

Skup alata za pomoć adolescentima da napreduju

Strategije za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata
i suzbijanje samopovređivanja i drugih rizičnih oblika ponašanja





Skup alata za pomoć adolescentima da napreduju

**Strategije za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja
adolescenata i suzbijanje samopovređivanja i drugih
rizičnih oblika ponašanja**

Skup alata za pomoć adolescentima da napreduju
Strategije za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata
i suzbijanje samopovređivanja i drugih rizičnih oblika ponašanja

ISBN 978-86-80902-53-1 (elektronska verzija)
ISBN 978-86-80902-52-4 (štampana verzija)

© UNICEF u Srbiji, 2021.

Ovaj prevod nije izradila Svetska zdravstvena organizacija (SZO), tako da ona nije odgovorna za sadržaj ili tačnost prevoda. Originalna publikacija na engleskom jeziku Helping Adolescents Thrive Toolkit – Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Svetska zdravstvena organizacija i Dečiji fond Ujedinjenih nacija (UNICEF), 2021. Licenca: CC BY-NC-SA 3.0 IGO smatra se obavezujućom i izvornom.

Prevod je dostupan pod licencom Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 CC BY-NC-SA 3.0.

Grafička obrada i prelom: OneBigRobot.

Sadržaj

S. v	Predgovor	S. 34	Strategija 2: Okruženja kojima se unapreduje i štiti mentalno zdravlje adolescenata	S. 83	Strategija 4: Psihosocijalne intervencije za adolescente
	Izrazi zahvalnosti vii Akronimi i skraćenice ix Indeks okvira sa tekstom x Najvažnije definicije xi		Obrazloženje 35 Pristupi 39 Kratki pregled pristupa intervencijama u okruženju 50 Šta najbolje deluje... 52 Vežba za fokusiranje 53 Razmatranja u vezi sa primenom 54 Izvori 55 Korišćena literatura 56		Obrazloženje 84 Pristupi 88 Kratki primeri psihosocijalnih intervencija namenjenih adolescentima 112 Šta najbolje deluje... 114 Vežba za fokusiranje 116 Razmatranja u vezi sa primenom 117 Izvori 122 Korišćena literatura 123
S. xiv	Izvršni rezime				
S. 2	Uvod	S. 59	Strategija 3: Podrška starateljima	S. 127	Ključni pristupi u realizaciji
	Inicijativa Pomoć adolescentima u razvoju (HAT): vizija 3 Delokrug i proces izrade HAT skupa alata 3 Četiri HAT strategije i dva pristupa realizaciji 4 Kome je namenjen ovaj skup alata? 5 Kako se HAT skup alata nadovezuje na druge okvire i izvore SZO/UNICEF-a i kako ih dopunjuje? 5 HAT skup alata i socijalno-ekološki model 6 Rukovodeća načela 7 Korišćena literatura 11		Obrazloženje 60 Pristupi 61 Kratki pregled primera psihosocijalnih pristupa namenjenih starateljima 73 Šta najbolje deluje... 75 Vežba za fokusiranje 76 Razmatranja u vezi sa primenom 78 Izvori 79 Korišćena literatura 80		Multisektorska saradnja 128 Izvori 136 Praćenje i evaluacija 137 Koraci u planiranju i primeni sistema za praćenje i evaluaciju 140 Izvori 143 Korišćena literatura 144
S. 12	Strategija 1: Primena i sprovođenje politika i zakona			S. 145	Prilog. HAT indikatori
	Obrazloženje 13 Pristupi 14 Kratki pregled primera pristupa kroz politike i zakone 24 Šta najbolje deluje... 26 Vežba za fokusiranje 28 Razmatranja u vezi sa primenom 29 Izvori 30 Korišćena literatura 33				

Predgovor

Unapređenje
mentalnog zdravlja,
prevencija mentalnih
bolesti i suzbijanje
samopovređivanja i
drugih rizičnih oblika
ponašanja među
adolescentima.

Većina nas seća se svojih tinejdžerskih godina i uzbudjenja koje sa sobom nose prvi nagoveštaji nezavisnosti dok stičemo više lične slobode, razvijamo nove odnose i često zaradujemo svoj prvi novac. Sećamo se verovatno i osećaja nesigurnosti, pa čak i uznemirenosti, dok smo spremali ispite i spoznavali realnost u kojoj ćemo uskoro morati sami da krčimo svoj put kroz svet.

Tokom prethodne godine, dok smo proživljavali pandemiju kovida-19, mnogi od nas su sa zabrinutošću posmatrali kako se mladi snalaze u okruženju koje ni najmanje ne liči na ono što su očekivali, okruženje u kome su fizičke kontakte sa prijateljima, porodicom i nastavnicima uglavnom zamenili glasovi i lica sa kompjuterskog ekранa; istovremeno, kod kuće je često eskalirala napetost usled bolesti, finansijskih poteškoća, a mogućnosti zaposlenja su izgledale neizvesnije nego ikad.

Mnogi mladi ljudi su zaista imali poteškoća da se izbore sa pritiskom; neki su padali u depresiju ili su se borili sa anksioznošću, a neki su nažalost sebi oduzimali i život.

Moramo da učinimo sve što je u našoj moći da pružimo podršku mladima te da ih podučimo veština i znanjima koji će im omogućiti da se izbore i sa najvećim izazovima.

Program pomoći adolescentima da napreduju (HAT – Helping Adolescents Thrive), koji su zajednički osmisili Svetska zdravstvena organizacija i UNICEF, bavi se unapređenjem mentalnog zdravlja kod adolescenata i prevencijom mentalnih bolesti i poremećaja mentalnog zdravlja.

Skup alata za pomoći adolescentima da napreduju (Helping Adolescents Thrive toolkit), najnoviji materijal koji je objavljen u okviru ovog programa, daje programske smernice ljudima koji rade u sektorima zdravstvene i socijalne zaštite te obrazovanja i pravosuda kako da realizuju intervencije za unapređenje mentalnog zdravlja i prevenciju problema mentalnog zdravlja koje odgovaraju lokalnim potrebama i kontekstima u kojima adolescenti žive. Ovaj skup alata bavi se pravnim osnovom koji je potreban da bi ovakvi programi bili uspešni, odlikama okruženja koja pogoduju blagostanju adolescenata, oblicima podrške koje treba omogućiti roditeljima i drugim starateljima te psihosocijalnim intervencijama koje daju rezultate.

Prateći vodič za nastavnike i tematski strip mogu se koristiti u školama u okviru programa unapređenja mentalnog zdravlja kako bi se omogućilo razumevanje problema mentalnog zdravlja i pokrenula diskusija o tome.

SZO i UNICEF su danas, više nego ikada ranije, posvećeni unapređenju mentalnog zdravlja adolescenata i svih mladih ljudi, jer obezbeđivanje njihovog mentalnog zdravlja ima ključni značaj ne samo za njihovu budućnost već i za budućnost svih nas.



Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

Generalni direktor, Svetska zdravstvena organizacija



Henrietta H. Fore

Izvršna direktorka, UNICEF

Izrazi zahvalnosti

Skup alata za pomoć adolescentima da napreduju (HAT alati) predstavlja jednu od komponenti HAT paketa, koji je osmisili Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata i Odsek za zdravje majki, novorođenčadi, dece i adolescenta Svetske zdravstvene organizacije, zajedno sa Jedinicom za zdravje majki, novorođenčadi i adolescenta u okviru Zdravstvene sekcije UNICEF-a.

SZO i UNICEF žele da se zahvale sledećim akterima koji su na različite načine pomogli u razvoju HAT alata. Navedene afilijacije bile su aktuelne u vreme kada su akteri saradivali na izradi ovog skupa alata.

Izrada sadržaja:

Sarah Watts, Australija; Sarah Skeen, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Chiara Servili, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO; Batool Fatima, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO; Tarun Dua, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO; David Ross, Odsek za zdravje majki, novorođenčadi, dece i adolescenta SZO; Joanna Lai, Jedinica za zdravje majki, novorođenčadi i adolescenta u okviru Zdravstvene sekcije UNICEF-a.

Istraživačka podrška:

Daniel Page i Stefani du Toit, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Jennifer Hall, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO.

Koordinacija i upravljanje projektom:

Batool Fatima, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO, i Chiara Servili, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO; ukupno rukovodenje Tarun Dua, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO.

Grupa za projektni razvoj:

(abecednim redom, sa afilijacijama koje su bile aktuelne tokom saradnje na programu): U različitim fazama projekta, koncipiranju i/ili razvoju HAT paketa, uključujući i ovaj skup alata, doprineli su Valentina Baltag, Odsek za zdravje majki, novorođenčadi, dece i adolescenta SZO; Liliana Carvajal, Odeljenje za planiranje i praćenje

podataka, Sedište UNICEF-a; Batool Fatima, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO; Alexandra Fleischmann, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO; Joanna Lai, Jedinica za zdravje majki, novorođenčadi i adolescenta u okviru Zdravstvene sekcije UNICEF-a; Cristina De Carvalho Eriksson Liliana, Sedište UNICEF-a; Crick Lund, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika; David Ross, Odsek za zdravje majki, novorođenčadi, dece i adolescenta SZO; Chiara Servili, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO; Mark Tomlinson, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Claire Van Der Westhuizen, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika.

Sa zahvalnošću potvrđujemo da su sledeći akteri učestvovali na konsultativnom sastanku u vezi sa HAT paketom intervencija, koji je održan u Kejptaunu (Južna Afrika) od 2. do 4. oktobra 2019:

Symbat Abdurakhmanova, Ministarstvo zdravlja, Kazahstan; Nina Abrahams Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika;

Jill Ahs, Odsek za podatke i analitiku, Odeljenje za planiranje i praćenje podataka, Sedište UNICEF-a; Nicholas Allen, Univerzitet u Oregonu, SAD; Steve Allsop, Univerzitet Curtin, Pert, Australija; Gracy Andrew, Fondacija CorStone India, Indija; Chantelle Boysen, Globalna vršnjačka mreža za mentalno zdravlje, Južna Afrika; Melissa Bradshaw, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Amanda Brand, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Vladimir Carli, Institut Karolinska, Švedska; Liliana Carvajal, Odeljenje za planiranje i praćenje podataka, Sedište UNICEF-a; Gunjan Dhonju, Dečija bolnica Kanti, Katmandu, Nepal; Michele Gaudrault, Organizacija World Vision, SAD; Stefan Germann, Fondacija Botnar, SAD; Fatima Gohar, UNICEF za istočnu i južnu Afriku, Nairobi, Kenija; Sarah Gordon, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika;

Aigul Kadirova, Kancelarija UNICEF-a u Kazahstanu; Basu Karki, Ministarstvo zdravlja, Nepal; Chisina Kapungu, Centar za istraživanja žena i roda, Vašington, SAD; Joanna Lai, Jedinica za zdravje majki, novorođenčadi i adolescenta u okviru Zdravstvene sekcije UNICEF-a; Christina Laurenzi, Univerzitet u Stelenbošu,

Južna Afrika; Crick Lund, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika; Mantwa Chisale Mabotja, SZO, Južna Afrika; Kanika Malik, Sangath, Indija; Wadih Maalouf UNODC, Kairo; Getrude Matshimane, Nacionalno ministarstvo zdravlja, Pretorija, Južna Afrika; Catherine Mathews, Južnoafrički savet za medicinska istraživanja, Južna Afrika; Yamkela Mayo, Zifune, Južna Afrika; Pearl Mncwabe, SZO, Južna Afrika; Lynette Mudekunye, REPSSI Johanesburg; Nikolay Negay, Ministarstvo zdravlja, Astana, Kazahstan; Philani Ngxoli, Zifune, Južna Afrika; Wycliffe Otieno, UNICEF, Južna Afrika; Renata Samuels, Vlada Belizea, Belize; Jacqueline Sharpe, Port-of-Spain, Trinidad i Tobago; Dudu Shiba, Ministarstvo zdravlja, Južna Afrika; Xolani Shweni, Zifune, Južna Afrika; Amahle Siqabatiso, Zifune, Južna Afrika; Juliet Simmons, Ministarstvo zdravlja, Belize; Sarah Skeen, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Jackie Stewart, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Katherine Sorsdahl, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika; Anna Szczegielniak, Okružna bolnica Tarnowskie Gori, Poljska; G.J. Melendez-Torres, Peninsula Technology Assessment Group, Univerzitet u Egseteru, Velika Britanija; Stefani du Toit, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Mark Tomlinson, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Elona Toska, Univerzitet u Kejptaunu, Južna Afrika; Lakshmi Vijayakumar, Sneha, Čenaj, Indija; Luvo Vuthuza, Zifune, Južna Afrika; Granville Whittle, Odeljenje za osnovno obrazovanje, zaštitu i podršku, Pretorija, Južna Afrika; Claire van der Westhuizen, Univerzitet u Stelenbošu, Južna Afrika; Luvo Xabanisa, Zifune, Južna Afrika.

Izrada knjige:

David Bramley je uradio prelom teksta, a One Big Robot grafički dizajn ove publikacije.

Recenzija:

Eksterna recenzija: Steve Allsop, Univerzitet Curtin, Australija; Tolulope Bella-Awusah, Bolnica univerzitetskog koledža, Nigerija; Corrado Barbui, Univerzitet u Veroni, Italija; Felicity Brown, Organizacija War Child Holland, Holandija; Vladimir Carli, Institut Karolinska, Švedska; Lucie Cluver, Univerzitet Oksford, Velika Britanija; Daniel Fung, Medunarodna asocijacija za dečiju i adolescentsku psihijatriju i srođne profesije, Singapur; Yutaka Motohashi, Japanski centar za unapređenje mera borbe protiv samoubistava, Japan; Lynette Mudekunye, Regionalna inicijativa psihosocijalne podrške, Južna Afrika; George Patton, Univerzitet u Melburnu, Australija; Satyanarayana Ramanaik, Karnataka fond za unapređenje zdravlja, Indija; Maithreyi Ravikumar, Karnataka fond za unapređenje zdravlja, Indija; Lakshmi Vijayakumar, Volonterske zdravstvene usluge, Indija; Danuta Wasserman, Institut Karolinska, Švedska.

Sedišta:

Marie Noel Brune-Duisse, Odsek za javno zdravlje, sredinske i društvene zdravstvene determinante; Ken Carswell, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata; Nathalie Drew Bold, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata; Regina Guthold, Odsek za zdravlje majki, novorođenčadi, dece i adolescenata; Michelle Karen Funk, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata; Mervat Gawrgyous, Odsek za unapređenje zdravlja; Berit Kieselbach, Društvene zdravstvene determinante; Aiysha Malik, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata; Brian Ogallo, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata; Alison Schafer, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata; Chandra-Mouli Venkatraman, Odsek za polno i reproduktivno zdravlje i istraživanja; Aymen Wole, Globalni programi za HIV, hepatitis i polno prenosive bolesti.

Regionalne kancelarije:

Regionalna kancelarija SZO za Afriku: Florence Baingana; Regionalna kancelarija SZO za Amerike (Panamerička zdravstvena organizacija): Luis Alfonso Bello, Andrea Bruni, Claudina Cayetano, Ana Carina Jorge dos Santos Ferreira Borges Bigot, Carmen Martinez, Renato Oliveira e Souza; Regionalna kancelarija SZO za istočni Mediteran: Khalid Saeed; Regionalna kancelarija SZO za Evropu: Dan Chisholm; Regionalna kancelarija SZO za jugoistočnu Aziju: Nazneen Anwar; Regionalna kancelarija SZO za zapadni Pacifik: Martin Vandendyck.

Administrativnu podršku su pružali Diana Suzuki i Ophelia Riano, Odsek za mentalno zdravlje i upotrebu opijata SZO.

Finansiranje:

SZO sa zahvalnošću naglašava da je finansijsku podršku pružila kanadska Agencija za javno zdravlje, kao i da su dodatna sredstva pribavljana kroz osnovne dobrovoljne priloge SZO.



Akronimi i skraćenice

AA-HA!	Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation (Globalna ubrzana akcija za zdravlje adolescenata: smernice za podršku realizaciji u zemlji)	GDG	Grupa za razvoj smernica
ABCD	Ask-Boost-Connect-Discuss (Pitaj – ojačaj – poveži se – diskutuj)	GRADE	Gradiranje procena, razvoja i evaluacije preporuka (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
AGEP	Adolescent Girls Empowerment Program (Program osnaživanja adolescentkinja), Zambija	HAT	Pomoć adolescentima da napreduju (Helping Adolescents Thrive)
ART	Antiretroviralna terapija	ZVP	Zemlja visokih prihoda
MZDA	Mentalno zdravlje dece i adolescenata	HIV	Virus humane imunodeficijencije
CATS	Community adolescent treatment supporters (Podrška lečenju adolescenata u zajednici), Zimbabwe	LGBTQI	Lezbejska, gej, biseksualna, transrodna, upitna (ili kvir), interseksualna (Lesbian, gay, bisexual, transgender, questioning (or: queer), intersex)
OZ	Organizacije u zajednici	ZNSP	Zemlja niskih i srednjih prihoda
KBT	Kognitivno-bihevioralna terapija	MHC	Kurikulum mentalnog zdravlja (Mental Health Curriculum)
CHAMPS	Saradnički program za prevenciju HIV-a i podršku mentalnom zdravlju adolescenata (Collaborative HIV Prevention and Adolescent Mental Health Programme)	mhGAP	Program akcije otklanjanja propusta u zaštiti mentalnog zdravlja (Mental Health Gap Action Programme)
KPD	(Ujedinjene nacije) Konvencija o pravima deteta	PiE	Praćenje i evaluacija
KPOI	(Ujedinjene nacije) Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom	MMAP	Merenje mentalnog zdravlja kod adolescenata na nivou populacije (Measurement of mental health among adolescents at the population level)
IPS	Intervencija podrške starateljima		Neprenosiva bolest
Iol	Izjava o interesima	NPB	Neprenosiva bolest
EASE	Sposobnosti za emocije u ranom adolescentskom uzrastu (Early Adolescent Skills for Emotions)	NVO	Nevladina organizacija
EQUIP	Obezbedivanje kvaliteta u psihološkoj podršci (Ensuring Quality in Psychological Support)	PICO	Population, Intervention, Comparator, Outcome (Populacija, intervencija, komparator, ishod)
ERG	Grupa za reviziju dokaza (Evidence Review Group)	PLH	Programi roditeljstva za celoživotno zdravlje (Parenting for Lifelong Health)
ESPS	Unapredovanje otpornosti među učenicima pod prosocijalnim stresom (Enhancing Resiliency Among Students Experiencing Stress-Prosocial)	PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
GSŽ	Genitalno sakaćenje žena	RKI	Randomizovano kontrolisano ispitivanje
GAMA	Globalna inicijativa za merenje zdravlja adolescenata (Global Action for Measurement of Adolescent Health)	SCTP	Bezuslovna nacionalna socijalna novčana davanja (Social National Unconditional Cash Transfer) (Malavi)
		COR	Ciljevi održivog razvoja
		SEU	Socijalno-emocionalno učenje

Indeks okvira sa tekstom

Strategija 1

Okvir sa tekstom 1.1 Šta je to Konvencija o pravima deteta UN?

Okvir sa tekstom 1.2 Ograničavanje pristupa sredstvima samoubistva: amandman na Zakon o oružju, Novi Zeland

Okvir sa tekstom 1.3 Zakonodavstvo za univerzalno pružanje i dostupnost obrazovanja: politika univerzalnog inkluzivnog obrazovanja, Indija

Okvir sa tekstom 1.4 Ograničavanje pristupa sredstvima samoubistva: zakon za zabranu parakvata (opasnog pesticida), Republika Koreja

Okvir sa tekstom 1.5 Ograničavanje štetne upotrebe alkohola i drugih opijata: politike kojima se predupređuje upotreba alkohola kod adolescenta, SAD

Strategija 2

Okvir sa tekstom 2.1 Mladi, mentalno zdravlje i rad

Okvir sa tekstom 2.2 Jačanje baze dokaza o školskim intervencijama za unapredjenje zdravstvenih programa namenjenih adolescentima (SEHER)

Okvir sa tekstom 2.3 Unapredjenje školske bezbednosti: Program društvenih kompetencija ViSC

Okvir sa tekstom 2.4 Unapredjenje blagostanja nastavnika: Blagostanje u srednjem obrazovanju (WISE)

Okvir sa tekstom 2.5 Unapredjenje učešća adolescenta u intervencijama: Izvor snage (SOS)

Okvir sa tekstom 2.6 Stvaranje bezbednih prostora za adolescente: prostori prilagođeni adolescentima u Nepalu nakon zemljotresa

Okvir sa tekstom 2.7 Obuka za adolescente kako bi se smanjilo digitalno nasilje: Program Asegurate

Strategija 3

Okvir sa tekstom 3.1 Unapredjenje odnosa između staratelja i adolescenta: Program za jačanje porodica (SFP)

Okvir sa tekstom 3.2 Obuka za staratelje i adolescente: Roditeljstvo za celoživotno zdravlje (PLH) za staratelje i tinejdžere

Okvir sa tekstom 3.3 Primer strukturne intervencije: Nacionalni program bezuslovne novčane pomoći u Malaviju

Okvir sa tekstom 3.4 Psihosocijalna intervencija za adolescente i staratelje: Jake porodice, Avganistan

Okvir sa tekstom 3.5 Intervencija podrške starateljima – Severni Liban

Okvir sa tekstom 3.6 Psihosocijalna intervencija za staratelje i adolescente namenjena adolescentima

pozitivnim na HIV: Zajednički program za prevenciju HIV-a i za mentalno zdravlje adolescenta (CHAMPS) – Južna Afrika, Tajland i SAD

Okvir sa tekstom 3.7 Kratka psihološka edukacija (dve seanse) za staratelje u Burundiju nakon rata

Strategija 4

Okvir sa tekstom 4.1 Program za podizanje svesti mlađih o mentalnom zdravlju (YAM)

Okvir sa tekstom 4.2 Kombinovani program o atmosferi u školama, Australija

Okvir sa tekstom 4.3 Kurikulum mentalnog zdravlja, Nikaragua

Okvir sa tekstom 4.4 Grupna psihosocijalna preventivna intervencija koja se sprovodi licem u lice, namenjena deci i adolescentima izloženim nasilju, Demokratska republika Kongo

Okvir sa tekstom 4.5 Program osnaživanja adolescentkinja (AGEP), Zambija

Okvir sa tekstom 4.6 Grupna psihosocijalna intervencija koja se sprovodi licem u lice, namenjena adolescentima izloženim konfliktu u Pojasu Gaze 2008.

Okvir sa tekstom 4.7 Školska psihosocijalna intervencija koja se sprovodi licem u lice, namenjena trudnim adolescentkinjama i maloletnim majkama

Okvir sa tekstom 4.8 Pitaj – ojačaj – poveži se – diskutuj (ABCD) – zajednički razvijena ciljana intervencija za maloletne majke koje žive sa virusom HIV-a, Južna Afrika

Okvir sa tekstom 4.9 Vršnjačka podrška za adolescente koji žive sa HIV virusom u Zimbabveu

Okvir sa tekstom 4.10 SHINE – školski višedelni program koji obuhvata i indikovanu intervenciju za emocionalne i bihevioralne probleme, Egipat, Islamska Republika Iran, Jordan, Pakistan

Okvir sa tekstom 4.11 Veštine za emocije u ranoj adolescenciji (EASE) Svetske zdravstvene organizacije, za mlade adolescente izložene emocionalnom bolu

Okvir sa tekstom 4.12 Smanjenje stresa kod adolescenta uz pomoć skalabilne tehnologije (STARS) – digitalna intervencija za adolescente izložene emocionalnom bolu

Okvir sa tekstom 4.13 Psihosocijalna intervencija za adolescente kod kojih se javlja agresivno ponašanje, Nigerija

Ključni pristupi u realizaciji

Okvir sa tekstom 5.1 Situaciona analiza i mapa trenutnih aktivnosti

Okvir sa tekstom 5.2 Odabir intervencija

Najvažnije definicije

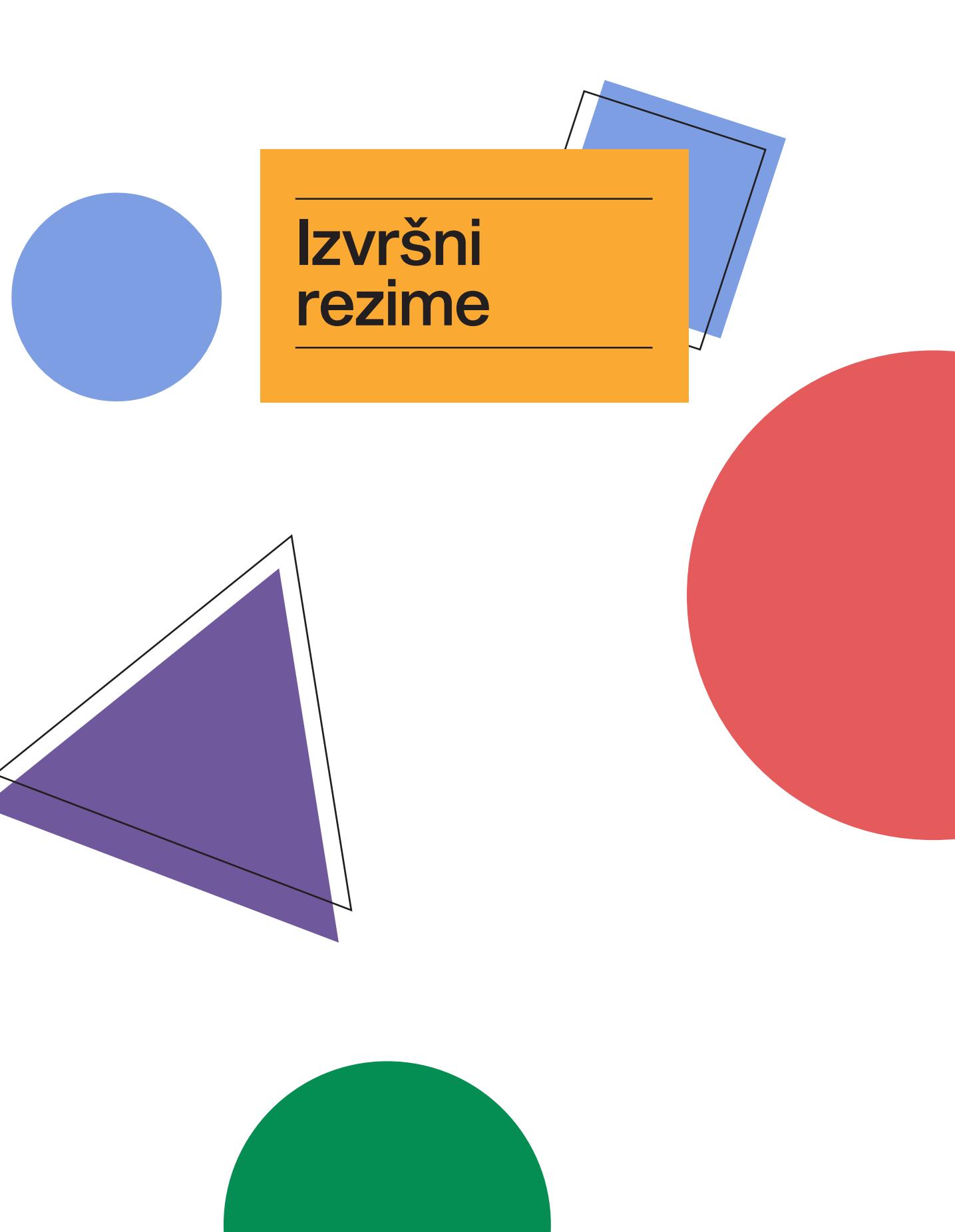
Adolescencija	Faza života između detinjstva i odraslog doba, od 10. do 19. godine života. Adolescencija predstavlja jedinstvenu fazu u razvoju čoveka, koja podrazumeva brz fizički rast i seksualno sazrevanje u kombinaciji sa emocionalnim, socijalnim i kognitivnim razvojem. Ovo je važan vremenski period za postavljanje temelja dobrog zdravlja.
Adolescenti	Pojedinci koji spadaju u starosnu grupu 10–19 godina.
Blagostanje	Predstavlja pozitivno stanje u kome osoba odlično napreduje. Pet domena blagostanja adolescenata čine: dobro zdravlje i optimalna ishrana; povezanost, pozitivne vrednosti i doprinos društvu; bezbednost i okruženje koje pruža podršku; učenje, znanje, veštine i mogućnost zapošljavanja; aktivan pristup i otpornost.
Briga o mentalnom zdravlju	Odnosi se na usluge namenjene tretiranju problema mentalnog zdravlja i poboljšanju mentalnog zdravlja kod ljudi sa poremećajima ili problemima mentalnog zdravlja.
Čitava vlada	Pristup u kome javne službe za pružanje usluga rade formalno i neformalno bez obzira na granice između različitih oblasti delovanja kako bi se postigao zajednički cilj i integrисani odgovor vladinog sektora na odgovarajući problem. Cilj ovakvog pristupa jeste da se postigne koherentnost politika kako bi se povećale efikasnost i delotvornost. Ovaj pristup predstavlja odgovor na sektorski pristup i ne bavi se samo politikama, nego i programima i upravljanjem projektima.
Čitavo društvo	Pristup koji priznaje doprinos svih relevantnih aktera i važnost uloge koju oni imaju (uključujući pojedince, porodice, međuvladine organizacije, verske ustanove, civilno društvo, akademsku zajednicu, medije, volonterske organizacije i, ako je to primereno, privatni sektor i industriju) u pružanju podrške naporima na nivou cele države i koji prepoznaje potrebu za daljom podrškom i jačanjem koordinacije između ovih aktera kako bi se povećala delotvornost tih npora.
Mentalno zdravlje	Integralna i suštinski važna komponenta zdravlja. Mentalno zdravlje je stanje blagostanja u kome pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može da se izbori sa uobičajenim stresnim situacijama u životu te može produktivno da radi i doprinosi svojoj zajednici.
Otpornost	Sposobnost prevazilaženja teškoća i pozitivnog prilagođavanja teškim i problematičnim iskustvima. Otpornost dece ne odnosi se samo na njihovu unutrašnju snagu i sposobnosti za podnošenje, već i na obrazac rizika i zaštitne faktore u njihovom društvenom i kulturnom okruženju.
Plan mentalnog zdravlja	Detaljna šema akcija u vezi sa mentalnim zdravljem. Obično obuhvata postavljanje načela za strategije te utvrđivanje vremenskih okvira i potrebnih resursa.
Podrška mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška	Složeni termin koji se koristi da bi se opisala svaka vrsta lokalne ili spoljne podrške koja za cilj ima zaštitu ili unapređenje psihosocijalnog stanja.

Politika mentalnog zdravlja	Zvanična izjava vlade koja sadrži organizovan skup vrednosti, načela, ciljeva i oblasti za akciju kako bi se poboljšalo mentalno zdravljje populacije.
Problemi mentalnog zdravlja	Termin se odnosi na širok dijapazon poremećaja koji utiču na kognitivne, emocionalne ili bihevioralne karakteristike pojedinca, kao i na sposobnost pojedinca da uči i funkcioniše u porodici, na poslu i u društvu. U velikom broju okolnosti, mnoga od ovih stanja mogu se uspešno preduprediti i/ili tretirati. To se odnosi na probleme mentalnog zdravlja i zloupotrebu opijata, jak psihološki stres, intelektualne poteškoće i rizik od samoubistva.
Prevencija	U sklopu mentalnog zdravlja ima za cilj smanjivanje pojavljivanja, rasprostranjenosti i ponovnog javljanja poremećaja mentalnog zdravlja i sa njima povezanih problema. Ona može podrazumevati univerzalne, ciljane ili indikovane strategije prevencije.
Psihosocijalni	Ovaj pridev odnosi se na međusobnu povezanost psiholoških i društvenih procesa i činjenicu da su oni u stalnoj interakciji i da utiču jedni na druge.
Psihosocijalne intervencije	Unapređuju mentalno zdravljje i predupređuju probleme mentalnog zdravlja, a adolescentima pomažu da nauče tehnike kojima će uticati na svoje ponašanje, misli, osećanja i društvene interakcije na pozitivan način.
Psihosocijalni stres	Odnosi se na neprijatna osećanja ili emocije koje mogu imati uticaj na nivo funkcionisanja osobe i njenu sposobnost da učestvuje u društvenim interakcijama. U pitanju je psihološka nelagodnost koja utiče na funkcionisanje pojedinca u svakodnevnom životu. Psihosocijalni stres može za posledicu da ima negativne poglede na okolinu, druge i sebe. Tuga, anksioznost, rastrojenost, narušavanje odnosa sa drugima i neki simptomi mentalne bolesti jesu manifestacije psihosocijalnog stresa.
Staratelji	Osobe odgovorne za staranje o detetu, a to mogu biti majke i očevi, babe i dede, braća i sestre te druge osobe u okviru šire porodične mreže, kao i ostale osobe koje se staraju o detetu izvan porodične mreže.
Tretman mentalnog zdravlja	Može da obuhvati psihološku terapiju, medikamente i različite oblike podrške u zajednici, kao i strategije samopomoći. Tretman mentalnog zdravlja može se obavljati u različitim okruženjima.
Učešće	Odnosi se na procese i aktivnosti koji omogućavaju ljudima da imaju aktivnu ulogu u procesima odlučivanja o onome što utiče na njih. Stvarno učešće obuhvata sve grupe, pa i one najranjivije i najmarginalizovanije. Ono omogućava ljudima i zajednicama da učestvuju u procesima odlučivanja i da budu uključeni u aktivnosti u vezi sa problemima koji ih se tiču. To je način da se prizna dostojanstvo, identifikuju i mobilisu resursi u zajednici te uspostave konsenzus i podrška. Učešće predstavlja pravo i dobrovoljno je.

Unapređenje mentalnog zdravlja	Obuhvata aktivnosti koje poboljšavaju psihološko stanje. Ovo može uključivati stvaranje sredine koja pogoduje mentalnom zdravlju.
Upućivanje	Postupak slanja klijenta drugom pružaocu usluga zato što mu je potrebna pomoć koja izlazi iz oblasti stručnosti ili rada trenutnog pružaoca usluga.
Usluge mentalnog zdravlja	Usluge putem kojih se realizuju delotvorne intervencije u vezi sa mentalnim zdravljem.
Zajednica	Može se definisati kao mreža ljudi koji dele slične interese, ciljeve, kulturu, religiju ili istoriju, kao i međusobna osećanja povezanosti i brige.
Zakonodavstvo o mentalnom zdravlju	Posebne zakonske odredbe koje se prvenstveno odnose na mentalno zdravlje. Ono se obično bavi problemima kao što su kvalitet zaštite i usluga, zaštitom građanskih i ljudskih prava, profesionalnom obukom i strukturonim uslugama.



Izvršni rezime



Adolescencija je period brzog razvoja tokom kojeg pojedinci doživljavaju temeljne fizičke, socijalne i psihosocijalne promene, a tokom koga je um koji sazreva izuzetno podložan uticajima iz okoline (1). Otuda adolescencija nudi veliki potencijal za unapređenje zdravlja i preventivne intervencije kojima se utiče na zdravstvene i razvojne ishode (2), kao i za kratkoročni i dugoročni pozitivni uticaj na mlade živote, koji će se preneti i na narednu generaciju (3).

Hitno treba vratiti fokus na stvaranje okruženja koje pruža podršku i omogućava pozitivne ishode kada je u pitanju mentalno zdravlje adolescenata. Kroz delotvornu primenu sveobuhvatnog skupa strategija kojima se pruža podrška mentalnom zdravlju adolescenata, mlađi će uživati veće blagostanje i moći će da realizuju svoje potencijale i da na svršishodan način učestvuju u životu svoje zajednice (4).

Pregled

Inicijativa Pomoć adolescentima da napreduju

Inicijativa Pomoć adolescentima da napreduju (Helping Adolescents Thrive – HAT) predstavlja zajedničku inicijativu SZO i UNICEF-a kojom se jačaju programi i politike namenjeni adolescentima kako bi se unapredili pozitivni ishodi po mentalno zdravlje, predupredili problemi mentalnog zdravlja, samopovređivanje i drugi rizični oblici ponašanja. Vizija na kojoj se temelji inicijativa HAT podrazumeva svet u kome svi adolescenti, njihovi staratelji i zajednice zajednički rade sa vladama na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja adolescenata. Ovo podrazumeva redovno preduzimanje aktivnosti kojima se realizuju i prate strategije zasnovane na dokazima i ljudskim pravima, a koje su namenjene unapređivanju mentalnog zdravlja, dok se istovremeno predupređuju i smanjuju problemi mentalnog zdravlja i zloupotrebe opijata kod adolescenata kako bi se unapredilo njihovo celoživotno blagostanje (5). Ovo predstavlja podršku Ciljevima održivog razvoja, Potcilj 3.4: „Smanjiti za

jednu trećinu prevremenih mortalitet od neprenosivih bolesti kroz prevenciju i lečenje i promovisati mentalno zdravlje i blagostanje”, a u okviru tog potcila i podršku smanjenju stope smrtnosti usled samoubistava (indikator 3.4.2) do 2030. godine. Ovo je takođe u skladu sa Sveobuhvatnim akcionim planom za mentalno zdravlje 2013–2020 (6) i Globalnom ubrzanim akcijom za zdravlje adolescenata (AA-HA!): Smernice za podršku realizaciji u zemlji (7).

Pristup

HAT skup alata

Ovaj dokument sa smernicama, tzv. HAT skup alata, razvijen je kako bi se poboljšalo programsko delovanje u unapređenju mentalnog zdravlja i sprečavanju problema mentalnog zdravlja adolescenata, kao i u smislu podrške realizaciji HAT smernica SZO u okviru promotivnih i preventivnih intervencija u vezi sa mentalnim zdravljem kod adolescenata. Ovim skupom alata opisuju se pristupi zasnovani na dokazima za promovisanje razvoja mentalnog zdravlja, prevenciju problema mentalnog zdravlja i smanjenje samopovređivanja i rizičnih ponašanja.

HAT skup alata zasniva se na socijalno-ekološkom modelu, a u njemu je naglašena važnost reagovanja na individualnom nivou, kao i na nivou porodice, zajednice i društva, kako bi se unapredilo i zaštitilo mentalno zdravlje adolescenata, uz posebnu pažnju posvećenu društveno-kulturnom kontekstu i sistemima zaštite. HAT skup alata opisuje osnovne principe kojima treba da se rukovode programi, uključujući potrebu da odgovor bude pravičan i inkluzivan, osetljiv na rod i responzivan u pogledu roda, razvojno prikladan i usklađen sa sposobnostima adolescenata koje evoluiraju, kao i da aktivno uključuje adolescente i njihove roditelje/staratelje u planiranje, izradu, realizaciju i evaluaciju programskog delovanja, kako oni ne bi ostali isključivo korisnici. Od izuzetnog je značaja da se, počev od faze planiranja pa sve do sprovodenja HAT strategija, planira masovna realizacija.

Akcije: HAT strategije i aktivnosti koje ih unakrsno povezuju

HAT skup alata opisuje četiri međusobno povezane strategije i dva pristupa realizaciji. On podrazumeva alate za realizaciju kao podršku radu programskih rukovodilaca. Takođe su dati primeri realizacije u različitim zemljama.

Ovo su četiri strategije:

Strategija 1

Realizacija i sprovođenje politika i zakona podrazumevaju uputstva i primere u vezi sa odredbama zakona i politika za unapređenje ishoda mentalnog zdravlja adolescenata, uz korišćenje pristupa koji podrazumeva čitavu vladu i čitavo društvo.

Strategija 2

Okruženja u kojima se unapređuje i štiti mentalno zdravlje adolescenata fokusiraju se na aktivnosti kojima se poboljšava kvalitet okruženja u školama, zajednicama i digitalnim prostorima. Ova strategija ima za cilj poboljšanje fizičkog i društvenog okruženja adolescenata, tamo gde je to potrebno, kroz čitav dijapazon aktivnosti zasnovanih na dokazima, kao što su intervencije u školskom okruženju, sigurni prostori za adolescente u zajednicama i obuka za nastavnike.

Strategija 3

Podrška starateljima odnosi se na intervencije kojima se povećavaju veštine i znanja staratelja za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata, jačaju odnosi između adolescenata i staratelja te pruža podršku mentalnom zdravlju i blagostanju staratelja.

Strategija 4

Psihosocijalne intervencije za adolescente pretežno su psihosocijalne intervencije zasnovane na dokazima čiji je cilj da se postigne univerzalno, ciljano i indikovano poboljšanje mentalnog zdravlja i da se spreče problemi mentalnog zdravlja.

Za svaku od ovih strategija daje se obrazloženje, a zatim slede opis različitih pristupa zasnovanih na dokazima, ono na šta treba обратити pažnju prilikom реализације i relevantni izvori.

Ovo su dva pristupa realizaciji:

Multisektorska saradnja

Opisuje kako treba razvijati saradnju između različitih sektora i aktera (javni sektor, privatni sektor i civilno društvo) na nacionalnom i lokalnom nivou da bi se pružila podrška razvoju i realizaciji programa koji sprečavaju probleme i unapređuju mentalno zdravlje adolescenata.

Praćenje i evaluacija

Rezimira načine za razvoj sistema praćenja i evaluacije koji tvorcima politika i rukovodiocima programa mogu da pruže informacije od ključnog značaja za procenu da li se programi i politike realizuju na odgovarajući način i da li imaju očekivani efekat.

Za obe aktivnosti se najpre daje pregledni odeljak, a zatim slede specifična razmatranja koja se tiču programa mentalnog zdravlja adolescenata, opisuje se proces realizacije korak po korak i daju se linkovi za relevantne izvore.

Napokon, HAT skup alata predstavlja vodič od suštinskog značaja kojim se pruža podrška realizaciji pristupa koji obuhvata čitavo društvo kao načina da se obezbedi da svi adolescenti, uključujući i one koji žive u okolnostima koje ih ugrožavaju, imaju koristi od strategija zasnovanih na dokazima, kojima se unapređuje njihovo mentalno zdravlje, sprečavaju samoubistva i razvoj poremećaja mentalnog zdravlja te smanjuje njihovo angažovanje u rizičnim oblicima ponašanja, poput samopovređivanja, zloupotrebe opijata ili agresivnih, disruptivnih i prkosnih ponašanja.

Strategije

Strategija 1

Primena i sprovođenje politika i zakona

Strategija 2

Okruženja koja unapređuju i štite mentalno zdravlje adolescenata

Strategija 3

Podrška starateljima

Strategija 4

Psihosocijalne intervencije za adolescente

Pristupi realizaciji

Aktivnost 1

Multisektorska saradnja

Aktivnost 2

Praćenje i evaluacija

Literatura

1. The adolescent brain: a second window of opportunity. Florence: UNICEF Office of Research; 2017 (<https://www.unicef-irc.org/publications/933-the-adolescent-brain-a-second-window-of-opportunity-a-compendium.html>, pristupljeno 3. marta 2021).
2. Bailey D, Duncan GJ, Odgers CL, Yu W. Persistence and fadeout in the impacts of child and adolescent interventions. *J Res Educ Eff.* 2017;10(1):739.
3. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet.* 2016;387(10036):2423-78.
4. Jane-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education.* 2005;12(2_suppl):9-25.
5. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336864>, pristupljeno 3. marta 2021).
6. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
7. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.

Uvod

Adolescencija je period brzog razvoja tokom kojeg pojedinci doživljavaju temeljne fizičke, socijalne i psihosocijalne promene, a tokom koga je um koji sazревa izuzetno podložan uticajima iz okoline (1). Otuda adolescencija nudi veliki potencijal za unapredjenje zdravlja i preventivne intervencije kojima se utiče na zdravstvene i razvojne ishode (2), kao i za kratkoročni i dugoročni pozitivni uticaj na mlade živote, koji će se preneti i na narednu generaciju (3).

Sa druge strane, uticaj negativnih iskustava može se pojačati, pa ona mogu imati dugoročne posledice i u odrasлом dobu (4). Mnogi adolescenti izloženi su složenim porodičnim, kulturnim, društvenim, ekonomskim i sredinskim faktorima koji imaju potencijalno štetne posledice po njihov kognitivni, društveni i emocionalni razvoj. Ovi faktori obuhvataju nasilje, siromaštvo, konflikte, prisilne migracije, rodnu nejednakost i humanitarne katastrofe (3).

Izloženost takvim rizicima tokom ovog perioda razvojne osetljivosti doprinela je da na globalnom nivou skoro svaka sedma mlada osoba ima neki mentalni poremećaj, pri čemu

samopovređivanje predstavlja treći po redu uzrok na globalnom planu kada je u pitanju korigovanje godina života u odnosu na invaliditet u ovoj uzrasnoj grupi (5, 6). U proseku, polovina mentalnih poremećaja započinje pre 14. godine, a ukoliko se ti poremećaji ne tretiraju, njihov uticaj može potrajati čitavog života i oni mogu imati ozbiljne posledice (5). Zloupotreba opijata, fizičko nasilje, samopovređivanje i rizična seksualna ponašanja nastavljaju se i u odrasлом dobu (7, 8). Loše mentalno zdravlje ima negativan uticaj na veliki broj aspekata u životu pojedinca, npr. na međuljudske odnose, školski uspeh, a kasnije i na produktivnost na poslu (9–11).

Fokus hitno treba vratiti na stvaranje okruženja koje pruža podršku i omogućava pozitivne ishode kada je u pitanju mentalno zdravlje adolescenata. Kroz delotvornu primenu sveobuhvatnog skupa strategija kojima se pruža podrška mentalnom zdravlju adolescenata, mlađi će uživati veće blagostanje i moći će da realizuju svoje potencijale i na svršishodan način učestvuju u životu svoje zajednice (12).

Inicijativa Pomoć adolescentima da napreduju (HAT): vizija

Vizija inicijative HAT podrazumeva svet u kome vlade, uz intenzivno učešće adolescenta, civilnog društva i zajednica, redovno realizuju i prate sprovođenje strategija koje se zasnivaju na dokazima i ljudskim pravima kako bi se poboljšalo mentalno zdravlje i predupredili i smanjili problemi koji se tiču mentalnog zdravlja i zloupotrebe opijata kod adolescenta te na taj način unapredilo njihovo celoživotno blagostanje. Preduzimanje aktivnosti kako bi se poboljšali svakodnevni uslovi za život tokom adolescencije predstavlja priliku da se poboljša mentalno zdravlje čitave populacije i smanje rizici od onih problema mentalnog zdravlja koji su povezani sa društvenim nejednakostima (4). Delovanje u čitavom društvu treba da bude u skladu sa potrebama kako bi se povećala jednakost kada su u pitanju zdravstveni ishodi (4).

HAT skup alata potvrđuje odredbe Opšteg komentara br. 20 Komiteta UN za prava deteta, koji se tiče primene prava deteta tokom adolescencije, a kojim se apeluje na države i nedržavne aktere da:

Prepoznaju da je adolescentima potrebna posebna pažnja kada su u pitanju sve mere koje se preduzimaju u odnosu na zakonodavstvo, politike i programe;

Ispune svoje obaveze kada su u pitanju prava adolescenta;

Unaprede mentalno zdravlje adolescenta tako što će usvojiti sveobuhvatan multisektorski odgovor koji se temelji na podršci javnom zdravlju i psihosocijalnoj podršci (13).

HAT skup alata odražava hitnu potrebu da se smanji opterećenje koje sada stvaraju i koje će ubuduće stvarati problemi mentalnog zdravlja, kako bi se omogućio pun razvoj adolescenta na globalnom nivou. Namena inicijative HAT jeste da podrži zemlje i zajednice u postizanju Potcipa 3.4 iz Ciljeva održivog razvoja, odnosno da se „smanji za jednu trećinu prevremeni mortalitet od neprenosivih bolesti kroz prevenciju i lečenje i promovišu mentalno zdravlje i blagostanje”, a u okviru toga i da se smanji stopa smrtnosti usled samoubistava (indikator 3.4.2) do 2030. godine.

Delokrug i proces izrade HAT skupa alata

HAT skup alata je izrađen kako bi se poboljšalo programsko delovanje koje se tiče promocije mentalnog zdravlja adolescenta i prevencije problema mentalnog zdravlja u ovoj grupi stanovništva te kako bi se pružila podrška realizaciji HAT smernica koje se tiču promotivnih i preventivnih intervencija u vezi sa mentalnim zdravljem adolescenta (14). U ovom skupu alata opisani su pristupi koji se zasnivaju na dokazima, a koji za cilj imaju promociju razvoja mentalnog zdravlja, prevenciju problema mentalnog zdravlja i smanjeno učestvovanje u rizičnim ponašanjima, a sve to kroz primenu četiri međusobno povezane strategije i dve dodatne aktivnosti koje iz unakrsno povezuju. Kako bi se pružila podrška radu programskih rukovodilaca i drugih aktera, ovde se daju alati za realizaciju programa i primeri realizacije programa u različitim zemljama.

Sadržaj HAT skupa alata temelji se na stručno recenziranoj i sivoj literaturi, na konsultacijama sa ekspertima, praktičarima i ključnim akterima te na diskusijama iz fokus grupe sa mladima održanim u zemljama niskih i srednjih prihoda (Belize, Kazahstan, Nepal, Južna Afrika).

Četiri HAT strategije i dva pristupa realizaciji

HAT skup alata fokusira se na četiri međusobno povezane strategije:

Strategija 1 Politike i zakoni

Podrška primeni i sprovodenju zakona i politika kojima se štiti i unapređuje mentalno zdravlje adolescenata.

Strategija 2 Okruženja koja unapređuju i štite mentalno zdravlje adolescenata

Stvaranje stimulativnih, zdravih i bezbednih okruženja za život, učenje, rad i socijalizaciju adolescenata.

Strategija 3 Podrška starateljima

Obezbeđivanje podrške starateljima u unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja adolescenata.

Strategija 4 Psihosocijalne intervencije za adolescente

Obezbeđivanje da adolescenti imaju koristi od psihosocijalnih intervencija zasnovanih na dokazima.

Pored toga, HAT skup alata podrazumeva i dva ključna pristupa realizaciji:

Aktivnost 1: Multisektorska saradnja

Opisuje kako treba razvijati saradnju između različitih sektora i aktera (javni sektor, privatni sektor i civilno društvo) na nacionalnom i lokalnom nivou da bi se pružila podrška razvoju i realizaciji programa koji sprečavaju probleme i unapređuju mentalno zdravlje adolescenata.

Aktivnost 2: Praćenje i evaluacija

Rezimira načine za razvoj sistema praćenja i evaluacije koji tvorcima politika i rukovodiocima programa mogu da obezbede informacije koje su od ključnog značaja za procenu da li se programi i politike realizuju na odgovarajući način i da li imaju očekivani efekat.

Kome je namenjen ovaj skup alata?

HAT skup alata koristi se kao skup operativnih uputstava i kao izvor za tvorce politika i rukovodioce programa u ministarstvima zdravlja, obrazovanja, socijalne zaštite, kao i u drugim relevantnim ministarstvima i neprofitnim organizacijama, poput nevladinih organizacija, organizacija u zajednici,

medunarodnih nevladinih organizacija i agencija Ujedinjenih nacija. On može biti koristan i drugim akterima, kao što su osnivačka tela, članovi akademске zajednice i zagovarači koji pružaju podršku i sprovode intervencije vezane za mentalno zdravlje i blagostanje adolescenata.

Kako se HAT skup alata nadovezuje na druge okvire i izvore SZO/UNICEF-a i kako ih dopunjuje?

HAT skup alata je u skladu sa Smernicama za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata i preventivne intervencije: pomoći adolescentima da napreduju Svetske zdravstvene organizacije i dopunjuje ih (15). Smernice sadrže preporuke zasnovane na dokazima koje se tiču psihosocijalnih intervencija za adolescente i/ili porodice, a kojima se unapređuje mentalno zdravlje adolescenata, sprečavaju problemi sa mentalnim zdravljem i smanjuju samopovredivanje i zloupotrebu opijata. HAT skup alata nudi operativna uputstva i daje izvore koji olakšavaju operacionalizaciju preporuka datih u Smernicama. Pored toga, ovaj skup alata artikuliše širi pristup koji obuhvata čitavu vladu i čitavo društvo kako bi se:

- 1) unapredila stimulativna okruženja za adolescente i njihove porodice i
- 2) reagovalo na društveno-ekonomski determinante blagostanja adolescenata i druge kulturne i strukturne faktore koji imaju uticaj na kognitivni i društveno-emocionalni razvoj adolescenata odnosno na njihov pristup prilikama za učešće i merama podrške mentalnom zdravlju.

U HAT skupu alata date su strateške aktivnosti i resursi kako bi se operativno sproveli

Sveobuhvatni aktioni plan za mentalno zdravlje 2013–2020. i Globalna ubrzana akcija za zdravlje adolescenata (AA-HA!): smernice za podršku realizaciji u zemlji (15). Pored toga, HAT strategije su uskladene sa okvirom za blagostanje adolescenata Partnerstva za zdravlje majki, novorođenčadi i dece i Svetske zdravstvene organizacije (16). Ipak, ovaj skup alata ne bavi se svim pitanjima (Okvir A.1).

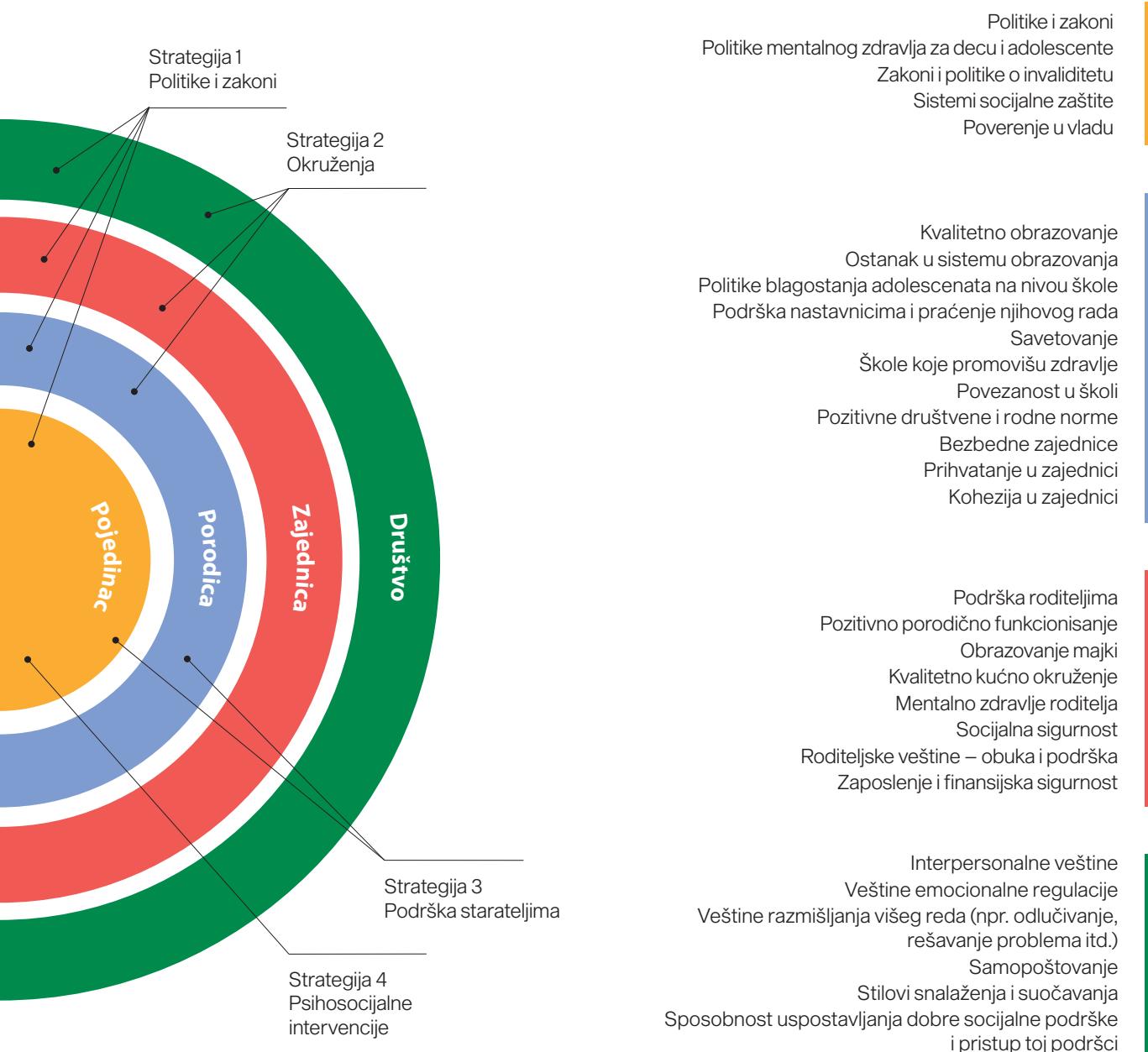
Okvir A.1

Čime se HAT skup alata ne bavi:

- U HAT skupu alata nisu data detaljna uputstva za realizaciju strategija i intervencija. Ovaj skup alata sadrži opis strategija zasnovanih na dokazima za promotivno i preventivno programsko delovanje u oblasti mentalnog zdravlja adolescenata. Osim toga, tu su pojedinosti na koje treba обратити pažnju prilikom реализације programa, као и примери dostupnih resursa i alata za реализацију. Ovo nije priručnik koji sadrži gotove intervencije spremne za primenu niti sadrži materijale za obuku.
- HAT skup alata ne sadrži iscrpnu listu svih intervencija koje se zasnivaju na dokazima i inovacija koje se trenutno primenjuju u svetu. Pristupi i intervencije koji se zasnivaju na dokazima neprekidno se adaptiraju, primenjuju i testiraju u različitim regijama i zemljama. HAT skup alata nema za cilj da ih sve opiše. Umesto toga, u ovoj publikaciji se posebno ističu odabrani primeri intervencija koje se zasnivaju na dokazima u različitim regionima sveta.

HAT skup alata i socijalno-ekološki model

HAT skup alata zasniva se na socijalno-ekološkom modelu, u kome se naglašava važnost bavljenja faktorima rizika na nivou pojedinca, porodice, zajednice i društva kako bi se unapredilo i zaštitilo mentalno zdravlje adolescenata, uz poštovanje društveno-kulturnih konteksta i sistema zaštite (Slika A.1).



Slika A.1 Pregled strategija iz HAT skupa alata

Rukovodeća načela

U različitim kontekstima, na primenu međusobno povezanih strategija i pristupa najčešće će uticati posebne odlike karakteristične za lokalni kontekst, kao što su dostupnost resursa, kulturne vrednosti, postojeći sistemi pružanja zdravstvenih usluga te drugi pozitivni ili negativni faktori. Međutim, primena HAT strategija u svim kontekstima treba da se rukovodi određenim osnovnim načelima kako bi se u najvećoj mogućoj meri ostvario napredak ka cilju, a to je unapredjenje i zaštita mentalnog zdravlja svih adolescenata.

Dopreti do svih adolescenata i osmisliti strategije tako da odgovore na potrebe adolescenata iz ranjivih grupa

Programsko delovanje treba da bude osmišljeno tako da obezbedi da primenjene HAT strategije dopru do svih adolescenata, uključujući i one najmarginalizovanije. Strategije koje se mogu primeniti kako bi se unapredila ravnopravnost u primeni obuhvataju:

usmeravanje realizacije programa na ranjive grupe (uključujući otklanjanje prepreka za učešće);

sprovođenje programa na način koji je osetljiv prema različitim kulturama i kontekstima;

jačanje kapaciteta pružalaca usluga da dopru do marginalizovanih grupa;

raščlanjivanje podataka kako bi se pratili trendovi u pristupu i poboljšali mehanizmi odgovornosti.

1

U sprovođenju programa ne sme biti diskriminacije po osnovu pripadnosti bilo kojoj marginalizovanoj grupi niti po osnovu uzrasta, etničke pripadnosti, pola, jezika, vere, političke pripadnosti, zdravstvenog statusa ili invaliditeta adolescenata. Programi treba da razmotre i utvrde koje su grupe marginalizovane u njihovoј zemlji i kontekstu. Svi adolescenti treba da imaju jednake prilike da budu uključeni u HAT programe i da imaju korist od njihovog sprovođenja. Pored toga, programi treba da sadrže strategije za identifikovanje adolescenata ili staratelja koji bi mogli da imaju koristi od ciljanog delovanja i/ili intenzivnije podrške (npr. zbog izloženosti rizicima ili činjenice da imaju probleme sa mentalnim zdravljem).



Kontekstualizovanje strategija 2

Programske strategije i intervencije treba da budu prilagođene društveno-kulturnom okruženju i sistemima zaštite u zemlji sprovodenja, uključujući kapacitete ljudskih resursa u svim sektorima.

Pri planiranju, realizaciji i evaluaciji programskih strategija treba imati kontekstualizovani pristup koji podrazumeva pomno razmatranje uticaja mnoštva isprepletenih nejednakosti na potražnju za uslugama unapređenja mentalnog zdravlja i prevencije problema mentalnog zdravlja u lokalnim kontekstima te na njihovu dostupnost. Ova informacija će pomoći u definisanju i/ili adaptaciji inkluzivnih i prilagođenih pristupa kako bi se stiglo do svakog deteta i adolescenta, pa i do onih kod kojih postoji povećana verovatnoća od ranjivosti, marginalizacije i/ili slabog mentalnog zdravlja, kao što su deca koja žive u siromaštvu, deca sa invaliditetom, adolescenti koji ne idu u školu, deca u institucijama, deca bez roditelja, manjinske grupe, deca koja su homoseksualna, biseksualna, transrodna, deca koja preispituju svoju seksualnost (ili su kvir) ili su interseksualna (LGBTQI) te deca koja su izložena nasilju ili humanitarnim katastrofama.

Staranje da programi vode računa o pitanjima roda i rodnih transformacija

3

Programe treba sprovoditi tako da se vodi računa o pitanjima roda i rodnih transformacija kako bi se unapredilo i zaštitilo mentalno zdravlje adolescenta. Rodna nejednakost negativno utiče na zdravstvene ishode za devojčice i ima uticaja na blagostanje svih adolescenta. Adolescentkinje su izložene riziku od rodne neravnopravnosti kroz ograničene prilike za pristup obrazovanju i drugim mogućnostima, kroz dečije brakove, rodno zasnovano nasilje i genitalno sakаćenje. Dečaci su tokom adolescencije takođe izloženi rizicima, jer norme koje se odnose na muškost promovišu rizična ponašanja, ne dopuštaju pokazivanje određenih emocija i ne podržavaju

zdravstveno odgovorno ponašanje i traženje pomoći. LGBTQI adolescenti često su diskriminisani na osnovu svoje seksualnosti i/ili rodne pripadnosti. Ovo ima direktnе posledice na mentalno zdravlje i upotrebu opijata, kao i na samopovređivanje/samoubistva.

Što ranije se treba pozabaviti rodnom socijalizacijom. Adolescencija je najvažniji period kada su intervencije u pitanju, jer se rodne norme često učvršćuju u tom periodu, a obrasci ponašanja koji se uspostave tokom adolescencije najčešće traju čitavog života (17). Probleme roda treba uvesti u glavni tok delovanja u svim zemljama kada su u pitanju HAT intervencije; implikacije svih strategija na adolescente, adolescentkinje i rodno neusaglašene osobe ovog uzrasta treba razmotriti tokom realizacije kako bi se obezbedilo da sve ove kategorije imaju podjednake koristi od intervencija.

U strategije kojima se promoviše rodna ravnopravnost i koje se bave rodnim normama u okviru programskog delovanja spadaju:

staranje da svi adolescenti, bez obzira na rodni identitet, iskoriste priliku da pristupe HAT programima;

identifikovanje i reagovanje na situaciju onda kada, usled rodne pripadnosti, određene grupe imaju slabiji pristup uslugama koje unapređuju i štite njihovo mentalno zdravlje;

bavljenje štetnim normama i promovisanje rodne ravnopravnosti u sklopu programskog delovanja u različitim kontekstima;

uključivanje i angažovanje staratelja u pitanja koja se tiču roda;

raščlanjivanje podataka te izveštavanje koje uzima u obzir i rod.

Staranje da programi budu razvojno prikladni 4

Sprovodenje HAT programa treba da bude **razvojno prikladno i da uzima u obzir kapacitete adolescenta koji neprekidno evoluiraju**. Adolescencija je period brze i složene tranzicije. Ona se često deli na faze – npr. rana adolescencija (10–14 godina) i kasna adolescencija (15–19 godina) – čime se naglašava važnost promenjenih prioriteta i afiniteta adolescenta kako se približavaju odrasloj dobi.

Bilo bi važno da se prilikom razmatranja uzme u obzir sledeće:

Realizacija HAT strategija treba da bude osmišljena tako da se imaju u vidu potrebe koje se tiču mentalnog zdravlja adolescenta korisnika u datom kontekstu te da se vodi računa o relevantnim društvenim i kulturnim faktorima, a ne da se u svakom okruženju primenjuje uniformni pristup.

Programi osmišljeni za adolescente treba da uzmu u obzir činjenicu da će se sposobnosti adolescenta da razumeju stvari koje utiču na njihov život menjati tokom vremena, kako oni sazrevaju. Programi zato treba da promovišu autonomiju i da adolescentima omoguće samoopredeljenje kako bi im se dopustilo da preuzimaju odgovornost za odluke koje se tiču njihovog života u skladu sa razvojem njihovih kapaciteta. Programi treba da se temelje na ravnoteži između zaštite i autonomije, onoliko koliko je to u najboljem interesu adolescenta.

Programe takođe treba sprovoditi putem platformi koje su adolescentima najdostupnije.



Aktivno uključivanje adolescenata i njihovih staratelja na svrshodan način

5

Adolescenti imaju ogroman potencijal da budu pokretači promena u svojim zajednicama, zemljama, pa i globalno (18). Da bi se ova transformativna energija modulirala i upotrebila na pravi način, važno je obezbediti platformu preko koje adolescenti mogu da se uključe i učestvuju na svrshodan način, kao i da rukovode aktivnostima koje služe unapređenju i zaštiti njihovog mentalnog zdravlja. **Adolescenti treba da deluju kao partneri** tokom planiranja, kreiranja, realizacije i evaluacije programa, a ne da budu samo njihovi korisnici. Svrshodno angažovanje adolescenata i mladih definiše se kao „*inkluzivno, namerno partnerstvo koje se odlikuje medusobnim poštovanjem između adolescenata, mladih i odraslih, u kome postoji podela moći, u kome se vrednuje svačiji doprinos, a ideje, perspektive, veštine i jake strane mladih integriraju se u strukturu i realizaciju programa, strategiju, politiku, mehanizma finansiranja i organizaciju koji utiču na njihov život, kao i njihove zajednice, zemlje i svet*“ (18). Učešće adolescenata u različitim fazama programa može da utiče na unapređenje njihovog blagostanja te da poveća njihovu angažovanost u programima odnosno svest o tome da su i oni vlasnici programa.

Učešće u realizaciji HAT programa može se unaprediti na sledeće načine:

Treba shvatiti da su adolescenti raznolika grupa sa različitim potrebama, prioritetima i sklonostima, što znači da predstavnike adolescenata treba regrutovati iz različitih okruženja i zajednica (18).

Potrebni su formalni sistemi i mehanizmi kako bi se institucionalizovalo učešće adolescenata u različitim procesima i relevantnim sektorima.

Praćenje, evaluacija i mehanizmi odgovornosti treba da budu osmišljeni tako da uzimaju u obzir povratne informacije dobijene od adolescenata, uključujući i one iz marginalizovanih grupa.

Pored ovoga, staratelji mogu da odigraju ključnu ulogu u mentalnom i bihevioralnom razvoju mlađih adolescenata (19, 20). Topli odnosi i privrženost povoljno utiču na mentalno zdravlje adolescenata (21). Pozitivno roditeljstvo može da amortizuje efekte nasilja u zajednici i druge negativne uticaje (22). Staratelji često predstavljaju uzore svojoj deci koja su u adolescentskom uzrastu pa mogu da im olakšaju pristup programima i zaštiti mentalnog zdravlja. Ako se starateljima pruža podrška, poboljšavaju se ishodi mentalnog zdravlja za adolescente (23). Zbog toga podrška starateljima predstavlja jednu od četiri ključne strategije u HAT skupu alata.

Korišćena literatura

1. The adolescent brain: a second window of opportunity. Florence: UNICEF Office of Research (<https://www.unicef-irc.org/publications/933-the-adolescent-brain-a-second-window-of-opportunity-a-compendium.html>, pristupljeno 3. marta 2021).
2. Bailey D. Duncan GJ. Odgers CL. Yu W. Persistence and fadeout in the impacts of child and adolescent interventions. *J Rese Educ Eff.* 2017;10(1):7-39.
3. Patton GC. Sawyer SM. Santelli JS. Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet.* 2016;387(10036):2423-78.
4. Programme guidance for the second decade: programming with and for adolescents. New York (NY): UNICEF; 2018.
5. Kessler RC. Angermeyer MC. James AC. De Graaf R. Demyttenaere K. Gasquet I et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6(3):168-76.
6. Gore FM. Bloem PJN. Patton GC. Ferguson J. Joseph V. Coffey C et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet.* 2011;377(9783):2093-102.
7. Dick B. Ferguson BJ. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health.* 2015;56(1):3-6.
8. Kessler R. Berglund P, Demler O. Jin R. Merikangas K. Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593- 602.
9. Patel V. Flisher AJ. Nikapota A. Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(3):313-34.
10. Kessler RC. Aguilar-Gaxiola S. Alonso J. Chatterji S. Lee S. Ustun TB. The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven.* 2009;6(1):5-9.
11. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>, pristupljeno 3. marta 2021).
12. Jane-Llopis E. Barry M. Hosman C. Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education.* 2005;12(2_suppl):9-25.
13. General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2016 (https://www.unicef.org/bulgaria/sites/unicef.org.bulgaria/files/2018-09/CRC_General_Comment_20_EN.pdf, pristupljeno 3. marta 2021).
14. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336864>, pristupljeno 3. marta 2021).
15. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HAI): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf>, pristupljeno 3. marta 2021).
16. Ross DA. Hinton R. Melles-Brewer M. Engel D. Zeck W. Fagan L et al. Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. *J Adolesc Health.* 2020;67(4):472-6.
17. Levy JK. Darmstadt GL. Ashby C. Quandt M. Halsey E. Nagar A et al. Characteristics of successful programmes targeting gender inequality and restrictive gender norms for the health and wellbeing of children, adolescents, and young adults: a systematic review. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e225-36.
18. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Global Consensus Statement on Meaningful Adolescent and Youth Engagement. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/pmnch/mye-statement.pdf>, pristupljeno 3. marta 2021).
19. Moretti MM. Peled M. Adolescent-parent attachment: bonds that support healthy development. *Paediatr Child Health.* 2004;9(8):551-5.
20. Schwartz OS. Simmons JG. Whittle S. Byrne ML. Yap MBH. Sheeber LB et al. Affective parenting behaviors, adolescent depression, and brain development: a review of findings from the Oxygen Adolescent Development Study. *Child Dev Perspect.* 2017;11(2):90-6.
21. Lansford JE. Rothenberg WA. Jensen TM. Lippold MA. Bacchini D. Bornstein MH et al. Bidirectional relations between parenting and behavior problems from age 8 to 13 in nine countries. *J Res Adolesc.* 2018;28(3):571-90.
22. Knerr W. Gardner F. Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prev Sci.* 2013;14(4):352-63.
23. Kuhn ES. Laird RD. Family support programs and adolescent mental health: review of evidence. *Adolesc Health Med Ther.* 2014;5:127-42.Strategija 1

Strategija 1

Primena i sprovođenje
politika i zakona

Cilj

Obezbeđivanje primene i
sprovođenja politika i zakona
kojima se štiti ili unapređuje
mentalno zdravlje adolescenata
i smanjuje učestvovanje u
rizičnim obrascima ponašanja.



Obrazloženje

Adolescencija predstavlja životno doba sve većih prilika, sposobnosti i ambicija, ali se u tom periodu javlja i značajna ranjivost. Vlade imaju obavezu da preduzimaju mere, uključujući one političke i zakonodavne, kako bi se obezbedilo da se adolescenti poštuju i štite te da mogu da ostvaruju svoja prava. Ipak, potencijali adolescenata su prilično ugroženi jer se politike i zakoni (Slika 1.1) koji treba da štite i unapređuju njihovo mentalno zdravlje u mnogim delovima sveta ne razvijaju niti se primenjuju.

Prema podacima iz Atlasa mentalnog zdravlja SZO iz 2017. godine, 46% od 78 zemalja koje su učestvovalo u istraživanju tvrdilo je da imaju plan ili strategiju koja se tiče mentalnog zdravlja dece i adolescenata (1). U većini zemalja nisu dostupni podaci koji su raščlanjeni prema uzrastu, polu ili invaliditetu, a koji bi mogli da posluže kao osnova pri definisanju politika, utvrđivanju propusta i opredeljivanju odgovarajućih resursa namenjenih adolescentima. Ukazuje se i na druge faktore koji doprinose slabom razvoju i primeni politika (Slika 1.2).

„Cena neaktivnosti i neuspeha je visoka: temelji koji se postave tokom adolescencije kada su u pitanju emotivna sigurnost, zdravlje, seksualnost, obrazovanje, veštine, otpornost i razumevanje prava imaju nesagledive posledice ne samo na optimalan individualni razvoj već i na sadašnji i budući društveni i ekonomski razvoj.” (3)

Zakonodavstvo o mentalnom zdravlju predstavlja:

- posebne zakonske odredbe koje se prvenstveno odnose na mentalno zdravlje, a tipično se bave pitanjima kao što su kvalitet zaštite i usluga, zaštita ljudskih prava, profesionalna obuka i struktura usluga.

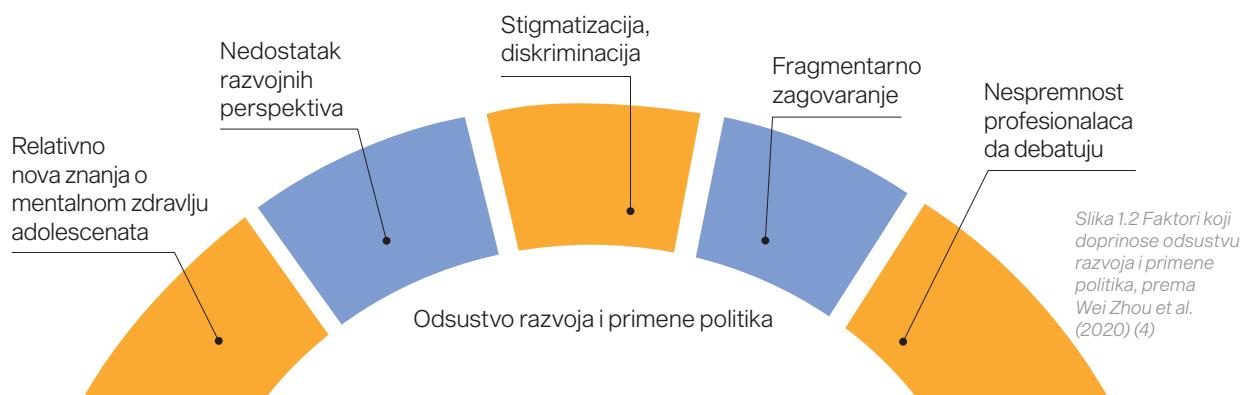
Politika koja se odnosi na mentalno zdravlje predstavlja:

- zvaničnu izjavu vlade koja prenosi ideju o organizovanom skupu vrednosti, principa, ciljeva i oblasti delovanja čiji je cilj da se poboljša mentalno zdravlje nacije.

Plan mentalnog zdravlja predstavlja:

- detaljni šematski prikaz aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja, u kome se obično uspostavljaju principi strategije te utvrđuju vremenski okvir i potrebni resursi.

Slika 1.1 Definicije prema Mental health atlas, SZO 2017 (1) i Child and adolescent mental health policies and plans, SZO 2005 (2)



Pristupi

Strategiju 1 iz HAT skupa alata o primeni i sprovodenju politika i zakona čine dva okvira. Prvi se odnosi na međunarodne okvire zaštite adolescenata koje su se države ugovornice obavezale da primenjuju prema Konvenciji o pravima deteta UN, kao i na akcione planove rukovodećih tela UN na čije su se sprovodenje države obavezale.

Drugi okvir podrazumeva nacionalne zakonodavne okvire kojima se štiti i unapređuje mentalno zdravlje adolescenata te smanjuje pojava samoubistva i rizičnih oblika ponašanja, poput zloupotrebe opijata.



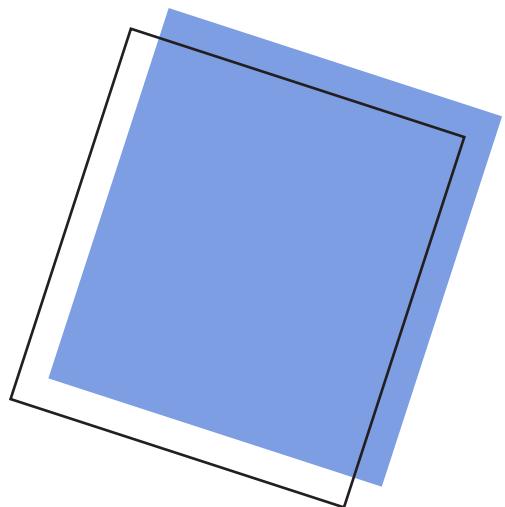
Okvir 1: Međunarodni okviri

1

Konvencija o pravima deteta UN (KPD)

- Sve države ugovornice imaju obavezu da „primenjuju mere za sprečavanje problema sa mentalnim zdravljem i za unapređenje mentalnog zdravlja kod adolescenata”, kao i da se „postaraju da zdravstveni kapaciteti, roba i usluge, uključujući savetovanje i usluge namenjene mentalnom zdravlju, odgovarajućeg kvaliteta i osjetljivi na probleme adolescenata, budu dostupni svim adolescentima” (5).

Ovo obuhvata Opšti komentar KPD o primeni prava deteta tokom adolescencije, kao i Opšti komentar KPD o zdravlju i razvoju adolescenata u kontekstu Konvencije o pravima deteta (Okvir sa tekstrom 1.1).



Okvir sa tekstrom 1.1

Šta je to Konvencija o pravima deteta UN?

Konvencija se sastoji od 54 člana koji pokrivaju sve aspekte života deteta i opisuju građanska, kulturna, ekonomска, politička i društvena prava koja imaju sva deca.

Više informacija potražite [ovde](#).

Pojednostavljena UNICEF-ova verzija nalazi se [ovde](#).

Šta je to Opšti komentar na Konvenciju o pravima deteta UN o primeni prava deteta tokom adolescencije?

Ovaj opšti komentar daje uputstva u vezi sa zakonodavstvom, politikama i uslugama potrebnim da se unapredi sveukupni razvoj adolescenata u skladu sa ostvarivanjem njihovih prava.

Više informacija potražite [ovde](#).

Šta je to Opšti komentar na UN Konvenciju o pravima deteta koji se tiče zdravlja i razvoja adolescenata u kontekstu Konvencije o pravima deteta?

Ovaj opšti komentar daje uputstva kako da se osiguraju poštovanje, zaštita i ispunjavanje prava adolescenata, između ostalog i kroz formulisanje posebnih okvira za razvoj politika i zakona. Komitet za prava deteta, koji se sastoji od 18 nezavisnih eksperata i koji nadzire kako države ugovornice primenjuju KPD, poziva države ugovornice da razvijaju i primenjuju – imajući u vidu razvoj kapaciteta adolescenata – zakonodavstvo, politike i programe kojima se unapređuju zdravlje i razvoj adolescenata.

Više informacija potražite [ovde](#).

Važno je imati na umu da se evolucija kapaciteta adolescenata odnosi na „princip koji omogućava proces sazrevanja i učenja kroz koji deca (i adolescenti) progresivno razvijaju kompetencije, razumevanje i sve aktivniji pristup dok preuzimaju odgovornost i ostvaruju svoja prava” (3).

Takođe, relevantni su i Opcioni protokol o prodaji dece, dečjoj prostituciji i dečjoj pornografiji (vidi [ovde](#)) te Opcioni protokol o uključenosti dece u oružane sukobe (vidi [ovde](#)).

Mnogi članovi KPD sadrže važne obaveze koje doprinose zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja adolescenata:

- pravo na nediskriminaciju;
- građanska prava i slobode;
- poštovanje stavova adolescenata;
- pravne i pravosudne mere i postupci;
- zaštita od svih oblika nasilja, zlostavljanja, zanemarivanja i iskorišćavanja;
- bezbedno, stimulativno okruženje koje pruža mogućnosti (škola, porodica, zajednica, radno mesto);
- pravo na informisanje, razvoj veština, savetodavne i zdravstvene usluge.

KPD takođe sadrži obaveze koje se tiču:

- zaštite dece od surovog, nečovečnog ili ponižavajućeg tretmana ili kažnjavanja i od smrtne kazne te
- seksualnog zlostavljanja i iskorišćavanja.

Sve pomenuto doprinosi zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja adolescenata.



■ Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom UN (KPOI)

Adolescenti sa intelektualnim invaliditetom i adolescenti koji žive u ustanovama podložni su kršenju prava, a među njima se beleži i veća zastupljenost problema mentalnog zdravlja (6). Države potpisnice imaju obavezu da preduzimaju mere, uključujući političke i zakonodavne, kako bi zaštitile i realizovale prava ovih adolescenata. U vezi sa tim, važno je eliminisati strategije koje se temelje na prinudi, kao što su prisilna institucionalizacija, prisilno lečenje, izolacija te fizička, mehanička i hemijska ograničenja. Više informacija pogledajte [ovde](#) KPOI, član 7 – Deca sa invaliditetom.

Konvencija o pravima deteta i Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom ojačavaju jedna drugu načinom na koji uključuju elemente standarda ključnih ljudskih prava u zaštitu prava dece sa invaliditetom, što se odnosi i na decu sa psihosocijalnim invaliditetom. Konvencije stavljaju naglasak na uklanjanje prepreka koje sprečavaju punu inkluziju dece u društvo, kao i na dostupnost podrške i usluga koje omogućavaju deci da ostvare svoj pun potencijal.

■ Sveobuhvatni akcioni plan za mentalno zdravlje 2013–2020 Svetske zdravstvene organizacije

(čije je važenje produženo do 2030. godine) daje okvir za postizanje mentalnog zdravlja za sve tokom čitavog života (7).

■ Globalna ubrzana akcija za zdravlje adolescenata (AA-HA!): smernice za podršku primeni u zemlji (8)

sadrži strategije kojima se usmeravaju planiranje i primena aktivnosti na nacionalnom nivou kako bi se unapredilo zdravlje mladih, a sve ovo u okviru Globalne strategije zdravlja za žene, decu i adolescente (9).

Okvir 2: Nacionalni okviri

2

Drugi okvir obuhvata nacionalna zakonodavstva i politike kojima se adolescenti štite od problema mentalnog zdravlja, unapređuje pozitivno mentalno zdravlje i smanjuje pojava samoubistava i rizičnih oblika ponašanja. Sve politike i zakoni koji se formulišu u sklopu ovog okvira moraju biti harmonizovani sa instrumentima ljudskih prava.

Zakonske odredbe o mentalnom zdravlju adolescentata često su deo zakona koji se odnose na mentalno zdravlje, prevenciju samoubistava, zloupotrebu opijata i alkohola, adolescentsko zdravlje i druge povezane probleme. Primeri relevantnih zakonskih odredbi obuhvataju ograničenje prodaje alkohola adolescentima i ograničenje upotrebe alkohola od strane adolescentata, zabranu pristupa vatrenom oružju i zabranu izuzetno opasnih pesticida, čime se utiče na najvažnije faktore rizika kada je u pitanju samoubistvo (10).

Politike za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescentata usmeravaju razvoj sistema zaštite, programe obuke za one koji se ovim problemima bave u praksi, praćenje javnog zdravlja i istraživanja. Takvim politikama se uspostavljaju intervencije kojima se unapređuje mentalno zdravlje i predupređuju problemi, kao i usluge za adolescente i staratelje koje se zasivaju na zajedničkoj multisektorskoj platformi, dok se istovremeno radi na širem kontekstu rizika/zaštitnih faktora koji utiču na razvoj i mentalno zdravlje i društveno-ekonomskih determinanti.

U Tabeli 1.1 daje se pregled domena/oblasti aktivnosti koji se tiču politika i zakona relevantnih za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje problema kod adolescenata. Vidi i Okvire sa tekstom 1.2–1.5.

Detaljnije informacije iz SZO o tome kako raditi na sprečavanju samoubistava, uključujući i nacionalne strategije, nalaze se [ovde](#).

Za više informacija o nacionalnim politikama sprečavanja zloupotrebe opojnih droga i alkohola pogledajte: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/alcohol-control-policies> (pristupljeno 28. aprila 2021) i

https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf (pristupljeno 28. aprila 2021).

Tabela 1.1 Primeri domena koji se tiču politika i zakona namenjenih unapređenju mentalnog zdravlja adolescenata i sprečavanju problema

Domeni	Primeri politika i zakona
Finansiranje	<p>Investiranje u mere porodične, dečije i socijalne zaštite.</p> <p>Investiranje u obrazovanje.</p> <p>Finansiranje usluga u zajednici koje se bave mentalnim zdravljem.</p> <p>Ulaganje u usluge podrške porodicama (npr. programi i usluge za razvoj roditeljskih veština).</p>
Međusektorska saradnja	<p>Finansijski podsticaji za međuagencijsku saradnju.</p> <p>Učešće adolescenata u programskoj delatnosti i praćenju.</p>
Ljudska prava	<p>Unapređenje polnog zdravlja i reproduktivnih prava.</p> <p>Identifikovanje ugroženih adolescenata, zaštita adolescenata i podrška adolescentima (npr. adolescentima sa invaliditetom, deci umešanoj u oružane sukobe, izbeglicama i migrantima, deci bez roditelja, adolescentima u maloletničkom zatvoru ili onima čiji su staratelji zatvoreni).</p> <p>Politike i zakoni kojima se predupređuju prakse koje podrazumevaju iznudu, uključujući nasilnu institucionalizaciju ili prinudno lečenje, kao i izolaciju i zatvaranje.</p> <p>Politike i zakoni o univerzalnoj dostupnosti i pružanju obrazovanja.</p> <p>Odredbe kojima se svim adolescentima omogućava da koriste usluge unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja.</p> <p>Pristanak i saglasnost (npr. ukidanje zahteva za pristankom roditelja ili staratelja onda kada adolescent traži savetodavne usluge; fleksibilne politike kojima se određenim grupama adolescenata omogućava da se smatraju „zrelim maloletnicima”).</p> <p>Odredbe kojima se svim adolescentima omogućava da imaju pravo da izraze svoje stavove i da budu ozbiljno shvaćeni u skladu sa njihovim uzrastom i zrelošću.</p>
Zagovaranje i društveni mediji	<p>Podizanje nivoa svesti o mentalnom zdravlju i smanjenje stigmatizacije.</p> <p>Podizanje nivoa svesti o prevenciji samoubistva.</p> <p>Zagovaranje da se samoubistvo dekriminalizuje.</p> <p>Odgovorno medijsko izveštavanje.</p>

Domeni	Primeri politika i zakona
Informacioni sistemi	Praćenje ishoda mentalnog zdravlja, samoubistava i pokušaja samoubistva i zloupotrebe opijata.
Istraživanje	Prioriteti za ulaganje u istraživanja.
Organizacija usluga	Multisektorska saradnja u zaštiti mentalnog zdravlja. Selektivan i indikovan pristup unapređenju mentalnog zdravlja i prevenciji problema. Stepenovani pristup u skladu sa potrebama kada su u pitanju intervencije za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja te sprečavanje problema. Integrisanje usluga unapredjenja i prevencije u upravljanje hroničnim bolestima kao što je HIV. Unapređenje mentalnog zdravlja majki i perinatalnog mentalnog zdravlja kroz usluge zaštite zdravlja za majke i decu. Rano identifikovanje problema mentalnog zdravlja i slučajeva opasne i štetne zloupotrebe opijata i i upravljanje tim problemima.
Promotivne i preventivne intervencije mentalnog zdravlja	Univerzalni programi razvoja mladih i obuke u životnim veštinama. Univerzalno obrazovanje o zloupotrebi opijata. Podrška mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška adolescentima koji su izloženi humanitarnim katastrofama.
Unapređenje kvaliteta	Standardi za kvalitetne usluge zaštite namenjene adolescentima i njihovim starateljima. Poverljivost komunikacije i identiteta. Responzivni sistemi procene i upućivanja koji omogućavaju rano detektovanje i tretman problema i poremećaja mentalnog zdravlja.

Domeni	Primeri politika i zakona
Bezbedna i stimulativna okruženja	<p>Ograničenja štetne upotrebe alkohola i opijata.</p> <p>Obezbeđivanje sigurnog stanovanja.</p> <p>Pristup otvorenim zelenim i vodenim površinama.</p> <p>Propisi o zaštiti dece i zaštiti od eksploracije dece, prisilnog rada, trgovine decom, seksualnog i drugog rodno zasnovanog nasilja.</p> <p>Sprečavanje nasilja u školama.</p> <p>Sprečavanje stresa koji izaziva nasilje organizovanih bandi.</p> <p>Unapredjenje mentalnog zdravlja na radnom mestu.</p> <p>Ograničen pristup sredstvima za počinjenje samoubistva.</p> <p>Intervencije u okruženju koje sprečavaju samoubistvo skokom sa visine.</p> <p>Ograničenja u reklamiranju i plasirajući robe, upozorenja i etikete namenjene konzumentima kojima se adolescenti štite od zloupotrebe opijata.</p>
Strukturni društveno-kulturni faktori/ društveno-ekonomski determinanti	<p>Zagarantovane minimalne zarade.</p> <p>Novčana pomoć.</p> <p>Zakonodavna zaštita u odnosu na rani brak i štetne tradicionalne prakse.</p> <p>Obrazovanje koje uvažava rodne transformacije.</p>
Razvoj i obuka ljudskih resursa	Obuka i podrška za kadar, uključujući i smanjenje prepreka koje postoje za LGBTQI adolescente i druge grupe adolescenata koje se susreću sa diskriminacijom.

Okvir sa tekstom 1.2

Ograničenje pristupa sredstvima za počinjenje samoubistva: Novozelandski amandman na Zakon o oružju

Novi Zeland je 1992. godine uveo restiktivnije propise za vatreno oružje (11) koji su podrazumevali zabranu određenih vrsta vatrenog oružja, izdavanje dozvola za prodavce i vlasnike uz pohađanje obuke i polaganje testa, policijsku procenu podnosioca zahteva za dobijanje oružja

i njegovog doma, kao i razgovore sa članovima porodice.

Nacionalni podaci o samoubistvima istraživani su osam godina pre donošenja ovog podzakonskog akta, a zatim deset godina nakon njegovog donošenja (12). Ta studija je pokazala da se nakon usvajanja ovog amandmana prosečan godišnji broj samoubistava vatrenim oružjem smanjio za 46% u ukupnoj populaciji, za 66% kod mladih (15–24 godine) i za 39% kod odraslih (starijih od 25).

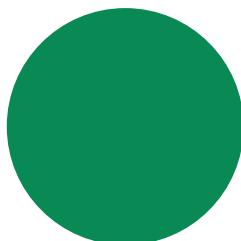
Okvir sa tekstom 1.3

Zakonodavstvo za univerzalno pružanje obrazovanja i pristup obrazovanju: Politika univerzalno dostupnog inkluzivnog obrazovanja, Indija

Indijska vlada je 2001/2002. uvela program Sarva Shiksha Abhiyan (SSA). SSA je nacionalni program osnovnog obrazovanja namenjen deci od 6 do 14 godina i usaglašen

je sa Zakonom o pravu deteta na besplatno i obavezno obrazovanje iz 2009. Ciljevi SSA jesu upis i zadržavanje u obrazovanju sve dece, premošćavanje rodnih i klasnih razlika u obrazovanju, kao i poboljšanje obrazovnih postignuća za svu decu.

Od 2015/2016. godine, 97,9% sve muške i 100% ženske dece upisuje se u sistem osnovnog obrazovanja, dok je 88,7% muške i 97,6% ženske dece upisano u više primarno obrazovanje (13).



Okvir sa tekstom 1.4

Ograničenje pristupa sredstvima za počinjenje samoubistva: zakon o zabrani parakvata (opasni pesticid), Republika Koreja

U Republici Koreji je samotrovanje pesticidima – najčešće parakvatom – bilo objašnjenje za 20% samoubistava koja su se desila između 2006. i 2010. godine (14). Parakvat je herbicid koji se povezuje sa visokom smrtnošću kada se konzumira oralno. Ne postoje protivotrov niti delotvorno lečenje u slučaju trovanja parakvatom, ali je utvrđeno da je to ipak najčešće korišćeni pesticid. Pored toga, stopa smrtnosti kod trovanja parakvatom iznosi skoro 80%, a preko jedne trećine svih slučajeva

trovanja u Republici Koreji činila su trovanja parakvatom (15).

Vlada Republike Koreje je 2011. poništila registraciju parakvata i zabranila prodaju ovog pesticida od novembra 2012. To je dovelo do trenutnog i jasnog pada broja samoubistava koja su počinjena pesticidima u svim uzrasnim i rodnim grupama, kao i u urbanim i ruralnim sredinama.

Jedna studija je istraživala dugoročne trendove stope samoubistava pesticidima u Republici Koreji uz pomoć podataka o registrovanim smrtnim slučajevima (16). Rezultati te studije su pokazali da je nakon zabrane parakvata došlo do osetnog pada broja samoubistava pesticidima.

Okvir sa tekstom 1.5

Ograničavanje štetnog dejstva alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci: politike kojima se sprečava upotreba alkohola kod adolescenata, SAD

Xuan i kolege (2015) istraživali su politiku koja se odnosi na alkohol i konzumiranje alkohola od strane mladih u Sjedinjenim Američkim Državama (17). Politika koja se odnosi na alkohol uključivala je kombinovanu delotvornost i primenu nekoliko različitih politika koji se tiču ove teme, uključujući politike koje se tiču mladih i politike koje se bave opštom populacijom (npr. one mere koje se ne odnose konkretno na mlade, kao što je oporezivanje alkohola). Uzorak za ovo

istraživanje predstavljali su podaci iz perioda 1999–2011. o učenicima srednjih škola od 9. do 12. razreda. Autori su utvrdili da stroža politika utiče na smanjenje od 8% kada je u pitanju verovatnoča da će mladi konzumirati alkohol, kao i na smanjenje od 7% kada su u pitanju epizode teškog pijanstva. Ta studija je pokazala da stroža politika koja se odnosi na alkohol – bilo da se tiče opšte ili mlađe populacije – utiče na smanjenje verovatnoće upotrebe alkohola od strane adolescenata u SAD. Uzakano je na to da napor koji se ulaže u smanjenje konzumiranja alkohola kod mladih treba da podrazumevaju politike koje se tiču čitave populacije kako bi se smanjili štetni efekti konzumacije alkohola kod odraslih u sklopu sveobuhvatnog pristupa prevenciji štetnih posledica konzumiranja alkohola.

Kratki pregled primera pristupa kroz politike i zakone

Tabela 1.2 daje četiri primera pristupa kroz relevantne politike i zakone. Imajte na umu da je ovo samo izbor i da taj izbor ne obuhvata sve odredbe politika i zakone potrebne da bi se obezbedili blagostanje i mentalno zdravlje za adolescente.



Tabela 1.2 Kratki pregled pristupa kroz politike i zakone

Zakoni kojima se predupređuje dostupnost sveg vatreñog oružja adolescentima	Ovi zakoni propisuju strože procedure izdavanja dozvola za sve vatreñno oružje, u kombinaciji sa ciljanim sprovođenjem kojim se sprečava ilegalno posedovanje.	Potencijalni ishodi <ul style="list-style-type: none"> ■ Manje samoubistava ■ Manje nasilja i povreda nastalih upotreboom vatreñog oružja 	Primer zakona Novozelandski Zakon o oružju iz 1992.
Politike kojima se obezbeđuje inkluzivno obrazovanje za adolescente, bez diskriminacije	Ovim politikama se zabranjuje isključivanje adolescenta iz obrazovnih okruženja, a podrazumevaju zabranu diskriminacije na osnovu položaja staratelja (npr. roditelja adolescenta), zdravstvenog statusa (npr. HIV, psihosocijalni problemi), roda ili seksualne orientacije.	Potencijalni ishodi <ul style="list-style-type: none"> ■ Bolja obrazovna postignuća ■ Poboljšanje mentalnog blagostanja ■ Smanjena anksioznost i depresija 	Primer zakona Indija Nacionalna politika obrazovanja
Zakoni kojima se zabranjuju izuzetno opasni pesticidi	Ovi zakoni zahtevaju zabranu izuzetno opasnih pesticida i strogu proceduru izdavanja dozvola za pesticide u kombinaciji sa ciljanim sprovođenjem kojim se sprečava pristup opasnim pesticidima.	Potencijalni ishodi <ul style="list-style-type: none"> ■ Smanjenje stope samoubistava pesticidima ■ Manje samopovredivanja 	Primer zakona Zakon o kontroli pesticida , Republika Koreja (uz pomoć Korejskog centra za istraživanje zakonodavstva i prevođenje zakona)
Zakoni za sprečavanje zloupotrebe opijata od strane adolescenta	Ovi zakoni imaju za cilj da smanje štetnu upotrebu alkohola tako što regulišu komercijalni marketing i promet alkohola (uključujući povezivanje alkohola sa sportom), tako što se povećavaju cene, uspostavlja uzrasna granica zakonite kupovine, ograničavaju vreme i dani kada se alkohol prodaje i smanjuje broj prodavaca.	Potencijalni ishodi <ul style="list-style-type: none"> ■ Smanjen rizik od kognitivnih problema i problema mentalnog zdravlja koji se povezuju sa štetnim korišćenjem alkohola tokom adolescencije ■ Smanjenje rizičnih ponašanja 	Primer zakona i politike Zakon o minimalnom uzrastu za konzumiranje alkohola iz 1984. , Sjedinjene Američke Države

Šta najbolje deluje...

Napori da se sprovede ova strategija verovatnije će imati željeni efekat kada se ostvari i sledeće:

1

Pristup zasnovan na ljudskim pravima usvaja se prilikom razvoja svake politike, plana, zakona ili usluge.

2

Akcija se preduzima u čitavom društvu i srazmerna je potrebi da se izjednači socijalni gradijent u zdravstvenim ishodima (18).

3

Sistemski pristup unapređenju mentalnog zdravlja i prevenciji problema se usvaja kroz planiranje i primenu politika, dok se država bavi društveno-ekonomskim determinantama mentalnog zdravlja adolescenata i drugim bliskim faktorima.

4

Politike se zasnivaju na kontekstualizovanom razumevanju zdravstvenih nejednakosti, rizika i iskustava u vezi sa blagostanjem i nemaštinom u okviru konteksta u kojima se javljaju.

5

Postoji **zasebna politika mentalnog zdravlja adolescenata** (ili dece i adolescenata), a odredbe unapređenja mentalnog zdravlja adolescenata i prevencije poremećaja istovremeno se nalaze u politikama koje se tiču obrazovanja, socijalne zaštite, invaliditeta, opštег zdravlja, mentalnog zdravlja i drugih relevantnih oblasti.

6

Uspostavljeni su mehanizmi multisektorske saradnje.

7

Nacionalni i lokalni akteri u vlasti i civilnom društvu, uključujući adolescente i njihove staratelje, u potpunosti su uključeni u postupak razvoja politika i planova putem koordiniranog pristupa.

8

Podršku politikama pružaju pravni propisi o mentalnom zdravlju adolescenata i budžet namenjen sprovodenju politika, koji sadrži tačne troškove infrastrukture i usluga i u kome su opredeljena dovoljna sredstava uz dugoročno planiranje i strategije održivosti.

9

Uloge istraživanja i istraživača ojačane su u procesu razvoja politika.

10

Postoje mere za praćenje i evaluaciju primene, koje obezbeđuju da podaci budu raščlanjeni tako da se vide rod i godine adolescenta i da se može oceniti uticaj politika na jednakost.

11

Uloge nosilaca obaveza i nosilaca prava jasno su definisane. Na primer, primarni nosilac obaveza mogu biti vlada ili njeni zastupnici (socijalni radnici, sudije, policija, zdravstveni radnici, nastavnici itd.), dok su nosioci prava adolescenti.

12

Postoje jasne posledice onda kada se politike i zakoni ne sprovode.

Vežba za fokusiranje

Pre nego što predemo na konkretnе pristupe i programe u primeni ove strategije, razmislite na trenutak o svom okruženju, ciljevima, o onome što se već događa i o onome što biste rado promenili.

Ova vežba treba da vam pomogne da se fokusirate na svoje prioritete dok čitate više o pristupima i programima zasnovanim na dokazima u okviru ove strategije. Kada izvodite ovu vežbu, trebalo bi da u njoj učestvuju i adolescenti i njihovi staratelji iz vašeg okruženja.

Šta smatrate najvećim problemom u vašoj zemlji kada govorimo o unapređenju mentalnog zdravlja adolescenata i prevenciji problema?

Koje politike i zakoni postoje za rešavanje ovih problema? Šta nedostaje, šta treba da ostane isto, a šta da se promeni?

Šta vidite kao najveći problem kada se govori o smanjenju stope samopovređivanja i samoubistava?

Koje politike i zakoni postoje, a da se bave ovim problemima? Šta nedostaje, šta treba da ostane isto, a šta da se promeni?

Da li su postojeći zakoni funkcionalni i operativni na svim nivoima? Da li relevantni sektori sprovode ove zakone? Da li pružaoci usluga, zajednice i porodice primenjuju i poštuju te zakone? Ukoliko ne, šta vidite kao prepreku za njihovo delotvorno sprovođenje i primenu?

Da li se pravi pregled uticaja politika i zakona na adolescente i njihove staratelje? Da li se pravi pregled uticaja politika i zakona na društvene i zdravstvene nejednakosti?

Da li je većina ljudi svesna da postoje zakoni koji se tiču adolescenata i mentalnog zdravlja? Da li postoji javna podrška za primenu onih zakona koji unapređuju mentalno zdravje i predupređuju probleme kod adolescenata?

Da li postoji široko rasprostranjeno razumevanje i slaganje sa pravima adolescenata? Sa kakvim se izazovima u pogledu ljudskih prava susreću adolescenti?



Razmatranja u vezi sa primenom

Politike za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata mogu biti deo politike mentalnog zdravlja, politike zdravlja adolescenata, politike mentalnog zdravlja adolescenata te drugih relevantnih politika.

Razvoj politike unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja adolescenata zahteva fazni pristup, što podrazumeva:

- 1) prikupljanje informacija i podataka;
- 2) angažovanje aktera i konsultacije sa akterima, uključujući adolescente i njihove staratelje;
- 3) definisanje vizije, vrednosti, principa i ciljeva politika;
- 4) utvrđivanje oblasti delovanja i
- 5) definisanje najvažnijih uloga i odgovornosti aktera i sektora, kao i strategije za multisektorsku koordinaciju (19).

Kada se politika uspostavi, slede ovi koraci:

- diseminacija te politike;
- razvoj plana unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja adolescenata, u kome se definišu strategije i vremenski okvir, indikatori i ciljevi te najvažnije aktivnosti (sa povezanim troškovima i budžetom);
- pridobijanje političke podrške i obezbeđivanje sredstava;
- uspostavljanje mehanizama koordinacije, praćenja i evaluacije;
- razvoj struktura za podršku uz uključivanje eksperata i osnaživanje pružalaca usluga i zagovarača;
- pokretanje pilot-projekata u probnim oblastima.

Izvori

Opšti

SZO – Paket politika mentalnog zdravlja i vodič kroz usluge SZO
https://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/
(pristupljeno 11. marta 2021).

SZO – Politike i planovi mentalnog zdravlja dece i adolescenata – Paket politika mentalnog zdravlja i vodič kroz usluge SZO – modul 11
https://www.who.int/mental_health/policy/services/_essentialpackage1v11/en/
(pristupljeno 11. marta 2021).

SZO – Unapređenje prava i života u zajednici sa decu sa psihosocijalnim invaliditetom
https://www.who.int/mental_health/publications/promoting_rights_and_community_living/en/
(pristupljeno 11. marta 2021).

SZO – QualityRights materijali za obuku, usmeravanje i transformaciju

(Ovi materijali namenjeni usmeravanju i obuci služe jačanju kapaciteta nacionalnih aktera za integraciju ljudskih prava u politike, planiranje, zakonodavstvo i praksu.)

<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Prevencija samoubistava

SZO – Nacionalne strategije za prevenciju samoubistava: napredak, primeri i indikatori
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/
(pristupljeno 11. marta 2021).

SZO – INSPIRE: Sedam strategija kojima se eliminiše nasilje nad decom
<https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Ugovori Ujedinjenih nacija, tela koja prate sprovođenje ugovora i opšti komentari

Prava deteta

Ujedinjene nacije – Komitet za prava deteta: Konvencija o pravima deteta

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx> (pristupljeno 11. marta 2021).

UNICEF – Pojednostavljena verzija Konvencije o pravima deteta

<https://www.unicef.org.au/Upload/UNICEF/Media/Our%20work/childfriendlycrc.pdf> (pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Komitet za prava deteta: Opšti komentar o primeni prava deteta tokom adolescencije (2016)

<https://www.ohchr.org/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/HRBodies/CRC/GCadolescents.doc&action=default&DefaultItemOpen=1> (pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Komitet za prava deteta: Opšti komentar br. 4 (2003) o zdravlju i razvoju adolescenata u kontekstu Konvencije o pravima deteta (2003)

<https://www.refworld.org/docid/4538834f0.html> (pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Komitet za prava deteta: Opšti komentar br. 3 (2003) o HIV-u/AIDS-u i pravima deteta, 17. mart 2003.

<https://www.refworld.org/docid/4538834e15.html> (pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Komitet za prava deteta: Opšti komentar br. 13 o pravu deteta na slobodu od svih oblika nasilja

<https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13.en.pdf> (pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Opcioni protokol uz Konvenciju o pravima deteta o umešanosti dece u oružane sukobe

<https://childrenandarmedconflict.un.org/tools-for-action/optional-protocol/> (pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Opcioni protokol uz Konvenciju o pravima deteta o prodaji dece, dečijoj prostituciji i dečijoj pornografiji

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/opscrc.aspx> (pristupljeno 11. marta 2021).

Prava osoba sa invaliditetom

Ujedinjene nacije – Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

(pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, član 7: Deca sa invaliditetom

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-7-children-with-disabilities.html#:~:text=States%20Parties%20shall%20take%20all.2> (pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom, Opšti komentar br. 3, član 6: Žene i devojčice sa invaliditetom

<https://www.refworld.org/docid/57c977344.html>

(pristupljeno 11. marta 2021).

Drugo

SZO – Paket politika mentalnog zdravlja i vodič kroz usluge SZO

https://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/
(pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Međunarodna pakt o građanskim i političkim pravima

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Konvencija protiv torture i drugih surovih, neljudskih i ponižavajućih kazni ili postupaka

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Međunarodna konvencija o eliminisanju svih oblika rasne diskriminacije

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cerd.aspx>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Međunarodna konvencija o zaštiti prava svih radnika migranata i članova njihovih porodica

<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Konvencija o eliminisanju svih oblika diskriminacije žena

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Ujedinjene nacije – Opšta diskusija o nasilju prema deci

<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Pages/DiscussionDays.aspx>
(pristupljeno 11. marta 2021).

Korišćena literatura

1. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. United Nations. General Comment No. 20 on the implementation of the rights of the child during adolescence. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child (CRC); 2016 (https://www.unicef.org/bulgaria/sites/unicef.org.bulgaria/files/2018-09/CRC_General_Comment_20_EN.pdf, pristupljeno 11. marta 2021).
4. Zhou W, Ouyang F, Nergui O-E, Bangura JB, Acheampong K, Massey IY et al. Child and adolescent mental health policy in low-and middle-income countries: challenges and lessons for policy development and implementation. *Front Psychiatry*. 2020;11:150.
5. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. United Nations Committee on the Rights of the Child (CRC). New York (NY): United Nations; 2003 (https://www.unicef.org/bulgaria/sites/unicef.org.bulgaria/files/2018-09/GC_4_FN.pdf, pristupljeno 11. marta 2021).
6. El Koumi MA, Ali YF, El Banna EA, Youssef UM, Raya YM, Ismail AA. Psychiatric morbidity among a sample of orphanage children in Cairo. *Int J Pediatr*. 2012;2012:1-7.
7. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
8. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
9. Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030. New York (NY): United Nations; 2015.
10. Lee YY Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F et al. The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):291-300.
11. Parliamentary Counsel Office. Arms Amendment Act New Zealand. Auckland: Government of New Zealand; 1992 (<https://www.legislation.govt.nz/act/public/1992/0095/latest/whole.html#DLM278351>, pristupljeno 11. marta 2021).
12. Beautrais AL, Fergusson DM, Horwood LJ. Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(3):253-9.
13. Educational statistics at a glance New Delhi: Government of India; 2018 (https://www.education.gov.in/sites/upload_files/mhrd/files/statistics-new/ESAG-2018.pdf, pristupljeno 11. marta 2021).
14. Cha ES, Khang YH, Lee WJ. Mortality from and incidence of pesticide poisoning in South Korea: findings from National Death and Health Utilization Data between 2006 and 2010. *PLoS One*. 2014;9(4):e95299.
15. Cha ES, Jeong M, Lee WJ. Agricultural pesticide usage and prioritization in South Korea. *J Agromedicine*. 2014;19(3):281-93.
16. Cha ES, Chang SS, Choi Y Lee WJ. Trends in pesticide suicide in South Korea, 1983-2014. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:1-25.
17. Xuan Z, Blanchette JG, Nelson TF, Nguyen TH, Hadland SE, Oussayef NL et al. Youth drinking in the United States: relationships with alcohol policies and adult drinking. *Pediatrics*. 2015;136(1):18-27.
18. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>, pristupljeno 11. marta 2021).
19. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43068>, pristupljeno 11. marta 2021).

Strategija 2

Okruženja kojima se unapređuje i štiti mentalno zdravlje adolescenata

Cilj

Obezbediti da svi adolescenti žive, uče, rade i socijalizuju se u stimulativnom, zdravom i bezbednom okruženju koje unapređuje i štiti njihovo mentalno zdravlje i smanjuje njihovo učestvovanje u rizičnim ponašanjima.



Obrazloženje

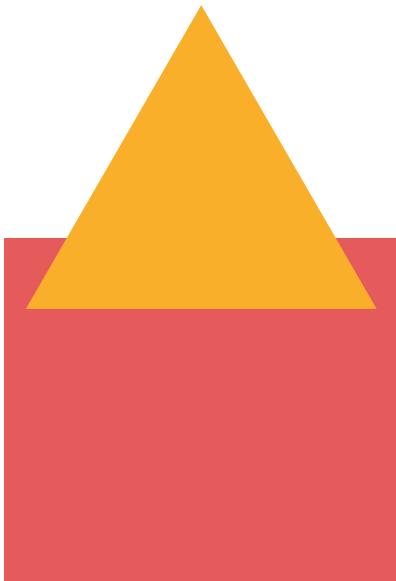
Okruženja koja unapređuju mentalno zdravlje omogućavaju da se individualno i kolektivno mentalno zdravlje neometeno razvijaju (1). Za takva okruženja zajednički je skup faktora kojima se poštuje pravo dece, adolescenata i odraslih na mentalno zdravlje. Tokom adolescencije ovakva okruženja su posebno važna iz više razloga. Adolescencija je period razvojne tranzicije tokom kojeg pojedinci ponekad u većoj meri traže odobravanje od svojih vršnjaka i mogu donositi različite odluke u potrazi za novim iskustvima. Modifikovanje društvenih okruženja mladih može umanjiti uticaj faktora rizika na njihovo mentalno zdravlje. Okruženja koja unapređuju mentalno zdravlje mogu direktno uticati na ishode mentalnog zdravlja i mogu olakšati pristup resursima i sistemima za podršku.

Na okruženja u kojima adolescenti žive u velikoj meri utiču društveni i politički faktori (2), između ostalog, društveno-ekonomski položaj, fizičko i mentalno zdravlje, zapošljavanje i uslovi zapošljavanja, dostupnost obrazovanja, bezbednost u zajednici i kulturne norme. Napori da se razvijaju i uspostavljaju okruženja kojima se unapređuje mentalno zdravlje za adolescente treba da se realizuju u okviru bavljenja siromaštvom, nejednakostima i nasiljem i da omoguće pristup najvažnijim uslugama za adolescente, kao što su obrazovanje, socijalna zaštita, razvoj veština, bezbedni prostori za rekreaciju i zdravstvene usluge (uključujući HIV, polno i reproduktivno zdravlje i usluge mentalnog zdravlja) (2).

Ovo poglavље se fokusira na tri okruženja u kojima adolescenti obično provode mnogo vremena: škole, njihove zajednice i internet. Pored toga, ovde se kratko govori i o uslovima za rad i njihovom uticaju na mentalno zdravlje mladih (Okvir sa tekstrom 2.1).



■ Škole



■ Zajednice

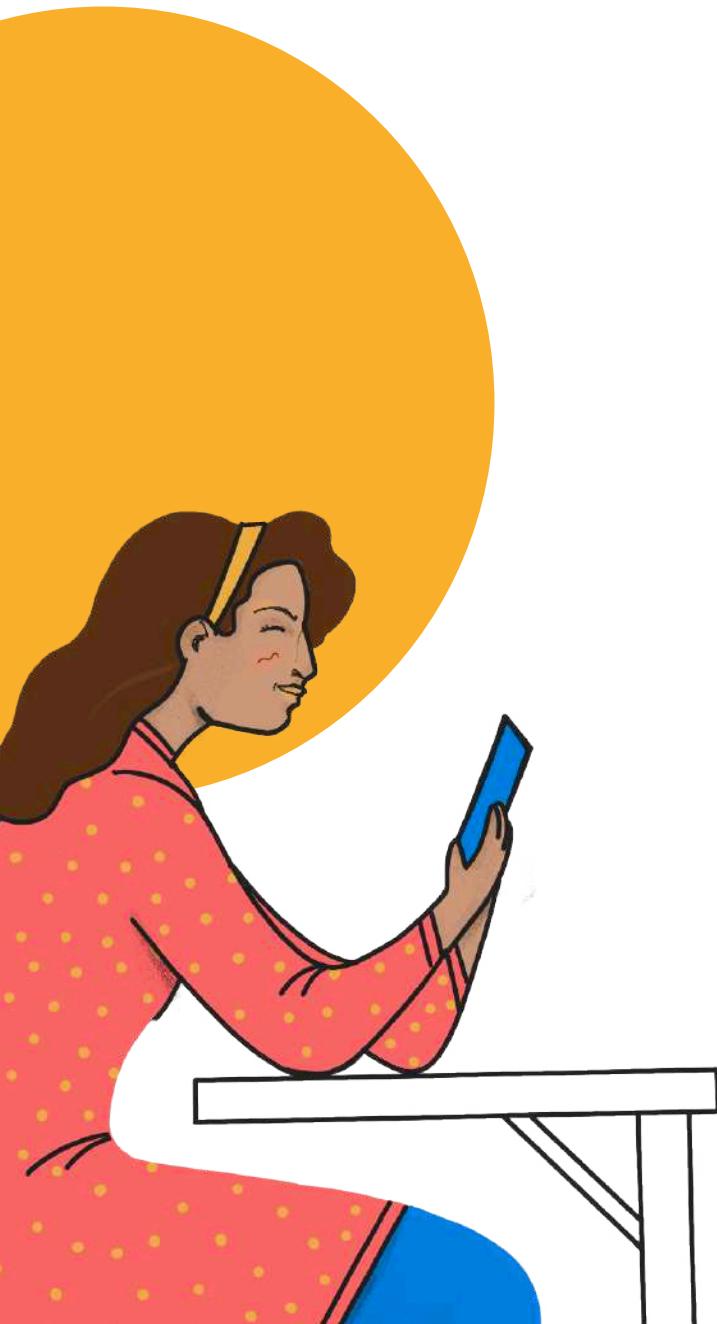


Školska sredina je izuzetno važna za mentalno zdravlje adolescenata. Pored toga što predstavljaju osnovu strukture za akademsko učenje, škole su mesto gde mnogi adolescenti provode najviše vremena – mesto gde stupaju u interakcije sa vršnjacima i razvijaju svoje socijalne i emocionalne veštine (3). Prosvetni radnici, školsko osoblje za podršku i vršnjaci su u dobroj poziciji da identifikuju faktore rizika i pojavu problema sa mentalnim zdravljem kod adolescenata i reaguju na njih, odnosno da povežu adolescente sa dodatnim izvorima podrške i pomoći. Školska atmosfera se definiše kao „obrazac iskustava učenika, roditelja i školskog osoblja u vezi sa životom u školi koji odražava norme, ciljeve, vrednosti, međuljudske odnose, prakse učenja i podučavanja i organizacione strukture“ (4) i može imati značajan uticaj na zdravstvene ishode adolescenata. Loša školska atmosfera u vezi je sa lošijim akademskim postignućima, povećanim nasiljem, rizičnim polnim i reproduktivnim ponašanjem, upotrebom duvana i većim stepenom problematičnog ponašanja (5–9). S druge strane, razvijanje pozitivne školske atmosfere kroz pristup poput škola koje promovišu zdravlje (Health-Promoting Schools) stvara uslove koji pogoduju boljem zdravlju i obrazovnim ishodima te utiče na ponašanja u vezi sa zdravljem na način koji je od koristi učenicima, školskom osoblju i široj zajednici (10).

Zajednice su šira okruženja u kojima adolescenti učestvuju ili kojima pripadaju. To obuhvata životni prostor i komšiluk, kao i aktivnosti kojima se adolescenti bave izvan škole ili posla, npr. sportski timovi, vannastavne sekcije ili omladinske grupe.

Zajednice u kojima adolescenti učestvuju mogu biti prostori od velike važnosti za uspostavljanje blagostanja, bezbednosti te socijalnog i emocionalnog razvoja. Zajednice mogu biti platforma za izgradnju susedskih ili prijateljskih mreža u kojima mladi pronalaze izvor društvene podrške koja pozitivno utiče na ishode mentalnog zdravlja (11). Zajednice koje promovišu mentalno zdravlje nude više mogućnosti za angažovanje mladih, što može imati snažan uticaj tokom odrastanja adolescenata, jer se na taj način uvećava njihov osećaj identiteta i učešća (12).

■ Upotreba interneta



Upotreba interneta je vezana za blagostanje adolescenata, iako smer ove uzročno-posledične veze nije uvek jasan. Adolescenti koriste internet na različite načine, pristupaju mu različito, korisnički obrasci su raznoliki, a raznovrsne aktivnosti dovode do različitih koristi i rizika (13). Niska samoregulacija, samopouzdanje i depresija povezani su sa visokom stopom korišćenja, dok nizak nivo agresije, depresije i drugih eksternalizovanih oblika ponašanja dovodi do umerenog korišćenja (14, 15). S jedne strane, internet može da omogući pozitivan i osnažujući prostor koji pomaže blagostanju adolescenata i unapređuje građansko angažovanje (16). Na primer, korišćenje društvenih medija može da poboljša socijalizaciju, komunikaciju i percipiranu društvenu podršku, da unapredi mogućnosti za učenje i poveća dostupnost zdravstvenih informacija (17, 18).

Sa druge strane, negativni efekti upotrebe društvenih medija obuhvataju uticaj na samopouzdanje adolescenata, njihovu percepciju sopstvenog tela i identiteta (19). Video igre na internetu takođe imaju svoje pozitivne i negativne efekte: one mogu uticati na razvoj radne memorije i pažnje, ali mogu dovesti i do lošijih obrazovnih ishoda i problema u vršnjačkim odnosima (20). Sve u svemu, negativan uticaj korišćenja interneta može biti primetniji kod adolescenata nego kod odraslih, jer je mozak koji se razvija obično nestabilniji, dok se samoregulacija i kontrola još razvijaju (21, 22). Napokon, utvrđeno je da postoji manja verovatnoća da će adolescenti sa zaštitnim osobinama ličnosti (npr. sreća, osećanje životnog cilja) učestvovati u negativnim ponašanjima na internetu (19). Mada je veoma teško definisati uzročno-posledični odnos, čini se da su oni adolescenti kod kojih već postoji rizik od loših ishoda mentalnog zdravlja istovremeno i podložniji negativnim iskustvima na internetu.

Okvir sa tekstom 2.1

Mladi, mentalno zdravlje i rad

Na prelazu u odraslo doba rad počinje da utiče na živote mnogih adolescenata. Rad, uključujući uslove rada, može da bude ključna društvena determinanta mentalnog zdravlja adolescenata. Nezaposlenost, radno okruženje i radna organizacija mogu imati značajan uticaj na mentalno zdravlje i blagostanje ljudi koji rade.

Međunarodni standard minimalnog uzrasta za rad je 15 godina (13 godina za lak rad), dok je minimalni uzrast za opasne poslove 18 godina (ili 16 godina pod strogo regulisanim uslovima). U zemljama gde su obrazovanje i ekonomija slabije razvijeni, minimalni uzrast za rad je 14 godina (12 godina za lak rad) (23).

Uključivanje u rad koji ne utiče na njihovo zdravlje ili obrazovanje može biti dobro za razvoj adolescenata i njihovo učešće u društvu. Ipak, mnogi adolescenti koji su ispod ili u okvirima pomenutog uzrasta nalaze se u riziku od dečijeg rada – rada koji šteti njihovom fizičkom i mentalnom zdravlju, bezbednosti, moralu, dostojanstvu, razvoju i obrazovanju – uključujući i ozbiljne oblike dečijeg rada (24), kao i opasni dečiji rad (25).

Procenjuje se da 88 miliona adolescenata uzrasta 15–17 godina radi, od čega gotovo polovina u uslovima koji se definišu kao dečiji rad, pri čemu skoro polovina od te polovine radi u opasnim uslovima (26). Ova vrsta rada ne samo da predstavlja rizik po mentalno zdravlje već povećava i rizik od eksplotacije, diskriminacije i zlostavljanja na radu usled uzrasta ili socio-demografskog položaja. Kada je u pitanju migrantska populacija, diskriminacija i loše postupanje povećavaju

verovatnoću da će se mentalno zdravlje pogoršati (27).

Najveći deo dečijeg rada odvija se u sektoru poljoprivrede, a mnogo mlađih je neformalno zaposleno. To predstavlja izazov kada se intervencije unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja primenjuju u radnom okruženju, jer takvi radnici nisu korisnici socijalne zaštite, što im onemogućava pristup uslugama zaštite.

Tamo gde se rizici po zdravlje i razvoj u radnom okruženju ne mogu popraviti ili otkloniti, treba da postoje strategije sklanjanja adolescenata od opasnog rada, kao i mere prelazne podrške, odnosno prilike za pronalaženje pristojnog posla (26).

Mladi treba da imaju koristi od unapređenja njihovog mentalnog zdravlja, od sprečavanja rizika po njihovo mentalno zdravlje (uključujući i dostupnost psihosocijalne prevencije zasnovane na dokazima, upravljanje psihosocijalnim faktorima rizika na radnom mestu, njihovo otklanjanje ili smanjenje, imajući u vidu rizike koji se specifično odnose na mlade radnike, te pristup zaposlenima koji su obučeni za upravljanje rizicima i podršku zaposlenima u nevolji), kao i od pristupa uslugama mentalnog zdravlja i povratka na mere podrške radu tamo gde je to potrebno.

Postoji značajan nedostatak znanja kada su u pitanju potrebe mlađih radnika u različitim sektorima te kada je u pitanju identifikovanje rizika koji utiču na njihovo mentalno zdravlje u okviru ove radne populacije. Taj nedostatak se mora otkloniti da bi mlađi dobijali bolju podršku dok sazrevaju i priključuju se populaciji radnika.

Pristupi

Ovaj odeljak opisuje pristupe zasnovane na dokazima, koji se mogu koristiti u ovim okruženjima.

Škola	1
Zajednica	2
Internet	3

Školsko okruženje

Programi mentalnog zdravlja adolescenata često se sprovode preko škola zbog visokih stopa upisa (iako se one smanjuju sa uzrastom), niskih stopa osipanja programa, delotvornog korišćenja resursa i postojanja kadra i struktura usredsređenih na adolescente. Unapređenje školskog okruženja može predstavljati delotvoran način da se otklone strukturne prepreke prilikom uključivanja u zdravstvene programe (28). Postoje uverljivi dokazi da su varijable u vezi sa školom i one u vezi sa mentalnim zdravljem povezane, kao i da intervencije u školama mogu da poboljšaju mentalno zdravlje adolescenata (3) (Slika 2.1).

Model škola koje promovišu zdravlje (Health-Promoting Schools) koristi šest strategija u promociji dobrog zdravlja: politike na nivou škola, fizičko okruženje, socijalno okruženje, zdravstveni plan i program, kao i veze sa uslugama u zajednici i zdravstvenim uslugama. Inicijativa *Da svaka škola bude škola dobra za zdravlje*, čiji su pokretači SZO i UNESCO, ima za cilj izgradnju kapaciteta u sektoru obrazovanja kako bi se unapredili zdravlje i blagostanje kroz pristup koji se odnosi na čitavu školu (33). Uspostavljeno je osam standarda za škole koje promovišu zdravlje, uključujući i jedan standard koji se fokusira na stvaranje bezbednog društveno-ekonomskog okruženja za učenike (34) (Tabela 2.1).



Slika 2.1 Odnos između školske atmosfere i mentalnog zdravlja učenika (3, 29–32).

Tabela 2.1 Globalni standardi i izjave o standardima za škole koje promovišu zdravlje

1	<p>Vladine politike i resursi</p> <p>Čitava vlada je posvećena tome da svaka škola postane škola koja promoviše zdravlje i stalno na tome radi.</p>	5	<p>Školski plan i program predstavlja podršku zdravlju i blagostanju</p> <p>Školski plan i program podržavaju fizičke, socio-emocionalne i psihološke aspekte zdravlja i blagostanja učenika.</p>
2	<p>Školske politike i resursi</p> <p>Postoji posvećenost na nivou čitave škole da ona postane škola koja promoviše zdravlje.</p>	6	<p>Socio-emocionalno okruženje u školi</p> <p>Škola predstavlja bezbedno i stimulativno socio-emocionalno okruženje.</p>
3	<p>Školska uprava i vođenje</p> <p>Škola radi prema modelu uprave i vođenja koji obuhvata čitavu školu, a pruža podršku konceptu škole koja promoviše zdravlje.</p>	7	<p>Fizičko okruženje škole</p> <p>Fizičko okruženje škole je zdravo, bezbedno, sigurno i inkluzivno.</p>
4	<p>Partnerstva škola i zajednica</p> <p>Unutar školske zajednice postoje angažovanje i saradnja, uključujući i učenike, kao i između škole i lokalne zajednice, u cilju sprovođenja pristupa škole koja promoviše zdravlje.</p>	8	<p>Školske zdravstvene usluge</p> <p>Svi učenici imaju pristup sveobuhvatnim zdravstvenim uslugama koje se obavljaju u školi ili su povezane sa školom, a predstavljaju odgovor na njihove fizičke, emocionalne, psihosocijalne i obrazovne zdravstvene potrebe.</p>

U nastavku teksta možete naći detaljniji prikaz strategija za poboljšanje školskog okruženja radi unapređenja mentalnog zdravlja kroz širok dijapazon programa koji se zasnivaju na dokazima.

■ Unapređenje školske atmosfere

Školska atmosfera se odnosi na način na koji učenici, nastavno osoblje, roditelji i drugi pripadnici školske zajednice doživljavaju školsko okruženje. Ona podrazumeva školske norme i vrednosti, odnose unutar školskog okruženja, nastavne i druge didaktičke aktivnosti, školske politike i strukture upravljanja (35).

Uspostavljanje pozitivne i stimulativne školske atmosfere potencijalno utiče na širok dijapazon zdravstvenih ishoda, uključujući i unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata (35) (Okvir sa tekstrom 2.2).

Okvir sa tekstrom 2.2

Program jačanja dokaza na kojima se zasnivaju školske intervencije za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata (SEHER)

Program SEHER ima za cilj poboljšanje školske atmosfere kao načina da se utiče na zdravstvene ishode adolescenata. Glavni deo programa čine aktivnosti u čitavoj školi koje su osmišljene tako da se svakog meseca tokom realizacije projekta fokusiraju na odabrane zdravstvene teme. U te aktivnosti spadaju: osnivanje školskog odbora za unapređenje zdravlja koji se sastoji od učenika, nastavnika, roditelja i školske uprave; aktivnosti na podizanju svesti; sanduče za sugestije i pritužbe; zidne novine; takmičenja; prilagođavanje i usvajanje politika o nasilju u školi i zloupotrebi

opijata. Ove aktivnosti odvijaju se zajedno sa drugim grupnim ili individualnim aktivnostima. Ova intervencija je evaluirana tokom randomizovanog kontrolisanog istraživanja koje je sprovedeno u indijskoj saveznoj državi Bihar. Ono je pokazalo da je intervencija poboljšala atmosferu u školi i imala značajne pozitivne efekte na simptome depresije, na nasilje u školi i na brojne druge ishode povezane sa zdravljem učenika uzrasta od 13 i 14 godina onda kada su je sprovodili savetnici, za razliku od kontrolnih grupa ili verzija iste intervencije koje su sprovodili nastavnici. Ovo je bila prva studija u nekoj zemlji niskih do srednjih prihoda u kojoj se ocenjivala delotvornost intervencija za čitave škole u poboljšanju školske atmosfere i zdravstvenih ishoda adolescenata (35).

■ Povećanje školske bezbednosti

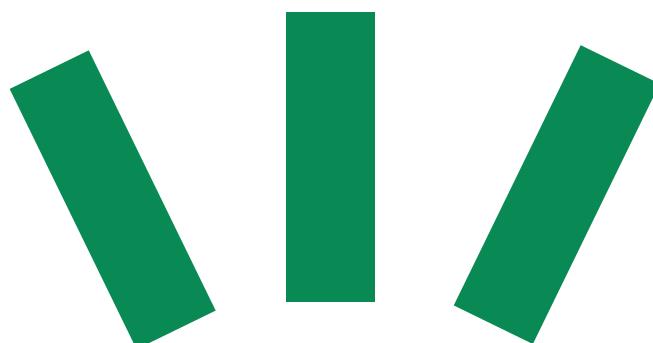
Školska bezbednost se može povećati tako što će se smanjiti nasilni oblici ponašanja u školskom okruženju. Na primer, programi borbe protiv vršnjačkog nasilja fokusiraju se na smanjenje negativnih i povećanje pozitivnih oblika ponašanja (36), a mogu obuhvatati komponente kao što su planiranje discipline, obuka za nastavnike, angažovanje staratelja i poboljšani nadzor. Ovi programi su najuspešniji onda kada koriste pristup koji podrazumeva više nivoa, dopire do učenika, nastavnika i školskog rukovodstva, a za cilj ima promene u ponašanju (37). Prilikom razvoja politika na upravnom nivou mogu se propisati minimalni standardi koji se tiču školskog okruženja, kao i načini na koje se oni realizuju i prate, zajedno sa mehanizmima odgovornosti. Ovi programi se bave različitim modelima ponašanja koji predstavljaju pretnju blagostanju u školama (uključujući nasilje, zloupotrebu opijata i seksualno uzneniranje), kao i elementima infrastrukture koji mogu poboljšati situaciju u školama (npr. plan učionice, rekreativne aktivnosti) (Okvir sa tekstrom 2.3).

Okvir sa tekstrom 2.3

Unapređenje bezbednosti u školi: Program socijalnih veština ViSC

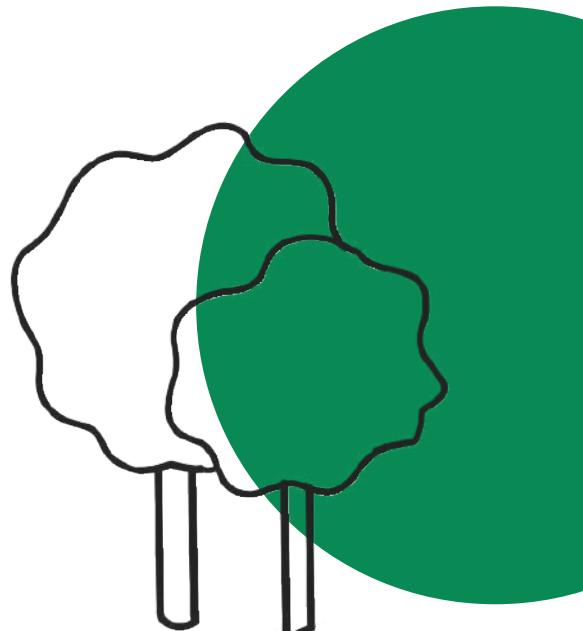
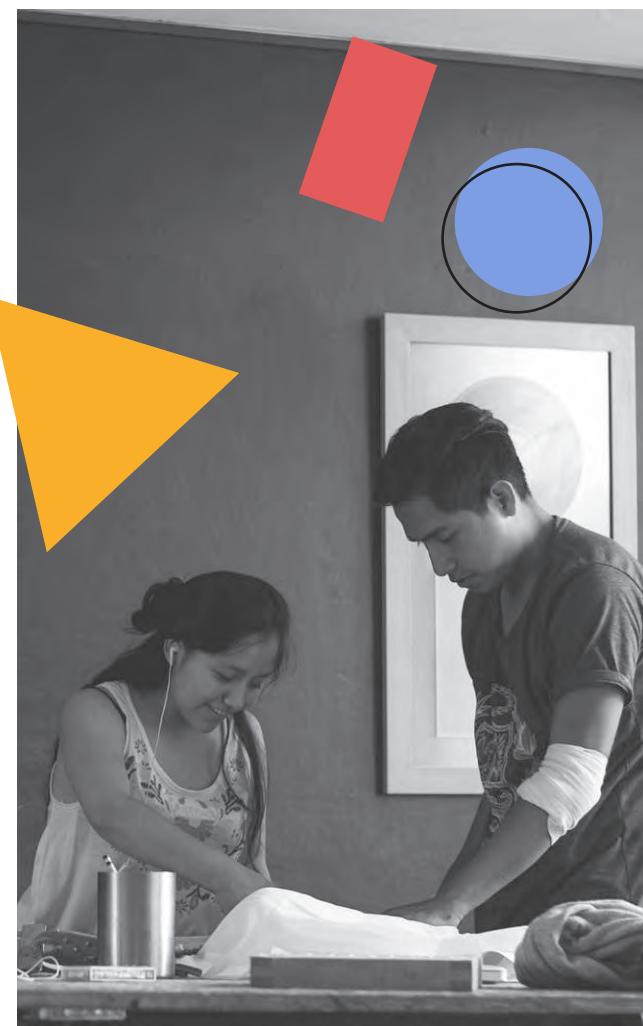
Program ViSC je sproveden u srednjim školama u Austriji sa ciljem da se smanji nivo agresivnih ponašanja i viktimizacije. Pored usmerenosti na individualno ponašanje učenika, program je imao za cilj pokretanje promena na nivou škole kroz unapređenje kompetencija i znanja kod nastavnog osoblja. U fokusu programa bila je odgovornost

škole kao celine u sprečavanju nasilja u školi. Program je sproveden kroz obuke za nastavnike koje su organizovane u školi, a koje su sprovodili ViSC edukatori, kao i putem nastavnog projekta (sa priručnikom) koji su za učenike realizovali nastavnici. Program je obuhvatao sadržaje u vezi sa agresivnim ponašanjem i veštinom rešavanja problema, kao i asertivni trening. Program je evaluiran putem randomizovanog kontrolisanog istraživanja u kome je utvrđeno da je program delotvorno smanjio nivo viktimizacije (38).



■ Unapređenje blagostanja nastavnika

Jednu od ključnih strategija predstavlja realizacija programa za nastavno osoblje u školskom okruženju kojima se unapređuje blagostanje nastavnika (39). Ovi programi mogu da unaprede mentalno zdravlje nastavnika, a još ranije je utvrđeno da je to povezano sa većim socijalnim i emocionalnim blagostanjem učenika (40). Ovo indirektno može pozitivno uticati na blagostanje učenika tako što se nastavnici uče kako da stupaju u delotvornije interakcije sa učenicima tokom časova ili kako da koriste tehnike konstruktivnog upravljanja radom na času (Okvir sa tekstrom 2.4).



Okvir sa tekstrom 2.4

Unapređenje blagostanja nastavnog osoblja: Blagostanje u srednjem obrazovanju (Well-being in Secondary Education – WISE)

Program WISE se fokusira na podršku mentalnom zdravlju nastavnika i na obuke za nastavnike tokom kojih oni uče kako da podrže mentalno zdravlje učenika. Program je ponudio usluge podrške nastavnicima kroz osnivanje grupa za kolegijalnu podršku koje su vodili odabrani nastavnici. Ti nastavnici su završavali obuku koja se tiče mentalnog zdravlja adolescenata i načina kako da se prepozna znakovi i simptomi problema i stresa. Uticaj ovog programa ocenjivan je putem randomizovanog kontrolisanog istraživanja po klasteru u Engleskoj i Velsu, u kome je utvrđeno da je program efikasan kada je u pitanju unapređenje znanja, stavova i samopouzdanja u podršci drugima (41).

■ Unapređenje učešća adolescenata u školskim intervencijama

Vršnjaci kao realizatori školskih programa mogu da unaprede zdrave modele ponašanja i pomognu da se smanje rizična ponašanja kod adolescenata. Adolescenti često bolje reaguju na programe koje sprovode njihovi vršnjaci, jer im oni deluju uverljivije i mogu u većoj meri da ih angažuju nego odrasli koji sprovode edukaciju i obuku za unapređenja veština (42). Ovi programi pružaju učesnicima priliku da oblikuju pozitivne modele ponašanja za poboljšanje zdravstvenih ishoda. Vršnjački lideri koji demonstriraju pozitivne modele ponašanja (npr. prosocijalno ponašanje) mogu da povećaju domaćaj pozitivnog ponašanja putem adolescentskih socijalnih mreža (Okvir sa tekstrom 2.5) (43).

Okvir sa tekstrom 2.5

Unapređenje participacije adolescenata u intervencijama: Izvor snage (Source of Strength – SOS)

SOS je globalni školski program koji ima za cilj unapređenje pozitivnih normi koje se tiču prevencije suicidalnosti (npr. traženje pomoći od odraslih), društvenu povezanost i upotrebu pozitivnih veština snalaženja i suočavanja. SOS sprovode vršnjački lideri iz različitih društvenih grupa, uključujući adolescente u riziku koji su prošli obuku za menjanje normi i ponašanja njihovih vršnjaka kroz jasno definisane aktivnosti slanja poruka. Vršnjački lideri oblikuju modele i podstiču druge učenike:

- 1) da identifikuju „odraslu osobu od poverenja“ kako bi poboljšali komunikaciju između mladih i odraslih;
- 2) da prihvate ideju da adolescenti treba da zatraže pomoć odrasle osobe od poverenja onda kada otkriju vršnjaka koji je sklon samoubistvu i
- 3) da identifikuju i koriste interpersonalne i formalne mehanizme snalaženja i suočavanja.

Efekti SOS programa vrednovani su putem randomizovanog kontrolisanog istraživanja u SAD. Rezultati su pokazali da je program postigao značajan uspeh u percepciji značaja podrške odraslih kod adolescenata sklonih samoubistvu i u pogledu prihvatljivosti traženja pomoći (43).

Okruženje zajednice

Intervencije u zajednici imaju tu prednost što mogu da dopru do adolescenata bez obzira na to da li oni idu u školu ili ne. Učestvovanje u vannastavnim aktivnostima – kao što su sportovi, dramske sekcije i umetničke radionice, omladinski klubovi ili verske grupe – dosledno se povezuje sa poboljšanim mentalnim zdravljem i blagostanjem (44). Usluge u zajednici takođe mogu da igraju važnu ulogu u unapređenju nivoa svesti o mentalnom zdravlju, u smanjivanju stigmatizacije i diskriminacije, u podršci socijalnoj inkluziji i u sprečavanju problema mentalnog zdravlja (45).

Nasuprot tome, kod adolescenata koji žive u zajednicama sa visokim stepenom problema i rizika, a slabim resursima, postoji veća verovatnoća da će imati loše ishode mentalnog zdravlja (46). Adolescenti koji žive

2

u siromašnim zajednicama češće su izloženi nepovoljnim životnim okolnostima nego oni u zajednicama koje imaju visoke prihode (47).

Kod njih postoji veći rizik da će biti izloženi nasilju, bilo kao žrtve bilo kao počinjenici, što može biti pogubno za njihovo mentalno zdravlje (48). Istraživanja su pokazala da život u zajednici sa visokim stepenom problema i rizika, odnosno visokom stopom nasilja, utiče na pojačanje simptoma depresije, anksioznosti i eksternalizovanih poremećaja ponašanja (49, 50). Uobičajene strategije za unapređenje okruženja zajednice opisane su u nastavku teksta (35).



■ Prostori prilagođeni adolescentima

Ova strategija odnosi se na stvaranje alternativnih bezbednih prostora gde se adolescenti mogu baviti svakodnevnim aktivnostima (Okvir sa tekstom 2.6). Prostori prilagođeni adolescentima obično im omogućavaju bezbedno i nadzirano okruženje u kome se mogu baviti širokim dijapazonom rekreativnih, psihosocijalnih i obrazovnih aktivnosti (51). Ovo zahteva posebna razvojno primerena razmatranja, slično onima za prostore prilagođene deci, npr. razmatranje prilika za adolescente da pohađaju i vode programe, i može blagotvorno delovati na fizičko i mentalno zdravlje adolescenata, kao i na njihova obrazovna postignuća (52).

Okvir sa tekstom 2.6

Stvaranje bezbednih prostora za adolescente: prostori prilagođeni adolescentima nakon zemljotresa u Nepalu

Nakon zemljotresa u Nepalu 2015. godine, organizacija Plan International pokrenula je inicijativu da se formiraju prostori prilagođeni deci i adolescentima. Cilj ovih 88 prilagođenih prostora bio je da obezbedi fizički i emocionalno bezbedno okruženje gde bi

oni koji su direktno pogodjeni zemljotresom mogli odmah da dobiju informacije od kojih im zavisi život, zaštitu te obrazovnu i psihosocijalnu podršku. Postepeno su uvođene i strukturirane aktivnosti, poput onih koje su se bavile životnim veštinama i polnim i reproduktivnim zdravljem. Adolescenti su prijavljivali da su prilagođeni prostori doprineli njihovom psihosocijalnom blagostanju i omogućili im da svoja iskustva dele sa drugima (51).

■ Unapređenje izgrađenog okruženja

Treba promovisati održivo planiranje i transport u gradovima kako bi se omogućili bezbedna vožnja bicikla i šetnje te zaštita dece od ambijentalnog i vazdušnog zagadenja (npr. uklanjanje deponija koje se nalaze u blizini škola). Takođe, treba unapredijevati razvoj, poboljšanje i održavanje infrastrukture, uključujući škole, stambene objekte i fizičko okruženje (npr. objekti i prostori u sklopu i u okolini škola i igrališta) kako bi se obezbedilo bezbedno i zdravo fizičko i socijalno okruženje za adolescente. Ovo obuhvata sprečavanje izlaganja sredinskim i razvojnim opasnostima kao što su visok nivo zagadenja vazduha, na otvorenim i u zatvorenim prostorima, smanjenje izloženosti pesticidima, izbegavanje toksičnih hemikalija prilikom gradnje i čišćenja/održavanja proizvoda (npr. boje na bazi olova, azbest) i dostupnost zaklona koji štite od ultraljubičastog sunčevog zračenja (53–55).

Urbanisti i tvorci politika treba da daju prioritet zelenim površinama, kao što su parkovi koji predstavljaju okruženja za relaksaciju i sportske aktivnosti i smanjuju izlaganje buci i zagađenju vazduha, kako bi se zaštitilo mentalno zdravlje populacije, naročito u urbanim zonama (53).

Dostupnost prirodnih okruženja može da omogući i bavljenje fizičkom aktivnošću (54). Zajednice sa zelenim površinama kao što su parkovi i igrališta povezane su sa boljim ishodima mentalnog zdravlja kod odraslih osoba (55), a slični podaci o deci i adolescentima su ograničeni (56).

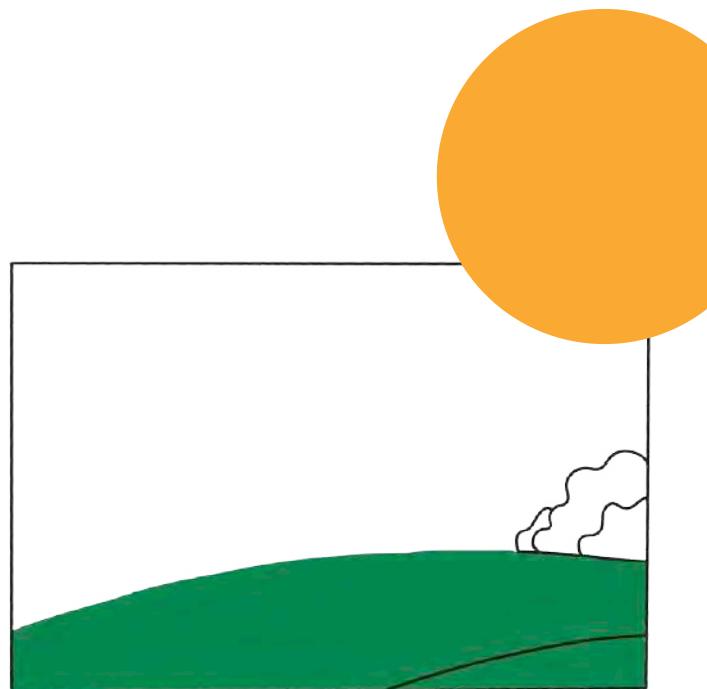
Okruženje na internetu

3

Adolescenti koriste internet na različite načine, uz veoma velike varijacije u pristupu i korisničkim obrascima, a raznovrsne aktivnosti dovode do različitih rizika i koristi (13). Učestvovanje u aktivnostima na internetu, međutim, izlaže adolescente specifičnim rizicima koji mogu negativno uticati na njihovo mentalno zdravlje (17). Na primer, domašaj digitalnog nasilja (*cyberbullying*) veći je od onoga koji ima tradicionalno zlostavljanje, jer poruka može da se prenese u bilo koje vreme. Digitalno nasilje može da podrazumeva često anonimno deljenje ličnih i privatnih informacija (60). Ono se povezuje sa većim brojem negativnih ishoda mentalnog zdravlja i za žrtve i za počinioce. Zaštitni faktori koji deluju protiv digitalnog nasilja jesu empatija i akademski uspeh, dok su za žrtve to samopoštovanje i socijalne veštine (61). Na internetu se takođe javlja i povećani rizik od izlaganja sadržaju koji nije primeren uzrastu. Sa jedne strane, društvene mreže mogu da obezbede prostor adolescentima da se izraze, kao i da istražuju i razvijaju svoj identitet, uključujući rodni identitet i seksualnu orientaciju.

Sa druge strane, uključivanje adolescenata u seksualna ponašanja kao što su razmena seksualno eksplisitnih poruka (*seksting*) i seksualna aktivnost na internetu (*sajberseks*) može biti pogubno ukoliko oni nisu u potpunosti svesni mogućih rizika. Adolescenti su takođe u riziku od veće izloženosti proganjanju na internetu, osvetničkoj pornografiji i seksualnom vrbovanju preko interneta (tzv. *gruming*) od strane odraslih (62). Gledanje nasilne pornografije povezano je sa vršenjem seksualnog nasilja (19). Posebne vrste propagandnog delovanja usmerenog na adolescente na internetu predstavljaju još jedan problem koji izaziva sve veću zabrinutost. Ovo je naročito značajno kada su u pitanju neregulisano reklamiranje alkohola te poruke i slike koje promovišu upotrebu alkohola, što može povećati svest o pojedinim robnim markama i upotrebi alkohola (63).

Za razliku od drugih okruženja, na internet je teško direktno uticati. Ipak, moguće je primeniti veliki broj različitih pristupa kako bi se promovisala zdrava i bezbedna upotreba interneta, kroz aktivnosti namenjene adolescentima, roditeljima i nastavnicima. Ovim pristupima se unapređuju znanja i ponašanja kada je u pitanju korišćenje interneta, razvijaju se veštine uz pomoć kojih se održava zdrav odnos prema korišćenju interneta i stvaraju se virtuelni zidovi kojima se adolescenti štite od nebezbednih aktivnosti i ljudi na internetu (19).



■ Programi obuke za adolescente

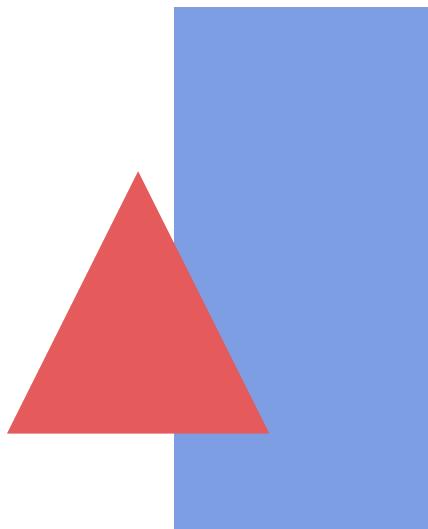
Programi socijalnog i emocionalnog učenja mogu poslužiti za razvoj veština odgovornog i bezbednog korišćenja interneta, za smanjenje izloženosti rizicima na internetu, za edukaciju u vezi sa digitalnim nasiljem te za unapređenje bezbednosti na internetu, digitalnog državljanstva, digitalne bezbednosti i sprovođenja zakona, pored smanjenja digitalnog nasilja i viktimizacije (Okvir sa tekstom 2.7).

Okvir sa tekstom 2.7

Obuka adolescenata za smanjenje digitalnog nasilja: program Asegurate

Program Asegurate je španska školska intervencija koja ima za cilj sprečavanje i smanjenje digitalnog nasilja, digitalne viktimizacije i digitalne agresije. Program intervencije sastoji se od osam seansi, a njih realizuju nastavnici koji su završili obuku za korišćenje didaktičkog paketa Asegurate.

Intervencija se fokusira na komunikaciju, veštine samoregulacije, društvene mreže, ponašanje na internetu, uspostavljanje bezbednih prijateljstava na internetu i zlostavljanje putem interneta. Evaluacija ove intervencije sprovedena je kvazi eksperimentalno, sa dve tačke na kojima su podaci uzorkovani – pre testiranja i posle testiranja. Rezultati ukazuju na značajno smanjenje digitalnog nasilja, digitalne viktimizacije i agresije kod grupe u kojoj je sprovedena intervencija (64).

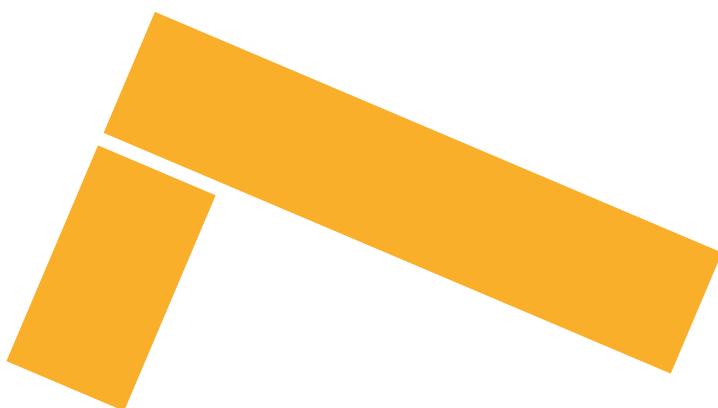


■ Programi obuke za roditelje

Programi za roditelje pružaju podršku starateljima u razvoju veština komunikacije, u uspostavljanju granica i porodičnih rutina te u poštovanju privatnosti adolescenata. Ovi programi mogu imati i dodatni fokus na obučavanje staratelja da unaprede bezbedno korišćenje interneta kod adolescenata, uključujući i aktivne intervencije zaštite adolescenata od ozbiljnih rizika (kao što su nadzor ili držanje uređaja u zajedničkim prostorijama), razvoj porodičnih medijskih planova (npr. odgovarajućih pravila u korišćenju interneta, ograničenja u korišćenju društvenih medija i sl.), ali i na unapređenje veština adolescenata da odgovorno koriste internet i čuvaju privatnost. Ovi programi najbolje funkcionišu onda kada se kombinuje više različitih veština, uključujući aktivni nadzor, ali i kada se pruža podrška adolescentima u razvoju veština za odgovorno korišćenje interneta, kada se društveni mediji koriste zajedno sa adolescentima (65) i kada se podstiče korišćenje interneta radi društvene interakcije (18, 66). Angažovanje staratelja identifikovano je kao ključna stavka u programima borbe protiv digitalnog nasilja, a dalo je i zavidne rezultate (67).

■ Tehnološki alati

Ova strategija odnosi se na upotrebu aplikacija ili internet sajtova koji unapređuju bezbednost na internetu tako što koriste softver za filtriranje i blokiranje (68). Postoji širok dijapazon različitih alata, kao što su mobilne aplikacije koje podrazumevaju kontrolu staratelja (kroz praćenje, ograničenja i aktivno posredovanje), alati za samoregulaciju adolescenata (putem samopraćenja, kontrole impulsa i suočavanja sa rizikom) (69) i alati za jezičku detekciju koji identifikuju i obeležavaju jezik nasilja. Mnogi sajтови društvenih medija imaju sisteme gde adolescenti i drugi korisnici mogu da prijave zlostavljanje i uznemiravanje. Drugi pristupi koji se trenutno razvijaju obuhvataju sisteme prijavljivanja koji koriste veštačku inteligenciju, a kojima se identificiše određeni jezik u vezi sa mentalnim zdravljem, mada i dalje postoje brojni razlozi za zabrinutost u pogledu toga kako se ti programi nadziru i kako se ovako dobijene informacije koriste (69). U Tabeli 2.2 dat je pregled različitih vrsta intervencija, njihovih ciljeva i potencijalnih ishoda.



Kratki pregled pristupa intervencijama u okruženju

Ovi pristupi predstavljaju potencijalno delotvorne i razumne prakse zasnovane na dokazima koje treba da povećaju kvalitet okruženja radi unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja adolescenata.



Tabela 2.2 Kratki pregled intervencija

Škola	Programi kojima se poboljšavaju školska atmosfera, bezbednost, blagostanje nastavnika, angažovanje učenika	Namenjeni Učenicima, nastavnicima i školskoj upravi	Potencijalni ishodi Poboljšani razvoj mentalnog zdravlja (empatije, socijalnih veština, komunikacije, veština suočavanja i prevazilaženja problema), smanjenje intenziteta problema mentalnog zdravlja (depresija, anksioznost), smanjenje rizičnih ponašanja (uključujući nasilje i zlostavljanje), poboljšane socijalne i emocionalne kompetencije nastavnika, bolji odnosi između učenika i nastavnika
Zajednica	Programi kojima se poboljšava okruženje u kome adolescenti žive i socijalizuju se (uključujući mesta prilagođena adolescentima), unapredjenja izgrađenog okruženja, dostupnost zdravih vannastavnih aktivnosti	Namenjeni Adolescentima	Potencijalni ishodi Unapredjeni razvoj mentalnog zdravlja (npr. mehanizmi suočavanja sa problemima i prevazilaženja problema, samoefikasnost), bolje socijalne, emocionalne i kognitivne kompetencije (npr. otpornost, prevazilaženje problema, rešavanje problema, međuljudski odnosi, veštine komunikacije), individualno funkcionisanje
Internet	Programi kojima se unapređuje način na koji adolescenti kontrolišu izlaganje riziku kada koriste internet (između ostalog, i kroz programe obuke za adolescente i staratelje), upotreba tehnoloških alata kojima se smanjuju negativni uticaji na internetu	Namenjeni Adolescentima i njihovim starateljima, zakonodavcima	Potencijalni ishodi Boje mentalno zdravlje (samopoštovanje, empatija, socijalne veštine, komunikacija, veštine suočavanja sa problemima i prevazilaženja problema), više znanja o bezbednosti na internetu, digitalno državljanstvo, digitalna bezbednost, pravni problemi, ograničeno izlaganje rizicima (manje vremena provedenog na internetu, kontakt sa pretnjama na internetu)

Šta najbolje deluje...

Napori da se sprovede ova strategija verovatnije će imati željeni efekat kada se ostvari i sledeće:

1

Politike i zakonski okviri podržavaju inicijative kojima se unapređuje i štiti mentalno zdravlje adolescenata.

2

Koristi se pristup koji se zasniva na čitavoj vladni i čitavom društvenom, a u kome se različiti sektori angažuju u specifičnim ulogama uz uspostavljene mehanizme za koordinaciju.

3

Različiti sektori su senzibilisani na potrebe adolescenata, naročito kada su usluge osmišljene tako da odgovore na potrebe mlađe dece ili odraslih.

4

Ima dovoljno finansijskih sredstava u svim sektorima da se obezbede uspešan razvoj, realizacija i održivost intervencija za transformisanje okruženja adolescenata. Resurse treba rasporediti pravično kako bi se obezbedila pokrivenost marginalizovanih adolescenata intervencijom.

Odgovarajuća raspodela sredstava treba da bude odgovornost vlada u partnerstvu sa drugim akterima, kao što su razvojne banke, finansijske institucije i privatni sektor (71).

5

Napori su osmišljeni tako da budu održivi tokom vremena: dugoročne intervencije su delotvornije od kratkotrajnih.

6

Intervencije su osmišljene tako da budu intenzivne još u početnoj fazi, a ne da budu ograničene na određene lokacije, kako bi se obezbedio veći obuhvat tokom dužeg vremena.

7

Obavljaju se konsultacije sa adolescentima i oni učestvuju u naporima da se unaprede njihova okruženja.

Vežba za fokusiranje

Na trenutak razmilite o okruženju koje želite da menjate.
Koje su aktivnosti već u toku i šta biste želeli da promenite?

Gde adolescenti provode najviše vremena u ovom okruženju?

U kojim okruženjima su najizloženiji faktorima koji mogu negativno ili pozitivno da utiču na njihovo mentalno zdravlje?

Koји аспекти окруžења или начини на које adolescenti na njih reaguju utiču na mentalno zdravlje adolescenata?

Da li se ovi aspekti okruženja mogu promeniti?
Koje aktivnosti treba preduzeti da bi se oni promenili?

Kakva tehnička podrška i drugi kapaciteti postoje u ovom okruženju?

Koje partnere treba uključiti da bi se realizovale ove promene?
Koјi od tih partnera još uvek nisu aktivno angažovani?

Kako možete da angažujete aktere u zajednici, uključujući adolescente, na poboljšanju okruženja da bi se unapredilo i zaštитilo mentalno zdravlje adolescenata?

Koje uloge imaju drugi sektori? Kako se može pokrenuti i održati multisektorska aktivnost na unapređenju okruženja?

Koje potrebe za obukama, nadzorom i drugim kapacitetima postoje da bi se realizovale promene u odabranom okruženju?

Na koje ishode možete da utičete tako što ćete poboljšati ili pojačati ove elemente?

Kako ćete meriti uticaj programa?



Razmatranja u vezi sa primenom

- Transformacija okruženja radi unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja jeste složena i zavisi od rada sa akterima iz mnoštva različitih konteksta i sektora, koji imaju različite prioritete. Zato je važno uložiti napore u razvoj zajedničke vizije i ishoda od samog početka (72).
- Intervencije treba sprovoditi na različitim nivoima i u različitim kontekstima, uz upotrebu različitih pristupa kako bi se ojačali napor i obezbedila sveobuhvatnost odgovora (73).
- Intervencije treba sprovoditi u kontekstima u kojima se poštuju građanska, politička, ekonomска, socijalna i kulturna prava adolescenata (72).
- Delotvorna promena okruženja zavisi od kolektivne aktivnosti različitih aktera. U mnogim slučajevima, u datom kontekstu već postoje prakse i tradicije za podršku mentalnom zdravlju, mada nisu identifikovane kao takve (72). Važno je obezbediti da napor za promenu okruženja budu kontekstualno i kulturno primereni i ravnopravni (73).
- Treba da postoji dugoročno ulaganje u održivost intervencija i evaluaciju njihovog uticaja (73).

Za više informacija o pristupima realizaciji vidi stranu 127.

Izvori

SZO – Unapređenje mentalnog zdravlja: koncepti, aktuelni dokazi, prakse: zbirni izveštaj
<https://www.who.int/mentalhealth/evidence/en/promotingmhh.pdf>
(pristupljeno 7. marta 2021).

Ministarstvo zdravlja, Škotska – Put ka uspehu: vodič za unapređenje mentalnog zdravlja
<http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/makingithappen.pdf>
(pristupljeno 7. marta 2021).

Centar za zavisnost i mentalno zdravlje – Smernice najboljih praksi u programima unapređenja mentalnog zdravlja dece i mladih
<https://www.porticonetwork.ca/documents/81358/128451/Best+Practice+Guidelines+for+Mental+Health+Promotion+Programs+-+Children+and+Youth/b5edba6a-4a11-4197-8668-42d89908b606>
(pristupljeno 7. marta 2021).

SZO – Školsko zdravlje i zdravlje mladih: Izvori
https://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/
(pristupljeno 7. marta 2021).

SZO – Informativna serija o školskom zdravlju
https://www.who.int/school_youth_health/resources/information_series/en/
(pristupljeno 7. marta 2021).

Deca u vanrednim situacijama – Skup alata
<https://childreninemergencies.org/2016/07/14/example-programme/>
(pristupljeno 7. marta 2021).

Korišćena literatura

1. Jane-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*. 2005;12(2_suppl):9-25.
2. Richter L, Naicker S. A review of published literature on supporting and strengthening child-caregiver relationships (parenting). Arlington (VA): United States Agency for International Development (USAID); 2013.
3. Aldridge JM, McChesney K. The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: a systematic literature review. *Int J Educ Res.* 2018;88:121-45.
4. Smith TK, Connolly F, Prysesci C. Positive school climate: what it looks like and how it happens. Nurturing positive school climate for student learning and professional growth Baltimore (MD): Baltimore Education Research Consortium; 2014 (<https://eric.ed.gov/?id=ED553170>, pristupljeno 7. marta 2021).
5. Sellstrom E, Bremberg S. Is there a "school effect" on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(2):149-55.
6. Shackleton N, Jamal F, Viner R, Dickson K, Hinds K, Patton G et al. Systematic review of reviews of observational studies of school-level effects on sexual health, violence and substance use. *Health Place.* 2016;39:168-76.
7. Reaves S, McMahon SD, Duffy SN, Ruiz L. The test of time: a meta-analytic review of the relation between school climate and problem behavior. *Aggress Violent Behav.* 2018;39:100-8.
8. Magzamen S, Mayer AP, Barr S, Bohren L, Dunbar B, Manning D et al. A multidisciplinary research framework on green schools: infrastructure, social environment, occupant health, and performance. *J Sch Health.* 2017;87(5):376-87.
9. Petersen I, Evans-Lacko S, Semrau M, Barry MM, Chisholm D, Gronholm P et al. Promotion, prevention and protection: interventions at the population- and community-levels for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:30.
10. What is a health promoting school? Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/health-promoting-schools/overview/en/>, pristupljeno 7. marta 2021).
11. Caughy MO, Nettles SM, O'Campo PJ, Lohrfink KF. Neighborhood matters: racial socialization of African American children. *Child Dev.* 2006;77(5):1220-36.
12. Ballard PJ, Syme SL. Engaging youth in communities: a framework for promoting adolescent and community health. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(2):202.
13. de Calheiros Velozo J, Stauder J. Exploring social media use as a composite construct to understand its relation to mental health: a pilot study on adolescents. *Child Youth Serv Rev.* 2018;91:398-402.
14. Banyai F, Zsila A, Kiraly O, Maraz A, Elekes Z, Griffiths MD et al. Problematic social media use: results from a large-scale nationally representative adolescent sample. *PLoS One.* 2017;12(1).
15. Coyne SM, Padilla-Walker LM, Holmgren HG, Stockdale LA. Instagrowth: a longitudinal growth mixture model of social media time use across adolescence. *J Res Adolesc.* 2019;29(4):897-907.
16. Lee AR, Horsley JS. The role of social media on positive youth development: an analysis of 4-H Facebook page and 4-H'ers' positive development. *Child Youth Serv Rev.* 2017;77:127-38.
17. O'Keeffe GS, Clarke-Pearson K. The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics.* 2011;127(4):800-4.
18. Sarriera JC, Abs D, Casas F, Bedin LM. Relations between media, perceived social support and personal wellbeing in adolescence. *Soc Indic Res.* 2012;106(3):545-61.
19. Shah J, Das P, Muthiah N, Milanaik R. New age technology and social media: adolescent psychosocial implications and the need for protective measures. *Curr Opin Pediatr.* 2019;31(1):148-56.
20. von der Heiden JM, Braun B, Muller KW, Egloff B. The association between video gaming and psychological functioning. *Front Psychol.* 2019;10:1731.
21. Larson RW, Moneta G, Richards MH, Wilson S. Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Dev.* 2002;73(4):1151-65.
22. Berthelsen D, Hayes N, White SLJ, Williams KE. Executive function in adolescence: associations with child and family risk factors and selfregulation in early childhood. *Front Psychol.* 2017;8:903.
23. Minimum Age Convention, 1973 (No. 138). Geneva: International Labour Organization; 1973 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C138#A1, pristupljeno 24. februara 2021).
24. Worst Forms of Child Labour Convention, 1999 (No. 182). Geneva: International Labour Organization; 1999 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C182, pristupljeno 24. februara 2021).

25. Worst Forms of Child Labour Recommendation, 1999 (No. 190). Geneva: International Labour Organization; 1999 (https://www.ilo.org/dvn/normlex/en/f?p=NORMIFXPUR:12100:0::NO::P12100_ILO_CQDE:R190, pristupljeno 24. februara 2021).
26. Understanding Children's Work. Adolescents in hazardous work. Child labour among children aged 15-17 years. Geneva: International Labour Organization; 2016 (<https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---eddialogue/---labadmin/documents/projectdocumentation/wcms528135.pdf>, pristupljeno 24. februara 2021).
27. Protecting migrant workers during the COVID-19 pandemic. Recommendations for policy-makers and constituents. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_743268.pdf, pristupljeno 24. februara 2021).
28. Jenkins F. McGuinness L. Haines-Saah R. Andres C. Ziemann M-J. Morris J et al. Equipping youth for meaningful policy engagement: an environmental scan. *Health Promot Int.* 2020;35(4):852-86.
29. Rarry MM. Clarke AM. Jenkins R. Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *RMC Public Health.* 2013;13:835.
30. Kieling C. Baker-Henningham H. Relfer M. Conti G. Frtem I. Omigbodun O et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet.* 2011;378(9801):151-25.
31. Wells J. Barlow J. Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Educ.* 2003;103(4):197-220.
32. Harden A. Rees R. Shepherd J. Rrunton G. Oliver S. Oakley A. Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators. London: Institute of Education; 2001.
33. Making every school a health promoting school 2020. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/making-every-school-a-health-promoting-school/en/, pristupljeno 7. marta 2021).
34. Global standards for health promoting schools and their implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.rsu.lv/sites/default/files/book_download/9789240011069-eng.pdf, pristupljeno 24. februara 2021).
35. Shinde S. Weiss HA. Varghese R. Khandeparkar P. Pereira R. Sharma A et al. Promoting school climate and health outcomes with the SFHFR multi-component secondary school intervention in Rihar, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2018;392(10163):2465-77.
36. Sprague J. Walker H. Creating schoolwide prevention and intervention strategies. Portland (OR): Northwest Regional Educational Laboratory; 2002 (<https://www.oio.gov/odffiles/oiido/book1.pdf>, pristupljeno 7. marta 2021).
37. Sprague JR. Walker HM. Safe and healthy schools: practical prevention strategies. New York (NY): Guilford Press; 2005.
38. Yanagida T Strohmeier D. Spiel C. Dynamic change of aggressive behavior and victimization among adolescents: effectiveness of the ViSC program. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019;48(sup1):S90-104.
39. Iancu AE, Rusu A, Maroiu C, Pacurari R, Maricuțoiu LP. The effectiveness of interventions aimed at reducing teacher burnout: a meta-analysis. *Fduc Psychol Rev.* 2018;30(2):373-96.
40. Harding S. Morris R. Gunnell D. Ford T Hollingworth W. Tilling K et al. Is teachers' mental health and wellbeing associated with students' mental health and wellbeing? *J Affect Disord.* 2019;242:180-7.
41. Kidger J. Stone T. Tilling K. Rockman R. Campbell R. Ford T et al. A pilot cluster randomised controlled trial of a support and training intervention to improve the mental health of secondary school teachers and students - the WISF (Wellbeing in Secondary Education) study. *RMC Public Health.* 2016;16(1):1060.
42. Libby M. Rosen M. Sedonaen M. Building youth-adult partnerships for community change: lessons from the youth leadership institute. *J Community Psychol.* 2005;33(1):111-20.
43. Wyman PA. Brown CH. LoMurray M. Schmeelk-Cone K. Petrova M. Yu Q et al. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health.* 2010;100(9):1653-61.
44. Sabo D. Miller KF. Melnick MJ. Farrell MP. Barnes GM. High school athletic participation and adolescent suicide: a nationwide US study. *Int Rev Sociol Sport.* 2005;40(1):5-23.
45. Hull P. Kilbourne R. Reece M. Husaini R. Community involvement and adolescent mental health: moderating effects of race/ethnicity and neighborhood disadvantage. *J Community Psychol.* 2008;36(4):534-51.
46. Wickrama KAS. Ryant CM. Community context of social resources and adolescent mental health. *J Marriage Fam.* 2003;65(4):850-66.
47. Tracy M. Zimmerman FJ. Galea S. McCauley F. Vander Stoep A. What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms? *J Psychiatr Res.* 2008;42(14):1163-75.
48. Dashiff C. DiMicco W. Myers R. Sheppard K. Poverty and adolescent mental health. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2009;22(1):23-32.
49. Fitzpatrick KM, Wright DR, Piko BF, LaGory M. Depressive symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American adolescents. *Am J Orthopsychiatry.* 2005;75(2):262-74.

50. Buckner JC, Beardslee WR, Bassuk EL. Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *Am J Orthopsychiatry*. 2004;74(4):413-23.
51. Child and adolescent friendly spaces. Providing child protection and education in emergencies: a case study from the Nepal 2015 earthquake response. Woking: Velika Britanija Plan International; 2016 (<https://plan-international.org/publications/child-and-adolescent-friendly-spaces-after-2015-nepal-earthquake>, pristupljeno 7. marta 2021).
52. Programme guidance for the second decade: programming with and for adolescents New York (NY): UNICEF; 2018 (<https://www.unicef.org/media/57336/file>, pristupljeno 7. marta 2021).
53. Childhood lead poisoning. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/ceh/publications/childhoodpoisoning/en/>, pristupljeno 22. marta 2021).
54. Air pollution and child health: prescribing clean air. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/ceh/publications/air-pollution-child-health/en/>, pristupljeno 22. marta 2021).
55. Sun protection and schools: how to make a difference. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://www.who.int/uv/publications/sunschools/en/>, pristupljeno 22. marta 2021).
56. Bratman GN, Anderson CB, Berman MG, Cochran B, de Vries S, Flanders J et al. Nature and mental health: an ecosystem service perspective. *Sci Adv*. 2019;5(7):eaax0903.
57. Watts LK, Wagner J, Velasquez B, Behrens PI. Cyberbullying in higher education: a literature review. *Comput Human Behav*. 2017;69:268-74.
58. Zych I, Ttofi MM, Llorent VJ, Farrington DP, Ribeaud D, Eisner MP. A longitudinal study on stability and transitions among bullying roles. *Child Dev*. 2020;91(2):527-45.
59. Eleuteri S, Saladino V, Verrastro V. Identity, relationships, sexuality, and risky behaviors of adolescents in the context of social media. *Sex Relation Ther*. 2017;32(3-4):354-65.
60. Critchlow N, MacKintosh AM, Thomas C, Hooper L, Vohra J. Awareness of alcohol marketing, ownership of alcohol branded merchandise, and the association with alcohol consumption, higher-risk drinking, and drinking susceptibility in adolescents and young adults: a cross-sectional survey in the UK. *BMJ Open*. 2019;9(3):e025297.
61. Del Rey R, Ortega-Ruiz R, Casas JA. Asegurate: an intervention program against cyberbullying based on teachers' commitment and on design of its instructional materials. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):434.
62. Velki T Jagodic GK. Testing the moderating role of social context on media violence effect in the case of peer aggression among adolescents. *Studia Psychologica*. 2017;59(1):34-49.
63. Padilla-Walker LM, Coyne SM, Kroff SL, Memmott-Elison MK. The protective role of parental media monitoring style from early to late adolescence. *J Youth Adolesc*. 2018;47(2):445-59.
64. Hutson E, Kelly S, Militello L. Systematic review of cyberbullying interventions for youth and parents with implications for evidence-based practice: cyberbullying interventions for individual youth and parents. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;15.
65. Hur J, Gupta M. Growing up in the web of social networking: adolescent development and social media. *Adolesc Psychiatry*. 2013;3(3):233-44.
66. Wisniewski P, Ghosh AK, Xu H, Rosson MB, Carroll JM. Parental control vs. teen self-regulation: is there a middle ground for mobile online safety? *Proceedings of the 2017 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing*, 25 February-1 March 2017, Portland (OR): 51-69.
67. Barnett I, Torous J. Ethics, transparency, and public health at the intersection of innovation and Facebook's suicide prevention efforts. *Ann Intern Med*. 2019;170(8):565-6.
68. Adolescents and a sustainable future: an investment opportunity for the private sector. Geneva: UNICEF; 2019 (<https://www.unicef.org/media/59011-file>, pristupljeno 7. marta 2021).
69. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286>, pristupljeno 7. marta 2021).
70. Best practice guidelines for mental health promotion programs: Children (7-12) & youth (13-19). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2014 (<https://www.porticonetwork.ca/web/camh-hprc/resources/best-practice-guidelines-for-mental-health-promotion-programs>, pristupljeno 7. marta 2021).
71. Adolescents and a sustainable future: an investment opportunity for the private sector. Geneva: UNICEF; 2019 (<https://www.unicef.org/media/59011-file>, pristupljeno 7. marta 2021).
72. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286>, pristupljeno 7. marta 2021).
73. Best practice guidelines for mental health promotion programs: Children (7-12) & youth (13-19). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2014 (<https://www.porticonetwork.ca/web/camh-hprc/resources/best-practice-guidelines-for-mental-health-promotion-programs>, pristupljeno 7. marta 2021).

Strategija 3

Podrška starateljima

Cilj

Obezbediti da staratelji dobiju podršku kako bi mogli da unapređuju i štite mentalno zdravlje adolescenata i smanje njihovo učestvovanje u rizičnim ponašanjima.



Obrazloženje

Staranje o adolescentima je složen poduhvat koji zahteva stalna prilagođavanja kako bi se odgovorilo na potrebe adolescenata dok sazrevaju i dobijaju više autonomije. Uprkos promenama u ulogama i odnosima, staratelji zadržavaju primarnu ulogu u unapređenju i zaštiti blagostanja adolescenata. Pozitivni odnosi sa starateljima tokom adolescencije mogu imati veoma veliki uticaj na razvoj adolescenata i ishode mentalnog zdravlja koji se održavaju i tokom zrelog doba, pa čak prenose i kroz generacije (1).

Snažan uticaj na staratelje i adolescente, kao i na starateljski odnos, ima čitav dijapazon međusobno povezanih i potpornih sredinskih, društvenih i političkih faktora (2). Među njima su siromaštvo i nejednakost, rodne norme, pristup obrazovnim i zdravstvenim uslugama, kao i izloženost nasilju i konfliktima. Staratelji mogu da deluju kao tampon-zona protiv negativnih uticaja u problematičnim kontekstima (2). Međutim, staratelji koji žive u problematičnim okolnostima i sami doživljavaju visok nivo stresa, pa je i njima potrebna podrška (3).

Čvrsti dokazi ukazuju na to da intervencije podrške starateljima mogu da unaprede i zaštite mentalno zdravlje adolescenata (4). Programi podrške roditeljstvu mogu da unaprede blagostanje staratelja, da povećaju osnovna znanja staratelja o mentalnom zdravlju, kao i da omoguće starateljima da jačaju roditeljske veštine, uvežbavaju nove veštine i osnaže se da ih praktikuju (4). Takvi programi takođe omogućavaju da se unapredi porodično okruženje za adolescente, da se ojača socijalna podrška i da se radi na faktorima rizika koji se odnose na rod. Svi staratelji (i njihova deca adolescenti) imaju koristi od ovakve podrške, ali nije svim starateljima potreban isti nivo ili intenzitet intervencije, a potrebe mogu vremenom da se menjaju i evoluiraju.



Pristupi

Intervencije se mogu definisati kao:

Univerzalne intervencije

onda kada im je namena da koriste svim starateljima

Ciljane intervencije

onda kada su osmišljene da dopru do svih ugroženih staratelja ili staratelja ugroženih adolescenata i da im budu od koristi

Indikovane intervencije

onda kada su namenjene starateljima ili adolescentima sa simptomima poremećaja mentalnog zdravlja (Slika 3.1)

Psihosocijalne intervencije za podršku starateljima u pogledu njihove sposobnosti da unapređuju mentalno zdravlje adolescenata mogu da se razlikuju po sadržaju i pristupima sprovođenju, u zavisnosti od specifične konstelacije faktora zaštite i faktora rizika kojima su izloženi adolescenti i staratelji, stilova i praksi roditeljstva, pola/roda i uzrasta adolescenata, kao i od dostupnosti drugih resursa vezanih za mentalno zdravlje u lokalnom okruženju.

Ipak, može se identifikovati nekoliko zajedničkih ciljeva kada su u pitanju psihosocijalne intervencije unapređenja mentalnog zdravlja adolescenata koje su namenjene starateljima. Ključni faktori koji se vezuju za unapređenje mentalnog zdravlja i smanjenje rizičnih ponašanja kod adolescenata obuhvataju:

Odnos i komunikaciju između staratelja i adolescente

Mentalno zdravlje staratelja

Pozitivne roditeljske veštine, uključujući strategije pozitivnog disciplinovanja

Porodičnu koheziju

Porodičnu društvenu mrežu (5–7)

Intervencije namenjene starateljima adolescenata koje imaju za cilj unapređenje ili zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata treba da sadrže neku od komponenti iz Tabele 3.1. Takvi programi podrške starateljima i izgradnje roditeljskih veština trebalo bi da daju prioritet jačanju kompetencija staratelja i da se temelje na njihovim veštinama i jakim stranama (8–10).

Univerzalne

Svi staratelji

Ciljane

Staratelji adolescenata kod kojih postoje poznati faktori rizika; staratelji koji su ugroženi ili izloženi rizicima (na ličnom nivou, na porodičnom nivou ili na nivou zajednice)

Indikovane

Staratelji adolescenata sa simptomima poremećaja mentalnog zdravlja

Slika 3.1 Korisnici univerzalnih, ciljanih i indikovanih intervencija podrške starateljima

Tabela 3.1 Dokazi u vezi sa psihosocijalnim intervencijama za staratelje po komponentama

Psihosocijalna komponenta	Dokaz
Podrška za unapređenje stimulativnih porodičnih okruženja	Značaj staratelja je presudan kada adolescenti treba da oseću da ih neko voli, sluša, ceni i podržava u donošenju odluka te kada treba da oseću pripadnost porodici i prihvatanje u porodici. Intervencije kojima se promovišu veće uključivanje staratelja u roditeljstvo, više vremena provedenog u prijatnim zajedničkim aktivnostima i strategije kojima se uspostavljaju struktura, granice, nadzor i praćenje na načine koji su prikladni razvojnog stadijumu adolescenata, mogu pozitivno uticati na ishode mentalnog zdravlja adolescenata (6).
Veštine kojima se jačaju komunikacija i odnosi između staratelja i adolescenata	Pokazalo se da intervencije kojima se poboljšavaju veštine komunikacije staratelja, a naročito veština komunikacije između staratelja i adolescenata, poboljšavaju odnose između adolescenata i staratelja, a pozitivno utiču i na ishode mentalnog zdravlja adolescenata, uključujući više samopouzdanja (11) i samopoštovanja (12) kod njih, bolje socijalno funkcionisanje (13) i manje zdravstvenih problema (12). Onda kada se odnos između staratelja i adolescenata odvija uz primetnu toplinu i emocije, poboljšavaju se i mentalno zdravlje adolescenata i ishodi za staratelje (14).
Jačanje veština pozitivnog roditeljstva i zaštite adolescenata od izloženosti nasilju, uključujući i previše stroge disciplinske mere	Intervencije sa starateljima mogu da ojačaju i poboljšaju doslednost u korišćenju strategija pozitivnog roditeljstva: više veštine u uspostavljanju granica i pravila, više pohvala i pozitivne afirmacije, a manje surovog kažnjavanja. Ove veštine posreduju poboljšanja u samoefikasnosti, pozitivno blagostanje i smanjenje rizičnih ponašanja kod adolescenata, a mogu doprineti i manjoj izloženosti nasilju i zlostavljanju (9, 14, 15).

Psihosocijalna komponenta

Dokaz

Znanje kojim se unapređuje starateljsko shvatanje mentalnog zdravlja i razvoja adolescenata

Kada staratelji bolje razumeju razvoj adolescenata, tj. psihološke, socijalne i fizičke promene (uključujući i polne/seksualne) koje se dešavaju tokom adolescencije, onda su oni spremniji da pomognu svom adolescentu da se suoči sa promenama, odnosno da pruže podršku mentalnom zdravlju adolescenata (14). Znanje staratelja i njihova percepcija problema mentalnog zdravlja kod adolescenata, zajedno sa pozitivnim stavovima staratelja kada je u pitanju traženje stručne pomoći, povezani su sa većom verovatnoćom da će adolescent koristiti odgovarajuće usluge (16). Samopovređivanje i samoubistva zahtevaju dodatna istraživanja, ali postoje neki dokazi da obuka staratelja može dovesti do boljeg poznavanja fenomena samoubistva, mada ne i do prepoznavanja rizika od suicida (17).

Veštine kojima se unapređuju mentalno zdravlje i blagostanje staratelja

Intervencije kojima se smanjuje stres kod staratelja i pruža podrška njihovom mentalnom blagostanju, osim što utiču na psihosocijalno blagostanje staratelja (19), imaju i potencijal da pozitivno utiču na ishode mentalnog zdravlja adolescenata (18). Intervencije mogu obuhvatiti obuku staratelja u praksama samopomoći i zaštite, uključujući i delotvorne strategije suočavanja sa problemima i prevazilaženja problema (20), a mogu se koristiti bihevioralni, kognitivni ili multimodalni pristup (19).

Kod staratelja koji i sami imaju značajne poteškoće u pogledu mentalnog zdravlja ili zloupotrebe opijata, izuzetno je važno da i sami dobiju odgovarajuće lečenje/tretman, prema preporukama Vodiča za intervencije mhGAP Svetske zdravstvene organizacije (21). Podrška starateljima koji imaju poteškoće sa mentalnim zdravljem takođe je identifikovana kao važan faktor u zaštitnim intervencijama (22) kako bi se obezbedilo da oni na adekvatan način nadgledaju i prate svoje dete.

Podrška porodičnoj društvenoj mreži

Unapređenje društvene podrške i povezanosti u zajednici postaje važan element programa za podršku starateljima, a pozitivno deluje na mentalno zdravlje staratelja, veštine staratelja i mentalno blagostanje adolescenata. (10).

Univerzalne intervencije

Programi koji se sprovode univerzalno predstavljaju primarno sredstvo prevencije, osmišljeno za sve staratelje, bez obzira na njihov status ugroženosti. To znači da nisu potrebna posebna sredstva kako bi se obezbedilo njihovo delotvorno usmeravanje na osnovu izloženosti riziku. Univerzalne intervencije (Okviri sa tekstom 3.1 i 3.2) mogu da pomognu u unapređenju znanja i veština svih staratelja, mogu da utiču na društvene norme i da poboljšaju podršku zajednice za staranje o adolescentima.

Okvir sa tekstom 3.1

Poboljšanje odnosa između adolescenata i staratelja: Program za jačanje porodica (Strengthening Families Programme – SFP)

SFP je program obuke u porodičnim veštinama koji se zasniva na dokazima, a razvijen je u SAD (23). SFP ima za svrhu unapređenje kvaliteta odnosa između staratelja i adolescenata, smanjenje strogog kažnjavanja od strane staratelja, veću upotrebu pozitivnog upravljanja ponašanjem i bolje funkcionisanje porodice. Taj program u zajednici mogu da sprovode edukatori koji nisu specijalizovani za to, ali koji su prošli obuku i čiji se rad prati, i to u 12 nedeljnih seansi za staratelje i 12 nedeljnih seansi za adolescente. Komponente programa SFP koje podrazumevaju intervenciju sa

starateljima obuhvataju stvaranje toplih odnosa punih ljubavi, uspostavljanje čvrstih i jasnih ograničenja (pravila protiv antisocijalnog ponašanja, uključujući upotrebu alkohola i droga), kao i praćenje emocionalnog blagostanja i aktivnosti adolescenata. Program SFP je evaluiran u devet randomizovanih kontrolisanih istraživanja u Australiji, Kanadi, Italiji, Holandiji, Španiji, Švedskoj, Tajlandu, Velikoj Britaniji i SAD, kao i sa porodicama migranata. Program se povezuje sa višim kvalitetom odnosa između staratelja i adolescenata, većom funkcionalnošću porodica i manjim stepenom surovog kažnjavanja u cilju disciplinovanja (16).

Više informacija potražite ovde:
<https://strengtheningfamiliesprogram.org/>
(pristupljeno 8. marta 2021).

Okvir sa tekstom 3.2

Obuka za staratelje i adolescente: Roditeljstvo za celoživotno zdravlje (Parenting for Lifelong Health – PLH) za staratelje i tinejdžere

PLH Teen je program obuke za staratelje i adolescente uzrasta 10–17 godina. Program ima za cilj uspostavljanje stimulativnih odnosa između staratelja i tinejdžera i smanjivanje rizika od nasilja prema tinejdžerima unutar doma i van njega.

On takođe ima za cilj da ojača sposobnost staratelja da obezbede zaštićeno okruženje, kao i zdravlje i blagostanje svojih adolescenata kroz tehnike pozitivnog roditeljstva. Staratelji se podučavaju alternativnim roditeljskim strategijama kako bi se smanjilo problematično ponašanje adolescenata i izbegle surove disciplinske mere kod kuće. Program sprovode obučeni radnici i volonteri u zajednici.

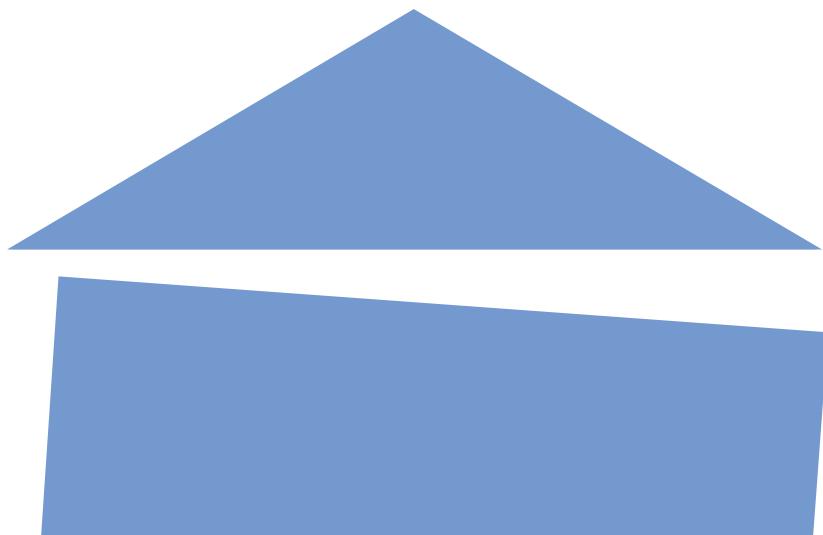
Komponente intervencije PLH obuhvataju učenje o tome kako se uspostavlja kvalitetno vreme za staratelje i adolescente, kako konkretno i trenutno pohvaliti adolescenta, kako se upravlja stresom i besom, kako se uspostavljaju pravila, kako se prihvata odgovornost i reaguje na krize, kao i o

tome kako se pravi budžet, kako se identifikuju rizici i kako se upravlja sukobima. PLH koristi saradnički pristup učenju, u kome se učenje zasniva na aktivnostima, igranju uloga i vežbanju kod kuće. Program se sprovodi u zajednici, uz kućne posete za konsultacije i vršnjačku podršku, u deset nedeljnih seansi za staratelje i tinejdžere zajedno, kao i u odvojenim seansama za staratelje i tinejdžere.

Ovaj program je realizovan u većem broju zemalja (Kamerun, Obala Slonovače, Demokratska Republika Kongo, Haiti, Kenija, Lesoto, Malavi, Filipini, Južna Afrika, Južni Sudan, Svazilend, Ujedinjena Republika Tanzanija, Uganda i Zimbabve).

U ishode programa PLH spadaju: manje zlostavljanja i fizičkog kažnjavanja; unapređenje pozitivnog roditeljstva, učestvovanja staratelja i praćenja; manje zloupotrebe opijata kod odraslih i kod dece; smanjenje stresa, depresije i finansijskog stresa kod staratelja, kao i smanjenje sklonosti staratelja ka fizičkom kažnjavanju; isplativost po slučaju sprečenog zlostavljanja.

Više informacija o ovom programu možete naći ovde: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/PLH_parents_teens/en/ (pristupljeno 8. marta 2021).



Ciljane intervencije

2

Ciljane intervencije osmišljene su za posebne grupe staratelja kojima može koristiti prilagođena podrška, kao što su staratelji adolescentata sa poznatim faktorima rizika ili staratelji koji su i sami u većoj meri izloženi rizicima. Adolescenti sa poznatim faktorima rizika jesu oni na koje je uticao HIV, trudne adolescentkinje ili adolescenti koji imaju decu, kao i oni čiji su staratelji u zatvoru. Staratelji mogu da imaju poteškoće koje imaju negativan uticaj na njihovu starateljsku ulogu ako žive u okruženju u kome se sprovode humanitarne intervencije, ako su žrtve ili bivše žrtve nasilja i zlostavljanja, ako imaju probleme sa mentalnim zdravljem ili zloupotrebom opijata, odnosno neku drugu hroničnu bolest. Nepovoljni sredinski, društveni i politički faktori (kao što su siromaštvo, rasizam, diskriminacija, rodne norme i izloženost sukobima) imaju veoma veliki uticaj na zajednice i porodice, a mogu istovremeno uticati i na staratelje i na adolescente o kojima se oni staraju.

Ciljani programi omogućavaju da se resursi usmere na one koji su izloženi najvećem riziku. Ipak, u nekim okruženjima su potrebni resursi, odnosno sredstva kako bi se utvrdilo ko ispunjava uslove za učestvovanje u ovim programima. Pored toga, ovi programi se moraju realizovati tako da ne doprinose stigmatizaciji porodica koje u njima učestvuju.

■ Staratelji adolescentata izloženih nasilju (i staratelji izloženi nasilju)

Kod staratelja i adolescentata izloženih nasilju postoji rizik od poteškoća vezanih za mentalno zdravlje, uključujući sindrom posttraumatskog stresa i depresiju (24). Pored toga, veća je verovatnoća da će adolescenti u porodicama u kojima dolazi do strogog kažnjavanja i porodičnog nasilja kasnije slične obrasce ponašanja praktikovati sa svojom decom, što i tu decu dovodi u rizik od negativnih ishoda.

Primer pristupa

Za intervencije sa starateljima važno je da ciljano deluju na smanjenje porodičnog nasilja i pruže podršku mentalnom zdravlju i psihosocijalnom blagostanju samih staratelja, pored toga što promovišu veštine pozitivnog roditeljstva.

Veći stepen izbegavanja alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, kao i ekonomsko jačanje porodice takođe mogu da dovedu do smanjenja nasilja prema adolescentima (25).

■ Staratelji adolescenata izloženih siromaštvu (i staratelji izloženi siromaštvu)

Pojedinci izloženi siromaštvu podložniji su problemima sa mentalnim zdravljem (26), što znači da su ugroženi i adolescenti i njihovi staratelji.

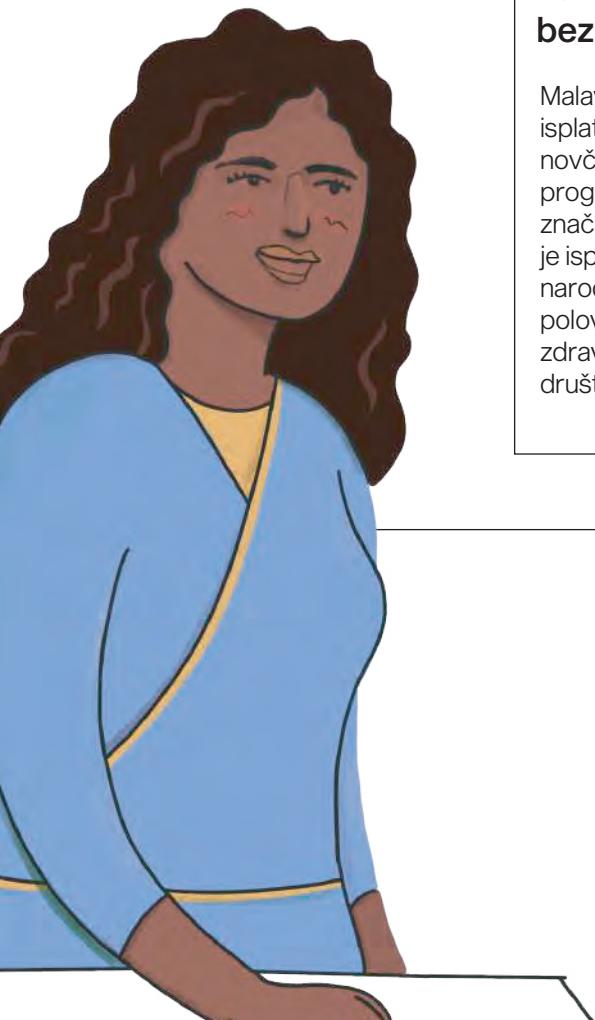
Primer pristupa

Programi bezuslovnih gotovinskih isplata (Okvir sa tekstom 3.3) povezuju se sa boljim ishodima mentalnog zdravlja adolescenata, kao i sa smanjenim stresom kod staratelja (27), a evaluirani su u Malaviju (28), Keniji (29) i Južnoj Africi (30).

Okvir sa tekstom 3.3

Primer strukturne intervencije: Nacionalni program bezuslovnih gotovinskih isplata u Malaviju

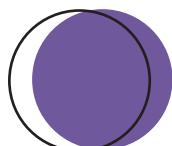
Malavi ima Nacionalni socijalni program bezuslovnih gotovinskih isplata (SPBGI) kojim se veoma siromašnim domaćinstvima pružaju novčana pomoć i vodenje bez uslovljavanja. Evaluacija uticaja ovog programa na mentalno zdravlje mladih pokazala je da je SPBGI značajno unapredio ishode mentalnog zdravlja adolescenata, a kada je ispitivana razlika među polovima, pokazalo se da su od programa naročito veliku korist imale adolescentkinje. Pokazalo se da se bar polovina uticaja SPBGI odnosi na brigu za hranu, obrazovanje, zdravlje, nivo stresa kod staratelja, zadovoljstvo životom, percipiranu društvenu podršku i učešće u teškom ili neprijatnom radu (31).



■ Staratelji adolescenata u humanitarnim okruženjima (i staratelji u humanitarnim okruženjima)

Staratelji i adolescenti izloženi stresorima povezanim sa ratovima, oružanim sukobima i prirodnim katastrofama podložni su poremećajima mentalnog zdravlja (32). Postoje dobro dokumentovani dokazi o uticaju ovih stresora na blagostanje staratelja i o tome kako ti stresori utiču na ponašanje staratelja i mentalno zdravlje dece (32, 33).

Primer pristupa



Intervencije za staratelje koje za cilj imaju poboljšanje psihosocijalnog blagostanja staratelja i jačanje roditeljskih veština mogu biti od koristi i za adolescente u humanitarnim okruženjima (Okviri sa tekstom 3.4 i 3.5) (34, 35). Imajući u vidu teškoće u pogledu pristupa ovoj populaciji i obuhvata, treba razmotriti nove metode diseminacije koje su kratke, jeftine i niskog intenziteta.

Okvir sa tekstom 3.4

Psihosocijalne intervencije za staratelje i adolescente: Jake porodice, Avganistan

Jake porodice (Strong Families), program porodične obuke u Avganistanu, ima za cilj da ojača funkcionisanje porodica i ponašanje dece (35).

Ova intervencija se sprovodi u sedam seansi, od čega su tri seanse za staratelje, dve za decu i adolescente, a dve porodične seanse. Ukupan broj sati kontakta (5) deli se na 3 nedelje.

Teme koje se obrađuju na seansama za staratelje obuhvataju ubičajene stresore za staratelje, upravljanje stresom staratelja, pokazivanje ljubavi, postavljanje ograničenja, slušanje dece, podsticanje dobrog ponašanja i suzbijanje loših modela ponašanja. Adolescenti se uče kako da izadu na kraj sa stresom, pa se sa njima razgovara o pravilima, odgovornostima, o tome čemu teže u budućnosti i o odnosima sa starateljima. Na porodičnim seansama govori se o upravljanju stresom, kao i o veštinama komunikacije, zajedničkim porodičnim vrednostima i zahvalnosti.

Izvodljivost realizacije i delotvornost programa Jake porodice testirane su u pilot-studiji. Starateljke i njihova deca uzrasta 8–12 godina regrutovani su za učestvovanje u školama i centrima za lečenje bolesti zavisnosti. Većina starateljki (preko 90%) prijavila je da je u prošlosti imala iskustvo rata / oružanog sukoba. U programu su učestvovale 72 porodice, a taj broj se održavao sve dok je program trajao. Staratelji su prijavili da su se emocionalni problemi i problematična ponašanja kod dece značajno smanjili, dok se funkcionalnost odnosa između staratelja i deteta povećala nakon intervencije.

Okvir sa tekstom 3.5

Intervencija za podršku starateljima – Severni Liban

Intervencija za podršku starateljima (Caregiver Support Intervention – CSI) ima za cilj smanjenje stresa kod staratelja, poboljšanje psihosocijalnog blagostanja i povećanje kvaliteta starateljskih veština (36, 37).

CSI je psihosocijalna grupna intervencija koja se sastoji od devet seansi, a sprovode je edukatori koji nisu specijalisti. Intervencija je osmišljena

za sve odrasle primarne staratelje dece i adolescenata (uzrasta 3–12 godina) u visoko problematičnim zajednicama. U okviru ovih devet seansi uče se tehnike koje su povezane sa smanjenjem stresa (npr. disanje), kontrolom besom, vizualizacijom i prizemljenjem. Edukatori koji nisu specijalisti prolaze šestodnevnu obuku, imaju podršku na licu mesta i nedeljni nadzor pre nego što počnu da sprovode intervenciju. Program CSI trenutno je u fazi evaluacije putem randomizovanog kontrolisanog istraživanja sa porodicama izbeglica iz Sirije u Severnom Libanu.

■ Staratelji koji žive sa HIV-om i staratelji adolescenata koji žive sa HIV-om

Kod staratelja koji žive sa HIV-om postoji povećani rizik od problema sa mentalnim zdravljem, a ti problemi mogu da utiču na poštovanje antiretroviralne terapije (ART), što pogubno utiče na njihovo fizičko zdravlje. Zbog toga starateljima može biti potrebna dodatna podrška u realizaciji njihovih starateljskih uloga. Staratelji koji žive sa HIV-om ponekad su posebno zabrinuti oko toga da li će u budućnosti biti sposobni da brinu o svojim adolescentima, što može nepovoljno uticati na njihove trenutne starateljske prakse. U slučajevima kada je njihovo dete na rođenju dobilo HIV, staratelji ponekad imaju osećaj krivice, strahuju za budućnost, adolescenti ih krive za svoje stanje i zbog svega toga posledično dolazi do porodičnih tenzija (37).

Primer pristupa

Intervencije za staratelje treba da se fokusiraju na veštine senzibilnog vođenja razgovora između staratelja i adolescenata uz pružanje podrške o temama kao što su bolest, lečenje, tugovanje, polno i reproduktivno obrazovanje i prevencija HIV-a (39).

Pogledajte stranu 127 gde se nalazi povezani odeljak u okviru Strategije 4 – Adolescenti koji žive sa HIV-om.

Okvir sa tekstom 3.6

Psihosocijalna intervencija namenjena starateljima i adolescentima za adolescente pozitivne na HIV: Saradnički program za prevenciju HIV-a i mentalno zdravlje adolescenata (Collaborative HIV Prevention and Adolescent Mental Health Programme – CHAMPS) – Južna Afrika, Tajland i SAD

Program CHAMP je prvo bitno osmišljen kako bi se spričilo širenje HIV virusa među ugroženim mladima i njihovim starateljima u SAD. Program je zatim adaptiran za testiranje u drugim zemljama, uključujući Južnu Afriku i Tajland (40, 41). Modifikovana verzija programa, CHAMP+, predstavlja intervenciju za decu i adolescente pozitivne na HIV i njihove odrasle staratelje. Ona podrazumeva 11 seansi koje se zasnivaju na animiranim filmovima i sprovode se tokom 6 meseci. Seanse se bave:

- 1) komunikacijom između staratelja i dece i procesom odlučivanja;
- 2) nadzorom staratelja i njihovim uključivanjem;
- 3) porodičnom podrškom i
- 4) veštinom dece i adolescenata za rešavanja problema.

Program CHAMP+ je pilotiran u sklopu randomizovanog kontrolisanog istraživanja u Tajlandu. Učesnici programa su bili parovi staratelja i dece koji su bili na tretmanu na četiri klinike. Nasumično je određivano da li će biti deo intervencije ili će dobijati uobičajenu terapiju.

Podaci su prikupljeni od učesnika kroz merenje koje je obavljeno u tri vremenska preseka – na početku intervencije, šest meseci nakon intervencije i devet meseci nakon intervencije, a ispitivani su ishodi koji se tiču mentalnog zdravlja, uzimanja terapije, faktora koji se tiču staratelja, znanja o HIV-u i komunikacije.

Stopa poštovanja terapije i zadržavanja kod učesnika kojima je propisana intervencija bila je 100%. U svakom od vremenskih preseka grupa koja je učestvovala u intervenciji pokazala je značajna poboljšanja u gotovo svim merenim aspektima.



■ Staratelji trudnih adolescentkinja i adolescenti staratelji

Kod trudnih adolescentkinja i adolescentata staratelja postoji veća verovatnoća od problema sa mentalnim zdravljem nego kod odraslih, a veći je i rizik od dugoročnih negativnih ishoda kada su u pitanju društveno-ekonomski status, obrazovanje i zdravlje. Oni su u posebnom riziku od stigmatizacije i od toga da se osećaju kao da nemaju podršku ili da su obesnaženi (42). Utvrđeno je da pozitivni odnosi starateljstva i porodični odnosi igraju zaštitnu ulogu u podršci trudnim adolescentkinjama i mladim roditeljima (43).

Primer pristupa

Intervencije treba da jačaju veštine staratelja da pruže podršku svojoj deci koja su adolescenti tokom značajnih promena do kojih dolazi sa početkom roditeljstva. Ovo podrazumeva podizanje nivoa svesti o određenim problemima mentalnog zdravlja sa kojima mlađi roditelji mogu da se suoče, kao što je postporodajna depresija (44), kao i povezivanje adolescentata sa najvažnijim vrstama podrške i uslugama. Intervencije takođe treba da osnaže staratelje da na senzibilan način vode razgovore pune podrške sa adolescentima o temama kao što su polno i reproduktivno zdravlje (14).

Indikovane intervencije

Indikovani programi fokusiraju se na podršku starateljima adolescentata sa aktuelnim potrebama mentalnog zdravlja ili problemima mentalnog zdravlja u povoju (45).

3

■ Staratelji adolescentata sa emocionalnim problemima (tj. sa postojećim simptomima, ali bez dijagnoze)

Uključivanje staratelja u intervencije kojima se predupređuju problemi sa mentalnim zdravljem kod adolescentata koji imaju emocionalne probleme verovatno će biti od pomoći, naročito kada su u pitanju problemi sa anksioznosću (46, 47).

Primer pristupa

U intervenciji Veštine za emocije u ranoj adolescenciji (Early Adolescent Skills for Emotions – EASE) Svetske zdravstvene organizacije (45) staratelji imaju tri grupne seanse nezavisno od svojih adolescentata. Tokom tih seansi staratelji se informišu o strategijama koje njihova deca uče na odvojenim seansama, a zatim i uče strategije kojima se izbegava strogo kažnjavanje, dok se istovremeno ohrabruju da se brinu za sopstveno blagostanje tako što uče veštine brige o sebi.

■ Staratelji adolescenata sa aktuelnim disruptivnim poremećajima ili poremećajima protivljenja i prkosa (tj. sa postojećim simptomima, ali bez dijagnoze)

Obuka za staratelje i uključivanje staratelja u intervencije namenjene adolescentima agresivnog, disruptivnog ili prkosnog ponašanja predstavljaju delotvorne strategije za smanjenje pojave ovakvih ponašanja i poboljšanje mentalnog zdravlja adolescenata (48).

Primer pristupa

Grupni programi za staratelje (Okvir sa tekstrom 3.7) mogu da umanjuju probleme koje dete ima sa ponašanjem, kao i da utiču na razvoj veština pozitivnog starateljstva u kratkom roku, dok istovremeno smanjuju anksioznost, depresiju i stres kod staratelja (49).

Jačanje komunikacije kod staratelja predstavlja važnu programsku komponentu u intervencijama za roditelje adolescenata sa problemima u ponašanju (5).

Okvir sa tekstrom 3.7

Kratka psihološka edukacija u dve seanse za staratelje u Burundiju nakon rata

Jordans i kolege (2012) sproveli su pilot-studiju za kratki program psihološke edukacije za staratelje u Burundiju (50).

Ova intervencija se sastojala od dve seanse koje su izvedene sa grupama staratelja mlađih adolescenata. Grupa koja je učestvovala u intervenciji evaluirana je kroz merenje simptoma dečije agresije i depresije te merenje socijalne podrške porodici. Intervencija je pozitivno delovala na smanjenje problema ponašanja kod mlađih, ali nije bila delotvorna kada su u pitanju simptomi depresije ili socijalna podrška porodicama. Staratelji su izjavljivali da im je intervencija bila od koristi pri učenju strategija pozitivnog roditeljstva i disciplinovanja.

Kratki pregled primera psihosocijalnih pristupa namenjenih starateljima

Ovi pristupi predstavljaju potencijalno delotvorne i razumne prakse zasnovane na dokazima kada je u pitanju podrška starateljima u unapređenju mentalnog zdravlja, sprečavanju problema mentalnog zdravlja i smanjenju samopovređivanja i drugih rizičnih ponašanja kod njihove dece adolescentskog uzrasta. Ovakve inicijative treba da budu deo sveobuhvatnog plana. U Tabeli 3.2 dato je osam primera.

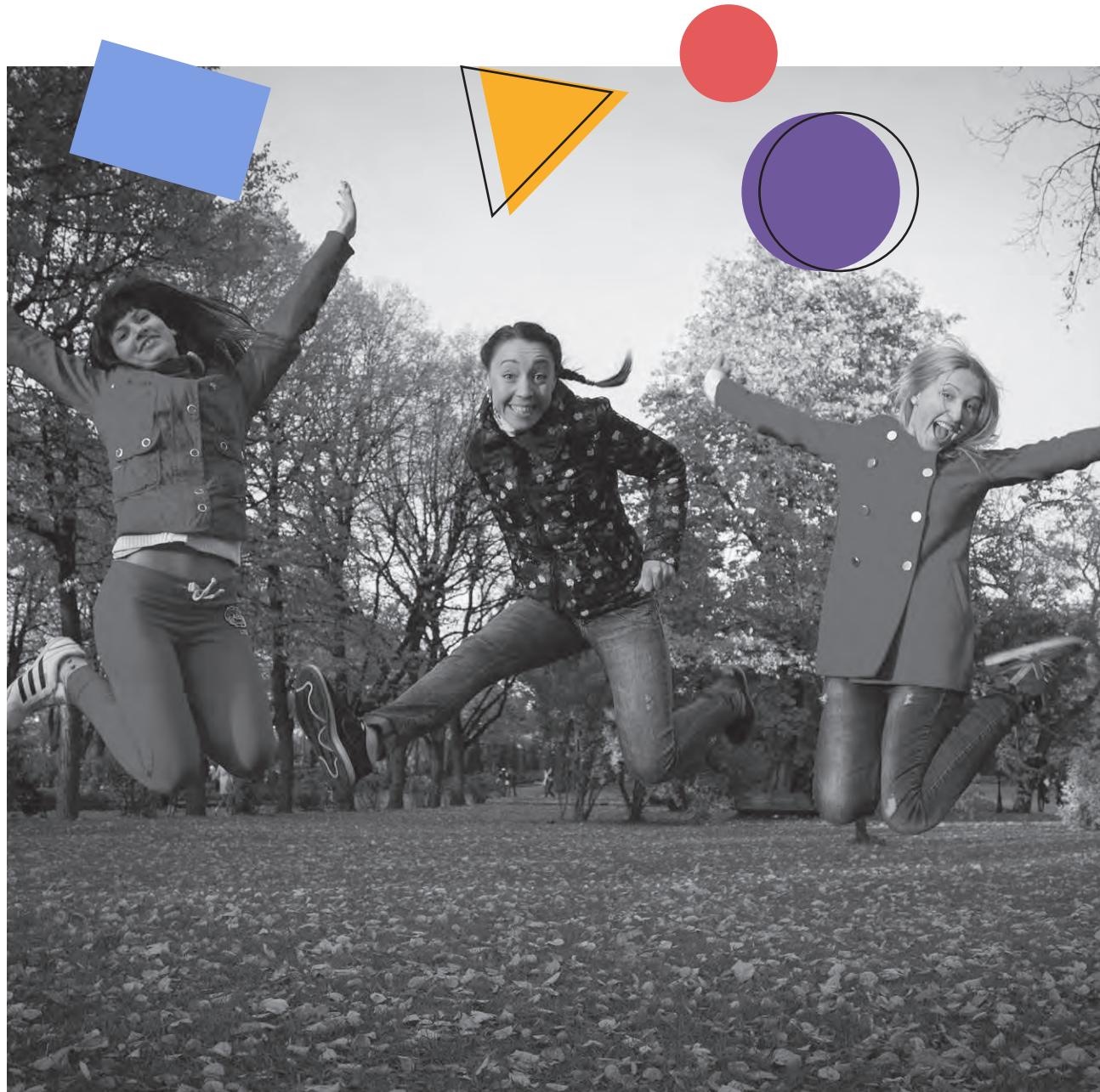


Tabela 3.2 Psihosocijalne intervencije za staratelje

Intervencije za sve staratelje	Informisanje i sticanje veština mogu se obavljati u zajednici ili u sklopu nekog drugog edukativnog, zdravstvenog ili socijalnog programa, kao što su programi životnih veština ili ekonomskog osnaživanja.	Potencijalni ishodi	Primer
Intervencije za staratelje i adolescente sa poznatim faktorima rizika	Informisanje i izgradnja veština mogu se sprovoditi u sklopu psihosocijalnih intervencija za adolescente, u kojima se seanse za staratelje sprovode odvojeno, zajedno ili kombinovano.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Smanjenje depresije ■ Smanjenje samopovređivanja i samoubistava ■ Smanjena upotreba alkohola i droga ■ Unapređenje mentalnog blagostanja ■ Unapređeni odnosi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Roditeljstvo za celoživotno zdravlje, Južna Afrika ■ Program jačanja porodica, Tajland
Intervencije za staratelje i adolescente sa postojećim simptomima	Informisanje i izgradnja veština mogu se sprovoditi u sklopu psihosocijalnih intervencija za adolescente, u kojima se seanse za staratelje sprovode odvojeno, zajedno ili kombinovano. Učesnici moraju da se testiraju kako bi učestvovali u programu.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bolji ishodi za porodice i staratelje ■ Manje emocionalnih poteškoća ■ Više mentalnog blagostanja ■ Smanjenje depresije i anksioznosti ■ Smanjena upotreba alkohola i droga 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nacionalni program bezuslovnih novčanih isplata, Malavi (izloženost siromaštву) ■ Jake porodice, Avganistan (izloženost humanitarnom okruženju) ■ Intervencija podrške starateljima, Severni Liban (izloženost humanitarnom okruženju) ■ CHAMPS, Tajland (adolescenti sa HIV-om)

Šta najbolje deluje...

Pokazalo se da postoji veća verovatnoća da će intervencije podrške starateljima postići željeni efekat:

1

Kada u izradu i realizaciju strategija uključuju staratelje, grupe i lidere u zajednici. Ovo podrazumeva: učestvovanje u savetodavnim odborima (davanje doprinosova tokom čitavog programskog ciklusa, identifikovanje istaknutih lokalnih pojedinaca koji mogu postati pokretači promene u svojim zajednicama), zajedno sa aktivnostima planiranja, finansiranja, realizacije i praćenja, a kako bi se poboljšala uključenost u program i ljudi počeli da ga doživljavaju kao nešto svoje.

2

Kada jačaju i podržavaju platforme u zajednici putem kojih se sprovode intervencije za staratelje. Ovo obuhvata verske organizacije i organizacije u zajednici kao što su ženske grupe te inicijative koje uključuju zdravstvene radnike u zajednici.

3

Kada se planiraju i primenjuju nacionalne strategije komunikacije. One bi trebalo da informišu i osnaže zajednice i porodice da se uključe u intervencije za staratelje.

4

Kada se naprave u skladu sa potrebama porodica i obuhvate verovanja, prakse i prioritete lokalnih staratelja. One se temelje na razumevanju kulturnog i društveno-ekonomskog okruženja i identifikovanju čitavog dijapazona resursa i stresora koji utiču na staratelje, adolescente i njihove međusobne odnose.

5

Kada nude podršku koja odgovara uzrastu i razvojnoj fazi starateljevog adolescente.

6

Kada omogućavaju staratelju da uvežbava nove veštine i dobije povratnu informaciju kroz igranje uloga, opservacije i/ili obuku bez osuđivanja, a obuhvataju strategije kojima se pruža podrška odnosima između odraslih (ili druge dece) u porodici, ukoliko je to potrebno.

7

Kada dopiru do marginalizovanih grupa staratelja i angažuju sve uključene staratelje i starateljke time što otklanjaju prepreke za učestvovanje.

8

Kada integrišu intervencije za staratelje sa intervencijama koje se bave nejednakostima i društveno-ekonomskim determinantama na nivou porodice i zajednice, a naročito sa programima socijalne zaštite i zaštite od siromaštva.

9

Kada obezbede da se unapred utvrde načini za upućivanje i usluge koje postoje. Ovo podrazumeva, na primer, identifikovanje resursa za upućivanje staratelja na tretmane mentalnog zdravlja, ili mere za povećanje prihoda odnosno ekonomsko osnaživanje, ili podršku žrtvama interpersonalnog nasilja.

Vežba za fokusiranje

Pre nego što predete na konkretnе приступе и програме за примену ове стратегије, размислите за тренутак о свом окружењу и ономе што

Какви су ставови и праксе старатеља у вези са менталним здрављем (сопственим и њиховим adolescentata) у вајем контексту?

Колико већина старатеља у вајем окружењу зна о менталном здрављу?

Какви су ставови и верovanja старатеља у погледу старања о adolescentima?

Кojim su stresorima i rizicima izložene porodice?

Šta su društveno-ekonomski determinante lošeg mentalnog zdravlja?

želite да промените. Ово вежбанje можете да обавите individualno ili u grupi.

Šta smatrate glavnim ciljem podrške starateljima i porodicama?

Koje strategije pružaju podršku specifičnim grupama staratelja i adolescentata izloženih rizicima?

Ukoliko se u вајем контексту подршка starateljima već pruža, da li je bilo evaluacije? Šta je ono што функционише? Šta može da se unapredi? Koje strategije se mogu upotrebiti da bi se zajednice uključile u подршку starateljima?

Učešće staratelja se obično opisuje као препрека. Kako se ове препреке могу премостити, односно како да се повећају учешће и обухват? Ukoliko je прикладно, razmotrite rešenja kojima se dopire до marginalizovanih grupa stanovništva.

Na osnovу ових вајих размишљања definišite cilj za jačanje strategije подршке starateljima u вајем контексту.



Razmatranja u vezi sa primenom

Pristupi u sprovođenju

■ Uključivanje staratelja i adolescenata u psihosocijalne intervencije

Neki programi za staratelje podrazumevaju seanse i za staratelje i za adolescente, bilo zajedno ili odvojeno, u zavisnosti od sveobuhvatnih ciljeva programa i sadržaja pojedinih seansi. Psihosocijalne intervencije za staratelje mogu se sprovoditi nezavisno ili istovremeno sa psihosocijalnim intervencijama za adolescente.

■ Okruženje za sprovođenje programa

Kada se uzmu u obzir budući troškovi za rešavanje stanja mentalnog zdravlja, grupne intervencije za staratelje u zajednici pokazuju se kao isplative u zemljama visokih prihoda (50). Kućne posete i integracija intervencija u postojeću zdravstvenu zaštitu takođe predstavljaju izvodljive alternative.

■ Realizatori

Malo je dokaza koji ukazuju na to ko je u najboljoj poziciji da sprovodi programe za staratelje (5). Ipak, u većini okruženja, a naročito u zemljama niskih i srednjih prihoda, najverovatnije je da pružaoci usluga nisu specijalisti (oni su inače nazivaju zdravstveni radnici u zajednici ili neprofesionalni zdravstveni radnici). U zemljama visokih prihoda se većina programa za staratelje koji se zasnivaju na dokazima pri sprovođenju intervencija za staratelje oslanja na profesionalce kao što su psiholozi ili socijalni radnici. Programi koje sprovode nespecijalizovani realizatori u okruženjima u kojima nedostaju resursi, kao što je program Roditeljstvo za celoživotno zdravlje, takođe su se pokazali kao delotvorni (14).

Odabir, obuka i nadzor pružalaca usluga moraju se pažljivo isplanirati u fazi izrade programa kako bi se obezbedili njihov kvalitet i delotvornost. Pružaoci usluga moraju da razumeju razvoj dece i adolescenata, kao i da budu vešti u podučavanju odraslih i delotvornoj interakciji sa porodicama. Pre početka realizacije moraju se uspostaviti i objasniti pravila i ograničenja u vezi sa poverljivošću koja važe za pružaoce usluga

uključene u sprovođenje intervencija za staratelje i adolescente.

Više o kvalitetnom sprovođenju intervencija psihološke i psihosocijalne podrške i povećanju njihovog obima i obuhvata pročitajte u priručniku Ensuring Quality in Psychological Support (EQUIP) Svetske zdravstvene organizacije na adresi: https://www.who.int/mental_health/emergencies/equip/en/ (pristupljeno 8. marta 2021).

■ Prevazilaženje prepreka za učestvovanje staratelja

Od suštinskog je značaja da se dopre do staratelja i da oni u odgovarajućem broju učestvuju u intervenciji.

Postoji mnogo poznatih prepreka za učestvovanje u programima u zajednici, uključujući probleme sa pristupom, brigom o deci, prevozom, troškovima izgubljenog radnog vremena (naročito kada su u pitanju staratelji koji rade u neformalnom sektoru), kao i sa stigmatizacijom mentalnog zdravlja i traženjem zdravstvene pomoći za staratelje (51). Važno je da se u svakom okruženju procene prepreke i da se identifikuju lokalna rešenja, a naročito treba voditi računa o tome da se pristup omogući onim starateljima koji su u najnepovoljnijem položaju.

Postoje dokazi da obezbeđivanje prevoza i fokusiranje na pozitivno i angažovano roditeljstvo mogu uticati na to da više staratelja pohađa programe, dok staratelji kod kojih postoji viši stepen upotrebe alkohola i opojnih droga ili zaposleni staratelji slabije pohađaju ovakve programe (52).

Intervencije sa starateljima bave se osetljivim i ličnim problemima, kao što su ponašanje adolescenata, porodična dinamika, seksualnost adolescenata, rodne uloge i iskustva iz detinjstva samih staratelja. Imajući to u vidu, izuzetno je važno da se poštuje privatnost, da se uzdržava od osuđivanja i da se fokusira na snage i kapacitete staratelja za promenu kako bi se podstakli njihovo učestvovanje i angažovanost.

Izvori

SZO – Roditeljstvo za celoživotno zdravlje za roditelje i tinejdžere (PLH for parents and teens)

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence_child/PLH_parents_teens/en/
(pristupljeno 8. marta 2021).

Kancelarija za drogu i kriminal UN – Jake porodice

https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/Strong_families_Brochure.pdf
(pristupljeno 28. aprila 2021).

Korišćena literatura

1. Letcher P, Greenwood CJ, Romaniuk H, Spry E, Macdonald JA, McAnally H et al. Adolescent and young adult mental health problems and infant offspring behavior: findings from a prospective intergenerational cohort study. *J Affect Disord.* 2020;272:521-8 (<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.101>, pristupljeno 25. aprila 2021).
2. Fazel M, Betancourt TS. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *Lancet Child & Adolescent Health.* 2018;2:121-32 ([https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(17\)30147-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(17)30147-5), pristupljeno 25. aprila 2021).
3. Wade M, Sheridan MA, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA, McLaughlin KA. Environmental determinants of physiological reactivity to stress: the interacting effects of early life deprivation, caregiving quality, and stressful life events. *Dev Psychopathol.* 2020;32:1732-42 (<https://doi.org/10.1017/S0954579420001327>, pristupljeno 25. aprila 2021).
4. Gardner F. Parenting interventions: how well do they transport from one country to another? Florence: UNICEF Office of Research; 2017 (<https://www.unicef-irc.org/publications/886-parenting-interventions-how-well-do-they-transport-from-one-country-to-another.html>, pristupljeno 8. marta 2021).
5. Marcus R, Kruja K, Rivett J. What are the impacts of parenting programmes on adolescents? A review of evidence from low and middle-income countries. London: Gender and Adolescence: Global Evidence; 2019 (<https://www.gage.odi.org/publication/what-are-the-impacts-of-parenting-programming-on-adolescents/>, pristupljeno 24. februara 2021).
6. Janiri D, Doucet GE, Pompili M, Sani G, Luna B, Brent DA et al. Risk and protective factors for childhood suicidality: a US population-based study. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:317-26 ([https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30049-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30049-3), pristupljeno 8. marta 2021).
7. Apsley HB, Padilla-Walker LM. Longitudinal links between parents' mental health, parenting, and adolescents' mental health: Moderation by adolescent sex. *J Fam Psychol.* 2020; 34(7):886-892 (<https://doi.org/10.1037/fam0000788>, pristupljeno 22. marta 2021).
8. Tabak I, Zawadzka D. The importance of positive parenting in predicting adolescent mental health. *J Fam Stud.* 2017;23:(11)-18 (<https://doi.org/10.1080/13229400.2016.1240098>, pristupljeno 22. marta 2021)
9. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prev Sci.* 2013;14:352-63 (<https://doi.org/10.1007/s11121-012-0314-1>, pristupljeno 8. marta 2021).
10. Ruiz-Casares M, Drummond JD, Beeman I, Lach LM. Parenting for the promotion of adolescent mental health: a scoping review of programmes targeting ethnoculturally diverse families. *Health Soc Care Community.* 2017;25(2):743-57 (<https://doi.org/10.1111/hsc.12364>, pristupljeno 28. aprila 2021).
11. Ashwini D, Prakash R, Javalkar P, Thalinja R, Thakaran M, Iyer V et al. Pathways to absenteeism and school dropout among adolescent girls in Koppal Taluka, Karnataka: findings from Sphoorthi Project baseline study. Bangalore: Karnataka Health Promotion Trust; 2017 (<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17038.46403>, pristupljeno 24. februara 2021).
12. McPherson KE, Kerr S, McGee E, Morgan A, Cheater FM, McLean J et al. The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC Psychol.* 2014;2:7 (<https://doi.org/10.1186/2050-7283-2-7>, pristupljeno 8. marta 2021).
13. Pilgrim NA, Blum RW. Adolescent mental and physical health in the English-speaking Caribbean. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;32:62-9 (<https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000700010>, pristupljeno 8. marta 2021).
14. Cluver LD, Meinck F, Steinert JI, Sheniderovich Y, Doubt J, Herrero Romero R et al. Parenting for lifelong health: a pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa. *BMJ Glob Health.* 2018;3:e000539 (<https://doi.org/10.1136/bmigh-2017-000539>, pristupljeno 8. marta 2021).
15. McCoy A, Melendez-Torres GJ, Gardner F. Parenting interventions to prevent violence against children in low- and middle-income countries in East and Southeast Asia: a systematic review and multi-level meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2020;103:104444 (<https://doi.org/10.1016/j.chab.2020.104444>, pristupljeno 8. marta 2021).
16. Tsang YT, Franklin M, Sala-Hamrick K, Kohlberger B, Simon VA, Partridge T et al. Caregivers as gatekeepers: professional mental health service use among urban minority adolescents. *Am J Orthopsychiatry.* 2020;90:328-39 (<https://doi.org/10.1037/ort0000432>, pristupljeno 25. aprila 2021).

17. Torok M, Calear AL, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *J Adolesc.* 2019;73:100-12 (<https://doi.org/10.1016/j.jadolescence.2019.04.005>, pristupljeno 8. marta 2021).
18. Johnson MH, George P, Armstrong MI, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS et al. Behavioral management for children and adolescents: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014;65:580-90 (<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300253>, pristupljeno 8. marta 2021).
19. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;CD002020 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub4>, pristupljeno 8. marta 2021).
20. Hoagwood KE, Cavaleri MA, Olin SS, Burns BJ, Slaton E, Gruttadaro D et al. Family support in children's mental health: A review and synthesis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010;13:1-45 (<https://doi.org/10.1007/s10567-009-0060-5>, pristupljeno 8. marta 2021).
21. mhGAP intervention guide - Version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>, pristupljeno 13. marta 2021).
22. Van Loon LMA, Van de Ven MOM, Van Doesum KTM, Witteman CLM, Hosman CMH. The relation between parental mental illness and adolescent mental health: the role of family factors. *J Child Fam Stud.* 2013;23:1201-14 (<https://doi.org/10.1007/s10826-013-9781-7>, pristupljeno 8. marta 2021).
23. Kumpfer KL, Pinyuchon M, Teixeira de Melo A, Whiteside HO. Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Eval Health Prof.* 2008;31:226-39 (<https://doi.org/10.1177/0163278708315926>, pristupljeno 8. marta 2021).
24. Bunston W, Franich-Ray C, Tatlow S. A diagnosis of denial: how mental health classification systems have struggled to recognise family violence as a serious risk factor in the development of mental health issues for infants, children, adolescents and adults. *Brain Sci.* 2017;7 (<https://doi.org/10.3390/brainsci7100133>, pristupljeno 8. marta 2021).
25. Cluver L, Shenderovich Y, Meinck F, Berezin MN, Doubt J, Ward CL et al. Parenting, mental health and economic pathways to prevention of violence against children in South Africa. *Soc Sci Med.* 2020;262:113194 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113194>, pristupljeno 25. aprila 2021).
26. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2010;71:517-28 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>, pristupljeno 8. marta 2021).
27. Falb KL, Blackwell AH, Stennes J, Annan J. Cash assistance programming and changes over time in ability to meet basic needs, food insecurity and depressive symptoms in Raqqa Governorate, Syria: evidence from a mixed methods, pre-posttest. *PLoS One.* 2020;15:e0232588 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232588>, pristupljeno 8. marta 2021).
28. Baird S, de Hoop J, Ozler B. Income shocks and adolescent mental health. *J Hum Resour.* 2013;48:370-403 (<https://doi.org/10.3386/jhr.48.2.370>, pristupljeno 8. marta 2021).
29. Kilburn K, Thirumurthy H, Halpern CT, Pettifor A, Handa S. Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. *J Adolesc Health.* 2016;58:223-9 (<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.023>, pristupljeno 8. marta 2021).
30. Kilburn K, Hughes JP, MacPhail C, Wagner RG, Gomez-Olive FX, Kahn K et al. Cash transfers, young women's economic well-being, and HIV risk: evidence from HPTN 068. *AIDS Behav.* 2019;23:1178-94 (<https://doi.org/10.1007/s10461-018-2329-5>, pristupljeno 8. marta 2021).
31. Angeles G, de Hoop J, Handa S, Kilburn K, Milazzo A, Peterman A et al. Government of Malawi's unconditional cash transfer improves youth mental health. *Soc Sci Med.* 2019;225:108-19 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.037>, pristupljeno 8. marta 2021).
32. El-Khani A, Ulph F, Peters S, Calam R. Syria: refugee parents' experiences and need for parenting support in camps and humanitarian settings. *Vulnerable Child Youth Stud.* 2018;13:19-29 (<https://doi.org/10.1080/17450128.2017.1372651>, pristupljeno 8. marta 2021).
33. Sim A, Bowes L, Gardner F. Modeling the effects of war exposure and daily stressors on maternal mental health, parenting, and child psychosocial adjustment: a cross-sectional study with Syrian refugees in Lebanon. *Glob Ment Health (Camb).* 2018;5:e40 (<https://doi.org/10.1017/gmh.2018.33>, pristupljeno 8. marta 2021).
34. Miller KE, Jordans MJ. Determinants of children's mental health in war-torn settings: translating research into action. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18:58 (<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0692-3>, pristupljeno 8. marta 2021).

35. Haar K, El-Khani A, Molgaard V, Maalouf W. Afghanistan field implementation team. Strong families: a new family skills training programme for challenged and humanitarian settings: a single-arm intervention tested in Afghanistan. *BMC Public Health.* 2020;20:634 (<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08701-w>, pristupljeno 8. marta 2021).
36. Miller KE, Arnous M, Tossyeh F, Chen A, Bakolis I, Koppenol-Gonzalez GV et al. Protocol for a randomized control trial of the caregiver support intervention with Syrian refugees in Lebanon. *Trials.* 2020;21:277 (<https://doi.org/10.1186/s13063-020-4175-9>, pristupljeno 8. marta 2021).
37. Murphy DA. HIV-positive mothers' disclosure of their serostatus to their young children: a review. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2008;13:105-22 (<https://doi.org/10.1177/1359104507087464>, pristupljeno 8. marta 2021).
38. Mukumbang FC, Knight L, Masquillier C et al. Household-focused interventions to enhance the treatment and management of HIV in low- and middle-income countries: a scoping review. *BMC Public Health.* 2019;19:1682 (<https://doi.org/10.1186/s12889-019-8020-6>, pristupljeno 28. aprila 2021).
39. Bhana A, McKay MM, Mellins C, Petersen I, Bell C. Family-based HIV prevention and intervention services for youth living in poverty-affected contexts: the CHAMP model of collaborative, evidence-informed programme development. *J Int AIDS Soc.* 2010;13 Suppl 2:S8 (<https://doi.org/10.1186/1758-2652-13-S2-S8>, pristupljeno 8. marta 2021).
40. Nestadt DF, Saisaengjan C, McKay MM, Bunupuradah T Pardo G, Lakhonpon S et al. CHAMP+ Thailand: pilot randomized control trial of a family-based psychosocial intervention for perinatally HIV-infected early adolescents. *AIDS Patient Care STDS.* 2019;33:227-36 (<https://doi.org/10.1089/apc.2019.0021>, pristupljeno 8. marta 2021).
41. Osok J, Kigamwa P, Huang KY Grote N, Kumar M. Adversities and mental health needs of pregnant adolescents in Kenya: identifying interpersonal, practical, and cultural barriers to care. *BMC Womens Health.* 2018;18:96 (<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0581-5>, pristupljeno 8. marta 2021).
42. Clarke J It's not all doom and gloom for teenage mothers - exploring the factors that contribute to positive outcomes, *Int J Adolesc Youth.* 2015;20(4):470-84, (<https://doi.org/10.1080/02673843.2013.804424>, pristupljeno 28. aprila 2021).
43. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2018;39:168-75 (<https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1334051>, pristupljeno 8. marta 2021).
44. Ward C, Sanders MR, Gardner F, Mikton C, Dawes A. Preventing child maltreatment in low- and middle-income countries: parent support programs have the potential to buffer the effects of poverty. *Child Abuse Negl.* 2016;54:97-107 (<https://doi.org/10.1016/j.chab.2015.11.002>, pristupljeno 8. marta 2021).
45. Dawson KS, Watts S, Carswell K, Shehadeh MH, Jordans MJD, Bryant RA et al. Improving access to evidence- based interventions for young adolescents: Early Adolescent Skills for Emotions (EASE). *World Psychiatry.* 2019;18:105-7 (<https://doi.org/10.1002/wps.20594>, pristupljeno 8. marta 2021).
46. Cardy JL, Waite P, Cocks F, Creswell C. A systematic review of parental involvement in cognitive behavioural therapy for adolescent anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2020; 23:483-509 (<https://doi.org/10.1007/s10567-020-00324-2>, pristupljeno 28. aprila 2021).
47. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336864>, pristupljeno 24. februara 2021).
48. Furlong M, McGilloway S, Bywater T Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;CD008225 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008225.pub2>, pristupljeno 8. marta 2021).
49. Jordans MJ, Tol WA, Ndayisaba A, Komproe I. A controlled evaluation of a brief parenting psychoeducation intervention in Burundi. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:1851-9 (<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0630-6>, pristupljeno 8. marta 2021).
50. Mihalopoulos C, Sanders MR, Turner KM, Murphy-Brennan M, Carter R. Does the triple P-Positive Parenting Program provide value for money? *Aust N Z J Psychiatry.* 2007;41:239-46 (<https://doi.org/10.1080/00048670601172723>, pristupljeno 8. marta 2021).
51. Gronholm PC, Ford T, Roberts RE, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Mental health service use by young people: the role of caregiver characteristics. *PLoS One.* 2015;10:e0120004 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120004>, pristupljeno 8. marta 2021).
52. Shenderovich Y, Eisner M, Cluver L, Doubt J, Berezin M, Majokweni S et al. What affects attendance and engagement in a parenting program in South Africa? *Prev Sci.* 2018;19:977-86 (<https://doi.org/10.1007/s11121-018-0941-2L>, pristupljeno 8. marta 2021).

Strategija 4

Psihosocijalne intervencije za adolescente

Cilj

Obezbediti da adolescenti imaju koristi od psihosocijalnih intervencija zasnovanih na dokazima



Obrazloženje

Psihosocijalne intervencije kojima se unapređuje razvoj mentalnog zdravlja i sprečavaju problemi mentalnog zdravlja pomažu adolescentima da nauče tehnike koje pozitivno utiču na njihovo ponašanje, misli, osećanja i društvene interakcije. Takve intervencije su širokog dijapazona i mogu da obuhvate, na primer, obuku za sticanje životnih veština u školama, grupne psihološke intervencije, pristupe zasnovane na porodici, programe na internetu za prevenciju anksioznosti i depresije te socijalne intervencije (1).

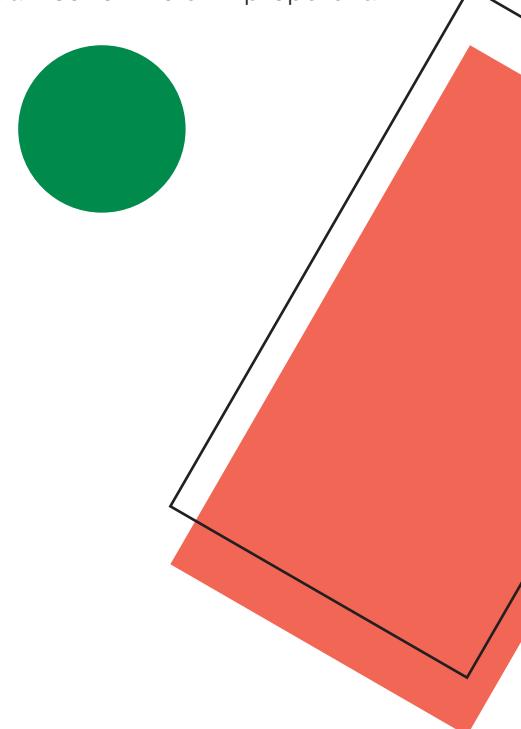
Psihosocijalne intervencije sa adolescentima pružaju im temeljne kognitivne, emocionalne i socijalne veštine u životnom periodu kada se mnoga ponašanja u vezi sa zdravljem usvajaju ili konsoliduju. Otuda ove intervencije mogu da promovišu pozitivan razvoj mlađih, da spreče probleme mentalnog zdravlja i pozitivno utiču na rizična ponašanja kao što su zlostavljanje, samopovređivanje i zloupotreba opijata te na više drugih zdravstvenih ishoda kao što su oni u vezi sa polnim i reproduktivnim zdravljem (2).

Intervencije za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje problema usmerene su na adolescente u grupama ili individualno, često uz uključivanje njihovih staratelja ili porodica. Intervencije se mogu fokusirati na škole, zajednice (npr. izbegličke kampove, kada govorimo o humanitarnom kontekstu), domove zdravlja ili porodične domove. One se takođe mogu sprovoditi na internetu, u digitalnom obliku ili u kombinaciji ova dva načina sprovođenja. Intervencije mogu sprovoditi nastavnici, zdravstveni i nezdravstveni profesionalci, radnici u zajednici, neprofesionalno osoblje ili vršnjaci.

Intervencije se mogu osmisliti tako da dopiru do svih adolescenata ili do odabranih grupa. Intervencije koje se univerzalno sprovode osmišljene su tako da koriste svim adolescentima i najčešće se sprovode u školama. Ciljane intervencije fokusiraju se na pojedince ili zajednice kod kojih postoji rizik od problema mentalnog zdravlja ili od učešća u rizičnim

ponašanjima usled faktora kao što su siromaštvo, izloženost nasilju, zdravstveni status (uključujući HIV i trudnoću) ili migrantski status. Indikovane intervencije su programi za adolescente kod kojih su se već javili simptomi koji se tiču emocija ili ponašanja.

HAT smernice daju preporuke zasnovane na dokazima kada su u pitanju psihosocijalne intervencije kojima se unapređuje mentalno zdravlje, predupređuju poremećaji mentalnog zdravlja te smanjuju samopovređivanje i druga rizična ponašanja među adolescentima (1). U Tabeli 4.1 nalazi se rezime ovih preporuka.



Preporuka

P

Izjava dobre prakse

DP

Broj izjave o najboljoj praksi

NP

Tabela 4.1 Rezime preporuka iz smernice SZO o psihosocijalnim intervencijama za unapređenje mentalnog zdravlja i prevenciju problema kod adolescenata

Vrsta intervencije	Populacija	Preporuke (u kurzivu) i ono što je neophodno razmotriti
Univerzalno unapređenje ili prevencija	Svi, bez obzira na rizike	<p><i>Univerzalne psihosocijalne intervencije pružaju se svim adolescentima. Ovim intervencijama se unapređuje razvoj mentalnog zdravlja; takođe, sprečavaju se i smanjuju samoubilačko ponašanje, poremećaji mentalnog zdravlja (kao što su depresija i anksioznost), agresivno, disruptivno i prkosno ponašanje te zloupotreba opijata.</i></p> <p>Intervencije treba da obuhvataju socijalno i emocionalno učenje, sa komponentama kao što su emocionalna regulacija, rešavanje problema, interpersonalne veštine, svesnost o sadašnjem trenutku, asertivnost i upravljanje stresom (2).</p> <p>Sprečavanje samopovređivanja i samoubistava može se integrisati u programe univerzalne intervencije.</p> <p>Univerzalne intervencije u školama mogu se lakše realizovati, a verovatnoća da izazovu stigmatizaciju može se na taj način smanjiti.</p>
Ciljana prevencija	Adolescenti izloženi uticaju humanitarnih kriza	<p><i>Psihosocijalne intervencije treba da sa realizuju sa svim adolescentima koji su izloženi uticaju humanitarnih kriza.</i></p> <p>Dostupni dokazi ukazuju da su upravljanje stresom, strategije relaksacije i zaštita blagostanja realizatora komponente intervencije koje se najčešće povezuju sa postizanjem rezultata.</p> <p>Kod adolescenata sa visokim stepenom izloženosti traumatizaciji, kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) sa fokusom na traumu pokazala je pozitivne efekte kada je u pitanju smanjenje simptoma depresije, anksioznosti i stresa (3, 4).</p> <p>Grupne KBT intervencije pozitivno utiču na simptome kod drugih adolescenata izloženih stresnim događajima (5).</p>

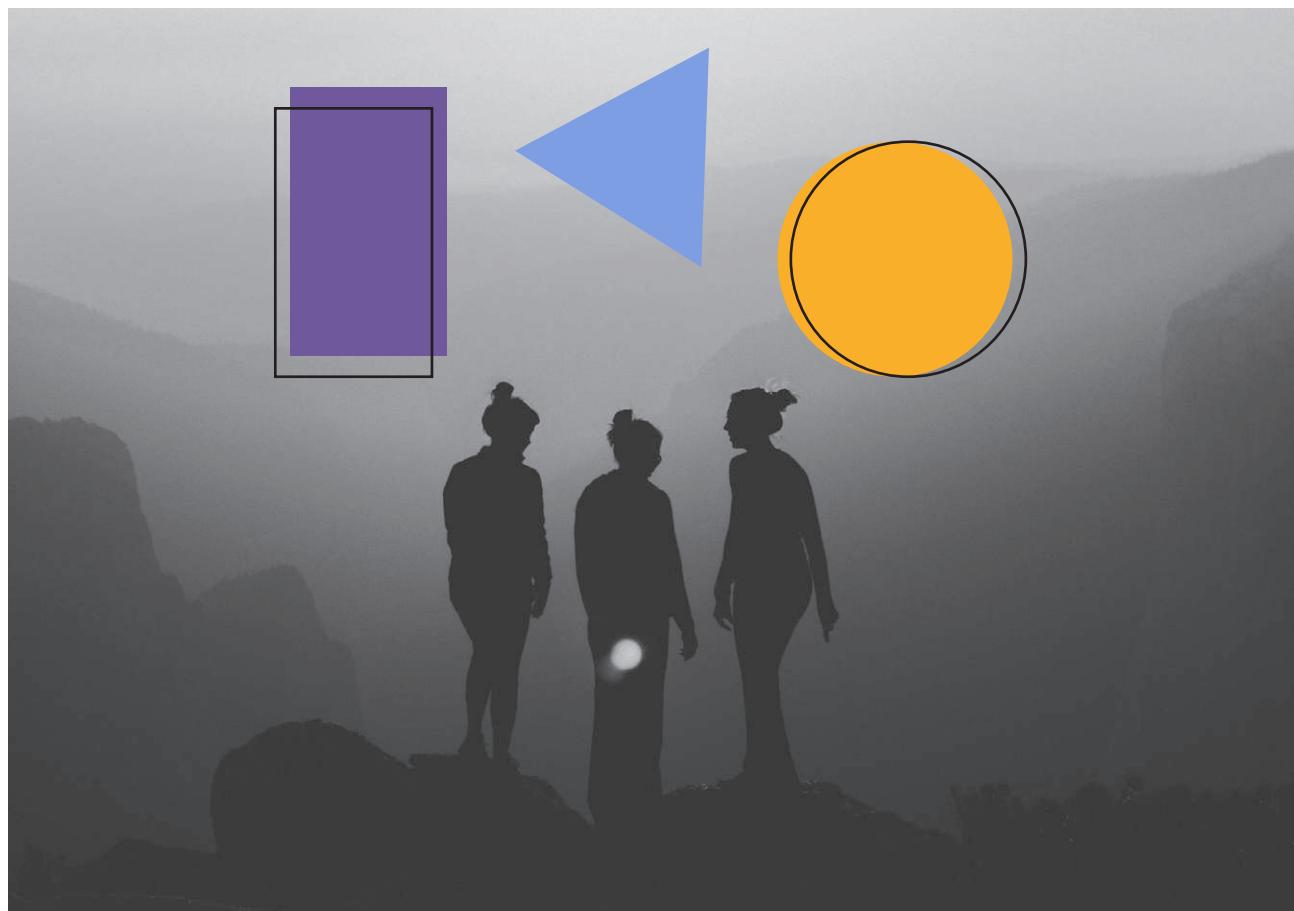
Vrsta intervencije	Populacija	Preporuke (u kurzivu) i ono što je neophodno razmotriti
	Trudne adolescentkinje i adolescenti staratelji	<i>Treba razmotriti realizaciju psihosocijalnih intervencija kod trudnih adolescentkinja i adolescenata roditelja, naročito da bi se unapredio razvoj mentalnog zdravlja (mentalno funkcionisanje i mentalno blagostanje) te da bi se pozitivno uticalo na pohađanje škole.</i>
Indikovana prevencija	Adolescenti sa emocionalnim problemima	<i>Indikovane psihosocijalne intervencije treba realizovati za adolescente sa emocionalnim simptomima.</i>
	Adolescenti disruptivnog/prkosnog ponašanja	<i>Indikovane psihosocijalne intervencije treba realizovati za adolescente disruptivnog/prkosnog ponašanja.</i> Delotvorne psihosocijalne intervencije namenjene adolescentima kod kojih postoji rizik od poremećaja ponašanja ili koji imaju takvu dijagnozu obično podrazumevaju obuku za staratelje i obuku za uspostavljanja socijalnih, kognitivnih i interpersonalnih veština, kao i veština rešavanja problema, koja je namenjena adolescentima. Takođe, one mogu obuhvatiti i multimodalne intervencije zasnovane na modelu socijalnog učenja, a namenjene adolescentima i njihovim starateljima (8).

HAT preporuke o psihosocijalnim intervencijama koje se zasnivaju na dokazima mogu da pomognu svim adolescentima ili grupama adolescenata koji su izloženi rizicima ili su ugroženi, uključujući adolescente koji su izloženi uticaju humanitarnih kriza, trudne adolescentkinje i adolescente staratelje, kao i adolescente sa aktuelnim simptomima emocionalnih ili bihevioralnih problema.

Pored grupa koje su obuhvaćene HAT smernicama, postoji još nekoliko grupa adolescenata koje su izložene poznatim faktorima rizika ili su ranjive, a koje mogu imati koristi od prilagođenih pristupa unapređenju mentalnog zdravlja i sprečavanju problema i poremećaja. To su, na primer, adolescenti koji žive sa hroničnim bolestima ili invaliditetima, oni koji žive sa roditeljima koji imaju poremećaje mentalnog

zdravlja ili probleme sa zloupotrebom opijata, oni koji su u kontaktu sa krivičnopravnim sistemom, adolescenti/adolescentkinje koji/koje su lezbejke, gej, biseksualni, transseksualni i interseksualni, adolescenti koji su migranti i izbeglice te adolescenti koji su regrutovani u oružane snage.

Postoje dopunski dokazi koji su relevantni za unapređenje mentalnog zdravlja i blagostanja, sprečavanje problema mentalnog zdravlja i smanjenje rizičnih ponašanja u ovim grupama adolescenata. Odluke o sadržaju i sprovodenju psihosocijalnih intervencija mogu se donositi na osnovu većeg broja povezanih SZO smernica, kao što pokazuju tabele 4.4–4.7 (o adolescentima izloženim nasilju), tabele 4.9–4.12 (o trudnim adolescentkinjama i adolescentima starateljima) i tabele 4.13 i 4.14 (o adolescentima koji žive sa HIV-om).



Pristupi

Pristupe unapređenju mentalnog zdravlja i sprečavanju problema/poremećaja možemo široko klasifikovati kao univerzalne, ciljane i indikovane, kako je pokazano na Slici 4.1.

Univerzalne	Ciljane	Indikovane
Svi adolescenti	Adolescenti sa poznatim faktorima rizika	Adolescenti sa simptomima narušenog mentalnog zdravlja

Slika 4.1 Kategorije psihosocijalnih intervencija za unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje poremećaja i njihovi korisnici

Univerzalne intervencije

HAT smernice Svetske zdravstvene organizacije preporučuju da se univerzalne psihosocijalne intervencije omoguće svim adolescentima kako bi se unapredio razvoj mentalnog zdravlja, sprečili poremećaji mentalnog zdravlja, samopovređivanje i samoubistva te umanjila rizična ponašanja (1). U prednosti univerzalnih intervencija spadaju manja stigmatizacija nego kod drugih tipova intervencija u određenim kontekstima (a zahvaljujući tome čak i povećano učešće), viši nivo javne svesti i podrške i jednostavnija primena koja ne podrazumeva procenu rizika i skrining kojim se identifikuju potencijalni korisnici (9).

Univerzalne psihosocijalne intervencije treba da obuhvate socijalno i emocionalno učenje, odnosno veštine koje su adolescentima potrebne kako bi uspostavili ciljeve, upravljali ponašanjem, gradili odnose te obradivali i pamtili informacije (2, 10). To su osnovne veštine koje su im potrebne tokom čitavog života kako bi uživali u dobrom zdravlju i uspehu u školi, na poslu, kod kuće i u zajednici (10).

Univerzalne intervencije se obično sprovode u školama, zbog mogućnosti velikog obuhvata.

1

Univerzalni školski programi za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata i smanjenje rizičnih ponašanja obično se sastoje od više komponenti. Osnovne komponente programa odnose se na kognitivni, socijalni, emocionalni i fizički domen, a obuhvataju regulisanje emocija, rešavanje problema, interpersonalne veštine, svest o sadašnjem trenutku, assertivnost, upravljanje stresom te edukaciju o drogama i alkoholu i obuku za prepoznavanje simptoma (2, 11). U sklopu obuke za prepoznavanje simptoma nastavnici i drugi zaposleni u školama se obučavaju da prepoznaju rizik od samoubilačkog ponašanja kod učenika i da poboljšaju svoje veštine komunikacije kako bi mogli da motivišu učenike i pomognu im da potraže stručnu pomoć (12). Promocija zdrave ishrane i fizičke aktivnosti, u sklopu rekreativne i slobodnog vremena (igre, sportovi ili plansko vežbanje) te fizičko vaspitanje i obrazovanje poboljšavaju školska i druga kognitivna postignuća i smanjuju simptome depresije kod adolescenata (13, 14). Tabela 4.2 opisuje komponente univerzalnih psihosocijalnih intervencija koje doprinose pozitivnim rezultatima programa. Tabela 4.3 daje preporuke SZO kada su u pitanju fizička aktivnost i sedentarna ponašanja.

Tabela 4.2 Definicije komponenata univerzalnih psihosocijalnih intervencija koje se odnose na socio-emocionalno učenje

Oblast	Komponenta	Intervencija obuhvata:
Emocionalna	Regulacija emocija	Tehnike kojima se poboljšava sposobnost delotvornog upravljanja emocijama i reagovanja na emocije.
	Upravljanje stresom	Tehnike kojima se kontroliše nivo stresa, naročito hronični stres koji utiče na svakodnevno funkcionisanje.
	Svesnost o sadašnjem trenutku	Aktivnosti kojima se unapređuje sposobnost pojedinaca da „obrate pažnju na odgovarajući način: sa svrhom, u sadašnjem trenutku i bez osuđivanja“ (15).
Kognitivna	Rešavanje problema	Tehnike kojima se identificuje rešenje za neki izazov / težak problem i radi na njegovom rešavanju.
	Znanje o drogama i alkoholu	Edukacija o upotrebi alkohola/droga ili posledicama alkohola/droga na razvoj, o načinu života (uključujući pristupe za umanjivanje negativnih posledica) i o verovanjima u vezi sa drogom i alkoholom, odnosno o percepciji droga i alkohola.
Socijalna	Interpersonalne veštine	Unapređenje veština razvoja i uspostavljanja bliskih, jakih, pozitivnih odnosa sa drugim ljudima.
	Asertivnost	Unapređenje veština da se svoji stavovi, potrebe ili želje prenesu na jasan i pristojan način.
Fizička	Fizička aktivnost	Prilike za angažovanje u sportskim i/ili fizičkim aktivnostima, individualno ili u timovima.

Tabela 4.3 Rezime preporuka iz Smernice koja se tiče fizičke aktivnosti i sedentarnog ponašanja kod adolescenata (31)

Smernice se bave fizičkom aktivnošću i sedentarnim ponašanjem kod dece, adolescenata i odraslih.

Preporuke iz Smernice SZO

Preporučuje se da:

P Deca i adolescent imaju u proseku najmanje 60 minuta fizičke, uglavnom aerobne aktivnosti srednjeg do visokog intenziteta svakog dana tokom čitave nedelje.

P Aerobne aktivnosti visokog intenziteta, kao i one koje jačaju mišiće i kosti, treba uvesti bar tri puta nedeljno.

P Deci i adolescentima treba ograničiti vreme koje provode u sedećem položaju, a naročito vreme koje provode pred ekranom.

Razvojno i rodno osetljive perspektive važne su kako bi se obezbedilo da sadržaji i strategije intervencija odgovaraju potrebama i sposobnostima adolescenata koje se razvijaju, što se odnosi i na rodne uloge (15, 16) i autonomiju, koje se takođe razvijaju. Socijalno-emocionalno učenje treba posmatrati kao jedan element u razgranatoj strategiji za realizaciju školskih politika unapređenja mentalnog zdravlja i treba razumeti njegovu tesnu povezanost sa drugim školskim zdravstvenim uslugama i mehanizmima za upućivanje (17, 18). U Okviru sa tekstrom 4.1 daje se primer evaluirane školske intervencije univerzalne prevencije, koja se sprovodi licem u lice.

Okvir sa tekstrom 4.1

Program Svest mlađih o mentalnom zdravlju (Youth Aware of Mental Health programme – YAM)

YAM predstavlja univerzalnu preventivnu intervenciju koja je osmišljena da se povećaju osnovna znanja o mentalnom zdravlju, poboljšaju veštine suočavanja i prevazilaženja te veštine upravljanja stresom, kao i da se smanje samoubilačka ponašanja kod učenika uzrasta 13–17 godina. Prilikom realizacije programa YAM mlađi se pozivaju da učestvuju u aktivnostima igranja uloga i da diskutuju o svakodnevnim situacijama koje su za njih važne. Teme se kreću od odnosa sa vršnjacima i odraslima i promena raspoloženja do osećaja tuge i suočavanja sa stresnim situacijama. Učenici u grupi razgovaraju o tome kako bi se osećali da se nađu u određenoj situaciji i kako da izađu na kraj sa izazovima svakodnevice. Naglasak se stavlja na vršnjačku podršku, a daju se i informacije o tome kako se i gde dobija profesionalna pomoć, ako zatreba.

U pitanju je manuelizovana intervencija u trajanju od 5 sati, od čega 3 sata učenici igraju uloge, a na dve jednosatne seanse odvija se interaktivno učenje. U okviru programa se dobijaju brošura i šest edukativnih postera koji se koriste u učionici.

Program YAM je razvijen i evaluiran u okviru studije Čuvanje i osnaživanje mlađih života u Evropi (Saving and Empowering Young Lives in Europe – SEYLE) koja je sprovedena 2009/10. godine (11). U studiji SEYLE uzorak je činilo nešto više od 11.000 učenika (prosečni uzrast 15 godina) koji su pozvani da učestvuju programu, iz skoro 170 škola i 10 evropskih zemalja.

Rezultati studije SEYLE pokazali su da je program YAM bio delotvoran u sprečavanju pokušaja samoubistva, smanjenju intenziteta ozbiljnih razmišljanja o samoubistvu i prevenciji depresije.

Okvir sa tekstrom 4.2 sadrži primer evaluirane univerzalne digitalne intervencije za sprečavanje problema mentalnog zdravlja koja je sprovedena u australijskim školama. Okvir sa tekstrom 4.3 opisuje evaluiranu univerzalnu školsku intervenciju namenjenu sprečavanju problema mentalnog zdravlja u Nikaragvi.

Okvir sa tekstom 4.2

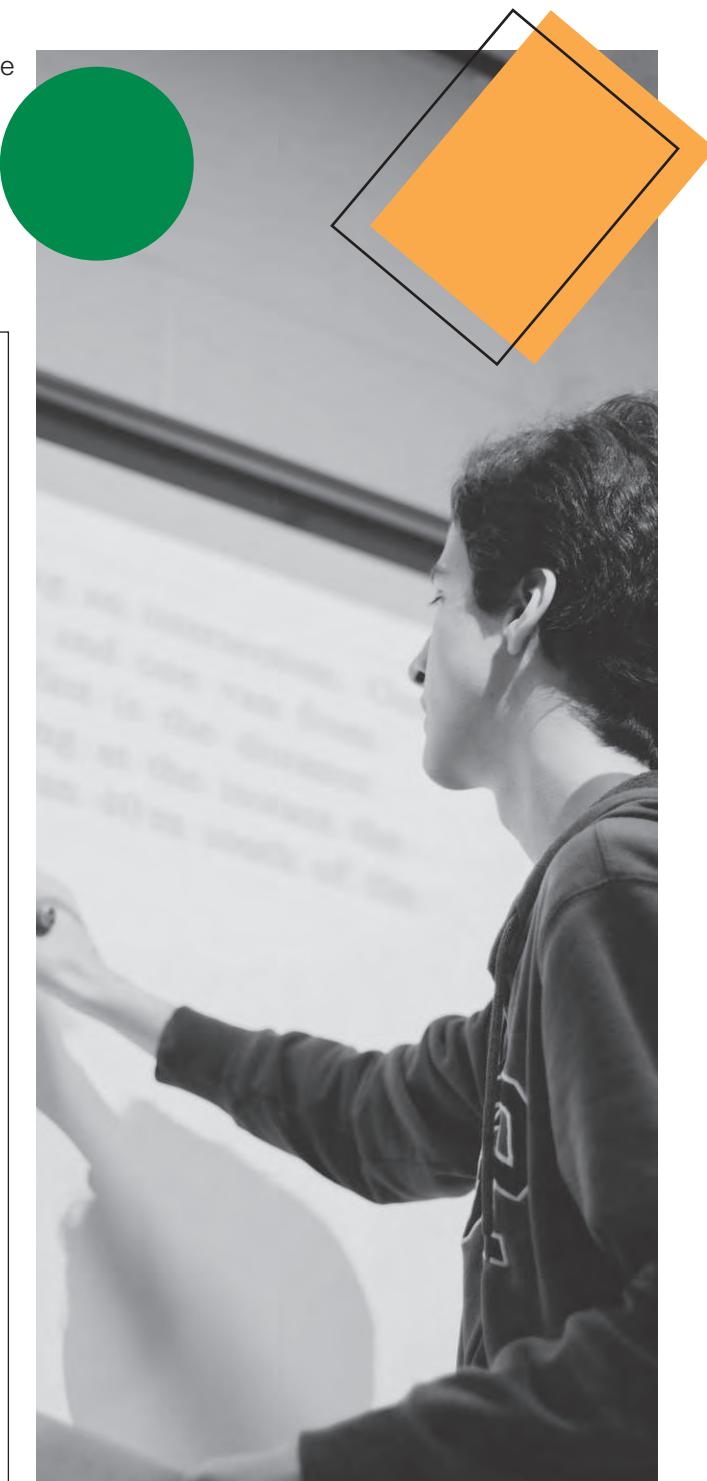
Kombinovana intervencija unapređenja školske atmosfere, Australija

Kombinovana intervencija unapređenja školske atmosfere (Climate Schools Combined – CSC) predstavlja digitalnu univerzalnu školsku intervenciju koja se fokusira na zloupotrebu opijata, depresiju i anksioznost kod adolescenata.

Ovaj kombinovani program sastoji se od dve intervencije zasnovane na dokazima: kursa o zloupotrebni opijata, za koji se pokazalo da utiče na smanjenje broja teških pijanstava i povećano znanje o upotrebi alkohola i kanabisa (19), i kursa o mentalnom zdravlju, za koji se pokazalo da značajno utiče na smanjenje simptoma anksioznosti i depresije (20).

Učenici pristupaju programima ove intervencije preko interneta, a priča sa crtanim junacima i interaktivnim funkcijama povećava angažovanost učesnika i obezbeđuje da oni nastave pohađanje kursa (21). Pored priče, tu su i aktivnosti u učionici i rezime lekcija pomoći kojih se znanja utvrđuju.

Kombinovani program CSC testiran je u Australiji. Učenici uzrasta 13–14 godina koji su pohađali srednju školu pozvani su da učestvuju u studiji. Rezultati studije pokazali su značajno povećanje znanja u vezi sa upotrebom alkohola i kanabisa, povećanje osnovnih znanja o mentalnom zdravlju, smanjenu verovatnoću upotrebe alkohola i povremenih pijanstava.



Okvir sa tekstom 4.3

Kurikulum mentalnog zdravlja, Nikaragva

Kurikulum mentalnog zdravlja (Mental Health Curriculum – MHC) prvi put je razvijen u Kanadi za mlade uzrasta od 15 do 24 godine (22).

Ova intervencija je uticala na povećanje osnovnih znanja o mentalnom zdravlju kod učenika, veći broj slučajeva u kojima su učenici tražili pomoć i smanjenje stigmatizacije prema poremećajima mentalnog zdravlja (23).

Intervencija MHC je zatim primenjena u Ujedinjenoj Republici Tanzaniji i Malaviju, gde su se pokazali pozitivni efekti ovog programa na ishode koji se tiču nastavnika (24, 25).

Za potrebe studije u Nikaragvi, lokalni eksperti su preveli intervenciju na španski i prilagodili je lokalnoj kulturi. Testirano je 913 učenika i studenata iz četiri srednje škole i sa osam fakulteta.

Intervencija se sastoji od šest modula koji se odnose na znanja adolescenata o mentalnom zdravlju, sajta na internetu i materijala za obuku nastavnika. Na sajtu se nalaze dodatni članci, prezentacije, video snimci i priče o problemima mentalnog zdravlja i zloupotrebi opijata kod adolescenata.

Moduli koji se odnose na osnovna znanja adolescenata o mentalnom zdravlju bave se:

- razumevanjem mentalnog zdravlja i mentalnih bolesti;
- informacijama o konkretnim poremećajima mentalnog zdravlja;
- stigmatizacijom koja se tiče poremećaja mentalnog zdravlja;
- iskustvima adolescenata sa poremećajima mentalnog zdravlja;
- strategijama kojima se bori protiv stigmatizacije i pruža podrška traženju pomoći;
- važnošću održavanja razvoja mentalnog zdravlja.

Nakon trodnevne obuke, nastavnici razredne nastave realizovali su 12 jednočasovnih nedeljnih seansi sa učenicima u Leonu (Nikaragva). Seanse su bile integrisane u standardni školski plan i program.

Rezultati studije su pokazali da se znanje učenika o mentalnom zdravlju znatno povećalo, a da su se istovremeno negativni stavovi smanjili. Sekundarni pozitivni efekti bili su bolje strategije za suočavanje i prevazilaženje, smanjenje percipiranog stresa, bolji izbori kada je u pitanju način života (vežbanje, ishrana, upravljanje stresom, socijalizacija) i smanjena zloupotreba opijata (26).

HAT smernice Svetske zdravstvene organizacije utvrđile su da postoji 158 univerzalnih preventivnih studija koje su obuhvatile adolescente (1). Za više informacija pogledajte *Prilog 6* tih smernica.

Ciljane intervencije

2

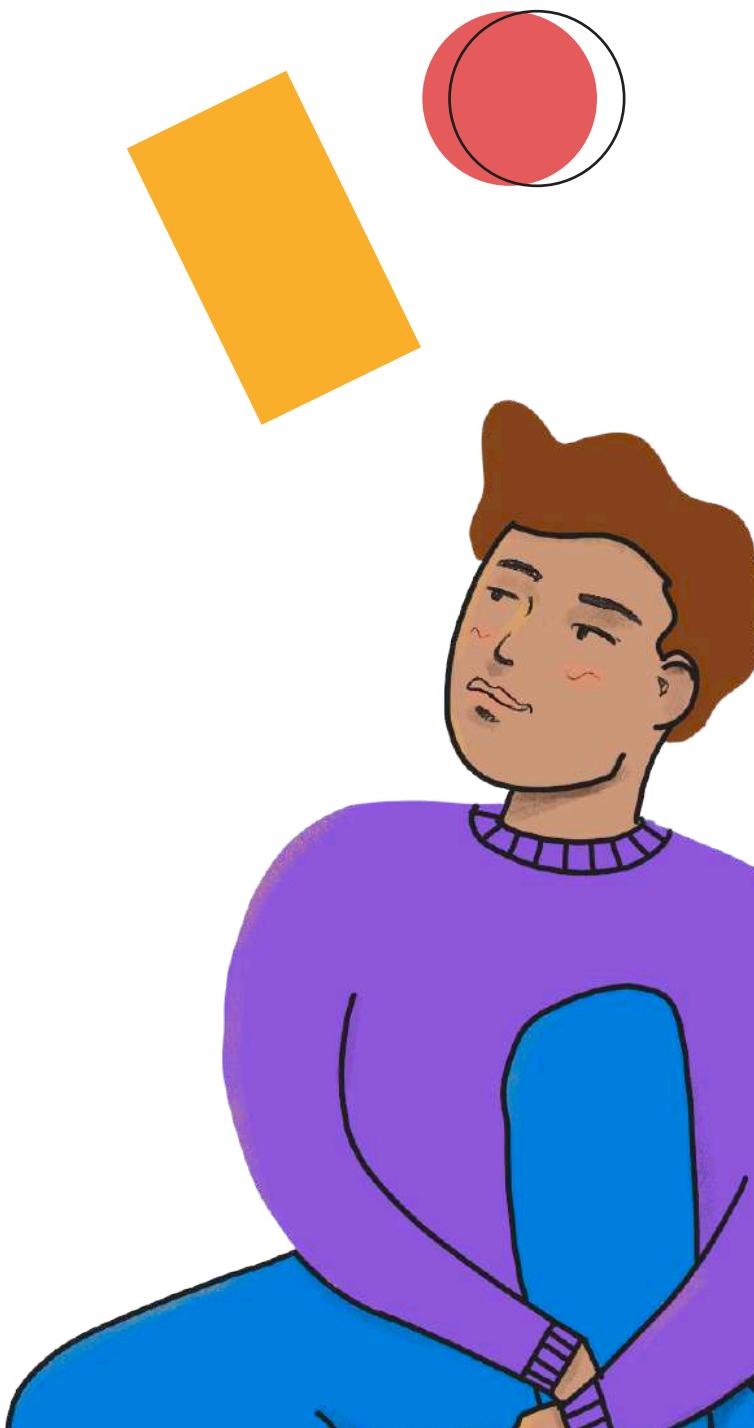
Ciljane intervencije sprovode se sa adolescentima kod kojih je poznato da postoji povećani rizik od problema mentalnog zdravlja zbog izloženosti specifičnim negativnim uticajima (npr. nasilju, siromaštvu, humanitarnim krizama), hroničnim bolestima (npr. HIV/AIDS) ili životnim okolnostima (adolescentska trudnoća ili adolescentsko roditeljstvo). Ovi adolescenti možda ne mogu da pristupe resursima za univerzalno unapređivanje mentalnog zdravlja u školama i zajednicama i mogu imati koristiti od prilagođenih pristupa i intenzivnijih psihosocijalnih intervencija.

U nastavku teksta nalaze se primeri psihosocijalnih intervencija kojima se unapređuje i štiti mentalno zdravlje adolescenata i smanjuje učestvovanje u rizičnim ponašanjima koja pogadaju određene grupe ugroženih adolescenata.

Izuzetno je važno da se prvenstveno odgovori na sve utvrđene faktore rizika i teške životne okolnosti, uz pomoć odgovarajuće podrške i psihosocijalnih intervencija (ili objedinjeno).

Primeri se odnose na:

- adolescente izložene nasilju (moraju se osigurati njihova bezbednost i zaštita);
- adolescente izložene siromaštvu (potrebne su strukturne intervencije, npr. novčana pomoć);
- adolescente izložene humanitarnim krizama (moraju se osigurati njihova bezbednost, stabilnost i zaštita);
- adolescentske trudnoće i adolescentska roditeljstva (treba obezbiti prenatalnu/ postnatalnu zaštitu i zaštitu zdravlja odojčeta).



■ Adolescenti izloženi nasilju

Adolescenti koji su doživeli različite vrste izloženosti nasilju, uključujući nasilje od strane intimnog partnera (27) i porodično nasilje (28), mogu imati širok dijapazon simptoma i poremećaja mentalnog zdravlja, uključujući sindrom posttraumatskog stresa (29) i depresiju (30, 31). Pored toga, rano izlaganje nasilju može povećati verovatnoću od rizičnih oblika ponašanja, sa ranijim početkom konzumiranja alkohola i drugih opijata (30, 31).

Prioritet treba dati sprovođenju intervencija kojima se unapređuje razvoj mentalnog zdravlja adolescenata izloženih nasilju te na taj način sprečiti poremećaje mentalnog zdravlja, samopovređivanje i samoubistva i smanjiti pojavu rizičnih ponašanja (1).

Tek nekoliko studija je ocenjivalo uticaj psihosocijalnih intervencija na unapređenje mentalnog zdravlja i sprečavanje poremećaja i samopovređivanja kod adolescenata izloženih nasilju (1). Međutim, postoje smernice SZO o psihosocijalnim intervencijama kojima se poboljšavaju drugi zdravstveni ishodi kod adolescenata izloženih nasilju i o psihosocijalnim intervencijama kojima se poboljšava mentalno zdravlje kod adolescenta izloženih nasilju i onih koji imaju simptome ili poremećaje mentalnog zdravlja. SZO ima smernice koje se bave reagovanjem na zlostavljanje dece, seksualno zlostavljanje dece i adolescenata, nasilje od strane intimnog partnera i seksualno nasilje nad ženama (tabele 4.4, 4.5, 4.6 i 4.7).

Na osnovu ovih komplementarnih dokaza, prilikom planiranja i sprovođenja psihosocijalne podrške za adolescente izložene nasilju treba voditi računa o sledećem:

- Važno je da adolescenti izloženi nasilju dobiju trenutnu, privatnu i poverljivu primarnu podršku od pružalaca zdravstvenih usluga, zajedno sa informacijama o tome kako da se suoče i izadi na kraj sa stresom, uz upućivanje na druge lokalne resurse i mogućnost da dođu ponovo ukoliko im je potrebna dodatna podrška.

- Može se razmotriti mogućnost psihološke podrške za adolescente izložene nasilju i/ili njihove staratelje u zavisnosti od vrste izloženosti, potencijalne depresije, anksioznosti ili simptoma posttraumatskog stresa kod adolescenata, kao i mogućnost da se uključi staratelj koji nije počinilac nasilja. U tabelama 4.4, 4.5, 4.6 i 4.7 potražite dodatne pojedinosti u vezi sa relevantnim preporukama SZO i dobrim praksama.
- Važno je obezbediti rodno osetljivu zaštitu koja u središtu ima adolescente. *Zaštita žena izloženih nasilju: plan SZO za obuku zdravstvenih radnika* sadrži obuku koja se zasniva na kompetencijama, a uz pomoć koje se identifikuju žene koje su žrtve nasilja kako bi im se pružila primarna zaštita uz pomoć pristupa LIVES (slušaj, pitaj, potvrди, povećaj bezbednost i pruži podršku – Listen, Inquire, Validate, Enhance safety and Support: LIVES) koji je razvila SZO. Ovaj plan obuke stavlja akcenat na saosećajnu i empatičnu komunikaciju između pružaoca usluga i pacijentkinje (32).
- Stigma koju sa sobom nosi iskustvo nasilja, a naročito onog seksualnog, može sprečavati žrtve da otkriju činjenicu o svojoj izloženosti nasilju. Otuda adolescenti mogu oklevati da potraže pomoć. Prevazilaženje ovih problema mora se razmotriti uz veliku osetljivost.

Okvir sa tekstrom 4.4 sadrži primer psihosocijalne intervencije za adolescente izložene nasilju koja je sprovedena u Demokratskoj Republici Kongo.

Tabela 4.4 Smernica SZO: Reagovanje na nasilje od strane intimnog partnera i seksualno nasilje nad ženama (33)

Cilj ove smernice jeste davanje uputstava zasnovanih na dokazima za zdravstvene radnike u pogledu odgovarajućeg reagovanja na partnersko nasilje i seksualno nasilje nad ženama, uključujući kliničke intervencije i emocionalnu podršku.

Preporuke iz Smernice SZO

P1

Zaštita koja u fokusu ima žene

Primarna podrška podrazumeva sledeće:

- bez osude i uz podršku proveriti tačnost onoga što žena govori;
- pružiti praktičnu podršku i zaštitu kojom se reaguje na njen problem, ali bez nametanja;
- pitati ženu za istoriju nasilja, pažljivo je saslušati, ali ne vršiti pritisak na nju da govori (osetljivim temama treba pristupati pažljivo onda kada u razgovoru učestvuju i prevodioci);
- pomoći ženi da dođe do informacija o potrebnim resursima, uključujući pravne i druge usluge koje joj mogu biti od koristi;
- pomoći ženi da postigne veću bezbednost za sebe i svoju decu, tamo gde je to potrebno;
- pružiti ili mobilisati socijalnu zaštitu.

Pružaoci usluga treba da obezbede:

- da se konsultacije obavljaju u privatnosti;
- poverljivost, a da istovremeno informišu žene o ograničenjima poverljivosti (npr. kada postoji obaveza prijavljivanja). Ukoliko zdravstveni radnici nisu u mogućnosti da pruže primarnu podršku, oni treba da se postaraju da neko drugi (u okruženju njihove zdravstvene ustanove ili na nekom drugom, lako dostupnom mestu) bude odmah na raspolaganju da to uradi.

Zaštita za žrtve nasilja intimnog partnera

Trudnicama koje otkriju da su žrtve nasilja od strane intimnog partnera treba ponuditi kratko do srednjoročno osnaživanje (do 12 seansi) te zastupanje/podršku, uključujući komponentu bezbednosti koju pružaju obučeni pružaoci usluga tamo gde sistem zdravstvene zaštite može to da podrži. Nije izvesno u kojoj je meri ovo primenljivo na okruženja izvan prenatalne zaštite ili kolika je izvodljivost ovakvog pristupa u zemljama sa niskim i srednjim prihodima.

Tamo gde su deca izložena nasilju od strane intimnog partnera kod kuće, treba ponuditi psihoterapeutske intervencije, uključujući seanse kojima deca prisustvuju zajedno sa majkama i seanse kojima prisustvuju bez njih, iako je i ovde nejasno koliko je to primenljivo u zemljama sa niskim i srednjim prihodima.

P8

P9

Klinička zaštita za žrtve seksualnog napada

1. Intervencije u prvih 5 dana nakon napada

P10 Ponudite primarnu zaštitu ženama koje su preživele seksualni napad od strane bilo kog počinjocu (vidi i Preporuku 1), što se odnosi na:

- pružanje praktične podrške i zaštite kojima se odgovara na njene probleme, ali se ne zadire u njenu autonomiju;
- slušanje bez pritiska na žrtvu da odgovara na pitanja ili otkrije informaciju;
- pružanje utehe i pomoći kako bi se olakšala ili smanjila uznemirenost;
- pružanje informacija i pomoći da se žrtva poveže sa uslugama i socijalnom zaštitom.

2. Psihološke intervencije

- P21 ■ Ponudite podršku kao što je opisano u Preporuci 10.
- P22 ■ Pružite informacije u pisanom obliku o strategijama za suočavanje i prevazilaženja kada je u pitanju težak oblik stresa (uz odgovarajuća upozorenja u pogledu odnošenja štampanih materijala kući ukoliko je nasilni partner тамо).

- P23 ■ Ne treba koristiti tehnikе psihološkog ispitivanja.

3. Psihološke intervencije i intervencije mentalnog zdravlja nakon 5 dana

Intervencije do 3 meseca nakon traume

- P24 ■ Nastavite sa podrškom i zaštitom kao u Preporuci 10.
- Osim kada je osoba depresivna, ima problema sa alkoholom ili drogom, ima psihotične simptome, razmišlja o samoubistvu ili je sklona samopovređivanju ili ima probleme u svakodnevnom funkcionisanju, poslužite se metodom „pomnog čekanja“ tokom 1–3 meseca nakon događaja. Pomno čekanje podrazumeva da se ženi objasni da će joj verovatno biti bolje kako vreme bude prolazilo i da joj se ponudi da dođe ponovo radi dalje podrške tako što će joj se redovno zakazivati nove posete.
- Ukoliko osoba ima drugih problema sa mentalnim zdravljem (simptome depresije, probleme sa alkoholom i drogom, sklonost ka samoubistvu ili samopovređivanju), pružite joj zaštitu u skladu sa smernicama programa mhGAP (SZO) iz 2010.

P25

P26

Tabela 4.5 Smernica SZO: Rad sa decom i adolescentima koji su seksualno zlostavljeni (34)

Ova smernica sadrži preporuke namenjene primarnim zdravstvenim radnicima (npr. lekari opšte prakse, medicinski tehničari, pedijatri, ginekolozи) koji pružaju zdravstvenu zaštitu deci i adolescentima do 18 godina koji su imali ili su možda imali iskustvo seksualnog zlostavljanja. Ove preporuke takođe mogu biti od koristi drugim pružaocima specijalističke zdravstvene zaštite kod kojih postoji verovatnoća da se sreću sa decom ili adolescentima.

Preporuke iz Smernice SZO Izjave o dobroj praksi

Zaštita / primarna podrška u čijem su središtu deca ili adolescenti

Kao reakciju na otkrivanje činjenice o seksualnom zlostavljanju, zdravstveni radnici treba da pruže primarnu podršku koja je rodno osetljiva i fokusirana na dete ili adolescenta. To obuhvata:

- slušanje informacija koje se iznose uz poštovanje i empatiju;
- raspitivanje o onome što brine dete ili adolescenta i njegovim potrebama te odgovaranje na sva pitanja; odgovor ili reakcija treba da budu bez osude i da uvažavaju žrtvu i njen iskaz;
- preduzimanje postupaka kojima se povećava bezbednost deteta ili adolescenta i na minimum svodi moguća šteta, i ona koja može nastati usled otkrivanja da je došlo do zlostavljanja i ona do koje može doći zato što postoji verovatnoća da će se zlostavljanje nastaviti, što podrazumeva vizuelnu i audio privatnost;
- pružanje emocionalne i praktične podrške omogućavanjem pristupa psihosocijalnim uslugama;
- davanje informacija prilagođenih uzrastu u vezi sa onim što će biti učinjeno kako bi im se pružila zaštita, kao i informacije o tome da li njihov iskaz o zlostavljanju mora da se prijavi nadležnim organima;

- blagovremenu zaštitu deteta ili adolescenta, u skladu sa njegovim potrebama i željama;
- davanje prioriteta hitnim zdravstvenim potrebama i primarnoj podršci;
- staranje da okruženje i način na koji se zaštića realizuje budu u skladu sa uzrastom i da uvažavaju potrebe onih koji se suočavaju sa diskriminacijom u pogledu, na primer, invaliditeta ili seksualne orientacije;
- smanjivanje potrebe da deca ili adolescenti posećuju veći broj instanci unutar zdravstvene ustanove;
- osnaživanje staratelja koji nisu počinio davanjem informacija koje im omogućavaju da razumeju moguće simptome i ponašanja koji se mogu javiti kod deteta/adolescenta u narednim danima ili mesecima, kao i da znaju kada da se ponovo obrate za pomoć.

Kratkoročne i dugoročne psihološke intervencije i intervencije mentalnog zdravlja

- Kod dece i adolescenata koji su skorije bili izloženi seksualnom zlostavljanju i koji imaju simptome akutnog traumatskog stresa (tokom prvog meseca od zlostavljanja) zdravstveni radnici bi trebalo da ponude ili da nastave da pružaju primarnu podršku koja je rodno osetljiva i koja se fokusira na dete/adolescenta, kao što je opisano u Izjavi dobre prakse 1.
- U pokušajima da se umanje simptomi posttraumatskog stresa, anksioznosti ili depresije ne treba koristiti psihološko ispitivanje.
- Treba razmotriti mogućnost primene kognitivno-bihevioralne terapije sa fokusom na traumu kod dece i adolescenata koji su preživeli seksualno zlostavljanje i imaju simptome posttraumatskog stresnog poremećaja.
- Onda kada je bezbedno i prikladno da se uključi makar jedan staratelj koji nije počinilac, treba razmotriti mogućnost primene kognitivno-bihevioralne terapije sa fokusom na traumu za 1) decu i adolescente koji su seksualno zlostavljeni i imaju simptome posttraumatskog stresnog poremećaja i 2) njihove staratelje koji nisu počiniovi.

Tabela 4.6 Smernica SZO: Smernice SZO za reagovanje zdravstvenog sektora u slučajevima zlostavljanja dece (35)

Cilj ove smernice je da iznese preporuke zasnovane na dokazima namenjene zdravstvenim radnicima o tome kako da pruže odgovarajuću kliničku negu deci i adolescentima koji su žrtve zlostavljanja da bi se otklonile negativne posledice po zdravlje i unapredilo njihovo blagostanje.

Preporuke iz Smernice SZO Izjave o dobroj praksi

Bezbednost i procena rizika

DP6

Unapredivanje i zaštita fizičke i emocionalne bezbednosti deteta ili adolescente mora imati primarni značaj tokom čitave zaštite. To znači da zdravstveni radnici, uz učešće deteta/adolescenta (i njegovog staratelja koji nije počinilac, ukoliko je prikladno), treba da uzmu u obzir sve moguće štetne uticaje i preduzmu postupke kako bi na najmanju meru sveli negativne posledice po dete/adolescenta, uključujući i verovatnoću da se zlostavljanje nastavi.

Procena bezbednosti i izrada plana bezbednosti za dete i staratelja koji nije počinilac podrazumevaju:

- procenu potreba u pogledu fizičke i emocionalne bezbednosti deteta/adolescenta;
- uključivanje deteta i staratelja u planiranje bezbednosti, tamo gde je tako nešto bezbedno, uz davanje prioriteta fizičkom i emocionalnom blagostanju deteta ili adolescenta;
- razmatranje rizika od ponovljenog zlostavljanja deteta, pri čemu se uzima u obzir da li počinioći seksualnog ili fizičkog zlostavljanja imaju pristup detetu, da li su staratelji u stanju da zaštite dete i da li se dete oseća bezbedno pri pomisli da se vrati kući;

- uzimanje u obzir činjenice da se različite vrste nasilja, a naročito zlostavljanje dece i nasilje od strane intimnog partnera, često istovremeno dešavaju u istom domaćinstvu i da supružnici, braća/sestre i drugi članovi domaćinstva mogu takođe biti u riziku od nasilja;
- uključivanje drugih relevantnih službi, uz konsultacije sa detetom/adolescentom, ukoliko je bezbednost deteta ugrožena. Informacije, između ostalog i podaci za kontakt odgovarajućih službi, treba da budu dostupne pružaocima zdravstvene zaštite. U nekim okruženjima ne postoje pravni mehanizmi pomoću kojih se deca mogu odvojiti od počinilaca zlostavljanja kada su u pitanju okolnosti u kojima trenutno žive ili se uklanjanjem iz domaćinstva dete/adolescent može izložiti nekom još manje bezbednom okruženju (u takvim slučajevima pažljive i česte kontrole zdravstvenih radnika imaju izuzetno veliki značaj);
- zakazivanje kontrole nakon upućivanja;
- planiranje kontrolnih kontakata sa detetom i/ili starateljem, uključujući i plan šta se radi ako je dete nedostupno.

Ukoliko se u proceni rizika koriste instrumenti za procenu:

- budite svesni da postoje mnogi faktori koji utiču na rizik od ponavljanja nasilja, a koje instrumenti za procenu ne identifikuju;
- koristite instrumente kao alat kojim se unapređuje i proširuje klinička procena, a ne kao zamenu za kliničku procenu.

Psihološke intervencije i intervencije mentalnog zdravlja

- U pokušajima da se umanje simptomi posttraumatskog stresa, anksioznosti ili depresije ne treba koristiti psihološko ispitivanje.
- Mogu se razmotriti intervencije za staratelje koje promovišu stimulativni odnos staratelj – dete, između ostalog i kroz unapređenje veština komunikacije i direktnu obuku roditelja dok su u interakciji sa svojom decom.

P5**P9**

Tabela 4.7 Smernica SZO: Smernice SZO o upravljanju zdravstvenim komplikacijama koje nastaju usled genitalnog sakaćenja žena (36)

Ove smernice su prvenstveno namenjene zdravstvenim radnicima koji su uključeni u brigu o devojkama i ženama koje su bile podvrgnute nekom obliku genitalnog sakaćenja. Ovaj dokument takođe daje smernice i tvorcima politika, rukovodiocima u zdravstvu i drugima koji su zaduženi za planiranje i realizaciju nacionalnih i lokalnih zdravstvenih protokola i politika.

Preporuke iz Smernice SZO Izjave o najboljoj praksi

Mentalno zdravlje

P4 Treba razmotriti kognitivno-bihevioralnu terapiju za devojke i žene koje žive sa genitalnim sakaćenjem i imaju simptome koji ukazuju na anksiozne poremećaje, depresiju i posttraumatski stresni poremećaj (uslovna preporuka; nema direktnih dokaza).

NP3 Psihološka podrška treba da bude dostupna svim devojkama i ženama koje će imati ili su imale bilo kakvu hiruršku intervenciju kako bi se otklonile zdravstvene komplikacije genitalnog sakaćenja (izjava o najboljoj praksi).

Polno zdravlje žena

P5 Prilikom tretmana ženske seksualne disfunkcije kod žrtava genitalnog sakaćenja preporučuje se seksualno savetovanje (uslovna preporuka; nema direktnih dokaza).

Okvir sa tekstom 4.4

Grupna psihosocijalna preventivna intervencija koja se sprovodi licem u lice namenjena deci i adolescentima koji su izloženi nasilju, Demokratska Republika Kongo

Tokom pilot-studije obavljena je evaluacija psihosocijalne intervencije sprovedene uz učešće zajednice, a namenjene deci i adolescentima pod uticajem rata koji su pod stalnom pretnjom od napada i ili otmice u provinciji Gornji Uele na severu Demokratske Republike Kongo. U ovoj studiji učestvovalo je 159 dece i adolescenta (uzrasta 7–18 godina) i njihovih staratelja, a 79 njih je dobilo intervenciju.

Intervencija, koja se sastojala od obuke u životnim veštinama, opuštanja i projekcija u pokretnom bioskopu, sprovedena je tokom osam grupnih seansi koje su nadzirali lokalni neprofesionalni pružaoci usluga (3).

Po završetku intervencije učesnici su prijavili značajno manje posttraumatskih stresnih reakcija u poređenju sa kontrolnom grupom koja je čekala na intervenciju; prilikom kontrole, tri meseca kasnije, učesnici iz grupe koja je dobila intervenciju prijavili su poboljšanje kada su u pitanju internalizacija simptoma i prosocijalna ponašanja. Staratelji učesnika iz grupe koja je dobila intervenciju prijavili su smanjenje poremećaja ponašanja.

Prilikom pregleda HAT smernica identifikovano je sedam preventivnih studija koje su obuhvatile adolescente izložene nasilju (1). Vidi Prilog 6 u HAT smernicama Svetske zdravstvene organizacije.

■ Adolescenti izloženi siromaštvu

Siromaštvo dovodi adolescente u povećani rizik od nesigurnosti u pogledu ishrane i gladi, zaraznih bolesti, izloženosti nasilju u zajednici (37) i napuštanja škole, a istovremeno im ograničava mogućnosti za zaposlenje. Ono se povezuje sa povećanom pojmom problema mentalnog zdravlja te uključivanjem u rizična ponašanja, što obuhvata i zloupotrebu opijata i rizična seksualna ponašanja (38, 39). Zato su investicije u prevenciju problema mentalnog zdravlja u ovoj grupi izuzetno važne (40).

Treba uložiti napore da bi se obezbedila jednakost u pristupu univerzalnim programima unapređenja mentalnog zdravlja. Na primer, u Okviru sa tekstrom 4.5 navodi se primer univerzalne psihosocijalne intervencije za adolescente izložene siromaštvu u Zambiji. Treba razmotriti mogućnost sprovođenja dodatnih struktturnih intervencija uz individualne psihosocijalne intervencije. Potrebno je više istraživanja kako bi se na osnovu njih pravile prilagodene strategije unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja koje će koristiti adolescentima izloženim siromaštvu (1).

Prilikom pregleda HAT smernica Svetske zdravstvene organizacije identifikованo je 13 studija koje su obuhvatile adolescente izložene siromaštvu (1). Vidi Prilog 6 u HAT smernicama.



Okvir sa tekstom 4.5

Program osnaživanja adolescentkinja (Adolescent Girls Empowerment Program – AGEP), Zambija

Komponente intervencije AGEP obuhvataju: rešavanje problema, upravljanje sukobima, veštine komunikacije i upravljanje stresom te finansijsko obrazovanje u kombinaciji sa struktturnom intervencijom (vaučer za zdravstvene usluge koji se može koristiti za sve vrste usluga poboljšanja opštег zdravstvenog stanja i usluga reproduktivnog zdravlja, kao i bankovni štedni račun prilagođen uzrastu). Intervencija AGEP sprovedena je za 3515 adolescentkinja u Zambiji tokom dve godine i nju je na nedeljnom nivou izvodila obučena realizatorka koja nije specijalista (mentorka iz zajednice) u formi univerzalne grupne intervencije.

Utvrđeno je da je intervencija AGEP:

- 1) povećala znanje o polnom i reproduktivnom zdravlju nakon 2 godine, a efekat se održao i nakon 4 godine;
- 2) povećala poznavanje finansija nakon dve godine i
- 3) unapredila modele štednje nakon dve i četiri godine (41).

Takođe je utvrđeno povećanje samodelotvornosti uz smanjenje pojave transakcionog seksa nakon dve i četiri godine.

Intervencija AGEP nije imala uticaja na poboljšanje ishoda osnovnog obrazovanja, poboljšanje ishoda plodnosti i unapređenje normi koje se tiču prihvatljivosti partnerskog nasilja iz perspektive rodne ravnopravnosti, a nije bilo poboljšanja ni kada je u pitanju znanje koje se tiče HIV-a.

■ Humanitarna okruženja

Programi za prevenciju mentalnih bolesti treba da daju prioritet adolescentima koji su izloženi humanitarnim krizama. U prevenciji poremećaja mentalnog zdravlja (depresije, anksioznosti i poremećaja koji se vezuju za konkretnе stresore) posebno su delotvorne psihosocijalne intervencije. One se mogu uzeti u obzir i za smanjenja zloupotrebe opijata u ovoj populaciji (1).

Ranija i stalna podrška adolescentima koji su izloženi humanitarnim krizama obuhvata širok dijapazon psihosocijalnih intervencija. To odražava heterogenu prirodu iskustava koju podrazumevaju vanredne situacije.

Komponente koje se vezuju za uspešnije intervencije odnose se na upravljanje stresom, strategije relaksacije i staranje o blagostanju korisnika (1). Za okruženja sa oskudnim resursima predlaže se da se ovim komponentama da prioritet u odnosu na druge (42).

Kod adolescenata sa povišenim nivoom izloženosti traumi kognitivno-bihevioralna terapija usmerena na traumu dala je pozitivne rezultate kada je u pitanju smanjenje simptoma depresije, anksioznosti i stresa (4, 43). Kod drugih adolescenata koji su izloženi stresnim dogadjajima grupne KBT intervencije dale su pozitivne rezultate u smanjenju ovih simptoma (5). Okvir sa tekstom 4.6 opisuje školsku psihosocijalnu intervenciju koja je sprovedena licem u lice sa adolescentima koji su bili izloženi sukobima u Pojasu Gaze 2008. godine.

Prilikom pregleda HAT smernica Svetske zdravstvene organizacije identifikovano je 26 studija koje su obuhvatile adolescente koji žive u humanitarnom okruženju (1). Vidi Prilog 6 u HAT smernicama.

Okvir sa tekstom 4.6

Školska psihosocijalna intervencija koja je sprovedena licem u lice sa adolescentima koji su bili izloženi sukobima u Pojasu Gaze 2008. godine

Intervencija Unapređivanje otpornosti među učenicima koji se suočavaju sa stresom – Prosocijalna intervencija (ERASE-Stress – Prosocial [ESPS]) osmišljena je da umanji simptome posttraumatskog stresnog poremećaja kod jevrejskih učenika od 3. do 8. razreda (otprilike 8–12 godina) koji su se susretali sa stalnim ratnim nasiljem.

Program ESPS sprovode nastavnici, a koriste se kognitivno-bihevioralni, somatski i narativni pristup smanjenju stresa u kombinaciji sa

svesnošću o sadašnjem trenutku, strategijama izgradnje saosećanja i obukom u socijalnim veštinama. Deo programa se fokusira i na uspostavljanje perspektive, na obuku o empatiji, kao i na stereotipe i predrasude.

Program se sastoji od 16 nedeljnih seansi u učionici, a svaka od njih traje 90 minuta i sprovodi je razredni starešina.

Program je evaluiran randomizovanom kontrolisanom studijom koja je pokazala njegov značajan pozitivni uticaj na mere posttraumatskog stresnog poremećaja – kao što su njegov intenzitet, anksioznost, somatski i funkcionalni problemi – sa učenicima od trećeg do šestog razreda u Izraelu, dok je naknadni test rađen dva meseca nakon intervencije (5).

■ Trudne adolescentkinje i adolescentkinje majke

Trudnoća kod adolescentkinja povezana je sa nižim društveno-ekonomskim statusom, prekidom školovanja, nezaposlenošću i izloženošću nasilju i zloupotrebi opijata (44–46). Adolescentkinje su u većem riziku od postporodajne depresije nego starije majke (47).

Kod trudnih adolescentkinja i adolescentkinja majki treba razmotriti sprovođenje psihosocijalnih intervencija, naročito u cilju unapređenja mentalnog zdravlja (mentalnog funkcionsanja i mentalnog blagostanja), kao i da bi se povećalo pohađanje škole (1). Mogu se razmotriti i kognitivno-bihevioralni programi izgradnje veština namenjeni trudnim adolescentkinjama i adolescentkinjama majkama (6). Psihosocijalne intervencije mogu se integrisati u već postojeće programe namenjene zdravlju majki i programe razvoja u ranom detinjstvu. Takođe, treba uzeti u obzir uključivanje adolescentnata očeva i njihove psihosocijalne potrebe.

Psihosocijalni pristup može se dopuniti strukturnim intervencijama koje se bave siromaštvom, rodnim normama i drugim društveno-kulturnim faktorima kako bi se optimizovale podrška i prilike koje su dostupne adolescentima roditeljima te kako bi se umanjio rizik od lošeg mentalnog zdravlja. Vidi primer psihosocijalne intervencije iz Okvira sa tekstrom 4.7.

Druge relevantne smernice SZO:

- Unapređenje razvoja u ranom detinjstvu: Smernica SZO. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2020.
- Preporuke SZO o prenatalnoj zaštiti za pozitivno iskustvo sa trudnoćom. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2016.

- Preporuke SZO za intervencije unapređenja zdravlja majki i novorođenčadi 2015. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2015.
- Smernice za prevenciju rane trudnoće i loših reproduktivnih ishoda kod adolescentnata u zemljama u razvoju. Ženeva: Svetska zdravstvena organizacija; 2011.

Za ključne preporuke pogledajte tabele 4.8–4.12.

Za kompletne smernice i preporuke SZO pogledajte spisak referentne literature u nastavku teksta.



Tabela 4.8 Smernica SZO: Unapređenje razvoja u ranom detinjstvu, 2020. (48)

U ovoj smernici se daju globalne preporuke zasnovane na dokazima u pogledu unapređenja razvoja u ranom detinjstvu.

Preporuka iz Smernice SZO

P4 Psihosocijalne intervencije za podršku mentalnom zdravlju majki treba integrisati u usluge zdravlja i razvoja u ranom detinjstvu.

Tabela 4.10 Smernica SZO: Preporuke SZO o prenatalnoj zaštiti za pozitivno iskustvo sa trudnoćom (50)

U pitanju je opsežna i temeljna smernica SZO o redovnoj prenatalnoj zaštiti za trudne žene i adolescentkinje. Ideja je da ove preporuke budu dopuna postojećim smernicama SZO za upravljanje posebnim komplikacijama u vezi sa trudnoćom.

Preporuka iz Smernice SZO

**P
B.1.6** Zdravstveni radnici treba da pitaju svaku trudnicu o upotrebi alkohola i drugih opijata (u prošlosti i sada) što je ranije moguće tokom trudnoće, kao i prilikom svakog pregleda prenatalne zaštite.

Obratite pažnju na to da se u ovoj tabeli reč „žena“ odnosi i na adolescentkinje od 15 godina i starije.

Tabela 4.9 Smernica SZO: Preporuke SZO za postnatalnu zaštitu žena i novorođenčadi, 2013. (49)

Preporuke iz Smernice SZO

Procena majke

Nakon što prođe 24 sata od porođaja

Prilikom svakog postporodajnog kontakta žene treba upitati za njihovo emotivno stanje, kakvu podršku imaju od porodice i društva i šta su njihove uobičajene strategije za suočavanje sa svakodnevnim problemima i prevazilaženje tih problema. Sve žene i njihove porodice/partnere treba podsticati da zdravstvenom radniku saopšte postojanje svih promena raspoloženja, emocionalnih stanja i ponašanja koji su izvan uobičajenog obrasca ponašanja žene.

Kada prođe 10–14 dana od porođaja, svaku ženu treba upitati da li je prošla blaga, prolazna postporodajna depresija („porodiljska tuga“). Ukoliko simptomi nisu prestali, treba nastaviti sa praćenjem psihološkog stanja žene ne bi li se utvrdilo da li postoji postporodajna depresija, a ako simptomi opstaju, treba obaviti i dijagnostičku evaluaciju.

Psihosocijalna podrška

Kod žena koje su pod visokim rizikom od postporodajne depresije preporučuje se psihosocijalna podrška koju obavlja obučeno lice kako bi se sprečilo javljanje ovog poremećaja u mentalnom zdravlju.

Zdravstveni radnici treba da pruže priliku ženama za razgovor o iskustvu porođaja tokom njihovog boravka u bolnici. Ženama koje su izgubile bebu potrebna je dodatna podrška.

Obratite pažnju na to da se u ovoj tabeli reč „žena“ odnosi i na adolescentkinje od 15 godina i starije.

P8

P12

Tabela 4.11 Smernica SZO: Preporuke SZO za intervencije unapređenja zdravlja namenjene majkama i novorođenčadi 2015. (51)

Ovde predstavljene smernice pomoći će zemljama da utvrde da li određena intervencija treba da bude deo šireg paketa čiji je cilj da se povećaju individualni i porodični kapaciteti te kapaciteti zajednice kako bi se dao doprinos poboljšanju zdravlja porodilja i novorođenčadi i da se poveća primena stručne zaštite tokom trudnoće, na porođaju i posle porodaja.

Preporuka iz Smernice SZO

Mobilizacija zajednice kroz rukovodene seanse participativnog učenja i cikluse aktivnosti u okviru ženskih grupa.

P9

Primena mobilizacije zajednice kroz rukovodene seanse participativnog učenja i cikluse aktivnosti u okviru ženskih grupa preporučuje se za poboljšanje zdravlja porodilja i novorođenčadi, naročito u seoskim sredinama gde je dostupnost zdravstvenih usluga slaba.

Obratite pažnju na to da se u ovoj tabeli reč „žena“ odnosi i na adolescentkinje od 15 godina i starije.

Tabela 4.12 Smernica SZO: Prevencija rane trudnoće i loših reproduktivnih ishoda kod adolescenata u zemljama u razvoju (52)

Ova smernica ima za cilj smanjenje morbiditeta i mortaliteta kod adolescentkinja tako što će se smanjiti verovatnoća za ranu trudnoću i posledično loši zdravstveni ishodi.

Preporuke iz Smernice SZO

P Ishod 1: Smanjenje broja maloletničkih brakova

Realizovati intervencije kojima se informišu i osnažuju devojčice u kombinaciji sa intervencijama kojima se utiče na porodične norme i norme u zajednici kako bi se odložila udaja kod devojčica mlađih od 18 godina.

P Ishod 2: Smanjenje broja trudnoća pre 20. godine života

Zagovarati prevenciju trudnoće adolescentkinja kod svih aktera kroz intervencije kao što su informisanje, seksualno i zdravstveno vaspitanje, izgradnja životnih veština, savetovanje o kontracepciji i pružanje usluga, kao i stvaranje okruženja koje adolescentkinjama pruža podršku.

Ishod 4: Smanjenje broja iznuđenih seksualnih odnosa kod adolescenata

Realizovati intervencije kako bi se ojačala sposobnost adolescentkinja da se odupru iznuđenim seksualnim odnosima i da potraže podršku ukoliko dožive seks pod prinudom tako što će se:

- jačati njihovo samopouzdanje;
- razvijati njihove životne veštine u oblastima kao što su komunikacija i pregovaranje i
- poboljšati njihove veze sa socijalnim mrežama i njihova sposobnost da dobiju socijalnu podršku.

Gorepomenute intervencije treba kombinovati sa intervencijama kojima se stvaraju osnažujuće društvene norme koje ne tolerišu prinudu na seksualne odnose.

Realizovati intervencije kojima se muškarci i dečaci angažuju da kritički vrednuju rodne norme i normativna ponašanja (npr. rodno transformativni pristupi) koja se odnose na seksualnu prinudu i nasilje. Ovo kombinovati sa intervencijama šireg obima kojima se utiče na društvene norme u ovoj oblasti.

Obratite pažnju na to da se u ovoj tabeli reč „žena“ odnosi i na adolescentkinje od 15 godina i starije.

Okvir sa tekstom 4.7

Školske psihosocijalne intervencije licem u lice namenjene trudnim adolescentkinjama i adolescentkinjama majkama

Trudne američke adolescentkinje i adolescentkinje majke meksičkog porekla (uzrasta 14–19 godina) bile su uključene u školsku interventnu kognitivno-bihevioralnu grupu (ukupno njih 85). Kognitivno-bihevioralna grupna školska intervencija sastojala se od osam nedeljnih jednočasovnih seansi koje su sprovedene uz pomoć detaljnog priručnika.

Priručnik se zasnivao na procesu rešavanja problema u pet koraka, pri čemu se identificuju ciljevi i sprovode određeni zadaci na putu ka svakom od tih ciljeva. Prve dve od osam seansi bile su posvećene tome da se uspostavi struktura grupe i da se nauči postupak identifikovanja ciljeva i zadataka. Svaka od učesnica je na svakoj od četiri naredne seanse razvijala svoj lični cilj i birala dva konkretna zadataka koji je vode ka tom cilju.

Po završetku intervencije učesnice su prijavile bolje veštine suočavanja i prevazilaženja, redovnije pohađanje škole i bolje ocene, a ova poboljšanja potvrđena su i prilikom kontrolne seanse nakon 30 dana (6).

Okvir sa tekstom 4.8

Pitaj – ojačaj – poveži se – diskutuj (Ask-Boost-Connect-Discuss – ABCD) – zajednički osmišljena ciljana intervencija za adolescentkinje majke koje žive sa HIV-om, Južna Afrika

Intervencija ABCD namenjena unapređenju mentalnog zdravlja adolescentkinja majki predstavlja mobilni alat razvijen zajedno sa adolescentima, a pozajmljen je i prilagođen iz programa Zdravo razmišljaj (Thinking Healthy) Svetske zdravstvene organizacije.

Alat ima za cilj da pomogne adolescentkinjama majkama i mladim majkama koje žive sa HIV virusom da dobiju pristup osnovnoj zaštiti od majčinske depresije kroz trijažu (PITAJ), kognitivno-bihevioralnu podršku mentalnom zdravlju zasnovanu na dokazima (OJAČAJ), pomoć pri pristupu uslugama (POVEŽI SE) i kroz pružanje kontinuiranog nadzora i samostalne zaštite (DISKUTUJ). Ovaj pristup obuhvata i obuku vršnjaka pozitivnih na HIV koji rade na podršci.

Intervencija ABCD je trenutno u fazi testiranja delotvornosti u šest južnoafričkih zemalja (53).

U pregledu HAT smernica identifikovano je 17 studija koje su obuhvatile trudne adolescentkinje i adolescentkinje majke (1). Vidi Prilog 6 HAT smernica Svetske zdravstvene organizacije.

Adolescenti koji žive sa HIV virusom ili su pogodjeni HIV-om

Adolescenti koji žive sa HIV virusom osećaju njegove negativne posledice po fizičko zdravlje, uključujući zakasneli pubertet i zaostajanje u neurorazvoju, kao i jedinstvene psihosocijalne izazove kao što su stigmatizacija, život bez roditelja, siromaštvo i teškoće prilikom uzimanja lekova (54). Otkrivanje HIV statusa takođe predstavlja oblast koja izaziva zabrinutost jer ima posledice na iskustva adolescenata u uspostavljanju ljubavnih i seksualnih odnosa. Ovi stresori čine da kod adolescenata koji žive sa HIV virusom postoji povišeni rizik od razvoja poremećaja mentalnog zdravlja i učestvovanja u ponašanjima rizičnim po zdravlje (55).

Mentalno zdravlje adolescenata koji žive sa HIV virusom utiče na druge segmente njihovog zdravlja i opštег stanja, a naročito na njihovo pridržavanje antiretroviralne terapije (56, 57).

Članovi Grupe za razvoj smernica SZO razmatrali su dokaze o tome da psihosocijalne intervencije povoljno utiču na mentalno zdravlje i smanjuju pojavu samopovređivanja i zloupotrebe opijata kod adolescenata u kontekstu razvoja preporuka u okviru HAT smernica. Grupa za razvoj smernica je postigla konsenzus o sledećim pitanjima:

- Važno je da prioritet dobije sprovođenje intervencija kojima se unapređuje razvoj mentalnog zdravlja kod adolescenata koji žive sa HIV virusom, da se preduprede poremećaji mentalnog zdravlja, samopovređivanje i samoubistva te da se smanje rizična ponašanja.
- Zbog nedostatka dokaza nije bilo moguće ponuditi nikakvu konkretnu preporuku u pogledu psihosocijalnih intervencija kojima se unapređuje razvoj mentalnog zdravlja kod adolescenata koji žive sa HIV-om.

Postoji hitna potreba da se sprovedu visokokvalitetna istraživanja za procenu uticaja psihosocijalnih intervencija čiji je cilj unapređenje mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja, samopovređivanja i rizičnih ponašanja kod adolescenata koji žive sa HIV virusom.

Komplementarni korpus dokaza postoji kada je u pitanju uticaj psihosocijalnih intervencija kod adolescenata koji žive sa HIV-om na širu perspektivu potencijalnih zdravstvenih ishoda, uključujući povećano pridržavanje antiretroviralne terapije i istražavanje u njenoj primeni (58).

U vezi sa ovim, postoji komplementarna smernica SZO koja govori u prilog uključivanju psihosocijalne podrške u zaštitu HIV pacijenata (59). Dodatne informacije potražite u tabelama 4.13 i 4.14.

Pored individualne psihosocijalne podrške, treba razmotriti i pomoćne strukturne intervencije, kao što je mikrofinansiranje (60). Primere za psihosocijalne intervencije pogledajte u okvirima sa tekstom 4.9, 4.10, 4.11 i 4.12.

Tabela 4.13 Smernica SZO: Konsolidovana smernica SZO o polnom i reproduktivnom zdravlju i pravima žena koje žive sa HIV virusom (60)

Ova smernica ima za cilj da pruži preporuke i izjave dobre prakse zasnovane na dokazima koje se tiču polnog i reproduktivnog zdravlja i prava žena koje žive sa virusom HIV-a.

Preporuke iz Smernice SZO Izjave dobre prakse

- P ■ Adolescente treba savetovati o potencijalnim prednostima i rizicima otkrivanja njihovog HIV statusa drugima i treba ih osnaživati i podržavati da odrede da li će, kada, na koji način i kome saopštiti svoj HIV status.
- DP ■ Intervencije psihosocijalne podrške, kao što su grupe za podršku i vršnjačka podrška, koje realizuju žene sa ženama i za žene (uključujući adolescentkinje od 15 godina i starije) koje žive sa HIV virusom, treba uvesti u zaštitu osoba obolelih od HIV-a.

Okvir sa tekstom 4.9

Vršnjačka podrška za adolescente koji žive sa virusom HIV-a u Zimbabveu

U studiji je učestvovalo devedeset četvoro adolescentnata pozitivnih na HIV uzrasta 10–15 godina, koji su na antiretroviralnoj terapiji.

Ovu psihosocijalnu intervenciju sprovodili su podržavaoci tretmana za adolescente u zajednici (community adolescent treatment supporters – CATS) kroz nedeljne kućne posete koje su za cilj imale

Tabela 4.14 Smernica SZO: Ažurirane preporuke za pružanje usluga u lečenju i zaštiti osoba koje žive sa HIV virusom (61)

Smernica na kojoj se temelji ova preporuka zasnovana je na koristi od toga da se pacijenti pridržavaju antiretroviralne terapije i na drugim ishodima u vezi sa HIV-om (a ne na ishodima mentalnog zdravlja).

Preporuka iz Smernice SZO

Psihosocijalne intervencije treba sprovoditi sa svim adolescentima i mladima koji žive sa HIV virusom.

praćenje da li se adolescenti pridržavaju terapije, poboljšanje psihosocijalnog stanja (uključujući samouverenost, kvalitet života i samopoštovanje), bolje upućivanja i povezivanje sa uslugama te duže zadržavanje u sistemu zaštite (62).

Učesnici su prijavljivali da su bili boljeg psihosocijalnog stanja, da su se čvršće pridržavali terapije, da se upućivanje i povezivanje sa uslugama poboljšalo i da su se duže zadržavali u sistemu zaštite.

Indikovane intervencije

Indikovane psihosocijalne intervencije sprovode se sa adolescentima koji pokazuju rane znake i/ili simptome problema sa mentalnim zdravljem, ali nemaju formalnu dijagnozu niti poremećaj mentalnog zdravlja. Važno je pažljivo razmotriti strategije kojima se identifikuju adolescenti kojima indikovane preventivne mere u domenu mentalnog zdravlja mogu biti od koristi, jer ovo potencijalno može dovesti do veće stigmatizacije. Cilj indikovanih preventivnih intervencija je da se spreči početak poremećaja mentalnog zdravlja koji se mogu dijagnostikovati kod adolescenata pod visokim rizikom koji su već identifikovani kao osobe sa blagim do umerenim simptomima (1). Takve intervencije su često bolje prilagođene individualnim potrebama nego univerzalne intervencije. Ovakav pristup može da poveća održivost intervencija (Okvir sa tekstom 4.10) (63).

■ Adolescenti sa emocionalnim problemima (npr. sa psihološkim simptomima, ali bez dijagnoze)

Kod adolescenata sa emocionalnim simptomima treba sprovoditi indikovane psihosocijalne intervencije (1). Kod adolescenata sa emocionalnim simptomima može se razmotriti grupna kognitivno-bihevioralna terapija (7).

Utvrđeno je da su grupni format i seanse sa kratkim kontaktom jeftinije za primenu od individualnih, dugoročnih intervencija, a da su podjednako delotvorne (63–65). Primena digitalnih alata za samopomoć može na duži rok da smanji potrebe za intervencijama (1). Okviri sa tekstom 4.10, 4.11 i 4.12 daju primere programa koji uključuju strategije od kojih koristi imaju adolescenti sa emocionalnim problemima.

Okvir sa tekstom 4.10

3

SHINE – školski višekomponentni program koji sadrži indikovanu intervenciju za emocionalne probleme i probleme u ponašanju, Egipat, Islamska Republika Iran, Jordan, Pakistan

Mreža za realizaciju zdravstvene zaštite u regiji Istočnog Mediterana (School Health Implementation Network in the Eastern Mediterranean Region – SHINE) predstavlja oblik regionalne saradnje koji je osmišljen kako bi se odgovorilo na izazove u realizaciji školskih programa za zaštitu dečijeg mentalnog zdravlja. U tu svrhu je izrađen školski program zaštite mentalnog zdravlja, koji je kasnije adaptiran za primenu na digitalnoj platformi.

Unapređeni školski program zaštite mentalnog zdravlja (enhanced School Mental Health Program – eSMHP) obuhvata kurs obuke za nastavnike, kao i četbot koji pomaže u realizaciji programa u realnom okruženju.

Ova intervencija sadrži:

- modul o blagostanju nastavnika;
- modul o problemima dece sa poteškoćama u učenju i
- video-demonstracije kako se identifikuju problemi mentalnog zdravlja niskog intenziteta kod dece u školskom okruženju i kako se tim problemima upravlja.

Trenutno je u toku randomizovano istraživanje delotvornosti primene po klasterima u 80 pakistanskih škola (960 dece uzrasta 8–13 godina) kako bi se ocenila delotvornost programa u smanjenju društveno-emocionalnih poteškoća kod školske dece i adolescenata (66, 67).

Više informacija potražite ovde:

<https://www.shineformentalhealth.org/research/>
(pristupljeno 28. aprila 2021).

Okvir sa tekstom 4.11

SZO – Emocionalne veštine u ranoj adolescenciji (Early Adolescent Skills for Emotions – EASE) za mlađe adolescente sa emocionalnim problemima

Svetska zdravstvena organizacija je razvila manuelizovanu psihološku intervenciju – EASE – za adolescente uzrasta 10–14 godina sa visokim nivoom emocionalnih problema.

Komponente intervencije obuhvataju psihološku edukaciju, emocionalnu regulaciju, rešavanje problema i bihevioralnu aktivaciju.

Intervencija EASE je osmišljena tako da se sprovodi sa grupama adolescenata čiji je život ispunjen nevoljama, a izvode je obučeni neprofesionalni edukatori pod nadzorom. Intervencija se istovremeno odvojeno sprovodi i sa starateljima adolescenata (68, 69).

Intervencija se sastoji od sedam grupnih seansi za adolescente i tri seanse za staratelje. Trenutno se sprovodi testiranje randomizovanog kontrolisanog istraživanja intervencije EASE u Jordanu, Libanu, Pakistanu i Ujedinjenoj Republici Tanzaniji u različitim okruženjima (škola, izbeglički kamp i zajednica).



Okvir sa tekstom 4.12

Smanjenje stresa kod adolescenata uz pomoć skalabilne tehnologije (Scalable Technology for Adolescents to Reduce Stress – STARS) – digitalna psihosocijalna intervencija za adolescente sa emocionalnim problemima

Svetska zdravstvena organizacija je razvila STARS, digitalnu indikovanu psihološku intervenciju za samopomoć koja obuhvata tehnike zasnovane na dokazima, namenjenu adolescentima uzrasta 15–18 godina sa visokim nivoom emocionalnih problema i narušenom funkcionalnošću.

U intervenciji STARS sadržaj se plasira kroz četbot (unapred programirani digitalni sagovornik). Komponente intervencije obuhvataju psihološku edukaciju, postavljanje ciljeva, emocionalnu regulaciju, bihevioralnu aktivaciju, podsticanje na razmišljanje, socijalnu zaštitu i rešavanje problema. Intervencija STARS se sastoji od 10 seansi, a svaka traje po 10 minuta. U razvoju intervencije STARS primenjen je dizajn usmeren na čoveka kako bi se napravila intervencija koja reaguje na potrebe adolescenata. Planirano je njeno testiranje putem randomizovanog kontrolisanog istraživanja.

Više informacija potražite ovde:
https://www.who.int/mental_health/management/stars/en/ (pristupljeno 28. aprila 2021).

Prilikom pregleda HAT smernica identifikovano je 70 studija koje su obuhvatile adolescente sa emocionalnim simptomima (1). Vidi Prilog 6 u HAT smernicama SZO.

■ Adolescenti sa postojećim problemima disruptivnog ili prkosnog ponašanja (tj. sa aktuelnim psihološkim simptomima, ali bez dijagnoze)

Adolescentima koji pokazuju disruptivna/prkosna ponašanja treba pružiti indikovane psihosocijalne intervencije. Uz pomoć njih se smanjuju agresivnost, disruptivna i prkosna ponašanja, predupređuju se poremećaji mentalnog zdravlja (depresija i anksioznost) i unapređuje razvoj mentalnog zdravlja. Ove intervencije treba sprovoditi oprezno, jer mogu dovesti do povećane zloupotrebe opijata kod adolescenata sa disruptivnim i prkosnim obrascima ponašanja (Okvir sa tekstom 4.13) (1).

Komponente intervencija treba da se usredsrede na socijalno i kognitivno rešavanje problema i učenje interpersonalnih veština ili na multimodalne intervencije zasnovane na modelu socijalnog učenja, namenjene adolescentima i starateljima (8).

Preporučuje se uvođenje obuke za staratelje zasnovane na socijalnom učenju (8).

Stariji adolescenti (≥ 14 godina) verovatno će imati više koristi od strukturirane kognitivno-bihevioralne terapije u rodno mešovitim grupama, dok mlađim adolescentima više odgovaraju rodno homogene grupe (65).

Okvir sa tekstom 4.13

Psihosocijalna intervencija za adolescente agresivnog ponašanja, Nigerija

Nastavnici su ocenjivali agresivna ponašanja kod učenika uzrasta 9–14 godina u dve državne škole u Nigeriji (70). Zatim je iz svake škole po dvadeset učenika koji su imali najviše vrednosti agresivnosti nasumično odabранo za učešće u intervenciji (šest

grupnih seansi, po dve nedeljno) ili su stavljeni na listu čekanja kao kontrolna grupa. Intervencija je obuhvatala veštine rešavanja problema, strategije za smirivanje i pozitivni rifrejming atribucija. Intervenciju je sprovodio klinički psiholog na lokalnom jeziku, a u grupama je bilo po desetoro učenika.

Na kraju studije pokazalo se da su, prema ocenama nastavnika i vršnjaka, učenici koji su učestvovali u intervenciji bili znatno manje agresivni.

Prilikom pregleda HAT smernica identifikovane su 22 studije koje su obuhvatile adolescente sa postojećim simptomima disruptivnog ili prkosnog ponašanja (1). Vidi Prilog 6 u HAT smernicama SZO.

Kratki primeri psihosocijalnih intervencija namenjenih adolescentima

Ovi pristupi predstavljaju potencijalno delotvornu i razumnu praksu zasnovanu na dokazima za unapređenje razvoja mentalnog zdravlja te za sprečavanje problema mentalnog zdravlja, smanjenje samopovredivanja, samoubistava i drugih rizičnih ponašanja kod adolescenata. Ovakve inicijative treba da budu deo sveobuhvatnog plana. U Tabeli 4.15 nalaze se primeri ovih inicijativa.



Tabela 4.15 Psihosocijalne intervencije namenjene adolescentima

Psihosocijalne intervencije za sve adolescente	Ove intervencije se uobičajeno mogu sprovoditi u školskom okruženju ili drugom okruženju u zajednici gde adolescenti provode vreme, npr. radno mesto, ili kao digitalne intervencije.	Potencijalni ishodi <ul style="list-style-type: none"> ■ Smanjenje depresije i anksioznosti ■ Smanjenje broja samopovređivanja i samoubistava ■ Smanjena zloupotreba opijata ■ Unapređeno mentalno blagostanje 	Primeri <ul style="list-style-type: none"> ■ Program Svest mladih o mentalnom zdravlju (Youth Aware of Mental Health programme – YAM) ■ Kombinovani program za unapređenje atmosfere u školama (Climate Schools Combined), Australija
Ciljane psihosocijalne intervencije za adolescente sa poznatim faktorima rizika	Ove intervencije su namenjene adolescentima koji su izloženi individualnim ili porodičnim rizicima, ili se mogu sprovoditi na rizičnim lokacijama ili u rizičnim populacijama. Mogu se sprovoditi preko sektora zdravstva (npr. usluge namenjene obolelima od HIV-a/ AIDS-a), sektora obrazovanja, u okviru socijalne zaštite, dečije zaštite, sistema maloletničkog pravosuda ili neke druge usluge u zajednici namenjene adolescentima. Mogu se sprovoditi preko interneta, uživo ili kao kombinacija ova dva modela. Problem stigmatizacije se mora pažljivo razmotriti.	Potencijalni ishodi <ul style="list-style-type: none"> ■ Unapređeno mentalno blagostanje ■ Smanjenje depresije, anksioznosti i poremećaja direktno povezanih sa stresom ■ Smanjenje zloupotrebe opijata ■ Manje izostajanja iz škole ■ Strože pridržavanje terapije za HIV kod adolescenta koji žive sa HIV virusom ■ Smanjenje rizičnih seksualnih ponašanja ■ Bolje staranje kod adolescenta staratelja ■ Bolji ishodi kod adolescentkinja majki i bolji ishodi za njihovo potomstvo 	Primeri <ul style="list-style-type: none"> ■ Grupna psihosocijalna intervencija koja se sprovodi licem u lice za decu i adolescente izložene nasilju, Demokratska republika Kongo ■ Program osnaživanja adolescentkinja (Adolescent Girls Empowerment Program – AGEP), Zambija
Indikovane psihosocijalne intervencije za adolescente sa emocionalnim simptomima ili disruptivnim/prkosnim ponašanjem	Ove intervencije mogu se sprovoditi individualno ili u grupama preko sistema zdravstva, u školama ili drugim okruženjima u zajednici. Skrining i procene za identifikovanje adolescenta koji imaju simptome poremećaja mentalnog zdravlja takođe se mogu obavljati u okviru zdravstvenog sistema, u školi ili u zajednici. Problem stigmatizacije se mora pažljivo razmotriti.	Potencijalni ishodi <ul style="list-style-type: none"> ■ Smanjenje emocionalnih simptoma ■ Smanjenje u agresivnim, disruptivnim i prkosnim modelima ponašanja ■ Redovnije pohađanje škole ■ Smanjenje depresije i anksioznosti ■ Unapređeno mentalno blagostanje 	Primeri <ul style="list-style-type: none"> ■ SHINE – školski višekomponentni program koji sadrži indikovanu intervenciju za emocionalne probleme i probleme ponašanja, Egipat, Iran, Jordan, Pakistan ■ SZO – Veštine za emocije u ranoj adolescenciji (Early Adolescent Skills for Emotions – EASE) za mlađe adolescente sa emocionalnim problemima

Šta najbolje deluje...

Veća je verovatnoća da će ova strategija uspeti:

1

Kada se tokom intervencije obuhvati ciljna grupa adolescenata i kada se podstiče i omogućava učešće adolescenata u razvoju, prilagođavanju i primeni intervencije.

2

Kada se integriše u nacionalne ili lokalne politike, planove i obuku u oblasti obrazovanja i stručnog usavršavanja, uključujući pružaocu usluga u zajednici (u oblasti rada, maloletničkog pravosuđa).

3

Kada se temelji na perspektivi koja uzima u obzir čitavu zajednicu ili čitavu školu i za cilj ima kulturne promene u tim okruženjima, uključujući dinamiku između adolescenata i osoba od autoriteta, kao i između samih adolescentima.

4

Kada se poklapa sa širim promenama normi i aktivnostima koje se bave društveno-ekonomskim determinantama, nejednakostu i drugim stresorima, uključujući i nasilje.

5

Kada uzme u obzir i počne da rešava pitanja koja se tiču hijerarhije, statusa te kulturnih i društvenih normi koje se odnose na rod, odnosno kada podstiče razmišljanje i podizanje nivoa svesti o rodnom identitetu i seksualnim manjinama (71).

6

Kada angažuje zajednice, staratelje, školske odbore, nastavnike i drugo osoblje da kritički razmišljaju o svojim vrednostima, uverenjima i iskustvima koji se tiču inkluzije, nasilja i unapređenja blagostanja i autonomije adolescenata (72).

7

Kada se prilagodi lokalnom kulturnom kontekstu, kada primenjuje dobre prakse za precizno prilagođavanje intervencija zasnovanih na dokazima i kada održava kvalitet usluge uz pomoć kompetentnih realizatora.

9

Kada obezbeđuje povezivanje sa drugim zdravstvenim, obrazovnim i socijalnim uslugama namenjenim adolescentima i porodicama te upućivanje u njih.

8

Kada uzima u obzir uzrast i razvojnu fazu adolescenata:

- sadržaj intervencije treba da bude prikladan za uzrast i razvojni nivo adolescenata;
- treba razmotriti periode prelaska (npr. iz osnovne u srednju školu, iz škole na viši nivo obrazovanja, na obuku ili na posao);
- stariji adolescenti mogu imati dodatne/alternativne obaveze kao što su posao, ispiti, porodične ili roditeljske obaveze;
- treba takođe podržati autonomiju i životne uslove adolescenata.

Vežba za fokusiranje

Pre nego što predete na konkretnе pristupe i programe za primenu ove strategije, razmislite za trenutak o svom okruženju i onome što želite da promenite. Ovo vežbanje možete da obavite individualno ili u grupi.

Utvrđite stavove i norme u zajednici koje se tiču mentalnog zdravlja, a naročito one kod staratelja i adolescenata.

Obavite procenu potreba / situacionu analizu kako biste razumeli šta je postojeće istraživanje utvrdilo o potrebama adolescenata u pogledu mentalnog zdravlja i o broju adolescenata u određenom okruženju.

Utvrđite koji faktori rizika (kao što su siromaštvo, izloženost nasilju, HIV, adolescentska trudnoća i dr.) postoje u vašem okruženju.

Shvatite šta se trenutno dešava – na sistemskom nivou, kao i u pojedinim školama i zajednicama – kako biste unapredili mentalno zdravlje i poboljšali socijalne i emocionalne veštine.

Utvrđite da li postojeći pružaoci usluga, škole i nastavnici 1) imaju uputstva, znanja i veštine da na odgovarajući način reaguju ako postoje adolescenti kojima je potrebno više podrške ili koji se nalaze u direktnom riziku od samoubistva i 2) razumeju usluge podrške na koje mogu uputiti mlade.

Identifikujte intervencije zasnovane na dokazima koje mogu na primeren način da odgovore na potrebe u vašem kontekstu (vidi primere date u ovom poglavljju).

Identifikujte intervencije koje se sprovode. Ukoliko ste pronašli neku takvu intervenciju, istražite kako je ona odabrana i da li su sve takve intervencije u skladu sa dokazima.

Šta je, na osnovu ovih razmišljanja, vaš cilj u uvođenju ili jačanju psihosocijalnih intervencija u vašem okruženju?



Razmatranja u vezi sa primenom

Planiranje uvođenja novih psihosocijalnih intervencija za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja za adolescente u vašem kontekstu podrazumeva šest koraka (Slika 4.2).

U mnogim okruženjima već postoje psihosocijalne intervencije za adolescente koje su u skladu sa HAT smernicama. U nekim drugim okruženjima neophodno je pokrenuti nove programe.

Prilikom procene postojećih programa važno je razmotriti sledeće:

- teoriju promene ili logički model na kome je program ustrojen;
- dokaze na kojima se intervencija zasniva;
- sadržaj (u smislu nivoa razvoja, načina sprovođenja i relevantnosti za različite grupe adolescenata);
- kako se program sprovodi (uključujući podudaranje sa standardima kvaliteta zaštite u uslugama za adolescente) (72) i
- ukupnu prihvatljivost i izvodljivost programa.

U nekim slučajevima može se razmotriti prilagođavanje intervencije iz drugog okruženja. Ovo zahteva pažljivo razmatranje faktora koji su specifični za kontekst. Neke intervencije mogu da se primene u novom okruženju i da ostanu delotvorne uz manje izmene; neke druge mogu biti nedelotvorne ili čak imati negativne efekte ukoliko se ne prilagode. Važno je napraviti izmene koje ne utiču na osnovne elemente intervencije ili mehanizme koji proizvode pozitivne promene. Adolescenti i staratelji igraju važnu ulogu u stvaranju, prilagođavanju i evaluaciji intervencija.

Psihosocijalnu intervenciju treba uzeti u obzir zajedno sa drugim strukturnim intervencijama koje se bave društveno-ekonomskim i sredinskim stresorima koji imaju uticaj na mentalno zdravlje adolescenata u određenom kontekstu.

1 Uključite adolescente i staratelje

2 Uključite druge aktere i članove zajednice

3 Odaberite najbolji pristup i intervenciju

4 Sprovedite prilagođavanje ili prenošenje kako biste ispunili razvojne potrebe

5 Definišite odabir, nadzor i kontrolu kvaliteta za pružaoce usluga

6 Definišite procese identifikacije, skrininga, procene i upućivanja

Slika 4.2 Planiranje koraka koji će pomoći u uvođenju nove psihosocijalne intervencije u vašem okruženju

■ Glavni problemi u implementaciji koje treba razmotriti u fazi planiranja:

Koristite fazni pristup u pružanju usluga unapređenja, prevencije i zaštite kako bi se obezbedio kontinuitet zaštite.

Obezbedite povezivanje sa uslugama unapređenja mentalnog zdravlja i drugim vrstama podrške, uključujući akutne usluge mentalnog zdravlja i usluge zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, usluge dečije zaštite i druge porodične usluge, kao i upućivanje na njih.

Skrining, otkrivanje i identifikovanje

adolescenata moraju se pažljivo i senzibilno planirati, naročito kada se identifikuju adolescenti sa postojećim psihološkim simptomima, a skrining, otkrivanje i identifikovanje uvek treba da prate psihološka edukacija i psihosocijalna podrška.

Strategije kojima se izbegava stigmatizacija,

kao što su obuka te nadzor procenjivača i pružalaca usluga, moraju se sprovoditi. Internalizovana stigmatizacija koju su iskusili adolescenti kojima su ponudene ove intervencije takođe se mora pažljivo razmotriti i rešavati u okviru intervencije.

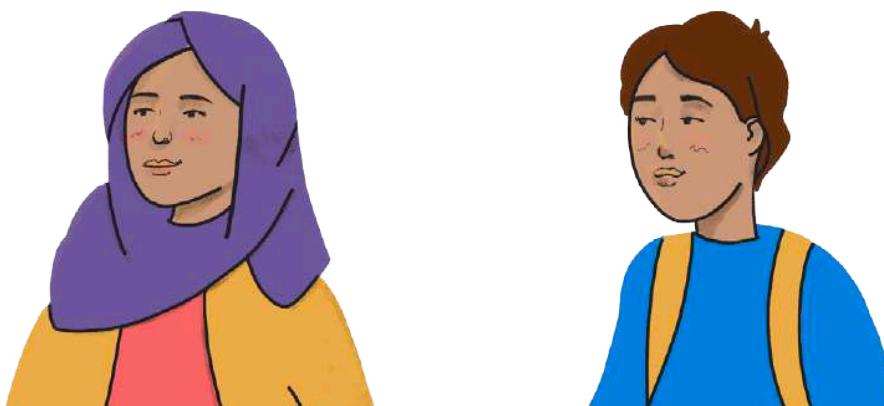
Otkrivanje i identifikovanje adolescenata u zajednici

mogu se sprovoditi kao podrška identifikovanju i upućivanju adolescenata kojima mogu koristiti indikovane psihosocijalne intervencije. Na primer, Alat za otkrivanje slučajeva u zajednici (Community Case Detection Tool – CCDT), čiji su autori van den Broek et al. (predat 2020. godine), razvijen je i evaluiran na teritoriji Palestine kako bi se poboljšalo otkrivanje dečijih i adolescentskih emocionalnih problema (poznati i kao internalizovani poremećaji) i problema disruptivnih/prkosnih ponašanja (poznati i kao eksternalizovani poremećaji) u zajednici (73).

■ Pristupi sprovodenju univerzalnih intervencija

Univerzalne intervencije mogu se sprovoditi licem u lice (npr. u školama i zajednici), digitalno ili kombinovanjem oba pristupa.

Većina intervencija (70%) koje su evaluirane u sklopu revizije dokaza na osnovu kojih su izrađene HAT smernice SZO realizovana je u školama (1). Imajući u vidu da univerzalne intervencije imaju za cilj da dopru do čitave populacije, ovaj pristup sprovodenju može da bude primeren za mnoge kontekste gde se može uključiti većina adolescenata (iako ne svi).

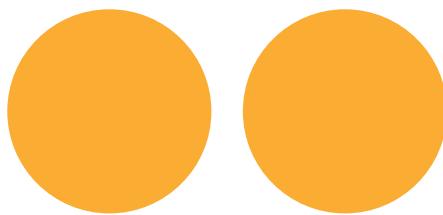


Trajanje intervencije i instruktivne komponente

Sprovodenje licem u lice

Za programe koji se sprovode licem u lice ne postoje dokazi o različitoj delotvornosti dugih programa (koji traju više od 16 sati) i kraćih programa. Izuzetak su programi namenjeni razvoju mentalnog zdravlja, kod kojih duži programi daju slabije rezultate (61).

Predlaže se da realizatori koriste participativne ili aktivne strategije, uključujući modelovanje i grupne diskusije, jer za njih postoji veća verovatnoća da će angažovati adolescente i da će im samim tim biti od koristi (61).



Digitalno sprovodenje

Kod digitalnih intervencija, trajanje programa po pravilu ne ukazuje na obim efekata. Izuzetak predstavljaju programi za sprečavanje nasilja, kod kojih se čini da duže trajanje intervencije korespondira sa većim obimom efekata. Tri digitalne komponente (standardizovani sadržaj, prilagođeni sadržaj i slanje notifikacija) ukazuju na veći obim efekata programa. Standardizovani sadržaj i slanje notifikacija utiču na bolje rezultate u pogledu ishoda koji se tiču nasilja, dok prilagođeni sadržaji pozitivno utiču na zloupotrebu opijata. Personalizovane povratne informacije (digitalno sprovodenje) i dodatna profesionalna pomoć (digitalno sprovodenje) kao podrška intervencijama na internetu ne korespondiraju sa obimom efekata ni u jednom ishodu (61).

Kada se radi na sprečavanju nasilja putem digitalnih strategija, predlaže se da intervencije traju duže od 16 sati (2).

Pokazalo se da modelovanje i grupne diskusije utiču na veći obim efekata, dok uvežbavanje i odigravanje uloga nisu ni na koji način uticali na obim efekata. Modelovanje se pokazalo kao važno prilikom digitalnog sprovodenja intervencija, dok je grupna diskusija važna prilikom sprovodenja intervencija licem u lice (61).

Realizatori

Pojam realizatora obuhvata širok dijapazon aktera među kojima su nastavnici, profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja, neprofesionalni radnici i vršnjaci. Tamo gde programe realizuju nastavnici, moraju se poštovati jasne uloge i ograničenja. Mehanizmi za nadzor i kontrolu kvaliteta realizatora ne korespondiraju dosledno sa većim efektima, mada se o ovim komponentama često ne izveštava na odgovarajući način (61). U oblasti

mentalnog zdravlja na globalnom planu, gde se intervencije mentalnog zdravlja sve više razvijaju za zdravstvene radnike koji nisu specijalisti a realizuju ih, nadzor se smatra strategijom koja je važna za uspeh programa (74). Prethodna istraživanja u ovoj oblasti ukazala su na to da podrška u vidu nadzora i praćenja programa može da dovede do boljih ishoda programa (75).

Potrebni resursi

Univerzalne intervencije se najčešće sprovode u okruženjima koja i inače zahvataju čitavu ciljnu populaciju (npr. u školama), čime se smanjuju stope osipanja iz programa. Ova okruženja se povezuju i sa delotvornom upotrebljom resursa, jer nema potrebe za alatima i osobljem za skrining, imajući u vidu da tu već postoje nastavnici kao ljudski resurs te da oni mogu da se obuče

i prate sprovodenje intervencije. Ipak, postoje i značajni troškovi koji se vezuju za sprovodenje intervencije na čitavoj populaciji, u zavisnosti od obima intervencije. Mogu se javiti prilične razlike u troškovima između digitalnih intervencija i onih koje se sprovode licem u lice te između različitih zemalja i škola.

Razmatranja realizacije za adolescente koji su izloženi poznatim faktorima rizika

Posebna razmatranja realizacije u humanitarnim okruženjima

Posebna razmatranja realizacije za trudne adolescentkinje i adolescentkinje majke

Okruženje za sprovođenje

Mogu se razmotriti sprovođenje licem u lice, grupno sprovođenje u školi, sprovođenje u izbegličkom kampu, individualno sprovođenje kod kuće ili intervencije koje se sprovode u više različitih okruženja.

Razmotrite alternativna okruženja za sprovođenje intervencija, npr. radno mesto i druge lokacije u zajednici, kako bi se doprlo i do adolescenata koji ne pohađaju školu.

Okruženje za sprovođenje

Adolescenti izloženi humanitarnim katastrofama imaju manje mogućnosti da pristupe merama zaštite fizičkog i mentalnog zdravlja i često više nisu u školi (30).

Možda treba razmotriti nove strategije za sprovođenje tamo gde je pristup intervencijama otežan usled sukoba koji su u toku ili drugih vanrednih situacija.

Okruženje za sprovođenje

Psihosocijalne intervencije namenjene podršci mentalnog zdravlja za majke treba integrisati u zdravstvene i razvojne usluge namenjene majkama i deci na ranom uzrastu (48).

Kućne posete su naročito korisna strategija za angažovanje trudnih adolescentkinja koje žive u nepovoljnim okolnostima, a koje su pod visokim rizikom i do kojih je teško dopreti. Ipak, ukoliko se radi o pokretnoj populaciji, moraju se prevazići prepreke koje dovode do osipanja učesnika.

Realizatori

1

U realizaciji intervencije mogu učestvovati profesionalci koji se bave mentalnim zdravljem, socijalni radnici, pružaoci usluga koji nisu specijalisti te nastavnici ili drugo školsko osoblje.

Moraju se obezbediti obuka i stalno praćenje.

Model „obući trenera“ može se primeniti tamo gde već postoje iskusni pružaoci usluga koji nisu specijalisti te nastavnici ili drugo školsko osoblje sa znanjima i praksom.

Realizatori

2

Briga za blagostanje realizatora je važna i oni moraju imati podršku tokom obuke i redovnih nadzornih aktivnosti.

Ove programe su do sada sprovodili nastavnici, pružaoci usluga koji nisu specijalisti i profesionalci koji se bave mentalnim zdravljem.

Realizatori

3

Pružaoci usluga koji nisu specijalisti mogu biti u boljem položaju kada je u pitanju dopiranje do mladih staratelja i trudnih adolescentkinja nego što su to zdravstveni radnici u stacionarnim zdravstvenim ustanovama. Ipak, kod intervencija ove vrste potrebna je dodatna pažnja kako bi se ojačalo zadržavanje učesnika u programima i povećala održivost intervencija.

Posebna razmatranja realizacije među adolescentima koji žive sa HIV-om ili su pogođeni HIV-om

Okruženje za sprovođenje

Mogu se koristiti domovi zdravlja i domovi učesnika.

Podršku mentalnom zdravlju treba integrisati u zdravstvene usluge za zaražene HIV-om. U ovome treba koristiti pristup rodne osjetljivosti i životnog toka, uzimajući u obzir promene koje se javljaju od rane do pozne adolescencije i kasnije.

Potrebna su dalja istraživanja kako bi se ispitalo sprovođenje intervencija na internetu u ovoj populaciji.

Razmatranja realizacije među adolescentima sa emocionalnim problemima (sa postojećim psihološkim simptomima, ali bez dijagnoze)

Okruženje za sprovođenje

Digitalni pristup, pristup licem u lice i kombinovani pristup predstavljaju izvodljivu i delotvornu opciju za sprovođenje.

Sprovođenje intervencija uz pomoć digitalnih medija može da umanji stigmatizaciju.

Realizatori

3

Imajući u vidu osjetljivost koju tema HIV-a sa sobom nosi, važno je i neophodno odvojiti vreme i sredstva za obuku kadrova (1).

Razmatranja realizacije među adolescentima sa problemima disruptivnog i prkosnog ponašanja, ali bez dijagnoze

Okruženje za sprovođenje

Evaluirani su digitalni pristup i pristup licem u lice (u školama, zajednicama i zdravstvenim ustanovama) u sprovođenju intervencija i njihova primena dala je rezultate koji obećavaju.

Treba biti oprezan prilikom sprovođenja grupnih pristupa zato što adolescenti na taj način mogu da nauče nova disruptivna ili

Realizatori

4

Pružaoci usluga koji nisu specijalisti u školskom okruženju mogu delovati manje zastrašujuće.

Treba pažljivo razmotriti moguću stigmatizaciju koju sa sobom nosi sprovođenje intervencija sa odabranom grupom adolescenta u školama, zdravstvenim ustanovama ili zajednicama.

Neki dokazi ukazuju na to da indikovane školske intervencije koje sprovode zaposleni u školama nisu delotvorne (76).

5

prkosna ponašanja jedni od drugih i/ili mogu da pojačaju svoje ponašanje posmatrajući druge adolescente sa problemima disruptivnog/prkosnog ponašanja i stupajući u interakciju sa njima.

Izvori

SZO – Globalni standardi za kvalitetne zdravstvene usluge namenjene adolescentima

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/ (pristupljeno 4. marta 2021).

UNICEF – Zaštita staratelja tokom krize izazvane kovidom-19

<https://www.unicef.org/media/84131/file/CFC-COVID-19.pdf> (pristupljeno 14. marta 2021).

SZO – Smernice za intervencije unapređenja mentalnog zdravlja i prevencije problema kod adolescenata – Pomoći adolescentima da napreduju (Helping Adolescents Thrive – HAT)

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336864> (pristupljeno 14. marta 2021).

SZO – HAT, EASE, STARS

https://www.who.int/mental_health/maternal-child/adolescent/en/ (pristupljeno 14. marta 2021).

SZO – STARS

https://www.who.int/mental_health/management/stars/en/ (pristupljeno 14. marta 2021).

YAM – Youth Aware of Mental Health (Svest mladih o mentalnom zdravlju)

<https://www.y-a-m.org> (pristupljeno 14. marta 2021).

AGEP – Program osnaživanja adolescentkinja

<https://www.popcouncil.org/research/adolescent-girls-empowerment-program> (pristupljeno 14. marta 2021).

Školska atmosfera, Australija

<https://www.climateschools.com.au/> (pristupljeno 14. marta 2021).

SZO – INSPIRE: Sedam strategija za okončanje nasilja prema deci – Edukacija i životne veštine

<https://www.who.int/publications-detail/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children> (pristupljeno 14. marta 2021).

Korišćena literatura

1. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336864>, pristupljeno 24. februara 2021).
2. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T et al. Adolescent mental health program components and behavior risk reduction: a meta-analysis. Pediatrics. 2019;144:e20183488 (<https://doi.org/10.1542/peds.2018-3488>, pristupljeno 14. marta 2021).
3. O'Callaghan P, Branham L, Shannon C, Betancourt TS, Dempster M, McMullen J. A pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern Democratic Republic of Congo. Child Abuse Negl. 2014;38:1197-207 (<https://doi.org/10.1016/j.chab.2014.02.004>, pristupljeno 14. marta 2021).
4. McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C, Black A, Eakin J. Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54:1231-41 (<https://doi.org/10.1111/jcpp.12094>, pristupljeno 14. marta 2021).
5. Berger R, Gelkopf M, Heineberg Y, Zimbardo P. A school-based intervention for reducing posttraumatic symptomatology and intolerance during political violence. J Educ Psychol. 2016;108:761-71 (<https://doi.org/10.1037/edu10000066>, pristupljeno 14. marta 2021).
6. Harris MB, Franklin CG. Effects of a cognitive-behavioral, school-based, group intervention with Mexican American pregnant and parenting adolescents. Soc Work Res. 2003;27:71-83 (<https://doi.org/10.1093/swr/27.2.71>, pristupljeno 14. marta 2021).
7. Ssegona R, Nystrand C, Feldman I, Sarkadi A, Langenskiold S, Jonsson U. Indicated preventive interventions for depression in children and adolescents: a meta-analysis and meta-regression. Prev Med. 2019;118:7-15 (<https://doi.org/10.1016/j.pmed.2018.09.021>, pristupljeno 14. marta 2021).
8. National Collaborating Centre for Mental Health. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management: NICE clinical guidelines, No. 158. Leicester: British Psychological Society; 2013 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/evidence/conduct-disorders-in-children-and-young-people-full-guideline-189848413>, pristupljeno 24. februara 2021).
9. Dodge KA. Annual research review: universal and targeted strategies for assigning interventions to achieve population impact. J Child Psychol Psychiatry. 2020;61:255-67 (<https://doi.org/10.1111/icpp.13141>, pristupljeno 14. marta 2021).
10. Ecological Approaches to Social Emotional Learning (EASEL) Laboratory. About Explore SEL. Harvard: Harvard Graduate School of Education; 2020 (<http://exploresel.gse.harvard.edu/about/>, pristupljeno 24. februara 2021).
11. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster- randomised, controlled trial. Lancet. 2015;385:1536-44 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61213-7), pristupljeno 14. marta 2021).
12. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. Suicide Life Threat Behav. 2010;40:506-15 (https://doi.org/10.1521/si_2010.40.5.506, pristupljeno 14. marta 2021).
13. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337001>, pristupljeno 24. februara 2021).
14. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/effective-actions-improving-adolescent/en/>, pristupljeno 14. marta 2021).
15. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016;387:2423-78 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1), pristupljeno 14. marta 2021).
16. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezech AC et al. Adolescence: a foundation for future health. Lancet. 2012;379:1630-40 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5), pristupljeno 14. marta 2021).
17. School health services guideline: guideline on school-based or school-linked health services provided by a health worker. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/development/school-interventions-child-adolescent-health/en/, pristupljeno 24. februara 2021).
18. Social and emotional wellbeing in secondary education. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ph20/resources/social-and-emotional-wellbeing-in-secondary-education-1996230289093>, pristupljeno 24. februara 2021).

19. Newton NC, Teesson M, Vogl LE, Andrews G. Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*. 2010;105:749-59 (<https://doi.org/10.1111/i.1360-0443.2009.02853.x>, pristupljeno 14. marta 2021).
20. Wong N, Kady L, Mewton L, Sunderland M, Andrews G. Preventing anxiety and depression in adolescents: a randomised controlled trial of two school based Internet-delivered cognitive behavioural therapy programmes. *Internet Interventions*. 2014;1:90-4 (<https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.05.004>, pristupljeno 14. marta 2021).
21. Teesson M, Newton NC, Slade T, Chapman C, Birrell L, Mewton L et al. Combined prevention for substance use, depression, and anxiety in adolescence: a cluster-randomised controlled trial of a digital online intervention. *Lancet Digital Health*. 2020;2:e74-e84 ([https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(19\)30213-4](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(19)30213-4), pristupljeno 14. marta 2021).
22. Kutcher S, Wei Y. Mental health and high school curriculum guide: understanding mental health and mental illness. Halifax: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2015 (<https://teenmentalhealth.org/>, pristupljeno 24. februara 2021).
23. Kutcher S, Wei Y, Morgan C. Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Can J Psychiatry*. 2015;60:580-6 (<https://doi.org/10.1177/070674371506001209>, pristupljeno 14. marta 2021).
24. Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Ubuguyu O, Njau T, Brown A et al. A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:50 (<https://doi.org/10.1186/s13033-016-0082-6>, pristupljeno 14. marta 2021).
25. Kutcher S, Gilberds H, Morgan C, Greene R, Hamwaka K, Perkins K. Improving Malawian teachers' mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach. *Glob Ment Health (Camb)*. 2015;2:e1 (<https://doi.org/10.1017/gmh.2014.8>, pristupljeno 14. marta 2021).
26. Ravindran AV, Herrera A, da Silva TL, Henderson J, Castrillo ME, Kutcher S. Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel-group, controlled pilot investigation. *Glob Ment Health (Camb)*. 2018;5:e4 (<https://doi.org/10.1017/gmh.2017.27>, pristupljeno 14. marta 2021).
27. Sonego M, Pichiule M, Gandarillas A, Polo C, Ordobas M. Mental health in girls and boys exposed to intimate partner violence. *Public Health*. 2018;164:26-9 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.003>, pristupljeno 14. marta 2021).
28. Bunston W, Franich-Ray C, Tatlow S. A diagnosis of denial: how mental health classification systems have struggled to recognise family violence as a serious risk factor in the development of mental health issues for infants, children, adolescents and adults. *Brain Sci*. 2017;7(10):133.
29. Graham G, Kirolos M, Fylkesnes G, Salarkia K, Wong N. Stop the war on children: protecting children in 21st century conflict. London: Save the Children; 2019 (<https://www.stopwaronchildren.org/report.pdf>, pristupljeno 24. februara 2021).
30. Kearney CA, Wechsler A, Kaur H, Lemos-Miller A. Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010;13:46-76 (<https://doi.org/10.1007/s10567-009-0061-4>, pristupljeno 14. marta 2021).
31. Rothman EF, Edwards EM, Heeren T, Hingson RW. Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 2008;122(2):e298-304.
32. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training healthcare providers. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330084>, pristupljeno 24. februara 2021).
33. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, pristupljeno 15. marta 2021).
34. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259270>, pristupljeno 24. februara 2021).
35. WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>, pristupljeno 24. februara 2021).
36. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206437>, pristupljeno 24. februara 2021).
37. Tackling the multidimensionality of child poverty. *Lancet Child & Adolescent Health*. 2019;3 ([https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30067-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30067-7), pristupljeno 14. marta 2021).

38. McBride V, Berkel C, Gaylord-Harden NK, Copeland-Linder N, Nation M. Neighborhood poverty and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*. 2011;21:114-28 (<https://doi.org/10.1111/i.1532-7795.2010.00718.x>, pristupljeno 14. marta 2021).
39. Leung JT Shek DT Poverty and adolescent developmental outcomes: a critical review. *Int J Adolesc Med Health*. 2011;23:109-14 (<https://doi.org/10.1515/ijamh.2011.019>).
40. Investing in adolescents can break cycles of poverty and inequity. New York: UNICEF; 2011 (<https://www.unicef.org/media/media/57728.html>, pristupljeno 24. februara 2021).
41. Austrian K, Soler-Hampeisek E, Behrman JR, Digitale J, Jackson Hachonda N, Bweupe M et al. The impact of the Adolescent Girls Empowerment Program (AGEP) on short and long term social, economic, education and fertility outcomes: a cluster randomized controlled trial in Zambia. *BMC Public Health*. 2020;20:349 (<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08468-0>, pristupljeno 14. marta 2021).
42. Panter-Brick C, Daiani R, Eggerman M, Hermosilla S, Sancilio A, Ager A. Insecurity, distress and mental health: experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59:523-41 (<https://doi.org/10.1111/jcpp.12832>, pristupljeno 14. marta 2021).
43. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:359-69 (<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013>, pristupljeno 14. marta 2021).
44. Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>, pristupljeno 24. februara 2021).
45. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*. 2015;56:223-30 (<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.007>, pristupljeno 14. marta 2021).
46. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev*. 2012;23:123-38 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22764559/>, pristupljeno 24. februara 2021).
47. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;27:138-50 (<https://doi.org/10.1016/j.ipag.2013.09.008>, pristupljeno 14. marta 2021).
48. Improving early childhood development: WHO guideline. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331306>, pristupljeno 24. februara 2021).
49. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>, pristupljeno 24. februara 2021).
50. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>, pristupljeno 24. februara 2021).
51. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/172427>, pristupljeno 24. februara 2021).
52. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries: a call to action. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214.pdf>, pristupljeno 17. aprila 2021).
53. Paediatric Aids Treatment for Africa. Ask-Boost-Connect-Discuss (ABCD). Cape Town: University of Cape Town-Oxford University team; 2020 (<http://teampata.org/ask-boost-connect-discuss-abcd/>, pristupljeno 24. februara 2021).
54. Vranda MN, Mothi SN. Psychosocial issues of children infected with HIV/AIDS. *Indian J Psychol Med*. 2013;35:19-22 (<https://doi.org/10.4103/0253-7176.112195>, pristupljeno 14. marta 2021).
55. Dow DE, Turner EL, Shayo AM, Mmbaga B, Cunningham CK, O'Donnell K. Evaluating mental health difficulties and associated outcomes among HIV-positive adolescents in Tanzania. *AIDS Care*. 2016;28:825-33 (<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1139043>, pristupljeno 14. marta 2021).
56. Adeiumo OA, Malee KM, Ryscavage P, Hunter SJ, Taiwo BO. Contemporary issues on the epidemiology and antiretroviral adherence of HIV-infected adolescents in sub-Saharan Africa: a narrative review. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:20049 (<https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.20049>, pristupljeno 14. marta 2021).
57. Taddeo D, Egedy M, Frappier JY Adherence to treatment in adolescents. *Paediatr Child Health*. 2008;13:19-24 (<https://doi.org/10.1093/pch/13.1.19>, pristupljeno 14. marta 2021).

58. Okonji EF, Mukumbang FC, Orth Z, Vickerman-Delport SA, Van Wyk B. Psychosocial support interventions for improved adherence and retention in ART care for young people living with HIV (10-24 years): a scoping review. BMC Public Health. 2020;20:1841 (<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09717-y>, pristupljeno 14. marta 2021).
59. Skeen S, Laurenzi CA, Gordon SL, du Toit S, Tomlinson M, Dua T et al. Adolescent mental health program components and behavior risk reduction: a meta-analysis. Pediatrics. 2019;144(2): e20183488 (<https://doi.org/10.1542/peds.2018-3488>, pristupljeno 21. marta 2021).
60. Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254885>, pristupljeno 24. februara 2021).
61. Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341052/9789240023581-eng.pdf>, pristupljeno 3. maja 2021).
62. Willis N, Milanzi A, Mawodzeke M, Dziwa C, Armstrong A, Yekeye I et al. Effectiveness of community adolescent treatment supporters (CATS) interventions in improving linkage and retention in care, adherence to ART and psychosocial well-being: a randomised trial among adolescents living with HIV in rural Zimbabwe. BMC Public Health. 2019;19:117 (<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6447-4>, pristupljeno 14. marta 2021).
63. Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P. A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. J Consult Clin Psychol. 2009;77:486-503 (<https://doi.org/10.1037/a0015168>, pristupljeno 14. marta 2021).
64. Topper M, Emmelkamp PM, Watkins E, Ehring T. Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2017;90:123-36 (<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.015>, pristupljeno 14. marta 2021).
65. Down R, Willner P, Watts L, Griffiths J. Anger Management groups for adolescents: a mixed-methods study of efficacy and treatment preferences. Clin Child Psychol Psychiatry. 2011;16:33-52 (<https://doi.org/10.1177/1359104509341448>, pristupljeno 14. marta 2021).
66. Imran N, Rahman A, Chaudhry N, Asif A. World Health Organization "School Mental Health Manual"-based training for school teachers in Urban Lahore, Pakistan: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2018;19:290 (<https://doi.org/10.1186/s13063-018-2679-3>, pristupljeno 14. marta 2021).
67. Hamdani SU, Zill e H, Warratich A, Suleman N, Muzzafar N, Minhas FA et al. Technology-assisted teachers' training to promote socioemotional well-being of children in public schools in rural Pakistan. Psychiatr Serv. 2021;72:69-76 (<https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000005>, pristupljeno 14. marta 2021).
68. Dawson KS, Watts S, Carswell K, Shehadeh MH, Jordans MJ, Bryant RA et al. Improving access to evidence-based interventions for young adolescents: Early Adolescent Skills for Emotions (EASE). World Psychiatry. 2019;18(1):105 (<https://doi.org/10.1002/wps.20594>, pristupljeno 14. marta 2021).
69. Brown FL, Steen F, Taha K, Aoun M, Bryant RA, Jordans MRD et al. Early Adolescent Skills for Emotions (EASE) intervention for the treatment of psychological distress in adolescents: study protocol for randomised controlled trials in Lebanon and Jordan. Trials. 2019;50:545 (<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3654-3>, pristupljeno 14. marta 2021).
70. Abdulmalik J, Ani C, Ajuwon AJ, Omigbodun O. Effects of problemsolving interventions on aggressive behaviours among primary school pupils in Ibadan, Nigeria. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2016;10:31 (<https://doi.org/10.1186/s13034-016-0116-5>, pristupljeno 14. marta 2021).
71. Parkes J, Heslop J, Johnson Ross F, Westerveld R, Unterhalter E. A rigorous review of global research evidence on policy and practice on school-related gender based violence. New York (NY): UNICEF; 2016 (<https://files.eric.ed.gov/fulltext/FD573791.pdf>, pristupljeno 24. februara 2021).
72. Global standards for quality health care services for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/, pristupljeno 20 March 2021).
73. Van den Broek M, Hegazi L, Ghazal N, Hamayel L, Barrett A, Kohrt BA et al. Accuracy of a proactive case detection tool for internalizing and externalizing problems among conflict-affected children and adolescents (in press).
74. Patel V, Chowdhary N, Rahman A, Verdelli H. Improving access to psychological treatments: lessons from developing countries. Behav Res Ther. 2011;49:523-8 (<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.012>, pristupljeno 14. marta 2021).
75. Murray LK, Dorsey S, Bolton P, Jordans MJ, Rahman A, Bass J et al. Building capacity in mental health interventions in low resource countries: an apprenticeship model for training local providers. Int J Ment Health Syst. 2011;5:30 (<https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-30>, pristupljeno 14. marta 2021).
76. Gee B, Reynolds S, Carroll B, Orchard F, Clarke T, Martin D et al. Practitioner review: effectiveness of indicated school-based interventions for adolescent depression and anxiety - a meta-analytic review. J Child Psychol Psychiatry. 2020;61:739-56 (<https://doi.org/10.1111/jcpp.13209>, pristupljeno 14. marta 2021).

Ključni pristupi u realizaciji

Multisektorska saradnja

Angažovanje različitih sektora kroz pristup koji podrazumeva čitavo društvo neophodno je kako bi se izgradio sveobuhvatan pristup unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja adolescenata (1). Uspjeho sprovodenje strategija zasnovanih na dokazima zavisi od dobro organizovane i stalne saradnje između brojnih sektora i aktera – javnog, privatnog i civilnog sektora – na nacionalnom i lokalnom nivou. Multisektorska saradnja je proces organizovanja i koordinacije različitih aktera, unutar i izvan sektora zdravstva, kako bi se radilo na postizanju zajedničkog cilja – unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja adolescenata (2).

Ključne stavke koje treba razmotriti prilikom primene HAT strategija u okviru multisektorskog pristupa su sledeće:

Mnogi sektori mogu imati ulogu u unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja adolescenata

Različiti sektori mogu da obezbede alternativne platforme za sprovođenje usluga

Različiti sektori mogu spojiti teme roda i mentalnog zdravlja u okviru intervencija usmerenih ka adolescentima koje se tiču unapređenja i prevencije mentalnog zdravlja

Ti sektori mogu dati doprinos unapređenju mentalnog zdravlja i sprečavanju nastanka problema tako što će pružati svoje uobičajene usluge usmerene na faktore rizika za razvoj problema sa mentalnim zdravljem (npr. kroz obrazovanje ili smanjenje siromaštva). Ovi sektori se takođe mogu postaratati da njihove politike i programi ne deluju štetno na mentalno zdravlje, kao i da unapređuju sredinu koja je povoljna za očuvanje mentalnog zdravlja.

i da povećaju dostupnost intervencija namenjenih adolescentima koje se tiču unapređenja i prevencije (kao što su programi u školama ili na radnom mestu). Kako adolescenti odrastaju, oni se obično sve ređe susreću sa zdravstvenim uslugama i sve je teže dopreti do njih preko tradicionalnih mehanizama za pružanje usluga. Izuzetno je važno da se adolescentima pristupa na više različitih ulaznih tačaka sa kojima su oni povezani u svakodnevnom životu, poput obrazovanja, zapošljavanja i društvenih kanala (3).

Suštinski značaj prilikom izrade intervencija ima razumevanje jedinstvene i zajedničke osetljivosti adolescenata i adolescentkinja na rizike koji se tiču mentalnog zdravlja, uključujući i uticaj štetnih rodnih normi i uticaj faktora koji mogu zaštititi i poboljšati njihovo mentalno zdravlje i blagostanje.

Multisektorska saradnja može predstavljati delotvoran način da se ojača sveukupno pružanje usluga

za unapređenje mentalnog zdravlja i prevenciju namenjenih adolescentima na različitim platformama. Praznine koje se javе u jednom sektorу mogu se popuniti komplementarnim uslugama iz nekog drugog sektora (2).

Sektori mogu da pristupaju mentalnom zdravlju adolescenata na različite načine, koristeći različitu terminologiju i alate

Saglasnost u pogledu razumevanja problema predstavlja važan korak koji obezbeđuje da se multisektorska akcija zasniva na najboljim praksama, a da istovremeno bude nadgradnja postojećih modela unapređenja mentalnog zdravlja mladih (4).

Prirodne katastrofe, epidemije, sukobi i druge humanitarne vanredne situacije mogu predstavljati podsticaj za saradnju na unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja

pa i mentalnog zdravlja adolescenata, kao i priliku da se usluge mentalnog zdravlja ponovo uspostave, ali bolje nego što su ranije bile (5).

Koraci u primeni HAT strategija

U ovom odeljku daje se pregled osnovnih koraka u planiranju i primeni HAT strategija.

Uspostaviti mehanizam za koordinaciju 1

Da bi se planirali i nadzirali razvoj i realizacija multisektorskog odgovora, treba sazvati koordinaciono telo na nacionalnom, okružnom i lokalnom nivou (u zavisnosti od nivoa na kome se realizuje HAT) (2). Koordinaciono telo, koje obično vodi ministarstvo zdravlja, treba da ima političku podršku i dovoljno resursa kako bi moglo da planira i sprovodi odgovor, a da istovremeno bude u stanju da pozove partnera na odgovornost (6). Njegova uloga je da nadzire razvoj vizije, vođenje i upravljanje, kao i da planira sprovođenje (7).

Identifikovati multisektorske partnere 2

U multisektorski odgovor treba uključiti veliki broj partnera – vladine sektore, organizacije civilnog društva zajedno sa adolescentima liderima i partnerima iz oblasti naučno-istraživačkog rada. Različiti akteri su neophodni za suštinski važne, ali komplementarne uloge, kao što su tehnička i programska ekspertiza, istraživanje i generisanje znanja te nadzor, planiranje i podrška. Detaljni spisak potencijalnih sektora navodi se u Tabeli 5.1 (8).

Negovati političku volju i podršku 3

Stariji rukovodioci u svakom od sektora treba da budu angažovani i posvećeni realizaciji odgovora. Ovo obuhvata negovanje političke volje i liderstva u oblasti mentalnog zdravlja adolescenta, mobilizaciju i opredeljivanje sredstava te stvaranje osećaja posedništva i odgovornosti u okviru sektora (2).

Uskladiti razumevanje kod partnera u vezi sa ključnim pitanjima 4

Prilikom razvoja odgovora od suštinskog je značaja da se uspostavi zajedničko razumevanje mentalnog zdravlja adolescenta i problema koji na njega utiču u datom kontekstu. Takođe je važno da se partneri slože oko glavnih principa u realizaciji, kao što su posvećenost zaštiti ljudskih prava adolescenta, unapređenje njihove participacije u programu i rodno osjetljivi pristup programskom delovanju. Rad u zajedničkom okviru olakšava komunikaciju te izradu, realizaciju i evaluaciju multisektorskih odgovora (9).

Obaviti situacionu analizu i mapirati aktuelne aktivnosti

5

Izuzetno je važno da se proceni trenutno okruženje i identifikuju postojeće aktivnosti u oblasti unapređivanja mentalnog zdravlja i prevencije, odnosno resursi i potrebe u vezi sa tim (Okvir sa tekstom 5.1) (10). Moguće je da su različiti akteri i sektori već angažovani na aktivnostima unapređenja i zaštite mentalnog zdravlja adolescenta. Stoga je važno da se utvrdi koje se aktivnosti već sprovode, koji su akteri uključeni (ovo se odnosi i na adolescente i staratelje), koje prepreke u realizaciji postoje, koji faktori omogućavaju uspešno sprovođenje programa i da li postoje problemi u vezi sa ravnopravnosću, kao i da se dokumentuje sve ono što je do tada naučeno. Mapiranjem treba utvrditi nivo resursa koji stoje na raspolaganju (ljudskih, informacionih, finansijskih) i trenutne okvire za praćenje i evaluaciju (10). Mapiranje takođe treba da identificuje propuste u programskom delovanju i prilike za primenu HAT strategija.

Okvir sa tekstom 5.1

Situaciona analiza i mapiranje aktuelnih aktivnosti

Tokom situacione analize za **Strategiju 1 (Politike i zakoni)** treba razmotriti trenutnu primenu i sprovođenje aktuelnih zakona i politika koji utiču na unapređenje mentalnog zdravlja adolescenta i prevenciju problema kroz standarde, protokole i mehanizme. To obuhvata zakone i politike o pesticidima i kontroli vatrenog oružja, povredama i nasilju, upotrebi alkohola i drugih opijata, trudnoći u adolescenciji te o HIV-u i polno prenosivim bolestima. Mapiranje treba da obuhvati i identifikovanje oblasti u kojima HAT strategije mogu da doprinesu jačanju postojećih politika i strategija u vezi sa ključnim potrebama u pogledu zdravlja i blagostanja.

Za **Strategiju 2 (Okruženja)** treba razmotriti dominantne situacije ili uslove u kojima većina adolescenta živi, radi, obrazuje se i druži. Mapiranje treba da obuhvati faktore rizika i zaštite u vezi sa mentalnim zdravljem u ovim okruženjima, stepen u kome su relevantni sektori i akteri senzibilisani za pitanja koja se tiču mentalnog zdravlja adolescenta, kao i postojeće programe kojima se unapređuju okruženja (iako se u njima možda ne govori o unapređenju mentalnog zdravlja), uključujući njihov obim i nivo održivosti.

Situaciona analiza za **Strategiju 3 (Staratelji)** i **Strategiju 4 (Psihosocijalne intervencije)** treba da pokrije: informacije o postojećim uslugama i resursima u oblasti mentalnog zdravlja; sisteme i mehanizme upućivanja za adolescente i/ili njihove staratelje; informacije o preprekama i olakšavajućim faktorima kada je u pitanju participacija adolescenta i/ili njihovih staratelja u postojećim programima; postojeće podatke o mentalnom zdravlju adolescenta i/ili staratelja, kao i o faktorima rizika i zaštite; podatke iz ranijih evaluacija intervencija usmerenih na adolescente i/ili staratelje; prilike za proširivanje programskog delovanja.

Razviti plan troškova i realizacije

6

Plan realizacije treba da se zasniva na situacionoj analizi i da se razvije u saradnji sa partnerima (10). Razvoj jasnog plana podrazumeva odlučivanje o uspostavljanju globalnih ciljeva i prioritetnih intervencija za realizaciju HAT strategije. Akcioni plan treba da sadrži jasan opis aktivnosti i ciljeva, zajedno sa odgovarajućim indikatorima i alatima za prikupljanje podataka, kao i sistemima za praćenje napretka u realizaciji. U planu treba opisati prilike za participaciju i liderstvo adolescenata i njihovih staratelja, odnosno zajednica, potrebne resurse (ljudske, informacione, finansijske) i planove za mobilizaciju resursa na nacionalnom, okružnom i lokalnom nivou. Odabrane intervencije i plan realizacije razlikovaće se u zavisnosti od konteksta, lokalnih prioriteta i resursa te uslova pod kojim se realizuje HAT strategija (npr. samostalna inicijativa ili deo šireg pristupa jačanju sistema zdravstva) (Okvir sa tekstrom 5.2).

Okvir sa tekstrom 5.2

Odabir intervencija

Prilikom odabira ključnih intervencija za **Strategiju 1 (Politike i zakoni)** uzmite u obzir: prioritete u trenutnom zakonodavnom ili političkom okviru; izvodljivost promene politika i zakona; izmene za koje postoji verovatnoća da će ih podržati donosioci odluka; kako se izmene politika i zakona uklapaju u globalni plan za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata.

Za **Strategiju 2 (Okruženja)** uzmite u obzir: postojeću bazu dokaza za predložene intervencije na nivou okruženja; izvodljivost i prihvatljivost izmena u okruženju adolescenata; stepen u kome različiti partneri mogu da daju doprinos; stepen u kome se intervencije mogu sprovoditi pravično.

Za **Strategiju 3 (Staratelji)** i **Strategiju 4 (Psihosocijalne intervencije)** uzmite u obzir: postojeću bazu dokaza za predložene intervencije; izvodljivost i prihvatljivost programskog delovanja kada su u pitanju ciljane grupe staratelja, adolescenata i pružalaca usluga; da li se postojeći programi mogu iskoristiti kao podloga za dalji razvoj ili je neophodno započeti sa novom vrstom odgovora.

U zavisnosti od odabralih intervencija, plan treba da opiše uloge i odgovornosti svakog sektora, u skladu sa njihovim prednostima/snagama i oblastima ekspertize (8). U Tabeli 5.1 navode se primeri sektora i njihovih potencijalnih uloga u okviru HAT.

Tabela 5.1 Potencijalne uloge različitih sektora

Sektor/partner	Potencijalna uloga sektora
Obrazovanje	Politike i programi za mentalno zdravlje u školama i tercijarnom obrazovanju, što obuhvata socijalno i emocionalno učenje te intervencije u vezi sa atmosferom u školama (uključujući i intervencije protiv vršnjačkog nasilja)
	Ravnopravan pristup savetovanju i upućivanju
	Programi obuke i podrške za edukatore
Socijalna zaštita / društveni razvoj / dečija zaštita	Politike i programi za sprečavanje nasilja nad adolescentima
	Politike i programi za podršku roditeljima adolescenata
	Obezbeđivanje uključenosti adolescenata u programe socijalne zaštite
	Politike i programi za prevenciju dečijih brakova
Rad	Politike i programi za mentalno zdravlje mladih na radnom mestu i suzbijanje zlostavljanja povezanog sa dečijim radom
Ustavna/pravna pitanja	Zakoni kojima se adolescenti štite od diskriminacije
Lokalna/okružna uprava i opštine	Pružanje osnovnih usluga kojima se unapreduje i štiti mentalno zdravlje, npr. bezbedna životna sredina, osnovne usluge i sanitarni uslovi
	Realizacija programa koji se tiču mentalnog zdravlja adolescenata u okviru opštinskih zdravstvenih službi
Komunikacije	Obezbeđivanje pristupa internetu kako bi se unapredio pristup obrazovanju, informacijama i zaposlenju
	Medijske kampanje (uključujući one usmerene na adolescente) kojima se unapreduje znanje o mentalnom zdravlju adolescenata
	Politike i programi kojima se unapreduje bezbednost na internetu i štite adolescenti na internetu

Sektor/partner	Potencijalna uloga sektora
Pravosuđe i sprovodenje zakona	Rano identifikovanje i upućivanje mlađih prestupnika te unapredjenje pristupa koji se fokusiraju na ljudska prava
	Politike i programi za sprečavanje nasilja nad adolescentima
Pravosuđe i sprovodenje zakona	Unutrašnji/državni poslovi
Mladi	Politike i programi kojima se unapređuju zdravlje, blagostanje i razvoj mlađih, a koje obuhvataju prevenciju poremećaja mentalnog zdravlja
Sport	Promovisanje zdravih rekreativnih aktivnosti
Transport	Bezbedan i delotvoran sistem javnog prevoza kako bi se olakšao pristup školama, poslu, rekreativnim aktivnostima i javnim uslugama
Partneri u naučno-istraživačkom sektorу	Identifikovanje izazova sa kojima se adolescenti suočavaju u pristupu informacijama i uslugama za potrebe mentalnog zdravlja (strukturnih, kao i socijalnih, ekonomskih i bihevioralnih)
Fondacije i finansijeri	Davanje prioriteta inicijativama kojima se podstiče optimalno mentalno zdravlje i stvaraju mogućnosti za finansiranje od strane različitih aktera
Partneri u naučno-istraživačkom sektorу	Procena i mapiranje u lokalnim kontekstima, identifikovanje dokaza za najprimerenije politike i programe, partnerstvo sa rukovodiocima programa prilikom evaluacije odgovora
	Diseminacija, prilagođavanje i prenošenje znanja sadržanog u materijalima široj javnosti

Tabela 5.1 Potencijalne uloge različitih sektora

HAT strategije treba da realizuju relevantni partneri, a realizaciju treba stalno pratiti uz pomoć okvira za praćenje koji je razvijen u sklopu plana realizacije. Dok se intervencije sprovode, partneri treba da proaktivno dokumentuju napredak i svaku adaptaciju u planu realizacije kada do nje dođe (10). Tokom sprovođenja strategija treba prikupljati povratne informacije od ključnih aktera, uključujući adolescente, staratelje i zajednice. Više informacija o praćenju i evaluaciji nalazi se u sledećem odeljku (strana 137).

Treba da postoje stalni i redovni mehanizmi kojima se podržava multisektorski odgovor. Partneri mogu da se okupljaju u okviru planskih odbora, strateških savetodavnih komiteta, radnih grupa, grupa za razradu ideja i drugih vrsta komiteta i odbora. Da bi se znalo šta spada u odgovornost kog sektora, treba uspostaviti sisteme i standarde. To mogu biti zahtevi u vezi sa izveštavanjem, procesi koji regulišu učešće javnosti, javnost pristupa podacima i informacijama te angažovanost u postupcima pred sudovima i zaštitnikom građana u vezi sa mentalnim zdravlјem (9). Istovremeno, treba ohrabrvati i podsticati saradnju između sektora na unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja (6).

Koordinaciono telo i partneri treba redovno da evaluiraju primenu i uticaj HAT strategija kako bi se utvrdilo da li se ciljevi ispunjavaju i na koji način te da bi se identifikovale oblasti koje zahtevaju poboljšanja (10). Više informacija o analizi i diseminaciji nalaza možete pronaći u sledećem odeljku o praćenju i evaluaciji (strana 137).



Izvori

SZO – Multisektorska akcija za mentalno zdravlje

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/413015/Multisectoral-action-for-mental-health-Brief.pdf (pristupljeno 3. marta 2021).

SZO – Multisektorska i međusektorska akcija za unapređenje zdravlja i blagostanja za sve: Mapiranje evropske regije SZO

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/371435/multisectoral-report-h1720-eng.pdf?ua=1 (pristupljeno 3. marta 2021).

Alati za rad u zajednici – Razvoj multisektorske saradnje

<https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/implement/improving-services/multisector-collaboration/main> (pristupljeno 3. marta 2021).

UNICEF – Programske smernice za Drugu dekadu: Programi sa adolescentima i za njih

<https://www.unicef.org/media/57336/file> (pristupljeno 3. marta 2021).

UNICEF – Nacionalni multisektorski koordinacioni okvir za adolescentkinje

<https://www.unicef.org/uganda/reports/national-multi-sectoral-coordination-framework-adolescent-girls> (pristupljeno 3. marta 2021).

Praćenje i evaluacija

Pojam „praćenje i evaluacija“ odnosi se na dva međusobno povezana i komplementarna sistema putem kojih se prikupljaju, analiziraju i plasiraju podaci u vezi sa programima (11). Sistemi za praćenje i evaluaciju prate da li se programi sprovode onako kako su osmišljeni i da li ostvaruju nameravani uticaj. Podaci dobijeni praćenjem, koji se prikupljaju neprekidno tokom sprovođenja programa, mogu da pomognu rukovodicima programa da planiraju i poboljšaju primenu intervencija za unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata i prevenciju problema. Podaci koji se prikupljaju u određenim vremenskim intervalima mogu da pomognu rukovodicima programa da procene uticaj i delotvornost intervencije.

Delotvorni sistemi za praćenje i evaluaciju takođe mogu da pruže bitne informacije o sprovođenju usluga, propustima, ravnopravnom sprovođenju, isplativosti i raspodeli resursa. Podaci iz ovih sistema mogu da povećaju odgovornost i da pomognu u formulisanju zaključaka koji mogu predstavljati smernice za buduće programsko delovanje. Oni se takođe mogu koristiti za širenje baze dokaza o intervencijama (11). Ovo ima suštinski značaj za mentalno zdravlje adolescenata, naročito u zemljama sa niskim do srednjim prihodima gde postoje ograničeni dokazi o tome šta delotvorno utiče na unapređenje mentalnog zdravlja adolescenata i sprečavanje poremećaja mentalnog zdravlja, kao i šta utiče na pojavu rizičnog ponašanja kod mlađih.

Uspostavljanje i primena delotvornih sistema za praćenje i evaluaciju zahtevaju detaljno planiranje, uključujući jasne ciljeve, posebne indikatore, određivanje odgovornih lica ili službi, postavljanje vremenskih okvira i raspodelu budžeta i resursa. Tokom planiranja i realizacije HAT strategija treba pažljivo razmotriti sisteme za praćenje i evaluaciju.

Kako bi se poboljšao kvalitet, važno je da podaci budu raščlanjeni prema uzrastu i rodu te na način koji omogućava praćenje pozitivnih rezultata i uticaja na one adolescente koji su marginalizovani ili izloženi faktorima rizika.

Vrste informacija

Sistemi za praćenje i evaluaciju projektovani su na osnovu indikatora koji definišu željeni rezultat, ishod ili uticaj koji se meri (Tabela 5.2). Različite vrste indikatora ukazuju na različite vrste informacija koje su namenjene tvorcima politika i rukovodicima programa (11).

Tabela 5.2 Vrste, definicije i primeri indikatora

Vrsta indikatora	Definicija	Primer pitanja	Primer indikatora
Ulagne vrednosti	Finansijski, ljudski i materijalni resursi	Koliko je potrošeno za obuku nastavnika u okviru HAT programa?	Budžet za sesije obuke u okviru HAT programa
Procesi	Zadaci putem kojih se ulagne vrednosti pretvaraju u izlazne rezultate	Koliko je sesija obuke održano?	Broj održanih sesija obuke
Izlazni rezultati	Direktni rezultati procesa	Koliko škola ima makar jednog nastavnika koji je prošao HAT obuku?	% škola sa makar jednim nastavnikom koji je prošao HAT obuku
Ishodi	Kratkoročne i srednjoročne promene	Kakve je promene program doneo?	% smanjenja novih slučajeva i/ili simptoma depresije, anksioznosti i suicijalnih ideacija kod adolescenata posle učestvovanja u HAT programu, u poređenju sa polaznim vrednostima
Uticaj	Dugoročni efekti	Kakav je bio uticaj HAT programa na mentalno zdravlje adolescentske populacije?	% adolescentske populacije sa poboljšanim mentalnim zdravljem, u poređenju sa polaznim vrednostima

Kada su u pitanju programi mentalnog zdravlja za adolescente, treba razmotriti i sledeće:

- Različite vrste podataka iz različitih izvora mogu se koristiti za praćenje ishoda u oblasti mentalnog zdravlja adolescenata. To obuhvata podatke koji se prikupljaju redovnim putem kakvi su administrativni podaci iz sektora zdravstva, ali i izvan njega (uključujući usluge koje se sprovode kroz obrazovanje, sektor društvenog razvoja i sektor dečije zaštite te nevladine

programe). Podaci koji se ne prikupljaju redovnim putem, kakvi su istraživački podaci koji se dobijaju u školskim anketama ili anketama koje su reprezentativne na nacionalnom nivou, mogu da pruže odgovore na važna pitanja u vezi sa ostvarenim uticajem (11). Manje kvantitativne i kvalitativne studije koje se bave pitanjima značajnim za HAT program mogu takođe biti korisne kada se traže odgovori na određena pitanja u datom kontekstu.

- U dokumentu Svetske zdravstvene organizacije *Globalna ubrzana akcija za zdravlje adolescenata SZO (AA-HAI): smernice za podršku primeni u zemljama* navodi se detaljnije ono što ima ključni značaj za praćenje i evaluaciju programa koji se tiču zdravlja adolescenata (7). U njemu se ističe važnost koju imaju:

prikupljanje širokog spektra podataka o ulaznim vrednostima, procesima, izlaznim rezultatima, ishodima i uticajima, kako bi se odgovorilo na različita pitanja u pogledu sprovođenja usluga;

raščlanjivanje podataka prema uzrastu i biološkom polu adolescenata;

povezivanje planova za praćenje i evaluaciju sa indikatorima iz Globalne strategije za zdravlje žena dece i adolescenata (2016–2030) (12) i Ciljeva održivog razvoja;

uključivanje adolescenata u istraživanje, praćenje i evaluaciju programa, pri čemu treba uzeti u obzir njihov razvojni nivo i relevantna etička pitanja.

U dokumentu Svetske zdravstvene organizacije *Sveobuhvatni akcioni plan za mentalno zdravlje 2013–2020* (čije je važenje produženo do 2030) (13) navodi se šta treba uzeti u obzir prilikom praćenja i evaluacije programa mentalnog zdravlja tokom čitavog života:

Informacioni sistemi treba da prikupljaju sledeće podatke i izveštavaju o njima:

- 1) razmere problema (rasprostranjenost problema mentalnog zdravlja i identifikovanje glavnih faktora rizika i zaštitnih faktora za mentalno zdravlje i blagostanje);
- 2) obuhvat politika i pravnih propisa, intervencija i usluga;
- 3) podatke o zdravstvenim ishodima (uključujući stope samoubistava u populaciji, kao i individualna i grupna poboljšanja u pogledu kliničkih simptoma, nivoa invaliditeta, sveukupnog funkcionisanja i kvaliteta života) i
- 4) podatke o društveno-ekonomskim ishodima.

Podatke treba prikupljati pomoću periodičnih *ad hoc* anketa, uz već postojeće podatke (npr. oni koji se redovno prikupljaju preko informacionog sistema zdravstva ili informacije iz izveštaja tela koja prate sprovođenje ugovora/sporazuma).

Podaci treba da odražavaju raznolike potrebe potpopulacija, uključujući i pojedince iz geografski različitih zajednica (npr. gradskih i seoskih) i ugrožene populacije.



Koraci u planiranju i primeni sistema za praćenje i evaluaciju

Ovaj odeljak daje pregled osnovnih koraka u planiranju i primeni HAT sistema za praćenje i evaluaciju. Tekst je prilagođen na osnovu dokumenta *Praćenje i evaluacija politika i planova za mentalno zdravlje* (11).

Korak 1: Posvećenost vodećim principima

Prilikom uspostavljanja vodećih principa u novom sistemu razmotrite sledeće:

Na koji način će sistem praćenja i evaluacije zaštititi ljudska prava učesnika u HAT programu i obezbediti da se njihovi lični podaci prikupljaju na dobrovoljnoj osnovi i poverljivo čuvaju?

Na koji će se način unaprediti i održavati učešće adolescenata i njihovih staratelja u HAT programu i sistemu za praćenje i evaluaciju?

Na koji način se sistem može integrisati u postojeće sisteme za praćenje i evaluaciju, odnosno za izveštavanje, i kako se može razvijati na temelju postojećih resursa i kapaciteta?

Kako se razvoj kapaciteta u praćenju i evaluaciji može opsežnije integrisati u HAT aktivnosti (npr. putem obuke za sve HAT aktere u procesu praćenja i evaluacije)? Na koji način se razvoj sistema za praćenje i evaluaciju može povezati sa širom inicijativom razvoja kapaciteta u programima unapređenja mentalnog zdravlja adolescenata i prevencije poremećaja (tj. jačanje sistema praćenja i evaluacije kao polazišta za jačanje HAT odgovora)?

Kako se nalazi iz procesa praćenja i evaluacije mogu upotrebiti za povećanje odgovornosti u korist učesnika? Kako se nalazi mogu upotrebiti za praćenje zdravstvenih ishoda i nejednakosti?

Korak 2: Odlučivanje o svrsi i opsegu (povezano sa određenim HAT strategijama)

Praćenje i evaluacija primene, delotvornosti i uticaja HAT strategija mogu se razlikovati u različitim kontekstima, u zavisnosti od toga da li se primenjuje čitav paket ili samo odabранe strategije te da li se rukovodioči programa fokusiraju na primenu ili aspekte u vezi sa uticajem, odnosno i na jedno i na drugo. Na primer, ukoliko se rukovodioči HAT programa fokusiraju na aspekte HAT strategije koji se tiču podrške starateljima (Strategija 3), indikatori koji prate promene u odnosu između adolescenata i staratelja imajuće presudni značaj.

Pre nego što razvijete sistem praćenja i evaluacije za primenu HAT strategija u datom kontekstu, razmotrite sledeće:

Koje će se HAT strategije primenjivati?

Šta je cilj primene ove strategije u datom kontekstu?

Ko čini ciljnu grupu učesnika?

Korak 3: Identifikovanje potrebnih informacija

Mapirajte relevantne ulazne vrednosti, procese, izlazne rezultate, ishode i uticaje u odnosu na nameravanu strukturu programa kako biste uspostavili okvir za praćenje i evaluaciju. Rukovodioci programa treba da:

Definišu posebne indikatore na osnovu informacija koje su potrebne i mogu se pribaviti.

Obezbede da indikatori budu prilagođeni ciljnoj grupi, pristupu i kontekstu.

Korak 4: Razvijanje operativnog plana za prikupljanje podataka

Prilikom razvijanja operativnog plana za prikupljanje podataka uzmite u obzir i ovo:

Da li već postoje neki izvori podataka koji se mogu iskoristiti u pripremi plana za praćenje i evaluaciju?

Postoje li dovoljni resursi i sredstva za aktivnosti praćenja i evaluacije, naročito kada se radi o podacima koji se ne prikupljaju rutinski?

Ko je odgovoran za prikupljanje, analizu i diseminaciju podataka? Koja je uloga svakog od aktera?

Kada, na koji način i koliko često će se podaci prikupljati?

Koji se alati za prikupljanje podataka koriste?

Na koji će način informacije teći kroz sistem?

Koje su vrste obuke i stalne podrške potrebne?

Na koji način se mogu primeniti mehanizmi kontrole kvaliteta?

Prilikom odabira alata za prikupljanje podataka, uzmite u obzir sledeće:

Da li alati mere željene ishode?

Da li su alati relevantni, prikladni za uzrast i rodno osetljivi?

Da li su alati validirani u datom ili sličnom kontekstu?

Da li postoje bilo kakvi problemi sa autorskim pravom vezani za korišćenje alata?

Kakva je obuka potrebna osoblju kako bi moglo da koristi odabrane alate?

Korak 5: Upravljanje etičkim pitanjima koja se odnose na adolescente i njihove porodice

Prikupljanje podataka od adolescenata i njihovih porodica, odnosno prikupljanje podataka o njima zahteva pažljivo razmatranje i dodatni naglasak na zaštiti dece. Rukovodioci programa treba da uzmu u obzir sve procese unutar sistema u kontekstu njihovog uticaja na adolescente koji učestvuju i njihove porodice te kako se ove osobe mogu zaštитiti od štete. To se odnosi na:

odabir osoblja, obuku osoblja i upravljanje osobljem koje sprovodi praćenje i evaluaciju;

procedure dobijanja informisanog pristanka / saglasnosti (i od staratelja);

upotrebu alata za merenje koji su prikladni u odnosu na kontekst, uzrast i razvojni nivo učesnika;

metode prikupljanja podataka;

primenu mehanizma upućivanja (uključujući i hitne slučajeve) i kontrole nakon toga.

Planove za prikupljanje podataka od adolescenata i njihovih porodica, odnosno od drugih učesnika, npr. od nastavnika ili onih koji rade sa mladima, treba predati na proveru i odobrenje etičkom odboru koji je akreditovan za dati kontekst.

Korak 6: Prikupljanje podataka

Kada je u pitanju prikupljanje podataka, uloge i odgovornosti različitih aktera treba da budu jasno definisane. Procedure za prikupljanje podataka treba da budu u skladu sa protokolom koji se tiče mehanizama za praćenje podataka i bezbednost subjekata. Taj protokol treba da sadrži informacije o tome na koji način će se čuvati informacije o identitetu učesnika, kako će se podaci skladištiti na bezbedan način i koliko dugo, kao i o tome ko sme da im pristupi.

Korak 7: Analiza podataka

U fazi analize, raščlanjeni podaci mogu pružiti korisne informacije o posebnim grupama koje su uključene u program te o tome da li one imaju ravnopravan pristup i koristi od HAT programa. U zavisnosti od konteksta, podaci treba da budu raščlanjeni po uzrastu, rodu, etničkoj pripadnosti, invaliditetu, identitetu te po tome da li adolescenti pohađaju školu ili ne.

Korak 8: Diseminacija rezultata

Treba osmisiliti sveobuhvatan plan za diseminaciju uz pomoć tima za komunikaciju koji je uključen u proces. Diseminacija rezultata može da obuhvati povratne informacije adolescenata, njihovih porodica, realizatora HAT programa, osoblja zaduženog za praćenje i evaluaciju te drugih lokalnih aktera (administracije, škola, lidera u zajednici, civilnog društva itd.). Ne smeju se publikovati nikakvi podaci o pojedincima. Sve rezultate i nalaze treba agregirati pre deljenja i njihovo korišćenje treba da bude strogo ograničeno na okvir praćenja i evaluacije, na evaluaciju programa ili u svrhe odgovornosti.

Podaci se takođe mogu deliti na zahtev, kao dokazi ili u istraživačke svrhe.



Izvori

Globalni centar za zdravstvene edukacije – Osnove praćenja i evaluacije

<https://www.globalhealthlearning.org/course/m-e-fundamentals>
(pristupljeno 3. marta 2021).

Psihološki centar Međunarodne federacije Crvenog krsta i Crvenog polumeseca – Vodič za indikatore za okvire praćenja i evaluacije <https://pscentre.ora/?resource=monitorina-and-evaluation-framework-indicator-auide> (pristupljeno 3. marta 2021).

Psihološki centar Međunarodne federacije Crvenog krsta i Crvenog polumeseca – Okvir za praćenje i evaluaciju: skup alata
<https://pscentre.ora/?resource=monitorina-and-evaluation-framework-Toolkit>
(pristupljeno 3. marta 2021).

Međuagencijski stalni komitet – Uobičajeni okvir za praćenje i evaluaciju

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_common_monitoring_and_evaluation_framework_for_mhpss_programmes_in_emergency_situations_en.pdf
(pristupljeno 3. marta 2021).

SZO – Informacioni sistemi u oblasti mentalnog zdravlja

https://www.who.int/mental_health/policy/services/12_info%20system%20WEB%2007.pdf?ua=1
(pristupljeno 3. marta 2021).

SZO – Praćenje i evaluacija politika i planova za mentalno zdravlje

https://www.who.int/mental_health/policy/services/14-monitoring%20evaluation_HKprinter.pdf?ua=1 (pristupljeno 3. marta 2021).

Korišćena literatura

1. Potter JD, Gluckman PD, Poulton R, McNaughton S, Lambie I. Toward a whole of government/whole of nation approach to mental health. Auckland: Office of the Prime Minister's Chief Science Advisor; 2017.
2. Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018.
3. Baltag V, Servili C. Adolescent mental health: new hope for a "Survive, Thrive and Transform" policy response. *J Public Mental Health*. 2016;15(1):63-70.
4. Lo S, Das P, Horton R. A good start in life will ensure a sustainable future for all. *Lancet*. 2017;389(10064):8-9.
5. Coronavirus disease (COVID-19) preparedness and response. UNFPA Interim Technical Brief. Gender equality and addressing gender-based violence (GBV) and coronavirus disease (COVID-19) prevention, protection, and response [press release]. New York (NY): United Nations Population Fund; 2020.
6. The INSPIRE handbook. Action for implementing the seven strategies for ending violence against children Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272996>, pristupljeno 3. marta 2021).
7. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255415/9789241512343-eng.pdf>, pristupljeno 3. marta 2021).
8. Skeen S, Kleintjes S, Lund C, Petersen I, Bhana A, Flisher AJ et al. 'Mental health is everybody's business': roles for an intersectoral approach in South Africa. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(6):611-23.
9. World Health Organization discussion paper. Intersectoral action on health: a path for policy-makers to implement effective and sustainable intersectoral action on health. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control, Moscow, 28-29 April 2011 (https://www.who.int/nmh/publications/ncds_policy_makers_to_implement_intersectoral_action.pdf, pristupljeno 3. marta 2021).
10. Implementation Guidance for Health Promoting Schools, Draft 2, September 2020. Melbourne: Centre for Adolescent Health, Murdoch Children's Research Institute; 2020.
11. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2007.
12. Every Woman Every Child. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030. New York (NY): United Nations; 2015.
13. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

Prilog. HAT indikatori

Ovo su primeri indikatora koje treba odabrati i prilagoditi specifičnim potrebama u određenoj zemlji. U nastavku teksta se nalaze primeri iz sledećih dokumenata:

**Merenje mentalnog zdravlja
adolescenata na nivou populacije
(MMAP) (1)** 1

**SZO – Globalna zdravstvena
opbservatorija (2)** 2

**SZO – Sveobuhvatni akcioni plan
za mentalno zdravlje 2013–2020 (3)
(čije je važenje produženo do 2030)** 3

**Globalna akcija za merenje zdravlja
adolescenata (GAMA) (4)** 4

Za sve indikatore treba prikupiti podatke za adolescente uzrasta 10–14 godina i adolescente 15–19 godina te zabeležiti rod onako kako su se ispitanici izjasnili.

MMAP

Indikatori iz MMAP merenja trenutno su u fazi validacije. U nastavku teksta se nalazi preliminarna lista (1):

Rasprostranjenost depresije i anksioznosti među adolescentima

- Broj adolescenata uzrasta 10–19 godina koji prijavljuju klinički značajne simptome depresije i/ili anksioznosti.

Ograničena funkcionalnost usled anksioznosti i depresije

- Broj adolescenata uzrasta 10–19 sa simptomima depresije i/ili anksioznosti koji prijavljuju ograničenu funkcionalnost.

Suicidalne misli i ponašanje koje vodi ka samoubistvu

- Broj adolescenata uzrasta 10–19 koji prijavljuju da su razmišljali o samoubistvu u poslednje 2 nedelje.
- Broj adolescenata uzrasta 10–19 godina koji prijavljuju da su pokušali samoubistvo u poslednje 2 nedelje.

SZO – Globalna zdravstvena opservatorija

daje indikatore koji su relevantni za mentalno zdravlje adolescenata (2), na primer:

Politika mentalnog zdravlja

- Postojanje zvanično odobrene politike za mentalno zdravlje.

Zakonodavstvo u vezi sa mentalnim zdravljem

- Postojanje pravnih propisa koji su posvećeni mentalnom zdravlju.

Upotreba opijata kod adolescenata

- Teško epizodno opijanje definiše se kao procenat odraslih ljudi (od 15 godina naviše) koji su u proteklih 30 dana bar u jednoj prilici popili najmanje 60 g (približno 6 standardnih alkoholnih pića) ili više čistog alkohola.

1

Zaštita mentalnog zdravlja i psihosocijalna podrška

- Broj adolescenata uzrasta 10–19 godina sa simptomima depresije i/ili anksioznosti koji prijavljuju da su se obratili nekome (zdravstvenom radniku ili savetniku) po pitanju mučnih osećanja ili iskustava.
- Broj adolescenata uzrasta 10–19 godina sa simptomima depresije i/ili anksioznosti koji prijavljuju da se nisu obratili nekome (zdravstvenom radniku ili savetniku) po pitanju mučnih osećanja ili iskustava.
- Broj adolescenata uzrasta 10–19 godina koji prijavljuju da sa nekim razgovaraju većim delom vremena ili sve vreme kada imaju problem ili su zabrinuti povodom mučnih osećanja i iskustava.
- Broj adolescenata uzrasta 10–19 godina koji prijavljuju da je u poslednjih 30 dana njihov staratelj (roditelj ili zakonski staratelj) većim delom vremena ili sve vreme imao razumevanja za njihove probleme ili brige.

2

Programi za sprečavanje upotrebe opijata

- Postojanje programa za sprečavanje upotrebe alkohola i droga namenjenih posebnim grupama u okviru populacije, kao što su deca i adolescenti, ugrožena deca i porodice itd.

Okruženja: škola

- Broj škola koje imaju politiku protiv vršnjačkog nasilja.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da su se osetili kao da pripadaju svojim školama u poslednjih 30 dana.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da su se osećali bezbedno u školi u poslednjih 30 dana.
- Broj prijavljenih incidenata (vršnjačkog) nasilja u školi u poslednjih 30 dana.

Okruženja: zajednica

- Broj adolescenata koji prijavljuju da mogu da veruju ljudima u kraju u kome žive.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da je njihov kraj mesto gde susedi pomažu jedni drugima.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da je društveni nered „veoma veliki“ ili „prilično veliki“ problem u kraju u kome žive.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da su se osećali bezbedno dok su putovali do škole u poslednjih 30 dana.

- Broj adolescenata koji prijavljuju da su se osećali bezbedno dok su išli da jedu ili da se bave rekreacijom u poslednjih 30 dana.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da su svedočili nasilju u zajednici / među bandama / tokom trgovine drogom u poslednjih 30 dana.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da imaju gde da provedu slobodno vreme u kraju u kome žive.

Okruženja: internet

- Broj adolescenata koji prijavljuju interakciju na internetu sa nepoznatom osobom u poslednjih 12 meseci.
- Broj adolescenata koji prijavljuju sastanak licem u licu sa osobom koju su upoznali preko interneta u poslednjih 12 meseci.
- Broj adolescenata koji prijavljuju da su bili uznemireni usled digitalnog nasilja/proganjanja/hakovanja ličnih podataka/podataka na internetu u poslednjih 12 meseci.

SZO – Sveobuhvatni akcioni plan za mentalno zdravlje

2013–2020 (3) (čije je važenje produženo do 2030)

3

predlaže osnovne indikatore za praćenje napretka na putu ka uspostavljenim ciljevima:

- Postojanje nacionalne politike/plana za mentalno zdravlje koji su u skladu sa međunarodnim i regionalnim instrumentima ljudskih prava.
- Postojanje nacionalnog zakona koji se bavi mentalnim zdravljem, a koji je u skladu sa međunarodnim i regionalnim instrumentima ljudskih prava.
- Postojanje funkcionalnih programa multisektorskog unapređivanja mentalnog zdravlja i prevencije nastanka problema.

- Godišnji broj smrti usled samoubistva.
- Skup osnovnih indikatora mentalnog zdravlja se redovno prikuplja i o njima se izveštava na svake 2 godine.

Globalna akcija za merenje zdravlja adolescenata (GAMA) (4)

4

Ovde se navode predloženi indikatori za mentalno zdravlje i blagostanje adolescenata:

Politike, programi i zakoni

- Postojanje nacionalne politike kojom se adolescenti (10–19 godina) izuzimaju iz plaćanja određenih zdravstvenih usluga u javnom sektoru, prema tipu usluge (uključujući mentalno zdravlje, testiranje na HIV i savetovanje).
- Postojanje zakonski definisanog uzrasta za adolescente koji (ni)su u braku (10–19 godina) za davanje saglasnosti bez saglasnosti supružnika/roditelja/staratelja, za odredene zdravstvene usluge namenjene adolescentima, prema bračnom statusu i prema tipu usluge (uključujući mentalno zdravlje, testiranje na HIV i savetovanje).

Zdravstveni ishodi i stanja

- Broj (ili procenat) adolescenata (10–19 godina) koji imaju depresiju i/ili anksioznost, a koji traže pomoć u vezi sa mentalnim zdravljem ili psihosocijalnu podršku, prema uzrasnoj grupi (10–14 i 15–19 godina) i polu.

Blagostanje adolescenata

- Broj (ili procenat) adolescenata (10–19 godina) koji imaju pozitivan odnos sa svojim roditeljem/starateljem ili zakonskim starateljem, prema uzrasnoj grupi (10–14 i 15–19 godina) i polu.



Korišćena literatura

1. Measurement of mental health among adolescents at the population level (MMAP). New York: UNICEF; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/mmap/>, pristupljeno 24. februara 2021).
2. Vardell E. Global health observatory data repository. *Med Ref Serv Q.* 2020;39:67-74 <https://doi.org/10.1080/02763869.2019.1693231>, pristupljeno 6. marta 2021).
3. Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/150159>, pristupljeno 24. februara 2021).
4. Guthold R, Moller AB, Azzopardi P, Ba MG, Fagan L, Baltag V et al. The Global Action for Measurement of Adolescent health (GAMA) initiative - rethinking adolescent metrics. *J Adolesc Health.* 2019;64:697-9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.008>, pristupljeno 6. marta 2021).



Dečiji fond Ujedinjenih nacija
UNICEF u Srbiji
Svetozara Markovića 58
11000 Beograd, Srbija
www.unicef.org-serbia

