškoća.

3.3. Zaštita mentalnog zdravlja djece u kontekstu predškolske ustanove i predškolskih preventivnih programa

U skladu sa Strategijom obrazovanja, znanosti i tehnologije (Narodne novine, 124/14), osnovna zadaća ranoga i predškolskoga odgoja i obrazovanja je razvijanje djetetovih sposobnosti, znanja i vještina koje će mu pomoći u odrastanju, a ujedno i za kreativno, kompetentno, humanistički usmjereno, odgovorno i aktivno uključivanje u demokratsko društvo. Kako bi se te zadaće ispunile, potrebno je u odgojno-obrazovnom sustavu poboljšati kvalitetu odgojno-obrazovnih usluga. Od 1997. godine, Zakonom o predškolskom odgoju i obrazovanju (Narodne novine, 10/97, 107/07, 94/13), Državnim pedagoškim standardom predškolskog odgoja i naobrazbe (Narodne novine, 63/2008, 90/2010) i drugim brojnim propisima koji uređuju sustav ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja, predškolska je djelatnost uređena kao podsustav odgoja i obrazovanja Republike Hrvatske. U 2013./2014. pedagoškoj godini ukupna obuhvatnost djece rane i predškolske dobi u redovitim programima iznosila je 64 % djece predškolske dobi. Ukupan broj djece je 151 987 (66,00 %). U vrtiće je uključeno 5984 ili 5,28 % djece s različitim vrstama i stupnjevima teškoća u razvoju, 1625 ili 1,43 % darovite djece te 2107 ili 1,86 % djece pripadnika nacionalnih manjina (Nacionalni program prevencije ovisnosti, 2015). Tijekom rane i predškolske dobi bitna zadaća odgojno-obrazovnog sustava je stvaranje optimalnih uvjeta za poticanje svih aspekata psihofizičkog razvoja i usvajanje onih znanja, vještina i navika koje će djetetu omogućiti osnovne pretpostavke za kvalitetno odrastanje, a time i zaštitu mentalnog zdravlja.

Djeci predškolske dobi potrebno je omogućiti sadržaje kroz koje će usvajati nova iskustva i učvrstiti pozitivan odnos prema sebi i drugima kroz samopercepciju i interakciju primjerenu dobi. Planirane, ali i situacijske aktivnosti mogu pomoći djeci predškolske dobi da postanu svjesna sebe u različitim situacijama, tj. da spoznaju svoje mogućnosti i sposobnosti na koje mogu biti ponosna, ali i slabije strane koje trebaju ojačati. Svijest o svom tijelu, željama i unutarnjim procesima povezana je s iskustvom vlastitog identiteta, *selfa*, te zadovoljstvom sobom takvima kakvi jesmo.

Primarna uloga predškolskog odgoja i obrazovanja je stvaranje uvjeta za cjelovit razvoj osobnosti djeteta, doprinos kvaliteti odrastanja te kvaliteti obiteljskog života. Tijekom ranog djetinjstva odgojni utjecaji usmjereni su na poticanje svih aspekata optimalnog rasta i razvoja (tjelesni, socio-emocionalni i spoznajni).

Dječji vrtić, kao ustanova u kojoj se sustavno, kroz odgojno-obrazovne aktivnosti djeluje na dijete, ima važnu ulogu u formiranju stavova prema svim negativnim oblicima ponašanja (ovisnost o alkoholu, cigaretama, drogi i sl.). Termin prevencija potječe od latinske riječi *praevenire* što znači **predusretnuće, sprečavanje**, a u kontekstu

mentalnog zdravlja odnosi se na proces sprečavanja pojave negativnog ponašanja te na osmišljanje i odabir postupaka pomoću kojih se potiče formiranje prihvatljivih oblika ponašanja. Među temeljnim načelima od kojih se polazi u aktivnostima prevencije osobito se ističe načelo što ranijih aktivnosti koje treba započeti već u predškolskoj dobi.

Vrtićko okruženje važno je socijalizacijsko područje unutar kojega dijete ostvaruje socijalne relacije vlastite socijalne kompetencije. Kroz proces socijalizacije djeca prihvaćaju drugog kao jednako vrijednog, dobronamjernog i prijateljskog suradnika. Tako će dijete lakše komunicirati s drugima i stvarati svoj krug prijatelja, a ujedno i sretnije i produktivnije proživjeti svoj vijek.

Početkom 90-ih godina prošlog stoljeća uočen je značajan porast broja preventivnih programa. Neka preventijska istraživanja počinju sredinom 80-ih godina, a 90-ih godina prošlog stoljeća postaje jasno da je nužno utemeljiti preventivne programe čiji su rezultati vidljivi i mjerljivi, prenosivi iz jedne kulture u drugu. Tako počinje „vrijeme prevencije“ utemeljeno na znanstvenim dokazima za koje su mnogi autori još ranije smatrali da tek dolazi. Sredinom 90-ih godina počinje se s kreiranjem preventivnih programa i u Republici Hrvatskoj, tada opterećenoj ratnim događanjima i posljedicama. Preventivni programi, u vrijeme velikih razmjera traumatskih događaja i ugrožavanja svakodnevnog življenja, neophodna su sastavnica organizirane skrbi za djecu i mlade. Mnogi dokumenti vezani za dobrobit djece, mladih, obitelji, kao i za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladih počinju se stvarati, pisati ili tiskati krajem 90-ih godina prošlog stoljeća i nastavljaju do današnjih dana (Bašić, 2009).

Predškolski preventivni program u cijelosti je program prevencije. Posebni ciljevi predškolskog preventivnog programa naslanjaju se na bazične potrebe djeteta i roditelja unutar suvremene obitelji. Oni su prvenstveno usmjereni na razumijevanje obiteljske dinamike, jačanje komunikacijskih vještina unutar obiteljskih odnosa, afirmaciju uspješnog roditeljstva, edukaciju o rastu i razvoju djeteta, edukaciju o potrebama djece s teškoćama u razvoju te potencijalnim rizicima za razvoj neprihvatljivih oblika ponašanja, edukaciju o različitim poremećajima i problemima u ponašanju djece predškolske dobi, razvijanje i poticanje ekološke svijesti i uključivanje roditelja kao partnera u neposredan odgojno-obrazovni rad (Mikas, Pavlović i Sunko, 2013). Opći cilj predškolskog preventivnog programa je odgojno-obrazovni utjecaj na dijete predškolske dobi u svrhu poticanja razvoja zdrave osobnosti, pozitivnih i optimističnih stavova općenito, a osobito kod prevladavanja životnih teškoća i kriza. Nadalje, cilj spomenutog programa je i odgojiti zdravog i zadovoljnog mladog čovjeka koji neće posezati za sredstvima ovisnosti u situacijama pojačanog rizika i koji će se na zreli način znati nositi s razvojnim (adolescentnim) i životnim teškoćama. Dijete predškolske dobi je tako pripremljeno za preuzimanje odgovornosti u kreiranju vlastitog životnog puta. Ciljevi predškolskog preventivnog programa, unutar odgojno-obrazovnog utjecaja na dijete, su poticanje i razvijanje osjećaja sigurnosti i samopouzdanja, poticanje i razvijanje samostalnosti, poticanje i usvajanje socijalnih vještina te pozitivnih moralnih vrijednosti, stvaranje optimalnih uvjeta za razvoj emocionalne inteligencije,

poticanje aktivnog učenja, učenja kroz igru kod djece i poticanje praktične uporabe umijeća, zdravih navika življenja i bavljenja sportom.

Programom prevencije obuhvaćena su sva razvojna područja predškolskog djeteta u skladu s njegovim razvojnim potrebama. Poticanjem različitih aspekata razvoja (tjelesnog, spoznajnog, socio-emocionalnog) stvaraju se temelji djetetove osobnosti. Programske aktivnosti je neophodno razvrstati u tri intervencijske kategorije. Ovisno o mogućnostima nastanka i razvijanja ovisničkog ponašanja postoje lako odgojiva djeca (najveći broj, mali rizik sklonosti ovisnostima), zahtjevnija djeca i djeca s izrazitim teškoćama u prilagođavanju i prihvaćanju normi ponašanja. Preventivne programe u ovoj dobi ne treba ograničiti samo na razinu odgojno-obrazovne djelatnosti u predškolskoj ustanovi, već je potrebno uključiti i sve čimbenike unutar cjelovitog utjecaja na razvoj djeteta (obitelj, uže i šire društveno okruženje). Preventivni program je razvojno primjeren program koji je integriran u svakodnevni kontekst odgojno-obrazovne ustanove i koji je utemeljen na prirodnoj potrebi djeteta za istraživanjem, otvorenosti i razvojem umijeća.

Putem kontinuiranog uspostavljanja pozitivne ravnoteže sa sobom i drugima te putem različitih društvenih iskustava afirmira se djetetov osjećaj prihvaćenosti unutar vrtićke skupine. Vrtićko ozračje koje nastoji promicati međusobno prihvaćanje i uvažavanje pomoći će i u pripremi za uspješnu obiteljsku, profesionalnu i socijalnu komunikaciju uopće. Nenasilno rješavanje sukoba sastavnica je šireg pristupa socijalizaciji djeteta kao prosocijalne osobe. Ono obuhvaća širok raspon sadržaja počevši od odnosa među pojedincima i grupama u neposrednom okruženju djeteta (obitelj i vrtić) pa do razumijevanja i suradnje u odrasloj dobi. Samopoštovanje, komunikacijske vještine te kreativnost omogućuju djetetu osjećaj kompetencije u konfliktnim situacijama i situacijama rizika (nasilje, zlostavljanje, vršnjački odnosi, traume, poremećeni odnosi unutar obitelji). Različiti načini suočavanja s konfliktima predstavljaju poseban aspekt socijalnih vještina, odnosno oblika ponašanja koja se uče. Učenje socijalnih vještina počinje u najranijem djetinjstvu. Na taj način definirani su ciljevi na razini odgojne skupine, a to su prevencija vršnjačkog nasilja, poticanje socijalizacije djece, poticanje nenasilnog rješavanja sukoba i suradničkog ponašanja, poticanje suradničkog i prosocijalnog ponašanja, nenasilnog rješavanja sukoba i asertivnosti, prihvaćanje različitosti, upoznavanje vlastitih i tuđih osjećaja, prepoznavanje i pokazivanje osjećaja (emocionalna kompetencija).

3.4. Zašto je važno s preventivnim aktivnostima i zaštitom mentalnog zdravlja započeti u vrtiću?

Dječji vrtić unutar svojih programa smišljeno potiče zdrav rast i razvoj sve djece, a osobito one čiji razvojni put ili životne okolnosti zahtijevaju drugačiji pristup putem diskretnih zaštitnih programa. Identifikacija visokorizične djece (u smislu ovisničkog ponašanja i bolesti ovisnosti) te uključivanja obitelji u individualne i grupne aktivnosti (savjetovanja, roditeljski sastanci, edukacije, svečanosti) daju mogućnost odgoja zdravog djeteta. Na taj način preventivnim programima ostvaruju se povoljni uvjeti

za jačanje zaštitnih čimbenika, ali i reduciraju se čimbenici rizika. Predškolskim programom obuhvaćeni su roditelji djece predškolske dobi, i to od jaslinskog do predškolskog uzrasta, a osobito su obuhvaćene one obitelji u kojima postoji veća mogućnost nastajanja nekog od oblika ovisnosti (droga, alkohol, cigarete). Preventivni program temelji se na razvojnoj potrebi djeteta za aktivnim učenjem, poticanju sposobnosti rješavanja problema i donošenja odluka, razvoju sposobnosti planiranja te poticanju interakcije dijete-dijete te dijete-odrasli.

Preventivne aktivnosti u predškolskoj dobi imaju univerzalni karakter u svrhu poticanja razvojnih potencijala djeteta unutar same obitelji, ali i predškolske ustanove. Prve socijalne skupine u kojima dijete boravi su obitelj i dječji vrtić, stoga je njihova kvalitetna komunikacija neophodan preduvjet za provedbu bilo kakvih preventivnih aktivnosti. Problemu je potrebno prići znatno ranije nego što se problem pojavi. Prevencija je učinkovitija ukoliko okolina u cjelini prepozna i podrži usvajanje preventivnih postupaka usmjerenih na dijete i njegovu obitelj. Želimo li očuvati mentalno zdravlje budućih generacija, treba odmah započeti djelovati u njihovim prirodnim socijalnim okruženjima, tj. obitelji i vrtiću. Iz toga proizlazi da preventivna istraživanja i intervencije treba usmjeriti prema senzibiliziranju stručno-znanstvene javnosti za značaj predškolskih ustanova koje bi u okviru preventivnih programa trebale predstavljati prvo okruženje koje je aktivno u očuvanju mentalnog zdravlja djece, a ne da to budu tek osnovne škole.

Dječji vrtić je prva stepenica odgojno-obrazovnog sustava koja u značajnoj mjeri zamjenjuje roditelje te na taj način sudjeluje u prevenciji društveno neprihvatljivih oblika ponašanja, među kojima je i zlouporaba sredstava ovisnosti. Tijekom ranog djetinjstva odgojni utjecaji usmjereni su na poticanje cjelovitog, optimalnog i zdravog rasta i razvoja svih aspekata djetetove osobnosti, tj. tjelesnog, socio-emocionalnog te spoznajnog, a sve to primjereno djetetovim mogućnostima. Osim osmišljanja aktivnosti koje obuhvaćaju dijete, roditelja i odgojitelja, nisu zanemarivi ni drugi čimbenici koji govore u prilog prevenciji u ranoj dobi, a to su velika obuhvaćenost djece predškolske dobi vrtićkim programima (70 %), dužina dnevnog boravka djece u vrtiću (5 – 10 sati) i vrijeme provedeno u vrtiću (prosječno 4 godine). Nadalje, u ranoj dobi imamo priliku utjecati na razvoj osobnosti djeteta i formiranje njegovih prihvatljivih životnih navika kroz institucionalni kontekst i utjecaj educiranih osoba koje skrbe o cjelokupnom rastu i razvoju djeteta (odgojitelji, stručni suradnici).

3.5. Uloga odgojitelja rane i predškolske dobi u zaštiti mentalnog zdravlja djece

U dječjim vrtićima radi ukupno 18 716 radnika, i to 10 334 odgojno-obrazovna radnika i 5 951 ostalih radnika. Stručni suradnici u dječjim vrtićima su pedagog (318), psiholog (187), stručnjak edukacijsko-rehabilitacijskog profila (242, i to 139 edukatora-rehabilitatora i 103 logopeda) te viša medicinska sestra (223) (Nacionalni program prevencije ovisnosti, 2015).

Rezultati istraživanja koje su proveli Tatalović-Vorkapić i sur. (2012) na budućim odgojiteljima pokazuju visoku senzibiliziranost za rano uočavanje i prepoznavanje rizičnih ponašanja djece predškolske dobi. Jako je bitno kontinuirano usavršavanje djelatnika u dječjim vrtićima, a samim time dolazi i do jačanja njihovih osobnih i profesionalnih kompetencija u području predškolskog odgoja. Učinkovitost preventivnih programa, kao i ostalih programa unutar odgojno-obrazovnog sustava, velikim dijelom ovisi o profesionalnim kompetencijama odgojitelja, ali i o njihovoj osobnosti, entuzijazmu, kreativnosti te motivaciji za učenjem i uvođenjem inovacija u predškolski sustav i svakodnevnu praksu. Za dijete uključeno u odgojno-obrazovnu instituciju odgojitelj predstavlja važnu figuru, tj. supstitut (zamjenu) za roditelja. Uloga supstituta roditelja osobito je značajna kod djece jasličke dobi. Odgojitelj koji radom na sebi stječe uvid u kvalitetu svog rada i odnos s djetetom dobar je model identifikacije u formiranju stava djeteta prema svim životnim vrijednostima, poželjnom ponašanju, zdravom načinu života, sportskim i kreativnim aktivnostima. Profesionalna je uloga odgojitelja usmjerena na prihvaćanje, poticanje i praćenje djetetova razvoja kroz kvalitetan i stručno kompetentan međuljudski odnos. Jako je važno stvaranje pogodnog okruženja za dijete (organizacijskog, materijalnog, prostornog, emocionalnog i socijalnog) u kojem će se ono optimalno razvijati u skladu s osobnim potencijalima i dobi. Stručnu kompetenciju odgojitelja čine znanja o djeci, o njihovom razvoju i potrebama te sva druga znanja stečena tijekom profesionalnog obrazovanja i/ili dodatnog stručnog usavršavanja. Osobnost odgojitelja predstavlja sve njegove potencijale, životna iskustva i posebne talente. Obje ove komponente, stručna kompetencija i osobnost, ključne su sastavnice svakodnevnog ostvarivanja profesionalne uloge odgojitelja. Za kvalitetan razvoj djeteta sa stajališta društvenog konteksta odgovorna su tri bitna čimbenika, tj. društvena zajednica, obitelj i znanstveni i stručni resursi u području razvoja djeteta (Maleš, Milanović i Stričević, 2003). Znanstvena i stručna utemeljenost skrbi za dijete podrazumijeva provedbu znanstvenih istraživanja u području ranog razvoja djeteta, razvijanje i davanje teorijske podloge, primjenu znanstvenih spoznaja tijekom oblikovanja, provedbe i vrednovanja programa ranog razvoja te obrazovanje budućih i usavršavanje postojećih stručnjaka. Nužna je koordinacija i suradnja svih čimbenika razvoja djeteta s ciljem ostvarivanja i podizanja kvalitete ranog razvoja. Roditelji i obitelj djeteta te profesionalni odgojitelji unutar društvenog konteksta omogućuju cjelovitu skrb za razvoj djeteta. Razmatranje profesionalne uloge odgojitelja, bez ikakve sumnje, zahvaća samu bit ovog suptilnog procesa odgojitelj-dijete. U tom smislu, odgojitelj ima ključnu ulogu u odgojno-obrazovnom procesu. Koncepti rizičnih čimbenika i razvojnih puteva, odnosno linija predstavljaju temeljne smjernice u prevenciji koja se temelji na razvoju (Wenar, 2003). Upravo je zbog toga od iznimne važnosti da budući odgojitelj posjeduje znanja, vještine i sposobnosti koje će mu omogućiti da u radu s djecom rane i predškolske dobi, pored ostalog, bude kompetentan i u zaštiti njihovog mentalnog zdravlja. Ipak, nameće se pitanje o tome kakva je zapravo uloga odgojitelja u zaštiti mentalnog zdravlja djeteta. Naime, odgojitelj je osoba koja bi trebala detektirati emocionalna i ponašajna odstupanja kod djeteta i

pravovremeno ga uputiti stručnom suradniku vrtića. Također, trebao bi kontaktirati sa stručnjacima koji dolaze iz područja pedijatrije, obiteljske medicine, psihologije i patronažne službe te ostalih službi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti radi iznalaženja odgojnih strategija za dijete rane i predškolske dobi. Posebnu pažnju potrebno je usmjeriti na odnos majka-dijete te na eventualna odstupanja koja bi mogao zamijetiti pedijatar prilikom uobičajenih sistematskih pregleda djeteta ili obiteljski liječnik koji skrbi o zdravlju roditelja. Kako bi se odgojiteljima koji prvi dolaze u kontakt s djetetom olakšala detekcija eventualnih emocionalnih teškoća ili problema u ponašanju, potrebno je obratiti pažnju na odstupanja u domeni prehrambenih navika, spavanja, eliminacijskih funkcija te dobno odgovarajuće uspostave i održavanja socijalnih interakcija. Također, treba vidjeti dolazi li i do neadekvatne anksioznosti ili straha u komunikaciji s nepoznatim osobama. Podatci o kvaliteti bračne zajednice, psihičkim poremećajima ili težim somatskim bolestima kod oba roditelja pomažu u stvaranju potpunijeg dojma o djetetu. Vrlo je važan čimbenik osvještavanja uloge budućih odgojitelja u pravovremenom prepoznavanju emocionalnih, ponašajnih ili drugih odstupanja koja se mogu javiti kod djece rane i predškolske dobi, što onda predstavlja temelj za određene rane intervencije za koje znamo da čine okvir i bit prevencije temeljene na razvoju. Njegu i skrb trebaju sva djeca, ali se osobita pažnja pridaje djeci koja su iz neurobioloških ili okolinsko-razvojnih razloga osobito izložena riziku. Te je rizike moguće umanjiti ili reducirati kvalitetnim programima i suvremenom edukacijom odgojitelja putem kontinuiranog cjeloživotnog učenja i osposobljavanja (Tatalović-Vorkapić, 2012).

Za dijete uključeno u odgojno-obrazovnu instituciju odgojitelj predstavlja veoma važnu razvojnu figuru, tj. supstitut (zamjenu) za roditelja. Odgojitelj potiče razvoj, nudi emocionalnu podršku, vodi i usmjerava dijete i ima ulogu medijatora u uspostavljanju i održavanju kvalitetnih vršnjačkih odnosa. Učinkovitost predškolskih preventivnih programa, kao i ostalih programa unutar odgojno-obrazovnog sustava, velikim dijelom ovisi o profesionalnim kompetencijama odgojitelja, ali i o njegovoj osobnosti, entuzijazmu, kreativnosti te otvorenosti za učenjem i uvođenjem inovacija u predškolski sustav i svakodnevnu praksu. Odgojitelji su „značajni drugi“ koji s djetetom svakodnevno provode dobar dio vremena – u prosjeku između 8 i 10 sati. Njihov utjecaj postaje trajno prisutan i u velikoj mjeri pomaže djetetu u razvoju emocionalne stabilnosti i očuvanju mentalnog zdravlja (Mikas, Pavlović i Sunko, 2013). Profesionalna uloga odgojitelja usmjerena je na prihvaćanje, poticanje i praćenje djetetova razvoja kroz kvalitetan i postojan emocionalni odnos. Također, odgojitelj mora biti fokusiran na stvaranje pogodnog okruženja (organizacijskog, materijalnog, prostornog, emocionalnog i socijalnog) u kojem će se dijete najbolje razvijati u skladu s osobnim potencijalima i kronološkom dobi. Stručnu kompetenciju odgojitelja čine znanja o djeci, o njihovom razvoju i potrebama te sva druga znanja stečena tijekom profesionalnog obrazovanja i/ili dodatnog stručnog usavršavanja. Osobnost odgojitelja predstavlja sve njegove potencijale, životna iskustva i posebne talente. Obje ove komponente, stručna kompetencija i osobnost, ključne su sastavnice svakodnevnog

ostvarivanja profesionalne uloge odgojitelja. Imajući to u vidu, predškolski preventivni programi poseban naglasak stavljaju na poticanje osobnog rasta samog odgojitelja. Planirane programske aktivnosti imaju za cilj poticanje i razvijanje profesionalne kompetencije odgojitelja putem razumijevanja vlastitog unutarnjeg psihičkog života, poboljšavanja vještina komunikacije, usvajanja socijalnih vještina, afirmacije timskog rada i sl. Edukativne aktivnosti za odgojitelje su najčešće osmišljene u obliku različitih predavanja, radionica, parlaonica i fokus grupa. Potencira se učenje putem vlastitog iskustva i osobne uključenosti, odnosno jako je važno cjeloživotno učenje. Odgojitelj koji radom na sebi stječe uvid u kvalitetu svog rada i prirodu emocionalnog odnosa s djetetom dobar je identifikacijski model u procesu sazrijevanja djetetove osobnosti i formiranja kvalitetnih vrijednosti i pozitivnih životnih stavova, a time i zaštite mentalnog zdravlja.

Literatura

Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.

Božičević, V.; Brlas, S.; Gulin, M. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Sveti Rok.

Ferić, M. (2002). Preventivne intervencije usmjerene prema obitelji. *Kriminologija i socijalna integracija*, 10 (1): 1-12.

Grbić, M.; Čajo, N.; Pavlović, Ž. (2009). *Priručnik za roditelje: Učiniti sve kako treba...* Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti.

Greenspan, S. I.; Wieder, S. (2003). *Dijete s posebnim potrebama, poticanje intelektualnog i emocionalnog razvoja*. Lekenik: Ostvarenje d.o.o.

Klarin, M. (2006). *Razvoj djece u socijalnom kontekstu: roditelji, vršnjaci, učitelji – kontekst razvoja djeteta*. Jastrebarsko: Naklada Slap. Zadar: Sveučilište u Zadru.

Krivić, N. (2010). Utjecaj stresa u specifičnim fazama psihološkog i neuro-biološkog razvoja od djetinjstva do adolescencije. *Pedijatrija danas*, 6 (2): 127-137.

Ljubešić, M. (2010). Mentalno zdravlje djece; što učiniti dok je još vrijeme. U: Brlas, S. (ur.) *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. Virovitica: Sveti Rok.

Maleš, D.; Milanović, M.; Stričević, I. (2003). *Živjeti i učiti prava*. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Mikas, D.; Pavlović, Ž.; Sunko, E. (2013). Predškolski preventivni programi. *Paediatrica Croatica*, 57 (1): 125-130.

Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno-obrazovnom sustavu, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi za razdoblje od 2015. do 2017. godine. Vlada RH: Ured za suzbijanje zlouporabe droga, dostupno na mrežnoj stranici: <https://drogeiovisnosti>.

gov.hr/UserDocsImages//dokumenti/Programi%20i%20projekti/NPPO//Nacionalni%20program%20prevencije%20ovisnosti%20(2015.-2017.).pdf (pristupljeno: 12. 5. 2016.)

Nikolić, S.; Klain, E.; Vidović, V. (1990). *Osnove medicinske psihologije*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Nikolić, S. (1996). *Svijet dječje psihe*. Zagreb: Prosvjeta.

Pavlović, Ž. (2011). *Neke osobine ličnosti, izvori stresa na poslu i načini suočavanja kod predškolskih odgojitelja*. Specijalistički rad. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Petz, B. (ur.) (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Stevanović, M. (2003). *Predškolska pedagogija*. Rijeka: Andromeda.

Tatalović-Vorkapić, S.; Vlah, N.; Vujičić, L. (2012). Osnazivanje uloge budućih odgajatelja u očuvanju mentalnog zdravlja predškolske djece: promjene studijskog programa. *Život i škola*, 28 (58): 130-144.

Vasta, R.; Haith, M. M.; Miller, S. A. (1998). *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vlastelica, M. (2014). *Rani odnos majka-dijete u svjetlu neuroznanstvenih spoznaja*. Zagreb: Medicinska naklada.

Živčić-Bećirević, I.; Smojver-Ažić, S.; Mišćenić, G. (2003). Problemi u ponašanju predškolske djece prema procjeni roditelja i odgojitelja. *Psihologijske teme*, 12: 63-76.

Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

4. Zaštita mentalnog zdravlja mladih



4.1. Mladenaštvo

Adolescencija ili mladenaštvo je period odrastanja između djetinjstva i odrasle dobi koji je prožet mnoštvom specifičnih pojava, kako na tjelesnom tako i na psihičkom planu. To je posebno i izrazito dinamično razdoblje u životu čovjeka unutar kojeg mlada osoba mora učiniti konačan iskorak u svijet odraslih ljudi. U tom važnom životnom periodu donosi se odluka hoće li neka osoba postati emocionalno zrela i socijalno prilagođena ili frustrirana, nesocijalna i ovisna. Prožeta je velikim biološkim i psihološkim promjenama čiji je prvenstveni cilj poticanje razvoja osobnosti, profiliranje seksualnog identiteta, uspostava autentičnog *selfa* te prihvaćanje načela stvarnosti i permanentne životne uloge (Gruden, 1990, Nikolić i sur., 1990). Početak adolescencije je obilježen nizom razvojnih promjena (bioloških, anatomskih, fizioloških). Osnovne karakteristike razvoja pojedinca uočavaju se kroz mnoštvo različitih pokazatelja, a to su brza i vidljiva transformacija tijela, stjecanje seksualne zrelosti, izražena nesigurnost (primjetna prilikom razgovora o postignućima starijih), pogled na stvarnost kao na nešto razočaravajuće, introspekcija (pažnja je usmjerena na unutarnji svijet koji obiluje tugom), potraga za identitetom (jača potreba pripadanja skupini), uspostava nekih novih odnosa (prijateljstvo, zaljubljivanje), promjena u percepciji vlastitog tijela, uspoređivanje s vršnjacima i sl. (De Santi i Pellai, 2008). Promjene koje se događaju u periodu adolescencije primarno su usmjerene prema postizanju spolne zrelosti i sposobnosti reprodukcije. Integracija slike seksualiziranog tijela i stvaranje seksualnog identiteta predstavljaju središnji razvojni zadatak u ovom periodu (Nikolić i sur., 1990). Separacija od roditelja za adolescenta je iznimno bolna i teška. Manifestira se dubokim osjećajem tuge i naglašene žalosti. Separacija od majke postaje konačna (uočljiva u fantazijama i čežnji za izgubljenim rajem), što vodi do potpunog razrješenja Edipovog kompleksa i otvaranja puta prema odraslosti. Veliča se uloga (idealnog) oca koji na simboličnom planu onemogućuje majci ponovno vraćanje djeteta u čvrsti

simbiotski zagrljaj. Identifikacija s ocem osigurava adolescentu konačni prekid simbiotskih veza, spolnu profilaciju i iskorak u svijet odraslih (Nikolić i sur., 1990). S obzirom da u tom relativno kratkom vremenskom periodu dolazi do brzih i znatnih anatomsko-fizioloških promjena, tjelesni izgled postaje izrazito važna preokupacija većine adolescenata. Preferirani tjelesni izgled je socijalno uvjetovana kategorija i značajno je povezan s proklamiranim društvenim standardima (Lacković-Grgin, 2005).

Mladi ljudi često nisu zadovoljni vlastitim izgledom. Djevojke su prvenstveno nezadovoljne vlastitom težinom, kožom i figurom u cjelini, dok su mladići najčešće nezadovoljni kosom, kvalitetom glasa i općim izgledom (Ambrozi-Randić, 2001). Nepovoljna slika tijela većim je dijelom prisutna u ranijem adolescentnom periodu, nego pred kraj adolescencije. Međutim, tijekom razdoblja postadolescencije emocionalne turbulencije pokazuju tendenciju smirivanja, što vodi prema zrelijem prihvatanju vlastitih „nesavršenosti i nedostataka“ i cjelokupnog tjelesnog izgleda.

I u socijalnom životu adolescenta događaju se značajne i korjenite promjene, tj. smanjuje se utjecaj odraslih osoba, većinu vremena adolescent provodi u društvu vršnjaka, povećava se broj kontakata i interakcija sa suprotnim spolom, a participacija u velikim društvenim skupinama postaje važna. (Davis, 2007). Najveći dio dana adolescent provodi izvan obitelji. Oslanjanje na roditeljsku pomoć značajno slabi, a središnji utjecaj na život i sveukupno funkcioniranje pomiče se prema svijetu vršnjaka. Vršnjački utjecaji zauzimaju centralno mjesto i postaju temeljni pokretači različitih osobnih promjena i svakodnevnih aktivnosti. U adolescentovom svijetu istovremeno egzistiraju želja za pripadanjem određenim vršnjačkim skupinama te izrazita potreba za izgradnjom i održavanjem prisnih prijateljskih veza. Ta mu činjenica omogućuje paralelno zadovoljavanje bazične razvojne potrebe za socijalnom afirmacijom, kao i naglašene potrebe za izgradnjom intimne i pouzdane prijateljske veze utemeljene na dubokom povjerenju, uzajamnoj bliskosti i međusobnoj otvorenosti. Međutim, bliska prijateljstva i vršnjačke skupine, unutar kojih se adolescenti najčešće kreću, predstavljaju tranzitornu pojavu na putu prema razrješenju krize, prihvatanju spolne uloge i definitivnoj konstituciji autentičnog *selfa*. Smanjivanje ovisnosti o skupini vršnjaka važan je i nezaobilazan korak u normalnom razvoju ličnosti adolescenta. Pored toga, u središnjem dijelu adolescencije postupno dolazi do sve češćih kontakata sa suprotnim spolom, učestalih međusobnih druženja, javljanja prvih simpatija i zaljubljenosti (Mikas, 2011). Paralelno s time, javlja se pojačani interes za spolnost i seksualne teme. Seksualne aktivnosti adolescenta usmjeravaju se prema drugim osobama. Za razliku od pretežne usredotočenosti na vlastito tijelo, pojačano raste interes za suprotni spol i počinju prva ljubavna eksperimentiranja s drugim osobama (Lacković-Grgin, 2005).

Ljubavna iskustva adolescenata postaju sve učestalija i intenzivnija. Imati djevojku ili mladića postaje simbol osobne vrijednosti i društvenog statusa. Međutim, ta se potreba s vremenom transformira i poprima kompleksnije osobine i zreliji karakter. Ona postupno postaje rezultat intenzivne želje za većom bliskošću s drugom osobom – dubljim upoznavanjem drugoga i samoga sebe (Sujoldžić, Rudan i De Lucia, 2006). Konačno, u završnoj fazi adolescencije osoba uspostavlja i prihvaća vlastitu ulogu koja

je stabilna i permanentna i koja osigurava konstantan osjećaj nepromjenjivosti i istovjetnosti. Također, usvaja i načelo stvarnosti (realiteta) putem prihvaćanja kontinuiteta vremena. Završetak igre uloga, prihvaćanje vremenskog kontinuiteta i učinka tih procesa na dilemu slike vlastitog *selfa*, kao i konačno formiranje i profilacija identiteta imaju za posljedicu tzv. smirivanje ili *settling-down* adolescenta (Nikolić i sur., 1990).

4.2. Mladi u suvremenom svijetu

Brze i nagle društvene transformacije temeljna su obilježja suvremenog svijeta. Moderno društvo protkano je nizom velikih promjena koje je iznimno teško kvalitetno usmjeravati i kontrolirati i čiji je tijek gotovo nemoguće predvidjeti. Današnje društvo karakteriziraju različiti procesi i posljedice intenzivne globalizacije, kao i značajan porast zahtjeva za profesionalnom mobilnošću, fleksibilnošću i razvojem informacijsko-komunikacijske tehnologije (Razum, 2008, Ilišin, 2013). Postmodernizacijski procesi nametnuli su relativizaciju, slabljenje, pa i djelomično dokidanje prokušanih tradicionalnih modela funkcioniranja koji su bili duboko ukorijenjeni u društvenu zbilju posljednjih desetljeća. „Tradicionalne obiteljske veze i odnosi, kao i međugeneracijsko prenošenje sustava vrijednosti i obrazaca ponašanja doživljavaju suštinsku preobrazbu koja u konačnici ide prema modifikaciji, pa i potpunom razaranju ustaljenih oblika socijalne reprodukcije“ (Ilišin, 2013). Dramatična transformacija društvenih odnosa i provjerenih obrazaca socijalnog obnavljanja u velikoj je mjeri utjecala na obiteljske relacije i modifikaciju klasičnog načina života.

Suvremena obitelj u odnosu na tradicionalnu doživljava velike promjene. Promjene su toliko duboke i intenzivne da, u velikom broju slučajeva, ustaljeni obrasci i modeli obiteljske organizacije ne mogu izdržati pritisak novih zahtjeva i paradigmi, što u konačnici vodi do sloma obiteljskog funkcioniranja i učestalih bračnih lomova. Broj razorenih brakova u razvijenom zapadnom svijetu od 60-ih godina prošlog stoljeća doživljava nevjerojatan porast. Tako je danas, prema nekim istraživanjima, broj razvrgnutih prvih brakova u Sjedinjenim Američkim Državama dosegnuo kritičnu granicu, tj. premašio je 40 –50 %, dok je razvrgnuće drugog braka prešlo nevjerojatnih 60 % (Hawkins, Fackrell i Harris, 2013). Istovremeno, u Republici Hrvatskoj, prema podatcima Državnog zavoda za statistiku (2015), broj razvedenih brakova na 1000 sklopljenih također doživljava višestruko povećanje. Primjerice, 1950. godine razvrgnuta su 83 braka, 1970. godine 143, 2000. 201 brak, a 2013. godine čak 313 brakova, što predstavlja povećanje od gotovo 400 %.

Pored toga, zanimljivo je pratiti podatke i o broju sklopljenih brakova na 1000 stanovnika. U Republici Hrvatskoj je 1950. godine sklopljeno 9,9 brakova na 1000 stanovnika, 1970. godine 8,5 brakova, 2000. 5,0 brakova, dok su 2013. sklopljena samo 4,5 braka na 1000 stanovnika (Ostroški, 2015). Ovi podatci jasno ukazuju na činjenicu kako suvremeni zahtjevi usmjereni na transformaciju uloga i obiteljske dinamike nemilosrdno potkopavaju odnose među članovima obitelji i ruše njezinu stabilnost. U novoj konstelaciji društvenih i obiteljskih odnosa prostor za optimalan odgoj i

odrastanje mlade generacije maksimalno se sužava. Odrastanje biva sve složenije i zahtjevnije. Prelazak adolescenata u svijet odraslih postaje dugotrajniji, kompleksniji i neizvjesniji proces pun potencijalnih zamki i neočekivanih obrata. Osposobljavanje današnje mladeži za preuzimanje važnih društvenih uloga traje iznimno dugo. Mladi odrastaju i sazrijevaju u znatno složenijim, rizičnijim i opasnijim uvjetima u odnosu na prethodne generacije. U takvim životnim okolnostima u kojima suvremeno društvo nameće određene (često nejasne i sumnjive) trendove, standarde i pravila, odrastanje postaje rizičan proces s poprilično nepoznatim ishodima. Nove društvene okolnosti mogu u značajnoj mjeri omesti normalan razvoj mlade osobe i onemogućiti puno napredovanje na putu prema odraslosti.

Gubitak jasnih kriterija i relativizacija tradicionalnog vrijednosnog sustava prisiljava adolescente na složenije i nesigurnije traganje za identitetom i individualnim strategijama društvene integracije (Ilišin i sur., 2013). Pored toga, globalna financijska kriza suvremenog svijeta u velikoj se mjeri odražava na mlade i njihovu mogućnost zapošljavanja i profesionalne afirmacije. U nesigurnim vremenima i neizvjesnom gospodarskom okruženju odrastanje mlade generacije je, gotovo u pravilu, praćeno učestalim profesionalnim lutanjima i osobnim nesnalaženjem te osjećajima tjeskobe i besperspektivnosti. Posebne opasnosti za današnje adolescente osobito vrebaju u vremenu posvemašnje dokolice i neispunjenog slobodnog vremena. Premda se od mladih u modernom društvu očekuje da svoje slobodno vrijeme kvalitetno koriste za razvoj i afirmaciju neophodnih socijalizacijskih vještina („škola života“), čini se kako je ono ipak primarno ispunjeno različitim aktivnostima opuštajućeg i zabavnog karaktera (Ilišin, 2007, Rojek, 2010, Ilišin, 2013). U takvim okolnostima značajan broj adolescenata učestalo poseže za različitim stimulativnim sredstvima, a što u skoroj budućnosti postaje ozbiljan problem koji vodi prema razvoju bolesti ovisnosti. Različita ovisnička ponašanja u značajnoj su mjeri povezana i s inverzijom vrijednosnog sustava današnjeg društva. Zahvaljujući suvremenim medijima, inverzni vrijednosni sustavi, koji su sofisticirano i detaljno razrađeni, nude se i „serviraju“ današnjim adolescentima pružajući im razumijevanje i doživljaj svijeta na poprilično nerealan i potencijalno opasan način. Pojedine komponente imaginarnog svijeta i virtualnog života pomno su razrađene i ciljano predimenzionirane kako bi stvorile privid osobnog zadovoljstva, iznimne snage, moći i posvemašnjeg užitka. Virtualna stvarnost poprima obilježja realiteta i postupno postaje dominantni životni prostor u kojem sve postaje moguće i u kojem se mnogi današnji pojedinci nastanjuju. Ona se pretvara u istinski realitet mnogih mladih ljudi, postaje njihov stvarni životni prostor, njihova ovisnost. S one strane stvarnosti sve postaje moguće, biva tako blizu i nadohvat ruke. U tom virtualnom i zatvorenom svijetu ne uspijeva se prepoznati niti jasno razlučiti istinu od laži, stvarnost od fikcije. Ne uočava se stvarna opasnost i budući problemi niti se prepoznaje manipulativni karakter suvremenih medija koji vuku mladež u svijet laži, obmana i ovisnosti.

4.3. Psihopatologija mladenaštva

Djetinjstvo i mladenaštvo ključna su životna razdoblja tijekom kojih se razvijaju zdravi temelji ljudske osobnosti i prevenira nastanak mentalnih poremećaja. Međutim, određeni razvojni problemi i nepovoljne životne okolnosti mogu potaknuti generiranje mnogih emocionalnih i ponašajnih problema kod djece i adolescenata. Emocionalni i ponašajni problemi, kao i mentalni poremećaji karakterizirani su specifičnim smetnjama i simptomima koji govore o psihološkom, biološkom i socijalnom disfunkcioniranju pojedinca. Brojna istraživanja i klinička praksa jasno pokazuju kako se poremećaji mentalnog zdravlja nalaze u najužem krugu vodećih javnozdravstvenih problema. Mnogi autori ističu kako se između 12 i 22 % djece i mladih u razvijenom svijetu suočava s brojnim poteškoćama mentalnog zdravlja i psihijatrijskim poremećajima (Mrazek i Haggerty, 1994. prema Bašić, 2009, Oatly i Jenkins, 2003, Vicente i sur., 2012). Između 5 i 10 % djece pokazuje depresivne smetnje, 2 – 5 % djece pati od različitih anksioznih problema, 2 – 9 % manifestira simptome specifične fobije, 3 – 5 % pokazuje simptome poremećaja pažnje i hiperaktivnosti (ADHD), dok su poremećaji vezani uz agresivna i antisocijalna ponašanja registrirani između 4 i 10 % djece. Prema DSM-IV klasifikaciji, najučestaliji poremećaji koji se obično prvi put dijagnosticiraju u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji su: poremećaj ophođenja (2 – 9 % žene, 6 – 16 % muškarci), poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem (2 – 16 %), deficit pažnje/hiperaktivni poremećaj (3 – 5 %), distimnični poremećaj (6 %) te anksiozni poremećaj zbog separacije (4 %). I podaci Svjetske zdravstvene organizacije govore kako mentalni poremećaji spadaju u red najučestalijih zdravstvenih problema. Tri od deset vodećih uzroka nesposobnosti normalnog funkcioniranja osoba između 15. i 44. godine dolaze iz kruga mentalnih poremećaja, dok su ostali uzroci invalidnosti učestalo povezani s mentalnim poremećajima (Merikangas, 2009).

Istraživanja promjena s aspekta dobi i spolnih razlika ukazuju na to kako se tijekom ranog djetinjstva povećava učestalost psihopatoloških pojava. U periodu srednjeg i kasnog djetinjstva povećava se udio internaliziranih teškoća, dok se učestalost eksternaliziranih problema smanjuje.

Ukoliko se problematika mentalnog zdravlja zahvati s aspekta spola, uočava se kako dječaci u odnosu na djevojčice pokazuju više problema eksternaliziranog tipa, dok su problemi djevojčica najčešće internaliziranog karaktera (Kuzman i sur., 2004, Mikas, 2007, 2011). Pored toga, istraživanje povezanosti školskog uspjeha i socijalne kompetencije učenika viših razreda osnovne škole je pokazalo da na školski uspjeh u značajnoj mjeri utječu sociometrijski status i broj prijatelja (kao vanjski pokazatelji mentalne stabilnosti) koje ima pojedini učenik ili učenica. Uočeno je kako su problemi mentalnog zdravlja najviše prisutni kod odbačenih učenika unutar pojedinog razrednog konteksta. Kao najrizičnija skupina učenika, s aspekta školskog uspjeha i socijalne kompetencije, izdvajaju se učenici (dječaci) iz odbačene skupine; prema procjenama nastavnika, oni su dvostruko do četverostruko više opterećeni različitim emocionalnim/ponašajnim problemima od ostale djece (Mikas, 2011).

Važan prilog praćenju i razumijevanju problematike mentalnog zdravlja djece i mladih daje sustavno praćenje uporabe različitih opojnih sredstava unutar srednjoškolske populacije. ESPAD (European School Survey on Alcohol and Drugs) istraživanje, koje se redovito provodi među šesnaestogodišnjim djevojčicama i dječacima, pokazuje stvarna kretanja u uporabi različitih sredstava ovisnosti. Najnovije cjelovito istraživanje provedeno je 2011. godine u 37 europskih zemalja i u njemu je sudjelovalo više od 100 000 mladih. Istraživanje je pokazalo kako eksperimentiranje s legalnim i ilegalnim drogama počinje sve ranije, odnosno kako se ono postupno pomiče prema mlađim dobnim skupinama. Rezultati istraživanja također ukazuju na to kako je 54 % mladih barem jednom u životu pušilo cigarete, dok je njih 28 % pušilo cigarete u posljednjih 30 dana. Poseban problem predstavlja vjerojatnost kako će dobar dio adolescenata koji redovito puše u tom periodu tu naviku zadržati i u odrasloj dobi. U većini ESPAD zemalja alkohol je barem jednom u životu pio gotovo svaki učenik – njih 87 % i više. Istovremeno, konzumiranje alkoholnih pića u posljednjih 12 mjeseci utvrđeno je kod 79 % mladih, dok je u posljednjih 30 dana njih 57 % uzimalo alkohol. Što se tiče ilegalnih droga, podatci govore kako je 11 % adolescentica i 21 % adolescenata (u prosjeku 17 %) barem jednom u životu probalo ilegalne droge. Uzimanje kanabisa u proteklih 12 mjeseci zabilježeno je kod 13 % učenika (11 % djevojčica i 15 % dječaka). Uočava se kako je trend uzimanja marihuane u porastu. Procjenjuje se da do kraja srednjoškolskog razdoblja između 50 i 60 % učenika proba neku vrstu droge.

4.4. Prevencija u zaštiti mentalnog zdravlja mladih

U definiciji pojma zdravlje mentalno zdravlje ima važnu i istaknutu poziciju te uživa istovrstan i jednakovrijedan status kao i tjelesno zdravlje. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) mentalno zdravlje određuje kao stanje dobrobiti u kojem osoba realizira svoje sposobnosti, može se suočiti s normalnim životnim stresovima, radi produktivno i na svoje zadovoljstvo te može pridonijeti svojoj zajednici (Herrman, Saxena i Moodie, 2005). Da bi neki čovjek bio zdrav i osjećao se zdravo, mora kvalitetno funkcionirati u svim temeljnim životnim dimenzijama, tj. u fizičkoj, psihičkoj, duhovnoj i socijalnoj. Ipak, ostaje činjenica kako u današnjem svijetu mentalno zdravlje i preventivne aktivnosti, koje se naslanjaju na poticanje cjelovitog razvoja osobnosti, nemaju jednak status koji se pridaje tjelesnom zdravlju. Tu je činjenicu moguće jasno vidjeti kroz mnoštvo objektivnih pokazatelja kao što su percepcija važnosti pojedinih dimenzija zdravlja u današnjem društvu, udio određenih sastavnica zdravlja u sveukupnom marketinškom prostoru te novac predviđen za dijagnostiku i liječenje tjelesnih bolesti koji je kudikamo značajniji u odnosu na planirane budžete preventivnih aktivnosti koje se vežu uz afirmaciju i promociju mentalnog zdravlja. Međutim, cjelovito funkcioniranje osobe i potpuni osjećaj zadovoljstva i životne radosti nije moguće dosegnuti bez emocionalne uravnoteženosti i mentalnog zdravlja. Isključivo oslanjanje na tjelesnu dimenziju i zadovoljavanje bioloških potreba neće polučiti punu učinkovitost u funkcioniranju osobe, potpuni osjećaj stabilnosti i životnog veselja. Štoviše, pretjerano inzistiranje na tjelesnom aspektu može skrenuti stvari s

pravog puta i odvući nas u pogrešnom smjeru. Pozitivno mentalno zdravlje uočava se kroz stanje u kojem prevladavaju ugodne emocije (primjerice, osjećaj sreće i radosti) i zrela osobnost pojedinca. Zrela osobnost uključuje samopoštovanje i otpornost, koja podrazumijeva razvijen kapacitet za suočavanje s ozbiljnim problemima i različitim životnim nedaćama. Neka istraživanja rizika razvoja su pokazala kako pojedina djeca i mladi, usprkos teškim i rizičnim okolnostima odrastanja, uspijevaju sačuvati mentalnu snagu i stabilnost, „preživjeti“ izrazito stresne i razorne situacije te razviti vlastitu otpornost (mnoštvo životnih vještina) koja će im omogućiti zrelo, odgovorno i kompetentno funkcioniranje u odrasloj dobi (Bašić, 2009).

Razvijenu otpornost pojedinca možemo razumjeti kao sposobnost ili kapacitet da se osoba uspješno adaptira na različite životne probleme (izazove) usprkos visokorizičnom osobnom statusu i nepovoljnim životnim okolnostima. Na otpornost trebamo gledati kao na aktivan i dugoročan proces. Ona nije posljedica uljuljanog i zaštićenog načina života niti izbjegavanja životnih teškoća, kompleksnih (pa i opasnih) situacija, već je rezultat izravnog prihvaćanja rizika. Suočavanje s izazovima i stresnim situacijama pomoći će osobi da razvije učinkovite obrambene mehanizme i životne vještine neophodne za zrelo i kvalitetno funkcioniranje. Razvoj, izgradnju, strukturiranje i funkcioniranje osobnosti na uljuđenim i moralnim načelima potrebno je prvenstveno zahvaliti odgoju i kvaliteti života u vremenu odrastanja (Sakoman, 2010). Snaga, ustrajnost i organizacija osobnosti, neophodna za rješavanje mnoštva životnih problema (nužna za prilagodbu na teške i nepovoljne životne okolnosti), u značajnoj je mjeri rezultat odgojnih postupaka i intervencija koje dolaze od primarnih skrbnika i ostalih djetetu važnih osoba u periodu odrastanja. Kvaliteta odrastanja i odgovorni odgojni postupci čine zdrave temelje na kojima izrasta zrela osobnost. Značaj obitelji u razvoju djetetove osobnosti prepoznat je i potvrđen u mnogim znanstvenim istraživanjima i kliničkoj praksi.

U novije vrijeme istraživanje uloge obitelji u razvoju dječje psihopatologije naslanja se na identifikaciju rizičnih i zaštitnih čimbenika i proučavanje njihovog uzajamnog odnosa kao modela koji objašnjava utjecaj obiteljskih čimbenika na rizičan razvoj djeteta i mladog čovjeka. Mnoštvo je zaštitnih čimbenika i čimbenika rizika koji se odnose na obiteljski kontekst, a vežu se uz prevenciju bolesti ovisnosti. Najvažniji zaštitni čimbenici koji se često navode u literaturi su: čvrste i pozitivne obiteljske veze, kvalitetan roditeljski nadzor nad aktivnostima djece i njihovih vršnjaka, jasna i nedvosmislena pravila ponašanja koja se dosljedno provode unutar obitelji, uključenost roditelja u život djece, akademski uspjeh, čvrste veze s različitim institucijama (odgojno-obrazovnim ustanovama, vjerskim organizacijama), prihvaćanje ustaljenih normi o zlouporabi sredstava ovisnosti i sl. (Bašić, 2009, Sakoman, 2009).

S druge strane, čimbenici rizika koji u značajnoj mjeri povećavaju mogućnost ovisničkog ponašanja vežu se uz: kaotičnu obiteljsku situaciju, neučinkovito roditeljstvo (osobito kada su u pitanju teško odgojiva djeca), nedostatak emocionalne povezanosti roditelja i djece, neuspjeh u školovanju, nesnalaženje u socijalnim odnosima među vršnjacima (druženje s vršnjacima koji su skloni devijantnom ponašanju) te loše sposobnosti snalaženja u sveukupnim društvenim odnosima (Sakoman, 2009).

Temeljni ciljevi planiranih i osmišljenih preventivnih aktivnosti primarno bi se trebali odnositi na permanentno jačanje i osnaživanje zaštitnih čimbenika, dok bi, paralelno s time, njihov utjecaj trebao biti vezan i uz sustavan rad na redukciji štetnog utjecaja čimbenika rizika. Stručnjaci koji se intenzivno bave prevencijom i preventivnim aktivnostima smatraju kako samo sveobuhvatni programi, koji zahvaćaju velik broj relevantnih čimbenika, mogu izazvati kvalitetne promjene i polučiti odgovarajući rezultat. S obzirom na činjenicu da je obitelj prepoznata kao osnovna društvena i odgojna jedinica i ishodište najvažnijih odgojnih utjecaja, preventivne programe i preventivne intervencije u značajnoj mjeri treba usmjeriti prema njoj. Nije moguće postići nikakav ozbiljniji razvojni pomak ukoliko se u prevencijski postupak ne uključe članovi obitelji. Najvažnija uloga, kada su u pitanju odgojni postupci i socio-emocionalni razvoj pojedinca, pripada roditeljima, osobito majci. Kod djece kod koje su zamijećeni emocionalni i ponašajni problemi, mentalno funkcioniranje roditelja znatno je nezrelije i uglavnom prožeto primitivnijim mehanizmima i obranama (Mikas, 2010). Osobito kompleksna i potencijalno opasna situacija prepoznaje se u periodu adolescencije kada dijete treba razriješiti separacijsku krizu i učiniti konačni iskorak u svijet odraslih. Psihopatologija pojedinih članova unutar obiteljske zajednice i neprimjereni odgojni stilovi često usporavaju proces osamostaljivanja i onemogućuju prirodni razvojni proces. Teže disfunkcionalne i razorene obiteljske zajednice negativno djeluju na odgojni proces i predstavljaju realnu prijetnju socio-emocionalnom razvoju mladog čovjeka. Loše vođenje i usmjeravanje procesa odrastanja ozbiljno može naštetiti emocionalnoj stabilnosti adolescenta i njegovoj prirodnoj želji da samostalno odlučuje o vlastitoj sudbini.

U periodu adolescencije mudrost roditeljstva ogleda se u pravilnom doziranju i optimalnom balansiranju odgojnih postupaka koji se vežu uz naizgled suprotstavljene razvojne potrebe (tendencije), tj. potrebu za samostalnošću i potrebu za strukturom (kontrolom). Nadzor i kontrola nad životom i postupcima adolescenta s vremenom trebaju biti sve suptilniji i manje izraženi, dok poticanje razvoja samostalnosti i socijalnog sazrijevanja pojedinca treba dobivati sve veći značaj. Osposobljavanje djeteta za odraslost glavna je roditeljska zadaća. Na tom važnom putu za svako dijete roditelji moraju mijenjati odgojne pristupe i kvalitetu ljubavi i usklađivati je prema dobi djeteta. Brižna i zaštitnička ljubav, koja štiti i čuva dijete od svih mogućih oblika stradanja, postupno se treba transformirati u ljubav koja otvara prostor adolescentu za vlastiti rast, osobno sazrijevanje i samostalno donošenje odluka (Sakoman, 2009).

Dakle, svaka promišljena i kvalitetna preventivna strategija mora uzeti u obzir psihodinamiku i psihopatologiju obiteljskih odnosa te pomno razmotriti rizičnost pojedinog obiteljskog okruženja. Temeljita i suptilna analiza obiteljskih uloga predstavlja neophodan korak bez kojeg nije moguće postići istinski uvid u funkcioniranje obiteljskog sustava jer ona služi kao polazna osnova svakog daljnjeg sustavnog i stručnog djelovanja. Pored nastojanja da se temeljito analiziraju rizici koji se vežu uz obiteljski kontekst, dužnu pažnju treba posvetiti i zaštitnoj snazi obitelji. Zrela obitelj predstavlja temeljni zaštitni čimbenik koji u značajnoj mjeri smanjuje vjerojatnost javljanja

bilo kakvog oblika rizičnih ponašanja djece i mladih. Mnogi stručnjaci na području preventivskih znanosti smatraju kako jačanju otpornosti obitelji treba dati središnje mjesto unutar intervencijskih programa jer je podizanje kvalitete i učinkovitosti roditeljstva, kao i ulaganje u poboljšanje obiteljskog okruženja najučinkovitija strategija koja može u značajnoj mjeri reducirati različite emocionalne probleme i poremećaje u ponašanju djece i mladih (Kumpfer, 1999). Pojedinačne intervencije usmjerene prema pojedinim članovima obitelji nisu se pokazale dostatnima jer problematiku zahvaćaju parcijalno i previše usko. Obitelj je širok i kompleksan sustav i na taj joj način treba i pristupiti.

Izdvojeni terapijski rad s pojedincem ili manjim dijelom obitelji može dovesti do određenog poboljšanja (i ne treba ga podcijeniti). Međutim, da bi se zahvatila cjelokupna obiteljska dinamika i postigao konkretniji učinak, neophodan je intenzivan i dugotrajan rad sa svim članovima obiteljske zajednice. Iz tog razloga, planiranje i postavljanje preventivskih strategija i pojedinačnih preventivnih programa treba sadržavati jačanje zaštitnih čimbenika koji se vežu uz cijelu obitelj i obiteljske odnose s primarnim ciljem osnaživanja roditelja i jačanja otpornosti cjelokupnog obiteljskog sustava. Pri planiranju preventivnih aktivnosti i intervencija neophodno je držati se određenih načela na kojima su utemeljeni učinkoviti i dokazani programi. Najvažnija načela koja se vežu uz uspješne preventivne programe su: sveobuhvatnost planiranih intervencija (usmjerenost na okruženja u kojima dijete boravi), fokusiranost na obitelj (zahvaća sve članove obiteljskog sustava), dugotrajnost (program je dugotrajniji što je problem jače izražen), dostatan intenzitet (sukladan karakteru problema), razvojna prikladnost (usklađenost intervencija sa spremnošću za promjenom), promjena dosadašnje obiteljske dinamike (pokrenute promjene postižu bolji učinak), rani početak (pokrenuti promjene što je moguće ranije) i naglasak na obiteljske odnose, komunikaciju u obitelji i roditeljski nadzor (najprije početi s poboljšanjem odnosa roditelj-dijete) (Kumpfer, 1999, Ferić, 2002).

Posebno mjesto u preventivnim aktivnostima pripada vršnjacima i vršnjačkim skupinama. Već od predškolske dobi vršnjaci postaju važan društveni čimbenik koji se nalazi odmah iza obitelji. Tijekom adolescentnog razdoblja većinu slobodnog vremena dijete provodi izvan roditeljskog doma. Prijašnje oslanjanje na roditeljsku pomoć i podršku znatno slabi, a središnji utjecaj na njegove procjene i svakodnevno funkcioniranje sada pripada vršnjacima. Odnosi s vršnjacima i vršnjačkim skupinama idealna su prilika svakom adolescentu za poticanje razvoja socijalne kompetencije i testiranje vlastitih komunikacijskih mogućnosti. Kroz vršnjačke odnose mlada osoba uči funkcionirati i raditi po pravilima, poštovati i uvažavati druge, nositi se s porazom i pobjedom. Vršnjaci skupine se formiraju na temelju zajedničkih želja i interesa.

Članstvo u vršnjačkoj skupini adolescentima osigurava identitet, daje osjećaj pripadnosti i pruža zadovoljstvo. Važni izvori grupne kohezije su predan rad na ostvarenju zajedničkih zadataka i ciljeva te različite igre i natjecanja sa suparničkim skupinama. Dvije su osnovne iskustvene razine socijalne kompetencije, odnosno socijalnog funkcioniranja djeteta, a to su sociometrijski status (popularnost ili omiljenost) i

prijateljstvo. Popularnost možemo označiti kao prethodnicu prijateljstva. Popularnost odražava kvalitetu odnosa i razinu funkcioniranja unutar skupine, dok je prijateljstvo vezano za međusobni (interpersonalni, dijadni) odnos dvaju pojedinaca (Vasta, Haith i Miller, 1998, Mikas, 2011).

Mnogi su autori istaknuli važnost vršnjačkog utjecaja na ovisničko ponašanje adolescenata. Mladi su ljudi u periodu adolescencije posebno osjetljivi, imaju naglašenu potrebu za pripadanjem skupinama vršnjaka i učestalo su preplavljeni strahom od odbacivanja. Kao glavni razlog početka konzumiranja nekog psihoaktivnog sredstva maloljetnici najčešće navode socijalni pritisak vršnjaka (Zloković i Vrcelj, 2010), stoga se kao prioritetni zadatak kvalitetnih i uspješnih preventivnih programa nameće pripremanje mladih ljudi za učinkovito funkcioniranje unutar vršnjačkih skupina. Škola je optimalan prostor za planiranje i provedbu preventivnih aktivnosti. S obzirom na činjenicu da je afirmacija u svijetu vršnjaka od iznimne važnosti za normalan razvoj osobnosti, neophodno je planirati i predvidjeti odgovarajuće sadržaje i aktivnosti u okviru školskog kurikulumu koje će ciljano poticati razvoj socijalne kompetencije učenika. Mlade treba poučavati socijalnim vještinama kako bi imali „pripremljene odgovore“ za različite izazove s kojima se mogu suočiti. Razvijene socijalne vještine osiguravaju adolescentu neophodnu društvenu afirmaciju i primjereno funkcioniranje unutar vršnjačkog konteksta, odgovarajući socijalni status i kvalitetne prijateljske veze. Istovremeno, štite ga od različitih strahova (odbacivanja, napuštanja, ismijavanja), zbunjenosti, smetenosti i potencijalnih problema. Stabilnost socijalne kompetencije i samopoštovanje (vjera u sebe) dugoročno pružaju adolescentu emocionalnu stabilnost i mentalnu snagu neophodnu u nošenju s mnogim iskušenjima koja ga čekaju na putu odrastanja.

Literatura

Američka psihijatrijska udruga (1996), *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM IV)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ambrosi-Randić, N. (2001). *Biološki, psihološki i socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja*. Doktorska disertacija, Zagreb.

Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.

Davis, M. J. (2007). *Psychosocial Development*. Encyclopedia of Educational Psychology, SAGE Publications.

De Santi A. M., Pellai A. (2008), Comportamenti in adolescenza. *Rapporti ISTISAN*. 08 (01), 43-52.

Ferić, M. (2002). Preventivne intervencije usmjerene prema obitelji. *Kriminologija i socijalna integracija*. 10(1), 1-12.

Gruden, Z. (1990). *Psihoterapijska pedagogija*. Zagreb.

Hawkins, A.J., Fackrell, T.A., Harris, S.M. (2013). *Should I Try to Work It Out?: A Guidebook for Individuals and Couples at the Crossroads of Divorce Paperback*. Publisher: Autor. Dostupno na: divorce.usu.edu/.../ShouldIKeepTryingtoWorkItOut...

Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (2005). *Promoting Mental Health – Concepts, Emergin, Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization. Dostupno na www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Hrvatska, R. (2015). Žene i muškarci u Hrvatskoj 2015. Zagreb: Državni zavod za statistiku.

Ilišin, V. (2007). *Slobodno vrijeme i interesi mladih*, U Ilišin, V., Radin, F. (ur): Mladi: problemi ili resurs. Zagreb: Institut za društvena istraživanja, 179-201.

Ilišin, V., Bouillet, D., Gvozdanović, A., Potočnik, D. (2013). *Mladi u vremenu krize*. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu, Friedrich Ebert Stiftung – Zagreb.

Kuzman, M., Pejnović Franelić, I., Pavić Šimetin, I. (2004). *Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2001/2002*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Kuzman, M., Pavić Šimetin, I., Pejnović Franelić, I., Markelić, M., Hemen, M. (2012). ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2011. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/espada_2011.pdf

Kumpfer, K.L. (1999). *Strengthening America's Families: Exemplary Parenting and Family Strategies for Delinquency Prevention*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Lacković-Grgin, K. (2005). *Psihologija adolescencije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Merikangas, K.R., Nakamura, E.F., Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin. Neurosci.* 11(1), 7-20.

Mikas, D. (2007). Kako roditelji i odgojitelji procjenjuju emocionalni razvitak i ponašanje djece predškolske dobi. *Odgojne znanosti*. 9.1(13), 49-74.

Mikas, D. (2010). Procjena emocionalnog razvoja predškolskog djeteta i osobnost roditelja. *Školski vjesnik*. 59(1), 51-67.

Mikas, D. (2011). *Povezanost školskog uspjeha i socijalne kompetencije učenika*. Zagreb: Doktorska disertacija.

Nikolić, Klein, Vidović (1990). *Osnove medicinske psihologije*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Oatley, K, Jenkins, J.M. (2003). *Razumijevanje emocija*. Jastrebarsko: „Naklada Slap“.

Ostroški, Lj. (2015). Žene i muškarci u RH. Zagreb. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.

Razum, R. (2008). Odgojno djelovanje suvremene škole: izazovi i mogućnosti za religiozni odgoj. *Bogoslovna smotra*. 77(4), 857-880.

Rojek, C. (2010). *The Labour of Leisure. The Culture of Free Time*. London: Sage.

Sakoman, S. (2009). *Školski programi prevencije ovisnosti*. Zagreb. Agencija za odgoj i obrazovanje.

Sakoman, S. (2010). Koncept zaštite mentalnog zdravlja; mjesto i uloga psihologije i psihologa. U Brlas, S., Gulin, M. *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. Virovitica: Sveti Rok.

Sujoldžić, A. Rudan, V., De Lucia, A. (2006). *Adolescencija i mentalno zdravlje*. Institut za antropologiju. Zagreb.

Vasta, R., Haith, M. M., Miller, S. A. (1998), *Dječja psihologija*. Jastrebarsko: „Naklada Slap“.

Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Kohn, R., Pihan, R., Valdivia, M., Rioseco, P., Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 53(10): 1026-1035.

Zloković, J., Vrcelj, S. (2010). Rizična ponašanja djece i mladih. *Odgojne znanosti*. 12(1), 197-213.

Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja osoba s teškoćama u razvoju



5.1. Uvod

Mentalno zdravlje važan je čimbenik i dio je općeg zdravlja koje omogućuje aktualiziranje osobnog života svakog pojedinca. Ono je osnovni potencijal za nošenje sa životnim stresom, produktivan rad, uključivanje i doprinos zajednici. Djeca s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom su vulnerabilna populacijska grupa s povećanim rizikom od ranjivosti i podložniji su utjecajima okoline.

Međunarodna zajednica osoba s invaliditetom izjednačila je terminologiju koja se koristi, stoga za djecu koristi naziv „djeca s teškoćama u razvoju“, a za odrasle osobe naziv „osobe s invaliditetom“ (Sheratonska deklaracija, 2003).

Prema Konvenciji Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom, osobe s invaliditetom su one osobe koje „imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima“ (Narodne novine, 27. 6. 2007).

Kada govorimo o djeci s teškoćama u razvoju, mislimo na djecu s posebnim potrebama, a one se odnose na urođena i stečena stanja organizma koja, prema svojoj prirodi, zahtijevaju poseban stručni pristup kako bi se omogućilo izražavanje i razvoj sačuvanih sposobnosti, a samim time što kvalitetniji odgoj i život (Programsko usmjerenje odgoja i obrazovanja predškolske djece, 1991).

Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima iz 2014. godine navodi sljedeća oštećenja: oštećenja vida, sluha, gluhošljepoća, oštećenja govorno-glasovne komunikacije, oštećenja lokomotornog sustava, oštećenja središnjeg živčanog sustava, oštećenja perifernog živčanog i mišićnog sustava, oštećenja drugih organa i organskih sustava, intelektualna oštećenja, mentalna oštećenja i poremećaj iz autističnog

spektra. Sva navedena oštećenja mogu se javiti u kombinaciji s drugim oštećenjem, stoga govorimo o više vrsta oštećenja. Promjena u zdravstvenom stanju može biti trajna ili privremena. Kod nekih oštećenja postoji sposobnost za osposobljavanje za samozbrinjavanje i samostalan rad, dok kod drugih nalazimo potpunu nesposobnost za samozbrinjavanje i rad.

Prema vrsti i težini oštećenja, procjenjuju se potrebe koje djeca s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom mogu ostvariti u sustavu socijalne skrbi i druga prava iz postojećih zakona i propisa (potreba individualnog rada u provođenju psihosocijalne rehabilitacije, prijeka potreba trajne ili privremene pomoći i njege te specifična njega uz izvođenje medicinsko-tehničkih zahvata).

Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja za razdoblje 2011. – 2016. god. naglašava važnost zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja vulnerabilnih skupina i iznosi strategiju za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom. Time, i mnogim drugim dokumentima, obuhvaćene su mnoge mjere koje promiču mentalno zdravlje građana, pa tako i djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. Uz mjere zaštite mentalnog zdravlja opće populacije, iznesene su i posebne mjere koje se odnose na djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom:

1. poticati i podržavati aktivnosti usmjerene na borbu protiv stigme kojom se označavaju vulnerabilne skupine;
2. poboljšati prepoznavanje i ranu intervenciju kod djece i mladih s intelektualnim teškoćama, uz podršku njihovim obiteljima;
3. unapređivati roditeljske vještine i ranu interakciju;
4. poticati suvremene metode rehabilitacije, koordiniranog liječenja i psihosocijalne podrške;
5. razvijati i podržavati mjere prevencije;
6. pružati usluge socijalne skrbi, rehabilitacije, inkluzije i stanovanja u lokalnoj zajednici.

Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja za razdoblje 2011. – 2016. god. pronalazi kako su duševni poremećaji uzrokovani oštećenjem i disfunkcijom mozga i fizičkom bolešću u 5,1 % slučajeva vodeće dijagnoze u skupini duševnih poremećaja u 2008. godini za Republiku Hrvatsku.

Niz autora navodi da je kod osoba s intelektualnim oštećenjima učestalost mentalnih poremećaja 4 – 5 puta veća nego kod opće populacije. U tom području su prisutna različita istraživanja koja navode 14 – 70 % prisutnosti psihičkih bolesti kod osoba s intelektualnim oštećenjima, ali većina ih se slaže s procjenom 30 – 35 %. Brojna epidemiološka istraživanja u mnogim zemljama govore kako 30 – 50 % osoba s intelektualnim oštećenjem pokazuje probleme u ponašanju i psihička oboljenja. Najčešće se radi o agresivnosti i depresivnosti (Došen, 2004). Tu ne treba zaboraviti činjenicu da su intelektualna oštećenja vrlo često prisutna uz druga oštećenja, kao što su autizam, tjelesna oštećenja, oštećenja osjetila itd.

Osobe s intelektualnim oštećenjima spadaju u skupinu osoba s invaliditetom, a često se koriste nazivi kao „osobe s teškoćama u razvoju“. Prema međunarodnim klasifikacijama (AAMD, ICD, DSM-V), intelektualno oštećenje se definira trima kriterijima:

1. smanjene kognitivne sposobnosti (IQ ispod 70);
2. smanjenje svakodnevnih adaptacijskih funkcija (pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina);
3. nastanak u fazi razvoja (djetinjstvu i adolescenciji).

Pristup intelektualnim oštećenjima je multidimenzionalan i sagledava pojedinca u njegovom funkcioniranju i mogućoj podršci. Ograničenja i procjene u intelektualnom funkcioniranju moraju se sagledati kroz adaptivno ponašanje, sudjelovanje, interakciju i socijalne uloge, zdravlje te u kontekstu okoline i kulture. Dijagnostika se zasniva na kliničkoj procjeni i standardiziranim testovima inteligencije i adaptivnog funkcioniranja.

Adaptivno ponašanje je skup pojmovnih, socijalnih i praktičnih vještina usvojenih u svakodnevnom funkcioniranju. Ograničenje u adaptivnom ponašanju je ono što nije tipično za uobičajena ponašanja u svakodnevnom životu u odnosu na dob i sagledava se u kontekstu kulture iz koje pojedinac dolazi. Uključivanje, interakcija i socijalne uloge promatraju se kroz prilike koje se pružaju pojedincu i odgovore socijalne sredine u kojoj se nalazi osoba s intelektualnim oštećenjem. Tako se institucioniranjem smanjuje broj prilika za kontakte s društvenom sredinom te se, izdvajanjem iz lokalne sredine, smanjuje uspješnost osobe s intelektualnim oštećenjem.

Prema tome, pokazala se nužnost deinstitucionalizacije i integracije osoba s intelektualnim teškoćama. Daljnje promjene idu prema inkluziji osoba s invaliditetom, koja zahtijeva njihov ostanak u zajednici, tj. prihvatanje od zajednice i podršku. Dakle, potrebno je uvažavanje svakog pojedinca, spremnost društva za različitost i prihvatanje različitosti.

Zdravlje osoba s intelektualnim oštećenjem, kako tjelesno tako i mentalno, značajno utječe na sve aspekte njihovog funkcioniranja. Prihvaćenost u društvu i primjerena uključenost u interakcije s okolinom je uvjet za njihov zdrav psihički razvoj. Dakle, mogu biti psihički zdravi i adaptirani u svojoj socijalnoj sredini zadovoljavajući svoje potrebe, ali mogu, kao i svi ostali, patiti od psihičkih bolesti (Došen, 2004).

Prema Piagetovoj teoriji razvoja, djeca s intelektualnim oštećenjem prolaze kroz iste razvojne faze kao i djeca bez teškoća u razvoju, samo što djeca s intelektualnim teškoćama ostaju na nižim razvojnim stadijima integracije kognitivnih struktura. Što je niža razvojna faza na kojoj dijete ostaje, to je stupanj intelektualnog oštećenja teži. Prema tome, to se prihvaća kao opći razvojni poremećaj, tj. to nije bolest. Edukacijskom rehabilitacijom i ostalim rehabilitacijskim postupcima omogućuje im se maksimalan razvoj i integracija u društvo (Došen, 2001).

Intelektualna oštećenja nisu vezana za specifične smetnje ponašanja jer nema objektivnog istraživanja i zajedničkih stavova o tome koje njihovo ponašanje bi se tre-

balo smatrati poremećenim, a koje normalnim. To više ovisi o subjektivnoj procjeni, a smetnje ponašanja treba sagledati u odnosu na stupanj razvoja osobe s oštećenjem (Došen, 2001).

Osim toga, u procjeni treba uzeti u obzir uzroke i uvjete života.

Važnu ulogu u psihičkom zdravlju i nastanku bolesti imaju razvoj psihičkih funkcija, struktura ličnosti i kvaliteta adaptacije pojedinca na unutarnje i vanjske utjecaje (van Praag, 2000. prema Došen, 2004.). Međutim, osobe s intelektualnim oštećenjima imaju ograničene sposobnosti nošenja s kognitivnim i socijalnim zahtjevima. Teže rješavaju razne životne probleme, ograničenih su mogućnosti komunikacije te mogu biti slabijeg socijalnog statusa. Sve ih to čini izloženijima za nastanak psihičkih bolesti, stoga trebaju adekvatnu pomoć okoline (Došen, 2004.).

Između osoba s intelektualnim oštećenjima i onih s normalnim intelektualnim sposobnostima nema bitnih kvalitativnih razlika u razvojnim procesima psihe i ličnosti, pa tako ni u nastajanju psihopatologije (Došen, 2004). Uz adekvatnu podršku, osobe s intelektualnim oštećenjima mogu biti psihički zdrave i adaptirane u svojoj socijalnoj sredini zadovoljavajući svoje potrebe. Za stabilnu ličnost važno je da su emocionalni, kognitivni i socijalni razvoj ličnosti na istom stupnju. Osobe s intelektualnim oštećenjem mogu imati stabilnu ličnost ako su sva tri aspekta ličnosti na istom nivou (Došen, 2004). Nadalje, za psihičko je zdravlje važna čvrsta pozicija u društvu, tj. da osoba ima svoje mjesto za život u skladu sa svojim potrebama i svoju ulogu u odnosu prema drugima. Treba imati priliku za iskoristiti svoje vlastite sposobnosti usmjeravajući ih na svoju okolinu, u skladu sa svojom razinom razvoja. Sve vodi tome da pojedinac bude zadovoljan sobom. Ako je sve to zadovoljeno, može se govoriti o psihičkom zdravlju, bez obzira na razinu intelektualnih sposobnosti (Došen, 2001).

Pokazalo se da su tradicionalna psihijatrijska dijagnostika (ICD, DSM) i tretman kod osoba s intelektualnim oštećenjem nedostatni za ovu populaciju. Autori koji se bave ovom problematikom (Cicchetti i Toth, 1995, Izard i Harris, 1995, Burack i Rot, 1996, Szymanski i sur., 1999, Došen, 1993. prema Došen, 2001). ukazuju na razvojni pristup u dijagnostici. Promatrajući razvoj pojedinca, dolazi se do uvida o tome u kojoj je fazi razvoja nastao poremećaj i koji su čimbenici u tom trenutku imali značajan utjecaj te kako su se dalje razvijali nepovoljni procesi. Za razumijevanje patogeneze i aktualnog stanja pacijenta, osnovno je uzeti u obzir njegov razvoj, funkcijske i adaptivne probleme. Tretman mora biti integrativan i posebno mora uzimati u obzir osnovne emocionalne potrebe, adaptacijske mogućnosti osobe i uvjete okoline (Došen, 2004).

Osoba s intelektualnim oštećenjem rijetko može verbalizirati svoj problem zbog same prirode oštećenja, nerazvijene komunikacije, a često sama ni ne osjeća problem. Upravo zbog toga, najčešće se roditelj, član obitelji ili osoblje u ustanovi požali na neki simptom ili ponašanje koje je uznemiravajuće.

Psihijatrijska problematika ove populacije traži organiziranje odgovarajuće skrbi za njihovo mentalno zdravlje. U Sjedinjenim Američkim Državama i europskim zemljama već postoje specijalne klinike i poliklinike, timovi za ambulantnu pomoć

i edukaciju različitih profila stručnjaka. Kako su osobe s mentalnom retardacijom izložene velikom riziku od nastanka psihičkih oboljenja, preventivni rad je od presudne važnosti.

Multidisciplinarni timovi, kao stručnjaci u školama, rehabilitacijskim centrima, centrima za socijalnu skrb, zdravstvenim ustanovama i sl., trebali bi međusobno surađivati i u suradnji s roditeljima pronalaziti najbolja odgojna, edukacijska i rehabilitacijska rješenja.

Osobe s teškoćama u razvoju, kao i one sa stečenim oštećenjima uglavnom su bile obespravljene, degradirane kroz ljudsku povijest, obilježene kao devijantne i nepoželjne.

Tako su do sredine dvadesetog stoljeća bile obuhvaćene segregacijskim sustavom tretmana (Todorović i Bratković, 2001).

Usvajanjem Europske konvencije o ljudskim pravima (1950), na kojoj se temelje svi kasniji usvojeni dokumenti, počinje primjena ljudskih prava na međunarodnoj razini. Polazi se od univerzalnosti tih prava i njihove internacionalizacije. Šezdesetih godina dvadesetog stoljeća Pokret za ljudska prava doveo je do zakonodavne zaštite i uključivanja osoba s teškoćama u razvoju u društvo. Nastale promjene rezultat su znanstvenih spoznaja, holističkih, humanističkih i socijalnih gledišta te sve većeg utjecaja roditelja djece s teškoćama i njihovih organizacija. Nakon toga organizacija Ujedinjenih naroda te Svjetska zdravstvena organizacija i mnoge druge usvojile su brojne dokumente koji se odnose na osobe s invaliditetom. Deklaracija o pravima osoba s mentalnom retardacijom usvojena je 1971. godine, a bila je inicirana od roditelja, a zatim se 1975. godine donosi Deklaracija o pravima invalida, gdje se ističu prava invalida svih skupina te se donose Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti hendikepiranih osoba (Rezolucija, 48/96, 1993, Todorović i Bratković, 2001).

Razvojem zakonodavne zaštite mijenja se teorija i dolazi do promjena u rehabilitaciji djece s razvojnim teškoćama. Sedamdesetih i osamdesetih godina javlja se načelo najmanje restriktivne alternative – život u sredini s maksimalnom podrškom i minimalnim ograničenjima sloboda. U devedesetima se javlja filozofija inkluzije – potpuno izjednačavanje prava djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom s pravima „prosječne populacije“ i njihovo sveobuhvatno uključivanje u društvo. Inkluzija naglašava da svatko pripada društvu i na svoj mu način pridonosi. Na djecu s teškoćama i osobe s invaliditetom ne gleda se kroz njihova ograničenja i teškoće, već kroz njihove sposobnosti i interese te potrebe i prava (Mason i Reiser, 1990, 1994, Wittaker i Kenworthy, 1995. prema Todorović i Bratković, 2001).

S obzirom na ovakva polazišta, razvija se socijalni model u pristupu djeci s teškoćama i osobama s invaliditetom. U socijalnom modelu osoba koja je rođena s određenim oštećenjem ili je slučaj da je ono nastalo u bilo kojoj dobi života zadržava svoje ljudsko dostojanstvo kroz mogućnost neovisnog života i uključenost, bez obzira na oštećenje. Problemi osoba s invaliditetom ne proizlaze iz različitosti, već iz ograničenja na koja nailaze u društvu. Ovaj pristup usmjeren je na normalizaciju, integraciju,

participaciju, osposobljavanje, stjecanje samopouzdanja, samopoštovanja, samoodređenja i samozastupanja. Osobe s invaliditetom sudjeluju u izboru i donošenju odluka te preuzimanju odgovornosti.

Ovi procesi transformacije modela pristupa djeci s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom odvijaju se u različitim zemljama tempom koji ovisi o njihovim ekonomskim i znanstvenim dostignućima te ovisno o odnosu prema pojedincu i poštovanju ljudskih prava (Todorović i Bratković, 2001).

5.2. Potrebe i prava

Zadnjih godina u Hrvatskoj briga za djecu s teškoćama i osobe s invaliditetom doživjela je značajne promjene. Prepoznavanje njihovih potreba i prava na to da žive normalan život u okviru svojih mogućnosti dovodi do niza promjena u odnosu prema ovoj populaciji. Dolazi do procesa deinstitucionalizacije domova te poticanja razvoja pružanja usluga u lokalnoj zajednici. Raste utjecaj obitelji na pružanje usluga i realiziranje potreba djece s teškoćama u razvoju, kao i poticanje samozastupanja osoba s invaliditetom.

Po uzoru na događanja u Europi i zapadnom svijetu, javljaju se projekti koji imaju za cilj unapređivanje socijalnog uključivanja djece s teškoćama i njihovih obitelji u inkluzivne socijalne usluge te se razvijaju mreže usluga u zajednici. Na taj se način podiže kvaliteta života i socijalna uključenost djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom.

Kroz takve projekte realiziraju se mnoge aktivnosti koje imaju za cilj podizanje kvalitete života osoba s teškoćama u razvoju i njihovih obitelji:

1. aktivnosti koje podižu svijest o toleranciji, vode prema prihvaćanju različitosti i informiraju o pravima djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom;
2. motiviranje i educiranje volontera za rad i pomoć djeci s teškoćama u razvoju i osobama s invaliditetom;
3. provođenje socijalizacijskih, kreativnih i rekreativnih aktivnosti;
4. pružanje pomoći i podrške u kući;
5. organiziranje grupe samopomoći obitelji djece s teškoćama u razvoju;
6. individualna savjetovanja osoba s invaliditetom i njihovih obitelji;
7. promicanje zapošljavanja osoba s invaliditetom;
8. poticanje socijalne uključenosti mladih pri izlasku iz alternativne skrbi;
9. uvodi se pomoć asistenata u nastavi i svakodnevnim aktivnostima.

Ovakvi projekti ostvaruju se uz međusektorsku suradnju, a s ciljem sveobuhvatnije i kvalitetnije pomoći i zaštite pojedinaca. Međusektorska suradnja ostvaruje se kroz partnerstvo u pojedinim projektima, ali i kroz međusuradnju s institucijama i organizacijama koje u svojoj osnovnoj djelatnosti imaju aktivnost u području skrbi za djecu s teškoćama u razvoju i osobe s invaliditetom (socijalne, odgojno-obrazovne i

zdravstvene institucije, udruge građana, službe za zapošljavanje, organizacije lokalne zajednice itd.).

U provođenju postupaka zaštite i unapređenja zdravlja djece s teškoćama u razvoju važan je multidisciplinarni pristup u koji su uključeni brojni stručnjaci raznih profila (liječnici, prosvjetni djelatnici, psiholozi, rehabilitatori, socijalni radnici, pedagozi).

Prevenција sadrži primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Primarna prevencija podrazumijeva poduzimanje mjera i akcija s ciljem sprečavanja pojavljivanja fizičkog, intelektualnog, osjetilnog ili psihičkog oštećenja. Sekundarna prevencija sprečava da oštećenja prouzroče trajna ograničenja ili invaliditet u funkcioniranju, a kod osoba koje već imaju narušeno mentalno zdravlje kroz tercijarnu prevenciju smanjuju se posljedice i štete s ciljem očuvanja kvalitete života.

Primarna prevencija na području mentalnog zdravlja kod osoba s teškoćama u razvoju podrazumijeva otklanjanje ili smanjivanje posljedica razvojnog poremećaja. Započinje ranom intervencijom u prepoznavanju rizika za nastanak teškoća u razvoju, tj. prepoznavanjem i praćenjem djece čiji je nezreli mozak tijekom trudnoće, poroda ili u novorođenačkoj dobi bio izložen djelovanju štetnih čimbenika.

Različitim postupcima usmjerenim na dijete, roditelje, širu obitelj i zajednicu pružaju se optimalni uvjeti za razvoj i odgoj djeteta. Na taj način sprečavamo da oštećenja prouzroče trajna ograničenja ili invaliditet u funkcioniranju.

Kada govorimo o djeci s teškoćama u razvoju, tada možemo reći da njihovo mentalno zdravlje nije direktno vezano za vrstu i stupanj teškoće koju dijete ima, već ovisi o roditeljskoj strukturi, ponašanju roditelja te odnosima unutar obitelji. Teškoće koje dijete ima, posebno ako se radi o više vrsta teškoća u razvoju, zahtijevaju od roditelja posebne prilagodbe i u velikoj mjeri iscrpljuju roditelje i cijelu obitelj. Kvaliteta roditeljske prilagodbe na rođenje i odgoj djeteta s teškoćama u razvoju utječe i na prilagodbu i razvoj djeteta, što govori o važnosti podrške i pomoći obitelji s ciljem zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja ove populacije.

Roditelji djece s teškoćama u razvoju susreću se s nizom uobičajenih stresora u svakodnevnom životu, ali i s onima vezanim za same teškoće djeteta, stoga su procesi prilagodbe teži. Problemi ponašanja kod djeteta i intenzitet roditeljskog stresa su veći što je prilagodba roditelja slabija. Istraživanja su pokazala da sama prisutnost nekih problema kod roditelja, kao što je depresija ili anksioznost, pridonosi većoj percepciji problema u ponašanju kod djece. Nizak pesimizam, visoka obiteljska kohezivnost i prilagodljivost imaju zaštitničku ulogu u situacijama roditeljskog stresa (Martinac Dorčić, 2012).

Rezultati istraživanja u Velikoj Britaniji pokazali su kako obitelji s djecom s intelektualnim teškoćama imaju značajno slabiji ekonomski status u odnosu na obitelji sa zdravom djecom, a samohrane majke djece s teškoćama izvještavaju kako je dijete s teškoćama za njih socijalni i psihološki udarac (Emerson i Hatton, 2007).

Najveća želja roditelja tijekom trudnoće je donijeti na svijet zdravo dijete, dok su najveći nesvjesni strahovi roditelja vezani uz fantazije o tome da bi se moglo roditi

dijete s teškoćama (Nikolić, 1988). Rođenje djeteta s tjelesnim ili mentalnim oštećenjima traumatski je događaj za roditelja. Roditelji pate, proživljavaju traumu, a mehanizmi obrane koje tada pokreću mogu postati patološki za dijete. Kod roditelja se znaju javiti osjećaji krivnje, srama, ljutnje te jaka anksioznost, agresivnost, okrivljavanje drugih, kao i psihička i tjelesna iscrpljenost. Psihološko, tjelesno i socijalno funkcioniranje roditelja može biti narušeno te im je nužna stručna pomoć. Međutim, veći broj roditelja, nakon suočavanja s početnim šokom, krizom i strahovima, ulaže napore da se adaptira na novonastalu situaciju. Dijete s teškoćama zaokuplja roditelje više nego zdravo dijete. Majke djece s teškoćama u razvoju značajno se više angažiraju u aktivnostima svakodnevnog života od majki djeteta urednog razvoja (Bulić, Joković Oreb i Nikolić, 2012). Rođenje djeteta s teškoćama jedan je od velikih stresova za obitelj koji može utjecati na međusobne odnose roditelja i odnose sa zdravom djecom. Dok jedni roditelji s vremenom prihvate novonastalu situaciju i adaptiraju se na nastale promjene te se trude pomoći djetetu, drugi se nikad ne oporave, tuguju i razvode se. Različite osobe se različito nose sa stresom, pa tako i roditelji. Što je funkcioniranje pojedinih članova obitelji uspješnije, veća je vjerojatnost uspješnog rasta i razvoja djeteta s teškoćama u razvoju i njegovog mentalnog zdravlja.

Prema tome, mentalno zdravlje roditelja važan je cilj u očuvanju mentalnog zdravlja djece s teškoćama. Roditelji, braća i sestre, a često i šira obitelj, trebaju usklađeno provođenje intervencija iz raznih sustava, kao što je zdravstvo, socijalna skrb i školstvo, stoga je, uz individualne odgojno-obrazovne i terapijske postupke za dijete, potrebno planirati potporu za njegove roditelje kako bi se povećala socijalna podrška obitelji kao cjelini.

5.3. Rana intervencija

Rana intervencija u djetinjstvu pojavila se kao koncept u Sjedinjenim Američkim Državama sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća kako bi se smanjili troškovi u području zdravstva i socijalne skrbi (Ljubešić, 2003. prema Košiček i sur., 2009). U svijetu se sve veći značaj daje ranoj intervenciji ne samo zbog ekonomske isplativosti nego i zbog toga što ima dugoročni učinak na razvoj djece i maksimalno razvija njihove potencijale. Tehnološki napredak u medicini i perinatalnoj skrbi omogućuje preživljavanje sve većeg broja ugrožene djece s rizičnim neurorazvojnim ishodom. Sve je veća pozornost usmjerena na razvoj djeteta u ranoj dobi, ne samo zbog spoznaja o razvoju mozga u toj dobi, već i zbog spoznaje da kvaliteta odnosa dijete-roditelj-okolina i stimulacija kognitivnog razvoja u ranoj dobi značajno utječu na kognitivni, emocionalni i socijalni razvoj djeteta.

Rana intervencija usmjerena je na prevenciju teškoća i ranu rehabilitaciju kako bi teškoće bile što manje te poboljšale sposobnosti djece. Minimaliziraju se razvojne teškoće i preveniraju funkcionalna pogoršanja, promovira se adaptivno roditeljstvo i poboljšava funkcioniranje cijele obitelji (Shonkoff i sur., 2000; Pinjatela i Joković Oreb, 2010. prema Dubravčić, <http://www.dira.hr teme/rana-intervencija> 10. 3. 2016). Ranom

intervencijom obuhvaćaju se djeca kod kojih je utvrđen čimbenik rizika ili stanje mogućeg odstupanja u razvoju u dobi 0 – 7 godina. Obuhvaća proces informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške djeci s teškoćama i njihovim roditeljima. Najveći učinak rane intervencije prisutan je ako se s njim počne što ranije, tj. odmah po utvrđenom odstupanju u razvoju i prije postavljanja dijagnoze.

Moderna znanost je dokazala da proces učenja započinje vrlo rano, prenatalno, a posebno je intenzivan u ranom djetinjstvu. Rano razdoblje razvoja važno je za stjecanje iskustva i za razvoj mozga jer plastičnost mozga omogućuje da se oštećeno tkivo zamijeni nekim drugim živčanim tkivom i tako zadrži funkcionalni kapacitet mozga. Istovremeno se roditelji uključuju u sve procese rehabilitacije i pružanja podrške drugim roditeljima kroz savjetovanje, informiranje i educiranje. Procjenjuju se kapaciteti roditelja i obiteljsko funkcioniranje, roditeljska prilagodba na novonastalu situaciju, vještine, znanja i sposobnosti, dodatni stresori u obitelji, kao i interakcije obitelji s okolinom. Za optimalni rast i razvoj djeteta, kako bi razvilo svoje emocionalne, kognitivne i socijalne potencijale, posebno su značajne rane interakcije majka-dijete. U tim prvim danima života djeteta potrebni su intimni i bliski odnosi s majkom. Dijete prepoznaje majčin miris, dodir, glas, a majka prepoznaje sve djetetove potrebe. Rana iskustva odnosa s majkom su genetičke predispozicije i osnova za odnose s budućim osobama. U prvim godinama života razvoj mozga praćen je moždanim aktivnostima i interakcijama s okolinom. Ta iskustva u odnosima utječu na neuronske veze koje su biološki temelji osobnosti. Mnoga istraživanja u području neuroznanosti posljednjih dvadeset godina dovela su do otkrića koja objašnjavaju biološke osnove psihičkog funkcioniranja (Vlastelica, 2014). Bowlbyeva teorija *attachmenta* ukazuje na značaj uspostave bliskosti, povezanosti i privrženosti djeteta s majkom, što omogućuje djetetu da regulira unutarnji razvoj uz pomoć roditelja sve dok njegove psihoneurološke funkcije ne sazriju. U slučaju poremećaja privrženosti dolazi do dezorganizacije obrazaca ponašanja i oštećenja fizioloških funkcija za samoregulaciju stresa i afekata (Vlastelica, 2014. prema Vlastelica, 2016).

U novije vrijeme rana intervencija se razlikuje od starog koncepta po načelu usmjerenosti na obitelj. Uvodi se princip partnerstva između stručnjaka i roditelja. Ističe se važnost ranih interakcija između roditelja i djeteta za djetetov razvoj te potreba osnaživanja roditelja (Ljubešić, 2012), što razlikuje ranu intervenciju od rane rehabilitacije. Takav pristup u ranoj intervenciji daje nove principe u organizaciji rane intervencije (Ljubešić, 2012), a to su:

1. usmjerenost na osnaživanje roditelja;
2. međusektorska koordinacija – zdravstvo, socijalna skrb, obrazovanje;
3. uključivanje u redovne programe u zajednici;
4. rano otkrivanje i rana dijagnostika;
5. individualizirane usluge;
6. vrednovanje usluga;

7. poštovanje kulturalne različitosti;
8. prepoznavanje međuovisnosti svih sastavnica.

To je individualizirani proces za dijete u kojem se procjenjuju djetetove jake strane i potrebe, ali se isto tako procjenjuju jake strane i potrebe obitelji. Obitelj je primarno okruženje u kojem dijete uči, stoga se u zadnje vrijeme promovira pružanje podrške obitelji i edukacija za rad s djetetom u obiteljskom domu. Pri tome se posebna važnost daje povratnim informacijama od roditelja o njihovom djetetu (Ljubešić, 2012).

Rana intervencija je timski rad koji je interdisciplinaran i uključuje ne samo suradnju među članovima tima nego i s roditeljima te svim ustanovama koje pružaju podršku djeci i njihovim roditeljima (zdravstvene, socijalne, odgojno-obrazovne, udruge i sl.). Članovi stručnog tima su psiholog, socijalni radnik, edukacijski rehabilitator, logoped, fizioterapeut, liječnik i medicinska sestra. Za svako dijete izrađuju se individualni planovi i programi, ali uz aktivno učešće roditelja.

U Hrvatskoj je Zakonom o socijalnoj skrbi 2011. godine uvedena rana intervencija kao usluga u socijalnoj skrbi koja se pruža kao stručna pomoć djeci s razvojnim rizikom ili teškoćom u dobi 0 – 7 godina, ali i njihovim roditeljima, drugim članovima obitelji ili udomiteljima. Programi rane intervencije odvijaju se paralelno s programima predškolskog odgoja u predškolskim ustanovama.

Djeca s teškoćama u razvoju imaju potrebu za učenjem i odgojem zajedno s djecom bez teškoća, tj. imaju pravo na jednake mogućnosti u razvijanju svojih znanja te tjelesnih, emocionalnih i društvenih sposobnosti. U dobi od 7 godina i polaskom u školu djeca s teškoćama u razvoju nastavljaju svoje rehabilitacijske programe (edukacijsku rehabilitaciju, logoterapiju, fizikalnu terapiju, psihološku podršku i drugu stručnu pomoć), bilo u sustavu zdravstva ili socijalnih usluga psihosocijalne podrške.

Svi rehabilitacijski programi odvijaju se uz suradnju i podršku roditeljima te posebno vodeći računa o kritičnim razdobljima promjena, kao što je polazak u predškolsku ustanovu, školu, profesionalno usmjeravanje i zapošljavanje, samostalan život i sl.

Usluge integracije kao stručne pomoći pružaju se pri uključivanju djece s teškoćama u razvoju u redovni sustav odgoja i obrazovanja, pri čemu se suradnjom stručnjaka različitih profila iznalaze najbolja odgojno-obrazovna, rehabilitacijska i adaptacijska rješenja za svako dijete s teškoćama u razvoju uključeno u redovni sustav odgoja i obrazovanja.

Psihosocijalna podrška podrazumijeva rehabilitaciju koja potiče razvoj kognitivnih, funkcionalnih ili socijalnih vještina. Može se pružati u obiteljima djece s teškoćama ili osoba s invaliditetom ili kod pružatelja usluga u lokalnoj zajednici.

Dok jedan dio djece s manjim teškoćama u razvoju biva integriran u redovni sustav odgoja i obrazovanja, drugi dio, tj. onaj s većim i težim teškoćama u razvoju, uključen je u posebne ustanove odgoja, obrazovanja i skrbi.

Socijalna skrb je zaštitna mreža sa svrhom zbrinjavanja i uključivanja u društvo socijalno najranjivijih skupina. Socijalne usluge u Hrvatskoj reguliraju se Zakonom o

socijalnoj skrbi iz 2015. godine, a obuhvaćaju aktivnosti, mjere i programe namijenjene djetetu i obitelji, mladoj i odrasloj osobi s ciljem sprečavanja, prepoznavanja i rješavanja problema i poteškoća pojedinca te poboljšanja kvalitete njegovog života u zajednici. Mogu se pružati tijekom duljeg razdoblja ili privremeno, ovisno o problemima korisnika.

Socijalne usluge mogu biti izvaninstitucijske i institucijske. Izvaninstitucijske usluge su informiranja, prepoznavanja i početna procjena potreba, savjetovanja i pomaćanja, pomoć u kući, psihosocijalna podrška, rana intervencija, pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja te boravak i organizirano stanovanje. Institucijska skrb je smještaj izvan vlastite obitelji, u domu socijalne skrbi, centru za pružanje usluga u zajednici i drugim pružateljima usluga tog tipa. Smještaj u udomićeljsku obitelj ili u obiteljski dom smatra se izvaninstitucijskom skrbi.

Prava iz socijalne skrbi ostvaruju se po načelu slobode izbora svakog korisnika, u skladu s individualnim potrebama i uz aktivno sudjelovanje korisnika. Ukoliko je to moguće, usluge se pružaju u njegovom domu ili lokalnoj zajednici kroz izvaninstitucijske oblike skrbi radi poboljšanja kvalitete života i uključenosti u zajednicu. Prava djece s teškoćama i osoba s invaliditetom osiguravaju se uz poštovanje ljudskih prava, fizičkog i psihičkog integriteta, sigurnosti i uvažavanje etičkih, kulturnih i vjerskih uvjerenja.

Literatura

Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (stručni ur. hrv. izdanja Jukić, V.; Arbanas, G). (DSM-V) Jastrebarsko: Naklada Slap.

Božičević, V.; Brlas, S.; Gulin, M. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Sveti Rok.

Bulić, D.; Joković Oreb, I.; Nikolić, B. (2012). Angažman majki djece s teškoćama u razvoju u aktivnostima svakodnevnog života. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48 (2): 1-12.

Došen, A. (2004). Dijagnostika i tretman poremećaja ponašanja i psihičkih oboljenja kod osoba s mentalnom retardacijom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40 (2): 165-174.

Došen, A. (2001). Mental Health in Mental Retardation; Current Developments and Future Challenges in Europe (Lecture to the 3rd Congress of European Association for Mental Health in Mental Retardation, Berlin, Germany). *NADD Bulletin*, V (3), (1), dostupno na mrežnoj stranici: <http://thenadd.org/bulletins/v5n3a1-.htm> (pristupljeno: 28. 1. 2016).

Dubravčić, A. *Rana intervencija*, Teme, DIRA, dostupno na mrežnoj stranici:

<http://www.dira.hr teme/rana> (pristupljeno 10. 3. 2016).

Emerson, E.; Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 191 (6): 493-499, dostupno na mrežnoj stranici: <http://bjp.rcpsych.org/content/191/6/493.full> (pristupljeno: 14. 1. 2016).

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (Narodne novine, 27. 6. 2007).

Košiček, T.; Kobetić, D.; Stančić, Z.; Joković Oreb, I. (2009). Istraživanje nekih aspekata rane intervencije u djetinjstvu. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45 (1): 1-14.

Leutar, Z.; Štambuk, A. (2007). Invaliditet u obitelji i izvori podrške. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 43 (1): 47-61.

Ljubešić, M. (2003). *Biti roditelj. Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranoga dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom*. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.

Ljubešić, M. (2012). Rana intervencija kod komunikacijskih i jezično-govornih odstupanja. *Paediatrica Croatica*, 56 (1): 202-206.

Martinac Dorčić, T. (2012). Povezanost rizičnih i zaštitnih faktora s prilagodbom roditelja djece koja boluju od cerebralne paralize. *Psihologijske teme*, 21 (1): 139-166.

Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja za razdoblje 2011. – 2016. god., (2010). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, 79. sjednica.

Nikolić, S. (1988). *Mentalni poremećaji u djece i omladine*. Zagreb: Školska knjiga.

Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima iz 2014. (Narodne novine, 23. 6. 2014).

Teodorović, B.; Bratković, D. (2001). *Osobe s teškoćama u razvoju u sustavu socijalne skrbi*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.

Vash, C. L.; Crewe, N. M. (2010). *Psihologija invaliditeta*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vlastelica, M. (2014). *Rani odnos majka-dijete u svjetlu neuroznanstvenih spoznaja*. Zagreb: Medicinska naklada.

Vlastelica, M. (2016). *Klokanska skrb kao rani obrazac komuniciranja*. U: Marčinko D, Rudan V i sur. (ur.) *Psihoanalitički modeli komunikacije u vremenu brzih promjena*. Zagreb: Medicinska naklada.

Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju (Narodne novine, 94/13).

Zakon o socijalnoj skrbi (Narodne novine, 99/15).

6. Odgoj i obrazovanje učenika s teškoćama



Sami možemo učiniti malo, zajedno možemo postići puno više. Helen Keller

6.1. Uvod

Društvo je toliko razvijeno koliko se brine za svoje najranjivije članove. Jednu od najosjetljivijih skupina svakako čine djeca s teškoćama u razvoju. Njihov položaj u društvu mijenjao se tijekom povijesti, i to od diskriminirajućeg preko samilosnog pristupa prema njima, zatim do priznavanja prava na obrazovanje u posebnom sustavu pa sve do aktualnog pristupa koji promovira pravo na izjednačene mogućnosti, kako u obrazovanju tako i u društvu. U ovom će radu biti govora o kvaliteti odgojno-obrazovnog rada u školi i podršci djeci kao važnom preduvjetu u zaštiti mentalnog zdravlja djece s teškoćama u razvoju.

6.2. Odgoj i obrazovanje djece s teškoćama; od segregacije do inkluzije

Odnos prema odgoju i obrazovanju djece s teškoćama mijenjao se kroz povijest i ovisio je o brojnim čimbenicima, a to su, primjerice, politički, kulturni, ekonomski i svi ostali koji su se događali u određenom društvu. Prvo spominjanje ove populacije nalazimo već u antičko doba, ali ne u smislu ostvarivanja mogućnosti i prava na školovanje, već upravo suprotno od toga. U rimskom pravu opaža se negativan odnos prema osobama s teškoćama, izdaje se zakon kojim im se ukidaju građanska prava, što jasno govori o njihovom položaju u društvu i o mogućnosti bilo kakvog školovanja. Prvi pokušaj obrazovanja djece s teškoćama pojavljuje se u srednjem vijeku s prvim učiteljima svećenicima, a zatim liječnicima i učiteljima. Prve škole za djecu s teškoćama nastale su kao privatne škole, a iz njih su se kasnije razvile državne škole, zavodi i centri za učenje i smještaj. Osobe s teškoćama u razvoju dugi niz godina bile

su institucionalizirane i marginalizirane u zajednici. Sredinom pedesetih godina dvadesetog stoljeća pojavio se medicinski pristup invaliditetu, tj. medicinski model koji je svojim teorijskim i praktičnim dostignućima predstavljao značajan pomak u odnosu prema djeci s teškoćama. Uključivao je ideju pomoći i zaštite te reduciranje rizičnih čimbenika u okruženju. Integracija djece s teškoćama, koja je u Republici Hrvatskoj počela osamdesetih godina prošlog stoljeća, podrazumijevala je „ubacivanje“ djece u postojeći sustav bez prilagođavanja sustava njihovim potrebama. Pri tome se naglasak stavljao na školsko postignuće, odnosno uspjeh u realizaciji nastavnog plana i programa. Integracijom smo uključili dijete u redovitu školu, ali sustav je bio okrenut „nedostacima“ djeteta, onome što dijete „ne može“, stavljao se naglasak na samo oštećenje, a premalo se vodilo računa o ostalim sposobnostima djece s teškoćama, tj. o tome koje su njihove jake strane i što mogu.

Razvojem svijesti društva o vrijednosti svakog pojedinca javlja se inkluzija kao pokret u okviru socijalnog modela. To nije samo uključivanje djece u redoviti sustav, već znači stvaranje takvog okruženja u kojem će sva djeca, pa i djeca s teškoćama u razvoju, imati priliku razviti sve svoje potencijale. Inkluzivne škole bi trebale biti ustanove u kojima bi svi mogli učiti, zadovoljiti svoje potrebe i razvijati životne vještine za što uspješnije odrastanje. U suvremenoj literaturi inkluzivno obrazovanje definira se kao proces jačanja sudjelovanja, a smanjivanja isključivanja iz kulture, kurikuluma i zajednice redovitih škola, što podrazumijeva sposobnost redovitih škola da osiguraju primjereno obrazovanje za svu djecu, i to neovisno o bilo kojoj socijalnoj, ekonomskoj, kulturalnoj ili razvojnoj različitosti djeteta. Uključivanje djece s teškoćama u sustav odgoja i obrazovanja u lokalnim sredinama doprinosi bogaćenju iskustava svih sudionika odgoja i obrazovanja, a ona se temelje na prihvatanju različitosti. U današnjoj školi imamo izvrsnih primjera uključivanja djece s teškoćama, ali još uvijek ima prostora za napredak i mijenjanje društvene klime za prihvatanje različitosti.

6.3. Zakonski okvir – temelj uključujućeg obrazovanja

Pravo djece na inkluzivnu edukaciju utvrđeno je nizom međunarodnih dokumenata, a najznačajniji su Deklaracija o ljudskim pravima, u kojoj se naglašava pravo svih ljudi na obrazovanje i participaciju u društvu, Konvencija o pravima djece i Konvencija o pravima djece s invaliditetom. U svima njima naglašava se pravo na odgoj i obrazovanje u skladu s mogućnostima djeteta. Republika Hrvatska potpisnica je svih relevantnih međunarodnih sporazuma koji štite ljudska prava i prema njezinom Ustavu, svim učenicima osigurava se slobodno i odgovarajuće obrazovanje sukladno njihovim sposobnostima i mogućnostima. Svi učenici koji imaju potrebu za podrškom u učenju trebaju biti obrazovani sa svojim vršnjacima u najvećoj mogućoj mjeri i u najmanje restriktivnoj okolini.

6.4. Tko su djeca i učenici s teškoćama?

Termini koji se koriste za opisivanje djece s teškoćama preslikavaju odnos društva prema njima. U hrvatskoj i stručnoj literaturi u posljednja dva desetljeća najčešće se

koristi termin „djeca s posebnim potrebama“, a on podrazumijeva i nadarenu djecu i djecu s teškoćama.

Djeca i učenici s teškoćama su oni čije sposobnosti u kombinaciji s različitim čimbenicima iz okoline ograničavaju njihovo učinkovito i ravnopravno sudjelovanje u odgojno-obrazovnom procesu, stoga imaju teškoće u učenju i odrastanju. Prema Zakonu o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (Narodne novine, 87/08, 86/09, 92/10, 105/10-isp., 90/11, 5/12-Uredba, 16/12, 86/12, 126/12-pročišćeni tekst, 94/13, 152/14), a sukladno OECD-ovoj međunarodnoj klasifikaciji teškoća iz 2005. godine, učenike s teškoćama dijelimo u tri skupine:

1. učenici s teškoćama u razvoju
2. učenici s teškoćama u učenju, problemima u ponašanju i emocionalnim problemima
3. učenici s teškoćama uvjetovanim odgojnim, socijalnim, ekonomskim, kulturalnim i jezičnim čimbenicima

Ad. 1. Riječ je o djeci s oštećenjima ili poremećajima organskog podrijetla koja mogu imati neurološka, senzorna ili motorička oštećenja, a čije odgojno-obrazovne potrebe proizlaze iz problema povezanih s oštećenjima.

Ad. 2. Ovu kategoriju čine djeca koja svakako trebaju odgojno-obrazovnu podršku zbog različitih problema koji, prije svega, proizlaze iz poteškoća koje ima dijete, ali i iz odgojno-obrazovnog okruženja čije međusobno djelovanje ograničava mogućnost napretka djeteta.

Ad. 3. Ovu kategoriju čine djeca koja se nalaze u nepovoljnom položaju zbog različitih čimbenika, a to mogu biti zanemarena ili zlostavljana djeca, djeca koja žive u teškim socijalnim i ekonomskim uvjetima, oni koji su se našli u nekim nepovoljnim životnim situacijama, djeca koja ne znaju ili nedovoljno znaju hrvatski jezik ili ga poznaju kao drugi ili kao strani jezik.

U Orijentacijskoj listi vrsta teškoća, u prilogu 1. Pravilnika o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (Narodne novine, 24/15), skupine vrsta teškoća dijele se na:

- oštećenje vida
- oštećenje sluha
- oštećenje jezično-govorno-glasovne komunikacije i teškoće u učenju
- oštećenje organa i organskih sustava
- intelektualne teškoće
- poremećaji u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja
- postojanje više vrsta teškoća

Kod neke djece moguća je prisutnost više teškoća, odnosno kombinacije pojedinih teškoća koje proizlaze iz navedenih skupina.

Bez obzira na to kojoj skupini pripadaju, sva ova djeca imaju različite i višestruke potrebe te pravo na primjerene oblike odgojno-obrazovne podrške. Istraživanja su pokazala da su djeca s teškoćama, ukoliko im nije pružena primjerena podrška, podložna razvoju različitih sekundarnih teškoća koje se odražavaju na njihovo mentalno zdravlje. Također, istraživanja pokazuju da se kod učenika s teškoćama češće pojavljuju problemi u ponašanju i poremećaji mentalnog zdravlja nego kod njihovih vršnjaka tipičnog razvoja, ali javlja se problem pravodobnog uočavanja i prepoznavanja znakova koji mogu upućivati na narušeno mentalno zdravlje. Na kvalitetu mentalnog zdravlja djeteta s teškoćama u obrazovnom sustavu utječe niz čimbenika, od kvalitetnih socijalnih odnosa, odnosa vršnjaka i učitelja prema djetetu, primjerenih pristupa učenju i podučavanju te primjerenih programa s razumnom prilagodbom. Negativna iskustva i česti neuspjesi mogu dovesti do smanjene razine samopouzdanja, niskog praga tolerancije na frustraciju, nedostatka samoinicijative, pasivnosti, agresivnosti, destruktivnih i niza drugih neprihvatljivih ponašanja koja utječu na svakodnevno funkcioniranje djece, a može doći čak i do potpune socijalne isključenosti. Ponekad se javljaju teškoće u prepoznavanju i otkrivanju problema jer znakovi narušenog mentalnog zdravlja kod učenika s teškoćama mogu biti potpuno različiti u odnosu na znakove kod djece tipičnog razvoja.

Škola ima značajan utjecaj na mentalno zdravlje sve djece. Kvalitetan sustav je onaj koji dijete stavlja u središte odgojno-obrazovnog procesa, koji je usmjeren na zadovoljavanje individualnih potreba i koji njeguje timski pristup te osigurava odgojno-obrazovnu podršku.

6.5. Podrška učenicima s teškoćama u školi

Djeca s teškoćama imaju višestruke potrebe koje su predodređene njihovim sposobnostima, osobnim iskustvom, navikama, interesima, ciljevima i okruženjem. Neka će djeca trebati stalnu dodatnu odgojno-obrazovnu potporu, a neka povremenu. Potpora učenicima usmjerena je na razumnu prilagodbu te je prilagođena interesima i sposobnostima pojedinog djeteta. Svaka prilagodba mora biti osmišljena i primjerena s obzirom na potrebe pojedinog učenika. Pri određivanju razumne prilagodbe valja uzeti u obzir vrstu i stupanj teškoće, učenikove potencijale i jake strane, kao i njegovu motiviranost za učenje i prihvaćanje prilagodba. Prilagodbe je potrebno dogovarati s roditeljima, ali i s učenikom kada je to moguće.

Prilagodba programa

Programska potpora obuhvaća različite vrste primjerenih programa odgoja i obrazovanja, dodatne odgojno-obrazovne i rehabilitacijske programe te privremene oblike odgoja i obrazovanja koji se provode u školama i drugim javnim ustanovama koje provode djelatnost odgoja i obrazovanja.

Primjereni programi odgoja i obrazovanja učenika su:

1. redoviti program uz individualizirane postupke
2. redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke
3. posebni program uz individualizirane postupke
4. posebni programi za stjecanje kompetencija u aktivnostima svakodnevnoga života i rada uz individualizirane postupke

Ad. 1. Redoviti program uz individualizirane postupke određuje se učenicima koji mogu savladati redoviti nastavni plan i program, ali su im zbog specifičnosti u funkcioniranju potrebni individualizirani postupci koji omogućuju različite oblike potpore, i to s obzirom na samostalnost učenika, vrijeme rada, metode rada, aktivnost učenika, primjerene prostorne uvjete i didaktička sredstva. Provodi se u redovitim razrednim odjelima.

Ad. 2. Redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke određuje se učenicima koji, s obzirom na vrstu teškoća, ne mogu u cijelosti savladati nastavni plan i program, već je potrebna individualna prilagodba nastavnih sadržaja redovitog programa sukladno sposobnostima i sklonostima učenika. Važno je napomenuti da se opseg nastavnog sadržaja može smanjiti do najniže razine usvojenosti obrazovnih postignuća propisanih nastavnim planom i programom za razred u koji je učenik uključen. Provodi se u redovitim razrednim odjelima.

Ad. 3. Posebni program uz individualizirane postupke određuje se učenicima koji, s obzirom na svoje funkcioniranje, ne mogu savladati redoviti program uz prilagodbu sadržaja. Posebni programi mogu biti iz svih predmeta ili iz pojedinih, a ovise o funkcioniranju djeteta. Provode se u posebnim razrednim odjelima, a iznimno se mogu provoditi u redovitim razrednim odjelima škole ako na području lokalne samouprave nije ustrojen razredni odjel.

Ad. 4. Posebni programi za stjecanje kompetencija u aktivnostima svakodnevnoga života i rada uz individualizirane postupke provode se u odgojno-obrazovnoj skupini i određuju se za one učenike koje je, s obzirom na njihove funkcionalne sposobnosti, potrebno osposobiti za najjednostavnije aktivnosti svakodnevnog života i rada. Ovi učenici se ne školuju za tržište rada, već savladavaju vještine koje su im potrebne za svakodnevno funkcioniranje.

Rehabilitacijski programi obuhvaćaju one postupke i aktivnosti koje uspostavljaju, održavaju i modificiraju učenikove osjetilne, motoričke, jezično-glasovno-govorne, komunikacijske, kognitivne, emocionalne i interakcijske sposobnosti i vještine izvedbe aktivnosti svakodnevnog života, a koje značajno utječu na rezultate učenja te time i na odgojno-obrazovni proces.

Privremeni oblici odgoja i obrazovanja organizirani su za onu djecu koja zbog zdravstvenih razloga privremeno ne mogu polaziti nastavu u školi. Za njih se organizira nastava u bolnici, nastava na daljinu ili nastava kod kuće.

Prilagodba pristupa učenja i podučavanja

Važno je u školi stvoriti poticajno i podržavajuće okruženje u kojemu će učitelji, pomoćnici u nastavi i stručni suradnici primjenjivati metode, postupke i oblike učenja i poučavanja koji će najbolje odgovarati učenicovim razvojnim mogućnostima i poticati napredovanje i razvoj djeteta. Prilagodbe koje se primjenjuju u procesu učenja i poučavanja uključuju niz metodičko-didaktičkih postupaka prilagođenih kognitivnim, perceptivnim i jezičnim sposobnostima djeteta.

Inkluzivni odgoj i obrazovanje podrazumijeva međusobnu suradnju i kvalitetno partnerstvo svih sudionika odgojno-obrazovnog procesa, odnosno učenika, roditelja, učitelja, pomoćnika u nastavi, stručnih suradnika, ravnatelja, školskih liječnika, a po potrebi i vanjskih suradnika. Pojam partnerstva ističe zajedničku odgovornost, ali i jasno određene uloge i granice svih uključenih u odgoj i obrazovanje.

6.6. Podrška učenicima s teškoćama u zajednici

Cilj inkluzivnog obrazovanja jest mogućnost sudjelovanja svih učenika u svakodnevnom životu škole, ali i lokalne zajednice jer škola nikako ne može sama. Uz primjerene prilagodbe programa i pristupa učenju i podučavanju, za ostvarivanje napredovanja i razvoja svih potencijala učenika s teškoćama, potrebno je osigurati niz posebnih oblika podrške izvan redovitog odgojno-obrazovnog procesa, a često i izvan odgojno-obrazovnih institucija. Posebni oblici pomoći učeniku mogu se realizirati kroz podršku u učenju kroz dopunsku nastavu, vršnjačku pomoć, produženi stručni postupak, posebne edukacijsko-rehabilitacijske programe, rehabilitacijske programe i individualni i grupni rad s učenicima. Škola može zatražiti potporu ustanova koje raspolažu stručnim i materijalnim resursima potrebnim za pružanje kvalitetne podrške učenicima s teškoćama, njihovim roditeljima, učiteljima i stručnim suradnicima, a koje mogu biti iz sustava zdravstva, socijalne skrbi ili odgoja i obrazovanja. Kroz mobilne stručne timove podršku mogu pružiti edukacijski rehabilitatori, logopedi, socijalni pedagozi, pedagozi, psiholozi, ali im se mogu priključiti i drugi stručnjaci ovisno o potrebama.

Zaključak

Kroz različite aktivnosti, projekte i uključivanje djece s teškoćama u život zajednice umanjuju se posljedice njihovih teškoća. Cilj odgoja i obrazovanja jest zadovoljno i uspješno dijete koje maksimalno realizira svoje potencijale u okviru svojih mogućnosti. Podizanjem kvalitete odgojno-obrazovnog sustava osiguravamo viši nivo kvalitete života ne samo djeci nego i njihovim obiteljima. Stvarajući preduvjete za njihovu što uspješniju uključenost u život i rad u zajednici, umanjujemo vjerojatnost emocionalnih poremećaja i rizičnih ponašanja i na taj način štitimo i unapređujemo mentalno zdravlje ove osjetljive populacije.

Literatura

Bratković, D.; Rozman, B. (2006). Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 42 (2): 101-112.

Igrić, Lj. i sur. (2015). *Osnove edukacijskog uključivanja, škola po mjeri djeteta je moguća*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet i Školska knjiga.

Ivančić, Đ.; Stančić, Z. (2013). Stvaranje inkluzivne kulture škole. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (2): 139-157.

Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine (2007). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Povjerenstvo Vlade Republike Hrvatske za osobe s invaliditetom, Ministarstvo branitelja i međugeneracijske solidarnosti.

Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (Narodne novine, 24/15).

Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (Narodne novine, 87/08, 86/09, 92/10, 105/10-ispr., 90/11, 5/12-Uredba, 16/12, 86/12, 126/12-pročišćeni tekst, 94/13, 152/14).

7. Mentalni poremećaji djece i mladih



7.1. Dječja psihijatrija – argumenti pro i contra; je li djetinjstvo razdoblje bezbrižnosti i sreće ili nije?

Ne, počet ću pisati s kraja priče. Bit će vremena za akademski pristup. Kraj priče je upravo jedan od razloga zašto je ova knjiga i nastala.

U svom radu s djecom i adolescentima često se zapitam što je to toliko krenulo po zlu da ispred mene sjede dvije ili više zaraćenih strana među kojima i u kojima se nakupilo toliko „smeća“ da često čujem i izraze mržnje. Gotovo da moram fizički intervenirati, a verbalni sam medijator sukoba gotovo svaki dan. Ipak, kad raščistimo svo to „smeće“ koje se nakupilo u tako kratkom roku, a djetinjstvo i adolescencija (u odnosu na život) i jesu kratki, na dnu te emocionalno-odnosne „sante“ pronađemo pozitivne stvari i osjećaje. Osjećaji, njihovo prepoznavanje, imenovanje, izražavanje i pripadanje prikladnim situacijama su dobrim dijelom predmet ove knjige.

Prisutnost tolike količine nezdravih odnosa se reflektira i na odnose i vještine komuniciranja i sa širom socijalnom okolinom te utječe na stvaranje socijalnih mreža i siromašenje društva u smislu društvenog kapitala. Prema Sartoriusu, postoji više vrsta kapitala – ekonomski, ljudski i društveni. Osim društvenog, svi se uporabom troše i zamaraju. Samo se društveni kapital, definiran kao bogatstvo društvenih kontakata, uporabom širi i jača, a samim time se bogati i društvo.

U svojoj ordinaciji i na javnim predavanjima vrlo često imam običaj reći rečenicu da su „djeca naš proizvod“, a kad nešto loše proizvedemo, odgovornost je vrlo često samo naša. Pri tome mislim i na primarnu obitelj, ali i na šire društvo. Postaje li naše društvo toliko kompetitivno da ne možemo dovoljno brzo psihološki vrednovati? Zapitajmo bilo koje dijete već u osnovnoj školi s koliko je prošlo i odgovor će vrlo vjerojatno sadržavati dvije decimale! Koliko visoko postavljamo letvicu? Jedan tip prosječnog pacijenta na početku moje karijere se pojavljivao u svibnju s majkom

(obično natjeran od strane roditelja, a on sam nezainteresiran). Razlog? Ide po drugi put u isti razred i zbog smetnji ponašanja i odnosa prema školi prijeti mu gubitak prava na školovanje. Danas, u sličnom razdoblju, srećem adolescenta ili adolescenticu, gimnazijalku s jednom ili dvije četvorke preplavljenu tjeskobom zbog toga hoće li uspjeti upisati željeni fakultet. Koliko djecu tjeramo u područje negativnog, „malignog“ perfekcionizma?

Zapitajmo se koliko nesvjesnih poruka o tome kako je samo savršenstvo prihvatljivo šaljeemo mladima. Naravno, znamo mi djeci reći da su i dobar i vrlo dobar „ocjene“ i dovoljno smo već „istrenirani“ da se kratko suzdržimo te kad dijete dođe kući s četvorkom prvo kažemo: „Pa to je dobra ocjena“, a onda: „ali“. Nakon samo par minuta slijedi pitanje: „A je li bilo petica?“ Ili, još gore, dijete dođe s peticom kući, a nakon pohvala izdržimo jedva par minuta do postavljanja pitanja: „A je li bilo puno petica?“

Jesu li današnja djeca preopterećena, očekuje li se od njih u ranoj dobi jednostavno previše i, sudeći prema svemu, imaju li današnja djeca prava na pogreške?

Što je s komunikacijom? Govorimo i o vremenu u odrastanju društva. Je li sve ono što je prije par desetljeća bilo „nenormalno“ sada „normalno“ i obratno? Hoće li uporaba mobilnih telekomunikacijskih uređaja dovesti do promjena? U osnovi, već sada je neuroslikovnim prikazima dokazano da djeca majki koje više vremena provode pred „ekranima“ i imaju oskudniji vokabular, nakon višemjesečnog praćenja, imaju manji prosječni volumen mozga, a ista korelacija se može pronaći i za tjelesni kontakt s majkom i volumen mozga djeteta. Hoće li kroz koje desetljeće najrazvijeniji centri u mozgu biti oni za palčeve kojima tipkamo poruke? Hoćemo li zaboraviti komunicirati na neverbalnoj, pa i sadržajno verbalnoj razini? Komunikacija postaje sve „plošnija“, a „jezik“ koji se najbrže razvija u povijesti ljudskog roda su emotikoni. Zasluhuje li to da utipkamo „LOL“ ili ? Je li to razlog pojave sve većeg broja adolescenata sa psihosomatskim i konverzivnim smetnjama koje ne znaju ispsihologizirati, već ih potiskuju i reagiraju tjelesnim simptomima na razini osmogodišnjaka?

Primjer u kojem društvene i organizacijske okolnosti možda stvaraju patologiju je istraživanje u kojemu je proučavana učestalost dijagnosticiranja hiperkinetičkog poremećaja kod učenika početnih razreda osnovne škole. Poznato je da razlika u dobi može biti veća od pola godine i na iznenađenje znanstvenika, ali ne i nas kliničara, pokazalo se da mlađa djeca imaju veći rizik da budu proglašena hiperaktivnom, a u osnovi su samo živahnija i emocionalno nezrelja. Devet mjeseci razlike između djeteta starog 6 godina i 3 mjeseca u odnosu na ono koje je staro 7 godina iznosi 9 % ukupnog životnog vijeka u ubrzanom razvoju fazi, a što je neusporedivo s, primjerice, istom razlikom u dobi od 23,3 godine i 24 godine, tim prije jer razvoj tada usporava i puno je manje ovisan o individualnoj vremenskoj razlici.

Upravo sjedeći na jednom kongresu, spominjemo igru kao tretman. U kojemu smo to samo trenutku počeli o igri razgovarati kao o tretmanu, a ne urođenoj obostranoj potrebi? Svi čitatelji ove knjige imaju iskustvo djetinjstva i roditeljstva u različitim oblicima. Zapitajmo se koliko se često roditelj danas spušta na pod sa zdravim djetetom i

igra se s njim, koliko kvalitetnog vremena provode zajedno. Opravdava li nas činjenica da provodimo malo vremena sa svojim djetetom zbog neprestane „životne trke“? Hajdemo sada svi izbrojiti minute koje provedemo na mobitelu i brojnim drugim „važnim poslovima“.

Moramo spomenuti i uvriježenu izreku: „U naše doba nije bilo tako, mi smo u mladosti bili bolji.“ Je li to baš tako?

„Djeca danas vole luksuz; imaju loše manire, prezir prema autoritetima; pokazuju nepoštovanje prema starijima i vole brbljanje umjesto vježbanja. Djeca su danas tirani, a ne robovi svojih kućanstava. Oni više ne ustaju kad stariji ulaze u prostoriju. Suprotstavljaju se roditeljima, upadaju u riječ, jedu halapljivo poslastice sa stola prije sviju, križaju noge i ugnjetavaju svoje učitelje.“ Riječ je o izreci koja se pripisuje Sokratu (vjerojatno iz Platonove Republike, knjiga 4), dok je ona poznata poslovice Mladost – ludost samo prijevod rimske izreke *luventus – ventus*.

Bilo kako bilo, predlažem da se nakon svega ovoga malo propitamo o svemu.

Vratimo se sada „suhoparnoj“ psihijatriji i brojevima. Dječja psihijatrija je poput psihijatrije, njene matične grane, relativno nova grana medicine. Kao takva još se nije dovoljno etablirala i oko nje se i danas vode dvojbe i sukob mišljenja dviju strana. Na jednoj strani vlada mišljenje kako je djetinjstvo razdoblje zaštićenosti, bezbrižnosti i sreće. Struktura ličnosti kod djeteta još nije ni formirana ni fiksirana, stoga kao takva ne može biti ni podložna pojavi psihijatrijskih poremećaja (osim neurorazvojnih poput pervazivnih razvojnih poremećaja ili mentalne retardacije). Na drugoj strani postoji jedan biologijski, tehnicistički pristup koji kaže da su psihijatrijska stanja i poremećaji mogući, čak i česti već od najranije dobi, uključujući i dojenačku. Kao oslikavanje drugog pristupa može poslužiti tumačenje da je izostanak napredovanja u dojenačkoj dobi bez jasnog organskog uzroka, a praćen temperamentalnom disregulacijom (*Failure to Thrive*, FTT), paralela depresivnom stanju ili poremećaju kod starije djece ili odraslih.

7.2. Epidemiologija

Istina je, kao i obično, negdje na sredini, a očituje se kroz epidemiološka istraživanja, stanje i trend na terenu te odgovor društva. Sva recentna psihijatrijska epidemiološka istraživanja (nažalost, u pitanju su zapadna istraživanja jer svojih imamo jako malo ili ih uopće nemamo) ukazuju na to da je učestalost psihijatrijskih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi u potpunosti jednaka onoj u odrasloj dobi. Jedina razlika je u različitoj zastupljenosti različitih poremećaja u određenoj dobi, premda se svi poremećaji mogu pronaći u svakoj životnoj dobi (osim poremećaja ličnosti u dječjoj dobi). Učestalost duševnih poremećaja kroz čitav život ide i do 20 %. Ako uzmemo medijan različitih istraživanja, govorimo o postotku od 18 %, od čega bi do 10 % trebalo psihijatrijsku pomoć. Pod suvremenim razumijevanjem skrbi dolazimo do broja djece i adolescenata koji će zatrebati stručnu pomoć, a on je veći od 10 000. Osim epidemiološkom analizom, na našu percepciju potreba može utjecati i promjena sta-

va prema psihijatriji. Moguće je i da su s vremenom ljudi, u ovom slučaju i roditelji i adolescenti, skloniji tražiti pomoć. Ovo može rezultirati lažnom slikom o tome da je prisutno povećanje broja određenih poremećaja, a zapravo je učestalost ista. Češće traženje pomoći ili veća svjesnost o učestalosti poremećaja i njegovo dijagnosticiranje od strane stručnjaka dovode do prividnog povećanja broja određenih poremećaja. Jedan zanimljiv primjer su pervazivni razvojni poremećaji čiji je porast rezultat obiju situacija. Svojevremeno je planetarno popularni film „Kišni čovjek“ doveo do povećanja svjesnosti o prividnom porastu broja slučajeva. U međuvremenu su epidemiološka istraživanja pokazala i postojanje stvarnog porasta ove skupine poremećaja. Noviji primjer za koji još nismo sigurni je li tek prividni „popularni“ trend je skupina hiperkinetički poremećaji, pogrešno u stručnim krugovima nazvana ADHD (*Attention deficit hyperactivity disorder*), prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-IV), a koji u Republici Hrvatskoj ne bi trebao biti u službenoj uporabi.

Tablica 1. daje pregled rizika za razvoj nekih pojedinačnih poremećaja, ali i pregled rizika za razvoj bilo kojeg psihičkog poremećaja, stoga se, primjerice, može iščitati da od ukupnog broja oboljelih od poremećaja kontrole impulsa i anksioznih poremećaja njih 50 % ima rizik da od njega oboli do 11. godine, dok od bilo kojeg psihičkog poremećaja mogu oboljeti do 14. godine.

Tablica 1. *Rizik za razvoj nekog duševnog poremećaja i dob u kojoj se pojavljuje*
(Kessler i sur., 2005, WHO, CIDI)

	RR tijekom života	Dob 25 %	Dob 50 %
Anksiozni poremećaj	31,5	6	11
Poremećaji kontrole impulsa	25,4	7	11
Zlouporaba/ovisnost	16,3	18	20
Poremećaji raspoloženja	28,0	18	30
Psihički poremećaj, bilo koji	50,8	7	14

7.3. Kada počinju psihički poremećaji i zašto je to važno?

1. Klinička epidemiološka varijabla (eng. *Age of onset* – AOO ili dob početka poremećaja – DPČ). Riječ je o dobi početka klinički izraženog poremećaja. Treba imati na umu da nisu u pitanju prodromalni simptomi i rane faze bolesti (nespecifični simptomi) koji se javljaju ranije.

Riječ je o iznimno važnim podacima na kojima se trebaju temeljiti odluke javnozdravstvene politike u kreiranju prevencije do tercijarne skrbi.

Procjena životnog rizika za psihički poremećaj

– Planiranje

a) primarne prevencije

b) preveniranja razvoja sekundarnih poremećaja

c) rane intervencije – pravovremeno, učinkovito i ekonomski povoljno liječenje već u prodromalnoj fazi i početnim fazama poremećaja (nespecifični simptomi).

2. Utvrđivanje dobi početka psihičkih poremećaja je metodološki zahtjevno te su zasada glavni izvor rezultata:

a) retrospektivni podatci na studijama iz opće populacije

b) retrospektivni podatci liječenih pacijenata – klinička populacija

c) longitudinalne prospektivne studije – vrlo mali broj

Veliki problem Republike Hrvatske je taj što nema kvalitetne podatke ni iz jedne skupine izvora, a zbog toga i planiranje postaje parcijalno i podložno utjecaju različitih interesnih grupa. Nažalost, mi se možemo osloniti samo na ekstrapolaciju zapadnih ili svjetskih epidemioloških studija poput World Health Organization's Mental Health (WMH) Surveys.

World Health Organization's Mental Health (WMH) Surveys je skupina koju čine:

1. koordinirana istraživanja u 28 zemalja (utvrđuju prevalenciju, distribuciju, socijalno opterećenje i modele liječenja psihičkih poremećaja);

2. razvijene i manje razvijene zemlje (Nigerija, Južnoafrička Republika, Kolumbija, Meksiko, Sjedinjene Američke Države, Japan, Novi Zeland, Šangaj u Narodnoj Republici Kini, Belgija, Francuska, Njemačka, Italija, Nizozemska, Španjolska, Ukrajina, Izrael, Libanon);

3. isti mjerni instrument Strukturirani dijagnostički intervju – WHO Composite Diagnostic Interview (CIDI) – DSM-IV dijagnoze su korištene u analizi;

4. razlike koje nisu nađene između zemalja u AOO distribuciji za pojedine poremećaje – nisu vezane uz ekonomske uvjete, regije svijeta ili druge strukturne varijable.

Tablica 2. Srednja dob javljanja nekih poremećaja

	Medijan - DPČ	Inter-quartile range (IQR; 25 th -75 th percentiles of the DPČ)
Poremećaji kontrole impulsa		
ADHD	7 - 9	80 % ADHD počinje u dobi 4 - 11 god.
ODD – poremećaj s prkošen- jem	7 - 15	
	9 - 14	ODD i CD počinju u dobi 5 - 15 god.
CD – smetnje ponašanja	13 - 21	
IED – impulzivni, eksplozivni poremećaji		50 % IED počinje u djetinjstvu i adolescenciji.
Anksiozni poremećaji		
Fobije i socijalni anksiozni poremećaj	7 - 14	4 - 20
PP, GAP, PTSP	25 - 45	17 - 65
Zlouporaba/ovisnost o tvari- ma	18 - 29	16 - 43
Poremećaji raspoloženja	25 - 40	17 - 65
Psihotični poremećaji – sch (dob početka liječenja)	22	19 - 27

WMH Surveys – rezultati nadmašuju dječju dob jer određuju životni tijek pojedin-
ca, ali i tendencije zdravstvene skrbi.

1. Životni rizik za psihički poremećaj iznosi 50 %.
2. 50 % psihičkih poremećaja počinje do 14. godine.
3. 75 % psihičkih poremećaja počinje do 24. godine.

Psihički poremećaji = kronični poremećaji mladih (Insel i Fenton, 2005).

Značajan distres i disfunkcionalnost prisutni su u najproduktivnijoj dobi.

Kao posljedice se javljaju prekid školovanja, nezaposlenost, adolescentne trudnoće, rani brakovi, razvodi brakova, nasilje i sl.

U razvijenim zemljama predstavljaju glavni uzrok ukupnih troškova zbog bolesti kod mladih ljudi.

40 – 45 % osoba ima više od jednog psihičkog poremećaja.

Kod 22 % je teško oštećeno funkcioniranje (nemogućnosti obavljanja uobičajenih svakodnevnih aktivnosti i školovanja/rada, pokušaj suicida ili psihoza) – osobe su godišnje disfunkcionalne oko 3 mjeseca.

Prevalencija liječenih osoba s psihičkim poremećajem iznosi 38 %.

Potrebno je poduzimati mjere/aktivnosti usmjerene na povećanje broja (prevalenciju) liječenih osoba koje imaju psihički poremećaj.

Prevalencija iznosi 38 % u razvijenim zemljama, a u nerazvijenim je i manja. Dakle, liječi se tek svaka treća osoba.

Zapanjujući podatak je i da je za tjelesne bolesti prevalencija liječenja samo 80 – 90 %.

Zastrašujući su i podatci o latenciji/odgodi liječenja – vremenu od početka poremećaja do početka liječenja, a ono iznosi 6 – 8 godina za depresiju i 9 – 23 godine za anksiozne poremećaje.

To je nešto što svakako treba smanjiti kroz povećanje dostupnosti i kvalitete rano psihijatrijskog liječenja/skrbi u djetinjstvu i adolescenciji, smanjenje stigme i podizanje svjesnosti. Preventivni programi su ti koji nam to mogu omogućiti. O prevenciji se piše puno više na drugim mjestima u ovoj knjizi, no ne zaboravimo da su upravo neki od najjednostavnijih i epohalnih preventivnih zahvata smanjili ili u potpunosti iskorijenili određene vrste duševnih poremećaja. Jodiranje soli je iskorijenilo mentalnu retardaciju uzrokovanu nedostatkom joda, praćenje podudarnosti Rh-faktora psihoorganska oštećenja uzrokovana hiperbilirubinemijom, a smanjenje dostupnosti vatrenog oružja i uvođenje sigurnosne ambalaže za lijekove i kemikalije su smanjili učestalost suicida.

Pitanja je puno, no neosporiva je činjenica da je broj djece koja traže pomoć u porastu. Uvijek se možemo pitati je li riječ o stvarnom porastu ili većoj spremnosti za traženje pomoći. To tek trebamo istražiti.

U svakom slučaju, stanje je dinamično i sveukupno možemo govoriti o povećanju brojeva, a to je ono što je mjerodavno za planiranje mjera javnozdravstvene strategije i politike. Sveobuhvatna epidemiološka analiza ne postoji. Neki parcijalni indikatori potvrđuju trend porasta brojeva. Broj maloljetnih psihijatrijskih pacijenata u Hrvatskoj raste, tj. u 2005. godini u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zabilježeno je 17 836 posjeta djece zbog takve dijagnoze, u 2010. godini 28 010, a 2012. godine čak 37 543 posjeta. Jedan od indikatora su i namjerne intoksikacije ili intoksikacije alkoholom.

Prema Saragi i suradnicima, desetogodišnje retrospektivno praćenje je pokazalo da je udio djece hospitalizirane u Kliničkom bolničkom centru Split zbog trovanja alkoholom porastao s 0,3 % sve hospitalizirane djece u prvoj godini istraživanja na 1,7 % u zadnjoj godini istraživanja, a udio trovanja alkoholom u svim slučajevima trovanja porastao je sa 16,7 % 1997./1998. na 66,3 % 2006./2007. godine. Ukupan broj ambulantnih pregleda u ugovorenim ambulantama za dječju i adolescentnu psihijatriju u Splitsko-dalmatinskoj županiji kretao se od 3361 u 2011. preko 4318 u 2012. do 5435 u 2015. godini.

Postotak djece koja u ranoj adolescenciji imaju suicidalne misli ide i do 17 %.

Ovakvo stanje i zasebnosti priznalo je i samo društvo, i to kroz odvajanje subspecializacije iz dječje i adolescentne psihijatrije u potpuno odvojenu, nezavisnu petogodišnju specijalizaciju. Ovo odvajanje ima svoje negativne brojčane razloge, ali je još više odraz priznanja zasebnosti struke koja se ne može izjednačiti s psihijatrijom po načelu „dijete je mali odrasli“.

Osim različitosti patologije, potrebno je u obzir uzeti niz specifičnosti:

1. Djeca su u procesu razvoja te je potrebno razlučiti mentalne probleme od problema sazrijevanja.
2. Poremećaji nemaju isti intenzitet kao kod odraslih.
3. Djecu je u nekim situacijama lakše povrijediti, a u nekim situacijama se lakše oporavljaju.

Što je to normalno u odnosu na nenormalno ponašanje?

„Normalnost“ ovisi o obiteljskom, socijalnom, religijskom i kulturalnom okruženju, ali se mijenja i evoluirala kroz odrastanje civilizacije i pojedinca. Riječ je o vremenskom, ali i o geografskom fenomenu. Hoćemo li jednako gledati na živahno dijete iz Dalmatinske zagore koje je puno modrica, penje se po stablima, koje nije u tolikoj mjeri socijalno inhibirano, već ekstrovertirano i „nedistancirano“ prema nepoznatima kao i na isto takvo dijete u gradskoj sredini? Ima li jedno od njih veću šansu da bude promatrano kroz dijagnostičku dioptriju hiperkinetičkog poremećaja ili smetnji ponašanja?

Za razliku od drugih grana medicine, podjela duševnih poremećaja je oduvijek bila sklizak teren konsenzusa i dogovora stručnjaka o tome što spada u „normalno adaptivno“, a što u „nenormalno neadaptivno ponašanje“. U psihijatriji ne postoje pouzdani biološki markeri koji bi jednoznačno označavali neki poremećaj. Uvijek je riječ o skupini fenotipskih simptoma, subjektivnih znakova, vremenskog, okolinskog i funkcionalnog konteksta. Adolescenti, a posebno djeca imaju sužen repertoar reagiranja. To znači da na različite dublje etiopatološke poremećaje fenotipski mogu reagirati na identičan način, ali to mora biti izvor ekstremnog opreza jer fizičko nasilje ili, primjerice, suicidalnost mogu biti posljedica potpuno različitih poremećaja koji se potpuno suprotno i liječe, stoga pogrešna procjena može značiti stručnu pogrešku. Dodatni problem je i taj što se konsenzusi oko toga što jest, a što nije psihički poreme-

ćaj s vremena na vrijeme revidiraju u svjetlu novih saznanja i društvenih vrijednosti, stoga je vrlo teško govoriti o sveobuhvatnoj i detaljnoj podjeli duševnih poremećaja kod djece. Bitno je zapamtiti da dijete može oboljeti od bilo kojeg duševnog poremećaja.

Tablica 3. samo je visina rizika različita za različite poremećaje. U tom kontekstu najbolje je o duševnim poremećajima i poremećajima ponašanja dječje dobi govoriti domenski, odnosno fenotipski, i to na osnovu sveukupnosti fenotipske slike kroz koju se poremećaj iskazuje. Trenutno u dijagnostici duševnih poremećaja djece, ali i odraslih koristimo desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije.

Tablica 3. U trenutku pisanja ovog teksta već su prisutne najave da u uporabu stiže jedanaesta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11). Jedan od razloga za domenski, fenotipski pristup je i činjenica da djeca, što su mlađa, imaju uži repertoar mogućih iskazivanja svog psihičkog stanja, stoga se često može dogoditi da se jedan te isti patološki znak, simptom ili ponašanje javlja u više različitih dijagnostičkih entiteta. Primjer za to je poremećaj kod kojeg dijete zna biti razdražljivo, svadljivo, agresivno, a u podlozi mogu biti depresivnost, smetnje ponašanja, autizam ili bipolarni afektivni poremećaj. Riječ je o poremećajima koji mogu imati dijametralno suprotne načine liječenja, tj. međusobno kontraindicirane načine liječenja.

Tablica 3. *MKB-10, poglavlje V.: duševni poremećaji*

1. F 00-09 Organski, uključujući simptomatski mentalni poremećaj
 2. F 10-19 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja zbog uporabe psihoaktivnih tvari
 3. F 20-29 Shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaj
 4. F 30-39 Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji)
 5. F 40-49 Neurotski poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji
 6. F 50-59 Bihevioralni sindromi udruženi s fiziološkim poremećajima i tjelesnim čimbenicima
 7. F 60-69 Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih
 8. F 70-79 Mentalna retardacija
 9. F 80-89 Poremećaji psihološkog razvoja
 10. F 90-99 Poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji
- Fenotipski ili domenski prikaz duševnih poremećaja bi se mogao prikazati kao:
1. eksternalizirajući poremećaji
 2. internalizirajući poremećaji
 3. socijalni i razvojni deficiti

Eksternalizirajući poremećaji

Ova skupina poremećaja je najčešći uzrok javljanja zdravstvenoj službi.

Osnovna fenotipska obilježja su:

1. agresija
2. oponiranje
3. impulzivnost
4. hiperaktivnost
5. antisocijalna ponašanja, laganje, krađe

Iako su najčešći razlog javljanja zdravstvenoj službi, to ne znači i to da su najčešći poremećaj. Riječ je o najuočljivijim smetnjama i tu se kao društvo moramo zapitati kako to da smo više usmjereni na zaštitu kolektiva, a ne na zaštitu pojedinca, jer djeca oboljela od internalizirajućih poremećaja često imaju slabiju kvalitetu života i veću razinu patnje, ali su „neprimjetna“.

Od ovih smetnji više boluju dječaci od djevojčica.

Izvješća roditelja i nastavnika su pouzdanija od samoiskazane procjene u kojoj oboljeli često podcjenjuju simptome. Tomu je tako jer djeca oboljela od ovakvih smetnji imaju smanjeni uvid u svoje ponašanje ili empatijski kapacitet, stoga su manje suradljiva u tretmanu i traženju pomoći.

Internalizirajući poremećaji

Ova skupina poremećaja je sljedeća po učestalosti kao uzrok javljanja za pomoć iako epidemiološki terenski podatci ukazuju na to da su učestaliji.

Osnovna fenotipska obilježja su:

1. anksioznost
2. socijalno povlačenje
3. depresivnost
4. somatizacije
5. fobije

Od ovih smetnji djeca obolijevaju podjednako po spolu, ali u adolescenciji djevojčice imaju veću učestalost smetnji na račun porasta depresije. U procjeni stanja su upotrebljiviji samoupitnici zbog toga što nastavnici i roditelji podcjenjuju simptome jer su ta djeca „slabije vidljiva“ iako su znatno suradljivija u tretmanu i traženju pomoći.

Skupina socijalnih i razvojnih deficita uključuje mentalnu retardaciju, pervazivne razvojne poremećaje, poremećaje različitih školskih vještina te poremećaje komunikacije i govora koji su vrlo preklapajući s drugim disciplinama i suradnim strukama u kojima liječnici psihijatri, prema dijagnostičkim smjernicama, postavljaju dijagnozu, vode brigu o komorbidnim stanjima ili pridruženim ometajućim ponašanjima. Za ostalo su neprocjenjive brojne suradne struke, no ne zaboravimo da **ključnu** ulogu u

habilitaciji, rehabilitaciji i liječenju djeteta nemamo mi profesionalci, već neizmjerljivo ovisimo o volji i brizi roditelja da se uključe i sudjeluju 24 sata dnevno, 7 dana tjedno i 365 dana godišnje u tom procesu. Mi kao društvo ih u tome trebamo podržati. Ta podrška je pravi odraz toga jesmo li ili nismo društveno bogata zemlja. Suradnja s drugim profesionalcima s područja tretmana ili prevencije u mentalnom zdravlju te sa svima drugima uključenima u proces, poput školskih službi i socijalnih službi, je ključna i *conditio sine qua non* (uvjet koji je neophodan), a pri čemu trenutno, poradi zakonske regulative, poveznicu i okosnicu suradnje i razmjene informacija, kao i zakonske ovlasti imaju prvenstveno centri za socijalnu skrb.

Ipak, na umu moramo imati jednu vrlo važnu stvar. Dječji razvoj i život je jedan kontinuirani linijski proces, a ne niz stepenastih, oštro odvojenih odsječaka. Mi taj razvoj prikazujemo, ali ga sami činimo stepenastim. Jedan razlog je didaktički poput podjele dječjega razvoja na različite faze da bismo lakše usvojili neka znanja ili ih prenijeli. Drugi razlog je administrativni, često nefleksibilan i individualno nedovoljno prilagođen, stoga se javljaju različite stepenice, prepreke, skokovi i jazovi. Tome u prilog jasno govori prelazak iz uske obitelji u jaslice, iz jaslica u vrtić, iz vrtića u školu, iz razredne nastave u predmetnu, a zatim naše „tjeranje“ (upitno zrele) djece da odluče o svojoj budućnosti odabirom srednje škole, a na kraju i fakulteta. Slično se događa i s pružanjem zdravstvene skrbi, suradnjom i jazovima pedijatrija, obiteljskog liječnika, savjetovališta, školske medicine, psihijatrijske skrbi za mlade i psihijatrijske skrbi za odrasle. U ovoj posljednjoj se događa da gubimo veliki broj pacijenata.

Učestalost duševnih poremećaja kod djece i kod odraslih je podjednaka. Ipak, na dobnoj granici susretanja sustava mentalne skrbi za djecu i mentalne skrbi za odrasle nastaje ogroman jaz. Neka istraživanja ukazuju na to da 50 % korisnika skrbi za mlade i djecu „propadne kroz pukotinu“, a manje od 5 % mladih ljudi iskusi optimalnu tranzicijsku skrb definiranu s četiri kriterija, a oni su kontinuitet skrbi (uključivanje u sustav skrbi za odrasle 3 mjeseca od tranzicije ili adekvatno otpuštanje iz skrbi), barem jedan sastanak s ciljem planiranja tranzicije, dobar prijenos informacija i period preklapajuće skrbi.

Nakon nekoliko godina ti mladi ljudi se ponovno pojave u sustavu, ali izgubljeno je dragocjeno vrijeme. Neizmjerljivo je važno naglasiti da se ta „pukotina“ javlja u dobi najučestalijeg javljanja najtežih duševnih bolesti poput shizofrenije. S tim ciljem su pokrenute i određene aktivnosti.

Sa svim raspoloživim znanjem o dobroj tranzicijskoj praksi, a koja se može definirati kao koordiniran, svrhovit, planiran proces usmjeren na pacijenta koji osigurava kontinuitet skrbi, optimizira zdravstveni status, minimalizira pojavu nepoželjnih događaja i osigurava mladoj osobi da ostvari svoj maksimalni potencijal, grupa stručnjaka okupila se u „MILESTONE“ projektu kako bi odredila strukturalne i proceduralne barijere, ali i facilitatore optimalne tranzicije. Cilj je identificirati najbolji način rada koji podupire kontinuitet skrbi i time osigurava visokokvalitetnu skrb onima koji je trebaju (<http://www.milestone-transitionstudy.eu/>).

Do sada nema konsenzusa o tome koje pacijente treba otpustiti iz skrbi, kojima treba ponuditi tranzicijsku skrb i na koji način, koje ishode mjeriti, kakvi su ishodi onih koji „propadnu“ između dva sustava i naposljetku koje su individualne, organizacijske i socio-ekonomske posljedice neadekvatne tranzicijske skrbi.

„MILESTONE“ tim ima za cilj vrednovati efektivnost postojećih modela u pogledu uloženog i dobivenog s kliničkog i ekonomskog stajališta. S ciljem poboljšavanja ishoda mladih ljudi i kvalitete skrbi u tijeku je razvoj instrumenta koji detektira potrebe mlade osobe, i to određujući pritom kriterije za upućivanje pacijenta u tranziciju i identificirajući slučajeve visokog rizika koji zahtijevaju nastavak skrbi u psihijatrijskim službama za odrasle. Naposljetku, s namjerom vrednovanja ishoda u tijeku je i razvoj instrumenta koji za cilj ima odrediti uspješnost tranzicije. Sva saznanja bit će implementirana u obliku treninga namijenjenog kliničarima s ciljem poboljšanja trenutne prakse, a time i poboljšanja ishoda pacijenata. Istraživači na Projektu vjeruju kako će Projekt pomoći odgovornim pojedincima u donošenju adekvatnih odluka s ciljem poboljšanja tranzicijske skrbi za mlade s problemima mentalnog zdravlja. Značajne dobrobiti očekuju se na planu zdravstvenog statusa mladih, i to individualno i na populacijskoj razini, očekuje se poboljšanje kvalitete života pacijenata i naposljetku smanjivanje troška liječenjem na vrijeme i adekvatno (interna komunikacija).

Literatura

Bitunjac, K.; Saraga, M. (2009). Alcohol intoxication in pediatric age: ten-year retrospective study. *Croatian Medical Journal*, 50 (2): 151-156.

Copeland, W. E.; Wolke, D. i sur. (2015). Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72 (9): 892-899.

Demyttenaere, K.; Bruffaerts, R. i sur. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291 (21): 2581-2590.

Franić, T.; Dodig, G. i sur. (2011). Early adolescence and suicidal ideations in Croatia: socio-demographic, behavioral, and psychometric correlates. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6): 334-345.

Franić, T.; Kardum, G. i sur. (2012). Parental involvement in the war in Croatia 1991-1995 and suicidality in Croatian male adolescents. *Croatian Medical Journal*, 53 (3): 244-253.

Kessler, R. C.; Angermeyer, M. i sur. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6 (3): 168-176.

Kessler, R. C.; Berglund, P. i sur. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6): 593-602.

Kessler, R. C.; Haro, J. M. i sur. (2006). The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15 (3): 161-166.

Lee, S.; Tsang, A. i sur. (2009). Mental disorders and termination of education in high-income and low- and middle-income countries: epidemiological study. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (5): 411-417.

Ormel, J.; Petukhova, M. i sur. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British Journal of Psychiatry*, 192 (5): 368-375.

Patton, G. C.; Coffey, C. i sur. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*, 379 (9826): 1665-1675.

Patton, G. C.; Coffey, C. i sur. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet*, 383 (9926): 1404-1411.

Scott, K. M.; Bruffaerts, R. i sur. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity (London)*, 32 (1): 192-200.

Wang, P. S.; Angermeyer, M. i sur. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6 (3): 177-185.

8. Emocionalne poteškoće kod djece školske dobi



U čestalost depresije se tijekom posljednjih desetljeća povećava zahvaćajući sve mlađe skupine osoba. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), depresija je na četvrtom mjestu zdravstvenih stanja koja djeluju izrazito onesposobljujuće, a očekuje se da će do 2020. godine biti na drugom mjestu.

Dugo je prevladavalo mišljenje kako djeca i adolescenti ne mogu patiti od depresije kao kliničkog poremećaja jer je depresivnost kao simptom normalno stanje unutar pojedinih razvojnih faza. Jednako tako, često je izraženo mišljenje kako su ekvivalenti depresije kod djece različiti tipovi emocionalnih problema i poremećaja ponašanja te se miješaju u istu kategoriju emocionalnih smetnji. Danas znamo da je depresivni poremećaj čest i ozbiljan poremećaj čiji je početak moguć i u djetinjstvu. Depresija je u ovoj izrazito vulnerabilnoj populaciji povezana s povećanim rizikom od drugih psihijatrijskih poremećaja, slabim akademskim, socijalnim i radnim funkcioniranjem, zlouporabom različitih sredstava ovisnosti i suicidom (Morgan i sur., 2012, Breton i sur., 2012).

Depresivna djeca ponekad su pretjerano aktivna i agresivna. Kod adolescenata depresija se ponekad manifestira kao negativizam, antisocijalno ponašanje i osjećaj neshvaćenosti, a kod starijih osoba javlja se zaboravnost, gubitak pamćenja i distraktabilnost. Pojedinaac rijetko pokazuje sve vidove depresije (Bumber, 2003). Rezultati brojnih istraživanja na ovom području u velikoj mjeri potkrepljuju ovakva mišljenja (Merikangas i sur., 2009).

Danas se procjenjuje kako čak 10 – 15 % djece u općoj populaciji ima značajno izražene simptome depresije (Lacković-Grgin i sur., 2002).

Sustavna istraživanja depresivnosti kod djece i adolescenata započela su osamdesetih godina 20. stoljeća kada su se istraživači složili da su depresivni simptomi kod djece i adolescenata slični depresivnoj simptomatologiji odraslih (Kazdin i sur., 1998).

Istraživanja pokazuju da prevalencija depresije u djetinjstvu raste u skladu s dobi. Najmanja je u predškolskoj dobi (oko 1 %) i raste prema adolescenciji (oko 3 % za dječake i oko 10 % za djevojčice) (Compas, 1997). S razvojem se mijenja i klinička slika depresije. Tako u periodu srednjeg djetinjstva (6 – 12 god.) u kliničkoj slici dominiraju nisko samopoštovanje, pesimizam, tjelesne tegobe i bježanje iz škole, dok u adolescenciji dominiraju osjećaj krivnje, beznađe i bespomoćnost (Lacković-Grgin, 1994). Na temelju teorijskih, kliničkih i empirijskih spoznaja iz područja simptomatologije depresije u djetinjstvu i mladosti moguće je govoriti o tri grupe depresivnih simptoma.

Kognitivni simptomi obuhvaćaju osjećaj bezvrijednosti, osjećaj krivnje, poteškoće u komunikaciji, neodlučnost, razmišljanja o smrti i samoubojstvu (Castaneda i sur., 2007).

Emocionalni simptomi obuhvaćaju sniženo raspoloženje, tugu, beznađe, obehtrabrenost, utučenost, razdražljivost, gubitak motivacije, interesa ili ugone u raznim aktivnostima, umor i slabljenje životne energije.

Tjelesni simptomi obuhvaćaju gubitak težine ili debljanje, nesanicu ili pretjerano spavanje i psihomotorički nemir (Lacković-Grgin i sur., 2002).

Brojne studije pokazuju povezanost između somatskih i psihičkih smetnji, stoga djeca koja trpe tjelesnu bol imaju veću vjerojatnost za razvoj depresije, dok djeca s emocionalnim teškoćama imaju povećan rizik za razvoj somatskih smetnji (Lu Y i sur., 2012, Stewart i sur., 2005).

Depresivni poremećaj često izaziva životno opasne posljedice ako se ne dijagnosticira i ako se ne preveniraju moguće negativne posljedice. Brojna istraživanja i kliničko iskustvo su ukazali na to da porast depresivnih simptoma često prati i lošija slika o sebi i nisko samopoštovanje. Djeca s niskom razinom samopoštovanja osjećaju se neprilagođeno i boje se da će biti odbačena od njima važnih osoba. Klinička iskustva ukazuju na to da nisko samopoštovanje dovodi do ozbiljnih psihičkih problema (Baji i sur., 2012).

Kako bi se utvrdilo u kolikoj su mjeri emocionalne smetnje (primarno depresivnost i nisko samopoštovanje) prisutne kod djece splitskih osnovnih škola, Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije proveo je istraživanje putem anonimnih upitnika.

U istraživanje je bilo uključeno 1549 djece polaznika sedmih razreda osnovnih škola grada Splita, od toga 714 dječaka i 832 djevojčice čiji su roditelji dali suglasnost da im djeca sudjeluju u istraživanju. Ispitivanje je bilo grupno, na satu razredne zajednice te su sudionici sami ispunjavali upitnike.

Sva djeca su testirana s dvama psihologijskim instrumentima, i to Coopersmithovim upitnikom samopoštovanja (skraćena verzija, Bezinović, Lacković-Grgin, 1990) – SEI i Skalom depresivnosti za djecu i adolescente – SDD (Vulić-Prtorić, 2003).

Coopersmithov upitnik samopoštovanja (SEI) – korištena je adaptirana skraćena verzija upitnika (Bezinović, Lacković-Grgin, 1990. prema Lacković-Grgin i sur., 2002).

Upitnik je globalna mjera samopoštovanja koja se odnosi na samoevaluaciju kojom pojedinac odražava stav prihvatanja ili neprihvatanja sebe. Upitnik se sastoji od 25 čestica, a ispitanik procjenjuje je li tvrdnja za njega točna ili netočna. Rezultat odražava globalnu mjeru samopoštovanja. Pouzdanost skale kreće se 0,77 – 0,79 (Cronbach alfa).

Skala depresivnosti za djecu (SDD) – skala za mjerenje depresivnosti kod djece i adolescenata u dobi 10 – 18 godina, a konstruirana je na temelju popisa simptoma iz DSM-IV klasifikacije. Skala se sastoji od 26 tvrdnji koje opisuju najčešće simptome depresivnosti kod djece i adolescenata (poremećaj raspoloženja, gubitak interesa, poremećaj apetita i spavanja, psihomotoričke smetnje, beznađe, rezignacija, slabljenje životne energije i sl.). Moguće je razlikovati kognitivno-motivacijsku i emocionalno-tjelesnu komponentu depresivnosti. Ispitanici na pripadajućoj ljestvici od pet stupnjeva procjenjuju koliko je pojedina tvrdnja za njih točna (1 – uopće nije točno, 2 – uglavnom nije točno, 3 – nisam siguran, 4 – uglavnom je točno, 5 – da, u potpunosti je točno). Pouzdanost za cijelu skalu od 26 čestica je zadovoljavajuća (Cronbach alfa 0,895). Ocjenjivanje odgovora je objektivno, tj. ukupan rezultat dobiva se zbrajanjem zaokruženih brojeva pokraj tvrdnji. Dobiveni rezultati zatim se transformiraju u vrijednosti na skali decila pomoću odgovarajuće tablice u priručniku u kojoj su navedene norme (do 3. decila – ispodprosječan rezultat, 3. – 6. decila – prosječan, iznad 6. decila – iznadprosječan i 9. i 10. decil – klinički značajan rezultat).

U ovom istraživanju je prema rezultatima Coopersmithovog testa nađeno da su djeca unutar prosječne kategorije, dok se kod djevojčica uočava trend grupiranja u krajnjim kategorijama (ispod ili iznad prosječnih vrijednosti). Burns naglašava da je samopoštovanje u najvećoj mjeri pod utjecajem roditeljskih vrednovanja mlađe djece, dok kod starije djece utjecaj roditelja slabi (Burns, 1982). Također, kod djevojčica je razina samopoštovanja pod većim utjecajem roditeljskog vrednovanja nego kod dječaka. Prema rezultatima postignutim na SDD testu, nađeno je da 11,9 % ispitanice djece iskazuje klinički značajnu depresivnost, a 16,2 % djece ima iznadprosječnu depresivnost. Isto tako je nađeno da djeca s višom razinom samopoštovanja imaju značajno manje simptoma depresivnosti, odnosno da djeca s izraženim depresivnim simptomima imaju niže samopoštovanje. U skupini djece s visokim samopoštovanjem nije bilo ni jednog djeteta s izraženim depresivnim simptomima. Utvrđeno je i da su depresivni simptomi prisutniji kod djevojčica nego kod dječaka, kao i to da su simptomi emocionalno-tjelesne dimenzije depresivnosti također značajno izraženiji kod djevojčica. Budući da su bodovi na testu samopoštovanja i depresivnosti upravo obrnuto proporcionalni, razvidno je da su djeca s niskim samopoštovanjem u riziku za razvoj depresivne simptomatologije. To ne znači nužno da će depresivnost doseći razinu kliničke značajnosti. Ova korelacija nedvosmisleno ukazuje na put kojim treba krenuti u preventivnom djelovanju. Preventivni tretman je učinkovit u smanjenju depresivnih simptoma kod djece s većim rizikom za razvoj depresivnosti. Pogled na samog sebe utječe na način na koji posljedično i funkcioniramo. Trajno nisko samopoštovanje utječe na raspoloženje i čini dijete više podložnim depresiji i drugim men-

talnim zdravstvenim problemima. Upravo zbog toga najdjelotvorniji je multimodalni tretman koji nije usmjeren samo na depresivne simptome, nego na sve probleme u funkcioniranju. U liječenju djece i adolescenata s depresijom medikacija je rijetko indicirana kao jedina terapijska strategija izolirana od psihosocijalnih intervencija (Clark i sur., 2012). Neke studije pokazuju da u periodu preadolescencije dječaci izvještavaju o više depresivnih simptoma nego djevojčice (Bumber, 2003).

Kod djevojčica broj simptoma depresije o kojima same izvještavaju počinje ubrzano rasti u ranoj adolescenciji, dok je kod dječaka stabilan. Postoje i teorijska objašnjenja zašto djevojčice pokazuju porast depresivnih simptoma u adolescenciji (Lacković-Grgin, 1994).

Nekoliko teorija pokazuje da psihičke promjene u pubertetu povećavaju rizik za depresiju kod djevojčica (Romeo, 2010, Dahl i sur., 2009). Isto tako, djevojčice u adolescenciji počinju sve više brinuti o tome kako izgledaju i što drugi o njima misle. One mogu biti osjetljive na signale (verbalne ili neverbalne) koje im šalju drugi o tome je li njihovo ponašanje prihvatljivo ili nije (Hetherington i sur., 2002).

Peterson i sur. proveli su longitudinalno istraživanje u kojem su pratili 335 osoba od rane adolescencije do zrele dobi (Compas, 1997). Rezultati su pokazali da depresivnost raste tijekom adolescencije za djevojčice, dok je kod dječaka stabilna. Djevojčice su depresivnije u ranoj adolescenciji i te su razlike statistički značajne. Spolne razlike u depresiji tijekom adolescencije se povećavaju, što je pokazano značajnom interakcijom između dobi i spola. S porastom dobi razlika u stupnju depresivnosti dječaka i djevojčica bila je sve veća.

Rani tretman usmjeren je upravo na podizanje samopoštovanja i poticanje prema pozitivnom mišljenju, čime bi se mogao umanjiti rizik od kroničnoga psihosocijalnog oštećenja. U tom smislu, uloga odgojno-obrazovnih institucija je nemjerljiva jer se njihovim ranim prepoznavanjem niskog samopoštovanja može ugrubo trijažirati populacija potencijalno rizična za nastanak depresivnog poremećaja. Prevencija nastanka psihičkih poremećaja u dječjoj i adolescentnoj dobi u značajnoj mjeri utječe na duševno zdravlje srednje i starije dobi.

Iz svega navedenog proizlazi potreba za organiziranjem sustava ranog prepoznavanja i rane intervencije s ciljem prevencije nastanka ozbiljnih psihičkih poteškoća u kasnijoj adolescentnoj i odrasloj dobi.

Ranim prepoznavanjem pružila bi se mogućnost rane intervencije na subkliničke simptome, a time bi se izbjegla pojava ozbiljnih poremećaja. Upravo zbog toga problem zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje obrazovni sustav, sustav zdravstva i socijalne skrbi.

Literatura

- Baji, I.; Gádoros, J.; Kiss, E.; Mayer, L.; Kovács, E.; Benák, I.; Vetró, A. (2012). Symptoms of depression in children and adolescents in relation to psychiatric comorbidities. *Psychiatria Hungarica*, 27 (2): 115-126.
- Brauner, C. B.; Stephens, C. B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Reports*, 121 (3): 303-310.
- Breton, J. J.; Labelle, R.; Huynh, C.; Berthiaume, C.; St-Georges, M.; Guilé, J. M. (2012). Clinical characteristics of depressed youths in child psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21 (1): 16-29.
- Bumber, Ž. (2003). *Razlike u depresivnosti s obzirom na darovitost, spol, dob i školski uspjeh učenika*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet.
- Burns, R. (1982). *Self-concept development and education*. London: Holt, Rinehart and Winston.
- Castaneda, A. E.; Tuulio-Henriksson, A.; Marttunen, M.; Suvisaari, J.; Lönnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders*, 106 (1-2): 1-27.
- Clark, M. S.; Jansen, K. L.; Cloy, J. A. (2012). Treatment of childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 86 (5): 442-448.
- Compas, B. C. (1997). Depression in Children and Adolescents. U: Mash, E.; Terdal, L. (ur.) *Assessment of childhood disorders*. New York: Guilford.
- Dahl, R. E.; Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 21 (1): 1-6.
- Hetherington, J. A.; Stoppard, J. M. (2002). The theme of disconnection in adolescent girls' understanding of depression. *Journal of Adolescence*, 25 (6): 619-629.
- Kazdin, A. E.; Marciano, P. L. (1998). Childhood and Adolescent Depression. U: Mash, E. J.; Barkley, R. A. (ur.) *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford.
- Lacković-Grgin, K. (1994). *Samopojmanje mladih*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lacković-Grgin K. i sur. (2002). *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*. Zadar: Filozofski fakultet.
- Lu Y, Mak, K. K.; van Bever, H. P.; Ng, T. P.; Mak, A.; Ho, R. C. (2012). Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: A meta-analysis and meta-regression. *Pediatric Allergy and Immunology*, 23 (8): 707-715.
- Merikangas, K. R.; Nakamura, E. F.; Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 (1): 7-20.
- Morgan, J. K.; Shaw, D. S.; Forbes, E. E. (2012). Physiological and Behavioral Engagement in Social Contexts as Predictors of Adolescent Depressive Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 42 (6): 1117-1127.
- Romeo, R. D. (2010). Adolescence: a central event in shaping stress reactivity. *Developmental Psychobiology*, 52 (3): 244-253.
- Stewart, S. M.; Rao, U.; White, P. (2005). Depression and diabetes in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 17 (5): 626-631.



9.1. Uvod

Duševno zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja, a uzlazni trend duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja, njihov kronični tijek i početak u mlađoj životnoj dobi, pozicionira ga kao javnozdravstveni prioritet u svijetu i Hrvatskoj.

Istraživanja duševnih poremećaja kod djece i mladih pokazuju da je otprilike jedna trećina mladih tijekom života imala neku od duševnih smetnji, a najčešći poremećaji kod djece su anksiozni poremećaj, poremećaj ponašanja i raspoloženja te zlouporaba sredstava ovisnosti (Merikangas i sur., 2009).

Većina mentalnih poremećaja odrasle dobi počinje još u djetinjstvu, što nameće važnost sveobuhvatne prevencije, ranog prepoznavanja i djelovanja na čimbenike rizika te sprječavanje progresije mentalnih poremećaja (Kessler i sur., 2007).

Duševno zdravlje drastično utječe na djetetovu sposobnost funkcioniranja te je većina populacijskih studija mentalnih poremećaja kod djece i mladih u Sjedinjenim Američkim Državama pokazala da mentalni poremećaji kod djece i adolescenata imaju široke nepovoljne ishode na socijalnom, akademskom i emocionalnom planu (Brauner i sur., 2006, Fergusson i sur., 2001, Buka i sur., 2002).

9.2. Školski neuspjeh

Različiti čimbenici, kao što su kronične bolesti djeteta, emocionalne smetnje, stresni događaji u obitelji, gubitak roditelja, rastava, nestabilno kućno okruženje, loše mentalno zdravlje roditelja, osobito majke, ili nizak socioekonomski status, utječu na duševno stanje i ponašanje djeteta, dovode do školskog neuspjeha i utječu na edukacijsko zdravlje.

Pod školskim neuspjehom podrazumijevamo slabije savladavanje ili nesposobnost uspješnog savladavanja programa odgojno-obrazovnog procesa i jedan je od

niza loših ishoda s kojim se nose učenici osnovne i srednje škole te studenti. Kriterij za uspjeh najčešće su ocjene, a očekivanja obitelji, škole, okoline, kao i učenika osobno najčešće su velika. Na funkcioniranje školske djece i mladih u odgojno-obrazovnim procesima utječu školsko okruženje, promjene morbiditeta, zahtjevi obitelji, vršnjaka i društva. Nesklad između mogućnosti, sposobnosti i očekivanja često dovodi do emocionalnih i duševnih teškoća koje narušavaju edukacijsko zdravlje i manifestiraju se smetnjama mentalnog zdravlja.

Etiologija školskog neuspjeha uvjetovana je biološkim čimbenicima i /ili uvjetima okoline. Biološki čimbenici mogu biti genetski (inteligencija, osobine ličnosti), prenatalna i postnatalna izloženost bolesti i oštećenju (cerebralna i druga oštećenja), akutne i kronične bolesti, psihosomatske smetnje, specifične smetnje učenja (disleksija, disgrafija, diskalkulija, ADHD, ADD). Okolišni čimbenici koji utječu na školski neuspjeh su na prvom mjestu nepoticajna obitelj, zatim šira socijalna sredina (socijalizacija u školi, odnos s vršnjacima), emocionalno doživljavanje te kultura i supkultura.

Školski neuspjeh odražava se na mentalno i somatsko zdravlje djece, a brojne studije pokazale su povezanost između somatskih i psihičkih smetnji, stoga djeca koja trpe tjelesnu bol imaju veću vjerojatnost za razvoj depresije, dok djeca s emocionalnim teškoćama imaju povećan rizik za razvoj somatskih smetnji te je u više studija dokazana psihosomatska povezanost između astme i anksioznosti, dijabetesa i poremećaja raspoloženja (Goodwin i sur., 2004, Stewart i sur., 2005).

Simptomi školskog neuspjeha u vidu psihosomatskih smetnji najčešće se javljaju kao brzo i lako zamaranje, glavobolje, bolovi u trbuhu i prsima. Vegetativne reakcije školskog neuspjeha mogu biti mučnina, povraćanje, vrtoglavica, nesvjestica i temperatura te tikovi, enureza, enkopreza, mucanje i druge neuroze. Smetnje ponašanja uvjetovane školskim neuspjehom manifestiraju se smetnjom koncentracije, nemir, impulzivnošću, agresivnošću, negativizmom, nezrelim ponašanjem za određenu dob, a često su u višim razredima osnovne i srednje škole praćene negativizmom, lažima, krađom i izostancima s nastave. Svaki školski neuspjeh zahtijeva multidisciplinarni pristup, timske preglede i sintezu od strane stručnih suradnika škole (psiholog, defektolog, pedagog) i specijalista školske medicine, ali, po potrebi, i stručnjaka drugih profila i specijalnosti.

9.3. Preventivna zdravstvena zaštita

Preventivna zdravstvena zaštita djece i mladih u sklopu djelatnosti školske i adolescentne medicine provodi se na primarnoj razini zdravstvene zaštite u sustavu javnog zdravstva, uz individualni pristup svakom pojedincu u skrbi. Provodi se primarna prevencija kroz zaštitu prvog kontakta, rano otkrivanje bolesti, prilagodbu uvjeta školovanja sukladno potrebama djece i mladih s narušenim zdravljem te pružanje potpore i vođenje kroz sustav školovanja, uz očuvanje i unapređenje zdravlja. Uz kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja i sposobnosti djece i adolescenata, provodi se nadzor nad uspješnim savladavanjem predviđenog odgojno-obrazovnog programa

s obzirom na psihosomatske sposobnosti djeteta, provođenjem terapijskih, rehabilitacijskih i drugih stručnih postupaka te se kontinuirano surađuje s djetetom, roditeljima, stručnim suradnicima i školom doprinoseći očuvanju psihosomatskog zdravlja djece i mladih.

Oko 10 % djece i adolescenata u Europi pati od razvojnih poremećaja učenja, a prevalencija poremećaja učenja među školskom djecom u svijetu u različitim studijama kreće se 2,6 % – 15,7 % (Mahin i sur., 2014). Kako bismo olakšali školovanje i prevenirali daljnje mentalne poremećaje, u savladavanju nastavnih sadržaja djeci s teškoćama potrebno je timskom sintezom odrediti primjereni oblik školovanja i pomoći. Djeci s teškoćama u razvoju od samog početka školovanja i tijekom cijelog osnovnoškolskog, srednjoškolskog obrazovanja i studija treba osigurati optimalne uvjete za razvoj postojećih sposobnosti i osobnih psihofizičkih potencijala.

Tijekom procesa odgoja i obrazovanja, uz interdisciplinarnu timsku suradnju, potrebno je poduzeti sve potrebne mjere za postizanje optimalnih uvjeta i realizaciju svih prava djeteta koja proizlaze iz propisa zdravstva, školstva i socijalne skrbi.

Djeca s posebnim potrebama koja imaju tjelesne, senzoričke, komunikacijske, govorno-jezične i intelektualne teškoće, čiji je uzrok prirođeno stanje, bolest ili ozljeda s posljedično prolaznim ili trajnim, djelomičnim ili potpunim smanjenjem sposobnosti, trebaju dodatnu podršku za učenje i razvoj svojih potencijala kako bi ostvarila najbolji mogući razvojni ishod i socijalnu uključenost.

Prevalencija invaliditeta i većih teškoća u razvoju kod djece u dobi do 19 godina u Republici Hrvatskoj je 4,8 %, a invaliditet prisutan u dječjoj dobi čini 6,5 % ukupnog broja osoba s invaliditetom, odnosno 8,4 % udjela u ukupnom stanovništvu. Prema zdravstvenim pokazateljima, 29,3 % djece s invaliditetom ima poremećaj glasovno-govorne komunikacije, intelektualne teškoće ima 18,6 % djece, oštećenje središnjeg živčanog sustava prisutno je kod 18,4 % djece, prirođene anomalije i kromosomopatije kod 13,4 % djece, duševni poremećaji i poremećaji ponašanja kod 7,9 % djece, dok oštećenje sluha i oštećenje vida ima podjednako 3,6 % djece s invaliditetom. Komorbiditetna oštećenja organskih sustava prisutna su kod 40,3 % djece s invaliditetom.

Prema podacima iz sustava prosvjete, 23 108 djece s invaliditetom i većim teškoćama u razvoju ima neki oblik "primjerenog školovanja", što čini 3,6 % djece i mladih od ukupnog broja djece u skrbi školske i sveučilišne medicine i 0,4 % studenata s invaliditetom. Najčešći oblik školovanja je potpuna odgojno-obrazovna inkluzija s individualiziranim nastavnim postupcima i pristupom (HZJZ, 2014, 2015).

9.4. Zaključak

Mentalno zdravlje djece komponenta je dječjeg blagostanja, ono utječe na emocionalno i tjelesno zdravlje, odnose u obitelji i s vršnjacima, kao i na učenje te na školska i životna postignuća. Pravovremenim uočavanjem i intervencijom umanjuje se negativan utjecaj mentalnih smetnji, a neprepoznavanje i nepružanje podrške i pomoći dovodi do školskog neuspjeha, loših mogućnosti zapošljavanja i siromaštva u odrasloj dobi sa značajnim rizikom za razvoj smetnji duševnog zdravlja, uključujući i rizik za socijalno neprihvatljivo ponašanje i ovisnosti (Valsamma i sur., 2009).

Neki od razloga kasnog prepoznavanja i intervencije su otpor roditelja prema činjenici da njihovo dijete ima duševne smetnje, negativna percepcija o mentalnom zdravlju i korisnosti liječenja i još uvijek prisutna društvena stigma, dok, s druge strane, u pojedinim sredinama postoje teškoće u dostupnosti i pristupačnosti zdravstvenim uslugama iz područja mentalnog zdravlja.

Promicanjem duševnog zdravlja potičemo optimalni psihofizički razvoj i stvaramo uvjete koji će doprinijeti dobrobiti pojedinca, grupe i zajednice kao multidisciplinarni pothvat i dio suvremenih strategija javnozdravstvenog i odgojno-obrazovnog djelovanja. S ciljem unapređenja mentalnog zdravlja važno je povećati dostupnost i učinkovitost zdravstvenih usluga vezanih za mentalno zdravlje djece i adolescenata, sudjelovanje roditelja, nastavnika, stručnih suradnika škole, obitelji, pedijatar, školskih liječnika, dječjih psihijatar, potpornih skupina i rad savjetovališta.

Zdravstvene usluge potrebne djeci i mladima uvelike se razlikuju od onih za odrasle jer zahtijevaju brze intervencije, informacije, psihosocijalnu podršku te preventivne i promotivne akcije. Dječje mentalno zdravlje zahtijeva sveobuhvatne i fleksibilne pristupe koji uključuju zadovoljenje osobnih osnovnih životnih potreba, obrazovanje, odnose u obitelji i okolini promičući sigurnost i zaštitu. U svom radu na zaštiti i unapređenju zdravlja djece, prema Planu i programu mjera iz obveznog zdravstvenog osiguranja, liječnici školske medicine posebnu pozornost posvećuju brojnim rizicima koji utječu na psihofizičko stanje djece te kroz savjetovališni rad s djecom, roditeljima i nastavnicima u ambulant i Savjetovalištu, pravovremenim prepoznavanjem, ranim djelovanjem, kontinuiranim nadzorom na razini primarne zdravstvene zaštite, edukacijom i zdravstvenim odgojem sudjeluju u očuvanju duševnog zdravlja djece i mladih. Promjene društvenog okruženja pogoduju porastu rizičnih ponašanja (spolno prenosive bolesti, alkohol, droga, kocka, internet, izloženost zlostavljanju, zane-marivanju) te osobito zahtijevaju skrb o djeci i mladima s rizicima po zdravlje u polivalentnim savjetovalištim. U pružanju usluga potreban je „nizak pristupni prag“ za djecu, adolescente i roditelje kako bi usluga došla do njih te bila dostupna, besplatna i jednaka za sve.

Literatura

Brauner, C. B.; Stephens, C. B. (2006). Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Reports*, 121 (3): 303-310.

Buka, S. L.; Monuteaux, M.; Earls, F. (2002). The epidemiology of child and adolescent mental disorders. U: Tsuang, M. T.; Tohen, M. (ur.) *Textbook in psychiatric epidemiology* (629-655). New York: John Wiley and Sons.

Fergusson, D. M.; Horwood, U. (2001). The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (3): 287-296.

Goodwin, R. D.; Fergusson, M. D.; Horwood, Lj. (2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, 34 (8):1465-1474.

Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu, (2015). (128-129). Zagreb: HZJZ.

Izješće o osobama s invaliditetom u RH, (2014). (5-7). Zagreb: HZJZ.

Kessler, R. C.; Amminger, G. P.; Aguilar –Gaxiola, S.; Alonso, J.; Lee, S.; Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20 (4): 359-364.

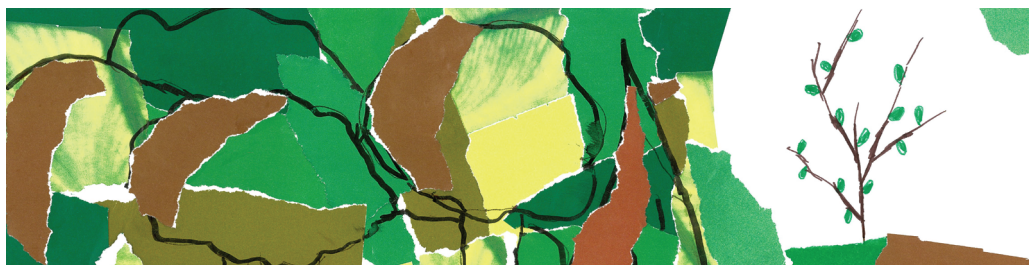
Mahin, E. S.; Haghdoost, A.; Afsaneh, N.; Hamideh, R. S. (2014). Prevalence of Learning Disability in Primary School students in Kerman city. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 3 (3): 534-540, dostupno na mrežnoj stranici: <http://european-science.com> (pristupljeno: 20.8.2016.)

Merikangas, K. R.; Nakamura, E. F.; Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 (1): 7-20.

Stewart, S. M.; Rao, U.; White, P. (2005). Depression and diabetes in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 17 (5): 626-631.

Valsamma, E.; Rajeev, J. (2009). Integration of child mental health services to primary care: challenges and opportunities. *Mental Health in Family Medicine*, 6 (1): 43–48.

10. Tretman i intervencije u prevenciji ovisnosti djece i mladih



10.1. Uvod

Tretman podrazumijeva sve strukturirane intervencije, farmakološke i/ili psihosocijalne, usmjerene na pomoć osobama koje koriste droge s ciljem unapređenja njihovog psihološkog, zdravstvenog i socijalnog statusa (Treatment demand indicator, standard protocol 2.0, 2000, Pampidou group definition. EMCDDA: Lisbon).

Psihosocijalni tretman uključuje različite intervencije za učinkovit i cjelokupan tretman ovisnosti o drogama ili uporabe ilegalnih droga osim farmakoterapije. Drummond, Perryman i sur. (2007) pojam psihosocijalne intervencije definiraju mnogo šire te navode da su to sve intervencije koje se provode u terapijskom kontekstu na individualnoj, grupnoj ili obiteljskoj razini osim farmakoloških.

Cilj koji želimo postići koristeći metode i tehnike psihosocijalnog tretmana kod djece i mladih je prevencija ovisnosti o psihoaktivnim tvarima (substancijske ovisnosti), ali i drugih oblika ovisnosti (nesubstancijske ovisnosti), a osim toga i pružiti svu potrebitu pomoć djeci i mladima kako bi izbjegli ili odgodili početak konzumacije, a ako su već započeli s konzumacijom izbjeći ozbiljnije poremećaje, a pogotovo razvoj ovisnosti.

Glavni očekivani ishodi (rezultati) primjene psihosocijalnog tretmana su uspostava i održavanje apstinencije, povećanje suradljivosti i pojačavanje učinkovitosti farmakoterapije, smanjenje učestalosti relapsa, retencija u tretmanu i promjena stila života i poboljšanje kvalitete života (Malhotra i sur., 2005).

Psihosocijalni tretman je uvijek usmjeren na unapređenje međuljudskih odnosa i životne situacije i dosljedno prepoznaje važnost unutarnjih psiholoških zbivanja

te vanjskih socijalnih uvjeta i njihovog međusobnog utjecaja (Woods i Hollis, 2000). Pojam psihosocijalno ističe razvoj odnosa između psiholoških i socijalnih utjecaja, pri čemu svaki od njih cjelovito utječe na onaj drugi (Baron, 2000). Psihosocijalni tretman podrazumijeva istodobno zanimanje za pojedinca i za njegovo socijalno okruženje, stoga je u spomenutom tretmanu nužan multidisciplinaran, međusektorski pristup zbog učinkovitosti ishoda te oporavka i bolje integracije konzumenata, eksperimentatora u društvenu zajednicu.

Psihosocijalne intervencije prema osobama koje konzumiraju sredstva ovisnosti su stručno i u praksi provjereni postupci usmjereni postizanju društveno prihvatljivog i prilagođenog funkcioniranja te potpori, očuvanju i unapređenju zdravlja, a mogu se provoditi samostalno ili u kombinaciji s farmakološkim intervencijama te su individualno prilagođene vrsti i stupnju problema osobe.

Uobičajene psihosocijalne intervencije koje se provode u javnozdravstvenom sustavu su kratke savjetodavne intervencije, edukacija pacijenta o zaraznim bolestima i spolno odgovornom ponašanju, intervencije usmjerene motivaciji – motivacijski intervju, tretmani ponašanja – analiza slučaja, psihoedukacija, prevencija relapsa, trening životnih vještina, KBT – kognitivno-bihevioralna terapija, CM (*Contingency Management*) – sustav nagrade i kazne, obiteljska i bračna te psihodinamska (suporтивно-ekspresivna) terapija.

Intervencije socijalne razine provode se u suradnji s centrima socijalne skrbi (CZSS) ili/i udrugama građana (NGO), a uključuju pomoć u temeljnim životnim potrebama kao što su hrana, odjeća, smještaj i zapošljavanje, ali i osnovnu brigu o zdravlju, prijateljstvu, zajedništvu i sreći te grupe samopomoći.

Tretman i intervencije kod djece i mladih moraju biti ciljano prilagođeni potrebama te populacije. Problemi ove populacije često su razvojni, emocionalni. Mladi tijekom odrastanja uče prihvaćati vlastite socijalne uloge i formiraju svoju osobnost. Pobuna protiv roditeljskog i drugih autoriteta često se prenosi na širu društvenu zajednicu. Pojava konzumiranja i eksperimentiranja s drogama uobičajeno je vezana za mladenačku dob; to je razdoblje u kojem se mnoge promjene u životu djece i mladih događaju izuzetno brzo. Pojedine skupine mladih, slijedom novih trendova u glazbi, kulturi i načinu provođenja slobodnog vremena, pokazuju svoju pobunu protiv svijeta u kojem žive, ali i protiv roditeljskog i drugih autoriteta kao temeljnih čimbenika u njihovoj socijalizaciji. Kao ishod takve pobune u krajnje negativnom obliku može se dogoditi ovisnost, stoga djeci i mladima raznim javnozdravstvenim intervencijama i različitim tehnikama tretmana treba omogućiti razrješenje sukoba razvojne, emocionalne prirode, uz nužno učešće i roditelja.

Intervencije uključuju obitelj, školu i socijalnu službu te su posebne za djecu i mlade, a podržavaju identifikaciju i mijenjanje neprilagođenih funkcionalnih roditeljskih obrazaca koji pridonose uporabi supstanci i/ili nesupstanci, uz učešće obrazovnog i pravosudnog sustava te razjašnjenje nastalih problema povezanih s prijateljima.

10.2. Psihosocijalni tretman i intervencije za djecu i mlade

Psihosocijalni tretman za djecu i mlade konzumente, eksperimentatore uključuje (Malhotra i sur., 2005):

10.2.1. Kratke intervencije – 1 – 4 individualne seanse, provode ih liječnici i stručni suradnici, ali ne i liječnici specijalisti, najisplativije su, ali im je umjerena učinkovitost. Cilj kratke intervencije je smanjenje uporabe droga. Rad se temelji na motivaciji za promjenu navika informiranjem o rizičnosti ponašanja, povećanjem samopouzdanja, savjetovanjem, ohrabrivanjem za promjenu i upućivanjem na druge mogućnosti.

10.2.1.1. Tretman jačanja motivacije – uključuje strategiju poticanja brze unutrašnje motivacije za promjenu osobe. Prvi kontakt usmjeren je na uspostavu odnosa i poticanje razgovora o iskustvu uporabe droga kako bi se potaknula samomotivacija. U sljedećim kontaktima terapeut prati nastale promjene, procjenjuje koriste li se strategije koje potiču prekid uzimanja droge te nastavlja ohrabrivati pacijenta na promjenu i postizanje apstinencije, također potiče osobu da dovede nekog prilikom sljedećeg dolaska.

10.2.1.2. Individualno savjetovanje – usmjereno je na smanjenje ili prestanak uzimanja droge, a uključuje i druga područja djelovanja kao što su obrazovanje, zaposlenost, ilegalne aktivnosti, obiteljski i društveni odnosi te sadržaj i struktura oporavka. Pomaže osobi razviti strategiju nošenja s problemima tako što apstinira i održava apstinenciju od droga.

10.2.2. Druge intervencije – 5 – 12 individualnih ili grupnih seansi, provode ih stručni suradnici, liječnici i specijalisti psihijatri sukladno kompetencijama, tip intervencija ovisi o cilju koji se želi postići, a uključuju tretman/terapiju ponašanja, KBT (kognitivno-bihevioralnu terapiju), trening socijalnih vještina, suportivno-ekspresivnu psihoterapiju, prevenciju relapsa i učinkovite su kod komorbiditeta.

10.2.2.1. Tretman/terapija ponašanja – za djecu i mlade uključuje potpisivanje ugovora s točno određenim prihvatljivim ponašanjem, praćenje napretka te nagrade i privilegije ukoliko se dostigne zadani cilj. Redovito se provodi testiranje urina na droge. Cilj tretmana/terapije je postići tri vrste kontrole, tj. kontrolu emocija, kontrolu okidača i kontrolu društva. Tjedni savjetodavni tretman ponašanja s CM-om (vaučeri za socijalne i rekreacijske aktivnosti) je intenzivni šestomjesečni tretman kojemu je cilj uspostava apstinencije dovoljno duge da osoba stekne nove životne vještine koje joj pomažu smanjiti i održati apstinenciju od zlouporabe droga. Korisnici dolaze jednom ili dvaput tjedno na individualna savjetovanja, pri čemu se radi na poboljšanju obiteljskih odnosa, uče se vještine za smanjenje uporabe droga, provodi profesionalno savjetovanje, uvodi rekreacija i socijalna mreža.

10.2.2.2. Individualne i grupne KBT (kognitivno-bihevioralne terapije) pomažu u odluci o uspostavi apstinencije, mijenjaju podržavajuće ponašanje za uzimanje droge, uče vještinama rješavanja problema, uče nošenju s negativnim emocijama, poboljšavaju odnose i socijalnu podršku. Cilj je uspostava apstinencije, prevencija relapsa, definiranje psihosocijalnih utjecaja i provođenje tretmana te stabilno funkcioniranje.

10.2.2.3. Obiteljska i suportivno-ekspresivna psihoterapija – ima dvije komponente; podržavanje pacijenta da se osjeća ugodno u razgovoru o vlastitim iskustvi-

ma i pomaganje pacijentu da identificira i radi na odnosima. Obiteljske terapije uključuju definiciju problema, uspostavu zdravog stila života, prestanak uporabe droga, nošenje s kriznim situacijama i stabiliziranje obitelji, reorganizaciju obitelji i oporavak (Stanton i sur., 1997). Multidimenzionalna obiteljska terapija za adolescente uključuje individualne i obiteljske seanse. Tijekom individualne seanse radi se na načinu donošenja odluka, pregovaranju i razvijanju vještina rješavanja problema. Usporedno se provode seanse s roditeljima, pri čemu se istražuje način odgoja, učenje razlikovanja utjecaja od kontrole i usvajanje odgovarajućeg utjecaja na djecu (Liddle i sur., 2001). Multisistemska terapija uključuje definiranje čimbenika ozbiljnog društveno neprilagođenog ponašanja kod djece i adolescenata koji zloupotrebljavaju droge. Usmjerena je na karakteristike adolescenta (stav prema zlouporabi droga), karakteristike obitelji (slaba disciplina, obiteljski sukobi, roditeljska zlouporaba droga), društvo (pozitivni stav prema zlouporabi droga), školu (napuštanje, slab uspjeh) i susjedstvo (kriminalna supkultura) (Cunningham i sur., 2002).

10.2.2.4. CM za djecu i mlade (*Contingency Management*) – primjenjuje se na početku tretmana kada je temeljni izazov prevladati ugodne učinke droge. Pristup je utemeljen na teoriji učenja i uključuje davanje nagrada za apstinenciju. Zlouporaba droga je po ovoj teoriji naučeno ponašanje koje farmakološkim učinkom droge te socijalnim i drugim učincima potiče neželjeni stil života. Cilj CM pristupa je oslabiti povezanost jačanja utjecaja droge i neželjenog životnog stila te povećati učestalost zdravih alternativnih aktivnosti koje su nespojive s uporabom droga. Ovakav pristup u terapijske svrhe uključuje određivanje cilja (primjerice, apstinencija, dolaženje na savjetovanje, suradljivost s uzimanjem lijekova, što se pažljivo prati) te kaznu za neprimjereno ponašanje koja se primjenjuje kada se ne dostigne dogovoreni cilj tretmana. CM intervencije su utemeljene na četirima temeljnim procesima, a to su **pozitivno davanje nagrade** (stvari, usluge, socijalne nagrade, privilegije) kada se postigne terapijski cilj (negativni urin test na droge, dolazak na savjetovanje), **negativno nagrađivanje** – ukidanje ograničenja (supervizija suda, rano ukidanje strožeg režima izlazaka, edukacija) ako se postigne terapijski cilj, **pozitivno kažnjavanje** – provođenje kaznenih sankcija (suspenzija iz škole, zabrana korištenja telefona ili računala, ukidanje edukacije) u slučaju neželjenog ponašanja (pozitivnog urin testa na droge) i **negativno kažnjavanje** – uključuje ukidanje pozitivnih okolnosti ili stanja (redukcija vrijednosti nagrade koja se može zaslužiti, ukidanje ili smanjenje privilegija) u slučaju neželjenog ponašanja.

U svrhu poboljšanja ishoda tretmana kod konzumenata, eksperimentatora razvijene su izvanbolničke CM intervencije (Kamon i sur., 2005, Stanger i sur., 2011). Model spaja četiri na dokazima zasnovane intervencije:

1. porast motivacije pomoću vaučera pri uključivanju u tretman zbog marihuane i drugih supstanci te poticanje apstinencije. Vaučeri novčanih vrijednosti daju se za apstinenciju objektiviziranu testom urina i daha. Procedura je slična onoj kod odraslih.

2. CM program roditelja usmjeren je na motivaciju za uspostavu i održavanje apstinencije djece i mladih te lakše rješavanje drugih problema ponašanja. Roditelji koji

smatraju da je konzumacija marihuane problem motivirani su za sudjelovanje, no ne posjeduju vještine da promijene ponašanje adolescenta. Dobrom izobrazbom roditelji su odličan izbor za provođenje CM programa i također mogu potaknuti i motivaciju za apstinenciju. Program za roditelje uključuje potpisivanje ugovora o praćenju uzimanja supstanci (točno su određene pozitivne i negativne posljedice koje provode roditelji u odnosu na objektiviziranu apstinenciju) i obiteljsku terapiju (njom se roditelje uči osnovnim načelima i vještinama za smanjenje problematičnog ponašanja i povećanje socijalno prihvatljivog ponašanja). Problem ponašanja često je komorbiditet kod adolescenata koji zloupotrebljavaju droge, stoga rješavanje problema ponašanja pridonosi poboljšanju ishoda tretmana od uporabe supstanci. Suradnja roditelja u obiteljskom tretmanu pozitivno utječe na ishod tretmana.

3. CM za motivaciju roditelja za sudjelovanje u programu –uključenjem u program i provođenjem programa roditelji ostvaruju nagrade.

4. individualni tretman ponašanja adolescenata u svrhu pojačavanja motivacije i uvježbavanja socijalnih vještina usmjeren dostizanju i održavanju apstinencije. Tretman ponašanja traje otprilike šest mjeseci, tijekom 14 tjedana provode se tjedne devedesetominutne seanse (45 minuta za individualnu seansu adolescenta i 45 minuta za trening roditelja). Na kraju 14. tjedna obitelji se ponudi još 12 tjedana testiranja jednom u tjednu u svrhu pojačavanja roditeljskog praćenja, kao i druge društvene mogućnosti. Kombinacija individualnog tretmana ponašanja, vaučera, obiteljskog treninga i nagrade za sudjelovanje roditelja usmjerena je na povećanje motivacije adolescenta da postigne i održi apstinenciju, povećanje roditeljskih sposobnosti za adekvatno roditeljstvo (koje smanjuje uporabu supstanci i druge probleme ponašanja) i povećanje životnih vještina adolescenta (koje mu pomažu prihvatiti zdravi životni stil).

10.2.2.5. Prevencija relapsa istražuje ugodne i neugodne posljedice kontinuirane uporabe droga, samoanalizu prepoznavanja žudnje za drogom i identificiranje visokorizičnih situacija za uzimanje droga. Temeljno je prihvaćanje problema i pomažanje adolescentu u razvijanju učinkovitog načina nošenja s tim problemom.

10.3. Zaključak

Učinkovite tehnike tretmana za djecu i mlade temeljene na randomiziranim kliničkim studijama su: savjetovanje s CM tretmanom ponašanja, KBT (kognitivno-bihevioralne terapije) kombinirane s terapijom pojačavanja grupne i individualne motivacije, obiteljske intervencije (kratka obiteljska terapija, funkcionalna obiteljska terapija, multidimenzionalna obiteljska terapija, multisistemska terapija, obiteljska suportivna terapija, obiteljska terapija ponašanja) (Malhotra i sur., 2005).

Bihevioralni obiteljski pristup učinkovitiji je nego tretman koji ne uključuje obitelj (Waldron i sur., 2001, Dennis i sur., 2004). Djeca i mladi konzumenti i eksperimentatori rjeđe traže pomoć samoinicijativno, a češće na zahtjev roditelja, pravosuđa ili socijal-

ne skrbi. Većina mladih eksperimentatora, konzumenata slabije je motivirana za prestanak uporabe droga i održavanje apstinencije, ne smatra uzimanje droga, pogotovo marihuane, problemom.

Pridruživanjem CM intervencija povećava se mogućnost povoljnijih ishoda. CM intervencije daju jasne nagrade za prestanak uzimanja supstance i prilagođene su za postizanje početne ili dugotrajne motivacije za apstinenciju. Svi koji upućuju djecu i mlade konzumente, eksperimentatore u tretman (socijalni radnici, školski/obiteljski liječnici, stručni suradnici u školama i sl.) trebali bi biti educirani te samim time imati mogućnost provođenja CM pristupa koji može pojačati početnu motivaciju za apstinenciju i provedbu tretmana kontinuiranim CM intervencijama unutar tretmana. Te intervencije učinkoviti su dodatak ili alternativa kliničkim oblicima tretmana.

Studije utemeljene na dokazima i kliničkim istraživanjima (Prendergast i sur., 2006) pokazale su promjenu uporaba droge sustavnom primjenom nagrade i kazne. Djeca i mladi u tretmanu zbog zlouporabe droga imaju povoljniji ishod za razliku od onih koji nisu u tretmanu, što je pokazatelj učinkovitosti bihevioralne intervencije (Azrin i sur., 1994). CM pristup je samo mali dio na dokazima utemeljenih obiteljskih intervencija. Mnogobrojne studije opisuju procedure koje nalikuju CM-u kao dio intervencija; primjerice, upute roditeljima da nagrađuju apstinenciju ili druge promjene ponašanja ili upute terapeutima da ističu i hvale apstinenciju (Liddle i sur., 2001, Azrin i sur., 1994). Postoji nekoliko primjera primjene CM-a kod pušenja adolescenata (Azrin i sur., 1994). Krishan-Sarin i sur. (2006) pronašli su da je sudjelovanje mladih koji su dobivali nagrade za apstinenciju i KBT u školi nepušenja veće nego apstinencija od cigareta kod mladih koji su dobivali samo KBT (kognitivno-bihevioralnu terapiju).

Literatura

Azrin, N. H.; Donohue, B.; Besalel, V. A.; Kogan, E. S.; Acierno, R. (1994). Youth Drug Abuse Treatment: A Controlled Outcome Study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 3 (3): 1-16.

Baron, J. (2001). Confusion of Group-Interest and Self-Interest in Parochial Cooperation on Behalf of a Group. *Journal of Conflict Resolution*, 45 (3): 283-296.

Cunningham, P. B.; Donohue, B.; Randall, J.; Swenson, C. C.; Rowland, M. D.; Henggeler, S. W. (2002). *Integrating Contingency Management into Multisystemic Therapy*. Charleston: Family Services Research Center, Medical University of South Carolina.

Dennis, M.; Godley, S. H.; Diamond, G.; Tims, F. M.; Babor, T.; Donaldson, J.; Liddle, H.; Titus, J. C.; Kammer, Y.; Webb, C.; Hamilton, N.; Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment Study: Main Findings from Two Randomized Trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27 (3): 197-213.

Drummond, D. C.; Perryman, K. (2007). *Psychosocial Interventions in Pharmacotherapy of Opioid Dependence: A Literature Review*. Geneva: Background document prepared for third mee-

ting of Technical development group (tdg) for the WHO "Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacotherapy of opioid dependence", 17-21 september 2007.

EMCDDA online glossary, (2013). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, dostupno na mrežnoj stranici: www.emcdda.europa.eu (pristupljeno: 1. 7. 2013.)

Godley, S. H.; Godley, M. D.; Wright, K. L.; Funk, R. R.; Petry, N. M. (2008). Contingent Reinforcement of Personal Goal Activities for Adolescents with Substance Use Disorders During Post-Residential Continuing Care. *The American Journal on Addictions*, 17 (4): 278-286.

Grbić, M.; Čajo, N.; Pavlović, Ž.; Ključević, Ž. *Razvoj samopoštovanja je najvažniji zadatak djetinjstva – Odgojitelji mogu pomoći djeci*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/samopostovanje.pdf> (pristupljeno: 15. 5. 2016.)

Grbić, M.; Kovačić Borković, D.; Ključević, Ž. (2009). *Što ćemo sad – Priručnik za roditelje*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Grbić, M.; Čajo, N.; Pavlović, Ž.. (2009). *Učiniti sve kako treba – Priručnik za roditelje*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Kamon, J. L.; Budney, A. J.; Stanger, C. (2005). A Contingency Management Intervention for Adolescent Marijuana Abuse and Conduct Problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (6): 513-521.

Ključević, Ž.; Grbić, M.; Maglica, T.; Ždero, V.; Garmaz, M.; Koceić, A. (2012). *Pretežno vedro – Priručnik za mlade i one nešto starije*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Liddle, H. A.; Dakof, G. A.; Parker, K.; Diamond, G. S.; Barrett, K.; Tejeda, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of Randomized Clinical Trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (4): 651-688.

Malhotra, A.; Basu, D.; Gupta, N. (2005). Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 1 (1): 1-13.

Matković, R.; Glavaš, J. *ESPAD 2011*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 2. 7. 2016.)

Prendergast M. L. i sur. (2006). Contingency Management for Treatment of Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Addiction*, 101 (11): 1546-1560.

Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, (2014). Zagreb: Ured za droge RH, dostupno na mrežnoj stranici: <https://drogeiovisnosti.gov.hr> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Stanton, D. M.; Shadish, W. R. (1997). Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta-Analysis and Review of the Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin*, 122 (2): 170-191.

Waldron, H. B.; Slesnik, N.; Brody, J. L.; Turner, C. W.; Peterson, T. R. (2001). Treatment Outcomes for Adolescent Substance Abuse at 4 and 7 Month Assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (5): 802-813.

Woods, M.; Hollis, F. (2000). *Casework: A Psychosocial Therapy, 5th. Edition*. New York: McGraw-Hill.

11. Javnozdravstveni projekti



11.1. Izrada javnozdravstvenog projekta – od projektne ideje do implementacije

Kada mi ne dolazi inspiracija, ja napravim svojih pola puta do nje
S. Freud

11.1.1. Što je projekt?

Projekt je sistematski, ciljno usmjereni, privremeni i jednokratni pothvat čiji je cilj stvoriti jedinstven proizvod ili uslugu namijenjenu određenoj skupini. U ovoj definiciji "privremen" ne znači nužno da projekt kratko traje, nego da ima definiran datum početka i kraja. "Jedinstven" znači da bi proizvod ili usluga, koji nastaju kao rezultat projekta, trebali biti drugačiji od onoga što je prethodno postojalo u užoj ili široj društvenoj zajednici. Organizacija i koordinacija rada u obliku projekta je različita od rutinskog svakodnevnog rada jer ne podrazumijeva primjenu implicitnih ili eksplicitnih procedura koje već postoje u organizaciji koja regulira svakodnevni rad propisan radnim procedurama (Priručnik kvalitete PK, ISO 9001:2008, Popis vanjskih dokumenata Službe, Po 4.2.3.; 2-7, 2015).

Projekt je koristan način uvođenja inovacija, bavljenja novim izazovima ili nalaženja rješenja za probleme koje postojeće procedure i rutine ne mogu riješiti. Nedostatak ili slabost projekata jest to da mogu oduzimati mnogo vremena i financijskih sredstava pa su zbog toga u određenim fazama provedbe manje efikasni od rutinskog svakodnevnog rada. To posebno može doći do izražaja ako se ne poštuju predviđene procesne aktivnosti učesnika i izvršitelja ili se ne vrši njihova potrebna prilagodba, kao i restrukturacija u datim okolnostima kako bi se premostile moguće poteškoće. Upravo zbog toga projekti trebaju biti vremenski ograničeni, a rezultati projekata koji postižu željene učinke zahtijevaju integraciju u godišnje planove i aktivnosti nakon

što se projekt završi kako bi postali održivi i samoodrživi. Oni projekti koji su neučinkoviti ostaju neprepoznati i ne prihvaćaju se čak ni od onih kojima su najpotrebitiji, stoga je neophodno vršiti samovrednovanje kao važan ispravljački mehanizam u radu. Također, jako je važno i unutarnje i vanjsko vrednovanje projektnih ishoda koje će pomoći u budućim primjerenijim i prihvatljivijim projektnim idejama te doprinijeti poboljšanju kvalitete i kvantitete provedbe samog projekta (http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/leaflet/project_management2.pdf, 20. 4. 2016).

11.1.2. Vrste javnozdravstvenih projekata

S obzirom na pojavnost i težinu problema poremećaja mentalnog zdravlja, u suvremenom se svijetu sve veća pozornost posvećuje specifičnim mjerama koje se mogu poduzeti u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja pojedinca i zajednice. Upravo zbog toga važno je podsjetiti na to da zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja podrazumijeva i šire područje javnog zdravstva. Treba ga promatrati na razini populacije na način da se pozornost usmjeri i na pozitivno mentalno zdravlje kako bi se razvijale mjere zaštite, promicanja i poboljšanja mentalnog zdravlja (Ajduković, 2010, Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja, 2004).

Jedna od glavnih karakteristika javnozdravstvenih projekata jest ta da su orijentirani na unaprijed određene ciljeve. Ovisno o vrsti cilja razlikujemo nekoliko vrsta projekata.

Istraživački projekti su primarno usmjereni prema širenju znanja koje može služiti kao temelj donošenja odluka na osnovu određenih dokaza, pokazatelja. Podvrste istraživačkih projekata koje su najčešće u javnom zdravstvu su **dijagnostički projekti** i **evaluacijski projekti**, ali nisu isključeni ni drugi.

Dijagnostički projekti bave se identificiranjem javnozdravstvenih problema ili potreba kod određene skupine ljudi i čimbenika koji nerijetko i sami doprinose tim problemima.

Evaluacijski projekti za cilj imaju ocijeniti kvalitetu i učinkovitost intervencije tako što promatraju proces same implementacije, kratkoročne koristi i dugoročne ishode. To je ujedno i mjerni instrument koji se može koristiti kako bi se opravdalo postojanje projekta, njegov rad i njegov nastavak. Evaluacija se temelji na postavljanju specifičnih pitanja u vezi s projektom te na pronalaženju odgovora. To može biti i jest istraživački proces. Cilj evaluacije trebao bi biti i poboljšanje projekta. U tom se slučaju ona može smatrati razvojnim procesom – „svjetiljkom“ koja pomaže pri rasvjetljavanju problema i prepoznavanju dobre prakse (Hughes i Nieuwenhuis, 2005).

Razvojni projekti podrazumijevaju razvoj i testiranje intervencije kojom se radi na određenom problemu u određenoj skupini ljudi, tj. ciljnoj skupini. Ipak, treba napomenuti da projekti koji se previše usredotočuju na sadašnjost i zanemaruju budućnost mogu biti kontraindikativni jer onemogućuju dugoročne ishode te postaju sami sebi svrha. Krajnji učesnici i korisnici ostaju zanemareni, a kratkoročni su učinci nemjerljivi (Williams, 2008).

Implementacijski projekti se bave širim razumijevanjem, senzibilizacijom javnosti, ali i implementacijom postojeće intervencije u određenoj ciljnoj skupini. Vrste implementacijskih projekata su **demonstracijski projekti i veliki implementacijski projekti**.

Cilj **demonstracijskih projekata** je da postave primjer i demonstriraju učinkovitost određenog pristupa javnim predstavljanjem, budeći pozornost suradnika i partnera dobrim primjerom iz prakse kako bi ih se motiviralo na daljnju provedbu ili da se priključe novim projektnim idejama.

Veliki implementacijski projekti imaju za cilj doprijeti do što više ljudi određene ciljne skupine. Posebna vrsta implementacijskih projekata su projekti vezani za javnost, zajednicu gdje se stavlja naglasak na aktivno učešće pripadnika te interesne skupine, uključujući i medije. Zdravstveni sektor i zajednica nerijetko smatraju da škole imaju ključnu ulogu pri rješavanju zdravstvenih problema u zajednici. **Čimbenici koji oblikuju zdravlje mladih ljudi podrazumijevaju njihovu genetiku, utjecaj društva**, oblikovanje od strane obitelji te njena očekivanja, a tek onda utjecaj škole i medija (Leger, 2014).

Javnozdravstveni projekti planiraju se generalno i bazirani su na dugoročnim zdravstvenim ishodima. Dok su poboljšani zdravstveni ishodi ujedno i konačno mjerilo uspjeha projekta, više pažnje treba usmjeriti prema **načinima i metodama** kojima se postižu uspjesi, što se nerijetko zanemaruje (A Planning Framework For Public Health Practice, 2010).

Također, postoje i kombinirani projekti koji uključuju kombinaciju nekoliko navedenih projekata kako bi se postigao spektar ciljeva u javnozdravstvenom pristupu otvarajući nove mogućnosti i suradnje multisektorski i interdisciplinarno (<http://heapro.oxfordjournals.org/content/19/4/405.full.pdf+html?sid=dd3c7a23-6cc6-4360-9508-e5ce93e1073d>, 15. 4. 2016).

11.1.3. Što je implementacija?

Implementacija je provođenje ili izvršenje plana, metode ili bilo kojeg nacрта neke projektne aktivnosti. Kao takva implementacija je radnja koja slijedi nakon bilo koje preliminarne misli kako bi se nešto zaista dogodilo. Kada je u pitanju vođenje projekta, implementacija se odnosi na proces provođenja projektnog plana tako što se provode aktivnosti predviđene istim.

Osnovne funkcije komunikacije i suradnje u projektima su:

1. davanje informacija onima kojima je potrebno;
2. koordinacija, motivacija i omogućavanje aktivnosti;
3. podržavanje promjena i utjecanje na stavove i ponašanje utjecajnih skupina odraslih kako bi učinkovitije prenosili navedeno u radu s djecom i mladima;
4. poticanje i omogućavanje dobivanja povratnih informacija i dvosmjernog tijeka informacija.

Glavni učesnici za komunikaciju u projektima su:

1. članovi projektnog tima i drugi koji su direktno uključeni u projektne aktivnosti;
2. članovi projektne komisije i drugi (primjerice, voditelj programa, uredi ili službe) koji se bave vođenjem i provedbom projekta;
3. ostatak logistike i zaposlenih u organizaciji (uključujući krajnje korisnike te sve one na koje projekt ima utjecaj);
4. vanjske interesne skupine kao što su volonteri, partneri, donatori, izvori financija, regulatorna tijela, mediji i sl. (<http://www.jiscinfonet.ac.uk>, 1. 4. 2016).

Ključni elementi implementacije projekta su upravljanje planom rada, praćenje vremenskog rasporeda, praćenje financija, upravljanje rizikom i upravljanje problemima, što je uglavnom, većim dijelom, posao voditelja projekta u suradnji s voditeljem odgovorne službe. Na nivoe planiranja projekta odnosi se sljedeće: prvi je nivo krajnji korisnik gdje se planiranje fokusira uglavnom na funkcionalnim karakteristikama projekta i krajnjeg ishoda. Slijedi tehnički nivo gdje se tim koji treba kreirati ideju fokusira na tehničkim specifikacijama projektnih ishoda koji su potrebni kako bi podržali funkcionalne uvjete. Na kraju dolazi nivo upravljanja projektom gdje je naglasak na planiranju aktivnosti i procesa koje treba sprovesti kako bi se tehnički dio posla mogao odraditi učinkovito (Dvir, Raz i Shenhar, 2013).

Plan rada temelj je implementacije projekta. Zbog toga se treba redovno razmatrati kako bi se ustanovilo kako projekt napreduje u smislu rasporeda i vremena. Kod manjih projekata ovo se može raditi tjedno, tijekom samog projekta, ali kod većih projekata može se raditi mjesečno ili svaka tri mjeseca ako projekt traje duže.

Vremenski raspored – kako napreduju projektne aktivnosti, one aktivnosti koje su završene trebaju se identificirati i plan rada treba ažurirati tako da se vidi da su završene. Također, treba paziti na aktivnosti koje su trebale biti odrađene, ali nisu. Nakon što se plan rada ažurira možemo utvrditi hoće li projekt biti završen u skladu s predviđenim radnjama, financijama i trajanjem. Ako se čini da to nije slučaj, potrebno je naći način da se te aktivnosti ubrzaju kako bi se projekt nastavio odvijati predviđenim tijekom.

Praćenje financija – voditelj projekta mora voditi računa o količini sredstava utrošenih prilikom provođenja projekta te treba ustanoviti hoće li troškovi biti veći nego što je predviđeno. Ako je to slučaj, mora se koristiti proaktivni pristup kako bi se problem riješio. Treba se posavjetovati s timom o tome kako se ostale aktivnosti mogu odraditi, a da se pritom ne prekorači budžet.

Upravljanje rizikom – rizici se odnose na potencijalne događaje ili uvjete koji su van kontrole projektnog tima, a koji će imati značajan utjecaj na projekt. Projektni tim treba identificirati sve poznate rizike pri planiranju rada. Također, mora ustanoviti koja je vjerojatnost da će se nešto dogoditi i kakav će utjecaj to imati na sam projekt. Za visokorizične okolnosti treba postojati specifični plan koji će osigurati to da se te okolnosti nikad ne stvore. Srednje rizične okolnosti također treba ocijeniti kako bi

se ustanovilo mogu li se proaktivno riješiti. Rizici manjeg stupnja se smatraju samo pretpostavkama, dakle postoji potencijalni rizik, ali se pretpostavlja da je veća vjerojatnost da će se pozitivno riješiti.

Upravljanje problemima – koliko god da je kvalitetno upravljanje rizikom, svi projekti nailaze na određene probleme koje treba riješiti. Ozbiljnost problema ovisi o kvaliteti upravljanja rizikom. Najučinkovitije je rješavanje problema što je prije moguće. Ako problem nije hitan ili ako je prisutan duže vrijeme, onda se možda uopće i ne radi o problemu. Može biti potencijalni problem (rizik) ili jedna od stavki kojom se treba pozabaviti u kasnijoj fazi projekta. Ozbiljni problemi se moraju hitno rješavati jer oni obično sprečavaju projekte u provedbi aktivnosti koja je planirana.

11.2. Procedure i procesi izrade javnozdravstvenih projekata

Procedura izrade projekta u Službi za mentalno zdravlje ima svoju svrhu, a to je planiranje, prijava i provedba projektnih aktivnosti u skladu s polazištima koja su vezana uz javnozdravstvene probleme. Spomenuta procedura ima i svoje područje primjene, a to je, u ovom slučaju, područje Splitsko-dalmatinske županije. Projekte provode profesionalne, odgovorne osobe, suvoditelji i/ili autori projektnih sadržaja i aktivnosti. Uključeni su različiti djelatnici Službe ovisno o potrebi te sukladno mogućnostima. Sam postupak obuhvaća prijavu i pisanje prijedloga/ideje koji se u tekućoj godini dostavlja za narednu godinu do datuma predviđenog procedurom u prvoj polovini godine u mjesecu travnju. Projektna se ideja dostavlja u elektronskoj formi voditelju Službe na uvid kako bi se prijedlog razmotrio i odobrio u vremenskom periodu od dva tjedna. Nakon situacijske analize u kojoj se odlučuje o prihvaćanju ili odbacivanju projektnog prijedloga/ideje pismenim putem obavještava se voditelj i/ili autor (koji je ujedno i predlagatelj) u navedenom roku. U slučaju prihvaćanja projektnog prijedloga potpisuje se obvezujući dokument od strane voditelja Službe koji se dalje razrađuje po postojećem obrascu prijave. Projektni prijedlog/ideja sadrži šest osnovnih informacija, a to su polazište, tematsko područje, vrijeme provedbe, cilj projektnog prijedloga, ciljne skupine, partneri i /ili suradnici mogućeg projekta (nadležna ministarstva, ustanove, institucije, društva, volonteri i pojedinci) te imenovanje osobe koja će projekt vrednovati vanjskom opservacijom projekta.

Prihvaćeni prijedlog/ideju u provedbeni projekt razrađuje autor prijedloga po postojećem obrascu za prijavu projekta u prvoj polovini tekuće godine u mjesecu lipnju za narednu godinu, a tako je i predviđeno procedurom. Tomu je tako zbog financijske i logističke potpore od strane vlasnika i osnivača ustanove koji je ujedno i nositelj projekta, iako se ne isključuje niti partnerstvo s drugima. Također, to je tako i zbog moguće i potrebite implementacije u kurikulum nakon odobrenja nadležnih ministarstava i ravnatelja ustanova kako bi se mogle napraviti sve predradnje za njegovu provedbu. Tako projekt postaje sastavni dio godišnjeg plana i programa rada predškolskih, odgojno-obrazovnih ili socijalnih institucija, što se vremenski predviđa u drugoj polovini tekuće godine u mjesecu rujnu. Projektni sadržaji i aktivnosti

se tako mogu uvrstiti u razrednu, predmetnu, praktičnu ili terensku nastavu, kao i u sekcije poput dramske, informatičke, novinarske, literarne, likovne i sl., ali i u izvannastavne aktivnosti. Na taj se način stvara još jedan važan čimbenik koji omogućuje preduvjet za njegovu provedbu. Procesne aktivnosti i sadržaji zahtijevaju imenovanje suvoditelja projekta kako bi se mogla vršiti koordinacija operativnih ili motivacijskih sastanaka projektnog tima s izvršiteljima i krajnjim učesnicima samog projekta. Zdravstvene i druge suradničke ustanove ili društva, ali i javne ustanove, uključuju se ovisno o određenim aktivnostima, potrebama ili mogućnostima koje se vezuju uz projekt. Navedeno uključuje i suradnju s relevantnim čimbenicima iz lokalne zajednice i medijima kako bi se senzibilizirala javnost, podigla svijest te promicalo zdravlje na navedenu temu javnozdravstvenim pristupom (Priručnik kvalitete PK, ISO 9001:2008, Popis vanjskih dokumenata Službe, Po 4.2.3.;2-7., Planiranje, prijava i provedba projektnih aktivnosti, oznaka Po 7.5.;7-4, 2015).

Provedbeni projekt treba biti odobren od ravnatelja Nastavnog zavoda za javno zdravstvo, voditelja Službe, od početka mjeseca prosinca tekuće godine za narednu, što potpisuje i sam voditelj projekta koji je odgovoran za cjelokupnu provedbu u skladu s općim i/ili specifičnim ciljem. Također, potrebno je i odobrenje od nadležnog Ministarstva i ravnatelja određene suradničke institucije kako bi se projektni sadržaji i procesne aktivnosti mogli izvršiti uz pomoć imenovanog suvoditelja projekta i suizvršitelja koji su dio operativnog tima. Krajnji korisnici i učesnici su oni koji izravno sudjeluju u provedbi aktivnosti i sadržaja, a to su ujedno i oni na koje bi projekt trebao imati izravan utjecaj (Priručnik kvalitete PK, ISO 9001:2008, Popis vanjskih dokumenata Službe, Po 4.2.3.; 2-7., Po 7.5.; 7-3, 2015).

11.2.1. Evaluacija – vanjsko i unutarnje vrednovanje projektnih učinaka/ishoda – procedura vrednovanja ishoda projektnih aktivnosti vrši se analizom kvantitativnih i kvalitativnih podataka. Ciljevi i hipoteze se postavljaju na samome početku osmišljanja idejnog projekta, tj. tijekom planiranja projektnih sadržaja i aktivnosti. Da bi unutarnje vrednovanje bilo korisno, treba tragati za "čvršćim" dokazima o uspješnosti. Nužno je da to učinite na početku provedbe projekta (sukladno zadanim ciljevima).

11.2.2. Analiza kvantitativnih podataka proceduralno

Metoda prikupljanja podataka je **anketni upitnik**. Za vrednovanje ishoda projektnih aktivnosti koristi se anketni upitnik zbog njegove praktičnosti te ekonomičnosti pri prikupljanju odgovora kod većeg broja ispitanika u kraćem vremenskom roku.

Odabir uzorka pri vrednovanju ishoda u projektnim aktivnostima ovisan je o temi, hipotezama te cilju vrednovanja. Vršiti se i planiranje tijeka aktivnosti nakon postavljanja metoda i uzoraka, izlazak na teren te unos i obrada dobivenih podataka i rezultata.

U kontekstu prikupljanja podataka (kvantitativnih, a posebno kvalitativnih) važan je informirani pristanak ispitanika kojim se postiže garantiranje prava na zadržavanje anonimnosti. Dobiveni se podatci analiziraju te se pišu zaključci koji su polazišta za daljnje usavršavanje budućih projektnih aktivnosti, ali i jedan od oblika samovredno-

vanja kao ispravljačkog mehanizma u radu. Pisanje zaključka vrši se na temelju odbaćenih ili prihvaćenih početnih projektnih ciljeva i hipoteza. Kvantitativne analize relativno su jednostavne analize jer sadrže deskriptivnu statistiku i opisne odgovore korisnika, i to, uglavnom, o zadovoljstvu korisnika i učesnika ciljnih skupina.

11.2.3. Analiza kvalitativnih podataka

Zbog objektivnije te potpunije slike istraživanoga koristi se i kvalitativna metoda (primjerice, metoda fokus grupe ili intervju). Definiraju se ispitanici, skupine, i to najmanje tri, što omogućuje da se pomoću dobivenih podataka vrše daljnja stručna i znanstvena istraživanja. Nakon definiranja ciljeva koji su ishodište za vrednovanje provjeravamo jesmo li ih ostvarili i tražimo kojim ćemo dokazima to dokazati. Osmišljaju se pitanja u odnosu na cilj i skupine, vrši se ispitivanje fokus skupina, prikupljanje i/ili iščitavanje tekstualnih sadržaja dobivenih navedenom metodom te se omogućuje analiza kvalitativnih podataka. Tematska analiza sadržaja zahtijeva definiranje indikatora, pročitane teme, iščitavanje riječi, nadpojmovi i mehanizama kojima se služi pri samoj analizi sadržaja. Tematska se analiza vrši uz pomoć jednog ili više vanjskih neutralnih opservera – promatrača.

Kako bi se moglo identificirati koje su osobne dobitke korisnici prepoznali u projektu, a što generalno misle što bi mogli biti potencijali za daljnje aktivnosti, identificirane dimenzije su prikazane na razini generalnog dojma te na osobnoj razini kroz primjer tekstualne analize (Tablica 1).

Tablica 1. *Generirane dimenzije na razini tematske analize*

	Teme		
Razina doživljaja	Doživljaj korisnosti materijala	Doživljaj upotrebljivosti materijala	Razumijevanje poruka stripa
Generalni dojam materijala	Poticanje na komunikaciju i ekspresiju emocija i misli Poticanje na razmatranje i način rješavanja problema mladih Učenje i prenošenje informacija na mladima zabavan i pristupačan način Likovno izražavanje kao sredstvo razrješavanja psiholoških konflikata Strip kao medij projektivne identifikacije	Poticanje na korištenje vizualnih načina izražavanja i komunikacije Terapijski elementi stripa kao interaktivnog medija	Suočavanje s vlastitim emocijama Upućivanje na važnost međusobnih odnosa Upućivanje na važnost komunikacije Poticanje na prihvaćanje različitosti među ljudima
Osobna razina upotrebljivosti materijala	Poticanje na promišljanje o ponašanju Osvještavanje važnosti bliskih odnosa Senzibiliziranje o različitostima među ljudima	Prepoznavanje važnosti izražavanja emocija Prepoznavanje važnosti suočavanja s problemima Ukazivanje na potrebu za dijeljenjem i međusobnim pomaganjem Projektivna identifikacija kroz strip	Poticanje na razvoj pozitivnog stava prema životu Ohrabrivanje na prihvaćanje pomoći

Ukoliko sagledamo prepoznate dimenzije na razini tematske analize, vidljivo je kako mladi opisuju **dobitke** i prepoznaju **korisnost** materijala na dvjema razinama. Na generalnoj razini mladi opisuju određene dobitke od rada na ovakvom materijalu. Prepoznaju da bi navedeni ishodni materijal generalno mogao biti koristan za podučavanje o emocionalnom aspektu i da bi mogao potaknuti na druženje, razgovor i otvaranje. Također, zabavan je medij i može biti sredstvo u rješavanju problema. Osim tog generalnog dojma, mladi opisuju i osobne dobitke od rada s materijalom (stripovima). Ističu kako im je strip pomogao u stjecanju uvida u različitost doživljavanja i izražavanja emocija, u važnost odnosa i prijateljstava za rješavanja problema i spoznaje da oni nisu jedini s problemom, odnosno da u tim specifičnim problemima nisu sami.

Navedenim načinom poboljšavamo vrednovanje i omogućujemo „čvršće dokaze“, što je važno zbog potrebnih ishodnih materijala za vrednovanje projektnih aktivnosti. Kombinacija kvalitativne i kvantitativne metode koristi se zbog dobivanja što objektivnijeg i potpunijeg vrednovanja projektnih ishoda. Tematska analiza sadržaja može se provoditi i pomoću programa NVivo.

11.2.4. Vanjsko vrednovanje

Obuhvaća predstavljanje ishoda za javnost u suradnji sa svim relevantnim čimbenicima te odgovor javnosti na provedeno i viđeno, ali i vanjsko vrednovanje opservacijom imenovanog suradnika.

11.3. Partnerstvo i suradnja u provedbi projekta u Splitsko-dalmatinskoj županiji (primjeri dobre prakse)

Nastavni zavod za javno zdravstvo javnozdravstvena je ustanova koja provodi javnozdravstvene djelatnosti na području jedinice regionalne samouprave. U sklopu Zavoda djeluje i Služba za mentalno zdravlje, koja je zaslužna i za provođenje ovih projekata čiji je nositelj.

11.3.1. Opis tijeka projekta „Pretežno vedro“; procesne i sadržajne aktivnosti

Čovjek je građen od tijela, ali i od duše. Svako tijelo pokreće duša. U svojoj duši svatko čuva svoje osjećaje i misli. Iva, 15 god.

Emocionalni razvoj djeteta ključan je za uspješnu socijalnu integraciju i razvijanje međusobnih odnosa u obiteljskim, institucionalnim, ali i socijalnim uvjetima, stoga je nužno usvajanje emocionalnih kompetencija koje pozitivno utječu na školski uspjeh te smanjuju učestalost pojavljivanja rizičnog ponašanja i poremećaja. Imajući ta polazišta na umu, Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u partnerstvu sa splitskom podružnicom Agencije za odgoj i obrazovanje pokrenuli

su projekt pod simboličnim nazivom „Pretežno vedro“. Projektni prijedlog je idejno pokrenut 2010. godine, a 2011. je proceduralno te sadržajno implementiran u odgojno-obrazovne ustanove i socijalne institucije od strane nositelja Projekta te se njegova provedba nastavno realizira i dalje. Broj uključenih krajnjih korisnika, djece i mladih, profesionalaca, suvoditelja te izvršitelja aktivnosti, organizacija i institucija, povećava se iz godine u godinu, a projektnim aktivnostima u 2013./2014. priključili su se i volonteri i civilni sektor.

Cilj ovog Projekta je potaknuti emocionalni razvoj, prepoznavanje emocija kod sebe i kod drugih, iskazivanje svojih emocija i potreba na različit, ali socijalno prihvatljiv način, i to verbalizacijom umjesto agitiranjem. Očekivani ishod Projekta je pozitivan utjecaj na školski uspjeh, smanjivanje subjektivnih tegoba emocionalne prirode kod djece i mladih s emocionalnim teškoćama te smanjivanje pojavnosti ovisničkih ili drugih rizičnih ponašanja ubuduće. Temi mentalnog zdravlja pristupilo se na mladima zanimljiv, primjeren i samim time blizak način, tj. korištenjem različitih medija za izražavanje (film, fotografija, pisana riječ, parlaonica, debata, likovni i scenski izraz, mrežne stranice, dizajniranje, grafičko oblikovanje, priprema i tisak ishodnih materijala). Projekt je namijenjen učenicima osnovne i srednje škole, općoj populaciji, ali i djeci i mladima s posebnim rizikom, onima koji se nalaze u specifičnom okruženju, tj. ustanovama koje osiguravaju alternativnu roditeljsku skrb.

Nakon faze pripreme i planiranja Projekta 2011./2012. godine započelo se s realizacijom istog. U prvom dijelu školske godine naglasak je bio stavljen na nadograđivanje emocionalnih i socijalnih vještina učenika, prepoznavanje i upravljanje vlastitim osjećajima, održavanje dobrih odnosa s drugima, donošenje odgovornih odluka, a to je ujedno i jedan od načina prevencije nasilnih i suicidalnih ponašanja adolescentne skupine.

Provedba Projekta ostvarila se tijekom razredne i predmetne praktične i terenske nastave, ali i kroz sekcije poput novinarske, literarne, likovne, dramske i informatičke. Također se ostvarila i u sklopu izvannastavnih i volonterskih aktivnosti škole. Važnost emocija za svakodnevni život je u tome što doprinose bogatstvu osobnog života, pripremaju nas za svakodnevne aktivnosti i oblikuju naše ponašanje, ali i pomažu drugima da nas bolje razumiju.

Upravo zbog svega toga provedeni su sljedeći projektni sadržaji i aktivnosti. U Osnovnoj školi „Stobreč“ temi emocija, njihovoj ugodi, ali i neugodi, trajnosti i prolaznosti pristupilo se na primjerima književnih djela. Polaznici novinarske sekcije navedene škole proveli su anketu za učenike 7. i 8. razreda na temu „Što te veseli, a što rastužuje?“ U prvoj polovini 2012. u Osnovnoj školi „Stobreč“ pripremljen je, tiskan i podijeljen školski list „Kaval“. Središnja su tema broja bile emocije. Osim u Osnovnoj školi „Stobreč“, Osnovnoj školi Stjepana Ivičevića iz Makarske te u Domu za djecu „Maestral“, Podružnica „Miljenko i Dobrila“ Kaštel Lukšić, učenici, odnosno štićenici oslikavali su facijalne ekspresije različitih osjećaja slikom, stripom, fotografijom i filmom te su dizajnirali i izrađivali maske i u Školi za dizajn, grafiku i održivu gradnju Split. Rado-ve iz svoje škole su u Osnovnoj školi „Stobreč“ prikupili i postavili na mrežne stranice,

a sve to s ciljem senzibilizacije i informiranja mladih o potrebi očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja.

U Osnovnoj školi Stjepana Ivičevića u Makarskoj održana je školska parlaonica na temu „Trebali ili ne pokazati svoje osjećaje?“. Učenike se nastojalo potaknuti na iznošenje osobnog mišljenja, ali i na argumentiranu raspravu i aktivno slušanje.

Za to je vrijeme nakladnik, Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, odobrio sadržajnu i grafičku pripremu, tisak i podjelu Priručnika o mentalnom zdravlju. Priručnik su sadržajno osmislili mladi za mlade, a nastao je na temelju ishodnih materijala i radova u gore navedenim projektnim aktivnostima. Tiskan je u 5000 primjeraka na hrvatskom i engleskom jeziku. Sam Projekt, ali i Priručnik predstavljeni su javnosti na Svjetski dan mentalnog zdravlja, 10. listopada 2012., uz performans učenika Škole za dizajn, grafiku i održivu gradnju pod nazivom „I gotta feeling“ s ciljem podizanja javne svijesti o navedenoj tematici. Godina je završena izložbom radova nastalih u Projektu. Ishodni su materijali bili izloženi za javnost u Gradskoj knjižnici Marka Marulića Split, Info zoni Split, u Osnovnoj školi Stjepana Ivičevića u Makarskoj te u atriju Škole za dizajn, grafiku i održivu gradnju u Splitu pod nazivom „Ah, ti osjećaji!“. Trajni postav ove izložbe nalazi se u atriju Zdravstvene škole u Splitu.

Kako bismo provjerili subjektivni doživljaj o tome može li multimedija imati pozitivnu ulogu u emocionalnom razvoju i doprinijeti emocionalnoj pismenosti, u okviru projekta „Pretežno vedro“ održano je 12 fokus grupa u kojima su sudjelovala 122 učenika i studenta. Za analizu na fokus grupama odabran je video uradak koji su u okviru projektnih aktivnosti realizirali mladi iz Doma za djecu „Maestral“, Podružnica „Miljenko i Dobrila“ Kaštel Lukšić. Analiza učeničkih odgovora pokazala je da 67,3 % učenika smatra da im multimedija pomaže u izražavanju osjećaja u svakodnevnom životu. Čak 84,5% sudionika navedenih fokus grupa smatra da multimedija može pomoći djeci i mladima u učenju o osjećajima te olakšati njihovo izražavanje i dijeljenje s okolinom.

U 2013. godini projektne aktivnosti su se fokusirale na utvrđivanje primjenjivosti Priručnika o mentalnom zdravlju u praktičnom radu s učenicima kroz radionice nazvane „Razum i osjećaji“. Također, aktivnosti su se usmjerile i na podizanje javne svijesti o važnosti očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja kroz aspekt emocionalnog razvoja. S tim ciljem sudionici Projekta izradili su i otisnuli „Vrtuljak osjećaja“ – kalendar zdravlja za 2014. godinu u nakladi od 1500 komada, ali i u e-formi kako bi bio dostupan široj javnosti na mrežnoj stranici.

Nakon operativnih sastanaka, a u svrhu provedbe iskustvenih, interaktivnih i edukativnih radionica izrađeni su evaluacijski upitnici za procjenu Priručnika namijenjeni učenicima, nastavnicima i roditeljima. U prvoj polovini 2013. godine provodile su se iskustvene radionice za mlade. Tu se čitalo, pisalo, govorilo i slušalo, ali i dijelilo osjećaje. Mladi u školama, odnosno sudionici Projekta su sami odabirali žele li ili ne žele sudjelovati u radionicama te na koji će način prenijeti važnost i različitost osjećaja svojim vršnjacima. Na taj način, tijekom provedbe projektnih aktivnosti, izbjegava se stigmatizacija rizičnog dijela učeničke populacije. Broj polaznika radionica kretao se između 8 i 14, što je otvorilo mogućnost rada na sebi.

Radionice su provedene u Osnovnoj školi „Stobreč“, Osnovnoj školi Stjepana Ivičevića Makarska, Osnovnoj školi „Mertojak“, Osnovnoj školi prof. Filipa Lukasa Kaštel Stari, Školi za dizajn, grafiku i održivu gradnju Split te u Domu za djecu „Maestral“, Podružnica „Miljenko i Dobrila“ Kaštel Lukšić. Također, izvršena je i procesna i ishodna evaluacija, ali i vanjsko vrednovanje Projekta od strane profesionalaca koji djeluju u odgojno-obrazovnom i zdravstvenom sustavu.

Na temelju različitih pokazatelja, kao što su broj provedenih radionica, broj sudionika u radionicama i količina i vrsta prikupljenih učeničkih radova, dobivene su povratne informacije o praktičnoj primjeni Priručnika, a prikupljene su i povratne informacije od dijela sudionika i suradnika u Projektu. Pokazalo se da kreativnost učenika omogućuje samopomoć i aktivno pomaganje vršnjacima. Dobiveni rezultati procesne i ishodne evaluacije govore u prilog primjeni multimedije u aktivnostima na području zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih.

Kvalitativna i kvantitativna analiza pokazala je da se većini učenika svidio Priručnik. Razumljiv im je sadržaj, a teme su im bliske. Učitelji i nastavnici su procijenili da Priručnik jasno i kvalitetno obrađuje temu emocija te da daje dobar poticaj za osmišljavanje različitih aktivnosti s ciljem prevencije ovisničkog ponašanja i očuvanja mentalnog zdravlja. Roditelji smatraju kako su im ovi edukativni materijali olakšali komunikaciju i interakciju s djecom o navedenoj temi (<http://www.nzjz-split.hr/web/index.php/hr/projekti>, 10. 4. 2016).

Kada su u pitanju projektne aktivnosti u drugom dijelu godine, one su bile usmjerene na već spomenuti „Vrtuljak osjećaja“ – kalendar zdravlja. Tako su uz pomoć učenika prikupljene fotografije, odabrano je informativno, idejno-grafičko rješenje. Sve navedeno, uz poruku „podijeli svoje osjećaje“, našlo je svoje mjesto u vizualnom identitetu ovog ishodnog materijala. Također, s ciljem skretanja pozornosti javnosti na potrebu i važnost zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja, tiskani su i plakati te podijeljeni na širem području Dalmacije. U Osnovnoj školi prof. Filipa Lukasa Kaštel Stari, od strane nastavnika i učenika razredne nastave, realizirana je i izložba pod nazivom „Osjećaji pod krilom leptira“. Jedan vid multisektorske i interdisciplinarnе suradnje ostvaren je s udrugama i društvima kao što su Info zona u čijim se prostorima održavala Škola stripa. U 2013./2014. realizirala su se dva stripa u sklopu Projekta nazvana „Sjene“ i „Nevidljivi zid“. S obzirom na to da svaki vid umjetnosti predstavlja i određeni tip komunikacije, tako je i sa stripom koji za cilj ima potaknuti osobni angažman čitatelja, baš kao i sudionika koji su prošli kroz niz autorefleksivnih, samoanalizirajućih vježbi u kojima su promišljali o neugodnim osjećajima o kojima je ponekad teško progovoriti.

U skladu s ciljem Projekta, postavljen je i cilj vrednovanja stripova nastalih unutar njega, a to je procijeniti primjenjivost u radu s djecom i mladima u kontekstu pomoći pri prepoznavanju i imenovanju vlastitih i tuđih osjećaja (<http://www.nzjz-split.hr/web/index.php/hr/publikacijemz>, 13. 6. 2016).

Škola stripa rezultirala je nastankom dvaju edukativnih stripova tiskanih u 3000 primjeraka i prevedenih na engleski jezik te jednom izložbom u Mjesecu borbe

protiv alkoholizma i drugih ovisnosti 2013., ali i suradnjom i izvan granica struke, javnom tribinom na Međunarodnom festivalu stripa u Makarskoj 2014. Strip je korišten kao kanal za izražavanje emocija i razgovor o ponašajnim problemima koji u svakodnevnom funkcioniranju ometaju djecu i mlade. Naposljetku je provedeno vrednovanje čiji rezultati idu u prilog stripu kao mediju za izražavanje emocija.

Tijekom prve polovine 2014. godine provodile su se iskustvene radionice za mlade. Naglasak je bio na proaktivnom idejnom pristupu i učešću sudionika. Mladi su pomagali mladima kako bi osmislili nove suvremene pristupe u promicanju mentalnog zdravlja s ciljem umanjivanja predrasuda i stigmi vezanih za mentalno zdravlje općenito.

U projekt „Pretežno vedro“ 2014. godine uključene su bile sljedeće škole: Osnovna škola „Stobreč“, Osnovna škola Stjepana Ivičevića Makarska, Osnovna škola „Brda“, Osnovna škola „Žrnovnica“, Osnovna škola „Mertojak“, Osnovna škola prof. Filipa Lukasa Kaštel Stari, Dom za djecu „Maestral“, Podružnica u Kaštel Lukšiću, Škola za dizajn, grafiku i održivu gradnju te Zdravstvena škola Split. Svaka ustanova koja sudjeluje u Projektu vodi se svojim potrebama, ali i resursima te je, imajući to u vidu, organizirala radionice za jednu ili više ciljnih skupina. Djeca i mladi su, uz pomoć odraslih, izabrali kreativan, primjenjiv pristup dijeljenja informacija s vršnjacima. Izlazni materijali iz ovih radionica tiskani su i prezentirani javnosti. U skladu s tim je sredinom 2014. godine održana izložba fotografija „Kad misli vrludaju“ nastalih u projektu „Pretežno vedro“ te je predstavljena instalacija „Sve ti sritno bilo, duša i tilo“ koju su osmislili i izradili učenici Zdravstvene škole u suradnji s učenicima Škole za dizajn, grafiku i održivu gradnju Split tijekom vršnjačke pomoći. Također, na navedenim događanjima i radionicama, nastali edukativni stripovi u Školi stripa podijeljeni su učenicima, stručnjacima i zainteresiranoj javnosti. Isto tako, ishodni materijali su i prevedeni na engleski jezik te izrađeni u suradnji sa studentima Fakulteta elektrotehnike, strojarstva i brodogradnje u Splitu u formi *play* stripa i mogu se vidjeti na Facebook stranici NE ovisni ĐIR i mrežnoj stranici Službe za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije. Učenici novinarske sekcije Osnovne škole „Brda“ snimili su i dvije radijske emisije o Projektu za radio emisiju „Stigla je pošta“ na hrvatskoj televiziji i radiju.

Projekt „Pretežno vedro“ nastavlja se i u 2015./2016. godini. Snimljen je dokumentarni film o Projektu, gdje su krajnji korisnici predstavili svoju proaktivnu ulogu bez koje sam projekt „Pretežno vedro“ zasigurno ne bi bio ovo što jest, a prikazan je i na lokalnoj i državnoj televizijskoj mreži. Dokumentarni film predstavljen je javnosti u Splitu i Makarskoj kada su se Projektu pridružili učenici i djelatnici Turističko-ugostiteljske škole Split te održali edukaciju i degustaciju za istim stolom pod nazivom „Reci mi što jedeš, reći ću ti tko si“ s ciljem skretanja pozornosti na sve učestalije poremećaje prehrane. Na stručnim i drugim skupovima na županijskoj, državnoj i međudržavnoj razini film je prikazan kao dobar primjer prakse te je titlovan i na engleski jezik. U Osnovnoj školi „Stobreč“ osmišljena je i društvena igra na temu osjećaja. Igra se izradila u suradnji s dvjema srednjim školama, a to su Škola likovnih umjetnosti te

Škola za dizajn, grafiku i održivu gradnju Split. Pitanja i odgovori u ovoj edukativnoj igri usmjereni su na poticanje emocionalnog razvoja te na međusobno druženje i suradnju, uvažavanje i pomoć vršnjaka u različitim životnim situacijama bez nasilja. Po završetku izrade ove društvene igre, u svrhu ispitivanja njezine korisnosti u skladu s projektnim ciljem, igra je vrednovana u 10 osnovnih škola na području Splitsko-dalmatinske županije. Igru su igrali, a potom i vrednovali, učenici od 5. do 8. razreda. U svrhu vrednovanja korišten je anketni upitnik koji se sastojao od 9 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa. Zatvorena su pitanja u upitniku kvantitativno, statistički obrađena, dok su odgovori dobiveni otvorenim pitanjima, kvalitativno obrađeni na način da su iz njih naknadno konstruirane kategorije.

Učenici/-ice su mogli procijeniti sviđa li im se učenje o osjećajima kroz društvenu igru, te jesu li igrajući igru naučili nešto novo o osjećajima. Također, ispitano je mišljenje učenika o korisnosti igre općenito. Naposljetku, nastojalo se dobiti uvid u to koliko se u sadržaju igre ogledaju njihovi i tuđi osjećaji te koje je mišljenje učenika/-ica o svrsi igre.

U evaluaciji je sudjelovalo ukupno 772 učenika/-ica, od čega je 162 (21,1 %) učenika/-ica 5. razreda, 169 (21,9 %) učenika/-ica 6. razreda, 210 (27,2 %) učenika/-ica 7. razreda, 231 (29,9 %) učenika/-ica 8. razreda. Većini učenika/-ica (76 %) sviđa se ovakav način učenja i zabave kroz igru. Svoje nezadovoljstvo igrom iskazalo je 7 % učenika/-ica, dok je 17 učenika/-ica (17 %) djelomično zadovoljno igrom. Nadalje, da je društvena igra dobar način učenja o osjećajima misli 78 % učenika/-ica. Djelomično tvrdnju podržava 15 % učenika/-ica, dok se s njom ne slaže 6 % njih. Vrednovanje igre u školama provodili su stručni suradnici (psihologinje, pedagoginje) koje su vodeći aktivnost promatrale reakcije učenika/-ica i bilježile svoja zapažanja. Njihove se opservacije podudaraju s rezultatima dobivenim anketom provedenom među učenicima/-icama. Zaključno, sve opservacije podržale su ovakav kreativan način učenja o osjećajima, ističući podzastupljenost ovakvih sadržaja u redovnom nastavnom planu i programu. S obzirom da je kroz ovaj projekt iskazana potreba za stjecanjem znanja na području emocionalne pismenosti među djecom i mladima, potrebno je i dalje ovakve i slične projekte integrirati u nastavne i izvan nastavne aktivnosti s ciljem zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih.

Za drugi dio godine planirana je izrada e-verzije navedene igre u suradnji s volonterima, studentima. Predstavljanje je planirano u Mjesecu borbe protiv alkoholizma i drugih ovisnosti u 2016. Od 2015. godine Projekt uključuje i uređenje školskih okruženja pod nazivom „Zidovi nisu prepreke“ te suradnju s plesnim klubom „Vruća čokolada“ pod nazivom „Život je pokret“, čiji članovi i treneri daju aktivni doprinos tijekom javnih predstavljanja projektnih aktivnosti.

Iz navedenog je vidljivo kako se nastavno Projekt odražava i širi te se u projektne aktivnosti uključuje sve više krajnjih korisnika, sudionika i suradnika. Do sada je u projektnim aktivnostima sudjelovalo 3587 djece i mladih, 1342 roditelja, 982 stručna suradnika, učitelja, nastavnika, odgojitelja i profesora te je održano 275 iskustvenih, kreativnih i edukativnih radionica i 48 interaktivnih predavanja. Broj ishodnih materija-

Ia je velik, odnosno Priručnik je tiskan u 5000 primjeraka (na hrvatskom i engleskom jeziku), kalendar zdravlja u 1500 primjeraka, stripovi u nakladi od 3000 primjeraka, a školski listovi u 750 primjeraka. Održano je 14 izložbi, 15 stručnih i 16 javnih predavanja te je napravljen jedan dokumentarni film i više video uradaka koji prate tematiku Projekta. U vrednovanju se pokazao pozitivan učinak Projekta na razvoj emocionalne kompetentnosti, komunikacije o emocijama i na izražavanje emocija.

Djeca i mladi trebaju sigurno edukacijsko okruženje za izražavanje emocija i učenje o njima, a školsko ili drugo osoblje u institucijama, u kojima krajnji korisnici Projekta borave ili žive, može potaknuti i podržati ovaj aspekt osobnog rasta i razvoja kontinuiranim djelovanjem kroz proaktivne i interaktivne aktivnosti i sadržaje. Podizanje javne svijesti o važnosti očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih moguće je provoditi zdravstvenim projektima uz pomoć lokalne zajednice i mladih.

Vanjsko vrednovanje Projekta 2014./2015, Mirjana Nazor

Služba za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja i izvanbolničko liječenje ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije 2010. godine idejno je započela projekt „Pretežno vedro“ koji, na sreću svih koji su u njega na bilo koji način bili uključeni, traje i dalje. Korištenjem suvremenih pristupa započeta je vrlo široka aktivnost u promicanju mentalnog zdravlja na koje su mnogi odgovorni gotovo zaboravili posljednjih godina. Osim isticanja važnosti mentalnog zdravlja, cilj je Projekta i umanjivanje predrasuda i stigmi vezanih za njega, senzibilizacija javnosti javnozdravstvenim pristupom.

Projekt je po strukturi i ciljevima namijenjen učenicima nižih i viših razreda osnovne škole, nižih razreda srednje škole te korisnicima ustanova alternativne skrbi (domovima za djecu). Ipak, Projekt koji se bavi promicanjem mentalnog zdravlja, koje je danas toliko zanemareno, namijenjen je uistinu svima koji su imali ili će imati sreću da se u njega uključe aktivno ili pak samo kao pasivni konzumenti neke od projektnih aktivnosti.

Možda je potrebno naglasiti kako se strip pokazao kao svojevrsno otkriće u smislu iznimno kvalitetnog načina komunikacije s mladima i među mladima. Oni su sami naveli da ih sudjelovanje u stvaranju stripa i čitanje stripa potiče na druženje, otvorenost, komunikaciju te na dijeljenje osjećaja s drugima i sugerira im načine rješavanja nekih problema, a ujedno potiče empatiju i traženje pomoći. Općenito rečeno, mladi su, zahvaljujući stripu, osvijestili da se s problemima treba suočavati, a ne bježati od njih. Prepoznati svoje osjećaje, pokazati ih, upravljati njima i razumjeti drugoga nije uvijek jednostavno, ali je iznimno važno time se pozabaviti. Edukativni materijal vrlo je koristan i za roditelje, učitelje i odgojitelje jer može biti izvrstan putokaz i odraslima u osjećanoj sferi, tj. pomoći im u tome kako da bolje razumiju sami sebe, ali i mlade, kao i to kako im na primjeren način pomoći da se nose s vlastitim osjećajima.

U ovoj godini u sklopu Projekta snimljen je dokumentarni film kao podsjetnik i preglednik svega što se radilo u okviru Projekta, a u kojem su o svojim iskustvima progovorili brojni sudionici Projekta, stoga bi ubuduće trebalo uložiti napore kako bi ga vidjelo što više gledatelja na različitim javnim prigodama ili stručnim skupovima.

*Izvršena je procesna i ishodna evaluacija, ali i vanjsko vrednovanje Projekta od strane profesionalaca koji djeluju u odgojno-obrazovnom i zdravstvenom sustavu. Neovisno o toj **stručnoj evaluaciji, najvrjednije se ipak događa (...) tim mladim ljudima koji na različite načine** sudjeluju u Projektu. Iskustvo koje su stekli i koje ih je oplemenilo i obogatilo sigurno će im olakšati daljnje odrastanje, ali i utisnuti neizbrisiv trag koji će moći slijediti i kasnije u životu...*

Split, 2015./2016.

Znanstveni članak grupe autora: Primjena ilustrativnih tehnika u poučavanju djece i mladih o osjećajima (vrednovanje ishoda projekta iz Škole stripa), Zvonimir Parać, Katarina Kružičević, Gabrijela Ratkajec-Gašević, Mirela Grbić, Željko Ključević

U sigurnom okruženju i u dobro strukturiranom grupnom radu ishod ovog Projekta (strip) može imati dobitke na dvjema razinama, odnosno lak je za uporabu jer je kratak i sadržajan, a uz to omogućuje da sudionici grupnog programa zajedno rade na doživljenom, što potencira pokretanje razvojnih procesa poput emocionalnog opismenjavanja ili pak integriranja poruka drugih o njima samima.

Kombinacijom neverbalnog (crtež) i verbalnog (tekst) djeci i mladima lakše je govoriti o osjećajima i problemima s kojima se susreću. Neke je ispitanike strip više potaknuo da promisle o emocionalnoj, a neke o ponašajnoj komponenti. Osim toga, ispitanici vide korisnost stripa ne samo za sebe nego i za svoje vršnjake. Pomoću stripa mogu prenijeti različite poruke (primjerice, senzibilizirati mlade o različitostima među ljudima, osvijestiti važnost bliskih odnosa), a ujedno i to da je ovakav način izražavanja mladima zanimljiv i pristupačan. Likovni izraz može olakšati mladima razrješenje nekih njihovih psiholoških konflikata, i to prenošenjem osobnih problema na glavne likove koji te probleme uspješno rješavaju te time potiču na samopomoć tijekom procesa identifikacije.

Iz svega navedenog vidljiva je korisnost i samog projekta „Pretežno vedro“ te nužnost da se on i dalje provodi i obuhvati još više korisnika iz različitih škola i različitih sredina.

Split, 2014./2015.

11.3.2. Od ideje do završne provedbe projekta „Poveži se bojom, približi se slikom“

Projekt povezuje sudionike na različite načine i usmjerava krajnje korisnike na izražavanje misli i osjećaja. Različitosti postaju gotovo nevidljive iako se nalaze posvuda. Aktivnosti Projekta sve više približavaju naše udaljenosti. Djeca i mladi s teškoćama u ovom

javnozdravstvenom Projektu su suradnici, prijatelji i partneri pri usvajanju novih znanja i vještina. Putokazi nam pomažu, olakšavaju provedbu sadržaja, oni su ti koji nas povezuju bojama i približavaju slikama... Ružica, 16 god.

Projekt „Poveži se bojom, približi se slikom“ proveo se u partnerstvu Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije i splitske podružnice Agencije za odgoj i obrazovanje, i to s namjerom približavanja osoba s teškoćama i korisnika redovnog odgojno-obrazovnog sustava u razdoblju 2014. – 2016. godine.

Temeljni cilj Projekta bio je javnozdravstvenim pristupom senzibilizirati odgojno-obrazovne institucije i njihove korisnike za potrebe očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih s teškoćama. Sadržaj Projekta opisuje kreativne i iskusne radionice na temu „Emocija i boja“ koje su podrazumijevale različite likovne i računalne tehnike korištene s ciljem izrade predložaka za tapiserije kao ishodnog materijala Projekta. Primijenjen je i specifičan način komunikacije kroz proces dvosmjerne socijalizacije učenika/ica osnovnih i srednjih škola te osoba s teškoćama. Pretpostavljena senzibilizacija trebala je potaknuti uključivanje djece i mladih s teškoćama u socijalnu komunikaciju i interakciju s vršnjacima u svakodnevnom životu tijekom dogovorenih posjeta i druženja u institucijama. U Projekt je bilo uključeno 1523 djece i mladih, krajnjih učesnika Projekta, 96 odgojitelja, instruktora, radnih i likovnih terapeuta te nastavnici, učitelji, profesori, zdravstveni djelatnici, ali i drugi odgovorni, mentori te izvršitelji projektnih sadržaja i aktivnosti. Prikupljeno je 317 različitih predložaka, 16 literarnih radova (5 na engleskom, jedan na njemačkom jeziku) te su realizirane dvije dramske igre predškolske djece te 2 recitacije kao krajnji ishod ili ishodni materijal projektnih aktivnosti. Pozornost javnosti je realizirana tijekom 7 predstavljanja Projekta za javnost, uz medijsku pozornost, i to 15. 11. 2014. u Centru za odgoj i obrazovanje „Slava Raškaj“ Split, 15. 04. 2014. u suradnji s Udrugom „MI“ u Splitu, 20. 04. 2014. za sudionike u sklopu 32. seminara Hrvatske proljetne pedijatrijske škole u Splitu u suradnji s Klinikom za pedijatriju, 16. 10. 2015. u Solinu u Domu kulture „Zvonimir“ u suradnji s predškolskim ustanovama te 5. 11. 2015. u Muzeju grada Splita. Završno predstavljanje Projekta obuhvatilo je i virtualnu izložbu s učesnicima Projekta koju su mladi postavili na Facebook stranicu Službe NE ovisni ĐIR 4. 2. 2016. Izložba je gostovala u Obrtno tehničkoj školi Split i otvorena je za Dan škole, tj. na Hrvatski dan nepušenja. 22. 4. 2016., na Dan planeta Zemlje, Regeneracija Zabok d.o.o., kao partner i donator Projekta je u sklopu Dana preventive 2016. također ugostila izložbu u svom gradu, a 30. 5. uvrštena je u program Dana preventive u Osnovnoj školi „Brda“ u Splitu pod nazivom „Zdrave ideje“.

Provedeno je vrednovanje kako bi se ispitala uspješnost Projekta i ostvarenje ciljeva u praksi. Nadalje, Projekt je korisnicima/icama pružio priliku za upoznavanje osoba s teškoćama, što većini, zbog njihove društvene izoliranosti, ranije nije bilo dostupno. Zajedničko vrijeme provedeno u kreativnim radionicama i aktivnostima omogućilo im je da se zbliže i na taj način bolje razumiju jedni druge. Time su otvorena vrata stvaranju vlastitih stavova i mišljenja o osobama s teškoćama, što je važno u sprečavanju

preuzimanja eventualnih društveno ukorijenjenih stereotipa o osobama s teškoćama. Učinci i ciljevi projektnih aktivnosti vrednovani su provedbom ankete u kojoj je sudjelovalo 359 ispitanika/ica. Od toga je 83 učenika/ica iz srednjih škola te 276 učenika/ica iz osnovnih škola. Provedena anketa je sadržavala 8 pitanja zatvorenog i otvorenog tipa. Rezultati su pokazali da je više od devet desetina ispitanika/ica (26,7 %) uglavnom ili u potpunosti (65,2 %) zadovoljno Projektom. Svoje nezadovoljstvo Projektom iskazala su samo 3 ispitanika/ice (0,8 %), dok je 25 ispitanika/ica (7 %) djelomično zadovoljno Projektom. Iz navedenog je vidljivo da je projektna ideja uspješno realizirana.

Sudjelovanje u Projektu potaknulo je senzibilizaciju učenika osnovnih i srednjih škola za probleme osoba s teškoćama te pomoglo u rušenju stigme drugačijih. Naime, ispitanici/ice zaključuju kako osobe s teškoćama žele i imaju pravo biti punopravni članovi društva. Najopćenitije rečeno, Projekt je uspio u namjeri da senzibilizira svoje korisnike/ice, djecu i mlade osnovnih i srednjih škola za probleme, potrebe i mogućnosti osoba s teškoćama. Također, potaknuo ih je i usmjerio da promišljaju i djeluju inkluzivno.

Vanjsko vrednovanje projekta, Dunja Pivac

Prezentirani likovni radovi, kao i popratne likovne izložbe te dovršene tapiserije sadrže, osim likovno-estetskih kvaliteta, projektivne dimenzije, stoga omogućuju njihovim autorima, kao i promatračima, različite razine identifikacije i introspekcije. Fotografije potvrđuju procesne aktivnosti i dinamiku suradnika i sudionika koji sami postaju dio boja i slika te ostavljaju neizbrisiv trag novih iskustava. Bogatstvo različitosti cjelokupnog Projekta u protekloj godini (koje uključuje pet javnih predstavljanja Projekta i osam međusobnih posjeta krajnjih korisnika) od važnosti je za senzibilizaciju i edukaciju javnosti o ovom javnozdravstvenom projektu uz pomoć samih sudionika i suradnika, ali i medija. O tome svjedoče i izjave autora slika – predložaka za tapiserije koji su svoje likovne izričaje nadopunjavali riječima. Svaka slika predstavlja 'osobni pejzaž'; tako se izrazila jedna učenica-autorica (Dora C.). Riječima su pokušali još jasnije izraziti i pojasniti poruku slike kako bi se što uspješnije povezali i približili drugima, nama.

U tome su uspjeli. To potvrđuje ova izložba tapiserija koje su izradili 'neki drugi' povezavši se s 'onima prvima' putem njihovih slikovnih priča, boja i znakova. U svakoj likovnoj priči, boji, znaku sadržana je poruka, a u svakoj poruci bitna emocija ili značajna spoznaja koja je odasлана, prihvaćena i utkana, kroz tapiseriju potvrđena i uzvraćena. Upravo u toj uspjeljoj interakciji između svih osoba uključenih u ovaj Projekt, poglavito autora slika – predložaka za tapiserije i autora tapiserija, očituje se glavna vrijednost ove izložbe i Projekta. Uspjeli su se povezati bojom i približiti slikom. Uspjeli su i sve nas okupiti i povezati te približiti sebi. Na tome im hvala.

Split, 2015./2016.

Literatura

Ajduković i sur. (2010). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. Virovitica: Sveti Rok.

A Planning Framework For Public Health Practice, (2010). Melbourne: National Public Health Partnership, (1).

Dvir, D.; Raz, T.; Shenhar, A. J. (2013). An empirical analysis of the relationship between project planning and project success. *International Journal of Project Management*, 21 (2): 89-95.

Ključević, Ž. i sur. (2014). *How's the weather there?* Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/SJENA____.pdf (pristupljeno: 11. 5. 2015.)

Ključević, Ž.; Grbić, M.; Maglica, T.; Ždero, V.; Garmaz, M.; Kočić, A. (2012). *Pretežno vedro – Priručnik za mlade i one nešto starije*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti., dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjzsplit.hr/web/images/MENTALNO/pretežno%20vedro%20CD.pdf> (pristupljeno: 15. 5. 2015.)

Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja, (2004). Zagreb: HZJZ.

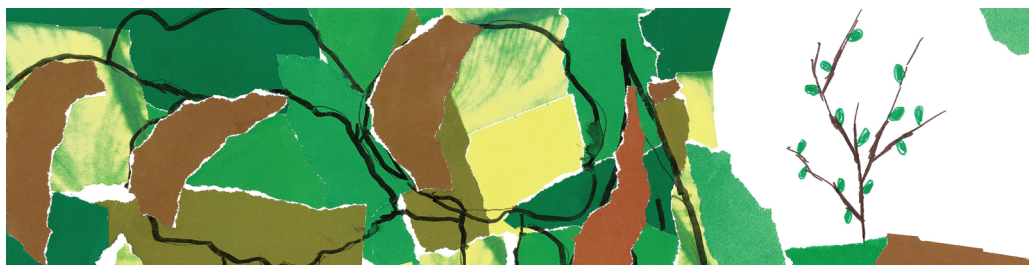
Priručnik kvalitete PK, ISO 9001:2008, Popis vanjskih dokumenata Službe, Po 4.2.3.; 2-7., Po 7.5.; 7-3, 2015.

Project Management Infokit, Jisc infoNet., dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.jiscinfonet.ac.uk> (pristupljeno: 1. 4. 2016.)

Project Management in Public Health in Europe, (2011)., dostupno na mrežnoj stranici: http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/leaflet/project_management2.pdf (pristupljeno: 20. 4. 2016.)

St Leger, L. H. (2004). What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? *Health Promotion International*, 19 (4): 405-408., dostupno na mrežnoj stranici: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/19/4/405.full.pdf+html?sid=dd3c7a23-6cc6-4360-9508-e5ce93e1073d> (pristupljeno: 15. 4. 2016.)

Williams, M. (2008). *The Principles of Project Management*. Melbourne: SitePoint.



12.1. Početak prevencije rizičnih ponašanja i ovisnosti u vrtiću

Prevenicijska znanost/razvoj znanosti/istraživanja u svjetskim razmjerima, ali i kod nas datiraju od ranih 90-ih godina prošlog stoljeća (Bašić, 2009. prema Coie i sur., 1993) kada se uočava značajan porast broja programa koji se primjenjuju u preventivne svrhe. Sredinom 90-ih godina pritiscima problema u društvu, koji se značajnije izražavaju kao posljedica ratnih događanja, počinje se s kreiranjem preventivnih programa i u Republici Hrvatskoj. Preventivni programi, u vrijeme velikih razmjera traumatskih događanja i ugrožavanja svakodnevnog življenja, neophodna su sastavnica organizirane skrbi za djecu i mlade. Mnogi dokumenti vezani za dobrobit djece, mladih, obitelji, kao i za prevenciju poremećaja u ponašanju djece i mladih počinju se stvarati, pisati ili tiskati krajem 90-ih godina prošlog stoljeća i nastavljaju do današnjih dana (Bašić, 2009). Neka prevenicijska istraživanja počinju sredinom 80-ih godina, a 90-ih godina prošlog stoljeća postaje jasno da je nužno utemeljiti preventivne programe čiji su rezultati vidljivi i mjerljivi, prenosivi iz jedne kulture u drugu. Tako počinje „vrijeme prevencije“ utemeljeno na znanstvenim dokazima za koje su mnogi autori još ranije smatrali da tek dolazi.

Bolesti ovisnosti vodeći su javnozdravstveni problem u mnogim zemljama svijeta, pa tako i u Republici Hrvatskoj. Sredinom 90-ih godina Republika Hrvatska nalazi se u poratnom periodu, oslabljena je u svim područjima života i prisiljena se boriti s teškoćama egzistencijalne prirode, ali i pojavama koje ih prate. Zlouporaba psihoaktivnih tvari ima ozbiljne posljedice za pojedinca, ali i za njegovu obitelj te cjelokupnu zajednicu. Bolesti ovisnosti najčešće se povezuju s različitim rizičnim ponašanjima (nasilje, delinkvencija, kriminalne radnje, promiskuitet). Na području Hrvatske, ali i Splitsko-dalmatinske županije, prisutan je porast konzumenata, eksperimentatora i ovisnika o psihoaktivnim tvarima (ESPAD, 1998, 2002, Županijsko izvješće o radu Zaveda za bolesti ovisnosti, 2001, 2002).

12.2. Zašto je važno s preventivnim aktivnostima rizičnih ponašanja i ovisnosti započeti u vrtiću?

Dječji vrtić je prva stepenica odgojno-obrazovnog sustava koja u značajnoj mjeri zamjenjuje roditelje te na taj način sudjeluje u prevenciji društveno neprihvatljivih oblika ponašanja, među kojima je i zlouporaba sredstava ovisnosti. Tijekom ranog djetinjstva odgojni utjecaji usmjereni su na poticanje cjelovitog, optimalnog i zdravog rasta i razvoja svih aspekata djetetove osobnosti – tjelesnog, socio-emocionalnog te spoznajnog, a sve to primjereno djetetovim mogućnostima. Dječji vrtić, kao ustanova u kojoj se sustavno, kroz odgojno-obrazovne aktivnosti djeluje na dijete, ima važnu ulogu u formiranju stavova prema svim negativnim oblicima ponašanja koji u budućnosti mogu ugroziti mentalno zdravlje djece i mladih te razviti ovisničke navike. Preventivni je program osmišljen kao program prevencije, ali i afirmacije pozitivnih životnih vrijednosti. Osim osmišljanja aktivnosti koje obuhvaćaju dijete, roditelja i odgojitelja, nisu zanemarivi ni drugi čimbenici koji govore u prilog nužnosti prevencije u ranoj dobi, a to su:

1. velika obuhvaćenost djece predškolske dobi vrtićkim programima (70 %);
2. vrijeme koje djeca dnevno provedu u vrtiću (5 – 10 sati), a ono se mjeri godinama (prosječno 4 godine);
3. mogućnost utjecaja na razvoj osobnosti djeteta i formiranje njegovih prihvatljivih navika u ranoj dobi;
4. u rad vrtića uključene educirane osobe koje skrbe o cjelokupnom rastu i razvoju djeteta (odgojitelji, stručni suradnici).

Obitelj te lokalna i šira društvena zajednica moraju biti uključene u preventivne aktivnosti zajedno s odgojno-obrazovnim institucijama kako bi se postigli dugoročni i optimalni učinci. Predškolske ustanove Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin, Dječji vrtić „Grigor Vitez“ Split i Dječji vrtić „Marjan“ Split, vođene idejom primarne/univerzalne prevencije, započinju suradnju sa Splitsko-dalmatinskom županijom, Zavodom za bolesti ovisnosti „Sveti Kajo“ u osmišljanju ovih aktivnosti. U ovom se periodu djelovanja, nakon spomenutih vrtića, pridružuju i Dječji vrtić „Radost“ Split te ostali vrtići na području Županije, odnosno Dječji vrtić „Trogir“, Dječji vrtić „Kaštela“ i Dječji vrtić „Bili cvitak“ Sinj. Cilj ove suradnje je bio zaštititi i unaprijediti mentalno zdravlje pojedinca i obitelji te ublažiti znakove osobne i socijalne dezintegracije, koja za posljedicu ima bolesti ovisnosti i druga rizična, nasilna ponašanja. Pod prevencijom podrazumijevamo skup različitih aktivnosti i intervencija koje se poduzimaju prije nego što se pojavi ovisnički oblik ponašanja ili poremećaja.

Od 2003. godine nadalje preventivne aktivnosti se nastavljaju pod nazivom „Zaštita mentalnog zdravlja započinje u ranom djetinjstvu“, suradnja se realizira s koordinatorima i voditeljima preventivnih programa svake ustanove, koji su imenovani od nadležnih ministarstava i ureda za prosvjetu Županije ili same ustanove, te s ravnateljima, odgojiteljima i stručnim suradnicima. Takav način uključio je nove suradnike

i više stručnjaka u preventivne sadržaje i aktivnosti te je bio početak međusektorske i interdisciplinarnе suradnje na području Županije u provedbi univerzalne prevencije. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti te izmjenama i dopunama Zakona o sprečavanju zlouporabe droga, centri za prevenciju ovisnosti postaju sastavni dijelovi županijskih zavoda za javno zdravstvo, a to podrazumijeva javnozdravstveni pristup u preventivnom djelovanju.

12.3. Preventivni plakati i projekti

„Sretni tragovi, sigurni koraci“ naziv je projekta koji provodi Dječji vrtić „Marjan“ Split, a koji je zaokružen izradom istog preventivnog plakata u Mjesecu borbe protiv alkoholizma i drugih ovisnosti. U to vrijeme zabrinjavajuća je činjenica da većina roditelja smatra da se ovisnost događa tek adolescentima i da „ne vidi“ uzroke problema u ranoj dobi. Također, svakako treba spomenuti i projekt „Gdje su nam tate u vrtiću?“ koji je imao iznimni odaziv očeva, što je neprocjenjivo za procese identifikacije u ovom razvojnem dobu svakog djeteta, a s tim je u skladu i njegov slogan „Kad narastem bit ću kao tata!“. Dječji vrtić „Grigor Vitez“ Split izradio je autentične razglednice na temu „Vaša ljubav, naša radost – sretnija budućnost!“ upućene na različita strateški važna mjesta gdje djeluju utjecajne odrasle osobe koje bi trebale pomoći djeci. Tom su prilikom distribuirani prigodni plakati u obliku plovećeg jedrenjaka s dječjim porukama i potrebama. Osmišljena je i prva slikovnica na temu ovisnosti pod nazivom „Dobro i zlo su jako blizu“ kao pomoć djetetu u pokretanju osobnih snaga u procesu razvoja samopoštovanja. Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin je osmislio i proveo projekt „Živjeti zajedno – raditi skupa“ koji je utemeljen na dvama postulatima zdravlja svake osobe, a oni su „moći voljeti“ i „moći raditi“ jer bez toga nema ni razvoja pojedinca ni sveukupnog društva. Kreativne radionice i aktivnosti na temu „Odrastimo zdravi i sretni“, što je ujedno i ime plakata nastalog kao produkt grupnog rada jedne odgojne skupine u istom vrtiću, zaokružene su 2008. godine. Preventivnim plakatima, kao medijima kojima se pribavlja pozornost javnosti, ukazivalo se na važnost što ranijeg djelovanja te se u tu svrhu povezivalo predškolske ustanove na području cijele Splitsko-dalmatinske županije. Na taj način je zajedničkim radovima djece iz Dječjeg vrtića „Marjan“, Dječjeg vrtića „Grigor Vitez“ i Dječjeg vrtića „Trogir“ 2008. godine nastao plakat „Obitelj je važna“ kojim se skrenula pozornost na Mjesec borbe protiv alkoholizma i drugih ovisnosti.

Tijekom 2008. i 2009. godine izrađen je prvi edukativni materijal u formi DVD-a za odgojitelje i roditelje. Nastao je u projektu „Samopoštovanje je najvažniji zadatak djetinjstva“ te nosi naziv „Vidi me – vidim se“. Tiskan je u 5000 primjeraka te je podijeljen i javnozdravstveno predstavljen na različitim javnim, stručnim i drugim manifestacijama, i to ne samo u Splitsko-dalmatinskoj županiji, već i na području Hrvatske. Prema podacima ispitivanja Udruge stručnih suradnika predškolskih ustanova Splitsko-dalmatinske županije na uzorku od 10 835 djece iz predškolskih ustanova u travnju 2007. godine, pokazalo se da svako peto dijete treba određenu pomoć stručnjaka, a ti podatci bili su polazište za daljnje aktivnosti (daljnja edukacija i senzibilizacija stručnja-

ka, roditelja i šire javnosti). Dugogodišnje epidemiološke studije Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Službe za prevenciju ovisnosti ukazale su na značajnu indiciju niskog samopoštovanja kod mladih (ESPAD, 2007). Nakon primjene CD-a "Samopoštovanje je najvažniji zadatak djetinjstva – odgojitelji mogu pomoći djeci" rezultati evaluacijskih upitnika pokazali su potrebu obraćanja roditeljima (<http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/samopostovanje.pdf>). Vrednovanje je izvršeno na uzorku od 210 odgojitelja iz Dječjeg vrtića „Marjan“, Dječjeg vrtića „Grigor Vitez“ Split i Dječjeg vrtića „Cvrčak“ Solin. Uključeni su i nastavnici razredne nastave iz osnovnih škola Splita i Kaštela.

Aktivnosti unutar 2009./2010. godine posebnu su pozornost dale zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja djece rane dobi. Kako predškolsko dijete može sudjelovati u javnozdravstvenim aktivnostima, pokazao je projekt "Moj cvijet za bolji svijet".

12.4. Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin – Stručno-razvojni centar za sigurnosno-zaštitni i preventivni program

Unutar koncepta mentalnog zdravlja preventivne aktivnosti obuhvaćaju jačanje zaštitnih i smanjivanje ili otklanjanje rizičnih čimbenika tijekom razvoja (Wenar, 2003). Pravovremeno prepoznavanje emocionalnih, ponašajnih ili drugih čimbenika koji se mogu javiti kod djece rane i predškolske dobi predstavlja temelj za određene rane intervencije prema svoj djeci, a osobito prema onoj koja su izložena riziku. Te je rizike svakako moguće umanjiti neophodnom edukacijom odgojitelja tijekom studija, ali i kasnije, tijekom cjeloživotnog učenja. Rezultati istraživanja koje su proveli Vorkapić i sur. (2012) na budućim odgojiteljima pokazuju visoku senzibiliziranost za rano uočavanje i prepoznavanje rizičnih ponašanja djece predškolske dobi. Razvojem ideje o dodatnoj edukaciji odgojitelja Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin je 2010. godine imenovan Stručno-razvojnim centrom za sigurnosno-zaštitni i preventivni program odgojno-obrazovnog rada. Aktivnosti unutar Stručno-razvojnog centra imaju za cilj usavršavanje djelatnika u dječjim vrtićima, a time i jačanje njihovih osobnih i profesionalnih kompetencija u području predškolskog odgoja.

12.5. Edukativni priručnici za roditelje i odgojitelje

Primarna/univerzalna prevencija obuhvaća projekte i različite aktivnosti s djecom, roditeljima i odgojiteljima. Njihova suradnja ostvarila je i tiskanje edukativnog priručnika za roditelje i odgojitelje pod nazivom „Učiniti sve kako treba“ (http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/uciniti_sve_kako_treba.pdf). Namjera ovog priručnika je bila senzibilizirati roditelje i odgojitelje za važnost poznavanja i praćenja ranog razvoja tijekom boravka u predškolskoj ustanovi, ali i ranije, unutar obitelji. Neraskidivost obiteljskog i institucionalnog utjecaja na dijete te njihova neophodna suradnja su temeljne vrijednosti koje treba poticati s ciljem optimalnog razvoja i razvoja samopoštovanja djeteta. Priručnik sadrži norme i osobitosti socio-emocionalnog razvoja djeteta (razvoj emocija i odnosi s drugima) od rođenja do šeste godine, kao i savjete

roditeljima. Tiskan je u 5000 primjeraka te je podijeljen i predstavljen svim sudionicima 29. seminara Hrvatske proljetne pedijatrijske škole u Splitu na predstavljanju nove pedijatrijske literature 2011. godine, ali i predškolskim ustanovama na području Županije na različitim događanjima, uključujući seminare, konferencije, kongrese i druge stručne ili javne manifestacije koje su popratili mediji. Aktivnosti imaju za cilj podržavanje i korištenje postupaka univerzalne prevencije kojima se unapređuje zdravlje djeteta i njegove obitelji. U nastavku projektnih aktivnosti "Samopoštovanje je najvažniji zadatak djetinjstva" 2012./2013. godine nastao je priručnik za odgojitelje i roditelje pod nazivom "Od prvog dana..." (http://kabinet-martis.hr/wp-content/uploads/2015/10/Prirucnik_od_prvog_dana.pdf). Iskustva iz prakse pokazuju da roditelji sve više traže stručnu pomoć za poteškoće koje se javljaju kod postavljanja granica u odgoju djece. Polazište za ovakav edukativni priručnik i nastavak Projekta je potreba odgojitelja za dodatnim znanjima i vještinama kako bi usklađivanje s roditeljima i suradnja bile bolje (upitnik „Ispitivanje kompetencija u discipliniranju djece predškolske dobi“, 2011). Mladi smatraju da njihovi roditelji ne uspijevaju postaviti granice i pravila unutar obitelji, a pravila ponašanja izvan kuće još su manje pod roditeljskim utjecajem (ESPAD, 2011). Cilj projektnih aktivnosti bio je senzibilizirati i educirati roditelje i odgojitelje o važnosti postavljanja granica u ranoj dobi. Priručnik je tiskan u 3000 primjeraka, ali je, u skladu sa suvremenim pristupima i promicanjem zdravlja javnozdravstvenim putem, preveden i na engleski jezik i izrađen u 1000 CD primjeraka. Predstavljen je na Svjetski dan zdravlja (7. 4. 2013.), uz izložbu dječjih radova.

Projekt „Poveži se bojom, približi se slikom“ je započet 2014. godine i u njemu sudjeluju Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin i Dječji vrtić „Calimero“ Split. Cilj Projekta je skrenuti pozornost na potrebu očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja djece s teškoćama te potaknuti i olakšati uključivanje djece i mladih s teškoćama u interakciju s vršnjacima.

Od početaka suradnje predškolskih ustanova i Službe za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti zajedničkog smo uvjerenja da je problemu potrebno prići znatno ranije nego što se on uopće pojavi. Prevencija je učinkovitija ukoliko okolina u cjelini prepozna i podrži usvajanje preventivnih postupaka usmjerenih na dijete i njegovu obitelj. Želimo li očuvati mentalno zdravlje budućih generacija, s djelovanjem treba započeti odmah u njihovom socijalnom okruženju, obitelji i u vrtiću.

Prikaz projekta „Živjeti prijateljstvo – puna duša (ruke) posla“; socijalna kompetencija u vrtiću Dječja kuća „Papaline“, Dječji vrtić „Cvrčak“ Solin

Djetetovo odrastanje odvija se na dobrobit njega i svih onih koji su direktno ili indirektno u vezi s njim. Dijete će rasti, mijenjati se, prilagođavati, konstruirati svoje ponašanje, socijalne odnose, emocionalno izražavanje i doživljavanje proporcionalno utjecaju socijalnih odnosa koje doživljava i emitira.

Djeca se od rane dobi međusobno razlikuju u svom socijalnom ponašanju. Neke su razlike određene karakteristikama osobnosti, dok druge ostavljaju prostor socijal-

noj stimulaciji. Djeca se međusobno razlikuju i u socijalnoj kompetenciji, odnosno po svojim mogućnostima, vještinama i sposobnostima uspostavljanja i održavanja zadovoljavajućih socijalnih odnosa.

Neka djeca lako uspostavljaju i održavaju socijalne odnose s drugima, dok se druga u tome slabije snalaze (zbog nedovoljnog iskustva, sramežljivosti, anksioznosti, agresivnosti, impulzivnosti, nestimulirajućeg socijalnog okruženja ili nekog drugog razloga).

12.6. Što i kako u dječjem vrtiću?

Vrtić je za dijete prvo mjesto na kojem se uči živjeti s vršnjacima i ljudima koji nisu njegova obitelj. Uči se toleranciji, suradnji, uvažavanju drugih i njihovih potreba i prava te zauzimanju za sebe.

Osobno iskustvo i ishod doživljenih situacija u velikoj će mjeri utjecati na djetetov kvalitetan odabir ponašanja. Dijete manifestira različita ponašanja za koja procjenjuje da mu koriste u konkretnim situacijama. Neka od njih su prihvatljiva i optimalna i za njega i za druge, dok neka druga nisu takva.

Cilj – razvijati važne životne i socijalne vještine, uz socijalnu kompetenciju kroz interakcije s vršnjacima te užim i širim socijalnim okruženjem.

Ove vještine djetetu olakšavaju uspješno nošenje sa zahtjevima i izazovima odrađivanja te služe i kao prevencija neželjenih ponašanja.

Dijete je socijalni subjekt sa specifičnim potrebama, pravima i kulturom. Dijete je aktivno i kreativno biće čija osobnost ima stvaralačke i izražajne potencijale, ali se odlikuje i različitim stilovima, tempom i dinamikom učenja. Dakle, djeca su različita i njihove su potrebe i mogućnosti različite. Kvalitetan vrtić tu različitost uvažava i podržava.

Zadaće:

1. osnaživati dijete za snalaženje u svakodnevnim situacijama kroz doživljajno iskustvo socijalnih interakcija s vršnjacima;
2. podržavati djetetove potencijale da kroz igru uči i vježba društveno prihvatljive načine ostvarivanja individualnih potreba;
3. jačati pozitivnu i realnu sliku o sebi pružanjem prilika i mogućnosti za samoostvarenje;
4. omogućiti djetetu stjecanje iskustva o različitostima i uvažavanju istih;
5. jačati emocionalne, socijalne i kognitivne sposobnosti djeteta stvaranjem i održavanjem pozitivnih odnosa u interakciji s vršnjacima;
6. podržavati učinkovite strategije rješavanja problemskih situacija uz koje dijete stječe osjećaj uspješnosti i mjerodavnosti, socijalne uključenosti;
7. koristiti situacije razmimoilaženja kao prilike za učenje.

Kako dovesti dijete do mogućnosti i sposobnosti kvalitetnog uvida kao preduvjeta za socijalnu kompetenciju? Kako mu pomoći da dođe do stepenice na kojoj će biti u mogućnosti razumjeti drugog, uvažavati drugog, surađivati s drugim, pomoći i sebi i drugom te poštovati i sebe i drugog unatoč razlikama? Kako razlikovati što je dobro za mene, što je dobro za drugog, a što nije dobro ni za koga?

Jedan od odgovora na ova pitanja jest taj da dijete mora upoznati i sebe i drugog da bi moglo poštovati i zavoljeti kako sebe tako i one oko sebe. Može li se voljeti nekoga/nešto što je nepoznato, strano? Ne može jer se u nepoznatom prepoznaje strah, nesigurnost, otpor i rivalitet, dok u poznatom vlada povjerenje, sigurnost, pripadanje i podrška.

Uz svijest o tome da se socijalna kompetencija, unatoč mnogobrojnim zajedničkim obilježjima, u mnogočemu razlikuje od socijalnih vještina, uviđam da je za dijete predškolske dobi u odnosima s vršnjacima od velikog značaja razvijati ponajprije pravilan odnos prema sebi, svojim osjećajima i potrebama, a onda na tome graditi i poželjne, prihvatljive odnose s drugima.

Socijalna se kompetencija potiče pristupom koji (odgojitelj – identifikacijski model) podržava prepoznavanje, razumijevanje, ohrabrivanje, povjerenje, bliskost, pohvalu, prihvaćanje i podršku, ne zanemarujući važnost postavljanja jasnih granica i dosljednosti. Neminovnost dodatnih korektivnih modeliranja (ne)očekivanih nepoželjnih ponašanja u odnosu prema sebi i prema drugima, iskustveno provjereno, vodi prema višoj razini samopouzdanja i djetetove mjerodavnosti u odnosima, što doprinosi zdravom razvoju djeteta i izgradnji kvalitetnih odnosa prema sebi i prema drugima (vršnjacima i odraslima) iz svojeg životnog okruženja.

Nerijetko primjećujem da odrasle osobe koje su u dinamičnom odnosu s djetetom zastanu pred dilemom jesu li ugodni ako/kad kontroliraju/korigiraju dijete, ali životna nas stvarnost uči da bez korekcije (na afirmativan način) dijete ne nauči samokontrolu. Samopouzdanje, samopoštovanje, samodisciplina, socijalni, emocionalni i moralni razvoj i napredak te usvajanje vrednota su onemogućeni bez vodstva, „kontrola“ i korekcije. Nedostatak kvalitetne socio-emocionalne podrške, korekcije, uvida i procjene direktno je povezan s razvojem nepoželjnog, rizičnog ponašanja, bilo da dijete postane žrtva ili pak akter neprihvatljivih (nerijetko nasilničkih) oblika ponašanja. Važno je osvijestiti to da ne treba izbjegavati „sukob“ i situacije razmimoilaženja, već u njima treba prepoznati prilike za učenje.

Ključne riječi su **odnos** i **grupna privlačnost**.

Socijalna se kompetencija i socijalne vještine ne mogu unapređivati zadovoljavanjem svojih potreba (naglasak je na potrebama, a ne na željama) uz onemogućavanje drugih da također zadovolje svoje potrebe. Jasno je da je socijalna kompetencija sposobnost koja se samo dijelom može naučiti, a dijelom je rezultat socio-emocionalne zrelosti u spoju sa svakodnevnim situacijskim životnim iskustvom. Tad dolazi spremnost na dijeljenje, na suradnju, pomoć, podršku i na suosjećanje te, kao kruna svega, kvalitetno, sadržajno i vedro zajedničko življenje.

Dijete je aktivno biće i biće igre. Djetetovo iskustvo u skupini dominantno je socijalno i emocionalno iskustvo. Dijete kroz interakcije razmjenjuje iskustva, mišljenja, znanja, vještine, doživljava, iskazuje emocije i uči (konstruira i sukonstruira). Uz to što razvija pojam o sebi, o svom tjelesnom, socijalnom, emocionalnom i kognitivnom „ja“, ono je djelotvorno uz osjećaj pripadnosti zajednici i svijetu u kojem živi.

Akcije i aktivnosti

1. Treba koristiti situacijske poticaje za razgovor s djetetom o tome kako se osjeća i što osjeća u vezi s konkretnom situacijom, događajem i u odnosu s drugim djetetom (uz postupno uvođenje pitanja: „Što misliš kako se on/ona osjeća? Što misliš kako se ja osjećam?“).

2. Treba koristiti poticajna pitanja: „Na što si danas ponosan kod sebe? Što kod sebe voliš? Što ti je najdraže kod tvog prijatelja? Što ne voliš da ti netko uradi? Što voliš raditi zajedno s prijateljem? Što tebe/njega ljuti, veseli, nasmijava, rastužuje? Što želiš/ne želiš? Što on/ona želi/ne želi?“.

3. U konkretnim situacijskim događajima treba verbalizirati stanja, raspoloženja, emocije, tj. to kako se osjećam(o) u vezi s tim (prijateljstvo, pažnja, ljubav, ljutnja, bijes, razmaženost, „čangrizavost“, „pobjeda – poraz“, radoznalost, tajna, radost, žalost). „Što ja mogu napraviti da bi bilo bolje? Što će tada biti bolje?“

4. Treba koristiti afirmativne poruke, afirmativna ponašanja (tražiti rješenja, odvajati postupke i ponašanja od klasificiranja, prihvaćati djetetove zamisli i ideje i podržati ga u realizaciji).

5. Treba osigurati uvjete za organizaciju i realizaciju što **raznovrsnijih igara i akcija** (svaki, ali baš svaki, oblik i vrsta igre u svakom području djetetova razvoja može biti i jest u funkciji razvoja socijalne kompetencije) koje pridonose procjeni socijalnog i emocionalnog statusa i dinamike i djeteta i skupine.

6. Treba pratiti dinamiku promjena u procesu i refleksiju na dijete i na skupinu te, u skladu s tim, mijenjati, prilagođavati i planirati daljnje akcije.

Između mnoštva igara (igra je za dijete primarni način učenja o sebi, drugima i okolini, najznačajniji je dio odrastanja i formiranja osobnosti) koje doprinose kvaliteti socijalnih relacija i odnosa među djecom ističem:

1. socio-emocionalne igre
2. igre za bolju skupnu povezanost
3. istraživačke igre
4. konstruktivne igre
5. društvene igre
6. igre preuzimanja uloga
7. dramske igre
8. glazbeno-scenske igre

9. tradicijske igre

10. igre opuštanja i meditativne igre.

Što je to prijateljstvo?

Prijateljstvo je kad skupa gradiš i kad se lipo sa svakin igraš. Marko, 6 god.

Dijete u kvalitetnom ozračju živi ljepotu zajedništva i lako pronalazi dobro za sebe, ugodu, a zadovoljan pojedinac rezultira zadovoljnom skupinom. Dijete intuitivno, a kasnije i spoznavanjem, dobrim reagira (i uživa) u nečemu što je samo po sebi dobro, podržavajuće i poticajno.

Što ruši prijateljstvo?

Ruši se kad ti neko daje cvit, a ti nećeš. Karmen, 6 god.

Djeca svakodnevno šalju poruke prijateljstva, kooperativnosti, suradništva jer u vrtiću žive u suradničkom ozračju. Osnaživanje suradništva između djece vrši se uz poticanje i kreiranje igara svih vrsta i na svim područjima. Djetetov najprirodniji, najživotniji, najdjelotvorniji i najprihvatljiviji način učenja jest **igra**.

Odgojiteljica:

1. ostvaruje topao, brižan odnos sa svakim djetetom i pokazuje da ga uvažava;
2. ostvaruje individualizirane interakcije i iskazuje svoja očekivanja u skladu s djetetovim mogućnostima, sposobnostima i procesom dječjeg razvoja;
3. čestim svakodnevnim interakcijama podržava djetetove **jake strane** i na njima gradi djetetovo povjerenje u sebe i u druge;
4. sa svakim djetetom ostvaruje interakciju koja odgovara njegovim emocionalnim, socijalnim, tjelesnim i kognitivnim mogućnostima i potrebama, uz korištenje jakih strana djeteta;
5. poštuje dinamiku promjena u psihofizičkim mogućnostima djetetovog napretka;
6. potiče interakcije među djecom koje pospješuju njihov socijalni razvoj, postizanje zajedničkog razumijevanja, uzajamnu pomoć i podršku te osjećaj pripadnosti i zajedništva;
7. nudi akcije i aktivnosti uz koje, uz dobro raspoloženje i opuštenost, dijete uči razlikovati i prepoznavati vlastite osjećaje i osjećaje drugih te razgovarati o njima;
8. raznolikim razvojno primjerenim metodama i strategijama podržava i podupire razvoj komunikacijskih vještina i razvoj govora, potiče na angažiranost i kvalitetnu uključenost djeteta u svim segmentima življenja u skupini;
9. procjenjuje stupanj dječje uključenosti i u skladu s tim stvara prilagodbe i planira daljnje aktivnosti.

Dobrobit za dijete

Kvalitetno socijalno okruženje (dječji vrtić) odražava dobrobit za sva razvojna područja djeteta i nudi preduvjete za cjeloživotno učenje, uz postavljanje visokih, ali dostižnih razina za svako dijete nadograđujući ih s novima u skladu s djetetovim mogućnostima i sposobnostima, uz pružanje prilike za uspjeh svakom djetetu.

1. Pozitivan stav prema vlastitoj osobnosti i identitetu „hrani“ osjećaj sigurnosti, samopouzdanja, vjere u sebe i svoju učinkovitost, uz spremnost na inicijativu i preuzimanje rizika, uz razumijevanje posljedica svojih izbora.

2. Strateški se stvaraju prilike za formiranje, izražavanje, ali i pozitivno mijenjanje mišljenja, donošenje odgovornih odluka, dogovora i kooperativne suradnje.

3. Razvijaju se vještine koje djetetu omogućuju razumijevanje sebe i drugih, otvorenost u prihvaćanju i poštovanju različitosti te empatiju i asertivnost.

4. Dijete je aktivan i angažiran subjekt u suradničkom procesu u kojem stupa u interakciju s vršnjacima, drugim i drugačijim mislima, idejama, raspoloženjima, emocijama te u skladu s tim postaje fleksibilnije i otpornije, dakle razvija sposobnost stupanja u primjerene interakcije s drugima, što uključuje privlačenje pažnje, dijeljenje, pronalaženje kompromisa i nošenje s negativnim emocijama.

5. Razvija se emocionalna inteligencija i prosocijalni oblici ponašanja, uz samoregulaciju vlastitog ponašanja i iznalaženja optimalnih rješenja u problemskim situacijama; djeca se uče uravnoteženju vlastitih potreba i potreba drugih.

6. Situacijski konkretizirano doživljavaju zadovoljstvo i radost življenja i djelovanja u zajedništvu, uz korištenje prednosti koje im druženje nudi; uče jedni od drugih.

7. Na najprimjereniji način dijete spoznaje važnost i značaj pravila, granica, razlučuje poželjno od nepoželjnog, a time osnažuje samoregulaciju i intrinzičnu motivaciju, a korak dalje vodi prema razvoju metakognicije, tj. promišljanja o procesu kojim se došlo/nije došlo do željenih rezultata.

S roditeljima

Roditelji (obitelj) su prva djetetova socijalna sredina, a promicanjem djelotvorne interakcije između obitelji i vrtića potiče se razumijevanje zajedničke odgovornosti u sudjelovanju u djetetovu razvoju. Roditelji i drugi članovi obitelji definiraju kulturu i sustav vrijednosti na kojima se temelji djetetova socijalizacija. Kvalitetna komunikacija i suradnja, aktivno uključivanje roditelja te visoka razina socijalnog povjerenja svakako pridonose i boljem razumijevanju uloga, odnosa i odgovornosti u trokutu roditelj-dijete-vrtić.

Za zajedničko i usklađeno djelovanje te donošenje zajedničkih odluka koje su u interesu djeteta, djelotvorna komunikacija je ključ uspjeha, a nju nije moguće ostvariti bez povjerenja jednih u druge.

Odgojitelj profesionalac (znalac) koristi formalne i neformalne prilike za komunikaciju s roditeljima, uz kvalitetnu i argumentiranu razmjenu informacija, te potiče i

podržava interaktivni odnos. Vodi računa o roditeljskim i djetetovim interesima, potrebama, dilemama, brzo i ciljano reagira. Time roditeljima poručuje da su kompetentni, da uvažava njihove sposobnosti i njihovu kulturu, na čemu znalački kreira daljnje kvalitetne razvojne planove u prvom redu za dijete, a potom i za njih (roditelje i uže članove obitelji). Stručne informacije i ideje roditeljima pomažu u osnaživanju njihovih kompetencija i u procjeni učinkovitosti različitih strategija. Također, pomažu im i osvijestiti važnost roditeljske uloge kao modela identifikacije. Roditeljsko zadovoljstvo i povjerenje, ali i realna slika o djetetu rastu stvaranjem prilika uz koje osjećaju da pridonose i pomažu djetetovom razvoju.

Dakle, za kvalitetnu interakciju odgojitelja i roditelja naglašavam:

1. različite oblike suradnje koji doprinose podržavanju kvalitetne komunikacije usmjerene na dobrobit djeteta;

2. pravovremeno reagiranje i konstruktivno rješavanje problema vezanih uz razvoj djeteta;

3. poticanje i podržavanje roditeljske uključenosti u promišljanje kvalitetnog programa za djecu, aktivnog sudjelovanja roditelja u realizaciji programa i osiguravanju prava roditelja na kritičko vrednovanje postignuća;

4. osnaživanje roditeljske kompetencije i djelotvornosti stjecanjem znanja i vještina potrebnih za odgoj djece u obitelji.

U tom smislu, roditeljima nudim raznolike mogućnosti i oblike suradnje, a to su:

1. svakodnevna razmjena informacija i ciljani individualni razgovori;

2. anketiranje o pojedinim aspektima razvoja i odgoja djece te ostvarenja programa (inicijalni, ciljani i evaluacijski upitnici);

3. informativni, edukativni i komunikacijski roditeljski sastanci u manjim grupama ili u grupi u cjelini;

4. roditeljski sastanci i radionice vezane uz pojedine probleme odgojne prakse ili rada na sebi;

5. vizualno-pisana komunikacija;

6. internetska komunikacija;

7. razni oblici pisane komunikacije (edukativni listići, pismo za roditelje, upitnici);

8. razni oblici vizualne komunikacije (izložbe fotografija, izložbe dječjeg likovnog stvaralaštva, dječje slikovnice i plakati, video projekcije iz života vrtića);

9. neposredno roditeljsko sudjelovanje u pripremi odgojnog procesa, aktivno sudjelovanje u ostvarenju različitih aktivnosti s djecom (boravak roditelja u skupini djece, sudjelovanje u dječjim projektima, posjetima, izletima, boravak djeteta na radnom mjestu roditelja, predstavljanje zanimanja ili nekih drugih specifičnosti vezanih uz njegovu osobnost), ali i u akcijama prikupljanja, izrade i drugih oblika angažmana za potrebe didaktike, prostora vrtića i sl.;

10. dramska i glazbena skupina roditelja (zbor roditelja) – predstave i ciljani nastupi roditelja za djecu i zajedničke igrolike scenske aktivnosti s djecom;

11. zajedničke igraonice, radionice, svečanosti, druženja i slavlja (blagdanska, rođendanska, sportsko-rekreativna, umjetničko-stvaralačka, radna);

12. informiranje o tome gdje, kako, kada i na koji način potražiti i dobiti stručnu pomoć i podršku vezanu za odgoj i obrazovanje njihovog djeteta, a koja nadilazi odgojiteljeve kompetencije.

Umjesto zaključka

Socijalni i emocionalni razvoj ključni su za kvalitetu života. Dok dijete konstruira, sukonstruira i rekonstruira svoj identitet („ja sam to što jesam“) i identitet drugog („ti si to što jesi“), **socijalna interakcija igra važnu ulogu i u njegovom kognitivnom razvoju**. Njegov socijalni i emocionalni razvoj utječe na sposobnost da se uključuje u sve vidove interakcija koje promiču cjeloživotno učenje i osobni rast.

Socijalna kompetencija obuhvaća način na koji se dijete odnosi prema sebi, svojim osjećajima i potrebama, i prema drugima, njihovim osjećajima i potrebama i kako stečene socijalne vještine koristi u odnosu s drugima.

Socijalno kompetentno dijete prepoznaje se po prosocijalnom ponašanju (kroz dijeljenje, pomaganje, suradnju, dogovaranje, pregovaranje) i vještinama (nenasilno rješavanje sukoba, tolerancija, asertivnost) koje mu omogućuju razumijevanje njegove okoline i djelotvorno snalaženje u svakodnevnim situacijama te uspješno postizanje osobnih ciljeva ne ugrožavajući drugog. Takvo dijete je u odnosima s vršnjacima i odraslima emocionalno osjetljivije i pokazuje pozitivnije oblike ponašanja nego što to čini manje kompetentno dijete.

Crtu gdje završava ja, a počinje ti ne oslikavaju konture tijela, već obzori duše. Kezele

Literatura

Bašić, J. (2009). *Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih*. Zagreb: Školska knjiga.

Brdar, I. (1993). Što je socijalna kompetencija? Rijeka: Godišnjak Zavoda za psihologiju.

ESPAD (*Europsko istraživanje o pušenju, alkoholu i drogama među učenicima*), (1998, 2002, 2007, 2011). Zagreb: HZJZ.

Grbić, M.; Čajo, N.; Pavlović, Ž. (2013). *Od prvog dana... – Priručnik za roditelje i odgojitelje*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: http://kabinet-martis.hr/wp-content/uploads/2015/10/Prirucnik_od_prvog_dana.pdf (pristupljeno: 19. 3. 2016.)

Grbić, M.; Čajo, N.; Pavlović, Ž. (2009). *Učiniti sve kako treba – Priručnik za roditelje*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/uciniti_sve_kako_treba.pdf (pristupljeno: 14. 4. 2016.)

Grbić, M.; Čajo, N.; Pavlović, Ž.; Ključević, Ž. *Razvoj samopoštovanja je najvažniji zadatak djetinjstva – Odgojitelji mogu pomoći djeci*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/samopostovanje.pdf> (pristupljeno: 15. 5. 2016.)

Ljubetić, M. (2009). *Vrtić po mjeri djeteta: kako procjenjivati kvalitetu u ustanovi ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja: priručnik za odgojitelje i roditelje*. Zagreb: Školske novine.

Nacionalni kurikulum za rani i predškolski odgoj i obrazovanje (Narodne novine, 5/2015).

Slunjski, E. (2008). *Dječji vrtić – zajednica koja uči*. Zagreb: Spektar Media.

Tankersley, D.; Brajković, S.; Handžar, S.; Rimkiene, R. i sur. (2012). *Teorija u praksi i Koraci ka kvalitetnoj praksi*. Zagreb: Korak po korak.

Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

13. | Vedrana Ždero Javnozdravstveni projekti u školskom okruženju



Razdoblja djetinjstva i mladenaštva ključna su životna razdoblja tijekom kojih se razvijaju temelji mentalnog zdravlja i prevenirana nastanak mentalnih poremećaja i bolesti. Pri tome škola ima jedinstvenu i nezaobilaznu ulogu. Svjetska literatura upućuje na zaključak da najmanje jedno od petoro (dakle, 20 %) djece i mladih pati od nekog oblika i razine problema u ponašanju, a njih 10 % ima ozbiljne teškoće u socijalnom funkcioniranju (Boydell i sur., 2006. prema Bouillet, 2015). Škola može pružiti podršku ovoj djeci, ali ujedno i promovirati mentalno zdravlje te razvijati otpornost djece i mladih u suočavanju s negativnim stresorima. U tome značajnu ulogu imaju javnozdravstveni projekti. Tijekom zadnjih dvadesetak godina u svijetu se bilježi značajan porast broja istraživanja i programa na području mentalnog zdravlja. U literaturi se navodi mnoštvo programa koji se provode u školama pod različitim nazivima, a neki od njih su: „mentalno zdravlje“, „socijalno i emocionalno učenje“, „emocionalna inteligencija“, „otpornost“, „životne vještine“, „odgoj karaktera“ i sl. (Weare, 2010. prema Weare i Nind, 2011). Munjas Samarin i Takšić (2009) predlažu termin socijalno-emocionalno učenje (SEU, engl. *Social and Emotional Learning*, SEL) koji se određuje kao proces stjecanja znanja, stavova i vještina koje se odnose na prepoznavanje i upravljanje emocijama, snalaženje u socijalnom svijetu, uspostavljanje i održavanje odnosa s drugima i učinkovito donošenje odluka (Payton i sur., 2008. prema Munjas Samarin i Takšić, 2009). Kraće rečeno, to je proces razvoja temeljnih socijalnih i emocionalnih kompetencija kod djece.

Stručnjaci različitih profesija sjedinjuju znanja s područja inteligencije, razvojne psihologije, neurologije te odgoja i obrazovanja kako bi osmislili strategije prevencije kroz programe kojima djeci pomažu razviti socijalne i emocionalne kompetencije (Munjas Samarin i Takšić, 2009). Cilj im je učiniti djecu otpornijom na razne psihopatske probleme poput depresivnosti, delinkvencije, nasilja, zlorabe droga itd. Nalazimo doslovno tisuće školskih intervencija u mentalnom zdravlju širom svijeta, ali

su samo neke od njih vrednovane. Vodećom zemljom u razvijanju i vrednovanju ovih intervencija smatraju se Sjedinjene Američke Države. Kod oko 20 glavnih intervencija dosljedno se utvrđuje uspješnost u sustavnim rigoroznim pregledima (Zins i sur., 2004, CASEL, 2010. prema Weare i Nind, 2011). Australski programi također pokazuju robustne i pozitivne evaluacije (Adi i sur., 2007a, Shucksmith i sur., 2007. prema Weare i Nind, 2011).

U ovom poglavlju donosimo sažeti prikaz vrednovanja dijela tih programa te neka hrvatska iskustva.

Utjecaj iskustva u djetinjstvu na kasniji zdravstveni status u životu je dobro dokumentiran (Felitti, 1998, Galobardes, 2006, Kessler, 2010, Poulton, 2002, Wadsworth, 1997, Wright, 2001. prema Langford i sur., 2014). Dokazi podupiru da se stavovi, vjerovanja i ponašanja usvojena tijekom ranih godina, primjerice, ona vezana uz pušenje, fizičku aktivnost i izbor hrane, snažno ocrtavaju u odrasloj dobi (Kelder, 1994, Singh, 2008, Whitaker, 1997. prema Langford i sur., 2014), stoga se smatra da je promoviranje zdravih navika u ovim ranim, formativnim godinama od ključne važnosti. Prepoznavanje ovog je dovelo do pojave interesa za ulogu škole kao okruženja za promoviranje zdravog ponašanja kod djece i mladih. Djeca provode velik dio svog vremena u školi, stoga škola ima potencijal da bude snažno područje utjecaja na zdravlje djece. Također, postoji snažna povezanost između zdravstvenog statusa djece i njihovog kapaciteta za učenje (Powney, 2000, Singh, 2008. prema Langford i sur., 2014). Prema Sakomanu (2009), škola je nakon obitelji najvažniji organizirani sustav u državi koji može ispraviti barem dio propusta obitelji. To je jedini društveni odgojni sustav koji na jednome mjestu na razini lokalne zajednice može okupiti gotovo svu djecu, njihove roditelje i mnoge stručnjake iz drugih ustanova. Školski sustav mora imati autonomiju u kreiranju odgojno-obrazovnih preventivnih programa. Škola je ta koja traži stručnu pomoć od vanjskih institucija i odlučuje hoće li je prihvatiti i na koji način. Sama odlučuje hoće li prihvatiti sve ono što joj nude drugi sustavi. Prevencija, integrirana u plan i program škole, ukoliko je utemeljena na znanstvenim spoznajama i ako se provodi korištenjem poglavito stručnih resursa samog školskog sustava, ali i suradnjom sa svim resursima lokalne zajednice, daje velik doprinos zaštiti djece (Botvin, 2001, Mathias, 1997, Catalano, 2003, Steiker, 2008. prema Sakoman, 2009). Mnoge škole u svijetu, pa tako i u našoj zemlji nisu integrirale svoje programe na toj osnovi (Ringwalt, 2002, Zickler, 2002. prema Sakoman, 2009).

Uz punu podršku obitelji i zajednice škole se smatraju najboljim mjestom za razvoj sveobuhvatnog programa za zaštitu mentalnog zdravlja djece, budući da gotovo sva djeca tijekom svog života pohađaju školu, te su često najsnažnija društvena i obrazovna institucija u okviru koje se može provoditi neki oblik intervencije. Za djecu koja dolaze iz manje poticajnih zajednica intervencije mogu predstavljati točku preokreta, a posebno ako u zajednici izostaju drugi oblici potpore (Gross, 2008. prema Weare i Nind, 2011).

Škole imaju duboki utjecaj na djecu, obitelji i zajednicu, a sposobnost i motivacija mladih da idu u školu, uče i primjenjuju naučeno je pod utjecajem njihovog mentalnog

zdravlja. Škole mogu djelovati kao zaštitna mreža za djecu, a, uz obitelj, ključne su u razvoju samopoštovanja i osjećaja kompetencije (Hendren i sur., 1994).

Uloga učitelja je davno nadišla ulogu osobe koja pred pločom (samo) poučava učenike. Oni zauzimaju i ulogu značajne druge odrasle osobe u životu svojih učenika, tj. osobe koja može imati značajni utjecaj na njihov život. Značajni drugi su na početku života djeteta one osobe s kojima ono ostvaruje bliski kontakt poput roditelja, starije braće i sestara te članova šire obitelji. Kako dijete raste, njegovo područje aktivnosti se širi te uključuje osobe izvan obitelji, najčešće vršnjake i učitelje. U školi učenici žele znati mišljenje i stavove svojih učitelja.

U tom smislu, učiteljev *feedback* učeniku može imati značajan utjecaj na njegovo samopoštovanje i samopouzdanje te na njegov osjećaj vlastite vrijednosti. Pozitivan odnos učenika i učitelja izgrađuje pozitivne stavove prema obrazovanju općenito te stvara pozitivno okruženje u učionici koje doprinosi višem akademskom postignuću.

Nesumnjivo, obrazovanje ima značajnu ulogu za zdravlje i ekonomske ishode tijekom života. Obrazovanje i zdravlje su usko povezani. Istraživanja ukazuju na to da će zdrave mlade osobe vjerojatnije učiti učinkovitije, da promoviranje zdravlja može pomoći školama u ispunjavanju društvenih ciljeva i poboljšanju obrazovnih postignuća. Također, mladi koji osjećaju pozitivnu povezanost sa svojom školom i školskim djelatnicima vjerojatnije će imati bolje ishode učenja, a manje vjerojatno je da će se ponašati na visokorizičan način.

Školski zdravstveni programi dio su školovanja već dugo, a „Škola koja promiče zdravlje“ pojavila se 90-ih kao novi okvir koji bi trebao pomoći školama u bavljenju zdravstvenim temama (Leger, 1999). Do tada su se preventivne aktivnosti usmjeravale na zdravstveno obrazovanje kroz formalni školski kurikulum ili na razvoj specifičnih vještina, primjerice, komunikacijskih (Lynagh, 1997. prema Langford i sur., 2014). Neki od tih programa mogu imati kratkotrajni učinak, ali je vrlo malo dokaza da mogu doprinijeti značajnoj promjeni ponašanja na duže staze (Brown, 2009, Faggiano, 2005, Foxcroft, 2011, Waters, 2011. prema Langford i sur., 2014). Zbog ograničenih dosega ovog pristupa, razvio se novi, sveobuhvatniji pristup „Škole koja promiče zdravlje“.

Ovaj je pristup snažno promovirala Svjetska zdravstvena organizacija te se primjenjuje u mnogim zemljama širom svijeta. Zdravlje i obrazovanje su snažno povezani, tj. zdrava djeca postižu bolje rezultate u školi, a to je povezano s boljim zdravljem kasnije, tijekom života (Langford i sur., 2014). Ovaj odnos između zdravlja i obrazovanja osnova je pristupa koji razvija Svjetska zdravstvena organizacija u promoviranju zdravlja u školama na način koji podrazumijeva uključivanje cjelokupnog okruženja škole: **Okvir za škole koje promoviraju zdravlje.**

Zdravlje se promovira kroz cjelokupno školsko okruženje, a ne samo unutar kurikuluma zdravstvenog obrazovanja. Ovaj Okvir ima za cilj promoviranje usvajanja životnih stilova koji su bitni za dobro zdravlje, pružanje okruženja koje podržava i potiče zdrave životne stilove te osposobljavanje učenika i djelatnika škole da djeluju na

zdraviju zajednicu. Potrebno je djelovati na sve tri razine kako bi rezultat bio učinkovit utjecaj na zdravlje (individualna razina, školsko okruženje i šira zajednica). Na individualnoj razini zdravstveno obrazovanje kroz formalni kurikulum ostaje važni dio ovog pristupa. Budući da se prepoznalo kako je za zdrav život u određenom stupnju važno donositi i pravilne odluke (Young, 1989. prema Langford i sur., 2014), učenici trebaju točne informacije o zdravstvenim pitanjima da bi mogli donositi dobre odluke, stoga zdravstveno obrazovanje može povećati znanje učenika i pomoći im u izgradnji pozitivnih stavova i zdravog ponašanja. Bitno je razviti vještine kako bi se učenik mogao ponašati u skladu s tim informacijama, stoga svoju ulogu imaju i programi koji se bave komunikacijskim vještinama, tehnikama odbijanja, jačanjem samopouzdanja i samoučinkovitosti. Proširivanje znanja, izgradnja stavova i razvoj vještina zajedno mogu poboljšati psihosocijalno zdravlje i pomoći u uspostavljanju novih pozitivnih društvenih normi u okviru učeničke populacije vezano za zdravstveno ponašanje. Ipak, ono što djeca uče u okviru formalnih kurikuluma mora biti potvrđeno i podržano u širem školskom okruženju (obitelj, zajednica) da bi bilo vjerodostojno.

Langford i sur. (2014) navode da se pristup „Škole koja promiče zdravlje“ primjenjuje u mnogim školama u svijetu, ali da trenutno nije poznato je li takav pristup uistinu učinkovit. Ova skupina autora pretražila je 20 baza podataka u zdravstvenom, obrazovnom i socijalnom području, kao i registre istraživanja te relevantne mrežne stranice s klaster randomiziranim kontroliranim istraživanjima intervencija u školama koje ciljaju na poboljšanje zdravlja djece između 4 i 18 godina, koje uključuju zdravstveno obrazovanje u kurikulum, mijenjaju školsko fizičko ili socijalno okruženje (ili oboje) te uključuju obitelji učenika ili lokalnu zajednicu (ili oboje). Našli su 67 istraživanja koja zadovoljavaju postavljene kriterije, a bila su fokusirana na širok raspon zdravstvenih tema, uključujući fizičku aktivnost, ishranu, ovisnosti, vršnjačko nasilje, mentalno zdravlje, seksualno zdravlje, uporabu kacige pri vožnji bicikla, oralno zdravlje i dr. Pozitivni učinci su nađeni samo kod dijela intervencija koje su primjenjive ovaj Okvir, a neki od njih su smanjivanje indeksa tjelesne mase, povećana razina fizičke aktivnosti, povećana zastupljenost voća i povrća u prehrani, smanjivanje pušenja i smanjivanje broja prijava za vršnjačko nasilje (Langford i sur., 2014). Efekti intervencija su općenito bili mali, ali s potencijalom da stvore javnozdravstvene benefite na razini populacije.

Malo je istraživanja uključilo bilo koji akademski ishod, prisutnost na nastavi ili druge ishode povezane sa školom, stoga Langford i sur. (2014) smatraju da ne mogu jasno zaključiti o učinkovitosti ovih intervencija u smislu poboljšanja akademskog uspjeha. Također, zaključuju da je potrebno više dobro osmišljenih istraživanja da bi se utvrdila učinkovitost Okvira za druge zdravstvene teme. Većina istraživanja koja su uključena u ovaj pregled provedena je u razvijenim zemljama Sjeverne Amerike, zapadne Europe i Australije. Provedba sustavnih analiza za ovakve složene intervencije predstavlja izazov (Jackson, 2005, Shepperd, 2009. prema Langford i sur., 2014). Većina istraživanja u ovom radu se temeljila na samoizjescima učenika u procjeni utjecaja na izlazne mjere, stoga autori preporučuju primjenu validiranih objektivnih

mjera i „slijepe“ procjenjivače. Osipanje uzorka je također bilo značajan problem, a posebno u istraživanjima koja traju dvije i više godina.

Naposljetku, važno je prepoznati da je škola ipak samo jedna od glavnih domena utjecaja na zdravlje djece. Obitelj i šira zajednica u kojoj djeca žive imaju nemjerljiv utjecaj na njihovo zdravlje, stoga ih je nužno uključiti. Da bi se to postiglo, škole trebaju uzeti u obzir poglede i mišljenje obitelji i zajednice te poticati njihovu podršku i sudjelovanje u aktivnostima promicanja zdravlja. Poruke zdravlja iz škole trebaju biti prihvaćene i osnažene unutar obitelji i šire zajednice ako želimo ostvariti značajan utjecaj na ponašanje djece. U istraživanju koje su proveli Christian i sur. (2015) ravnatelji za suradnju s roditeljima predlažu više neformalne metode u kojima roditelji mogu imati osjećaj dobitka (što bi ih dodatno motiviralo), primjerice, kroz školske svečanosti, prijevoz djece do škole i sl. U svakom slučaju, nema konsenzusa vezano za najbolji način uključivanja roditelja (O'Connor i sur., 2011, Van Lippevelde i sur., 2012. prema Christian, 2015).

Okvir za škole koje promoviraju zdravlje sastoji se od šest područja ili komponenti (WHO, 1996. prema Leger, 1999), a one su školska zdravstvena politika, fizičko okruženje škole, društveno okruženje škole, odnosi u zajednici, osobne zdravstvene vještine i zdravstvene usluge. Naglasak je na odmaku od školskih na programe škole i zajednice, na odmaku od formalnih uputa na poučavanje vještinama u učionici, od naglasaka na informacije o zdravlju na stavove o zdravlju i pojašnjavanje vrijednosti, od obrazovanja o zdravlju na promociju zdravlja u zajednici, od pristupa usmjerenog na školu na interdisciplinarni, međuagencijski, timski pristup te od vještina poučavanja na generičke zdravstvene vještine (analiza medija, asertivnost, suočavanje sa stresom, rješavanje problema).

Malo se pažnje u literaturi posvećivalo školskoj zdravstvenoj politici te je teško naći dokaze za učinkovitost uspostavljanja zdravstvene politike u školi. Literatura ukazuje na to da naponi koji se ulažu u poboljšanje zdravlja učenika i okruženja u kojem uče također obogaćuju i poboljšavaju obrazovne ishode. Drugim riječima, djeca bolje uče ako su zdravija (Arya i Devi, 1991, Lavin i sur., 1992, Iggoe, 1993, Svjetska banka, 1993, Levinger, 1994, WHO, 1995b, NHMRC, 1997. prema Leger, 1999). Pokazalo se da je učenje brže, sveobuhvatnije te da djeca u njemu uživaju ako su zdravija, stoga se čini da „Škole koje promiču zdravlje“ nude pristup koji povećava kapacitet za učenje. Pod pojmom fizičkog okruženja podrazumijevamo sve od ugodnih, prozračnih zgrada do mjesta za igru, zaštite igrališta, recikliranja smeća itd. Smatra se da djeci primjereno fizičko okruženje smanjuje rizik od ozljeda i bolesti, a neprikladno fizičko okruženje narušava zdravlje te za to postoje i sveobuhvatni dokazi već niz godina. Društveno okruženje se negdje naziva i „psiho-socijalno okruženje“ (WHO, 1995a, Young, Williams, 1989. prema Leger, 1999) i „školski etos“ (NHMRC, 1997. prema Leger, 1999), a uključuje disciplinske procedure, strategije smanjivanja tjelesnog i verbalnog nasilja, školske proslave, mehanizme podrške za učenike s tjelesnim ili teškoćama učenja. Istraživanja ukazuju i na to da iskustva u školi stvaraju čimbenike koji utječu na zdravstveno ponašanje u adolescenciji i kasnije, tijekom života (Pink, 1989, Hawkinns i Catalano, 1990,

Nutbeam i sur., 1993. prema Leger, 1999). „Škole koje promiču zdravlje“ usmjerene su na obogaćivanje vještina učenika, kao što su donošenje odluka, rješavanje problema, komunikacija, kritičko mišljenje, kao i na znanje primjereno dobi učenika, a fokus se pomjerio s instrukcija u skladu s novim razumijevanjem toga kako djeca uče. U fokusu je interakcija, participativne metode učenja te aktivnosti izvan učionice, tj. u zajednici.

Analiza jedanaest ključnih studija o „osnovnim školama koje promiču zdravlje“ koju je proveo Leger (1999) pokazuje minimalne zdravstvene dobitke od ovog pristupa. Samo dobro osmišljeni programi, koji su povezali kurikulum s drugim aktivnostima u promicanju zdravlja u školi te koji uključuju značajan profesionalni razvoj učitelja i koji su utemeljeni u nekom teoretskom modelu, mogu ostvariti zdravstvenu dobit za učenike. Korisnost kurikulumskih materijala o zdravlju ovisila je o tome koliko su uključivali učenike i poticali njihovo nezavisno mišljenje i djelovanje. Po završetku kurikuluskog programa dolazilo je do značajnog i brzog pada u različitim dobitaka. Najčešće korištena komponenta „Škole koja promiče zdravlje“ bile su osobne zdravstvene vještine. Pokazalo se da je nedostatak temeljnog obrazovanja učitelja glavna prepreka „uspješnom“ programu „Škole koja promiče zdravlje“. Glavni teoretski model kod većine studija bila je teorija socijalnog učenja (Bandura, 1977). Ova je analiza pokazala da „najviše obećavaju“ programi u kojima je kurikulum integriran u šire inicijative škole i zajednice. Većina je pratila samo zdravstvene ishode, ali ne i obrazovne pokazatelje (Leger, 1999). Mjere školskih zdravstvenih programa nalaze se u vrlo različitim područjima, kao što su znanje, stavovi, obrazovni ishodi i zdravstvena praksa. U području prakse obrazovnih ishoda literatura je posebno zbunjujuća. Glavnina intervencija u školama u vezi zdravlja kod mlađe djece u najboljem slučaju će se moći vidjeti na ishodima tek kasnije, tijekom života (primjerice, rak kože koji se javio zbog neprimjerene zaštite od sunca), stoga školski programi teško mogu jasno pokazati dobitak za zdravlje na kraju programa, posebno na mlađem uzrastu, uz eventualni izuzetak kod dentalnih zdravstvenih programa (Leger, 1999). Upravo zato je i razvoj na području mentalnog zdravlja u osnovnoj školi tek u začetku te je problem u tome kako definirati i mjeriti faktore kao što su stres i suočavanje sa stresom.

Nešto više od zadnja dva desetljeća bilježi se značajan porast istraživanja mentalnog zdravlja i intervencija (Weare i Nind, 2011). Munjas Samarin i Takšić (2009) navode da danas više nisu upitni nalazi istraživanja prema kojima je kod djece školske dobi moguće postići pozitivan utjecaj na emocionalne kompetencije. Ovi autori (2009) donose pregled programa za poticanje socio-emocionalnih kompetencija kod djece primjenjujući sistematizirani sažetak istraživanja njihove efikasnosti Greenberga i sur. (2003). Tako su programi razvrstani u pet skupina, a to su programi za promociju mentalnog zdravlja, programi za prevenciju korištenja psihoaktivnih supstanci, programi za prevenciju asocijalnog ponašanja, izostajanja iz škole i korištenja droga, programi za promicanje akademskog uspjeha i učenja te programi za pozitivan razvoj mladih.

Programi za promicanje mentalnog zdravlja klasificirani su u četiri kategorije, a to su programi za izgradnju općih socio-emocionalnih vještina, programi za prevenciju nasilja, programi za promjenu školske klime te višekomponentni programi koji su usmjereni na više domena.

Programi za prevenciju korištenja psihoaktivnih supstanci podijeljeni su u dva klastera, a to su neinteraktivni i interaktivni programi. Prvi su usmjereni samo na znanje ili samo na afekt ili samo na odluke (vrijednosti/stavove) ili na znanje + afekt. Drugi, pak, uključuju socijalne utjecaje, životne vještine i modele promjene cjelovitih sistema, stoga postižu veći efekt.

Programi za prevenciju asocijalnog ponašanja uključivali su individualno usmjerene intervencije (savjetovanje, mentorstvo, instrukcije socijalne kompetentnosti) te intervencije usmjerene na okolinu (uspostavljanje normi ponašanja, upravljanje disciplinom). Sve intervencije su imale jače efekte kod rizičnih populacija.

Koncept pozitivnog razvoja mladih definiran je kroz skup sljedećih obilježja, a to su uspostavljanje bliskih odnosa, poticanje otpornosti na negativne utjecaje, promicanje socijalne, emocionalne, kognitivne i moralne kompetencije, poticanje samoodređenja i jasnog identiteta, poticanje samoeфикаsnosti i promicanje prosocijalnih normi (zdravih standarda ponašanja).

Hendren i sur. (1994) navode karakteristike učinkovitih školskih programa za zaštitu mentalnog zdravlja. Takvi programi uzimaju u obzir odnos škole i zajednice, kao i jedinstvene kulturalne vrijednosti i identitete, utvrđuju društveno-političke uvjete koji su povezani s uvođenjem i održavanjem sveobuhvatnog programa u školi, uključuju obitelji i članove zajednice kao aktivne partnere u planiranju, provedbi i vrednovanju, koriste vještine profesionalaca na području mentalnog zdravlja u školi i zajednici, interveniraju na više razina, imaju mehanizam koordinacije, usmjereni su na trening učitelja i roditelja, vrednuju svoju učinkovitost i koriste ove informacije za modifikaciju. Sveobuhvatni program zaštite mentalnog zdravlja trebao bi biti dio sveobuhvatnog zdravstvenog programa u školi.

Svrha školskih programa je pružiti djeci iskustvo koje će ojačati njihove sposobnosti suočavanja sa stresorima iz okruženja te s teškoćama s kojima se trebaju nositi tijekom odrastanja (Rutter, 1982. prema Hendren i sur., 1994). Školski programi mogu biti usmjereni na okruženje ili na dijete, ali ova se dva pristupa nužno moraju pratiti. Školsko okruženje se odnosi na klimu „življenja i učenja“ u školi pa pristupi usmjereni na školsko okruženje imaju za svrhu poboljšavanje obrazovne klime i pružanje podrške djeci u povezivanju sa zdravstvenim programom škole u okviru kojih će naći zdrave modele. Pozitivna atmosfera u mentalnom zdravlju uključuje strukturu školskog dana, strukturiranje aktivnosti na igralištu, fizičko okruženje škole i uređenje učionice. Također, ovakvi programi nastoje poboljšati sposobnosti učitelja u nošenju sa specifičnim područjima emocionalnih i bihevioralnih poremećaja s kojima se susreću te upoznati ih s izvanškolskim službama koje mogu pomoći djeci.

Aktivnosti usmjerene na djecu uključuju individualni savjetodavni rad i specifične, na problem usmjerene intervencije, ali i općenite programe na razini učionice koji imaju za cilj poboljšanje vještina suočavanja sa stresom, socijalne podrške i samopoštovanja.

Dokazi (Young i sur., 2013) pokazuju da su uspješni programi na području zaštite mentalnog zdravlja djece u pravilu dobro dizajnirani i utemeljeni u provjerenoj te-

oriji i praksi, oni povezuju školu, obitelj i zajednicu, bave se školskim okruženjem, a zahvaljujući povezanosti učenika, učitelja, obitelji i zajednice ostvaruju dosljednost u ciljevima (promjenu ponašanja), potiču odnose poštovanja i podržavanja među učenicima, učiteljima i roditeljima, primjenjuju interaktivni pristup učenju i poučavanju, pomažu svakom učeniku u povezivanju, pomažu u razvoju akademskih postignuća, socijalnih i emocionalnih vještina, ali i u smanjivanju anksioznosti, depresivnosti te disciplinskih problema u razredu.

Europska mreža škola koje promiču zdravlje (ENHPS, European Network of Health Promoting Schools) zastupa „odgovor cijele škole“. U tom smislu, kurikulum je samo jedna kocka koja sudjeluje u izgradnji „zdrave“ škole, odnosno podjednako su važni školsko okruženje, etos škole, odnosi unutar škole i njene veze sa zajednicom, uključujući i roditelje, stoga se mentalno i emocionalno zdravlje ne može poučavati samo kroz lekcije jer ono ovisi o kvaliteti odnosa unutar škole kao cjeline, tj. o kvaliteti odnosa između učenika i djelatnika te između škole i zajednice u kojoj djeluje. Fizičko okruženje ima značajnu ulogu, tj. mladi se osjećaju poštovanima i uvaženima ako rade u ugodnom, sigurnom, čistom i privlačnom okruženju. Uostalom, i vršnjačko zlostavljanje se odvija često upravo u školama gdje postoje „crne točke“ bez nadzora odraslih osoba (djelatnika škole).

Union DataPrev projekt Europske zajednice proveo je pregled rada na mentalnom zdravlju u četiri područja, a to su roditeljstvo, škola, radno mjesto i starije osobe (Weare i Nind, 2011). **DataPrev** projekt želi razjasniti dokaze i stvoriti bazu podataka koja se sastoji od ključnih principa, pristupa i intervencija temeljenih na dokazima, a relevantnih u Europi. Također, spomenuti Projekt želi izgraditi politiku i preporuke za praksu kako bi oni koji odlučuju mogli odabirati pristupe i intervencije koje će se implementirati. U skladu sa suvremenim definicijama, mentalno zdravlje su u ovom radu autorice široko konceptualizirale te su uključile preko 80 istraživačkih termina poput pozitivne dobrobiti, kvalitete života, komunikacije, otpornosti, internaliziranih i eksternaliziranih problema, depresije, bijesa i sl.

Sustavnim istraživanjem literature u području školstva nađena su 52 sustavna pregleda i meta-analize programa na području mentalnog zdravlja u školama. Te su intervencije imale široki raspon pozitivnih učinaka na djecu, obitelji i zajednice, kao i na ishode u području mentalnog zdravlja, emocija, akademskog uspjeha te na socijalne ishode. Veličina efekta kod većine intervencija bila je općenito mala do umjerena u statističkom smislu, ali velika u smislu utjecaja u stvarnom životu. Obilježja učinkovitijih intervencija su bila vještine poučavanja, usmjerenost na pozitivne aspekte mentalnog zdravlja, ravnoteža između univerzalnih i indiciranih/ciljnih pristupa, rani početak s najmlađim uzrastom djece te nastavljanje sa starijim uzrastom, provedba tijekom dužeg razdoblja i ugradnjom aktivnosti unutar multimodalnog pristupa usmjerenog na cijelu školu (uključuje promjene kurikuluma da bi se ugradile vještine poučavanja i povezanost s akademskim učenjem, unapređenje školskog etosa, edukaciju učitelja, povezanost s roditeljima, edukaciju roditelja, uključenost zajednice i koordinaciju s vanjskim službama). Intervencije (posebno one tipa „odgovor cijele škole“) su bile učinkovite samo ako su bile provedene potpuno i točno (Weare i Nind, 2011).

Škole su složena mjesta i korak naprijed u promicanju zdravlja u školi zahtijeva sofisticiranije teorijske modele koji se temelje i na zdravstvenim, ali i na obrazovnim okvirima. „Školu koja promiče zdravlje“ oblikovao je zdravstveni sektor, a dizajniran je jasno da bi facilitirao zdravstveni dobitak. Prema Legeru (1999), zdravstveni je sektor u značajnoj mjeri ignorirao brojnu literaturu o školstvu, poučavanju i učenju. Neke studije koje su se u promociji zdravlja bavile partnerstvom sa zajednicom pokazuju da takvi odnosi traže izuzetan angažman te značajno vrijeme kako bi se različiti dionici povezali u zajedničkom razumijevanju te da ključni sudionici iz obrazovnog sektora (učitelji i osoblje škole) te iz zdravstvenog sektora (kliničari, savjetnici i pružatelji usluga) imaju slabo razumijevanje onog što onaj drugi sektor može pružiti njihovom sektoru (Minkler, 1991, Goltz, 1992, O'Neill, 1992, Kalnins i sur., 1994. prema Leger, 1999).

Škole se često koriste kao ključno okruženje za javnozdravstvene intervencije. Ipak, prenošenje rezultata istraživanja o učinkovitosti intervencija na školsko okruženje može biti, i najčešće je, izazov, stoga je imperativ bolje razumijevanje ključnih izazova i facilitatora iz perspektive same škole u implementaciji takvih intervencija (Christian i sur. 2015). Škole su složene društvene strukture, stoga to u planiranju programa treba prepoznati kao važni čimbenik, a to uključuje i vjerovanja, stavove i vještine učitelja. Istraživanja ukazuju na to da na razini cijele škole postoje snažni čimbenici koji mogu kočiti ili olakšavati promjenu (Samdal i Rowling, 2012. prema Young, St Leger i Buijs, 2013). U literaturi koja se bavi promoviranjem zdravlja i obrazovanjem sve se više uočava ova složenost (Young i sur., 2013). Istraživanja ukazuju na to da se učitelji trebaju osjećati kao nositelji svake velike promjene u svom načinu rada unutar sustava. Fullan (2002. prema Young i sur., 2013) koristi izraz „moralna svrha“ koju definira kao činjenje razlike u životu učenika i smatra je ključnim motivacijskim čimbenikom u provođenju složene reforme u školi. Uz to, značajnu ulogu imaju samopoštovanje učitelja, njihovo zdravlje i blagostanje.

Programi na području zaštite mentalnog zdravlja, odnosno socio-emocionalnog učenja imaju svoja metodološka ograničenja. Munjas Samarin i Takšić (2009) navode kako mnogi programi nemaju jasno razrađen model i teorijski okvir od kojeg polaze. Iza istog naziva u praksi se često kriju sasvim različiti sadržaji i pristupi. Kada su programi i vrednovani, teško je uspoređivati rezultate zbog toga što imaju postavljene različite ciljeve i ciljne populacije, različita sociokulturna okruženja, različitu razinu kvalitete u primjeni i praćenju provedbe te različite mjere učinka (Matthews i sur., 2002. prema Munjas Samarin i Takšić, 2009). Navodi se i problem usmjerenosti na različite aspekte emocionalne inteligencije u različitim dobnim skupinama, kao i zaključivanje o efikasnosti programa isključivo na temelju samoprocjena sudionika o subjektivnim dobrobitima. Također, bez odgovarajućih komparabilnih skupina u istraživanjima efikasnosti programa, nije moguće nedvosmisleno zaključivati, čemu se mogu pripisati eventualne promjene u funkcioniranju skupine uključene u program.

U istraživanju Christiana i sur. (2015) pokazalo se da ravnatelji osnovnih škola prepoznaju važnost zdravlja djece, ali je provedba javnozdravstvenih programa otežana uslijed prioriteta države u ostvarivanju akademskih postignuća, nedostatka financij-

ske potpore i preopterećenosti različitim inicijativama. Također, tu je i rizik od podizanja sudskih parnica (primjerice, kod promicanja aktivnog prijevoza do škole) i niska uključenost roditelja. Sudionici su također komentirali da se često osjećaju preopterećeni zahtjevima te preplavljeni novim idejama i inicijativama koje su kratkotrajne ili neodržive. One dolaze i od strane vlade, lokalne vlasti, javnog zdravstva, sveučilišta i drugih organizacija koje često rade odvojeno ili nesvjesne aktivnosti i planova onih drugih. Škole ponekad imaju vrlo malo izbora kada država postavlja obvezne programe, čak i kada procjenjuju da neki program neće funkcionirati u školskom okruženju. Ravnatelji su ukazali na to kako je teško održavati istu razinu entuzijazma u kolektivu tijekom dugotrajne provedbe programa. Fleksibilnost u pristupu je nužna zbog dinamične prirode osnovne škole kako bi se programi mogli uvrštavati u kurikulumске planove koji se u pravilu rade jednom u školskoj godini. Mnogi programi zahtijevaju i vrlo motivirano osoblje škole koje ulaže i vlastito slobodno vrijeme u postizanje uspjeha ovakvih programa. Oni koji ne pokušaju razumjeti svakodnevno funkcioniranje škole pri planiranju programa vjerojatno neće stvoriti održive programe, zaključuju ovi autori.

13.1. Hrvatska iskustva

Prema Nastavnom planu i programu zdravstvenog odgoja za osnovne i srednje škole Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta, od 2012. godine u hrvatskim osnovnim i srednjim školama provodi se **Kurikulum zdravstvenog odgoja**. Cilj mu je promicanje zdravlja, zdravih stilova života i usvajanje zdravih životnih navika kroz interdisciplinarni rad i provedbu odgojno-obrazovnih sadržaja u okviru obveznih i izbornih predmeta, školskih preventivnih programa, projekata i sadržaja pripremljenih za provedbu na satu razrednika. Zdravstveni odgoj ili, još preciznije, odgoj i obrazovanje za zdravlje jest medicinsko-pedagoška disciplina koja se bavi unapređenjem zdravstvene kulture društva (MZOS i AZOO, 2013). On omogućuje medicini da poveže svoje rezultate sa socijalnim i kulturnim ostvarenjima te da odgojnim i obrazovnim procesima omogućući da ljudi znanja pretvaraju u zdravstvena uvjerenja. U skladu s tim, zdravstveni odgoj u našim školama smatra se temeljem prevencije, unapređenja zdravlja, sprečavanja bolesti i osiguravanja kvalitete života.

Kurikulum zdravstvenog odgoja sadrži četiri modula, a to su Živjeti zdravo, Prevencija nasilničkog ponašanja, Prevencija ovisnosti, Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje. Ostvaruje se kroz sate razrednika, a veći dio je integriran u redovne nastavne programe. U okviru modula Živjeti zdravo djeca uče o pravilnoj prehrani, osobnoj higijeni, tjelesnoj aktivnosti i mentalnom zdravlju. U modulima Prevencija ovisnosti i Prevencija nasilničkog ponašanja osobita se pozornost posvećuje i nekim novijim pojavama, a to su nasilje korištenjem informacijsko-komunikacijskih tehnologija, kockanje i klađenje adolescenata. Slijede problemi koji su sve više prisutni s tragičnim posljedicama u prometu, a odnose se na prebrzu vožnju, vožnju pod utjecajem alkohola, droga itd. Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje je modul kojim se učenicima žele dati znanstveno utemeljene informacije,

ali i uvidi u različita promišljanja te raznorodne vrijednosne perspektive. Cilj modula je omogućiti učenicima usvajanje vještina potrebnih za donošenje odgovornih odluka važnih za očuvanje njihova fizičkog i mentalnog zdravlja te im pomoći da kroz razumijevanje različitosti i kritičko promišljanje izgrade pozitivan odnos prema sebi i drugima.

Program Zdravstvenog odgoja temelji se na holističkom poimanju zdravlja koje obuhvaća očuvanje zdravlja i kvalitete života, humane odnose među spolovima i ljudsku spolnost, prevenciju ovisnosti, kulturu društvene komunikacije i prevenciju nasilničkog ponašanja. Program je zasnovan na višedimenzionalnom modelu koji podrazumijeva povezanost tjelesnog, mentalnog, duhovnog, emocionalnog i socijalnog aspekta zdravlja, a ispunjenje i stabilnost u svakoj od navedenih dimenzija pridonose cjelovitosti razvoja i povećanju kvalitete življenja svake osobe. Osposobljavanje za kritičko prosuđivanje životnih situacija i vlastitih postupaka, za odgovorno donošenje odluka te razvoj tolerancije nalazi se u temeljima svih modula.

Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje je proveo vrednovanje provedbe zdravstvenog odgoja u školskim godinama 2012./2013. i 2013./2014. U Izvješćaju (Muraja i sur., 2014) su predstavljeni zaključci doneseni temeljem ispitivanja učenika, roditelja/skrbnika i učitelja/nastavnika kroz nekoliko različitih pristupa i metoda. Prepoznato je preklapanje sadržaja zdravstvenog odgoja s mnogim drugim školskim nastavnim i izvannastavnim aktivnostima. Nije utvrđen značajni napredak u izmjeranim znanjima, odnosno izostao je edukacijski učinak eksperimentalnog programa zdravstvenog odgoja, osim u 3. i 5. razredima osnovne škole. Ovakav su rezultat autori Izvješćaja pokušali objasniti razvojnou dobju učenika u tim razredima, ali i intenzivnim odgojno-obrazovnim radom učitelja razredne nastave. U srednjim školama gdje je u potpunosti izostao edukacijski učinak programa autori navode kao jedan od mogućih razloga upitnu motivaciju škola za izvedbu zdravstvenog odgoja. Nadalje, dok je kod učenika osnovne škole usvojenost sadržaja prilično visoka, kod učenika srednje škole postoji prostor za napredak i usvajanje novih znanja u ovom području. Potvrđena je relevantnost Nastavnog plana i programa zdravstvenog odgoja za osnovne i srednje škole kao temeljnog dokumenta, s potrebom razrade dodatnih materijala za izvođenje nastave zdravstvenog odgoja.

Učitelji/nastavnici podijeljeni su u stavu spram zdravstvenog odgoja, pri čemu dio učitelja/nastavnika izražava zabrinutost oko budućnosti provedbe na predloženi način zbog niza čimbenika, a to su organizacijski, profesionalni i osobni. Svi učitelji/nastavnici slažu se oko toga kako su teme zdravstvenog odgoja iznimno važne za učenike te izražavaju spremnost za daljnje stručno usavršavanje u ovom području. Učitelji/nastavnici iskazali su pozitivan stav spram preporučenih metoda rada u okviru nastave zdravstvenog odgoja, ali i nedostatak vremena za provedbu istih, kao i manjak samopouzdanja za izvođenje metoda i sadržaja koji su im manje poznati.

Izražena je potreba za kontinuiranim stručnim usavršavanjem o sadržajima zdravstvenog odgoja za sve učitelje/nastavnike te stručne suradnike. Način provedbe zdravstvenog odgoja kroz najviše 12 sati razrednog odjela predstavlja nedostatnu

satnicu za provedbu predloženih sadržaja. Razrednici su iskazali nezadovoljstvo održavanjem nastave zdravstvenog odgoja tijekom sati razrednog odjela jer im to oduzima značajan dio vremena za redovne aktivnosti koje provode s učenicima. Smatraju kako bi im veća sloboda u odabiru tema zdravstvenog odgoja, a prema situaciji u njihovom razredu, olakšala izvođenje ove nastave. Učenici su, kao i učitelji/nastavnici prepoznali važnost tema zdravstvenog odgoja te posebno pohvalili metode učenja i poučavanja, kao i postignutu razinu međusobne komunikacije. Roditelji/skrbnici također smatraju teme i sadržaj zdravstvenog odgoja izuzetno važnima, no razlikuju se u stavovima oko načina provedbe u školama. Postoji neslaganje između dijela predloženih sadržaja (modul Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje) i vrijednosnih stavova dionika provedbe zdravstvenog odgoja. Dio učitelja/nastavnika traži mogućnost odabira svog sudjelovanja u izvedbi programa ili barem uključenje dodatnih predavača za ove sate zdravstvenog odgoja. Također, dio roditelja/skrbnika traži mogućnost odabira sudjelovanja njihove djece u zdravstvenom odgoju ili barem mogućnost nesudjelovanja na tim satima zdravstvenog odgoja (Muraja i sur., 2014).

Daleko prije od Kurikuluma zdravstvenog odgoja u hrvatske škole se počelo uvoditi Školske preventivne programe (krajem 90-ih godina 20. stoljeća). Školski preventivni programi (ŠPPO) zamišljeni su tako da, djelujući tijekom čitavog odgojno-obrazovnog procesa, učenik bude do početka adolescencije osposobljen za kvalitetno samozaštitno reagiranje u situacijama u kojima sam mora odlučiti „uzeti ili ne uzeti drogu“. Temeljni mu je cilj, u interesu zaštite zdravlja, smanjiti interes djece i mladih za iskušavanje sredstava ovisnosti jer što ih više iskuša drogu, veći će biti broj onih koji će zbog drugih razloga i psiho-biološke predispozicije nastaviti s tim ponašanjem. Cilj je ŠPPO-a korištenjem posebno razrađene metodologije tijekom odgojno-obrazovnog procesa učiniti što više djece „otpornima na droge“ (Sakoman, 2009). Kvalitetno i kontinuirano provođenje ŠPPO-a može znatno (i više od 30 %) pridonijeti smanjenju konzumacije droga i odgoditi eventualno eksperimentiranje za koju godinu kasnije (Sakoman, 2009).

ŠPPO je koncipiran kao integralni dio odgojno-obrazovnog procesa koji, u najvećoj mjeri, neposredno provodi stručni kadar u školama. Kako bi se osiguralo dosljedno i kontinuirano provođenje programa prevencije, u svakoj se školi imenuje voditelj školskih preventivnih programa, kao i školsko povjerenstvo koje čine učenici, roditelji, prosvjetni djelatnici, liječnik školske medicine i istaknuti lokalni stručnjaci za prevenciju ovisnosti i ostale preventivne aktivnosti. Školski preventivni programi dio su svih godišnjih planova i programa odgojno-obrazovnih ustanova (Bezinović, 2009).

ŠPPO ima deset djelatnih točaka i svaka je škola dužna, sukladno svojim specifičnostima, mogućnostima i uzrastu učenika, izraditi svoj program i provoditi ga u koordinaciji s Ministarstvom znanosti, obrazovanja i sporta (Sakoman, 2009). Djelatne točke ŠPPO-a su:

1. osposobljavati sadašnje i buduće nastavnike i učitelje tako da unapređenjem pedagoškog rada i na druge načine postanu kreatori „kvalitetne škole“, „zdrave škole“, „škole bez neuspjeha“;

2. afirmacija karijere uspješnog roditeljstva;

3. organizacija i provođenje kvalitetnog i nerizičnog slobodnog vremena učenika;

4. specifično obrazovanje učenika o svim relevantnim pitanjima u svezi s pušenjem duhana, pijenjem alkohola i uzimanjem droga, rizicima vezanim uz igre na sreću i računalne igre. Ta specifična edukacija ima za cilj utjecati na oblikovanje poželjnih stavova;

5. „učenje socijalnih vještina“, a ono podrazumijeva osposobljavanje mladih za nalaženje kvalitetnog odgovora i alternative za mnoge tipične motive, situacije i razloge zbog kojih se započinje s uzimanjem sredstava (učenje mladih vještinama prihvatljivog samopotvrđivanja, komunikacije, zdrave zabave, učenje mladih rješavanju problema i kriznih situacija, njegovanju samopoštovanja, odupiranju negativnim utjecajima vršnjaka, modnih trendova i medija);

6. diskretni, personalni zaštitni postupak za visokorizičnu djecu (koju treba promatranjem i uporabom psihosocijalnih indikatora otkrivati u svakom razredu);

7. tehnika razred kao terapijska zajednica (pomoć onim pojedincima kojima prijeti opasnost od isključenja i koji svojim ponašanjem ugrožavaju ostale);

8. rano otkrivanje konzumenata u suradnji s obiteljima i vanjskim stručnjacima (dijagnostika te intervencija i pomoć u tretmanu učenika konzumenata droga i ovisnika);

9. suradnja škole i lokalne policije (radi sustavnog sprečavanja dostupnosti (prodaje) droga u samoj školi i neposrednom okruženju škole);

10. stalna edukacija djelatnika škole da bi oni što kvalitetnije provodili, unapređivali i kontinuirano vrednovali ŠPPO.

Kako bi prevencija imala pozitivne učinke, ona mora biti utemeljena na empirijskim podacima, na dubokom razumijevanju specifičnih okolnosti škole, potreba učenika i okruženja iz kojega učenici dolaze. Zbog toga je nužno provoditi istraživanja, analize i vrednovanja postojećih postupaka i školske prakse s ciljem njihovog unapređivanja i mijenjanja („evidence-based“ pristup) (Bezinović, 2009).

U analizi preventivnih programa u školama u Rijeci korišteni su sljedeći kriteriji vrednovanja ŠPP-a: angažiranost cijele škole, analiza ponašanja učenika (usporedba s drugim školama) te fokus preventivnog programa (prioritetna područja). Kazija (2009) zaključuje da se u školama Grada Rijeke ulaže znatan trud u preventivne programe, ali ističe nekoliko problema, a to su nestrukturiranost (mnoštvo nepovezanih sadržaja), formaliziranje (bilježenje aktivnosti bez povezivanja s potrebama škola, tj. nedostatak vrednovanja), (ne)razumijevanje partnerstva i odgovornosti pojedinih dionika u odgojno-obrazovnom sustavu te preopterećenost škola i prevelika očekivanja i zahtjevi zajednice, osnivača, roditelja i sl. Ističe važnost ojačavanja učitelja, suradnika i ravnatelja, posebno u smislu stalne edukacije i rada na jačanju osobnih kapaciteta.

Unapređivanje kvalitete školskih preventivnih programa dio je osmišljene nacionalne strategije koja ima za cilj sprečavanje korištenja sredstava ovisnosti i zaštitu

zdravlja i dobrobiti građana. U toj strategiji škola ima posebno mjesto jer je jedna od njenih osnovnih funkcija osiguravanje optimalnog, zdravog rasta i razvoja djece i mladih. Prevencija u školama ima dvostruku ulogu, tj. reduciranje psiholoških i zdravstvenih problema te unapređivanje emocionalne, socijalne i akademske kompetentnosti, kao i zdravlja učenika.

Istraživanja u području prevencije ističu važnost općeg ozračja u školi, postizanje prisnije povezanosti učenika sa školom i osjećaj pripadnosti školskoj zajednici (McNeely i sur., 2002, Osterman, 2000. prema Kazija, 2009). Školski preventivni programi moraju se fokusirati na promicanje zdravlja, jačanje kompetencija i korištenje strategija za reduciranje rizičnih čimbenika te na jačanje zaštitnih mehanizama putem koordiniranog programiranja, odnosno brižljivog planiranja pristupa, aktivnosti i postupaka (Bezinović, 2009). Od škola se puno očekuje i one su pod neprestanim pritiscima prosvjetnih vlasti i javnosti. Škole su gotovo prisiljene prihvaćati i preuzimati različite fragmentirane inicijative za rješavanje različitih problema, nametnute bez adekvatnog razumijevanja svrhe, prioriteta i potreba samih škola (Bezinović, 2009). Takvi pokušaji mogu donijeti više štete nego koristi. Često nisu vezani uz osnovnu funkciju škole niti su međusobno povezani. Bez vrednovanja njihovi učinci ostaju nepoznati, a unapređivanje nije moguće (Bezinović, 2009).

Jedan od najpoznatijih preventivnih programa u našoj zemlji, posebno kada je riječ o vršnjačkom zlostavljanju, zasigurno je program UNICEF-ovog ureda za Hrvatsku „**Za sigurno i poticajno okruženje u školama**“. Ovaj Program primjenjivan je u osnovnim i srednjim školama i sadrži sedam elemenata (Pregrad, 2011), a to su osviještenost o postojanju problema (vršnjačkog nasilja), definiranje elemenata zaštitne mreže (aktivnosti na razini odjela, škole i s roditeljima), uspostavljanje učinkovite zaštitne mreže, suradnja s drugim čimbenicima u lokalnoj zajednici, učeničko traženje pomoći, reagiranje i djelovanje škole po protokolu o postupanju te element koji predstavlja školu kao sigurnije mjesto. Tema zlostavljanja među djecom u školama odabrana je na temelju niza strateških dokumenata i ispitivanja hrvatske javnosti na uzorku od tisuću kućanstava. Građani su procijenili da je zaštita djece od zlostavljanja i zanemarivanja najvažnija tema za dobrobit djece u Hrvatskoj. Mnoge su države provele različite preventivne programe kako bi reducirale pojavnost zlostavljanja među djecom i ti programi su imali niz istovrsnih elemenata, a to su poučavanje djelatnika škole o zlostavljanju, uključivanje šire zajednice, uključivanje relevantnih sadržaja u kurikulum, povećana dežurstva i nadgledanje, poticanje učenika da traže pomoć kada su zlostavljani i unaprijed dogovoren plan djelovanja u slučaju zlostavljanja. Komparativna studija iskustava iz različitih zemalja (Rigby, 2002. prema Pregrad, 2011) pokazala je da nasilno i zlostavljajuće ponašanje među djecom može biti smanjeno dobro planiranom intervencijom (u prosjeku 15 %), pri čemu je smanjenje veće ako se program u školi provodi zdušno i odlučno u cijeloj školi te duži niz godina („odgovor cijele škole“). Spomenuta studija pokazala je i to da programi više utječu na zlostavljanu djecu i promatrače nego na ponašanja djece koja zlostavljaju. Također, programi su bili najučinkovitiji u osnovnoj školi. Nešto bolji učinak su pokazali programi oslonjeni na postupanje koje nije optužujuće i orijentirano je na rješavanje problema u odnosu

na one koji se oslanjaju na kažnjavanje, iako Rigby (2002. prema Pregrad, 2011) zagovara kombinaciju obaju pristupa. Posebno učinkovitima su se pokazali podizanje svijesti o problemu, intervencije na više razina, učenje životnih vještina, osnaživanje i aktivno uključivanje djece (vršnjačka pomoć, medijacija, učenička vijeća), povećanje stručnih znanja za pomoć djeci koja trpe nasilje, kao i onoj koja ga čine te uključivanje roditelja.

Priručnik ovog Programa sadrži popis razrađenih koraka i postupaka s materijalima za rad te je unapređen iskustvima koja su njegovi autori stekli pri provođenju Programa. Svaka škola sudionica dobila bi svog mentora čije su zadaće izložiti Program u školi, održavati radionice za učitelje te biti savjetnik i pomagač školskim djelatnicima u svim koracima. Glavnina se Programa odvija tijekom jedne godine, i to kroz sjednice učiteljskih vijeća, satove razrednog odjela, roditeljske sastanke, sastanak svih zaposlenika škole, pripremu učenika za vršnjačku podršku itd. Program je osmišljen kao okvirni program, „kostur“, konkretnog programa jedne škole kako bi škola mogla pojedine dijelove prilagoditi svom godišnjem planu i programu rada, resursima, obilježjima lokalne zajednice i sl. Važna osobina Programa leži u činjenici da su učenici u njemu vrlo aktivni sudionici na različite načine – od osmišljanja vrijednosti, pravila i posljedica u vlastitom odjelu pa sve do vršnjačke podrške i drugih akcija u slobodnim aktivnostima (Pregrad, 2011). Značajna je i suradnja s lokalnom zajednicom.

Nakon provedbe Programa u prvoj generaciji škola provedeno je vanjsko nezavisno vrednovanje od strane Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu. Ukupno gledajući, cijeli školski program postigao je postavljene ciljeve (Pregrad, 2011). U školama su već nakon jedne godine provođenja Programa postignute mjerljive promjene. Učenici su više primjećivali nasilje, manje su se bojali, vidjeli su da odrasli reagiraju, i to bitno više, na pojavu nasilja. Nasilje se smanjilo u svim kategorijama, osim u ignoriranju i isključivanju iz društva. U školama koje su nastavile provoditi Program podigao se i održao osjećaj kompetentnosti učitelja za rješavanje problema vršnjačkog nasilja, a smanjio se broj učitelja koji se osjećaju bespomoćno i zbunjeno. Učitelji su kao najkorisniji dio Programa procijenili sudjelovanje učenika. Nadalje, iako je prema rezultatima vrednovanja 78 % roditelja znalo za provedbu Programa, samo je njih 6 % aktivno sudjelovalo (mimo roditeljskih sastanaka). Napravljen je i značajan pomak u suradnji s roditeljima pa je nakon treće godine provedbe postotak sa 6 porastao na 22 % aktivno uključenih roditelja. Autori vjeruju da daljnje moguće poboljšanje Programa leži u većem, sustavnijem i aktivnijem uključivanju roditelja koji još uvijek premalo sudjeluju u životu i radu škole (Pregrad, 2011).

PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies)-**RASTEM program** odnosi se na promoviranje alternativnih strategija mišljenja, a razvili su ga Mark Greenberg i Carol Kusché ranih 80-ih godina 20. stoljeća. Dizajniran je za primjenu u školama od predškole do 5. razreda osnovne škole (Novak i sur., 2010). Učinkovitost Programa njegovi autori dokazuju randomiziranim studijama tijekom njegove replikacije i implementacije diljem svijeta (Greenberg i sur., 1995, Kam i sur., 2004, Riggs i sur., 2006. prema Novak i sur., 2010).

Program se u Hrvatskoj provodio u sklopu nekoliko projekata iniciranih od strane znanstvenika Centra za preventivna istraživanja Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (<http://www.cpi-erf.com/projekti/paths-rastem-program>).

Programske aktivnosti ovog razvojno utemeljenog kurikulumu univerzalne prevencije, koji promovira socio-emocionalnu kompetenciju te pomaže u preveniranju ponašajnih i emocionalnih problema, provode učitelji kao dio redovne nastave. Namjera je autora da se kroz Program osigura generalizacija aktivnosti i strategija iz školskog okruženja u ostale životne kontekste u kojima se djeca kreću.

Opći je cilj Programa smanjivanje agresije i problema u ponašanju, a njegova četiri podcilja su povećanje samokontrole, razvijanje emocionalne regulacije, poznavanje koraka rješavanja problema, uz povećanje sposobnosti za njihovu primjenu te promoviranje pozitivnih vrijednosti i zdravih odnosa. PATHS kurikulum sastoji se od priručnika s uputama, lekcijama, fotografijama, sličicama, plakatima te karticama osjećaja i podijeljen je u tri veće cjeline, a to su spremnost i samokontrola, osjećaji i odnosi te interpersonalno rješavanje problema. Također su uključene lekcije koje se odnose na samopoštovanje i unapređenje komunikacije među vršnjacima. Sveukupno, ovaj program nudi 131 lekciju koja se može provoditi kroz razdoblje od pet godina.

Program koristi metode kognitivno-bihevioralne terapije, trening vještina i socio-emocionalno učenje (Vučenović, 2015). Najveći je naglasak upravo na povećanju samokontrole koja prevenira eskalaciju nasilnog i impulzivnog ponašanja. Zadatak je učitelja pokazati djetetu kako se uslijed, primjerice, ljutnje i frustracije potrebno na trenutak zaustaviti, smiriti i razmisliti o daljnjim postupcima prije nego što bude prekasno. Navedene intervencije kod učenika rezultiraju povećanjem akademskog uspjeha, a imaju i značajan utjecaj na razrednu klimu, što olakšava učenje i čini ga zabavnijim. Djeca koja su u njima sudjelovala bolje od svojih vršnjaka prepoznaju i razumiju emocije, shvaćaju probleme na koje nailaze, uspješnije se rješavaju frustracije i, što je najvažnije, pokazuju niže stupnjeve agresije (Vučenović, 2015).

Hrvatska implementacija ovog kurikulumu odvijala se u nekoliko faza. Prije primjene u istarskim školama Program je preveden i modificiran sukladno našem kulturološkom okruženju. Osigurana je administrativna i tehnička podrška, a zatim su provedeni edukacija i trening učitelja. Tijekom implementacije Programa u dvije godine provodio se i postupak praćenja implementacije. Vrednovanje učinka PATHS programa u Istarskoj županiji učinjeno je po uzoru na dotadašnja svjetska iskustva i po naputcima autora, a sastojalo se u primjeni upitničkih mjera koje su se odnosile na socijalne kompetencije učenika, prepoznavanje emocija, intervju s učenikom te upitnik kojim se procjenjuje generalizaciju PATHS lekcija na ostale školske i svakodnevne aktivnosti. Vrednovanje ovog kurikulumu u istarskim školama sastojalo se od dviju velikih komponenti, odnosno od vrednovanja implementacije i vrednovanja učinka (Novak i sur., 2010). Analiza svih kvalitativnih podataka koji su dobiveni tijekom praćenja implementacije, kao i mjesečni upitnici za koordinatore te iskazi učitelja, učenika i roditelja pokazali su zadovoljstvo okruženja procesom provedbe Programa, pozitivna iskustva s Programom, odnosno visoku kvalitetu implementacije. Ipak, kako se radilo

o prvoj i pilot provedbi ovog Programa u našoj zemlji, nije bilo moguće ispuniti izuzetno važan zahtjev ovog Programa, a to je nužnost za generalizacijom na ostala područja života škole. Nadalje, tijekom provedbe Programa, uočilo se da je kontinuirano bila potrebna izuzetna kreativnost i predanost učitelja te da se taj čimbenik povremeno činio važnijim za ishode Programa nego same aktivnosti koje su se primjenjivale. Implementacija Programa zahtijeva dodatan angažman učitelja, a potrebno je da učitelji koji je primjenjuju već imaju znanja o vođenju razrednog odjela, razvoju djeteta, suradnji s roditeljima i drugim aspektima rada u razredu.

U vrednovanje su bila uključena po četiri kontrolna i četiri eksperimentalna razredna odjela. Novak i sur. (2010) prikazali su samo rezultate procjene socijalne kompetencije učenika i prepoznavanja emocija u tri vremenske točke.

Do porasta socijalnih kompetencija došlo je kod učenika iz obiju skupina (kontrolne i eksperimentalne), što su autori pripisali sazrijevanju i razvoju učenika te smatraju da su učitelji učenike iz PATHS razrednih odjela nešto strože procjenjivali zbog osjetljivosti izazvane uključivanjem u Program. Na Upitniku procjenjivanja emocija nisu nađene statistički značajne razlike u prepoznavanju tuge i straha (podjednako visoko) između učenika u ovim dvjema skupinama. Analiza je pokazala da su učenici iz eksperimentalne skupine češće od učenika iz kontrolne skupine prepoznavali kada se netko ljuti.

PATHS-RASTEM program se potom provodio u 15 osnovnih škola Grada Zagreba, Grada Rijeke te u ostalim školama Istarske županije, dok je ukupno 30 škola uključeno u istraživanje učinaka Programa. Isto tako, PATHS program se provodio u 6 vrtića u Hrvatskoj (<http://www.cpi-erf.com/projekti/paths-rastem-program>).

Forum za slobodu odgoja je u suradnji sa šest osnovnih škola proveo **projekt „Rane odgojno-obrazovne intervencije temeljene na pokazateljima uspješnosti“**. Razvojem i provedbom šest školskih planova podrške učenicima s problemima u ponašanju, koji imaju obilježja rane odgojno-obrazovne intervencije, djelatnici škola stekli su iskustva usmjerena na podrške selekcioniranoj skupini učenika koji tijekom razredne nastave manifestiraju teškoće u ponašanju, a vrednovanje tog procesa i pokazatelja njegove uspješnosti osiguralo je temeljne uvide u svrhovitost i isplativost takvih ulaganja (Bouillet, 2015). Učenici su dobili priliku da nauče djelotvornije zadovoljiti vlastite potrebe, a roditelji da nauče djelotvornije pridonositi razvoju i obrazovanju svoje djece (Bouillet, 2015). Ukupno gledajući, pri procjeni učinaka rane odgojno-obrazovne intervencije, utvrđeno je da su prije i nakon intervencije (tijekom jedne školske godine) razrednici najviše pozitivnih promjena uočili u prosocijalnom ponašanju učenika. Na drugom su mjestu promjene u nemirnom i nediscipliniranom ponašanju učenika, a na trećem poboljšani vršnjački odnosi. Ozbiljniji problemi u ponašanju tijekom rane intervencije nisu procijenjeni znatno promijenjenima, a to posebno nije slučaj s emocionalnim teškoćama učenika. U Projektu je svaka škola – sudionica bila jedinstvena u svom iskustvu izrade i primjene školskog plana podrške učenicima s problemima u ponašanju, ali su uočeni i neki zajednički elementi u procesu razvoja i primjene tog plana. Iz toga su proizašle i smjernice u stvaranju i provedbi

školskog plana podrške učenicima s problemima u ponašanju koji ima obilježja rane odgojno-obrazovne intervencije (Bouillet, 2015). Te su smjernice:

1. školski plan utkati u svakodnevni život i rad škole, uz poticanje učenika s problemima u ponašanju na sudjelovanje;
2. aktivnosti provoditi sa svim učenicima, roditeljima i učiteljima;
3. procjenjivati rizične i zaštitne čimbenike za razvoj problema u ponašanju te u skladu s njima nuditi aktivnosti;
4. na razini škole promicati vrijednosti usmjerene pažnje na učenike s problemima u ponašanju te graditi razumijevanje planirane podrške;
5. školski plan temeljiti na kvalitetnim međuljudskim odnosima u školi općenito;
6. planirati grupne i individualne oblike rada s učenicima, roditeljima i učiteljima;
7. osnaživati kompetencije izvoditelja aktivnosti za provođenje školskog plana;
8. školski plan usmjeriti na akademsku podršku učenicima s problemima u ponašanju, psihosocijalnim aktivnostima (razvoj socio-emocionalnih vještina), izvannastavnim aktivnostima i aktivnostima na razini škole;
9. uključivati školu u život lokalne zajednice i otvoriti školu za lokalnu zajednicu.

U suvremenoj se literaturi rana intervencija najčešće definira kao skup mjera i aktivnosti koje su usmjerene prema ranom prepoznavanju djece u riziku i/ili s već razvijenim teškoćama u razvoju kako bi se njima i njihovim obiteljima osigurala pravodobna sveobuhvatna stručna podrška (Bouillet, 2015). Radi se o multidisciplinarnim uslugama koje se usklađeno pružaju kada dijete ima razvojni rizik ili teškoću kako bi se unaprijedio njegov razvoj i osnažilo njegovu obitelj (Ljubešić, 2013. prema Bouillet, 2015). Svjetska zdravstvena organizacija uz ranu intervenciju vezuje programe namijenjene djeci u riziku od razvojnih teškoća i usmjerene prema poticanju osobnog razvoja djece, jačanju njihove otpornosti, unapređivanju relevantnih kompetencija članova obitelji te promicanju socijalne inkluzije obitelji i djece (Phillips, 2012. prema Bouillet, 2015). Europski centar za droge i ovisnosti (2009. prema Bouillet, 2015) ranu intervenciju na kontinuumu prevencije poremećaja u ponašanju smješta na razinu selektivne prevencije kojoj prethodi univerzalna, a na koju se nadovezuje indicirana razina prevencije. Prema tome, radi se o intervenciji usmjerenoj prema selekcioniranim učenicima koji se uključuju u univerzalne i rano interventne školske kurikule i aktivnosti, dok učenici s intenzivnim problemima u ponašanju iziskuju intervencije i tretmane koji u pravilu nadilaze mogućnosti same škole te djelovanje različitih službi u lokalnoj zajednici.

13.2. Iskustva u Splitsko-dalmatinskoj županiji

Služba za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije od 2011. godine provodi projekt unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih simboličnog naziva „**Pretežno vedro**“. Cilj Projekta je poticanje emocionalnog razvoja mladih (prepoznavanje i iskazivanje emocija na socijal-

no prihvatljiv način). Iz godine u godinu raste broj ustanova i organizacija (posebno škola) partnera u ovom Projektu, a aktivnosti se mijenjaju i prilagođavaju ljudskim resursima pojedine ustanove te interesima mladih koji sudjeluju u Projektu. Također, mladi aktivno sudjeluju i u osmišljanju i vrednovanju ishodnih materijala u Projektu putem fokus grupa te u njihovom javnom predstavljanju, odnosno gotovo u svim fazama Projekta.

Ovdje bih se kratko osvrnula na Projekt kao jedan od njegovih dugogodišnjih sudionika – suvoditelja u Osnovnoj školi „Stobreč“ (od 2011. godine), dakle iz subjektivne perspektive djelatnika škole. Kao njegove prednosti uočila sam zastupljenost multimedijalnosti i naglasak na kreativnosti, što ga čini zanimljivim učenicima. Izmjena aktivnosti svake školske godine omogućuje izbjegavanje zasićenosti kod učenika i pruža mogućnost prilagođavanja interesima pojedine generacije. Također, zbog mogućnosti izmjene učitelja – suradnika, prema planiranim aktivnostima i afinitetima učitelja, izbjegavamo stvaranje zasićenja i preopterećenosti učitelja. Projekt zbog svojih različitih aktivnosti daje mogućnost uključivanja i učenika s teškoćama i darovitih učenika. Općenito, fleksibilnost i kreativnost ovog Projekta omogućuju mu da se prilagodi ljudskim resursima pojedine škole, a suradnja s drugim sudionicima olakšava provedbu u praktičnom i financijskom smislu.

Literatura

Bouillet, D. (ur.) (2015). *Razvoj modela rane odgojno-obrazovne intervencije u osnovnoj školi: od ideje do evaluacije*. Zagreb: Forum za slobodu odgoja.

Centar za preventivna istraživanja, PATHS-RASTEM program, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.cpi-erf.com/projekti/paths-rastem-program> (pristupljeno: 24. 7. 2015.)

Christian, D.; Todd, C.; Davies, H.; Rance, J.; Stratton, G.; Rapport, F.; Brophy, S. (2015). Community led active schools programme (CLASP) exploring the implementation of health interventions in primary schools: headteachers' perspective. *BMC Public Health*, 15:238, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/238> (pristupljeno: 24. 7. 2015.)

Hendren, R.; Birrell Weisen, R.; Orley, J. (1994). *Mental Health Programmes in Schools*. Geneva: Division of Mental Health World Health Organization, dostupno na mrežnoj stranici: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62308/1/WHO_MNH_PSF_93.3_Rev.1.pdf (pristupljeno: 24. 7. 2015.)

Kazija, M. (2009). Analiza postojećih školskih preventivnih programa. U: Bezinović, P. *Vrednovanje školskih preventivnih programa osnovnih škola Grada Rijeke, 2009. Samoanaliza i planiranje školskih preventivnih programa*. Rijeka: Grad Rijeka, dostupno na mrežnoj stranici: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/Vrednovanje%20školskih%20preventivnih%20programa.pdf> (pristupljeno: 25. 7. 2015.)

Langford, R.; Bonell, C. P.; Jones, H. E.; Poulou, T.; Murphy, S. M.; Waters, E.; Komro, K. A.; Gibbs, L. F.; Magnus, D.; Campbell, R. (2014). *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement* (Review). The

Cochrane Collaboration. JohnWiley & Sons, Ltd., dostupno na mrežnoj stranici: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008958.pub2/pdf> (pristupljeno: 25. 7. 2015.)

Mihaljević, Š. (ur.) (2013). *Priručnik za učitelje i stručne suradnike u razrednoj nastavi. Zdravstveni odgoj*. Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta i Agencija za odgoj i obrazovanje.

Munjas Samarin, R.; Takšić, V. (2009). Programi za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 12 (2): 355 – 371.

Muraja, J.; Šabić, J.; Elezović, I.; Andročec, I.; Gašpar, M.; Petrić, A. (2014). *Izveštaj o vanjskom vrednovanju provedbe zdravstvenog odgoja školske godine 2012./2013. i 2013./2014.* Zagreb: Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje obrazovanja, dostupno na mrežnoj stranici: http://dokumenti.ncvvo.hr/Dokumenti_centra/ZOO/Izvjestaj_zoo2.pdf (pristupljeno: 29. 3. 2016.)

Novak, M.; Vorkapić-Jugovac, G.; Šiljan Bembić, H. (2010). PATHS – Školski preventivni program socijalno emocionalnog učenja. U: Bašić, J.; Grozić-Živolić, S. (ur.) *Zajednice koje brinu. Model prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih: razvoj, implementacija i evaluacija prevencije u zajednici*. Pula: Istarska županija.

Pregrad, J. (2011). *Priručnik: Program prevencije vršnjačkog nasilja. Za sigurno i poticajno okruženje u školama*. II. dopunjeno izdanje. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.

Sakoman, S. (2009). Školski programi prevencije ovisnosti. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.

St Leger, L. H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – a review of the claims and evidence. *Health Education Research: Theory & Practice*, 14 (1): 51-69, dostupno na mrežnoj stranici: <http://heapro.oxfordjournals.org/> (pristupljeno: 25. 7. 2015.)

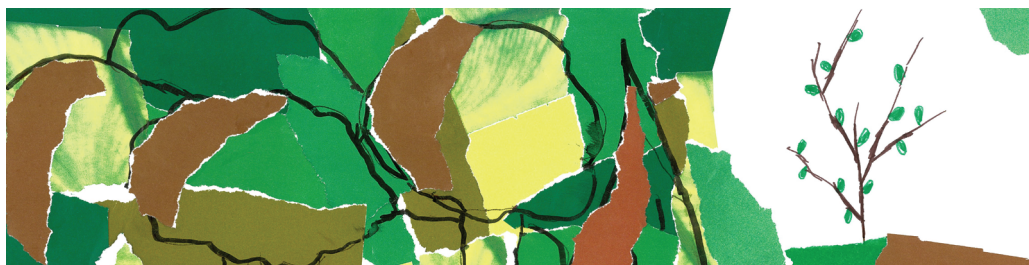
Vučenović, D. (2015). Emocionalna inteligencija i emocionalna pismenost. U: Brusić, R.; Ciboci, L.; Kanižaj, I.; Labaš, D.; Mališa, J.; Marković, N.; Osmančević, L.; Rovis Brandić, A.; Vučenović, D. *Komunikacija odgaja — odgoj komunicira. Emocionalna i medijska pismenost*. Zagreb: Pragma.

Weare, K.; Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26 (1): i29-i69, dostupno na mrežnoj stranici: <http://heapro.oxfordjournals.org/> (pristupljeno: 25. 7. 2015.)

Young, I.; St Leger, L.; Buijs, G. (2013). *School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2*. Utrecht: Schools for Health in Europe network, dostupno na mrežnoj stranici: http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE%20Factsheet_2_Background%20paper_School%20health%20promotion_Evidence.pdf (pristupljeno: 24. 3. 2016.)

Đurđica Kaurlo to Martinić

14. Suradnja zdravstvenih i odgojno-obrazovnih ustanova kao pretpostavka planiranja i provedbe aktivnosti na području zaštite mentalnog zdravlja



14.1. Javnozdravstveni projekti u školskom okruženju

Svjetska zdravstvena organizacija opisuje mentalno zdravlje kao stanje blagostanja u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se suočiti s normalnim životnim stresom, može produktivno raditi i sposobna je doprinosti svojoj zajednici. S tog pozitivnog gledišta, mentalno je zdravlje temelj ljudskog blagostanja i djelotvornog funkcioniranja za pojedinca i zajednicu.

Usporedimo li ciljeve i načela odgoja i obrazovanja određene Zakonom o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (Narodne novine, 27/08) s definicijom zdravlja kao potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, možemo zaključiti kako je cijeli odgojno-obrazovni proces usmjeren na ostvarivanje zdravlja pojedinca i društva u cjelini.

Uz načelo prema kojemu se odgojno-obrazovna djelatnost temelji na partnerstvu svih odgojno-obrazovnih čimbenika, pa tako i obitelji, te činjenicu da učenici u školi provedu deset do dvanaest godina života, jasno je kako je škola pravo mjesto za provođenje aktivnosti za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja.

Tijekom djetinjstva i adolescencije djeca više desetaka tisuća sati provode u školi. Učitelj je pritom logičan pozitivan model i važna osoba u promicanju i zaštiti mentalnog zdravlja. Ponašanje učitelja i stručnih suradnika i njihovi stavovi o tome što je dobro mentalno zdravlje izravno utječu na koncept mentalnog zdravlja koji će učenici usvojiti. Učitelji su i na druge načine uključeni u proces razvoja mentalnog zdravlja djece, tj. mogu djelovati na unapređenje samopoštovanja, na usvajanje prihvatljivih komunikacijskih vještina, na sposobnost suočavanja sa stresom i nepovoljnim okolin-skim čimbenicima.

Programi usmjereni prema smanjenju nasilja, povećanju empatije i unapređenju komunikacije mogu biti uspješno primijenjeni u osnovnim i srednjim školama.

Rano prepoznavanje i intervencija kod rizika poremećaja ponašanja i mentalnih poremećaja ključni je čimbenik u njihovom djelotvornom sprečavanju i liječenju.

Preventivne strategije za depresiju i anksioznost u djetinjstvu i adolescenciji djelotvorno smanjuju rizik od novih slučajeva depresije, kao i drugih problema mentalnog zdravlja.

Programi usmjereni prema vještinama rješavanja problema i usvajanju socijalnih vještina mogu značajno unaprijediti spoznaju, emocionalno znanje i vještine suočavanja s rizičnim situacijama.

Programi i aktivnosti koji mogu pomoći u sprečavanju i suzbijanju problema mentalnog zdravlja trebaju biti usmjereni prema učenicima, učiteljima i roditeljima.

Programi podrške roditeljima djelotvorni su, primjerice, u suzbijanju nesigurnosti, anksioznosti i stresa, kao i u podizanju samopoštovanja i komunikacije unutar obitelji.

Dobro oblikovani projekti mogu djelovati na smanjenje vršnjačkog nasilja, isključenosti, kao i na smanjenje agresivnog rješavanja sukoba.

Suradnja kroz projekte uključuje informiranje o proširenosti problema mentalnog zdravlja, suočavanje s problemom, mogućnost otvorenih dijaloga te sprečavanje diskriminacije i obilježnosti.

Djeca i mlade osobe nemaju okoštale i nepomirljive stavove odraslih, stoga su ključna skupina za mijenjanje percepcije i za dugoročno unapređenje sagledavanja važnosti tih problema, a na zdravstvenim i odgojno-obrazovnim djelatnicima je da ih pritom usmjere i pomognu im.

14.2. Interdisciplinarni i multidisciplinarni pristup u zaštiti mentalnog zdravlja učenika

S obzirom na kompleksnost geneze i mogućnosti preventive i tretmana, u području mentalnog zdravlja nedvojbeno je nužan interdisciplinarni pristup. Pritom se to ne odnosi samo na međudjelovanje zdravstvenih i suradnih struka, već i na uključivanje drugih sektora koji mogu djelovati na odrednice zdravlja. Unapređenje mentalnog zdravlja zahtijeva politike i programe u državnom i poslovnom sektoru, uključujući **obrazovanje**, zapošljavanje, pravosuđe, okoliš, socijalnu skrb, ali i specifične aktivnosti u području zdravstva koje su usmjerene prema prevenciji i liječenju. Osobito su važni donositelji odluka na nacionalnoj i na lokalnim razinama, a čije aktivnosti mogu i posredno djelovati na mentalno zdravlje.

Svaki resor sa svojom domenom djelovanja pridonosi povećanju mentalnih i adaptacijskih kompetencija djece i mladih. Multidisciplinarni pristup podrazumijeva spoznaju o suradnji različitih stručnjaka unutar tima (liječnici, psiholozi, pedagozi, socijalni radnici, defektolozi).

Neosporno je važno da zdravstveni profesionalci koji rade u području mentalnog zdravlja prepoznaju i razumiju nužnost suradnje s drugim zdravstvenim radnicima,

kao i nužnost suradnje sa stručnjacima i dionicima iz drugih sektora u prvom redu obrazovanja.

Multidisciplinarnost nije moguća bez međusobnog povjerenja i uvažavanja struka na osobnoj razini, bez obostrane želje za suradnjom, shvaćanja koristi od međusobne suradnje i postojanja kontinuiranog sustava razmjena informacija kroz dogovor o intervencijama, uz razjašnjavanje nejasnoća i spremnost na timski rad. Time se sustav koji štiti djecu i mlade učini koherentnim jer jača dosljednost i kolektivnu snagu u pružanju podrške.

U uspješnom rješavanju problema mentalnog zdravlja djece i mladih kao važan čimbenik mora se istaknuti način na koji su organizirani segmenti društva i stupanj interakcije među njima. Učinkovita umreženost struktura u praktičnoj provedbi interventnih programa znači slijeđenje načela koja se podrazumijevaju u sustavu multidisciplinarnosti i koja su imperativ ukoliko društvo nastoji postići dobitak za djecu i mlade.

14.3. Javnozdravstveni projekti kao dio školskog kurikuluma

Podizanje svijesti o važnosti univerzalne prevencije u školskom okruženju

Suradnja zdravstvenih i odgojno-obrazovnih ustanova pretpostavka je planiranja i provedbe aktivnosti na području zaštite mentalnog zdravlja. Školsko okruženje je pogodno za ostvarivanje javnozdravstvenih projekata s ciljem unapređivanja svih aspekata zdravlja učenika, pa tako i mentalnog.

Provedba javnozdravstvenih projekata školama omogućuje ostvarivanje niza kvalitetnih aktivnosti i programa koje same nisu u mogućnosti realizirati.

Nastojati osigurati napredno, zdravo i sretno odrastanje svakog učenika te izgraditi učenika da bude dorastao različitim životnim situacijama i da one stresne pretvara u izazove odgojni je izazov za učitelje i stručne suradnike u školi.

Cilj je zajednički, a to je pripremiti i osnažiti učenike za odgovorno ponašanje prema svom životu i životu drugih te im u svakom trenutku poslati poruke i smjernice za odabir pravih životnih vrednota i pronalaženje osobnog puta prema ostvarenju konstruktivnih životnih planova.

Svojim znanjem i stručnošću stručni suradnici aktivno doprinose i provedbi **školskih preventivnih programa** koji se planiraju godišnjim planom i programom rada škole, kao i školskim kurikulumom. Navedeni programi realiziraju se različitim oblicima i metodama rada (radionicama, izradom plakata, predavanjima, igranjem uloga, debatama i sl.). Ovo je zahvalno područje za proširivanje suradnje s lokalnom zajednicom, tj. udrugama, centrima i savjetovalištimaj koji se uključuju svojim temama i stručnjacima kao realizatorima aktivnosti u školi, ali i educiraju stručne suradnike i učitelje za provedbu određenih programa.

14.4. Osnaživanje učenika za aktivno sudjelovanje u planiranju i provedbi aktivnosti na području zaštite mentalnog i socijalnog zdravlja

Podrška djeci u odgojno-obrazovnim ustanovama

Uz brojne socijalne interakcije, vidljive već prvog školskog dana, nove učenike, učitelje i roditelje očekuje i zahtjevan i dugotrajan posao na usvajanju obimnog školskog gradiva te razvijanju ključnih kompetencija za cjeloživotno učenje. Razumljivo je kako će svi dionici ovoga procesa nailaziti na prepreke i razne stresne situacije. Zadatak je svih odraslih osoba, a posebno profesionalaca raznih struka (učitelja, profesora, psihologa, pedagoga, defektologa) iskoristiti te prepreke kao prilike i izazove za ukupan rast i razvoj svakog učenika. Za postizanje što boljeg uspjeha u zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja učenika i škole nužan je timski pristup. To podrazumijeva da svaki član tima (učenik, roditelj i učitelj) ima razvijeno zdravo samopoštovanje, da poštuje druge članove te preuzima odgovornost za ono što čini.

Zadatak učitelja i stručnih suradnika u školama je pravovremeno otkrivanje djece koja trebaju posebnu stručnu potporu u učenju i očuvanju psihičkog zdravlja, kao i detektiranje teškoća snalaženja u školskoj i vršnjačkoj sredini. Škola je neosporno važan čimbenik u zajednici polazeći od njezine odgojno-obrazovne uloge koja obuhvaća svu djecu. Važan je čimbenik u razmatranjima očuvanja mentalnog zdravlja djece i mladih zbog činjenice da je uspješno obrazovanje temelj zadovoljstva jer uspjeh u školi predstavlja prvu stepenicu kasnijih životnih mogućnosti.

Mogućnosti **škole** su detekcija rizične djece na osnovi psiholoških i socijalnih čimbenika.

Škola je u poziciji opservirati djecu u formalnim i neformalnim situacijama, situacijama pritiska i zahtjeva, snalaženja među vršnjacima, stoga stječe barem djelomičan uvid u matičnu sredinu djeteta. Nakon identifikacije problema stručna služba škole djeluje prema djeci i roditeljima u savjetodavnom smislu, a prema potrebi, a to znači da ukoliko problem nadilazi mogućnost djelovanja unutar škole, koristi resurse lokalne zajednice, od zdravstvenog resora i djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja do nevladinih organizacija.

Unutar škole, uz međusektorski pristup, mogući su brojni primjeri osnaživanja učenika za provođenje aktivnosti za zaštitu mentalnog i socijalnog zdravlja:

1. organiziranje zajedničkih akcija učenika, školskih djelatnika i zajednice;
2. stvaranje projektnih skupina s učenicima s temama koje obuhvaćaju njima važna životna područja i na način koji potiče alternativno mišljenje s ciljem produciranja ideja za rješavanje problema;
3. provođenje radionica organiziranih prema potrebama djece – učenje životnih i socijalnih vještina, kooperativno učenje, primjereno izražavanje osjećaja, međukulturalno uvažavanje i prihvaćanje različitosti, promicanje prosocijalnih normi, promocija zdravih životnih navika i odgovornog ponašanja;
4. nuđenje relevantnih tema za obradu na satovima razrednika shodno uočenim dominantnim teškoćama u razredu.

Za ostvarivanje ovih aktivnosti učenika važno je i školsko okruženje u kojemu se aktivnosti provode. Za učenike bi škola trebala biti sigurno i privlačno okruženje koje im omogućuje nesmetano učenje, rast i razvoj. Škola u cjelini promiče zdravlje. Stvaranje pozitivnoga školskog ozračja doprinosi razvijanju odgovornog ponašanja i zdravlju pojedinca.

14.5. Cjelovita kurikularna reforma – suvremeni pristup i metodologija provedbe aktivnosti javnozdravstvenih projekata u okviru međupredmetnih tema „Zdravlje“ i „Osobni i socijalni razvoj“

Suvremeni pristup mentalnom zdravlju djece i mladih osoba i metodologija provedbe aktivnosti javnozdravstvenih projekata u školskom okruženju prepoznati su u postavkama Cjelovite kurikularne reforme kojoj je glavni cilj razvoj osobe koja u potpunosti ostvaruje svoje potencijale.

U skladu s određenjem Nacionalnoga okvirnog kurikulumu (2011) i Strategije obrazovanja, znanosti i tehnologije (2014) te u svrhu ostvarenja vizije Okvira nacionalnoga kurikulumu, jasno je naglašena usmjerenost odgoja i obrazovanja u Republici Hrvatskoj prema razvoju kompetencija. Kompetencije se određuju kao međusobno povezan sklop znanja, vještina i stavova. Okvirom nacionalnoga kurikulumu određuju se generičke kompetencije koje je moguće i potrebno razvijati kod djece i mladih osoba na svim razinama i u svim vrstama odgoja i obrazovanja te u svim područjima kurikulumu, međupredmetnim temama, nastavnim predmetima i modulima. Ove kompetencije zajedno sa znanjima, vještinama i stavovima specifičnim za pojedine razine i vrste odgoja i obrazovanja, područja kurikulumu, međupredmetne teme i nastavne predmete čine jedinstvenu i sveobuhvatnu cjelinu. Okvir nacionalnoga kurikulumu određuje generičke kompetencije kao kombinaciju znanja, vještina i stavova koji su preduvjet za uspješno učenje, rad i život osoba u 21. stoljeću, a ujedno i osnova razvoja održivih društvenih zajednica i konkurentnoga gospodarstva Republike Hrvatske. Na temelju usporedbi i analize različitih kompetencijskih okvira generičke su kompetencije podijeljene u tri veće cjeline koje se trebaju odražavati i poticati u svim dijelovima Nacionalnoga kurikulumu, a to su „Oblici mišljenja“, „Oblici rada i korištenje alata“ te „Osobni i socijalni razvoj“.

Cjelovita kurikularna reforma prva je mjera kojom je započela realizacija Strategije obrazovanja, znanosti i tehnologije (Strategija) prihvaćene u Hrvatskome saboru u listopadu 2014. godine.

Sustavom odgoja i obrazovanja Republike Hrvatske uspostavlja se i dugoročno osigurava okruženje koje djeci i mladim osobama omogućuje i pruža podršku da se razvijaju u osobe koje u punoj mjeri ostvaruju osobne potencijale, osobe osposobljene za nastavak obrazovanja, rad i cjeloživotno učenje, osobe čiji odnos prema drugima počiva na uvažavanju dobrobiti drugih i osobe koje aktivno i odgovorno sudjeluju u zajednici.

Svi nacionalni kurikulumski dokumenti oblikovani su s idejom o djetetu i mladoj osobi kao o središnjem sudioniku odgojno-obrazovnoga procesa. Djeci i mladim oso-

bama, roditeljima i odgojno-obrazovnim radnicima kurikulumski dokumenti jasno ukazuju na odgojno-obrazovna očekivanja i ishode koje postavljamo pred djecu i mlade. Nacionalni kurikulumski dokumenti imaju jasnu i unaprijed određenu strukturu. Razvojni su i otvoreni dokumenti koje je moguće promijeniti kao odgovor na potrebe djece i mladih osoba, odgojno-obrazovnih radnika i ustanova te pod utjecajem novih znanstvenih i tehnoloških spoznaja i spoznaja iz odgojno-obrazovne prakse.

Nacionalni kurikulum počiva na temeljnim društveno-kulturnim vrijednostima koje ujedno i promiče. Nastavljajući se na Nacionalni okvirni kurikulum (2011), vrijednosti kojima Okvir nacionalnoga kurikuluma daje osobitu pozornost jesu znanje, solidarnost, identitet i odgovornost. Uz navedene četiri vrijednosti dodatno su istaknute integritet, poštovanje, **zdravlje** i poduzetnost.

Zdravlje kao vrijednost pretpostavlja razumijevanje zdravlja kao osnove osobne dobrobiti i kao ishodišta zdrave zajednice i društva. Briga o zdravlju u užem smislu uključuje prepoznavanje, razumijevanje i usvajanje zdravih životnih navika, zdravih stilova života i odgovornoga ponašanja.

Mogućnost za suradnju zdravstvenih i odgojno-obrazovnih ustanova te zajedničko planiranje i ostvarivanje aktivnosti vezanih za unapređivanje mentalnog zdravlja učenika predviđena je u kurikulumima međupredmetnih tema.

Nacionalnim kurikulumima međupredmetnih tema određuju se svrha, ciljevi, struktura, odgojno-obrazovna očekivanja, učenje i poučavanje te vrednovanje određene međupredmetne teme. Ostvarivanje ciljeva i očekivanja iskazanih u nacionalnim kurikulumima međupredmetnih tema obvezno je na svim razinama i u svim vrstama odgoja i obrazovanja.

Ciljevi i očekivanja ostvaruju se različitim načinima i oblicima odgojno-obrazovnog rada, pri čemu se neki od njih izravno ugrađuju u nacionalne predmetne kurikule, a neki se ostvaruju planiranjem i izvedbom kurikuluma odgojno-obrazovne ustanove.

Nacionalni kurikulumi međupredmetnih tema su kurikulum međupredmetne teme „Osobni i socijalni razvoj“, kurikulum međupredmetne teme „Zdravlje“, kurikulum međupredmetne teme „Održivi razvoj“, kurikulum međupredmetne teme „Učiti kako učiti“, kurikulum međupredmetne teme „Poduzetništvo“, kurikulum međupredmetne teme „Uporaba informacijske i komunikacijske tehnologije“ i kurikulum međupredmetne teme „Građanski odgoj i obrazovanje“.

Poseban značaj za provedbu javnozdravstvenih projekata i razvoj znanja i kompetencija za unapređivanje mentalnog zdravlja imaju međupredmetne teme „**Zdravlje**“ i „**Osobni i socijalni razvoj**“.

U njima su definirani ciljevi, očekivanja te dane preporuke za ostvarivanje poželjnih kompetencija kod učenika.

Radi boljeg uvida u mogućnosti suradnje između zdravstvenog i obrazovnog sektora, dani su sažetci spomenutih međupredmetnih tema.

14.6. Kurikulum međupredmetne teme „Zdravlje“

Svrha je učenja i poučavanja međupredmetne teme „Zdravlje“ stjecanje znanja i vještina te osposobljavanje učenika da sami preuzmu brigu o svojem zdravlju. Naglasak je na sveobuhvatnom pristupu zdravlju, uz uvažavanje definicije Svjetske zdravstvene organizacije koja zdravlje definira kao tjelesno, mentalno i socijalno blagostanje.

Međupredmetnom temom „Zdravlje“ želi se sustavno, kontinuirano i pozitivno utjecati na zdravlje djece i mladih. Cilj je uspješan i nesmetan rast i razvoj djece i mladih kako bi stasali u zdrave, zadovoljne, uspješne, samosvjesne i odgovorne osobe.

Međupredmetna tema „Zdravlje“ sastoji se od tri domene, a to su „Tjelesno zdravlje“, „Mentalno i socijalno zdravlje“ i „Pomoć i samopomoć“.

Domena **„Tjelesno zdravlje“** usmjerena je na promicanje i usvajanje osnovnih znanja i vještina o rastu i razvoju ljudskog tijela te čimbenicima očuvanja tjelesnog zdravlja. Njome se potiče stjecanje znanja i vještina o pravilnoj prehrani i tjelesnoj aktivnosti sukladno mogućnostima, sklonostima i zdravstvenom stanju. Naglašava se važnost osobne higijene i higijene okoline. Sastavnica Domene je i očuvanje reproduktivnog zdravlja s naglaskom na razvoj svijesti o važnosti osobne odgovornosti u sprečavanju spolno prenosivih bolesti i neželjene trudnoće.

Domenom **„Mentalno i socijalno zdravlje“** obuhvaćen je učenik – pojedinac kao dio zajednice, pojedinac koji ostvaruje svoje potencijale, nosi se sa stresom, ima pravo na rad i školovanje te je sposoban stvarati i pridonositi zajednici.

Svrha domene **„Pomoć i samopomoć“** je razvoj zdravstvene pismenosti učenika kako bi se osposobili za brigu o svojem zdravlju, ali i o zdravlju i bolestima bližnjih. Zdravstvena pismenost podrazumijeva usvajanje osnovnih znanja o najčešćim bolestima, poremećajima i ozljedama, o ulozi i načinu rada zdravstvenih službi te usvajanje vještina samopomoći i prve pomoći.

Koristi

Ostvarivanje očekivanja međupredmetne teme „Zdravlje“ omogućuje učenicima da:

1. prihvaćaju važnost zdravlja kao preduvjeta i pokazatelja održivog razvoja društva u cjelini;
2. promiču i razvijaju odgovoran pristup prema osobnom zdravlju te razvijaju odgovoran i solidaran odnos prema zdravlju drugih ljudi;
3. prepoznaju i izabiru zdrave životne navike i ponašanja, izbjegavaju navike i ponašanja štetna za zdravlje i sigurnost te sprečavaju i ublažavaju posljedice narušenog zdravlja;
4. usvajaju znanja i vještine o tome kako pomoći sebi i drugima te kada i kako potražiti stručnu pomoć;

5. razvijaju zdravstvenu pismenost, odnosno znaju doći do informacije, osposobljavaju se za odabir pouzdanih informacija, koriste se njima za unapređenje zdravlja i donošenje zdravstveno ispravnih odluka;

6. usvajaju osnovna znanja i vještine za pozitivan stav i odgovorno ponašanje usmjereno prema zdravlju koje doprinosi očuvanju i unapređenju tjelesnog, mentalnog, emocionalnog i socijalnog zdravlja te osiguranju i poboljšanju kvalitete života.

Učiteljima i stručnim suradnicima, kao nositeljima ostvarivanja ciljeva i očekivanja, kurikulum omogućuje slobodu u planiranju, organizaciji i izvođenju aktivnosti u skladu s očekivanjima pojedinih predmeta i školskog kurikuluma.

Učenjem i poučavanjem u međupredmetnoj temi „Zdravlje“ odgajamo i obrazujemo zdravstveno osviještene i pismene učenike, a dugoročno gledano, odrasle osobe koje će se znati zauzeti za svoje zdravlje.

14.7. Kurikulum međupredmetne teme „Osobni i socijalni razvoj“

„Osobni i socijalni razvoj“ je međupredmetna tema koja potiče cjeloviti razvoj djece i mladih osoba s ciljem izgradnje zdrave, samopouzdanje, kreativne, produktivne, zadovoljne i odgovorne osobe sposobne za suradnju i doprinos zajednici. To je preduvjet za ostvarivanje svih odgojno-obrazovnih očekivanja i profesionalnog razvoja. Osigurava uvjete za razvoj pojedinca na osobnoj i društvenoj razini koji će biti sposoban upravljati svojim potencijalima i razvijati zdrave socijalne odnose.

Podrška zdravom razvoju djece i mladih osoba uključuje teme koje će se poučavati, kao i odnose u odgojno-obrazovnom procesu, komunikaciju i metode rada. Učenje i poučavanje je usmjereno na učenika, uz razvojno primjerene aktivnosti kojima se stvaraju uvjeti za ostvarenje osobnih potencijala, i podrazumijeva aktivno sudjelovanje svih sudionika odgojno-obrazovnog procesa.

Odgojno-obrazovna očekivanja ostvaruju se kroz sve predmetne kurikulume i kurikulume drugih međupredmetnih tema u svim odgojno-obrazovnim ciklusima. Nositelji ostvarivanja očekivanja i ciljeva su, kao i modeli poželjnih ponašanja, odgojno-obrazovni djelatnici u suradnji s obitelji i zajednicom.

Učenici će kroz ovu međupredmetnu temu razvijati:

1. sliku o sebi, samopoštovanje i samopouzdanje, prepoznavanje, prihvaćanje i upravljanje emocijama i ponašanjima;

2. empatiju te uvažavanje i prihvaćanje različitosti;

3. socijalne i komunikacijske vještine, suradnju i timski rad;

4. odgovorno ponašanje prema sebi i drugima u zajednici, donošenje odluka te planiranje budućeg obrazovanja, cjeloživotnog učenja i profesionalnog razvoja u suvremenom društvu i svijetu rada;

5. strategije rješavanja problema i uspješnog suočavanja sa stresom.

Međupredmetna tema je organizirana kroz tri domene, a to su „Ja“, „Ja i drugi“ te „Ja i društvo“.

Domena „Ja“ odnosi se na upoznavanje i prihvaćanje samoga sebe, razvoj inicijative, ustrajnosti, samokontrole i odgovornosti s ciljem ostvarivanja osobnih potencijala i pronalaženja vlastitog puta i zadovoljstva u životu.

Svrha domene „Ja i drugi“ je razvoj socijalnih i emocionalnih vještina koje doprinose boljoj emocionalnoj prilagodbi i mentalnom zdravlju učenika. Socijalno kompetentni učenici imaju više pozitivnih odnosa s vršnjacima i odraslima i bolji uspjeh u školi.

Domena „Ja i društvo“ odnosi se na razvoj svijesti o pripadanju i vlastitoj ulozi u društvu, tj. na razumijevanje odnosa pojedinca i društva. Učenici se potiču na aktivni i konstruktivni doprinos grupi, školi i zajednici te na prihvaćanje društvenih normi i pravila. Proširuju svoja iskustva pomaganjem, pokazivanjem solidarnosti i povezivanjem s onima kojima je pomoć potrebna.

Odgojno-obrazovna očekivanja u domeni „Ja“, razrađena kroz sve cikluse, su razvoj slike o sebi, upravljanje emocijama i ponašanjem te razvoj osobnih potencijala. Razvoj slike o sebi uključuje prepoznavanje vlastitih snaga, ograničenja i područja za napredovanje. Upravljanje emocijama i ponašanjem odnosi se na prepoznavanje vlastitih emocionalnih stanja i njihovo iskazivanje u skladu sa situacijom, bez ugrožavanja sebe i drugih, razumijevanje povezanosti misli, emocija i ponašanja te na uspješno suočavanje sa životnim zahtjevima.

Razvoj osobnih potencijala podrazumijeva postavljanje realnih ciljeva te prihvaćanje odgovornosti za vlastito ponašanje.

U prvom i drugom ciklusu razrađeno je očekivanje razvoj radnih navika, a u trećem ciklusu upravljanje obrazovnim i profesionalnim putem.

Ostvarivanjem očekivanja ove međupredmetne teme pridonosi se osiguravanju uvjeta i podrške u cjelovitom razvoju svih učenika. Odgojno-obrazovna očekivanja u domeni „Ja i drugi“, razrađena kroz sve cikluse, odnose se na suradničko učenje i rad u timu. U prva tri ciklusa su očekivanja usmjerena na razumijevanje i uvažavanje potreba i osjećaja drugih, razvoj komunikacijskih kompetencija i uvažavajućih odnosa s drugima te na razvoj strategija rješavanja sukoba. Očekivanja u četvrtom i petom ciklusu su razvoj uvida u posljedice svojih i tuđih stavova/postupaka/izbora te preuzimanje odgovornosti za svoja ponašanja.

U domeni „Ja i društvo“ odgojno-obrazovna očekivanja su stupnjevana s obzirom na razvojna razdoblja. Obuhvaćaju razlikovanje sigurnih od rizičnih situacija u društvu i razvijanje strategija samozaštite; prihvaćanje i razumijevanje društvenih normi i pravila te razvijanje društvene odgovornosti; aktivno sudjelovanje i doprinos društvu kroz suradnju, solidarnost i društvenu odgovornost. Potiče se razvoj kulturnog i nacionalnog identiteta, osjećaj pripadnosti vlastitoj zajednici i kulturi, uz uvažavanje drugih.

Sadržaj i očekivanja međupredmetne teme „Osobni i socijalni razvoj“ nastavljaju se na dosadašnji rad i primjere dobre prakse iz naših odgojno-obrazovnih ustanova. Ovim dokumentom se prvi put sustavno i na sveobuhvatan način razrađuju ciljevi i očekivanja po domenama i ciklusima, strategije učenja i poučavanja te vrednovanje. U svrhu promicanja osobnog razvoja i samosvijesti te razvoja životnih vještina učenika, kako bi dosegli svoj puni potencijal, u okviru aktivnosti međupredmetnih tema „Zdravlje“ te „Osobni i socijalni razvoj“, provodit će se edukacija djece i mladih te djelatnika škola o mentalnom zdravlju, odrednicama pozitivnog mentalnog zdravlja i ranom prepoznavanju poteškoća. Kroz navedene aktivnosti cilj je osigurati unapređenje kompetencija djece u području prepoznavanja osobnih teškoća i teškoća svojih vršnjaka te poticati djecu i mlade na traženje stručne pomoći, kao i educirati ih i informirati o tome kako i gdje mogu dobiti pomoć unutar škole, ali i šire, u zajednici u kojoj žive. Navedene će aktivnosti uključivati i promicanje pravilnog vrednovanja mentalnog zdravlja u školi i borbu protiv stigme, a provodit će se u suradnji s institucijama koje se bave promicanjem i unapređenjem mentalnog zdravlja u zajednici kroz predavanja i prigodne radionice i akcije. Educirat će se i djelatnici škola o ranom prepoznavanju teškoća i davanju prve podrške i pomoći te upućivanju na daljnju stručnu pomoć.

Cilj kurikularne reforme je osuvremenjivanje obrazovnog sustava u skladu s razvojnim potrebama pojedinaca i društva. U svim razvijenim društvima znanost i obrazovanje imaju značajnu razvojnu ulogu, pri čemu sva tijela obrazovne politike djeluju maksimalno angažirano, stručno i odgovorno.

U tijeku je analiza važećih dokumenata i propisa koji se odnose na reformiranje odgojno-obrazovnog sustava, sagledavanje učinjenog, utvrđivanje problema te osmišljanje puta njihovog rješavanja.

Rezultati stručne i javne rasprave o predloženim kurikularnim dokumentima trebali bi omogućiti daljnji razvoj i provedbu ovoga projekta.

Podrška nastavku reforme treba biti usmjerena na ciljeve i načela uvažavanja razvojne dobi djece i njihovih individualnih razlika, primjenjivanje suvremenih principa učenja, poučavanja i vrednovanja u funkciji motivacije i učenja te jačanje učitelja kao motivatora djece u razvoju kritičkog mišljenja.

Također, podrška se odnosi i na ostvarivanje potencijala svih uključenih, ostvarivanje suradnje s roditeljima i stručnim suradnicima unutar i izvan školskog sustava, promoviranje dijaloga unatoč različitim mišljenjima, poticanje na preuzimanje odgovornosti i razvijanje samorefleksivnosti.

Svaka se generacija treba potruditi ostaviti što bolje programe i prilike onima nakon sebe, stoga se nadamo da će oni koji dolaze nakon nas imati znatno kvalitetnije obrazovanje i još više mogućnosti za učenje i razvoj.

Literatura

Beane, A. L. (2008). *Učionica bez zlostavljanja*. Zagreb: Mosta d.o.o.

Nacionalni okvirni kurikulum, (2010). Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa RH.

Prijedlog kurikuluma međupredmetne teme „Osobni i socijalni razvoj“, (2016). Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa RH.

Prijedlog kurikuluma međupredmetne teme „Zdravlje“, (2016). Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa RH.

Prijedlog Okvirnog nacionalnog kurikuluma, (2016). Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa RH.

Rađenović, A. (2007). *Priručnik za razrednike*. Zagreb: Alineja.

Salovey, P.; Sluyter, D. J. (1997). *Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija – pedagoške implikacije*. Zagreb: Educa.

Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (Narodne novine, 87/08, 86/09, 92/10, 105/10-ispr., 90/11, 5/12-Uredba, 16/12).

Weltmann Begun, R. (2007). *Socijalne vještine za tinejdžere*. Zagreb: Naklada Kosinj d.o.o.

15. | Toni Maglica Javnozdravstveni projekti u ustanovama socijalne skrbi



U Splitu i Splitsko-dalmatinskoj županiji ustanove socijalne skrbi, najčešće u suradnji s Nastavnim zavodom za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, kontinuirano provode različite javnozdravstvene projekte brinući o mentalnom zdravlju korisnika koji su im povjereni na skrb.

Jedan od takvih uspješnih projekata je „**Pretežno vedro**“ koji se provodi u suradnji Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, Osnovne škole Stjepana Ivičevića iz Makarske, Škole za dizajn, grafiku i održivi razvoj Split te Dječjeg doma „Maestral“, ali i mnogih drugih ustanova na području Županije koje su se Projektu pridružile od 2010. godine nadalje.

U ovom poglavlju osvrnut ćemo se na važnost ovog javnozdravstvenog Projekta iz perspektive dječjeg doma kao ustanove socijalne skrbi. Dječji dom osnovan je sa zadaćom da skrbi o djeci i mladima bez roditelja ili bez odgovarajuće roditeljske skrbi. Izdvajanje djeteta iz obiteljskog okruženja i njegovo smještanje u institucionalno okruženje predstavljaju ozbiljan rizik za mentalno zdravlje i razvoj djeteta, a o psihosocijalnim posljedicama boravka u institucijama postoje i brojna istraživanja u Hrvatskoj i svijetu. Što čini djecu u institucionalnoj skrbi djecom u riziku? Osim spoznaja o štetnosti dugotrajnog boravka u institucionalnoj skrbi, često se zaboravlja kako su, u pravilu, djeca koja su smještena u instituciju i prije samog dolaska bila izložena stresnim i traumatskim iskustvima. Nedovoljne mogućnosti za cjelovit rast i razvoj djeteta, uzrokovane siromašnim socijalnim kontaktima obitelji, psihičkim oboljenjima roditelja, nasiljem u obitelji, nasiljem nad djecom i promiskuitetom roditelja, neki su od razloga smještanja djece u instituciju. Osim tih okolnosti, i sam postupak izdvajanja djeteta iz obitelji traumatsko je iskustvo. Europska komisija je naručila studiju „Istraživanje o broju i obilježjima ugrožene djece mlađe od tri godine u institucijama“, koju su zajedno proveli Ured Svjetske zdravstvene organizacije za Europu i Sveučilište u Birminghamu (Browne i sur., 2005). Temeljna preporuka koja je izašla iz istraživanja

nedvojbeno ističe kako nijedno dijete mlađe od tri godine ne smije biti smješteno u instituciju bez svog roditelja/primarnog skrbnika te kako su djeca do tri godine smještena u institucije bez roditelja pod rizikom od oštećenja koja obuhvaćaju poremećaj privrženosti, razvojno zaostajanje i neuralnu atrofiju mozga u razvoju (Radočaj, 2008).

Poremećaj privrženosti može se manifestirati kroz razvoj nesigurne privrženosti koja utječe na djetetovo intelektualno, emocionalno te socijalno funkcioniranje (Cleaver, 2004. prema Sladović Franz i sur., 2007). Djeca koja su živjela u institucijama mogu odrasti, a da pritom nisu razvila nijedan oblik privrženosti, što može rezultirati nizom razvojnih oštećenja, od problema u socijalnim odnosima i manjka interesa za istim, kognitivnim poteškoćama te poteškoćama s kontrolom impulsa i agresije (Howe, 1995. prema Ajduković i sur., 2007). Također, nužna su daljnja istraživanja nasilja među djecom u dječjim domovima jer su djeca koja žive u dječjim domovima, u najvećem broju slučajeva, u psihosocijalnom riziku za vršnjačko nasilje (Ajduković i sur., 2008). Riječ je o djeci za koju su istraživanja pokazala da imaju slabo razvijene socijalne vještine, premalo prijatelja svoje dobi, lošiju sliku o sebi, to su djeca koja su živjela u nepotpunoj obitelji i koja ne dobivaju dovoljno pažnje i podrške odraslih (Sladović Franz, 2003), a sve su to obilježja koja su usko povezana s vršnjačkim nasiljem. Najčešći problemi institucionalne skrbi su sljedeći: poteškoće u osiguravanju kontinuirane skrbi zbog učestalih promjena osoblja, potencijalno negativan utjecaj života u grupi, moguće uspostavljanje grupnog socijalnog sustava i pravila ponašanja koji mogu biti u suprotnosti s ciljevima institucije umjesto da ih podržavaju, kontradikcije između potrebe za pravilima i potrebe za individualizacijom i sukob između potreba individualnog djeteta i potreba grupe, disparitet između obrazovanja i statusa osoblja i odgojitelja i njihove terapijske značajnosti za dijete te ambivalentan stav javnosti prema instituciji i djeci koja u njoj žive (Sladović Franz, 2003).

Mentalno zdravlje je integralna i esencijalna komponenta zdravlja. Definicija zdravlja podrazumijeva da se radi o cjelovitom fizičkom, mentalnom i socijalnom blagostanju, a ne samo o odsutnosti bolesti ili nemoći. Mentalno zdravlje ovako definirano više je od same odsutnosti mentalnog poremećaja. Mentalno zdravlje definira se uglavnom kao stanje blagostanja u kojemu pojedinac ostvaruje vlastite potencijale, nosi se s normalnim životnim stresovima, produktivno radi i u mogućnosti je doprinijeti svojoj zajednici. U ovom pozitivnom smislu, mentalno zdravlje je temelj za individualnu dobrobit i djelotvorno funkcioniranje zajednice.

Promocija mentalnog zdravlja uključuje akcije kojima se podupiru ljudi da prihvate i održavaju zdrave stilove života te kreiraju podržavajuće uvjete života ili okolinu za zdravlje (Herrman, Saxena i Moodie, 2004). Prema Lisabonskoj strategiji (http://europa.eu.int/comm/lisabon_strategy/index_en.html), svaka europska zemlja treba razviti i implementirati sveobuhvatan akcijski plan za promociju zdravlja te prevenciju mentalnih i ponašajnih poremećaja. Lisabonska strategija predviđa da se to odvija putem deset akcijskih područja, od kojih je jedno promoviranje mentalnog zdravlja u školama i drugim institucijama. Ovo područje govori o nužnosti promocije mentalnog zdravlja u školama kroz povećanje promocije mentalnog zdravlja u školi, pove-

ćanje mjera prevencije mentalnih poremećaja za djecu u riziku i adolescente u školi, povećanje dosega za obrazovanje i programe za promociju mentalnog zdravlja za djecu izvan škole te marginaliziranu djecu i adolescente.

Uvažavajući navedeno, Nastavni zavod za javno zdravstvo odlučio je u partnerstvu s Dječjim domom „Maestral“ osmisliti projekt koji će doprinijeti mentalnom zdravlju mladih smještenih u domu, i to kroz jačanje emocionalne pismenosti. Cilj ovog Projekta je potaknuti emocionalni razvoj, prepoznavanje emocija kod sebe i drugih, iskazivanje svojih emocija i potreba na različit, ali socijalno prihvatljiv način, umjesto agitiranjem. Očekivani ishodi Projekta su pozitivan utjecaj na školski uspjeh, smanjivanje osobnih emocionalnih problema te smanjivanje pojavnosti ovisničkih ili drugih rizičnih ponašanja tijekom daljnjeg razvoja kod mladih.

Temi mentalnog zdravlja pristupilo se na zanimljiv i mladima blizak i primjeren način, tj. korištenjem različitih medija za izražavanje, a to su film, fotografija, pisana riječ, parlaonica, likovni i scenski izraz, mrežne stranice, dizajniranje i grafičko oblikovanje. Projekt je sadržavao aktivnosti primjerene učenicima osnovne i srednje škole, općoj populaciji, ali i djeci i mladima u riziku, onima koji se nalaze u specifičnom okruženju, poput ustanova koje osiguravaju alternativnu roditeljsku skrb.

Mladi iz Dječjeg doma su, zajedno sa svojim odgojiteljima, prošli kroz ciklus radionica o emocijama, tj. o tome kako ih prepoznati kod sebe i kod drugih, kako se s njima nositi, a posebno kako se nositi s neugodnim emocijama. Educiralo ih se i o važnosti mentalnog zdravlja. Rad je bio interaktivan, participirajući te su mladi kroz iskustvo i na kreativan način prolazili kroz teme. Nakon edukacije mladi su sami osmislili i snimili kratki promotivni film o mentalnom zdravlju. Film koji su nazvali „Pretežno vedro“ poslužio je tijekom daljnjih faza Projekta kao podloga i ulazak u temu mentalnog zdravlja i emocionalne pismenosti. Djeca i mladi poručili su i zaključili da je mentalno zdravlje poput neba, te da bi, bez obzira na sve, u životu trebalo biti „pretežno vedro“.

Još jedan od uspješnih javnozdravstvenih projekata u socijalnoj skrbi **„Svit mora znat, ovo triba stat“** proveden je u partnerstvu Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije i Dječjeg doma „Maestral“. Ovaj je Projekt imao za cilj doprinijeti prevenciji ovisničkih ponašanja i drugih rizičnih ponašanja mladih koji su smješteni u dječji dom. Pristup mladima bio je kreativan i interaktivan. Kroz niz parlaonica u kojima su sudjelovali mladi koji su smješteni u Dječji dom prolazilo se kroz teme ovisničkih i drugih rizičnih ponašanja mladih te su imali priliku progovoriti o tome što ih posebno smeta u „svijetu odraslih“. Mladi su progovorili o „manipulaciji, lažima, sebičnosti, primitivizmu, izrugivanju, neosjećajnosti, okrutnosti, nepravdi, škrtosti, zlonamjernosti i zanemarivanju djece radi vlastitih užitaka“, ali su nakon toga, na kreativan način, kroz slikanje progovorili o vrijednostima koje ih pokreću i djeluju kao zaštitni čimbenici. Na popisu i slikama koje su mladi ponudili mogli su se pronaći „nada, ljubav, obrazovanje, sreća, prijateljstvo, priroda i odnosi.“

U istom partnerstvu ove dvije ustanove svake godine skreću pozornost i na Svjetski dan prevencije suicida u nastojanjima da podignu svijest o odnosu bliskosti pod

nazivom „**Jedan povezani svijet**“. Samoubojstvo je često tema o kojoj odrasli, a ni mladi ne pričaju jer im je teško govoriti o toj neugodnoj tabu-temi o kojoj postoje i mitovi.

Jedan od njih je i sveprisutan, a to je taj koji kaže da ako o tome pričamo, možemo potaknuti osobe u riziku na taj čin. Iz tog mita proizlazi puno veći problem, a to je da mlade ljude ostavljamo osamljene i same u tako teškim situacijama, kao i teškim emocijama s kojima se nerijetko ne znaju nositi. Također, ne prepoznamo njihove apele za pomoć. Kroz ovaj Projekt mladi su na adekvatan način progovorili o ovim i sličnim temama te svijetu, kroz izrađene fotografije i plakate, poslali snažne poruke nade i ohrabrenja. „Ukoliko pružimo ruku onima koji su izgubili vezu s drugim ljudima i ponudimo im potporu i prijateljstvo, to može biti čin koji spašava život!“ i „Hej...nisi sam!“ neke su od tih poruka.

Literatura

Ajduković, M.; Kregar Orešković, K.; Laklija, M. (2007). Teorija privrženosti i suvremeni socijalni rad. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (1): 59-91.

Ajduković, M.; Rajhvajn Bulat, L.; Sladović Franz, B. (2008). Agresivno i prosocijalno ponašanje djece u dječjim domovima. *Ljetopis socijalnog rada*, 15 (2): 185-213.

Browne, K.; Agathonos, H.; Anaus, M.; Mulheir, G.; Hercog, M.; Klimačkova, A.; Leth, I.; Ostergren, M.; Stan, V.; Zeytinoglu, S. (2005). *Mapping the number and characteristics of children under three in institutions across Europe at risk of harm*. Birmingham: University of Birmingham.

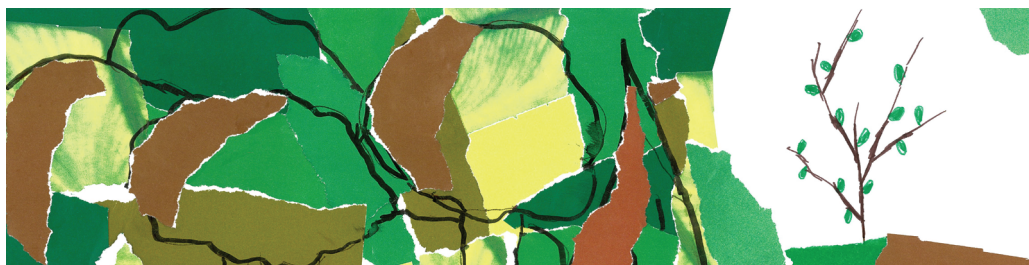
Herrman, H.; Saxena, S.; Moodie, R. (2004). *Promoting Mental Health*. Geneva: World Health Organization.

Radočaj, T. (2008). Polazišta u planiranju i provođenju UNICEF-ovog programa „Svako dijete treba obitelj“. U: Ajduković, M.; Radočaj, T. (ur.) *Pravo djeteta na život u obitelji* (17-27). Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.

Sladović Franz, B.; Kregar Orešković, K.; Vejmelka, L. (2007). Iskustvo života u dječjem domu: kvalitativna analiza izjava mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (3): 553-578.

Sladović Franz, B. (2003). *Psihosocijalni razvoj djece u dječjim domovima*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži.

16. | Uloga medija u javnozdravstvenim projektima



S medijima postupajte kao s psima čuvarima; ostanite mirni, dajte da vam ponjuše ruku, ali nikada, nikada im ne okrećite leđa. Chris Rayan, medijski trener

Mediji su složen pojam koji označava sustave javnog informiranja koji služe za raspršivanje vijesti i audiovizualnih sadržaja u svrhu informiranja, obrazovanja i zabave svih slojeva stanovništva. Prema Zakonu o medijima iz 2004. godine, u medije spadaju: novine i drugi tisak, radijski i televizijski programi, programi novinskih agencija, elektroničke publikacije, teletext i ostali oblici dnevnog ili periodičnog objavljivanja urednički oblikovanih programskih sadržaja prijenosom zapisa, glasa, zvuka ili slike. Mediji nisu knjige, udžbenici, bilteni, katalozi ili drugi nositelji objavljivanja informacija koji su namijenjeni isključivo obrazovnom, znanstvenom i kulturnom procesu, oglašavanju, poslovnoj komunikaciji, unutarnjem radu trgovačkih društava, zavoda i ustanova, udruga, političkih stranaka, vjerskih i ostalih organizacija, školska glasila, Narodne novine Republike Hrvatske, službena glasila jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave i ostala službena priopćenja, plakati, letci, prospekti i transparenti te video stranice bez žive slike i druge besplatne obavijesti, osim ako Zakonom nije drukčije propisano.

Pod medijem kao elementom komunikacije podrazumijevamo svako sredstvo čijim se djelovanjem ostvaruje komuniciranje i čije su pretpostavke, motivi, sadržaj, učinci i posljedice u manjoj ili većoj mjeri određene samim medijem.

Tiskani mediji (tiskovine) su novine i druga povremena izdanja koja izlaze u razmacima od najviše šest mjeseci, a u nakladi većoj od 500 primjeraka. Tiskano djelo koje izlazi povremeno u nakladi manjoj od 500 primjeraka smatra se tiskom ako je namijenjeno raspačavanju. Elektronički mediji su svi tipovi medijskog izvještavanja čiji su i kreiranje i zapis zasnovani na elektroničkim uređajima, za razliku od tiskanih medija koji se danas također stvaraju elektroničkim putem (na računalu), no krajnji

proizvod je otisnut na papiru (novine, knjige) i za njegovu percepciju nije potreban ni jedan elektronički uređaj. U elektroničke medije spadaju radio, televizija i web portali (digitalne novine, tj. vijesti dostupne putem interneta). Povijest elektroničkih medija uključuje i telegrafiju, a u širem smislu mogu se svrstati i internetski forumi i društvene mreže, iako njihova prava svrha nije samo informiranje nego i komunikacija.

Javnozdravstvene projekte provodimo u interesu svekolike javnosti te je tu istu širu i stručnu javnost neophodno upoznati, informirati i senzibilizirati za određenu problematiku, odnosno, u krajnjoj liniji, predstaviti joj što se to radi u određenom projektu, s kojom svrhom i ciljem. Najučinkovitiji način dijeljenja i predstavljanja je, naravno, kroz medije. Postavlja se pitanje što to privlači pozornost medija. Pozornost medija usmjerena je na skandale, sukobe, opasnosti i neugodnosti za zajednicu, neobičnosti, individualnosti, zanimljiva mišljenja, činjenice i statističke podatke određenih pojava, ali i na dnevne novosti.

Kada sagledamo što sve privlači pozornost medija, dobijemo dojam kako različiti javnozdravstveni projekti, a pogotovo oni iz područja zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih, koji promiču zdravlje, zdrave stilove života, pozitivne stavove i vrijednosti, nisu nešto što bi moglo biti zanimljivo medijima. Usprkos tome, iskustva iz projektnih aktivnosti proteklih godina su pokazala kako zanimljive projektne aktivnosti i ishodi uglavnom dobiju medijsku pozornost i potporu, posebno ako se radi o predstavljanjima u kojima djeca i mladi imaju aktivnu ulogu. Neophodno je redovito servisirati medije na način da im se nude teme, a ne čekati da vas profesionalno zovu i pitaju. Treba im dati točne informacije pravovremeno, osigurati kvalitetne materijale, vizualno dopadljive, pisane jednostavnim, razumljivim jezikom gradeći osobne odnose. Svaku informaciju koju želite poslati, umnožiti ili slati raznim kanalima potrebno je aktivno pripremati, a ne čekati da pitaju ima li što novo. Dakle, potrebno je da pasivni promatrač odabere proaktivni pristup promičući zdravlje, i to jednako kao i u projektnim aktivnostima. Kada medijima postanete „prepoznatljivi“ djelujući kontinuirano i konstantno, često će uvrstiti navedene aktivnosti u medijske sadržaje i informacije, bilo da se radi o novinskom tisku ili drugim oblicima medijskog priopćavanja.

Informiranje o zdravlju i bolesti, senzibilizacija javnosti, utjecaj na razvoj stavova i ponašanja te formiranje zdravih stilova života nisu samo zadaća zdravstvenih djelatnika, već su zadaća i šire društvene zajednice.

Mediji imaju snažnu ulogu u prijenosu poruka o zdravlju i stvaranju sustava vrijednosti u zajednici koja određena ponašanja smatra prihvatljivima, a druga stigmatiziranim. Na području promicanja zdravlja u svrhu prevencije, a pogotovo mentalnog, tzv. „veliki mediji“ (televizija, radio, novine, časopisi, internet) imaju značajnu ulogu kroz vijesti, spotove, oglase, razgovore, tekstove. Pritom se sadržaji projektnih aktivnosti ili ishoda prikazuju ili kao samostalne cjeline (posebne emisije, specijalizirani časopisi) ili su integrirani u izdanja dnevnog tiska, mozaik emisije ili redovni program. Takozvani „mali mediji“ (poster, plakati, letci, pamtilice) češće se koriste u lokalnoj zajednici kao podrška projektnim aktivnostima ili ishodima koji su u tijeku ili u pripremi.

Dakle, utjecaj medija na stvaranje i oblikovanje javnog mnijenja je neupitan, stoga ne postoji dilema treba li ili ne treba koristiti medije u predstavljanju javnozdravstvenih projekata zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja u javnosti.

Literatura

Medijski trening, Manjgura d.o.o; dostupno na mrežnoj stranici: <http://manjgura.hr/tag/medijski-trening/> (pristupljeno: 8. 7. 2016.)

Pavleković, G. (2007). *Dvije zadaće medija: zdravlje i zdravstvo*. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“.

Peruško, Z. (2011). *Uvod u medije*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.

Sullivan Hoxie, M. *Djelotvoran ured za tisak – pogled iznutra*, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.huoj.hr/index.php?opt=news&act=mlist&id=1686&lang=hr> (pristupljeno: 12. 7. 2016.)

Zakon o elektroničkim medijima (Narodne novine, 153/09, 84/11), dostupno na mrežnoj stranici: <http://narodne-novine.nn.hr/> (pristupljeno: 9. 7. 2016.)

Zakon o medijima (Narodne novine, 59/04, 84/11), dostupno na mrežnoj stranici: <http://narodne-novine.nn.hr/> (pristupljeno: 9. 7. 2016.)

17. | Prevencija u pedijatriji: Dijete u bolnici



Djeca koja zahtijevaju bolničko liječenje liječe se u specijaliziranim dječjim odjelima i klinikama. Preteče današnjih dječjih odjela i dječjih bolnica bila su nahodišta. Nahodišta su bile ustanove namijenjene prihvaćanju i zbrinjavanju napuštene djece. Prvi spomen o postojanju nahodišta datira iz 785. godine kada je nadbiskup Datheus u Milanu, zabrinut brojem napuštene dojenčadi izložene na ulici, otvorio azil u blizini svoje crkve (Perović, 1999, 2005, Brisky, 2009). Nahodište u Montpellieru osnovano je 1062. godine, a ono u Parizu 1070. godine (Perović, 1999, 2005). Papa Inocent III. je 1198. godine utemeljio nahodište u Rimu u bolnici Ospedale di Santo Spirito potaknut time što je šetajući obalom Tibera susretao ribare koji bi u mrežu, umjesto ribe, sakupljali veliki broj nasilno utopljene dojenčadi (Perović, 1999). Začetnik je ideje o uvođenju obrtaljke pomoću koje su roditelji anonimno prepuštali svoju djecu institucionaliziranoj skrbi nahodišta (Brisky, 2009). Obrtaljka je bila drveni cilindar koji je na jednom kraju bio šupalj i koji se okretao oko svoje osi. Nepoznata osoba bi donosila dijete obično noću, stavila ga u šupljinu obrtaljke, pozvonila i najčešće pobjegla. Nakon toga bi službena osoba okrenula obrtaljku i primila dijete u nahodište (Perović, 1999, 2005, Brisky, 2009, Škarica, 1928). Navedenim tajnim načinom predavanja djece bez traganja za njihovim roditeljima nastojali su se spriječiti onodobni mnogobrojni pobačaji i čedomorstva (Škarica, 1928). Ukoliko je majka bila nepoznata, što je najčešće bio slučaj, uprava nahodišta bi dala ime djetetu, a ono je vrlo često bilo podrugljivo (Perović, 1999, 2005, Brisky, 2009).

Splitsko nahodište utemeljio je nadbiskup Stjepan Cosmi 1704. godine, a u tu svrhu je kupio dvije kuće u blizini Nadbiskupske palače i zadužio Bratovštinu sv. Sakramenta za brigu o njegovom daljnjem djelovanju (Brisky, 2009, Škarica, 1928, Kečkemet, 1964, 1984, Juretić i Perović, 1988).

Prva dječja ustanova u Hrvatskoj, Kindersanatorium, osnovana je 1897. godine u Opatiji, a prvi dječji odjel 1904. u Zagrebu u Bolnici milosrdnih sestara.

Godine 1928. splitsko je nahodište premješteno u novoizgrađenu malu zgradu u bolničkom vrtu te je postupno do 1934. godine pretvoreno u prvi Dječji odjel u Dalmaciji, a njegov je osnivač bila dr. Vera Bekavac-Škarica (Brisky, 2009, Bešker, 1984).

U prvoj polovini 20. stoljeća dolazi do vrtoglavog napretka medicine, dječje bolnice se modificiraju i postaju specijalizirani centri za liječenje djece. Zahvaljujući današnjem razvoju dječje zdravstvene skrbi, sve se manje djece hospitalizira. Moderni ustroj dnevne bolnice omogućuje velikom broju bolesne djece da svaki dan nakon obavljenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka odu kući.

Boravak u bolnici je zastrašujuć za djecu. Odvajanje od roditelja, bol, strah, nepoznata i emocionalno hladna sredina, nesigurnost zbog ishoda liječenja, pa i strah od smrti kod starije djece dovode do poremećaja nježne dječje psihe. Treba voditi računa i o tome da svaka tjelesna bolest djeluje i na duševni život. Prvi liječnik zapadnog svijeta, Hipokrat, 450. godine prije Krista ustvrdio je da emocije nastaju u mozgu (Vlastelica, 2014).

Razne studije pokazuju kako traumatski događaj iz ranog djetinjstva može promijeniti strukturu limbičkog sustava i moždanog debla sekundarno, tj. putem produžene reakcije na opasnost. Također se navodi kako razvoj korteksa može biti usporan nakon iskustva zanemarivanja i deprivacije u ranom razvojnem dobu (Vlastelica, 2014). Bremner i sur. 1997. pokazuju kako odrasli s PTSP-om nastalim uslijed tjelesnog i seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu imaju smanjeni lijevi hipokampalni volumen u odnosu na kontrolnu skupinu. Moguće je zaključiti da traumatsko iskustvo u razdoblju razvoja mozga dovodi do regresije na raniji stupanj neuralnih funkcija i struktura (Bremner i sur., 1997).

Već kod starije dojenčadi zbog boravka u bolnici javlja se anaklitička depresija karakterizirana potištenošću, gubitkom apetita, nesanicom i sklonosti infekcijama. Vratili se dojenče brzo kući u emocionalno toplu atmosferu, znaci depresije se postupno izgube, ali ukoliko je dojenče odvojeno od majke dulje od tri mjeseca, malo je vjerojatno da će se potpuno oporaviti. U njegovoj ličnosti ostat će emocionalna oštećenja koja će mu kasnije otežavati stvaranje prisnih, osjećajnih veza s drugim ljudima (Salihagić-Kadić, Šimunović i Grubić, 2001).

Dijete je najosjetljivije na odvajanje od majke, oca ili osobe za koju je vezano tijekom prve tri godine života. Reakcije djeteta se mijenjaju od početnog razdoblja protesta do faze očaja i naposljetku razdoblja ravnodušnosti. Dulja odvojenost uzrokuje osjećaj indiferentnosti i dovodi do sindroma hospitalizma koji je karakteriziran usporavanjem razvoja motorike, govora i mentalnog razvoja te oštećenjem primanja poruka i osjećaja iz okoline (Salihagić-Kadić, Šimunović i Grubić, 2001). Neka djeca nakon hospitalizacije počnu mucati, druga se žale na bolove u trbuhu i glavobolje, a neka imaju promjene ponašanja s naglašenim prkosom, bijesom.

I kratkotrajna odvojenost od majke izaziva promjene ponašanja djeteta kada se vrati kući. Dijete se boji ponovno izgubiti majku, stalno je uz nju, lošije spava, često ima i noćne more te se može dogoditi da ponovno počne mokriti noću u krevet.

Sve navedeno se ne događa ili je u znatno manjoj mjeri izraženo ako je u vrijeme boravka djeteta u bolnici i majka. Gubitak voljene osobe pravi je uzrok smetnji koje nastaju.

Zdravstveni djelatnici u pravilu nisu ni svjesni mogućeg pogubnog utjecaja hospitalizacije na psihičko zdravlje djeteta (Salihagić-Kadić, Šimunović i Grubić, 2001). U razdoblju između 6 mjeseci i 5 godina dijete ima vrlo izraženu potrebu za sigurnošću i ljubavlju koju obično zadovoljava majka ili neka druga bliska osoba. Upravo zbog toga u toj dobi nije preporučljivo upućivati dijete u bolnicu ukoliko nije neophodno. U slučaju nužne hospitalizacije potrebno je ne samo liječiti bolest nego i nastojati da dijete zadrži psihičku ravnotežu i optimizam. Bolesnom djetetu treba posvetiti pažnju kao osobi koja ima svoje emocionalne potrebe.

Želeći poboljšati uvjete boravka djece u bolnicama na području Republike Hrvatske, udruge Savez društava „Naša djeca“, Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju i Hrvatska udruga medicinskih sestara – pedijatrijska sekcija pokrenule su izvrsnu preventivnu akciju pod nazivom „Za osmijeh djeteta u bolnici“. Cilj akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“ je promicanje i primjena humanizacije bolničkog liječenja djece (Grgurić i Paravina, 2001).

Akcija je zasnovana na odredbama Konvencije Ujedinjenih naroda o pravima djeteta koja je usvojena na 44. zasjedanju Glavne skupštine Ujedinjenih naroda, 20. studenoga 1989. godine. Konvencija ima 54 članka koji u devet tematskih cjelina iznose osobna, obiteljsko-socijalna, zdravstvena, obrazovna, kulturna, društvena, ekonomska i zaštitno-pravosudna prava djeteta (Konvencija o pravima djeteta, 1999).

Akcija „Za osmijeh djeteta u bolnici“ je prilog provedbi Europske povelje o djeci u bolnici koju je donio Europski parlament u svibnju 1988. godine u Strasbourgu (Grgurić i Paravina, 2001). Lista o pravima djeteta u bolnici naglašava stav iz Povelje prema kojemu je osnovno pravo djeteta pravo na najbolje moguće liječenje, a u tijeku kojeg se moraju uzimati u obzir i emocionalna stanja djeteta i roditelja (Tablica 1).

Tablica 1. *Lista o pravima djeteta u bolnici* (Lista je uključena u sklopu Europskog parlamenta na zasjedanju u Strasbourgu u svibnju 1998. godine)

Djeca trebaju biti primljena na liječenje u bolnicu ako briga za bolesno dijete ne može biti provedena u njegovoj obiteljskoj sredini.

Hospitalizirana djeca imaju pravo da uz njih budu roditelji kad god je to u interesu djece. Upravo zato je potrebno osigurati roditeljima mogućnost zajedničkog boravka s djecom u bolnici, pomagati im i poticati ih da ostanu s djecom kako bi mogli sudjelovati u njihovoj njezi. Potrebno ih je odgovarajuće informirati o djelatnosti dječjeg odjela, a zdravstveni radnici moraju poticati brigu za njihovu djecu.

Djeca i/ili njihovi roditelji moraju imati pravo suodlučivanja o medicinskim zahvatima. Svako dijete treba zaštititi od nepotrebnih pretraga, kirurških zahvata te drugih radnji koje mogu prouzročiti osjećaj tjelesne ili psihičke neugode.

Djeca se moraju tretirati s osjećajem poštovanja njihove ličnosti.

O djeci mora voditi brigu adekvatno osposobljeno osoblje koje je upoznato i s tjelesnim i s duševnim potrebama djece različite starosti.

Djetetu u bolnici treba osigurati mogućnost uporabe vlastite odjeće i drugih osobnih predmeta.

Liječenje djece treba se odvijati na dječjim odjelima na kojima su djeca jednake dobne skupine.

Djecu treba liječiti u sredini (okolini) koja je tako opremljena da može zadovoljiti potrebe djeteta i koja odgovara standardu sigurnosti i nadzora.

Djeca moraju imati mogućnost za igru, relaksaciju i učenje prilagođeno svojoj dobi i zdravstvenom stanju.

Slijedom takvih stavova ostvaruje se i širi svjetska ideja „otvorene bolnice“ koja je posebno izražena u Europi (Grgurić i Paravina, 2001). Vrijedno je spomena i to da je Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske već 1984. godine organizirao okrugli stol s ciljem da potakne veću humanizaciju bolničkog liječenja djece i da uspostavi nove odnose između zdravstvenih djelatnika, roditelja, članova volonterskih udruga i djece kao bolesnika (Novak-Reis i Paravina, 1986). U Šibeniku je 1989. godine organiziran i Drugi simpozij socijalne pedijatrije s glavnom temom „Humanizacija dječje bolnice“ (Kornhauzer, 1990). Iste godine UNICEF i Svjetska zdravstvena organizacija diljem svijeta pokrenuli su inicijativu za što većim prihvaćanjem dojenja. To je već sada poznata i kod nas provedena inicijativa „Rodilišta – prijatelji djece“ koja također predstavlja značajan pomak u humanizaciji bolničke skrbi djece (Grgurić, 2003).

Provođenje Inicijative ne zahtijeva velika financijska sredstva, već prvenstveno promjenu stava i odnosa uprave bolnica, liječnika i medicinskih sestara te ostalog osoblja prema djeci koju treba zdravstveno zbrinuti, ali i prema roditeljima koji su motivirani za što skorije ozdravljenje svog djeteta (Grgurić, 2003).

Službeni početak, ciljevi i program akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“ obilježeni su 19. svibnja 1999. godine u Klinici za dječje bolesti u Zagrebu (Grgurić, 2003). Akcija je dobila podršku Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, a ušla je i u Nacionalni program djelovanja za djecu u Republici Hrvatskoj. Program Akcije iskazan je kroz 12 zahtjeva (Tablica 2).

Tablica 2. *Program akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“* (Grgurić i Paravina, 2001)

Izrada i objava godišnjeg plana o sudjelovanju u ovoj Akciji.

Prihvat djeteta u bolnicu samo kada je to za dijete najbolje rješenje.

Maksimalno smanjivanje boravka djeteta u bolnici.

Holistički pristup liječnika bolesnom djetetu.

Sestrinska skrb o bolesnom djetetu – dopunska edukacija medicinskih sestara.

Primjena suvremenih medicinskih standarda za boravak djeteta u bolnici.

Pristup svakom djetetu kao pojedincu s njegovim vlastitim potrebama.

Omogućiti svakodnevni posjet roditelja bolesnom djetetu.

Sudjelovanje roditelja u njezi i liječenju djeteta.

Pedagoški i kulturno-zabavni sadržaji za djecu u bolnici.

Igra i aktivnosti koje djeca sama odabiru i u njima sudjeluju.

Oplemenjivanje i funkcionalnost bolničkog ambijenta.

Akcija je istodobno stručna i društvena, a provode je zdravstveni djelatnici bolnice i vanjski stručni i društveni suradnici – volonteri. Subjekt u Akciji je hospitalizirano dijete o kojem, prema stavovima Akcije, vode brigu liječnici, medicinske sestre, roditelji i članovi društava „Naša djeca“, a putem njih i drugi angažirani suradnici iz drugih udruga i ustanova. Tako ova Akcija objedinjuje medicinsku pomoć bolesnom djetetu i psihosocijalnu podršku (Grgurić i Paravina, 2001).

Uključivanje u ovu Akciju je dobrovoljno, a svaka bolnica/dječji odjel, zajedno s Mjesnim društvom „Naša djeca“, donosi odluku o sudjelovanju, a potom utvrđuje svoj program i izvedbeni plan, tj. mjere, nositelje i rokove za realizaciju propozicija Akcije. Nakon što se udovolji najmanje 80 % propozicija akcije „Za osmijeh djeteta u bolnici“, koje su tiskane u posebnom opsežnom upitniku, bolnica u znak javnog priznanja dobija prestižni naziv u obliku natpisne ploče „Dječji bolnički odjel – prijatelj djeteta“. Lokalno društvo „Naša djeca“ prima javno priznanje u obliku diplome na kojem piše „Društvu ‘Naša djeca’ – za osmijeh djeteta u bolnici“. Neposredni uvid u dostignuće bolnice ostvaruje Prosudbena komisija imenovana od organizatora ove Akcije (Grgurić i Paravina, 2001).

Akcija „Za osmijeh djeteta u bolnici“ je veoma dobro prihvaćena u Hrvatskoj. Provođenje Akcije ne zahtijeva nedostižna financijska sredstva, nego promjenu stava i odnosa uprave bolnice, liječnika i medicinskih sestara te ostalog osoblja i vanjskih suradnika prema djeci i roditeljima s ciljem prevencije mentalnog zdravlja djece, a to će se dogoditi provođenjem programa humanizacije bolničkog liječenja djece.

Literatura

Bešker, M. (1984). Odjel za dječje bolesti. U: Uglešić, B. (ur.) *190 godina splitske bolnice* (65-9). Split: Opća bolnica u Splitu.

Bremner, J. D.; Randall, P.; Vermetten, E. i sur. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse – a preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41: 23-32.

Brisky, L. (2009). Splitsko nahodište. *Paediatrica Croatica*, 53 (1): 12-7.

Grgurić, J.; Paravina, E. (ur.) (2001). *Cilj, program i način provedbe akcije Za osmijeh djeteta u bolnici*. Zagreb: Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske.

Grgurić, J.; Paravina, E. (ur.) (2001). *Za osmijeh djeteta u bolnici*. Zagreb: Graf-His.

Grgurić, J. (2003). Program „Dječji bolnički odjeli – prijatelji djece“. *Paediatrica Croatica*, 47 (1): 3-8.

Juretić, M.; Perović, S. (1988). Povijest zdravstvene zaštite djece u Dalmaciji (do 1941. godine). *Acta historiae, medicinae, stomatologiae, pharmaciae, medicinae, veterinariae*, 28 (1 – 2): 103-12.

Kečkemet, D. (1964). *Stara splitska bolnica 1794-1964*. Split: Novinsko-izdavačko poduzeće „Slobodna Dalmacija“.

Kečkemet, D. (1984). Zdravstvo i bolnice u Splitu do Drugoga svjetskog rata. U: Uglešić, B. (ur.) *190 godina splitske bolnice* (13-36). Split: Opća bolnica u Splitu. .

Konvencija o pravima djeteta, (1999). *Dijete i društvo*, 1: 47-75.

Kornhauzer, P. (1990). *Humanizacija bolnice. 2. simpozij socijalne pedijatrije*. Šibenik, 6: 28-29.

Novak-Reis, A.; Paravina, E. (ur.) (1986). *Kako djetetu olakšati boravak u bolnici*. Zagreb: Prosvjeta.

Perović, S. (1999). Dijete i srednji vijek (dobra, zablude i prokletstva). *Paediatrica Croatica*, 43 (1): 1-8.

Perović, S. (2005). Roman Jelić i nahodišta. *Medica Jadertina*, 35 (1-2): 17-20.

Salihagić-Kadić, A.; Šimunović, D.; Grubić, M. (2001). Psihološke reakcije djeteta na hospitalizaciju. U: Grgurić, J.; Paravina, E. (ur.) *Za osmijeh djeteta u bolnici*. Zagreb: Savez društava „Naša djeca“ Hrvatske.

Škarica, V. (1928). Nahodišta u Dalmaciji. *Liječnički vjesnik*, 50: 663-71.

Vlastelica, M. (2014). *Rani odnos majka-dijete u svjetlu neuroznanstvenih spoznaja*. Zagreb: Medicinska naklada.

18. | Prevenција alkoholnih intoksikacija kod djece



18.1. Povijesni pregled konzumacije alkohola

Alkoholna pića se proizvode i konzumiraju već tisućama godina, pri čemu su imala važnu ulogu u mnogim vjerskim običajima, opskrbi organizma energijom i utaživanju žeđi, a koristila su se i prilikom društvenih događanja i opuštanja te u medicinske svrhe. Drži se da je proizvodnja alkohola započela već prije 10 000 godina, tj. kada se fermentacijom počelo proizvoditi pivo. Proizvodnja vina započela je oko 5000 godina prije Krista. Egipćani su svakodnevno konzumirali alkohol tijekom svojih vjerskih običaja. U staroj Kini alkohol je također bio važan dio vjerskog i svakodnevnog života, kao i kod Rimljana koji su ga konzumirali u velikim količinama, posebice vino. Kršćani su također zagovarali konzumaciju vina, ali u umjerenim količinama. Tijekom 11. stoljeća liječnici Rimskog Carstva su primijetili negativan učinak alkohola na jetru. Međutim, u Engleskoj se u istom vremenskom razdoblju pivo smatralo dijetetskim proizvodom, stoga su ga muškarci, žene i djeca konzumirali kao hranu za doručak, ručak i večeru. Iako se ne može točno utvrditi podrijetlo postupka destilacije za dobivanje žestokih pića, smatra se da isti potječe iz srednjeg vijeka s područja Arabije, a prva osoba koja je detaljno opisala navedeni postupak je Albertus Magnus (12. – 13. st.). Otkrićem Amerike Španjolci su uvidjeli da civilizacija Srednje Amerike također ima svoje postupke proizvodnje alkoholnih pića, i to posebno od agave, meda, šljiva, ali i od raznog drugog voća. Indijanci, kao i Aboridžini u Australiji nisu poznavali alkoholna pića do dolaska Europljana. Pjenušavo vino je proizvedeno u 17. stoljeću u Engleskoj kao posljedica pogreške prilikom skladištenja vina koje je potjecalo iz francuske regije Champagne, a uslijed čega je isto prošlo postupak druge fermentacije. Smatra se da viski (*whiskey*) potječe iz Irske, a rum s Kariba. U Engleskoj je 1960-ih godina radi prevelike konzumacije džina proglašena tzv. „džin epidemija“.

Tijekom vremena dolazi do osvješćivanja javnosti o problemu ekscesivnog pijenja, a koje utječe na cjelokupan obiteljski, ekonomski, osobni, društveni i vjerski život,

te se početkom devetnaestog stoljeća podstiče umjerenost u pijenju. U nekim zemljama početkom dvadesetog stoljeća dolazi do zakonske zabrane konzumacije alkohola (prohibicija). Ipak, i dalje se smatra da konzumacija vina u manjim dnevnim količinama kod odraslih ljudi ima pozitivan utjecaj na kardiovaskularni sustav. Mjere kojima se pokušava smanjiti konzumaciju alkohola su: povećanje minimalne dobne granice za pijenje alkohola, povećanje cijena alkoholnih pića, smanjenje zakonski dozvoljene koncentracije alkohola tijekom upravljanja motornim vozilima, veće kazne za pijane vozače, promoviranje nepijenja i slično (Hanson, 2013).

18.2. Akutno trovanje alkoholom

Otrovanje je kliničko stanje iznenadne ili postupne ugroženosti jednog ili više organskih sustava tijela koje nastaje zbog kontakta s otrovnom tvari. Otrovanja mogu biti akutna i kronična. Ona su najčešće slučajna (herbicidi, ugljični monoksid, nikotin, alkohol), zatim suicidalna (lijekovi, drugi otrovi manje), a najrjeđe kriminalna. Akutna otrovanja često su hitna stanja koja zahtijevaju primjeren pristup i liječenje. Alkoholna trovanja su među češćim uzrocima trovanja. Postoji 7 stupnjeva intoksikacije alkoholom. Prvi stupanj pri kojem je koncentracija alkohola 0,1 – 0,5 ‰ nije obilježen gotovo nikakvim odstupanjima u somatskom statusu. Blaža odstupanja se mogu uočiti samo posebnim testovima. Pri koncentraciji alkohola 0,3 – 1,2 ‰ (drugi stupanj) javlja se blaža euforija, a smanjene su inhibicija, samokontrola i samokritičnost. U trećem stupnju (0,9 – 2,5 ‰) osoba je promijenjenog stanja svijesti, ekscitirana, slabijeg pamćenja i razumijevanja te ima lošiju koordinaciju i usporene reakcije. Četvrti stupanj (1,8 – 3,0 ‰) je obilježen nerazumljivim i nejasnim govorom, smetnjama ravnoteže, vrtoglavicom, dezorijentiranošću, ljutnjom, strahom, nekoordinacijom mišića i smanjenim osjećajem boli te mikropsijom ili makropsijom. U petom stupnju (2,7 – 4,0 ‰) javlja se mišićna slabost, osoba više ne može stajati ni hodati. Prisutni su osjećaj mučnine, povraćanje, inkontinencija mokraće i stolice, a može se javiti i sopor. Šesti stupanj (3,5 – 5,0 ‰) obilježen je promjenom svijesti, anestezijom, supresijom vlastitih refleksa, uz javljanje patoloških, konvulzijama, depresijom kardiovaskularnog sustava, teškom hipoglikemijom, hipotermijom te komatoznim stanjem čiji ishod može biti letalan. U sedmom stupnju ($\geq 4,5$ ‰) dolazi do paralize centra za disanje i smrti (Gašparović, Radonić, 2008).

18.3. Alkoholizam

Alkoholizam je definiran kao primarna, kronična bolest koja nastaje kao posljedica genetskih, psihosocijalnih i okolišnih utjecaja. Obilježena je gubitkom kontrole nad pijenjem, preokupacijom alkoholom, uživanjem alkohola unatoč njegovim negativnim posljedicama i poremećaju mišljenja, najčešće poricanju (Morse, Flavin, 1992). Kronično trovanje alkoholom dovodi do anoreksije, kroničnog gastroenteritisa i proljeva, ciroze jetre, distalne senzorne polineuropatije te mentalnih promjena, *delirium tremensa* (akutno psihotično stanje koje nastaje nekoliko dana nakon apstinencije).

cije od alkohola, a karakterizirano je kvalitativnim poremećajem svijesti, tremorom, strahom, nemirom te najčešće vidnim halucinacijama) i Korsakovljevog amnestičkog sindroma koji nastaje zbog kroničnog nedostatka vitamina B1 (Gašparović, Radonić, 2008). Za razvoj bolesti potrebno je između 5 i 10 godina, zbog čega se kod mladih i djece uglavnom govori o problemima vezanim uz alkohol, a ne o alkoholizmu. Najčešće je riječ o djeci u pubertetskoj razvojnoj fazi koja uživaju alkohol zbog potrebe za samopotvrđivanjem, samodokazivanjem, imitiranjem zbog utjecaja društva ili zbog želje za ponašanjem koje bi odudaralo od želja i stavova odraslih te vjerovanja da će se nakon konzumacije alkohola osjećati bolje i opuštenije. Roditeljski stav ima važan utjecaj na pijenje kod djece (Sakoman, Kuzman i Raboteg-Šarić, 1999).

18.4. Akutna alkoholna trovanja djece

18.4.1. Učestalost

Provedena su mnogobrojna istraživanja o učestalosti uživanja alkohola u pedijatrijskoj populaciji, a od njih su mnoga rezultirala poražavajućim rezultatima pokazujući kontinuirani trend rasta tijekom posljednjih nekoliko desetaka godina. Prema podacima ESPAD-a (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs u 2011. godini), najmanje 70 % studenata je pilo alkohol tijekom života, odnosno 79 % unatrag godinu dana i 59 % unatrag mjesec dana. Prosjek se razlikuje među zemljama, a s najnižom prevalencijom u zemljama jugoistočne Europe. Najviši je u Češkoj (unatrag mjesec dana 79 % studenata je uživalo alkohol), Njemačkoj i Danskoj, a najniži u Islandu (17 % studenata unatrag mjesec dana). Prema tim podacima, postotak studenata koji su unatrag 30 dana uživali alkohol u Hrvatskoj je 66 %. U većini zemalja, osim Islanda, Latvije i Švedske, veća je incidencija pijenja kod dječaka nego kod djevojčica (Hibell i sur., 2012). Prema istraživanjima iz 2008. godine, u Hrvatskoj je do 15. godine alkohol probalo više od 80 % dječaka i djevojčica (Dekalić, 2008).

18.4.2. Obilježja alkoholnih intoksikacija

Prema recentnim istraživanjima, primjetne su značajne razlike alkoholnih intoksikacija među djecom po spolu. U najvećem broju slučajeva veći je postotak muške djece (Turska, Slovačka, Poljska, Hrvatska, Bugarska), dok je u nekim zemljama zabilježen jednak postotak muške i ženske djece (Norveška) (Guzel i sur., 2012, Rehorčikova i sur., 2013, Pawlowicz i sur., 2013, Bitunjac i Saraga, 2009, Loukova i Stankova, 2011, Vallersnes i sur., 2015). Prosječna starosna dob u svim navedenim istraživanjima je 14,3 godina, što je u skladu i s prosječnom starosnom dobi u Hrvatskoj (14 godina). U jednom istraživanju (Nizozemska) je zapaženo da su hospitalizirane djevojčice nešto mlađe (15,3 godina) od dječaka (15,7 godina), da imaju nižu koncentraciju alkohola u krvi (1,79 ‰ naspram 1,94 ‰) te da su kraće hospitalizirane od dječaka. Dječaci češće piju pivo, a djevojčice vino i miješana pića. Manja koncentracija alkohola kod djevojčica upućuje na to da kod djevojčica manja količina alkohola dovodi do alkoholne intoksikacije u odnosu na dječake. Budući da djevojčice ranije ulaze u pubertet

od dječaka, sklonije su eksperimentiranju s alkoholom u ranijoj dobi, stoga je i njihova prosječna dob prilikom hospitalizacije manja (Bouthoorn, van Hoof i van der Lely, 2011). Više dječaka nego djevojčica smatra alkoholna pića (vino, pivo, žestoka pića) lako dostupnima za nabavu (Rehorčikova i sur., 2013). Koncentracije alkohola u krvi intoksicirane djece se prosječno kreću 1,3 – 3 ‰. U najvećem broju slučajeva trovanje je namjerno (oko 75 % slučajeva) (Guzel i sur., 2012, Pawlowicz i sur., 2013). Ostali uzroci trovanja su nenamjerni i suicidalni. Do akutnih opijanja najčešće dolazi tijekom vikenda u kasnim poslijepodnevним satima i navečer, tijekom druženja s prijateljima, a pri tome se najčešće pije votka (63,1 %). Zanimljivo je da su intoksikacije češće kod djece s boljim uspjehom u školi, koja studiraju, znaju neki strani jezik, posjeduju kompjutor i dolaze iz urbanih sredina (Pawlowicz i sur., 2013, Loukova i Stankova, 2011).

Poseban entitet kod adolescenata je *binge drinking* koji je definiran kao pijenje većeg broja pića (> 5) u kratkom vremenskom razdoblju tijekom određene prigode s težnjom opijanja ili teže opijanje tijekom nekog dužeg vremenskog razdoblja. Češći je kod pripadnika muškog spola, kod adolescenata koji dolaze iz obitelji s pozitivnom anamnezom alkoholizma, a prati ga i češća istovremena zlouporaba droga. Motivacija za takvu vrstu pijenja je težnja za smanjenjem napetosti, kao i želja za boljim uklapanjem u društvo, pri čemu najveću ulogu ima utjecaj vršnjaka (Kuntsche, Rehm, Gmel, 2004). Najveći broj adolescenata hospitaliziranih zbog posljedica *binge drinkinga* epizodu opijanja doživi tijekom vikenda družeći se s prijateljima. U usporedbi s takvim, „tipičnim“ načinom opijanja uočeno je da su adolescenti s „atipičnim“ načinom opijanja (ako piju sami da bi se lakše nosili s nekim problemom ili koji piju tijekom tjedna) u većem broju slučajeva već konzumirali alkohol ili druge supstance i imaju veći rizik za razvoj poremećaja konzumacije alkohola ili drugih nedozvoljenih supstanci. „Atipični“ način pijenja je zastupljeniji kod djevojčica. Takvi adolescenti češće potječu iz sredina s većim stupnjem nezaposlenosti (Groß i sur., 2014).

18.4.3. Rizični čimbenici

Značajno veći broj djece koja potječu iz obitelji u kojoj otac svakodnevno konzumira alkohol ima problema s učestalijim pijenjem. Također, ukoliko rođaci piju, povećava se rizik pijenja i kod djece. Taj utjecaj je posebno izražen kod djevojčica (Rehorčikova i sur., 2013). Utjecaj pozitivne obiteljske anamneze alkoholizma bi se mogao objasniti biheavioralnim pristupom. Rođaci, a posebno roditelji su često uzor djeci koja ponavljaju naučeni obrazac ponašanja i navika pijenja. Slabiji nadzor roditelja i njihov lošiji uvid u slobodne aktivnosti djeteta, kao i „blaže“ odgojne mjere također povećavaju rizik za konzumaciju alkohola kod djece. Negativna sredina, obilježena povećanim stupnjem nezaposlenosti i većim udjelom devijantnog ponašanja, kao i povećana tolerancija pojedinca na alkohol povećavaju rizik za konzumaciju alkohola kod djece. Kod djece koja su hospitalizirana zbog akutnog pijanog stanja povećana je prevalencija zlouporabe alkohola u razdoblju prije hospitalizacije, razvoja alkoholne ovisnosti, *binge drinkinga*, pušenja, kao i uživanja droga (Rehorčikova i sur., 2013, Groß i sur., 2014, 2016).

18.4.4. Posljedice

Akutna alkoholna intoksikacija kod adolescenata nosi povećani rizik za neplaniranu trudnoću, spolno prenosive bolesti, suicid, nasilje i prometne nesreće. U manjem broju slučajeva zabilježene su akutne ozljede, spolno zlostavljanje te istovremena zlouporaba droga (Guzel i sur., 2012). Također, neka istraživanja su pokazala da je konzumacija alkohola povezana s lošijim kognitivnim funkcioniranjem, tj. lošijim izvođenjem testova verbalnog pamćenja, vidno-prostornog funkcioniranja, psihomotorne brzine, radne memorije, pažnje, kognitivne kontrole te ukupnog IQ-a. Također, pokazalo se da je teška zlouporaba alkohola tijekom adolescencije povezana sa smanjenjem sive tvari i povećanjem volumena bijele tvari, kao i s povećanjem moždane aktivnosti tijekom testova inhibicije i radne memorije (Squeglia i Gray, 2016).

18.4.5. Prevencija

Budući da roditelji imaju snažan utjecaj na konzumaciju alkohola kod djece, razgovor o negativnim utjecajima alkohola na zdravlje pojedinaca bi se trebao voditi već u dobi od 10 ili 11 godina (Rehorčikova i sur., 2013). Također, roditelji bi svojim pozitivnim primjerom, strožim odgojnim metodama i dobrim uvidom u izvannastavne aktivnosti djece mogli spriječiti konzumaciju alkohola kod njih. Odgojno-obrazovne mjere o prevenciji opijanja kod djece bi se trebale provoditi već u osnovnoj školi, prije stupanja djeteta u pubertetsku razvojnu fazu (Bouthoorn, van Hoof i van der Lely, 2011).

S obzirom na to da je među djecom starosti iznad 10 godina koja su doživjela traumu čak njih 57,1 % pozitivno na alkohol, trebalo bi svoj djeci starosti iznad 10 godina koja su doživjela akutnu traumu napraviti probir na alkoholna sredstva ovisnosti (Ley i sur., 2012).

Kod djece koja su hospitalizirana zbog akutne alkoholne intoksikacije trebalo bi odmah po „otriježnjenju“, tj. jutro nakon hospitalizacije, provesti razgovor sa psihologom o događajima prethodnog dana i okolnostima koje su dovele do intoksikacije. Također, kroz *booster session* (grupnu intervenciju tijekom koje bi se raspravljalo o razlozima akutnog opijanja te pijenju u budućnosti, a u svrhu bolje samokontrole i prevladavanja rizika u budućnosti, uz uključivanje u aktivnosti na otvorenom) bi se značajno smanjio rizik ponovnog opijanja (Wurdak, 2016). Motivi pijenja mogu biti pozitivni i negativni, a u obje skupine postoje oni interni i eksterni. Pozitivni motivi su, primjerice, „jer je to zabavno“ (interni, pri čemu pojedinac uživa u osjećaju opijenosti) ili „jer se na takav način lakše opustiti, uživati u zabavi i komunikaciji s prijateljima“ (eksterni). Negativni motivi su „da bi se zaboravilo na aktualne probleme i stresove“ (interni) ili „jer se na takav način nećeš osjećati izoliranim“ (eksterni s ciljem boljeg prihvaćanja u društvu). Na temelju navedenih motiva adolescente bi se moglo podijeliti u nekoliko skupina te sa svakom skupinom proći kroz individualni program vježbi za suzbijanje istih u budućnosti. Neka istraživanja su pokazala da je takav pristup kod djevojčica iz skupine koje su prošle ranu intervenciju doveo do značajnog pada fre-

kvencije konzumacije alkohola i *binge drinkinga* nakon 4 tjedna u odnosu na skupinu koja nije bila obuhvaćena takvim pristupom, dok takav trend nije zabilježen kod dječaka (Wurdak, Wolstein i Kuntsche, 2016).

Posebno je zanimljivo istraživanje skupine od 316 adolescenata u dobi između 12 i 17 godina provedeno u Hamburgu s ciljem identifikacije navika pijenja i njihovih povezanosti s raznim psihosocijalnim problemima. Ispitanici su, u ovisnosti o količini standardnih pića konzumiranih u tipičnim zabavnim prigodama (definirana kao 0,3 l piva, 0,1 l vina i 0,04 l rakije), učestalosti *binge drinkinga* unatrag mjesec dana i pijanstva unatrag 3 mjeseca, problemima vezanim uz alkohol, broju prethodnih hospitalizacija zbog alkoholnih intoksikacija i rizičnim ponašanjima vezanim uz alkoholnu konzumaciju, podijeljeni u 5 skupina: 1. „pijenje niskog rizika“ (61,2 %), 2. „pijenje umjerenog rizika“ (5,7 %) i 3. „učestalo pijani“ (15,8 %) (2. i 3. su skupine rizičnog pijenja) te 4. vezana uz probleme „abuzusa alkohola“ (11,4 %) i 5. „ekscesivno pijenje“ (5,1 %) (4. i 5. su skupine visokog rizika). Pripadnici prve skupine „niskog rizika“ su u prosjeku konzumirali manje od 5 standardnih pića u specifičnim prigodama, imali 31,7 % pijanstava unatrag 3 mjeseca i 27,9 % epizoda *binge drinkinga* unatrag 30 dana. U drugoj skupini je 58,8 % imalo epizodu *binge drinkinga* unatrag mjesec dana, 66,7 % barem jednu epizodu pijanstva unatrag 3 mjeseca te 27,8 % prethodnih hospitalizacija zbog alkoholnih intoksikacija. U trećoj skupini 100 % ispitanika je prijavilo epizodu pijanstva unatrag 3 mjeseca, uz 56,3 % *binge drinkinga*. Četvrta skupina je imala visoki postotak ponavljanih hospitalizacija zbog akutnih pijanstava (32,4 %) te konzumaciju prosječno 6,6 standardnih pića u zabavnim prigodama. U toj skupini zabilježena je veća učestalost psiholoških poteškoća, tj. depresije, anksioznosti, agresivnog ponašanja te slabije kontrole bijesa. Ispitanici iz pete skupine su u prosjeku prigodno konzumirali 18,5 standardnih pića, 100 % je bilo akutno pijano u nekoliko navrata unatrag 3 mjeseca, uz prevalenciju *binge drinkinga* od 75 %. U četvrtoj i petoj skupini također je bila češća zlouporaba drugih psihoaktivnih supstanci u odnosu na ostale skupine, kao i češće „markiranje“ iz škole, stoga bi adolescente, prilikom hospitalizacije zbog akutne alkoholne intoksikacije, trebalo svrstati u jednu od navedenih skupina te primijeniti ranu psihološku intervenciju s obzirom na rizik koji pojedina skupina nosi (Diestelkamp i sur., 2015).

Dugotrajnim praćenjem djece koja su bila liječena zbog akutne alkoholne intoksikacije uočeno je da je razvoj kod najvećeg broja takve djece neupadan. Ipak, u toj skupini značajno veći broj djece u srednjim dvadesetim godinama razvije poremećaj konzumacije alkohola, češću zlouporabu raznih ovisnih sredstava (najčešće kanabnoida) te je skloniji delinkventnom ponašanju u odnosu na kontrolnu skupinu. Pravovremenim preventivnim programom kojim bi djelovali na tu ciljanu skupinu mogao bi biti smanjen udio rizičnih ponašanja u populaciji (Groß i sur., 2016).

18.4.6. Akutna alkoholna intoksikacija djece u Hrvatskoj

Na Klinici za dječje bolesti KBC-a Split u vremenskom razdoblju 1997. – 2007. godine provedeno je retrospektivno istraživanje o učestalosti hospitalizacija zbog alko-

holnih intoksikacija djece starosti do 18 godina. U tom razdoblju 594 djece je bilo zaprimljeno na bolničko liječenje zbog raznih vrsta intoksikacije, od čega njih 293 (40,2 %) zbog akutne alkoholne intoksikacije. Zabilježeno je da je 0,3 % djece istovremeno konzumiralo i droge. Među akutno opijenim bolesnicima udio dječaka je bio znatno veći (71,1 %) u odnosu na djevojčice. Udio alkoholnih intoksikacija u odnosu na ostale uzroke trovanja je porastao sa 16,7 % 1997./1998. na 66,3 % 2006./2007. godine, a udio u ukupnom broju hospitalizacija godišnje je porastao s 0,3 % na 1,7 %. U skupini akutno alkoholom intoksicirane djece 82 % je bilo staro između 14 i 18 godina, a prosječna dob je bila 14 godina. Udio otrovanja alkoholom među svim uzrocima trovanja kod djevojčica je tijekom promatranog perioda porastao sa 6,3 % na 45,5 %, a kod dječaka s 23,1 % na 78,6 %. Djeca najčešće piju izvan kuće (79,4 %), i to uglavnom vikendom i praznikom (73,2 %). Uglavnom je riječ o prigodnom pijenju (rođendani, zabave, vjenčanja, proslave (63,2 %)), dok su u 27,4 % slučajeva uzrok bile emocionalne poteškoće, u 2,8 % slučajeva uzrok je rastava roditelja, u 2,8 % slučajeva uzrok je i pritisak vršnjaka, a u 0,9 % slučajeva oklada. 1997./1998. – 2001./2002. godine psihološka pomoć nije bila dio standardnih intervencija kod alkoholnih intoksikacija. Od 2002./2003. godine, zbog uočenog negativnog trenda porasta konzumacije alkohola među mladima, sve češće se traži psihološka pomoć te broj takvih intervencija raste s 5,9 % 2002./2003. na 30,5 % 2006./2007. godine (Bitunjac i Saraga, 2009).

18.4.7. Zaključak

Naša studija, kao i brojne studije provedene u mnogim europskim zemljama, je pokazala porast intoksikacija alkoholom među mladima. Mogući razlozi pojave takvog negativnog trenda su liberalizacija u obrazovanju i odgoju, pri čemu djeca sve više vremena provode izvan kuće i van roditeljskog nadzora. Također, i ravnopravnost spolova je dovela do jednake zastupljenosti dječaka i djevojčica u konzumaciji alkohola. Iako je dostupnost alkohola populaciji mlađoj od 18 godina zakonski dobro regulirana u Hrvatskoj, u stvarnosti se do njega može lako doći. Upravo zbog toga bi trebalo provesti intenzivnije preventivne mjere poput obrazovnih i odgojnih mjera u osnovnoj i srednjoj školi, medijskih upozorenja i strožih zakonskih regulativa. Budući da mediji imaju snažan utjecaj na mlade, svakako ne pomaže činjenica da su na brojnim televizijskim programima, putem reklama kojima se promoviraju razna alkoholna pića, posebno za vrijeme velikih sportskih događanja, učestalo izloženi ohrabrenju uporabe alkoholnih sredstava. Također, kod djece koja su hospitalizirana zbog akutne alkoholne intoksikacije trebalo bi provesti ranu psihološku intervenciju dan nakon hospitalizacije jer takav pristup dovodi do smanjenja ponavljanja rizičnih ponašanja, posebno kod djevojčica. U najvećem broju slučajeva akutno opijena djeca nemaju veću učestalost vraćanja i imaju uredan razvoj. Međutim, ipak postoji određeni postotak djece koja imaju povećani rizik ponavljanja rizičnog ponašanja, kao i razvoja alkoholne ovisnosti i drugih psihosocijalnih poteškoća, stoga bi pravodobnom i ranom psihološkom intervencijom trebalo takve pojedince prepoznati i pratiti.

Naša preliminarna istraživanja, provedena 2008. – 2015. godine, su pokazala slične rezultate, posebno kada je riječ o učinkovitosti ranih psiholoških intervencija kod djevojčica. Usmenom komunikacijom s autorom (rezultati još nisu službeno objavljeni) smo saznali da je u proteklom razdoblju došlo do pada učestalosti alkoholnih intoksikacija, uz porast udjela djevojčica, pri čemu je taj trend ostao nepromijenjen, a također je došlo do porasta konzumacije droga. Psihološku pomoć traži sve veći broj djece, pri čemu prevladavaju pripadnice ženskog spola. Dokazano je da rana intervencija ima pozitivan učinak kod djevojčica, stoga je vjerojatno da je zbog povećane intervencije psihologa ili psihijatra i došlo do smanjenja trenda pijenja i alkoholnog trovanja kod djece.

Literatura

Bitunjac, K.; Saraga, M. (2009). Alcohol Intoxication in Pediatric Age: Ten-year Retrospective Study. *Croatian Medical Journal*, 50 (2): 151-156.

Bouthoorn, S. H.; van Hoof, J. J.; van der Lely, N. (2011). Adolescent alcohol intoxication in Dutch hospital centers of pediatrics: characteristics and gender differences. *European Journal of Pediatrics*, 170 (8): 1023-1030.

Dekalić, N. (2008). Alkoholizam kod adolescenata u Samoboru. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 4 (16): 1-4.

Diestelkamp, S.; Kriston, L.; Arnaud, N.; Wartberg, L.; Sach, P. M.; Harter, M.; Thomasius, R. (2015). Drinking patterns of alcohol intoxicated adolescents in the emergency department: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 50: 51-59.

Gašparović, V.; Radonić, R. (2008). Bolesti uzrokovane kemijskim i fizičkim čimbenicima. U: Vrhovac, B. i sur. *Interna medicina* (1538-1549). Zagreb: Naklada Ljevak.

Groß, C.; Mick, I.; Reichert, J.; Zimmermann, U. S. (2016). Adolescents Admitted to In-Patient Treatment with Alcohol Intoxication: Risk and Resilience Factors Associated with Problematic Alcohol Use. *Journal of Alcoholism & Drug Dependence*, 4:231.

Groß, C.; Neumann, M.; Kalkbrenner, M.; Mick, I.; Lachnit, A.; Reichert, J.; Klotsche, J.; Zimmermann, U. S. (2014). A Retrospective Analysis of Psychosocial Risk Factors Modulating Adolescent Alcohol Binge Drinking. *European Addiction Research*, 20 (6): 285-292.

Groß, C.; Reis, O.; Kraus, L.; Piontek, D.; Zimmermann, U. S. (2016). Long-term outcomes after adolescent in-patient treatment due to alcohol intoxication: A control group study. *Drug and Alcohol Dependence*, 162: 116-123.

Guzel, A.; Paksu, M. S.; Sisman, B.; Murat, N.; Yuce, M.; Sahin, S.; Karakus, A.; Paksu, S. (2012). An Emergency Service Diagnosis in Childhood with an Increasing Trend Within Time: Alcohol Poisoning. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32 (5): 1254-1259.

Hanson, D. J. (2013). Historical evolution of alcohol consumption in society. U: Boyle, P. i sur. *Alcohol: Science, Policy and Public Health* (3-12). United Kingdom: Oxford University Press.

Hibell, B.; Guttormsson, U.; Ahlström, S.; Balakireva, O.; Bjarnason, T.; Kokkevi, A.; Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Kuntsche, E.; Rehm, J.; Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59 (1): 113-127.

Ley, E. J.; Singer, M. B.; Short, S. S.; Salim, A. (2012). Support for blood alcohol screening in pediatric trauma. *American Journal of Surgery*, 204 (6): 939-943.

Loukova, A.; Stankova, E. (2011). Factors Influencing Acute Alcohol Poisoning in Adolescents in Bulgaria. *Przeglad Lekarski*, 68 (8): 410-412.

Morse, R. M.; Flavin, D. K. (1992). The Definition of Alcoholism. *JAMA*, 268 (8): 1012-1014.

Pawlowicz, U.; Wasilewska, A.; Olanski, W.; Stefanowicz, M. (2013). Epidemiological study of acute poisoning in children: a 5-year retrospective study in the Paediatric University Hospital in Bialystok, Poland. *Emergency Medicine Journal*, 30 (9): 712-716.

Rehorčikova, V.; Nemčovska, E.; Sklenarova, Z.; Kally, A.; Kallayova, D.; Bražinova, A.; Slana, M. (2013). Impact of family level factors on alcohol drinking in primary school children. *Central European Journal of Public Health*, 21 (4): 202-206.

Sakoman, S.; Kuzman, M.; Raboteg-Šarić, Z. (1999). Čimbenici rizika i obilježja navika pijenja među srednjoškolcima. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 8 (2-3): 373-396.

Squeglia, L. M.; Gray, K. M. (2016). Alcohol and Drug Use and the Developing Brain. *Current Psychiatry Reports*, 18 (5): 46.

Vallernes, O. M.; Jacobsen, D.; Ekeberg, Ø.; Brekke, M. (2015). Patients presenting with acute poisoning to an outpatient emergency clinic: a one-year observational study in Oslo, Norway. *BMC Emergency Medicine*, 15:18.

Wurdak, M.; Kuntsche, E.; Kraus, L.; Wolstein, J. (2016). Effectiveness of a brief intervention with and without booster session for adolescents hospitalized due to alcohol intoxication. *Journal of Substance Use*, 21 (1): 72-77.

Wurdak, M.; Wolstein, J.; Kuntsche, E. (2016). Effectiveness of a drinking-motive-tailored emergency-room intervention among adolescents admitted to hospital due to acute alcohol intoxication – A randomized controlled trial. *Preventive Medicine Reports*, 3: 83-89.

19. Javnozdravstvene intervencije



19.1. Intervencije tijekom provedbe programa selektivnog i indiciranog djelovanja pri Savjetovalištu za djecu i mlade Službe za zaštitu mentalnog zdravlja Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, 10 – 20 % svjetske populacije djece i adolescenata ima problem vezan uz mentalno zdravlje; polovina poteškoća počinje do 14. godine, a tri četvrtine do sredine 20-ih godina života. Suvremeni način života prebrzo i prerano integrira djecu i mlade u svijet odraslih, a to bitno utječe na kvalitetu njihovog života i živote njihovih obitelji. Odrastanje i sazrijevanje postaje zahtjevan proces i često predstavlja preveliki izazov za djecu, ali i za njihove roditelje. Stječe se dojam da je svakodnevno društveno primjereno funkcioniranje postalo više izuzetak nego pravilo.

Podsjetimo se da je na 13. međunarodnom kongresu Europskog društva za dječju i adolescentnu psihijatriju 2007. godine u Firenci donesena i usvojena tzv. Firentinska deklaracija kao okosnica akcijskog plana za zaštitu mentalnog zdravlja djece u Europi. U Deklaraciji je stavljen naglasak na dostupnost skrbi sukladno potrebama pojedinca, a na taj je način preporučen i javnozdravstveni pristup problematici mentalnog zdravlja, što podrazumijeva multisektorsku suradnju i interdisciplinarni pristup.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske donijelo je u veljači 2009. godine Plan zdravstvene zaštite građana Republike Hrvatske. Njime su zadane odrednice rada i u području mentalnog zdravlja na razini primarne zdravstvene zaštite. Prioritetni dio plana za zaštitu mentalnog zdravlja je plan zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih.

Brojni su razlozi javljanja sve veće potrebe za savjetovalištim koja su dostupna i pristupačna svima bez uputnice, bez listi čekanja, prilagođenog radnog vremena, koja su utemeljena na multidisciplinarnom pristupu suvremenoj problematici te u kojima se može potražiti pomoć bez straha od etiketiranja i stigmatiziranja.

Javnozdravstveni pristup unapređenja i zaštite zdravlja je utemeljen upravo na dostupnosti i pristupačnosti svih usluga sukladno potrebama stanovništva. Dovedavno shvaćanje mentalnog zdravlja tradicijski je bilo vezano uz mentalne poremećaje te se promatralo kroz prizmu narušenosti. Novija shvaćanja su usmjerena na dobro (pozitivno) mentalno zdravlje te se i aktivnosti koje se provode s ciljem unapređenja i zaštite istoga kreću u tom pravcu.

Problemi vezani uz mentalno zdravlje su složeni, uključuju gotovo sve dijelove života pojedinca i društva narušavajući njihovu funkcionalnost, stoga ih je neophodno sagledati s više različitih aspekata, tj. multidisciplinarno, kako bi se moglo učinkovito pristupiti njihovom rješavanju.

Zaštita mentalnog zdravlja trebala bi započeti u najranijoj životnoj dobi, „od prvog dana“, jer se prve poteškoće mogu uočiti već u ranom razvojnem periodu, predškolskom razdoblju, a one s vremenom postaju izraženije tijekom školovanja, posebno u srednjoj školi.

Postoje mnogobrojni rizični čimbenici koji mogu dovesti do ozbiljnijih mentalnih poremećaja u odrasloj dobi. Čimbenici rizika su biološke, emocionalne, funkcionalne i instrumentalne poteškoće koje se mogu manifestirati kroz različitu simptomatiku. Važno ih je što ranije prepoznati i omogućiti adekvatnu stručnu pomoć. Novija istraživanja ukazuju na to da je ključno nadograđivati emocionalne i socijalne vještine djece i mladih, odnosno naučiti ih da prepoznaju vlastite osjećaje i upravljaju njima. Također, potrebno ih je i učiti o tome kako uspostavljati i održavati dobre odnose s drugima, a koji su danas nerijetko narušeni. Donošenje odgovornih odluka tijekom razvoja zahtijeva i socijalno prihvatljiva ponašanja umjesto agitacije, što nije niti malo jednostavno bez podrške i razumijevanja odraslih.

Upravo na taj način preveniramo suicidalna i druga autodestruktivna rizična i ovisnička ponašanja adolescentne skupine te ukazujemo na važnost rada na mentalnom zdravlju. Izostanci s nastave, školski neuspjeh, promjena školske sredine (prelazak iz osnovnoškolskog u srednjoškolsko obrazovanje i sl.), prekid školovanja, nasilničko ponašanje, rano eksperimentiranje s psihoaktivnim tvarima i sklonost drugim ovisničkim ponašanjima (duhan, alkohol, kockanje, internet), rizično seksualno ponašanje, anksioznost, depresija, suicidalnost, ali i poremećaji prehrane samo su neki od simptoma koji ukazuju na potrebu pružanja preventivnih i savjetodavnih postupaka.

Napori u sprečavanju ovih ozbiljnih problema bit će uspješniji ako okolina u cjelini prepozna i podrži usvajanje i korištenje preventivnih postupaka koji unapređuju mentalno zdravlje djece, mladih i njihovih obitelji.

19.2. Savjetovalište otvorenih vrata

Još od 1997. godine Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti (tada Zavod za bolesti ovisnosti pri Splitsko-dalmatinskoj županiji) započela je kroz program tzv. sekundarne prevencije raditi s

mladima i njihovim roditeljima na problemima konzumiranja i eksperimentiranja s psihoaktivnim tvarima. Sekundarna prevencija je, promatrajući u širem smislu, rad s rizičnim skupinama gdje rano otkrivanje i adekvatan korektivni tretman pomažu u sprečavanju nastanka i razvoja bolesti. Osnovni je cilj uspostavljanje apstinencije kod adolescenta, i to na način da se potiče odgovorno ponašanje, radi na razvoju samokontrole, samopoštovanja, samopoimanja te komunikacije u svrhu rješavanja problematike. Program uključuje individualno i obiteljsko savjetovanje u trajanju 3 – 6 mjeseci, toksikološku analizu urina te ostale dijagnostičke i terapijske postupke po potrebi. Problem konzumiranja marihuane kod adolescenata u to je vrijeme imao značajnu ulogu u kasnijem mogućem razvoju ovisnosti o drogama. Hvalevrijedan program u tom vremenu imao je nekoliko konceptijskih nedostataka, a prvenstveno kroz nedostatnu dostupnost svima zbog loše odabrane lokacije te nedovoljno educiranog osoblja.

Nastalim zakonskim promjenama 2004. godine Služba organizacijski postaje dio Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije te od tada u potpunosti javnozdravstveno djeluje na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja. Djeca, mladi i njihovi roditelji se uglavnom javljaju samoinicijativno, sve češće traže pomoć zbog eksperimentiranja s marihuanom i ostalim psihoaktivnim tvarima, kockanja/klađenja, loših strana interneta i društvenih mreža te različitih poremećaja u ponašanju i emocionalnih poteškoća. Razdoblje 2004. – 2009. godine i dalje karakterizira problem pronalaska adekvatne lokacije. Savjetovalište je mijenjalo lokaciju nekoliko puta, a to je stvaralo problem korisnicima u smislu konstantnosti. U tom razdoblju, pored svih navedenih problema, u programu sekundarne prevencije kroz godinu se javljalo 52 – 65 korisnika pojedinaca, uključujući roditelje, i to uglavnom majke. Uspješnost u smislu uspostave, održavanja apstinencije i bolje funkcionalnosti iznosila je visokih 90 %, što je podrazumijevalo i obiteljske konzultacije.

Emocionalne poteškoće, poremećaji u ponašanju, različiti simptomi ili uzroci iz područja mentalnog zdravlja, uključujući i psihosomatiku, osim eksperimentiranja s drogama, postaju sve zastupljeniji u programu individualnog i/ili obiteljskog savjetovanja. Kroz suradnju sa Službom za školsku medicinu i stručnim službama škola rad na zaštiti mentalnog zdravlja postaje još intenzivniji i dostupniji učenicima osnovnih i srednjih škola, kao i studentima. U navedenom razdoblju 15 – 20 korisnika pojedinaca kroz godinu u programu savjetovanja zbog navedne problematike javilo se i samoinicijativno.

19.3. Pokazatelji rada Savjetovališta za djecu i mlade: “I pad je let”

Od 2010. godine Savjetovalište za zaštitu mentalnog zdravlja djece i mladih je smješteno na dostupnoj, adekvatnoj lokaciji u gradu Splitu i organizirano na primarnoj razini zdravstvene zaštite gdje se dolazi bez uputnice, bez čekanja i u dvije smjene. Postoji i multidisciplinarni tim koji s djecom, mladima i njihovim obiteljima dijagnostički obrađuje i savjetodavno radi na razvoju samokontrole, poboljšanju

obiteljske funkcionalnosti, razvijanju socijalnih i komunikacijskih vještina, olakšavanju i razumijevanju emocionalnih poteškoća te suzbijanju eksperimentiranja i konzumiranja duhana, alkohola, psihoaktivnih tvari i drugih ovisničkih neprikladnih rizičnih ponašanja. Osnovni program savjetovanja traje 3 – 6 mjeseci, a po potrebi i duže.

Najčešći razlog dolaska u Savjetovalište u 2010. godini je i dalje konzumiranje marihuane (53 od 101 korisnika). Zadnjih nekoliko godina broj korisnika koji imaju ostale poteškoće mentalnog zdravlja (emocionalne poteškoće, poteškoće s funkcioniranjem u školi, poremećaji ponašanja i sl.) se povećava tako da već 2013. godine obuhvaća nešto više od polovine korisnika (68 od 131 korisnika, 69 od 141 korisnika 2014. godine, 83 od 176 korisnika 2015. godine).

Kada su djeca i mladi u pitanju, konzumiranje psihoaktivnih tvari, tjeskobna i depresivna stanja, smetnje učenja te poremećaji u ponašanju predstavljaju najčešći razlog javljanja (98 – 99 %), ali javljaju se i zbog problema kockanja i kladjenja te pretjerane uporabe računala i interneta (1 – 2 %). Broj korisnika Savjetovališta na godišnjoj bazi raste, stoga je svake godine sve veći broj osoba uključenih u Program savjetovanja (2010. godine 101 korisnik, 2015. godine 176 korisnika).

Kada govorimo o zastupljenosti korisnika, možemo reći da čak oko dvije trećine čine mladići. Razlog tome je taj što je problematika konzumiranja marihuane češće zastupljena kod muške populacije te najveći broj korisnika muškog spola u Savjetovalište dolazi upravo zbog simptoma konzumacije psihoaktivnih tvari. Kad su u pitanju emocionalne poteškoće i smetnje prilagodbe u ponašanju, podjednaka je zastupljenost muških i ženskih korisnika u Programu. Iako je Savjetovalište locirano u gradu Splitu posljednjih pet godina, nešto više od polovine korisnika je iz Splita, ali značajan broj dolazi iz ostalih mjesta u Splitsko-dalmatinskoj županiji (45:36 korisnika 2010. godine, 91:75 korisnika 2015. godine).

Dob korisnika prvenstveno obuhvaća djecu i mlade koji pohađaju osnovnu i srednju školu, a nešto je manji broj studenata. Najveći broj korisnika je u dobi 16 – 19 godina, što je i očekivano imajući u vidu specifičnost razvojnog perioda adolescencije kada adolescenti prolaze fazu separacije-individuacije te formiranja osobnog, seksualnog i profesionalnog identiteta te su suočeni s brojnim promjenama na kognitivnom, emocionalnom i socijalnom području.

Način dolaska u Savjetovalište je također različit. Dok je na početku formiranja rada Savjetovališta to najčešće bilo odlukom neke institucije, zbog posebnih obveza (od strane Općinskog državnog odvjetništva, Centra za socijalnu skrb, Prekršajnog ili Kaznenog suda i sl., 80 % korisnika 2008. godine), zbog informiranja javnosti o mogućnostima korištenja usluga pružanja psihološke pomoći i podrške, korisnici se sve češće javljaju samoinicijativno ili na preporuku djelatnika škola, liječnika, ali i vršnjaka koji su bili uključeni u Program savjetovanja (45 % korisnika 2010. godine, 51 % korisnika 2011. godine, 52 % 2012. godine, 60 % 2013. godine, 64 % 2015. godine).

Važno je istaknuti i usluge telefonskog savjetovanja pri navedenom Savjetovalištu. Na godišnjoj razini u proteklih pet godina evidentirano je više od 1150 savjeto-

davnih razgovora, kako sa korisnicima i njihovim roditeljima i/ili skrbnicima tako i sa suradnicima, ali i drugim čimbenicima koji se u svakodnevnom radu aktivno bave s djecom i mladima.

Profesionalna zapažanja u radu s korisnicima ukazuju na to da djeca u nižoj dobi osnovne škole rado dolaze u Savjetovalište, otvorena su za suradnju te se taj period pokazuje kao vrlo pogodan za rad na mentalnim poteškoćama. Roditelji su također aktivni i spremni surađivati, što doprinosi učinkovitom terapijskom procesu. Kod adolescenata srednjoškolaca motivacija za radom na sebi je različita, ovisno o problematiki zbog koje dolaze. Adolescenti s emocionalnim i funkcionalnim poteškoćama (tjeskoba, depresija, problemi koncentracije i pažnje, problemi učenja) su više motivirani, sami traže pomoć i žele raditi na rješavanju problema.

Za razliku od njih, adolescenti s problemom konzumiranja psihoaktivnih tvari imaju nisku motivaciju, najčešće dolaze pod pritiskom roditelja ili institucija i u većim su otporima. Ipak, uz jasno postavljenu strukturu, pravila i granice Programa, i oni uspijevaju uspostaviti apstinenciju, razvijati odgovornost te poboljšati kvalitetu funkcioniranja.

Roditeljima adolescenata najčešće je potrebna podrška oko postavljanja obiteljskih pravila i granica te osnaživanja roditeljske uloge.

Vrednovanje rada Savjetovališta pokazuje da u većini slučajeva djeca i mladi pokazuju poboljšanje u funkcioniranju na osobnom, školskom i obiteljskom planu te da se i nakon završetka Programa savjetovanja prema potrebi javljaju za pomoć. Ovi pokazatelji nam ukazuju na to da je Savjetovalište prepoznato kao mjesto koje je pristupačno i dostupno te koje svojim načinom i standardima rada zadovoljava potrebe korisnika i današnjice.

19.4. Online intervencija i prevencija; E-savjetovalište za mlade; projekt „Pitaj? Ne skitaj!“

Programi u kojima mladi savjetuju mlade su prihvatljiviji jer onaj tko je nedavno bio u istoj situaciji zna kakav je to osjećaj, ako neka mlada osoba treba ‘pravu pomoć’, druga mlada osoba je može osobno uputiti stručnjaku. Ana, 18 god.

E-savjetovalište je jedna od ideja učenika 4. razreda srednje Zdravstvene škole Split koji pohađaju program obrazovanja za medicinske sestre/tehničare i koja je nastala tijekom provođenja praktične nastave u Službi za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, a s ciljem zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja djece i mladih suvremenim pristupom. Namijenjeno je mladima te čini dodatnu ponudu i sadržaj vršnjačke pomoći pri postojećem „klasičnom“ savjetovalištu. Na pitanje odgovara mladi savjetnik (vršnjak) uz pomoć mentora. Studenti Fakulteta za elektrotehniku, strojarstvo i brodogradnju u Splitu su volonterski osmislili i izradili informatički program e-savjetovalište/funkcioniranje, ishode/pokazatelje i statističku obradu. Za vizualni identitet E-savjetovališta zaslužni su učenici i

profesori Škole za dizajn, grafiku i održivu gradnju Split, kao i učenici Osnovne škole Stjepana Ivčevića Makarska te učenici i nastavnici Škole likovnih umjetnosti Split.

Brojni su razlozi zašto je e-savjetovalište jedno od rješenja za djecu i mlade. Velika većina mladih ima pristup internetu i gotovo svakodnevno ga koristi, lakše se otvaraju ako mogu ostati anonimni, a ujedno putem e-savjetovališta brzo i jednostavno mogu dobiti odgovore na svoja pitanja. Tijekom online intervencije/prevencije rizičnih ponašanja važno je mladima pružiti podršku i pomoć koju češće i radije primaju od svojih vršnjaka. Online intervencija je ujedno i prevencija rizičnih nasilničkih i/ili ovisničkih ponašanja, destigmatizacija savjetodavnog rada te je dostupna i moguća na širem području djelovanja, ekonomična i suvremena. Dostupna je na računalu i mobilnom uređaju. Pristup je moguć na sljedećoj adresi: <http://esavjetovaliste.com/>.

Do sada je odgovoreno na 132 pitanja, od kojih su najčešća ona vezana uz poremećaje prehrane, partnerske odnose i školski neuspjeh, ali i uz druge emocionalne ili ponašajne teškoće koje prate neugodne misli i osjećaji, što uključuje i konzumaciju alkohola, duhana i druga ovisnička ponašanja. Korisnici su u dobi 11 – 26 godina, a prosječna dob je 16 godina. Uslugom se nešto više koriste muške i ženske odrasle osobe, i to najviše iz Splita, Omiša, Kaštela, Trogira, Sinja, Imotskog te Sarajeva, ali našlo se i nekoliko pitanja iz drugih zemalja poput Portugala i Španjolske zbog dostupnosti E-savjetovališta na engleskom jeziku. Korisnici koji su zatražili savjetodavnu pomoć u savjetovalištu „Pitaj? Ne Skitaj!“ do sada nisu nikada ni od koga tražili pomoć. Jedan manji broj mladih je to već učinio i prije te se obratio za savjet starijim osobama u obitelji. Ovakav online način suvremene prevencije i intervencije omogućuje brzi i jednostavni pristup savjetodavnom radu. Također, namjera je da se i Savjetovalište za djecu i mlade otvorenih vrata, koje djeluje već petu godinu na adresi Fra Luje Maruna 2/1, osuvremeni i bude još dostupnije mladima, i kao online prevencija i intervencija, i to ne samo na području Grada, Županije, već i šire, u regiji te se promicanje i dostupnost ove savjetodavne online suvremene intervencije treba i dalje popularizirati javnozdravstvenim pristupom.

19.5. Suvremene intervencije u zajednici, promicanje zdravlja, senzibilizacija javnosti

Ja bih mlade upoznao s ustanovom ili s nekim događanjima vezanim za promicanje mentalnog zdravlja preko društvenih mreža (Facebook). U današnje doba mladi određeno vrijeme provode na internetu, tako da bi to bilo najbolje rješenje, uz e-savjetovalište. Ivan, 17 god.

Facebook stranica NE ovisni ĐIR pokrenuta je početkom 2014./2015. godine te su se aktivnosti nastavile i u 2015./2016. godini s ciljem podizanja svijesti o značaju mentalnog zdravlja, njegovog razvoja i unapređenja. Osim toga, ova online intervencija ima za svrhu promoviranje sadržaja i aktivnosti brojnih projekata čiji je nositelj Služba za mentalno zdravlje Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije.

Na Facebook stranici se objavljuju slike i video uradci s različitih radionica, izložbi, predstavljanja projekata i drugih aktivnosti ove Službe. Nadalje, volonteri u ovom Projektu objavljuju izlazne materijale, ishode nastale tijekom procesnih aktivnosti od strane krajnjih korisnika, a pod mentorstvom voditeljice Projekta.

Na ovoj stranici djeca i mladi imaju priliku vidjeti brojne informativno-edukativne materijale značajne za dobro mentalno zdravlje, a samim time i za prevenciju ovisnosti i drugih rizičnih ponašanja. Mogu se informirati o raznim događajima i aktivnostima te na taj način biti motivirani da sami učestvuju u sličnim aktivnostima. NE ovisni ĐIR isto tako promovira inicijative i aktivnosti nevladinih organizacija, volonterskih centara, domova za djecu, škola, vrtića te suradničkih ustanova. Ovaj online Projekt suvremenim pristupom, tj. preko društvenih mreža djeluje na:

1. razvoj, unapređenje i očuvanje mentalnog zdravlja;
2. podizanje svijesti o značaju mentalnog zdravlja djece i mladih;
3. online prevenciju nasilnih, ovisničkih ili drugih rizičnih ponašanja;
4. destigmatizaciju mentalnih poteškoća i problema;
5. afirmaciju pozitivnih životnih vrijednosti;
6. informiranje djece i mladih o projektnim aktivnostima, predstavljanjima, izložbama, seminarima, radionicama javnozdravstvenim pristupom;
7. predstavljanje ishodnih materijala projektnih aktivnosti od strane djece i mladih korisnika Projekta.

Krajnji korisnici su djeca i mladi koji imaju Facebook profil i koji su potvrdili da im se sviđa (lajkali) stranica NE ovisni ĐIR, ali i druge osobe, institucije, ustanove ili organizacije koje se u svakodnevnom poslu posvećuju mladima.

Projektne aktivnosti

U prosjeku se 1 – 2 puta tjedno prikupljaju projektni materijali te se kontinuirano i konstantno postavljaju na Facebook. Broj aktivnosti na Facebook stranici u uskoj je vezi s provedbom projekata Službe koji se prate i o tome informiraju javnost putem interneta. Također se prate sadržaji na drugim srodnim stranicama te se komentiraju, lajkaju ili dijele.

Rezultati Projekta/ishodi su transparentni i vidljivi na stranici te su usko povezani s projektnim i procesnim aktivnostima ostalih projekata Službe koji promiču zdravlje i skreću pozornost javnosti putem društvenih mreža, ali i nekim novinama od strane samih korisnika Facebooka:

1. **broj lajkova:** prosječno 1300 u 2015. godini. Do sada najveći broj iznosi 1323 (**ožujak 2015. godine**), dok je **trenutni broj 1560**.

2. **broj stranica koje su mladi lajkali: 43** – NVO, volonterski centri, zavodi za javno zdravstvo diljem države, socijalne ustanove, radio stanice i emisije, stranice festivala za mlade, studentske udruge, vrtići, osnovne i srednje škole, udruge za mlade, europske udruge za zdravlje i prevenciju, sportske organizacije i klubovi, kulturne i javne ustanove itd.

3. doseg postavljenih postova: jedan post vidjelo je **953** ljudi, i to u veljači 2015. godine (trailer za dokumentarac „Pretežno vedro“), dok u prosjeku svaki post vidi oko **352** korisnika.

4. broj postavljenih postova u proteklih godinu dana: preko **232** u obliku statusa, slika, linkova, preuzetih sadržaja, video klipova.

Najgledaniji dio ove Facebook stranice (od timelinea, informacija, videa i slika) su **slike**.

Video uradci su se također pokazali kao zanimljiv post s čak **640** pregleda u 2015. godini. Trailer za dokumentarac projekta „Pretežno vedro“ najgledaniji je u 2015. godini s **953** pregleda.

5. broj država iz kojih dolaze fanovi NE ovisnog ĐIR-a: **36**.

Kontinenti: Sjeverna Amerika, Južna Amerika, Afrika, Azija, Australija, Europa.

6. broj osoba koje su u proteklih mjesec dana lajkale, komentirale ili podijele post s ove stranice:

78 % su žene, 22 % su muškarci, a u **protekloj godini 66 % su žene, a 34 % su muškarci**.

Pokazatelji neposrednih rezultata u **2015.** god. govore u prilog ishodima te se može zaključiti da je ovaj javnozdravstveni Projekt potrebno i dalje provoditi te pratiti i unaprijediti njegove aktivnosti, uz sugestije mladih, kako bi bili transparentni i informativni putem društvenih mreža i u 2016. godini.

19.6. Rizična ponašanja srednjoškolaca Splitsko-dalmatinske županije

19.6.1. Uvod i cilj

Važnost problematike pušenja, pijenja alkohola i konzumacije ilegalnih droga spoznata je od vodećih institucija koje se bave zaštitom zdravlja mladih te kontinuirano postoji potreba za kvalitetnim informacijama i praćenjem promjena u ovom području.

Osnovni cilj projekta nazvanog „Rizična ponašanja srednjoškolaca Splitsko-dalmatinske županije“ je prikupljanje standardiziranih, usporedivih podataka o pušenju duhana, pijenju alkohola i uporabi alkohola među učenicima u dobi 15 – 16 godina u Splitsko-dalmatinskoj županiji, kao i sagledavanje čimbenika koji utječu na ta ponašanja.

19.6.2. Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno u školskoj godini 2015./2016., u razdoblju 1. – 20. prosinca u 33 srednje škole. Ispitanici su bili učenici prvih i drugih razreda srednjih škola na području Splitsko-dalmatinske županije. U stratificiranom uzorku bilo je 2400 učenika, a obuhvaćeno je 91,6 % (n=2199). Metodom slučajnog odabira birao se po-

treban broj razreda prema tipu školovanja (gimnazije, četverogodišnje i trogodišnje škole). S obzirom na vrstu škole, 27,3 % (n=600) sudionika pohađalo je gimnaziju, 51,8 % (n=1138) četverogodišnju, a 21 % (n= 461) trogodišnju školu.

19.6.3. Preliminarni rezultati

a) Pušenje

Rezultati istraživanja ukazuju na to kako su mladima duhanski proizvodi itekako dostupni. Čak 76,2 % dječaka i 71,9 % djevojčica procjenjuje da bi lako (prilično lako/ vrlo lako) mogli nabaviti cigarete ako bi to poželjeli. Cigarete su, prema njihovoj procjeni, dostupnije dječacima i učenicima drugih razreda.

U posljednjih 30 dana pušilo je 33,2 % ispitanika, i to 26 % dječaka i 21,3 % djevojčica prvih razreda te 45,1 % dječaka i 37,9 % djevojčica drugih razreda.

Na pitanje da procijene rizik pušenja po zdravlje mladi odgovaraju tako da podcjenjuju negativne učinke povremenog pušenja. Samo 11,6 % ispitanika povremeno pušenje smatra vrlo rizičnim, a 53,6 % ispitanika smatra kako je vrlo rizično pušenje 20 i više cigareta dnevno.

Eksperimentiranje s duhanom počinje u vrlo ranoj dobi, s 13 godina i ranije; 28,2 % ispitanika zapalilo je prvu cigaretu, a 5,5 % ispitanika izjavilo je da je počelo pušiti (svaki dan barem jednu cigaretu) u toj dobi. Iako su dječaci ti koji u ranijoj životnoj dobi češće eksperimentiraju s pušenjem cigareta, u dobi od 13 godina djevojčice su stigle svoje muške vršnjake.

b) Alkohol

Ako pogledamo rezultate istraživanja po pitanju konzumacije alkoholnih pića u posljednjih mjesec dana, 47,4 % ispitanika je pilo nešto alkoholno, s time da je razlika po spolu i po dobi nešto izraženija, ponovno u korist dječaka (54,7 % dječaka, 37,8 % djevojčica) i učenika drugih razreda (35,9 % prvih razreda, 58,3 % drugih razreda).

Navika pijenja alkoholnih pića 6 i više puta u posljednjih 30 dana (pretpostavka da je to svaki vikend) učestalija je među dječacima jer, prema podacima, gotovo svaki peti dječak pije alkohol svaki vikend, dok se tako ponaša svaka deseta djevojčica.

Alkoholna pića 10 i više puta u posljednjih 30 dana pilo je 8,5 % srednjoškolaca (7,1 % dječaka i 2,1 % djevojčica prvih razreda te 15,6 % dječaka i 6,6 % djevojčica drugih razreda). Ovaj podatak naglašavamo upravo zbog toga što su ispitanici srednjoškolci. Također, naglašavamo da je vrijeme anketiranja vrijeme kada su ispitanici imali nastavu te da neki učenici stvaraju naviku pijenja nevezano uz izlaske vikendom.

Osim pijenja, utvrđeno je i iskustvo opijanja. Na pitanje jesu li ikada (barem jednom u životu) bili pod utjecajem alkohola toliko da su nesigurno hodali, da nisu bili u stanju pravilno i razgovjetno razgovarati, da su povraćali ili se ne sjećaju što se događalo pozitivno odgovara 48 % dječaka i 27,9 % djevojčica.

Da bismo upotpunili sliku o opijanju, trebamo spomenuti ekscesivno pijenje više alkoholnih pića zaredom u što kraćem roku, tzv. *binge drinking*, čime se želi postići opijeno stanje. Takva pojava prisutna je i kod 40,1 % naših srednjoškolaca, češće kod dječaka (dječaci 47 %, djevojčice 31 %) i kod učenika drugih razreda (prvi razred 29,9 %, drugi razred 49,9 %) gdje svaki drugi učenik/učenica pije više pića uzastopno s namjerom da se opije.

Ispitanici su imali priliku procijeniti reakcije svojih roditelja vezane uz konzumaciju alkohola. Gotovo svaki drugi ispitanik/ca nije dobio/la jasnu poruku od roditelja da ne dozvoljavaju opijanje, točnije, prema procjeni samih ispitanika, opijanje ne dozvoljavaju majke za 53,2 %, a očevi za 54,2 % ispitanika.

Osim roditeljskog stava o pijenju i opijanju, ispitivali smo svjesnost o riziku od narušavanja zdravlja konzumiranjem alkohola. Tako 56,2 % učenika procjenjuje da je najrizičnije ispijanje 4 ili 5 pića svaki dan (46,6 % dječaka i 68,7 % djevojčica), njih 43,4 % smatra kako je *binge drinking* jako rizičan (38,1 % dječaka i 50,4 % djevojčica), dok 30,4 % učenika to misli za pijenje 1 ili 2 pića svaki dan (24,8 % dječaka i 37,7 % djevojčica). Moguće je da takvim stavovima opravdavaju vlastitu konzumaciju alkohola, ali i da su takvi stavovi posljedica njihovih navika i ponašanja.

c) Marihuana

Barem jednom u životu marihuanu je probalo 19,6 % srednjoškolaca naše Županije, i to 16,4 % dječaka i 7,8 % djevojčica prvih razreda te 31,4 % dječaka i 19,4 % djevojčica drugih razreda. U posljednjih 12 mjeseci to je učinilo 16,5 % (14,2 % dječaka i 5,3 % djevojčica prvih razreda te 27,4 % dječaka i 16,0 % djevojčica drugih razreda), a u posljednjih 30 dana 11 % učenika/ca (9,4 % dječaka i 2,9 % djevojčica prvih razreda te 18,4 % dječaka i 10,8 % djevojčica drugih razreda).

Iz ovih podataka razvidna je spolna razlika u navikama, tj. dječaci su češći i redovitiji uživatelji marihuane. Isto tako, uporaba marihuane je učestalija među učenicima drugih razreda.

Neki učenici dolaze veoma rano u kontakt s marihuanom, što povećava potencijalnu opasnost od razvoja psihičke ovisnosti. S 13 godina ili ranije marihuanu je probalo 4,3 % ispitanika, ponovno daleko više dječaka nego djevojčica (5,6 % dječaka i 0,8 % djevojčica prvih razreda te 7,2 % dječaka i 1,9 % djevojčica drugih razreda).

Kroz preventivno djelovanje učenike se, između ostalog, informira o štetnom djelovanju psihoaktivnih sredstava na njihovo zdravlje. Unatoč tome, uvijek postoji određeni udio učenika koji i dalje podcjenjuje rizičnost pušenja marihuane. Redovito pušenje marihuane 59,7 % učenika smatra vrlo rizičnim (55,9 % dječaka i 74,2 % djevojčica prvih razreda te 46,1 % dječaka i 68,3 % djevojčica drugih razreda). Povremeno pušenje marihuane vrlo je rizično za 37,7 % ispitanika (38 % dječaka i 46,5 % djevojčica prvih razreda te 29,4 % dječaka i 39,7 % djevojčica drugih razreda). Kako opada koncentriranost zlouporabe tako opada njihova svjesnost o riziku na zdravlje, pa uživanje marihuane 1 ili 2 puta smatra vrlo rizičnim 29,6 % ispitanika (30,9 %

dječaka i 35 % djevojčica prvih razreda te 25,1 % dječaka i 28,5 % djevojčica drugih razreda).

Zabrinjavajući su podatci da 16,6 % ispitanika nije dobilo jasnu poruku od svojih roditelja u vezi zlouporabe marihuane.

19.6.4. Usporedba s ESPAD-om Splitsko-dalmatinske županije iz 2011.

U školskoj godini 2010./2011. provedeno je europsko istraživanje ESPAD. Istraživanje ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs) od 1995. godine provodi se kao epidemiološka studija proširenosti uporabe duhana, alkohola i droga među učenicima u dobi od petnaest godina. Provedba ovog istraživanja ide u četverogodišnjim razmacima te je posljednji put provedeno 2011. godine u ukupno 36 europskih zemalja. U Hrvatskoj se istraživanje provodilo od samog početka, od 1995. godine, uz koordinaciju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Temeljni cilj istraživanja rizičnih ponašanja mladih je prikupljanje standardiziranih, međunarodno usporedivih podataka o pušenju duhana, pijenju alkohola i uporabi psihoaktivnih droga među učenicima 15 – 16 godina u europskim zemljama, kao i sagledavanje čimbenika koji utječu na ta ponašanja. Redovito provođenje ESPAD-a u četverogodišnjim razmacima omogućuje praćenje kretanja pojavnosti rizičnih ponašanja među mladima, kako u pojedinim zemljama tako i u Europi u cjelini. Rezultati pružaju objektivnu sliku situacije koja pomaže u planiranju preventivnih aktivnosti.

Prepoznavši važnost takve epidemiološke studije, kao dodatna aktivnost 2011. godine proveden je ESPAD Splitsko-dalmatinske županije, a proveo ga je Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije. Uzorak u istraživanju stratificiran je tako da se dobiveni podatci i moguće intepretacije odnose upravo na mlade s područja Splitsko-dalmatinske županije. Pošto se radi o istoj metodologiji, možemo uspoređivati rezultate ESPAD-a Splitsko-dalmatinske županije iz 2011. s podacima ESPAD-a Hrvatske i ESPAD-a na europskoj razini iz 2011. Isto tako, možemo uspoređivati rezultate istraživanja „Rizična ponašanja srednjoškolaca Splitsko-dalmatinske županije“ iz 2015. s podacima dobivenim prije četiri godine iz istraživanja ESPAD-a Splitsko-dalmatinske županije iz 2011. te na taj način imamo uvid u trendove pojavnosti pušenja, pijenja i opijanja te eksperimentiranja s marihuanom.

Uspoređujući rezultate ESPAD-a iz 2011. i „Rizična ponašanja srednjoškolaca Splitsko-dalmatinske županije“ iz 2015., iz odgovora na pitanja „Koliko puta si pušio/la cigarete u životu?“ i „Koliko puta si pušio/la cigarete u posljednjih 30 dana?“ bilježimo smanjenu konzumaciju duhana. Osim smanjene konzumacije, posljedično je smanjena i percepcija okoline o tome kako većina/svi puše cigarete. Promjena u navikama pušenja kod srednjoškolaca uočava se prema dobi i spolu. Prema podacima iz 2015. godine, možemo zaključiti da manji broj djevojaka eksperimentira s duhanom u dobi od 11, 12 i 13 godina nego što je to bilo prije četiri godine. U eksperimentiranju s duhanom u dobi od 14 godina za djevojke nema razlike, dok za dječake bilježimo pad pojavnosti.

Ako pak pogledamo rezultate istraživanja za alkohol iz 2015. godine, možemo zaključiti kako je znatno manji broj i dječaka i djevojčica po pitanju konzumacije alkoholnih pića u posljednjih mjesec dana. Osim pijenja, utvrđen je znatno manji broj iskustava opijanja; 2011. godine je to svaki četvrti dječak, a 2015. godine je svaki peti. Zabrinjavajući je smanjen udio roditelja (i očeva i majki) koji ne dozvoljavaju pijenje alkoholnih pića u odnosu na istraživanje iz 2011. godine. Što se tiče svjesnosti kako konzumacijom alkohola riskiramo zdravlje, dobiveni podatci i njihova usporedba pokazuju da su djevojke zadržale razinu svjesnosti, dok se za dječake razina svjesnosti o štetnosti alkohola smanjila. Svjesnost koliko je binge drinking štetan po zdravlje je ipak zastupljenija nego prije četiri godine.

Uspoređujući podatke spomenutih dvaju istraživanja, konzumiranje marihuane barem jednom u životu zadržava trend stagniranja na ukupnom uzorku, ali kada uspoređujemo podatke po dobi ili po spolu, vremenski određeno na posljednju godinu ili posljednji mjesec, tada uočavamo odstupanja od stagnacije. U vremenski određenom eksperimentiranju s marihuanom posljednjih 12 mjeseci bilježimo blagi porast konzumacije među dječacima i skokoviti porast konzumacije marihuane kod učenika drugih razreda. Isti takvi trendovi su prisutni i za vremenski period eksperimentiranja s marihuanom posljednjih mjesec dana. Prema podacima možemo reći kako se smanjila percepcija rizičnosti eksperimentiranja s marihuanom u ove četiri godine. Isto tako, prema odgovorima djece, uočeno je blago povećanje tolerantnosti njihovih roditelja po pitanju eksperimentiranja s marihuanom.

19.6.5. Zaključak

Unatoč Zakonu koji ne dozvoljava prodaju duhanskih i alkoholnih proizvoda osobama mlađim od osamnaest godina, rezultati ukazuju na to kako su mladima ovi proizvodi itekako dostupni.

Jedno popijeno alkoholno piće ne možemo okarakterizirati kao problematično ponašanje. Ipak, na razmjere rizičnog i problematičnog ponašanja mladih jasno upućuju rezultati o učestalosti pijenja i opijanja.

Ispitanici su imali priliku procijeniti reakcije svojih roditelja (zasebno za oca i majku) vezane uz konzumaciju alkohola, duhana i marihuane, a ustanovljen je zabrinjavajući trend porasta broja roditelja s nejasnim ili krajnje liberalnim stavom. Negativna reakcija roditelja na opijanje, pušenje ili eksperimentiranje s marihuanom može biti ključna u odluci njihove djece da to ne čine. Konzumacija alkohola, pušenje i ostala rizična ponašanja među mladima određena su brojnim čimbenicima poput obiteljskog okruženja, očekivane reakcije roditelja, dostupnosti alkohola, duhana i marihuane, dosljedne provedbe zakonskih mjera, navikama prijatelja s kojima se druže, ali, u konačnici, odluka o pijenju i opijanju ili nekom drugom rizičnom ponašanju donosi se samostalno. Zbog toga je važno imati ispravne stavove prema uživanju alkohola, duhana ili ilegalnih sredstava, a oni su ispitani na temelju procjene rizika od strane ispitanika.

Na porast trenda eksperimentiranja i konzumiranja marihuane, pogotovo kod dječaka drugih razreda možda je utjecala promjena Zakona (1. 1. 2013. godine dekriminalizacija „lakih droga“), ali i poruke kroz medije dijela društvene zajednice o dozvoljenoj uporabi marihuane u medicinske svrhe, no to je samo hipoteza koja nije bila cilj ovog istraživanja, tj. nije je trebalo dokazati ili opovrgnuti.

Literatura

Bočina, I. *Promicanje zdravlja i prevencija bolesti*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici:

<http://www.nzjz-split.hr/web/index.php/hr/promicanje-zdravlja-i-prevencija-bolesti> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Bridging the Gaps – Integrating Perspectives in Child and Adolescent Mental Health, (2007). ESCAP 13th International Congress, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.escap.eu/escap-congresses/escap-2007-florence> (pristupljeno: 4. 7. 2016.)

Grbić, M.; Kovačić Borković, D; Ključević, Ž. (2009). *Što ćemo sad – Priručnik za roditelje*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Grbić, M.; Čajo, N.; Pavlović, Ž. (2009). *Učiniti sve kako treba – Priručnik za roditelje*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Ključević, Ž.; Grbić, M.; Maglica, T.; Ždero, V.; Garmaz, M; Koceić, A. (2012). *Pretežno vedro – Priručnik za mlade i one nešto starije*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Matković, R.; Glavaš, J. *ESPAD 2011*. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ, Služba za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, dostupno na mrežnoj stranici: <http://www.nzjz-split.hr/web/images/MENTALNO/preteznovedro.pdf> (pristupljeno: 1. 7. 2016.)

Mental health. Child and adolescent mental health, dostupno na mrežnoj stranici:

http://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/ (pristupljeno: 5. 7. 2016.)

Nacionalni akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2015. do 2017. (2015), dostupno na mrežnoj stranici:

<https://drogeiovisnosti.gov.hr/vijesti/donesen-novi-nacionalni-ap-suzbijanja-zlouporabe-droga-u-rh/1069> (pristupljeno: 3. 7. 2016.)

Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2017. godine, (2012), dostupno na mrežnoj stranici:

http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_11_122_2641.html (pristupljeno: 29. 6. 2016.)

Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016, (2010), dostupno na mrežnoj stranici:

http://www.mzss.hr/layout/set/print/ministarstvo/strategije_i_planovi/nacionalna_strategija_zastite_mentalnog_zdravlja_za_razdoblje_od_2011_2016_godine (pristupljeno: 3. 7. 2016.)

Odjel za promicanje mentalnog zdravlja i prevenciju ovisnosti sa savjetovalištem. Što je to uopće prevencija? Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, dostupno na mrežnoj stranici:

<http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-promicanje-zdravlja/odjel-za-mentalno-zdravlje-i-prevenciju-ovisnosti/> (pristupljeno: 2. 7. 2016.)

Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, dostupno na mrežnoj stranici: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_03_28_626.html (pristupljeno: 4. 7. 2016.)

Smjernice za psihosocijalni tretman ovisnosti o drogama u zdravstvenom, socijalnom i zatvorskom sustavu, (2014), dostupno na mrežnoj stranici:

www.emcdda.europa.eu/.../att_231223_EN_HR04_Smjernice_za_psihos (pristupljeno: 2. 7. 2016.)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske, (2003), dostupno na mrežnoj stranici:

http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1706.html (pristupljeno: 1. 7. 2016.)



20.1. O kreativnosti

Mnogi znanstvenici i neki umjetnici pokušavali su odrediti izvorno područje kreativnosti. pristupi spomenutom fenomenu razlikovali su se u zavisnosti od osnovnog područja znanstvenog ili umjetničkog interesa pojedinog istraživača. Među istraživačima kreativnosti prednjače filozofi, psiholozi, psihoanalitičari, pedagozi, a sporađično i umjetnici. Usprkos različitim stremljenjima i razjašnjavanjima, nema jasnog ili pak jednoznačnog definiranja kreativnosti. Taj fenomen ostaje dijelom nejasan, čak i nedostupan.

Većina dosadašnjih istraživanja fenomena kreativnosti fokusirala se na tzv. „visoku“ kreativnost (*high creativity* / *big C' creativity*) koja bi, prema Taylorovim razinama podjele kreativnosti, odgovarala inovativnoj, inventivnoj i emergentnoj razini svojstvenoj samo iznimnim pojedincima (Kvaščev, 1981). Novija promišljanja o kreativnosti razlikuju tzv. „visoku“ (*big C' creativity*) i „nisku“ (*little c' creativity*) kreativnost (Craft, 2002), pri čemu bi tzv. „niska“ kreativnost omogućavala prosječnim ljudima svakodnevno snalaženje u različitim životnim situacijama. Osnovnu razinu kreativnosti, ekspresivnu kreativnost, prema Tayloru, karakterizira slobodno izražavanje u kojem su vještina, originalnost i kvaliteta produkta manje važni u odnosu na sam kreativni proces.

Na temelju spomenutih istraživanja, poglavito psihologijskih koja su izvršena tijekom druge polovine 20. stoljeća, nastojalo se demistificirati pojam kreativnosti (Kvaščev, 1981). Današnje je poimanje kreativnosti znatno prošireno, pri čemu je napušteno isključivo razumijevanje kreativnosti kao ekskluzivne sposobnosti rijetkih pojedinaca, uglavnom umjetnika i znanstvenika, da pronalaze i stvaraju potpuno nova rješenja u različitim područjima ljudskoga života. Unutar proširenog pojma kreativnosti, shvaćenog poput spleta kompleksnih sposobnosti, različitih vidova inteli-

gencije i osobina ličnosti koje su normalno distribuirane među ljudima, moguće je prihvatiti i poimanje kreativnosti u najširem smislu, tj. kao životnog potencijala koji djeca posjeduju u velikoj mjeri.

Slabljenje kreativnih sposobnosti već u dobi između 10 i 14 godina kod starije djece, tj. u ranoj adolescenciji, i kod odraslih najčešće se objašnjava utjecajem okoline koja ne stimulira dječju radoznalost, maštovitost, divergentno mišljenje, samoinicijativnost, nekonformizam te se zbog toga kreativni potencijali postupno smanjuju. Dakle, ako želimo odrasle ljude koji jesu (ostaju) kreativni, moramo započeti poticajno djelovati na njih već u najranijem životnom razdoblju, djetinjstvu. Iskustva koja možemo ponuditi djeci u najranijoj dobi, tijekom djetinjstva, presudna su za njihov budući razvoj. Što su ona bogatija, djeca će imati više mogućnosti za unapređenje svojih kreativnih potencijala i razumijevanje trenutnih, ali i budućih potreba.

Navedeni zaključci eksperimentalnih istraživača koji su proučavali fenomen kreativnosti te interpretatora koji su sintetizirali dosadašnje spoznaje o kreativnosti ukazuju na važnost poticanja kreativnosti. Neki od njih naglašavaju da je kreativna percepcija pretpostavka svake kreativnosti, što doprinosi važnosti i značaju integriranja likovnog izražavanja i likovnih umjetnosti, kao i svih drugih oblika umjetnosti u proces odgoja i obrazovanja već od najranije dobi.

20.2. Primjena umjetnosti u dijagnostici i terapiji

Umjetnički izričaji sastavni su dio života, kao i liječenja tijekom čitave povijesti čovječanstva. McNiff (1981, 1992. prema Malchiodi, 2005) navodi da su različiti oblici terapije umjetnošću korišteni od davnih vremena kao preventivni (u sprečavanju i zaštiti) te obnoviteljski oblici lječiteljskih postupaka. Veliki broj radova iz područja povijesti medicine, antropologije i umjetnosti posvećen je proučavanju rane lječiteljske primjene ekspresivnih modaliteta (načina i oblika izražavanja). Primjerice, Egipćani su poticali ljude s duševnim bolestima da se bave umjetničkim aktivnostima (Fleishman i Fryrear, 1981. prema Malchiodi, 2005), dok su Grci koristili dramu i glazbu zbog njihovih obnoviteljskih svojstava (Gladding, 1992. prema Malchiodi, 2005). Esman (1988. prema De Zan, 1994) i Zilboorg (1941. prema De Zan, 1994) navode kako su još Platon i Aristotel povezivali stvaralačke mogućnosti pojedinca s njihovim duševnim stanjem, pri čemu Platon nadarenost umjetnika dovodi u vezu s „božjim darom“, dok Aristotel spominje transformaciju stvaralaoca u genija pod utjecajem maničnog stanja. Kasnije, tijekom perioda renesanse u Europi engleski liječnik i pisac R. Burton ističe da imaginacija ima značajnu ulogu u ljudskom zdravlju i blagostanju, dok talijanski filozof V. da Feltre predlaže ples i igru kao središnje aktivnosti u dječjem zdravom rastu i razvoju (Coughlin, 1990. prema Malchiodi, 2005).

Ideja o uporabi umjetnosti kao pomoćnom sredstvu u medicinskim postupcima, tj. liječenju, pojavila se u drugoj polovini 19. stoljeća prateći razvoj psihijatrije. U tom vremenu pokrenuta je inicijativa koja je trebala osigurati humanije liječenje duševnim bolesnicima, a koje je podrazumijevalo i uključivanje pacijenata u umjetničke aktiv-

nosti. Krajem 19. stoljeća javlja se i interes za likovno stvaralaštvo duševno oboljelih, a francuski psihijatri A. Tardieu i M. Simon objavljuju prve radove iz područja likovne psihopatologije (Pražić, 1987) nakon kojih raste zanimanje za likovno stvaralaštvo duševno oboljelih pa se objavljuju i brojne znanstvene rasprave o toj temi.

Za razliku od inicijativa i programa s kraja 19. stoljeća koji su bili kratkotrajni i bez značajnije primjene, ključne ideje koje su te inicijative podržavale obnavljaju se početkom 20. stoljeća. Primjerice, tijekom Prvog svjetskog rata utvrđeno je korištenje glazbe u terapijske svrhe kada se izvještavalo o „čudotvornim kurama“ kroz koje se kroz glazbu dopiralo do pacijenata koji nisu reagirali ni na što drugo. Začetnik psihodrame, J. Moreno 1923. godine (Malchiodi, 2005) predlaže uvođenje zakonske uredbe kao načina obnove i jačanja mentalnog zdravlja. Naglašava značaj kreativnog slikovnog govora, izmjenu uloge i monodramu u kojoj sudionik predstavlja i glumi sve dijelove *selfa* (sebstva). U isto vrijeme i F. Goodenough (1926. prema Malchiodi, 2005) proučava dječje crteže kao mjerilo kognitivnog razvoja, a M. Lowenfeld (oko 1920. prema Malchiodi, 2005) istražuje dječju igru i razvija metodu korištenja igračaka za razumijevanje psihosocijalnih aspekata dječjeg ponašanja, čime utemeljuje današnje područje terapije igrom (*play therapy*) i terapije pijeskom (*sandplay therapy*, *sandtray therapy*).

Nadalje, mnogi autori nastoje prikupiti likovne radove duševno bolesnih ljudi te opisati i sustavno prikazati psihopatološke fenomene koje nalaze u njima i koji se prisilno ponavljaju. Najpoznatiju kolekciju likovnih radova psihijatrijskih bolesnika prikupio je povjesničar umjetnosti i psihijatar H. Prinzhorn, a na temelju interdisciplinarnog pristupa spomenutoj građi 1922. objavio je i značajno djelo „Stvaralaštvo duševnih bolesnika“ (Pražić, 1987, De Zan, 1994). Prinzhornova zbirka obuhvaća više od pet tisuća crteža i slika koje je naslikalo oko četiri stotine bolesnika, a pohranjena je u psihijatrijskoj klinici u Heidelbergu. Prinzhornov značaj ogleda se u razumijevanju komunikacijskog značenja koje imaju crtež i slika, i to ne samo u životu duševno bolesnih. S obzirom na to da je Prinzhorn smatrao likovne radove psihijatrijskih bolesnika izrazom oboljele ličnosti pojedinca, utemeljitelj je psihološkog i psihoanalitičkog pristupa promatranju i razumijevanju crteža i slika nastalih tijekom liječenja.

U prvoj polovini 20. stoljeća „S. Freud je psihoanalitičkom teorijom, teorijom civilizacije, kulture, osobnosti i psihoanalizom kao terapijskom tehnikom, snažno utjecao na dalji tijek i znanstvenost u pristupu proučavanja likovnog izraza“ (De Zan, 1994, 9). Uveo je pojam „sublimacija“ kojim označava društveno prihvatljiv oblik izražavanja nagonске aktivnosti, unutar koje je uvrstio i umjetničko stvaranje. U to doba djeluje i C. G. Jung koji već u autoanalizi koristi sliku i crtež kako bi utjelovio osobine frustracije, želje, fantazije i konflikte. Jung vjeruje da je komunikacija slikom i crtežom alternativa verbalnoj komunikaciji, a da je „osnovno u psihoanalizi osloboditi stvaralačku energiju i kreativni potencijal bolesnika te razviti kreativne sposobnosti, što vodi izlječenju“ (De Zan, 1994, 10). Dok je Freud simbole interpretirao kao oznake osobnosti, Jung uvodi „arhetip“ i „kolektivno nesvjesno“ (Jung, 1973) te na taj način tumači i simbole koji se javljaju u komunikaciji s pacijentom. Jungovi sljedbenici vjeruju u katarktičku

moć likovne kreacije (pročišćenje, izmirenje), odnosno u iscjeliteljsku moć kroz stvaranje likovnog djela, bez naknadne interpretacije.

Do danas su iz navedenih promišljanja, pristupa i teorija proizašli različiti oblici terapija umjetnošću koje se temelje na primjeni određenih umjetničkih medija u psihoterapiji.

Osim primjene likovne ekspresije u psihoterapiji, značajna je i uporaba vizualnog te likovnog izraza u dijagnostici. Ona se temelji na spoznaji prema kojoj pojedinac kroz svoj likovni izraz ili kroz doživljaj i interpretaciju neke predložene slike izražava vlastitu osobnost. Upravo zbog toga se individualna likovna ekspresija i osobna interpretacija može koristiti i kao projektivno te dijagnostičko sredstvo za procjenu ličnosti, emocija, sposobnosti pokreta i spoznajne razvijenosti (Kondić i Dulčić, 2009). Među psihodijagnostičkim projektivnim tehnikama najpoznatije su Crtež ljudske figure ili MT (Machover tehnika), Rorschachova tehnika i TAT tehnika (Test tematske apercepcije). Specifičnu primjenu i uporabu likovnog izraza u dijagnostici predstavljaju neki testovi i tehnike za neuropsihologijsku procjenu koji uključuju crtež. Primjerice, Rey-Osterriethov test složenog lika namijenjen je za ispitivanje vizuoperceptivnih, vizuospatialnih konstruktivnih funkcija i vizualnog pamćenja. Benderov geštalt vidno-motorički test koristi se za ispitivanje vidno-motoričkih opažaja kod djece i odraslih, što uključuje „procjenu razvojnog stupnja ili razvojnih karakteristika djece, te analizu ličnosti djeteta ili odraslog, pa procjenu mentalne retardacije djece i odraslih, kao i procjenu deficita povezanih s različitim cerebralnim oštećenjima ili bolestima“ (Galić, 2002, 251).

20.3. Terapije umjetnošću (*Arts Therapies*)

Danas je u svijetu sve više prisutan jedan novi pristup u liječenju koji uključuje uporabu i korištenje umjetnosti (likovne, glazbene, plesne, pjesništva) u terapijske svrhe. Liječnici, medicinsko osoblje i umjetnički terapeuti nadopunjuju se u znanjima i vještinama tvoreći angažirani tim koji sudjeluje u liječenju i rehabilitaciji pacijenata svih uzrasta i različitih oboljenja.

„Terapija umjetnošću podrazumijeva jedan posve drugačiji način shvaćanja umjetnosti: ne više kao elitističku aktivnost rezerviranu za nekolicinu natprosječno nadarenih (...) nego kao aktivnost kojoj je težnja socijalna: liječenje i komunikacija posredstvom estetike“ (Rodríguez, 2002, 61). Ona predstavlja oblik terapijskog posredovanja koji se temelji na uporabi različitih medija, tj. zvuka i glazbe, slike i crteža, pokreta i plesa, drame, literarnog predloška i sl., a s ciljem podržavanja i poticanja funkcionalnih, psiholoških i emocionalnih aspekata kod pojedinca. U okviru umjetničkih terapija koriste se različite selektivne i/ili integrativne medijske forme. Ovisno o korištenom mediju i pripadajućim specifičnostima u njegovoj primjeni i interpretaciji, općenito je u konceptu terapija umjetnošću prisutno nekoliko osnovnih područja: glazbena terapija, terapija plesom i pokretom, likovna ekspresija kao terapija (u različitim likovnim područjima: crtanje, slikanje, modeliranje u različitim likovnim tehnikama i

materijalima), kao i terapija radom na dramatizaciji teksta, psihodrama, biblioterapija i sl. (Martinec, 1999/2000).

Terapija umjetnošću je jedna od komplementarnih suportivnih terapija, a predstavlja hibridnu disciplinu koja se primarno temelji na polju umjetnosti, psihologije i psihijatrije tvoreći od spomenutih supstratnih disciplina jedinstvenu novu suštinu. Pomaganje i potpora (eng. *support*) koju na različite načine pružaju umjetničko stvaralaštvo i umjetnička djela te primjereno obrazovani i osposobljeni umjetnički terapeuti od iznimne su važnosti za induciranje stvaralačkih sposobnosti i različitih aspekata razvojnoga potencijala pojedinaca pacijenata. Nadalje, terapija umjetnošću temelji se na neverbalnoj i verbalnoj komunikaciji misli i osjećaja koja se koristi kao poticaj vlastitog rasta, za povećanje samospoznaje i kao pomoć u emocionalnom oporavku djece, odraslih, obitelji i grupa. U terapiji putem umjetnosti polazi se od spoznaje da je svaki čovjek potencijalno kreativan, tj. da ima urođenu sposobnost stvaralačkoga izražavanja¹ koja je psihički uvjetovana. Pritom se produkt, tj. djelo nastalo u terapijskom procesu, iščitava, sagledava i interpretira kao „sliku o sebi“. Rodriguez (2002) ističe da se umjetničko-terapijska aktivnost s jedne strane sastoji od poticanja razvoja kreativnih sposobnosti pojedinca (osvještavanja njegovog identiteta), a s druge od omogućavanja da umjetnički izraz postane ključno sredstvo komunikacije i integracije, odnosno asimilacije. Cilj terapeuta nije estetska interpretacija djela, nego terapeutske potrebe pojedinca. Odnosno, naglasak je na pojedinčevoj zaokupljenosti radom, biranju i izradi radova koji mu pomažu da pronađe značenje kroz kreativni proces, pri dijeljenju iskustva stvaranja s terapeutom. „Terapija umjetnošću uspostavlja dinamiku sveza posredovanjem objekta koji se ne smije nikako ograničavati jer tada gubi svaku moć uspostavljanja odnosa. Upravo taj odnos je predmet rada terapeuta, a artistički objekt jest ono što predlažemo kao analognu potporu u tom odnosu kao i u drugim relacijama. Dakle, za nas se relacija uvijek materijalizira u nekom konkretnom objektu, konkretnom pa zato izravno manipulabilnom: slici, skulpturi, glazbi, napisu, govoru, kretnji...“ (Rodriguez, 2002, 63). Unutar umjetničko-terapijske seanse, koja predstavlja susret između lječitelja i liječenog, mogu se razviti dvije značajne promjene koje usmjeravaju seansu, a to su analogna reorganizacija i institucionalizacija stvaralačkih procesa. „Analogna reorganizacija, koja preokretanjem vrijednosti, očekivanja i normi preko igre dopušta dezorijentaciju subjekta dovodeći ga do gubitka njegovih uobičajenih referentnih okvira, smanjujući intelektualnu kontrolu, navodi ga na zaboravljanje solidarnosti između slike i želje (rigidnost fantazma), što dopušta imaginarni povrat. Institucionalizacija kreativnih procesa, potičući (ih) da se pojave u trenutku

¹ Kreativnost je u terapiji umjetnošću shvaćena kao „način pristupa neke osobe vanjskoj stvarnosti i – više od svega – kao kreativna percepcija vanjskog svijeta koja pojedincu daje osjećaj da je vrijedno živjeti; ako kreativnost (...) smatramo općom pojavom koja istodobno znači biti živ, onda moramo pretpostaviti da postoji samo relativno nedovoljno kreativna osoba i da, naočigled, u nekretnih osoba ima negdje skrovito područje života u kojem su i one kreativne; kako je kreativnost funkcija ega (ja), razvoj kreativnog pristupa životu usko je vezan uz razvoj te psihičke strukture“ (Winnicott, 1971. prema Beck-Dvoržak, 1987, 95, 96).

seanse, tendira uspostavi nove temporalnosti: one, katarzičkog kreativnog trenutka“ (Rodriguez, 2002, 63, 64). Ovako shvaćena terapija umjetnošću primjenjuje se za sve dobne skupine, a koriste je ne samo umjetnički terapeuti nego i savjetnici, psiholozi, psihijatri, socijalni radnici, no nužno je da imaju umjetničko-terapijsku izobrazbu.

20.4. Terapija likovnim izrazom ili likovna terapija (*Art Therapy*)

Ako se u sklopu umjetničko-terapijskog procesa terapijska intervencija bazira na uporabi crteža i slike te modeliranju, tj. na likovno-umjetničkim izričajima, sredstvima, tehnikama i materijalima, radi se o terapiji likovnim izrazom, terapiji likovnom ekspresijom ili likovnoj terapiji (Rubin, 1984, Ivanović, 2008). Terapija likovnom ekspresijom koristi likovni izraz kao nadopunu verbalnom izrazu, a time omogućuje slobodnije i spontanije izražavanje svjesnih i nesvjesnih procesa kroz vizualne oblike prezentacije s ciljem „poticanja i održavanja funkcionalnih, psiholoških i emocionalnih aspekata u pojedinca“ (Martinec, 1999/2000, 25). Terapija likovnim izrazom uključuje uporabu različitih umjetničkih medija kroz koje se pacijent može izraziti i koji ga uvode u terapijski proces. Terapeut i pacijent, udruženi, pokušavaju osvijestiti i razumjeti stvaralački proces, kao i likovne radove pacijenta nastale tijekom samog procesa (Case i Dalley, 1992). Terapija likovnim izrazom predstavlja takav oblik terapije u kojem stvaranje vizualnih slika (crtanjem, slikanjem, modeliranjem) u prisutnosti kvalificiranog art terapeuta doprinosi eksternalizaciji pacijentovih misli i osjećaja koji se inače, možda, ne bi izrazili. Crteži, slike, kao i trodimenzionalni objekti nastali tijekom terapijskog procesa mogu imati dijagnostičku i terapijsku funkciju utoliko što osiguravaju pacijentu i terapeutu vidljiv zapis terapijskog susreta te služe kao smjernice u budućem liječenju (Waller i Dalley, 1992). „Tijekom likovnog izražavanja potiče se intrapersonalni dijalog tijekom kojeg se osvješćuju nesvjesni operativni (dinamski) sadržaji koji su funkcionalno značajni za egzistenciju pojedinca. To je proces produktivne imaginacije koji omogućuje projekciju, notaciju i interpretaciju vlastitih sagledavanja, vjerovanja i ponašanja. Unutarnji dijalog, temeljen na interakciji misao-ruka, podržava neverbalno-fundamentalno razumijevanje istovremeno na somatskoj i simboličkoj razini što predstavlja preduvjet daljnje ideoefektivne konceptualizacije. Na taj način potaknuto intuitivno i neposredno cjelovito uključivanje u proces translacije, tijekom primjene likovnog izraza u terapijskim uvjetima, može inducirati kreativni akt samoaktualizacije u osobe“ (Martinec, 1999/2000, 26).

Terapija likovnim izrazom ili likovnom ekspresijom danas ima potencijalno široku primjenu. Izvorno je najzastupljenija u Sjedinjenim Američkim Državama i Velikoj Britaniji², a koristi se u terapiji (liječenju) djece, adolescenata, odraslih osoba te osoba

² S obzirom na to da je američka psihijatrijska praksa bila drugačije koncipirana od europske i u velikoj mjeri privatizirana, pogodovala je razvoju specifične profesije likovnog terapeuta s psihoterapijskom edukacijom. U Sjedinjenim Američkim Državama i anglosaksonskom području likovnom terapijom su

treće životne dobi kroz individualni i grupni pristup, što uključuje i terapiju parova i obiteljsku terapiju. Široka primjena terapije likovnim izrazom među različitim populacijama ljudi proizlazi iz spoznaje prema kojoj se svaki čovjek može stvaralački izražavati s različitim likovnim materijalima, neovisno o njegovim godinama i ograničenjima. Terapija likovnim izrazom primjenjiva je u psihoterapiji djece, u terapiji seksualno zlostavljane djece i djece koja imaju deficit pažnje te hiperaktivni poremećaj, u terapiji djece s autizmom i one koja su dugo hospitalizirana zbog različitih bolesti, kod djece i adolescenata sklonih depresiji, kod adolescenata s izraženom agresijom te adolescenata i odraslih s poremećajima prehrane poput anorexiae nervosae, kod osoba s mentalnom retardacijom, kao i kod onih koji su u terminalnoj fazi bolesti, kod osoba koje se liječe od alkoholizma ili ovisnosti o drogama, kod kroničnih psihijatrijskih bolesnika, kao i osoba treće životne dobi koje su duže hospitalizirane ili su stacionirane u ustanovama pod državnom ili privatnom skrbi. S obzirom na potencijalno široku primjenu terapije likovnim izrazom među različitim populacijama ljudi, moguće ju je provoditi, osim u privatnoj art terapijskoj i psihoterapijskoj praksi, i u ustanovama za edukaciju i rehabilitaciju djece i mladih s različitim razvojnim poremećajima, u bolnicama na psihijatrijskim odjelima ili na drugim odjelima kao potporu pojedinim skupinama bolesnika (primjerice, UNESCO-v projekt „Umjetnost u bolnicama”), u školama, staračkim domovima, zatvorima te, prema potrebi, i izvaninstitucionalno (primjerice, tijekom Domovinskog rata s populacijom djece koja su bila traumatizirana ili u komunama gdje se liječe ovisnici o drogama).

20.5. Kreativnost i likovna terapija u zaštiti mentalnog zdravlja djece i mladih

Kreativnost je životni potencijal koji u psihološkom i psihijatrijskom smislu balansira između stapanja i separacije. „Što više osoba može svjesno fluktuirati između ta dva područja, to je kreativnija” (Ivanović, 2008, 172). U art terapijskom procesu likovni terapeut potiče kreativni potencijal osobe i pomaže joj da obnovi primarnu kreativnost (iluziju jedinstva) jer je ona osnova individualizacije i odrastanja. Promišljajući o profilaktičkoj i terapijskoj funkciji kreativnosti u konceptu kreativne terapije i drugih umjetničko-terapijskih pristupa, M. Prstačić sa suradnicima zaključuje da „uz pretpostavku da su arhaičke slike obnavljanja sadržaj svijesti i egzistencijalne napetosti u djeteta i odraslog, proces kreativnosti možemo razmatrati kao progresivni ili regresivni aspekt prirode simbola od mitske predodžbe do dinamičke projekcije doživljaja stvarnosti” (Prstačić i sur., 1995, 161). Kreativnost možemo odrediti i kao metakompetenciju jer je ona „opća genetička osobina, opća ljudska kvaliteta, univerzalna ljudska

se počeli baviti neliječnici, najčešće psiholozi, pedagozi, filozofi, svećenici koji su se posvećivali psihoterapijskom radu. U europskoj tradiciji likovni terapeut je najčešće prvotno stekao likovnu naobrazbu, a zatim bi se, ukoliko bi djelovao u psihijatrijskoj i srodnoj ustanovi, educirao u psihoterapiji i postao psihoterapeut koji se bavi likovnom terapijom (Pražić, 1987). Dugo se art terapija povezivala s okupacijskom terapijom, a tek je 1997. godine državno registrirana kao profesija u Velikoj Britaniji (Ivanović, 2008).

mogućnost i snaga koja je svojstvena svim ljudskim bićima te je pojedinci posjeduju u različitom rasponu, na različitim nivoima i u različitom intenzitetu. Nadalje, kreativnost pripada svim područjima života i esencijalna je za sve njegove aspekte te njegov progres u cjelini" (Kroflin i sur., 1987. prema Škrbina, 2013, 16).

Upravo je javnozdravstveni projekt „Poveži se bojom, približi se slikom“ (nositelj Projekta je Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije) afirmirao mnoge teorijske spoznaje koje se odnose na poticanje i razvijanje kreativnosti djece i mladih u području likovnog izražavanja. Glavni cilj Projekta odnosio se na očuvanje i unapređenje mentalnog zdravlja djece s posebnim potrebama/teškoćama te na njihovu što uspješniju socijalizaciju s vršnjacima i unutar cjelokupne društvene zajednice. Značaj Projekta ogledao se u pružanju mogućnosti svim osobama različite dobi, različitih mogućnosti i sposobnosti (osobito djeci, mladima i osobama s posebnim potrebama) uključenim u Projektne aktivnosti da izraze svoje osjećaje, raspoloženja, doživljaje (putem likovnih znakova, boja, slikovnih priča) i povežu se s drugima. Na taj način je osnažena njihova potreba za autorealizacijom i samoispunjenjem, potreba za ostvarenjem osobnih potencijala. To je Projekt alternativne komunikacije, prvenstveno likovne, manje verbalne, koji premošćuje razlike među nama i omogućuje nam da se upoznamo i prepoznamo jer su znakovi, simboli i boje koji su sadržani u likovnom izrazu osobe osobni, ali i zajednički, univerzalni (arhetipski). Dekodiranje znakova i simbola prisutnih u likovnim radovima nastalim tijekom Projektne aktivnosti (jer oni osim likovno-estetskih kvaliteta sadrže projektivne dimenzije) pobuđuje kod promatrača, recipijenata različite asocijacije, osvješćivanja i suočavanja, a to može imati edukacijsku, dijagnostičku, profilaktičku i terapijsku vrijednost jer većina psihoanalitičara smatra da je odnos između slike i značenja nekog simbola višeslojan, odnosno simbol je polideterminiran u smislu da ga uvjetuju različite psihičke situacije i tendencije koje sve, svaka na svoj način, u njemu sudjeluju. Simboli ne izražavaju samo jedno osjećanje ili ideju, već čitav kompleks osjećanja ili tendencija. Recipijenti različito emocionalno i intelektualno reagiraju na neko likovno djelo (ostvaruju različite razine identifikacije i introspekcije) što ovisi o tome koja će komponenta njihove doživljajnosti ili dimenzija ličnosti biti tim jače pobuđena tim djelom (Kvašček, 1981).

Ovaj Projekt karakterizira dijalog između različitih likovnih radova, likovnih tehnika i materijala od kojih su stvoreni, kao i različitih poruka njihovih tvoraca. U njemu nije ciljano primijenjena likovna terapija, ali je on utemeljen na spoznaji o posebnom značaju koji umjetnost ima kao sredstvo komunikacije koje uključuje skriveni potencijal za terapijsko djelovanje, stoga se u njemu ogledaju i nadopunjuju poglavito psihološki aspekti s onim edukacijskim i rehabilitacijskim. Po tome je on interdisciplinaran i transdisciplinaran, ali i komplementaran.

S razvojem ovakvih projekata koji su javnozdravstveni, ali dijelom i odgojno-obrazovni, čak i terapijski, a koji promiču razvoj kreativnih potencijala djece, mladih i osoba s posebnim potrebama, teži se mijenjanju naših međuljudskih odnosa napuštajući učestalu praksu nerazumijevanja drugog i drugačijeg. Upravo u toj uspjeljoj interakciji između svih osoba uključenih u ovaj Projekt očituje se njegova glavna vrijednost.

Uspjeli su se povezati bojom i približiti slikom kroz svoje radove i njihove likovne poruke. Uspjeli su i nas, vanjske opservere, promatrače, povezati i približiti sebi.

Literatura

Beck-Dvoržak, M. (1987). Psihička uvjetovanost kreativnosti. U: Kroflin, L.; Nola, D.; Posilović, A.; Supek, R. (ur.) *Dijete i kreativnost* (95-101). Zagreb: Globus.

Case, C.; Dalley, T. (1992). *The handbook of art therapy*. London/New York: Tavistock/Routledge.

Craft, A. (2002). *Creativity and Early years Education/A lifewide foundation*. London/New York: Continuum.

De Zan, D. (1994). *Slika i crtež u psihoterapiji djece*. Zagreb: Hrvatski pedagoško-književni zbor.

Galić, S. (2002). *Neuropsihologijska procjena – testovi i tehnike*. Jastrebarsko/Požega: Naklada Slap/Opća županijska bolnica u Požegi.

Ivanović, N. (2008). Art psihoterapija. U: Jukić, V.; Pisk, Z. (ur.) *Psihoterapija – škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas* (167-174). Zagreb: Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče.

Jung, C. G. (1973). *Čovjek i njegovi simboli*. Zagreb: Mladost.

Kondić, Lj.; Dulčić, A. (2009). *Crtež i slika u dijagnostici i terapiji*. Zagreb: Alinea.

Kvaščev, R. (1981). *Psihologija stvaralaštva*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Malchiodi, C. A. (2005). Expressive Therapies – History, Theory, and Practice. U: Malchiodi, C. A. (ur.) *Expressive Therapies* (1-15). New York/London: The Guilford Press.

Martinec, R. (1999/2000). Art-terapija u konceptu komplementarnih suportivnih pristupa u rehabilitaciji. *Defektologija*, 5 (5): 25-29.

Pražić, B. (1987). *Crtež i slika u psihijatriji*. Zagreb: Naprijed.

Prstačić, M.; Martinec, R.; Čepulić, M.; Miholčić, D.; Vuković, J. (1995). Profilaktička i terapijska funkcija kreativnosti. U: Železnjak, Lj. (ur.) *4. dani predškolskog odgoja Čakovec '95 – zbornik radova* (161-165). Čakovec: Dječji centar Čakovec.

Rodriguez, J. (2002). Art-terapija. U: Prstačić, M. (ur.) *Umjetnost i znanost u razvoju životnog potencijala – radovi s međunarodnog simpozija, Hvar, 1999/Art and Science in Life Potential Development – proceedings of international symposium* (61-65). Zagreb: Hrvatska udruga za psihosocijalnu onkologiju i Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Rubin, J. A. (1984). *The Art of Art Therapy*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

Škrbina, D. (2013). *Art terapija i kreativnost – multidimenzionalni pristup u odgoju, obrazovanju, dijagnostici i terapiji*. Zagreb: Veble commerce.

Waller, D.; Dalley, T. (1992). Art therapy: a theoretical perspective. U: Waller, D.; Gilroy, A. (ur.) *Art therapy: a handbook* (1-24). Buckingham/Philadelphia: Open University Press.



Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Služba za mentalno zdravlje

www.nzjz-split.hr



NE ovisni ĐIR