

Raziskovalno poročilo projekta

DUŠEVNO ZDRAVJE MLADIH V SLOVENIJI V KONTEKSTU GLOBALNIH KRIZ: STANJE, DEJAVNIKI TVEGANJA IN VAROVALNI DEJAVNIKI

CRP V5-2306

Obdobje trajanja projekta: 1. 10. 2023 – 30. 9. 2025

Sodelavke projekta:

Prof. dr. Metka Kuhar (vodja raziskave)

Asist. dr. Tanja Šraj Lebar

Asist. dr. Ana Šemrov

Irena Bolko

(Besedilo ni lektorirano in oblikovano.)

Ljubljana, december 2025

Vsebina

Povzetek ključnih ugotovitev	8
Ključne ugotovitve	8
Priporočila	10
Zaključek	12
Executive Summary	13
Key Findings	13
Recommendations	15
Conclusion	17
Teoretski uvod	18
Pomen in kontekst študije	18
Prevalenca duševnih težav mladih	20
Dejavniki duševnega zdravja mladih	22
Prevalenca duševnih težav mladih v Sloveniji	25
Uporaba duševnozdravstvenih storitev med mladimi	26
Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje mladih	27
Mladost v času prepletajočih se kriz: od pandemije do metakrize	30
Politični in institucionalni odzivi na krizo duševnega zdravja mladih	31
Stanje na nacionalni ravni (Slovenija)	34
Zaključna sinteza teoretskega okvira	36
Metodologija	38
Vzorčenje	38
Postopek zbiranja podatkov	38
Oblikovanje vprašalnika	38
Etični vidik raziskave	38
Vzorec	39
Čiščenje podatkov	39
Končni vzorec in stopnja odziva	39
Izračun populacijskih uteži	39
Obdelava podatkov in analiza	40
Rezultati	41
Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca	41
Subjektivno doživljanje duševnega zdravja	44
Samooocene subjektivne dobrobiti mladih	44
Psihološko uspevanje (Flourishing scale)	48

Ocenjevanje optimizma glede prihodnosti	51
Depresija, anksioznost in stres (DASS-21).....	52
Osamljenost (UCLA Loneliness Scale – Short Version)	57
Telesna samopodoba in vedenja, povezana z motnjami hranjenja.....	59
Duševne težave in iskanje pomoči	63
Diagnosticirane duševne težave in tveganja za samopoškodovalno vedenje	63
Samoprepoznane duševne težave	65
Iskanje strokovne pomoči in razmišljanje o njej	69
Ozadni dejavniki duševnega zdravja	74
Bremenilne izkušnje v otroštvu.....	74
Pozitivne izkušnje v otroštvu.....	84
Vedenjski vzorci in prosti čas	89
Spanje.....	89
Tvegana vedenja	91
Raba spleta (IDS9-SF)	100
Samoregulacijske aktivnosti mladih ob doživljanju stisk	103
Vključenost v organizirane oblike aktivnosti.....	109
Skrbi mladih glede prihodnosti: družbeni in osebni vidiki	113
Zaznane skrbi na družbeni ravni	113
Zaznane skrbi na osebni ravni.....	117
Zaznane obremenitve zaradi šolskih, študijskih in delovnih zahtev	118
Izkušnje s pandemijo COVID-19	120
Doživljanje vplivov pandemije COVID-19.....	120
Doživljanje obremenitev med pandemijo COVID-19	124
Korelacije med ključnimi psihosocialnimi kazalniki	127
Analitični del: dejavniki tveganja in zaščite v duševnem zdravju mladih	129
Regresijska analiza napovednikov duševnega zdravja in blagostanja mladih	129
Regresijska analiza napovednikov diagnoz, samoprepoznanih duševnih težav, samopoškodovanja, samomorilnosti in iskanja pomoči	137
Sklepna razprava	143
Generacija v času prepletajočih se kriz.....	143
Subjektivno blagostanje in notranji viri moči	143
Med osebnim upanjem in družbenim pesimizmom	143
Duševne stiske in razširjenost simptomov.....	144
Soočanje z duševnimi težavami: diagnoze, samoprepoznava in (ne)dostopnost pomoči.....	145

Obremenjujoče in pozitivne izkušnje v otroštvu	146
Tvegana vedenja	147
Ujeti za zaslone: digitalni prostor kot okolje tveganj.....	148
Skrbi, obremenitve in strategije soočanja	149
Pandemija kot raznoliko doživeta izkušnja	150
Napovedni dejavniki duševnega zdravja mladih: rezultati regresijskih analiz.....	150
Priporočila za sistemske ukrepe	153
Literatura	159

Kazalo tabel

Tabela 1. Struktura končnega realiziranega vzorca	39
Tabela 2. Struktura končnega uteženega vzorca.	39
Tabela 3. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: spol, starost, regija in narodnost.....	41
Tabela 4. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: delovni status, izobraževanje in izobrazba.....	42
Tabela 5. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: kraj bivanja	43
Tabela 6. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: stanovanjske razmere	43
Tabela 7. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: spolna usmerjenost	43
Tabela 8. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: partnerstvo in otroci.....	43
Tabela 9. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: spol, starost, regija in narodnost: ocena materialnega položaja svoje izvirne družine v primerjavi s povprečno slovensko družino.....	44
Tabela 10. Ocena zadovoljstva z življenjem: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » zelo ali nekoliko nezadovoljen/-na « oziroma "zelo ali nekoliko zadovoljen/-na« za celoten vzorec	45
Tabela 11. Ocena telesnega zdravja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » zelo slabo ali slabo « oziroma »dobro ali odlično« za celoten vzorec.....	46
Tabela 12. Ocena duševnega zdravja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » zelo slabo ali slabo « oziroma »dobro ali odlično« za celoten vzorec.....	47
Tabela 13. Lestvica psihološkega uspevanja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »se strinjam« / »povsem se strinjam« za celoten vzorec.	49
Tabela 14. Ocena optimizma glede prihodnosti: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »se strinjam« / »povsem se strinjam« za celoten vzorec	51
Tabela 15. Kategorizacija rezultatov DASS-21 (skupne ocene po pomnožitvi z 2)	53
Tabela 16. Dosežki na lestvici DASS-21 – depresija, anksioznost in stres: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »velja v veliki meri ali zelo velja« za celoten vzorec	54
Tabela 17. Dosežki na lestvici DASS-21: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah spolu in starostnih skupinah.....	56
Tabela 18. Dosežki na lestvici UCLA Loneliness Scale: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »včasih ali vedno« za celoten vzorec	58
Tabela 19. Ocena telesne samopodobe: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »drži ali povsem drži« za celoten vzorec	60
Tabela 20. Dosežki na lestvici SCOFF – vedenjski indikatorji tveganja za motnje hranjenja: porazdelitev in deleži za posamezne postavke po spolu in starostnih skupinah	61
Tabela 21. Dosežki na lestvici SCOFF: število doseženih točk po spolu in starostnih skupinah	61
Tabela 22. Dosežki na lestvici SCOFF: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ..	62
Tabela 23. Pojavnost diagnosticiranih duševnih težav in tveganj za samopoškodovno vedenje: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah	64
Tabela 24. Primerjava med diagnosticiranimi duševnima težavama (depresija in anksioznost) ter uvrstitvijo v kategorije na lestvici DASS-21	65
Tabela 25. Pojavnost samoprepoznanih duševnih težav in tveganj: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah.....	66
Tabela 26. Koriščenje terapevtskih in svetovalnih storitev: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah.....	70
Tabela 27. Hospitalizacija in jemanje zdravil: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah.....	71

Tabela 28. Dejavniki, ki otežujejo iskanje terapevtske pomoči: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »vpliva ali zelo vpliva« za celoten vzorec	71
Tabela 29. Bremenile izkušnje v otroštvu ACEs: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah	76
Tabela 30. Bremenile izkušnje v otroštvu ACEs: število doseženih točk po spolu in starostnih skupinah ..	76
Tabela 31. Bremenile izkušnje v otroštvu ACEs: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah..	78
Tabela 32. Bremenile izkušnje v otroštvu ELSQ: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah	81
Tabela 33. Bremenilne izkušnje v otroštvu ELSQ: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah	81
Tabela 34. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah.....	86
Tabela 35. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: število doseženih točk po spolu in starostnih skupinah ...	86
Tabela 36. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah	87
Tabela 37. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah.....	87
Tabela 38. Količina spanja: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	89
Tabela 39. Tabela: Samoocena zadostnosti spanja: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	90
Tabela 40. Ocena težav s spanjem: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »velja v veliki meri ali zelo velja« za celoten vzorec	90
Tabela 41. Raba tobačnih izdelkov: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	92
Tabela 42. Tvegano pitje alkohola*: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	93
Tabela 43. Uporaba konoplje: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	95
Tabela 44. Uporaba drugih psihoaktivnih drog: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	96
Tabela 45. Samoiniciativna uporaba zdravil brez recepta v psihološke namene: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	98
Tabela 46. Pitje energijskih pijač: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah	99
Tabela 47. Dosežki na lestvici IDS9-SF: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »pogosto ali zelo pogosto« za celoten vzorec	102
Tabela 48. Samoregulacijske aktivnosti mladih: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »pogosto ali zelo pogosto« za celoten vzorec	105
Tabela 49. Vključenost v organizirane oblike aktivnosti: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah	110
Tabela 50. Zaznane skrbi na družbeni ravni: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »me skrbi ali zelo me skrbi« za celoten vzorec	114
Tabela 51. Zaznane skrbi na osebni ravni: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »me skrbi ali zelo me skrbi« za celoten vzorec	117
Tabela 52. Zaznane obremenitve zaradi šolskih, študijskih in delovnih zahtev: povprečja in standardni odkloni po spolu ter deleži odgovorov »me obremenjuje ali me zelo obremenjuje« za celoten vzorec ..	119
Tabela 53. Ocena vpliva pandemije COVID-19 na različne vidike življenja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » pretežno ali zelo negativno« oziroma »Pretežno ali zelo pozitivno« za celoten vzorec	121
Tabela 54. Doživljanje obremenitev med pandemijo COVID-19: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »obremenilni ali zelo obremenilni« za celoten vzorec	125
Tabela 55. Korelacije med samoocenami zadovoljstva z življenjem, telesnega in duševnega zdravja ter dosežki na lestvicah psihološkega uspevanja; stresa, anksioznosti in depresije (DASS-21); osamljenosti, pozitivnih izkušenj iz otroštva (PCEs), bremenilnih izkušenj iz otroštva (ACEs in ELSQ) ter tvegane rabe spleta (IDS9-SF)	127

Tabela 56. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje ravni stresa.....	129
Tabela 57. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje ravni simptomov anksioznosti	130
Tabela 58. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje ravni simptomov depresije	131
Tabela 59. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje tveganja za motnje hranjenja	131
Tabela 60. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje psihološkega uspevanja	132
Tabela 61. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje zadovoljstva z življenjem.....	132
Tabela 62. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje samoocene fizičnega zdravja	133
Tabela 63. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje samoocene duševnega zdravja	133
Tabela 64. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje osamljenosti.....	134
Tabela 65. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti diagnosticirane duševne motnje	138
Tabela 66. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti samo prpeoznane duševne težave	138
Tabela 67. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti samopoškovovanja	139
Tabela 68. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti pojavljanja misli na samomor	139
Tabela 69. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti poskusa samomora.....	140
Tabela 70. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti koriščenja terapevtskih in svetovalnih storitev.....	140

Povzetek ključnih ugotovitev

Raziskava Duševno zdravje mladih v Sloveniji v kontekstu globalnih kriz je ena prvih celovitih empiričnih študij v Sloveniji, ki hkrati zajema individualne, družinske in širše družbene dejavnike, povezane z duševnim zdravjem mladih (16–24 let). Izvedena je bila s spletno anketo med junijem in septembrom 2024 na vzorcu 1059 udeležencev¹, uteženem po spolu in starosti za čim večjo primerljivost s populacijo mladih v Sloveniji. Kljub temu raziskava ni reprezentativna – predstavljeni odstotki so približne ocene, ki nakazujejo trende, ne pa natančnih deležev v populaciji.

Namen raziskave je bil osvetliti kompleksno prepletenost osebnih izkušenj, zgodnjih življenjskih okoliščin, življenjskega sloga in vpliva globalnih kriz (pandemija COVID-19, podnebne spremembe, gospodarska negotovost itd.) na duševno zdravje mladih. Rezultati ponujajo celovit vpogled v razsežnost in raznolikost dejavnikov, ki oblikujejo duševno zdravje mladih, ter pomembno podlago za razvoj sistemskih rešitev, politik in programov, ki bi lahko prispevali k bolj varnemu in spodbudnemu okolju za mlade generacije.

Ključne ugotovitve

Duševno zdravje in stiske

- 47 % udeležencev poroča o dobrem duševnem zdravju, 20 % o slabem, medtem ko je 66 % zadovoljnih z življenjem.
- Na podlagi rezultatov merske lestvice DASS-21 smo ugotovili, da o hudih ali zelo hudih simptomih stresa poroča 19 %, depresije 21 % in anksioznosti 29 % udeležencev. Na vseh treh področjih hudo ali zelo hudo obliko stiske doživlja 9,4 % udeležencev. Na vsaj enem področju ima hudo ali zelo hudo obliko stiske 37,4 %, na dveh pa 12,1 %.
- 10 % udeležencev se vedno počuti osamljene.
- 27 % udeležencev izkazuje povišano tveganje za motnje hranjenja, 9 % se jih je v zadnjem letu samopoškodovalo, 14 % pa jih je razmišljalo o samomoru.

Diagnoze in iskanje pomoči

- 15 % udeležencev ima uradno diagnozo duševne motnje (najpogosteje depresijo ali anksioznost).
- 40 % udeležencev se je samoprepoznalo v eni od duševnih diagnoz – najpogosteje v anksioznosti (24 % celotnega vzorca), depresiji (18 %), motnjah pozornosti (13 %) in motnjah hranjenja (9 %).
- V zadnjem letu je 19 % udeležencev koristilo strokovno pomoč, 29 % pa je o tem razmišljalo, a je niso poiskali – najpogosteje zaradi stroškov, pomanjkanja informacij o kakovostni podpori in nelagodja ob razkrivanju osebnih stisk.

Spanje in življenjski slog

- 45 % udeležencev spi premalo glede na priporočene norme, 41 % samo ocenjuje, da spijo premalo, 33 % pa poroča o težavah s spanjem.
- 43 % udeležencev je v zadnjem mesecu pilo alkohol na tvegan način, 20 % redno uporablja tobak, 50 % pogosto posega po energijskih pijačah.

¹ Opomba o jeziku: V besedilu iz slogovnih razlogov uporabljamo moško slovnično obliko za označevanje vseh udeležencev v raziskavi, pri čemer imamo v mislih moške, ženske in nebinarne osebe. Kadar primerjamo posamezne skupine po spolu, to izrecno navedemo.

- Pri digitalni rabi se kaže, da del mladih dosega rezultate, ki nakazujejo intenzivnejšo uporabo: povprečna ocena na lestvici IDS9-SF je 2,29 (od 1 do 5), kar pomeni zmerno prisotnost težav, povezanih z rabo digitalnih vsebin.

Zgodnje življenjske izkušnje

- 49 % udeležencev ni poročalo o nobeni obremenjujoči izkušnji v otroštvu ali adolescenci (ACEs), 41 % o eni do treh, 11 % pa o štirih ali več. Lestvica ACE zajema 10 kategorij obremenjujočih izkušenj, med katerimi so različne oblike zlorabe, zanemarjanja in težavnih okoliščin v izvornem gospodinjstvu (npr. zasvojenost ali duševna motnja odraslih članov). Doživljanje štirih ali več teh izkušenj se običajno šteje kot visokorizični prag, saj so pretekle raziskave dosledno pokazale povezave s slabšimi izidi na področju duševnega in telesnega zdravja v poznejšem življenju.
- Najpogostejše oblike obremenjujočih izkušenj v otroštvu in adolescenci (ACEs): čustveno zanemarjanje (19 %), čustveno nasilje (16 %), spolna zloraba (17 %), ločitev/izguba staršev (16 %).
- 33 % udeležencev je poročalo o visoki ravni pozitivnih izkušenj v otroštvu (PCEs), 41 % o srednji, 27 % o nizki. Lestvica PCEs zajema vidike, kot so varni odnosi v izvorni družini, občutek pripadnosti in dostop do podpornih odraslih oseb.

Skrbi in družbeni kontekst

- Osebne skrbi: stanovanje (62 %), zaposlitev (54 %), izobraževalni cilji (51 %), partnerski odnosi (46 %).
- Obremenjenost zaradi šolskih, študijskih in delovnih zahtev: 31 % srednješolcev doživlja šolske obveznosti kot veliko obremenitev, 16 % študentov poroča o visoki obremenjenosti zaradi študija, 11 % zaposlenih pa zaradi dela.
- Družbene skrbi: inflacija in gospodarske krize (55 %), omejevanje svobode (53 %), revščina (50 %), družbene neenakosti (47 %), podnebne spremembe (46 %), vojne (46 %), onesnaženje (46 %).
- 38 % udeležencev je optimističnih glede lastne prihodnosti, a le 12 % verjame v dobro prihodnost Slovenije in 8 % v prihodnost sveta.
- Pandemija COVID-19 je bila ena ključnih izkušenj te generacije: najvišji delež pozitivnih ocen je bil pri družinskih odnosih (42,4 %; negativno 15,6 %). Podobno uravnoteženi so bili odgovori za fizično zdravje (32,8 % pozitivno, 30,4 % negativno) in prijateljstva (34,8 % pozitivno, 29,0 % negativno). Bolj obremenilno pa so mladi doživljali šolanje (39,4 % negativno, 33,2 % pozitivno), duševno zdravje (39,0 % negativno, 24,8 % pozitivno) in splošno kakovost življenja (36,7 % negativno, 22,2 % pozitivno). Finančna situacija je bila zelo razpršeno ocenjena (26,0 % negativno, 25,2 % pozitivno). Med konkretnimi obremenitvami so najbolj izstopale omejitve socialnih stikov (47,6 %), sledili sta karantena (42,9 %) in nošenje mask (37,6 %).
- V organizirane oblike aktivnosti je vključenih 56 % udeležencev (najpogosteje prostovoljstvo, športna društva, verske dejavnosti, študentski klubi, kulturna in gasilska društva).

Kateri med merjenimi dejavniki napovedujejo duševno zdravje mladih?

Analize kažejo, da je med merjenimi dejavniki več takih, ki pomembno napovedujejo različne vidike duševnega zdravja mladih:

- Pozitivne izkušnje v otroštvu so pomembno povezane z boljšim duševnim zdravjem. Udeleženci, ki so poročali o več tovrstnih izkušnjah, so imeli nižje ravni stresa, depresije in anksioznosti ter redkeje poročali o osamljenosti, samopoškodovalnem vedenju, samomorilnih mislih, diagnosticiranih in samoprepoznanih težavah v duševnem zdravju. Hkrati so izkazovali višje življenjsko zadovoljstvo, višjo stopnjo psihološkega uspevanja in boljšo samooceno duševnega zdravja.

- Obremenjujoče izkušnje v otroštvu dosledno povečujejo tveganje za številne težave v duševnem zdravju. Udeleženci z več takšnimi izkušnjami so pogosteje poročali o višjih ravneh stresa, depresije, anksioznosti, osamljenosti, tveganju za motnje hranjenja ter slabši samooceni duševnega in fizičnega zdravja. Obremenjujoče izkušnje prinašajo tudi večjo verjetnost za samopoškodovanje, samomorilne misli, uradne diagnoze in samoprepoznane duševne težave.
- Spanje: kronično pomanjkanje spanja je eden najmočnejših napovednikov slabšega počutja: močno povezano je z višjo stopnjo stresa, bolj intenzivnimi simptomi depresije (depresijo napoveduje tudi preveč spanja), anksioznosti, ter z nižjim življenjskim zadovoljstvom.
- Osebne skrbi (šola, služba, stanovanja, partnerstvo) pomembno napovedujejo višje ravni stresa, depresije, anksioznosti in osamljenosti, nižje zadovoljstvo z življenjem in psihološko uspevanje ter slabšo samooceno duševnega in fizičnega zdravja.
- Družbene skrbi (vojne, podnebne spremembe, inflacija itd.) se povezujejo predvsem z višjo ravni stresa in z zmerno višjimi simptomi anksioznosti in depresije.
- Spol ima pomembno vlogo: ženski spol napoveduje višje ravni stresa, anksioznosti, večje tveganje za motnje hranjenja, višjo stopnjo življenjskega zadovoljstva in nižjo oceno duševnega zdravja ter večjo verjetnost samoprepoznane duševne težave in samopoškodovalnih vedenj. Moški spol predstavlja večje tveganje za poskus samomora.
- Višja starost je bila povezana z večjo verjetnostjo uradne diagnoze in iskanja strokovne pomoči, medtem ko je bila nižja starost povezana z večjo verjetnostjo samopoškodovanja.
- Samoocena materialnega položaja izvorne družine se je pokazala kot šibek napovedni dejavnik: višji materialni položaj je bil povezan z višjim psihološkim uspevanjem in z večjim tveganjem za motnje hranjenja. Učinki so bili manjši v primerjavi z drugimi dejavniki.

Priporočila

Mladi potrebujejo sistem, ki je dostopen, povezan in usmerjen v preventivo. Ne smemo se zadovoljiti z gašenjem požarov, ko je stiska že zelo huda. Potrebujemo pravočasno podporo v skupnosti, spoštljive odnose ter pogoje, ki mladim omogočajo zdrav razvoj in občutek prihodnosti.

V Sloveniji že obstajajo številne oblike podpore, a so pogosto razpršene, projektno omejene in premalo povezane. Zato smo oblikovali **štiri stebre za krepitev duševnega zdravja mladih** in priporočila za sistemske ukrepe.

1. steber: Pravočasno, razvojno občutljivo prepoznavanje stisk in hitro ukrepanje

- V Sloveniji še nimamo vzpostavljenih presejalnih orodij za oceno duševnega zdravja mladih. Morebitni presejalni pristopi bi morali biti razvojno občutljivi in ne omejeni zgolj na trenutno izražene simptome, temveč upoštevati tudi širši kontekst življenja mladih, vključno z obremenitvami in varovalnimi dejavniki.
- Presejanju morajo nujno slediti raznoliki, hitro dostopni in relevantni ukrepi.
- Zgodnje ukrepanje prepreči poglobljanje stisk.
- V vsaki občini mora obstajati jasna vstopna točka za iskanje pomoči in usmerjanje mladih v ustrezne storitve (npr. mladinski center, šola, center za duševno zdravje otrok in mladostnikov, nevladna organizacija).

2. steber: Preventiva v vzgojno-izobraževalnem okolju in lokalnih skupnostih

- Dolgoročni programi za krepitev čustvene in digitalne pismenosti, samoregulacije, kritične rabe medijev ipd.
- Ustvarjanje varnih prostorov za odnose in pripadnost (mladinski in kulturni centri, šole z odprtimi prostori za druženje, prostovoljski programi, športne in ustvarjalne dejavnosti).
- Podpirati aktivno participacijo mladih v društvih, taborih, projektih in kulturnih dejavnostih, ob tem pa poskrbeti, da sodelovanje ne ostane le na ravni simbolnih pobud.
- Sistematična podpora pri ključnih prehodih (npr. stanovanjska problematika, zaposlovanje).

3. steber: Dostopen in raznolik sistem pomoči

- Mreža pomoči mora povezovati zdravstvene, socialne in skupnostne vire ter omogočati enostaven in hiter dostop.
- Psihosocialna podpora naj bo dostopna tudi zunaj zdravstvenega sistema (mladinski centri, skupnostne storitve, nevladne organizacije).
- Ključne oblike pomoči vključujejo psihoterapijo, svetovanje, vrstniško podporo, digitalne oblike in mobilne ekipe. Ena največjih vrzeli v sistemu je omejen dostop do brezplačne psihoterapije, ki je za večino mladih nedosegljiva.
- Skupnostne mreže (mladinski centri, NVO, prostovoljske in športne skupine) ustvarjajo varna neformalna okolja, kjer lahko mladi razvijajo občutek pripadnosti, povezanosti in opolnomočenja, kar pomembno dopolnjuje druge oblike podpore.
- Digitalne oblike podpore (spletne svetovalnice, krizne linije, preverjene aplikacije, odgovorna uporaba umetne inteligence) so lahko dopolnilo osebnemu stiku.
- Vse storitve morajo temeljiti na razumevanju travme (angl. trauma-informed pristop).

Podpora družinam

- Krepitev starševskih kompetenc s poudarkom na refleksiji, regulaciji čustev, razumevanju razvojnih potreb otrok in oblikovanju varne navezanosti.
- Dostopna in kakovostna družinska terapija, ki temelji na dokazano učinkovitih modelih in celostno nagovarja potrebe otrok, staršev in družine kot celote.
- Vzpostavitev mehanizmov za hiter odziv ob nasilju in drugih težavnih okoliščinah v družini.

Spodbujanje zdravega življenjskega sloga

- Vključitev vsebin o spanju, počitku, digitalni higieni in uporabi stimulansov v šolske kurikule in mladinske programe.
- Prilagoditev urnikov (npr. kasnejši začetek pouka za adolescente), da se podpre redni ritem spanja.

4. steber: Celostni sistemski odzivi

- Naslavljanje strukturnih virov stisk (revščina, stanovanjska negotovost, prekarlost, diskriminacija).
- Integrirano delovanje sektorjev (zdravstvo, šolstvo, sociala) v sodelovanju z nevladnimi organizacijami.
- Digitalno okolje: odgovorno oblikovanje in regulacija digitalnega prostora – zaščita pred škodljivimi vsebinami, omejevanje algoritmov, ki spodbujajo primerjavo, ter transparentna in etična uporaba umetne inteligence.
- Uvedba regulativ, ki omejujejo oglaševanje in distribucijo energijskih pijač med mladim.
- Mladi kot soustvarjalci rešitev – kot možnost, ne obveza; ko mladi sodelujejo kot partnerji, so ukrepi učinkovitejši in bolj relevantni.

- Duševno zdravje mladih moramo spremljati redno, podobno kot gospodarske kazalce – kot enega ključnih pokazateljev vitalnosti družbe.
- Stabilno financiranje in trajnejši programi.
- Kadri in kompetence: zagotoviti ustrezno razpoložljivost strokovnjakov (psihologi, svetovalci, socialni pedagogi) ter njihova redna usposabljanja za pristop, ki temelji na razumevanju travme.

Zaključek

Skrb za duševno zdravje mladih presega posamezne projekte in ukrepe – v temelju gre za vprašanje, kakšno družbo gradimo. Naši rezultati jasno kažejo, da stiske mladih niso znak »preobčutljivosti«, »razvajenosti« ali »nevarnosti«, temveč odsev življenjskih okoliščin: zgodnjih obremenjujočih izkušenj, šolskih in stanovanjskih pritiskov, negotove prihodnosti in globalnih kriz. Če jih zožimo le na diagnoze in zdravila, spregledamo bistvo. Najmočnejši varovalni dejavniki ostajajo varni odnosi, občutek povezanosti in podporna okolja.

Prihodnost bo odvisna od tega, ali bomo kot družba gradili dostopne skupnostne storitve, spoštljiv jezik, preventivo in varne odnose ali pa ostali ujeti v logiko, ki stiske individualizira, patologizira in zgolj »gasi požare«, ko je že prepozno.

Tudi na strokovni ravni je ključno preseči tekmovanje med biomedicinskim in psihoterapevtskim okvirom. Oba lahko pomembno prispevata, a le, če ju umeščamo v širši solidarnostni okvir, ki povezuje posameznika, odnose in družbene pogoje.

Executive Summary

The study Mental Health of Young People in Slovenia in the Context of Global Crises is one of the first comprehensive empirical investigations in Slovenia to examine individual, family, and broader social factors related to the mental health of young people (aged 16–24). Conducted via an online survey between June and September 2024, it included 1,059 participants. The sample was weighted by gender and age to maximize comparability with the Slovenian youth population. However, the survey is not representative—the reported percentages are approximate estimates that indicate trends rather than precise population proportions.

The purpose of the survey was to shed light on the interplay between personal experiences, early life circumstances, lifestyle factors, and the effects of global crises (COVID-19, climate change, economic uncertainty, etc.) on young people’s mental health. The results provide a comprehensive overview of the scale and diversity of factors shaping mental health and offer an important foundation for systemic solutions, policies, and programs to support younger generations.

Key Findings

Mental health and distress

- 47 % of participants reported good mental health, 20 % reported poor mental health, and 66 % are satisfied with their lives.
- Based on a standardized measure DASS-21, 19 % experience severe or very severe stress symptoms, 21 % depressive, and 29 % anxiety symptoms. On all three dimensions, 9.4 % of participants experience severe or very severe distress. At least one dimension shows severe or very severe distress in 37.4 %, and two dimensions in 12.1 %.
- 10 % reported that they always feel lonely.
- 27 % are at increased risk of eating disorders, 9 % engaged in self-harm behavior in the past year, and 14 % reported suicidal ideation.

Diagnoses and help-seeking behavior

- 15 % reported an official mental health diagnosis (most commonly depression or anxiety).
- 40 % have self-recognised mental health problems, most often with anxiety (24 %), depression (18 %), attention disorders (13 %), or eating disorders (9 %).
- In the past year, 19 % sought professional help, while 29 % considered it but did not follow through—primarily due to cost, lack of information about quality services, or discomfort with disclosure.

Sleep and lifestyle

- 45 % sleep less than the recommended amount, 41 % estimate they sleep too little, and 33 % report sleep problems.
- 43 % consumed alcohol in a risky manner in the past month, 20 % regularly use tobacco, 50 % frequently consume energy drinks.
- Regarding digital use, a share of young people shows scores indicating more intensive engagement: the average score on the IDS9-SF scale is 2.29 (on a scale from 1 to 5), suggesting a moderate presence of difficulties related to digital content use.

Early life experiences

- 49 % reported no adverse childhood experiences (ACEs), 41 % reported one to three, and 11 % reported four or more. The ACE scale consists of 10 categories of childhood adversity, including various forms of abuse, neglect, and difficult life circumstances in the household. Experiencing

four or more ACEs is commonly considered a high-risk threshold, as prior research has consistently linked it to poorer mental and physical health outcomes later in life.

- Most common ACEs: emotional neglect (19 %), emotional abuse (16 %), sexual abuse (17 %), separation/loss of parents (16 %).
- 33 % reported high levels of positive childhood experiences (PCEs), 41 % moderate, and 27 % low. The PCEs scale captures dimensions such as secure relationships in the family of origin, access to supportive adults, and a sense of belonging.

Concerns and social context

- Self-perceived personal concerns: housing (62 %), employment (54 %), education (51 %), relationships (46 %).
- 31 % of high school students experience school as highly burdening, 16 % of university students feel the same about their studies, and 11 % of employed young people about their work.
- Social concerns: inflation/economic crises (55 %), restrictions on freedom (53 %), poverty (50 %), social inequality (47 %), climate change (46 %), war (46 %), pollution (46 %).
- 38% are optimistic about their own future, but only 12% believe in a bright future for Slovenia and 8% for the world.
- The COVID-19 pandemic was a defining experience: the highest share of positive evaluations was reported for family relationships (42.4%; negative 15.6%). Responses for physical health (32.8% positive, 30.4% negative) and friendships (34.8% positive, 29.0% negative) were similarly balanced. Young people experienced schooling more negatively (39.4% negative, 33.2% positive), as well as their mental health (39.0% negative, 24.8% positive) and overall quality of life (36.7% negative, 22.2% positive). Financial situation showed a very dispersed pattern of responses (26.0% negative, 25.2% positive). Among specific stressors, the most prominent were restrictions on social contacts (47.6%), followed by quarantine (42.9%) and mask-wearing (37.6%).
- 56% participate in organized activities (e.g., volunteering, sports clubs, religious groups, student clubs, cultural associations, firefighting associations).

Which of the measured factors predict young people's mental health?

Analyses show that several of the measured factors significantly predict different aspects of young people's mental health:

- **Positive childhood experiences** are strongly associated with better mental health. Participants who reported more such experiences had lower levels of stress, depression, and anxiety, and were less likely to report loneliness, self-harming behavior, suicidal thoughts, clinically diagnosed and self-recognized mental health problems. At the same time, they reported higher life satisfaction, greater psychological well-being, and better self-rated mental health.
- **Adverse childhood experiences** consistently increase the risk of numerous mental health problems. Participants with more such experiences more often reported higher levels of stress, depression, anxiety, loneliness, risk for eating disorders, and poorer self-rated mental and physical health. Adverse experiences were also linked to greater likelihood of self-harm, suicidal thoughts, official diagnoses, and self-recognized mental health problems.
- **Sleep:** Chronic sleep deprivation is one of the strongest predictors of poorer well-being. It is strongly associated with higher levels of stress, more severe symptoms of depression (depression is also predicted by oversleeping), anxiety, and lower life satisfaction.

- **Personal concerns** (school, work, housing, relationships) significantly predict higher levels of stress, depression, anxiety, and loneliness, lower life satisfaction and psychological well-being, as well as poorer self-rated mental and physical health.
- **Societal concerns** (wars, climate change, inflation, etc.) are primarily associated with higher stress and moderately higher symptoms of anxiety and depression.
- **Gender** plays an important role: female gender predicts higher levels of stress and anxiety, greater risk for eating disorders, higher life satisfaction but lower ratings of mental health, and greater likelihood of self-recognised mental health problems and self-harming behaviors. Male gender is associated with greater risk of suicide attempts.
- **Older age** was linked to higher likelihood of official diagnosis and help-seeking, whereas younger age was linked to greater likelihood of self-harm.
- **Perceived material status of the family of origin** proved to be a weak predictor: higher material status was associated with greater psychological well-being, but also with higher risk for eating disorders. These effects were weaker compared to other predictors.

Recommendations

Young people need a system that is accessible, connected, and focused on prevention. We cannot be satisfied with “firefighting” once distress is already severe. What is needed is timely support in the community, respectful relationships, and conditions that enable healthy development and a sense of future.

In Slovenia, there are already numerous forms of support, but they are often fragmented, project-based, and poorly connected. This is why we have developed four pillars for strengthening youth mental health and recommendations for systemic measures.

Pillar 1: Timely, developmentally sensitive identification of distress and rapid intervention

- In Slovenia, there are currently no established screening tools for assessing young people’s mental health. Any future screening approaches should be developmentally sensitive and not limited to currently expressed symptoms, but should also take into account the broader life context of young people, including both risk factors and protective factors.
- Screening must be followed by diverse, quickly accessible, and meaningful interventions.
- Early action prevents the deepening of distress.
- Each municipality should have a clear entry point (e.g., youth center, school, child and adolescent mental health center, NGO).

Pillar 2: Prevention in educational settings and local communities

- Long-term programs to strengthen emotional and digital literacy, self-regulation, mindfulness, and critical media use.
- Creating safe spaces for relationships and belonging (youth and cultural centers, schools with open spaces for socializing, volunteer programs, sports and creative activities).
- Support the active participation of young people in associations, camps, projects, and cultural activities, while ensuring that their involvement goes beyond symbolic initiatives.
- Systematic support during key transitions (e.g., housing issues, employment).

Pillar 3: An accessible and diverse system of support

- The support network must connect health, social, and community resources and ensure easy and quick access.
- Psychosocial support should also be available outside the health system (youth centers, community services, NGOs).
- Key forms of support include psychotherapy, counseling, peer support, digital services, and mobile teams. One of the biggest gaps in the system is the very limited access to free psychotherapy, which remains out of reach for most young people.
- Community networks (youth centers, NGOs, volunteer and sports groups) create safe, informal environments where young people can develop a sense of belonging, connection, and empowerment, which meaningfully complements other forms of support.
- Digital forms of support (online counseling, crisis lines, verified apps, and the responsible use of artificial intelligence) can complement in-person contact.
- All services should be based on a trauma-informed approach.

Support for families

- Strengthening parental competences with a focus on reflection, emotion regulation, understanding children’s developmental needs, and building secure attachment.
- Accessible and high-quality family therapy, grounded in evidence-based models, to holistically address the needs of children, parents, and families as a whole.
- Mechanisms for rapid response in cases of violence or other difficult family circumstances.

Promoting healthy lifestyles

- Integrating content on sleep, rest, digital hygiene, and stimulant use into school curricula and youth programs.
- Adjusting schedules (e.g., later school start times for adolescents) to support healthy sleep rhythms.

Pillar 4: Comprehensive systemic responses

- Addressing structural sources of distress (poverty, housing insecurity, precarious work, discrimination).
- Integrated action across sectors (health, education, social services) in cooperation with NGOs.
- Digital environment: responsible design and regulation of the digital space – protection from harmful content, limitation of algorithms that fuel comparison and burnout, and transparent, ethical use of artificial intelligence.
- Introduction of regulations that restrict the advertising and distribution of energy drinks among young people.
- Young people as co-creators of solutions – as an opportunity, not an obligation; when young people participate as partners, measures are more effective and relevant.
- Youth mental health must be monitored regularly, like economic indicators – as one of the key measures of a society’s vitality.
- Stable funding and sustainable, long-term programs.
- Workforce and competencies: ensure the availability of professionals (psychologists, counselors, social pedagogues) and regular training in trauma-informed approaches.

Conclusion

Caring for young people's mental health goes beyond individual projects and measures – at its core, it is about the kind of society we choose to build. Our results clearly show that youth distress is not a sign of “oversensitivity,” “spoiledness,” or “dangerousness,” but rather a reflection of life circumstances: adverse childhood experiences, school and housing pressures, an uncertain future, and global crises. If we reduce these struggles merely to diagnoses and medication, we miss the essence. The strongest protective factors remain safe relationships, a sense of belonging, and supportive environments.

The future will depend on whether, as a society, we strengthen accessible community services, respectful language, prevention, and safe relationships – or remain trapped in a logic that individualizes and pathologizes distress and merely “puts out fires” when it is already too late.

At the professional level, it is essential to move beyond the competition between biomedical and psychotherapeutic frameworks. Both can play an important role – but only if they are embedded in a broader solidarity-based approach that connects individuals, relationships, and social conditions.

Teoretski uvod

Pomen in kontekst študije

Obdobje adolescence in zgodnje odraslosti, pogosto opredeljeno kot mladost (angl. *emerging adulthood*), predstavlja kompleksno in transformativno življenjsko fazo, ki obsega obdobje od približno 16. do 24. leta starosti (Arnett, 2000). Gre za obdobje intenzivnega psihološkega, socialnega in nevrološkega razvoja, zaznamovanega s številnimi izzivi in nalogami, kot so oblikovanje osebne in poklicne identitete, ločevanje od primarne družine, prevzemanje odgovornosti ter vzpostavljanje stabilnejših intimnih in socialnih vezi (Erikson, 1968; Schwartz idr., 2005). Mladost je tudi obdobje šolanja, vstopanja na trg dela, iskanja lastnega bivalnega prostora in finančnega osamosvajanja (Schoon, 2006), kar pogosto pomeni prehod iz relativne odvisnosti v večjo samostojnost in s tem povezano negotovost.

Zaradi teh razvojnih prehodov je mladost že v osnovi občutljivo, ranljivo obdobje, saj vključuje tako notranje prestrukturiranje identitete kot prilagajanje na zahteve širšega družbenega okolja. V zadnjem desetletju pa so se razmere za mlade dodatno zaostrile zaradi zaporednih in prepletenih globalnih kriz, ki imajo neposreden vpliv na njihovo duševno zdravje, življenjske perspektive in občutke varnosti: pandemija COVID-19, s katero so bile povezane omejitve gibanja, socialna izolacija, prekinjeno izobraževanje in negotovosti glede prihodnosti; okoljska kriza z naraščajočo ekološko anksioznostjo; vse večja družbena (socialnoekonomska in geopolitična) polarizacija in negotovost zaradi bližnjih vojn, kot sta vojna v Ukrajini in izraelsko-palestinska vojna; ter naraščajoči življenjski stroški in stanovanjska kriza, ki še posebej močno prizadene mlade v obdobju osamosvajanja.

Kot opozarja Schweizer s sodelavci (2023), stalna izpostavljenost negotovosti – tako na osebni kot kolektivni ravni – pomembno prispeva k porastu anksioznosti, depresije in občutkov izgube nadzora med mladimi. McGorry s sodelavci (2025) pa poudarja, da je aktualna kriza duševnega zdravja mladih ne le klinični, temveč strukturni in sistemski problem, ki zahteva razvoj celovitega, razvojnim značilnostim mladih prilagojenega modela podpore. Vse to ustvarja okolje kroničnega stresa, ki močno zaznamuje procese odraščanja in razvoja mladih ter se lahko izraža v različnih oblikah duševnih stisk, zaskrbljenosti in negotovosti glede prihodnosti.

V tem kontekstu ni presenetljivo, da obdobje mladosti postavlja temeljne gradnike za dolgoročno duševno zdravje in psihosocialno funkcioniranje. V tem času se oblikujejo ključne kapacitete za vzpostavljanje varnih in podpornih odnosov, razvoj čustvene regulacije, reševanje problemov ter oblikovanje samopodobe in samospoštovanja (Patton idr., 2016). Duševno zdravje pri tem ne predstavlja zgolj odsotnosti motenj, temveč vključuje tudi prisotnost pozitivnih psiholoških virov, kot so občutek lastne vrednosti, rezilientnosti in zadovoljstva z življenjem.

Opredelitve duševnega zdravja se močno razlikujejo. Tradicionalni pristopi, ki izhajajo iz medicinskega modela, pogosto razumejo duševno zdravje in duševne motnje kot dva nasprotna pola istega kontinuuma. Sodobnejša razumevanja poudarjajo bolj dinamičen in večdimenzionalen model. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2014) opredeljuje duševno zdravje kot stanje psihološkega blagostanja, v katerem posameznik prepoznava svoje sposobnosti, se lahko sooča z vsakdanjimi stresorji, učinkovito deluje in prispeva k skupnosti. Pri tem je ključna premisa, da se duševno zdravje spreminja glede na socialne, kulturne in ekonomske pogoje ter da obstaja na kontinuumu, ki vključuje tako pozitivna kot

negativna stanja. Zato je pri proučevanju duševnega zdravja mladih ključno zajeti čim širši spekter izkušenj – od simptomov stisk do dejavnikov psihološkega blagostanja.

Nekateri avtorji (npr. Greenspoon & Saklofske, 2001) predlagajo model dveh vzporednih, vendar povezanih kontinuumov: en kontinuum meri prisotnost oziroma odsotnost duševnih težav, drugi pa raven pozitivnega duševnega funkcioniranja. Na ta način je mogoče razložiti pojav navideznih paradoksov – na primer, da posameznik lahko hkrati izkazuje visoke ravni subjektivnega zadovoljstva, obenem pa poroča o simptomih anksioznosti ali depresije. Tak model omogoča bolj celosten pogled na duševno zdravje mladih, saj presega dualistično razumevanje »zdrav-bolan« in upošteva kompleksnost notranjih doživljanj in njihovih sprememb skozi čas.

Raziskave dosledno kažejo, da sta adolescenca in zgodnja odraslost ključni razvojni obdobji za pojav in utrjevanje duševnih težav (Costello idr., 2011; Kessler idr., 2007; Paus idr., 2008). Podatki iz epidemioloških študij kažejo, da se pri približno polovici posameznikov duševne težave prvič pojavijo že do 14. leta starosti, pri treh četrtinah pa do 24. leta (Kessler idr., 2007). To potrjuje, da je prav mladost obdobje, v katerem je mogoče z zgodnjimi intervencijami bistveno zmanjšati tveganje za kronifikacijo motenj in dolgoročne posledice za posameznika in družbo.

Pojav duševnih težav v mladosti pogosto sproži nadaljnje težave na različnih življenjskih področjih. Mladi, ki se spopadajo z depresijo, anksioznostjo ali drugimi oblikami psihološke stiske, so bolj izpostavljeni tveganju šolskega neuspeha oz. slabših učnih dosežkov, prekinitvev izobraževanja, socialno izključenost, brezposelnost in revščino, pa tudi za slabše telesno zdravje in krajšo pričakovano življenjsko dobo (Kim-Cohen idr., 2003; Patel idr., 2007). Takšni negativni izidi poudarjajo nujnost zgodnjega prepoznavanja duševnih stisk in tveganj v obdobju mladosti ter razvoja sistemskih, pravočasnih in dostopnih podpornih mehanizmov, ki se prilagajajo raznolikim potrebam mladih.

Nasprotno pa so pozitivni izidi v duševnem zdravju povezani z večjo verjetnostjo, da bodo mladi razvili psihološko odpornost (rezilientnost), krepili socialno vključenost in bili uspešni pri soočanju z življenjskimi krizami (Fergus & Zimmerman, 2005; Masten, 2001; Masten & Barnes, 2018). Medtem ko so zgodnejše definicije rezilientnosti pogosto poudarjale notranje značilnosti posameznika, sodobnejši pristopi razumejo odpornost kot rezultat kompleksne interakcije med osebo in njenim okoljem. Kot poudarja Ungar (2011), se rezilientnost ne razvija zgolj iz osebnih kapacitet, temveč predvsem iz dostopa do virov podpore v okolju, ki morajo biti ustrezni, dostopni in kulturno sprejemljivi. V tem kontekstu tudi Luthar (2006) opozarja, da je za krepitev rezilientnosti pri mladih, zlasti pri ranljivih skupinah, nujno graditi okolja, ki omogočajo varnost, stabilnost in smiselne povezave. Rezilientnost torej ni zgolj individualna značilnost, temveč širok družbeni zasidran proces, ki zahteva odzivnost skupnosti, institucij, skratka celotnega družbenega sistema.

Dolgoročna družbeno sprejeta skrb za duševno zdravje mladih tako prispeva ne le k boljši kakovosti življenja posameznika, temveč ima tudi širše družbene učinke, saj zmanjšuje breme duševnih motenj in podpira aktivno, vključeno državljanstvo. Vse več raziskav poudarja tudi pomembnost preventivnih in promocijskih pristopov, ki ne temeljijo zgolj na zmanjševanju simptomov, temveč na krepitvi psihosocialnih virov, kot so občutek povezanosti, kompetentnosti in avtonomije (Barry idr., 2013) – še posebej v manjših okoljih, kjer so sistemski odzivi pogosto omejeni, kulturni dejavniki (npr. stigma) pa pomembno vplivajo na iskanje pomoči.

Kljub temu, da je področje duševnega zdravja mladih vse bolj prisotno v evropskih in svetovnih raziskovalnih agendah, v Sloveniji ostaja delno zapostavljeno, zlasti v smislu rednega spremljanja in

povezovanja epidemioloških, psiholoških in družbenih dejavnikov. K temu prispeva več razlogov: pomanjkanje dolgoročne raziskovalne strategije na področju mladih, razdrobljenost podatkov med sektorji (zdravstvo, šolstvo, sociala), odsotnost nacionalnega registra za duševne motnje v mladosti, pa tudi premalo vlaganj v interdisciplinarne longitudinalne študije, ki bi omogočile celostno razumevanje dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov.

Obstoječe raziskave (npr. raziskava Z zdravjem povezan vedenjski slog v šolskem obdobju – HBSC; raziskava NIJZ o duševnem zdravju odraslih; sociološke študije mladine, posamične študije Pedagoške fakultete) opozarjajo na naraščajočo prisotnost stisk, občutkov tesnobe, depresivnosti in osamljenosti med mladimi. Kljub temu pa ostajajo nekatere ključne dimenzije (npr. vpliv zgodnjih bremenilnih in pozitivnih izkušenj iz otroštva, pojavnost in posledice digitalne zasvojenosti ipd.) slabo raziskane ali metodološko nepovezane.

V tej luči je pričujoča študija pomemben prispevek k razumevanju duševnega zdravja mladih v Sloveniji, saj temelji na obsežnem in sistematičnem vzorcu oseb, starih med 16 in 24 let, ter vključuje širok nabor kazalnikov duševnega zdravja, tveganj in varovalnih dejavnikov. S tem bomo prispevali k boljšemu razumevanju stanja duševnega zdravja mladih v Sloveniji in ponudili izhodišča za načrtovanje ciljno usmerjenih preventivnih, kurativnih in podpornih ukrepov, ki bodo odgovarjali na aktualne izzive in potrebe mladostniške populacije.

Prevalenca duševnih težav mladih

V državah z visokim BDP je v zadnjih treh desetletjih dokumentiran opazen porast duševnih težav med mladimi, predvsem t. i. čustvenih in vedenjskih motenj (Bor idr., 2014; Erskine idr., 2019; Pitchforth idr., 2019; Twenge idr., 2019). Trend je opažen predvsem pri mladostnicah, a je zaznan v celotni populaciji mladih. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2021a) poudarja, da so težave v duševnem zdravju vodilni vzrok bremena bolezni pri mladih, starih med 10 in 19 let, pri čemer med najpogostejšimi izstopajo anksiozne motnje, depresivna simptomatika, motnje hranjenja ter vedenjske motnje.

Med posameznimi državami obstajajo razlike v razširjenosti teh težav, kar odraža kombinacijo kulturnih, zdravstvenih in izobraževalnih dejavnikov ter različno razvite sisteme prepoznavanja in obravnave duševnega zdravja mladih (Polanczyk idr., 2015). Vzroki za naraščajočo prevalenco so večplastni in vključujejo podaljševanje obdobja odvisnosti od staršev, zamik prehodov v odraslost, vse večje zahteve v izobraževalnem sistemu ter negotovosti na področju zaposlovanja in stanovanj (Högberg, 2021; Patton idr., 2016). Pomembno vlogo igrajo tudi »novejši« dejavniki, kot so povečana izpostavljenost mladih digitalnim tehnologijam in družbenim omrežjem, kar vpliva na telesno samopodobo, primerjanje z vrstniki in motnje spanja. Vse to so dejavniki, povezani z večjim tveganjem za pojav simptomov depresije, anksioznosti, motenj hranjenja itd. (Twenge idr., 2019).

Hkrati pa k porastu števila zabeleženih primerov prispevajo tudi spremembe v prepoznavanju in obravnavi duševnih težav. Povečuje se iskanje pomoči tako s strani staršev kot mladih samih, kar lahko kaže na večjo ozaveščenost in zmanjševanje stigme. V nekaterih državah, zlasti v Združenih državah Amerike, so šole in primarna zdravstvena oskrba v zadnjih letih postali ključna točka za zgodnje prepoznavanje in obravnavo duševnih stisk mladih. Priporočila Ameriške akademije za otroško in mladostniško psihiatrijo vključujejo rutinsko presejanje duševnega zdravja v okviru primarne oskrbe kot del sistematičnega pristopa k zgodnjemu posredovanju (AACAP, 2019). Hkrati številni šolski programi,

kot je na primer »Hope Squad«, temeljijo na vrstniški podpori in zgodnjem zaznavanju samomorilnih misli ter drugih vrstah stisk pri učencih (<https://hopesquad.com/>; Wright-Berryman idr., 2019). V Sloveniji takšni integrirani modeli zgodnjega prepoznavanja še niso razviti. Čeprav šole in osnovno zdravstvo pogosto predstavljajo prvi stik mladih z institucionalnim okoljem, na teh ravneh primanjkuje specializiranih znanj, kadrov in strukturiranih postopkov za prepoznavanje in obravnavo duševnih težav. Posledično so stiske pogosto spregledane ali pa se ukrepanje začne šele v poznejših fazah, ko je težje zagotoviti učinkovito podporo.

V sodobnih družbah se pojmuje duševno zdravje vse pogosteje kot individualna odgovornost in rezultat osebnostnega razvoja, kar mlade izpostavlja novim oblikam psihološkega pritiska (Rose, 1999). Poudarek na nenehni produktivnosti, samooptimizaciji, čustveni inteligentnosti in telesni urejenosti ustvarja ideal subjektivnega blagostanja, ki je pogosto težko dosegljiv. Mladi so tako izpostavljeni pričakovanjem, da morajo biti hkrati uspešni, samozavestni, čustveno uravnoteženi in neprestano napredovati – kar ustvarja paradoks, da občutek »dobrega počutja« postane še ena, dodatna zahteva, ne pa vir opore (Cederström & Spicer, 2015; Foucault, 1988).

V sodobnem kontekstu se tudi povsem običajne stiske, dvomi in nihanja razpoloženja vse pogosteje interpretirajo kot simptomi psihopatologije, kar povečuje tveganje za občutke neuspeha, neustreznosti in notranje razklanosti (Ehrenberg, 2010). Gre za proces, ki ga nekateri avtorji opisujejo kot »psihologiko neoliberalizma« – režim, v katerem posameznik postane glavni nosilec odgovornosti za svoje duševno stanje, ne glede na družbene ali strukturne pogoje njegovega življenja. Medtem ko se pričakuje stalno »delo na sebi«, prilagodljivost in čustvena kompetentnost, so posamezniki hkrati vse bolj prikrajšani za kolektivne, sistemske in institucionalne oblike podpore (Rose, 1999).

Ti normativni pritiski sodobne družbe tvorijo plodno podlago za naraščajoče procese medikalizacije vsakdanjih stisk in vedenj, ki so bili v preteklosti razumljeni kot razvojno običajni (Collishaw, 2015). V razmerah, kjer so mladostniška nihanja razpoloženja, čustvena labilnost, socialna negotovost ali konflikti z avtoritetami inherentni del procesa psihosocialnega dozorevanja, lahko hitra opredelitev teh pojavov kot simptomov motnje vodi v poenostavljeno medikalizirano razumevanje duševnega zdravja. Takšni pristopi povečujejo tveganje, da se razvojne značilnosti adolescence in zgodnje odraslosti napačno interpretirajo kot znaki patologije, kar lahko vodi v nepotrebno psihiatrično diagnozo ali farmakološko zdravljenje, v določenih primerih pa tudi v razvoj odvisnosti – tako od zdravil kot od vlog pacientov oziroma sistemov pomoči, ki postopoma nadomestijo notranje vire samouravnavanja in odpornosti (Frances, 2013). Posledično se zmanjšuje prostor za razumevanje teh stisk kot naravnega dela procesa oblikovanja identitete in soočanja z življenjskimi prelomnicami.

Poleg tega k širjenju diagnoz prispeva tudi vse večja, celo pretirana, psihološka senzibilizacija družbe, v kateri se že manjša odstopanja od vedenjskih in čustvenih »norm« vse pogosteje interpretirajo kot potencialno klinični problem. Družbeni diskurzi o duševnem zdravju, ki se pogosto širijo preko medijev in družbenih omrežij, oblikujejo pričakovanja, da bi morali biti posamezniki konstantno čustveno stabilni, uspešni in socialno kompetentni. Takšna pričakovanja ustvarjajo nizek prag tolerance do neprijetnih občutij, kot so osamljenost ali dvom vase – kar so sicer sestavni deli mladostniške izkušnje. Kadar takšna stanja niso prepoznana kot legitimna razvojna nihanja, ampak kot simptomi motnje, obstaja nevarnost, da se mladim odvzame priložnost za razvijanje notranjih virov soočanja, kot so refleksija, potrpežljivost in iskanje socialne opore.

Obenem pa se mora ta kritična razprava o medikalizaciji stisk voditi previdno – zavedajoč se, da ne gre za zanikanje realnih duševnih težav ali njihove resnosti. Ključno je razlikovati med normalnimi odzivi na

težavne okoliščine, blažjimi stiskami, ki so časovno omejene in odzivne na podporo okolja, ter resnejšimi stanji, ki zahtevajo strokovno intervencijo. Prav zato je pomembno, da sistemi prepoznave in pomoči mladim temeljijo na razumevanju razvojne psihologije, kompleksnosti vsakdanjih izkušenj ter vključevanju glasov mladih samih, ne pa zgolj na diagnostičnih kategorijah in simptomatskih seznamih.

V tej luči se še posebej kaže pomen raziskovanja ne le razširjenosti duševnih težav, temveč tudi doživljanja stisk, virov rezilientnosti in zaznane dostopnosti pomoči v populaciji mladih – kar predstavlja osrednje izhodišče pričujoče študije.

Vpliv globalnih kriz (kot so pandemija, podnebna negotovost, vojni konflikti in draginja) dodatno poudarja nujnost poglobljenega razumevanja dejavnikov, ki oblikujejo duševno zdravje mladih. Čeprav družbena skrb za te vplive narašča, ostajajo konkretni mehanizmi delovanja teh stresorjev in njihovih dolgoročni učinki še vedno nezadostno raziskani.

Sistematično in celostno proučevanje je zato ključna podlaga ne le za razumevanje pojavnosti in raznolikih obrazov duševnih težav, temveč tudi za razvoj učinkovitih, ciljno usmerjenih in razvojno občutljivih preventivnih ukrepov. Takšna spoznanja lahko pomembno prispevajo k oblikovanju mladim dostopnih podpornih politik in ukrepov ter omogočajo vključitev njihovega glasu v razprave o lastnem duševnem zdravju, kar je ključno za legitimnost, sprejetost in uspešnost intervencij.

Dejavniki duševnega zdravja mladih

Za razumevanje duševnega zdravja mladih je ključnega pomena upoštevanje širokega spektra dejavnikov, ki oblikujejo njihovo doživljanje, vsakdanjo izkušnjo in psihološko odpornost. V okviru naše študije posebno pozornost namenjamo subjektivnemu doživljanju družbenih stresorjev ter analizi vpliva sistemskega, socialnega in družinskega okolja, zgodnjih bremenilnih in varovalnih izkušenj iz otroštva, vsakodnevnih dejavnosti, vpetosti v organizirane oblike delovanja ter razpoložljivih virov podpore – torej širokemu naboru dejavnikov, ki so po raziskavah dokazano povezani z duševnim zdravjem mladih (Repetti idr., 2002).

Tveganja: zgodnje izkušnje in socialno-ekonomska prikrajšanost

Raziskave dosledno kažejo, da duševno zdravje mladih izhaja iz dinamičnega ravnovesja med dejavniki tveganja in varovalnimi dejavniki, ki delujejo na individualni, medosebni in družbeni ravni. Med pomembnejšimi tveganji so zgodnje bremenilne izkušnje, kot so zanemarjanje, nasilje, kronični konflikti v družini ter druge oblike težavnih življenjskih okoliščin v izvorni družini (npr. duševna bolezen ali zasvojenost starša, disfunkcionalni vzorci navezanosti in komunikacije itd.), ki vplivajo na čustveni razvoj in povečujejo ranljivost za duševne težave (McLaughlin idr., 2010). Dodatno tveganje predstavljajo negotovi življenjski pogoji (npr. revščina, nestanovitna stanovanjska situacija), izkušnje vrstniškega zavračanja ali ustrahovanja, pa tudi stigma, pomanjkanje dostopne psihosocialne podpore ter kulturni pritiski k individualni uspešnosti in popolnosti (Miech idr., 1999; Patel idr., 2007; Sawyer idr., 2012; Twenge idr., 2017).

Posebej pomembno vlogo v tem okviru ima družina kot osnovna socialna enota, ki tvori temeljni sloj osebnih izkušenj in vpliva na posameznikovo sposobnost soočanja s stresorji, zlasti v prehodnem obdobju iz otroštva v mladost ter v odraslost, ko so stiske pogosto okrepljene zaradi zahtev sodobnega

okolja (Masten & Motti-Stefanidi, 2020). Zgodnje družinsko okolje je ključno za oblikovanje navezanosti, razvoja samospoštovanja in čustvene regulacije (Bowlby, 1988). Značilnosti izvorne družine (kot so čustveno ozračje, komunikacijski vzorci in prisotnost konfliktov) tudi v mladosti mladim nudijo pomembne vire varnosti in prilagodljivosti (Masten, 2001), lahko pa povečujejo njihovo ranljivost za razvoj duševnih težav. Visoko konfliktna ali drugače obremenjujoča družinska dinamika je tako povezana z večjo pojavnostjo duševnih težav (Cummings & Davies, 2002).

Še posebej bremenilne izkušnje v otroštvu (kot so telesna in čustvena zloraba, zanemarjanje, nasilje v družini) lahko imajo trajne in globoke učinke na duševno zdravje, ki se pogosto pokažejo šele v odraslosti (Felitti idr., 1998; Norman idr., 2012; Schilling idr., 2007). Pomemben vir psihološkega stresa predstavljajo tudi negativne izkušnje v vrstniških odnosih, zlasti medvrstniško nasilje. Raziskave kažejo, da lahko žrtve, storilci in tudi opazovalci vrstniškega nasilja razvijejo različne oblike duševnih stisk, kot so depresivnost, anksioznost in samomorilne misli (Ttofi idr., 2015; Wolke & Lereya, 2015).

Rezilientnost mladih se oblikuje v prepletu notranjih kapacitet in zunanjih pogojev. Ob osebnih dejavnikih, kot so čustvena regulacija in občutek samoučinkovitosti, raziskave vse bolj izpostavljajo pomen dostopnih in razvojno občutljivih podpornih sistemov, ki mladim omogočajo črpanje virov v trenutkih stiske. K temu sodijo varna šolska okolja, razpoložljive svetovalne storitve, vključujoče mladinske organizacije in družinsko okolje, ki spodbuja odprto komunikacijo in čustveno varnost (Luthar, 2006; Ungar, 2011). Pomembno vlogo pa igrajo tudi neformalni skupnostni viri, kot so podporni vrstniški odnosi, odnosi s pomembnimi odraslimi zunaj družine (npr. mentorji, trenerji, prostovoljci), prostori zaupanja v lokalnem okolju (npr. mladinski centri, društva, kulturni klubi) ter možnosti za izražanje, ustvarjalnost in sodelovanje, kjer se mladi lahko doživljajo kot kompetentni in sprejeti. Ti viri krepijo občutek pripadnosti, zmanjšujejo socialno izolacijo in mladim omogočajo razvoj pozitivne identitete tudi v zahtevnih okoliščinah.

Pomembnost dostopnosti in kakovosti podpore

Kakovostni odnosi z odraslimi, ki nudijo podporo in stabilnost, se kažejo kot ključni dejavnik zaščite pred dolgotrajnimi posledicami stisk. Hkrati pa morajo biti obstoječe oblike pomoči ne le prisotne, temveč dejansko dostopne, brez stigme in prilagojene raznolikim življenjskim okoliščinam mladih – vključno z njihovo kulturno, ekonomsko in geografsko raznolikostjo. Kot poudarja Ungar (2011), je odpornost rezultat interakcije med posameznikom in okoljem, ki naj bi mu omogočilo ustrezne, smiselne in kulturno sprejemljive vire, da se lahko prilagodi in okreva.

V tem kontekstu je dostopnost raznovrstne pomoči osrednjega pomena – ne le v smislu fizične dosegljivosti storitev, temveč tudi njihove razvojne ustreznosti, prilagodljivosti in odzivnosti na potrebe mladih. To zahteva več vlaganja v preventivne oblike podpore, ki mladim omogočajo iskanje pomoči, preden se težave poglobijo. Obenem je ključno zmanjševati stigo in občutek neuspeha, ki pogosto spremljata iskanje pomoči, ter razvijati zaupanje v strokovnjake, ki temeljijo na spoštljivem, odprtem odnosu.

V tem kontekstu je dostopnost raznovrstne psihosocialne pomoči za mlade ključnega pomena – ne le v smislu fizične dosegljivosti storitev, temveč tudi njihove razvojne ustreznosti, kulturne prilagojenosti in odzivnosti na dejanske potrebe mladih. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2021b) opozarja, da številni mladi po svetu še vedno nimajo dostopa do pravočasne, razvojno primerne in celostne pomoči, kar pomeni, da njihove stiske pogosto ostajajo nezaznane ali neobravnavane. Situacija je še posebej kritična v družbah, ki prehajajo iz tradicionalnih v moderne oblike družbene organizacije – kar velja tudi

za Slovenijo, kjer se individualizacija družbenih vezi (še) ni ustrezno nadgradila z razvejanimi sistemi institucionalne opore.

Dostop do pomoči v Sloveniji tako ostaja problematičen zaradi treh medsebojno povezanih izzivov:

(1) Strukturne ovire, kot so dolgotrajne čakalne vrste, pomanjkanje programov na primarni ravni in nedostopnost psihoterapije, ki je večinoma samoplačniška – kar močno prizadene mlade iz socialno manj ugodnih okolij.

(2) Odsotnost razvojno občutljive preventive, ki bi omogočala zgodnje prepoznavanje stisk in podporo, preden pride do poglobljanja težav ali poenostavljene patologizacije vsakdanjih težav.

(3) Stigma in občutek osebnega neuspeha, ki sta še vedno močno prisotna in mlade pogosto odvrata od iskanja pomoči. Prav prisotnost stigme kaže, da kot družba še vedno vztrajamo v paradigmi, kjer iskanje podpore razumemo kot znak šibkosti, ne kot znak skrbi zase.

Zato je nujno vlagati v razvoj preventivnih, razvojno ustreznih in nepatologizirajočih oblik podpore, ki mladim omogočajo iskanje pomoči na način, ki ohranja njihovo dostojanstvo, občutek avtonomije in agencije.

Po drugi strani pa imamo v slovenskih šolah in vrtcih formalno vzpostavljen sistem svetovalnih služb, na katere se otroci in mladostniki lahko obrnejo tudi v primeru osebnih stisk in duševnih težav. V teh službah delujejo različni strokovnjaki (psihologi, specialni in socialni pedagogi, pedagogi, socialni delavci in inkluzivni pedagogi), ki naj bi s svojim razvojno-preventivnim in svetovalnim delom prispevali k ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja otrok ter podpirali učitelje in starše. V primerih kompleksnejših težav se svetovalne službe povezujejo z zunanjimi institucijami, kot so centri za duševno zdravje, CSD-ji ali nevladne organizacije.

Vendar pa ostaja ključno vprašanje: ali ta sistem v praksi res deluje tako, kot je bil zamišljen? Izkušnje strokovnjakov na terenu ter pričevanja mladih nakazujejo, da pogosto ne. Čeprav je šolska svetovalna služba formalno vpet del sistema podpore, se v praksi sooča z vrsto omejitev, ki zmanjšujejo njeno učinkovitost in dostopnost. Razlogi za to so večplastni:

- birokratizacija svetovalnega dela, kjer pomemben delež časa odžirajo administrativne naloge namesto neposrednega dela z učenci,
- preobremenjenost svetovalnih delavcev, ki pokrivajo preveliko število otrok in imajo posledično omejene možnosti za kontinuirano, poglobljeno obravnavo,
- prekrivanje kompetenc med različnimi strokovnimi profili (npr. psiholog, specialni pedagog, socialni pedagog), kar lahko vodi v nejasno delitev nalog in manjšo strokovno usmerjenost,
- časovna in prostorska omejenost, ki otežuje zaupne, varne in sproščene oblike stika z mladimi,
- kultura molka in nezaupanja v šolskem okolju, ki pogosto ne spodbuja odprtega izražanja čustvene stiske ali iskanja pomoči.

Poleg tega pa svetovalne službe pogosto nimajo sistematične refleksije lastnega delovanja ali podpore za supervizijo, kar zmanjšuje kakovost in trajnostno učinkovitost njihovega dela. Tako se zdi, da kljub formalni prisotnosti sistema, njegova dejanska dostopnost, razvojna ustreznost in zaznana varnost s strani mladih ostajajo vprašljivi.

Potreba po celovitem razumevanju in odzivu

Čim bolj celovit pristop k duševnemu zdravju mladih zahteva razumevanje, kako se dejavniki tveganja in zaščite prepletajo skozi različna življenjska obdobja ter vplivajo na posameznikovo sposobnost soočanja

s sodobnimi izzivi. Duševno zdravje mladih nastaja na presečišču osebnih izkušenj, družinskih odnosov, šolskih in zaposlitvenih pritiskov ter širšega družbenega okolja. V zadnjih letih so ti procesi dodatno zaznamovani z izkušnjami globalnih negotovosti (kot so podnebne spremembe, vojni konflikti, pandemije in gospodarske krize), ki lahko pri nekaterih mladih sprožajo občutke zaskrbljenosti, negotovosti ali izgube nadzora nad prihodnostjo. Čeprav so odzivi nanje med mladimi raznoliki in pogosto posredni, predstavljajo pomemben kontekst, ki oblikuje njihove življenjske perspektive, občutek varnosti in psihosocialno blagostanje.

V raziskavi zato zajemamo širok nabor dejavnikov, povezanih z duševnim zdravjem mladih. Proučujemo adolescente in mlade odrasle – starostno skupino, ki je zaradi razvojnih značilnosti še posebej občutljiva za pojav duševnih stisk (Kessler idr., 2005; Sawyer idr., 2018). Naš cilj je prispevati k poglobljenemu razumevanju duševnega zdravja mladih in k ustvarjanju podatkovno podprtih temeljev za učinkovite podporne ukrepe, preventivne strategije ter razvoj mladim prilagojenih javnih politik.

Prevalenca duševnih težav mladih v Sloveniji

V Sloveniji je bilo izvedenih nekaj raziskav, ki ponujajo vpogled v stanje duševnega zdravja mladih. Obstoječi podatki kažejo na nekatere zaskrbljujoče trende, ki so se v kontekstu globalnih kriz, kot je pandemija, še dodatno poglobili. V tem kontekstu je ključnega pomena nadaljnje raziskovanje, in razvoj celostnih, mladim prilagojenih pristopov, ki bodo resnično naslavljali njihove specifične potrebe.

Med najboljše vire podatkov o duševnem zdravju mladih v Sloveniji sodi mednarodna raziskava *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC)*, ki jo pri nas izvaja Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Zajema reprezentativne vzorce učencev in dijakov, starih 11, 13 in 15 let, v letih 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 in 2020, zadnje tri pa so vključile tudi 17-letnike (Jeriček Klanšček idr., 2007; 2011; 2015; 2019; 2021; 2024; Stergar idr., 2006).

Izpostaviti velja socialno-ekonomske neenakosti v duševnem zdravju: mladostniki iz finančno razmeroma varnejših družin z močno podporno mrežo poročajo o večjem zadovoljstvu z življenjem, pa tudi pomemben razkorak med mladimi, ki doživljajo simptome duševnih težav, in tistimi, ki (po)iščejo ustrezno pomoč (Jeriček Klanšček idr., 2019).

Del podatkov raziskave HBSC iz leta 2014 je, skupaj z drugimi viri, predstavljen tudi v temeljni publikaciji *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji* (Jeriček Klanšček idr., 2018b). Po ocenah iz te publikacije večina slovenskih otrok in mladostnikov (med 60 in 80 %) kaže znake duševnega zdravja in poroča o zadovoljstvu z življenjem. Vendar pa avtorji opozarjajo, da zadovoljstvo z življenjem še ne pomeni nujno visoke ravni pozitivnega duševnega zdravja. Podatki o tem segmentu psihološkega blagostanja so v Sloveniji zelo omejeni, zato publikacija posebej izpostavlja potrebo po vključitvi meril za oceno pozitivnega duševnega zdravja v prihodnje raziskave.

Poleg tega analiza podatkov o zunajbolnišničnih obravnavah med letoma 2008 in 2015 (pred pandemijo) kaže izrazit porast števila prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj: na primarni zdravstveni ravni se je število povečalo za 26 %, na sekundarni pa kar za 70 %. Najpogostejši razlogi za obravnavo med mladostniki, starimi 15–19 let, so bili odzivi na hud stres in prilagoditvene motnje, anksiozne motnje, depresivne epizode ter motnje hranjenja. V istem obdobju se je v tej starostni skupini za 73 % povečala tudi uporaba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj

(Jeriček Klanšček idr., 2018b). Te podatke je pomembno interpretirati v luči širših sprememb v zdravstvenem sistemu, zlasti izrazitega povečanja števila pedopsihiatrov – v zadnjem desetletju se je njihovo število povečalo za 150 % (z 20 na 50), v prihodnjih petih letih pa se predvideva skoraj 500 % povečanje glede na izhodiščno stanje (na več kot 100) (Maja Drobnič Radobuljac, pisni komentar).

Kljub navideznemu napredku pa se ob tem porajajo vprašanja o temeljni usmeritvi sistema. Povečanje kapacitet na sekundarni ravni ne pomeni nujno izboljšanja kakovosti obravnave ali večje dostopnosti celostne podpore, temveč pogosto prinaša krepitev diagnostike in farmakološkega zdravljenja, pri čemer manjka razvojno občutljiv, preventivno naravnani in relacijsko utemeljen pristop. Povečana uporaba psihiatričnih storitev in zdravil (Jeriček Klanšček idr., 2018b) odraža širši premik k individualizaciji in medicinizaciji psihosocialnih stisk, pogosto brez hkratne naslombe na psihosocialne, skupnostne in sistemske vire pomoči. Namesto da bi bila prva linija odziva okrepljena z razpoložljivimi, razvojno ustreznimi in vključujočimi oblikami podpore v šolah, skupnostih in mladinskih programih, sistem še naprej teži k hitremu napotovanju v specializirane storitve, kjer mladi pogosto prejmejo diagnozo in farmakološko intervencijo, ne da bi bile njihove stiske obravnavane v širšem kontekstu odnosov, življenjskih okoliščin in družbenih dejavnikov. Tak pristop ne zmanjšuje bremen mladih – pogosto jih celo utruje.

Študija *Mladina 2020* (Lavrič idr., 2021) razkriva dodatne pomembne trende med mladimi, starimi 15–29 let. Duševno zdravje je označeno kot največja problematika slovenske mladine. Ugotovili so, da se je osamljenost med mladimi od leta 2010 potrojila, doživljanje stresa več dni v tednu podvojilo, upadlo pa je splošno zadovoljstvo mladih z življenjem. Raziskava je bila izvedena v začetni fazi pandemije, kar poudarja potrebo po nadaljnjem spremljanju dolgoročnih učinkov kriznih razmer.

V Sloveniji imamo na voljo tudi nekaj kvalitativnih vpogledov v subjektivno doživljanje duševnega zdravja med mladostniki. Jeriček in sodelavci (2016) so izvedli šest fokusnih skupin z mladostniki med 15. in 17. letom, v kateri so raziskovali predstave mladostnikov o duševnem zdravju. Njihova analiza je pokazala, da številni mladi poročajo o strategijah za sprostiranje s svojimi težavami in so pripravljeni o njih spregovoriti, pri čemer se ne bojijo stigmatizacije med vrstniki. Mladi med seboj pogosto razpravljajo o temah, povezanih z duševnim zdravjem, kar kaže na njihovo zavedanje in zanimanje za to področje. Poleg tega večina mladostnikov pozna strokovne vire pomoči, čeprav niso vsi pripravljeni deliti svojih težav s tujci ali strokovnjaki. Tisti, ki so že izkusili tovrstno pomoč, so večinoma poročali o pozitivnih izkušnjah. Kaže se tudi, da se mladi že v zgodaj srečujejo s stresom, značilnim za sodobno družbo. Stresorji, težave in stiske izhajajo iz visokih pričakovanj, tako lastnih kot tudi tistih, ki jih postavljajo starši in družba. Med najpogostejšimi viri stresa so obremenitve in zahteve v šoli, negativna samopodoba, telesne spremembe med odraščanjem, težave v prijateljskih odnosih, družinske težave, izguba bližnjih, selitve, finančne težave in občutek nesprejetosti s strani vrstnikov.

Uporaba duševnozdravstvenih storitev med mladimi

Mednarodne raziskave dosledno kažejo, da mladi pogosto ne izkoriščajo razpoložljivih duševnozdravstvenih storitev v tolikšni meri, kot bi to narekovala njihova dejanska potreba (Merikangas idr., 2010). Kljub visoki prevalenci duševnih stisk v adolescenci in zgodnji odraslosti mnogi mladi ostajajo brez ustrezne strokovne podpore. To lahko deloma pojasnimo z dejavniki, kot so stigma, pomanjkanje informacij o storitvah, slaba ozaveščenost o tem, kako dostopati do pomoči, ter nezaupanje v institucionalne vire (Rickwood idr., 2007). Prav tako pomembno vlogo igrajo sistemske ovire, vključno z

dolgimi čakalnimi dobami, pomanjkanjem kadrov in finančno nedostopnostjo nekaterih oblik pomoči, zlasti psihoterapije.

Slovenska študija *Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav* (Dekleva idr., 2021) osvetljuje konkretne izkušnje mladih z iskanjem pomoči. Študija, ki je temeljila na intervjujih s 143 mladimi, ki so že iskali podporo, razkriva, da mladi pomoč najpogosteje iščejo v trenutkih visoke stiske, pogosto z zamudo, kar zmanjšuje učinkovitost intervencij. Analiza posebej poudari pomen zgodnjih intervencij in vlogo institucionalnih okolij, predvsem šol in mladinskih organizacij, pri prepoznavanju stisk in usmerjanju mladih k pomoči.

Zamujeno iskanje pomoči v trenutkih visoke stiske, kot ga opisuje študija Dekleve in sodelavcev (2021), ni presenetljivo – gre za splošno značilnost številnih duševnih motenj, zlasti v adolescenci in zgodnji odraslosti. Mnogi mladi svojih težav sprva sploh ne prepoznajo kot duševne stiske, temveč jih doživljajo kot osebne pomanjkljivosti, prehodne faze ali posledice zunanjih okoliščin. Duševne motnje pogosto zameglijo posameznikov vpogled v lastno stanje, kar še dodatno oteži odločitev za iskanje pomoči. Ob tem pa pomembno vlogo igrajo tudi sram, strah pred stigmo, pomanjkanje informacij in nezaupanje v sistem, ki mlade odvrta od zgodnjega naslavljanja težav. Prav zato je ključno, da institucionalna okolja (kot so šole, mladinski centri in druge vstopne točke) prevzamejo proaktivno vlogo pri prepoznavanju znakov stiske in usmerjanju mladih k ustrezni podpori.

Dekleva in Tadić (2019) dodatno opozarjata, da se izkušnje mladih pri iskanju pomoči močno razlikujejo: čeprav so nekatere pozitivne in krepijo zaupanje v sistem, so negativne izkušnje nekoliko pogostejše. Mladostniki pogosto poročajo o občutku nerazumljenosti, pomanjkanju časa ali pristnega stika s strokovnjaki, togih ali standardiziranih postopkih ter občutku, da njihovi zapleteni socialni ali čustveni konteksti niso ustrezno upoštevani. V tem okviru izstopa kakovost odnosa med strokovnjakom in mladim uporabnikom kot ključni dejavnik zadovoljstva s prejeta pomočjo – odnos, ki mora temeljiti na zaupanju, varnosti in odprtem dialogu.

Avtorja pozivata k širjenju obstoječega sistema duševnozdravstvene podpore – tako kvantitativno, z več kadra in krajšimi čakalnimi vrstami, kot kvalitativno, z večjo občutljivostjo za raznolikost potreb mladih (Dekleva & Tadić, 2019). Ob tem je potrebno tudi sistematično odpravljanje stigme, povezane z iskanjem psihološke pomoči, ter krepitev družbenega razumevanja, da so duševne stiske normalen del razvojnega procesa, ki jih je mogoče ob ustrezni podpori uspešno obvladati.

Naša študija k temu prispeva s kvantitativno analizo uporabe duševnozdravstvenih storitev med mladimi v Sloveniji ter z iskanjem povezav med uporabo teh in različnimi vidiki njihovega duševnega zdravja, vključno s psihološkim blagostanjem, duševnimi težavami, izkušnjami iz otroštva. Tak pristop omogoča širše razumevanje, kateri dejavniki spodbujajo ali zavirajo iskanje pomoči, ter potencialno lahko prispeva k oblikovanju bolj dostopnega, odzivnega in mladim prilagojenega sistema podpore.

Vpliv pandemije COVID-19 na duševno zdravje mladih

Ob prijavi raziskovalnega projekta spomladi 2023 je bil vpliv pandemije COVID-19 še vedno osrednja skrb pri obravnavi duševnega zdravja mladih, saj so številni domači in mednarodni podatki kazali na izrazit porast psihosocialnih stisk v času krize. Čeprav je pandemija kot akutna zdravstvena grožnja medtem skorajda že izzvenela, njeni učinki na mladostniško duševno zdravje ostajajo pomembni – predvsem kot

del širšega in kumulativnega bremena sodobnih kriz, ki vključujejo tudi podnebno anksioznost, vojno negotovost in socialno-ekonomske pritiske (Twenge, 2023; WHO, 2023).

Za generacijo mladih med 16. in 24. letom je pandemija predstavljala globoko formativno izkušnjo, ki jih je zaznamovala v posebej občutljivem obdobju psihosocialnega razvoja. V mednarodnih študijah so bili v tem času zabeleženi izraziti porasti simptomov stresa, depresije, anksioznosti in osamljenosti (Meherali idr., 2021; Nearchou idr., 2020; Panchal idr., 2021; Racine idr., 2021; Samji idr., 2022). Ključni dejavniki tveganja so obsegali nenadne spremembe življenjskih rutin, prehod na spletno izobraževanje, omejen dostop do običajnih dejavnosti, podaljšano socialno izolacijo ter finančno negotovost družin (Chadi idr., 2022; Loades idr., 2020).

Mlade ženske so bile v tem obdobju posebej ranljive. Študije dosledno kažejo, da so v primerjavi z mladimi moškimi pogosteje poročale o stresu, skrbeh, občutkih osamljenosti ter višjem psihološkem bremenu – zlasti na področjih duševnega zdravja, šolskih obremenitev in socialnih odnosov (OECD, 2022; WHO, 2023). Čeprav se pogosto poudarja, da se (mlade) ženske zrelo in odgovorno odzivajo na zahteve okolja, to ne pomeni, da so manj ranljive za posledice dolgotrajnega stresa. Ravno obratno – višja čustvena občutljivost, večja notranja pričakovanja in zmožnost refleksije pogosto vodijo v večjo izpostavljenost anksioznosti, občutkom nesposobnosti in negotovosti, zlasti v prehodih v odraslost (Twenge, 2023).

Ob tem so številni mladi doživeli prekinitve ključnih razvojnih mejnikov, kot so zaključki šolanja, selitev od doma ali vstop na trg dela, kar je pogosto vodilo v občutke stagnacije, izgube smisla in negotovosti glede prihodnosti. Vzporedno so zdravstvene ustanove poročale o porastu nujnih obravnav in hospitalizacij zaradi duševnih težav pri mladih, še posebej pri tistih z že obstoječimi duševnimi motnjami ali bremenilnimi izkušnjami iz otroštva (Chadi idr., 2022; Guessoum idr., 2020; Kauhanen idr., 2022).

Digitalne tehnologije so v tem obdobju igrale dvojno vlogo – mladi so preko spleta ohranjali stike, nadaljevali izobraževanje in pridobivali informacije, kar je v določenem delu ublažilo negativne posledice izolacije. Obenem pa se je povečalo tveganje za zasvojenost z zasloni, pasiven življenjski slog in porast duševne izčrpanosti, povezane z digitalno preobremenjenostjo. Kljub temu pa predstavlja pridobitev digitalnih kompetenc pomemben kapital, ki ga velja ohraniti in nadgraditi v prihodnosti (Twenge, 2023; OECD, 2022).

Eden najmočnejših udarcev pandemije je prizadel šolski prostor, ki ni zgolj izobraževalna institucija, temveč tudi ključen prostor vsakodnevne socializacije, ritma, identitetne potrditve in psihološke stabilnosti za mlade. Nenadna odsotnost šole je mnogim povzročila izgubo vsakodnevne strukture – torej predvidljivega urnika, jasnih pričakovanj in občutka kontinuitete, ki mladim omogoča občutek varnosti in orientacije. Z njo sta pogosto izginili tudi notranja motivacija ter pripadnost vrstniški skupnosti. Medtem ko so nekateri mladi v tem obdobju našli uteho v varnem družinskem okolju, je bilo za druge (zlasti tiste iz disfunkcionalnih ali nasilnih okolij) prisilno sobivanje doma vir dodatnega stresa, nemoči in občutka ujetosti (WHO, 2023).

Tudi obstoječi slovenski podatki potrjujejo te trende. V raziskavi HBSC (Jeriček Klanšček idr., 2021), izvedeni v začetni fazi pandemije, je približno 20 % slovenskih mladostnikov poročalo o znakih depresije, 10 % pa o klinično pomembnih težavah, vključno s samomorilnimi mislimi. Najvišje breme je bilo zaznано med starejšimi mladostniki, dekleti in mladimi iz socialno-ekonomske manj ugodnih okolij. Podobno kažejo tudi podatki Pediatrične klinike v Ljubljani, kjer so v letu 2021 zabeležili 250–280 % več psihiatričnih obravnav otrok in mladostnikov v primerjavi z letom 2019 (RTV Slovenija, 2022).

Poglobljen vpogled v subjektivno doživljanje drugega vala pandemije ponuja tudi raziskava Šraj in sodelavk (2021) med študentsko populacijo (glej tudi Kuhar in Hlebec, 2022). Ugotovili so visoke ravni stresa, tesnobe in občutkov izolacije. Posebej izrazita je bila skrb glede negotove (finančne) prihodnosti, še zlasti med študenti, ki so poleg študija tudi delali. Ranljivejši so bili tisti s preteklimi izkušnjami duševnih težav, vendar so tudi študenti brez takšne zgodovine poročali o pogostejših simptomih depresije, anksioznosti, notranje praznine in nemoči.

Podatki raziskave HBSC (Jeriček Klanšček idr., 2024) kažejo, da so mladostniki kot najbolj negativno posledico pandemičnih ukrepov doživljali vpliv na duševno zdravje (30,6 %), pri čemer je bil delež deklet (41,3 %) izrazito višji kot pri fantih (20,3 %). Udeleženci so poročali tudi o negativnih učinkih na telesno dejavnost, šolski uspeh, pričakovanja glede prihodnosti ter prijateljske odnose, pri čemer so bili starejši mladostniki praviloma bolj prizadeti. Kljub temu pa je več kot polovica mladih zaznala tudi nekatere pozitivne vidike pandemičnega obdobja – predvsem izboljšanje odnosov znotraj družine in s tesnimi prijatelji. Ti rezultati nakazujejo, da pandemija za mlade ni bila enoznačna izkušnja, temveč da je kompleksna prepletenost obremenjujočih in varovalnih dejavnikov pomembno zaznamovala njihovo telesno, psihosocialno in vedenjsko realnost.

Retrospektivna analiza podatkov z edine 24-urne urgentne pedopsihiatrične službe v Sloveniji (Kirič idr., 2024) pa je pokazala statistično značilno povečanje števila otrok in mladostnikov z izraženo suicidalno ideacijo ter tistih, ki so poskušali samomor v primerjavi s predpandemičnim obdobjem. Čeprav število nujnih obravnav v mesecih šolskih zaptij ni bilo bistveno višje, je bilo povečanje suicidalnosti opazno v drugem letu pandemije, kar avtorji interpretirajo kot kumulativne in zakasnele učinke dolgotrajnega obdobja negotovosti, socialne izolacije in porušeni rutine. Pri čemer pa povečanje števila obravnav in poskusov samomora ne odraža nujno povečane "duševne patologije", temveč predvsem izostanek sistemskih, varnih in razvojno primernih prostorov, kjer bi mladi lahko pravočasno izrazili stisko in bili slišani. Pomanjkanje dostopnih psihosocialnih oblik pomoči – zlasti v skupnosti, šolah in neformalnih okoljih – vodi do tega, da so akutne krize pogosto edina točka, kjer mlad človek dobi pozornost sistema. Psihiatrična obravnava pa v takšnih primerih pogosto ponudi zgolj diagnozo in simptomatsko intervencijo, pri čemer širši kontekst, odnosi in družbene razmere niso obravnavani. Če želimo razumeti porast samomorilnosti v času pandemije, moramo preseči zgolj medicinski pogled in se vprašati, kaj vse v okolju mladih – šoli, družini, medijih, digitalnem prostoru, družbeni klimi – je manjkalo, da se je njihova stiska razvila do točke krize. Reševanje teh vprašanj ne sme potekati le znotraj zidov bolnišnic, temveč mora vključevati celotno družbo.

Čeprav se je akutna faza pandemije COVID-19 formalno zaključila, so njeni dolgoročni učinki na duševno zdravje mladih še naprej prisotni ter ostajajo predmet raziskav in strokovnih razprav. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2023) in avtorji, kot je Twenge (2023), opozarjajo, da pandemija ni zgolj 'mimoidoča' epizoda, temveč prelomno obdobje, ki je pustilo globoke in raznolike posledice za celotno generacijo. Med temi so izpostavljeni dolgoročna duševna ranljivost (tj. večja verjetnost za razvoj anksioznih in depresivnih motenj, težav s samopodobo, disociativnega vedenja in samopoškodovanja), pa tudi učne vrzeli, motnje v razvoju socialnih veščin ter zakasnen prehod v samostojno odraslost, vključno z vstopom na trg dela. Ti učinki so še posebej izraziti pri mladih iz socialno, zdravstveno ali psihološko bolj ranljivih okolij.

V okviru naše študije, katere podatki so bili zbrani jeseni 2024, pandemijo obravnavamo retrospektivno kot družbeni stresor, ki domnevno še danes sooblikuje občutke ne/varnosti, rezilientnost in duševno blagostanje mladih. Izhajamo iz predpostavke, da so dolgotrajni učinki kriznih obdobj (kot je bila

pandemija) lahko prepleteni z drugimi sodobnimi družbenimi in sistemskimi stresorji (npr. podnebna kriza, potencialna nevarnost vojn, socialni pritiski) ter skupaj vplivajo na razvojno pot mladih. Z analizo teh izkušenj želimo prispevati k celovitejšemu razumevanju, kako takšni preobrati vplivajo na psihosocialno prilagajanje mladih ter oblikovati temelje za bolj občutljive in prožne odzive podpornih sistemov v prihodnosti.

Mladost v času prepletajočih se kriz: od pandemije do metakrize

Kot že izpostavljeno, mladi danes odraščajo v času prepletajočih se globalnih kriz. Ta pojav je v literaturi označen z izrazoma polikriza in metakriza (glej Damiani, 2024; Lawrence idr., 2024). Gre za stanje, v katerem se medsebojno prekrivajo in krepijo različne sistemske motnje – podnebna, zdravstvena, gospodarska, politična in informacijska kriza – pri čemer tehnološki razvoj ne predstavlja ločene "podkrize", temveč deluje kot pospeševalec in ojačevalec že obstoječih napetosti (npr. s širjenjem dezinformacij, avtomatizacijo trga dela ali digitalno izključenostjo).

Pojem polikrize opisuje zapleteno soodvisnost različnih kriznih procesov, ki se ne le nalagajo, temveč tudi medsebojno vplivajo in krepijo. Metakriza pa presega analizo konkretnih kriznih področij in označuje širši, vseprisoten občutek izgube nadzora in prihodnostne varnosti – stanje, v katerem posameznik ne doživlja več ločenih kriz, temveč trajajočo, vsesplošno krizo smisla in orientacije v svetu.

Slovenske raziskave (Ule idr., 2008; Lavrič idr., 2021) že več kot dve desetletji opozarjajo, da so mladi vse bolj izpostavljeni oblikam družbene negotovosti – od fleksibilizacije zaposlovanja do razkroja tradicionalnih podpornih sistemov. Ti procesi mladim pogosto onemogočajo predvidljivo in varno prehajanje med šolo, delom in samostojnim življenjem (Kuhar & Reiter, 2012). V aktualnem kontekstu pa mladost postaja še bolj razpršena in nepredvidljiva: mladi ne oblikujejo identitete v stabilnem okolju, temveč v pogojih nenehnih globalnih motenj, ki pomembno oblikujejo njihovo doživljanje sebe, prihodnosti in sveta (prim. Beck, 1992; Twenge, 2023).

Svet, v katerem odraščajo mladi, je zaznamovan s politično in varnostno nestabilnostjo. Vojni konflikti (npr. Ukrajina, Gaza), krhkost demokratičnih institucij ter porast politične polarizacije sprožajo kolektivne občutke zaskrbljenosti in tesnobe, ki se pri mladih lahko izražajo kot umik, izguba zaupanja ali intenzivna potreba po angažmaju – slednje pa lahko vodi tudi v občutke čustvene izčrpanosti.

Posebej izrazita je pri številnih mladih podnebna anksioznost, ki se pojavlja kot odziv na zaostrujoče se okoljske krize in doživljanje sistemske neodzivnosti. Občutek ekološke odgovornosti, ki ni podprt z dejanskimi možnostmi vplivanja, pogosto sproža strah, izgubo upanja in globoko frustracijo (Clayton idr., 2020; Hickman idr., 2021). V nekaterih primerih se ti občutki razvijejo v dolgotrajne simptome anksioznosti, depresivnosti ali apatije, pomembno pa vplivajo tudi na doživljanje prihodnosti in občutek osebne učinkovitosti.

Pandemija COVID-19 je navedene trende še pospešila. Delovala je kot ojačevalec že prisotne ranljivosti, s čimer je utrdila občutek, da ne gre za posamezne krize, ampak za trajno stanje negotovosti, v katerem se mladi nahajajo brez jasnega izhoda.

Vse več mladih tako svet doživlja kot nepregleden, neobvladljiv in čustveno naporen. Negotovost tako ni več izjema, temveč postaja osrednja psihosocialna okoliščina, ki pomembno vpliva na njihove odločitve,

duševno zdravje in občutek prihodnosti. Predlagana študija zato preučuje tudi, kako mladi doživljajo sistemske in širše družbene stresorje, ter analizira, kako se povezujejo s psihološkim blagostanjem ter ostalimi vidiki duševnega zdravja.

Politični in institucionalni odzivi na krizo duševnega zdravja mladih

V zadnjih letih se je duševno zdravje mladih uveljavilo kot eno osrednjih področij javnozdravstvene, socialne in izobraževalne politike v Evropi. Povečevanje števila mladih, ki se soočajo z duševnimi stiskami, osamljenostjo in občutki nemoči, je spodbudilo nastanek več strateških dokumentov, programov in pobud na ravni Evropske unije ter Sveta Evrope. Ti politični odzivi nedvomno predstavljajo pomemben premik k prepoznavanju duševnega zdravja kot sistemskega vprašanja, ki presega zgolj individualno patologizacijo stisk.

Vendar pa ta razvoj ni brez napetosti. Po eni strani politika odpira prostor za sistemske rešitve, po drugi pa ostaja vpletena v generiranje strukturnih pogojev, ki krepijo psihosocialno ranljivost mladih – kot so pritiski k nenehni produktivnosti, fleksibilizacija zaposlitve, individualizacija odgovornosti in tekmovalna logika izobraževalnega sistema. S tem se postavlja vprašanje, ali lahko politika, ki je sooblikovala pogoje za nastanek sodobnih stisk, hkrati učinkovito naslavlja njihove posledice.

Kljub deklarativnemu napredku številni izzivi ostajajo: razpršenost storitev, neenak dostop do podpore, preobremenjenost strokovnih delavcev in pomanjkanje dejanskega vključevanja mladih v oblikovanje politik in rešitev (EU–CoE Youth Partnership, 2025). Brez naslavljanja teh strukturnih protislovij obstaja tveganje, da bo skrb za duševno zdravje ostala zgolj površinska in neučinkovita.

Junija 2023 je Evropska komisija predstavila celovit pristop k duševnemu zdravju, ki temelji na načelu *mental health in all policies* (European Commission, 2023). To pomeni vključevanje skrbi za duševno zdravje v vse ključne družbene podsisteme in politike, od izobraževanja do zaposlovanja, socialnega varstva in stanovanjske politike. Pristop zajema 20 konkretnih pobud, podprtih s sredstvi v višini 1,23 milijarde evrov, in označuje zgodovinski mejnik v prizadevanjih za prepoznavanje duševnega zdravja kot temeljnega družbenega vprašanja in ne zgolj domene zdravstvenih sistemov.

Resolucija Evropskega parlamenta in sklepi Sveta Evropske unije iz novembra in decembra 2023 nadgrajujejo ta okvir z jasnimi zavezami državam članicam (Council of the European Union, 2023a, 2023b; European Parliament, 2023). Med ključnimi usmeritvami izstopa poziv k »integraciji duševnega zdravja v vse politike« – kar pomeni, da naj sektorji, kot so izobraževanje, stanovanjska preskrba, socialna zaščita in trg dela, pri oblikovanju svojih ukrepov upoštevajo njihov vpliv na psihološko blagostanje prebivalcev. Gre za premik k celostnemu razumevanju duševnega zdravja kot presečnega in sistemskega vprašanja, ki ga ni mogoče obravnavati ločeno od širših družbenih pogojev.

Med ostalimi priporočili velja izpostaviti še razvoj dostopnih, skupnostno umeščenih storitev, ki nadomeščajo tradicionalno hospitalno in institucionalno obravnavo. Takšen premik poudarja pomen deinstitucionalizacije, krepitve primarne ravni podpore ter večje vloge lokalnih skupnosti pri zagotavljanju psihosocialne pomoči.

Poleg tega dokumenti poudarjajo:

- razvoj dostopnih, skupnostno umeščenih storitev, ki nadomeščajo tradicionalno hospitalno in institucionalno obravnavo,
- aktivno destigmatizacijo duševnih stisk in izboljšanje dostopa do psihosocialne pomoči,
- vključevanje mladih, staršev in oseb z izkušnjo duševne stiske v oblikovanje, izvajanje in evalvacijo politik ter storitev,
- preprečevanje vrzeli med otroško in odraslo psihiatrično obravnavo, ki pogosto vodi v prekinitev kontinuitete pomoči,
- ter krepitev znanstvenih raziskav, čezmejne izmenjave podatkov in primerov dobrih praks.

Ti ukrepi pomenijo prehod od deklarativnih k operativnim pristopom, vendar ostaja ključno vprašanje, ali bodo države članice zmožne ta načela uresničiti na način, ki presega deklarativno raven in odgovori na realne potrebe mladih v vsakdanjem življenju.

Stališče Evropskega združenja otroških in adolescentnih psihiatrov (ESCAP) sledi sodobnim evropskim usmeritvam, ki duševno zdravje mladih umeščajo med prednostna področja javnih politik. V svojem dokumentu (Drobnič Radobuljac & Fegert, 2024) ESCAP poudarja, da duševno zdravje mladih ni več zgolj domena zdravstvenega sektorja, temveč mora postati odgovornost vseh javnih politik. Dokument kritično opozarja na pretekle pristope, ki so mlade obravnavali kot pasivne prejemnike storitev, namesto da bi jih prepoznali kot aktivne soustvarjalce rešitev in sistemskih sprememb. Dokument izpostavlja nujnost krepitev pravic otrok in mladostnikov, razvoja razvojno primernih in nepatologizirajočih oblik pomoči, trajnostnega financiranja skupnostnih storitev ter zagotavljanja varnega, reguliranega digitalnega prostora. Posebej opozarja na nevarnost, da bi se področje duševnega zdravja mladih podredilo komercialnim interesom in neetičnim digitalnim praksam, na primer s širjenjem digitalnih »mental health« vsebin in aplikacij, ki ne temeljijo na strokovni presoji, niso nadzorovane in ne upoštevajo nujno najboljšega interesa uporabnikov.

Kot pomemben temelj poznejših sistemskih premikov je že Evropska mladinska strategija (2019–2027) izrecno poudarila opolnomočenje mladih, dostop do kakovostnih in raznolikih storitev ter dvig duševnozdravstvene pismenosti. Cilji, kot so preseganje stigme, zgodnje prepoznavanje stisk ter sodelovanje med šolami, družinami in skupnostmi, so bili zasnovani kot ključni del implementacije na ravni držav članic. Strategija se je vsebinsko oprla na Evropske mladinske cilje, pri čemer cilj št. 5 (Duševno zdravje in dobrobit) izrecno poziva k zmanjšanju stigme, izboljšanju dostopnosti pomoči in večji vpetosti duševnega zdravja v vsakdanje okolje mladih. Kasnejši politični dokumenti, kot sta celostni pristop Evropske komisije k duševnemu zdravju (2023) ter resolucije Sveta in Parlamenta EU (2023), tako nadaljujejo to vizijo in jo uveljavljajo, vsaj na deklarativni ravni, kot vodilno načelo na ravni vseh javnih politik.

Vendar pa se ob tem poraja vprašanje, ali politika mladim dejansko omogoča pogoje za uresničevanje te vizije, ali pa jim hkrati nalaga odgovornost za reševanje stanj, ki izhajajo iz širših družbenih kontradikcij. Pogosta raba pojmov, kot so odpornost, angažiranost in opolnomočenje, lahko v odsotnosti strukturnih sprememb deluje kot način, kako preusmeriti odgovornost z institucij na posameznike – tudi na mlade same, ali celo na »mladinske« sisteme, ki pogosto nimajo niti pooblastil niti resursov, da bi nosili to breme.

Vizijo celostnega pristopa k duševnemu zdravju mladih nadgrajujejo novejša pobude Evropske komisije, ki konkretizirajo vlogo posameznih družbenih podsistemov pri podpori mladim. Poseben poudarek namenjajo šolskemu okolju kot ključnemu prostoru za zgodnje prepoznavanje in naslavljanje psihosocialnih stisk. Pobudi *EU Health Union* (2020) in *Pathways to School Success* (2022) izrecno

poudarjata vlogo šol kot prve linije zaznave težav, nosilk preventivnih programov in okolij, v katerih se razvija celostna podpora učencem – ob sodelovanju svetovalnih služb ter povezovanju z zdravstvenim in socialnim sektorjem (EU–CoE Youth Partnership, 2025).

Hkrati ti dokumenti izpostavljajo pomen varnega, vključujočega in spodbudnega šolskega okolja, v katerem naj bi bila poleg akademskih dosežkov v ospredju tudi dobro počutje učencev, razvoj socialno-čustvenih kompetenc ter prepoznavanje tveganj v zgodnjih fazah šolanja. Vendar pa se tu odpira pomembno vprašanje izvedljivosti. Raziskave in terenske izkušnje kažejo, da so šole pogosto same vir stisk – zaradi tekmovalnega okolja, normativnega pritiska, pomanjkanja kadrov in strukturalnih neenakosti. Zato ni presenetljivo, da se številne šole izogibajo vlogi nosilk odgovornosti za duševno zdravje, saj zanje to pomeni dodatno breme ob že obstoječih obremenitvah. Hkrati pa ostaja odprto vprašanje: kdo naj v praksi prevzame vodilno vlogo pri zagotavljanju psihosocialne podpore mladim, če ne obstaja jasno definiran, usklajen in dovolj financiran vmesnik med šolstvom, zdravstvom in socialo? Brez konkretnih pogojev za izvedbo (npr. z razbremenitvijo pedagoškega kadra, dodatnimi strokovnjaki in medsektorskim usklajevanjem), lahko skrb za duševno zdravje ostane deklarativna, odgovornost zanj pa se premešča med akterji, brez jasnega nosilca in z zelo neenakimi možnostmi za dejansko pomoč.

Program Youth Guarantee (pobuda Sveta Evrope, uvedena že leta 2013 kot odziv na visoko stopnjo brezposelnosti med mladimi v EU) je zasnovan z namenom, da bi vsi mladi do 30. leta prejeli kakovostno možnost nadaljevanja izobraževanja, usposabljanja, pripravništva ali zaposlitve v roku štirih mesecev po zaključku šolanja ali izgubi zaposlitve. V tem okviru se kot »kakovostne« načeloma razumejo možnosti, ki mladim ne zagotavljajo zgolj kratkoročnega angažmaja, temveč dejanske možnosti razvoja kompetenc, pravičnega plačila in nadaljnje integracije na trg dela. V praksi pa so številni mladi soočeni s ponavljajočimi se krogi kratkotrajnih zaposlitev, neplačanih pripravništev ali usposabljanj z nizko dodano vrednostjo, kjer odgovornost za (ne)uspeh pogosto ostaja na posamezniku.

Pobuda sicer naslavlja širši kontekst negotovosti, brezposelnosti in socialne izključenosti, ki so dobro dokumentirani dejavniki tveganja za razvoj duševnih težav – zlasti tesnobe, depresivnosti, občutka neuspeha in izgube nadzora. Študije kažejo, da ima brezposelnost v mladosti lahko dolgotrajne psihološke posledice, ki segajo v odraslost – vključno z nižjo samozavestjo, slabšim subjektivnim blagostanjem in trajno občutljivostjo na stres (Bell & Blanchflower, 2011).

Vendar je treba hkrati priznati, da je področje mladinskega zaposlovanja eno najbolj občutljivejših, zlasti ko sistemske obljube o podpori trčijo ob realnost neprizanesljivega in pogosto nepredvidljivega trga dela. V tem kontekstu ni dovolj, da se mladim ponudi katerakoli možnost – potrebne so resnične spremembe v kakovosti zaposlitvenih poti, varnosti delovnih pogojev in dostojanstvu dela, sicer obstaja tveganje, da tudi najbolj dobronamerne pobude ostanejo simbolične in neučinkovite.

Svet Evrope in EU–CoE Youth Partnership (Partnerstvo med Evropsko unijo in Svetom Evrope na področju mladine) v svojih priporočilih že dolgo in vztrajno opozarjata na potrebo po dostopnih, raznolikih, kulturno občutljivih in participativnih oblikah podpore, ki so razvojno primerne in vključujoče za marginalizirane skupine (npr. mladi iz ruralnih okolij, migrantske skupnosti, LGBTQ+) (EU–CoE Youth Partnership, 2025). Posebej opozarjata tudi na razkorak med političnimi ambicijami in stanjem na terenu ter izpostavlja problem nepovezanosti sektorjev, kadrovskih in finančnih pomanjkljivosti, ter pritiske individualizacije odgovornosti za duševno zdravje (prav tam).

V tem okviru ima mladinsko delo pomembno, a premalo prepoznano vlogo. Mladinski delavci lahko predstavljajo prvi stik za mlade v stiski, vendar niso sistematično usposobljeni za prepoznavanje in

ustrezno posredovanje v primerih duševnih težav. Ob tem se soočajo z izčrpanostjo, naraščajočimi pričakovanji in pomanjkanjem institucionalne podpore. EU–CoE Youth Partnership (2025) poudarja, da je pomembno jasno razlikovanje med področji preprečevanja, intervencije in spodbujanja psihološkega blagostanja, saj zamegljenost teh vlog lahko privede do prenosa odgovornosti za kompleksne težave na premalo usposobljene akterje.

Na podlagi celostnih analiz strokovnih teles se kot ključni poudarki prihodnjega razvoja izpostavljajo naslednje smernice (EU–CoE Youth Partnership, 2025): celostna in dolgoročna vlaganja v razvoj raznolikih in vključujočih storitev za mlade, sistematično vključevanje mladih v načrtovanje, izvajanje in evalvacijo programov, razvoj hibridnih (digitalno-fizičnih) modelov podpore, krepitev duševnozdravstvene pismenosti med mladimi, starši, učitelji in mladinskimi delavci ter izboljšana institucionalna podpora strokovnjakom, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Duševnozdravstvena pismenost zajema znanje, veščine in odnos do duševnega zdravja – vključno s prepoznavanjem znakov stiske, zmanjševanjem stigme, razumevanjem dostopnih oblik pomoči ter sposobnostjo iskanja in uporabe ustrezne podpore. Gre torej za zmožnost, da posamezniki in skupnosti prepoznajo pomen duševnega zdravja, ukrepajo ob težavah ter sprejemajo odločitve, ki krepijo psihološko dobrobit.

Le z doslednim uresničevanjem teh smernic bi bilo mogoče preseči trenutno prevladujoče kurativne, projektno omejene in pogosto fragmentirane pristope ter vzpostaviti trajnostno, sistemsko utemeljeno skrb za duševno zdravje mladih kot javno dobro – torej kot področje skupne odgovornosti, ki presega sektorje, projekte in politične mandate.

Stanje na nacionalni ravni (Slovenija)

Tudi v Sloveniji se tematika duševnega zdravja mladih v zadnjih letih vse bolj uveljavlja kot pomemben javnozdravstveni in družbenopolitični izziv. K temu je pripomoglo tako naraščajoče število mladih z duševnimi stiskami kot tudi širše evropske in globalne smernice, ki pozivajo k celostnemu in preventivnemu pristopu. Na sistemski ravni imamo že vzpostavljeno mrežo šolskih svetovalnih služb, ki predstavljajo pomemben kanal za zgodnje prepoznavanje stisk in usmerjanje mladih k nadaljnji pomoči. Ključno vlogo pri preventivi in opolnomočenju mladih odigravata tudi mladinski sektor in številne nevladne organizacije, ki z inovativnimi pristopi pogosto zapolnjujejo vrzeli, ki jih institucionalni sistem ne pokrije. Med pomembnimi preventivnimi programi velja omeniti pobude Nacionalnega inštituta za javno zdravje, kot je program *To sem jaz*, ki spodbuja čustveno pismenost, samopodobo in konstruktivno reševanje težav med mladimi.

Kljub tem pozitivnim premikom pa sistemska podpora duševnemu zdravju mladih ostaja fragmentirana, dostop do pomoči pa je pogosto omejen – še posebej za tiste, ki živijo v socialno-ekonomsko manj ugodnih okoliščinah. Duševnozdravstvene storitve za mlade, zlasti psihoterapevtske oblike pomoči, ostajajo v veliki meri samoplačniške. Pomembno je poudariti, da naj bile tudi pedopsihiatrične obravnave v svojem bistvu psihoterapevtske narave, utemeljene na metodah iz preverjenih, na dokazih utemeljenih psihoterapevtskih pristopov. Vendar pa praksa pogosto odstopa od teh načel – obravnave so zaradi sistemskih omejitev pogosto zelo časovno omejene, terapevtski odnos je težko vzpostaviti v okoliščinah, kjer primanjkuje kadrov in kjer psihoterapevtska znanja niso nujno dosledno vključena v vsakdanje delo. Ker poglobljeno psihoterapevtsko usposabljanje ni obvezni del specializacije, ga opravi le del strokovnjakov. Takšna usposobljenost običajno vključuje večletno izobraževanje v okviru ene od mednarodno priznanih psihoterapevtskih smeri, sistematičen osebni terapevtski proces ter redno delo pod supervizijo.

Ob izzivih velja omeniti tudi določene premike v dostopnosti storitev. Od leta 2019 so urgentne psihiatrične službe, financirane s strani ZZS, na voljo 24 ur dnevno, kar omogoča dostopno obravnavo tako akutnih duševnih motenj kot kriznih stanj – tudi v času, ko so druge službe, kot so centri za socialno delo, manj dosegljive. Poleg tega se v zadnjih letih postopoma krepí mreža centrov za duševno zdravje, ki omogočajo obravnavo v skupnosti. Po ocenah strokovnjakov se bo v naslednjih petih letih s širjenjem teh centrov znatno skrajšal tudi čas čakanja na obravnavo (komentar Maje Radobuljac). Kljub temu ostaja osrednji pristop v veliki meri medicinsko usmerjen, z omejenim časom za poglobljeno obravnavo in prevladujočo uporabo farmakoloških intervencij. Psihološki, razvojni in socialni vidiki stisk pogosto ostajajo v ozadju, kar povečuje tveganje za psihiatrizacijo kompleksnih življenjskih izzivov mladih.

Temeljni institucionalni okvir za urejanje tega področja predstavlja Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (NPDZ; Vlada RS, 2018), katere izvajanje poteka preko Programa MIRA. Resolucija prepoznava duševno zdravje otrok in mladih kot ključno prednostno področje in vključuje več ukrepov, ki se nanašajo na to populacijo. Ključni poudarki NPDZ glede mladih so sledeči:

- Vzpostavitev centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM): NPDZ predvideva vzpostavitev mreže CDZOM, ki zagotavljajo dostopno in celostno obravnavo duševnega zdravja otrok in mladostnikov na ravni skupnosti. Ti centri omogočajo zgodnje prepoznavanje in obravnavo duševnih težav ter sodelovanje z drugimi službami, kot so šole in centri za socialno delo.
- Promocija duševnega zdravja in preventiva: Program vključuje ukrepe za promocijo duševnega zdravja in preventivo duševnih motenj med mladimi, vključno z izobraževanjem, ozaveščanjem in destigmatizacijo duševnih težav. Poseben poudarek je na ranljivih skupinah mladih, kot so LGBT+ osebe, mladi s posebnimi potrebami in mladi na podeželju.
- Vključevanje duševnega zdravja v izobraževalni sistem: NPDZ spodbuja vključevanje vsebin o duševnem zdravju v šolske kurikule ter krepitev svetovalnih služb v šolah. Cilj je opolnomočiti mlade za prepoznavanje in obvladovanje duševnih težav ter zmanjšati stigo, povezano z iskanjem pomoči.
- Medresorsko sodelovanje: Program poudarja pomen sodelovanja med različnimi sektorji, vključno z zdravstvom, izobraževanjem, socialnim varstvom in nevladnimi organizacijami, za učinkovito obravnavo duševnega zdravja mladih. Vzpostavljeni so bili regijski in lokalni sveti za duševno zdravje ter interdisciplinarnе delovne skupine za usklajevanje ukrepov.
- Akcijski načrti: Za izvajanje NPDZ so bili sprejeti akcijski načrti, ki določajo konkretne ukrepe in cilje za določena obdobja.

Kljub ambicioznemu okviru pa je implementacija počasna: centri CDZOM so neenakomerno geografsko porazdeljeni. Številni regijski centri se soočajo s kadrovskim primanjkljajem, dolgotrajnimi čakalnimi dobami in omejenimi zmogljivostmi za obravnavo kompleksnejših primerov. To zmanjšuje dostopnost pomoči predvsem za otroke in mladostnike iz bolj oddaljenih ali socialno prikrajšanih okolij.

Dodatno oviro predstavlja šibka integracija med zdravstvenim in izobraževalnim sistemom. Čeprav resolucija predvideva vključevanje vsebin o duševnem zdravju v šolske kurikule ter krepitev šolskih svetovalnih služb, so šole pogosto prepuščene lastni iznajdljivosti – brez jasnih smernic, zadostne strokovne podpore in sistemskih mehanizmov za trajno izvajanje preventivnih aktivnosti. Zavod RS za šolstvo (ZRSŠ) ima sicer pomembno vlogo pri uvajanju razvojno-preventivnih pristopov, med katerimi izstopa program *Varno in spodbudno učno okolje*. Vendar šole pogosto poročajo o pomanjkanju kadra, usposabljanj in celovitih strategij, ki bi jim omogočale bolj učinkovito prepoznavanje in odzivanje na duševne stiske učencev in dijakov.

Visokošolski prostor na tem področju ostaja šibko strukturiran – večina visokošolskih ustanov nima razvitega celostnega pristopa k duševnemu zdravju študentov, podporne storitve so pogosto fragmentirane ali omejene, sistemska umeščenost pa slabo razvita. Zato je pomembno, da se tudi terciarno izobraževanje vključi v razvoj razvojno ustreznih in dostopnih podpornih mehanizmov za mlade odrasle, ki se v tem obdobju pogosto soočajo z večjimi psihosocialnimi prehodi in obremenitvami. Obeta se premik: s kurikularno prenovno se uvaja vsešolski pristop vključevanja in spodbujanja ciljev dobrobiti in zdravja, kar naj bi prispevalo k bolj sistematični preventivi in promociji duševnega zdravja v izobraževalnem procesu.

Podobno težave so tudi glede medresorskega sodelovanja, ki je sicer zastavljeno kot temeljni princip Programa MIRA, a se v praksi pogosto omejuje na formalne povezave brez operativne kontinuitete in evalvacije učinkov. Akcijski načrti ostajajo v veliki meri neizpolnjeni ali pa se izvajajo le delno, brez ustreznega spremljanja kazalnikov uspešnosti in brez vključevanja uporabniških perspektiv – vključno z glasom mladih.

Čeprav NPDZ 2018–2028 pomeni pomemben korak k sistemski ureditvi tega področja, trenutna izvedba jasno kaže na potrebo po okrepljeni politični zavezanosti, stabilnem financiranju, dolgoročni kadrovske strategiji in boljšem vključevanju nevladnih ter mladinskih akterjev. Za trajen in učinkovit premik je ključno, da duševno zdravje mladih ne ostane zgolj deklarativna prioriteta, temveč postane vodilo konkretnih odločitev na ravni politike, vsakodnevne prakse in javnofinančnega načrtovanja.

Na številne od teh izzivov je opozoril tudi Mladinski svet Slovenije (MSS, 2021), ki je izpostavil potrebo po večji finančni in kadrovske podpori organizacij, ki delujejo (tudi) na področju duševnega zdravja mladih. Poudaril je pomanjkanje vsebin o duševnem zdravju v izobraževalnem sistemu, zlasti na ravni srednjih šol, ter odsotnost strukturirane podpore v visokošolskem prostoru. MSS je zato pozval k razvoju posebnega nacionalnega programa za promocijo duševnega zdravja mladih, ki bi moral biti razvojno občutljiv in prilagojen različnim starostnim skupinam, delovati v konkretnih okoljih mladih (šole, mladinski centri, delovna mesta) ter sistematično krepiti ozaveščenost, destigmatizacijo in dostopnost pomoči.

Zaključna sinteza teoretskega okvira

Obravnavanje duševnega zdravja mladih zahteva celostno razumevanje prepletajočih se razvojnih, psiholoških, socialnih in družbenih dejavnikov. Mladi se danes soočajo z naraščajočimi psihosocialnimi obremenitvami, ki izhajajo iz intenzivnih zahtev prehoda v odraslost, negotovosti glede prihodnosti (npr. zaposlitve, stanovanja), vse bolj razširjenih družbenih norm in idealov, povezanih z uspehom, zunanjo podobo in dosežki, pa tudi iz širših družbenih kriz, kot so podnebne spremembe, vojni konflikti, druginja in posledice pandemije. Duševnega zdravja mladih zato ne moremo več obravnavati zgolj kot individualni izziv ali težavo posameznika, temveč kot kompleksen pojav, ki odraža strukturne pogoje, kakovost medosebnih odnosov ter dostopnost in odzivnost podpornih sistemov v družbi.

Ob hkratni normalizaciji iskanja pomoči in tveganjih pretirane medikalizacije se kaže potreba po bolj uravnoteženem, razvojno občutljivem in nepatologizirajočem pristopu k duševnemu zdravju mladih. Pričujoča raziskava sledi tem izhodiščem, saj celostno preučuje tako razširjenost duševnih težav kot tudi

zaznane vire podpore, dejavnike odpornosti in vplive širšega družbenega konteksta. Na ta način prispeva k poglobljenemu razumevanju duševnega zdravja mladih ter nudi dragocena izhodišča za oblikovanje ciljno usmerjenih in podatkovno podprtih podpornih ukrepov.

Metodologija

V raziskavo smo vključili kombinacijo spletnega anketiranja in dodatnega terenskega zbiranja podatkov. Anketiranje je potekalo med junijem in septembrom 2024.

Vzorčenje

V prvi fazi smo uporabili spletni panel mladih, ki ga upravlja obstoječi ponudnik spletnega panela v Sloveniji. Vzorec je bil oblikovan kvotno po spolu in starosti, da bi se čim bolj približal strukturi ciljne populacije. V drugi fazi smo izvedli dodatno zbiranje podatkov na terenu, v sodelovanju z različnimi srednjimi šolami, univerzami, mladinskimi organizacijami in centri. Anketiranje je bilo prostovoljno, v nekaterih primerih pa smo šole in mentorje spodbudili z manjšimi nagradami za izvedbo ankete. Poseben poudarek je bil na doseganju različnih podskupin mladih, ki jih spletni panel težje zajame.

Postopek zbiranja podatkov

Oblikovanje vprašalnika

Oblikovanje anketnega je obsegalo več iteracij za izboljšanje in prilagajanje vsebine, pri čemer smo upoštevali komentarje članic strokovne skupine projekta. Po več krogih pregleda in popravkov je bila predfinalna verzija vprašalnika dokončana in predstavljena naročniku 13. marca 2024. Po predstavitvi in pridobitvi povratnih informacij smo vprašalnik finalizirale. V tem obdobju smo pripravile tudi vlogo za pridobitev soglasja etične komisije. Pozitiven odgovor smo prejele 18. marca 2024.

Zbiranje podatkov je potekalo z metodo računalniško podprtega spletnega anketiranja. Vprašanja so opredeljena vsebinsko, z logičnimi filtri in zahtevami za izpolnjevanje (število odgovorov, način odgovarjanja). Vsa vprašanja so bila obvezna. Pri vprašanjih, ki smo jih ocenili kot bolj občutljiva, smo ponudili tudi možnost "ne želim odgovoriti". Ob manjkajočem odgovoru se je anketiranca opozorilo, da je pozabil odgovoriti in da brez odgovora ne more nadaljevati z izpolnjevanjem. V primeru prekinitve so se vsi, do tistega trenutka pridobljeni odgovori, shranili in ob morebitnem kasnejšem nadaljevanju je anketiranec nadaljeval na mestu, kjer je končal.

Izvedli smo tudi več krogov testiranj na testni povezavi ter prilagodili nagovore za polnoletne in mladoletne udeležence. Pilotno anketiranje smo izvedli na vzorcu 34 oseb.

Etični vidik raziskave

Raziskava je bila pred izvedbo predložena v presojo Komisiji za etiko v raziskovanju Fakultete za družbene vede Univerze v Ljubljani. Etična komisija je raziskavo odobrila dne 18. marca 2024 (št. sklepa: 01-2024-005/TD). V skladu z etičnimi načeli smo udeležencem zagotovili prostovoljnost sodelovanja ter anonimnost in varstvo osebnih podatkov.

Vzorec

Čiščenje podatkov

Pri obdelavi podatkov smo odstranili odgovore z nedopustno kratkim časom izpolnjevanja (t. i. »speeders«; minimalni čas za resno izpolnjevanje smo določile na podlagi testiranja), nekonsistentne kombinacije ter očitno neresne odprte odgovore. Na ta način smo skušale kar v največji meri zagotoviti, da bodo končni podatki zanesljivi in veljavni za nadaljnjo analizo.

Končni vzorec in stopnja odziva

Po združitvi in čiščenju podatkov je končni vzorec obsegal 1059 veljavnih vprašalnikov: 357 iz spletnega panela in 702 iz dodatnega terenskega zbiranja.

V Tabeli 1 predstavljamo značilnosti končnega (neuteženega) vzorca po spolu in starostnih skupinah. Značilnosti neuteženega vzorca so predstavljene tudi v poglavju *Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca*.

Tabela 1. Struktura končnega realiziranega vzorca

Skupaj	Moški	Ženske	16-18 let	19-21 let	22-24 let
n = 1059	n = 334	n = 725	n = 626	n = 207	n = 226
	31,5 %	66,5 %	59,1 %	19,5 %	21,3 %

Izračun populacijskih uteži

Po zaključenem anketiranju so bile z namenom doseganja reprezentativnosti vzorca izračunane dve uteži. Osnovno uteževanje je bilo narejeno z metodo Raking, pri čemer sta bila upoštevana spol in starost (tri starostne skupine: 16–18 let, 19–21 let, 22–24 let). Najnovejši populacijski podatki, uporabljeni za izvedbo uteževanja, so bili pridobljeni iz podatkovne baze SiStat na spletni strani Statističnega urada Republike Slovenije.

V Tabeli 2 so predstavljene značilnosti končnega vzorca po spolu in starostnih skupinah po uporabi uteži. Vsi nadaljnji rezultati (z izjemo osnovnih socio-demografskih opisov) so analizirani na podatkih uteženega vzorca.

Vzorec je bil utežen glede na spol in tri starostne skupine, vendar se uteži v združenem vzorcu gibljejo med 0,26 in 7,6, kar presega priporočeno maksimalno vrednost 3. Posledično so razlike med podskupinami (npr. po spolu ali starosti) interpretirane z zadržkom in služijo predvsem orientacijskim vpogledom. Osrednje ugotovitve so zato predstavljene na ravni celotnega vzorca, kjer so rezultati metodološko najbolj zanesljivi. Nadaljnje analize z rezanimi utežmi (npr. max=4) bodo predmet metodološke presoje v prihodnjih raziskovalnih objavah.

Tabela 2. Struktura končnega uteženega vzorca.

Skupaj	Moški	Ženske	16-18 let	19-21 let	22-24 let
n = 1059	n = 546	n = 513	n = 361	n = 343	n = 356
	51,6 %	48,4 %	34,0 %	32,3 %	33,6 %

Obdelava podatkov in analiza

Za obdelavo in analizo podatkov, zbranih s spletno anketo, smo uporabile statistična programa IBM SPSS Statistics (verzija 29.0.2.0) in R (verzija 4.3.2). Kombinacija obeh orodij nam je omogočila izračun in pregled osnovnih opisnih statistik (vključno s frekvenčnimi porazdelitvami, merami centralne tendence in razpršenosti) ter izvedbo zahtevnejših analitičnih postopkov.

Rezultate predstavljamo tako na ravni celotnega vzorca kot na ravni razčlenitve po spolu in starostnih skupinah. Pri kategorialnih spremenljivkah navajamo frekvence s pripadajočimi deleži, medtem ko dosežke na ocenjevalnih lestvicah predstavljamo s povprečno vrednostjo in standardnim odklonom. Čeprav se merske lestvice v raziskavah pogosto interpretirajo na ravni skupnega dosežka, smo našo analizo dopolnile še z bolj razčlenjenim vpogledom po dosežkih na posameznih postavkah, kar nam omogoča bolj poglobljeno razumevanje vsebinskih razlik, vedenjskih vzorcev in doživljanj, ki bi pri zgolj agregirani obravnavi (morda) ostali neopaženi.

Kjer ni drugače navedeno, se vrednosti v stolpcu »skupaj« nanašajo na celotni analizirani vzorec 1059 oseb. Vrednosti v stolpcu »moški« vključujejo 546 udeležencev, v stolpcu »ženske« pa 513 udeleženk. Posamezne starostne skupine zajemajo naslednje število oseb: »16 – 18 let« vključuje 361 udeležencev, »19 – 21 let« 343, »22 – 24 let« pa 356. Navedeni numerusi po posameznih skupinah so uteženi. Pri predstavitvi rezultatov na ravni frekvenc in deležev lahko zaradi postopka uteževanja prihaja do določenih (mnimalnih) neujemanj pri robnih seštevkih frekvenc.

V okviru statistične analize smo za preverjanje razlik in povezav med spremenljivkami uporabljale standardne statistične teste, pri čemer smo rezultate interpretirale glede na njihovo statistično značilnost. Statistično značilnost ocenjujemo s t. i. p-vrednostjo, ki predstavlja verjetnost, da bi dobljene rezultate opazili zgolj po naključju, če med spremenljivkami v resnici ne bi bilo nobene razlike ali povezave (ničelna hipoteza bi bila resnična). V skladu z uveljavljeno prakso smo rezultate označile kot statistično značilne, kadar je $p < 0,05$, kar pomeni, da je verjetnost, da bi opazovali enake ali še večje razlike, če bi bila ničelna hipoteza (H_0) resnična, manjša od 5 odstotkov. Vrednosti p ne izražajo velikosti ali pomembnosti učinka, temveč zgolj njegovo verjetnostno podporo v danem vzorcu.

V nadaljevanju so v tabelaričnih predstavitvah rezultatov statistično značilne razlike po spolu in starostnih skupinah obarvane s sivo barvo. Pri tem pa ponovno izpostavljam že omenjeni zadržek pri interpretaciji razlik, ki izhaja iz (še) ne povsem optimiziranega procesa uteževanja.

Rezultati

Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca

V rezultatih predstavljamo opis osnovnih demografskih značilnosti končnega vzorca. V tem delu podatki niso uteženi (Tabela 3).

V raziskavo je vključenih več žensk (67,4 %) kot moških (30,6 %). 1,9 % udeležencev je pri kategoriji spola označila drugo oziroma se niso želeli opredeliti. Največ udeležencev je starih 16 (21,3 %) in 17 let (28,7 %). Zastopanost ostalih dopolnjenih starosti je med 5 in 10 odstotki.

Najbolj zastopana je osrednjeslovenska regija (30,8 %), ki je tudi sicer najštevilčnejša. Sledijo ji goriška (12,7 %), pomurska (11,6 %) in podravska (11,2 %). Najnižji odstotek zastopanosti je pri zasavski (1,0 %) in posavski (1,4 %) regiji. Ostale regije se gibljejo med 2 in 10 %.

Najbolj zastopana je v raziskavi slovenska narodnost (90 %). Bošnjaška je zastopana v 4,2 %, ostale v manj kot 2 %.

Tabela 3. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: spol, starost, regija in narodnost

Značilnost	Kategorija	Frekvenca (%)
Spol	Moški	324 (30,6 %)
	Ženski	714 (67,4 %)
	Drugo*	9 (0,8 %)
	Ne želi opredeliti*	12 (1,1 %)
Dopolnjena starost	16 let	226 (21,3 %)
	17 let	304 (28,7 %)
	18 let	96 (9,1 %)
	19 let	78 (7,4 %)
	20 let	61 (5,8 %)
	21 let	68 (6,4 %)
	22 let	73 (6,9 %)
	23 let	100 (9,4 %)
	24 let	53 (5,0 %)
	Regija	Pomurska
Podravska		119 (11,2 %)
Koroška		20 (1,9 %)
Savinjska		71 (6,7 %)
Zasavska		11 (1,0 %)
Posavska		15 (1,4 %)
Jugovzhodna Slovenija (Dolenjska)		88 (8,3 %)
Osrednjeslovenska		326 (30,8 %)
Gorenjska		74 (7,0 %)
Primorsko-notranjska		44 (4,2 %)
Goriška		134 (12,7 %)
Obalno-kraška (trenutno) ne živim v Sloveniji	3 (0,3 %)	

Narodnost	Slovenska	953 (90,0 %)
	Hrvaška	7 (0,7 %)
	Bošnjaška	44 (4,2 %)
	Srbska	15 (1,4 %)
	Albanska	8 (0,8 %)
	Drugo	32 (3,0 %)

* Osebe, ki so kot spol izbrale možnost »drugo« oziroma »ne želim se opredeliti«, so bile v nadaljevanju vprašane, kateri spol je naveden v njihovem uradnem dokumentu (osebna izkaznica, potni list, vozniško dovoljenje). Izmed 21 oseb jih je 10 navedlo moški in 11 ženski spol. Pri navajanju rezultatov je struktura po spolu predstavljena z (uteženimi) vrednostmi za 334 moških (31,5 %) in 725 žensk (68,5 %).

Težave pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti zaradi trajnih fizičnih, duševnih, kognitivnih ali senzoričnih omejitev ima 12,7 % (n = 134) udeležencev.

Šola se 90,2 % udeležencev, pri čemer jih 49,2 % vsaj priložnostno dela. Zaposlenih je 6,2 % udeležencev, brezposelnih pa 2,5 % (Tabela 4).

Največ udeležencev je vključeno v srednje strokovno izobraževanje ali gimnazijo (66,7 %), zelo nizek odstotek pa v nižje ali srednje poklicno izobraževanje (2,5 %). V višje ali univerzitetno izobraževanje je vključenih 30,5 % udeležencev. Večina udeležencev (50%) je torej dosegla osnovno šolsko izobrazbo, sledita srednja strokovna izobrazba ali gimnazija (35, 9%). Najmanj jih je doseglo višjo ali univerzitetno izobrazbo (9,8 %) oziroma nižjo ali srednjo poklicno izobrazbo (4,3 %) (Tabela 4).

Tabela 4. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: delovni status, izobraževanje in izobrazba

Delovni status	Se šolam in nisem delovno aktiven/-na	434 (41,0 %)
	Se šolam in ob tem ves čas opravljam dijaško/študentsko delo	191 (18,0 %)
	Se šolam in priložnostno opravljam dijaško/študentsko delo	330 (31,2 %)
	Zaposlen/-a oz. samozaposlen/-a	66 (6,2 %)
	Brezposeln/-a	26 (2,5 %)
	Drugo	12 (1,1 %)
	Trenutno izobraževanje (n = 955)	Nižje ali srednje poklicno izobraževanje
Srednje strokovno izobraževanje ali gimnazija		637 (66,7 %)
Višje ali univerzitetno izobraževanje		291 (30,5 %)
Dosežena stopnja izobrazbe (n = 1059)	Osnovna šola	529 (50,0 %)
	Nižja ali srednja poklicna izobrazba	46 (4,3 %)
	Srednja strokovna izobrazba ali gimnazija	380 (35,9 %)
	Višja ali univerzitetna izobrazba	104 (9,8 %)

Najvišji odstotek udeležencev je večino svojega življenja preživel na podeželju (39,9 %). Sledijo udeleženci, ki so živeli večinoma v manjšem mestu (26,6 %), v Ljubljani ali Mariboru (19,9 %) ter v srednje velikem mestu (13,5 %) (Tabela 5).

Tabela 5. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: kraj bivanja

Ljubljana ali Maribor	211 (19,9 %)
V srednjem velikem mestu	143 (13,5 %)
V manjšem mestu	282 (26,6 %)
Na vasi/v podeželskem naselju	423 (39,9 %)

Največ udeležencev živi pri starših (79,2 %), sledi 11,2 % tistih, ki živijo v stanovanju skupaj s prijatelji ali cimri. Skupaj s partnerjem živi 6,0 % sodelujočih (Tabela 6).

Tabela 6. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: stanovanjske razmere

Možnih je bilo več odgovorov (n = 1211)

Stanovanje/hiša staršev oz. vsaj enega od staršev	959 (79,2 %)
Stanovanje skupaj s prijatelji ali cimri	136 (11,2 %)
Stanovanje/hiša skupaj s partnerjem/ko	73 (6,0 %)
Stanovanje/hiša, kjer živi sam	25 (2,1 %)
Drugo	18 (1,5 %)

Tabela 7 prikazuje porazdelitev udeležencev glede na samoopredeljeno spolno usmerjenost. Večina udeležencev se identificira kot heteroseksualne osebe (73,6 %), sledijo biseksualne (8,2 %) in homoseksualne osebe (4,4 %). Manjši delež se opredeljuje kot aseksualne osebe (1,8 %) oziroma z možnostjo »drugo« (2,7 %). Skoraj desetina (9,3 %) udeležencev se ni želela opredeliti glede svoje spolne usmerjenosti.

Tabela 7. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: spolna usmerjenost

Heteroseksualna oseba	779 (73,6 %)
Homoseksualna oseba	47 (4,4 %)
Biseksualna oseba	87 (8,2 %)
Aseksualna oseba	19 (1,8 %)
Drugo	29 (2,7 %)
Ne želim se opredeliti	98 (9,3 %)

Partnerja ima 33,7 % udeležencev, biološke otroke pa 2,4 % (Tabela 8).

Tabela 8. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: partnerstvo in otroci

Ima partnerja/ko	357 (33,7 %)
Ima biološke otroke	25 (2,4 %)

Večina udeležencev ocenjuje materialni položaj svoje izvorne družine v primerjavi s povprečno slovensko družino kot približno enak (51,4 %). Kot boljšega ali precej boljšega ga ocenjuje 34 %, kot slabšega ali precej slabšega pa 14,7 % (Tabela 9).

Tabela 9. Osnovne sociodemografske značilnosti vzorca: spol, starost, regija in narodnost: ocena materialnega položaja svoje izvirne družine v primerjavi s povprečno slovensko družino

Precej slabši	Slabši	Približno enak	Boljši	Precej boljši
24 (2,3 %)	131 (12,4 %)	544 (51,4 %)	291 (27,5 %)	69 (6,5 %)

V nadaljevanju predstavljamo utežene odgovore na posamezna vprašanja, tako na ravni skupnega odgovora kot na ravni odgovorov glede na spol in starostne skupine.

Subjektivno doživljanje duševnega zdravja

Samoocene subjektivne dobrobiti mladih

Subjektivna dobrobit je ključen koncept v razumevanju posameznikovega doživljanja kakovosti življenja in zdravja. V osnovi vključuje posameznikovo samooceno zadovoljstva z življenjem ter zaznave o lastnem telesnem in duševnem zdravju. Ti kazalniki, čeprav enostavni, so se v številnih raziskavah izkazali kot zanesljivi napovedniki tako trenutnega funkcioniranja kot dolgoročnih zdravstvenih izidov (Levinson & Kaplan, 2014; McAlpine idr., 2018; Steptoe idr., 2015). Zato imajo pomembno vlogo v populacijskih raziskavah, kjer klinične diagnoze pogosto niso dostopne ali primerne.

Samoocena življenjskega zadovoljstva odraža posameznikovo splošno presojo življenjskih okoliščin in občutka izpolnjenosti. Ta ocena je oblikovana skozi preplet notranjih dejavnikov, kot so občutek smisla, samoučinkovitost, čustvena stabilnost, ter zunanjih pogojev, kot so socialna povezanost, finančna varnost in življenjske priložnosti (Diener idr., 1999; Ryan & Deci, 2001). Po drugi strani pa samoocena telesnega zdravja večinoma temelji na subjektivnem doživljanju telesne zmogljivosti, simptomov bolezni in splošnega telesnega ugodja (Jylhä, 2009), medtem ko samoocena duševnega zdravja zajema subjektivno doživljanje stresa, čustvene uravnoveženosti, notranjega miru in sposobnosti spoprijemanja z izzivi (Keyes, 2005; Krahn & Hudson, 2022; Levinson & Kaplan, 2014; McAlpine idr., 2018).

Sodobni modeli psihološkega blagostanja poudarjajo, da sta telesno in duševno zdravje neločljivo povezana – obe dimenziji sta vzajemno pogojeni ter oblikovani s preteklimi izkušnjami in aktualnimi življenjskimi okoliščinami (Bethell idr., 2019; Masten & Cicchetti, 2016). Vendar se ju v raziskavah pogosto analizira ločeno, saj vsaka osvetljuje drugačen vidik posameznikovega doživljanja in prilagajanja.

Pomembnost subjektivnih ocen je še posebej izrazita v obdobju mladosti, ki ga zaznamujejo številni prehodi – od šolanja k zaposlitvi, od odvisnosti do samostojnosti, od oblikovanja identitete do vzpostavljanja intimnih odnosov (Arnett, 2000). Mladi so v tej fazi še posebej dovzetni za vplive socialnega okolja in notranjih negotovosti, kar vpliva na njihovo psihično stabilnost in splošno blagostanje. Zato so subjektivne samoocene dragocen pokazatelj psihosocialnega stanja, pogosto boljši pokazatelj od objektivnih pokazateljev, saj zajamejo tudi posameznikovo izkušnjo smisla, varnosti in upanja.

Nacionalna raziskava Mladina 2020 (Lavrič idr., 2021) je pokazala znižanje povprečne ocene življenjskega zadovoljstva (z 7,24 leta 2010 na 6,98 leta 2020 na lestvici od 0 do 10, kjer višja ocena predstavlja višjo stopnjo zadovoljstva) ter upad deleža mladih, ki poročajo o pretežno ali zelo dobrem zdravju (z 80 % na 70 %). Podatki mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (Health Behaviour in School Aged Children, v nadaljevanju HBSC) pa za Slovenijo v obdobju 2002–2022 kažejo, da se odstotek mladostnikov (11-, 15- in 17-letnikov), ki so zelo zadovoljni s svojim življenjem, ni

pomembno spremenil. Pri oceni zdravja se je odstotek tistih, ki ocenjujejo svoje zdravje kot odlično, znižal v vseh preučevanih starostnih skupinah (Jeriček Klanšček idr., 2023). V tej raziskavi je svoje zdravje kot odlično ocenilo 37,8 % mladostnikov (starih 11, 13, 15 in 17 let), zelo zadovoljnih s svojim življenjem pa je bilo 28,5 %.

V nadaljevanju predstavljamo podatke o treh ključnih kazalnikih subjektivne dobrobiti (zadovoljstvo z življenjem, samooceno telesnega in duševnega zdravja) ter analizo razlik po spolu in starosti.

Zadovoljstvo z življenjem

Zadovoljstvo z življenjem smo merili z vprašanjem, pri katerem so udeleženci na 5-stopenjski lestvici (od 1 – sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam) ocenili, koliko se strinjajo z izjavo »Zadovoljen/-na sem s svojim življenjem«.

Rezultati

Udeleženci raziskave so v povprečju zmerno zadovoljni s svojim življenjem ($M = 3,65$; $SD = 1,08$), pri čemer jih 66,2 % poroča, da so nekoliko ali zelo zadovoljni, 18,0 % pa je nekoliko ali zelo nezadovoljnih (Tabela 10). Stopnja zadovoljstva se statistično značilno ne razlikuje glede na spol ali starostno skupino.

Tabela 10. Ocena zadovoljstva z življenjem: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » zelo ali nekoliko nezadovoljen/-na « oziroma "zelo ali nekoliko zadovoljen/-na« za celoten vzorec

Skupaj <i>M (SD)</i>	Zelo ali nekoliko nezadovoljen /-na (%)	Zelo ali nekoliko zadovoljen /-na (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
3,65 (1,08)	18,0	66,2	3,67 (1,09)	3,64 (1,07)	3,68 (1,17)	3,67 (1,12)	3,61 (0,94)

Interpretacija

Dve tretjini udeležencev svoje življenje ocenjuje kot zadovoljivo, vendar povprečna ocena kaže na zgolj zmerno stopnjo življenjskega zadovoljstva. Skoraj petina jih izraža nezadovoljstvo. To je pomembno opozorilo, saj življenjsko zadovoljstvo predstavlja enega izmed osrednjih kazalnikov subjektivne blaginje in je tesno povezano z drugimi vidiki duševnega zdravja, rezilientnosti ter občutkom smisla in pripadnosti (Diener idr., 1999; Ryan & Deci, 2001).

Odsotnost statistično značilnih razlik glede spola ali starosti kaže, da ključno vlogo pri doživljanju zadovoljstva najverjetneje igrajo drugi dejavniki, kot so kakovost odnosov, čustvena varnost, duševno zdravje, občutek samoučinkovitosti in podpora iz okolja.

Izmerjena ocena zadovoljstva lahko nakazuje, da pomemben del mladih ne doživlja svojega življenja kot izpolnjujočega. To poudarja potrebo po celostnih in univerzalno dostopnih ukrepih, ki ne nagovarjajo le posebej ranljivih skupin, temveč naslavlja širok spekter izkušenj mladih. Občutek nezadovoljstva se namreč lahko pojavlja tudi pri tistih, ki navzven ne kažejo večjih znakov stiske, vendar doživljajo manjvrednost, nemoč ali izgubo smisla.

Zanimivo je, da podatki za splošno populacijo kažejo drugačno sliko: po Eurobarometru 2024 je kar 94 % Slovencev zadovoljnih s svojim življenjem (Evropska komisija, 2024), kar je najvišja raven zadovoljstva zabeležena v zadnjih dveh desetletjih. To Slovenijo uvršča nad povprečje EU-27 (86 %). Na tej podlagi je mogoče sklepati, da so mladi v Sloveniji v primerjavi z odraslo populacijo precej manj zadovoljni s svojim življenjem, kar odpira pomembna vprašanja o kakovosti njihovega bivanja, občutku varnosti v prihodnosti in socialni opori.

V kontekstu sodobnih družbenih sprememb in vseprisotnega občutka negotovosti med mladimi je zadovoljstvo z življenjem smiselno razumeti ne le kot subjektivno individualno doživljanje, temveč tudi kot širši kazalnik kakovosti njihovega vsakdanjega življenja. Takšen kazalnik lahko ponudi dragocen vpogled v izzive, s katerimi se soočajo mladi, ter služi kot pomembna usmeritev pri oblikovanju ustrežnejših podpornih pristopov in mladim prilagojenih javnih politik.

Samoocena telesnega zdravja

Udeleženci so ocenili svoje trenutno telesno zdravje na 5-stopenjski lestvici (od 1 – zelo slabo do 5 – odlično).

Rezultati

Povprečna ocena med mladimi je bila 3,59 (SD = 0,93). 55,2 % svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali odlično, medtem ko 11,7 % udeležencev poroča o slabem ali zelo slabem zdravju (Tabela 11).

Po starostnih skupinah ni bilo statistično značilnih razlik v samooceni telesnega zdravja. So pa se pokazale razlike glede na spol: moški udeleženci so svoje telesno zdravje v povprečju ocenili statistično značilno višje (M = 3,76) kot udeleženske (M = 3,40).

Tabela 11. Ocena telesnega zdravja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » zelo slabo ali slabo « oziroma »dobro ali odlično« za celoten vzorec

Skupaj <i>M (SD)</i>	Zelo slabo ali slabo (%)	Dobro ali odlično (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
3,59 (0,93)	11,7	55,2	3,76 (0,96)	3,40 (0,88)	3,63 (0,96)	3,62 (0,94)	3,52 (0,90)

Interpretacija

Povprečna samoocena telesnega zdravja znaša 3,59 (na 5-stopenjski lestvici), več kot polovica udeležencev (55,2 %) poroča, da svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali odlično. Podatki odražajo značilnosti mladostnega obdobja, ki je povezano z večjo telesno vitalnostjo in manjšo pojavnostjo kroničnih zdravstvenih težav. Hkrati pa je pomembno izpostaviti, da 11,7 % udeležencev poroča o slabem ali zelo slabem zdravju. Gre za odstotek, ki ni zanemarljiv in kaže na obstoj skupine mladih, ki je v tej starosti lahko že izpostavljena zdravstvenim težavam. Te so lahko povezane z življenjskim slogom (npr. prehrana, premalo gibanja, zasvojenosti), duševnim zdravjem (ki pogosto vpliva tudi na telesno

počutje), socialnimi pogoji (npr. ekonomska stiska, obremenjenost) ali tudi z omejenim dostopom do zdravstvene oskrbe.

Razlika v samooceni telesnega zdravja med spoloma je lahko povezana z objektivnimi razlikami v telesni kondiciji ali pa z različnimi načini doživljanja in samoocenjevanja telesa med spoloma, npr. večjo verjetnost, da dekleta zaznavajo telesno nelagodje ali poročajo o njem.

V raziskavi Mladina 2020 se je delež anketiranih, ki so svoje zdravje ocenili kot pretežno ali zelo dobro, znižal s približno 80 % v letu 2010 na 70 % v letu 2020. Podatki pričujoče raziskave nakazujejo nadaljevanje tega trenda. Vendar neposredna primerjava ni mogoča, saj smo v naši raziskavi ločeno merili duševno in telesno zdravje, medtem ko je bila v raziskavi Mladina 2020 uporabljena le splošna ocena zdravja.

Vsekakor je relevanten razmislek o tem, kako mladim omogočiti podporno okolje za ohranjanje in krepitev telesnega zdravja – prek dostopnih preventivnih storitev, spodbujanja zdravih navad in večje pozornosti do vsakodnevnih dejavnikov, ki vplivajo na počutje. Vpliv sodobnega, pogosto sedečega in digitalno prežetega življenjskega sloga bi bilo smiselno dodatno raziskati, saj lahko prispeva k manj ugodnim telesnim in psihosocialnim izidom.

Samoocena duševnega zdravja

V raziskavi so udeleženci ocenili svoje trenutno duševno zdravje na 5-stopenjski lestvici (1 – zelo slabo, 5 – odlično).

Rezultati

Povprečna ocena znaša $M = 3,37$ ($SD = 1,02$). O dobrem ali odličnem duševnem zdravju jih poroča 46,6 %, medtem ko jih 20,4 % ocenjuje svoje duševno zdravje kot slabo ali zelo slabo (Tabela 12).

Po spolu so udeleženci poročali o statistično značilno višji povprečni oceni duševnega zdravja ($M = 3,54$) kot udeleženke ($M = 3,18$). Starostne razlike niso statistično značilne.

Tabela 12. Ocena duševnega zdravja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » zelo slabo ali slabo « oziroma »dobro ali odlično« za celoten vzorec

Skupaj <i>M (SD)</i>	Zelo slabo ali slabo (%)	Dobro ali odlično (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
3,37 (1,02)	20,4	46,6	3,54 (1,05)	3,18 (0,94)	3,46 (1,07)	3,35 (0,99)	3,29 (0,98)

Interpretacija

Skoraj polovica udeležencev (46,6 %) svoje duševno zdravje ocenjuje kot dobro ali odlično. Skupna povprečna ocena ($M = 3,37$) kaže na zmerno raven samoocenjenega duševnega zdravja, ki je nekoliko nižja kot pri samooceni telesnega zdravja in zadovoljstva z življenjem. Takšna razlika lahko odraža večjo psihološko obremenjenost mladih v sodobnem kontekstu, vključno s stresorji, povezanimi z negotovo

prihodnostjo, družbenimi pričakovanji in vplivom digitalnega okolja. Kar petina udeležencev (20,4 %) poroča o slabem ali zelo slabem duševnem zdravju, kar nakazuje na prisotnost izrazitejših stisk. Statistično značilna razlika po spolu (v prid mladih moških) je skladna z ugotovitvami številnih domačih in mednarodnih raziskav (npr. Bor idr., 2014), ki kažejo, da ženske pogosteje doživljajo tesnobo, depresivno razpoloženje in druge oblike duševnih stisk.

Ker starostne razlike med udeleženci niso bile statistično pomembne, se zdi, da duševne stiske predstavljajo prečni izziv v celotni starostni skupini 16–24 let. To krepi potrebo po univerzalnih in razvojno prilagojenih preventivnih pristopih, ki so dostopni vsem mladim – ne glede na njihovo starost ali specifične okoliščine.

Skupna refleksija kazalnikov samoocene subjektivne dobrobiti

Trije osnovni kazalniki subjektivnega blagostanja – zadovoljstvo z življenjem ($M = 3,65$), samoocena telesnega zdravja ($M = 3,59$) in samoocena duševnega zdravja ($M = 3,37$) – kažejo, da udeleženci raziskave svojo splošno kakovost življenja in lastno zdravje ocenjujejo zmerno pozitivno. Vendar je med njimi zaznati pomembne razlike. Najšibkejši člen v tem »trikotniku počutja« je duševno zdravje, kjer je povprečna ocena najnižja, pri čemer približno petina udeležencev poroča o slabem ali zelo slabem duševnem zdravju. Pri tem kazalniku prisotne statistično značilne razlike med spoloma – udeleženske v povprečju svoje duševno zdravje ocenjujejo občutno nižje kot moški udeleženci.

Ti rezultati nakazujejo, da psihološko počutje ni vedno skladno s telesnim zdravjem ali splošnim zadovoljstvom z življenjem, zato je pomembno, da se v razumevanje in naslavljanje zdravja mladih vključijo tudi vidiki duševnega zdravja. Posebej pomembno je, da tovrstne razlike razumemo v kontekstu razvojnih, družbenih in spolno pogojenih dejavnikov, ne pa kot individualno patologijo. Ugotovitve tako podpirajo potrebo po večdimenzionalnem in proaktivnem pristopu k zdravju mladih, ki vključuje psihološko podporo, prehode med življenjskimi obdobji in ustvarjanje varnih, odzivnih okolij v družini, šoli in širši skupnosti.

Psihološko uspevanje (Flourishing scale)

V raziskavi smo uporabili tudi večdimenzionalni pristop k merjenju psihološke dobrobiti mladih, ki presega osnovne kazalnike zadovoljstva z življenjem in zdravja. V namen smo uporabili t.i. Lestvico psihološkega uspevanje (angl. Flourishing Scale; Avsec s sodelavkama (2022) jo prevajajo kot Lestvica pozitivnega delovanja), ki so jo razvili Diener in sodelavci (2010) na podlagi različnih teoretičnih modelov celostnega funkcioniranja posameznika (npr. Deci & Ryan, 2000). Gre za kratko, a konceptualno bogato lestvico, ki zajema osem vidikov psihološkega blagostanja: občutek smisla in namena, podporne medosebne odnose, motivacijo in zavzetost, prispevanje k dobremu počutju drugih, občutek kompetentnosti, samosprejemanje, optimizem ter občutek, da nas drugi spoštujejo. Vsaka trditev se ocenjuje na 7-stopenjski lestvici strinjanja (od 1 – močno se ne strinjam do 7 – močno se strinjam), skupna ocena pa predstavlja raven psihološkega uspevanja posameznika – višje vrednosti pomenijo več psiholoških virov, občutek smisla, povezanosti, kompetentnosti in izpolnjenosti. Lestvica je bila validirana v številnih državah, tudi v Sloveniji (Tomažič, 2021), kjer so bile potrjene njene ustrezne psihometrične značilnosti ($\omega = 0,92$).

Rezultati

Povprečna skupna ocena na Lestvici psihološkega uspevanja (Tabela 13) znaša 5,08 (SD = 1,06).

Med posameznimi trditvami so najvišje povprečne ocene dosegle:

- »Sem dobra oseba« (M = 5,54), ki kaže na močno izražen občutek lastne vrednosti;
- »V dejavnostih, ki so mi pomembne, se izkažem za sposobnega/-o in uspešnega/-o« (M = 5,35);
- »Moje življenje ima smisel in sem usmerjen/-a k doseganju ciljev« (M = 5,15);
- »Moji odnosi so podporni in me izpolnjujejo« (M = 5,14).

Najnižjo povprečno vrednost pa je dosegla trditev »V svojih vsakodnevni dejavnostih sem predan/-a in motiviran/-a« (M = 4,66), kjer se s trditvijo strinja ali povsem strinja le 30,5 % udeležencev.

Spolne razlike kažejo, da moški udeleženci v povprečju dosegajo statistično višje rezultate na skupni lestvici in večini posameznih trditev. Izjema so trditve »Moji odnosi so podporni in me izpolnjujejo«, »Aktivno prispevam k sreči in dobremu počutju drugih«, »Sem dobra oseba« in »Moje življenje je kakovostno«, kjer med spoloma ni zaznanih statistično značilnih razlik.

Starostne razlike so statistično značilne pri trditvi »Moje življenje ima smisel in sem usmerjen/-a k doseganju ciljev«, kjer se kaže trend upadanja z naraščajočo starostjo (od M = 5,35 pri 16–18-letnikih do M = 4,95 pri 22–24-letnikih). Podoben vzorec je opazen pri trditvi »Moje življenje je kakovostno«.

Tabela 13. Lestvica psihološkega uspevanja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »se strinjam« / »povsem se strinjam« za celoten vzorec.

Skupaj M (SD)	Se strinjam ali povsem se strinjam (%)	Moški M (SD)	Ženske M (SD)	16-18 let M (SD)	19-21 let M (SD)	22-24 let M (SD)
Moje življenje ima smisel in sem usmerjen k doseganju ciljev.						
5,15 (1,51)	45,6	5,24 (1,53)	5,05 (1,47)	5,35 (1,56)	5,15 (1,48)	4,95 (1,45)
Moji odnosi so podporni in me izpolnjujejo.						
5,14 (1,40)	44,8	5,18 (1,43)	5,10 (1,37)	5,14 (1,45)	5,24 (1,39)	5,04 (1,37)
V svojih vsakodnevni dejavnostih sem predan/-a in motiviran/-a.						
4,66 (1,48)	30,5	4,91 (1,47)	4,40 (1,45)	4,59 (1,58)	4,72 (1,43)	4,67 (1,43)
Aktivno prispevam k sreči in dobremu počutju drugih.						
5,14 (1,40)	43,5	5,12 (1,44)	5,15 (1,36)	5,23 (1,47)	5,18 (1,34)	5,00 (1,38)
V dejavnostih, ki so mi pomembne, se izkažem za sposobnega/-o in uspešnega/-o.						
5,35 (1,35)	51,3	5,51 (1,37)	5,19 (1,32)	5,41 (1,42)	5,32 (1,34)	5,33 (1,30)
Sem dobra oseba.						
5,54 (1,31)	57,6	5,53 (1,35)	5,55 (1,27)	5,46 (1,47)	5,55 (1,26)	5,62 (1,17)
Moje življenje je kakovostno.						
5,00 (1,38)	40,4	5,07 (1,39)	4,93 (1,37)	5,23 (1,44)	4,97 (1,40)	4,80 (1,26)
Ljudje me spoštujejo.						
4,90 (1,31)	35,7	5,00 (1,34)	4,79 (1,28)	4,88 (1,44)	4,91 (1,31)	4,91 (1,18)
Optimističen/-na sem glede svoje prihodnosti.						
4,84 (1,60)	37,9	4,95 (1,59)	4,74 (1,61)	4,97 (1,68)	4,84 (1,59)	4,72 (1,52)
Psihološko uspevanje - povprečni dosežek na celotni lestvici						
5,08 (1,06)		5,17 (1,08)	4,99 (1,04)	5,14 (1,12)	5,10 (1,07)	5,00 (0,99)

Interpretacija

Lestvica psihološkega uspevanja ponuja celosten vpogled v notranje vire moči in možnosti za osebno rast. V okviru sodobne pozitivne psihologije (Avsec idr., 2022) sreča ni razumljena zgolj kot trenutno doživljanje ugodja (hedonija), temveč predvsem kot eudaimonična kakovost življenja – torej kot občutek avtentičnosti, samouresničitve in življenjskega smisla (Deci & Ryan, 2000; Seligman, 2011). Visoke vrednosti na tej lestvici ne izražajo zgolj subjektivnega blagostanja, temveč lahko odražajo tudi rezilientnost, notranjo usklajenost in potencial posameznika, da v zahtevnih in negotovih družbenih razmerah deluje skladno s svojimi vrednotami. Tovrstno doživljanje življenja pogosto prispeva k večji prilagodljivosti in občutku smiselnosti, kar so pomembne razsežnosti duševnega zdravja v sodobnem času.

Večina udeležencev raziskave poroča o razmeroma visoki ravni psihološkega uspevanja, saj povprečna ocena vseh trditev na lestvici presega sredinsko vrednost. Najvišje povprečne ocene se nanašajo na zaznavo lastne kompetentnosti in občutka osebne vrednosti. Takšni rezultati so skladni z izhodišči pozitivne psihologije, ki poudarja vlogo notranje motivacije, občutka smisla in kakovostnih odnosov pri oblikovanju posameznikovega doživljanja blagostanja (npr. Deci & Ryan, 2000; Seligman, 2011).

Čeprav povprečna ocena motivacije in zavzetosti v vsakodnevnih dejavnostih ($M = 4,66$) ne kaže na izrazito nizko raven, lahko nakazuje določeno notranjo ambivalenco ali nihanje v doživljanju angažiranosti. Del mladih morda doživlja občasno znižanje energije ali zanimanja, kar je lahko povezano z različnimi osebnimi in okoljskimi dejavniki, kot so psihološki pritiski, utrujenost, občutek negotovosti ali preobremenjenost.

V kontekstu sodobnih izzivov lahko takšni odzivi odražajo prilagajanje na kompleksno okolje, ki ne podpira vedno vseh temeljnih psiholoških potreb (npr. po varnosti, avtonomiji in povezanosti). Raziskave (npr. Keyes, 2002; Seligman, 2011) opozarjajo, da visoka funkcionalnost ne izključuje prisotnosti obremenitev in da je psihološko blagostanje večdimenzionalen konstrukt, ki se oblikuje na presečišču notranjih virov in zunanjih okoliščin.

Tudi mladost kot razvojno občutljivo obdobje lahko prinaša napetosti med pričakovanji, negotovostjo in iskanjem lastne poti, kar se lahko izraža v občasnem nihajočem doživljanju smisla in angažiranosti – ne nujno kot znak stiske, temveč kot del procesa iskanja osebne usmeritve in stabilnosti.

Moški udeleženci dosegajo statistično značilno višje rezultate na skupnem dosežku na lestvici in pri večini posameznih trditev. Izjema so dimenzije, ki se nanašajo na kakovost odnosov in osebno vrednost, kjer ni statistično pomembnih razlik med spoloma. To lahko razumemo kot odsev univerzalne potrebe po odnosi varnosti in samospoštovanju, ki je enako pomembna za vse mlade, ne glede na spol.

Z naraščajočo starostjo se nakazuje upad občutka smisla in kakovosti življenja. To lahko interpretiramo kot odraz prehoda v odraslost, ki ga pogosto spremljajo povečana odgovornost, iskanje stabilnosti in hkrati občutek nezmožnosti vpliva na širše okoliščine. Klasične teorije življenjskih prehodov (Keyes, 2002; Ryff, 1989) opozarjajo, da je prav v tem obdobju ključno oblikovati podporno okolje, ki omogoča ohranjanje občutka smeri, povezanosti in prispevka.

Ocenjevanje optimizma glede prihodnosti

V okviru raziskave smo poleg splošne postavke o optimizmu, ki je del Lestvice psihološkega uspevanja (»Optimističen/-na sem glede svoje prihodnosti«), dodatno vključili še dve postavki o optimizmu na družbeni in globalni ravni: »Optimističen/-na sem glede prihodnosti Slovenije« ter »Optimističen/-na sem glede prihodnosti sveta«. Vse tri postavke so bile ocenjene na 7-stopenjski lestvici strinjanja (1 – močno se ne strinjam, 7 – močno se strinjam).

Rezultati

Najvišjo povprečno oceno med temi tremi je dosegla osebna raven optimizma – Optimističen/-na sem glede svoje prihodnosti – z $M = 4,84$. S trditvijo se strinja ali povsem strinja 37,9 % udeležencev raziskave. Opazno nižje ocene so bile izražene pri oceni prihodnosti Slovenije ($M = 3,69$; 12,4 % se strinja ali povsem strinja) ter prihodnosti sveta ($M = 3,30$; le 8,0 % se strinja ali povsem strinja). Med starostnimi skupinami ni bilo statistično značilnih razlik pri nobeni od treh postavk, pri spolu je statistično značilna razlika le pri trditvi o optimizmu glede lastne prihodnosti, udeleženci izražajo višjo povprečno raven optimizma ($M = 4,95$) kot udeleženske raziskave ($M = 4,74$) (Tabela 14).

Tabela 14. Ocena optimizma glede prihodnosti: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »se strinjam« / »povsem se strinjam« za celoten vzorec

Skupaj $M (SD)$	Se strinjam ali povsem se strinjam (%)	Moški $M (SD)$	Ženske $M (SD)$	16-18 let $M (SD)$	19-21 let $M (SD)$	22-24 let $M (SD)$
Optimističen/-na sem glede svoje prihodnosti. (trditev je hkrati del Lestvice psihološkega uspevanja)						
4,84 (1,60)	37,9	4,95 (1,59)	4,74 (1,61)	4,97 (1,68)	4,84 (1,59)	4,72 (1,52)
Optimističen/-na sem glede prihodnosti Slovenije.						
3,69 (1,60)	12,4	3,64 (1,66)	3,75 (1,53)	3,57 (1,73)	3,81 (1,55)	3,70 (1,50)
Optimističen/-na sem glede prihodnosti sveta.						
3,30 (1,58)	8,0	3,35 (1,65)	3,25 (1,50)	3,18 (1,73)	3,29 (1,45)	3,42 (1,54)

Interpretacija

Rezultati na postavkah o optimizmu kažejo na izrazit razkorak med osebnim in družbenim optimizmom. Najvišje povprečje so dosegli odgovori na osebni ravni ($M = 4,84$; 37,9 % optimističnih). Ocene za prihodnost Slovenije ($M = 3,69$; 12,4 % optimističnih) in sveta ($M = 3,30$; 8,0 % optimističnih) so znatno nižje. Ti rezultati lahko odražajo prevladujoč skepticizem mladih do širšega družbenega in globalnega razvoja, medtem ko osebni optimizem deluje kot psihološki mehanizem za orientacijo in ohranjanje notranje stabilnosti v negotovih razmerah. Pomembno je poudariti, da tega optimizma ne gre nujno razumeti kot zaupanje v lastno učinkovitost ali obvladovanje življenjskih izzivov, temveč kot strategijo ohranjanja notranjega ravnotežja v svetu zunanjih nepredvidljivosti.

Nizek delež udeležencev, ki izražajo optimizem glede prihodnosti Slovenije, je mogoče razumeti tudi v širšem kontekstu splošnega družbenega razpoloženja. Po podatkih raziskave Eurobarometer jeseni 2024 kar 65 % slovenskih prebivalcev meni, da »stvari v državi ne potekajo v pravo smer«, medtem ko le četrtina (25 %) meni nasprotno, desetina pa ostaja neopredeljena (Evropska komisija, 2024). Takšno

splošno razpoloženje nezaupanja lahko deloma pojasni tudi nizko stopnjo optimizma mladih glede prihodnosti Slovenije.

Razkorak med notranjo naravnostjo in zaznavo zunanjega sveta ustvarja napetost, saj posameznikova potreba po razvoju, smislu in aktivni vlogi trči ob doživljanje, da širše okolje ni stabilno, pravično ali vključujoče. Kompleksni izzivi, kot so podnebna kriza, geopolitične napetosti, socialne neenakosti in digitalna preobremenjenost, lahko vplivajo na občutke negotovosti in zmanjšujejo občutek vpliva na širše družbene procese.

V takšnem kontekstu se lahko pri nekaterih mladih pojavi zadržanost do participacije ali zmanjšana motivacija za družbeni angažma – še posebej, kadar nimajo občutka, da obstajajo ustrezni mehanizmi za uveljavitev njihovega glasu in prispevka. To kaže na pomen ne le individualne, temveč tudi systemske podpore, ki mladim omogoča aktivno vključevanje v oblikovanje prihodnosti. Krepitev notranjih virov in osebne rasti lahko tako najboljše zaživi znotraj okolja, ki spodbuja participacijo, priznava pomen mladih ter zagotavlja varne in vključujoče pogoje za njihov razvoj.

Statistično značilna razlika po spolu je bila ugotovljena le pri osebnem optimizmu: moški udeleženci so v povprečju izražali nekoliko višjo raven optimizma glede lastne prihodnosti kot ženske. Ta razlika lahko odraža različno doživljanje občutka varnosti, prihodnostnih možnosti in psihološkega bremena, kar je skladno z ugotovitvami drugih raziskav, ki opozarjajo na večjo ranljivost mladih žensk za anksioznost, perfekcionizem in občutek preobremenjenosti (Lunn idr., 2023).

Med starostnimi skupinami pri nobeni od treh postavk niso bile ugotovljene statistično značilne razlike. To kaže, da razkorak med osebnim in družbenim optimizmom presega razvojne razlike znotraj mladinske skupine in odraža širši družbeni sentiment, ki je skupen večini mladih, ne glede na razvojno fazo v adolescenci ali zgodnji odraslosti.

Depresija, anksioznost in stres (DASS-21)

V okviru raziskave smo posebno pozornost namenili trem ključnim in pogosto povezanim oblikam duševne obremenjenosti: depresiji, anksioznosti in stresu. Uporabili smo skrajšano verzijo lestvice DASS-21 (Depression, Anxiety, and Stress Scales; Lovibond & Lovibond, 1995), ki omogoča hitro in hkrati konceptualno razdelano oceno intenzivnosti teh negativnih duševnih stanj. Lestvica temelji na sodobnih psiholoških razumevanjih afektivnih motenj ter omogoča razlikovanje med depresivnostjo (npr. občutki praznine, izgube veselja, brezupa), anksioznostjo (npr. živčnost, panika, telesna napetost) in stresom (npr. razdražljivost, občutek preobremenjenosti, težave s sproščanjem).

Te tri dimenzije smo izbrali, ker predstavljajo najpogostejše in med seboj prepletene oblike duševne stiske v obdobju adolescence in zgodnje odraslosti, ko posamezniki prehajajo skozi številne razvojne, socialne in akademske izzive. Po raziskavah (npr. Kessler idr., 2005; WHO, 2021a) se prav v tem obdobju pogosto prvič pojavijo simptomi afektivnih motenj (depresija in anksioznost), ki pomembno vplivajo na vsakodnevno funkcioniranje, odnose in občutek življenjske kakovosti. Stres pa pogosto deluje kot sprožilec ali posrednik pri razvoju teh motenj.

Vsaka od treh dimenzij se pri lestvici DASS-21 ocenjuje s sedmimi trditvami, kar skupaj tvori 21 postavk. Udeleženci so ocenjevali, v kolikšni meri so posamezne izjave veljale zanje v zadnjem tednu na 4-stopenjski lestvici (0 – sploh ne velja, 1 – velja do določene mere, 2 – velja v veliki meri, 4 – zelo velja).

Rezultati se razvrščajo v pet stopenj intenzivnosti za vsako od treh dimenzij (depresija, anksioznost, stres) (Tabela 15). To pomeni, da lahko na podlagi doseženih točk (pomnoženih z 2, saj gre za skrajšano različico izvirne lestvice z 42 postavkami) ocenimo, ali je posameznikova stopnja simptomov normalna, blaga, zmerna, huda ali zelo huda (Lovibond & Lovibond, 1995).

Tabela 15. Kategorizacija rezultatov DASS-21 (skupne ocene po pomnožitvi z 2)

Stopnja	Depresija	Anksioznost	Stres
Normalna	0–9	0–7	0–14
Blaga	10–13	8–9	15–18
Zmerna	14–20	10–14	19–25
Huda	21–27	15–19	26–33
Zelo huda	28+	20+	34+

DASS-21 je pogosto uporabljen v raziskavah z mladimi zaradi svoje psihometrične zanesljivosti, dostopnosti in občutljivosti na klinično pomembne razlike (npr. Bottesi idr., 2015; Osman idr., 2012). Validacije lestvice so bile opravljene tudi v slovenskem prostoru (Krohne, 2024), z dobrimi kazalniki notranje konsistentnosti in faktorske strukture.

Rezultati

Stres

Povprečna skupna ocena za stres znaša $M = 1,10$ ($SD = 0,72$). Najvišje povprečne vrednosti so bile dosežene pri trditvah »Občutil/-a sem, da sem bil/-a zelo napet/-a« ($M = 1,22$), »Na določene situacije sem se pretirano odzval/-a« ($M = 1,21$) in »Bil/-a sem razdražljiv/-a« ($M = 1,17$). Pogoste so bile tudi težave s sproščanjem ($M = 1,12$) in občutki pretirane občutljivosti ($M = 1,14$). Najmanj pogosta je bila izjava »Nisem se mogel/-a umiriti« ($M = 0,87$) (Tabela 16).

Anksioznost

Skupna povprečna ocena anksioznosti znaša $M = 0,77$ ($SD = 0,66$). Najpogosteje izražen fiziološki simptom je bila skrb pred paničnim odzivom in osramočenjem ($M = 1,06$), sledijo občutek suhosti v ustih ($M = 0,84$), zaznavanje pospešenega srčnega utripa brez telesne aktivnosti ($M = 0,82$) in občutek strahu brez razloga ($M = 0,81$). Najnižjo povprečno vrednost je imela trditev »Imel/-a sem težave z dihanjem« ($M = 0,50$) (Tabela 16).

Depresivnost

Povprečna skupna ocena depresivnosti je $M = 0,89$ ($SD = 0,72$). Najvišja ocena je bila dosežena pri izjavi »Težko sem se spravil/-a k dejanjem« ($M = 1,37$), sledi »Počutil/-a sem se žalostno in potrto« ($M = 1,07$). Relativno pogosto so udeleženci izrazili tudi občutek nizke samovrednosti ($M = 0,86$). Najnižje izražena je bila trditev »Občutil/-a sem, da življenje nima pomena« ($M = 0,71$) (Tabela 16).

Na vseh posameznih trditvah in pri vseh treh podlestvicah (stres, anksioznost, depresivnost) so bile razlike po spolu statistično značilne. Udeleženke so dosledno poročale o višjih stopnjah psiholoških obremenitev kot udeleženci.

Pri stresu se razlike po starostnih skupinah sicer niso pokazale na ravni skupnih rezultatov podlestvice, a so bile statistično značilne pri postavki »Težko se mi je bilo sprostiti«, kjer so višje vrednosti dosegali starejši udeleženci. Pri anksioznosti se starostne razlike niso pokazale na ravni skupne lestvice, vendar so bile statistično značilne pri postavki o občutku tresenja, kjer so višje vrednosti izražali mlajši udeleženci. Pri depresiji so se starostne razlike pokazale tako na ravni skupnega rezultata kot pri posameznih trditvah. Starejši udeleženci so dosegali višje povprečne vrednosti depresivnosti v primerjavi z mlajšimi. Statistično značilne razlike so se pokazale pri trditvah, kot so težave z aktivacijo, občutek brezvrednosti, pomanjkanje veselja in občutek, da življenje nima pomena.

Tabela 16. Dosežki na lestvici DASS-21 – depresija, anksioznost in stres: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »velja v veliki meri ali zelo velja« za celoten vzorec

M (SD) n = 1059	Velja v veliki meri ali zelo velja (%)	Moški M (SD) n = 546	Ženske M (SD) n = 513	16-18 let M (SD) n = 361	19-21 let M (SD) n = 343	22-24 let M (SD) n = 356
Nisem se mogel/-a umiriti.						
0,87 (0,82)	16,7	0,71 (0,75)	1,04 (0,85)	0,84 (0,84)	0,88 (0,79)	0,89 (0,83)
Na določene situacije sem se pretirano odzval/-a.						
1,21 (0,94)	35,1	1,05 (0,90)	1,39 (0,96)	1,17 (0,94)	1,16 (0,94)	1,30 (0,95)
Občutil/-a sem, da sem bil/-a zelo napet/-a.						
1,22 (0,98)	26,7	1,00 (0,94)	1,46 (0,96)	1,16 (1,01)	1,26 (0,99)	1,25 (0,94)
Bil sem razdražljiv/-a.						
1,17 (0,93)	31,5	0,94 (0,88)	1,42 (0,92)	1,14 (0,99)	1,19 (0,88)	1,19 (0,90)
Težko se mi je bilo sprostiti.						
1,12 (0,96)	30,5	0,91 (0,90)	1,35 (0,98)	1,02 (0,97)	1,12 (0,99)	1,23 (0,92)
Bil/-a sem nestrpen/-na do vsega, kar me je oviralo pri mojih dejavnostih.						
0,95 (0,92)	23,4	0,84 (0,91)	1,07 (0,91)	0,95 (0,88)	0,92 (0,92)	0,98 (0,96)
Bil/-a sem precej občutljiv/-a.						
1,14 (0,96)	32,1	0,87 (0,90)	1,43 (0,93)	1,05 (0,99)	1,22 (0,95)	1,17 (0,93)
Stres - povprečni dosežek na celotni podlestvici						
1,10 (0,72)		0,90 (0,68)	1,31 (0,71)	1,05 (0,72)	1,11 (0,71)	1,14 (0,73)
Zavedal/-a sem se občutka suhosti v ustih.						
0,84 (0,88)	19,5	0,74 (0,81)	0,95 (0,94)	0,84 (0,89)	0,83 (0,89)	0,84 (0,87)
Imel/-a sem težave z dihanjem (npr. prehitro dihanje, zasoplost brez fizičnega napora).						
0,50 (0,80)	11,9	0,38 (0,75)	0,62 (0,83)	0,56 (0,86)	0,47 (0,80)	0,46 (0,73)
Občutil/-a sem tresenje (npr. rok).						
0,69 (0,95)	18,5	0,53 (0,87)	0,86 (1,00)	0,78 (1,00)	0,69 (0,97)	0,60 (0,88)
Skrbelo me je za situacije, v katerih bi lahko odreagir/-a panično in se osmešil/-a.						
1,06 (1,03)	30,9	0,90 (0,99)	1,46 (1,04)	1,14 (1,04)	1,01 (1,02)	1,04 (1,02)
Bil/-a sem paničen/-na.						
0,66 (0,88)	15,0	0,49 (0,79)	0,83 (0,93)	0,69 (0,92)	0,62 (0,85)	0,65 (0,86)
Zavedal/-la sem bitja srca brez fizične aktivnosti (npr. občutek pospešenega srčnega utripa).						
0,82 (0,96)	20,8	0,69 (0,89)	0,95 (1,04)	0,87 (1,00)	0,78 (0,92)	0,79 (0,95)
Občutil/-a sem strah brez razloga.						

0,81 (0,96)	22,1	0,68 (0,91)	0,95 (0,98)	0,81 (0,97)	0,79 (0,94)	0,84 (0,96)
Anksioznost - povprečni dosežek na celotni podlestvici						
0,77 (0,66)		0,63 (0,62)	0,91 (0,68)	0,82 (0,70)	0,74 (0,62)	0,75 (0,67)
Nisem zmoget/-la občutiti nobenih pozitivnih občutkov.						
0,70 (0,84)	17,3	0,61 (0,78)	0,80 (0,88)	0,71(0,85)	0,63 (0,78)	0,76 (0,87)
Teško sem se spravil/-a k dejanjem.						
1,37 (0,94)	39,4	1,26 (0,93)	1,48 (0,94)	1,25 (0,93)	1,40 (0,99)	1,46 (0,89)
Zdelo se mi je, da nimam ničesar, česar bi se veselil/-a.						
0,78 (0,95)	20,6	0,70 (0,91)	0,87 (0,98)	0,66 (0,91)	0,81 (0,93)	0,89 (0,99)
Počutil/-a sem se žalostno in potrto.						
1,07 (0,95)	26,9	0,86 (0,92)	1,28 (0,95)	0,98 (0,96)	1,10 (0,94)	1,12 (0,96)
Nisem se mogel/-la navdušiti za karkoli.						
0,72 (0,87)	18,2	0,63 (0,83)	0,81 (0,91)	0,64 (0,84)	0,71 (0,88)	0,80 (0,89)
Čutil/-a sem, da kot oseba nisem veliko vreden/-na.						
0,86 (0,98)	22,5	0,72 (0,95)	1,00 (0,99)	0,83 (0,99)	0,81 (0,97)	0,93 (0,98)
Občutil/-a sem, da življenje nima pomena.						
0,71 (0,94)	18,3	0,68 (0,93)	0,74 (0,96)	0,62 (0,89)	0,71 (0,95)	0,81 (0,98)
Depresivnost - povprečni dosežek na celotni podlestvici						
0,89 (0,72)		0,78 (0,70)	1,00 (0,73)	0,81 (0,69)	0,88 (0,72)	0,97 (0,75)

Rezultati DASS-21 (Tabela 17) kažejo, da se pomemben delež udeležencev uvršča v višje kategorije stresa, anksioznosti in depresije. Več kot polovica udeležencev (53,2 %) je v normalnem območju glede stresa. 13,2 % jih doživlja blagi stres, 15 % zmerni stres. 12,7 % jih je v kategoriji močnega stresa, dodatnih 5,9 % pa poroča o izjemno močnem stresu. Le 44,4 % udeležencev je v območju brez anksioznosti. 7,9 % poroča o blagih simptomih, 18,9 % o zmernih. 9,6 % jih izraža močno, 19,1 % pa izjemno močno anksioznost – kar je najvišji delež med vsemi tremi merjenimi področji. Normalno raven depresivnosti ima 46,3 % udeležencev. 13,1 % je v območju blagih simptomov, 19,6 % zmernih. 11,2 % jih poroča o močni depresiji, 9,8 % pa o izjemno močni.

Dodaten izračun kaže, da na vseh treh področjih (stres, depresivnost, anksioznost) hudo ali zelo hudo obliko stiske doživlja 9,4 % udeležencev. Na vsaj enem področju ima hudo ali zelo hudo obliko stiske 37,4 %, na dveh pa 12,1 %. 62,6 % jih nima hude ali zelo hude stiske na nobenem področju.

Statistično značilne razlike po spolu kažejo, da so ženske udeležence v primerjavi z moškimi izrazile višje ravni stresa, anksioznosti in depresije na vseh ravneh intenzivnosti. V kategoriji močnega stresa je bilo 17,9 % udeleženk in 7,7 % udeležencev, izjemno močan stres pa je poročalo 9,2 % udeleženk v primerjavi z 2,9 % moških. Tudi pri anksioznosti je delež žensk, ki so poročale o izjemno močni anksioznosti, skoraj dvakrat višji (24,6 %) kot pri moških (13,9 %). Podobno velja za depresijo, kjer je 12,3 % žensk poročalo o izjemno močni depresiji, medtem ko je bil ta delež pri moških 7,5 %.

Pri stresu se med starostnimi skupinami niso pokazale statistično značilne razlike, medtem ko so pri anksioznosti in depresiji te razlike prisotne. Najvišje ravni anksioznosti izražajo najmlajši (16–18 let), kjer je delež hude in zelo hude anksioznosti skupaj 29,4 %. Pri depresiji največji delež višjih stopenj pojavlja v skupini 22–24 let: hudo depresivno izraža 13,8 %, zelo hudo pa 11,5 %. Nasprotno je v skupini 16–18 let delež zelo hude depresije 7,8 %.

Tabela 17. Dosežki na lestvici DASS-21: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Stres						
Normalen	563 (53,2 %)	352 (64,6 %)	211 (41,1 %)	198 (54,8 %)	185 (53,9 %)	180 (50,6 %)
Blag	140 (13,2 %)	58 (10,6 %)	82 (16,0 %)	54 (15,0 %)	46 (13,4 %)	41 (11,5 %)
Zmeren	159 (15,0 %)	77 (14,1 %)	81 (15,8 %)	43 (11,9 %)	51 (14,9 %)	64 (18,0 %)
Hud	134 (12,7 %)	42 (7,7 %)	92 (17,9 %)	47 (13,0 %)	49 (11,4 %)	48 (13,5 %)
Zelo hud	63 (5,9 %)	16 (2,9 %)	47 (9,2 %)	19 (5,3 %)	22 (6,4 %)	23 (6,5 %)
Anksioznost						
Normalna	470 (44,4 %)	290 (53,1 %)	180 (35,2 %)	151 (41,9 %)	156 (45,3 %)	163 (45,9 %)
Blaga	84 (7,9 %)	50 (9,2 %)	34 (6,6 %)	27 (7,5 %)	40 (11,6 %)	18 (5,1 %)
Zmerna	200 (18,9 %)	90 (16,5 %)	110 (21,5 %)	76 (21,1 %)	53 (15,4 %)	71 (20,0 %)
Huda	102 (9,6 %)	40 (7,3 %)	62 (12,1 %)	31 (8,6 %)	32 (9,3 %)	39 (11,0 %)
Zelo huda	202 (19,1 %)	76 (13,9 %)	126 (24,6 %)	75 (20,8 %)	63 (18,3 %)	64 (18,0 %)
Depresivn.						
Normalna	490 (46,3 %)	291 (53,3 %)	199 (38,8 %)	181 (50,3 %)	165 (48,2 %)	144 (40,4 %)
Blaga	139 (13,1 %)	62 (11,4 %)	77 (15,0 %)	52 (14,4 %)	33 (9,6 %)	54 (15,2 %)
Zmerna	208 (19,6 %)	100 (18,3 %)	108 (21,1 %)	68 (18,9 %)	72 (21,1 %)	68 (19,1 %)
Huda	118 (11,2 %)	52 (9,5 %)	66 (12,9 %)	31 (8,6 %)	38 (11,1 %)	49 (13,8 %)
Zelo huda	104 (9,8 %)	41 (7,5 %)	63 (12,3 %)	28 (7,8 %)	34 (9,9 %)	41 (11,5 %)

Intepretacija

Rezultati lestvice DASS-21 v naši raziskavi kažejo, da se pomemben delež udeležencev sooča z izraženimi oblikami stresa, anksioznosti ali/in depresije. Več kot tretjina udeležencev presega normalno območje na enem izmed treh področij. Pri stresu se 33,6 % udeležencev uvršča v kategorije zmernega do zelo hudega stresa, pri čemer je delež udeležencev zelo hudimi simptomi 5,9 %. Še izrazitejša je razširjenost anksioznosti: kar 47,6 % udeležencev presega blago raven, pri čemer jih 19,1 % poroča o zelo hudi anksioznosti – najvišji delež med vsemi tremi dimenzijami. Depresivne simptome zmerne ali (zelo) hude stopnje izraža 40,6 % udeležencev. V primerjavi s podatki raziskave EHS iz leta 2019 (NIJZ, 2019, prevalenca za starost 15–24 let), kjer je bilo simptomov depresije skupno 10,6 %, od tega 3,5 % simptomov velike depresije in 7,1 % drugih simptomov depresije, naši podatki kažejo na trikrat višjo razširjenost depresivne simptomatike.

Analiza po spolu je pokazala statistično značilne razlike na vseh podlestvicah in pri skoraj vseh trditvah – ženske so dosledno poročale o višjih stopnjah stresa, anksioznosti in depresije ter pogosteje izražale tudi najintenzivnejše ravni simptomov. Ta ugotovitev je skladna z mednarodnimi študijami, ki potrjujejo večjo nagnjenost žensk k notranjim oblikam stiske, kot sta anksioznost in depresivna razpoloženja (Bor idr., 2014; Nolen-Hoeksema, 2001; Remes idr., 2016). Razlike med spoloma v prevalenci depresije in anksioznosti se pogosto začnejo povečevati v adolescenci, kar je povezano s hormonskimi spremembami, družbenimi pričakovanji in specifičnimi načini soočanja s stresom (Hyde idr., 2008). Dekleta pogosteje uporabljajo ruminativne strategije – to pomeni, da se zadržujejo pri negativnih mislih, jih pogosto premlevajo in se vračajo k občutkom stiske brez iskanja rešitev ter pogosteje iščejo potrditve v socialnih odnosih, kar lahko poveča njihovo ranljivost za notranje oblike duševnih stisk, kot sta anksioznost in depresija (Tamres idr., 2002).

Tudi razlike po starostnih skupinah so bile vidne na obeh ravneh analize: pri povprečnih ocenah posameznih trditev in podlestvic DASS-21 ter pri kategoriziranih ravneh intenzivnosti (normalno, blago, zmerno, močno, izjemno močno). Najmlajši (16–18 let) udeleženci izražali višje ravni anksioznosti, najstarejši (22–24 let) pa pogosteje dosegali višje ravni depresivnosti. Izražanje teh duševnih težav se torej spreminja glede na razvojno obdobje.

Čeprav neposredna primerjava z raziskavo Mladina 2020 (Lavrič idr., 2021) zaradi različne metodologije ni možna, naši rezultati vseeno nakazujejo možen trend naraščanja doživljanja stresa med mladimi. V omenjeni raziskavi je leta 2010 le 4,8 % mladih poročalo, da stres doživljajo večino dni v tednu, do leta 2020 pa je ta delež narasel na 14,5 %. Naša študija, ki temelji na validirani lestvici DASS-21, kaže, da je 18,6 % udeležencev uvrščenih v kategorijo hudega ali zelo hudega stresa. Pri tem pa je treba upoštevati, da standardizirane psihometrične lestvice zajamejo tudi blažje in prehodne oblike obremenjenosti, ki jih posamezniki v anketah morda ne bi zaznali ali sami opredelili kot pogost stres. Razlike med raziskavama zato ne kažejo nujno na neposreden porast stresa, temveč tudi na različen način njegovega merjenja in kategorizacije.

Čeprav uporaba standardizirane lestvice zajame tudi blažje in prehodne oblike psihološke obremenjenosti, rezultati vseeno nakazujejo, da se pomemben delež mladih spoprijema z izrazitejšimi simptomi stresa, anksioznosti in depresije.

Osamljenost (UCLA Loneliness Scale – Short Version)

V raziskavi smo preučevali tudi subjektivno zaznano osamljenost, ki je pomemben, a pogosto prezrt pokazatelj duševnega blagostanja mladih. Osamljenost ne pomeni nujno izoliranosti od socialnih stikov oz. odnosov, temveč zajema subjektivni občutek pomanjkanja kakovostnih in čustveno varnih odnosov (Russell, 1996). Zlasti v adolescenci in zgodnji odraslosti, ko so socialne primerjave, potrjevanje lastne vrednosti in iskanje pripadnosti še posebej pomembni, se lahko osamljenost pojavi tudi ob številnih stikih, na primer ob navidezni povezanosti prek družbenih omrežij (Heinrich & Gullone, 2006; Odaci & Kalkan, 2010). Študije dosledno kažejo, da je osamljenost pomemben napovednik duševnih stisk, vključno z depresijo, anksioznostjo, nizko samopodobo in socialno anksioznostjo (Cacioppo & Hawkey, 2009). Dolgotrajna osamljenost lahko ovira procese oblikovanja identitete in občutka pripadnosti ter zmanjša zmožnost za razvoj varnih odnosov, kar je ključno za psihološko odpornost in samouresničevanje v kasnejših življenjskih obdobjih (Vanhalst idr., 2013).

Za ocenjevanje osamljenosti smo uporabili skrajšano različico lestvice osamljenosti, ki temelji na konceptualnih izhodiščih Revised UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996) in vključuje šest ključnih trditev. Te zajemajo osrednje vidike subjektivne osamljenosti, kot so občutek pomanjkanja družbe, izključenosti, čustvene oddaljenosti in odsotnosti bližnjih odnosov. Posamezniki so ocenjevali, kako pogosto doživljajo posamezne občutke, pri čemer so uporabljali 4-stopenjsko lestvico (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto).

Rezultati

47,5 % udeležencev je poročalo, da jim včasih ali vedno primanjkuje družbe, v podobnem deležu, 47,4 %, so navajali, da se počutijo osamljene, medtem ko 49,5 % udeležencev meni, da jih vedno ali včasih

nihče zares dobro ne pozna. 38,1 % jih poroča, da včasih ali vedno občutijo izključenost; 37,9 % vedno ali včasih doživlja občutek, da niso v tesnem odnosu z nikomer; 37,1 % pa se včasih ali vedno tudi v prisotnosti drugih počutijo osamljene. Povprečna ocena na lestvici osamljenosti znaša $M = 2,27$ ($SD = 0,78$) (Tabela 18).

Statistično značilne razlike po spolu kažejo, da ženske udeleženke v povprečju poročajo o višji ravni osamljenosti kot moški – povprečje na lestvici znaša $M = 2,40$ ($SD = 0,76$) za udeleženke in $M = 2,14$ ($SD = 0,79$) za udeležence med moškimi. Ženske dosegajo značilno višje vrednosti pri vseh posameznih trditvah, razen pri trditvi, da »niso v tesnem odnosu z nikomer«.

Glede na starostne skupine se povprečna zaznana osamljenost statistično značilno nekoliko povečuje s starostjo. Najnižja povprečna ocena je bila pri najmlajših (16–18 let, $M = 2,14$), nato narašča pri 19–21 let ($M = 2,31$) in je najvišja pri 22–24 let ($M = 2,35$). Pri večini posameznih trditvev se kaže podoben trend.

Tabela 18. Dosežki na lestvici UCLA Loneliness Scale: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »včasih ali vedno« za celoten vzorec

Navodilo: »Prosimo oceni, kako pogosto se počutiš:...«

Skupaj <i>M (SD)</i>	Včasih ali vedno (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
da ti primanjkuje družbe						
2,36 (0,90)	47,5	2,20 (0,91)	2,54 (0,87)	2,23 (0,97)	2,45 (0,87)	2,41 (0,85)
osamljeno						
2,37 (0,91)	47,4	2,22 (0,95)	2,52 (0,84)	2,18 (0,95)	2,44 (0,89)	2,48 (0,87)
da nisi v tesnem odnosu z nikomer						
2,14 (1,04)	37,9	2,11 (1,06)	2,17 (1,02)	2,03 (1,07)	2,15 (0,99)	2,24 (1,05)
izključeno						
2,18 (0,93)	38,1	2,03 (0,91)	2,34 (0,92)	2,10 (0,95)	2,17 (0,93)	2,26 (0,90)
da te nihče zares dobro ne pozna						
2,39 (1,05)	49,5	2,27 (1,04)	2,52 (1,05)	2,28 (1,09)	2,38 (1,04)	2,53 (1,02)
da se tudi ob prisotnosti ljudi počutiš sam/-a/ osamljen/-a						
2,16 (0,96)	37,1	2,01 (0,96)	2,33 (0,94)	2,04 (1,00)	2,28 (0,95)	2,17 (0,92)
Osamljenost – povprečni dosežek na celotni lestvici						
2,27 (0,78)		2,14 (0,79)	2,40 (0,76)	2,14 (0,84)	2,31 (0,76)	2,35 (0,73)

Interpretacija

Rezultati kažejo, da je zaznana osamljenost pri mladih v Sloveniji pogosta, prisotna v vseh starostnih skupinah in pri obeh spolih, med njimi pa najdemo tudi statistično značilne razlike. Skoraj polovica udeležencev poroča o občutkih osamljenosti, pomanjkanju bližine ali izključenosti. Ti izsledki so v skladu s trendom, ki ga je zaznala tudi nacionalna raziskava *Mladina 2020* (Lavrič idr., 2021), kjer so mladi ocenjevali osamljenost kot vse bolj pereč problem – njihova povprečna ocena zaznanega problema osamljenosti se je povečala s 2,29 v letu 2000 in 2,33 v letu 2010 na 2,73 v letu 2020 (na lestvici od 1 do 5).

V naši raziskavi izstopajo razlike po spolu: udeleženke statistično značilno pogosteje doživljajo osamljenost, kar bi lahko odražalo večjo čustveno občutljivost, višja pričakovanja glede kakovosti

odnosov ali večjo dovzetnost za medosebne napetosti pri mladih ženskah. Tudi starostni trendi so zgovorni: občutki osamljenosti naraščajo v obdobju prehoda v odraslost, kar je lahko povezano z večanjem odgovornosti, prehodom v nove socialne kontekste (npr. selitev za študij, delo) in postopnim slabljenjem strukturirane socialne opore iz adolescence.

Vse to nakazuje, da osamljenost mladih ni prehodna ali površinska izkušnja, temveč pomemben kazalnik duševnega zdravja, ki odraža občutke nepovezanosti, čustvene nevidnosti in dvoma o lastni vrednosti. Ne izhaja le iz odsotnosti stikov, temveč iz nezmožnosti vzpostavljanja varnih, izpolnjujočih odnosov – kar je pogosto posledica preteklih izkušenj, socialnih pogojev in širšega družbenega konteksta. Povezanost ni samoumevna, temveč jo je treba aktivno omogočati.

Digitalno okolje ima pri tem ambivalentno vlogo: omogoča povezovanje, a hkrati lahko pogloblja občutke primerjanja, izključenosti in fragmentiranosti odnosov. Mladi so pogosto nenehno povezani, a redko v globokem, varnem stiku. To ustvarja paradoks prisotnosti brez prave bližine.

Naslavljanje osamljenosti zato ne more ostati na ravni individualnega doživljanja. Zahteva sistemski odziv in premišljeno oblikovanje prostorov – fizičnih in digitalnih – kjer je možno izkusiti pripadnost, ranljivost in psihološko varnost.

Telesna samopodoba in vedenja, povezana z motnjami hranjenja

Telesna samopodoba zajema posameznikovo zaznavo, misli in čustvene odzive glede lastnega telesa, telesne teže in videza. V obdobju adolescence in zgodnje odraslosti ima ključno vlogo pri oblikovanju samopodobe, identitete ter občutka lastne vrednosti (Tiggemann, 2004). Negativna telesna samopodoba se lahko pojavi kot posledica primerjanja z vrstniki, ponotranjenja družbenih in medijskih idealov lepote ter pritiskov glede vitkosti oz. idealiziranih telesnih oblik (Grabe idr., 2008). Povezana je z večjim tveganjem za nezdrava vedenja, kot so pretirana telesna aktivnost, namerno stradanje, uporaba odvajal ali sprožanje bruhanja, kar so značilnosti motenj hranjenja, kot so anoreksija nervoza, bulimija nervoza in motnja prenehanja (Stice, 2002). Raziskave kažejo, da se motnje hranjenja pogosto prepletajo z občutki izgube nadzora, notranjega pritiska in iskanja potrditve, zlasti v obdobju oblikovanja identitete (Levine & Smolak, 2002). Prav zato je pomembno razumeti te težave v širšem kontekstu čustvenega in socialnega razvoja mladih, ne le kot vprašanje prehranjevanja ali videza.

V naši raziskavi smo to področje naslovili z dvema samoevalvacijskima trditvama, ki izhajata iz lestvice Body Image States Scale (BISS; Cash idr., 2002):

- *Zadovoljen/-na sem s svojim fizičnim videzom (teža, postava).*
- *Občutek imam, da izgledam slabše kot izgleda povprečen vrstnik/-ica moje starosti.*

Udeleženci so navedeni trditvi ocenjevali na 5-stopenjski lestvici strinjanja (1 – sploh ne drži do 5 – povsem drži). Ti trditvi omogočata vpogled v trenutno oceno telesnega videza in doživljanje v primerjavi z drugimi, kar je ključni dejavnik telesnega nezadovoljstva.

Poleg tega smo uporabili vprašalnik SCOFF (Morgan idr., 1999), ki se v kliničnem kontekstu uporablja kot hitro presejalno orodje za zgodnje prepoznavanje tveganja za motnje hranjenja, zlasti za anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo. Sestavljen je iz petih kratkih vprašanj, ki zaobjemajo: namerno izzivanje bruhanja ali uporaba sredstev za nadzor telesne teže, izgubo nadzora nad prehranjevanjem, nenadne

spremembe telesne teže, popačeno zaznavo lastnega telesa ter vsiljive misli in strahove, povezane s hrano in telesno težo, ki vplivajo na posameznikovo vsakdanje funkcioniranje. Posameznik nanje odgovarja z *da*, *ne* ali *ne želim odgovoriti*. Vsak odgovor »da« se točkuje z eno točko, skupni rezultat pa je med 0 in 5.

Vprašalnik SCOFF ne omogoča postavitve diagnoze, a predstavlja učinkovit in preprost presejalni pripomoček za hitro orientacijo v kliničnem okolju, zlasti v ambulantah splošne medicine, pri šolskih svetovalcih in psihologih. Dva ali več pozitivna odgovora kažeta na povečano verjetnost prisotnosti motnje hranjenja in pomenita priporočilo za nadaljnjo strokovno oceno. Zaradi svoje enostavne uporabe in zanesljivosti je SCOFF široko uveljavljen v presejalnih programih, predvsem v okoljih, kjer so potrebne hitre ocene tveganja.

Rezultati

41,8 % udeležencev se strinja ali povsem strinja s trditvijo, da so zadovoljni s svojim fizičnim videzom. Povprečna ocena je $M = 3,17$, pri čemer moški dosegajo statistično značilne višje ocene ($M = 3,39$) kot ženske ($M = 2,93$). 31,2 % udeležencev se strinja ali povsem strinja, da izgledajo slabše kot njihovi vrstniki. Ženske so tudi tukaj izrazile večje nezadovoljstvo ($M = 3,00$) kot moški ($M = 2,49$). Starostno gledano je ta zaznava (statistično značilno) najvišja v skupini 22–24 let (Tabela 19).

Tabela 19. Ocena telesne samopodobe: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »drži ali povsem drži« za celoten vzorec

Skupaj <i>M (SD)</i>	Drži ali povsem drži (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
Zadovoljen/-na sem s svojim fizičnim videzom (teža, postava).						
3,17 (1,17)	41,8	3,39 (1,13)	2,93 (1,16)	3,21 (1,21)	3,23 (1,15)	3,06 (1,14)
Občutek imam, da izgledam slabše kot izgleda povprečen vrstnik/-ica moje starosti.						
2,74 (1,36)	31,2	2,49 (1,32)	3,00 (1,35)	2,71 (1,42)	2,63 (1,29)	2,87 (1,35)

Med udeleženci je bil najpogosteje izražena skrb izgube nadzora nad prehranjevanjem, ki jo je navedlo 29,2 % anketiranih (Tabela 20). Sledijo vsiljive misli in strahovi, povezani s hrano in telesno težo (25,1 %) ter prepričanje, da so pretežki, čeprav jim drugi pravijo, da so presuhi (21,8 %). O nenadnih spremembah telesne teže v zadnjih treh mesecih je poročalo 16,6 % udeležencev, o namernem izzivanju bruhanja, uporabi odvajal, sredstev za hujšanje ali pretirani telesni vadbi pa 3,7 % udeležencev (Tabela 20).

Ženske udeleženke so pri vseh postavkah, z izjemo nenadne spremembe telesne teže, poročale o višji stopnji stisk v primerjavi z moškimi. Največja razlika je bila pri občutku izgube nadzora nad prehranjevanjem (39,3 % pri ženskah v primerjavi z 19,6 % pri moških) ter pri vsiljivih mislih in strahovih, povezanih s hrano in telesno težo (34,8 % pri ženskah; 16,1 % pri moških). Tudi prepričanje o debelosti kljub nasprotnim mnenjem drugih je izrazilo več žensk (25,7 %) kot moških (18,1 %).

Glede na starostne skupine se statistično značilne razlike kažejo pri postavki, da misli o hrani in telesu prevladujejo v njihovem življenju, kjer najvišje deleže izražajo najstarejši udeleženci (22–24 let) – 28,9 % jih je poročalo, da misli in strahovi, povezani s hrano in težo, pomembno vplivajo na njihovo življenje.

Tabela 20. Dosežki na lestvici SCOFF – vedenjski indikatorji tveganja za motnje hranjenja: porazdelitev in deleži za posamezne postavke po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Ali si namerno izzoveš bruhanje (ali uporabljaš odvajala, tablete za hujšanje ali izvajaš pretirano telesno aktivnost), ker se počutiš neprijetno poln/-a?	3,7	1,8	5,7	5,5	2,3	3,1
Ali te skrbi, da nimaš nadzora nad tem, koliko pojesh?	29,2	19,6	39,3	27,8	27,1	32,6
Si v zadnjih 3 mesecih izgubil/-a ali pridobil/-a več kot 6 kg?	16,6	17,2	15,8	16,9	16,3	16,5
Ali meniš, da si debel/a, čeprav ti drugi pravijo, da si presuh/a?	21,8	18,1	25,7	21,6	19,8	23,9
Ali misli in strahovi, povezani s hrano in telesno težo, prevladujejo v tvojem življenju?	25,1	16,1	34,8	25,3	21,3	28,9

Rezultati v Tabeli 21 prikazujejo porazdelitev doseženih točk na presejalni lestvici SCOFF. Večina sodelujočih (52,5 %) ni dosegla nobene točke, kar kaže na odsotnost zaskrbljujočih znakov. Približno petina (20,6 %) je dosegla 1 točko, medtem ko je 12,8 % doseglo 2 točki. Tveganje za motnje hranjenja je običajno večje pri tistih, ki dosežejo 2 ali več točk, kar velja za 26,9 % sodelujočih. Zmerno povišane vrednosti (3 ali 4 točke) je doseglo dodatnih 13,3 %, medtem ko je največje število točk (5) doseglo 0,8 % udeležencev.

Po spolu so se pokazale izrazite statistično značilne razlike. Moški so v večji meri poročali o odsotnosti simptomov - 60,7 % jih je doseglo 0 točk, medtem ko je ta delež pri ženskah znašal le 43,1 %. Nasprotno pa so ženske pogosteje dosegle višje rezultate: na primer, 17,2 % jih je doseglo dve točki (v primerjavi z 8,9 % moških), 13,6 % tri točke (moški: 5,8 %), in 1,1 % pet točk (moški: 0,4 %). Tudi aritmetična sredina doseženih točk (Tabela 22) je bila statistično značilno višja pri ženskah ($M = 1,19$; $SD = 1,30$) kot pri moških ($M = 0,72$; $SD = 1,12$), kar kaže na večjo izraženost simptomov, povezanih z motnjami hranjenja pri ženskah. Po starostnih skupinah razlike niso statistično značilne.

Tabela 21. Dosežki na lestvici SCOFF: število doseženih točk po spolu in starostnih skupinah

n = 963*

Dosežek	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
0	506 (52,5)	313 (60,7)	193 (43,1)	160 (51,1)	186 (58,5)	159 (48,5)
1	198 (20,6)	106 (20,5)	93 (20,8)	73(23,3)	58 (18,2)	67 (20,2)
2	123 (12,8)	46 (8,9)	77 (17,2)	41 (13,1)	30 (9,4)	52 (15,7)
3	91 (9,4)	30 (5,8)	61 (13,6)	23 (7,3)	31 (9,7)	37 (11,2)
4	38 (3,9)	19 (3,7)	19 (4,2)	12 (3,8)	10 (3,1)	16 (4,8)
5	8 (0,8)	2 (0,4)	5 (1,1)	4 (1,3)	3 (0,9)	0 (0,0)

*Pri postavkah na lestvici SCOFF smo vključili tudi možnost »Ne želim odgovoriti«. Analizirani numerus se tako nanaša na število oseb, za katere smo lahko izračunali dosežek na lestvici (torej brez tistih, ki niso želeli odgovoriti).

Tabela 22. Dosežki na lestvici SCOFF: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah

Skupaj <i>n</i> = 963 <i>M (SD)</i>	Moški <i>n</i> = 515 <i>M (SD)</i>	Ženske <i>n</i> = 447 <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>n</i> = 313 <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>n</i> = 318 <i>M (SD)</i>	22-24 let, <i>n</i> = 332 <i>M (SD)</i>
0,94 (1,23)	0,72 (1,12)	1,19 (1,30)	0,93 (1,22)	0,84 (1,22)	1,05 (1,23)

Interpretacija

Rezultati kažejo, da so vprašanja telesne samopodobe in vedenja, povezana z motnjami hranjenja, aktualna in razširjena problematika, zlasti pri mladih ženskah. Kljub temu da se 41,8 % udeležencev in udeleženk strinja, da so zadovoljni s svojim telesnim videzom, tretjina hkrati meni, da izgledajo slabše kot njihovi vrstniki oz. vrstnice. Ta razkorak je še posebej izražen med udeleženkami, ki so pri obeh trditvah izrazile več nezadovoljstva kot udeleženci moškega spola. Najstarejša starostna skupina (22–24 let) izstopa po bolj izrazitem občutku, da izgledajo slabše kot vrstniki, kar lahko odraža trajnejše ponotranjenje družbenih idealov videza.

Povečevanje vrednosti, ki jo mladi pripisujejo videzu, dodatno osvetljuje pritiske, povezane s telesno samopodobo. Po podatkih raziskave Mladina 2020 (Lavrič idr., 2021) je videz kot pomemben ali zelo pomemben označilo kar 71,5 % mladih, kar pomeni porast v primerjavi z letom 2000 (64 %).

Rezultati vprašalnika SCOFF, ki zaznava vedenjske znake tveganja za motnje hranjenja, kažejo, da udeleženci najpogosteje poročajo o občutku izgube nadzora nad prehranjevanjem (29,2 %), sledijo vsiljive misli in strahovi v zvezi s hrano (25,1 %) ter zaznava lastne prekomerne telesne teže kljub nasprotnim mnenjem drugih (21,8 %). Najredkeje poročano vedenje je bilo namerno izzivanje bruhanja ali uporaba drugih sredstev za hujšanje (3,7 %), ki pa kljub nizki pogostosti predstavlja klinično posebej pomemben opozorilni znak.

V vseh postavkah vprašalnika so se ženske izkazale kot izraziteje obremenjene. Po starostnih skupinah so se pokazale statistično značilne razlike le pri eni od šestih postavk: najstarejši udeleženci (22–24 let) so pogosteje poročali o prevladujočih mislih in skrbih glede telesne teže ter videza.

Seštevek 2 ali več točk na lestvici SCOFF pomeni povečano tveganje za motnjo hranjenja in potrebo po nadaljnji strokovni obravnavi. Ta seštevek je doseglo 26,9 % sodelujočih. Tveganje je bilo izraziteje prisotno med udeleženkami, kar potrjuje že znane trende o večji pojavnosti simptomov motenj hranjenja v ženski populaciji (Hudson idr., 2007).

Ker ugotovljena tveganja niso zanemarljiva, je vključevanje presejalnih orodij, kot je SCOFF, v preventivne programe in svetovalno delo v šolskih ter drugih okoljih lahko pomemben korak k zgodnejšemu prepoznavanju težav ter razvoju pravočasne in ciljno usmerjene podpore za mlade.

Duševne težave in iskanje pomoči

Diagnosticirane duševne težave in tveganja za samopoškodovalno vedenje

V raziskavi smo udeležencem zastavili tudi sklop vprašanj, ki se nanašajo na diagnosticirane duševne motnje, samopoškodovalno vedenje in samomorilnost. Najprej smo jih povprašali, ali jim je kdaj strokovnjak s področja duševnega zdravja (osebni zdravnik, psihiater, klinični psiholog) postavil diagnozo duševne motnje. Na to vprašanje so odgovarjali z da ali ne. Tisti, ki so odgovorili pritrdilno, so nato označili eno ali več vrst duševnih motenj, med ponujenimi možnostmi: depresija, anksioznost, motnje hranjenja (npr. anoreksija, bulimija), motnja pozornosti s hiperaktivnostjo (ADHD) in »drugo«, kjer so lahko sami dopisali diagnozo. V nadaljevanju so vsi udeleženci v primeru pritrdilnega odgovora na prejšnje vprašanje ocenili, ali trenutno doživljajo simptome dotične oz. dotičnih duševnih stisk.

V drugem sklopu smo se osredotočili na samopoškodovalno in samomorilno vedenje. Udeleženci so odgovarjali, ali so se v zadnjem letu namenoma samopoškodovali. Možni odgovori so bili: *da*, *ne* in *ne želim odgovoriti*, v primeru pritrdilnega odgovora pa so dodatno navedli pogostost samopoškodovanja (enkrat, 2–5-krat, več kot petkrat). Sledili sta še dve vprašanji o samomorilnosti: najprej, ali so v zadnjih 12 mesecih resno razmišljali o tem, da bi poskušali narediti samomor, nato pa še, ali so dejansko poskušali samomor izvesti. Tudi pri teh dveh vprašanjih so bili na voljo odgovori *da*, *ne* in *ne želim odgovoriti*.

Rezultati

14,6 % udeležencev je poročalo, da jim je bila s strani strokovnjaka postavljena vsaj ena diagnoza duševne težave, pri čemer so o tem statistično značilno pogosteje poročale udeleženke (17,0 %) kot udeleženci (12,5 %). Razlike so prisotne tudi med starostnimi skupinami: najnižji delež diagnosticiranih je med udeleženci, starimi 16–18 let (9,4 %), najvišji pa med 22–24-letniki (17,7 %) (Tabela 23).

Najpogosteje navedeni diagnozi sta bili depresija (8,2 %) in anksioznost (9,1 %). Tudi tukaj so ženske udeleženke (10,1 % za depresijo; 10,9 % za anksioznost) statistično značilno pogosteje poročale o teh težavah kot moški (6,4 % oziroma 7,3 %). Obenem je več kot polovica anketiranih z diagnozo depresije (60,8 %) in skoraj 78 % tistih z anksioznostjo poročalo, da trenutno doživljajo simptome teh motenj. Starostno gledano je depresija statistično značilno najpogostejša v skupini 22–24 let (11,0 %), anksioznost pa v skupini 19–21 let (12,8 %).

Motnje hranjenja so bile prisotne pri 3,9 % udeležencev, z izrazito razliko po spolu – 6,0 % žensk v primerjavi z 2,0 % moških; razlika po starostnih skupinah ni statistično značilna. Tudi tu je več kot 70 % oseb s to diagnozo poročalo o aktivnih simptomih v času raziskave. O motnjah pozornosti (npr. ADHD) je poročalo 2,6 % udeležencev, razlika med spoloma in starostnimi skupinami ni statistično značilna. Skoraj vse osebe z diagnozo pozornosti so navajale tudi trenutno prisotne simptome (88 %).

4 % sodelujočih je označilo kategorijo »drugo«, kjer so navedli različne duševne in tudi nevrološke motnje ter stanja. Med njimi so se večkrat pojavile motnje iz spektra obsesivno-kompulzivne motnje (obsesivno-kompulzivna motnja, OCD, OKM). Udeleženci so navajali tudi diagnoze mejne osebnostne motnje, vključno z dodatno prisotno odvisnostjo (mejna osebnostna motnja, mejna osebnostna motnja – nedokončna diagnoza, MOM, mejna osebnostna motnja z odvisnostjo). Med posameznimi navedbami so bili tudi avtizem, bipolarna motnja, shizoafektivna motnja, psihoza in shizofrenija. Navajali so tudi

specifična stanja, kot so funkcionalna motnja zaradi strahu pred anafilaktično reakcijo, transeksualizem, panični napadi, socialna anksioznost, perfekcionizem, pa tudi PTSM, travmatske izkušnje z zelo nizko samopodobo ter različne oblike odvisnosti, vključno z odvisnostjo od drog in psihoaktivnih substanc (odvisnost, odvisnost od prepovedanih drog, odvisnost od psihoaktivnih substanc). Poleg tega so navedli nespečnost in motnje spanja (motnje spanja, nespečnost, insomnija), izgorelost, lažjo depresijo in nedefinirano osebnostno motnjo.

O samopoškodovanju v zadnjih 12 mesecih je poročalo 9,1 % udeležencev, z izrazito razliko med spoloma: 13,9 % žensk in 4,6 % moških. Statistično značilnih razlik med starostnimi skupinami ni, se pa med njimi kaže pomembna razlika v pogostosti samopoškodovalnega vedenja. Skoraj polovica (60,8 %) tistih, ki so se samopoškodovali, je to storila več kot enkrat, 25,3 % pa več kot petkrat (Tabela 23).

13,6 % udeležencev je poročalo, da so v zadnjem letu razmišljali o samomoru, pri čemer ni bilo statistično značilnih razlik po spolu ali starosti. Med temi jih 14,2 % ($n = 20$) poroča o poskusu samomora (Tabela 23).

Tabela 23. Pojavnost diagnosticiranih duševnih težav in tveganj za samopoškodovalno vedenje: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Diagnoza ($n = 1059$)	155 (14,6%)	68 (12,5%)	87 (17,0%)	34 (9,4%)	59 (17,2%)	63 (17,7%)
Depresija	87 (8,2 %)	35 (6,4 %)	52 (10,1 %)	16 (4,4 %)	31 (9,1 %)	39 (11,0 %)
Trenutno doživlja simptome ($n = 87$)	53 (60,8%)	19 (54,3 %)	34 (65,4%)	13 (76,5%)	17 (54,8%)	22 (56,4%)
Anksioznost	96 (9,1 %)	40 (7,3 %)	56 (10,9 %)	17 (4,7 %)	44 (12,8 %)	35 (9,8 %)
Trenutno doživlja simptome ($n = 96$)	74 (77,7%)	27 (65,9 %)	47 (83,9 %)	15 (88,2 %)	31 (72,1 %)	27 (77,7%)
Motnje hranjenja	42 (3,9 %)	11 (2,0 %)	31 (6,0 %)	16 (4,4 %)	9 (2,6 %)	17 (4,8 %)
Trenutno doživlja simptome ($n = 42$)	31 (73,2%)	8 (72,7 %)	23 (74,2 %)	11 (68,8 %)	6 (66,7 %)	14 (82,4 %)
Motnje pozornosti	28 (2,6 %)	19 (3,5 %)	9 (1,8 %)	10 (2,8 %)	9 (2,6 %)	10 (2,8 %)
Trenutno doživlja simptome ($n = 28$)	25 (88,0%)	16 (84,2 %)	9 (90,0 %)	8 (80,0 %)	7 (77,8 %)	10 (100 %)
Drugo	43 (4,0 %)	19 (3,5 %)	23 (4,5 %)	7 (1,9 %)	11 (3,2 %)	24 (6,7 %)
Samo- poškodovanje	96 (9,1%)	25 (4,6 %)	71 (13,9 %)	40 (11,1 %)	31 (9,0 %)	25 (7,0 %)
Kolikokrat? ($n = 96$)	38 (39,3 %)	12 (48,0 %)	26 (36,6 %)	10 (25,0 %)	12 (38,7 %)	16 (64,0 %)
Enkrat	34 (35,5 %)	9 (36,0 %)	25 (35,2 %)	16 (40,0 %)	11 (35,5 %)	7 (28,0 %)
2-5x	24 (25,3 %)	4 (16,0 %)	20 (28,2 %)	14 (35,0 %)	8 (25,8 %)	2 (8,0 %)
Več kot 5x	144 (13,6 %)	63 (11,5 %)	82 (16,0 %)	49 (13,6 %)	51 (14,9 %)	44 (12,4 %)
Misel na						

samomor	%					
Poskus samomora (n = 144)	20 (14,2 %)	13 (20,6 %)	7 (8,5 %)	7 (14,3 %)	11 (21,2 %)	2 (4,5 %)

Za boljše razumevanje razkoraka med doživljanjem simptomov in dostopom do strokovne pomoči smo dodatno analizirali, koliko posameznikov brez postavljene diagnoze vseeno dosega visoke vrednosti na lestvici DASS-21 (Tabela 24). Ugotovili smo, da kar 17,6 % udeležencev brez diagnoze depresije poroča o simptomih, ki po lestvici DASS sodijo v kategorijo »hudih« ali »zelo hudih« simptomov depresije. Še izrazitejši je razkorak pri anksioznosti – med tistimi, ki nimajo postavljene diagnoze, jih 25,6 % dosega hudo ali zelo hudo stopnjo simptomov.

Ti rezultati nakazujejo, da del mladih kljub jasnemu doživljanju stisk ni vključen v formalno obravnavo. To lahko kaže na razkorak med subjektivnim doživljanjem in strokovno prepoznanim stanjem ali pa na ovire pri iskanju in dostopu do pomoči. Pri tem pa je treba poudariti, da lestvica DASS-21 temelji na samooceni in meri trenutno izraženost simptomov, ki so lahko prehodni ali situacijsko pogojeni. Zato je pri interpretaciji višjih rezultatov potrebna previdnost – ti ne pomenijo nujno klinične motnje, temveč signalizirajo večjo obremenjenost, ki lahko zahteva nadaljnjo podporo.

Tabela 24. Primerjava med diagnosticiranimi duševnima težavama (depresija in anksioznost) ter uvrstitvijo v kategorije na lestvici DASS-21

Kategorije po DASS	Diagnosticirana duševna motnja:			
	depresija		anksioznost	
	Da (%)	Ne (%)	Da (%)	Ne (%)
Normalna	11 (12,6 %)	479 (49,3 %)	20 (21,1 %)	450 (46,7 %)
Blaga	11 (12,6 %)	127 (13,1 %)	1 (1,1 %)	83 (8,6 %)
Zmerna	14 (16,1 %)	194 (20,0 %)	17 (17,9 %)	183 (19,0 %)
Huda	22 (25,3 %)	96 (9,9 %)	12 (12,6 %)	90 (9,3 %)
Zelo huda	29 (33,3 %)	75 (7,7 %)	45 (47,4 %)	157 (16,3 %)

Samoprepoznane duševne težave

V raziskavi nas je zanimalo tudi, v kolikšni meri mladi pri sebi prepoznavajo znake duševnih stisk, čeprav nimajo postavljene uradne diagnoze. Samoprepoznava duševnih težav oziroma zaznavanje lastnih simptomov brez strokovne potrditve je v sodobnem času vse pogostejši pojav, kar lahko razumemo kot del širšega kulturnega premika v smeri t. i. terapevtske kulture (therapy culture) – družbenega trenda, kjer psihološki diskurzi prežemajo vsakdanje razumevanje sebstva, odnosov in težav (Furedi, 2004). V tem kontekstu se je razširila tudi raba t. i. terapevtskega govora (therapy talk), ki vključuje izraze, kot so anksioznost, travma, disociacija, čustvene meje ipd., pogosto tudi brez klinične osnove (Illouz, 2008; Rose, 1999).

Samoopredeljevanje duševnih težav lahko pomeni večjo psihološko pismenost in pripravljenost za pomoč, hkrati pa odpira vprašanja o možnosti pretirane psihologizacije vsakdanjih izkušenj ter nadomeščanja strokovne ocene z internetnimi viri, vplivneži ali lastnimi interpretacijami.

Udeleženci so odgovorili tudi na vprašanje: »Ali si kdaj sam/-a pri sebi prepoznal/-a simptome, ki bi lahko nakazovali na prisotnost duševne težave, brez uradne diagnoze s strani strokovnjaka?« Možna odgovora sta bila *da* in *ne*.

Rezultati

40,4 % jih je odgovorilo, da so sami pri sebi prepoznali simptome, ki bi lahko nakazovali na prisotnost duševne težave, brez uradne diagnoze s strani strokovnjaka – torej so se sami prepoznali kot osebe s potencialnimi težavami v duševnem zdravju (t. i. samo-diagnoza) (Tabela 25).

Med udeleženci, ki so pri sebi prepoznali duševne težave brez uradne diagnoze, so najpogosteje poročali o anksioznosti (23,5 % vseh udeležencev), depresiji (18,3 %), sledile so motnje pozornosti (14,0 %) in motnje hranjenja (9,4 %), medtem ko je 6,4 % udeležencev navedlo druge težave (samonavedbe).

Med tistimi, ki so prepoznali pri sebi katero koli težavo, je bilo statistično značilno več žensk (51,9 %) v primerjavi z moškimi (29,7 %). Spolne razlike so bile statistično značilne pri dveh duševnih težavah: anksioznost je pogosteje navedlo 64,3 % žensk v primerjavi z 48,1 % moških, motnje hranjenja pa 27,1 % žensk v primerjavi z 16,7 % moških.

Glede na starost so se statistično značilne razlike pokazale le pri anksioznosti, ki so jo najpogosteje navajali najstarejši udeleženci (22–24 let: 65,8 %), sledijo srednje stari (19–21 let: 58,3 %) in najmlajši (16–18 let: 49,2 %).

Tabela 25. Pojavnost samoprepoznanih duševnih težav in tveganj: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Samo-diagnoza	428 (40,4%)	162 (29,7%)	266 (51,9%)	131 (36,3%)	139 (40,6%)	158 (44,4%)
Depresija n = 428	194 (18,3 %)	66 (40,7 %)	128 (48,1 %)	68 (52,3 %)	64 (45,7 %)	62 (39,2 %)
Anksioznost n = 428	249 (23,5 %)	78 (48,1 %)	171 (64,3 %)	64 (49,2 %)	81 (58,3 %)	104 (65,8 %)
Motnje hranjenja n = 428	99 (9,4 %)	27 (16,7 %)	72 (27,1 %)	39 (29,8 %)	31 (22,3 %)	30 (19,0 %)
Motnje pozornosti n = 428	148 (14,0 %)	64 (39,5 %)	69 (25,9 %)	39 (29,8 %)	50 (36,0 %)	44 (27,8 %)
Drugo	68					

Tematska analiza samonavedb samoprepoznanih duševnih težav

Odgovore tistih, ki so navedli drugo samoprepoznano duševno težavo, smo vsebinsko razvrstili v naslednje kategorije:

- Avtizem in spekter avtističnih motenj (*autism, avtizem*)
- Obsesivno-kompulzivne motnje (*OCD, obsesivna kompulzivna motnja, OKM*)

- Mejna osebnostna motnja (*BPD, borderline personality disorder*)
- Bipolarna motnja
- Post-travmatska stresna motnja / travma / disociativne motnje (*PTSD, travma, disociativne motnje*)
- Fobije in panične motnje (*fobija, fobija povezana s spolnostjo, paničnost, panični napadi*)
- Samopoškodovanje / nizka samopodoba / sram / socialna anksioznost
- Alkoholizem
- Transspolnost
- Izrazito individualizirani izrazi ali neklasificirane težave (*ne funkcioniranje v pogovoru, zacetek psihoze, paranoja, manic-love disorder, prividi, manjvrednostni kompleks, osamljenost*)

Interpretacija

Rezultati kažejo, da pomemben delež mladih poroča tako o strokovno diagnosticiranih duševnih motnjah kot o samoprepznanih težavah brez uradne potrditve. Skoraj vsak sedmi udeleženec (14,6 %) je navedel, da ima vsaj eno strokovno postavljeno diagnozo. Pri tem so se pokazale statistično značilne razlike po spolu in starosti: ženske so pogosteje poročale o diagnozi kot moški (17,0 % v primerjavi z 12,5 %), prav tako je bil delež najvišji v starostni skupini 22–24 let (17,7 %) in najnižji v skupini 19–21 let (9,4 %).

Te razlike najverjetneje odražajo preplet več dejavnikov, med njimi večjo pripravljenost mladih žensk za iskanje pomoči, večjo prepoznavnost simptomov v kasnejšem obdobju mladosti ter sistemske razlike v dostopu, prepoznavanju in obravnavi duševnih težav.

Najpogostejši poročani uradni diagnozi sta bili depresija (8,2 %) in anksioznost (9,1 %), z izrazitim deležem tistih, ki v času raziskave poročajo o prisotnih simptomih (60,8 % pri depresiji in 77,7 % pri anksioznosti). Udeleženci so pod kategorijo »drugo« dodatno navajali širok spekter težav, vključno z obsesivno-kompulzivno motnjo, mejno osebnostno motnjo, motnjami spanja, paničnimi napadi, avtizmom, psihozami in raznovrstnimi oblikami odvisnosti. Rezultati nakazujejo na pomemben delež mladih z dolgotrajnimi ali ponavljajočimi se psihološkimi težavami, kar lahko vpliva na šolsko uspešnost, odnose in splošno kakovost življenja (Kessler idr., 2005; Patel idr., 2007; WHO, 2021a).

Delež poročanega samopoškodovalnega vedenja med udeleženci je zaskrbljujoč: 9,1 % udeležencev se je v zadnjih 12 mesecih namenoma poškodovalo, pri čemer je bilo to vedenje več kot trikrat pogostejše pri ženskah (13,9 %) kot moških (4,6 %). Skoraj dve tretjini teh udeležencev se je samopoškodovalo več kot enkrat, vsak četrti pa več kot petkrat – najpogosteje med najmlajšimi (16–18 let). Samopoškodbe so običajno povezane z notranjo stisko, občutki nemoči, sramu ali osamljenosti in lahko predstavljajo pomemben napovedni dejavnik samomorilnega vedenja (npr. Nock, 2010).

Tudi samomorilne misli so med mladimi prisotne v zaskrbljujočem obsegu – o njih je poročalo 13,6 % udeležencev, pri čemer je skoraj vsak sedmi med njimi ($n = 20$) samomor tudi poskušal izvesti. Čeprav po spolu in starosti nismo zaznali statistično značilnih razlik, ti podatki razkrivajo pomemben, pogosto neviden del duševnega trpljenja.

40,4 % vseh udeležencev poroča, da pri sebi prepozna simptome duševnih stisk, čeprav nimajo uradne diagnoze. Ženske so o tem poročale pogosteje kot moški udeleženci, kar lahko nakazuje na večjo

občutljivost za notranje duševne procese, večjo pripravljenost za refleksijo in izražanje čustvenih stanj ali pa na nižjo stigmo glede prepoznavanja duševnih težav.

Najpogosteje navedene samoprepoznane duševne težave so bile anksioznost (23,5 %), depresija (18,3 %), motnje pozornosti (14 %) in motnje hranjenja (9,4 %); 6,4 % udeležencev pa je navedlo druge duševne težave. V samonavedbah so se pojavljale obsesivno-kompulzivne motnje, mejna osebnostna motnja, ADHD, avtizem in različna stanja, povezana s travmo. Spolne razlike so se izrazito pokazale pri anksioznosti in motnjah hranjenja, oboje so med samoprepoznanimi duševnimi težavami pogosteje navajale ženske kot moški. Z naraščajočo starostjo se krepí (samo)prepoznavanje anksioznosti, kar je lahko povezano z večjo introspektivno zrelostjo, poglobljenim razumevanjem lastnih čustvenih stanj in vse večjimi življenjskimi zahtevami, ki spremljajo prehod v odraslost.

Samoprepoznane duševne težave lahko kažejo na večjo ozaveščenost glede duševnega zdravja, a hkrati jih je smiselno razumeti v kontekstu t. i. terapevtske kulture (Furedi, 2004; Illouz, 2008). Psihološki pojmi so postali del vsakdanjega jezika in identitetne konstrukcije. V nekaterih primerih so lahko tudi posledica zavajajočih informacij s spleta ali vpliva družbenih omrežij. Rezultate vidimo kot opomnik, da je treba mladim zagotoviti kakovostne, strokovno podprte in varne podporne sisteme, kjer se lahko z (resnično) duševno stisko soočijo pravočasno in brez stigme, hkrati pa dostop do preverjenih strokovnih informacij.

Primerjava rezultatov z nacionalno raziskavo iz leta 2019 (Kuhar idr., 2019), ki je zajela reprezentativen vzorec 4.847 odraslih prebivalcev Slovenije (starih 18–75 let), kaže na razlike v poročanju o duševnih motnjah in samomorilnosti. Medtem ko je bilo leta 2019 o vsaj eni duševni diagnozi poročanje prisotno pri 21,7 % vzorca, je bil ta delež v tej aktualni raziskavi opazno nižji – približno 15 %. Posebej izrazita je razlika pri diagnozi depresije: 12,4 % v vzorcu 18-75-letnikov leta 2019 v primerjavi z 8,2 % med mladimi udeleženci dane raziskave. Podoben delež poročanja je bil opažen pri anksioznosti (9,8 % v letu 2019; 9,1 % v aktualni raziskavi pet let kasneje in na vzorcu zgolj mladih). Razlike se kažejo tudi pri samomorilnih mislih in vedenju. V raziskavi iz leta 2019 je 16,3 % udeležencev poročalo o resnih mislih na samomor, v primerjavi s 13,6 % mladih udeležencev v letu 2024 – to je nekoliko manj, a še vedno zaskrbljujoč delež. Čeprav delež udeležencev naše raziskave, ki poročajo o poskusu samomora (1,9 %), nižji od tistega pri 18-75-letnikih v letu 2019 (7,5 %), pa podatek, da je to storila kar skoraj sedmina (14,2 %) tistih, ki so razmišljali o samomoru, opozarja na posebno ranljivost 16-24-letnikov in nujnost pravočasnih, celostnih preventivnih ukrepov.

Rezultati kažejo, da pomemben delež mladih doživlja psihološke obremenitve, ki presegajo zgolj prehodne težave in lahko vplivajo na vsakdanje delovanje. To poudarja potrebo po celostnem pristopu k duševnemu zdravju, ki presega zgolj klinično diagnostiko in vključuje tudi zgodnje prepoznavanje težav, podporo posameznikom brez uradnih diagnoz, zmanjševanje stigme ter spodbujanje odprtega pogovora o duševnem počutju. Posebno pozornost terjajo razlike med spolnimi in starostnimi skupinami, saj se duševne težave izražajo različno in zahtevajo prilagojene oblike odziva. Ključni koraki vključujejo dostopne in varne oblike pomoči, krepitev preventivnih programov ter vzpostavljanje okolij, kjer je pogovor o duševnih stiskah sprejet kot normalen del skrbi za dobrobit. Pri tem imajo pomembno vlogo tudi odrasli in vrstniki – kot tisti, ki lahko prvi prepoznajo stisko in ponudijo podporo, ki mladim pomaga ostati v stiku z okoljem in samim seboj.

Iskanje strokovne pomoči in razmišljanje o njej

Obdobje adolescence in prehoda v odraslost pogosto spremljajo duševne stiske, ki so del razvojnih izzivov in življenjskih prehodov. Čeprav se ozaveščenost o pomenu duševnega zdravja povečuje, mladi še vedno poročajo o številnih ovirah pri dostopanju do strokovne podpore – ki vključujejo tako individualne dejavnike (npr. sram, dvom vase ali zadržanost), pa tudi strukturne in sistemske prepreke, med njimi slabo dostopnost storitev, pomanjkanje informiranosti in stigmo (Rickwood idr., 2007; Gulliver idr., 2010). Raziskovanje izkušenj mladih s prejeto pomočjo, pa tudi razlogov tistih, ki pomoči kljub zaznam težavam niso poiskali, odpira pomemben vpogled v dinamiko sodobnega razumevanja pomoči in preprek na poti do nje.

Ob tem pa velja poudariti, da večina mladih s stiskami ne potrebuje specialistične pomoči, temveč bi zadostovala krepitev varovalnih dejavnikov v vsakdanjih okoljih mladih, kot so šola, vrstniške skupine in lokalna skupnost (Mikuš Kos, 2024). V teh kontekstih preživijo mladi večino časa, zato imajo prav tam največ možnosti, da dobijo podporo, ki je pravočasna, sprejemajoča in varna. Vzpostavljanje odnosov, ki temeljijo na zaupanju, pogovoru, razumevanju in sočutju, lahko pomembno prispeva k zmanjševanju tveganj, pa tudi h krepitvi rezilientnosti, ko se pojavijo stiske.

V tem sklopu so udeleženci odgovarjali na vprašanja o svojih izkušnjah z iskanjem terapevtske ali svetovalne pomoči v zadnjih 12 mesecih. Najprej smo jih vprašali, ali so v tem obdobju koristili storitve s področja duševnega zdravja, kot so psihoterapija, psihiatrično zdravljenje ali svetovalna podpora (npr. pomoč šolskega svetovalnega delavca, terapevta, psihologa ali psihiatra). Najprej so označili, ali so v zadnjem letu takšno pomoč poiskali (odgovora: da / ne). Tisti, ki so pomoč koristili, so nato ločeno ocenili pogostost obiskov v okviru brezplačnih storitev (npr. javno zdravstvo, šola, nevladne organizacije) in samoplačniških storitev. Za obe kategoriji so imeli na voljo enake možnosti: 1- do 3-krat, 4- do 10-krat, več kot 10-krat. Če udeleženci tovrstne pomoči niso imeli, so dodatno odgovorili, ali so o tem razmišljali, a se iz različnih razlogov zanjo niso odločili.

V nadaljevanju smo udeležence povprašali še, ali so bili kdaj hospitalizirani zaradi težav, povezanih z duševnim zdravjem, ter ali trenutno jemljejo zdravilo za podporo duševnemu zdravju, ki jim ga je predpisal psihiater ali osebni zdravnik.

V raziskavi smo oblikovali lastno vprašanje, s katerim smo želeli ugotoviti, kateri dejavniki udeležencem otežujejo ali jih odvrčajo od iskanja terapevtske pomoči. Vprašanje se je glasilo: »Kateri dejavniki so te odvrnili ali ti trenutno otežujejo iskanje terapevtske pomoči?« Udeleženci so ocenjevali vpliv osmih možnih dejavnikov na likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo "nič ne vpliva", 5 pa "zelo vpliva". Ponujeni dejavniki so zajemali tako notranje ovire (npr. občutek sramu ali nelagodja, zadržanost pri deljenju osebnih težav) kot zunanje sistemske ovire (npr. stroški, dolge čakalne dobe, geografska dostopnost). Vključena sta bila tudi vidik informiranosti (npr. pomanjkanje informacij, nejasnost glede ustrezne oblike terapije) ter zaskrbljenost glede zasebnosti (zabeležba podatkov v zdravstveni kartoteki).

Rezultati

Skoraj petina udeležencev (18,7 %) je poročala, da je v zadnjem letu koristila terapevtske ali svetovalne storitve. Pri tem so se pokazale statistično značilne razlike med starostnimi skupinami, ne pa tudi po spolu. Najvišji delež uporabnikov svetovalnih ali terapevtskih storitev je bil v starostni skupini 22–24 let,

kjer je pomoč koristilo 24,3 % udeležencev. Sledili so 19–21-letniki z 18,2 %, medtem ko je bil delež najnižji pri najmlajših, 16–18-letnikih, kjer je storitve koristilo 11,6 % udeležencev (Tabela 26).

Med tistimi, ki so poročali o rabi brezplačnih terapevtskih ali svetovalnih storitev, jih je 53,2 % imelo 1 do 3 obiske; 28,8 % jih je imelo 4 do 10 obiskov; 18,1 % pa več kot 10 obiskov (Tabela 26).

Med udeleženci, ki so koristili samoplačniške terapevtske ali svetovalne storitve, jih je 64,6 % imelo 1 do 3 obiske; 13,1 % jih je imelo 4 do 10 obiskov, 22,3 % pa več kot 10 obiskov. Razlike po spolu in starostnih skupinah niso bile statistično značilne (Tabela 26).

Pri brezplačnih storitvah so ženske v večji meri poročale o pogostejšem in intenzivnejšem koriščenju: 29,9 % jih je pomoč prejelo več kot 10-krat, medtem ko je bilo takih med moškimi 4,4 %. Pri samoplačniških storitvah ni bilo statistično značilnih razlik. Razlike med starostnimi skupinami niso značilne niti za samoplačniške niti za plačljive storitve (Tabela 26).

Poleg tistih, ki so že koristili tovrstne storitve, jih je 28,8 % poročalo, da so v zadnjem letu razmišljali o tem, da bi poiskali terapevtsko ali svetovalno pomoč, a tega niso storili. Pri tem so bile zaznane statistično značilne razlike po spolu: o neudejanjenem iskanju pomoči je poročalo 41,2 % žensk v primerjavi z 17,8 % moških. Statistično značilne razlike so bile prisotne tudi glede na starostne skupine. Najpogosteje so o razmišljanju o iskanju pomoči poročali udeleženci v starostni skupini 22–24 let (36,3 %), sledili so 19–21-letniki (29,0 %) in najredkeje 16–18-letniki (22,3 %).

Tabela 26. Koriščenje terapevtskih in svetovalnih storitev: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Koriščenje terapevtskih ali svetovalnih storitev v zadnjih 12 mesecih						
	198 (18,7 %)	91 (16,7 %)	107 (20,9 %)	42 (11,6 %)	71 (20,7 %)	86 (24,2 %)
Kolikokrat brezplačne terapevtske ali svetovalne storitve (n = 198)						
1- do 3-krat	105 (53,2 %)	56 (61,5 %)	49 (45,8 %)	19 (45,2 %)	33 (47,1 %)	53 (61,6 %)
4- do 10-krat	57 (28,8 %)	31 (34,1 %)	26 (24,3 %)	11 (26,2 %)	22 (31,4 %)	24 (27,9 %)
Več kot 10-krat	36 (18,1 %)	4 (4,4 %)	32 (29,9 %)	12 (28,6 %)	15 (21,4 %)	9 (10,5 %)
Kolikokrat samoplačniške terapevtske ali svetovalne storitve (n = 198)						
1- do 3-krat	128 (64,6 %)	64 (70,3 %)	64 (59,8 %)	25 (61,0 %)	46 (65,7 %)	57 (65,5 %)
4- do 10-krat	26 (13,1 %)	8 (8,8 %)	18 (16,8 %)	8 (19,5 %)	7 (10,0 %)	11 (12,6 %)
Več kot 10-krat	44 (22,3 %)	19 (20,9 %)	25 (23,4 %)	8 (19,5 %)	17 (24,3 %)	19 (21,8 %)
Razmišljanje o iskanju terapevtske ali svetovalne pomoči (n = 861)						
	248 (28,8 %)	81 (17,8 %)	167 (41,2 %)	71 (22,3 %)	79 (29,0 %)	98 (36,3 %)

Zdravila v podporo duševnemu zdravju, predpisana s strani osebnega zdravnika ali psihiatra, je v zadnjem letu jemalo 5,3 % udeležencev, med njimi so ženske (6,6 %) statistično značilno pogosteje poročale o jemanju zdravil kot moški (3,8 %). Razlike po starostnih skupinah niso bile statistično značilne (Tabela 27).

Tudi pri hospitalizaciji zaradi duševnega zdravja, ki jo je navedlo 4,9 % udeležencev, so bile razlike statistično značilne po spolu – 6,4 % žensk v primerjavi s 3,3 % moških je poročalo, da so že bile zaradi duševnih težav hospitalizirane. Razlike po starostnih skupinah niso bile statistično značilne (Tabela 27).

Tabela 27. Hospitalizacija in jemanje zdravil: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah

Hospitalizacija zaradi težav, povezanih z duševnim zdravjem						
	51 (4,9 %)	18 (3,3 %)	33 (6,4 %)	13 (3,6 %)	15 (4,4 %)	24 (6,7 %)
Jemanje zdravil(a) v podporo duševnemu zdravju, predpisano s strani psihiatra ali osebnega zdravnika						
	56 (5,3%)	21 (3,8%)	34 (6,6%)	14 (3,94%)	17 (5,0 %)	25 (7,0 %)

Na vprašanje, kateri dejavniki udeležencem otežujejo ali so jih odvrnili od iskanja terapevtske pomoči, je odgovorilo 248 udeležencev (23,4 % celotnega vzorca). Z najvišjo povprečno oceno so bili ocenjeni stroški terapije ($M = 3,65$; $SD = 1,54$), kar je kot vplivno ali zelo vplivno označilo 60,5 % vprašanih. Sledile so ovire pomanjkanje informacij o kakovostnih terapevtskih storitvah ($M = 3,16$; $SD = 1,44$; 46,1 %), nejasnost glede najprimernejše vrste terapije ($M = 3,14$; $SD = 1,41$; 42,4 %) ter zadržek oziroma skrb pred deljenjem osebnih težav ($M = 2,99$; $SD = 1,35$; 42,8 %). Ovira dolge čakalne dobe je imela povprečno oceno $M = 2,88$ ($SD = 1,45$), 36,5 % udeležencev pa jo je ocenilo kot vplivno ali zelo vplivno. Občutek sramu ali nelagodja ob misli na iskanje pomoči je dosegel povprečje $M = 2,63$ ($SD = 1,34$), z 27,0 % deležem višjih ocen. Nižje povprečne ocene so imeli dejavniki zaskrbljenost glede zabeleže podatkov na zdravstveni kartici ($M = 2,46$; $SD = 1,40$; 25,8 %) in omejitve zaradi lokacije ($M = 2,26$; $SD = 1,34$; 20,1 %) (Tabela 28).

Spolne razlike so se statistično značilno izrazile pri več zaznanih ovirah za iskanje terapevtske pomoči. Ženske so stroške terapije ocenile kot bolj vplivno oviro ($M = 3,82$) v primerjavi z moškimi ($M = 3,31$), podobno pa tudi dolge čakalne dobe ($M = 3,12$ pri ženskah; 2,40 pri moških), pomanjkanje informacij o kakovostnih storitvah ($M = 3,36$ vs. 2,75), zaskrbljenost glede zabeleže podatkov na zdravstveni kartici ($M = 2,70$ vs. 1,97) ter omejitve zaradi lokacije oziroma pomanjkanje storitev v okolici ($M = 2,49$ pri ženskah; 1,79 pri moških).

Tudi po starostnih skupinah se kažejo razlike pri zaznanih ovirah za iskanje terapevtske pomoči. Udeleženci v starostni skupini 22–24 let so ovire v povprečju ocenjevali višje kot mlajše skupine, pri stroških terapije ($M = 4,13$), pomanjkanju informacij o kakovostnih storitvah ($M = 3,54$), čakalnih dobah ($M = 3,13$) ter nejasnosti glede izbire primerne vrste pomoči ($M = 3,13$). Najnižje povprečne ocene za te ovire so podali najmlajši udeleženci (16–18 let).

Tabela 28. Dejavniki, ki otežujejo iskanje terapevtske pomoči: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »vpliva ali zelo vpliva« za celoten vzorec

Skupaj	Vpliva ali zelo vpliva (%)	Moški $M (SD)$ n = 81	Ženske $M (SD)$ n = 167	16-18 let $M (SD)$ n = 71	19-21 let $M (SD)$ n = 79	22-24 let $M (SD)$ n = 98
Občutek sramu ali nelagodja ob misli na iskanje pomoči	27,0	2,83 (1,34)	2,53 (1,36)	2,70 (1,40)	2,68 (1,39)	2,53 (1,27)
Zadržek oz. skrb, da bi delil/a svoje osebne težave	42,8	3,00 (1,24)	2,98 (1,40)	3,00 (1,41)	3,06 (1,34)	2,93 (1,32)

Stroški terapije						
3,65 (1,54)	60,5	3,31 (1,64)	3,82 (1,46)	3,13 (1,54)	3,53 (1,64)	4,13 (1,31)
Pomanjkanje informacij o kakovostnih terapevtskih storitvah						
3,16 (1,44)	46,1	2,75 (1,40)	3,36 (1,42)	2,68 (1,28)	3,11 (1,48)	3,54 (1,42)
Dolge čakalne dobe						
2,88 (1,45)	36,5	2,40 (1,25)	3,12 (1,48)	2,47 (1,40)	2,95 (1,42)	3,13 (1,46)
Nejasnost glede najprimernejše vrste terapije za moje težave						
3,14 (1,41)	42,4	2,83 (1,43)	3,29 (1,37)	2,90 (1,35)	2,95 (1,40)	3,13 (1,40)
Omejitve zaradi lokacije (npr. pomanjkanje teh storitev v moji okolici)						
2,26 (1,34)	20,1	1,79 (1,11)	2,49 (1,39)	2,29 (1,34)	2,17 (1,38)	2,32 (1,32)
Zaskrbljenost, da bodo moji podatki zabeleženi na moji zdravstveni kartici						
2,46 (1,40)	25,8	1,97 (1,12)	2,70 (1,46)	2,61 (1,48)	2,39 (1,37)	2,42 (1,38)

Tematska analiza samonavedenih ovir pri iskanju terapevtske pomoči

Skupno 30 udeležencev (neutežen podatek) je pod možnost »drugo« navedlo dodatne razloge, ki jim otežujejo ali so jim oteževali iskanje terapevtske pomoči. Na podlagi prostih odgovorov smo identificirali več vrst ovir, ki otežujejo iskanje terapevtske pomoči. V nadaljevanju jih predstavljamo po tematskih sklopih.

Najbolj pogoste so bile družinske in socialne ovire, kot so strah pred odzivom staršev, občutek sramu ali stigma doma. Prisotne so bile tudi notranje ovire, povezane z občutkom, da bi morali težave rešiti sami, dvomom v upravičenost svojih stisk ali nizko samovrednotenje. Nekateri so navajali negativne izkušnje s terapevtsko pomočjo v preteklosti, drugi pa čustvene zadržke, kot so nelagodje, nezaupanje in strah, da ne bi znali izraziti svojih težav. Med navedbami so bile tudi časovne in praktične ovire, predvsem zaradi študijskih in finančnih obremenitev, ter nizka motivacija ali občutek, da jim pomoč trenutno ni potrebna. Nekateri so izpostavili tudi specifične pomisleke glede dostopnosti, kot sta potreba po terapiji na daljavo ali strah, da jih terapevt ne bi razumel.

Družinske in socialne ovire (stigma, strah pred odzivom bližnjih)

- *»Starši mi ne bi dovolili, ne bi verjeli, da to potrebujem.«*
- *»Sram pred starši.«*
- *»Da bi moji starši vedeli, da nisem okej.«*
- *»Starši, ki mislijo, da je vse samo v moji glavi in bo šlo stran.«*
- *»Reakcija drugih, ko bi izvedeli za mojo terapijo.«*
- *»Starši.«*
- *»Kako naj povem staršem, da želim iti k terapevtu ... ker nismo komunikativni, na globlji ravni, med sabo.«*

Notranja prepričana o samozadostnosti in dvom v upravičenost pomoči

- *»Bila sem vzgojena, da verjamem, da lahko vse storim sama.«*
- *»Mislim, da drugi potrebujejo to bolj kot jaz.«*
- *»Ne potrebujem je – za zdaj lahko sam prenašam svoje probleme :)«*
- *»Mislim, da nimam dovolj dobrega razloga, da se tako počutim.«*
- *»Misel, da terapevta ne rabim.«*
- *»Nisem prepričana, da je sploh kaj narobe z mano.«*

Pretekle slabe izkušnje s terapevtsko pomočjo

- *»Slabe izkušnje v preteklosti.«*
- *»Moja psihoterapevtka mi je povedala, da mi ne more pomagati, ker že vem, kaj je narobe.«*
- *»To, da bi mi samo predpisali zdravila in popolnoma brez pogovorov.«*

Čustvene ovire: sram, nelagodje, nezaupanje

- *»Da mi noben ne bi verjel.«*
- *»Da se ne bi imela na koncu o čem pogovarjati na terapiji.«*
- *»Zaupanje.«*

Časovne in logistične ovire

- *»Pomanjkanje časa zaradi študija.«*
- *»Pomanjkanje časa zaradi študijskih obveznosti in službe (kamor zaradi finančnih težav moram hoditi).«*
- *»Pomanjkanje časa.«*

Nizka motivacija in dvom v trenutno potrebo po pomoči

- *»Trenutno ne.«*
- *»Zdi se mi, da je (trenutno) ne potrebujem več.«*
- *»Volja.«*
- *»Motivacija.«*

Pomisleki glede dostopnosti in oblike terapevtske pomoči

- *»Da se ne bom mogla pogovarjati z terapevtom ali da me ne bo razumel.«*
- *»Želim si terapijo na daljavo.«*

Interpretacija

Pomemben delež udeležencev (18,7 %) je v zadnjem letu iskal terapevtsko ali svetovalno pomoč, pri čemer je večina imela le 1–3 obiske. Vendar pa se je pokazal tudi manjši, a klinično pomemben delež udeležencev z dolgotrajnejšo obravnavo: več kot 10 obiskov je navedlo 18,1 % tistih, ki so koristili brezplačne storitve, in 22,3 % tistih, ki so plačevali samoplačniško, kar nakazuje na potrebo po vzpostavljanju bolj dostopnih in trajnostnih oblik podpore. To je še posebej pomembno v kontekstu mladih, katerih stiske lahko trajajo dlje časa, a pogosto ostanejo prekinjene zaradi finančnih ali sistemskih omejitev.

Še posebej pomemben je podatek, da je kar 28,8 % udeležencev poročalo, da so resno razmišljali o iskanju pomoči, a se zanj niso odločili, kar potrjuje obstoj pomembne vrzeli med zaznano potrebo in dejanskim iskanjem pomoči.

Pri tem so se pokazale statistično značilne spolne razlike: ženske udeleženke so pogosteje razmišljale o iskanju pomoči, kar je v skladu z obstoječo literaturo (npr. Gulliver idr., 2010; Rickwood idr., 2007). To lahko odraža vpliv tradicionalnih družbenih norm moškosti, kot so poudarjena samostojnost, čustvena zadržanost ter doživljanje iskanja pomoči kot znaka šibkosti.

Podatki o hospitalizaciji (4,9 %) in jemanju zdravil (5,3 %) prav tako opozarjajo, da imajo nekatere stiske značilnosti resnih, klinično obravnavanih duševnih motenj. Tudi tukaj je večji delež hospitalizacij in zdravljenja z zdravili zaznan pri udeleženkah, kar je lahko posledica večjega izražanja stisk, odločitve za obravnavo ali pogostejše obravnavanosti znotraj sistema.

Pri mladih, ki razmišljajo o iskanju pomoči, je ključno razumeti razloge, zakaj tega koraka ne izvedejo. Med najpogosteje navedenimi ovirami so bili stroški terapije, pomanjkanje informacij, nejasnost glede izbire ustrezne oblike pomoči, zadržki pri razkrivanju osebnih težav ter občutek sramu ali strah, da bi družina ali širša okolica izvedela za njihove stiske. V prostih odgovorih so udeleženci poudarili tudi vpliv družinskih prepričanj (npr. o tem, da se težave rešuje znotraj družine ali da je iskanje pomoči znak šibkosti), dvome o upravičenosti svojih težav, negativne izkušnje s prejšnjo terapevtsko obravnavo, časovne omejitve in nizko motivacijo.

Rezultati nakazujejo, da duševne stiske med mladimi pogosto ostajajo neprepoznane, nezdravljene ali prekinjene v zgodnjih fazah, čeprav bi mnoge potrebovale (dolgotrajnejšo) obravnavo.

Dostop do kakovostne pomoči je eden od pomembnih dejavnikov varovanja duševnega zdravja. Pomembno je, da različne oblike pomoči – od informiranja in svetovanja do psihoterapije – postanejo bolj dostopne, še posebej za tiste mlade, ki se soočajo z dolgotrajnejšimi ali intenzivnejšimi težavami. Vendar je hkrati treba poudariti, da vsi mladi v stiski ne potrebujejo nujno strokovne obravnave. Pogosto zadostuje odnos z osebo, ki zna prisluhniti, ponuditi sprejetost in pomagati osmisliti doživljanje. Mikuš Kos (2024) opozarja, da so ključne potrebe mladih pogosto povezane z občutkom varnosti, čustvene bližine in smisla – in ne nujno z diagnostičnimi oznakami ali specialistično obravnavo. Zato morajo biti prizadevanja za izboljšanje duševnega zdravja mladih usmerjena tako v razvoj dostopnih oblik pomoči kot tudi v krepitev razumevanja, sočutja in povezanosti znotraj družin, šol in skupnosti.

Le s prepletom preventivnih pristopov, pravočasnega prepoznavanja ter sistemske podpore bo mogoče zmanjšati vrzel med potrebami mladih in razpoložljivimi oblikami pomoči ter s tem prispevati k dolgoročnemu psihosocialnemu blagostanju.

Ozadni dejavniki duševnega zdravja

Bremenilne izkušnje v otroštvu

V raziskavi smo posebno pozornost namenili t.i. obremenjujočim izkušnjam v otroštvu (Adverse Childhood Experiences – ACEs) ter širšemu naboru zgodnjih življenjskih stresorjev (Early Life Stressors – ELS), ki vključujejo potencialno travmatične dogodke, doživete do 18. leta starosti. Za oceno pogostosti ACEs smo uporabili klasični vprašalnik desetih kategorij, opredeljenih v izvorni raziskavi Felittija in sodelavcev (1998), razdeljenih v tri osnovne kategorije: nasilje, zanemarjanje ter disfunkcionalno družinsko okolje. Da bi zajeli še širši spekter zgodnjih negativnih izkušenj, ki prav tako lahko pomembno vplivajo na psihosocialni razvoj, smo dodatno uporabili še postavke iz Vprašalnika zgodnjih življenjskih stresorjev (Early Life Stress Questionnaire – ELSQ; Cohen idr., 2006), ki niso zajete v ACEs (ELS obsega skupaj 18 kategorij).

Obe skupini izkušenj sta prepoznani kot pomembna napovednika dolgoročnih izidov na področju duševnega in telesnega zdravja, kakovosti odnosov in socialne vključenosti (Felitti idr., 1998; Hughes idr.,

2017). Z vključitvijo obeh merskih instrumentov smo želeli pridobiti bolj celovito sliko o obsegu zgodnjih obremenitev.

Pomembno pa je upoštevati, da določen delež anketirancev v naši raziskavi še ni dopolnil 18 let (stari so bili 16 ali 17 let), kar pomeni, da nekaterih izkušenj (zlasti iz pozne adolescence) morda še niso doživeli (npr. ločitve staršev). Ker njihovo razvojno obdobje še ni zaključeno, je treba odgovore razumeti kot začasni prikaz izkušenj, ki se lahko s časom še dopolnijo.

Čeprav se nekatere postavke vprašalnikov ACEs in ELSQ vsebinsko prekrivajo, smo jih v tej fazi analize (v poročilu) namenoma obravnavali ločeno, saj vsak instrument izhaja iz drugačne konceptualne zasnove in meri nekoliko različen spekter zgodnjih izkušenj. V nadaljnjih, bolj kompleksnih analizah za namen objave v znanstvenih revijah bomo razmislili o izračunu latentnih konstruktov, s katerimi bomo preverili morebitno strukturno povezanost in redundanco merjenih vsebin.

Obremenjujoče izkušnje v otroštvu (ACEs)

Za ACEs smo uporabili postavke, ki so bile povzete in prilagojene iz več uveljavljenih virov: izvirne ACE študije (Felitti idr., 1998; Dube idr., 2001), sistema Behavioral Risk Factor Surveillance System – BRFSS (CDC, 2019) ter mednarodnega vprašalnika WHO ACE-IQ (WHO, 2016).

V našem vprašalniku smo dodali natančnejšo opredelitev okoliščin izgube ali ločitve od staršev – poleg ločitve in smrti tudi zapustitev ter dolgotrajno ločitev zaradi drugih razlogov (npr. hospitalizacije, migracije, prestajanja zaporne kazni), kar v originalnih merskih instrumentih ACEs ni eksplicitno zajeto. Raziskave opozarjajo, da lahko vse oblike zgodnje ločitve od skrbnikov, ne glede na razlog, predstavljajo pomemben razvojni stresor, ki vpliva na otrokovo varnostno navezanost, regulacijo čustev in dolgotrajno psihološko prilagoditev (Luthar, 2003; Schore, 2001).

Poleg tega smo spolno zlorabo razčlenili na več specifičnih oblik, vključno s prisilo k gledanju pornografskih vsebin ali opazovanju spolnih dejanj, nezaželenim spolnim dotikanjem ali prisilo k dotikanju, nepooblaščenim fotografiranjem ali objavo golih podob, prisilo v spolni odnos ter posilstvom (Šraj & Štirn, 2020). Raziskovalci opozarjajo, da se mnoge oblike spolne zlorabe, zlasti nepenetrativne ali digitalne, pogosto ne prepoznajo kot zloraba, kar lahko vodi v podcenjevanje njihovega vpliva na duševno zdravje (Finkelhor, 2008; Mathews idr., 2020). V raziskavi smo kot možne storilce spolne zlorabe upoštevali tudi vrstnike, saj raziskave kažejo, da pomemben delež spolnih zlorab v mladostniški populaciji povzročijo ravno osebe podobne starosti, kar pogosto ostaja prezrto v kliničnih in raziskovalnih okoljih. Na primer, študija, ki sta jo izvedla Gewirtz-Meydan in Finkelhor (2020), je pokazala, da je več kot polovica spolnih zlorab mladih storjenih s strani mladoletnikov, najpogosteje poznanih vrstnikov ali sorodnikov.

Na vse trditve v sklopu ACEs so udeleženci odgovarjali z *da* ali *ne*. Vsaka potrjena izkušnja je prispevala eno točko k skupnemu seštevku, ne glede na število trditev v posamezni kategoriji. Tako je bila na primer spolna zloraba, čeprav zastopana s 5 ločenimi postavkami, v skupni seštevku vključena kot ena ACE izkušnja. Maksimalno število možnih točk v skupnem seštevku ACEs je tako znašalo 10.

Kategorije, vključene v vprašalnik ACEs, so:

- Čustveno nasilje: žaljenje, poniževanje, preklinjanje ali povzročanje strahu s strani staršev ali drugih odraslih v gospodinjstvu.

- Fizično nasilje: udarci, grobo odrivanje, metanje predmetov v otroka.
- Spolna zloraba: katerakoli oblika neželenih spolnih dejanj, vključno s prisilnim dotikanjem, prisilo v spolni odnos, posilstvom ali nepooblaščenim snemanje golote.
- Čustveno zanemarjanje: pomanjkanje občutka ljubljenosti in povezanosti v družini, odsotnost medsebojne podpore.
- Materialno zanemarjanje: neustrezna skrb za osnovne potrebe otroka, kot so hrana, obleka, varnost.
- Ločitev/razhod ali izguba staršev: smrt enega ali obeh staršev, ločitev/razhod, zapustitev ali dolgotrajna ločitev zaradi drugih okoliščin.
- Priča nasilju v gospodinjstvu: otrok je bil priča fizičnemu nasilju med odraslimi člani gospodinjstva.
- Družinski član s težavo z zasvojenostjo: življenje z osebo, zasvojeno z alkoholom ali drogami.
- Družinski član z duševno boleznijo: prisotnost resne duševne težave oz. motnje pri članu gospodinjstva.
- Družinski član v zaporu: član družine oz. gospodinjstva je bil zaprt.

Rezultati

Povprečno število doživetih ACEs je znašalo $M = 1,23$ ($SD = 1,81$). Razlike po spolu niso bile statistično značilne. Statistično značilne razlike pa so se pokazale glede na starost, pri čemer so najvišje povprečne vrednosti ACEs poročali najstarejši udeleženci (22–24 let), najnižje pa najmlajša skupina (16–18 let) (Tabela 29).

Tabela 29. Bremenile izkušnje v otroštvu ACEs: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj <i>M (SD)</i>	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
ACEs	1,23 (1,81)	1,19 (1,85)	1,28 (1,77)	1,06 (1,75)	1,13 (1,80)	1,50 (1,86)

Tabela 30 prikazuje porazdelitev števila ACEs med sodelujočimi. Skoraj polovica (48,5 %) udeležencev ni poročala o nobeni ACE izkušnji. 40,6 % jih je poročalo o eni do treh izkušnj. Skupno 11 % udeležencev je poročalo o štirih ali več ACEs, kar po mednarodnih merilih predstavlja visoko tvegano skupino – v tej skupini se verjetnost za kasnejše duševne motnje, zasvojenosti, kronične bolezni in težave v medosebnem funkcioniranju eksponentno poveča (Anda idr., 2006; Felitti idr., 1998; Hughes idr., 2017). Naši rezultati ne kažejo na razlike v seštevku po spolu ali starostnih skupinah.

Tabela 30. Bremenile izkušnje v otroštvu ACEs: število doseženih točk po spolu in starostnih skupinah

Dosežek	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
0	513 (48,5)	277 (51,0)	235 (45,8)	193 (53,9)	180 (52,9)	139 (38,9)
1	246 (23,3)	127 (23,4)	120 (23,2)	82 (22,9)	74 (21,8)	90 (25,2)
2	125 (11,8)	55 (10,1)	70 (13,6)	35 (9,8)	36 (10,6)	54 (15,1)
3	58 (5,5)	26 (4,8)	31 (6,0)	16 (4,6)	21 (6,2)	21 (5,9)
4	45 (4,3)	21 (3,9)	24 (4,7)	12 (3,4)	7 (2,1)	26 (7,3)
5	33 (3,1)	18 (3,3)	15 (2,9)	8 (2,2)	12 (3,5)	13 (3,6)
6	8 (0,8)	5 (0,9)	4 (0,8)	4 (1,1)	1 (0,3)	3 (0,8)
7	12 (1,1)	5 (0,9)	6 (1,2)	3 (0,8)	3 (0,9)	5 (1,4)

8	6 (0,6)	0 (0,0)	6 (1,2)	2 (0,6)	2 (0,6)	2 (0,6)
9	8 (0,8)	7 (1,3)	1 (0,2)	1 (0,3)	3 (0,9)	4 (1,1)
10	3 (0,3)	2 (0,4)	1 (0,2)	2 (0,6)	1 (0,3)	0 (0,0)

Tabela 31 pa prikazuje deleže udeležencev, ki so poročali o posameznih oblikah obremenjujočih otroških izkušenj (ACEs), razdeljenih po spolu in starostnih skupinah.

Najpogosteje poročana oblika ACEs je bilo čustveno zanemarjanje, združeno iz dveh trditev (odsotnost ljubezni ali občutka povezanosti v družini), ki ga je zaznalo 19,2 % udeležencev. Statistično značilno pogosteje so o tem poročale ženske (21,6 %) kot moški (16,9 %). Razlike so bile značilne tudi glede na starost – v skupini 22–24 let je čustveno zanemarjanje poročalo kar 28,7 % udeležencev, v primerjavi s 13 % v skupini 16–18 let. Sledi čustveno nasilje, kjer je 16,1 % udeležencev poročalo, da jih je odrasla oseba v gospodinjstvu pogosto žalila, poniževala ali strašila. Statistično značilno pogosteje so to poročale udeleženke (18,5 %) kot udeleženci (13,9 %). Razlika glede na starostne skupine ni bila statistično značilna.

Fizično nasilje je navedlo 8,9 % udeležencev, brez statistično značilnih razlik med spoloma ali starostnimi skupinami. Materialno zanemarjanje, opredeljeno kot izkušnja, da starši zaradi zasvojenosti ali druge neodgovornosti niso mogli ustrezno skrbeti za otroka, je navajalo 5,3 % udeležencev; razlike glede na spol in starost niso bile statistično značilne.

Izgubo starša ali stika z staršem/starši zaradi ločitve, smrti ali daljše ločitve je skupno izkusilo 15,9 % udeležencev, brez statistično značilnih razlik po spolu ali starosti. Da so bili priča fizičnemu nasilju med odraslimi v gospodinjstvu je navedlo 8,2 % udeležencev, tudi tu ni bilo značilnih razlik po spolu ali starosti. O zasvojenosti odrasle osebe v gospodinjstvu (z alkoholom ali drogami) je poročalo 10,3 % udeležencev, s statistično značilno najvišjo prisotnostjo v starostni skupini 22–24 let (14,0 %). O prisotnosti odraslega družinskega člana z duševno motnjo ali težavami je poročalo 18,6 % udeležencev. Tudi tu so bile razlike statistično značilne – najpogosteje so to izkušnjo poročali udeleženci v starostni skupini 22–24 let (23,6 %). Zaporna kazen odraslega člana gospodinjstva je bila najmanj pogosto navedena oblika ACEs – o tem je poročalo 3,4 % udeležencev, statistično značilno pogosteje moški (4,8 %) kot ženske (1,9 %), z najvišjo pogostostjo v najstarejši skupini (5,6 %).

Spolno zlorabo oz. nasilje s strani odraslega ali vrstnika (upoštevajoč vseh pet postavk) je doživelo 17,2 % udeležencev. Najpogosteje poročana oblika spolne zlorabe je bila spolni dotik brez soglasja ali prisila k dotikanju druge osebe, kar je navedlo 12,7 % udeležencev. Sledijo prisila v spolni odnos (6,4 %), prisilna izpostavljenost spolnim vsebinam (4,8 %) ter snemanje ali objava golih fotografij brez soglasja (3,5 %). Doživetje posilstva je navedlo 3,3 % sodelujočih.

Statistično značilno pogosteje so o izkušnji spolne zlorabe poročale udeleženke (19,9 %) v primerjavi z udeleženci (14,7 %). Najvišja stopnja poročanja je bila v najmlajši starostni skupini (16–18 let), kjer je 19,9 % udeležencev poročalo o vsaj eni obliki spolne zlorabe. Statistično značilna razlika po starosti se je pokazala pri postavki prisila k gledanju pornografskih vsebin ali spolnih dejanj, kjer je bila pogostost poročanja najvišja v najmlajši starostni skupini (16–18 let). Razlike po spolu so bile statistično značilne pri treh postavkah: pri spolnem dotiku brez soglasja ali prisili k dotikanju druge osebe, pri prisiljenem spolnem odnosu in pri doživetju posilstva. V vseh treh primerih so udeleženke pogosteje poročale o teh izkušnjah kot udeleženci.

Tabela 31. Bremenile izkušnje v otroštvu ACEs: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah

Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Čustveno nasilje					
Starš ali druga odrasla oseba v gospodinjstvu me je pogosto žalila, poniževala, sramotila, preklinjala ali ravnala na način, da me je bilo strah.					
16,1	13,9	18,5	13,0	16,6	18,5
Fizično nasilje					
Starš ali druga odrasla oseba v gospodinjstvu me je pogosto tepla, grobo odrinila, vrgla nekaj vame.					
8,9	8,8	9,0	7,5	9,1	10,1
Čustveno zanemarjanje					
V družini me nihče ni imel rad oziroma me ni cenil.					
7,4	7,1	7,3	4,7	7,3	10,4
V družini nismo skrbeli drug za drugega, se počutili povezani ali se medsebojno podpirali.					
16,3	13,6	19,3	11,1	13,7	24,2
Čustveno zanemarjanje – poročanje o vsaj eni od dveh izkušenj					
19,2	16,9	21,6	13,0	15,7	28,7
Materialno zanemarjanje					
Moji starši so bili preveč pod vplivom alkohola ali drog ali drugače neodgovorni, da bi ustrezno skrbeli zame.					
5,3	6,4	4,3	4,2	6,7	5,1
Ločitev, izguba staršev					
Izgubil/-a sem starša ali stik s staršem zaradi ločitve/razhoda ali zapustitve.					
10,4	9,9	11,1	9,4	11,1	11,0
Moj starš ali oba moja starša sta umrla.					
4,7	5,3	3,9	2,5	5,3	6,2
Za daljše obdobje sem bil/-a ločen/-a od svoje družine.					
7,5	8,2	6,6	5,5	4,4	12,4
Ločitev, izguba staršev – poročanje o vsaj eni od treh izkušenj					
15,9	16,1	15,6	14,1	15,7	18,0
Fizično nasilje med odraslimi člani gospodinjstva					
Bil/-a sem priča telesnemu nasilju med odraslimi člani gospodinjstva (npr. oče je pretepal mamo).					
8,2	9,2	7,2	7,2	7,3	10,1
Zasvojenost v izvornem gospodinjstvu					
Živel/-a sem z osebo, ki je bila zasvojena z alkoholom ali prepovedanimi drogami.					
10,3	9,3	11,1	10,0	6,7	14,0
Odrasel član gospodinjstva z duševno motnjo					
Član mojega gospodinjstva je imel duševne težave ali duševno motnjo.					
18,6	18,3	19,1	15,8	16,4	23,6
Odrasel član gospodinjstva z zaporno kaznijo					
Član mojega gospodinjstva je šel v zapor.					
3,4	4,8	1,9	2,2	2,3	5,6
Spolna zloraba					
Nekdo me je prisilil, da gledam pornografske posnetke / kako se dotika svojih intimnih delov telesa ali da gledam spolni odnos.					
4,8	5,5	3,9	6,9	1,2	5,9

Nekdo se me je dotikal na spolni način brez mojega soglasja ali me je silil, da se dotikam njega/nje na ta način.	12,7	9,0	16,6	13,9	12,5	11,5
Nekdo me je fotografiral ali snemal golega/-o ali objavil moje fotografije na spletu brez mojega soglasja.	3,5	5,1	1,8	3,6	3,8	3,1
Nekdo me je proti moji volji silil v spolni odnos.	6,4	3,8	9,2	5,8	7,9	5,3
Doživel/-a sem posilstvo.	3,3	2,9	3,9	2,5	3,8	3,7
Spolna zloraba – poročanje o vsaj eni od petih izkušenj	17,2	14,7	19,9	19,4	16,6	15,7

Interpretacija

Dobra polovica udeležencev (51,5 %) poroča, da so doživeli vsaj eno izmed desetih vrst zgodnjih obremenjujočih dogodkov (npr. zlorabe, zanemarjanje, nasilje v družini, duševna bolezen v družini ipd.). 40,6 % sodelujočih je poročalo o eni do treh izkušenj. 11,1 % udeležencev je poročalo o štirih ali več ACEs, kar predstavlja kritično mejo kumulativne obremenjenosti. V znanstveni literaturi (npr. Anda idr., 2006; Felitti idr., 1998; Hughes idr., 2017) ta prag velja za tisto raven tveganja, kjer se verjetnosti za kasnejše težave v duševnem zdravju, zasvojenosti, kroničnih boleznih in socialnem funkcioniranju eksponentno povečajo.

Rezultati kažejo nižje povprečje doživetih ACEs izkušenj med udeleženci dane raziskave ($M = 1,23$, $SD = 1,81$) v primerjavi z raziskavo, izvedeno na vzorcu prebivalcev Slovenije ($n = 4,847$), starih med 18 in 75 let ($M = 43,8$; $SD = 15,3$) (Kuhar & Zager Kocjan, 2020), kjer je bilo povprečje ACEs $M = 2,37$ ($SD = 2,16$). V obeh raziskavah pa dobra polovica vprašanih poroča o vsaj eni ACE izkušnji (51,5 % v aktualni raziskavi; 52,9 % v 2019), pri čemer je kritični prag štirih ali več ACE točk doseglo 11,1 % udeležencev v pričujoči raziskavi in 17,7 % v letu 2019. Razlike so lahko povezane tako z generacijskimi premiki kot tudi z razlikami v spominu, interpretaciji in pripravljenosti na razkritje teh izkušenj, poleg tega pa nekateri udeleženci pričujoče raziskave še niso dopolnili 18 let.

Med udeleženci dane raziskave so bile najpogostejše izkušnje čustvenega zanemarjanja in čustvenega nasilja, spolne zlorabe in prisotnosti duševnih motenj v družini.

Čeprav se skupno število ACEs ne razlikuje statistično značilno med spoloma, podrobnejši vpogled razkriva pomembne razlike po posameznih vrstah izkušenj. Udeleženke so v primerjavi z udeleženci statistično značilno pogosteje poročale o čustvenem nasilju (18,5 % vs. 13,9 %), čustvenem zanemarjanju (21,6 % vs. 16,9 %) in zlasti o spolni zlorabi (19,9 % vs. 14,7 %). Te razlike lahko kažejo na večjo izpostavljenost žensk določenim oblikam nasilja in zanemarjanja, pa tudi na večjo občutljivost ali pripravljenost poročati o teh izkušnjah.

Rezultati kažejo, da obremenjujoče izkušnje v otroštvu niso redkost med mladimi v Sloveniji in da obstajajo pomembne razlike v vrsti doživetih izkušenj. Njihovo razumevanje je ključno za nadaljnje raziskovanje povezav z duševnim zdravjem in iskanje načinov, kako različni podporni sistemi lahko mladim v nadaljnjem razvoju nudijo varno in spodbudno okolje.

Razširjeno merjenje zgodnjih obremenjujočih izkušenj v otroštvu: ELSQ

Vprašalnik o zgodnjih življenjskih stresorjih (angl. Early Life Stressors Questionnaire – ELSQ) je samoocenjevalni instrument, ki temelji na Lestvici zlorabe in travme v otroštvu (angl. Child Abuse and Trauma Scale). Zanj so značilni visoka zanesljivost, notranja konsistentnost in veljavnost (Sanders & Becker-Laussen, 1995). ELSQ vključuje 18 postavk, s katerimi posamezniki poročajo o različnih bremenilnih izkušnjah, doživetih do vključno 18. leta starosti (Cohen idr., 2006). Na vsako postavko udeleženci odgovarjajo z da/ne.

Vprašalnik je bil uporabljen v številnih mednarodnih raziskavah z udeleženci različnih starosti (McFarlane idr., 2005). Izvorna različica ELSQ temelji na šestfaktorski strukturi: prvi faktor vključuje različne oblike zlorabe, nasilje v družini in zanemarjanje; drugi obravnava razpad družine; tretji bolezen v družini; četrti naravne nesreče in vojno; peti bolezen ali hospitalizacijo; šesti pa ustrahovanje oziroma medvrstniško nasilje (Cohen idr., 2006).

V primerjavi z vprašalnikom za merjenje ACEs ELSQ zajema širši spekter zgodnjih življenjskih obremenitev. Med postavkami, ki jih zajemata oba instrumenta, so: fizična, spolna in čustvena zloraba (v naši raziskavi smo v skladu z ACEs vprašalnikom za vsako od teh oblik uporabili več ločenih trditev, pri analizi pa jih združili in šteli kot posamezno kategorijo); izpostavljenost nasilju med odraslimi člani gospodinjstva; ločitev ali razveza staršev; dolgotrajna ločenost od starša ter smrt starša – slednje tri so pri ELSQ ločene kategorije, pri ACEs pa je to enotna kategorija – z naslednjo modifikacijo: postavko smrt brata/sestre smo v skladu z ELSQ skupaj s smrtjo starša/-ev upoštevali kot enotno kategorijo.

ELSQ pa vključuje tudi dodatne stresorje, ki jih ACEs ne zajema, in sicer: prezgodnje rojstvo ali zapleti pri porodu, posvojitve, večje operacije ali večkratna hospitalizacija, osebna življenjsko ogrožajoča bolezen ali poškodba, dolgotrajnejše nadlegovanje s strani vrstnikov, ekstremna revščina, izpostavljenost naravni nesreči, uničenje doma zaradi požara ali druge nesreče, izkušnja vojne ter življenjsko ogrožajoča bolezen ali smrt brata/sestre.

Dolgotrajnejše nadlegovanje s strani vrstnikov smo v tej raziskavi zajeli natančneje kot v izvirnem vprašalniku ELSQ, saj smo ločeno merili fizično (npr. pretepanje, odvzem stvari) in čustveno nasilje (npr. zasmehovanje, izključevanje, grožnje) s strani vrstnikov. Udeleženci so ocenjevali pogostost teh izkušenj. Kot dolgotrajnejše nadlegovanje smo opredelili poročanje o vsaj eni izmed obeh oblik nasilja, ki se je zgodila najmanj 2–5-krat. Ta bolj specifičen pristop omogoča zanesljivejšo oceno razširjenosti nadlegovanja.

ELSQ tako omogoča bolj celovito presojo zgodnjih bremenilnih okoliščin, vključno z zdravstvenimi, socialnimi in okoljskimi dejavniki, ki lahko pomembno vplivajo na razvojno pot posameznika, tudi če ne sodijo v klasično opredeljene kategorije zlorabe, zanemarjanja ali disfunkcij v izvorni družini. Takšna razširjena perspektiva je koristna za boljše razumevanje kumulativnega vpliva zgodnjih stresnih dogodkov na duševno zdravje in druge izide.

Tudi pri ELSQ je treba upoštevati, da vsi udeleženci raziskave še niso dopolnili 18 let; del vzorca je bil star 16 ali 17 let, zato njihove ocene zajemajo le delno obdobje otroštva in adolescence, kar lahko vpliva na obseg poročanih izkušenj ter terja previdnost pri interpretaciji rezultatov.

Rezultati

Kot kaže Tabela 32, je bila povprečna vrednost pri ELSQ $M = 2,33$ ($SD = 2,33$, $Min = 0$, $Max = 14$).

Tabela 32. Bremenile izkušnje v otroštvu ELSQ: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah

	<i>M (SD)</i>	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
ELSQ	2,33 (2,33)	2,34 (2,48)	2,32 (2,16)	2,16(2,38)	2,14 (2,21)	2,68 (2,33)

V nadaljevanju predstavljamo posamezne postavke zgodnjih stresnih izkušenj (ELS), vključenih v raziskavo (Tabela 33). Nekatere med njimi – čustveno in fizično nasilje, spolna zloraba ter fizično nasilje med odraslimi člani gospodinjstva – so že obravnavane v prejšnjem podpoglavju o ACEs in jih v tem odstavku ne omenjamo.

Med preostalimi obremenjujočimi izkušnjami so udeleženci najpogosteje poročali o dolgotrajnejšem nadlegovanju s strani vrstnikov (fizično in/ali čustveno) (63,4 % udeležencev); sledijo dolgotrajni družinski konflikti (31,7 %), daljša hospitalizacija ali operacija (15,3 %) ter težka fizična bolezen družinskega člana (14,8 %). Med pogostejše izkušnje spadata tudi ločitev ali razhod staršev (10,4 %) in ogrožajoča bolezen ali poškodba anketirane osebe (9,7 %), podobno pogost je podatek o prezgodnjem rojstvu ali zapletih pri porodu (9,1 %). Daljša ločenost od izvorne družine je bila prisotna pri 7,5 % udeležencev, prav tako 7,5 % poroča o izgubi starša ali sorojenca – natančneje: 4,7 % o smrti starša in 3,1 % o smrti sorojenca. Sledijo izkušnja naravne nesreče (4,0 %), izguba doma zaradi nesreče, požara ali drugega dogodka (2,3 %), posvojitev (2,0 %), neposredna prizadetost zaradi vojne (2,0 %) in ekstremna revščina (2,9 %).

Analiza po spolu pokaže statistično značilne razlike pri naslednjih postavkah: dolgotrajni družinski konflikti, ogrožajoča bolezen ali poškodba, hospitalizacija, posvojenost, naravna nesreča, izguba doma in vojna – v vseh primerih poročajo višje deleže moški, razen pri dolgotrajnih konfliktih, kjer ženske udeleženke poročajo o višjih odstotkih kot udeleženci med moškimi.

Razlike po starosti so statistično značilne pri naslednjih postavkah: nadlegovanje s strani vrstnikov, daljša ločenost od družine, izguba starša ali sorojenca, dolgotrajni konflikti v družini, prezgodnje rojstvo ali zapleti pri porodu ter izguba doma zaradi nesreče – najstarejša starostna skupina (22–24 let) praviloma poroča o višji pogostosti navedenih izkušenj.

Tabela 33. Bremenilne izkušnje v otroštvu ELSQ: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah

Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Čustveno nasilje (postavka se ponovi z ACEs)					
Starš ali druga odrasla oseba v gospodinjstvu me je pogosto žalila, poniževala, sramotila, preklinjala ali ravnala na način, da me je bilo strah.					
16,1	13,9	18,5	13,0	16,6	18,5
Fizično nasilje (postavka se ponovi z ACEs)					
Starš ali druga odrasla oseba v gospodinjstvu me je pogosto tepla, grobo odrinila, vrgla nekaj vame.					
8,9	8,8	9,0	7,5	9,1	10,1
Ločitev/razhod staršev					

Izgubil/-a sem starša ali stik s staršem zaradi ločitve/razhoda ali zapustitve.	10,4	9,9	11,1	9,4	11,1	11,0
Daljša ločenost od družine						
Za daljše obdobje sem bil/-a ločen/-a od svoje družine.	7,5	8,2	6,6	5,5	4,4	12,4
Izguba starše ali sorojenca						
Moj starš ali oba moja starša sta umrla.	4,7	5,3	3,9	2,5	5,3	6,2
Moj sorojenec/ka je umrl/a.	3,1	3,8	2,3	5,0	2,3	2,0
Izguba starše ali sorojenca – poročanje o vsaj eni od dveh izkušenj	7,5	8,8	6,2	6,9	7,6	8,1
Dolgotrajni družinski konflikti						
Bil/-a sem priča dolgotrajnim družinskim konfliktom.	31,7	26,2	37,5	28,6	24,5	41,9
Fizično nasilje med odraslimi člani gospodinjstva (postavka se ponovi z ACEs)						
Bil/-a sem priča telesnemu nasilju med odraslimi člani gospodinjstva (npr. oče je pretepal mamo).	8,2	9,2	7,2	7,2	7,3	10,1
Ogrožajoča bolezen ali poškodba						
Soočil/-a sem se z življenjsko ogrožajočo boleznijo ali poškodbo.	9,7	11,5	7,6	8,9	8,7	11,2
Težka fizična bolezen člana družine						
Nekdo iz moje neposredne družine (starši, sorojenci) je utrpel hudo fizično bolezen.	14,8	14,5	15,2	16,1	13,5	14,6
Hospitalizacija						
Bil/-a sem dalj časa hospitaliziran/-a ali/in operiran/-a.	15,3	17,2	13,2	14,2	13,4	18,3
Prezgodnje rojstvo ali zapleti pri porodu						
Rodil/-a sem se prezgodaj (pred 37. tednom nosečnosti) ali doživel/-a komplikacije pri porodu.	9,1	9,2	9,2	12,5	7,6	7,0
Posvojen/a						
Bil/-a sem posvojen/-a.	2,0	3,5	0,4	2,2	2,0	1,7
Naravna nesreča						
Bil/-a sem prizadet/-a v naravni nesreči, kot so poplave ali potresi.	4,0	6,0	1,8	3,3	4,7	3,9
Izguba doma zaradi naravne nesreče						
Izgubil/-a sem svoj dom zaradi naravne nesreče, požara ali drugega dogodka.	2,3	3,7	0,8	1,1	3,8	2,0
Vojna						
Bil/-a sem neposredno prizadet/-a zaradi vojne.	2,0	2,9	1,0	1,9	2,9	1,1
Revščina						
	2,9	3,1	2,5	3,3	2,0	3,1
Spolna zloraba (ponovitev z ACEs, naveden je podatek za poročanje o vsaj eni od petih izkušenj; trditve posebej so navedene v Tabeli 35)	17,2	14,7	19,9	19,4	16,6	15,7

Dolgotrajnejše nadlegovanje s strani vrstnikov

	Skupaj n = 1059	Moški n = 546	Ženske n = 513	16-18 let n = 361	19-21 let n = 343	22-24 let n = 356
Kolikokrat si doživel/a fizično nasilje s strani vrstnikov/-ic (npr. pretepanje, poškodovanje ali odvzem tvojih stvari ipd.)?						
Nikoli	542 (51,2 %)	235 (43,0 %)	307 (59,7 %)	211 (58,6 %)	183 (53,5 %)	148 (41,6 %)
1x	185 (17,4 %)	102 (18,5 %)	84 (16,3 %)	56 (15,6 %)	60 (17,5 %)	68 (19,1 %)
2-5x	209 (19,7 %)	129 (23,6 %)	80 (15,6 %)	53 (14,7 %)	61 (17,8 %)	95 (26,7 %)
več kot 5x	124 (11,7 %)	81 (14,8 %)	43 (8,4 %)	40 (11,1 %)	38 (11,1 %)	45 (12,6 %)
Kolikokrat si kdaj doživel/a čustveno nasilje s strani vrstnikov/-ic (npr. imenovali so me z žaljivim vzdevkom, se mi posmehovali, izrekli grožnje, pred drugimi grdo govorili o meni, me izločili iz skupine ipd.)?						
Nikoli	278 (26,3 %)	161 (29,5 %)	117 (22,8 %)	125 (34,7 %)	94 (27,3 %)	59 (16,6 %)
1x	146 (13,8 %)	72 (13,2 %)	74 (14,4 %)	53 (14,7 %)	60 (17,4 %)	34 (9,6 %)
2-5x	263 (24,9 %)	138 (25,3 %)	125 (24,4 %)	74 (20,6 %)	81 (23,5 %)	109 (30,6 %)
več kot 5x	371 (35,0 %)	174 (31,9 %)	197 (38,4 %)	108 (30,0 %)	109 (31,7 %)	154 (43,3 %)
Dolgotrajnejše nadlegovanje s strani vrstnikov - poročanje o vsaj eni od dveh izkušenj (vsaj 2-5x)						
	63,4	62,5	64,7	55,0	57,9	77,2

Interpretacija

Podatki kažejo, da ima pomemben delež mladih v Sloveniji izkušnje z različnimi oblikami zgodnjih življenjskih obremenitev, ki segajo onkraj kategorij, opredeljenih v okviru ACEs. Od skupno 18 postavk v vprašalniku ELSQ se štiri neposredno ujemajo z izvirnimi ACEs kategorijami (npr. čustveno in fizično nasilje, ločitev, nasilje v družini), dodatne tri pa se delno prekrivajo z ACEs postavkami (npr. dolgotrajna ločenost od družine, izguba starša ali sorojenca, spolna zloraba). Z uporabo razširjenega vprašalnika ELSQ smo zajeli tudi izkušnje, povezane z zdravstvenimi, socialnimi in okoljskimi dejavniki, kot so bolezni, hospitalizacije, izgube bližnjih, naravne nesreče ali revščina – torej okoliščine, ki pomembno zaznamujejo razvoj posameznika, četudi ne ustrezajo ozkim kategorijam zlorabe ali zanemarjanja. To omogoča bolj celovito presojo razvojnih tveganj, ki so pogosto prezrta.

Povprečna vrednost na lestvici ELS (M = 2,33, SD = 2,33) kaže, da večina udeležencev poroča o omejenem številu zgodnjih stresnih izkušenj, pri čemer pa širok razpon vrednosti nakazuje na precejšnjo raznolikost razvojnih okoliščin med mladimi. Treba je tudi upoštevati, da se vse postavke nanašajo na izkušnje, doživete do 18. leta starosti, pri čemer pa del udeležencev še ni dopolnil 18 let.

Posebna pozornost je bila namenjena vrstniškemu nasilju, ki smo ga v tej raziskavi merili natančneje kot v izvorni različici ELSQ. Ločeno smo obravnavali fizično in čustveno nasilje ter oblikovali sestavljeno spremenljivko dolgotrajnega nadlegovanja (vsaj ena oblika, doživeta najmanj 2–5-krat). Po tem kriteriju

je kar 63,4 % udeležencev poročalo o dolgotrajnem vrstniškem nasilju, doživetem do 18. leta starosti; pogosteje ženske kot moški, z izrazitim porastom v najstarejši starostni skupini. To so bistveno višje številke kot v raziskavi Pirc in sodelavcev (2019), kjer so ocene temeljile na izkušnjah v zadnjih šestih mesecih. Primerjava sicer ni neposredna zaradi metodoloških razlik, naša raziskava je zajemala kumulativne življenjske izkušnje, a vseeno opozarja na visoko razširjenost teh pojavov.

Druga najpogosteje poročana izkušnja so bili dolgotrajni družinski konflikti (31,7 %), sledijo spolna zloraba (17,2 %) (ACE), čustveno nasilje s strani staršev ali skrbnikov (16,1 %) (ACE), hospitalizacija ali operacija (15,3 %), bolezen družinskega člana (14,8 %), ločitev ali razhod staršev (10,4 %) (vključeno v ACE postavko), ogrožajoča bolezen ali poškodba (9,7 %), prezgodnje rojstvo ali zapleti pri porodu (9,1 %), fizično nasilje s strani staršev (8,9 %) (ACE), priča fizičnemu nasilju med odraslimi člani gospodinjstva (8,2 %) (ACE), daljša ločenost od družine (7,5 %) (vključeno v ACE postavko), izguba starša (vključeno v ACE postavko) ali sorojenca (7,5 %), izkušnja naravne nesreče (4,0 %), ekstremna revščina (2,9 %), izguba doma zaradi nesreče, požara ali drugega dogodka (2,3 %), neposredna prizadetost zaradi vojne (2,0 %) in posvojitvev (2,0 %).

Podatki o spolni zlorabi so primerljivi z raziskavo o spolnih zlorabah v Sloveniji na populaciji osnovnošolcev (npr. Pirc idr., 2019; Šraj & Štirn, 2020), kjer je bilo prav tako zaznano razmeroma visoko poročanje o spolnem nasilju, zlasti s strani vrstnikov. V naši raziskavi nismo posebej ločevali med vrstniškimi in drugimi oblikami spolnega nasilja. Naši rezultati so skladni tudi z ugotovitvami omenjene predhodne raziskave o večji izpostavljenosti deklet spolnim zlorabam, posebej hujšim oblikam teh (Pirc idr., 2019).

Rezultati kažejo, da mladi poročajo o širokem spektru zgodnjih obremenitev – od vrstniškega nasilja in družinskih konfliktov do zdravstvenih in socialnih težav. Takšna pestrost izkušenj odraža različne življenjske pogoje, v katerih mladi odraščajo, in opozarja tudi na pogosto spregledane ali normalizirane vire stresa, ki jih standardni pristopi morda ne zaznajo. Razširjeni vprašalnik ELSQ je zato omogočil bolj celovito sliko razvojnih okoliščin, ki lahko vplivajo na duševno zdravje mladih.

Pozitivne izkušnje v otroštvu

Preučili smo tudi razširjenost in intenzivnost pozitivnih izkušenj v otroštvu, ki se v literaturi vse bolj uveljavljajo kot pomembni varovalni dejavniki za duševno zdravje in rezilientnost (v mladosti in tudi v kasnejšem življenju). Osnova za našo meritev je bila prilagojena različica lestvice Positive Childhood Experiences (PCEs), ki jo je oblikovala Christina Bethell s sodelavci (2019) kot dopolnilo konceptu obremenjujočih otroških izkušenj (ACEs). Skupaj ACEs in PCEs omogočajo celovitejše razumevanje razvojnih pogojev: prve poudarjajo breme tveganj, druge pa vire zaščite in odpornosti, ki lahko omilijo negativne posledice obremenjujočih izkušenj. Pred PCEs so raziskovalci razvili koncept Benevolent Childhood Experiences (BCEs) (Narayan idr., 2018), ki prav tako osredotoča na prepoznavanje spodbudnih izkušenj iz zgodnjega otroštva.

Raziskave kažejo, da pozitivne izkušnje v otroštvu – kot so občutek varnosti, povezanosti, spoštovanja, prisotnost skrbnega odraslega in možnost izražanja čustev – pomembno prispevajo k manjšemu tveganju za razvoj depresije, anksioznosti, samopoškodbenega vedenja in drugih duševnih stisk v mladosti in odraslosti (Crandall idr., 2029; Merrick idr., 2018). PCEs so prav tako povezane z višjo čustveno odpornostjo (rezilientnostjo), boljšo kakovostjo odnosov in večjo verjetnostjo iskanja pomoči ob stiskah (Bethell idr., 2019; Sege & Harper Browne, 2017).

Lestvica PCEs vključuje sedem trditev, ki pokrivajo tri ključna področja: čustveno varnost in podporo v družini, povezanost s skupnostjo in šolo, ter prisotnost pomembnih odraslih oseb zunaj družine. Gre za izkušnje, kot so občutek varnosti v domačem okolju, podpora vrstnikov, občutek pripadnosti v šoli in sodelovanje v skupnosti.

Medtem ko nekatere študije (npr. Bethell idr., 2019) uporabljajo dihotomni pristop (da/ne) k merjenju pozitivnih izkušenj, smo v naši raziskavi vključili oceno pogostosti doživetja posamezne PCE. Udeleženci so ocenili, kako pogosto so v otroštvu doživljali posamezne podporne izkušnje, kar omogoča bolj diferencirano razumevanje njihove prisotnosti in vpliva. S tem ne merimo le skupnega števila PCEs, temveč tudi stabilnost in konsistenco ključnih izkušenj, kar je bistveno za oblikovanje varne navezanosti, pozitivne samopodobe in notranjih virov rezilientnosti.

Bethell in sodelavci (2016) so na podlagi seštevka PCEs oblikovali tri skupine: nizka podpora (0–2 PCEs), ki vključuje posameznike z zelo omejenimi viri zaščite in višjim tveganjem za negativne izide; zmerna podpora (3–5 PCEs), kjer je prisotnih nekaj varovalnih dejavnikov, a ti morda ne zadostujejo za učinkovito preprečevanje učinkov večjih stisk ali ACEs; ter visoka podpora (6–7 ali več PCEs), ki predstavlja močno zaščitno mrežo in pomeni večjo odpornost posameznika tudi ob izkušnjah z obremenjujočimi dogodki v otroštvu.

Pomembno je poudariti, da se PCEs praviloma merijo za obdobje do dopolnjenega 18. leta starosti. Ker je določen delež anketiranih v naši raziskavi še mladoleten (starih 16 ali 17 let), velja to upoštevati pri interpretaciji njihovih odgovorov – ti mladi namreč še niso zaključili celotnega obdobja, v katerem bi lahko doživeli vse oblike teh izkušenj.

Rezultati

Povprečna vrednost skupnega seštevka PCEs (srednja vrednost vseh sedmih postavk) v naši raziskavi znaša $M = 3,58$ ($SD = 0,79$) (Tabela 34). Statistično značilnih razlik v skupnem seštevku glede na spol in starostne skupine ni.

Najvišje ocenjena postavka je bila »V domačem okolju sem se počutil/-a varno in/ali zaščiteno s strani odrasle osebe« ($M = 4,06$), ki jo je kot pogosto ali zelo pogosto doživel 74,7 % udeležencev. Sledita postavki »Prijatelji so mi nudili podporo, ko sem jo potreboval/-a« ($M = 3,80$) in »V težkih trenutkih sem čutil/-a, da mi družina stoji ob strani s svojo podporo« ($M = 3,72$). Najnižjo povprečno oceno je prejela postavka »Čutil/-a sem, da lahko odkrito spregovorim z družino o svojih občutkih« ($M = 3,26$), kjer je le 46,7 % udeležencev to izkušnjo doživljalo pogosto ali zelo pogosto (Tabela 29).

Razlike med spoloma so bile statistično značilne v prid moških pri štirih postavkah: pri občutku pripadnosti v srednji šoli, doživljanju varnosti doma, podpore izvorne družine in vključevanju v dejavnosti v skupnosti. Statistično značilne starostno pogojene razlike so se pokazale pri vseh postavkah, razen pri postavki »Čutil/-a sem, da lahko odkrito spregovorim z družino o svojih občutkih«. Najvišje ocene so bile najpogosteje v najmlajši skupini (16–18 let), najnižje pa v najstarejši (22–24 let).

Tabela 34. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah

<i>M (SD)</i>	Pogosto ali zelo pogosto (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
3,26 (0,89)	46,7	3,32 (0,90)	3,19 (0,87)	3,38 (0,87)	3,31 (0,91)	3,09 (0,87)
3,72 (1,13)	63,0	3,79 (1,12)	3,64 (1,13)	3,87 (1,13)	3,75 (1,13)	3,53 (1,09)
3,39 (1,13)	50,6	3,47 (1,17)	3,30 (1,09)	3,39 (1,16)	3,48 (1,06)	3,30 (1,17)
3,34 (1,22)	50,6	3,49 (1,24)	3,19 (1,18)	3,55 (1,09)	3,33 (1,25)	3,14 (1,29)
3,80 (1,04)	65,7	3,76 (1,05)	3,83 (1,02)	3,89 (1,03)	3,82 (1,03)	3,68 (1,04)
3,48 (1,32)	54,3	3,56 (1,33)	3,42 (1,30)	3,66 (1,29)	3,45 (1,33)	3,35 (1,31)
4,06 (1,08)	74,7	4,08 (1,09)	4,03 (1,07)	4,20 (1,01)	4,13 (1,12)	3,83 (1,07)
3,58 (0,79)		3,64 (0,80)	3,51 (0,77)	3,71 (0,75)	3,61 (0,79)	3,42 (0,80)

Tabela 35 prikazuje porazdelitev udeležencev glede na kumulativno število pozitivnih izkušenj v otroštvu (PCEs), pri čemer smo sledili metodologiji Bethell in sodelavcev (2019). Posamezne postavke smo dihotomizirali tako, da so odgovori »pogosto« in »zelo pogosto« (tj. ocena 4 ali 5 na lestvici) šteli kot prisotnost varovalne izkušnje. Seštevek sedmih postavk tako predstavlja indeks varovalnih dejavnikov iz otroštva.

Na tej osnovi smo oblikovali tri ravni kumulativne izpostavljenosti pozitivnim izkušnjam:

- Nizka raven: 0–2 izkušnji
- Srednja raven: 3–5 izkušenj
- Visoka raven: 6–7 izkušenj

Med sodelujočimi jih je največ (16,8 %) doseglo najvišjo možno vrednost PCE (7). Dodatnih 14,7 % jih je poročalo o šestih, 16,2 % pa o petih pozitivnih izkušnjah. O nizki prisotnosti pozitivnih izkušenj (0–2 PCE) je poročalo 27,3 % udeležencev (Tabela 30).

Tabela 35. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: število doseženih točk po spolu in starostnih skupinah

Dosežek	0	1	2	3	4	5	6	7
Frekvenca (%)	73 (7,0)	99 (9,5)	113 (10,8)	134 (12,8)	129 (12,3)	170 (16,2)	155 (14,7)	176 (16,8)

Povprečno število PCEs za celoten vzorec znaša 4,06 (SD = 1,71). Razlike med spoloma in glede na starostne skupine niso statistično značilne (Tabela 36).

Tabela 36. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah

Skupaj	Moški	Ženske	16-18 let	19-21 let	22-24 let
<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
n = 1049	n = 545	n = 504	n = 359	n = 339	n = 352
4,06 (1,71)	4,23 (2,18)	3,88 (2,18)	4,38 (2,05)	4,13 (1,70)	3,66 (1,85)

Na osnovi kumulativnega seštevka smo oblikovali tri ravni prisotnosti PCEs (Tabela 37):

- Nizka podpora (0–2 PCEs): 27,2 % sodelujočih,
- Srednja podpora (3–5 PCEs): 41,3 %,
- Visoka podpora (6–7 PCEs): 31,5 %.

Razlike med spoloma in glede na starostne skupine v PCEs seštevku so statistično značilne. Med ženskami je delež nizke ravni PCEs višji (32,1 %) kot med moškimi (22,6 %). Delež visoke ravni PCEs je nekoliko višji pri moških (34,1 %) kot pri ženskah (28,8 %).

Glede na starost je visoka raven PCE najpogostejša pri skupini 19–21 let (35,7 %) in 16–18 let (35,4 %), medtem ko je v starostni skupini 22–24 let opazno nižja (23,6 %). Ta skupina ima tudi najvišji delež nizke ravni PCE (32,7 %).

Tabela 37. Pozitivne izkušnje v otroštvu PCEs: porazdelitev in deleži v posameznih kategorijah po spolu in starostnih skupinah

Raven	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Nizka podpora	285 (27,2)	123 (22,6)	162 (32,1)	78 (21,7)	92 (27,1)	115 (32,7)
Srednja podpora	433 (41,3)	236 (43,3)	197 (39,1)	154 (42,9)	126 (37,2)	154 (43,8)
Visoka podpora	331 (31,5)	186 (34,1)	145 (28,8)	127 (35,4)	121 (35,7)	83 (23,6)

Interpretacija

Preučili smo razširjenost in intenzivnost pozitivnih izkušenj v otroštvu, ki se v znanstveni literaturi uveljavljajo kot ključni varovalni dejavniki za duševno zdravje in rezilientnost tudi v kasnejših življenjskih obdobjih. Merjenje smo utemeljili na prilagojeni različici lestvice pozitivne izkušnje v otroštvu (PCEs), ki jo je razvila C. Bethell s sodelavci (2019) kot dopolnilo konstruktua obremenjujočih otroških izkušenj v otroštvu (ACEs). Lestvica PCEs temelji na konceptu spodbudnega in varnega ožjega in širšega okolja v otroštvu.

Empirične študije (npr. Crandall idr., 2019; Merrick idr., 2018) kažejo, da so pozitivne izkušnje v otroštvu povezane z manjšim tveganjem za depresijo, anksioznost, samopoškodbeno vedenje in druge težave v duševnem zdravju, pa tudi z večjo verjetnostjo iskanja pomoči, kakovostnejšimi odnosi in višjo stopnjo psihološke odpornosti (npr. Bethell idr., 2019; Sege & Harper Browne, 2017).

Za razliko od izvirne študije Bethell in sodelavcev (2019), ki je uporabila binarno merjenje, smo v naši raziskavi uporabili intervalno lestvico, kar omogoča bolj diferencirano oceno pogostosti varovalnih

izkušenj – od občasnih do stalnih. Udeleženci so ocenili, kako pogosto so v otroštvu doživljali sedem ključnih podpornih izkušenj, ki zajemajo tri osrednja področja: čustveno varnost in podporo v družini, pripadnost šolskemu in širšemu okolju, prisotnost pomembnih odraslih oseb zunaj družine.

Skupno ima 31,5 % udeležencev visoko raven podprtosti (6–7 pozitivnih izkušenj), 41,3 % jih ima srednjo raven (3–5 izkušenj), medtem ko jih 27,2 % poroča o nizki ravni podprtosti (0–2 izkušnji). Takšna porazdelitev nakazuje, da so pozitivne izkušnje v otroštvu pri delu mladih razmeroma pogoste, hkrati pa skoraj tretjina udeležencev poroča o omejeni izpostavljenosti spodbudnim odnosom in občutku pripadnosti v zgodnjih letih. To utrjuje pomen preventivnih pristopov, ki ne naslavljajo zgolj tveganj, temveč tudi sistematično krepijo varovalna okolja v družini, šoli in skupnosti – kot to nakazujejo tudi ugotovitve preteklih raziskav (npr. Bethell idr., 2019; Crandall idr., 2019).

Posebej izstopa postavka o odprti komunikaciji v družini, ki je prejela najnižjo povprečno oceno med vsemi. Nizka pogostost tovrstne izkušnje lahko pomeni manjšo možnost za učenje izražanja čustev, zaupanja in oblikovanja pozitivne samopodobe. Pokazale so tudi razlike glede na spol in starost: moški in mlajši udeleženci so poročali o pogostejšem doživljanju PCEs, kar lahko odraža razvojne ali generacijske razlike v izkušnjah otroštva.

Vedenjski vzorci in prosti čas

Spanje

Spanje je pomemben kazalnik telesnega zdravja in psihološkega počutja, zato smo v raziskavi preučevali tri vidike: količino, subjektivno zaznavo zadostnosti in kakovost spanja. Ta celovit pristop omogoča bolj poglobljen vpogled v spalne navade mladih in njihovo povezavo z vsakdanjim funkcioniranjem.

Trajanje spanja smo zajeli z vprašanji o povprečnem številu ur spanja med tednom in ob koncu tedna. Podatke smo primerjali s strokovnimi priporočili glede optimalnega trajanja spanja po starostnih skupinah (npr. Hirshkowitz idr., 2015): za mladostnike, stare 16–17 let, znaša priporočena dolžina spanja 8–10 ur na noč, za starost 18–24 let pa 7–9 ur. Tako smo opredelili, ali posameznik spi manj, ustrezno ali več kot priporočeno.

Subjektivna ocena zadostnosti spanja je bila pridobljena z vprašanjem, ali mladi menijo, da spijo premalo, ravno prav ali preveč. Ta ocena omogoča uvid v zaznano skladnost med dejanskim in doživljanjem lastnega spanja, pri čemer smo analizirali razlike po spolu in starosti.

Težave s spanjem smo merili z eno samoocenjevalno postavko: »Imel/-a sem težave s spanjem (npr. težko sem zaspal/-la, ponoči sem se zbudil/-la ipd.)«. Udeleženci so ocenjevali pogostost težav s spanjem v zadnjem obdobju na 4-stopenjski lestvici (v kolikšni meri je to veljalo zanje v zadnjem tednu, 0 – sploh ne velja, 1 – velja do določene mere, 2 – velja v veliki meri, 4 – zelo velja).

Takšna kombinacija kazalnikov omogoča razumevanje spanja ne le kot biološke potrebe, temveč tudi kot pomemben del doživljanja vsakdanjega ritma, duševnega počutja in življenjskega sloga mladih.

Rezultati

V skladu z mednarodnimi priporočili o optimalnem trajanju spanja (glej Tabelo 38) ugotavljamo, da večina udeležencev v starostni skupini 16–18 let ne dosega priporočene količine. Čeprav po mednarodnih smernicah (npr. Hirshkowitz idr., 2015) 18-letniki sodijo v skupino 18–24 let, smo jih v naši analizi zaradi enotnosti poročanja združili s 16- in 17-letniki. V skupini 16-18-letnikov jih 69,8 % poroča, da spijo manj kot priporočeno, 29,4 % ravno prav in 0,8 % več kot priporočeno. V starostni skupini 19–21 let jih 66,8 % spi v okviru priporočenih 7–9 ur, 30,0 % manj, in 3,2 % več. V skupini 22–24 let jih 65,4 % dosega priporočeno količino spanja, 32,7 % jih spi premalo in 2,0 % več kot priporočeno. Razlike med starostnimi skupinami so statistično značilne. Skupno, v celotnem vzorcu, 44,5 % udeležencev spi manj kot priporočeno.

Ženske statistično značilno pogosteje kot moški poročajo, da spijo manj kot je priporočeno (47,0 % žensk v primerjavi z 42,3 % moških). Moški pogosteje kot ženske poročajo, da spijo po priporočilih (56,6 % moških v primerjavi s 50,1 % žensk). Delež tistih, ki poročajo, da spijo več kot priporočeno, je nizek pri obeh spolih, vendar nekoliko višji pri ženskah (2,9 %) kot pri moških (1,1 %).

Tabela 38. Količina spanja: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah

Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
------------	-----------	------------	---------------	---------------	---------------

Manj kot priporočeno	472 (44,5 %)	231 (42,3 %)	241 (47,0 %)	252 (69,8 %)	103 (30,0 %)	116 (32,7 %)
Kot priporočeno	567 (53,5 %)	309 (56,6 %)	257 (50,1 %)	106 (29,4 %)	229 (66,8 %)	232 (65,4 %)
Več kot priporočeno	21 (2,0 %)	6 (1,1 %)	15 (2,9 %)	3 (0,8 %)	11 (3,2 %)	7 (2,0 %)

Tudi samoocena zadostnosti spanja potrjuje ta trend (Tabela 39). Skoraj polovica udeležencev (41,3 %) ocenjuje, da spi premalo, pri čemer so razlike med spoloma statistično značilne: o premalo spanja poroča 35,7 % žensk v primerjavi s 46,5 % moških. Približno 55,4 % udeležencev meni, da spi »ravno prav«, medtem ko 3,3 % poroča, da spi preveč. Ženske pogosteje poročajo, da spijo ravno prav (60,4 % v primerjavi s 50,7 %). Delež tistih, ki menijo, da spijo preveč, je nekoliko višji pri ženskah (3,9 %) kot pri moških (2,7 %).

Največji delež udeležencev, ki menijo, da spijo premalo, je v starostnih skupinah 19-21 let (48,0 %) in 22-24 let (47,5 %), nižji pa v starostni skupini 16-18 let (28,8 %). Delež tistih, ki ocenjujejo, da spijo ravno prav, je najvišji pri 16–18-letnikih (69,8 %). Delež tistih, ki menijo, da spijo preveč, pa je najvišji v starostni skupini 22-24 let (5,1 %).

Tabela 39. Tabela: Samoocena zadostnosti spanja: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Premalo	437 (41,3 %)	254 (46,5 %)	183 (35,7 %)	104 (28,8 %)	164 (48,0 %)	169 (47,5 %)
Ravno prav	587 (55,4 %)	277 (50,7 %)	310 (60,4 %)	252 (69,8 %)	166 (48,5 %)	169 (47,5 %)
Preveč	35 (3,3 %)	15 (2,7 %)	20 (3,9 %)	5 (1,4 %)	12 (3,5 %)	18 (5,1 %)

Težave s spanjem je navedlo 32,7 % udeležencev. Povprečna ocena znaša $M = 1,13$ ($SD = 1,07$), pri čemer so ženske poročale o več težavah ($M = 1,24$) kot moški ($M = 1,02$) (Tabela 40).

Tabela 40. Ocena težav s spanjem: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »velja v veliki meri ali zelo velja« za celoten vzorec

Skupaj M (SD)	Velja v veliki meri ali zelo velja (%)	Moški M (SD)	Ženske M (SD)	16-18 let M (SD)	19-21 let M (SD)	22-24 let M (SD)
1,13 (1,07)	32,7	1,02 (1,07)	1,24 (1,07)	1,14 (1,10)	1,18 (1,15)	1,07 (0,96)

Interpretacija

Rezultati kažejo na izrazito razširjenost težav s spanjem med mladimi. Skoraj polovica (44,5 %) jih spi manj, kot priporočajo strokovne smernice za njihovo starost (Hirshkowitz idr., 2015), kar nakazuje na sistematično pomanjkanje spanja. V najmlajši starostni skupini (16–18 let) ta delež dosega kar 69,8 %.

Tudi subjektivne ocene to potrjujejo – 41,3 % mladih meni, da spijo premalo, kar pomeni, da mladi nezadostno spanje zaznavajo tako objektivno (glede na količino) kot subjektivno (glede na lastno oceno). Pri tem posebej izstopajo mlajši mladostniki, ki poročajo o najslabših vzorcih spanja.

Poleg tega kar tretjina (32,7 %) mladih poroča o težavah s spanjem – povprečna ocena znaša $M = 1,13$ ($SD = 1,07$), ženske pa poročajo o več težavah ($M = 1,24$) kot moški ($M = 1,02$). To nakazuje, da pri pomembnem deležu mladih ne gre zgolj za krajše trajanje spanja, temveč tudi za motnje v kakovosti (npr. težave z usnavanjem ali prebujanjem).

Podatki iz naše raziskave so nekoliko bolj ugodni kot tisti v raziskavi HBSC 2022, izvedeni v Sloveniji, kjer je le 19,3 % 15- in 17-letnikov ter 38,7 % 11- in 13-letnikov spalo v skladu s priporočili (Jeriček Klanšček idr., 2023).

Razlike med spoloma so statistično značilne: udeleženke pogosteje poročajo, da spijo manj od priporočenega (47,0 % žensk vs. 42,3 % moških), hkrati pa udeleženci v večji meri kot udeleženke sami ocenjujejo, da spijo premalo (46,5 % moških v primerjavi z 35,7 % žensk).

Pri mlajših mladostnikih je pogosto prisotna kombinacija zgodnjih šolskih začetkov, intenzivnih dnevnih urnikov in pozne večerne rabe zaslonov, kar sovпада z biološkim zamikom v cirkadianem ritmu v času adolescence (Crowley idr., 2007; Paruthi idr., 2016). Razlike med spoloma so lahko povezane s kompleksno kombinacijo dejavnikov, vključno z večjo psihološko obremenjenostjo deklet, višjo občutljivostjo na motnje spanja, višjimi notranjimi standardi ter večjo zaznavo utrujenosti in stresa (Fatima idr., 2016).

Ugotovitve opozarjajo, da je spanje pomembno javnozdravstveno in razvojno vprašanje. Kronično pomanjkanje in slaba kakovost spanja imata lahko dolgoročne posledice za duševno zdravje, kognitivno delovanje, telesno odpornost in splošno počutje (npr. Beattie idr., 2015; Owens & Weiss, 2017). Preventivni in podporni programi bi morali spanje obravnavati kot eno ključnih področij – tako z vidika ozaveščanja mladih o pomembnosti spanja kot tudi prilagajanja šolskih in družbenih urnikov, ki pogosto prispevajo k njegovi ogroženosti.

Tvegana vedenja

Raba tobачnih izdelkov

Tobačni izdelki (vključno s klasičnimi cigaretami, elektronskimi cigaretami (vejpi), nikotinskimi vrečkami in drugimi oblikami) ostajajo pomemben dejavnik tveganja za zdravje mladih, kljub splošnemu zmanjševanju kajenja klasičnih cigaret v zadnjih desetletjih. Med mladimi se pa povečuje uporaba elektronskih in brezdimnih oblik nikotina, ki so pogosto predstavljene kot manj škodljive, a lahko prav zaradi zaznane neškodljivosti prispevajo k njihovi normalizaciji in pogostejši uporabi (Jung idr., 2024).

Udeležence raziskave smo vprašali, kolikokrat so v zadnjih 30 dneh uporabljali kakršne koli tobačne izdelke (npr. običajne cigarete, elektronske cigarete oz. vejpi, žvečilni tobak ipd.).

Rezultati

Večina udeležencev (65,1 %) je poročala, da v zadnjem mesecu niso uporabljali tobačnih izdelkov, 14,8 % jih je to počelo nekajkrat, medtem ko je petina udeležencev (20,1 %) poročala, da tobačne izdelke uporabljajo (skoraj) vsak dan (Tabela 41).

Pri pogostosti uporabe tobačnih izdelkov ni statistično značilnih razlik med spoloma. Razlike po starostnih skupinah pa so statistično značilne. V skupini 16–18 let tobačnih izdelkov ne uporablja 67,6 % udeležencev, 12,2 % jih uporablja občasno, in 20,2 % vsakodnevno. V starostni skupini 19–21 let je raba bolj razširjena: le 65,3 % jih ne uporablja tobaka, 18,4 % jih uporablja nekajkrat, in 16,3 % vsakodnevno. V najstarejši skupini, 22–24 let, se kaže najvišji delež vsakodnevne uporabe (23,6 %), pri čemer tobačnih izdelkov ne uporablja le 62,4 % udeležencev.

Tabela 41. Raba tobačnih izdelkov: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Nikoli	690 (65,1 %)	367 (67,2 %)	323 (62,8 %)	244 (67,6 %)	224 (65,3 %)	222 (62,4 %)
Nekajkrat (Skoraj)	157 (14,8 %)	76 (13,9 %)	81 (15,8 %)	44 (12,2 %)	63 (18,4 %)	50 (14,0 %)
vsak dan	212 (20,1 %)	103 (18,9 %)	110 (21,4 %)	73 (20,2 %)	56 (16,3 %)	84 (23,6 %)

Interpretacija

Delež udeležencev, ki so v zadnjem mesecu redno uporabljali tobačne izdelke, ni zanemarljiv – vsak peti udeleženec raziskave (20,1 %) je poročal, da tobačne izdelke uporablja (skoraj) vsak dan. Ta delež je najvišji pri 22–24-letnikih (23,6 %), sledijo 16–18-letniki (20,2 %), najnižji pa je pri 19–21-letnikih (16,3 %).

Po podatkih raziskave HBSC 2022 (Jeriček Klanšček idr., 2023) je v zadnjih 30 dneh kadilo 26 % 17-letnikov, medtem ko je kadarkoli v življenju kadilo skoraj 42 %. V naši raziskavi pa skupno 34,9 % udeležencev, starih 16–24 let, poroča, da so v zadnjih 30 dneh uporabljali kakršne koli tobačne izdelke (14,8 % nekajkrat, 20,1 % (skoraj) vsak dan). Ob tem je pomembno poudariti, da naša raziskava vključuje tudi elektronske cigarete, vej in druge sodobne oblike nikotina, ki so med mladimi vse bolj razširjene. V HBSC raziskavi so rabo elektronskih cigaret merili posebej in poročajo, da je 18,1 % 17-letnikov v zadnjih 30 dneh uporabljalo elektronske cigarete, kadarkoli v življenju pa je e-cigareto uporabilo 34 % 17-letnikov.

Čeprav v naši raziskavi statistično značilnih razlik med spoloma pri redni uporabi tobačnih izdelkov nismo zaznali, delež rednih uporabnic (21,4 %) vseeno nekoliko presega delež uporabnikov med moškimi (18,9 %). Čeprav ta razlika ni značilna, lahko nakazuje morebiten premik v trendih. V preteklih raziskavah, vključno z raziskavo HBSC (Jeriček Klanšček idr., 2023), je bila razširjenost kajenja praviloma višja pri fantih, a so najnovejši podatki pokazali, da med 17-letniki v zadnjih 30 dneh ni bilo statistično pomembnih razlik med spoloma. To lahko pomeni, da se spolne razlike v uporabi tobačnih izdelkov postopoma zmanjšujejo ali celo preobračajo, zlasti ko upoštevamo tudi sodobne oblike uporabe.

Povečana uporaba elektronskih cigaret, vej in drugih oblik nikotinskih izdelkov, ki so pogosto predstavljeni kot manj škodljiva alternativa klasičnemu kajenju, lahko prispeva k normalizaciji uporabe med mladimi. Raziskave kažejo, da mladostniki pogosto dojemajo e-cigarete kot manj škodljive od tobačnih cigaret, kar povečuje verjetnost njihove uporabe (Jung idr., 2024). Zlasti pri dekletih, kjer so motivi za uporabo pogosto povezani tudi z družbenimi vplivi, videzom in stresom, je raba sodobnih oblik nikotina lahko manj stigmatizirana in zato pogostejša.

Tudi v odsotnosti statistične značilnosti po spolu ti podatki nakazujejo pomembno potrebo po preventivnih programih, ki nagovarjajo sodobne oblike rabe (npr. vejpanje, nikotinske vrečke), upoštevajo spreminjajočo se spolno dinamiko ter vključujejo informiranje o tveganjih tudi t. i. manj škodljivih oblik nikotina.

Tvegano pitje alkohola

Tvegano epizodno pitje alkohola (angl. binge drinking) se nanaša na zaužitje večje količine alkoholnih pijač v kratkem časovnem obdobju – običajno pet ali več pijač za moške in štiri ali več za ženske ob eni priložnosti (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Takšen vzorec pitja je značilen za mladostniško in zgodnje odraslo obdobje ter je povezan s povečanim tveganjem za nezgode, nasilje, zlorabo substanc, tvegano spolnost in razvoj odvisnosti (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

Udeleženci so odgovarjali na vprašanje, kolikokrat so v zadnjih 30 dneh v nekaj urah zaužili večjo količino alkohola – in sicer 5 ali več pijač za moške in 4 ali več pijač za ženske. Udeleženci so izbirali med odgovoroma da in ne.

Rezultati

41,5 % udeležencev je poročalo, da so v zadnjem mesecu to naredili nekajkrat, 55,7 % jih je odgovorilo, da nikoli (v zadnjih 30 dneh), 2,7 % pa je takšno pitje prakticiralo skoraj vsak dan (Tabela 42).

Razlike med spoloma in med starostnimi skupinami so statistično značilne. Moški udeleženci pogosteje kot ženske poročajo, da so v zadnjih 30 dneh večkrat zaužili večjo količino alkohola v krajšem času. Občasno tvegano pitje je pogostejše pri moških (39,2 %) kot pri ženskah (44,1 %). (Skoraj) vsakodnevno pitje alkohola je več kot trikrat pogostejše pri moških (4,2 %) v primerjavi z ženskami (1,2 %), kar dodatno potrjuje spolno razliko v pogostosti redne rabe.

V skupini 16–18 let je več kot polovica udeležencev (61,8 %) poročala, da v zadnjih 30 dneh niso pili večjih količin alkohola, 34,9 % jih je to počelo občasno, 3,3 % pa (skoraj) vsak dan. Med 19–21-letniki se delež občasnih uporabnikov občutno poveča (44,4 %), delež tistih, ki tega nikoli ne počnejo, se zmanjša na 54,1 %, medtem ko (skoraj) vsakodnevna uporaba ostaja nizka (1,5 %). V skupini 22–24 let je podobno, 45,2 % udeležencev poročalo o občasnem tveganem pitju, 51,1 % jih tega ne prakticira, vendar pa 3,7 % alkohol v večjih količinah pije (skoraj) vsak dan.

Tabela 42. Tvegano pitje alkohola: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah*

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Nikoli	590 (55,7 %)	309 (56,6 %)	281 (54,8 %)	223 (61,8 %)	185 (54,1 %)	182 (51,1 %)
Nekajkrat	440 (41,5 %)	214 (39,2 %)	226 (44,1 %)	126 (34,9 %)	152 (44,4 %)	161 (45,2 %)
(Skoraj) vsak dan	29 (2,7 %)	23 (4,2 %)	6 (1,2 %)	12 (3,3 %)	5 (1,5 %)	13 (3,7 %)

*M: 5 ali več meric alkoholnih pijač, Ž: 4 ali več meric alkoholnih pijač

Interpretacija

Tvegano pitje alkohola, opredeljeno kot zaužitje večje količine alkoholnih pijač v krajšem časovnem obdobju, je med udeleženci raziskave precej razširjeno – skoraj vsak drugi (41,5 %) poroča, da je to v zadnjih 30 dneh storil nekajkrat. Čeprav je (skoraj) vsakodnevna raba razmeroma redka (2,7 %), takšen vzorec epizodnega pitja predstavlja pomembno tveganje za duševno in telesno zdravje, saj je povezan s povečano verjetnostjo prometnih nesreč, nasilnih dejanj, samopoškodbenega vedenja, tvegane spolnosti ter motenj razpoloženja in spanja (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

Moški udeleženci so statistično značilno pogosteje poročali o vsakodnevnem tvegane pitju (4,2 % v primerjavi z 1,2 % žensk). Ti podatki odražajo izrazite spolne razlike v navadah pitja, pri čemer moški pogosteje izkazujejo bolj intenzivne in tvegane prakse, kar je skladno z ugotovitvami, da je pri njih pogosteje prisotno vedenje, povezano z iskanjem dražljajev, nižjo samoregulacijo ali družbeno sprejemljivostjo tovrstne rabe v moških skupinah (Erol & Karpyak, 2015; Zilberman idr., 2003).

Občasno tvegano pitje se iz najnižjih vrednosti v skupini 16–18 let (34,9 %) občutno poveča že pri 19–21-letnikih (44,4 %), nato pa ostaja na primerljivo visoki ravni tudi pri 22–24-letnikih (45,2 %). S tem se potrjuje, da se vstop v obdobje večje samostojnosti (vključno z začetkom študija, odhodom od doma ali zaposlitvijo) pogosto povezuje s pogostejšimi epizodami tvegane pitja alkohola. Posebej velja izpostaviti, da se (skoraj) vsakodnevna raba alkohola zniža iz 3,3 % v skupini 16–18 let na 1,5 % pri 19–21 let, a nato ponovno naraste na 3,7 % pri 22–24 let, kar kaže, da lahko pri nekaterih udeležencih tvegano pitje postopno preide v bolj ustaljeno vedenjsko navado.

Ti rezultati potrjujejo potrebo po ciljno usmerjenih in dolgoročno zasnovanih preventivnih programih, ki ne bi bili omejeni le na obdobje srednje šole, temveč bi zajemali tudi mlade v času prehoda v odraslost, zlasti študente in mlade zaposlene. Pomembno je tudi, da programi naslavlja specifične motive pitja (npr. družbeni pritiski, sprostitvev, beg pred stresom) in vključujejo spolno občutljive pristope, saj so mehanizmi tvegane vedenja lahko različni pri moških in ženskah.

Uporaba konoplje

Uporaba konoplje v adolescenci in zgodnji odraslosti predstavlja pomembno javnozdravstveno temo, saj je povezano s povečanim tveganjem za kognitivne motnje, motnje razpoloženja, odvisnost in slabše učne ter poklicne izide (Curran idr., 2016; Volkow idr., 2014). Epidemiološke raziskave kažejo, da se tveganje še posebej poveča pri zgodnji in redni uporabi. V kontekstu večje družbene sprejemljivosti in zaznane dostopnosti je zato spremljanje vzorcev uporabe med mladimi ključno za oblikovanje preventivnih politik.

Vprašanje o uporabi konoplje je bilo zastavljeno na naslednji način: »Kolikokrat si v zadnjih 30 dneh kadil/-a konopljo (marihuano ali hašiš)?« Udeleženci so odgovarjali na lestvici z naslednjimi možnostmi: nikoli, nekajkrat, (skoraj) vsak dan.

Rezultati

Večina udeležencev (87,2 %) je odgovorila, da konoplje v zadnjih 30 dneh niso uporabljali, 9,9 % jih je poročalo o občasni uporabi, 2,9 % pa o (skoraj) vsakodnevni rabi (Tabela 43).

Razlike med spoloma in starostnimi skupinami so statistično značilne. Moški udeleženci pogosteje uporabljajo konopljo kot ženske: občasno uporabo je navedlo 10,3 % moških in 9,4 % žensk, redno uporabo pa 4,2 % moških v primerjavi z 1,8 % žensk. To pomeni, da je (skoraj) vsakodnevna uporaba konoplje več kot dvakrat pogostejša pri moških.

V starostni skupini 16–18 let kar 89,2 % udeležencev poroča, da konoplje niso uporabljali, 7,2 % občasno, 3,6 % pa (skoraj) vsak dan. V skupini 19–21 let je občasna uporaba višjam 15,5 %, (skoraj) vsakodnevna pa nekoliko nižja, 1,7 %. Med 22–24-letniki se ponovno poveča delež redne uporabe (3,4 %), medtem ko občasno rabi konopljo 7,0 % udeležencev.

Tabela 43. Uporaba konoplje: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Nikoli	923 (87,2 %)	467 (85,5 %)	456 (88,9 %)	321 (89,2 %)	284 (82,8 %)	318 (89,6 %)
Nekajkrat (Skoraj) vsak dan	105 (9,9 %)	56 (10,3 %)	48 (9,4 %)	26 (7,2 %)	53 (15,5 %)	25 (7,0 %)
	31 (2,9 %)	23 (4,2 %)	9 (1,8 %)	13 (3,6 %)	6 (1,7 %)	12 (3,4 %)

Interpretacija

Večina udeležencev (87,2 %) v zadnjih 30 dneh ni uporabljala konoplje, medtem ko jih je 9,9 % poročalo o občasni uporabi, 2,9 % pa o (skoraj) vsakodnevni uporabi. Uporaba je statistično značilno pogostejša pri moških, kjer se redna raba pojavlja pri 4,2 %, v primerjavi z 1,8 % pri ženskah.

Najvišjo stopnjo (skoraj) vsakodnevne uporabe smo zabeležili v najmlajši (16–18 let: 3,6 %) in najstarejši starostni skupini (22–24 let: 3,4 %), medtem ko je bila v srednji starostni skupini nekoliko nižja (19–21 let: 1,8 %).

Podatki raziskave HBSC 2022 (Jeriček Klanšček idr., 2023) na sicer povprečno mlajšem vzorcu potrjujejo, da uporaba konoplje narašča s starostjo: 33,8 % 17-letnikov je konopljo kadarkoli uporabilo, 27,5 % v zadnjem letu, in 15,1 % v zadnjih 30 dneh. Dnevna uporaba (20 ali več dni v zadnjem mesecu) je bila pri 17-letnikih 2,6 %. Skladno z našimi ugotovitvami fantje v HBSC raziskavi pogosteje kot dekleta poročajo o uporabi konoplje v zadnjih 30 dneh.

Naši rezultati kažejo na relativno nizko splošno razširjenost uporabe konoplje, vendar z višjimi deleži redne uporabe med moškimi ter v najmlajši in najstarejši starostni skupini. Naša raziskava ni spremljala sprememb skozi čas, HBSC podatki nakazujejo spodbuden trend zmanjševanja uporabe v adolescenci (2014–2022; Jeriček Klanšček idr., 2023). Ob tem ostaja ključno spremljanje uporabe konoplje tako v adolescenci kot v zgodnji odraslosti, zlasti ob naraščajoči družbeni sprejemljivosti, širjenju elektronskih produktov s THC ter percepciji, da gre za neškodljivo substancno. Ugotovitve nakazujejo potrebo po nadaljnjih preventivnih prizadevanjih, ki vključujejo ozaveščanje o tveganjih redne uporabe, še posebej pri mladih moških, ter naslavljanje predstave o varnosti, ki jo spremlja vedno večja dostopnost sodobnih oblik konoplje.

Uporaba drugih psihoaktivnih drog

Uporaba prepovedanih psihoaktivnih substanc, kot so kokain, heroin, ekstazi, amfetamini, halucinogene gobice in LSD, predstavlja pomembno tveganje za telesno in duševno zdravje mladih. Mednarodne raziskave, kot je ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), kažejo, da eksperimentiranje z omenjenimi snovmi med mladimi v Evropi sicer ni zelo pogosto, vendar se tveganje za njihovo uporabo v zgodnji odraslosti povečuje, zlasti pri sintetičnih drogah, ki so lažje dostopne (ESPAD, 2020).

V naši raziskavi smo udeležence vprašali, ali so v življenju že večkrat uporabljali psihoaktivne droge, kot so kokain, heroin, amfetamini (npr. iced), ekstazi (MDMA), halucinogene gobice, LSD ipd. Udeleženci so izbirali med odgovoroma *da* in *ne*.

Rezultati

Skupno 9,0 % udeležencev je poročalo, da so v življenju že uporabili oz. uporabljali eno ali več navedenih snovi (Tabela 44).

Uporaba je statistično značilno pogostejša pri moških (12,1 %) kot pri ženskah (5,7 %). Razlike so statistično značilne tudi po starostnih skupinah: med 16–18-letniki je takšno izkušnjo navedlo 3,9 % udeležencev, med 19–21-letniki 12,3 % in v skupini 22–24 let 10,7 %.

Tabela 44. Uporaba drugih psihoaktivnih drog: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah

Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
95 (9,0 %)	66 (12,1 %)	29 (5,7 %)	14 (3,9 %)	42 (12,3 %)	38 (10,7 %)

Interpretacija

Vprašanje o uporabi drugih prepovedanih psihoaktivnih snovi (kot so ekstazi, LSD, kokain, halucinogene gobice, amfetamini ipd.) je bilo zastavljeno v obliki samoporočanja o izkušnji z vsaj eno od teh substanc kadarkoli v življenju.

V raziskavi je 9,0 % udeležencev navedlo, da so v življenju že uporabili katero od teh snovi, pri čemer so razlike med spoloma statistično značilne: skoraj dvakrat več moških (12,1 %) kot žensk (5,7 %) je poročalo o tovrstni izkušnji. Prav tako se uporaba statistično značilno spreminja s starostjo: 3,9 % med 16–18-letniki, 12,3 % med 19–21-letniki in 10,7 % med 22–24-letniki. Ti podatki potrjujejo trende, ki jih beležijo tudi evropske raziskave, kot sta ESPAD (2020) in EMCDDA (2023), da se eksperimentiranje s psihoaktivnimi drogami najpogosteje pojavi v prehodu v zgodnjo odraslost, ob večji samostojnosti, selitvah in širjenju socialnih mrež.

Primerljivo z našimi ugotovitvami raziskava HBSC 2022 (Jeriček Klanšček idr., 2023) poroča, da je vsaj eno od drugih prepovedanih drog kadarkoli uporabil približno vsak osmi 17-letnik (12,9 %), pri čemer so fantje (14,7 %) pomembno pogosteje poročali o rabi kot dekleta (11,1 %). Med snovmi, ki so jih najpogosteje navedli 17-letniki, izstopajo: zdravila za zadetost (5,7 %), ekstazi (5,4 %), halucinogene gobice (5,0 %), kokain (4,6 %), amfetamini (4,2 %) in LSD (4,2 %). To potrjuje, da so določene "rekreacijske" droge precej razširjene tudi med srednješolsko mladino.

Zgodnji vzorci rabe so povezani z večjim tveganjem za zasvojenost, impulzivno vedenje, duševne motnje (kot so anksioznost, depresija, psihoze), zmanjšano sposobnost učenja, ter socialno izključenost in slabše življenjske izide. Še posebej nevarna je mešana uporaba z alkoholom ali konopljo, ki jo številne raziskave povezujejo z večjo verjetnostjo nesreč, nasilja, tvegane spolnosti in akutnih zdravstvenih zapletov (npr. EMCDDA, 2023).

Pomembno je, da preventivni programi naslavljajo tudi rabo t. i. "rekreacijskih" drog, saj se te pogosto dojemajo kot nenevarne, zlasti v kontekstu nočnega življenja, glasbenih festivalov ali socialnega eksperimentiranja. Znanstveni dokazi kažejo, da lahko ponavljajoča uporaba MDMA (ekstazija) povzroči pomembne dolgoročne spremembe v možganih, vključno z motnjami spomina, razpoloženja, pozornosti in serotoninске regulacije (Montoya idr., 2002). Tveganja se še povečajo ob sočasni uporabi alkohola ali drugih psihoaktivnih snovi.

Glede na ugotovitve, da je skoraj vsak deseti udeleženec že preizkusil katero od prepovedanih psihoaktivnih snovi, pri čemer je uporaba pogostejša med starejšimi mladimi in moškimi, se kaže potreba po preventivnih pristopih, ki naslavljajo tudi uporabo t. i. »rekreacijskih« drog. Pomembno je, da so preventivne dejavnosti prilagojene tej starostni skupini, temeljijo na preverjenih informacijah ter omogočajo odprt pogovor o motivih za uporabo. Uporaba sodobnih komunikacijskih poti, kot so družbena omrežja in vrstniško posredovanje, lahko prispeva k večji dosegljivosti in učinkovitosti sporočil. Ključno je, da mladi v teh programih ne nastopajo le kot prejemniki sporočil, temveč kot aktivni soustvarjalci, kar povečuje relevantnost in sprejemljivost vsebin.

Samoiniciativna uporaba zdravil brez recepta v psihološke namene

V zadnjem desetletju raziskave vse pogosteje opozarjajo na razširjenost samoiniciativnega jemanja zdravil brez recepta med mladimi, zlasti z namenom samopomoči pri obvladovanju stresa, tesnobe, nespečnosti ali izboljšanja kognitivne učinkovitosti. Takšna oblika samomedikacije je pogosto spregledana, a lahko vodi v razvoj odvisnosti, motnje razpoloženja ali druge negativne zdravstvene izide (Schepis idr., 2020). Gre za naraščajoč javnozdravstveni izziv, ki je med mladimi vse bolj aktualen, saj pogosto posegajo po pomirjevalih, uspavalih, analgetikih ali stimulansih, da bi lažje obvladovali šolski pritisk, čustvene stiske ali utrujenost (Schepis idr., 2020, Twombly & Holtz, 2008).

Vprašanje o uporabi zdravil brez recepta smo zastavili z naslednjo formulacijo: »Ali si kdaj večkrat (ne samo enkrat) brez zdravniškega recepta samoiniciativno jemal/-a zdravila, kot so pomirjevala, uspavala, poživila ali protibolečinska sredstva, z namenom obvladovanja stresa, čustvenih težav, izboljšanja koncentracije ali zaradi podobnih razlogov?«. Udeleženci so izbirali med odgovoroma *da* in *ne*.

Rezultati

Na vprašanje je pritrdilno odgovorilo 15,9 % udeležencev (Tabela 45). Statistično značilne razlike so se pokazale glede na starost, ne pa glede na spol: v skupini 16–18 let je tovrstno rabo poročalo 11,4 % udeležencev, med 19–21-letniki se delež zviša na 19,0 %, pri 22–24-letnikih pa znaša 17,4 %.

Tabela 45. Samoiniciativna uporaba zdravil brez recepta v psihološke namene: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah

Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
168 (15,9 %)	84 (15,4 %)	84 (16,4 %)	41 (11,4 %)	65 (19,0 %)	62 (17,4 %)

Interpretacija

Skoraj vsak šesti udeleženec je samoiniciativno v življenju že večkrat posegel po psihotropnih ali analgetičnih zdravilih z namenom samopomoči pri obvladovanju stresa, anksioznosti, nespečnosti ali koncentracijskih težav. Nepredpisana uporaba zdravil v psihološke namene se poveča s starostjo, kar kaže na razširjeno prakso samomedikacije.

Uporabljena zdravila, kot so pomirjevala ali protibolečinska sredstva, lahko v kontekstu lajšanja psihičnih simptomov delujejo kot kratkoročna rešitev, vendar predstavljajo pomembna tveganja, vključno z razvojem odvisnosti, predoziranje, motnjami spanja in interakcijami z drugimi substancami (Schepis idr., 2020). Zato je pomembno razvijati ozaveščevalne kampanje, ki mladim približajo varne načine iskanja pomoči, hkrati pa vključujejo tudi razbijanje mitov o "neškodljivosti" zdravil brez recepta, ki se uporabljajo v nepredpisanih kontekstih.

Pitje energijskih pijač

Pitje energijskih pijač med mladimi je v zadnjih desetletjih postalo globalen javnozdravstveni izziv, saj so ti izdelki zaradi visoke vsebnosti kofeina in sladkorjev pogosto povezani s tveganimi oblikami vedenja, motnjami spanja in srčno-žilnimi težavami (Seifert idr., 2011; Temple idr., 2017). Energijske pijače se pogosto uporabljajo kot sredstva za povečanje budnosti, zbranosti ali kompenzacijo pomanjkanja spanja, zlasti v obdobjih intenzivnega učenja, izhodov ali ob večjih psihofizičnih obremenitvah. Posebej tvegana je kombinacija energijskih pijač in alkohola, saj lahko kofein zmanjša zaznavo opitosti, kar povečuje verjetnost prekomernega pitja, impulzivnega vedenja, poškodb, tvegane spolnosti in prometnih nesreč. Raziskave kažejo, da so mladi, ki pogosto kombinirajo alkohol z energijskimi pijačami, izpostavljeni večjemu številu akutnih negativnih izidov kot tisti, ki pijejo alkohol samostojno (Arria idr., 2011; Marcziński & Fillmore, 2014).

Na vprašanje, kako pogosto so v zadnjih 30 dneh pili energijske pijače (npr. Red Bull, Monster), so udeleženci izbirali med trditvami: *niti enkrat*, *nekajkrat* in *(skoraj) vsak dan*.

Rezultati

Rezultati kažejo, da polovica udeležencev (50,2 %) v zadnjih 30 dneh ni pila energijskih pijač; 37,2 % jih je poročalo o občasni uporabi; 12,6 % pa o skoraj vsakodnevni uporabi (Tabela 46). Razlike po starostnih skupinah so statistično značilne: najvišji delež rednih uporabnikov (tj. skoraj vsakodnevnih) je med 16–18-letniki (17,2 %), sledijo 22–24-letniki (10,4 %) in 19–21-letniki (9,9 %). Spolne razlike niso statistično značilne.

Tabela 46. Pitje energijskih pijač: porazdelitev in deleži v po spolu in starostnih skupinah

	Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Nikoli	531 (50,2 %)	272 (49,8 %)	259 (50,6 %)	171 (47,5 %)	162 (47,4 %)	198 (55,8 %)
Nekajkrat (Skoraj) vsak dan	394 (37,2 %)	201 (36,8 %)	193 (37,7 %)	127 (35,3 %)	146 (42,7 %)	120 (33,8 %)
	133 (12,6 %)	73 (13,4 %)	60 (11,7 %)	62 (17,2 %)	34 (9,9 %)	37 (10,4 %)

Interpretacija

Pitje energijskih pijač je med udeleženci razširjeno: skoraj polovica (49,8 %) jih je v zadnjem mesecu pila; 12,6 % pa poroča o (skoraj) vsakodnevni uporabi. Najvišji delež rednih uporabnikov smo zabeležili med 16–18-letniki (17,2 %), sledijo 22–24-letniki (10,4 %) in 19–21-letniki (9,9 %). Redna uporaba v najmlajši skupini je zaskrbljujoča, saj raziskave kažejo, da je visoka izpostavljenost kofeinu v adolescenci povezana z motnjami spanja, tesnobo, povišanim krvnim tlakom, srčno-žilnimi zapleti, večjo impulzivnostjo in poslabšano regulacijo čustev (Seifert idr., 2011; Temple idr., 2017).

Statistično značilnih razlik glede spola ni, kar kaže, da pitje energijskih pijač ni več tipično moški vedenjski vzorec, temveč postaja del širše potrošniške kulture in načina soočanja z obremenitvami, v katerem so udeležene tudi mlade ženske.

Podatki raziskave HBS 2022 kažejo, da je pitje energijskih pijač med slovenskimi mladostniki vse bolj prisotno in se z višanjem starosti povečuje. Med 13-letniki je dnevno pitje redko (približno 1 %), a že pri 15-letnikih to pijačo vsak dan ali večkrat dnevno pije skoraj 6 % mladostnikov, pri 17-letnikih pa že skoraj 10 % (Jeriček Klanšček idr., 2023).

Ugotovitve opozarjajo na potrebo po informiranju mladih o tveganjih, povezanih z redno uporabo energijskih pijač. Poleg ozaveščanja o tveganjih je pomembno spodbujati bolj zdrave načine za soočanje z utrujenostjo in napor, kot so redna telesna dejavnost, kakovosten spanec in uravnotežena prehrana. Zelo smiselno bi bilo razmisliti tudi o regulativnih ukrepih, kot je prepoved brezplačnega deljenja energijskih pijač na množičnih dogodkih, kjer so pogosto prisotni mladi. Takšne promocijske prakse namreč spodbujajo nespontano in neinformirano uporabo, ki lahko vodi v razvoj tvegane navade že v zgodnjih letih. Omejevanje dostopa v okoljih, kjer so mladi še posebej dovzetni za oglaševalske vplive in vrstniški pritisk, bi zato lahko pomembno prispevalo k zmanjševanju zdravstvenih tveganj.

Tvegana vedenja - sklepna refleksija

Rezultati raziskave kažejo, da so različne oblike tveganj vedenj – od pitja alkohola in energijskih pijač do uporabe tobaka, konoplje, psihoaktivnih drog ter zdravil brez recepta – med mladimi precej razširjene. Čeprav večina udeležencev teh snovi ne uporablja redno, so nekateri podatki zaskrbljujoči. Skoraj polovica udeležencev (44,2 %) poroča o epizodnem tveganem pitju alkohola (v nekaj urah zaužijejo večjo količino pijač), petina (20,1 %) (skoraj) vsakodnevno uporablja tobačne izdelke, skoraj vsak osmi (12,6 %) pa skoraj vsak dan pije energijske pijače. Kar 15,9 % udeležencev poroča, da so večkrat samoiniciativno jemali zdravila za spoprijemanje s stresom, čustvenimi težavami ali utrujenostjo.

Spolne razlike v uporabi substanc kažejo na večjo pogostost rabe med alkohola, konoplje in prepovedanih drog med moškimi. To je lahko povezano z večjim tveganim vedenjem, večjo družbeno sprejemljivostjo eksperimentiranja pri moških ter nižjo verjetnostjo iskanja pomoči ob težavah. Pri drugih oblikah rabe – kot so tobak, zdravila brez recepta, energijske pijače in samoiniciativna uporaba

zdravil za psihično počutje – razlike med spoloma niso statistično značilne, kar nakazuje, da so nekateri vzorci rabe bolj univerzalni, drugi pa izraziteje pogojeni s spolnimi normami in pričakovanji.

Delež redne uporabe tobaka, alkohola in konoplje se po 18. letu najprej zmanjša (19–21 let), nato pa ponovno naraste v starostni skupini 22–24 let. Raba psihoaktivnih drog in zdravil brez recepta doseže vrh prav v srednji starostni skupini (19–21 let), kar lahko kaže na eksperimentiranje, iskanje razbremenitve ali spoprijemanje s stresom v tem prehodnem obdobju. Pri energijskih pijačah pa se pojavi drugačen vzorec – najvišji delež uporabe je že v najmlajši skupini (16–18 let), nato pa z naraščajočo starostjo opazno upada. Takšni trendi odražajo razvojne dinamike in kažejo, da se ob vstopu v zgodnjo odraslost povečuje izpostavljenost različnim oblikam stresa, samostojnosti in priložnostim za eksperimentiranje, ob hkratnem zmanjšanju institucionalne podpore. To podpira potrebo po razširitvi preventivnih pristopov tudi po 18. letu, pri čemer je ključna starosti in življenjskim okoliščinam prilagojena obravnava različnih oblik rabe.

Raziskava kaže, da mladi pogosto posegajo po snoveh kot načinu samoregulacije in obvladovanja psihosocialnih obremenitev. Visok delež uporabe energijskih pijač, zdravil brez recepta ter konoplje nakazuje, da tovrstni vedenjski vzorci niso zgolj stvar »zabave«, temveč lahko predstavljajo odziv na notranjo stisko ali življenjske zahteve. Zato je ključno, da so preventivne strategije utemeljene v realnih življenjskih okoliščinah mladih, oblikovane na podlagi podatkov in usmerjene v krepitev duševnega zdravja, socialno-čustvenih kompetenc ter dostopnih oblik strokovne pomoči.

Raba spleta (IDS9-SF)

Prekomerna in tudi zasvojitvena raba digitalnih tehnologij med mladimi postaja vse bolj prepoznan javnozdravstveni izziv. Raziskave kažejo, da problematična oz. prekomerna raba digitalnih tehnologij ni omejena na igranje spletnih iger, temveč vključuje tudi intenzivno in nekontrolirano uporabo družbenih omrežij, pretočnih vsebin, brskanja po spletu ter drugih spletnih aktivnosti, ki lahko vplivajo na duševno zdravje, šolski uspeh, socialno funkcioniranje in vsakdanje obveznosti (Andreassen idr., 2017; Augner idr., 2023; Duke & Montag, 2017; Griffiths & Kuss, 2017; Twenge & Campbell, 2018). Mladi so posebej ranljiva skupina, saj se nahajajo v obdobju intenzivnega razvoja identitete, kontrole impulzov in oblikovanja navad.

V raziskavi smo uporabili validirano lestvico IDS9-SF (Internet Disorder Scale 9 – Short Form), ki sta jo razvila Pontes in Griffiths (2016) na osnovi diagnostičnih meril za motnjo zasvojenosti s igrami (Internet Gaming Disorder) iz DSM-5. Rezultati so pokazali, da je IDS9-SF zanesljivo in veljavno orodje za ocenjevanje motenj, povezanih z uporabo spleta.

Udeležence smo vprašali o uporabi spleta izven študijskih ali delovnih obveznosti v zadnjih 12 mesecih. Med spletne dejavnosti smo šteli vse aktivnosti, ki jih mladi opravljajo na napravah, kot so računalnik, prenosnik, pametni telefon ali tablica – denimo brskanje po spletu, uporabo družbenih omrežij, gledanje videov, igranje iger ipd. Ocenjevali so devet trditvev, ki zajemajo različne dimenzije problematične spletne rabe – od zmanjšanega nadzora nad uporabo, potrebe po vedno daljšem času na spletu za enak učinek, kompulzivnega vedenja, do negativnih socialnih in čustvenih posledic. Trditve so ocenjevali na Likertovi lestvici od 1 (nikoli) do 5 (zelo pogosto). Višji seštevek vrednosti ali tudi višja povprečna ocena nakazuje večjo prisotnost vedenj, značilnih za sum na zasvojenost z rabo slabo spleta.

V Sloveniji so v validacijski študiji IDS9-SF (Gosar idr., 2023) uporabili percentilne meje, ki označujejo povečano tveganje (nad 80. percentilom, sum na prekomerno rabo) ter izrazito tveganje (nad 92. percentilom) (sum na zasvojenost). Te meje so bile določene glede na porazdelitev rezultatov v njihovem vzorcu in zato niso neposredno prenosljive na druge vzorce. Ker IDS9-SF nima klinično potrjenih pragov, percentili iz validacijske študije služijo zgolj opisni orientaciji in jih v naši analizi ne moremo uporabiti kot kazalnike tveganja.

Rezultati

Povprečna ocena na celotni lestvici IDS9-SF znaša $M = 2,29$ ($SD = 0,79$), kar nakazuje zmerno povprečno stopnjo vedenj, povezanih s tvegano oziroma prekomerno rabo spleta. V skupnem seštevku ni bilo statistično značilnih razlik glede na spol in starostne skupine (Tabela 47).

Pogostost posameznih simptomov med udeleženci naše raziskave je naslednja (poročano kot pogosto ali zelo pogosto prisotno):

- 35,6 % jih poroča, da jih spletne dejavnosti pogosto ali zelo pogosto preveč zaposlujejo.
- 27,1 % težko zmanjšuje ali preneha z uporabo spleta.
- 23,1 % spleta (zelo) pogosto uporablja kot način soočanja z negativnimi čustvi (npr. krivda, nemoč, tesnoba).
- 13,7 % poroča o izgubi zanimanja za prej priljubljene aktivnosti.
- 13,6 % jih potrebuje vedno več časa na spletu za dosego zadovoljstva.
- 12,8 % jih ob tem doživlja razdražljivost, žalost ali tesnobo.
- 12,5 % jih opaža negativne posledice v medosebnih odnosih ali učinkovitosti.
- 10,4 % nadaljuje z rabo spleta, čeprav jim to povzroča težave v odnosih.
- 7,6 % jih prikriva dejansko količino uporabe spleta.

Pri dveh trditvah lestvice IDS9-SF so se pokazale statistično značilne razlike med spoloma. Udeleženke pogosteje kot udeleženci poročajo, da splet uporabljajo za beg pred realnostjo ali za izboljšanje počutja ob občutkih nemoči, krivde ali tesnobe ($M = 2,65$; $SD = 1,29$ pri ženskah v primerjavi z $M = 2,28$; $SD = 1,24$ pri moških). Statistično značilna razlika se je pokazala tudi pri trditvi, da oseba ob poskusu zmanjšanja uporabe spleta občuti razdražljivost, tesnobo in/ali žalost – tudi tukaj so udeleženke dosegle višjo povprečno oceno ($M = 2,33$; $SD = 1,08$) kot udeleženci ($M = 2,20$; $SD = 1,05$).

Statistično značilne razlike med starostnimi skupinami so bile zaznane pri večini trditev lestvice IDS9-SF. Najmlajša starostna skupina (16–18 let) poroča o najnižji povprečni oceni izgube zanimanja za prejšnje hobije in pristočasne dejavnosti zaradi uporabe spleta ($M = 1,99$), medtem ko je povprečna ocena v skupinah 19–21 let in 22–24 let enaka ($M = 2,26$). Najmlajši poročajo tudi o najnižjem povprečju pri postavki o potrebi po vedno večji količini spletne uporabe za dosego zadovoljstva ali užitka ($M = 2,14$), višji povprečji poročata skupini 19–21 let ($M = 2,39$) in 22–24 let ($M = 2,38$). Pri zaznani težavi z nadzorom uporabe spleta naraščajo povprečne ocene z višjo starostjo: od $M = 2,61$ pri najmlajših do $M = 2,78$ pri 19–21 let in $M = 2,81$ pri najstarejših. Isto velja za povprečne ocene na postavki o razdražljivosti, tesnobe ali žalosti ob poskusu zmanjšanja uporabe spleta (16-18 let: $M = 2,10$; 19-21 let: $M = 2,33$; 22–24 let: $M = 2,37$). Pri trditvi o zavajanju drugih glede količine časa, preživetega na spletu, pa ima skupina 16–18 let najvišjo povprečno oceno ($M = 1,82$), sledijo 19–21 let ($M = 1,71$) in 22–24 let ($M = 1,62$). Pri oceni vpliva uporabe spleta na poslabšanje odnosov ali študijske/šolske učinkovitosti izstopajo 19-21-letniki ($M = 2,12$) v primerjavi s skupinama 16–18 let ($M = 1,93$) in 22–24 let ($M = 1,90$).

Tabela 47. Dosežki na lestvici IDS9-SF: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »pogosto ali zelo pogosto« za celoten vzorec

M (SD) n = 1059	Pogosto ali zelo pogosto (%)	Moški M (SD)	Ženske M (SD)	16-18 let M (SD)	19-21 let M (SD)	22-24 let M (SD)
Imaš občutek, da te spletne dejavnosti preveč zaposlujejo?						
3,08 (1,07)	35,6	3,04 (1,12)	3,12 (1,02)	3,01 (1,04)	3,12 (1,11)	3,12 (1,06)
Občutiš razdražljivost, tesnobo in/ali žalost, ko poskušaš zmanjšati ali prenehati z uporabo spleta?						
2,27 (1,07)	12,8	2,20 (1,05)	2,33 (1,08)	2,10 (1,04)	2,33 (1,04)	2,37 (1,10)
Čutiš potrebo po preživiljanju vedno več časa na spletu, da bi dosegel zadovoljstvo ali užitek?						
2,30 (1,08)	13,6	2,28 (1,06)	2,33 (1,11)	2,14 (1,07)	2,39 (1,11)	2,38 (1,06)
Ti je težko nadzorovati, zmanjšati ali prenehati z uporabo spleta?						
2,73 (1,18)	27,1	2,68 (1,20)	2,78 (1,16)	2,61 (1,19)	2,78 (1,16)	2,81 (1,18)
Si zaradi uporabe spleta izgubil/-a zanimanje za prejšnje hobije in druge pristočasne dejavnosti?						
2,17 (1,15)	13,7	2,12 (1,12)	2,22 (1,18)	1,99 (1,16)	2,26 (1,12)	2,26 (1,15)
Si nadaljeval/-a z uporabo spleta kljub temu, da ti je to povzročalo težave v odnosih z drugimi ljudmi?						
1,94 (1,08)	10,4	1,95 (1,08)	1,92 (1,09)	1,96 (1,14)	1,89 (1,06)	1,95 (1,05)
Si glede količine časa, ki ga preživiš na spletu, zavajal/-a katerega od družinskih članov, terapevta ali koga drugega?						
1,72 (1,02)	7,6	1,71 (1,02)	1,73 (1,03)	1,82 (1,07)	1,71 (1,02)	1,62 (0,97)
Uporabljaš splet, da bi ubežal/-a realnosti ali se počutil/-a bolje (npr. ko doživljaš občutke nemoči, krivde, tesnobe)?						
2,46 (1,28)	23,1	2,28 (1,24)	2,65 (1,29)	2,44 (1,33)	2,49 (1,26)	2,45 (1,24)
Si zaradi uporabe spleta ogrozil/-a ali izgubil/-a pomemben odnos, ali pa se je poslabšal tvoj šolski/študijski uspeh ali delovna učinkovitost?						
1,98 (1,15)	12,5	2,00 (1,17)	1,96 (1,13)	1,93 (1,14)	2,12 (1,22)	1,90 (1,08)
IDS9-SF – povprečni dosežek na celotni lestvici						
2,29 (0,79)		2,25 (0,80)	2,34 (0,79)	2,22 (0,78)	2,34 (0,80)	2,32 (0,80)

Interpretacija

Rezultati kažejo, da uporaba spleta pri pomembnem delu mladih presega zgolj prosti čas in zabavo ter pogosto služi kot strategija za čustveno regulacijo in soočanje z vsakodnevnimi obremenitvami. Povprečna ocena na lestvici IDS9-SF ($M = 2,29$; $SD = 0,79$) nakazuje na blage do zmerne težave, kar je skladno z izsledki mednarodnih študij (npr. Pan & Griffiths, 2017). Pan (2020) v meta-analizi 133 študij poroča o globalni razširjenosti zasvojenosti s spletom v višini 7,02 %, kar potrjuje, da izrazita oblika motnje prizadene manjšino uporabnikov. V Sloveniji pa je bilo v raziskavi Macur (2017) zaznanih 19,1 % 15–19 letnikov z znaki zasvojenosti. Poleg starosti so se kot dejavniki tveganja pokazali moški spol, brezposelnost, študentski status in samskost (Macur idr., 2015). Gre torej za razširjen pojav, ki presega okvir klinične manjšine in nakazuje pomembno javnozdravstveno dimenzijo.

Najpogosteje izraženi simptomi vključujejo občutek prekomerne vpletenosti v spletne dejavnosti (35,6 %), težave z nadzorom rabe (27,1 %) in uporabo spleta za uravnavanje neprijetnih čustev (23,1 %). Ti podatki kažejo, da splet pogosto služi kot orodje za pomiritev notranjih stisk ali kot nadomestek za druge oblike soočanja z negativnimi občutki. Posebej izrazita je ta funkcija pri udeleženkah, ki pogosteje poročajo o uporabi spleta za čustveno regulacijo ($M = 2,65$ pri ženskah; $M = 2,28$ pri moških) ter o

občutkih razdražljivosti, žalosti ali tesnobe ob omejitvi uporabe (M = 2,33 pri ženskah; M = 2,20 pri moških).

Ti spolni vzorci lahko odražajo večjo čustveno občutljivost in dovzetnost za notranji stres pri mladih ženskah ter večjo izpostavljenost družbenim primerjavam in digitalnim pritiskom. Rezultati po starostnih skupinah kažejo, da so težave, povezane s prekomerno uporabo spleta, izrazitejše pri starejših udeležencih, zlasti v skupinah 18-21 ter 21–24 let. Pri teh skupinah se pogosteje pojavljajo občutki razdražljivosti, težje uravnavanje uporabe in večja potreba po daljšem času na spletu za doseganje zadovoljstva. To lahko odraža manj zunanjskega nadzora, večjo digitalno povezanost z obveznostmi in večjo izpostavljenost spletu kot sredstvu za regulacijo razpoloženja v obdobju študija ali vstopa na trg dela. Najmlajši udeleženci sicer najpogosteje poročajo o skrivanju uporabe spleta pred drugimi, kar lahko kaže na večji občutek nadzora s strani staršev ali šolskega okolja.

Primerjava z drugimi podatki kaže sorodne trende. Po raziskavi HBCS 2022 (Jeriček Klanšček idr., 2023) je 8,9 % slovenskih mladostnikov (11–17 let) poročalo o šestih ali več pritrdilnih odgovorih na lestvici problematične uporabe spletnih socialnih medijev, z višjo razširjenostjo med dekletimi (10,6 %) kot med fanti (7,1 %).

Skupaj ti rezultati poudarjajo pomen celostnega pristopa k razumevanju in naslavljanju digitalnih navad mladih. Potrebno je razvijati tako čustveno kot digitalno pismenost, spodbujati uravnoteženo in zavestno rabo digitalnih tehnologij ter mladim nuditi podporo pri oblikovanju zdravih strategij samouravnavanja – zlasti v občutljivih prehodnih obdobjih med adolescenco in zgodnjo odraslostjo. Pri tem je pomembno prepoznati, da so številni obstoječi programi digitalne pismenosti še vedno osredotočeni predvsem na tehnično-varnostni vidik (npr. varno geslo, zaščita pred zlorabami), veliko manj pa se ukvarjajo s čustveno-funkcionalno rabo spleta, strategijami regulacije in vprašanji smisla, odnosa do telesa, samopodobe in stika z drugimi. Naši podatki jasno kažejo, da prav ta dimenzija zahteva večjo pozornost in podporo – ne le kot preventiva zasvojenosti, temveč kot podlaga za bolj zdravo digitalno kulturo.

Samoregulacijske aktivnosti mladih ob doživljanju stisk

Samoregulacija predstavlja ključno sposobnost posameznika za obvladovanje čustvenih stanj, impulzov in vedenj v odzivu na zunanje ali notranje obremenitve. Pri mladih je ta sposobnost še v razvoju, saj se izvršilne funkcije in možganska področja, odgovorna za nadzor vedenja in čustev (npr. prefrontalni korteks), razvijajo vse do zgodnje odraslosti (Steinberg, 2005). V obdobju adolescence so zato mladostniki še posebej občutljivi na stres in pogosto iščejo načine za umirjanje notranjih stisk – tako z bolj konstruktivnimi dejavnostmi (npr. gibanje, ustvarjalnost, narava) kot tudi z vedenji, ki lahko prinašajo kratkoročno olajšanje, a dolgoročno z njimi tvegajo slabše počutje ali celo zasvojenost (npr. prekomerna uporaba zaslonov, poseganje po hrani ali substancah).

Raziskave kažejo, da so prav vsakodnevne prostočasne dejavnosti pomemben dejavnik za razvoj samouravnavanja in rezilientnosti, še posebej v stresnih obdobjih mladosti (Compas idr., 2017). Aktivnosti, kot so gibanje, stik z naravo ali ustvarjalnost, dokazano zmanjšujejo stresno reaktivnost, povečujejo občutek notranje varnosti in omogočajo predelavo čustvenih izzivov (Liu idr., 2024; Richardson idr., 2017; Zhang idr., 2024). Vključevanje mladih v raznolike, samoregulacijske aktivnosti je zato pomemben varovalni dejavnik pri ohranjanju duševnega zdravja.

Udeleženci so v tem sklopu odgovarjali na vprašanje: "Kako pogosto se zatečeš k naslednjim dejavnostim, ko ti je težko?" Na 5-stopenjski lestvici (nikoli, redko, včasih, pogosto, zelo pogosto) so ocenili, kako pogosto se ob stiski vključujejo v različne dejavnosti, ki jim lahko pomagajo pri uravnavanju čustvenega in telesnega počutja. Med navedenimi aktivnostmi so bile ustvarjalne dejavnosti (npr. pisanje, risanje, ples, fotografiranje), telesna vadba, preživljanje časa v naravi ali z domačimi živalmi, poslušanje glasbe, sprostitvene tehnike ali meditacija, spanje, branje, poseganje po (nezdravi) hrani, uporaba zaslonov ter povečana raba alkohola, cigaret ali drugih psihoaktivnih snovi. Te dejavnosti zajemajo različne strategije samouravnavanja, ki se nanašajo tako na telesno kot čustveno in vedenjsko regulacijo, ter odražajo tako pozitivne kot tudi potencialno škodljive odzive na stiske.

Rezultati

Rezultate prikazujemo v Tabeli 48. Najpogosteje izražena prostočasna dejavnost med udeleženci je bilo preživljanje časa pred zasloni (npr. gledanje vsebin, igranje iger), ki ga pogosto ali zelo pogosto izvaja 58,6 % udeležencev ($M = 3,69$; $SD = 1,13$). Sledita preživljanje časa v naravi in/ali z domačimi živalmi (43,9 %, $M = 3,25$; $SD = 1,21$) ter spanje (40,5 %, $M = 3,15$; $SD = 1,29$). Zmerna telesna aktivnost ali vadba je prisotna pri 37,1 % udeležencev ($M = 3,11$; $SD = 1,25$).

Umetniške in ustvarjalne dejavnosti, kot so pisanje, risanje, ples ali fotografiranje, pogosto ali zelo pogosto izvaja 32,4 % udeležencev ($M = 2,76$; $SD = 1,40$). Sledi poseganje po (nezdravi) hrani, ki ga (zelo) pogosto navaja 25,1 % udeležencev ($M = 2,68$; $SD = 1,27$). Branje je pogosto ali zelo pogosto prisotno pri 16 % udeležencev ($M = 2,17$; $SD = 1,22$), uporaba sprostitvenih tehnik ali meditacije pa pri 9,9 % ($M = 1,81$; $SD = 1,09$).

Najredkeje poročana dejavnost je bila raba sprostitvenih tehnik ali meditacije, ki jo kot pogosto ali zelo pogosto navaja 9,9 % udeležencev ($M = 1,81$; $SD = 1,09$). Prav tako nizka je povečana uporaba alkoholnih pijač, cigaret ali drugih psihoaktivnih substanc, kar kot pogosto ali zelo pogosto navaja 12,0 % udeležencev ($M = 1,88$; $SD = 1,18$).

Pri dveh dejavnostih – povečani uporabi alkoholnih pijač, cigaret ali drugih psihoaktivnih substanc ter sprostitvenih tehnikah ali meditaciji – ni bilo statistično značilnih razlik med spoloma. Pri ostalih šestih dejavnostih pa so se pokazale statistično značilne razlike med spoloma:

- Branje: ženske so pogosteje poročale, da berejo z nameonom spoprijemanja s stisko ($M = 2,40$) v primerjavi z moškimi ($M = 1,97$).
- Umetniške in ustvarjalne dejavnosti: ženske so pogosteje poročale o ukvarjanju z ustvarjalnimi dejavnostmi ($M = 3,06$) v primerjavi z moškimi ($M = 2,47$).
- Spanje: ženske pogosteje navajajo spanje kot odziv na stisko ($M = 3,45$) kot moški ($M = 2,89$).
- Poseganje po (nezdravi) hrani: ženske pogosteje posegajo po hrani v času stiske ($M = 2,90$) kot moški ($M = 2,47$).
- Preživljanje časa pred zasloni: nekoliko pogosteje so to strategijo navajale ženske ($M = 3,79$) kot moški ($M = 3,61$).
- Preživljanje časa v naravi in/ali z domačimi živalmi: tudi tu so ženske poročale o pogostejši uporabi te strategije ($M = 3,42$) kot moški ($M = 3,10$).
- Telesna aktivnost ali vadba: edina dejavnost, pri kateri so moški dosegli višjo povprečno vrednost ($M = 3,25$) kot ženske ($M = 2,96$).

Med starostnimi skupinami so se statistično značilne razlike pokazale pri treh dejavnostih: sprostitvenih tehnikah ali meditaciji, poseganju po (nezdravi) hrani ter branju. Mlajši udeleženci (16–18 let) se

nekoliko redkeje ukvarjajo s sprostitvenimi tehnikami in meditacijo ($M = 1,69$), medtem ko je ta dejavnost pogostejša pri starejših skupinah (19–21 let, $M = 1,89$; 22–24 let, $M = 1,86$). Podoben trend je opazen tudi pri poseganju po (nezdravi) hrani – najmlajša skupina poroča o nižji povprečni uporabi te strategije ($M = 2,55$), medtem ko je najvišja povprečna ocena v skupini 22–24 let ($M = 2,82$). Pri branju so 19–21-letniki tisti, ki najbolj pogosto berejo kot način spoprijemanja s stisko ($M = 2,40$), najnižjo povprečno vrednost pa dosegajo 16–18-letniki ($M = 2,02$). Ti podatki lahko odražajo razvojne razlike v preferencah strategij za uravnavanje stresa, pri čemer starejši mladi pogosteje posegajo po introspektivnih, umirjenih oblikah samopomoči.

Tabela 48. Samoregulacijske aktivnosti mladih: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »pogosto ali zelo pogosto« za celoten vzorec

Skupaj <i>M (SD)</i>	Pogosto ali zelo pogosto (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
Umetniške in ustvarjalne dejavnosti (npr. pisanje, risanje, fotografiranje, ples ipd.)						
2,76 (1,40)	32,4	2,47 (1,38)	3,06 (1,36)	2,76 (1,45)	2,77 (1,35)	2,73 (1,40)
Preživljanje časa pred zasloni (npr. gledanje filmov, igranje videoiger, brskanje po spletu)						
3,69 (1,13)	58,6	3,61 (1,17)	3,79 (1,07)	3,67 (1,20)	3,68 (1,11)	3,74 (1,07)
Telesna aktivnost ali vadba						
3,11 (1,25)	37,1	3,25 (1,28)	2,96 (1,20)	3,20 (1,36)	3,09 (1,24)	3,04 (1,13)
Povečana uporaba alkoholnih pijač, cigaret ali drugih psihoaktivnih substanc						
1,88 (1,18)	12,0	1,88 (1,15)	1,89 (1,21)	1,88 (1,30)	1,98 (1,19)	1,80 (1,03)
Preživljanje časa v naravi in/ali z domačimi živalmi						
3,25 (1,21)	43,9	3,10 (1,25)	3,42 (1,15)	3,22 (1,24)	3,25 (1,20)	3,29 (1,20)
Sprostitvene tehnike ali meditacija						
1,81 (1,09)	9,9	1,83 (1,11)	1,79 (1,06)	1,69 (1,07)	1,89 (1,12)	1,86 (1,06)
Poseganje po (nezdravi) hrani						
2,68 (1,27)	25,1	2,47 (1,25)	2,90 (1,25)	2,55 (1,31)	2,67 (1,29)	2,82 (1,20)
Spanje						
3,15 (1,29)	40,5	2,89 (1,25)	3,45 (1,27)	3,21 (1,39)	3,21 (1,23)	3,03 (1,22)
Branje						
2,17 (1,22)	16,0	1,97 (1,15)	2,40 (1,26)	2,02 (1,25)	2,40 (1,23)	2,12 (1,14)

Tematska analiza samonavedb samoregulacijskih odzivov

187 udeležencev (neutežen podatek) je podalo odgovor »drugo«. Njihove odgovore smo vsebinsko analizirali in jih razvrstili v sedem tematskih sklopov, ki temeljijo na skupnih značilnostih in vlogi posamezne dejavnosti v procesu samouravnavanja. Ta kvalitativna razvrstitev vključuje tako bolj kot tudi manj adaptivne odzive. Dani sklopi ponujajo globlji vpogled v raznolikost samouravnalnih odzivov mladih.

Kategorizacija samoregulacijskih odzivov

Iskanje bližine in čustvene opore

- Pogovor s prijatelji, partnerjem, družino, mamo, sestro, terapevtom ali drugo zaupanja vredno osebo
- Družba, druženje, obiski (npr. pri partnerju, puncu, prijateljih, starih starših)

- Fizični stik: objemanje, bližina
- Klepetalnice, pogovori na spletu
- Spolni odnosi

Umik vase in notranje pomirjanje

- Razmišljanje
- Voden pogovor s samim seboj, notranji dialog
- Samorefleksija v tišini
- Umik v samoto
- Molitev, obisk maše
- Pisanje dnevnika, poezije ali pesmi o svojih občutkih
- Jok (kot oblika sproščanja)
- Pozaba težav

Poslušanje glasbe

- Poslušanje glasbe, pogosto z namenom pomiritve, preusmeritve pozornosti ali izražanja čustev
- Včasih kombinirano z drugimi dejavnostmi (npr. sprehod, ples, jok)
- Uporaba glasbe za "preglasitev misli"

Aktivno usmerjanje pozornosti v dejavnost

- Vožnja (avto, motor, kolo)
- Ples, igranje glasbil, igranje biljarda, sestavljanje, ročna dela
- Delo – služba, kmetija, pomoč drugim
- Intenzivno čiščenje, pospravljanje
- Kuhanje, peka
- Učenje, reševanje kvizov
- Prostovoljstvo, pomoč drugim
- Igranje iger (npr. CS2, harmonika, klavir, kitara)

Izklop in umik iz zunanjega sveta

- Sanjarjenje
- Brezmiselno skrolanje po družbenih omrežjih
- TikTok, Omegle
- »Gledam v strop«
- Izogibanje stiku z drugimi ("sem sama v sobi in ne grem ven")

Tvegani odzivi na stisko

- Samopoškodovanje
- Kričanje, jok, glasna glasba za preglasitev misli
- Kajenje (tobak ali marihuana)
- Zahajanje v naravo s substancami
- Stave, kockanje
- Pornografija

Individualizirane, izvirne oz. nišne strategije

- Astronomija

- Učenje jezikov
- Lego, kvačkanje
- Pomoč drugim kot izhod iz lastne stiske
- Aktivnosti po občutku ali razpoloženju
- Humor

Interpretacija

Rezultati kažejo, da se udeleženci ob občutkih stiske najpogosteje zatekajo k dejavnostim, ki jim omogočajo kratkoročno umirjanje in preusmeritev pozornosti – najpogosteje so to preživljanje časa pred zasloni (npr. gledanje vsebin, igranje iger), spanje ter preživljanje časa v naravi ali z domačimi živalmi. Telesna aktivnost in ustvarjalno izražanje sodita med razmeroma pogosto uporabljene strategije za soočanje s stisko, medtem ko sta branje ter uporaba sprostitvenih tehnik med mladimi manj razširjena in predstavljata redkeje izbrane oblike samouravnavanja. Povečana uporaba substanc (12 %) in poseganje po nezdravi hrani (25 %) sta prisotni pri pomembnem deležu udeležencev, kar kaže, da se del udeležencev v času stiske zateka k potencialno tveganim oblikam samouravnavanja, zlasti v pogojih izrazitejšega notranjega nemira ali obremenitve.

Kvalitativna analiza dodatnih odgovorov (kategorija »drugo«) dodatno osvetli širino in kompleksnost samoregulacijskih odzivov. Mladi pogosto omenjajo pogovor z bližnjimi, umik v samoto, pisanje dnevnika, poslušanje glasbe ter intenzivno fizično dejavnost (npr. čiščenje, kuhanje, delo), pa tudi impulzivne ali tvegane odzive, kot so samopoškodovanje, zloraba substanc ali izogibajoče vedenje (npr. pasivnost, izolacija, gledanje v strop). Glasba se pojavlja kot pomembna čustvena opora, ki mladim omogoča sprostitev, izražanje ali odmik od neprijetnih občutkov. Nekateri odgovori izražajo tudi edinstvene, kreativne ali nišne strategije, kot so opazovanje neba, sestavljanje legokock ali humor.

Pri večini dejavnosti so se pokazale statistično značilne razlike med spoloma. Udeleženke so pogosteje poročale, da kot obliko samouravnavanja uporabljajo strategije, kot so branje, spanje, stik z naravo, poseganje po hrani in preživljanje časa pred zasloni, medtem ko so moški pogosteje kot ženske poročali o uporabi telesne aktivnosti za soočanje s stisko. Te razlike lahko odražajo socializacijske vplive, različne načine izražanja čustev ter dostopnost posameznih strategij znotraj spolnih vlog.

Po starostnih skupinah se razlike kažejo predvsem pri bolj umirjenih, reflektivnih strategijah. Starejši udeleženci (22–24 let) pogosteje kot mlajši poročajo o poseganju po hrani in branju kot načinih spoprijemanja s stisko, kar lahko nakazuje večjo introspektivnost, potrebo po umiku ali že oblikovane osebne strategije za obvladovanje notranjih napetosti. Najmlajši (16–18 let) redkeje posegajo po teh dejavnostih, kar lahko odraža razvojno manj stabilne vzorce samoregulacije ali drugačne vire opore.

Ti rezultati poudarjajo pomen razvoja in spodbujanja raznolikih, zdravih dejavnosti. Posebna pozornost bi morala biti usmerjena v krepitev čustvene in digitalne pismenosti, ozaveščanje o učinkih različnih strategij spoprijemanja ter ustvarjanje pogojev za dostop do varnih, telesno in čustveno podpornih aktivnosti, ki mladim pomagajo pri ohranjanju notranjega ravnovesja.

Vključenost v organizirane oblike aktivnosti

Aktivna udeležba v društvih, projektih in skupnostnih pobudah je pomemben pokazatelj družbene vključenosti mladih ter njihove pripravljenosti na prevzemanje odgovornosti in soustvarjanje družbenega življenja (Camino & Zeldin, 2002). Sodelovanje v takih oblikah lahko krepí občutek pripadnosti, vpliva na razvoj socialnih veščin, spodbuja občutek učinkovitosti ter prispeva k osebni rasti in večji rezilientnosti (Flanagan & Levine, 2010). V obdobju adolescence in prehoda v odraslost ima možnost vključevanja v raznolike dejavnosti tudi pomembno vlogo pri iskanju identitete in raziskovanju osebnih interesov.

V raziskavi smo udeležencem zastavili vprašanje: »Aktivno sodeluješ pri katerem od naslednjih društev, skupin, pobud, projektov ipd.?«, s ciljem raziskati stopnjo njihove vključenosti v različne oblike organizirane aktivnosti in participacije. Udeleženci so na vprašanje najprej odgovorili z *da* ali *ne*, nato pa so tisti, ki so označili »da«, med ponujenimi možnostmi označili, pri katerih sodelujejo.

Možnosti so zajemale dvanajst različnih oblik vključevanja, ki pokrivajo prostovoljno, kulturno, športno, versko, mladinsko, politično in aktivistično udejstvovanje. Poleg teh je bilo vključeno tudi odprto vprašanje »Ali sodeluješ še v kakšnem drugem društvu, skupini, pobudi, projektu ipd.?«, kjer so udeleženci v prostem odgovoru lahko navedli dodatno dejavnost.

Rezultati

Med udeleženci jih 43,6 % ni vključenih v nobeno dejavnost od naštetih 12 dejavnosti, 27,7 % sodeluje v eni, 11,6 % v dveh, medtem ko je 17,1 % vključenih v tri ali več dejavnosti. Rezultate po posameznih aktivnostih prikazujemo v Tabeli 49. Udeleženci so najpogosteje poročali o sodelovanju v prostovoljstvu (21,2 %), športnih društvih ali planinskih skupinah (19,6 %) ter verskih ali cerkvenih dejavnostih, kot so oratoriji in skavti (15,9 %). Sledi sodelovanje v študentskih klubih (13,8 %) ter kulturnih združenjih, kot so pevske zbori (11,6 %) in gasilskih društvih (10,9 %).

Manj pogoste oblike vključujejo mladinske centre (7,8 %), tabornike (4,7 %) in navijaške skupine (5,3 %). Najmanj udeležencev je poročalo o sodelovanju v političnih strankah (3,3 %), sindikatih (3,2 %) ali organiziranih protestih (3,1 %).

Statistično značilne razlike po spolu so se pokazale pri štirih od dvanajstih oblik vključevanja:

- Taborniki: o sodelovanju je poročalo 6,6 % moških udeležencev in 2,5 % udeleženk.
- Športno društvo, planinci: o sodelovanju je poročalo 25,1 % moških udeležencev in 13,6 % udeleženk.
- Politična stranka: sodelovanje je navedlo 4,9 % moških udeležencev in 1,4 % udeleženk.
- Navijaška skupina: sodelovanje je navedlo 8,8 % moških udeležencev in 1,6 % udeleženk.

Razlike po starostnih skupinah so statistično značilne pri naslednjih oblikah vključevanja:

- Taborniki: največji delež je v skupinah 16–18 let in 19–21 let (6,1 %) v primerjavi s skupino 22–24 let (1,7 %).
- Verske/cerkvene dejavnosti: največ sodelujočih je v skupini 16–18 let (19,4 %), sledijo 19–21 let (17,5 %) in najmanj 22–24 let (10,7 %).
- Sindikat: sodelovanje narašča s starostjo – v skupini 16–18 let je 1,4 %, v skupini 19–21 let 3,2 % in v skupini 22–24 let 5,1 %.

- Študentski klub: največ sodelujočih je v skupini 19–21 let (22,4 %), sledi skupina 22–24 let (14,0 %) in najmanj v skupini 16–18 let (5,5 %).
- Politična stranka: vključenost je najvišja pri skupini 19–21 letnikov (5,3 %), v primerjavi s skupinama 16–18 let (2,5 %) in 22–24 let (2,0 %).
- Organizirani protesti: največji odstotek je v skupini 22–24 let (5,3 %), manj pa v skupinah 19–21 let (2,0 %) in 16–18 let (1,9 %).
- Prostovoljstvo: največ sodelujočih je v skupini 22–24 let (25,6 %), manj pa v skupinah 19–21 let (19,2 %) in 16–18 let (18,9 %).

Statistično pomembnih razlik med starostnimi skupinami ni bilo pri vključevanju v gasilska društva, mladinske centre, pevske zборе oziroma kulturna združenja ter navijaške skupine.

Tabela 49. Vključenost v organizirane oblike aktivnosti: porazdelitev in deleži po spolu in starostnih skupinah

Skupaj (%)	Moški (%)	Ženske (%)	16-18 let (%)	19-21 let (%)	22-24 let (%)
Taborniki	4,7	6,6	2,5	6,1	1,7
Gasilsko društvo	10,9	11,5	10,1	12,5	10,8
Verske/cerkvene dejavnosti (npr. oratoriji, skavti)	15,9	16,3	15,4	19,4	10,7
Mladinski center	7,8	9,2	6,4	5,8	9,6
Pevski zbor ali druga kulturna združenja	11,6	11,0	12,3	13,6	9,3
Sindikato (organizacija, ki zastopa interese in pravice delavcev)	3,2	4,2	2,1	1,4	5,1
Športno društvo, planinci	19,6	25,1	13,6	19,9	19,9
Študentski klub	13,8	13,9	13,6	5,5	22,4
Politična stranka	3,3	4,9	1,4	2,5	2,0
Navijaška skupina	5,3	8,8	1,6	5,0	3,8
Organizirani protesti	3,1	3,7	2,3	1,9	5,3
Prostovoljstvo	21,2	20,3	22,2	18,9	25,6

Tematska analiza samonavedb organiziranih oblik aktivnosti

80 udeležencev (neutežen odgovor) je navedlo odgovor pod »drugo«. Odgovori v tej kategoriji kažejo na široko paleto interesov in oblik vključevanja, ki dopolnjujejo že ponujene možnosti v tabeli. Čeprav se nekateri odgovori tematsko prekrivajo z obstoječimi kategorijami (npr. prostovoljstvo, kulturne dejavnosti, mladinski centri), smo jih vseeno razvrstili in predstavili zaradi njihove raznolikosti, konkretnih opisov in vpogleda v dejansko prakso sodelovanja mladih.

Kategorizacija organiziranih oblik aktivnosti

Kulturne in umetniške dejavnosti

- Dramska skupina
- Impro liga
- Glasbena skupina / bend
- Glasbena šola (več odgovorov)
- Godba, orkester, šolski band, pihalni orkester
- Solo petje, tekmovanja
- Ples, plesna šola, plesni skupini
- Kulturno društvo
- Revija
- Trenutno delam na scenariju
- Pri pisanju knjig

Športne dejavnosti in telesna aktivnost

- Fitnes, gym life, "I go gym"
- Nogomet, profesionalni nogomet
- Odbojka, odbojkerski klub
- Drsalni klub
- Jahalna šola, konjeniško društvo
- Šah
- Poučevanje športa mlajših otrok
- Plavalna zveza Slovenije
- Sodništvo atletskih tekmovanj

Mladinske, prostovoljske in socialno angažirane pobude

- Prostovoljstvo
- Rdeči križ
- Društvo prijateljev mladine, zveza prijateljev mladine
- Mlada Karitas
- Krvodajalstvo
- Društvo Projekt človek
- Misli na srce
- Mladinska zveza Brez izgovora
- MEPI
- Zavetišče za živali
- Projekt A11Y (dostopnost spletnih strani)
- Oratorij

Mladinske/študentske organizacije in vključenost v izobraževalne dejavnosti

- Dijaška organizacija
- Študentska organizacija
- Študentski svet, študentske skupnosti
- Društvo študentov
- Mladinski center MKS
- EPAS (narava in zdravje)
- Erasmus

- Izobraževalna aktivnost za mlade
- Projekt na faksu (npr. *Music for the Future*, *Misli na srce*)
- PLED

Skupnostne, lokalne in subkulturne pobude

- Društvo podeželske mladine / podeželska mladina
- Vaško društvo
- Lubodarji (motoristi)
- Viole Maribor, ultras

Delo in praktične dejavnosti

- Delo
- Službe, ki delajo z otroki, kolonije
- Doma na kmetiji
- Sodelovanje v delovnih projektih (npr. scenarij)

Interpretacija

Rezultati dodatno kažejo, da pomemben delež udeležencev občutek pripadnosti, opore in angažiranosti išče in uresničuje tudi zunaj formalnih institucionalnih okvirov. V vsaj eno dejavnost je vključenih 56,4 % udeležencev. Dobra petina udeležencev (21,2 %) sodeluje v prostovoljskih aktivnostih, 19,6 % jih je vključenih v športna društva, 15,9 % pa v verske dejavnosti. Ti podatki kažejo na raznolikost interesov mladih in njihovo vključenost v različne oblike družbenih dejavnosti, ki pomembno prispevajo k občutku pripadnosti in osebnemu razvoju (Camino & Zeldin, 2002; Flanagan & Levine, 2010).

Moški udeleženci so pogosteje vključeni v tabornike, športna društva, politične stranke in navijaške skupine, medtem ko so starejši udeleženci (22–24 let) bolj zastopani v prostovoljstvu, sindikatih in organiziranih protestih. To kaže na razvojno premikanje od neformalnega vključevanja k bolj strukturiranim in tudi družbeno angažiranim oblikam udejstvovanja.

Zanimiv dodatek h kvantitativnim podatkom predstavljajo odgovori v odprti kategoriji »drugo«. Ti kažejo na raznoliko in pogosto ustvarjalne prakse. Udeleženci so poročali o sodelovanju v kulturnih dejavnostih (npr. bendi, plesne in dramske skupine, pisanje), športnih aktivnostih (odbojka, jahanje, sodniške vloge), pa tudi v lokalnih in prostovoljskih iniciativah (krvodajalstvo, zavetišča, mladinska gibanja). Nekateri odgovori vključujejo sodelovanje v projektih na fakultetah, Erasmus pobudah ali pobudah za večjo spletno dostopnost.

Vsi ti odgovori skupaj poudarjajo, da je vključenost mladih v skupnost raznolika in pogosto presega formalne organizacijske okvirje. Mnogi oblikujejo pripadnost znotraj neformalnih skupin, ki so močno prepletene z njihovimi vsakdanjimi interesi, lokalnimi okolji in identitetnimi iskanji. Takšne skupine – od prostovoljskih društev in športnih ekip do navijaških kolektivov, motorističnih bratovščin ali lokalnih iniciativ – lahko predstavljajo pomemben vir opore, pripadnosti in smisla. A hkrati lahko nosijo tudi tveganja izključevanja ali utrjevanja škodljivih norm, če v njih ni prostora za refleksijo, dialog in raznolikost. Zato je pomembno, da prepoznamo vse oblike participacije kot relevantne za psihosocialni razvoj mladih in jih razumemo v kontekstu njihovih pomenov, ne le formalne strukture.

Skrbi mladih glede prihodnosti: družbeni in osebni vidiki

Zaznane skrbi na družbeni ravni

Da bi bolje razumeli, kako mladi doživljajo negotovost v sodobnem svetu, smo jim zastavili vprašanje: »Če pomisliš na prihodnost, v kolikšni meri te skrbijo naslednje družbene teme?«. Udeleženci so stopnjo skrbi za posamezne tematike ocenjevali na petstopenjski lestvici, kjer je 1 pomenilo »splah me ne skrbi«, 5 pa »zelo me skrbi«. Pri oblikovanju vprašanja smo se naslonili na izhodišča Shell Jugendstudie (Albert idr., 2024), ene najboljše in najvplivnejših empiričnih študij o mladih v Nemčiji, ki že od leta 1953 v rednih intervalih raziskuje vrednote, stališča, vsakdanje življenje in zaznane izzive mladih med 12. in 25. letom starosti. Pomemben del te sociološko naravnane študije predstavlja analiza skrbi in negotovosti, ki jih mladi zaznavajo v povezavi z aktualnimi družbenimi in globalnimi vprašanji, kot so podnebne spremembe, gospodarska prihodnost, vojne, migracije in socialna neenakost.

V nasprotju z našim pristopom, kjer smo uporabili lestvico za merjenje intenzivnosti skrbi, Shell Jugendstudie posamezno skrb obravnava z dihonomnim odgovorom »drži« / »ne drži«, kar omogoča hiter vpogled v prisotnost določenih skrbi, vendar ne zajame njihovega doživljajskega razpona. Naša izbira ocenjevalne lestvice omogoča bolj diferencirano analizo stopnje zaznane obremenjenosti z različnimi temami in s tem bolj poglobljen vpogled v čustveno odzivanje mladih na družbene negotovosti.

Rezultati

Rezultate prikazujemo v Tabeli 50. Udeleženci so izrazili visoko stopnjo zaskrbljenosti glede več družbenih tem, pri čemer se razlike med posameznimi tematikami sicer gibljejo v razmeroma ozkem razponu, vendar vendarle kažejo določene poudarke. Največ skrbi mladi pripisujejo gospodarskim krizam, kot je inflacija ($M = 3,52$; 54,8 % jih je izbralo oceno »me skrbi« ali »zelo me skrbi«), tesno pa sledita omejevanje osebne svobode ($M = 3,47$; 53,0 %) ter revščina ($M = 3,40$; 50,2 %). Tudi okoljska vprašanja, kot sta onesnaževanje okolja ($M = 3,33$; 45,7 %) in podnebne spremembe ($M = 3,27$; 46,3 %), skupaj z vojnami ($M = 3,32$; 46,0 %), migracijami ($M = 3,26$; 43,2 %) in družbenimi neenakostmi ($M = 3,30$; 46,6 %), predstavljajo pomembne vire zaskrbljenosti za velik delež udeležencev. Tudi nekoliko nižje ocenjene teme, kot so trenutna politična situacija v Sloveniji ($M = 3,20$; 41,5 %), zdravstvene krize (npr. pandemija COVID-19) ($M = 2,98$; 34,6 %), umetna inteligenca ($M = 2,78$; 29,2 %) in energetske krize ($M = 2,83$; 29,1 %), niso zanemarljive – skoraj tretjina udeležencev je tudi pri teh izrazila izrazito zaskrbljenost.

Primerjava po spolu kaže, da ženske udeleženke v povprečju statistično značilno izražajo več skrbi glede skoraj vseh obravnavanih družbenih tem kot udeleženci med moškimi. Najizrazitejše razlike so bile zaznane pri zdravstvenih krizah (ženske = 3,27; moški = 2,72), umetni inteligenci (3,06; 2,52), revščini (3,65; 3,17), družbenih neenakostih (3,55; 3,06), podnebnih spremembah (3,41; 3,13) in onesnaževanju okolja (3,44; 3,22). Ženske so v primerjavi z moškimi tudi pri vojnah (3,49; 3,16), energetskih krizah (2,91; 2,76), gospodarskih krizah (3,62; 3,42) ter omejevanju osebne svobode (3,61; 3,35) izrazile statistično značilno višjo zaskrbljenost. Izjemo predstavljata tematiki migracij (oba spola: $M = 3,26$) in trenutne politične situacije v Sloveniji (ženske: 3,22; moški: 3,18), kjer razlike med spoloma niso statistično značilne.

Razlike med starostnimi skupinami (16–18 let, 19–21 let in 22–24 let) so statistično značilne pri več temah, vendar ne pri vseh. Statistično značilne razlike med starostnimi skupinami so se pokazale pri podnebnih spremembah (najvišje povprečje v skupinah 19–21 let: $M = 3,37$ in 22–24 let: $M = 3,35$), revščini (najvišje pri 22–24 let: $M = 3,51$), energetske krizah (tudi tu najvišje pri 22–24 let: $M = 2,96$), gospodarskih krizah (najvišje povprečje v skupinah 19–21 let: $M = 3,59$ in 22–24 let: $M = 3,58$) in trenutni slovenski politični situaciji (najvišje pri 22–24 let: $M = 3,35$). Pri ostalih tematikah – torej onesnaževanju okolja, migracijah, omejevanju osebne svobode, zdravstvenih krizah, umetni inteligenci in družbenih neenakostih – razlike med starostnimi skupinami niso bile statistično značilne.

Tabela 50. Zaznane skrbi na družbeni ravni: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »me skrbi ali zelo me skrbi« za celoten vzorec

Skupaj $M (SD)$	Me skrbi ali zelo me skrbi (%)	Moški $M (SD)$	Ženske $M (SD)$	16-18 let $M (SD)$	19-21 let $M (SD)$	22-24 let $M (SD)$
Vojne 3,32 (1,22)	46,0	3,16 (1,25)	3,49 (1,16)	3,22 (1,26)	3,39 (1,10)	3,35 (1,28)
Podnebne spremembe 3,27 (1,25)	46,3	3,13 (1,31)	3,41 (1,16)	3,09 (1,26)	3,37 (1,18)	3,35 (1,28)
Onesnaževanje okolja 3,33 (1,20)	45,7	3,22 (1,26)	3,44 (1,12)	3,23 (1,26)	3,40 (1,12)	3,36 (1,22)
Revščina 3,40 (1,18)	50,2	3,17 (1,26)	3,65 (1,04)	3,26 (1,27)	3,43 (1,05)	3,51 (1,20)
Migracije 3,26 (1,32)	43,2	3,26 (1,39)	3,26 (1,24)	3,26 (1,36)	3,15 (1,26)	3,37 (1,33)
Energetske krize 2,83 (1,19)	29,1	2,76 (1,24)	2,91 (1,14)	2,76 (1,22)	2,76 (1,13)	2,96 (1,22)
Gospodarske krize (npr. inflacija) 3,52 (1,12)	54,8	3,42 (1,15)	3,62 (1,08)	3,39 (1,21)	3,59 (1,05)	3,58 (1,09)
Trenutna slovenska politična situacija 3,20 (1,29)	41,5	3,18 (1,33)	3,22 (1,25)	3,10 (1,40)	3,15 (1,25)	3,35 (1,20)
Omejevanje osebne svobode 3,47 (1,23)	53,0	3,35 (1,26)	3,61 (1,18)	3,43 (1,32)	3,43 (1,19)	3,56 (1,16)
Zdravstvene krize, kot npr. pandemija 2,98 (1,27)	34,6	2,72 (1,23)	3,27 (1,25)	3,01 (1,30)	2,96 (1,19)	2,99 (1,32)
Umetna inteligenca 2,78 (1,29)	29,2	2,52 (1,25)	3,06 (1,28)	2,83 (1,37)	2,74 (1,25)	2,74 (1,26)
Družbene neenakosti 3,30 (1,25)	46,6	3,06 (1,30)	3,55 (1,15)	3,18 (1,35)	3,32 (1,19)	3,39 (1,20)

Tematska analiza odprtih odgovorov udeležencev o družbenih skrbih

Na odprto vprašanje »Ali te ob misli na prihodnost skrbi še katera druga družbena tema?« je odgovorilo 139 anketiranih (neutežen podatek). Zaradi izrazite tematske razpršenosti, vsebinske heterogenosti in pogosto fragmentarne narave odprtih odgovorov smo se odločili, da vseh ne vključimo v poročilo. Namesto posplošene tabelarične predstavitev, ki bi zahtevala pretirano redukcijo pomenov, predstavljamo le izbor tem, ki ponazarja glavne vzorce doživljanja prihodnosti.

Navedbe razkrivajo kompleksno mrežo skrbi, ki združujejo psihološke, socialne in strukturne vidike doživljanja prihodnosti. Udeleženci niso razmišljali le o zunanjih krizah, temveč tudi o svoji vlogi v svetu, možnosti oblikovanja varnega odnosa, identitetnih izzivih, in vprašanju, ali bodo živeli izpolnjeno življenje.

Udeleženci ob razmišljanju o prihodnosti niso ločevali med »družbenimi« in »osebnimi« temami, temveč so jih pogosto prepletali. Izražene skrbi se nanašajo na eksistencialne teme (npr. smrt bližnjih, samota, zdravje, duševno stanje), negotovost glede življenjskih prehodov (študij, zaposlitev, finančna neodvisnost, izbira poklica), vprašanja samouresničitve (uspeh, ljubezen, družina, prijatelji, občutek smisla), pa tudi občutek varnosti in pripadnosti v sodobni družbi.

Nekateri odgovori izražajo osebne stiske (npr. "Da ne bom dovolj dobra", "Da se moje duševno zdravje ne bi poslabšalo", "Da bom za vedno sama"), drugi pa družbeno-politične skrbi, pogosto zelo neposredno (npr. »razpad sistema«, »popustljivo šolstvo«, »migranti«, »ideološki razkol«, »družbene norme«). Udeleženci so navedli tudi skrbi, ki se nanašajo na zdravje bližnjih, strahove pred nezmožnostjo ustvariti družino zaradi gospodarskih in stanovanjskih razmer, ter na vprašanja o osebni svobodi, sprejemanju drugačnosti in prihodnosti vrednot družbe.

Interpretacija

Rezultati kažejo, da udeležence najbolj skrbijo teme, ki neposredno zadevajo njihove materialne pogoje bivanja, osebno avtonomijo in socialno varnost. Najizrazitejša je skrb zaradi gospodarskih kriz (M = 3,52; 54,8 %), kar je skladno s širšim kontekstom življenjskih stroškov, inflacije in nepredvidljivega trga dela, kar vse povečuje negotovost glede zaposlitve, stanovanj in finančne samostojnosti. Sledita omejevanje osebne svobode (M = 3,47; 53,0 %) in revščina (M = 3,40; 50,2 %), ki ju je smiselno razumeti kot del istega občutka ogroženosti – prvega z vidika družbenega nadzora, negotovosti glede svobodne izbire in avtonomije, drugega pa kot izrazito grožnjo življenjskemu standardu in dostojanstvu.

Okoljska vprašanja, kot sta onesnaževanje okolja (M = 3,33; 45,7 %) in podnebne spremembe (M = 3,27; 46,3 %), prav tako dosegajo dokaj visoke ocene skrbi. Čeprav nekoliko zaostajajo za skrbmi, povezanimi z materialno in socialno varnostjo, rezultati kažejo, da mladi okoljsko problematiko zaznavajo kot pomembno. To lahko odraža večjo ozaveščenost o dolgoročnih posledicah okoljskih sprememb ter njihovo prisotnost v javni razpravi in izobraževanju.

Zaskrbljenost glede vojn (M = 3,32; 46,0 %) in migracij (M = 3,26; 43,2 %) se prav tako uvrščata med pogostejše izražene skrbi. Gre za temi, ki sta močno prisotni v javnem diskurzu in medijskih vsebinah ter zajemata vprašanja globalne varnosti, stabilnosti in družbenih sprememb. Relativno visoke povprečne ocene kažejo, da mladi ti družbenopolitični temi zaznavajo kot pomembne, čeprav jih ne doživljajo nujno neposredno v svojem vsakdanjem življenju.

Zanimivo je, da so teme, kot so zdravstvene krize (M = 2,98), umetna inteligenca (M = 2,78) in energetske krize (M = 2,83), izzvale najnižjo raven skrbi med vsemi obravnavanimi področji. Možno je, da jih udeleženci trenutno ne doživljajo kot posebej pereče ali aktualne – pandemija je časovno že bolj oddaljena, energetske podražitve so se po vrhuncu leta 2022 deloma umirile, umetna inteligenca pa se pogosto dojema kot tehnološko gledano abstrakten oz. oddaljen pojav.

Udeleženke so v primerjavi z moškimi udeleženci statistično značilno izrazile višjo raven skrbi za skoraj vse obravnavane teme. To je v skladu z ugotovitvami iz drugih raziskav, ki kažejo, da mlade ženske

pogosteje izražajo višjo stopnjo skrbi, večjo empatično odzivnost in večjo pozornost do družbenih tem, povezanih z neenakostjo, zdravjem in prihodnostjo skupnosti (npr. Trentini idr., 2021). Izjemi sta migracije in trenutna politična situacija, kjer med spoloma ni statistično značilnih razlik. To lahko nakazuje, da sta ti temi v večji meri ideološko zaznamovani in manj osebno doživljajsko pogojeni.

Statistično značilne starostne razlike smo zaznali pri zaznavanju skrbi, povezanih s podnebnimi spremembami, revščino, energetskimi in gospodarskimi krizami ter politično situacijo – pri vseh teh temah najstarejši udeleženci izražajo višje ravni skrbi. To so teme, ki so neposredno povezane z odgovornostmi odraslega življenja – kot so osamosvojitve, vstop na trg dela, finančna negotovost – zato jih starejši doživljajo kot bolj akutne in osebno ogrožajoče. Pri drugih temah – kot so vojne, migracije, zdravstvene krize, osebna svoboda, umetna inteligenca in družbene neenakosti – starostne razlike niso bile statistično značilne. To lahko deloma pojasnimo z dejstvom, da gre pri nekaterih od teh tem (npr. digitalizacija, občutek družbene napetosti, zaznane omejitve osebne svobode) za stalne razvojne okoliščine, ki zaznamujejo celotno generacijo – zato jih podobno doživljajo tako mlajši kot starejši udeleženci. V primeru vojn in migracij pa gre za aktualne in medijsko odmevne dogodke, ki so močno prisotni v vsakdanji informacijski krajini mladih – zato lahko izzovejo podobne ravni skrbi ne glede na starostno skupino.

Razlike po starostnih skupinah – z izrazitejšo zaskrbljenostjo starejših glede globalnih tem, kot so vojne, podnebne spremembe in gospodarske krize – lahko morda interpretiramo na način, da se doživljanje prihodnosti oblikuje skozi stopnjo informiranosti, življenjske izkušnje in bližino prehoda v odraslost. Ta opažanja odpirajo prostor za vpogled v širši mednarodni kontekst: naš vzorec smo primerjali z rezultati Shell Jugendstudie 2024 iz Nemčije (v kateri so sodelovali 12–25-letniki). Težišča in intenzivnost doživljanja posameznih kategorij skrbi (gospodarstvo, okolje, oboroženi konflikti) se pomembno razlikujejo (prim. z Albert idr., 2024). V Nemčiji kar 81 % udeležencev izraža skrb zaradi vojne v Evropi (na našem vzorcu 46,0 %), 71 % zaradi podnebnih sprememb (na našem vzorcu 46,3 %), in 67 % zaradi gospodarskih razmer in naraščajoče revščine (na našem vzorcu 54,8 % za gospodarske krize in 50,2 % za revščino). Čeprav je gospodarska dimenzija v obeh državah ključna, se zdi, da je v nemškem kontekstu pogosteje obravnavana kot širša družbeno-politična grožnja, medtem ko jo slovenski mladi doživljajo predvsem skozi osebne izkušnje negotovosti in omejenih možnosti. Videti je, da se skrb za prihodnost v obeh državah izraža skozi različne tematske leče: v Sloveniji bolj prek vprašanj vsakdanjega preživetja in osebne stabilnosti, v Nemčiji pa bolj prek globalnih, dolgoročnih in sistemskih izzivov. Te razlike ne odražajo le individualnih pogledov, temveč so globoko prepletene s specifičnimi družbenimi pogoji, političnim okoljem in zgodovinsko pogojenimi načini, kako mladi v posameznih državah dojemajo svet in svojo vlogo v njem.

Če dodamo v sliko še samonavedbe udeležencev, je še bolj jasno, da ti prihodnost najpogosteje doživljajo skozi prizmo osebne, socialne in ekonomske negotovosti. Njihove skrbi se osredotočajo predvsem na oprijemljive izzive vsakdanjega življenja – inflacijo, stanovanjsko problematiko, možnosti zaposlitve, oblikovanje družine in ohranjanje duševnega zdravja. Zdi se, da čeprav zaznavajo tudi globalne grožnje jih večinoma interpretirajo skozi osebno prizmo: kot neposredne grožnje njihovim življenjskim priložnostim, občutku stabilnosti in varnosti. Ta preplet osebnih in širših družbenih skrbi odraža način, kako mladi zaznavajo kompleksnost sodobnega sveta: kot prostor, kjer sistemske spremembe hitro vstopajo v njihove vsakdanje realnosti.

Zaznane skrbi na osebni ravni

Za oceno osebnih skrbi glede prihodnosti smo udeležencem zastavili podobno vprašanje kot za družbene tematike: »V kolikšni meri pa te skrbijo naslednji osebni in intimni vidiki življenja?« Udeleženci so odgovarjali na 5-stopenjski lestvici, od 1 – »sploh me ne skrbi« do 5 – »zelo me skrbi«. Osredotočili smo se na naslednja področja: stanovanjska preskrba, partnerski odnosi, uresničevanje izobraževalnih ciljev in možnosti zaposlitve.

Rezultati

Rezultate prikazujemo v Tabeli 51. Stanovanjska preskrba ($M = 3,68$; 62,0 %) izstopa kot najbolj zaskrbljujoča tema. Sledi skrb glede zaposlitvenih možnosti ($M = 3,55$; 53,7 %). Tudi izobraževalni cilji ($M = 3,46$; 50,8 %) so pomemben vir napetosti, temu sledi skrb glede partnerskih odnosov ($M = 3,29$; 46,4 %).

Pri vseh štirih osebnih temah so se pokazale statistično značilne razlike glede na spol. Ženske so v povprečju izražale višjo raven skrbi kot moški. Tudi po starostnih skupinah so se pokazale pomembne razlike. Pri preskrbi stanovanjem so najvišjo raven skrbi izražali udeleženci v starostni skupini 22–24 let, medtem ko so pri izobraževalnih ciljih največjo skrb izražali najmlajših udeleženci (16–18 let: $M = 3,63$).

Tabela 51. Zaznane skrbi na osebni ravni: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »me skrbi ali zelo me skrbi« za celoten vzorec

Skupaj $M (SD)$	Me skrbi ali zelo me skrbi (%)	Moški $M (SD)$	Ženske $M (SD)$	16-18 let $M (SD)$	19-21 let $M (SD)$	22-24 let $M (SD)$
Preskrba s stanovanjem (npr. možnost za nakup ali najem)						
3,68 (1,29)	62,0	3,41 (1,33)	3,97 (1,18)	3,47 (1,34)	3,78 (1,17)	3,80 (1,32)
Odnos s partnerjem/ko (npr. dobiti, se razumeti)						
3,29 (1,37)	46,4	3,05 (1,34)	3,55 (1,35)	3,38 (1,39)	3,16 (1,31)	3,33 (1,40)
Uresničitev svojih izobraževalnih ciljev (npr. doseči želeno izobrazbo, končati šolanje)						
3,46 (1,29)	50,8	3,14 (1,27)	3,81 (1,22)	3,63 (1,33)	3,58 (1,18)	3,18 (1,30)
Imeti in/ali ohraniti zaposlitev (npr. dobiti želeno službo oz. službo nasploh ipd.)						
3,55 (1,28)	53,7	3,18 (1,30)	3,94 (1,14)	3,50 (1,36)	3,59 (1,17)	3,56 (1,30)

Interpretacija

Analiza skrbi glede prihodnosti kaže, da mladi izražajo najvišjo zaskrbljenost glede temeljnih življenjskih pogojev, zlasti stanovanjske preskrbe ($M = 3,68$; 62,0 %), zaposlitvenih možnosti ($M = 3,55$; 53,7 %) in uresničevanja izobraževalnih ciljev ($M = 3,46$; 50,8 %). Nekoliko manj, a še vedno relativno visoko, jih skrbi področje partnerskih odnosov ($M = 3,29$; 46,4 %). Ti rezultati kažejo, da mladi prihodnost doživljajo predvsem skozi prizmo konkretnih, eksistencialno pomembnih vprašanj, povezanih z oblikovanjem samostojnega življenja – pri čemer so njihove skrbi glede osebnih življenjskih pogojev pogosto še izrazitejše kot pri družbenih temah, kot sta npr. gospodarska ali okoljska kriza.

Razlike med spoloma so pri vseh štirih področjih statistično značilne: ženske v povprečju izražajo višjo stopnjo skrbi kot moški. Razlike po starosti kažejo na različno umestitev posameznih skrbi v razvojni čas

posameznika. Medtem ko starejši udeleženci (22–24 let) najpogosteje izražajo skrb glede stanovanj, zaposlitve in partnerskih odnosov, se mlajši (16–18 let) bolj osredotočajo na izobraževalne cilje. Skrbi torej očitno odražajo aktualno življenjsko situacijo in naloge, s katerimi se posameznik sooča v danem obdobju.

Osebnosti skrbi, kot jih izražajo udeleženci, niso zgolj individualni občutki, temveč odsev širših družbenih razmer – denimo razmer na trgu dela, stanovanjske politike in izobraževalnih pritiskov. Ti rezultati potrjujejo, da številni mladi prihodnost ne doživljajo kot čas zaščitenega prehoda v odraslost, temveč kot obdobje, v katerem se že zelo zgodaj soočajo z negotovostmi. To je skladno s konceptom »zamrznjenih prehodov v odraslost«, ki izpostavlja neskladje med hitro družbeno dinamiko in stagnacijo razvojnih možnosti mladih v ključnih življenjskih domenah, kot so stanovanje, zaposlitev in družinsko življenje (Kuhar & Reiter, 2012). Omenjene ugotovitve poudarjajo potrebo po ciljanih politikah, ki bolj neposredno naslavljajo prehodne faze in mladim omogočajo več stabilnosti, dostopnosti virov ter dolgoročnih možnosti za osebni razvoj.

Zaznane obremenitve zaradi šolskih, študijskih in delovnih zahtev

Udeležence smo vprašali, v kolikšni meri jih obremenjujejo šola, študij in/ali delo, pri čemer so svojo izkušnjo ocenili na lestvici od 1 (sploh me ne obremenjuje) do 10 (zelo me obremenjuje).

Rezultati

Rezultate prikazujemo v Tabeli 52. Med udeleženci, ki so vključeni v šolanje, je bila povprečna stopnja obremenjenosti $M = 7,30$ ($SD = 2,22$). 31,1 % udeležencev je poročalo, da jih šola zelo obremenjuje. Udeleženke so poročale o statistično značilni višji povprečni obremenjenosti ($M = 7,93$) kot udeleženci ($M = 6,73$).

Pri udeležencih, ki so vključeni v študij, je bila povprečna obremenjenost $M = 6,73$ ($SD = 2,19$). Udeleženke so tudi tukaj poročale o statistično značilni višji obremenjenosti ($M = 7,15$) kot udeleženci moškega spola ($M = 6,31$).

Pri udeležencih, ki so zaposleni, je bila povprečna stopnja obremenjenosti $M = 5,87$ ($SD = 2,53$). Udeleženke so tudi tukaj poročale o statistično značilni višji obremenjenosti ($M = 6,62$) kot udeleženci moškega spola ($M = 5,17$).

Analiz po starostnih skupin nismo opravili, ker posamezne dejavnosti (npr. šola, študij, delo) niso enako relevantne za vse starostne skupine, poleg tega pa je bilo številčno razmerje med skupinami neenakomerno, kar bi lahko vplivalo na zanesljivost primerjav.

Tabela 52. Zaznane obremenitve zaradi šolskih, študijskih in delovnih zahtev: povprečja in standardni odkloni po spolu ter deleži odgovorov »me obremenjuje ali me zelo obremenjuje« za celoten vzorec

Skupaj <i>M (SD)</i>	Me obremenjuje ali me zelo obremenjuje (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>
šola, vključno z ocenami, odnosi in drugimi dejavniki n = 462 7,30 (2,22)	31,1	6,73 (2,25)	7,93 (2,01)
študij, vključno z ocenami, odnosi in drugimi dejavniki n = 446 6,73 (2,19)	16,0	6,31 (2,17)	7,15 (2,13)
delo/služba, vključno z delovnimi nalogami, odnosi in drugimi dejavniki n = 99 5,87 (2,53)	11,3	5,17 (2,83)	6,62 (1,91)

Interpretacija

Rezultati kažejo, da šolske, študijske in delovne obveznosti predstavljajo pomemben vir obremenitve za mlade, saj so povprečne ocene zaznane obremenjenosti v vseh treh okoljih razmeroma visoke. Še posebej izstopa šolsko okolje, kjer šolajoči se udeleženci poročajo o povprečni stopnji obremenjenosti $M = 7,30$ ($SD = 2,22$), pri čemer skoraj tretjina (31,1 %) navaja, da jih šola zelo obremenjuje. Ti podatki potrjujejo, da izobraževalni pritiski predstavljajo eno ključnih področij psihološke obremenitve v mladostniškem obdobju.

V vseh treh kontekstih – šola, študij in delo – udeleženke poročajo o statistično značilno višji ravni obremenjenosti v primerjavi z udeleženci moškega spola. Ta spolni vzorec je dosleden in se najizraziteje kaže v šolskem okolju, kjer povprečje zaznane obremenjenosti med udeleženkami dosega kar $M = 7,93$, medtem ko je pri udeležencih $M = 6,73$. Tudi v študijskem okolju so razlike prisotne (ženske: $M = 7,15$; moški: $M = 6,31$), prav tako pri zaposlenih (ženske: $M = 6,62$; moški: $M = 5,17$). Ta vzorec je v skladu s slovenskimi raziskavami, ki že dolgo opozarjajo, da dekleta pogosteje izražajo višjo stopnjo skrbi glede šolskih zahtev in pričakovanj (Jeriček Klanšček idr., 2018; Ule, 2008).

Razlike po spolu lahko nakazujejo višja notranja pričakovanja, večjo čustveno odzivnost ali večjo izpostavljenost zahtevam, ki jih mlade ženske doživljajo v izobraževalnem in poklicnem okolju. Čeprav vzroki niso neposredno razvidni iz podatkov, rezultati vseeno kažejo na potrebo po večji pozornosti do različnih oblik pritiska, ki jih mladi – še posebej ženske – doživljajo v formalnih okoljih.

Zaznana obremenjenost mladih z izobraževalnimi in delovnimi zahtevami poudarja potrebo po celostnih pristopih k preprečevanju stisk, ki naj vključujejo tako individualno čustveno podporo kot sistemske spremembe v šolskem in delovnem okolju. Pomembno je razvijati ukrepe, ki ne spodbujajo le storilnosti in dosežkov, temveč tudi psihološko varnost, občutek sprejetosti in ravnovesje. Spolno občutljivi pristopi bi morali prepoznati, da mlade ženske pogosto doživljajo večplastne pritiske, ter spodbujati okolja, ki omogočajo uravnoteženo vključevanje v izobraževalne in poklicne vloge brez pretiranega bremena.

Izkušnje s pandemijo COVID-19

Doživljanje vplivov pandemije COVID-19

Udeleženci so retrospektivno ocenjevali, kako doživljajo vpliv pandemije COVID-19 na različne vidike svojega življenja. Odgovarjali so na vprašanje: »*Ko se ozreš nazaj, kako bi ocenil/-a vpliv pandemije COVID-19 na naslednje vidike tvojega življenja?*«, pri čemer so stopnjo vpliva ocenili na 5-stopenjski lestvici od »zelo negativno« (-2) preko »niti negativno niti pozitivno« (0) do »zelo pozitivno«. Vprašanja so zajemala naslednja področja: življenje nasploh, zdravje, družinski odnosi, prijateljstva, duševno zdravje, fizično zdravje, finančna situacija, šolanje in situacija na delovnem mestu. Udeleženci so lahko izbrali tudi možnost »se ne nanaša name«. Poleg tega so imeli možnost odprtega odgovora, kjer so lahko navedli tudi druge vidike življenja, na katere je po njihovem mnenju pandemija pomembno vplivala.

Rezultati

Analiza retrospektivnih ocen vpliva pandemije COVID-19 kaže, da so udeleženci posamezna življenjska področja doživljali različno – znotraj vsakega področja so se pojavile tako negativne kot pozitivne ocene (Tabela 53). Najvišji delež pozitivnih ocen je bil izražen pri družinskih odnosih, kjer je 42,4 % udeležencev ocenilo vpliv kot pretežno ali zelo pozitiven, medtem ko jih je 15,6 % poročalo o pretežno ali zelo negativnem vplivu. Tudi prijateljstva so bila ocenjena raznoliko: 34,8 % udeležencev je poročalo o pozitivnem vplivu, 29,0 % pa o negativnem. Pri šolanju je 39,4 % udeležencev ocenilo vpliv kot pretežno ali zelo negativen, medtem ko jih je 33,2 % poročalo o pozitivnih učinkih.

Kar se tiče duševnega zdravja je 39,0 % udeležencev ocenilo vpliv pandemije kot pretežno ali zelo negativen, medtem ko jih je 24,8 % poročalo o pretežno ali zelo pozitivnem vplivu. Življenje nasploh je bilo negativno ocenjeno pri 36,7 % udeležencev, pozitivno pa pri 22,2 %. Pri fizičnem zdravju je 30,4 % udeležencev ocenilo vpliv kot negativen, 32,8 % pa kot pozitiven. Finančno situacijo je 26,0 % udeležencev ocenilo kot pretežno ali zelo negativno, 25,2 % pa kot pretežno ali zelo pozitivno. Na področju situacije na delovnem mestu ($n = 593$; 56 % udeležencev) je 14,8 % udeležencev poročalo o pretežno ali zelo negativnem vplivu, 9,3 % pa o pretežno ali zelo pozitivnem.

Po spolu so se statistično značilne razlike pokazale pri dveh področjih: duševnem zdravju in šolanju. Udeleženske so vpliv pandemije na duševno zdravje ocenile bolj negativno kot udeleženci. Povprečna ocena žensk je znašala $-0,32$ ($SD = 1,06$), pri moških pa $-0,08$ ($SD = 1,18$). Podobno so udeleženske nižje ocenile tudi vpliv pandemije na šolanje – povprečna ocena je bila $-0,14$ ($SD = 1,21$), medtem ko so udeleženci podali višjo povprečno oceno $0,07$ ($SD = 1,35$).

Analiza po starostnih skupinah je pokazala statistično značilne razlike v retrospektivnih ocenah vpliva pandemije COVID-19 na večino področij, z izjemo fizičnega zdravja in situacije na delovnem mestu, kjer razlike med skupinami niso bile statistično značilne. V drugih področjih pa se zaznave vpliva pandemije razlikujejo glede na razvojno fazo mladih:

- Življenje nasploh: najnižjo oceno so podali najstarejši (22–24 let: $M = -0,33$), kar pomeni, da je ta starostna skupina pandemijo doživela kot bolj negativno izkušnjo od obeh mlajših starostnih skupin.
- Družinski odnosi: najvišje ocene so poročali 19–21-letniki ($M = 0,42$), najnižje pa 22–24-letniki ($M = 0,24$).

- Prijateljstva: najbolj pozitiven vpliv so zaznali srednje stari ($M = 0,19$), najmanj pa najmlajši ($M = 0,09$).
- Duševno zdravje: najnižje ocene so podali najstarejši ($M = -0,35$), najvišje pa najmlajši ($M = -0,04$).
- Finančna situacija: ocene so se zniževale s starostjo, najnižjo so poročali najstarejši ($M = -0,19$).
- Šolanje: najbolj negativno izkušnjo so poročali najstarejši ($M = -0,08$), najvišjo oceno pa so podali najmlajši ($M = 0,11$).

Tabela 53. Ocena vpliva pandemije COVID-19 na različne vidike življenja: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov » pretežno ali zelo negativno« oziroma »Pretežno ali zelo pozitivno« za celoten vzorec

Skupaj $M (SD)$	Pretežno ali zelo negativno (%)	Pretežno ali zelo pozitivno (%)	Moški $M (SD)$	Ženske $M (SD)$	16-18 let $M (SD)$	19-21 let $M (SD)$	22-24 let $M (SD)$
Življenje nasploh -0,19 (1,01)	36,7	22,2	-0,15 (1,09)	-0,22 (0,92)	-0,09 (1,06)	-0,14 (0,96)	-0,33 (1,00)
Družinski odnosi 0,34 (0,98)	15,6	42,4	0,33 (1,00)	0,36 (0,96)	0,38 (1,08)	0,42 (0,97)	0,24 (0,88)
Prijateljstva 0,09 (1,09)	29,0	34,8	0,15 (1,14)	0,02 (1,03)	0,09 (1,16)	0,19 (1,06)	-0,01 (1,03)
Duševno zdravje -0,20 (1,13)	39,0	24,8	-0,08 (1,18)	-0,32 (1,06)	-0,04 (1,20)	-0,20 (1,02)	-0,35 (1,13)
Fizično zdravje 0,04 (1,12)	30,4	32,8	0,03 (1,20)	0,06 (1,04)	0,09 (1,18)	0,11 (1,07)	-0,07 (1,11)
Finančna situacija -0,01 (0,96)	26,0	25,2	0,02 (1,03)	0,04 (0,89)	0,09 (0,96)	0,08 (0,87)	-0,19 (1,03)
Šolanje n = 1041 -0,03 (1,29)	39,4	33,2	0,07 (1,35)	-0,14 (1,21)	0,11 (1,27)	-0,13 (1,24)	-0,08 (1,35)
Situacija na delovnem mestu n = 593 -0,14 (0,94)	14,8	9,3	-0,11 (1,03)	-0,17 (0,84)	-0,06 (0,96)	-0,09 (0,89)	-0,23 (0,97)

Analiza kvalitativnih odgovorov glede vpliva pandemije

Poleg vnaprej ponujenih področij so udeleženci lahko navedli tudi druge vidike življenja, na katere je po njihovem mnenju pandemija pomembno vplivala. To možnost je izkoristilo 48 udeležencev (neutežen podatek). Odprtih odgovorov nismo sistematično kategorizirali, saj so bili namenjeni predvsem dopolnitvi kvantitativnih rezultatov in ker vsebinsko večinoma ne prinašajo bistveno novih tematik, ampak jih je mogoče umestiti v že analizirane kategorije, kot so duševno zdravje (npr. depresija,

anksioznost, motnje hranjenja, osamljenost, poslabšanje koncentracije), socialna povezanost (npr. socialna anksioznost, težje navezovanje stikov, izolacija, spremembe v partnerstvu, izguba zaupanja v ljudi) ter šolanje in delovne navade (npr. izguba učne rutine, težave pri vračanju v šolsko okolje).

Pojavile pa so se tudi posamezne teme, ki v anketi niso bile zajete. Te teme so: kritičen pogled na medije in institucije (zdravstvo, šolstvo), izguba zaupanja v politiko, spremembe v intimi in spolnosti, smrt bližnjih, skrb za stare starše ali spremembe v osebnih vrednotah (večji poudarek na odnosih, prehod k bolj počasnemu načinu življenja). Ti odgovori prispevajo k razumevanju širšega spektra izkušenj, ki jih vprašanja niso zajela, ter kažejo na potrebo po bolj poglobljenem, kvalitativnem razumevanju izkušenj.

Interpretacija

V raziskavi smo udeležencem omogočili, da izrazijo subjektivne retrospektivne ocene vpliva pandemije COVID-19 (za obdobje ko je pandemija neposredno vplivala na njihovo vsakdanje življenje), pri čemer so lahko izrazili tako njene obremenjujoče kot tudi morebitne pozitivne posledice.

Medtem ko je bil vpliv pandemije na družinske odnose po lastni oceni pretežno pozitiven za 42,4 % udeležencev, jih je 15,6 % poročalo o pretežno ali zelo negativnem vplivu. To kaže na raznolikost izkušenj, povezanih z družinsko dinamiko v tem času. Pri nekaterih je očitno skupno preživljanje časa okrepilo odnose in spodbudilo več medsebojne povezanosti. Po drugi strani pa podatki opozarjajo tudi na to, da so nekateri udeleženci pandemijo doživljali kot dodatno obremenitev znotraj družinskega okolja – kar je lahko povezano z obstoječimi napetostmi, pomanjkanjem zasebnosti ali občutkom ujetosti v domačem okolju. Pri tem je treba upoštevati, da vsi udeleženci ne bivajo več z izvorno družino – nekateri živijo samostojno ali imajo že svojo družino.

Pri prijateljstvih in duševnem zdravju se izriše raznoliko doživljanje vpliva pandemije. Vpliv na prijateljstva je 34,8 % udeležencev ocenilo kot pretežno pozitiven, 29,0 % pa kot pretežno ali zelo negativen. To kaže, da so bile spremembe v prijateljskih odnosih zelo individualne in verjetno močno odvisne od obstoječe socialne vpetosti, možnosti vzdrževanja stikov ter doživljanja osamljenosti v času omejitev.

Pri duševnem zdravju je največji delež udeležencev (39,0 %) poročal o negativnem vplivu, kar odraža psihološko obremenjenost pandemičnega obdobja. Hkrati pa je skoraj četrtina udeležencev (24,8 %) izpostavila tudi pozitivne učinke. To lahko nakazuje, da so nekateri doživeli več notranjega miru, časa za razmislek ali oddih od zunanjih pritiskov. Dvopolnost lahko razložimo s tem, da so bila doživetja pandemije najverjetneje močno pogojena z individualnimi psihološkimi in socialnimi dejavniki, kot so kakovost odnosov in osebne lastnosti, vključno z rezilientnostjo.

Najbolj negativno je bil ocenjen vpliv pandemije na šolanje. 39,4 % udeležencev poročalo o pretežno ali zelo negativni izkušnji. To lahko odraža kombinacijo dejavnikov, kot so pomanjkanje motivacije in koncentracije pri pouku prek spleta, težave glede tehnologije, neenaki učni pogoji v domačem okolju ter izguba socialne dimenzije šole, ki je za mladostnike pomembna razvojna komponenta.

Tudi pri fizičnem zdravju se kaže visoka polariziranost izkušenj. 30,4 % udeležencev je poročalo o negativnem, 32,8 % pa o pozitivnem vplivu pandemije. Pozitivne ocene je mogoče povezovati z več časa za počitek, samoiniciativno vadbo ali bolj uravnoteženim ritmom vsakdana. Negativen vpliv pa lahko

izhaja iz zaprtja športnih objektov, prekinitve strukturiranih aktivnosti, zmanjšane motivacije za gibanje ter pri nekaterih tudi iz neposrednih posledic okužbe s COVID-19, kot npr. dolgotrajna utrujenost.

Podobno velja za finančno situacijo: 26,0 % udeležencev je poročalo o njenem poslabšanju, medtem ko jih je 25,2 % doživelo izboljšanje. Izguba študentskega dela ali redne zaposlitve je prizadela predvsem tiste, ki so delovali v panogah z visokim deležem mladih zaposlenih – kot so gostinstvo, turizem in trgovina. Po drugi strani so nekateri med pandemijo doživeli finančno razbremenitev zaradi zmanjšanih izdatkov, predvsem za prevoz, prehrano zunaj doma in prosti čas ter v nekaterih primerih verjetno zaradi dodatne državne pomoči ali podpore družine.

Situacija na delovnem mestu se nanaša le na tiste udeležence, ki so bili v času pandemije delovno aktivni. Ta je bila med vsemi področji najmanj pogosto ocenjena kot pretežno pozitivna (9,3 %) in tudi najmanj pogosto kot pretežno negativna (14,8 %). Povprečna ocena ($M = -0,14$) je bila nekoliko pod srednjo vrednostjo. Nekateri so se nedvomno soočili z izgubo ali nestabilnostjo zaposlitve, drugi pa so morda izkusili kot pozitivno večjo fleksibilnost, delo od doma ali več časa za druge dejavnosti. Slednje ni značilno za vse zaposlene, temveč predvsem za tiste z več nadzora nad delovnim časom ali stabilnejšimi pogoji zaposlitve.

Vpliv pandemije na življenje nasploh je bil ocenjen nekoliko bolj negativno (36,7 %) kot pozitivno (22,2 %), kar nakazuje, da je bila pandemija za pomemben delež udeležencev obremenilna izkušnja, ki je vplivala na njihov celostni občutek kakovosti življenja. Povprečna ocena ($M = -0,19$) je nekoliko pod srednjo vrednostjo, kar kaže na prevlado zmerno negativnih ocen, a tudi na precejšnjo razpršenost doživljanja. To lahko razumemo kot odraz negotovosti, občutka izgubljenega nadzora in prekinjenega življenjskega toka, ki ga je pandemija prinesla za številne. Hkrati pa lahko interpretiramo, da so nekateri posamezniki v tem obdobju kljub omejitvam uspeli prepoznati tudi priložnosti za osebno rast ali ponovno vzpostavitev življenjskega ravnotežja.

Pomembno dopolnilo kvantitativnim podatkom predstavljajo odprti odgovori udeležencev, ki razkrivajo vpliv pandemije na bolj intimne, subjektivne plasti izkušnje – kot so spremembe v čustvenem doživljanju, odnosu do samega sebe, zaupanju v družbo in institucije, ter v intimnem življenju. V odgovorih se kaže raznolikost doživljanja, ob tem pa pri nekaterih izrazita kritična drža do institucionalnega odziva na krizo.

Spolne razlike v retrospektivni oceni vpliva pandemije COVID-19 so se v naši raziskavi pokazale samo na dveh področjih: duševnem zdravju in glede šolanja. Udeleženke so v primerjavi z udeleženci moškega spola pogosteje poročale o negativnem vplivu pandemije na duševno zdravje ter o večji obremenjenosti, povezani s šolanjem. Ti rezultati so skladni z ugotovitvami drugih raziskav, ki kažejo, da mlade ženske v povprečju pogosteje izražajo psihološke stiske, tesnobo in visoka akademska pričakovanja (npr. McLean idr., 2011; Salk idr., 2017). V okoliščinah pandemije, ki je porušila ustaljene socialne stike in motila potek izobraževalnih procesov, so se že obstoječe razlike med spoloma lahko še dodatno okrepile. Ob tem pa ni bilo statistično značilnih spolnih razlik pri drugih dimenzijah, kar kaže, da vpliv pandemije ni enoznačno pogojen s spolom, temveč da so razlike prisotne predvsem na področjih, ki so že sicer bolj občutljiva za mlade ženske.

Starostne razlike v doživljanju vpliva pandemije razkrivajo razvojno specifične ranljivosti, ki so značilne za posamezne prehode v življenjskem poteku mladih. Mlajši mladostniki (16–18 let) so pogosteje poročali o pozitivnem vplivu pandemije na šolanje in družinske odnose, kar lahko odraža večjo prisotnost domačega okolja ter zmanjšan pritisk v šolskem sistemu (npr. manj testov, večja fleksibilnost). V tej razvojni fazi je lahko takšen umik deloval tudi pomirjujoče. Mladostniki v srednji starostni skupini (19–21

let) so pandemijo najbolj pozitivno doživeli na področju prijateljstev, kar morda kaže na večjo prilagodljivost pri vzdrževanju stikov prek digitalnih medijev. Najstarejši udeleženci (22–24 let) so vpliv pandemije ocenili kot najbolj negativnega pri skoraj vseh vidikih, razen šolanja. To nakazuje, da je ta starostna skupina doživela največje motnje v ključnih življenjskih prehodih – vstopu na trg dela, osamosvajanju, vzpostavljanju avtonomije in oblikovanju prihodnjih načrtov. Skupaj ti podatki potrjujejo, da pandemija ni prizadela vseh mladih enako, temveč da so bile izkušnje tesno prepletene z razvojnimi nalogami in izzivi posamezne starostne skupine.

V luči teh ugotovitev je jasno, da okrevanje po pandemiji ne pomeni zgolj odpravljanja njenih posledic, temveč priložnost za trajnejše izboljšave sistemov, ki podpirajo mlade. Pomembno je, da prihodnji ukrepi temeljijo na razumevanju razvojnih potreb in heterogenosti mladih – torej da niso enotni za vse, temveč diferencirani glede na starost, spol, socialno okolje in druge dejavnike ranljivosti.

Doživljanje obremenitev med pandemijo COVID-19

Poleg splošne retrospektivne ocene vpliva pandemije COVID-19 na različna življenjska področja smo vključili tudi vprašanja o doživljanju konkretnih obremenitev v času pandemije. Udeleženci so ocenili, kako obremenilni so bili zanje naslednji vidiki: karantena in omejitve gibanja, šolanje na daljavo, omejeno druženje, odločanje o cepljenju, nošenje zaščitnih mask, občutek lastne zdravstvene ogroženosti (npr. skrb za zdravje, strah pred okužbo), težak potek bolezni ali smrt bližnjih zaradi COVID-19 ter različna mnenja pomembnih oseb glede ukrepov in situacije.

Stopnjo obremenjenosti so ocenjevali na 5-stopenjski lestvici od »sploh niso bili obremenilni« (-2) do »zelo obremenilni« (2). Poleg navedenih vidikov so imeli udeleženci možnost navesti tudi druge, za njih osebno pomembne obremenitve, ki jih vnaprej oblikovana vprašanja niso zajela.

Rezultati

Rezultati (Tabela 54) kažejo, da udeleženci kot najbolj obremenilne ocenili omejevanje socialnih stikov in svobode gibanja. Najvišjo povprečno oceno obremenjenosti je imelo omejeno druženje ($M = 0,38$), kjer je skoraj polovica udeležencev (47,6 %) poročala, da je bil ta vidik zanje zelo ali pretežno obremenilen. Sledita karantena in omejitve gibanja ($M = 0,13$; 42,9 % obremenjenih) ter nošenje zaščitnih mask ($M = -0,03$; 37,6 %).

Manj obremenjujoči so bili vidiki, kot so različna mnenja pomembnih oseb glede ukrepov ($M = -0,27$), ki jih je kot obremenilne ali zelo obremenilne doživljalo 27,1 % udeležencev, ter šolanje na daljavo ($M = -0,30$), ki je bilo obremenilno za 32,4 % udeležencev. Najmanj obremenjujoča sta bila občutek lastne zdravstvene ogroženosti ($M = -0,61$; 16,0 %) ter težak potek bolezni ali smrt bližnjih zaradi COVID-19 ($M = -0,53$; 22,9 %).

Odprt odgovor v kategoriji »Drugo« je podalo 27 udeležencev (neutežen podatek). Med odgovori se pojavljajo vidiki, povezani z doživljanjem osebne svobode in avtoritarnih ukrepov (prisila cepljenja, omejevanje gibanja, politična instrumentalizacija krize), čustvene obremenitve (samomor bližnje osebe, nosečnost, skrb za ranljive družinske člane, izolacija), sistemski pomisleki (skrbi glede znanstvene integritete, delovanje oblasti, delovanje zdravstvenega sistema) ter specifične življenjske situacije (začetek študija na daljavo, slaba opremljenost, vpliv na socializacijo in zabavo).

Spolne razlike so statistično značilne in izrazite: udeležence so prav v vseh postavkah ocenjevale obremenjenost višje kot udeleženci – še posebej pri karanteni, omejenem druženju in odločanju o cepljenju.

Starostne razlike v doživljanju obremenitev so bile statistično značilne pri večini postavk, z izjemo omejenega druženja, občutka lastne zdravstvene ogroženosti ter težkega poteka bolezni ali smrti bližnjih. Največje razlike glede na starostne skupine so se pokazale pri karanteni, ki je bila najbolj obremenjujoča za najstarejšo skupino (22–24 let), ter pri šolanju na daljavo, ki je bilo najmanj obremenilno za najmlajše in najbolj za najstarejše.

Tabela 54. Doživljanje obremenitev med pandemijo COVID-19: povprečja in standardni odkloni po spolu in starostnih skupinah ter deleži odgovorov »obremenilni ali zelo obremenilni« za celoten vzorec

Skupaj <i>M (SD)</i>	Obremenilni ali zelo obremenilni (%)	Moški <i>M (SD)</i>	Ženske <i>M (SD)</i>	16-18 let <i>M (SD)</i>	19-21 let <i>M (SD)</i>	22-24 let <i>M (SD)</i>
Karantena, omejitve gibanja	42,9	-0,04 (1,41)	0,31 (1,28)	-0,07 (1,39)	0,07 (1,29)	0,38 (1,37)
0,13 (1,36)						
Šolanje na daljavo	32,4	-0,42 (1,41)	-0,17 (1,44)	-0,50 (1,39)	-0,29 (1,39)	-0,10 (1,48)
-0,30 (1,43)						
Omejeno druženje	47,6	0,22 (1,38)	0,54 (1,24)	0,34 (1,36)	0,34 (1,23)	0,45 (1,36)
0,38 (1,32)						
Odločanje o cepljenju	27,2	-0,66 (1,43)	-0,26 (1,50)	-0,63 (1,41)	-0,38 (1,47)	-0,39 (1,53)
-0,47 (1,48)						
Nošenje zaščitnih mask	37,6	-0,14(1,45)	0,10 (1,40)	0,10 (1,44)	-0,01 (1,43)	-0,16 (1,41)
-0,03 (1,43)						
Občutek lastne zdravstvene ogroženosti zaradi virusa (npr. skrb za lastno zdravje, strah pred okužbo)	16,0	-0,77 (1,16)	-0,45 (1,21)	-0,67 (1,23)	-0,63 (1,11)	-0,54 (1,24)
-0,61 (1,19)						
Težek potek bolezni ali smrt svojcev ali znancev zaradi COVID-19	22,9	-0,68 (1,26)	-0,36 (1,38)	-0,50 (1,42)	-0,57 (1,30)	-0,51 (1,27)
-0,53 (1,33)						
Različna mnenja meni pomembnih oz. bližnjih oseb o ukrepih in situaciji (npr. stališča o cepljenju, ukrepih za zajezitev virusa)	27,1	-0,41 (1,26)	-0,11 (1,28)	-0,46 (1,33)	-0,18 (1,25)	-0,15 (1,24)
-0,27 (1,28)						

Interpretacija

Rezultati kažejo, da so bili za udeležence v času pandemije COVID-19 najbolj obremenjujoči tisti vidiki, ki so neposredno vplivali na njihove socialne stike in občutek svobode. Najvišje so bile ocenjene obremenitve, povezane z omejenim druženjem, karanteno in omejitvami gibanja, kar je skladno z razvojnimi potrebami mladih po vrstniški povezanosti in postopnem uveljavljanju samostojnosti. Občutne deleže obremenjenosti zaradi nošenja zaščitnih mask in šolanja na daljavo kažejo, da so udeleženci te ukrepe doživljali kot poseg v vsakdanjo rutino in učne pogoje. Odgovori lahko hkrati nakazujejo razočaranje nad odzivom institucij, zlasti kadar so ukrepi delovali arbitrarno ali niso upoštevali življenjskih okoliščin mladih.

Ob tem pa rezultati kažejo tudi, da nekateri manj izpostavljeni vidiki – kot so različna mnenja pomembnih oseb glede ukrepov, odločanje o cepljenju ter posamezne izkušnje bolezni in izgube – kljub

nižjim povprečnim ocenam niso bili zanemarljivi. To opozarja, da so lahko tudi nekatere manj vidne ali manj pogoste izkušnje za posameznike predstavljale pomemben vir stresa ali konflikta.

Spolne razlike so izrazite in dosledne: udeleženke so v vseh ocenjenih vidikih poročale o višji stopnji obremenjenosti kot udeleženci moškega spola. To je skladno z drugimi raziskavami, ki kažejo, da mlade ženske pogosteje izražajo višjo psihološko senzitivnost in doživljajo večjo obremenjenost v kriznih situacijah (npr. Salk idr., 2017).

Starostne razlike v doživljanju obremenitev kažejo na razvojno specifične odzive. Najmlajši udeleženci (16–18 let) so šolanje na daljavo ocenili kot najmanj obremenjujoče, medtem ko so starejši (22–24 let) izrazili višjo obremenjenost, kar je lahko povezano z večjo potrebo po samousmerjenem učenju, bolj kompleksnimi akademskimi cilji ali bližino zaključevanja študija in prehoda v zaposlitev. V tej starostni skupini je bila kot posebej obremenjujoča ocenjena tudi karantena, kar lahko odraža občutek omejevanja samostojnosti, spremembe v vsakdanjih navadah ter težave pri usklajevanju študijskih, delovnih in zasebnih obveznosti. Ob tem je pomembno upoštevati, da skupina 22–24 let ni homogena – zajema tako tiste, ki še študirajo, kot tudi že zaposlene ali prekarno delujoče mlade. Zato lahko obremenitve izhajajo iz različnih virov: izgube strukture študijskega okolja, motenj v delovni rutini ali povečane odgovornosti v lastnem gospodinjstvu.

Odprti odgovori dodatno razširjajo razumevanje obremenitev. Udeleženci so izpostavili doživljanje omejitev osebne svobode, čustvene obremenitve (npr. skrb za druge) in razočaranje nad odzivom institucij. Izraženi so bili tudi dvomi v delovanje znanstvenih, zdravstvenih in političnih struktur. Tudi ti odgovori nakazujejo, da pandemija za del udeležencev ni bila le zdravstvena kriza, temveč izkušnja, ki je sprožila širša vprašanja o zaupanju, odgovornosti in delovanju družbenih sistemov.

Korelacije med ključnimi psihosocialnimi kazalniki

Korelacijska analiza (Tabela 55) je pokazala jasen vzorec statistično značilnih povezav med štirimi sklopi spremenljivk:

- zgodnje izkušnje (ACEs, ELS, PCEs),
- subjektivno blagostanje (zadovoljstvo z življenjem, samoocena duševnega in telesnega zdravja, psihološko uspevanje),
- kazalniki psihološke stiske (stres, anksioznost, depresija), osamljenost ter
- problematična raba digitalnih vsebin (IDS9-SF).

Tabela 55. Korelacije med samoocenami zadovoljstva z življenjem, telesnega in duševnega zdravja ter dosežki na lestvicah psihološkega uspevanja; stresa, anksioznosti in depresije (DASS-21); osamljenosti, pozitivnih izkušenj iz otroštva (PCEs), bremenilnih izkušenj iz otroštva (ACEs in ELSQ) ter tvegane rabe spleta (IDS9-SF).

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Zadovoljstvo z življenjem (1)											
Telesno zdravje (2)	0.34										
Duševno zdravje (3)	0.47	0.55									
Psihološko uspevanje (4)	0.46	0.51	0.61								
Stres (5)	-0.28	-0.39	-0.57	-0.45							
Anksioznost (6)	-0.25	-0.39	-0.48	-0.42	0.76						
Depresija (7)	-0.42	-0.44	-0.64	-0.63	0.74	0.66					
Osamljenost (8)	-0.33	-0.36	-0.55	-0.57	0.47	0.42	0.59				
PCEs (9)	0.35	0.36	0.48	0.63	-0.35	-0.39	-0.52	-0.50			
ACEs (10)	-0.14	-0.23	-0.28	-0.28	0.31	0.34	0.32	0.30	-0.45		
ESLQ (11)	-0.13	-0.28	-0.29	-0.33	0.35	0.37	0.36	0.31	-0.44	0.82	
IDS9-SF (12)	-0.20	-0.32	-0.35	-0.42	0.39	0.36	0.43	0.37	-0.27	0.20	0.20

Analizirali smo Pearsonove koeficiente korelacije. Vse v tabeli navedene korelacije so statistično značilne ($p < 0,001$)

Med pozitivnimi kazalniki se je psihološko uspevanje pokazalo kot najmočnejši varovalni dejavnik: bil je visoko pozitivno povezan z zadovoljstvom z življenjem ($r = 0.459$), samooceno telesnega ($r = 0.511$) in duševnega zdravja ($r = 0.609$), ter negativno s stresom ($r = -0.445$), anksioznostjo ($r = -0.419$) in depresijo ($r = -0.625$), vse pri $p < 0.001$. To kaže, da višja raven občutka smisla, povezanosti in osebnega razvoja pomembno prispeva k boljšemu subjektivnemu počutju in manjšim duševnim stiskam.

Osamljenost se je med vsemi proučevanimi dejavniki pokazala kot najmočnejši negativni kazalnik duševnega blagostanja. Bila je najtesneje povezana z višjo depresivnostjo ($r = 0,592$), slabšo samooceno duševnega zdravja ($r = -0,549$), nižjim zadovoljstvom z življenjem ($r = -0,325$) in nižjim psihološkim

uspevanjem ($r = -0,574$). Ti rezultati jasno poudarjajo pomen socialne povezanosti kot enega ključnih varovalnih dejavnikov v duševnem zdravju mladih.

Kazalnik problematične rabe zaslonov (IDS9-SF) je zmerno negativno koreliral z vsemi kazalniki blagostanja (zadovoljstvo z življenjem: $r = -0.204$; duševno zdravje: $r = -0.353$) ter pozitivno s kazalniki stiske (depresija: $r = 0.425$; stres: $r = 0.394$; anksioznost: $r = 0.364$). To potrjuje njegovo uporabnost kot vedenjski pokazatelj psihološke disregulacije, ki sicer ni nujno vzročni dejavnik, a spremlja višjo stopnjo distresa.

Kazalnika ACEs in ELS sta pokazala šibkejšo, a dosledno statistično značilne povezave s trenutno duševno stisko. Višje vrednosti teh kazalnikov so bile povezane z več stresa (ACEs: $r = 0.303$; ELS: $r = 0.348$), anksioznosti (ACEs: $r = 0.335$; ELS: $r = 0.366$), depresije (ACEs: $r = 0.317$; ELS: $r = 0.357$) ter z nižjo subjektivno oceno duševnega zdravja (ACEs: $r = -0.275$; ELS: $r = -0.288$). Te povezave podpirajo hipotezo o razvojni ranljivosti: pretekle obremenitve v otroštvu pomembno oblikujejo posameznikovo psihološko občutljivost v mladosti.

Po drugi strani pa so PCEs zmerno pozitivno povezane z blagostanjem (psihološko uspevanje: $r = 0.625$; zadovoljstvo z življenjem: $r = 0.347$) in negativno s stisko (depresija: $r = -0.524$; stres: $r = -0.346$), kar potrjuje njihovo varovalno funkcijo.

Celotni korelacijski vzorec podpira teoretično razdelitev spremenljivk v štiri sklope – zgodnje izkušnje (ACEs, ELS, PCEs), trenutno subjektivno blagostanje (zadovoljstvo z življenjem, samoocena telesnega in duševnega zdravja, psihološko uspevanje), vedenjske odzive (problematična raba zaslonov) in psihološko stisko (DASS-21 in osamljenost). Ta razmejitev utemeljuje vključitev posameznih indikatorjev v nadaljnje regresijske analize.

Analitični del: dejavniki tveganja in zaščite v duševnem zdravju mladih

Regresijska analiza napovednikov duševnega zdravja in blagostanja mladih

V nadaljevanju predstavljamo rezultate devetih končnih regresijskih modelov, s katerimi smo napovedovali različne vidike duševnega zdravja, in sicer ravni stresa, simptomov anksioznosti in depresije, tveganja za motnje hranjenja, psihološkega uspevanja, zadovoljstva z življenjem, samoocene fizičnega in duševnega zdravja ter osamljenosti.

Modeliranje je bilo izpeljano po »stepwise« oz. postopni metodi, pri čemer so bili v vsakem prvotnem modelu vključeni naslednji napovedniki: spol, starost v letih, samoocena materialnega statusa posameznikove izvirne družine s povprečno drugo družino, seštevek obremenjujočih izkušenj iz otroštva (ACEs), seštevek pozitivnih izkušenj iz otroštva (PCEs), spanje (kot priporočeno, manj, ali več kot priporočeno), povprečna ocena družbenih skrbi ter povprečna ocena osebnih skrbi.

Pred vključitvijo spremenljivk v regresijske modele smo z analizo glavnih komponent (PCA) oblikovali kompozitna kazalnika osebnih in družbenih skrbi, s čimer smo želeli zajeti skupno subjektivno obremenjenost z individualnimi ter širšimi družbenimi vprašanji. Enokomponentna rešitev z analizo glavnih komponent (PCA) je pojasnila 58 % variance na štirih postavkah, s katerimi smo merili raven osebnih skrbi. Utežene komponentne dosežke posameznikov smo nato v regresijske modele vključili kot kazalnik splošne subjektivne obremenjenosti z individualnimi vidiki vsakdanjega življenja. Podoben postopek analize smo uporabili tudi za 12 postavk, ki so merile raven družbenih skrbi. Prva glavna komponenta je pojasnila približno 40 % variance, uteženi komponentni dosežki posameznikov enokomponentne rešitve pa so bili vključeni v regresijske modele kot kazalnik zaznane obremenjenosti s širšimi družbenimi in globalnimi vprašanji (npr. vojna, podnebna kriza, ekonomska negotovost).

Končni regresijski modeli vključujejo standardizirane beta koeficiente za vse intervalne in razmernostne napovednike. Kategorialne spremenljivke (spol, materialni status, spanje) so bile ustrezno kodirane za vključitev v modele.

Stres (DASS-21)

Regresijski model (Tabela 56), ki vključuje spol, ACEs in PCEs, spanje ter osebne in družbene skrbi, pojasni 29,8 % variance in statistično značilno napoveduje raven stresa, $F(7, 1038) = 62,9$, $p < 0,001$.

Tabela 56. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje ravni stresa

Napovednik	β	SE	t	p	95 % CI
Spol: ženske	0,32	0,06	5,72	<0,001	[0,21; 0,43]
ACEs	0,16	0,03	5,85	<0,001	[0,11; 0,22]
PCEs	-0,21	0,03	-7,26	<0,001	[-0,26; -0,15]
Spanje:					
manj kot priporočeno	0,14	0,05	2,59	0,010	[0,03; 0,24]
več kot priporočeno	0,31	0,19	1,60	0,111	[-0,07; 0,68]

Napovednik	β	SE	t	p	95 % CI
Družbene skrbi	0,06	0,01	4,93	<0,001	[0,04; 0,09]
Osebne skrbi	0,14	0,02	7,31	<0,001	[0,10; 0,18]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Najmočnejši napovedniki povišanega stresa so bili ženski spol ($\beta = 0,32, p < 0,001$), nižja raven PCEs ($\beta = -0,21, p < 0,001$), višja raven ACEs ($\beta = 0,16, p < 0,001$) ter zaznana višja raven osebnih skrbi ($\beta = 0,14, p < 0,001$). Spanje, krajše od priporočil, je prav tako statistično značilno napovedovalo višjo raven stresa ($\beta = 0,14, p = 0,008$), medtem ko spanje nad priporočili ni bilo statistično značilen napovednik stresa.

Anksioznost (DASS-21)

Regresijski model (Tabela 57) za napovedovanje ravni simptomov anksioznosti pojasni 30,4 % variance ($F(8, 1035) = 56,6, p < 0,001$) na podlagi sedmih napovednikov: spol, starost, ACEs, PCEs, spanje ter osebne in družbene skrbi.

Tabela 57. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje ravni simptomov anksioznosti

Napovednik	β	SE	t	p	95 % IZ
Spol: ženske	0,18	0,05	3,39	0,001	[0,08; 0,29]
Starost	-0,03	0,01	-2,64	0,008	[-0,05; -0,01]
ACEs	0,17	0,03	6,44	<0,001	[0,12; 0,22]
PCEs	-0,26	0,03	-9,56	<0,001	[-0,32; -0,21]
Spanje:					
manj kot priporočeno	0,14	0,05	2,62	0,009	[0,04; 0,25]
več kot priporočeno	0,27	0,18	1,48	0,139	[-0,09; 0,63]
Družbene skrbi	0,07	0,01	5,52	<0,001	[0,04; 0,09]
Osebne skrbi	0,11	0,02	5,92	<0,001	[0,07; 0,15]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Višja stopnja anksioznosti je statistično značilno povezana z nižjim seštevkom PCEs ($\beta = -0,26, p < 0,001$), ženskim spolom ($\beta = 0,18, p = 0,001$), višjim seštevkom ACEs ($\beta = 0,17, p < 0,001$), krajšo dolžino spanja od priporočene ($\beta = 0,14, p = 0,009$), večjo obremenjenostjo z osebnimi ($\beta = 0,11, p < 0,001$) in družbenimi skrbmi ($\beta = 0,07, p < 0,001$) ter nižjo starostjo ($\beta = -0,03, p = 0,008$). Spanje v količini nad priporočeno se ni statistično značilno povezovalo z anksioznostjo.

Depresija (DASS-21)

Regresijski model (Tabela 58) za napovedovanje ravni simptomov depresije pojasni 35,1 % variance ($F(6, 1037) = 93,6, p < .001$) na podlagi petih napovednikov: ACEs, PCEs, spanja ter osebnih in družbenih skrbi.

Tabela 58. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje ravni simptomov depresije

Napovednik	β	SE	t	p	95 % IZ
ACEs	0,10	0,03	3,86	<0,001	[0,05; 0,16]
PCEs	-0,42	0,03	-15,23	<0,001	[-0,47; -0,36]
Spanje:					
manj kot priporočeno	0,12	0,05	2,32	0,021	[0,02; 0,22]
več kot priporočeno	0,64	0,18	3,49	0,001	[0,28; 0,99]
Družbene skrbi	0,03	0,01	2,37	0,018	[0,01; 0,05]
Osebne skrbi	0,16	0,02	8,64	<0,001	[0,12; 0,19]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Višje ravni depresivnih simptomov so statistično značilno povezane z nižjim seštevkom PCEs ($\beta = -0,42$, $p < 0,001$), večjo obremenjenostjo z osebnimi skrbmi ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$), višjim seštevkom ACEs ($\beta = 0,10$, $p < 0,001$), večjo obremenjenostjo z družbenimi skrbmi ($\beta = 0,03$, $p = 0,018$), kot tudi z neustreznimi vzorci spanja. Tako krajše ($\beta = 0,12$, $p = 0,021$) kot daljše spanje od priporočene količine ($\beta = 0,64$, $p = 0,001$) sta povezana z višjimi ravnimi simptomov.

Tveganje za motnje hranjenja

Regresijski model (Tabela 59), ki vključuje spol, ACEs, PCEs, osebne skrbi in samooceno materialnega položaja pojasni 13,4 % variance in statistično značilno napoveduje tveganje za motnje hranjenja, ocenjeno z vprašalnikom SCOFF, $F(5, 944) = 29,4$, $p < 0,001$.

Tabela 59. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje tveganja za motnje hranjenja

Napovednik	β	SE	t	p	95 % CI
Spol: ženske	0,35	0,08	-4,42	<0,001	[0,19; 0,50]
ACEs	0,13	0,02	5,62	<0,001	[0,08; 0,17]
PCEs	-0,08	0,02	-4,26	<0,001	[-0,12; -0,04]
Osebne skrbi	0,16	0,04	3,97	<0,001	[0,08; 0,24]
Samoocena materialnega položaja	0,13	0,05	2,81	0,005	[0,04; 0,23]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Najmočnejši napovedniki tveganja za motnje hranjenja so bili ženski spol ($\beta = 0,35$, $p < 0,001$), bolj izražene osebne skrbi ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$), večji seštevki ACEs ($\beta = 0,13$, $p < 0,001$), višja samoocena materialnega položaja ($\beta = 0,13$, $p = 0,005$) in nižji seštevki PCEs ($\beta = -0,08$, $p < 0,001$).

Psihološko uspevanje (flourishing)

Regresijski model (Tabela 60) za psihološko uspevanje s tremi napovedniki (materialni status družine, PCEs, osebne skrbi) pojasnjuje 39,6 % variance ($F(6, 1038) = 114,8$, $p < 0,001$).

Tabela 60. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje psihološkega uspevanja

Napovednik	β	SE	t	p	95 % IZ
Materialni status družine					
SES	0,14	0,12	1,23	0,219	[-0,08; 0,37]
SES ²	-0,14	0,10	-1,43	0,154	[-0,33; 0,05]
SES ³	0,08	0,08	1,02	0,308	[-0,07; 0,23]
SES ⁴	-0,14	0,05	-2,73	0,007	[-0,24; -0,04]
PCEs	0,56	0,02	22,87	<0,001	[0,52; 0,61]
Osebne skrbi	-0,11	0,02	-7,05	<0,001	[-0,15; -0,08]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka, SES = linearni kontrast, SES² = kvadratni kontrast, SES³ = kubični kontrast, SES⁴ = kontrast četrtega reda.

Rezultati kažejo, da višji seštevek PCEs prispeva k višji stopnji psihološkega uspevanja ($\beta = 0,56$, $p < 0,001$). Učinek materialnega statusa družine je statistično značilen v primeru uporabe polinomskih kontrastov četrtega reda ($\beta = -0,14$, $p = 0,007$). Osebne skrbi napovedujejo nižje psihološko uspevanje ($\beta = -0,11$, $p < 0,001$).

Samoocena zadovoljstva z življenjem

Regresijski model (Tabela 61) za napovedovanje zadovoljstva z življenjem pojasni 16,7 % variance ($F(5, 1039) = 41,5$, $p < 0,001$). Model vključuje štiri napovednike: spol, PCEs, spalne vzorce in osebne skrbi.

Tabela 61. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje zadovoljstva z življenjem

Napovednik	β	SE	t	p	95 % IZ
Spol: ženske	0,16	0,06	2,72	0,007	[0,04; 0,27]
PCEs	0,32	0,03	11,51	<0,001	[0,26; 0,37]
Spanje:					
manj kot priporočeno	-0,23	0,06	-4,07	<0,001	[-0,34; -0,12]
več kot priporočeno	-0,33	0,2	-1,64	0,102	[-0,72; 0,07]
Osebne skrbi	-0,11	0,02	-5,95	<0,001	[-0,15; -0,08]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Rezultati regresijske analize kažejo, da je višji seštevek PCEs najmočnejši napovednik ($\beta = 0,32$, $p < 0,001$) višjega samoocenjenega zadovoljstva z življenjem. Tudi ženski spol je pomembno povezan z višjim zadovoljstvom ($\beta = 0,16$, $p = 0,007$). Nasprotno pa osebne skrbi ($\beta = -0,11$, $p < 0,001$) in spanje v količini, manjši od priporočene ($\beta = -0,23$, $p < 0,001$), statistično značilno napovedujejo nižje zadovoljstvo z življenjem. Spanje nad priporočeno količino kaže negativen učinek, vendar ta ni statistično značilen.

Samoocena fizičnega zdravja

Regresijski model (Tabela 62) za napovedovanje samoocene fizičnega zdravja pojasni 18,8 % variance, $F(4, 1040) = 60,2, p < 0,001$. Model vključuje štiri prediktorje: spol, ACEs, PCEs ter osebne skrbi.

Tabela 62. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje samoocene fizičnega zdravja

Napovednik	β	SE	t	p	95 % IZ
Spol: ženske	-0,20	0,06	-3,32	0,001	[-0,32; -0,08]
PCEs	0,26	0,03	8,51	<0,001	[0,20; 0,32]
ACEs	-0,09	0,03	-3,05	0,002	[-0,15; -0,03]
Osebne skrbi	-0,13	0,02	-6,78	<0,001	[-0,17; -0,10]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Rezultati kažejo, da je višji seštevek PCEs statistično značilen varovalni dejavnik višje samoocene fizičnega zdravja ($\beta = 0,26, p < 0,001$). Nasprotno pa ženski spol ($\beta = -0,20, p = 0,001$), višja raven zaznanih osebnih skrbi ($\beta = -0,13, p < 0,001$) in nižji seštevek ACEs ($\beta = -0,09, p = 0,002$) napovedujejo nižjo samooceno fizičnega zdravja.

Samoocena duševnega zdravja

Regresijski model (Tabela 63) za napovedovanje samoocene duševnega zdravja pojasni 26,3 % variance ($F(4, 1040) = 92,7, p < 0,001$). Model vključuje štiri napovednike: spol, ACEs, PCEs ter osebne skrbi.

Tabela 63. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje samoocene duševnega zdravja

Napovednik	β	SE	t	p	95 % IZ
Spol: ženske	-0,14	0,06	-2,54	0,011	[-0,26; -0,03]
ACEs	-0,09	0,03	-3,31	0,001	[-0,15; -0,04]
PCEs	0,36	0,03	12,32	<0,001	[0,30; 0,42]
Osebne skrbi	-0,14	0,02	-7,39	<0,001	[-0,18; -0,10]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Rezultati kažejo, da višji seštevek PCEs statistično značilno napoveduje boljše samooceno duševnega zdravja ($\beta = 0,36, p < 0,001$), medtem ko ženski spol ($\beta = -0,14, p = 0,011$), več osebnih skrbi ($\beta = -0,14, p < 0,001$) in nižji seštevek ACEs ($\beta = -0,09, p = 0,001$) statistično značilno napovedujejo slabšo samooceno duševnega zdravja.

Osamljenost

Regresijski model (Tabela 64) za napovedovanje osamljenosti pojasni 33,4 % variance ($F(3, 1041) = 174,3, p < 0,001$). Model vključuje tri napovednike: ACEs, PCEs in osebne skrbi.

Tabela 64. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje osamljenosti

Napovednik	β	SE	t	p	95 % IZ
ACEs	0,09	0,03	3,43	0,001	[0,04; 0,14]
PCEs	-0,41	0,03	-15,08	<0,001	[-0,47; -0,36]
Osebne skrbi	0,18	0,02	10,51	<0,001	[0,14; 0,21]

IZ = interval zaupanja, SE = standardna napaka.

Rezultati regresijske analize kažejo, da nižji seštevek PCEs ($\beta = -0,41$, $p < 0,001$), več osebnih skrbi ($\beta = 0,18$, $p < 0,001$) in višji seštevek ACEs ($\beta = 0,09$, $p = 0,001$) statistično značilno napovedujejo višjo stopnjo osamljenosti.

Vsebinska interpretacija ključnih napovednikov duševnega zdravja in blagostanja mladih

Pozitivne izkušnje iz otroštva (PCEs): ključni varovalni dejavnik

Pozitivne izkušnje iz otroštva se dosledno kažejo kot najmočnejši varovalni dejavnik duševnega zdravja in blagostanja. Prisotne so v vseh devetih regresijskih modelih in statistično značilno napovedujejo:

- nižjo raven stresa, anksioznosti in depresije,
- višjo samooceno fizičnega in duševnega zdravja,
- večje zadovoljstvo z življenjem,
- nižjo osamljenost,
- manjše tveganje za motnje hranjenja,
- in posebej izrazito psihološko uspevanje (flourishing), kjer so najmočnejši napovednik ($\beta = 0,56$, $p < .001$).

Pozitivne zgodnje izkušnje tako ne predstavljajo le zaščite pred duševnimi težavami (Bethell idr., 2019; Crandall idr., 2019; Sege & Harper Browne, 2017), temveč tudi aktivno prispevajo k duševnemu zdravju, blagostanju in občutku smisla – kar je osrednje za pozitivne razvojne poteke.

Obremenjujoče izkušnje iz otroštva (ACEs): konsistenten rizični dejavnik

ACEs se pojavijo kot statistično značilen napovednik v sedmih od devetih modelov in kažejo dosledno povezavo z višjimi ravni stresa, anksioznosti, depresije, osamljenosti in tveganja za motnje hranjenja, pa tudi z nižjo samooceno duševnega in fizičnega zdravja. Čeprav so povezanosti pri nekaterih izidih (npr. pri depresiji: $\beta = 0,10$; pri osamljenosti: $\beta = 0,09$) relativno šibkejše kot pri varovalnem dejavniku PCEs, njihova prisotnost kljub temu kaže na dolgoročno povezanosti zgodnjih bremenilnih izkušenj s psihološko ranljivostjo mladih.

ACEs pa se niso izkazale kot pomemben napovednik za psihološko uspevanje in zadovoljstvo z življenjem, kar bi lahko nakazovalo, da pozitivni vidiki blagostanja niso nujno neposredno določeni s preteklimi travmami, temveč bolj z aktualnimi psihosocialnimi viri in subjektivnim doživljanjem sedanosti. Vendar pa to odsotnost povezanosti velja interpretirati previdno – možen je vpliv samega načina merjenja, saj pozitivni izidi, kot sta uspevanje in zadovoljstvo z življenjem, pogosto odražajo bolj aktualne psihosocialne vire in manj neposredno odsevajo zgodnje obremenitve.

Spanje: tih, a pomemben dejavnik

Spanje, zlasti spanje pod priporočili, se pojavlja v petih modelih in dosledno napoveduje naslednje slabše izide:

- višji stres, anksioznost in depresijo,
- nižje zadovoljstvo z življenjem.

Spanje nad priporočeno količino se kaže kot pomemben napovednik le v modelu za depresijo, kar lahko nakazuje pojav pasivnosti, izčrpanosti ali umika, ki so pogosto povezani z depresivnim stanjem.

Spanje pa ni napovednik pri psihološkem uspevanju, osamljenosti in pri samooceni fizičnega zdravja. To kaže, da ni vsak vidik duševnega blagostanja občutljiv na dnevne navade, kot je spanje. Pri psihološkem uspevanju je to verjetno zato, ker gre za globoko notranje doživljanje smisla, povezanosti in življenjske vitalnosti, ki se bolj naslanja na zgodnje izkušnje (npr. PCEs) in osebno naravnost, kot na konkretne dnevne rutine. Tudi pri ocenjevanju fizičnega zdravja mladi pogosto sledijo subjektivnim občutkom telesne zmogljivosti ali primerjavi z vrstniki, kar zmanjšuje vpliv posameznih vedenjskih dejavnikov, kot je spanje. Neprisotnost spanja kot napovednika v modelu osamljenosti lahko pojasnimo s tem, da gre pri občutku osamljenosti predvsem za socialno vpetost in kakovost odnosov, ki sta neposredno manj odvisni od telesnih navad, kot je spanje.

Osebnе skrbi: osrednji psihosocialni pritisk

Osebnе skrbi (negotovost glede stanovanjskih možnosti, zaposlitve, doseganja izobraževalnih ciljev in partnerskih odnosov) so se izkazale za enega najmočnejših napovednikov duševnega zdravja in blagostanja, takoj za pozitivnimi izkušnjami iz otroštva (PCEs). Pojavljajo se v vseh devetih regresijskih modelih in dosledno statistično značilno napovedujejo:

- višjo raven duševnih stisk: stres, anksioznost, depresija,
- nižje subjektivno blagostanje: zadovoljstvo z življenjem in psihološko uspevanje,
- slabšo samooceno duševnega in fizičnega zdravja,
- večje tveganje za motnje hranjenja
- osamljenost.

Gre za konkreten vir psihološkega pritiska, ki pomembno zaznamuje različne vidike duševnega počutja mladih ter vpliva na vsakdanje funkcioniranje, občutke varnosti ter življenjsko perspektivo.

Družbene skrbi: manj pogost, a še vedno pomemben dejavnik

Družbene skrbi (npr. klimatske spremembe, vojna, ekonomska negotovost) so statistično značilni napovedniki v treh regresijskih modelih: napovedujejo višjo raven stresa, anksioznosti in depresije. Čeprav so njihove povezave z duševnim zdravjem manj sistematične kot pri osebnih skrbih, rezultati kažejo, da tudi negotovost v širšem družbenem okolju pomembno prispeva k duševnemu bremenu mladih.

Ne pojavijo se pri: psihološkem uspevanju, zadovoljstvu z življenjem, osamljenosti in samoocenah duševnega in fizičnega zdravja, kar verjetno nakazuje, da ti izidi bolj odražajo notranje vire in vsakdanje psihosocialne izzive kot pa globalne skrbi, ki so pogosto bolj kognitivne in abstraktne narave.

Spol: kompleksna in ambivalentna vloga

Spol se je kot statistično pomemben napovednik pokazal v šestih od devetih regresijskih modelov. Ženski spol je bil dosledno povezan z:

- višjo ravniyo stresa in anksioznosti,
- slabšo samooceno duševnega in fizičnega zdravja,
- višjim tveganjem za motnje hranjenja
- ter z višjo samooceno zadovoljstva z življenjem.

Ta razmeroma ambivalentna slika lahko odraža višjo čustveno odzivnost in večjo dovzetnost mladih žensk za notranje oblike stisk, ob tem pa tudi večjo reflektivnost in zmožnost iskanja pomena ter povezovanja, kar lahko prispeva k višjemu doživljanju življenjskega zadovoljstva. Rezultati tako kažejo, da spolno specifične razlike v duševnem zdravju in blagostanju niso enoznačne, temveč preplet ranljivosti in virov, ki jih je smiselno razumeti v širšem družbenem in razvojnem kontekstu.

Spol ni bil vključen kot pomemben napovednik v modelih za psihološko uspevanje, depresijo in osamljenost. To nakazuje, da bolj globoki in notranji vidiki blagostanja (npr. občutek smisla, povezanosti, prisotnosti) niso neposredno spolno diferencirani, temveč bolj odsevajo osebne vire, odnose in zgodnje izkušnje.

Materialni status izvirne družine: presenetljivo šibek, a selektiven napovednik

Samoocena materialnega statusa izvirne družine se kot napovednik pojavi le v treh od devetih regresijskih modelov:

- pri tveganju za razvoj motenj hranjenja, kjer je višja samoocena povezana z večjim tveganjem,
- in pri psihološkem uspevanju, kjer se pokaže povezava v obliki kontrasta četrtega reda materialnega statusa družine, kar pomeni, da je učinek nelinearen ($\beta = -0,14$, $p = 0,007$). Pri tem osebe, ki ocenjujejo, da je materialni položaj njihove družine slabši od povprečne slovenske družine, v povprečju poročajo o najnižjih ravneh psihološkega uspevanja. Osebe, ki ocenjujejo, da je materialni položaj njihove družine boljši od povprečne slovenske družine, pa v povprečju poročajo o najvišjih ravneh psihološkega uspevanja.

Kljub temu je prispevek materialnega statusa k skupni pojasnjeni varianci omejen, kar nakazuje, da mladi svoje duševno zdravje in blagostanje v večji meri povezujejo z neposrednim doživljanjem (npr. skrbi, odnosi, notranji viri) kot pa z socialno-ekonomskim položajem svoje izvirne družine.

Napovedna moč regresijskih modelov in omejitve interpretacije pojasnjene variance

Pojasnjene variance (R^2) v devetih regresijskih modelih se gibljejo od 13,4 % pri tveganju za motnje hranjenja do 39,6 % pri psihološkem uspevanju, kar pomeni, da izbrani nabor napovednikov relativno dobro zajame ključne dejavnike, povezane z različnimi vidiki duševnega zdravja in blagostanja.

Najvišji delež pojasnjene variance je zabeležen pri psihološkem uspevanju, kjer model s tremi napovedniki (pozitivne izkušnje, osebne skrbi, kontrast 4. reda za materialni status družine) pojasni skoraj 40 % variance, pri čemer imajo glavno napovedno moč varovalne zgodnje izkušnje (PCEs) in zaznana obremenjenost z aktualnimi življenjskimi izzivi.

Modeli za osamljenost (33,4 %), anksioznost (30,4 %), stres (29,8 %), samooceno duševnega zdravja (26,3 %) in depresijo (35,1 %) prav tako dosegajo zadovoljivo napovedno moč. Pojasnjena varianca pri teh izidih nakazuje, da kombinacija zgodnjih izkušenj (ACEs in PCEs), spanja ter zaznanih osebnih in družbenih skrbi dobro odraža psihološko ranljivost mladih.

Po drugi strani pa nižja pojasnjena varianca pri tveganju za motnje hranjenja (13,4 %), zadovoljstvu z življenjem (16,7 %) in samooceni fizičnega zdravja (18,8 %) nakazuje, da ti izidi verjetno vključujejo dodatne dejavnike, ki jih v obstoječih modelih nismo zajeli, kot so osebne značilnosti, zdravstveni status, socialna mreža, gibalna aktivnost in kognitivne ocene uspeha in smisla. Ti rezultati opozarjajo, da so zadovoljstvo, telesno zdravje in motnje hranjenja bolj kompleksno pogojena ter manj neposredno povezane s psihološkimi in biografsko-družbenimi dejavniki, zajetimi v analiziranem naboru.

Regresijska analiza napovednikov diagnoz, samoprepoznanih duševnih težav, samopoškodovanja, samomorilnosti in iskanja pomoči

V nadaljevanju predstavljamo še končne binarne regresijske modele, s katerimi napovedujemo naslednje izide: verjetnost diagnosticirane duševne motnje s strani strokovnjaka (npr. zdravnika, psihiatra, kliničnega psihologa, verjetnost samoprepoznane duševne težave (prepoznanje simptomov, ki bi lahko nakazovali na prisotnost duševne težave, brez uradne diagnoze s strani strokovnjaka), verjetnost koriščenja terapevtske ali svetovalne storitve (npr. psihiater, psihoterapevt, svetovalni delavec ipd.) v preteklem letu, samopoškodovanje, misel na samomor in poskus samomora .

Tudi v tem primeru smo modeliranje izvedle po postopni metodi (t. i. »stepwise« pristopu). V model za napovedovanje verjetnosti uradno diagnosticirane duševne motnje smo vključile razvojno in demografsko relevantne dejavnike: seštevek obremenjujočih izkušenj iz otroštva (ACEs), seštevek pozitivnih izkušenj iz otroštva (PCEs), spol, starost v letih ter samooceno materialnega statusa izvirne družine glede na povprečno drugo družino.

Ker uradne diagnoze duševnih motenj običajno odražajo dolgotrajnejše, globlje težave, ki so povezane s kumulativnimi dejavniki, ter ne zgolj trenutno počutje ali vedenjske odzive, v model za napovedovanje verjetnosti diagnoze nismo vključili kazalnikov trenutnega počutja (npr. samoocene duševnega zdravja, spanja). Ti kazalniki praviloma ne prispevajo dodatne pojasnjevalne moči in lahko celo zameglijo učinke razvojno pomembnih dejavnikov.

Nasprotno pa samoprepoznava duševnih težav pogosto temelji prav na aktualnem doživljanju stiske in subjektivnem zaznavanju težav, zato smo v ta model – poleg razvojnih in demografskih dejavnikov (ACEs, PCEs, spol, starost, spanje- kot priporočeno, manj, ali več kot priporočeno) – vključile tudi kazalnike trenutnega psihosocialnega počutja: samooceno duševnega zdravja kot osnovni pokazatelj subjektivne stiske, zaznavo osamljenosti kot pomemben socialni dejavnik ter IDS9-SF kot vedenjski kazalnik prekomerne rabe digitalnih vsebin, ki lahko odraža umik iz vsakdanjega okolja in težave pri uravnavanju čustvenih ali vedenjskih vzorcev. Pri izboru smo upoštevale visoko povezanost nekaterih kazalnikov in se odločile za tiste, ki prispevajo različno vsebinsko perspektivo ter zmanjšujejo možnost prekrivanja učinkov.

V model za napovedovanje uporabe terapevtskih ali svetovalnih storitev smo poleg razvojnih, demografskih in psihosocialnih dejavnikov vključile še samooceno materialnega položaja izvirne družine, saj lahko zaznave finančne (ne)dosegljivosti pomembno vplivajo na iskanje pomoči. V modele za napovedovanje samopoškodovanja, misli na samomor in poskusa samomora smo vključili vse navedene napovednike.

Diagnosticirana duševna motnja

Regresijski model (Tabela 65), ki vključuje starost, ACEs in PCEs, pojasni 19,9 % variance (Nagelkerke R^2) verjetnosti za diagnosticirano duševno motnjo s strani strokovnjaka in pravilno razvrsti 87,2 % primerov. Model je statistično značilen $\chi^2(3) = 125,1$ $p < 0,001$.

Tabela 65. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti diagnosticirane duševne motnje

Napovednik	β	SE	Wald	p	95 % CI RO
Starost	0,08	0,04	4,24	0,04	[1,00; 1,16]
ACEs	0,34	0,05	51,28	< 0,001	[1,28; 1,53]
PCEs	-0,18	0,05	147,98	< 0,001	[0,76; 0,91]

SE = standardna napaka.

95 % CI RO = 95% interval zaupanja za razmerje obetov

Višja raven ACEs je povišala verjetnost diagnosticirane duševne motnje s strani strokovnjaka, medtem ko je višja raven PCEs to verjetnost znižala. Povišanje starosti za eno leto je za 7,9 % povišalo verjetnost diagnosticirane duševne motnje.

Samoprepoznana duševna težava

Regresijski model (Tabela 66), ki vključuje starost, ACEs, PCEs, samooceno duševnega zdravja in tvegano uporabo spleta pojasni približno 35,3 % variance (Nagelkerke R^2) verjetnosti za samoprepoznano duševno težavo in pravilno razvrsti 71,1 % primerov. Model je statistično značilen $\chi^2(5) = 317,4$ $p < 0,001$.

Tabela 66. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti samo prpeoznane duševne težave

Napovednik	β	SE	Wald	p	95 % CI RO
Spol	0,83	0,15	31,23	< 0,001	[1,72; 3,07]
ACEs	0,16	0,04	11,45	< 0,001	[1,07; 1,29]
PCEs	-0,16	0,05	16,26	< 0,001	[0,79; 0,92]
Samoocena duševnega zdravja	-0,78	0,09	77,20	< 0,001	[0,38; 0,54]
IDS9-SF	0,37	0,10	13,37	< 0,001	[1,19; 1,76]

SE = standardna napaka.

95 % CI RO = 95% interval zaupanja za razmerje obetov

Ženske imajo 2,3-krat večjo verjetnost za samodagnosticirano duševno motnjo. Bolj tvegana uporaba spleta je povišala verjetnost samoprepoznane duševne motnje. Prav tako je višja raven ACEs povišala verjetnost samoprepoznane duševne težave, medtem ko sta jo višja raven PCEs in višja samoocena duševnega zdravja znižali.

Samopoškovanje

Regresijski model (Tabela 67), ki vključuje spol, starost, ACEs, PCEs in samooceno duševnega zdravja pojasni približno 24,6 % variance (Nagelkerke R^2) verjetnosti samopoškovanja in pravilno razvrsti 91,2 % primerov. Model je statistično značilen $\chi^2(5) = 125,4$ $p < 0,001$.

Tabela 67. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti samopoškovanja

Napovednik	β	SE	Wald	p	95 % CI RO
Spol	1,17	0,26	19,83	< 0,001	[1,93; 5,41]
Starost	-0,10	0,05	5,03	0,025	[0,82; 0,99]
ACEs	0,28	0,05	28,70	< 0,001	[1,20; 1,48]
PCEs	-0,15	0,07	5,19	0,023	[0,76; 0,98]
Samoocena duševnega zdravja	-0,45	0,13	11,28	< 0,001	[0,49; 0,83]

SE = standardna napaka.

95 % CI RO = 95% interval zaupanja za razmerje obetov

Ženske imajo 3,2-krat večjo verjetnost za samopoškovanje. Povišanje starosti za eno leto je za 9,9 % znižalo verjetnost diagnosticirane duševne motnje. Višja raven ACEs je povišala verjetnost samopoškovanja, medtem ko sta jo višja raven PCEs in višja samoocena duševnega zdravja znižali.

Misel na samomor

Regresijski model (Tabela 68), ki vključuje ACEs, PCEs, samooceno duševnega zdravja in osamljenost pojasni približno 30,2 % variance (Nagelkerke R^2) verjetnosti pojavljanja misli na samomor in pravilno razvrsti 88,1 % primerov. Model je statistično značilen $\chi^2(4) = 190,3 p < 0,001$.

Tabela 68. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti pojavljanja misli na samomor

Napovednik	β	SE	Wald	p	95 % CI RO
ACEs	0,24	0,05	22,46	< 0,001	[1,15; 1,40]
PCEs	-0,13	0,06	5,74	< 0,017	[0,78; 0,98]
Samoocena duševnega zdravja	-0,76	0,13	36,5	< 0,001	[0,36; 0,60]
Osamljenost	0,33	0,16	4,22	0,040	[1,02; 1,92]

SE = standardna napaka.

95 % CI RO = 95% interval zaupanja za razmerje obetov

Višja raven ACEs in višji dosežek na lestvici osamljenosti sta povišala verjetnost pojavljanja misli na samomor, medtem ko sta jo višja raven PCEs in višja samoocena duševnega zdravja znižali.

Poskus samomora

Regresijski model (Tabela 69), ki vključuje spol in osamljenost pojasni približno 12,1 % variance (Nagelkerke R^2) verjetnosti za poskus samomora in pravilno razvrsti 85,7 % primerov. Model je statistično značilen $\chi^2(2) = 10,0 p = 0,007$.

Tabela 69. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti poskusa samomora

Napovednik	β	SE	Wald	p	95 % CI RO
Spol	-1,21	0,51	5,56	0,018	[0,11; 0,82]
Osamljenost	0,84	0,38	4,90	0,027	[1,01; 4,82]

SE = standardna napaka.

95 % CI RO = 95% interval zaupanja za razmerje obetov

Ženske imajo za 64,4 % manjšo verjetnost poskusa samomora. Višji dosežek na lestvici osamljenosti poviša verjetnost poskusa samomora.

Koriščenje terapevtskih ali svetovalnih storitev

Regresijski model (Tabela 70), ki vključuje starost, ACEs, samooceni duševnega zdravja in materialnega položaja ter tvegano uporabo spleta, pojasni približno 24,8 % variance (Nagelkerke R^2) verjetnosti za koriščenje terapevtskih ali svetovalnih storitev in pravilno razvrsti 82,3 % primerov. Model je statistično značilen $\chi^2(5) = 174,28$ $p < 0,001$.

Tabela 70. Rezultati regresijskega modela za napovedovanje verjetnosti koriščenja terapevtskih in svetovalnih storitev

Napovednik	β	SE	Wald	p	95 % CI RO
Starost	0,13	0,03	14,81	< 0,001	[1,07; 1,22]
ACEs	0,34	0,05	55,30	< 0,001	[1,29; 1,54]
Samoocena duševnega zdravja	-0,51	0,10	29,04	< 0,001	[0,50; 0,72]
Samoocena materialnega položaja	0,22	0,11	4,45	0,04	[1,02; 1,22]
IDS9-SF	0,36	0,11	10,17	0,001	[1,15; 1,80]

SE = standardna napaka.

95 % CI RO = 95% interval zaupanja za razmerje obetov

Poročana višja raven ACEs je povišala verjetnost koriščenja terapevtskih ali svetovalnih storitev, medtem ko jo višja samoocena duševnega zdravja znižala. Povišanje starosti za eno leto je za 14,1 % povišalo verjetnost iskanja pomoči, prav tako sta to verjetnost zvečala tudi bolj ocenjeni materialni položaj izvorne družine v primerjavi s povprečno slovensko družino in bolj tvegana uporaba spleta.

Vsebinska interpretacija ključnih napovednikov uradnih diagnoz motenj, samoprepoznave duševnih težav, samopoškodovanja, samomorilnosti in iskanja pomoči

Obremenjujoče izkušnje iz otroštva (ACEs) se v vseh modelih dosledno povezujejo z višjo verjetnostjo tako duševne motnje, diagnosticirane s strani zdravnika, kot tudi samoprepoznave duševnih težav in uporabe terapevtskih ali svetovalnih storitev. Prav tako napovedujejo večjo verjetnost samopoškodovanja in samomorilnih misli. Rezultati analiz tako potrjujejo številne ugotovitve iz preteklih raziskav (npr. Felitti idr., 1998; Hughes idr., 2017), ki poudarjajo, da ACEs predstavljajo pomemben dejavnik tveganja za duševne težave v mladosti in odraslosti, pa tudi za iskanje strokovne pomoči.

Pomemben napovednik samopoškodovanja, misli na samomor, samoprepoznavne duševnih težav in koriščenja strokovne pomoči je tudi slabša samoocena duševnega zdravja, kar kaže na tesno povezavo med subjektivno zaznavo psihičnega počutja in odzivanjem nanjo. Osebe, ki svoje duševno zdravje ocenjujejo kot slabše, so pogosto že v stanju večje psihične obremenitve, ki se lahko izraža v povečani ranljivosti za samopoškodovalno vedenje in pojav samomorilnih misli. Obenem pa osebe, ki same prepoznajo duševne težave, pogosteje poiščejo pomoč, kar potrjuje pomembnost subjektivnih ocen v procesih iskanja podpore.

Po drugi strani so pozitivne izkušnje iz otroštva (PCEs) delovale varovalno – povezane so bile z nižjo verjetnostjo tako uradno postavljene kot samoprepoznane duševne težave. Prav tako prispevajo k manjši verjetnosti samopoškodovanja in samomorilnih misli. To potrjuje pomembno vlogo varnih, spodbudnih in povezanih zgodnjih odnosov ter okolij kot blažilcev dolgoročnih učinkov stresa (Bethell idr., 2019).

Z višjo starostjo se povečuje verjetnost, da se težave, ki se skozi čas kopičijo, prepoznajo in vodijo v postavljeno diagnozo ter iskanje strokovne pomoči. To lahko odraža kumulativni učinek psihosocialnih stresorjev, saj se dolgotrajne ali nezaznane težave postopoma poglobijo. Hkrati starejši posamezniki verjetno lahko lažje sami pridejo v stik s strokovnjaki in imajo večjo sposobnost samorefleksije, kar dodatno prispeva k večji verjetnosti prepoznavne in ustreznega iskanja podpore.

Nasprotno pa nižja starost predstavlja verjetnost za pojav samopoškodovanja, kar je skladno z ugotovitvami, da je samopoškodovanje izrazitejše v adolescenci in zgodnji odraslosti, ko so čustvena regulacija, identiteta in socialni odnosi še v procesu oblikovanja (Moran idr., 2012; Swannell idr., 2014).

Značilen dejavnik pri iskanju strokovne podpore je bil tudi samoocenjeni materialni položaj izvorne družine. Posamezniki, ki svoj materialni položaj ocenjujejo kot nadpovprečen, pogosteje poiščejo pomoč, kar kaže na pomembno vlogo dostopnosti virov in zaznane ekonomske varnosti pri odločanju za iskanje pomoči.

Spolne razlike se kažejo pri samoprepoznavi duševnih težav: udeleženske pogosteje poročajo o samozaznanih duševnih težavah, kar sovpada z našimi ostalimi ugotovitvami, da so udeleženske bolj ranljive za duševno stisko. Razlike najdemo tudi pri samopoškodovanju in poskusu samomora. Ženske imajo večje tveganje za samopoškodovanje, kar lahko odraža kombinacijo bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, kot so večja nagnjenost k internalizaciji stiske, izpostavljenost spolno specifičnim stresorjem in večja pripravljenost na poročanje o teh vedenjih (Bresin & Schoenleber, 2015; Hawton idr., 2020). Moški pa imajo večje tveganje za poskus samomora, kar je nekoliko v nasprotju z epidemiološkimi raziskavami, da so pri ženskah poskusi samomora pogostejši v primerjavi z moškimi, ki imajo večjo verjetnost dokončnega samomora (t.i. "gender paradox", Canetto & Sakinofsky, 1998; Schrijvers idr., 2012).

Povezava med tvegano rabo spleta in večjo verjetnostjo tako samoprepoznane duševne težave kot tudi koriščenja pomoči kaže na večplastno razmerje. Ena od možnih razlag je, da tvegana raba spleta odraža mehanizme umika in čustvene samoregulacije, ki spremljajo notranjo stisko. Druga razlaga pa je, da so mlajši uporabniki pogosteje izpostavljeni vsebinam, povezanih z duševnim zdravjem, kar prispeva k večji ozaveščenosti in s tem tudi večji verjetnosti, da stisko prepoznajo ter poiščejo pomoč. Omenjena povezava odpira prostor za nadaljnje raziskave, zlasti na presečišču digitalnega okolja in duševnega zdravja mladih.

Pojasneni deleži variance (Nagelkerke R^2) so pri vseh treh modelih v skladu s pričakovanji za področje psihosocialnega raziskovanja, kjer so izidi povezani s prepletom številnih osebnih, socialnih in kontekstualnih dejavnikov, ki jih ni mogoče zajeti v celoti. Model za verjetnost samoprepoznane duševne težave dosega najvišjo pojasnjeno varianco (35,3 %), kar potrjuje, da subjektivne zaznave, trenutna psihična stiska in vedenjski vzorci (tvegana uporaba spleta) pomembno napovedujejo samoprepoznavo težav. Sledi model za verjetnost samomorilnih misli (30,2% pojasnjene variance) in kaže na pomen kombinacije psihosocialnih obremenitev (npr. osamljenost, obremenjujoče izkušnje iz otroštva) in varovalnih dejavnikov (pozitivne izkušnje iz otroštva) pri pojasnjevanju pojavljanja samomorilnih misli. Model za iskanje pomoči pojasni nekoliko manj (24,8 %), a še vedno zanesljivo pokaže na vlogo tako zaznane stiske kot dostopnosti virov. Primerljiv delež pojasnjene variance (24,6%) ima model verjetnosti samopoškodovanja, ki poleg zaznane stiske opozoni tudi na vlogo starosti in spola. Nižjo pojasnjeno varianco beleži model verjetnosti uradne diagnoze (19,9 %), kar je skladno s predpostavko, da je postavitve uradne diagnoze odvisna od številnih zunanjih dejavnikov, kot so dostop do strokovnjakov, zdravstveni sistem, stigma in interpretacija simptomov, ki jih z obstoječimi spremenljivkami nismo zajeli. Najnižjo pojasnjeno varianco ima model za poskus samomora (12,1 %), kar morda nakazuje na prisotnost akutnih sprožilcev, ki jih obstoječi modeli verjetno ne zajamejo v celoti.

Sklepna razprava

Generacija v času prepletajočih se kriz

Pričujoča raziskava se je osredotočila na duševno zdravje mladih v Sloveniji, starih med 16 in 24 let, z namenom razumeti, kako se v njihovem življenju prepletajo notranji in zunanji dejavniki ranljivosti in odpornosti. Z zajemom širokega nabora kazalnikov – od subjektivnega blagostanja, psihološkega uspevanja, duševnih stisk in tveganih vedenj, do pozitivnih in bremenilnih izkušenj iz otroštva, zaznanih družbenih stresorjev ter ne/dostopnosti virov pomoči – smo želeli prispevati k celovitejšemu razumevanju duševnega zdravja mladih v sodobnem času.

Raziskava je bila izvedena v času med junijem in septembrom 2024, v obdobju, ki ga zaznamuje nadpovprečno kompleksna družbena dinamika. Življenje mladih se odvija v času večplastnih in dolgotrajnih kriz – od podnebnih sprememb, nelegitimne socialne neenakosti in stanovanjske druginje, do digitalne preobremenjenosti in erozije zaupanja v temeljne družbene institucije. Močno negotovost vzbujajo oboroženi konflikti v širši evropski in mediteranski regiji. Posebno mesto med temi kompleksnimi procesi zavzema pandemija COVID-19, ki je prekinila vsakdanja življenja mladih.

V tem razdelku predstavljamo glavne ugotovitve raziskave, pri čemer posebno pozornost namenjamo preseku med individualnimi izkušnjami in družbenimi okoliščinami.

Subjektivno blagostanje in notranji viri moči

Subjektivno zaznano blagostanje mladih v Sloveniji se v povprečju kaže kot zmerno pozitivno, vendar z izrazitimi razlikami med posamezniki. Udeleženci naše raziskave so v povprečju poročali o zmernem zadovoljstvu z življenjem: dve tretjini (66,2 %) jih je zadovoljnih, medtem ko jih je 18,0 % izrazilo nezadovoljstvo. Tudi pri samooceni telesnega zdravja prevladujejo boljše ocene – 55,2 % udeležencev svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali odlično, 11,7 % pa kot slabo ali zelo slabo. Posebno pozornost zahtevajo podatki o duševnem zdravju: petina anketiranih (20,4 %) poroča o slabem ali zelo slabem duševnem zdravju, kar nakazuje, da subjektivno izmerjeno blagostanje pri pomembnem deležu mladih ni stabilno.

Večina udeležencev poroča o prisotnosti pomembnih psiholoških virov (npr. občutek kompetentnosti, lastne vrednosti, namena v življenju), kar se odraža v relativno visokih povprečjih na Lestvici psihološkega uspevanja: 58 % mladih meni, da so dobre osebe; 51 % jih zaupa v lastno kompetentnost za njih pomembnih področjih. Vendar pa izstopa nizka povprečna ocena pri trditvi »V svojih vsakodnevnih dejavnostih sem predan/-a in motiviran/-a«, s katero se strinja ali povsem strinja le 30,5 % udeležencev. Ta rezultat lahko nakazuje zmanjšan občutek angažiranosti v vsakdanjem življenju, kar je morda povezano s preobremenjenostjo, občutkom stagnacije ali negotovosti glede prihodnosti.

Med osebnim upanjem in družbenim pesimizmom

Zgovoren je razkorak med osebnim občutkom prihodnosti in zaznavo širšega družbenega konteksta. Najvišjo stopnjo strinjanja je med mladimi dosegla trditev »Optimističen/-na sem glede svoje prihodnosti« (37,9 %), medtem ko sta bili oceni prihodnosti Slovenije (12,4 %) in sveta (8,0 %) občutno nižji. Takšno razmerje med visoko stopnjo osebnega optimizma in nizkim zaupanjem v skupno

prihodnost odseva poseben vzorec individualizirane upanja: mladi ohranjajo zaupanje v lastne sposobnosti in strategije preživetja, hkrati pa izražajo distanco, celo odtujenost od družbenega dogajanja, pri čemer ni zaznati skupne vizije prihodnosti, ki bi jih povezovala ali jim ponujala orientacijo.

Ta razkorak bi lahko interpretirali kot odziv na širši ideološki okvir, ki mlade že od otroštva socializira v idejo, da je uspeh (in preživetje) predvsem odvisen od posameznikovega truda, izbire in prilagodljivosti – ne pa od solidarnosti, družbenih mehanizmov ali skupnega delovanja. Gre za liberalno-racionalistično predstavo sveta, ki zmanjšuje pomen strukturnih dejavnikov in spodbuja dožemanje, da je posameznik sam svoj projekt. Zato ni presenetljivo, da mnogi mladi verjamejo vase, a so hkrati skeptični ali celo pesimistični glede skupne prihodnosti, saj ne prepoznavajo družbenih struktur kot varovalnih okvirjev, temveč pogosto kot vir negotovosti, kontradikcij ali celo izključevanja.

Ta napetost med individualnim zaupanjem in kolektivno negotovostjo ustvarja občutek, da so mladi prepuščeni sami sebi, brez jasnih skupnih obetov, s katerimi bi se lahko identificirali, ali občutka, da družba zanje nosi koherentno vizijo prihodnosti.

Duševne stiske in razširjenost simptomov

Velik delež udeležencev v raziskavi izraža prisotnost duševnih stisk. Na lestvici DASS-21 – vprašalniku, ki meri pogostost simptomov stresa, depresije in anksioznosti v zadnjem tednu – 18,6 % udeležencev dosega ravni, ki kažejo na hude ali zelo hude simptome stresa, 21,0 % na depresivnosti in 28,7 % na anksioznosti. Na vseh treh področjih hudo ali zelo hudo obliko stiske doživlja 9,4 % udeležencev. Na vsaj enem področju ima hudo ali zelo hudo obliko stiske 37,4 %, na dveh pa 12,1 %. Na krajši različici Lestvice osamljenosti UCLA je 9,5 % udeležencev poročalo, da se vedno počuti osamljene. To predstavlja pomemben dejavnik tveganja za duševne težave, zlasti če je osamljenost dolgotrajna ali kronična. Tudi telesna samopodoba je občutljivo področje: nezadovoljstvo s svojim videzom izraža 26,3 % udeležencev raziskave, tretjina pa meni, da izgledajo slabše kot vrstniki. Znake tveganja za motnje hranjenja kaže 29,6 % udeležencev, ki na lestvici SCOFF – kratkem presejalnem vprašalniku s petimi vprašanji, namenjenem zgodnjemu prepoznavanju motenj, kot sta anoreksija in bulimija – dosegajo mejno vrednost dveh točk ali več.

Na vseh analiziranih področjih – samoporočani simptomi stresa, depresije in anksioznosti (merjeni z lestvico DASS-21), občutki osamljenosti, telesna samopodoba ter vedenja, povezana s prehranjevanjem – dekleta in mlade ženske poročajo o višjih ravneh duševnih stisk v primerjavi z vrstniki. Ti izsledki so skladni s številnimi mednarodnimi raziskavami, ki opozarjajo na večjo dovzetnost mladih žensk za notranje stiske in razpoloženske težave v adolescenci in zgodnji odraslosti. Ta razlika je pogosto povezana z vplivom kulturnih pričakovanj, pritiski glede telesne podobe, večjo samorefleksijo ter intenzivnejšimi socialnimi obremenitvami.

Rezultati razkrivajo razkorak med posameznimi dimenzijami duševnega zdravja mladih: čeprav so povprečne vrednosti kazalnikov psihološkega uspevanja in subjektivnega blagostanja srednje visoke, jih spremlja dokaj visoka razširjenost duševnih stisk – zlasti stresa, anksioznosti, depresije, osamljenosti ter težav, povezanih s telesno podobo in prehranjevanjem. Zdi se, da številni mladi kljub prisotnosti notranjih virov moči doživljajo intenzivne pritiske iz okolja, ki lahko presegajo njihove razvojne zmožnosti obvladovanja – še posebej v kontekstih, kjer primanjkuje varnosti, predvidljivosti in čustvene opore.

Kot nakazuje tudi širša analiza, teh stisk ne gre razumeti kot izključno individualne probleme, temveč kot odziv na strukturna neravnovesja med zahtevami in razpoložljivimi oblikami vključevanja in podpore. Naslavljanje duševnega zdravja mladih zato zahteva tudi pozornost do širših družbeno sistemskih pogojev (npr. pretirana storilnostna naravnost šolskega sistema, omejen dostop do pomoči, nezadostne stanovanjske možnosti itd.).

Soočanje z duševnimi težavami: diagnoze, samoprepoznavna in (ne)dostopnost pomoči

14,6 % udeležencev raziskave poročalo o diagnozi duševne težave ali motnje, postavljene s strani psihiatra ali osebnega zdravnika, najpogosteje o anksiozni motnji ali depresiji. 40,4 % pa jih je navedlo, da pri sebi prepoznavajo simptome duševnih težav, čeprav nimajo uradne diagnoze. Mlade ženske so statistično značilno pogosteje kot mladi moški poročale tako o uradno postavljeni diagnozi kot o samoprepoznavi duševnih težav.

9,1 % udeležencev poročalo o samopoškodovanju v zadnjem letu, pri čemer je bil pojav pri mladih ženskah več kot trikrat pogostejši kot pri mladih moških. Med tistimi, ki so se samopoškodovali, jih je četrtnina (25,3 %) to storila petkrat ali več, najpogosteje v starostni skupini 16–18 let. Ti podatki so skladni z mednarodnimi ugotovitvami, da se samopoškodovalno vedenje pogosteje pojavlja pri dekletih in mladih ženskah, kar je mogoče povezati z večjo psihološko občutljivostjo, intenzivnejšim notranjim pritiskom, izkušnjami travme ter večjo pripravljenostjo na odprto izražanje stiske. Višje stopnje tako uradnih diagnoz kot samoprepoznavanja simptomov pri mladih ženskah kažejo na preplet večje ranljivosti, družbenih pričakovanj in kulturno pogojenih načinov spoprijemanja s psihološko bolečino.

Posebej zaskrbljujoči so podatki o samomorilnosti: 13,6 % udeležencev (brez pomembnih razlik med spoloma) je v zadnjem letu razmišljalo o samomoru, med njimi pa jih je 14,2 % (n = 20) poročalo o dejanskem poskusu. Gre za resen pokazatelj, da del mladih doživlja globoke in ponavljajoče se oblike psihološke stiske, ki presegajo vsakdanje izzive in opozarjajo na neposredno ogroženost življenja. Takšni podatki zahtevajo večplasten, usklajen in dolgoročno vzdržan odziv – od izboljšanja dostopnosti in pravočasnosti strokovne pomoči do sistemskega razumevanja dejavnikov tveganja, ki k tem stiskam prispevajo (npr. zgodnje življenjske izkušnje, družbeni pritiski, digitalna preobremenjenost, šolska, ekonomska in stanovanjska negotovost).

4,9 % udeležencev je že bilo hospitaliziranih zaradi duševnih težav, 5,3 % pa jih je jemalo zdravila za duševne motnje. Ti podatki kažejo, da določen delež mladih prejema formalno zdravstveno obravnavo, vendar to še ne odraža nujno celotne slike o resnosti stisk. Številne izrazito obremenjujoče težave ostajajo zunaj institucionalnega okvira – bodisi zaradi omejene dostopnosti pomoči, stigme ali osebne odločitve, da pomoči ne poiščejo. Višje stopnje hospitalizacij in jemanja zdravil pri mladih ženskah lahko izhajajo iz kombinacije večje pripravljenosti za izražanje stiske in iskanje pomoči ter večje verjetnosti, da bodo njihove težave prepoznane in obravnavane znotraj zdravstvenega sistema. Hkrati pa to lahko odraža spolne razlike v klinični pozornosti ali pristranskosti v diagnostiki, kjer so stiske deklet pogosteje razumljene kot klinično pomembne, medtem ko so pri fantih lahko prezrte ali interpretirane drugače (npr. kot vedenjski problemi).

Ocenjujemo, da pomemben delež mladih z duševnimi težavami ostaja brez ustrezne sistemske podpore. Med tistimi brez uradne diagnoze depresije jih 17,6 % po lestvici DASS-21 dosega stopnjo »hude« ali »zelo hude« depresije; pri anksioznosti pa je takih med nediagnosticiranimi 25,6 %. Ta razkorak med

izraženo stisko in uradno diagnozo nakazuje, da številni mladi z resnimi simptomi ne pridejo v stik s strokovno pomočjo – bodisi zaradi pomanjkanja dostopa bodisi zaradi drugih osebnih ali socialnih razlogov. Ob tem je treba poudariti, da presejalni vprašalniki, kot je DASS-21, ne predstavljajo klinične diagnoze, temveč odražajo trenutno doživljanje, ki je lahko situacijsko pogojeno in časovno omejeno.

Skoraj petina udeležencev (18,7 %) je v zadnjem letu poiskala terapevtsko ali svetovalno pomoč, pri čemer je večinoma šlo za krajše oblike obravnave (1–3 srečanja), bodisi brezplačne (šolske svetovalne službe, mladinske svetovalnice) bodisi samoplačniške. Dolgotrajnejše oblike podpore (več kot 10 obiskov) so bile redkejše. Skoraj tretjina (28,8 %) vseh udeležencev pa je o iskanju pomoči resno razmišljala, a se zanjo ni odločila. Med 248 udeleženci (28,8 % vzorca), ki so odgovarjali na vprašanje o ovirah pri iskanju terapevtske pomoči, so kot najpogostejše ovire izpostavili stroške terapije (60,5 %), pomanjkanje informacij o kakovostnih terapevtskih storitvah (46,1 %), nejasnost glede ustrezne vrste pomoči za lastne težave (42,4 %) ter zadržke pri deljenju osebnih težav (42,8 %). Nižje ocene so prejeli sram, dolge čakalne dobe, lokacijske ovire in skrb glede zaupnosti podatkov.

Rezultati kažejo, da stiske pri delu mladih pogosto niso prehodne ali blage, temveč takšne, da sami prepoznajo potrebo po strokovni podpori in jo aktivno (po)iščejo. Po eni strani to lahko razumemo kot znak večje ozaveščenosti in manjše stigme na področju duševnega zdravja. Po drugi strani pa visoka stopnja samoprepoznavanja duševnih težav odpira vprašanja o vplivu terapevtske kulture, ki spodbuja introspektivno izražanje in samoprepoznavanje duševnih težav, a ne zagotavlja nujno ustrezne podpore. Hkrati dejstvo, da velik delež mladih kljub zaznani stiski še vedno odlaša z iskanjem pomoči, poudarja potrebo po okoljih, ki bodo mladim zagotavljala pravočasno, varno in jasno dostopno pot do podpore – ne le v kriznih trenutkih, temveč kot del trajno vzpostavljenega sistema skrbi za duševno zdravje.

Obremenjujoče in pozitivne izkušnje v otroštvu

Zgodnje življenjske izkušnje pomembno oblikujejo duševno zdravje mladih. Analiza obremenjujočih izkušenj v otroštvu (ACEs) je pokazala, da je dobra polovica (53,0 %) udeležencev doživela vsaj eno izmed desetih prepoznanih oblik obremenitev do 18. leta. Povprečje doživetih ACEs je bilo 1,23 (SD = 1,81), pri čemer je več kot vsak deseti (11,1 %) poročal o štirih ali več izkušnjah – to je prag, pri katerem se tveganje za resne duševne, telesne in tudi druge težave v odraslosti eksponentno poveča. Rezultati potrjujejo, da tovrstne izkušnje, ki predstavljajo pomemben dejavnik psihološke ranljivosti že v obdobju odraščanja, niso redkost.

Za poglobljeno razumevanje razsežnosti zgodnjih bremen smo uporabili še vprašalnik ELSQ, ki zajema širši spekter izkušenj, doživetih do 18. leta starosti. Od 18 postavk v ELSQ se štiri neposredno prekrivajo z ACEs, tri pa deloma zajemajo iste vsebine (npr. ločitev, izguba, ločenost od staršev). Dodatne obremenjujoče izkušnje so na primer izkušnja vrstniškega nadlegovanja, dolgotrajne bolezni, hospitalizacije, naravne nesreče, revščina ipd. Povprečna vrednost na lestvici ELSQ je znašala 2,33 (SD = 2,33). To kaže, da so mnogi udeleženci že v otroštvu doživeli več različnih oblik obremenitev, ki niso zajete v klasičnih ACEs lestvicah, a lahko prav tako pomembno vplivajo na duševno zdravje in razvojne poti posameznika. Uporaba širšega instrumenta tako osvetljuje kompleksnost zgodnjih izkušenj, ki pogosto presegajo zgolj družinsko okolje in vključujejo tudi zdravstvene, socialne ter družbenoekonomske dejavnike.

V raziskavi smo podrobneje preučili tudi pozitivne izkušnje iz otroštva (PCEs), ki v znanstveni literaturi veljajo za pomembne varovalne dejavnike duševnega zdravja. Uporabili smo lestvico, ki meri pogostost

sedmih podpornih izkušenj na treh ključnih področjih: opora v izvorni družini, pripadnost šolskemu in širšemu okolju ter prisotnost pomembnih odraslih oseb zunaj družine. Vse postavke se prav tako nanašajo na obdobje do dopolnjenega 18. leta. Rezultati kažejo, da ima 32 % udeležencev visoko raven pozitivnih izkušenj, 41 % srednjo raven, 27 % se jih uvršča v skupino z nizko podprtostjo. Večina udeležencev je torej odraščala v bolj ali manj spodbudnem okolju, medtem ko skoraj tretjina poroča o manj izraziti prisotnosti varovalnih dejavnikov. Raziskave kažejo, da je pri posameznikih z nizko ravnjo pozitivnih izkušenj v otroštvu večja verjetnost za razvoj duševnih stisk in drugih težav – bodisi že v mladosti bodisi kasneje v odraslem obdobju.

Analize po spolu in starosti kažejo na pomembne razlike v doživljanju zgodnjih izkušenj. Udeleženke so statistično značilno pogosteje kot udeleženci poročale o višjem številu ACEs ter o nižji stopnji PCEs. To lahko odraža dejansko višjo izpostavljenost določenim oblikam obremenjujočih izkušenj (npr. čustvenemu zanemarjanju, spolni zlorabi), pa tudi večjo introspektivnost ali pripravljenost na razkrivanje občutljivih vsebin. Po starostnih skupinah se kažejo razlike predvsem v poročanju o številu doživetih izkušnjah. Pri ACEs starejši udeleženci poročajo o višjih povprečjih, kar lahko odraža večjo sposobnost refleksije ali večjo pripravljenost na razkritje teh vsebin. Pri PCEs pa mlajši (16–18 let) pogosteje poročajo o njih, kar bi lahko odražalo idealizacijo družinskih odnosov, morebiti pa tudi generacijske premike v smeri vse večje prisotnosti varovalnih dejavnikov.

Rezultati dodatno kažejo, da pomemben delež udeležencev občutek pripadnosti, opore in angažiranosti išče in uresničuje tudi zunaj formalnih institucionalnih okvirov. V vsaj eno dejavnost je vključenih 56,4 % udeležencev. Največ jih je vpetih v: prostovoljstvo (21,2 %), športna društva (19,6 %) in verske skupnosti (15,9 %). Takšni neformalni socialni prostori lahko predstavljajo pomemben vir povezovanja in čustvene opore ter za nekatere mladostnike deloma zadovoljujejo potrebe, ki niso bile prepoznane oz. zadovoljene v izvorni družini ali šoli.

Podatke o zgodnjih izkušnjah je treba brati v luči razvojnega obdobja in metodoloških omejitev samoporočanja. Nekatere izkušnje ostajajo neizražene – zaradi normalizacije, sramu ali odsotnosti varnega okolja za razkritje. Zato podatki niso le prikaz preteklosti, temveč tudi izhodišče za razmislek o tem, kako lahko mladim v ključnih trenutkih razvoja omogočimo dostop do razumevanja, podpore in pravočasne pomoči.

Tvegana vedenja

Pomemben delež udeležencev raziskave posega po vedenjih, ki lahko ogrožajo njihovo telesno in duševno zdravje – od epizodnega opijanja, jemanja psihoaktivnih snovi in zdravil brez recepta, do čezmerne uporabe energijskih pijač in nerednega spanja. Takšna vedenja pogosto niso zgolj eksperimentiranje, temveč so lahko uporabljena kot načini soočanja z dolgotrajnimi pritiski in čustveno stisko.

Skoraj polovica udeležencev (41,5 %) poroča o vsaj nekajkratnem epizodnem opijanju v zadnjem mesecu (t. i. *binge drinking*), okoli 3 % pa celo o (skoraj) vsakodnevni uporabi alkohola. Petina (20,1 %) redno uporablja tobačne izdelke. Konopljo je v zadnjem mesecu občasno uporabljalo 9,9 % udeležencev, 2,9 % pa poroča o (skoraj) vsakodnevni rabi. Posebno izstopajo energijske pijače: 12,6 % mladih jih pije (skoraj) vsak dan, dodatnih 37,2 % pa poroča o nekajkratni uporabi v zadnjem mesecu. Skoraj 16 % mladih se je že večkrat samoiniciativno zateklo k zdravilom za lajšanje psihičnega nelagodja, kot so pomirjevala,

uspavala ali analgetiki, medtem ko je 9 % mladih že preizkusilo ali uporablja prepovedane droge, kot so ekstazi, LSD ali kokain.

Čeprav gre za samoporočane podatke, ki so lahko podvrženi neiskrenosti, selektivnemu spominu ali želji po socialni zaželenosti, zlasti pri občutljivih temah, so izražene stopnje rabe kljub temu zgovorne. Verjetno celo podcenjujejo dejansko pogostost določenih vedenj, saj mladi pogosto ne prepoznajo vseh oblik rabe kot problematičnih ali pa ne želijo razkriti svojih navad zaradi strahu pred stigmatizacijo.

Moški pogosteje uporabljajo alkohol, konopljo in prepovedane droge, medtem ko pri drugih substancah ni pomembnih razlik med spoloma. To kaže na potrebo po spolno občutljivih preventivnih pristopih, zlasti pri tveganih oblikah rabe. Starostni vzorci uporabe kažejo na razvojno specifične dinamike: po 18. letu delež redne uporabe tobaka, alkohola in konoplje najprej upade, nato pa spet naraste med 22–24-letniki. Psihoaktivne droge in zdravila brez recepta pogosteje uporabljajo 19–21-letniki, energijske pijače pa najpogosteje pijejo najmlajši (16–18 let). Ti trendi odražajo povečano samostojnost, izpostavljenost stresu in možnosti za eksperimentiranje ob zmanjšani podpori, kar krepi potrebo po preventivnih pristopih, prilagojenih tudi mladim po 18. letu.

Rezultati kažejo tudi na izrazito razširjenost težav s spanjem med mladimi. Skoraj polovica (44,5 %) jih spi manj kot priporočajo strokovne smernice za njihovo starost, kar nakazuje na sistematično pomanjkanje spanja. Tudi subjektivna ocena zadostnosti spanja potrjuje ta trend – kar 41,3 % meni, da ne spi dovolj. Poleg tega 32,7 % udeležencev poroča o težavah s spanjem, najpogosteje v obliki težkega usnavanja ali nočnega prebujanja, kar dodatno kaže na razširjenost motenih spalnih vzorcev v tej generaciji.

Čeprav redna uporaba prepovedanih substanc ni zelo razširjena, podatki kažejo na raznovrstne oblike psihoaktivne rabe in z njo povezanih vedenj – od posamičnih preizkusov do pogostejših in bolj ustaljenih vzorcev. Raziskava ni preučevala razlogov za takšna vedenja, zato jih ne gre samoumevno razumeti kot izraz samopomoči ali odziv na stisko, čeprav so takšne interpretacije pogoste v literaturi. Ne glede na motive pa so ta vedenja lahko povezana s škodljivimi učinki na telesno in duševno zdravje, zlasti kadar postanejo pogostejša ali se prepletajo z drugimi tveganji.

Ujeti za zaslone: digitalni prostor kot okolje tveganj

Digitalna kultura je postala eno ključnih okolij vsakdanjega življenja mladih. Ponuja prostor povezovanja, izražanja in učenja, hkrati pa prinaša tudi številna tveganja. Digitalni prostor zaradi svoje zasnove in vsebinskih mehanizmov lahko postane zasvojitven, saj raba spleta in digitalnih tehnologij ne odraža nujno le funkcionalnih potreb, temveč lahko služi kot umik pred notranjimi stiskami ali postane del vzorcev vedenja, ki vodijo v izgubo nadzora in zasvojenost.

Rezultati lestvice IDS9-SF kažejo, da je povprečna ocena rabe digitalnih vsebin med udeleženci raziskave $M = 2,29$ (na lestvici od 1 do 5), kar nakazuje na zmerno prisotnost težav. Statistično značilne razlike glede na spol in starost niso bile ugotovljene.

Ob tem se zdi smiselno mladim omogočati zgodnje razvijanje osnovnih veščin digitalne pismenosti – od razumevanja delovanja digitalnih okolij do samogulacije in premišljene uporabe tehnologije v vsakdanjem življenju. Digitalni mediji so danes del izobraževanja, druženja in različnih oblik podpore, zato njihov učinek ni enoznačen, temveč je odvisen od okoliščin, vsebine in načina uporabe. Prav zato je

koristno spodbujati ravnovesje in zavedanje, namesto poenostavljenega razumevanja digitalne rabe kot bodisi škodljive bodisi izključno koristne.

Skrbi, obremenitve in strategije soočanja

Mladi v raziskavi izražajo visoko stopnjo zaskrbljenosti glede prihodnosti, pri čemer v ospredje stopajo teme, povezane z osnovnimi pogoji za samostojno življenje. Največ jih skrbi stanovanjska preskrba (62,0 % jih skrbi ali zelo skrbi), zaposlitvene možnosti (53,7 %) in izobraževalni cilji (50,8 %). Med družbenimi temami izstopajo gospodarske krize (54,8 %), omejevanje osebne svobode (53,0 %) ter revščina (50,2 %). Družbene neenakosti (46,6 %), okoljske skrbi (podnebne spremembe – 46,3 %, onesnaženje – 45,7 %) in vojne (46,0 %) so prav tako pomembne za skoraj polovico udeležencev. Ženske izražajo statistično značilno višjo raven skrbi kot moški pri večini tem, zlasti glede revščine, zdravja, podnebja in družbene neenakosti. Podatki nakazujejo, da mladi prihodnost ne doživljajo zgolj skozi oddaljene grožnje, temveč predvsem skozi prizmo konkretnih, vsakdanjih izzivov. Odprti odgovori kažejo, da osebne skrbi (npr. težave na trgu dela, duševne obremenitve, osamljenost) niso ločene od političnih, temveč so z njimi tesno prepletene.

Pomembno breme za udeležence predstavlja tudi šola – med srednješolci jih je 31,1 % poročalo, da jih šola zelo obremenjuje, pri čemer so obremenitve izrazitejšje pri udeleženkah. Podobni trendi se kažejo tudi pri študiju, ki zelo obremenjuje 16,0 % udeležencev študentov, ter pri delu (11,3 % med tistimi, ki so zaposleni), pri čemer tudi tukaj ženske poročajo o višji ravni obremenjenosti. Takšni podatki izzivajo pogosto podcenjevanje šolskega okolja kot nevtralnega prostora za učenje in socializacijo. Nasprotno – številne izkušnje mladih, zlasti deklet, kažejo na visoko stopnjo psihološkega pritiska, povezanega z dosežki, perfekcionizmom, tekmovalnostjo in pomanjkanjem varnih, podpornih odnosov. Lahko bi celo rekli, da se sistem šole preveč pogosto reproducira kot prostor nadzora in ocenjevanja, ne pa kot prostor rasti in samoraziskovanja.

To odpira ključno vprašanje: kako oblikovati šolsko in študijsko izkušnjo, ki ne bo temeljila zgolj na zunanji uspešnosti, temveč bo sistematično podpirala psihološko dobrobit, občutek povezanosti, varnost ter izkušnjo smisla? V luči teh podatkov se zdi nujno preoblikovanje institucionalnih kultur, ki so pogosto slepe za stiske, ki jih same proizvajajo – še posebej pri mladih, ki so sicer »uspešni« in zaradi tega pogosto spregledani.

V tem kontekstu postanejo načini uravnavanja počutja ključni za razumevanje duševnega zdravja mladih. Najpogostejši strategiji sta preživljanje časa pred zasloni (58,6 %; M = 3,69) in stik z naravo ali živalmi (43,9 %; M = 3,23). Sledijo spanje (40,5 %; M = 3,24), telesna aktivnost (37,1 %), ustvarjalne dejavnosti (32,4 %) in prehranjevanje (25,1 %). Povečana uporaba substanc kot odziv na stisko je prisotna pri 12 % udeležencev. Introspektivne strategije, kot sta meditacija (9,9 %) in branje (16 %), so razmeroma redke, še posebej pri mlajših.

Razlike po spolu kažejo, da mlade ženske pogosteje uporabljajo strategije, kot so spanje, stik z naravo, preživljanje časa za zasloni in poseganje po hrani, medtem ko mladi moški pogosteje izberejo telesno aktivnost. Starejši udeleženci pogosteje uporabljajo strategije, kot so sprostitvene tehnike in branje, pri čemer najmlajši najmanj pogosto poročajo o tovrstnih oblikah spoprijemanja. Tudi poseganje po (nezdravi) hrani je pogostejše pri starejših.

Podatki potrjujejo, da številni mladi za regulacijo razpoloženja uporabljajo raznolike pristope, od varovalnih do potencialno tveganih, pri čemer ne gre nujno zgolj za osebne izbire, temveč izbire odražajo omejitve okolja, v katerem živijo. Zato je nujno, da okolje (npr. šola, mladinski sektor, zdravstveni sistem) omogoči dostop do dejavnosti, ki krepijo notranje vire moči, ter podpira razvoj kompetenc čustvene pismenosti, refleksije in zdrave samoregulacije.

Pandemija kot raznoliko doživeta izkušnja

Pandemija COVID-19 je za mlade predstavljala raznoliko izkušnjo, ki ni pustila enoznačnih posledic. Rezultati naše raziskave kažejo na kompleksnost njihovih doživljanj, ki segajo od izrazitih stisk do nepričakovanih pozitivnih učinkov.

Retrospektivne ocene vpliva pandemije med mladimi jasno odražajo to dvopolnost. Najvišji delež pozitivnih ocen se je nanašal na družinske odnose (42,4 %), vendar je tudi tukaj 15,6 % udeležencev poročalo o negativnem vplivu. Podobno velja za fizično zdravje (32,8 % pozitivno, 30,4 % negativno) in prijateljstva (34,8 % pozitivno, 29,0 % negativno). Na drugi strani pa so bila šolanje (39,4 % negativno, 33,2 % pozitivno), duševno zdravje (39,0 % negativno, 24,8 % pozitivno) in splošna kakovost življenja (36,7 % negativno, 22,2 % pozitivno) pogosteje zaznana kot obremenilna. Tudi finančna situacija je bila ocenjevana izrazito razpršeno (26,0 % negativno, 25,2 % pozitivno), kar kaže na razlike v dohodkih, varnosti in podpori, ki so bili mladim na voljo v tem obdobju. Med konkretnimi obremenitvami so izstopale omejitve socialnih stikov – skoraj polovica udeležencev (47,6 %) je omejeno druženje doživljala kot zelo ali pretežno obremenilno. Sledijo karantena (42,9 %) in nošenje zaščitnih mask (37,6 %).

Pomenljivo je, da se razlike v doživljanju ne odražajo le na individualni ravni, temveč so sistematične po spolu in starosti. Udeleženke so dosledno poročale o višji stopnji obremenjenosti in izraziteje negativnem vplivu pandemije na duševno zdravje ter šolanje. Učinki pandemije se razlikujejo glede na razvojno obdobje: mlajši mladostniki so pogosteje poročali o pozitivnih vidikih, najstarejši pa o izrazitejših negativnih vplivih na različna življenjska področja.

Rezultati nas usmerjajo k razumevanju pandemije ne le kot zdravstvene krize, temveč kot dogodka, ki je za številne mlade pomenil tudi psihosocialni prelom. Poleg izgube vsakdanje rutine, socialnih stikov in občutka predvidljivosti, je pandemija pri delu mladih načela tudi zaupanje v družbene sisteme – zdravstvene, znanstvene, izobraževalne in politične.

Napovedni dejavniki duševnega zdravja mladih: rezultati regresijskih analiz

V tem podpoglavju na kratko povzemamo rezultate obsežnega niza regresijskih analiz, s katerimi smo preučevali, kateri dejavniki statistično značilno napovedujejo različne vidike duševnega zdravja in blagostanja mladih. Analize smo izvedli ločeno za: kontinuirane izide (npr. ravni stresa, anksioznosti, depresije, subjektivno blagostanje, osamljenost, samoocene duševnega in telesnega zdravja), kjer smo uporabili linearno regresijo, ter binarne izide (prisotnost uradne diagnoze, samoprepoznavna duševnih težav, koriščenje terapevtskih ali svetovalnih storitev, samopoškodovanje, misli na samomor in poskus samomora), kjer smo uporabili logistično regresijo.

V modele smo vključili različne psihosocialne in demografske napovednike, med njimi:

- pozitivne (PCEs) in obremenjujoče izkušnje iz otroštva (ACEs),
- spol, starost, materialni položaj izvorne družine,

- količino spanja ter osebne in družbene skrbi (pri kontinuiranih izidih),
- samooceno duševnega zdravja, osamljenost in indeks digitalnega vedenja (IDS9-SF) – pri modelih za samoprepoznavo duševnih težav, iskanje pomoči in izide, povezane s samomorilnostjo.

Pozitivne izkušnje iz otroštva (PCEs) so daleč najmočnejši varovalni dejavnik, prisoten v skoraj vseh modelih. Nižale so verjetnost prisotnosti stisk (stres, anksioznost, depresija), osamljenosti, samopoškodovanja, samomorilnih misli in poročanja o diagnosticiranih motnjah in samoprepoznanih duševnih težavah. Hkrati so bile povezane z višjim zadovoljstvom z življenjem, psihološkim uspevanjem ter boljšo samooceno fizičnega in duševnega zdravja.

Obremenjujoče izkušnje iz otroštva (ACEs) so se dosledno kazale kot rizični dejavnik. Udeleženci z več takšnimi izkušnjami so pogosteje poročali o višjih ravneh stresa, depresije, anksioznosti, osamljenosti, tveganju za motnje hranjenja, slabši samooceni duševnega in fizičnega zdravja, več samopoškodovanjih, samomorilnih mislih ter večji verjetnosti uradne diagnoze ali samoprepoznane duševne težave. Njihovo napovedovanje pozitivnih izidov (npr. uspevanja) je bilo manjše ali statistično neznačilno.

Osebne skrbi (glede izobraževanja, zaposlitve, stanovanjske osamosvojitve, partnerstva) so bile eden najmočnejših napovednikov slabšega duševnega počutja: višje ravni stresa, depresije, anksioznosti in osamljenosti, slabše samoocene duševnega in fizičnega zdravja ter nižje ocene zadovoljstva z življenjem in nižje ravni psihološkega uspevanja. Družbene skrbi (npr. podnebna kriza, vojna, gospodarska negotovost) so napovedovale višje ravni stresa, anksioznosti in depresije, ne pa tudi pozitivnih izidov.

Kronično pomanjkanje spanja je bilo močno povezano z višjo stopnjo stresa, več simptomi depresije, anksioznosti ter z nižjim življenjskim zadovoljstvom. Spanje, daljše od priporočene količine, je bilo povezano z depresijo.

Samoocena duševnega zdravja se je v logističnih modelih pokazala kot močan kazalnik za samoprepoznavo duševne težave, iskanje pomoči, samopoškodovanje in samomorilne misli – slabša ocena je povečevala verjetnost teh izidov.

Osamljenost je bila močan napovednik samomorilnih misli in poskusa samomora, kar potrjuje njeno ključno vlogo v tveganju za samomorilno vedenje.

Spol in starost sta se izkazala kot pomembna dejavnika, a z različno usmerjeno povezavo. Ženski spol je napovedoval višje ravni stresa in anksioznosti, večje tveganje za motnje hranjenja, večjo verjetnost samoprepoznane duševne težave in samopoškodovalnih vedenj ter manjšo verjetnost poskusa samomora, hkrati pa tudi višjo stopnjo življenjskega zadovoljstva in nižjo samooceno duševnega zdravja. Višja starost je predstavljala večjo verjetnost uradne diagnoze in iskanja strokovne pomoči ter manjšo verjetnost samopoškodovanja.

Materialni položaj izvirne družine se je pokazal kot šibek napovedni dejavnik: višji status je bil povezan z višjim psihološkim uspevanjem, hkrati pa z večjim tveganjem za motnje hranjenja. Učinki so bili relativno majhni.

Skupna slika kaže, da duševno zdravje mladih oblikuje preplet zgodnjih odnosnih izkušenj, aktualnih psihosocialnih obremenitev, individualnih virov in širših družbenih okoliščin. PCEs izstopajo kot izjemno močan zaščitni dejavnik, ACEs in osebne skrbi pa kot dosledni dejavniki tveganja. Pri najbolj skrajnih

izidih, povezanih s samomorilnostjo, je osamljenost poleg zgodnjih izkušenj ena ključnih napovednih spremenljivk.

Pojasnjene variance modelov se gibljejo v pričakovanem razponu za psihosocialno raziskovanje: najvišje pri psihološkem uspevanju (39,6 %) in samoprepoznane duševne težave (35,3 %), najnižje pa pri poskusu samomora (12,1 %), kar nakazuje, da so za slednjega verjetno ključni tudi akutni sprožilci, ki v teh analizah niso zajeti. Rezultati ponujajo trdno empirično osnovo za preventivne in intervencijske programe, ki bi morali hkrati krepiati zgodnje varovalne izkušnje, zmanjševati psihosocialne obremenitve ter prepoznavati in naslavljanje osamljenost kot pomemben dejavnik tveganja. Del izkušenj mladih ostaja nepojasnen. To nakazuje na potrebo po raziskovanju dodatnih dimenzij, kot so osebne lastnosti (npr. čustvena stabilnost, impulzivnost), kvaliteta in varnost odnosov z vrstniki in odraslimi, izkušnje diskriminacije ali pripadnosti marginaliziranim skupinam, občutek smisla, povezanosti s skupnostjo, uporaba digitalnih tehnologij ipd. Posebej izpostavljamo, da bi bilo potrebno v morebitnih prihodnjih raziskavah bolj celovito zajeti socialno-ekonomski položaj, ki presega zgolj subjektivno oceno. Socialno-ekonomski položaj mladih je kompleksen in presega subjektivno oceno materialnega statusa izvorne družine, kot je bil zajet v tej raziskavi. Vključuje tako objektivne kazalnike (dohodek, izobrazba staršev, pogoji bivanja) kot tudi subjektivne izkušnje (občutek varnosti, izključenosti, sramu) ter trenutni prehodni položaj mladih.

Priporočila za sistemske ukrepe

Ugotovitve naše raziskave ponujajo celovit vpogled v razsežnost in raznolikost dejavnikov, ki oblikujejo duševno zdravje mladih v Sloveniji. Slika, ki se izrisuje, je kompleksna in večplastna – preplet osebnih izkušenj, razvojnih značilnosti ter vpliva širših družbenih procesov. Čeprav podatki nakazujejo pomembne povezave med duševnim zdravjem mladih in sodobnimi izzivi, kot so pandemija, podnebna kriza, digitalizacija in gospodarska negotovost, te v tej fazi razumemo kot izhodiščne, saj bodo podrobnejše analize še izvedene in predstavljene v znanstvenih člankih. Rezultati v tem poročilu tako ne predstavljajo dokončnih ugotovitev, temveč temelj za nadaljnje raziskovanje in poglobljeno interpretacijo.

Priporočila, ki sledijo, zato predstavljamo kot preliminarni nabor možnih smeri ukrepanja, ki bi jih bilo treba v prihodnje še preveriti, nadgraditi in operativno razviti na podlagi poglobljenih raziskav ter v dialogu z mladimi in ključnimi deležniki. V tem smislu se dopolnjujejo z izhodišči obeh nacionalnih strateških dokumentov – Akcijskim načrtom za duševno zdravje 2025–2028 ter Nacionalnim programom vzgoje in izobraževanja 2023–2033.

Sistemske ukrepe je seveda treba podpreti z nadaljnjim raziskovalnim delom, ki omogoča sprotno spremljanje duševnega zdravja mladih, preverjanje učinkovitosti obstoječih praks ter razvoj inovativnih rešitev.

V Sloveniji že obstajajo posamezne oblike razvojno občutljive, skupnostno usmerjene in večstopenjske podpore za mlade. V to mrežo sodijo centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov, svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše, mladinski centri, šolske svetovalne službe ter številne inovativne pobude nevladnih organizacij. Pomemben del predstavljajo tudi psihiatrične storitve, ki so ključne pri obravnavi najtežjih stisk, a pogosto kadrovsko in organizacijsko preobremenjene. Kljub tem virom njihov potencial pogosto ostaja neizkoriščen zaradi razpršenosti in pomanjkanja sistemske povezanosti.

Zato predlagamo izvedbo poglobljene analize obstoječih praks, potreb in vrzeli na področju duševnega zdravja mladih, ki bi omogočila identifikacijo dobrih praks, prepoznavanje neizkoriščenih priložnosti ter oblikovanje bolj usklajenega, dolgoročno vzdržnega in mladim prilagojenega sistema podpore.

V nadaljevanju podajamo niz preliminarnih priporočil za krepitev sistema skrbi za duševno zdravje mladih, razvrščenih v štiri krovne stebre: (1) pravočasno prepoznavanje in hitro ukrepanje, (2) preventiva v vzgojno-izobraževalnem okolju in lokalnih skupnostih, (3) dostopna in raznolika pomoč ter (4) sistemski pogoji.

1. Pravočasno, zgodnje prepoznavanje in hitro ukrepanje

Adolescenca in prehod v zgodnjo odraslost sta razvojni obdobji, zaznamovani z intenzivnimi čustvi, razpoloženski nihanji, iskanjem identitete in povečano občutljivostjo na socialne vplive. Presejalni pristopi, ki se opirajo predvsem na trenutno izražene težave ali občutke, zato zahtevajo skrbno opredeljene razvojno specifične kriterije klinične relevantnosti. Hkrati pa bolj ozko usmerjeni presejalni postopki, ki zajamejo predvsem že jasno izražene simptome, lahko spregledajo zgodnejše oblike stiske in povečane psihosocialne ogroženosti. Smiselno je zato uporabljati širše, večnivojske presejalne modele, ki ne temeljijo na dihotomni delitvi med »prisotnostjo« ali »odsotnostjo« težav, temveč omogočajo razločevanje med različnimi stopnjami psihosocialne ogroženosti ter presojo potrebe po nadaljnji, poglobljeni oceni. Takšni pristopi poleg trenutne simptomatike vključujejo tudi širše kazalnike

obremenjenosti in varovalne dejavnike, ki dolgoročno oblikujejo duševno zdravje mladih, ter s tem omogočajo pravočasnejše in ciljno usmerjeno preventivno ukrepanje, preden se (potencialna) stiska izrazi kot klinična simptomatika.

Tako presejanje mora biti vgrajeno v širši sistem podpore, ki mladim zagotavlja varen in zaupen prostor za nadaljnji pogovor, dostopno strokovno pomoč ter jasno strukturirane poti napotitve, ki vključujejo tudi neklinične oblike podpore. Idealno bi imela vsaka občina jasno prepoznavno vstopno točko podpore za mlade (npr. mladinski center, šola, center za duševno zdravje, NVO). To zahteva stabilne kadrovske ekipe in učinkovito medsektorsko sodelovanje (zdravstvo, šolstvo, sociala, mladinsko delo), sicer presejanje ostane brez dejanske vrednosti.

Navdihujoč primer je avstralski model Headspace, ki mladim nudi razvojno občutljivo, nepatologizirajočo in multidisciplinarno podporo v lokalnih skupnostnih centrih, dostopno brez napotnice. Ta pristop se vse uspešneje uveljavlja tudi v evropskem prostoru (npr. na Danskem, Nizozemskem in Islandiji). Podoben in prav tako zelo uspešen je irski model Jigsaw. Oba dokazujeta, da je mogoče preseči ozke klinično-farmakološke okvirje in vzpostaviti celovito mrežo podpore, ki mladim ne omogoča le simptomatskega olajšanja, temveč resnično okrevanje – skozi izkušnjo slišnosti, varnosti, povezanosti in soudeležnosti. Gre za premik v paradigmi: od obravnave posameznika kot nosilca motnje k razumevanju njegove stiske v kontekstu odnosov, preteklih izkušenj in življenjskih pogojev. Tak pristop ne gradi le na diagnostiki, temveč na moči odnosa, skupnosti in sistemske odzivnosti, ki mladega človeka podpira pri iskanju smisla, opolnomočenju in dolgoročnem razvoju.

Ob tem je pomembno opozoriti na tveganja, ki nastanejo, kadar se presejanje uvede parcialno ali brez jasno zagotovljenih nadaljnjih korakov podpore. V takih primerih se lahko pojavijo neželeni učinki, kot so občutek stigmatizacije, prezgodnje etiketiranje, vtis determinizma ali poslabšanje samopodobe pri mladih. Obstaja tudi nevarnost neustreznega ravnanja z občutljivimi podatki, če sistemski varovalni mehanizmi niso dovolj jasno opredeljeni. Zato morajo biti vsi tovrstni postopki zasnovani varno, etično premišljeno in s ciljem krepitve posameznikove moči, ne njegove ranljivosti.

2. Preventiva v vzgojno-izobraževalnem okolju in lokalnih skupnostih

Mnogi izzivi, s katerimi se soočajo mladi, niso odraz »notranje motnje«, temveč so posledica pritiska razvojnih pričakovanj, občutka negotovosti ter pomanjkanja varnih, regulirajočih odnosov v pomembnih okoljih. Preventivni pristopi naj zato temeljijo na celostnem razumevanju mladih kot telesnih, čustvenih in odnosnih bitij, ki so vpeti v konkretne socialne, kulturne in institucionalne kontekste. Ključna okolja za takšno preventivo so vsakodnevni prostori učenja, sodelovanja in socializacije – od kurikularnih in obšolskih dejavnosti do vrstniških in skupnostnih odnosov, ki omogočajo izkušnjo pripadnosti, smisla in osebnega razvoja.

- Sistematično vpeljati oz. razvijati proaktivne, razvojno občutljive in dolgoročne programe v šolah, fakultetah in mladinskih ustanovah, ki krepijo čustveno pismenost, odnose, samoregulacijo, kritično rabo medijev ipd.
- Posebno pozornost nameniti mladim, ki doživljajo osamljenost, izključenost ali pomanjkanje pripadnosti – z razvojem oz. krepitvijo vrstniške podpore, mentorstva in vključujočih dejavnosti.
- Razvijati podporo za prehodna obdobja (vpis v srednjo šolo, študij, zaposlitev), ki so psihološko lahko posebej ranljiva.
- Podpirati aktivno participacijo mladih v društvih, taborih, projektih in kulturnih dejavnostih, ob tem pa poskrbeti, da sodelovanje ne ostane le na ravni simbolnih pobud. Razvijati programe, ki mladim omogočajo, da svoje družbene skrbi pretvorijo v smiselno delovanje – preko lokalnih iniciativ, umetniških projektov, prostovoljstva ali aktivnega sodelovanja v skupnostnih zadevah.

- Razvijati sistematične in strukturirane mehanizme za vključevanje mladih v načrtovanje, izvajanje in evalvacijo programov, v procese odločanja ter krepiti kompetence strokovnih delavcev za sodelovanje z mladimi na sokreirajoč način.
- Učinkovita preventiva ne sme temeljiti na ad hoc intervencijah (npr. enkratne delavnice), temveč mora biti zasnovana kot trajen proces, ki se organsko umešča v okolja, kjer mladi preživijo večino časa.

3. Dostopen in raznolik sistem pomoči

- Vzpostaviti dostopen, brezplačen in mladim prijazen sistem pomoči, ki vključuje svetovalno in terapevtsko podporo v lokalnih okoljih (npr. mladinski centri, lokalne svetovalnice) z ustreznimi kadrovskimi okrepitevami in krajšanjem čakalnih dob. Šole, kjer so svetovalne službe pogosto preobremenjene, naj ostanejo pomemben prvi stik za prepoznavanje stisk, vendar ne kot nadomestek terapevtskih storitev – nujno je vzpostaviti jasne poti napotitve v zunanje, specializirane oblike pomoči.
- Razširiti obstoječe storitve izven kliničnega okvira – z vključevanjem psihosocialnega svetovanja za življenjske, eksistencialne in razvojne izzive (npr. stanovanjska negotovost, prehod v zaposlitev, odnosi, šolski pritisk), ki so pogosto vir duševne stiske, a jih sistem pomoči ne naslavlja dovolj učinkovito.
- Podpirati skupnostno in relacijsko naravnane oblike podpore (npr. skupine za samopomoč, mentorski programi, prostovoljska mreža), ki ne temeljijo na diagnozi, temveč na izkušnji pripadnosti, povezanosti in soudeležnosti.
- Krepiti digitalne in hibridne oblike pomoči, vključno s spletnim svetovanjem, telefonskimi in klepetalnimi linijami ter preiščljeno uporabo AI-orodij (npr. chatboti za psihoedukacijo, vaje samoregulacije), kot dostopno dopolnilo strokovni podpori – ne kot njena zamenjava.
- Razvijati in vključevati vrstniško pomoč, še posebej tam, kjer mladi doživljajo tradicionalne institucije kot odtujene, neodzivne ali formalizirane.
- Vzpostavljati oz. krepiti mobilne enote za duševno zdravje, ki omogočajo dostop do podpore na terenu (tudi šolah), razvijati varne fizične in digitalne prostore, kjer se mladi lahko brez strahu pogovarjajo o svojih stiskah, ter krepiti sodelovanje z nevladnimi organizacijami in drugimi deležniki civilne družbe pri razvijanju ciljnih in vključujočih programov.
- Zmanjševati stigmo z dolgoročno usmerjenimi kampanjami za mlade, starše in strokovne delavce, ki normalizirajo pogovor o duševnem zdravju in iskanje pomoči.
- Razviti in uveljaviti pristop, utemeljen na razumevanju travme (angl. trauma-informed care) kot temeljno načelo vseh storitev za mlade – z usposabljanjem strokovnjakov v zdravstvu, šolstvu, mladinskem delu in socialni ter z ustvarjanjem varnih, odnosno odzivnih okolij.
- Posebej izstopa vrzel: dostop do brezplačne psihoterapije je v Sloveniji izjemno omejen, kar številne mlade postavlja v neenak položaj. Potrebujemo sistematično širitev dostopne, kakovostne in brezplačne psihoterapevtske podpore.
- Celoten sistem pomoči mora temeljiti na stabilnem financiranju in kadrovskih zmogljivostih – preseči logiko kratkoročnih projektov, zagotoviti dolgoročne zaposlitve in kadrovske stabilnosti, sicer bo mreža pomoči ostala preveč krhka in neenakopravno dostopna.
- Nekateri mladi nosijo večje psihološko breme – zlasti mlade ženske, ki dosledno poročajo o višjih stopnjah skrbi, stisk in slabši samooceni zdravja, mladi odrasli (22–24 let), kjer eksistencialne skrbi (stanovanje, zaposlitev, odnosi) dosežejo vrh. Pomoč mora biti prilagojena njihovemu razvojnemu obdobju, zaznamim stiskam (npr. pritiskom k uspešnosti, perfekcionizmu, skrbi glede prihodnosti ipd.) in načinom, kako izražajo ali prikrivajo stisko. V primeru mladih žensk naj

vključuje tudi vsebine o telesni samopodobi, prehrani, zdravem gibanju, samokritičnosti; pri 22–24-letnikih pa konkretno podporo pri osamosvajanju, orientaciji in življenjskih prehodih.

Naslednja podsklopa – podpora družinam in spodbujanje zdravega življenjskega sloga – sta neločljiv del stebra »Dostopen in raznolik sistem pomoči«, saj poudarjata pomen varnih odnosov doma ter telesnih in življenjskih navad, ki so temelj duševne odpornosti in blagostanja mladih.

Podpora družinam, ne le mladim

- Razširiti programe starševskega izobraževanja o pozitivni vzgoji in prepoznavanju stisk pri otrocih. Programi naj ne temeljijo primarno na vedenjskih usmeritvah, temveč naj celostno krepijo starševske kompetence: sposobnost refleksije, regulacije lastnih čustvenih odzivov, razumevanje otrokovih razvojnih potreb ter oblikovanje sočutnega, varnega in podpornega odnosa. Program Neverjetna leta, ki se že izvaja v vseh centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) ter nekaterih centrih za socialno delo (CSD), je korak v tej smeri. Program je lahko koristen zlasti pri zgodnjih znakih vedenjskih težav. Vendar pa ni v zadostni meri osredotočen na globljo refleksijo notranjega sveta staršev, njihovega doživljanja ali spreminjanje odnosnih vzorcev. Zato bi bilo smiselno sistematično dopolniti ali nadgraditi obstoječe pristope s programi, ki razvijajo starševsko senzitivnost, intersubjektivnost ter zmožnost čustvene odzivnosti in refleksije, saj ravno ti vidiki dolgoročno prispevajo k razvoju varne navezanosti in krepijo duševno zdravje otrok.
- Dostop do razvojno občutljive in strokovno utemeljene družinske terapije, ki temelji na teoriji navezanosti ter poglobljenem razumevanju družinskih odnosov, komunikacijskih vzorcev in razvojnih potreb otrok, ni mogoče "krepiti" brez hkratne vzpostavitve ustreznih kadrovskih, institucionalnih in finančnih pogojev. Zato je nujno sistematično vlaganje v usposabljanje strokovnjakov ter zagotavljanje dolgoročne kadrovske stabilnosti v javnih mrežah. Hkrati je treba zagotoviti hiter in usklajen odziv socialnih služb ob zaznavi disfunkcionalnih vzorcev, nasilja ali drugih stisk v družinskem okolju, pri čemer mora biti odziv utemeljen na medsektorskem sodelovanju in strokovnih standardih, ne zgolj formalnih postopkih.

Spodbujanje zdravega življenjskega sloga

- Vključiti vsebine o pomenu spanja, počitka, digitalne higiene, uporabe stimulansov (npr. energijskih pijač) in osnov zdravega bioritma v šolske kurikulume in mladinske programe. Preventivni pristopi naj presežejo klasični fokus na prehrano in telesno dejavnost ter celostno naslavljajo značilnosti sodobnega življenjskega sloga mladih – vključno z nočnim digitalnim udejstvovanjem, kroničnim pomanjkanjem spanja, pogostim poseganjem po kofeinu in epizodnim opijanjem.
- Oblikovati pogoje v izobraževalnih ustanovah, ki mladim dejansko omogočajo vzdrževanje rednega in kakovostnega ritma spanja ter počitka. To vključuje tudi prilagoditve urnikov (npr. kasnejši začetek pouka), zmanjševanje preobremenjenosti, zagotavljanje dostopa do tihih prostorov za umik ali sprostitev ter aktivno naslavljanje družbenih norm, ki povečujejo učinkovitost in prezrtje potreb po počitku, s čimer se reproducira tveganje za izgorelost že v mladostnem obdobju.
- Spodbujati kritično refleksijo o vsakodnevnih navadah (spanje, digitalna raba, alkohol, stimulansi) preko metod, kot so samoopazovanje, analitični dnevnik, refleksivne vaje in vrstniški dialog. Mladi potrebujejo več kot zgolj informativne kampanje – potrebujejo varne prostore in spodbudne odnose, v katerih lahko razvijajo notranjo motivacijo in razumevanje, kako njihove navade vplivajo na telesno, čustveno in socialno dobrobit.

4. Sistemski pogoji

- Sistemski odzivi v kontekstu duševnega zdravja mladih naj vključujejo tudi strukturne vire stisk (npr. revščino, stanovanjsko negotovost, nasilje, diskriminacijo) ter se povezujejo s socialnovarstvenimi, stanovanjskimi in izobraževalnimi ukrepi, da zagotovijo celostno podporo mladim.
 - Posebno pomembno je naslavljanje stanovanjske negotovosti – z razvojem javnih najemnih stanovanj, ustreznimi subvencijami in progresivno obdavčitvijo nepremičnin, ki spodbuja učinkovito rabo obstoječega stanovanjskega fonda ter zmanjšuje špekulacije.
 - Prav tako je nujno spodbujati stabilne zaposlitve – z omejevanjem prekarnosti in olajšavami za zaposlovanje mladih, saj varna zaposlitev pomembno prispeva k občutku varnosti, samostojnosti in psihološke stabilnosti.
- Integriranost sistemov: mreže podpore morajo delovati usklajeno med sektorji (zdravstvo, šolstvo, sociala) in vključevati nevladne organizacije, ki pogosto prevzemajo pionirsko vlogo.
- Digitalno okolje: potrebno je odgovorno oblikovanje in regulacija digitalnega prostora – zaščita pred škodljivimi vsebinami, omejevanje algoritmov, ki spodbujajo primerjavo, ter transparentna in etična uporaba umetne inteligence.
- Uvedba regulativ, ki omejujejo oglaševanje in distribucijo energijskih pijač med mladim
- Trajnost financiranja: vsi ukrepi morajo biti stabilno financirani in dolgoročni, ne projektno omejeni, saj kratkoročne rešitve ne omogočajo trajne podpore mladim.
- Kadri in kompetence: zagotoviti je treba ustrezno razpoložljivost in podporo strokovnjakom (psihologi, svetovalci, socialni pedagogi) ter redna usposabljanja za pristop, ki temelji na razumevanju travme.
- Mladi kot soodločevalci – ne kot obveznost, ampak kot priložnost. Ko so ukrepi soustvarjeni z mladimi, so rešitve bolj učinkovite, saj bolje odražajo njihove dejanske potrebe in izkušnje, hkrati pa krepijo občutek zaupanja in opolnomočenja. Načelo »z mladimi za mlade« (EU Manifest, 2023) poudarja, da mladi niso le prejemniki storitev, temveč tudi svetovalci, pobudniki sprememb, oblikovalci kampanj in izvajalci programov.
- Redno spremljanje: duševno zdravje mladih je treba spremljati redno, podobno kot gospodarske kazalce – kot enega ključnih pokazateljev vitalnosti družbe.

Skrb za duševno zdravje mladih ne pomeni le preprečevanja stisk ali soočanja z njimi, temveč ustvarjanje pogojev, v katerih lahko razvijajo občutek smisla, pripadnosti in vpliva na svoje življenje ter skupnost. To zahteva dolgoročen, večnivojski celosten pristop, ki močno presega kratkoročne projekte in kampanje, in vključuje usklajeno delovanje na treh ravneh:

- pri posamezniku (krepitev veščin, samoregulacije, rezilientnosti),
- v skupnosti (varni in podporni odnosi v družini, šoli in med vrstniki) ter
- v širšem družbenem okolju (dostopno stanovanje, pravična zaposlitvena politika, kakovostni izobraževalni in socialni sistemi, ustrezno financirane storitve pomoči).

Ključno pa je, da skrb za duševno zdravje mladih temelji na solidarnostnem sistemu, ne na logiki individualizacije. To pomeni, da duševnega zdravja mladih ne razumemo kot privatno nalogo posameznika ali družine, temveč kot skupno družbeno odgovornost. Solidarnostni pristop prepozna, da je dobrobit posameznika neločljivo povezana z dobrobitjo skupnosti – varni odnosi, dostopna pomoč ter pravični družbeni pogoji pa krepijo tudi družbeno kohezijo in demokratično kulturo.

Pri tem pa ni dovolj oblikovati smiselne in strokovno utemeljene ukrepe. Najtežje je vzpostaviti okolje, v katerem jih je mogoče tudi uresničiti. Če temeljni sistemski nosilci – šolstvo, zdravstvo, socialno varstvo – delujejo pod kroničnim pritiskom ali so kadrovske in organizacijsko podhranjeni, vsak nov pristop tvega, da bo ostal na papirju ali celo spodletel. Še posebej to velja za občutljive prakse, kot je presejanje zgodnjih obremenjujočih izkušenj (ACEs), ki brez ustreznih varovalnih mehanizmov prinašajo tveganje stigmatizacije, etiketiranja, občutka determinizma in zlorabe osebnih podatkov.

Zato morajo biti ukrepi strokovno preiščeni, etično utemeljeni in sistemsko umeščeni ter imeti stabilno finančno in kadrovske podporo. Le tako je mogoče hkrati varovati ranljive in graditi trajne strukture pomoči. Izkušnje jasno kažejo, da uvajanje novih pristopov v družbeno tkivo zahteva čas, stabilnost in preventivno načrtovanje – saj se sistemske spremembe pogosto uveljavijo šele, ko se krizne razmere že zaostrijo. Duševno zdravje mladih moramo zato razumeti kot dolgoročno naložbo v prihodnost družbe, ne kot kratkoročni strošek. To zahteva politično voljo, strokovno konsistentnost, institucionalno stabilnost in zaupanje v solidarnost kot temelj skupnega dobrega.

Literatura

- ACEs Aware. (2020). Becoming ACEs Aware in California. <https://www.acesaware.org>
- Albert, M., Quenzel, G., de Moll, F., Leven, I., McDonnell, S., ... & Wolfert, S. (2024). *Jugend 2024*: 19. Shell Jugendstudie. Weinheim: Beltz.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2019). Depression in Children and Teens. <https://www.aacap.org/>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., & Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287–293. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.006>
- APA (2020). Stress in America 2020: Stress in the Time of COVID-19. American Psychological Association. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2020/report>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Arria, A. M., Caldeira, K. M., Kasperski, S. J., Vincent, K. B., Griffiths, R. R., & O'Grady, K. E. (2011). Energy drink consumption and increased risk for alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(2), 365–375. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01352.x>
- Augner, C., Vlasak, T., & Barth, A. (2023). The relationship between problematic internet use and attention deficit, hyperactivity and impulsivity: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.032>
- Avsec, A., Kavčič, T., & Zager Kocjan, G. (2022). Psihologija subjektivnega blagostanja: Znanstvena spoznanja o sreči. Znanstvena založba Filozofske fakultete. <https://doi.org/10.4312/9789617128475>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle-income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Bartlett, J. D., et al. (2016). Applying a trauma-informed lens to systems change.
- Beattie, L., Kyle, S. D., Espie, C. A., & Biello, S. M. (2015). Social interactions, emotion regulation, and mood during daily life: Examining the role of sleep. *Sleep Health*, 1(2), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.12.005>
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Sage.
- Bell, D. N. F., & Blanchflower, D. G. (2011). Young people and the Great Recession. *Oxford Review of Economic Policy*, 27(2), 241–267.
- Bethell, C. D., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & Sege, R. (2019). Positive Childhood Experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatrics*, 173(11), e193007. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 606–616.

- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Sanavio, E., & Melli, G. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Camino, L., & Zeldin, S. (2002). From periphery to center: Pathways for youth civic engagement in the day-to-day life of communities. *Applied Developmental Science*, 6(4), 213–220. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0604_8
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23.
- Carter, B., Rees, P., Hale, L., Bhattacharjee, D., & Paradkar, M. S. (2016). Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 170(12), 1202–1208. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.2341>
- Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as a trait: The development and validation of the Body Image States Scale. *Eating Disorders*, 10(2), 103–113. <https://doi.org/10.1080/10640260290081678>
- Cederström, C., & Spicer, A. (2015). *The wellness syndrome*. Polity Press.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Behavioral Risk Factor Surveillance System ACE data. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences Leveraging the Best Available Evidence. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82316>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2022). Fact sheets – Binge drinking. <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>
- Chadi, N., Castellanos Ryan, N., & Geoffroy, M-C. (2021). Adolescent Substance Use and Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *Canadian Journal of Public Health*, 113(1): 44–52.
- Clayton, S., Manning, C. M., Krygsmann, K., & Speiser, M. (2017). *Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance*. Washington, DC: American Psychological Association and ecoamerica.
- Cohen, R. A., Hitsman, B. L., Paul, R. H., McCaffery, J., Stroud, L., Sweet, L., ... & Gordon, E. (2006). Early life stress and adult emotional experience: An international perspective. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1), 35–52. <https://doi.org/10.2190/5R62-9PQY-ONEL-TLPA>
- Collishaw, S. (2015). Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370-393.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M., Dunbar, J. P., ... & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Council of the European Union. (2023a). Conclusions of the Council and of the representatives of the governments of the Member States on a comprehensive approach to the mental health of young people in the European Union (ST 15322/2023). Brussels: Education, Youth, Culture and Sport Council. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15322-2023-INIT/en/pdf>

- Council of the European Union. (2023b). Council conclusions on mental health (ST 15971/2023). Brussels: Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15971-2023-INIT/en/pdf>
- Crandall, A., Broadbent, E., Stanfill, M., Magnusson, B. M., Novilla, M. L. B., Hanson, C. L., & Barnes, M. D. (2020). The influence of adverse and advantageous childhood experiences on adult health. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127.
- Crowley, S. J., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, 8(6), 602–612. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2006.12.002>
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 31–63.
- Curran, H. V., Freeman, T. P., Mokrysz, C., Lewis, D. A., Morgan, C. J. A., & Parsons, L. H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(5), 293–306. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.28>
- Damiani, J. (2023, November 7). Explaining polycrisis and metacrisis: Framing humanity's interconnected crises, existential risk, the prospect of collapse, and differentiating polycrisis vs. metacrisis. *Reality Studies*. <https://www.realitystudies.co/p/explaining-polycrisis-and-metacrisis>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Dekleva, B., & Tadič, M. (2019). Youth's views on the help received for mental health difficulties: An exploratory study. *Zdravstveno Varstvo*, 58(4-5), 155-165.
- Dekleva, B., Kavčič, T., & Mohorič, T. (2021). Dostopnost organiziranih oblik podpore mladim v psihosocialnih in duševnih težavah in konteksti teh težav. Ljubljana: Inštitut RS za socialno varstvo.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Drobnič Radobuljac, M., & Fegert, J. M. (2024). Mental health of children and adolescents in Europe—Urgent need for sustainable policies and investments. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Duke, É., & Montag, C. (2017). Smartphone addiction and beyond: Initial insights on an emerging research topic and its relationship to internet addiction. In C. Montag & M. Reuter (Eds.), *Internet addiction: Neuroscientific approaches and therapeutical implications including smartphone addiction* (2nd ed., pp. 249–266). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46276-9_21
- Ehrenberg, A. (2010). *The weariness of the self: Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. McGill-Queen's University Press.
- Erikson, E. H. (1969). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences. *World Journal of Psychiatry*, 5(1), 65–78.
- Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., ... & Scott, J. G. (2019). A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*, 45(7), 1551-1563.

- European Commission. (2023). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health (COM(2023) 298 final). Brussels: European Commission. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2023). European drug report 2023: Trends and developments. Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en
- European Parliament. (2023). European Parliament resolution of 12 December 2023 on mental health (2023/2074(INI)) [P9_TA(2023)0457]. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0457_EN.pdf
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). (2020). ESPAD report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Evropska komisija (2024, 12. december). Jesenska raziskava evropskega javnega mnenja Eurobarometer za Slovenijo. Predstavništvo Evropske komisije v Sloveniji. https://slovenia.representation.ec.europa.eu/novice-dogodki/novice-0/jesenska-raziskava-evropskega-javnega-mnenja-eurobarometer-za-slovenijo-2024-12-12_sl
- Fatima, Y., Doi, S. A. R., Najman, J. M., & Al Mamun, A. (2016). Exploring gender difference in sleep quality of young adults: Findings from a large population study. *Clinical Medicine Research*, 14(3–4), 138–144. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1338>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. Oxford University Press.
- Flanagan, C. A., & Levine, P. (2010). Civic engagement and the transition to adulthood. *The Future of Children*, 20(1), 159–179. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0043>
- Foucault, M. (1988). *Technologies of the self* (L. H. Martin, H. Gutman & P. H. Hutton, Eds.). University of Massachusetts Press.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. HarperCollins.
- Furedi, F. (2004). *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Routledge.
- Gewirtz-Meydan, A., & Finkelhor, D. (2020). Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. *Child Maltreatment*, 25(2), 203–214. <https://doi.org/10.1177/1077559519873975>
- Gosar, D., Selak, Š., Belina, P. & Young, K. S. (2023). *Digitalne zasvojenosti. Priročnik za uporabo merskih pripomočkov*. Center za psihodiagnostična sredstva.
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460–476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81–108.
- Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2017). Adolescent social media addiction (revisited). *Education and Health*, 35(3), 59–62.

- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*, 291, 113264.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, Article 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2020). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., Wray, B., Mellor, C., & van Susteren, L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: A global survey. *The Lancet Planetary Health*, 5(12), e863–e873. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00278-3)
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
- Högberg, B. (2021). Educational stressors and secular trends in school stress and mental health problems in adolescents. *Social Science & Medicine*, 270, 113616.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291–313. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.2.291>
- Illouz, E. (2008). *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. University of California Press.
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T., in Britovšek, K. (2015). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Jeriček Klanšček, H., Rojšek, M., Zupanc, M., & Pucelj, V. (2023). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2022. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/z-zdravjem-povezana-vedenja-v-solskem-obdobju-med-mladostniki-v-sloveniji-izsledki-mednarodne-raziskave-hbsc-2022/>
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, M., Drev, A., Pucelj, V., Koprivnikar, H., Zupanič, T., & Korošec, A. (2019). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, M., Pucelj, V., Zupanič, T., Koprivnikar, H., ... & Peternelj, V. (2007). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2006. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

- Jeriček Klanšček, H., Roškar, M., Pucelj, V., Zupanič, T., Koprivnikar, H., ... & Peternelj, V. (2021). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanimi vedenji med mladostniki v času pandemije covid-19, 2020. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Britovšek, K., Scagnetti, N., & Kuzmanič, M. (2016). Mladostniki o duševnem zdravju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Koprivnikar, H., Pucelj, V., Bajt, M., & Zupanič, T. (ur.) (2011). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2010. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar Grom, A., ... Poldrugovac, M. (2018). Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije.
- Jung, S., Murthy, D., Bateineh, B. S., Loukas, A., & Wilkinson, A. V. (2024). The normalization of vaping on TikTok using computer vision, natural language processing, and qualitative thematic analysis: Mixed methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e55591. <https://doi.org/10.2196/55591>
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., ... & Sourander, A. (2021). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(8), 995-1013.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 593–602.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717.
- Kirič, B., Leben Novak, L., Lušicky, P., & Drobnič Radobuljac, M. (2024). Suicidal behavior in emergency child and adolescent psychiatric service users before and during the 16 months of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1324503.
- Krahn, H. J., & Hudson, J. M. (2022). Self-rated mental health in the transition to adulthood predicts depressive symptoms in midlife. *Current Psychology*, 41, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04081-z>
- Krohne, N (2024). Doktorska disertacija: Suicidal behaviour in women: The role of intimate partner violence and resilience to suicidality. Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.
- Kuhar, M. & Reiter, H. (2012). Frozen transitions to adulthood of young people in Slovenia? = Zamrznute tranzicije u odraslost mladih u Sloveniji? *Sociologija: Časopis za sociologiju, socialnu psihologiju i socialnu antropologiju*, 54(2), 211–226. <https://doi.org/10.2298/SOC1202211K>
- Kuhar, M., & Hlebec, V. (2022). The second wave of the COVID-19 epidemic in Slovenia: Stressors and coping with COVID-19-related distress. In M. Brečko, B. Rihter, & M. Hlebec (Eds.), *Quality of life in*

- COVID-19 pandemic: A kaleidoscope of challenges and responses of various population groups during the crisis (pp. 89–121, 217). Faculty of Social Sciences, University of Ljubljana.
- Kuhar, M., & Reiter, H. (2012). Frozen transitions to adulthood of young people in Slovenia? *Sociologija*, 54(2), 211–226.
- Kuhar, M., & Zager Kocjan, G. (2020). Konglomerat travme: obremenjujoče izkušnje v otroštvu in njihovo socialno-demografsko ozadje. *Teorija in praksa*, 57(2), 409–426.
- Kuhar, M., Zager Kocjan, G., Mešl, N., Jeriček Klanšček, H., Drglin, Z., & Hočevar Grom, A. (2020). Obremenjujoče izkušnje v otroštvu in povezanost z zdravjem ter kakovostjo življenja v odraslosti v Sloveniji: Raziskovalno poročilo anketne raziskave. Univerza v Ljubljani & Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lavrič, M., Deželan, T., Klanjšek, R., Lahe, D., Naterer, A., ... & Prešeren, J. (2021). Mladina 2020: Položaj mladih v Sloveniji. Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba.
- Lawrence, M., Homer-Dixon, T., Janzwood, S., & Donges, J. F. (2024). Global polycrisis: The causal mechanisms of crisis entanglement. *Global Sustainability*, 7, 1–36. <https://doi.org/10.1017/sus.2024.1>
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 74–82). Guilford Press.
- Levinson, M., & Kaplan, A. (2014). What does self-rated mental health represent? *Journal of Public Health Research*, 3(3), e287. <https://doi.org/10.4081/jphr.2014.287>
- 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. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Liu, C., Xie, Y., Xu, Y., Song, Z., Tang, J., Shen, J., Jiang, Z., ... & Zheng, C. (2024). Assessing the stress-relief impact of an art-based intervention inspired by the broaden-and-build theory in college students. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1324415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1324415>
- Lo, J. C., Ong, J. L., Leong, R. L., Gooley, J. J., & Chee, M. W. (2016). Cognitive performance, sleepiness, and mood in partially sleep deprived adolescents: The need for sleep study. *Sleep*, 39(3), 687–698. <https://doi.org/10.5665/sleep.5552>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., mcmanus, M. N., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42) [Database record]. APA PsycTests.
- Lunn, J., Greene, D., Callaghan, T., & Egan, S. J. (2021). Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(3), 201–216. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736>
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., Vol. 3, pp. 739–795). Hoboken, NJ: Wiley.
- Macur, M. (2017). Ali je uporaba interneta lahko tudi problematična? Predstavitev podatkov za Slovenijo. V M. Milavec Kapun & A. Jug Došler (ur.), *Zbornik prispevkov z recenzijo: Mednarodna znanstvena konferenca Zdravje na spletu*, 27. januar 2017, Ljubljana (str. 71–78). Univerza v

- Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/Zalozba/Zdravje_na_spletu.pdf
- Macur, M., Király, O., Maraz, A., Nagygyörgy, K., & Demetrovics, Z. (2016). Prevalence of problematic internet use in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, 55(3), 202–211. <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0026>
- Marczinski, C. A., & Fillmore, M. T. (2014). Energy drinks mixed with alcohol: What are the risks? *Nutrition Reviews*, 72(suppl_1), 98–107. <https://doi.org/10.1111/nure.12127>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: Progress and transformation. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention* (pp. 271–333). Wiley.
- Masten, A. S., & Motti-Stefanidi, F. (2020). Multisystem resilience for children and youth in disaster: Reflections in the context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science*, 1(2), 95–106.
- Mathews, B., Collin-Vézina, D., & Audette, M. A. (2020). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3). <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- McAlpine, D. D., McCreedy, E., & Alang, S. (2018). The meaning and predictive value of self-rated mental health among persons with a mental health problem. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(2), 200–214. <https://doi.org/10.1177/0022146518755485>
- McFarlane, A., Clark, C. R., Bryant, R. A., Williams, L. M., Niaura, R., Paul, R. H., Hitsman, B. L., Stroud, L., Alexander, D. M., & Gordon, E. (2005). The impact of early life stress on psychophysiological, personality and behavioral measures in 740 non-clinical subjects. *Journal of Integrative Neuroscience*, 4(1), 27–40. <https://doi.org/10.1142/s0219635205000689>
- McGorry, P., Gunasiri, H., Mei, C., Rice, S., & Gao, C. X. (2025). The youth mental health crisis: Analysis and solutions. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1517533>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: Associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2):124–132.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Rahim, K. A., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3432.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., ... & Olfson, M. (2010). Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32–45.
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 states. *JAMA Pediatrics*, 173(6), 595–603. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. E., & Silva, P. A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096–1131.
- Mikuš Kos, A. (2022). Pomoč otrokom in mladostnikom v duševnih stiskah. Radovljica: Didakta.

- Mladinski svet Slovenije (2021). Duševno zdravje mladih: Stališče Mladinskega sveta Slovenije. <https://mss.si/wp/wp-content/uploads/2021/03/MSS-dusevno-zdravje-mladih-MSS-003-21.pdf>
- Montoya, A. G., Sorrentino, R., Lukas, S. E., & Price, B. H. (2002). Long-term neuropsychiatric consequences of "Ecstasy" (MDMA): A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(4), 212–220. <https://doi.org/10.1080/10673220216223>
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., et al. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319(7223), 1467–1468. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). Prevalenca trenutnih simptomov depresije po spolu in starosti, Slovenija, 2014 in 2019 (EHIS_MH_DEP) [Podatkovni portal PX-Web 2021]. <https://podatki.nijz.si/>
- Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., & Lieberman, A. F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the Benevolent Childhood Experiences (BCEs) scale. *Child Abuse & Neglect*, 78, 19–30. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.022>
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S., & Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173–176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*, 9(11), e1001349.
- Odaci, H., & Kalkan, M. (2010). Problematic Internet use, loneliness and dating anxiety among young adult university students. *Computers & Education*, 55(3), 1091–1097. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2010.05.006>
- OECD. (2022). OECD Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en.html
- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales–21 (DASS-21): Further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of Clinical Psychology*, 68(12), 1322–1338. <https://doi.org/10.1002/jclp.21908>
- Owens, J. A., & Weiss, M. R. (2017). Insufficient sleep in adolescents: Causes and consequences. *Minerva Pediatrica*, 69(4), 326–336. [10.23736/S0026-4946.17.04914-3](https://doi.org/10.23736/S0026-4946.17.04914-3)
- Pan, Y.-C., Chiu, Y.-C., & Lin, Y.-H. (2020). Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 118, 612–622. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.08.013>
- Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C., & Fusar-Poli, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-27.
- Partnership between the European Commission and the Council of Europe in the field of youth (EU–CoE Youth Partnership) (2025, March). Seminar on youth mental health and well-being: General presentation. European Youth Centre, Strasbourg.
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., et al. (2016). Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: Methodology and

- discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1549–1561.
<https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R.,... & Kakuma, R. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478.
- Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957.
- Pirc, T., Štirn, M., Šraj Lebar, T., Kocbek, K., Alič, L., Šibilja, J., & Dolinar, M. (2019). Primarna preventiva vrstniškega in spolnega nasilja na škodo otrok: Program NEON – Varni brez nasilja. ISA institut. https://www.programneon.eu/wp-content/uploads/2019/11/Program-NEON_zaklju%C4%8Dno-poro%C4%8Dilo-in-predstavitev-programa.pdf
- Pitchforth, J., Fahy, K., Ford, T., Wolpert, M., Viner, R. M., & Hargreaves, D. S. (2019). Mental health and well-being trends among children and young people in the UK, 1995–2014: Analysis of repeated cross-sectional national health surveys. *Psychological Medicine*, 49(8), 1275-1285.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2017). The development and psychometric evaluation of the Internet Disorder Scale (IDS-15): An international validation study. *Addictive Behaviors*, 64, 261–268. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.09.003>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150.
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497. <https://doi.org/10.1002/brb3.497>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366.
- Richardson, M., Hunt, A., Hinds, J., Bragg, R., Fido, D., Petronzi, D., ... & White, M. (2017). A measure of nature connectedness for children and adults: Validation, performance, and insights. *Sustainability*, 11(12), 3250. <https://doi.org/10.3390/su11123250>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2007). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218–251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Riumallo-Herl, C. J., Basu, S., Stuckler, D., Courtin, E., & Avendano, M. (2014). Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe. *International Journal of Epidemiology*, 43(5), 1508-1517.
- Rose, N. (1999). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. Free Association Books.
- RTV Slovenija (2022, 31. marec). Akcijski načrt: kako podpreti duševno zdravje otrok in mladostnikov. RTV Slovenija. <https://www.rtv slo.si/zdravje/akcijski-nacrt-kako-podpreti-dusevno-zdravje-otrok-in-mladostnikov/617792>
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D., & Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 173-189.
- Sanders, B., & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 19(3), 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(94\)00131-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(94)00131-6)
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Schepis, T. S., Klare, D. L., Ford, J. A., & McCabe, S. E. (2020). Prescription drug misuse: Taking a lifespan perspective. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 1178221820909352. <https://doi.org/10.1177/1178221820909352>
- Schilling, E.A., Aseltine, R.H. & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 7, 30.
- Schoon, I. (2006). *Risk and resilience: Adaptations in changing times*. Cambridge University Press.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201–269. <https://doi.org/10.1002/1097-0355>
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 19–26.
- Schwartz, S. J., Côté, J. E., & Arnett, J. J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood: Two developmental routes in the individualization process. *Youth & Society*, 37(2), 201–229.
- Schweizer, S., Lawson, R. P., & Blakemore, S.-J. (2023). Uncertainty as a driver of the youth mental health crisis. *Current Opinion in Psychology*, 53, 101657. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2023.101657>
- Sege, R. D., & Harper Browne, C. (2017). Responding to ACEs with HOPE: Health Outcomes From Positive Experiences. *Academic Pediatrics*, 17(7S), S79–S85. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.007>
- Seifert, S. M., Schaechter, J. L., Hershorin, E. R., & Lipshultz, S. E. (2011). Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics*, 127(3), 511–528. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3592>
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 83–110.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stergar, E., Scagnetti, N., & Pucelj, V. (2006). *Z zdravjem povezano vedenje: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2002*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55).
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37(1), 52–68.
- Šraj, T., & Štirn, M. (2020). Pojavnost in nekatere značilnosti spolnega nasilja v populaciji slovenskih osnovnošolcev. *Šolsko svetovalno delo*, 24(1–2), 22–38.
- Šraj, T., Kerč, P., Krohne, N., & Štirn, M. (2021). Students as a vulnerable group for developing psychological distress during the pandemic. In *Virtual Conference ESTSS 2021: Abstract book of symposia and oral presentations*, June 17th to 18th, 2021 (pp. 15-16).
- Štirn, M., Pirc, T., Zabukovec, K., & Šraj, T. (2017). Vprašalnik o izkušnjah spolnega nasilja. Neobjavljeno gradivo.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2–30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Temple, J. L., Bernard, C., Lipshultz, S. E., Czachor, J. D., Westphal, J. A., & Mestre, M. A. (2017). The safety of ingested caffeine: A comprehensive review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 80. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00080>
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tomažič, T. (2021). *Priredba štirih lestvic psihičnega blagostanja* [Magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta]. Repozitorij Univerze v Ljubljani.
- Trentini, C., Tambelli, R., & Lauriola, M. (2021). Gender differences in empathy during adolescence: Does emotional self-awareness matter? *Psychological Reports*, 125(2), 1011–1035. <https://doi.org/10.1177/0033294120976631>
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(2), 63-73. This research review found a strong link between being bullied in school and subsequent depressive disorders.
- Twenge, J. M. (2023). *Generations: The real differences between Gen Z, Millennials, Gen X, Boomers, and Silents—and what they mean for America’s future*. Atria Books.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271–283. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003>
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185–199. <https://doi.org/10.1037/abn0000410>
- Twombly, E. C., & Holtz, K. D. (2008). Teens and the misuse of prescription drugs: Evidence-based recommendations to curb a growing societal problem. *Journal of Primary Prevention*, 29(6), 503–516. <https://doi.org/10.1007/s10935-008-0157-5>
- Ule, M. (2008). *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Fakulteta za družbene vede.
- Ungar, M. (2011). *The Social Ecology of Resilience: A Handbook of Theory and Practice*. Springer.
- UNICEF. (2021). *The State of the World’s Children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health*. UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
- Vanhalst, J., Luyckx, K., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., & Goossens, L. (2013). Low self-esteem as a risk factor for loneliness in adolescence: Perceived – but not actual – social acceptance as an

- underlying mechanism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1067–1081.
<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9751-y>
- Vlada Republike Slovenije (2018). Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (Uradni list RS, št. 24/18). <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120>
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219–2227.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309>
- Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, 100(9), 879–885. This study discusses the long-term effects of bullying on mental and physical health, concluding that the impacts of bullying can last well into adulthood.
- World Health Organisation (2023). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice : summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. <https://iris.who.int/handle/10665/42940>
- World Health Organization (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. <https://apps.who.int/handle/10665/112750>
- World Health Organization (2016). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Retrieved from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/ace-questionnaire.pdf?sfvrsn=baed215c_2
- World Health Organization (2021a). Adolescent mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization (2021b). World Mental Health Report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Wright-Berryman, J. L., Hudnall, G., Hopkins, R., & Bledsoe, C. (2018). Hope Squads: Peer-to-peer suicide prevention in schools. *Children & Schools*, 40(2), 125–134. <https://doi.org/10.1093/cs/cdy005>
- Zhang, J., Wang, Y., Luo, J., Li, Y., & Liu, M. (2024). The association between physical activity, self-efficacy, stress self-management and mental health among adolescents. *Scientific Reports*, 14, 5488. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56149-4>
- Zilberman, M. L., Tavares, H., Blume, S. B., & el-Guebaly, N. (2003). Substance use disorders: Sex differences and psychiatric comorbidities. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 5–13.