



NACIONALNI PROGRAM DUŠEVNEGA ZDRAVJA



OCENA POTREB PO VKLJUČITVI VSEBIN S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNE PROCESSE

METODOLOŠKI DOKUMENT

Anja Kragelj, Maja Dizdarević, Vera Grebenc, Kaja Krajc, Majda Pahor,
Vesna Švab, Matej Vinko, Nika Vukša-Jurejevčič, Lijana Zaletel-Kragelj in Irena Makivić

OCENA POTREB PO VKLJUČITVI VSEBIN S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA V VZGOJNO-IZOBRAŽEVALNE PROCESSE: METODOLOŠKI DOKUMENT

Avtorji:

Anja Kragelj
Maja Dizdarević
Vera Grebenc
Kaja Krajc
Majda Pahor
Vesna Švab
Matej Vinko
Nika Vukša-Jurejevčič
Lijana Zaletel-Kragelj
Irena Makivić

Urednici: Irena Makivić in Anja Kragelj
irena.makivic@nijz.si in anja.kragelj@nijz.si

Tehnična urednica: Bina Trplan

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2021

Elektronska izdaja.
Spletni naslov: www.nijz.si

Zaščita dokumenta

© 2021 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorjev. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko-pravno in kazensko zakonodajo.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
[COBISS.SI-ID 101364739](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:si:coibis-101364739)
ISBN 978-961-6945-65-3 (PDF)

KAZALO

| | |
|---|-----------|
| PRVI DEL | 6 |
| I. UVOD | 7 |
| II. NAMEN IN CILJI DOKUMENTA | 8 |
| III. PREDSTAVITEV ZASNOVE RAZISKAV | 10 |
| 3.1 TEMELJNA IZHODIŠČA | 10 |
| 3.2 TEORETSKA IZHODIŠČA ZA RAZISKOVALNI MODEL | 12 |
| 3.2.1 IZHODIŠČA ZA OBLIKOVANJE KONCEPTA KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA | 12 |
| 3.2.1.1 <i>Koncept kategorizacije storitev na področju duševnega zdravja</i> | 12 |
| 3.2.1.2 <i>Koncept varovanja zdravja: krepitev in ohranjanje zdravja ali povrnitev zdravja in zmanjševanje posledic bolezni</i> | 13 |
| 3.2.2 PREDSTAVITEV KONCEPTA KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA | 16 |
| 3.2.3 PODROBNEJŠA PREDSTAVITEV KONCEPTA KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA | 18 |
| 3.2.3.1 <i>Skrb za lastno duševno zdravje</i> | 18 |
| 3.2.3.2 <i>Medosebna skrb za duševno zdravje</i> | 20 |
| 3.2.3.3 <i>Strokovne dejavnosti in službe na področju duševnega zdravja izven sistema zdravstvenega varstva</i> | 20 |
| 3.2.3.4 <i>Zdravstvena dejavnost zdravljenje v sistemu zdravstvenega varstva</i> | 21 |
| 3.2.3.5 <i>Javnozdravstvena dejavnost zdravljenje v sistemu zdravstvenega varstva</i> | 22 |
| 3.2.4 POMEN KONCEPTA KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA | 23 |
| DRUGI DEL | 24 |
| IV. ZASNOVA MODELNE ŠTUDIJE | 25 |
| 4.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA | 25 |
| 4.2 NAMEN IN CILJI MODELNE ŠTUDIJE | 25 |
| 4.3 POPULACIJA | 26 |
| 4.3.1 CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV | 26 |
| 4.3.2 CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH | 26 |
| 4.4 POSTOPKI ZBIRANJA PODATKOV | 27 |
| 4.5 FAZE MODELNE ŠTUDIJE | 27 |
| 4.5.1 FAZA 1 – PREGLED LITERATURE | 29 |
| 4.5.2 FAZA 2 – PREPOZNAVA POTREB | 29 |
| 4.5.2.1 <i>Analiza sedanjega stanja</i> | 29 |
| 4.5.2.2 <i>Analiza ciljnega stanja</i> | 31 |
| 4.5.2.3 <i>Identifikacija potreb</i> | 33 |

| | |
|--|-----------|
| 4.5.3 FAZA 3 – ANALIZA PRIMEROV DOBRIH PRAKS | 33 |
| 4.5.4 FAZA 4 – KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI | 33 |
| 4.5.5 FAZA 5 - IMPLEMENTACIJA | 33 |
| V. IZHODIŠČA ZA RAZISKAVE NA VSEH PODROČJIH VZGOJE IN IZOBRAŽEVANJA | 34 |
| 5.1 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU PREDŠOLSKE VZGOJE | 34 |
| 5.2 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU OSNOVNOŠOLSKEGA IZOBRAŽEVANJA | 36 |
| 5.3 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU SREDNJEŠOLSKEGA IZOBRAŽEVANJA | 38 |
| 5.4 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU VISOKOŠOLSKEGA IN VIŠJEGA STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA | 40 |
| 5.5 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU STROKOVNEGA IZPOPOLNJEVANJA – SPECIALIZACIJE | 42 |
| 5.6 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU STROKOVNEGA IZPOPOLNJEVANJA – DRUGO | 43 |
| TRETI DEL | 46 |
| VI. RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK | 47 |
| 6.1 DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI V LUČI KLJUČNIH FUNKCIJ JAVNEGA ZDRAVJA | 47 |
| 6.2 POMANJKLIVOSTI IN PREDNOSTI METODOLOŠKEGA DOKUMENTA | 47 |
| 6.3 UPORABNI POMEN METODOLOŠKEGA DOKUMENTA | 48 |
| 6.4 ZAKLJUČEK | 48 |
| VII. SLOVAR POJMOV | 49 |
| VIII. LITERATURA | 50 |

KAZALO SLIK

| | |
|---|----|
| Slika 1: Odnos med potrebo, sedanjim stanjem in ciljnim stanjem | 7 |
| Slika 2: Zasnova metodološkega dokumenta s prikazom posameznih raziskav | 8 |
| Slika 3: Vzgoja in izobraževanje v Republiki Sloveniji | 10 |
| Slika 4: Vpogled v zasnovo posamezne raziskave v okviru metodološkega dokumenta | 11 |
| Slika 5: Storitve s področja duševnega zdravja | 13 |
| Slika 6: Poti usmerjenosti proti zdravju | 14 |
| Slika 7: Kategorije kompetenc s področja varovanja duševnega zdravja | 17 |
| Slika 8: 3D prikaz koncepta kategorij kompetenc s področja varovanja duševnega zdravja | 18 |
| Slika 9: Zdravstvena dejavnost zdravljenja in njene ravni | 21 |
| Slika 10: Zdravstvena dejavnost ohranjanja in krepitev zdravja in njene ravni | 22 |
| Slika 11: Shematski prikaz faz modelne študije | 28 |
| Slika 12: Ogrodje raziskave na področju predšolske vzgoje | 34 |
| Slika 13: Ogrodje raziskave na področju osnovnošolskega izobraževanja | 36 |
| Slika 14: Ogrodje raziskave na področju srednješolskega izobraževanja | 38 |
| Slika 15: Ogrodje raziskave na področju visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja | 40 |
| Slika 16: Ogrodje raziskave na področju strokovnega izpopolnjevanja – specializacije | 42 |
| Slika 17: Ogrodje raziskave na področju strokovnega izpopolnjevanja – drugo | 44 |

KAZALO PREGLEDNIC

| | |
|--|----|
| Preglednica 1: Pregled formalnih izobraževalnih programov, na katerih se izobražujejo strokovnjaki, ki delujejo v centrih za duševno zdravje (z opredeljeno fakulteto v okviru Univerze v Ljubljani pri prvostopenjskih, magistrskih in enovitih magistrskih študijskih programih) | 30 |
|--|----|

PRVI DEL

I. UVOD

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (RNPZ) je dokument, ki določa strategijo na področju duševnega zdravja do leta 2028 (1). Z namenom **implementacije RNPZ** oziroma njenega prednostnega področja **izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija** je nastal tudi ta metodološki dokument.

Kot je navedeno v RNPZ (1), lahko z izobraževanjem pripomoremo h krepitvi znanja in s tem ozaveščenosti na področju duševnega zdravja ter k destigmatizaciji težav z duševnim zdravjem. Zato je treba *zagotoviti vsebine o pomenu varovanja duševnega zdravja v izobraževalnih kurikulumih* (v nadaljevanju dokumenta uporabljamo izraz vzgojni ali izobraževalni program) na različnih ravneh vzgojno-izobraževalnega sistema, kar predvideva eden od **specifičnih ciljev** v okviru prednostnega področja **izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija** (1). Vsebine o duševnem zdravju je treba vključiti tudi v redno strokovno izpopolnjevanje za vse poklicne skupine, ki delajo z ljudmi (zdravstvo, sociala in družina, vzgoja in izobraževanje, pravosodje in organi pregona) (1).

Za uresničitev in izvedbo imenovanega cilja ter da bi se zagotovilo primerne vsebine s področja varovanja duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalnem sistemu in v okviru strokovnega izpopolnjevanja, je treba najprej identificirati **potrebe** na tem področju. Potrebe opredelimo kot neskladnost med zaželenim in dejanskim stanjem (2). Navedeno opredelitev smo vzeli kot izhodišče, vendar smo jo prilagodili za namen tega dokumenta.

V okviru pričujočega dokumenta **pod izrazom potreba razumemo neskladje ali vrzel med sedanjim stanjem glede vključenosti vsebin s področja varovanja duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalnih procesih ter stanjem glede zastopanosti vsebin, ki ga nameravamo doseči, torej ciljnim stanjem (Slika 1).**



Slika 1: Odnos med potrebo, sedanjim stanjem in ciljnim stanjem

Metodološki dokument vsebuje raziskovalno ogrodje za celostni pregled vsebin v vzgojno-izobraževalnih procesih ter podroben načrt zasnove modelne študije, na podlagi katere bo izvedena pilotna raziskava, ki bo omogočila prepoznati prednosti in pomanjkljivosti zastavljenega ogrodja in praktična izhodišča za zapolnitev odkritih vrzeli.

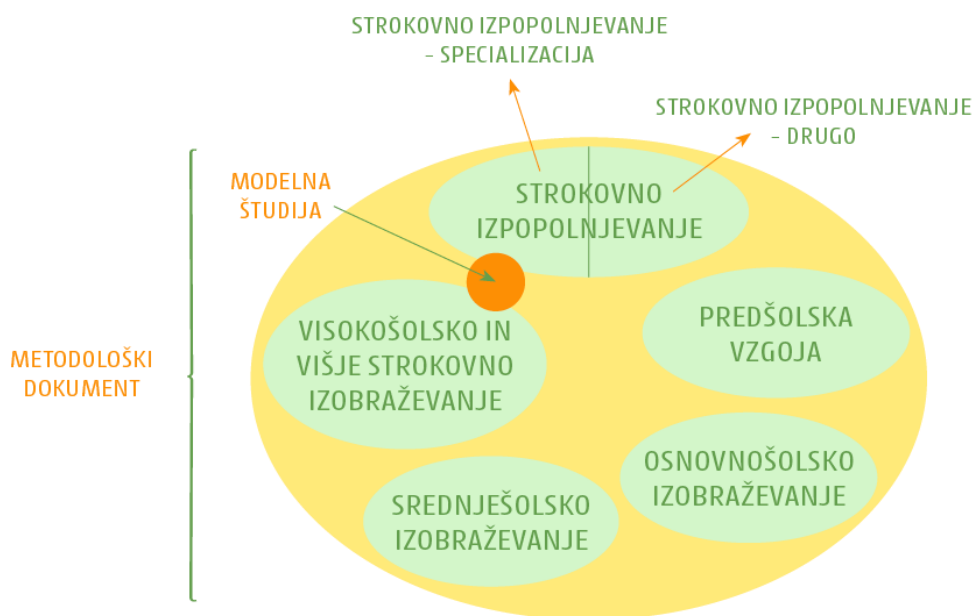
II. NAMEN IN CILJI DOKUMENTA

Namen metodološkega dokumenta je pripraviti **zasnovo raziskav za pregled vključenosti vsebin s področja varovanja duševnega zdravja**, ki bo v pomoč pri oblikovanju izhodišč za z dokazi podprto in na potrebah zasnovano postopno implementacijo manjkajočih vsebin v vzgojno-izobraževalne procese na različnih ravneh vzgojno-izobraževalnega sistema in strokovnega izpopolnjevanja.

Dokument prikazuje ogrodje raziskav, ki jim je skupna osnovna metodološka zasnova. Vsaka raziskava se osredotoča na drugo raven vzgojno-izobraževalnega sistema: od predšolske vzgoje, osnovnošolskega izobraževanja, srednješolskega izobraževanja, visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja, vse do strokovnega izpopolnjevanja. Zato se raziskave razlikujejo po podrobnejši zasnovi glede na področje, ki ga preučujejo.

Poleg tega metodološki dokument zajema tudi podrobnejšo zasnovo modelne študije, ki zajema del visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja ter del strokovnega izpopolnjevanja – specializacije. Osredotoča se na ozek del obeh področij, in sicer na izobraževanje kadrov, ki so zaposleni v centrih za duševno zdravje odraslih ter centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Da bi prepoznali prednosti in pomanjkljivosti pripravljenega orodja, bo na podlagi modelne študije izvedena pilotna raziskava.

Končni cilj dokumenta je, da se zasnova uporabi na različnih področjih z namenom celostne prepoznave potreb po vključitvi vsebin s področja varovanja duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalne procese. Posamezne raziskave bodo zaradi velikega obsega in z željo po največji kakovosti izvedene ločeno, četudi so namenjene istemu cilju. Gre torej za sestavljanke več raziskav z enakima namenom in ciljem.



Slika 2: Zasnova metodološkega dokumenta s prikazom posameznih raziskav

Slika 2 prikazuje zasnovo metodološkega dokumenta in posameznih raziskav na različnih področjih vzgojno-izobraževalnega sistema, na področju strokovnega izpopolnjevanja ter modelne študije, ki bo zajela del visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja ter del strokovnega izpopolnjevanja – specializacije.

Cilji dokumenta:

Cilj 1: Prikaz zasnove raziskav, ki se osredotočajo na različne ravni vzgojno-izobraževalnega sistema (predšolska vzgoja, osnovnošolsko izobraževanje, srednješolsko izobraževanje, visokošolsko in višje strokovno izobraževanje) in na strokovno izpopolnjevanje.

Cilj 2: Predstavitev zasnove modelne študije, ki se bo usmerila na del visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja ter strokovnega izpopolnjevanja – specializacije, natančneje na pregled izobraževalnih programov, kjer se izobražuje kader, zaposlen v centrih za duševno zdravje.

III. PREDSTAVITEV ZASNOVE RAZISKAV

3.1 TEMELJNA IZHODIŠČA

Namen posamezne raziskave je prepoznati potrebe, natančneje nabor manjkajočih vsebin o varovanju duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalnem sistemu na različnih ravneh in na področju strokovnega izpopolnjevanja ter doseči konsenz za naslovitev prepoznanih potreb ali zapolnitev vrzeli.

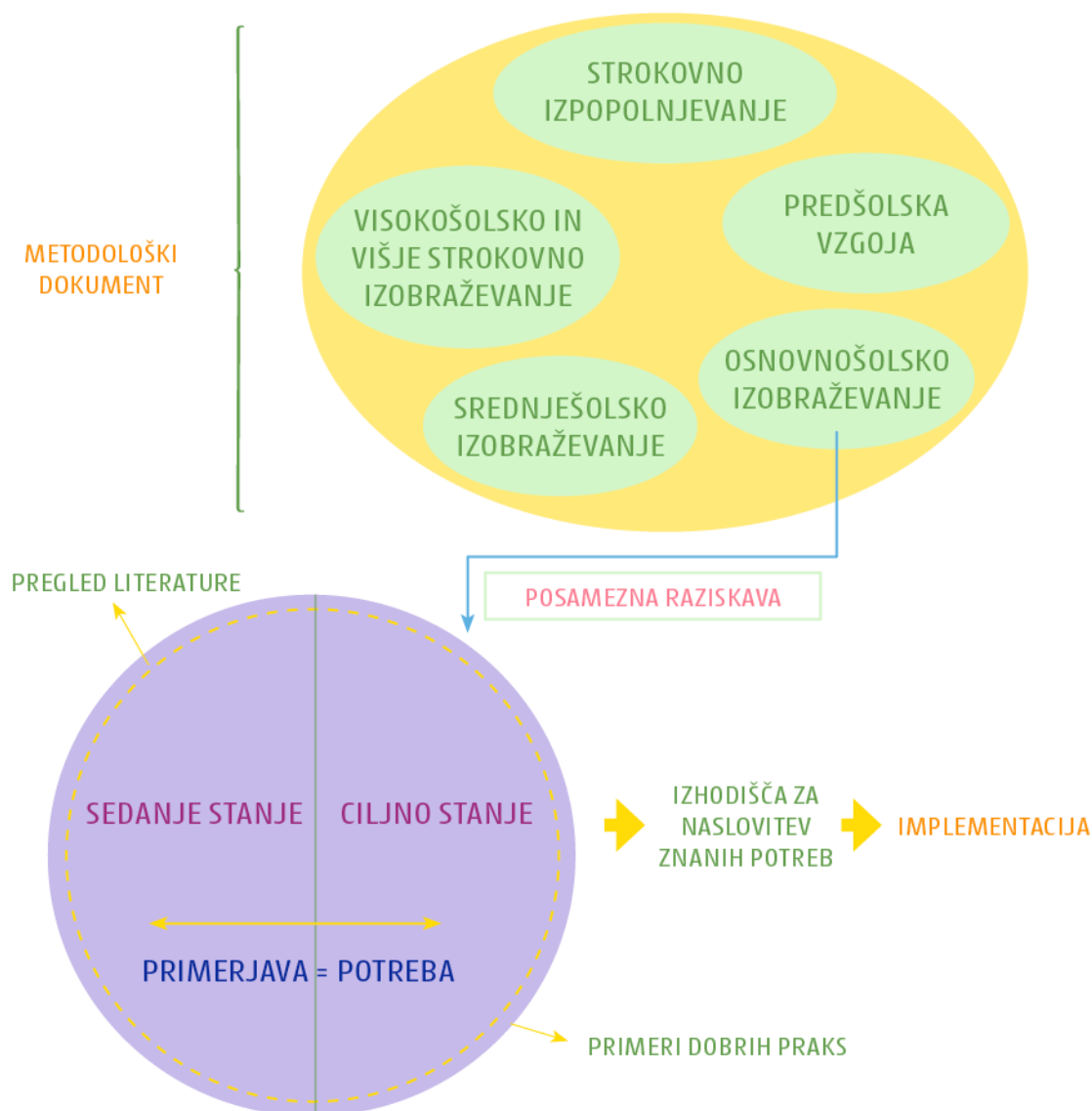
Metodološki dokument obravnava vsa področja vzgojno-izobraževalnega sistema: od predšolske vzgoje, osnovnošolskega izobraževanja, srednješolskega izobraževanja, visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja (Slika 3), do strokovnega izpopolnjevanja. Za lažje razumevanje je na Sliki 3 predstavljen sistem vzgoje in izobraževanja v Republiki Sloveniji (3).



Slika 3: Vzgoja in izobraževanje v Republiki Sloveniji (prirejeno po 3)

Vsako od naštetih področij predstavlja posamezno raziskavo, v okviru katere bo prepoznavanje potreb izvedeno preko ocene sedanjega in ciljnega stanja. Prva faza znotraj vsake posamezne raziskave je pregled literature. V drugi fazi se bo prepoznalo potrebe, te pa se bo v tretji fazi primerjalo s primeri dobrih praks. Četrta faza predstavlja konsenz o naslovitvi prepoznanih potreb oziroma identifikacijo izhodišč za proces implementacije manjkajočih vzgojno-izobraževalnih vsebin v vzgojno-izobraževalne programe.

Želja je, da vsem tem korakom sledi dejanska faza implementacije manjkajočih vsebin s področja varovanja duševnega zdravja. Proces implementacije sicer ni predmet tega dokumenta, ga pa tako zastavljeno raziskovalno delo močno podpira. Dokument namreč poleg raziskovalnih izhodišč za prepoznavanje potreb nudi tudi na dokazih temelječo podlago za politično in strokovno odločanje v praksi. Slika 4 prikazuje vpogled v zasnovo posamezne raziskave, ki jo predlagamo v okviru metodološkega dokumenta.



Slika 4: Vpogled v zasnovo posamezne raziskave v okviru metodološkega dokumenta

Cilji raziskav, ki jih obravnava metodološki dokument:

Cilj 1: Pregledati in povzeti do sedaj opravljene slovenske in tuje raziskave glede ocene potreb po vključenosti vsebin o varovanju duševnega zdravja na posameznem področju vzgojno-izobraževalnega sistema in v okviru strokovnega izpopolnjevanja.

Cilj 2: Oceniti sedanje stanje v okviru posamezne raziskave.

Cilj 3: Prepoznati ciljno stanje v okviru posamezne raziskave.

Cilj 4: Primerjati med seboj sedanje in ciljno stanje z namenom identifikacije potreb po vsebinah s področja varovanja duševnega zdravja v okviru posamezne raziskave.

Cilj 5: Prepoznati in analizirati primere dobrih praks ter jih primerjati s prepoznanimi potrebami.

Cilj 6: Doseči konsenz o tem, katere so pomembne in potrebne vsebine za zapolnitev prepoznanih vrzeli.

3.2 TEORETSKA IZHODIŠČA ZA RAZISKOVALNI MODEL

Z izvedbo raziskav se bo na eni strani prepoznalo sedanje stanje in na drugi strani ciljno stanje, torej stanje, ki se ga želi doseči. Vrzel, ki med tema poloma nastane, so prepoznane potrebe. Te bodo določene kot (manjkajoče) *vsebine, ki bodo omogočile pridobitev kompetenc s področja varovanja duševnega zdravja*. Pojem »**kompetenca**« opredelimo kot zmožnost, da ustrezno uporabimo rezultate učenja ob različnih priložnostih, kot je pri delu (4). Poudariti je treba, da kompetenca ne vključuje samo kognitivne dimenzije, ampak tudi uporabni vidik, medosebno delovanje, kamor spadajo socialne spretnosti, in pa etične vrednote (4). Ko govorimo o kompetencah v okviru metodološkega dokumenta, predpostavljamo, da je kompetenca skupek naslednjih dimenzij: znanj, veščin, prepričanj in vrednot.

3.2.1 IZHODIŠČA ZA OBLIKOVANJE KONCEPTA KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

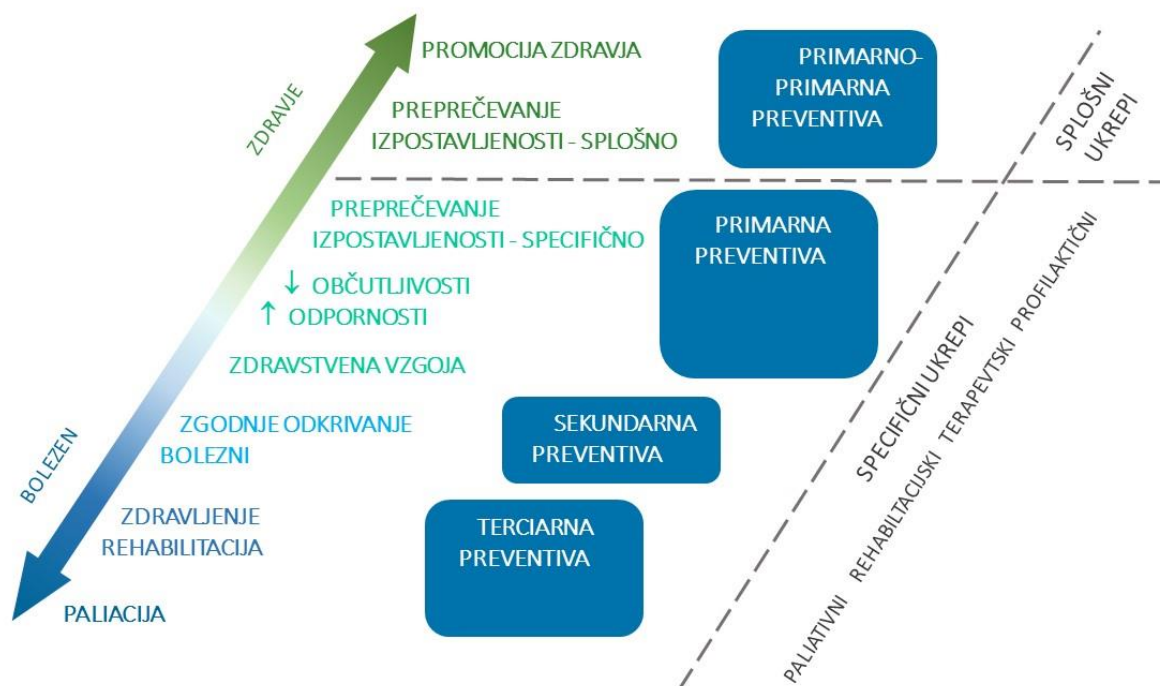
Kot pomoč pri opredelitvi področij raziskovanja v okviru posamezne raziskave oz. potrebnih kompetenc na posameznem področju smo pripravili koncept kategorij kompetenc s področja varovanja duševnega zdravja, ki upošteva specifično situacijo v Sloveniji. V nadaljevanju so najprej predstavljena izhodišča za oblikovanje omenjenega koncepta.

3.2.1.1 Koncept kategorizacije storitev na področju duševnega zdravja

Ideja za pripravo koncepta opredeljevanja kategorij kompetenc s področja varovanja duševnega zdravja sloni na konceptu kategorizacije storitev na področju duševnega zdravja, ki jo je oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (5). Ta kategorizacija predvideva ali predlaga tudi kompetence, ki so potrebne za opravljanje določenih aktivnosti v okviru posamezne kategorije (5) (Slika 5).

Zdravje lahko varujemo, tudi ko je bolezen že prisotna, in sicer z zgodnjim odkrivanjem bolezni v predkliničnem obdobju in zgodnjim zdravljenjem ali učinkovitim zdravljenjem, ko je bolezen že vidna in očitna. Cilj je **povrnitev zdravja** v čim večji meri ali **zmanjševanje posledic bolezni**, ko povrnitev zdravja ni več mogoča.

Skupaj s ponazoritvijo kontinuumoma zdravja Slika 6 prikazuje aktivnosti, ki lahko pripomorejo k pomikanju (duševnega) zdravja posameznika na kontinuumu proti dobremu (duševnemu) zdravju.



Slika 6: Poti usmerjenosti proti zdravju

Cilji preventive so torej lahko različni: vzpostavitev splošnih razmer za ohranjanje in krepitev zdravja, pa vse do povrnitve zdravstvenega stanja v stanje pred začetkom bolezenskega procesa ali zmanjšanje težav oz. upočasnitev njegovega nadaljnjega razvoja (7). Ciljna skupina so vsi prebivalci. K njim lahko pristopamo s **populacijskim strateškim pristopom** (zmanjševanje povprečnega tveganja brez opredeljevanja točno določene skupine z visokim tveganjem) ali pa **pristopamo** prav posebej **k posameznikom z določenim visokim tveganjem** za negativni zdravstveni pojav (7).

Preventivne ukrepe lahko razdelimo na **splošne** in **specifične** (7), pri čemer splošne ukrepe običajno uporabimo, ko želimo preprečiti nastanek bolezni in njihovih posledic na ravni celotnega prebivalstva oz. večjih skupin prebivalstva, ki imajo neke skupne značilnosti, specifični pa so praviloma usmerjeni na posameznika z visokim tveganjem, in sicer v preprečevanje točno določene bolezni in njenih posledic.

Specifične ukrepe delimo na **profilaktične** (ko posameznik še ni zbolel), **terapevtske** (ko je bolezen že klinično izražena, to je zdravljenje), **rehabilitacijske**² (po preboleli boleznih, da se omogoči posamezniku čim bolj samostojno funkcioniranje) in **paliativne**³ (ko ozdravitev ni več mogoča).

Tudi preventivo lahko razdelimo na več ravni. Že več kot petnajst let je na področju javnega zdravja uveljavljena delitev na primarno-primarno, primarno, sekundarno in terciarno raven preventive (6). Primarno-primarna in primarna raven največ prispevata k zdravju in dobremu počutju celotne populacije (7). Na področju duševnega zdravja se uporablja še klasična delitev na tri ravni (primarno, sekundarno in terciarno), pri kateri se primarna raven razdeli na tri podravni – univerzalno, selektivno in indicirano (8, 9). Pri tem univerzalna podrava v novejši delitvi sovpada s primarno-primarno ravno preventive.

Primarno-primarna ali primordijalna **raven preventive** je temeljna in pomeni preprečevanje okoliščin, ki pripomorejo k nastanku bolezni (6), s tem pa vpliva na zmanjšanje števila ljudi, ki zbolijo⁴ (7). Izvajajo se splošni, in sicer nemedicinski ukrepi, ciljna populacija je celotno prebivalstvo, cilj pa, da bi sicer zdravi ljudje ostali zdravi oziroma da bi svoje zdravje še okrepili in prispevali tudi k dobremu počutju v populaciji na splošno (7). Izraz za mnoge dejavnosti, ki se izvajajo na tej ravni, je *promocija zdravja*⁵ (7). Izvajajo se splošni ukrepi za *preprečevanje izpostavljenosti* dejavnikom tveganja. Sem sodijo tudi splošni družbeni ukrepi, ki zmanjšujejo dejavnike tveganja za slabo zdravje, tudi duševno, kot so na primer revščina in brezposelnost⁶.

Primarna raven preventive – tudi primarna raven, tako kot primarno-primarna, vpliva na zmanjševanje števila ljudi, ki bi zboleli (7). Ciljna skupina pa so vsaj na videz zdravi, ampak ogroženi posamezniki (občutljivi, dovzetni, izpostavljeni škodljivim dejavnikom) (7). Pri tem se uporabljajo specifični ukrepi, torej z namenom, da bi obvarovali posameznike pred točno določenimi težavami (7). Na primarni ravni preventive se izvajajo ukrepi, s katerimi se *zmanjšuje izpostavljenost škodljivim dejavnikom* pri skupinah prebivalcev, ki so izpostavljeni, ukrepi, s katerimi se *povečuje odpornost* skupin prebivalcev, ki so bolj dovzetni in zmanjšuje *občutljivost* (7). Na tej ravni se izvaja tudi *zdravstvena vzgoja*, kot sta šola za starše za nosečnice ali zdravstvena vzgoja v okviru preventivnih pregledov (7).

² Na področju duševnega zdravja so rehabilitacijski ukrepi (terciarna preventiva) usmerjeni k okrevanju posameznikov, kar pomeni v subjektivno doseženo stabilizacijo in višjo kakovost življenja (10).

³ Paliativnih ukrepov na področju duševnega zdravja ne poznamo.

⁴ Na področju duševnega zdravja pravimo, da se srečajo z duševno motnjo.

⁵ Promocija zdravja je proces, ki omogoča, da ljudje oziroma skupnosti povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na njihovo zdravje (8). To je mogoče le takrat, ko je posameznik ali skupina sposobna prepoznati in uresničiti želje in potrebe ter spremeniti oziroma prilagoditi okolje (8). Eden od pomembnih ciljev promocije duševnega zdravja je poleg preventive in zmanjševanja razširjenosti duševnih motenj tudi premik proti stanju visokega duševnega blagostanja in kakovostnega življenja posameznika in skupnosti. To je mogoče doseči z ustvarjanjem okolij, ki vsakemu posamezniku omogočajo doseganje duševnega blagostanja (9).

⁶ Pogostost in teža duševnih motenj se tesno povezujeta s slabim socialno-ekonomskim stanjem. Posledice teh dejavnikov pa vplivajo na duševno zdravje tudi transgeneracijsko (11).

Sekundarna raven preventive – ta raven predstavlja preprečevanje spontanega nastanka klinično izražene oblike bolezni z iskanjem zgodnjih znakov bolezni v njenem predkliničnem obdobju, kadar taka možnost obstaja, torej takrat ko simptomi še niso izraženi⁷ (*zgodnje odkrivanje bolezni*) (7). Zgodnje odkrivanje je lahko usmerjeno v velike populacijske skupine s presejanji ali v posameznika z individualnim odkrivanjem bolezni (7).

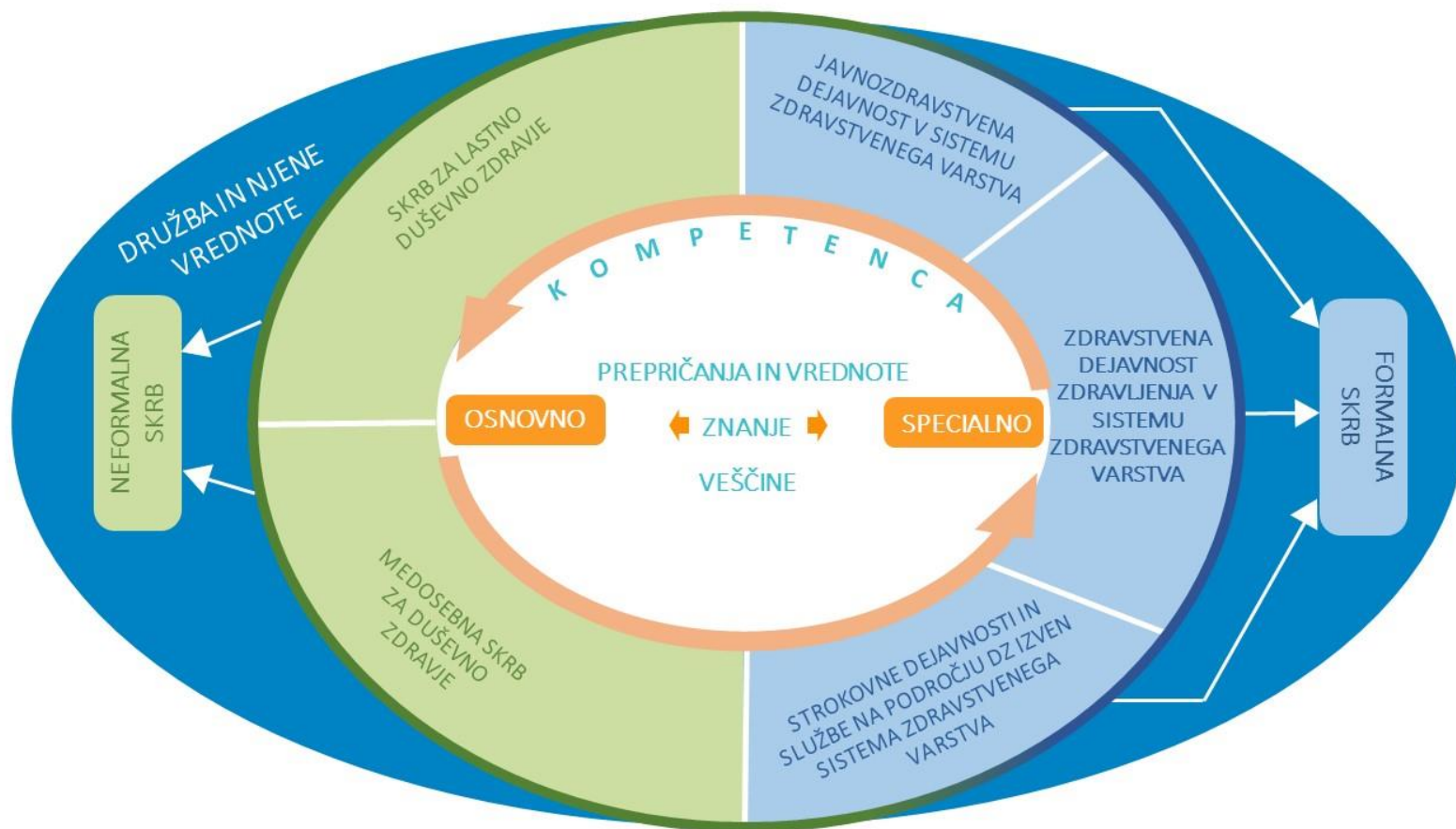
Terciarna raven preventive – zadnja raven je opredeljena kot preprečevanje ali zmanjševanje posledic že izražene bolezni. Izvaja se z namenom, da bi vzpostavili stanje kot je bilo pred začetkom bolezni, ali vsaj čim bližje temu (*zdravljenje*) (7). Izvaja se tudi z namenom, da bi posledice bolezni čim bolj omilili in ohranili čim višjo stopnjo posameznikove sposobnosti samostojno živeti in funkcionirati (*rehabilitacija*) (7) ter občutiti zadovoljstvo z življenjem.

3.2.2 PREDSTAVITEV KONCEPTA KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

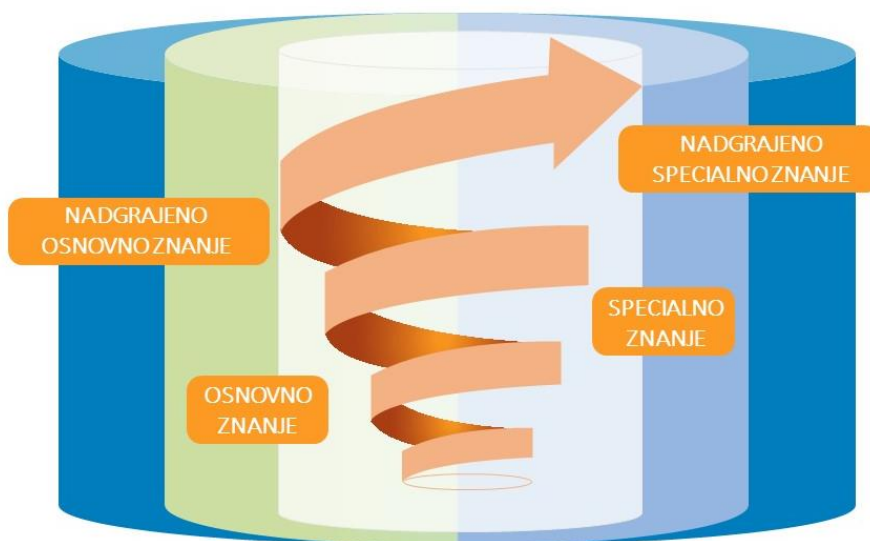
V nadaljevanju tega poglavja bomo podrobneje predstavili pet kategorij kompetenc s področja varovanja duševnega zdravja (Slika 7). *Vsaka od naštetih kategorij predstavlja področje, na katero lahko uvrstimo določene kompetence*, ki so potrebne za učinkovito **skrb za lastno duševno zdravje ali za duševno zdravje drugih**. Predpostavljamo, da zdravje varujemo tako, da zanj skrbimo.

Z modro barvo v notranjem krogu na Sliki 7 je označeno področje skrbi za duševno zdravje, ko so težave v duševnem zdravju že prisotne. Zunanji krog prikazuje kontinuum duševnega zdravja.

⁷ Na področju duševnega zdravja gre za zgodnje odkrivanje duševnih motenj, ki so večinoma dobro ozdravljive in obvladljive, če ne obstajajo veliki zamiki med začetkom motnje in njeno obravnavo (12).



Slika 7: Kategorije kompetenc s področja varovanja duševnega zdravja



Slika 8: 3D prikaz koncepta kategorij kompetenc s prikazom nadgrajevanja znanja v obliki spirale.

Na Sliki 7 so prikazane tudi dimenzije kompetenc – znanje, veščine, prepričanja in vrednote. Predpostavljamo, da znanje prehaja od osnovnega k vedno bolj specialistično usmerjenemu, in sicer od prve kategorije na shemi (»skrb za lastno duševno zdravje«) do zadnjih dveh (»zdravstvena dejavnost zdravljenja v sistemu zdravstvenega varstva« in »javnozdravstvena dejavnost v sistemu zdravstvenega varstva«). Pri tem znanje prehaja krožno, zlasti s pomočjo javnozdravstvene dejavnosti nazaj k splošni populaciji oziroma *v obliki spirale tako znanje v celotni skupnosti prehaja na vedno višjo raven*, kar prikazuje Slika 8. Vendar pa moramo izpostaviti, da ga ne prenašajo le strokovnjaki na »laične« posameznike, temveč se tudi vsak strokovnjak lahko nekaj nauči od »laičnega« posameznika (na primer strokovno zdravstveno osebje od uporabnika zdravstvene storitve), v tem primeru se pretok znanja sicer krožno zasuka v nasprotno smer, a vseeno v obliki spirale prehaja na višjo raven.

3.2.3 PODROBNEJŠA PREDSTAVITEV KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

3.2.3.1 Skrb za lastno duševno zdravje

V to kategorijo uvrščamo kompetence s področja duševnega zdravja, ki omogočajo posamezniku skrbeti za lastno duševno zdravje. Pri tem skrb razumemo kot negovanje lastnega duševnega zdravja in ne kot sebično naravnost.

Pri opredelitvi kategorije se bomo naslonili na koncept občutka skladnosti. Koncept občutka skladnosti (angl. *sense of coherence theory*, SOC) je osrednji del širšega koncepta salutogeneze. Pojem salutogeneza je leta 1968 vpeljal Aaron Antonovsky (13). To je koncept porajanja zdravja, ki je kot nasprotje konceptu patogeneze, to je konceptu porajanja bolezni (13). Medtem ko se patogeneza osredotoča na iskanje vzrokov bolezni, se salutogeneza osredotoča na to, kaj je tisto, kar povzroča zdravje (13).

Antonovsky opredeli kontinuum zdravja (angl. *the ease/dis-ease continuum*), in sicer kot horizontalno linijo⁸, ki na eni skrajni točki označuje popolno odsotnost zdravja in na drugi popolno zdravje (14). Zdravje vsakega od nas, tudi duševno zdravje, se tako nahaja nekje na omenjenem kontinuumu, posameznik pa ima lahko na kontinuumu hkrati tako zdrave kot nezdrave dele (14). Trenutno zdravstveno stanje je torej relativna pozicija na kontinuumu zdravja, zdravje je dinamičen proces, ki ga je treba stalno vzdrževati, je proces stalnega prilagajanja (13). Občutek skladnosti je tisti, ki pomaga determinirati, v katero smer se bo nekdo pomikal na kontinuumu zdravja (15). Močan občutek skladnosti omogoča ljudem, da vidijo svoje življenje kot koherentno, razumljivo, obvladljivo in smiselno, kar jim da zaupanje in samozavest, da lahko prepoznajo vire znotraj ali zunaj sebe v okolju, zmožnost, da jih uporabijo, da izberejo različne strategije za obvladovanje življenjskih dogodkov (14)⁹.

Za potrebe izvedbe raziskav predpostavljamo, da je za ustrezno negovanje lastnega duševnega zdravja potrebno naslednje:

- razumevanje, kaj pomeni duševno zdravje, in zmožnost njegovega prepoznavanja. Pri tem pomeni duševno zdravje ohranjanje dinamičnega ravnovesja. Dnevno se srečujemo z izzivi vsakodnevnega življenja, ki od nas zahtevajo neprekinjeno aktivacijo naših kompetenc za ohranjanje ravnovesja oz. iskanje nove točke ravnovesja, zato je dinamično. Porušeno ravnovesje lahko vodi v slabšanje duševnega zdravja;
- prepoznavanje odklonov iz ravnovesja v lastnem duševnem zdravju, ki lahko vodijo v težave v duševnem zdravju, in prepoznavanje njihove moči;
- razvoj in krepitev posameznikovih kompetenc za obvladovanje manjših odklonov v duševnem zdravju v smeri proti slabšanju duševnega zdravja;
- kompetence za iskanje pomoči (npr. prepoznavanje, kdaj, kje in kako najti vire moči v skupnosti), ko jo oseba potrebuje in ravnovesja ni več zmožna vzpostaviti sama. Takrat lahko poišče pomoč drugih, na primer služb in dejavnosti za varovanje duševnega zdravja izven sistema zdravstvenega varstva ali v njegovem okviru.

⁸ Model dvojnega kontinuumu duševnega zdravja opredeljuje duševno zdravje s pomočjo kar dveh kontinuumov. Ta model vidi kontinuum duševnih motenj (pri katerem skrajnosti predstavljata prisotnost ali odsotnost duševne motnje) in kontinuum duševnega zdravja (pri katerem skrajnosti predstavljata prisotnost ali odsotnost duševnega zdravja) sicer kot dve povezani, a različni dimenziji (16). Model dvojnega kontinuumu duševnega zdravja predstavlja možnost za nadaljnji razvoj teoretičnega koncepta, ki ga opisujemo.

⁹ SOC lahko povežemo s pojmom življenjska odpornost in prožnost. Življenjska odpornost in prožnost je slovenska ustreznica termina rezilientnost (17). Spodbujanje rezilientnosti pomeni krepitev že obstoječih in vzpostavljanje novih virov zaščite, moči in pomoči na ravni posameznika in v njegovem okolju (17). Kiswarday (17) po Grotbergovi poudarja, da posameznikovo rezilientno vedenje omogoča interakcija njegovih lastnih notranjih varovalnih dejavnikov, to je osebnih virov moči, njegovih zunanjih varovalnih dejavnikov, to je virov zunanje moči in podpore, ter osebnih in medosebnih veščin. Glede na upoštevanje obstoja notranjih in zunanjih varovalnih dejavnikov bi lahko posameznikove kompetence opredelili kot rezultat pozitivne interakcije med posameznikom in okoljem, v katerem se nahaja (17). Rezultati najnovejših raziskav kažejo, da ima pri premagovanju stresa ali stiske posameznikov SOC pomembno vlogo pri spodbujanju rezilientnosti ter posledično dobrega duševnega zdravja in dobrega počutja (18), oz. da je SOC eden od dejavnikov, ki so pozitivno povezani z rezilientnostjo, kar kaže njegovo pomembno vlogo pri uspešnem prilagajanju na stresne dogodke (19).

Kategorija »skrb za lastno duševno zdravje« se osredotoča na vsakega posameznika. Vendar pa posameznika in njegovega zdravja ne moremo ločiti od njegovega okolja in odnosov z drugimi osebami. Zdravje, zlasti duševno, je neločljivo povezano z odnosi, še posebno z občutkom podpore (20). Primerno socialno okolje ne prispeva zgolj s praktično podporo, temveč nudi tudi emocionalno podporo, podporni odnosi pa spodbujajo vzorce zdravega vedenja (20).

3.2.3.2 Medosebna skrb za duševno zdravje

Ljudje se povezujemo v skupnosti. To je življenjsko okolje, zato je tudi dejavnik zdravja njenih pripadnikov (21). Ravnanje glede na vrednote etike skrbi lahko prispeva h kakovostnejšemu bivanju posameznikov oz. pripadnikov skupnosti in s tem skupnosti kot celote.

Po Sevenhuijsen (22) etika skrbi pomeni prepoznavanje svoje ranljivosti, ranljivosti drugih in okolja ter na podlagi tega tudi naklonjeno ravnanje. Etično je tisto ravnanje, ki to ranljivost blaži, zmanjšuje ali odpravlja, najbližja slovenska beseda za tako ravnanje pa je skrb (21). Skrb pomeni dejavnost, ki vključuje vse, kar delamo, da bi ohranili, nadaljevali in popravili naš svet, kar vključuje nas, druge in okolje (21). Skrb pomeni prepoznati stisko, se odzvati nanjo in zagotoviti pomoč, ko je to potrebno (21).

Po Sevenhuijsen (21) obstajajo štiri elementi naklonjenega ravnanja:

- biti pozoren oziroma sposoben prepoznati potrebo po skrbi;
- biti odgovoren oziroma pripravljen in sposoben ustrezno ukrepati;
- biti kompetenten ali posedovati vire in znanja za zadovoljitev potreb;
- biti odziven, vzajemno občutljiv, sposoben interakcije in sprejemanja skrbi.

V kategorijo »medosebna skrb za duševno zdravje« uvrščamo kompetence s področja varovanja duševnega zdravja, ki omogočajo ustrezno delovanje v skupnosti, tudi skrb drug za drugega. Medosebna skrb lahko poteka na organizirani ravni, kot je udejstvovanje prostovoljcev in skupin za samopomoč, ali pa neorganizirano. Tudi vrstniška pomoč (angl. *peer support*) je skupaj s skupinami za samopomoč in vrstniškim zagovorništvom dokazano uspešna metoda pomoči in obvladovanja težav v duševnem zdravju (23). V času epidemije COVID-19 se je izkazalo, da je medsebojna pomoč in podpora ena izmed osnov za ohranjanje duševnega zdravja. Združeni narodi so zato že v zgodnjih fazah epidemije priporočali, da se vzdržujejo in krepijo mreže medsebojne pomoči, vrstniške pomoči in vrstniškega zagovorništva (24).

3.2.3.3 Strokovne dejavnosti in službe na področju duševnega zdravja izven sistema zdravstvenega varstva

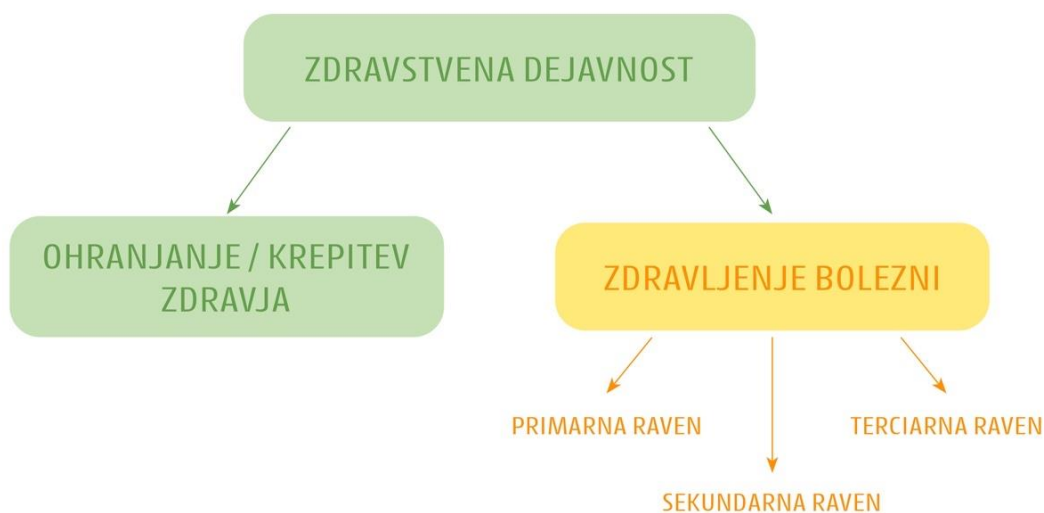
Za naklonjeno ravnanje je treba zagotoviti strukture in vire za podporo ter ob tem ustrezna znanja (21). Službe in dejavnosti, ki jih opravljajo strokovnjaki, tvorijo mrežo virov pomoči ali strukturo podpornega sistema (formalna skrb v skupnosti). Tudi ti strokovnjaki potrebujejo kompetence kategorij »skrb za lastno duševno zdravje« in »medosebna skrb za duševno zdravje«, le da potrebujejo tudi znanje, ki je bolj specialno, skladno z delom, ki ga opravljajo, da lahko nudijo pomoč, ko se duševno zdravje posameznika pomika na kontinuumu proti slabšemu.

V to kategorijo uvrščamo strokovnjake (in njihove kompetence, ki jih potrebujejo za svoje delo), ki delujejo na področju duševnega zdravja, a niso del zdravstvenega sistema.

3.2.3.4 Zdravstvena dejavnost zdravljenja v sistemu zdravstvenega varstva

V to kategorijo se uvrščajo kompetence, ki jih potrebujejo strokovni delavci, ki na področju duševnega zdravja opravljajo zdravstveno dejavnost zdravljenja v sistemu zdravstvenega varstva.

Sistem zdravstvenega varstva je poseben sistem, ki skrbi za varovanje zdravja prebivalcev države (7). Zdravstvena dejavnost je eden od dveh jedrnih podsistemov sistema zdravstvenega varstva in jo lahko delimo na dve veji, to je na zdravstveno dejavnost, ki se ukvarja z ohranjanjem in krepitvijo zdravja (imenujemo jo tudi javnozdravstvena dejavnost), in zdravstveno dejavnost, ki se ukvarja z zdravljenjem bolezni (vračanjem zdravja tistim, ki so zboleli), oziroma zmanjševanjem posledic bolezni pri ljudeh, ki jih ni mogoče pozdraviti (7). Zdravstvena dejavnost je lahko organizirana kot javna zdravstvena služba, lahko pa jo izvajajo tudi zasebni izvajalci, ki so lahko vpeti v javno zdravstveno mrežo ali pa delujejo v mreži zasebnikov (7).



Slika 9: Zdravstvena dejavnost zdravljenja in njene ravni

Zdravstvena dejavnost zdravljenja bolezni poteka na naslednjih ravneh (Slika 9) (7):

- **Primarna raven** obsega tiste dejavnosti, ki omogočajo hiter in neposreden stik z zdravstveno službo, storitve so dostopne brez napotnice. Zajema osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo strokovni delavci v zdravstvenih domovih, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci. Za svoje varovance jo lahko organizirajo tudi socialno-varstveni zavodi, zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter kazenski in vzgojni zavodi. Na področju duševnega zdravja so na tej ravni organizirani tudi centri za duševno zdravje.
- **Sekundarna raven.** Na to raven je napoten bolnik s primarne ravni, in sicer na nadaljnjo obravnavo k ustreznemu specialistu. Zajema specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost. Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo splošne in specialne bolnišnice, zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti, ki lahko delujejo v javni mreži ali ne.

- **Terciarna raven** predstavlja specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost klinik in inštitutov. Obsega opravljanje najzahtevnejših zdravstvenih storitev na ambulantni ali bolnišnični način, ki jih zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti ni niti možno niti smotrno opravljati na nižjih ravneh. Izvaja se tudi znanstvenoraziskovalno in vzgojno-izobraževalno delo.

3.2.3.5 Javnozdravstvena dejavnost v sistemu zdravstvenega varstva

Ta zdravstvena dejavnost se ne usmerja v zdravljenje, temveč v ohranjanje in krepitev zdravja (7). Lahko bi rekli, da ustvarja vez med zdravstvenimi strokovnjaki in populacijo. Strokovnjaki s tega področja strokovno znanje skupaj s sodelavci iz drugih sektorjev prenašajo na populacijo in tako vplivajo na kompetence posameznikov v kategoriji »skrb za lastno duševno zdravje« in »medosebna skrb za duševno zdravje«. Tako je krog prehajanja znanja od osnovnega proti specialnemu sklenjen, hkrati pa znanje v obliki spirale prehaja na vedno višjo raven (Slika 8).



Slika 10: Zdravstvena dejavnost ohranjanja in krepitev zdravja in njene ravni

Tudi javnozdravstvena dejavnost poteka na treh ravneh (Slika 10) (7):

- **Primarna raven.** Osnovno javnozdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi ter zasebniki, ki imajo koncesijo za delo na tej ravni. Primarna dejavnost zajema dispanzersko metodo dela z nekaterimi ogroženimi skupinami prebivalcev. Vabi jih na preventivne preglede (sistematske), na katerih izvajajo presejanja in po potrebi preventivno ukrepajo. Zajema tudi zdravstvenovzgojno delo z ogroženimi skupinami prebivalcev ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja.
- **Sekundarna in terciarna raven** zajemata specialistično javnozdravstveno dejavnost, ki vključuje zagotavljanje in izvajanje osnovnih funkcij javnega zdravja – med te štejemo tako spremljanje zdravja prebivalstva, razvoj in upravljanje ukrepov za varovanje in krepitev zdravja ter preventivo bolezni kakor tudi zagovorniške, svetovalne ter druge storitve. Dodatni funkciji javnega zdravja, ki se izvajata na terciarni ravni, sta znanstveno-raziskovalna in izobraževalna dejavnost.

3.2.4 POMEN KONCEPTA KATEGORIJ KOMPETENC S PODROČJA VAROVANJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Priprava tega metodološkega dokumenta in izvedba raziskav, katerih zasnove so predstavljene, predstavljata svojevrsten javnozdravstveni ukrep. Uvrstimo ga lahko med **splošne ukrepe na ravni primarno-primarne preventive, ki je usmerjen v populacijo**. Vloga strokovnjakov javnega zdravja (tudi v sodelovanju s strokovnjaki s področja socialnega varstva ter vzgoje in izobraževanja), je priprava ustreznih, na dokazih temelječih ukrepov v skupnostih, še pomembnejše pa je poučevanje in ozaveščanje ljudi o tem, kako vzpostaviti, ohranjati in po možnosti celo krepiti svoje zdravje (promocija zdravja) (7). Vzgojno-izobraževalni sistem ima pri uresničevanju teh ukrepov izjemni pomen, saj je za boljše splošno zdravje prebivalstva ključna implementacija vsebin s temami o (duševnem) zdravju v učne načrte (7). To je cilj, ki ga želimo doseči z izvedbo raziskav na vseh področjih vzgojno-izobraževalnega sistema in na področju strokovnega izpopolnjevanja.

Potrebe po vsebinah s področja varovanja duševnega zdravja bodo opredeljene s pomočjo identifikacije potrebnih kompetenc, ki jih lahko uvrstimo v opredeljene kategorije opisanega koncepta. Kompetence, ki jih uvrščamo v kategoriji »skrb za lastno duševno zdravje« in »medosebna skrb za duševno zdravje«, bomo iskali v vsaki posamezni raziskavi, torej na vseh področjih vzgojno-izobraževalnega sistema in na področju strokovnega izpopolnjevanja. Zanimalo nas bo, koliko je dostopnih vsebin, ki lahko pomagajo posamezniku varovati lastno duševno zdravje in skrbeti za duševno zdravje drugih v skupnosti oziroma katere vsebine bi bile še potrebne za implementacijo.

Kompetence, ki jih potrebujejo strokovni delavci pri svojem delu in jih lahko uvrstimo v kategorije »strokovne dejavnosti in službe na področju duševnega zdravja izven sistema zdravstvenega varstva«, »zdravstvena dejavnost zdravljenja v sistemu zdravstvenega varstva« in »javnozdravstvena dejavnost v sistemu zdravstvenega varstva«, pa bodo proučevale tiste raziskave, ki se bodo usmerile v ozek del visokega in višjega strokovnega izobraževanja, kjer se izobražuje ustrezen strokovni kader, in na del strokovnega izpopolnjevanja, predvsem specialističnih študijev, v okviru katerih se ta kader izpopolnjuje. Za izvajanje ukrepov na področju varovanja duševnega zdravja je treba opremiti strokovne delavce s potrebnimi kompetencami. Pri tem ne smemo pozabiti, da so kompetence, ki jih lahko uvrstimo v kategoriji »skrb za lastno duševno zdravje« in »medosebna skrb za duševno zdravje«, osnovne življenjske kompetence. Potrebujejo jih tudi strokovnjaki, ki delujejo na področju duševnega zdravja.

S pomočjo javnozdravstvene dejavnosti, tudi v sodelovanju s socialno-varstveno in pedagoško dejavnostjo, strokovnjaki prenašajo znanje in veščine s področja varovanja duševnega zdravja na populacijo, da ta lahko pridobi potrebne kompetence za skrb za lastno ali medosebno skrb za duševno zdravje.

Na koncu je treba celotni koncept postaviti v okvir družbe in njenih vrednot. Vrednote so namreč vodilo družbe in predstavljajo vrsto motivacijskih ciljev, torej so nekaj, k čemur stremimo (25).

DRUGI DEL

IV. ZASNOVA MODELNE ŠTUDIJE

4.1 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Michael A. Hoge je leta 2002 (26) opozarjal na spremembe v zdravstveni oskrbi s področja duševnega zdravja, ki jih spremembe izobraževalnih programov niso dohitevale, in vrzeli, ki so nastale. Posledica nastalega primanjkljaja so bili za delo nezadostno pripravljene strokovnjaki. Pri tem je med drugim navedel, da je z dokazi podprta obravnava danes standard in hkrati breme za ponudnike storitev, da bi sledili kompleksnemu spektru znanja, ki se vztrajno širi. Z našo raziskavo bomo lahko ugotovili, ali podobno neskladje med tem, kar se potrebuje, in tem, kar izobraževalni sistem ponuja, obstaja tudi v našem okolju. Usmerili se bomo v prepoznavanje potreb po vsebinah s področja varovanja duševnega zdravja pri strokovnih delavcih, ki so člani timov centrov za duševno zdravje. Pri tem želimo raziskati, katere kompetence s področja duševnega zdravja že lahko pridobijo strokovni delavci na obstoječih izobraževalnih programih, in kje obstajajo vrzeli v primerjavi s ciljnimi stanjem. Proučevali bomo, katere so že obstoječe in katere so še potrebne kompetence, ki jih lahko uvrstimo v kategorije »skrb za lastno duševno zdravje«, »medosebna skrb za duševno zdravje« in »zdravstvena dejavnost zdravljenja v sistemu zdravstvenega varstva« znotraj koncepta kompetenc (Slika 7).

4.2 NAMEN IN CILJI MODELNE ŠTUDIJE

Namen modelne študije je ugotoviti potencialno neskladje med **sedanjim** in **ciljnim stanjem**, torej prepoznati **potrebe** po zastopanosti vsebin s področja varovanja duševnega zdravja v izobraževalnih programih, kjer se izobražuje kader, zaposlen v centrih za duševno zdravje. Skladno z ugotovitvami želimo pripraviti podlago za z dokazi podprto **implementacijo** manjkajočih vsebin v izobraževalne programe.

Cilj 1: Pregledati do sedaj opravljene raziskave in ugotovitve s področja, ki ga bomo raziskovali tudi sami.

Cilj 2: S pregledom izobraževalnih programov, na katerih se izobražujejo zaposleni v centrih za duševno zdravje, ugotoviti katere so in koliko je zastopanih vsebin s področja duševnega zdravja.

Cilj 3: Pridobiti vpogled v izkušnje in poglede alumnov na udeležbo na programih.

Cilj 4: Spoznati perspektivo uporabnikov storitev in svojcev glede kompetenc (odnosni vidik) strokovnega kadra.

Cilj 5: Spoznati perspektivo strokovnega kadra na potrebne kompetence za opravljanje svojega dela.

Cilj 6: Glede na pridobljene podatke o izkušnjah in pogledih uporabnikov, svojcev in strokovnjakov doseči konsenz o ciljnem stanju.

Cilj 7: S primerjavo sedanjega in ciljnega stanja prepoznati potrebe kadra v centrih za duševno zdravje glede vsebin s področja varovanja duševnega zdravja.

Cilj 8: Spoznati primere dobrih praks iz Slovenije ali tujine.

Cilj 9: Doseči konsenz o tem, katere so pomembne in potrebne vsebine za zapolnitev prepoznanih vrzeli.

4.3 POPULACIJA

V skladu z RNPdZ se po prostoru celotne Slovenije ustanovljajo centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM) ter centri za duševno zdravje odraslih (CDZO) (1).

4.3.1 CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

Mreža CDZOM naj bi omogočila lokalno dostopnost, zgodnjo in strokovno ter multidisciplinarno obravnavo otrok in mladostnikov, starih od 0 do 19 let, s težavami v duševnem zdravju ter njihovih staršev, in sicer v okviru osnovnega zdravstvenega varstva in v tesnem sodelovanju z drugimi službami, šolskimi strokovnimi delavci, učitelji in strokovnimi delavci v centrih za socialno delo (1).

Glede na vsebino Splošnega dogovora k pogodbenemu letu 2021 (27) so člani timov CDZOM:

- zdravnik, specialist otroške in mladostniške psihiatrije;
- psiholog, specialist klinične psihologije;
- psiholog;
- specialni pedagog;
- logoped;
- logoped, specialist klinične logopedije;
- delovni terapevt;
- socialni delavec;
- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik;
- administrativni tehnični delavci.

4.3.2 CENTRI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH

Regionalni CDZO so namenjeni osebam, starejšim od 19 let. So organizacijska struktura, ki naj bi omogočila izboljšanje dostopa do storitev za duševno zdravje, in sicer tako s preventivnimi storitvami kot tudi storitvami, namenjenimi zdravljenju. Boljši dostop do pomoči in povezava z drugimi službami za duševno zdravje lahko zmanjšata vrzel med potrebami in obstoječimi storitvami ter tako tudi izboljšata duševno zdravje na območju, kjer center deluje (1).

Službe v okviru CDZO odgovarjajo na potrebe ljudi s težavami v duševnem zdravju, in sicer ne glede na postavljeno diagnozo. Osebe, ki se soočajo z odvisnostjo od prepovedanih drog, so obravnavane v mreži centrov za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD), ki obstaja vzporedno. CDZO lahko po potrebi sodeluje pri njihovi obravnavi.

CDZO sestavljata dva tima, in sicer regionalni tim za ambulantno obravnavo in regionalni tim za skupnostno psihiatrično obravnavo.

Glede na vsebino Splošnega dogovora k pogodbenemu letu 2021 (27) so člani tima CDZO naslednji.

Ambulantna obravnavo v okviru centrov za duševno zdravje odraslih:

- zdravnik, specialist psihiatrije;
- psiholog, specialist klinične psihologije;

- psiholog;
- socialni delavec;
- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik;
- administrativni tehnični delavci.

Skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih:

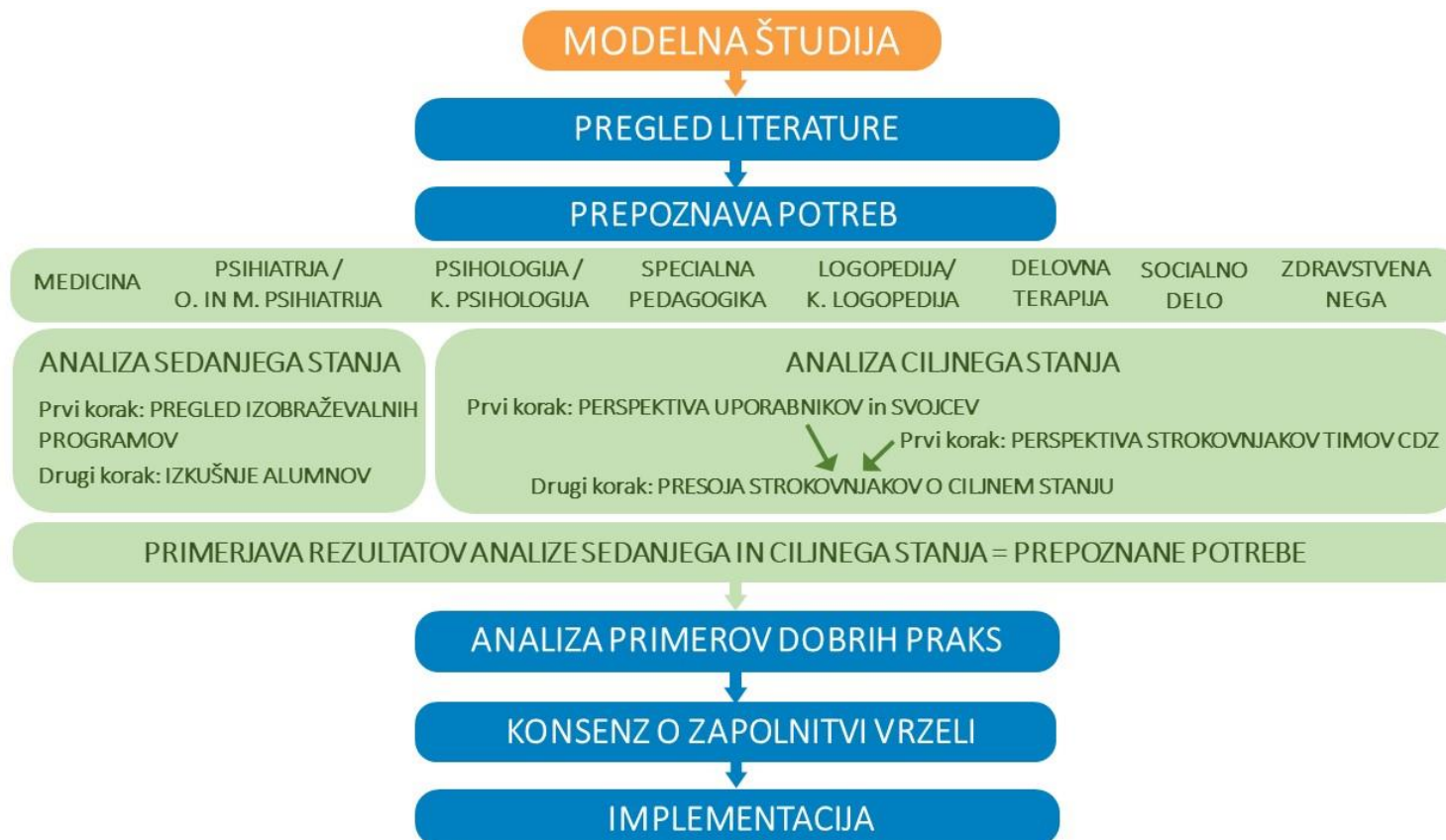
- zdravnik, specialist psihiatrije;
- dipl. delovni terapevt/višji delovni terapevt;
- psiholog, specialist klinične psihologije;
- socialni delavec;
- diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik;
- administrativni tehnični delavci.

4.4 POSTOPKI ZBIRANJA PODATKOV

V proučevanju potreb po vsebinah s področja duševnega zdravja je predvidena uporaba tako kvantitativnega kot tudi kvalitativnega raziskovalnega pristopa. Medtem ko kvantitativne raziskave temeljijo na zbiranju številčnih podatkov, ki jih analizirajo z matematičnimi metodami, v ospredju katerih je statistika in so usmerjene v iskanje zaključkov z namenom posploševanja, je cilj kvalitativne metodologije poglobljen uvid v posameznika, njegova stališča, mnenja in izkušnje ter s tem poglobljeno razumevanje problema.

4.5 FAZE MODELNE ŠTUDIJE

Kot prikazuje Slika 11, bo modelna študija potekala v več fazah.



Slika 11: Shematski prikaz faz modelne študije

4.5.1 FAZA 1 — PREGLED LITERATURE

V prvi fazi modelne študije bomo naredili **pregled obsega** (angl. *scoping review*). Cilj takega pregleda je določiti obseg literature, dostopnih raziskav in odkritih spoznanj na določenem tematskem področju ter predstaviti tisto, kar je ugotovljeno, vizualno, na primer v obliki tabel (28, 29). V okviru naše raziskave nas bo zanimala narava raziskav in rezultatov raziskav, ki se nanašajo na prepoznavo potreb po vsebinah s področja varovanja duševnega zdravja pri poklicih, ki delujejo v okviru CDZ po Sloveniji.

Ugotoviti želimo, katere raziskave so bile opravljene, koliko in kakšne (metodologija in populacija) so bile ter njihov namen in odkritja, rezultati.

4.5.2 FAZA 2 — PREPOZNAVA POTREB

Prepoznavanje potreb oz. analiza vrzeli med sedanjim stanjem in ciljnim stanjem bo potekala v dveh segmentih (analiza sedanjega stanja in analiza ciljnega stanja), znotraj tega pa v več korakih, ki so opredeljeni v nadaljevanju, od poglavja 4.5.2.1 do poglavja 4.5.2.3.

4.5.2.1 Analiza sedanjega stanja

Izvedbo analize sedanjega stanja smo predvideli v dveh korakih.

PRVI KORAK: PREGLED PROGRAMOV

Za namen analize sedanjega stanja bomo kot metodo zbiranja podatkov uporabili **analizo dokumentov**.

V okviru izobraževalnih programov bomo pozorni na naslednje:

- Identificirali bomo učne predmete, ki v učnem načrtu vsebujejo vsebine o duševnem zdravju.
- Pregledali bomo vsebino identificiranih predmetov in izluščili v učnih načrtih zapisane učne izide, učne cilje in kompetence, ki se nanašajo na duševno zdravje.
- Identificirali bomo število kreditnih točk, ki jih lahko dobi študent z obiskovanjem predmeta.

Skladno z navedenimi profili strokovnjakov, ki delujejo v CDZ, bomo z namenom ocenitve sedanjega stanja v prvem koraku pregledali njihove formalne izobraževalne programe. Prvostopenjske in enovite magistrske ter magistrske programe bomo pilotno pregledali v okviru Univerze v Ljubljani (UL). Ker so člani timov CDZ tudi specialisti psihiatrije, otroške in mladostniške psihiatrije, klinične psihologije in klinične logopedije, bomo pregledali tudi izobraževalne programe v okviru teh specializacij. Izobraževalni programi v okviru specializacij sodijo v področje »Strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje – specializacije«, medtem ko prvostopenjski, enoviti magistrski in magistrski programi sodijo na področje visokošolskega izobraževanja (Preglednica 1).

Preglednica 1: Pregled formalnih izobraževalnih programov, na katerih se izobražujejo strokovnjaki, ki delujejo v centrih za duševno zdravje (z opredeljeno fakulteto v okviru Univerze v Ljubljani pri prvostopenjskih, magistrskih in enovitih magistrskih študijskih programih)

| Študijski program (in članica UL) | |
|--|---|
| PRVOSTOPENJSKI IN ENOVITI MAGISTRSKI ŠTUDIJSKI PROGRAMI: | <ul style="list-style-type: none"> • Delovna terapija (UL ZF) • Medicina (UL MF) • Psihologija (UL FF) • Socialno delo (UL FSD) • Specialna in rehabilitacijska pedagogika (UL PEF) • Zdravstvena nega (UL ZF) • Logopedija in surdopedagogika (UL PEF) |
| MAGISTRSKI ŠTUDIJSKI PROGRAMI: | <ul style="list-style-type: none"> • Psihologija (UL FF) • Duševno zdravje v skupnosti (UL FSD) • Socialno delo (UL FSD) • Socialno delo s starimi ljudmi (UL FSD) • Socialno delo z družino (UL FSD) • Socialno vključevanje in pravičnost na področju hendikepa, etničnosti in spola (UL FSD) • Specialna in rehabilitacijska pedagogika – smer Posebne razvojne in učne težave/smer Tiflopedagogika in specifične učne težave(UL PEF) • Logopedija in surdopedagogika (UL PEF) • Zdravstvena nega (UL ZF) |
| PROGRAMI SPECIALIZACIJ S PODROČIJ: | <ul style="list-style-type: none"> • Psihatrije • Otroške in mladostniške psihiatrije • Klinične psihologije • Klinične logopedije |

DRUGI KORAK: IZKUŠNJE DIPLOMANTOV, MAGISTRANTOV IN SPECIALISTOV

Drugi korak analize sedanjega stanja bomo naredili skozi analizo izkušenj oseb, ki so zaključile izobraževalne programe, pregledane v prvem koraku. Podatke bomo zbrali z **anketiranjem**. S pomočjo anketnega vprašalnika z zaprtimi in odprtimi vprašanji bomo spoznali izkušnje udeležencev s programi oz. vsebinami, ki pokrivajo področje duševnega zdravja, po zaključku študija.

Če bo treba za boljšo oceno stanja pridobiti bolj poglobljen vpogled v izkušnje, bomo izvedli še individualne **intervjuje** ali **fokusne skupine** (izbira bo odvisna od rezultatov, ki bodo ugotovljeni na podlagi analize podatkov, ki so bili zbrani s pomočjo ankete). Intervjuji ali fokusne skupine bodo izvedeni z diplomanti – po zaključku prve stopnje študija, magistranti – po zaključku druge stopnje študija ali enovitega magistrskega študija, specialisti – po zaključku specialističnega študija. Sestava fokusnih skupin, če bodo potrebne, bo naslednja:

- diplomanti in magistranti programa Psihologija (UL FF) ter specialisti klinične psihologije;
- diplomanti programa Socialno delo (UL FSD) in magistranti programov Socialno delo (UL FSD), Duševno zdravje v skupnosti (UL FSD), Socialno delo s starimi ljudmi (UL FSD), Socialno delo z družino (UL FSD), Socialno vključevanje in pravičnost na področju hendikepa, etničnosti in spola (UL FSD);
- diplomanti programa Specialna in rehabilitacijska pedagogika (UL PEF) in magistranti programa Specialna in rehabilitacijska pedagogika – smer Posebne razvojne in učne težave/smer Tiflopedagogika in specifične učne težave (UL PEF);
- diplomanti in magistranti programa Logopedija in surdopedagogika (UL PEF) ter specialisti klinične logopedije;
- diplomanti programa Zdravstvena nega (UL ZF) in magistranti programa Zdravstvena nega (UL ZF);
- diplomanti programa Delovna terapija (UL ZF);
- magistranti programa Medicina (UL MF);
- specialisti psihiatrije ter otroške in mladostniške psihiatrije.

Udeležence bomo povabili k sodelovanju v času od enega do največ dveh let po zaključku študija. Kot zaključek študijskega programa bomo šteli dan, ko so bile opravljene vse študentove študijske obveznosti.

Vprašanja za izvedbo anketiranja, individualnih intervjujev ali fokusnih skupin bomo pripravili na podlagi dilem, ki se bodo pojavile pri pregledovanju izobraževalnih programov v prvem koraku.

4.5.2.2 Analiza ciljnega stanja

Izvedbo analize ciljnega stanja smo predvideli v dveh korakih, pri tem pa je prvi korak razdeljen v dva dela.

PRVI KORAK – 1. DEL: PERSPEKTIVA UPORABNIKOV IN SVOJCEV

Pri tem koraku se bomo osredotočili na spoznavanje perspektive, temelječe na izkušnjah uporabnikov¹⁰ in njihovih svojcev z obravnavo v CDZ. Vprašanja bodo usmerjena k spoznavanju njihovega mnenja o *medosebnem delovanju* strokovnjakov, ki tam delujejo. Zanimal nas bo torej predvsem medosebni vidik oz. značilnosti v odnosu strokovnjakov do uporabnikov oziroma svojcev ali skrbnikov (otrok in mladostnikov).

¹⁰ Vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju in njihovih svojcev v raziskave s področja duševnega zdravja je ključnega pomena za zagotavljanje kakovosti in transparentnosti omenjenih študij ter hkrati predstavlja pomemben doprinos na področje klinične prakse (30 - 32). Študije poročajo o različnih koristih, ki jih omenjeno sodelovanje prinaša tako udeležencem kot tudi raziskovalcem in študiji sami (31, 33, 34). Osebe, ki so bile vključene v raziskave, poročajo o koristih, kot so pridobivanje novega znanja in izkušenj, občutek socialne vključenosti, izboljšanje samopodobe, krepitev samozavesti in povečanje možnosti za zaposlitev (33, 34). Njihov prispevek se je pri načrtovanju raziskav izkazal za pomembnega pri izpostavljanju morebitnih dodatnih raziskovalnih vprašanj in zagotavljanju prijazne uporabniške izkušnje (31, 34). V literaturi lahko zasledimo podatek, da se trend vključevanja oseb s težavami v duševnem zdravju v različne ravni raziskovalnega procesa skozi čas povečuje, kar je spodbuden podatek tako za udeležence kot raziskovalce (34).

Kot metodo zbiranja podatkov bomo uporabili **polstrukturirane intervjuje**:

- z uporabniki ambulantne obravnave v okviru CDZO,
- z uporabniki skupnostne psihiatrične obravnave v okviru CDZO,
- s svojci uporabnikov storitev v okviru CDZO,
- s starši ali skrbniki otrok in mladostnikov, ki so bili obravnavani v CDZOM.

Z izborom metode zbiranja podatkov z individualnimi intervjuji preprečimo, da bi se uporabniki odrekli sodelovanju zaradi umika pred možno stigmatizacijo duševnih stanj. Prav tako z individualnimi intervjuji dosežemo tudi tiste osebe, ki se zaradi drugih razlogov ne bi želeli izpostavljati pred skupino.

PRVI KORAK – 2. DEL: PERSPEKTIVA STROKOVNJAKOV TIMOV CDZ

V tem koraku bomo spoznali perspektivo strokovnjakov, zaposlenih v CDZ. Vprašanja bodo usmerjena k spoznavanju mnenja o potrebnih kompetencah za njihovo delo na podlagi delovnih izkušenj, zlasti se bomo usmerili k spoznavanju mnenja o potrebnem znanju in spretnostih ter spoznavanju mnenj o potrebnih kompetencah za medosebno multidisciplinarno, interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje. Podatke bomo pridobili z izvedbo **fokusnih skupin** z:

- diplomiranimi medicinskimi sestrami ali zdravstveniki, člani timov CDZO in CDZOM,
- specialisti psihiatrije ter otroške in mladostniške psihiatrije, člani timov CDZO in CDZOM,
- socialnimi delavci, člani timov CDZO in CDZOM,
- delovnimi terapevti, člani timov CDZO in CDZOM,
- psihologi in kliničnimi psihologi, člani timov CDZO in CDZOM,
- logopedi in kliničnimi logopedi, člani timov CDZOM,
- specialnimi pedagogi, člani timov CDZOM.

Fokusnih skupin se bodo udeležili strokovnjaki, ki so v CDZ zaposleni vsaj 1 leto in so tako že pridobili izkušnje tako z delom v timu kot tudi samim delom v centrih.

DRUGI KORAK: PRESOJA STROKOVNJAKOV O CILJNEM STANJU

Ta korak sledi prvemu koraku v okviru spoznavanja perspektive uporabnikov in svojcev ter prvemu koraku v okviru spoznavanja perspektive strokovnjakov in ju združuje preko povezovanja in primerjanja rezultatov, pridobljenih z omenjenima korakoma.

Uporabili bomo **tehniko nominalne skupine**. Strokovnjaki bodo sprejeli konsenz o ciljnem stanju na podlagi perspektive uporabnikov in strokovnjakov CDZ. Sodelujoči strokovnjaki bodo predlagani s strani Interdisciplinarne delovne skupine za izobraževanje na področju duševnega zdravja¹¹.

¹¹ Interdisciplinarne delovne skupine za implementacijo RNPZ za obdobje od 2018 do 2028 so organizirane pri Nacionalnem inštitutu za javno zdravje.

4.5.2.3 Identifikacija potreb

Sledi primerjava sedanjega in ciljnega stanja. V tem koraku bomo primerjali rezultate iz točk 4.5.2.1 in 4.5.2.2 ter izluščili dejanske potrebe oz. odkrili vrzeli med stanjem, ki trenutno obstaja, in stanjem, ki bi ga želeli doseči.

4.5.3 FAZA 3 — ANALIZA PRIMEROV DOBRIH PRAKS

V tej fazi bomo poiskali primere dobrih praks (iz Slovenije ali tujine) in pregledali določene izobraževalne programe za izobraževanje strokovnjakov s področja duševnega zdravja.

Kot metodo zbiranja podatkov bomo uporabili **analizo dokumentov**. V okviru izobraževalnih programov bomo:

- identificirali učne predmete, ki v učnem načrtu vsebujejo vsebine o duševnem zdravju;
- pregledali vsebino identificiranih predmetov in izluščili v učnih načrtih zapisane učne izide, učne cilje in kompetence, ki se nanašajo na duševno zdravje.

4.5.4 FAZA 4 — KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI

Na podlagi prepoznanih potreb in primerjave z dobrimi praksami iz tujine bodo pripravljena izhodišča za raziskavo z delfsko metodo.

S pomočjo **delfske metode** bo dosežen konsenz o tem, katere so pomembne in potrebne vsebine za zapolnitev prepoznanih vrzeli (razporejene po prioriteten seznamu). Sodelovali bodo:

- predstavniki Univerze v Ljubljani,
- vodje ali predstojniki študijskih programov oz. ustrezne organizacijske enote (katedre), ki so predmet obravnave v okviru modelne študije,
- vodje CDZ in predstavnik vsake od strok, ki delujejo v timih CDZ,
- vodje ustreznih Interdisciplinarnih delovnih skupin za implementacijo RNPĐZ na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje,
- predstavniki institucij, v okviru katerih se izvajajo programi specializacij iz psihiatrije, otroške in mladostniške psihiatrije, klinične psihologije in klinične logopedije,
- predstavniki politike oziroma odločevalcev.

4.5.5 FAZA 5 — IMPLEMENTACIJA

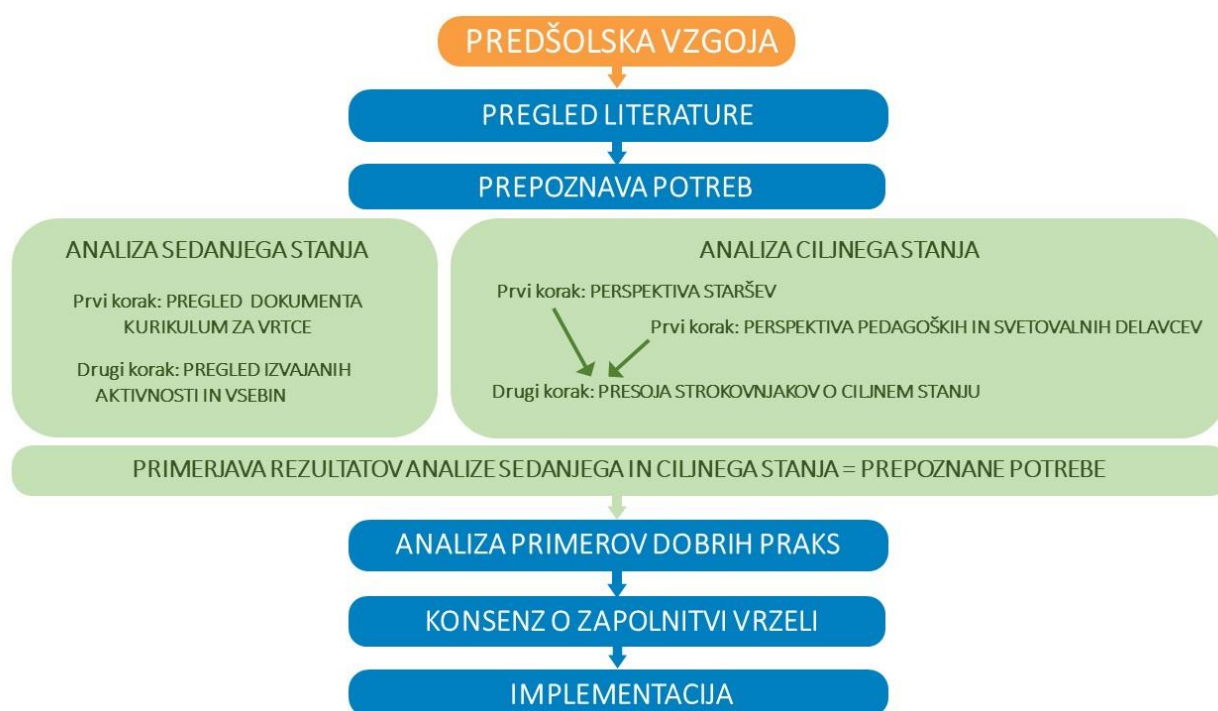
Na podlagi ugotovitev predhodne faze, torej doseženega konsenza o pomembnosti posameznih vsebin, sledi implementacija predlaganih ukrepov. Končni izid raziskave so pripravljene smernice o vsebinah, ki bodo prepoznane kot pomembne in bi jih bilo treba znotraj izobraževanja strokovnjakov nasloviti oziroma implementirati. Želja torej je, da se vsebine po prioriteten seznamu implementirajo¹², vendar pa slednje ni več predmet raziskave, ampak prizadevanj tistih, ki bodo implementacijo vodili in realizirali.

¹² V evropskem prostoru se uveljavljajo mikrokvalifikacije, ki ponujajo nove priložnosti za vseživljenjsko učenje s fleksibilnimi in modularnimi učnimi priložnostmi, tudi v visokošolskem izobraževanju (35). Posebnost je, da niso priložnost le za pridobivanje dodatnih kvalifikacij za strokovnjake, temveč so lahko dopolnitev že obstoječih formalnih izobraževalnih programov na vseh

V. IZHODIŠČA ZA RAZISKAVE NA VSEH PODROČJIH VZGOJE IN IZOBRAŽEVANJA

5.1 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU PREDŠOLSKE VZGOJE

Predšolska vzgoja je namenjena otrokom od 11. meseca do 6. leta starosti, to je do vstopa v osnovno šolo (36). Programe izvajajo vzgojiteljice in vzgojitelji z visokošolsko izobrazbo prve stopnje ter njihovi pomočniki in pomočnice s srednješolsko izobrazbo ustrezne smeri (36). Strokovni delavci pri opravljanju svojega dela upoštevajo vsebino Kurikuluma za vrtce (36). To je temeljni programski dokument, sprejet leta 1999. V uvodnem delu opredeljuje načela, ki jih morajo upoštevati strokovni delavci v vrtcih, ter temeljna strokovna izhodišča, v drugem delu pa so predstavljena področja dejavnosti v vrtcu (36). Slika 12 prikazuje predlagano osnovno ogrodje za raziskavo na področju predšolske vzgoje.



Slika 12: Ogradje raziskave na področju predšolske vzgoje

treh stopnjah visokošolskega sistema (35). Mikrokvalifikacije je možno pridobiti s kratkimi učnimi izkušnjami, na podlagi katerih se izda potrdilo o pridobljenih spretnostih, ki je v skladu s predhodno vzpostavljenimi standardi (35). Potrdilo vsebuje osnovne osebne podatke, učne izide, način ocenjevanja, naziv organa/institucije, ki je potrdilo izdala, in informacijo o pridobljenih kreditih (35). V kontekstu modelne študije smo mikrokvalifikacijam namenili pozornost, ker ponujajo eno od možnosti za zapolnitev vrzeli med učnimi izidi, ki so rezultat izobraževanja na obstoječih visokošolskih programih, in kompetencami, ki jih strokovnjaki potrebujejo na trgu dela (35), z ozirom na to, da se te zahteve skladno z zahtevami okolja nenehno spreminjajo.

Vsebuje naslednje faze in korake:

1. **PREGLED LITERATURE** oziroma do sedaj opravljenih raziskav na izbranem področju.
2. **PREPOZNAVA POTREB** oz. analiza vrzeli med sedanjim stanjem in ciljnim stanjem, ki bo potekala v več korakih. Ti so opredeljeni v nadaljevanju (od točke a) do točke c)).

a) *Analiza sedanjega stanja*

Prvi korak: Sedanje stanje se bo preverilo s pomočjo pregleda dokumenta Kurikulum za vrtce, in sicer z metodo analize dokumentacije. Preverila se bo zastopanost vsebin s področja duševnega zdravja v dokumentu.

Druzi korak: Sledi pregled izvajanih aktivnosti in vsebin s področja duševnega zdravja s pomočjo ankete. Na anketna vprašanja bodo odgovarjali strokovni delavci, ki imajo pregled nad aktivnostmi, ki se izvajajo v vrtcih.

b) *Analiza ciljnega stanja*

Prvi korak analize ciljnega stanja bo izveden v dveh delih, in sicer s pomočjo udeležbe staršev (ali skrbnikov) otrok in strokovnjakov (pedagoških in svetovalnih delavcev).

Prvi korak – prvi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva staršev otrok v vrtcih. S pomočjo intervjujev bodo ti podelili svoje mnenje glede vsebin s področja duševnega zdravja, za katere bi želeli, da bi bile del programa v vrtcih.

Prvi korak – drugi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva pedagoških in svetovalnih delavcev, to je strokovnjakov, ki imajo neposredni stik tako z otroki kot njihovimi starši. Izvedene bodo fokusne skupine s pedagoškimi delavci, ki imajo neposredni stik z otroki in vsebinami, ki se izvajajo v vrtcih, in fokusne skupine s svetovalnimi delavci, ki imajo neposredni stik s težavami, s katerimi se soočajo otroci in njihove družine.

Druzi korak: Ta korak združuje prvi korak, izveden s pomočjo staršev otrok, in prvi korak, izveden s pomočjo pedagoških in svetovalnih delavcev. V drugem koraku (ki je skupen obema prvima korakoma) bo potekala presoja strokovnjakov o ciljnem stanju. Izbrani strokovnjaki ustreznih področij bodo primerjali informacije, pridobljene z vzporednima prvima korakoma, in presodili stanje, ki bi ga želeli doseči.

c) Sledi *prepoznavna potreb* na podlagi primerjave sedanjega in ciljnega stanja. Rezultat te faze bodo prepoznane manjkajoče vsebine s področja varovanja duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalnih procesih na področju predšolske vzgoje.

3. Prepoznani bodo **PRIMERI DOBRIH PRAKS** programov iz Slovenije in tujine ter raziskani s pomočjo metode analize dokumentacije.
4. Sodelujoči deležniki bodo s pomočjo delfske metode dosegli **KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI**, in sicer na podlagi prepoznanih potreb in primerjave z obstoječimi dobrimi praksami. Potrebe bodo razvrščene po pomembnosti.
5. Končni izid raziskave bodo pripravljene smernice o vsebinah, ki so bile prepoznane kot pomembne in bi jih bilo treba nasloviti oziroma **IMPLEMENTIRATI**.

Predstavljeno ogrodje raziskave predstavlja osnovo oz. nudi temeljna izhodišča, kar pomeni, da dopušča možnosti prilagoditev. Na področju predšolske vzgoje se za otroke s posebnimi potrebami izvajajo tudi prilagojeni programi predšolske vzgoje oziroma predšolska vzgoja v zavodu (36). Posameznim specifikam populacije bo morda treba prilagoditi nekatere postopke zbiranja podatkov.

5.2 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU OSNOVNOŠOLSKEGA IZOBRAŽEVANJA

Osnovnošolsko izobraževanje v Sloveniji je organizirano kot osnovna šola z devetimi razredi, in sicer za učence od 6. do 15. leta starosti, deli pa se na tri vzgojno-izobraževalna obdobja (36). Izvajajo ga javne in zasebne osnovne šole ter zavodi za vzgojo in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami (36). Za odrasle izvajajo osnovnošolsko izobraževanje organizacije za izobraževanje odraslih (36). Slika 13 prikazuje predlagano osnovno ogrodje za raziskavo na področju osnovnošolskega izobraževanja.



Slika 13: Ogradje raziskave na področju osnovnošolskega izobraževanja

Vsebuje naslednje faze in korake:

1. **PREGLED LITERATURE** oziroma do sedaj opravljenih raziskav s področja, ki je predmet raziskave.
2. **PREPOZNAVA POTREB** oz. analiza vrzeli med sedanjim in ciljnim stanjem, ki bo potekala v več korakih, opredeljenih od točke a) do točke c).

a) *Analiza sedanjega stanja*

Sedanje stanje se bo preverilo s pomočjo pregleda osnovnošolskih izobraževalnih programov, in sicer z metodo analize dokumentacije. Pozornost bo namenjena zastopanosti vsebin s področja duševnega zdravja.

b) *Analiza ciljnega stanja*

Prvi korak analize ciljnega stanja bo izveden v dveh delih, in sicer s pomočjo udeležbe več skupin, to je staršev (ali skrbnikov) otrok, otrok in strokovnjakov (pedagoških in svetovalnih delavcev).

Prvi korak – prvi del: V tem koraku nas bosta zanimali perspektiva staršev in otrok. S pomočjo intervjujev bodo starši in otroci tretje triade z raziskovalci podelili svoje poglede na potrebne vsebine s področja duševnega zdravja, za katere bi želeli, da bi bile del programa osnovne šole.

Prvi korak – drugi del: V tem koraku nas bo zanimala perspektiva pedagoških in svetovalnih delavcev, to je strokovnjakov, ki imajo neposredni stik z otroki in njihovimi starši. Izvedene bodo fokusne skupine s pedagoškimi in svetovalnimi delavci, ki imajo vpogled v šolske vsebine ter na drugi strani tudi neposredni stik s težavami (v praksi), s katerimi se soočajo otroci in njihove družine.

Drugi korak: Ta korak združuje prvi korak, izveden s pomočjo staršev in otrok, ter prvi korak, izveden s pomočjo pedagoških in svetovalnih delavcev. V drugem koraku bo potekala presoja strokovnjakov s pomočjo tehnike nominalne skupine o ciljnem stanju. Strokovnjaki ustreznih področij bodo primerjali rezultate, pridobljene z vzporednima prvima korakoma, in presodili stanje, ki bi ga želeli doseči.

c) Sledi *prepoznavna potreba* na podlagi primerjave sedanjega in ciljnega stanja. Rezultat te faze bodo prepoznane manjkajoče vsebine s področja varovanja duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalnih procesih na področju osnovnošolskega izobraževanja.

3. Prepoznani bodo **PRIMERI DOBRIH PRAKS** programov iz Slovenije in tujine (raziskani s pomočjo analize dokumentacije).
4. Sodelujoči deležniki bodo s pomočjo delfske metode dosegli **KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI**, in sicer na podlagi prepoznanih potreb in primerjave z dobrimi praksami. Potrebe bodo razvrščene po pomembnosti.
5. Končni izid raziskave bodo pripravljene smernice o vsebinah, ki so bile prepoznane kot pomembne in bi jih bilo treba nasloviti oziroma **IMPLEMENTIRATI**

Na področju osnovnošolskega izobraževanja potekajo za osebe s posebnimi potrebami tudi prilagojeni programi osnovne šole z enakovrednim izobrazbenim standardom, nižjim izobrazbenim standardom ter posebni program vzgoje in izobraževanja (36). Izvaja se tudi osnovnošolsko izobraževanje za odrasle. Predstavljeno ogrodje raziskave nudi osnovna izhodišča, ki predvidevajo možnost prilagajanja obravnavani populaciji.

5.3 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU SREDNJEŠOLSKEGA IZOBRAŽEVANJA

Srednješolsko izobraževanje sledi osnovnošolskemu in je neobvezno (36). Traja od dveh do petih let in se deli na (36):

- **Splošno izobraževanje** – sem uvrščamo štiriletne programe splošnih (gimnazij in klasičnih gimnazij) in strokovnih gimnazij (tehniških, ekonomskih in umetniških) ter enoletne maturitetne tečaje. Izobraževanje po teh programih se zaključi s splošno matura.
- **Poklicno in strokovno izobraževanje** – sem spadajo izobraževalni programi nižjega poklicnega izobraževanja, ki trajajo 2 leti, in srednjega poklicnega izobraževanja, ki trajajo 3 leta. Ti programi se zaključijo z zaključnim izpitom. Sem se uvrščajo tudi programi srednjega strokovnega izobraževanja, ki trajajo 4 leta, in poklicno-tehniškega izobraževanja, ki trajajo 2 leti (po končanem programu srednjega poklicnega izobraževanja) ter poklicnega tečaja, ki traja 1 leto. Izobraževanje po teh programih se zaključi s poklicno matura.

Srednješolsko izobraževanje izvajajo ustanove, organizirane kot enovite srednje šole ali šolski centri, zasebne srednje šole ter zavodi za mladostnike s posebnimi potrebami (36). Odrasli, ki želijo pridobiti srednješolsko izobrazbo, se lahko vključijo v srednješolske programe, vendar s posebnimi prilagoditvami za odrasle, pri čemer se tudi organizacija izvajanja prilagodi njihovim potrebam (36). Prilagojeni programi srednješolskega izobraževanja z enakovrednim izobrazbenim standardom so namenjeni osebam s posebnimi potrebami (36). Slika 14 prikazuje predlagano osnovno ogrodje za raziskavo na področju srednješolskega izobraževanja.



Slika 14: Ogradje raziskave na področju srednješolskega izobraževanja

Vsebuje naslednje faze in korake:

1. **PREGLED LITERATURE** oziroma do sedaj opravljenih raziskav s področja, ki je predmet raziskave.
2. **PREPOZNAVA POTREB** oz. analiza vrzeli med sedanjim in ciljnim stanjem, ki bo potekala v več korakih, opredeljenih od točke a) do točke c).

a) *Analiza sedanjega stanja*

Sedanje stanje se bo raziskalo s pomočjo pregleda srednješolskih izobraževalnih programov, in sicer z metodo analize dokumentacije. Pozornost bo namenjena zastopanosti vsebin s področja duševnega zdravja.

b) *Analiza ciljnega stanja*

Prvi korak analize ciljnega stanja bo izveden v dveh delih, in sicer s pomočjo udeležbe več skupin, to je dijakov in strokovnjakov (natančneje pedagoških in svetovalnih delavcev).

Prvi korak – prvi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva dijakov. S pomočjo anketnih vprašalnikov bodo ti podelili svoje videnje potrebnih vsebin s področja duševnega zdravja, za katere bi želeli, da bi bile del izobraževalnega programa v srednjih šolah. Po potrebi (ob morebitni potrebi po več podatkih) bodo izvedeni tudi intervjuji.

Prvi korak – drugi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva pedagoških in svetovalnih delavcev, to je strokovnjakov, ki imajo neposredni stik z dijaki. Izvedene bodo fokusne skupine s pedagoškimi in svetovalnimi delavci, ki imajo vpogled v vsebine, ki se izvajajo v srednjih šolah, ter na drugi strani tudi neposredni stik s težavami, s katerimi se soočajo dijaki.

Drugi korak: Ta korak združuje prvi korak, izveden s pomočjo dijakov, in prvi korak, izveden s pomočjo pedagoških in svetovalnih delavcev. V drugem koraku (ki je skupen obema prvima korakoma) bo potekala presoja strokovnjakov s pomočjo tehnike nominalne skupine o ciljnem stanju. Strokovnjaki ustreznih področij bodo primerjali rezultate, pridobljene z vzporednima prvima korakoma, in presodili stanje, ki bi ga želeli doseči.

c) Sledi *prepoznavna potreb* na podlagi primerjave sedanjega in ciljnega stanja. Rezultat te faze bodo prepoznane manjkajoče vsebine s področja varovanja duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalnih procesih na področju srednješolskega izobraževanja.

3. Prepoznani bodo **PRIMERI DOBRIH PRAKS** programov iz Slovenije in tujine in raziskani s pomočjo metode analize dokumentacije.
4. Sodelujoči deležniki bodo s pomočjo delfske metode dosegli **KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI**, in sicer na podlagi prepoznanih potreb in primerjave z dobrimi praksami. Potrebe bodo razvrščene po pomembnosti.
5. Končni izid raziskave bodo pripravljene smernice o vsebinah, ki so bile prepoznane kot pomembne in bi jih bilo treba nasloviti oziroma **IMPLEMENTIRATI**.

Tako kot na področju osnovnošolskega tudi na področju srednješolskega izobraževanja poteka izobraževanje za odrasle. Predstavljeno ogrodje raziskave nudi osnovna izhodišča, ki predvidevajo možnost prilagajanja obravnavani populaciji.

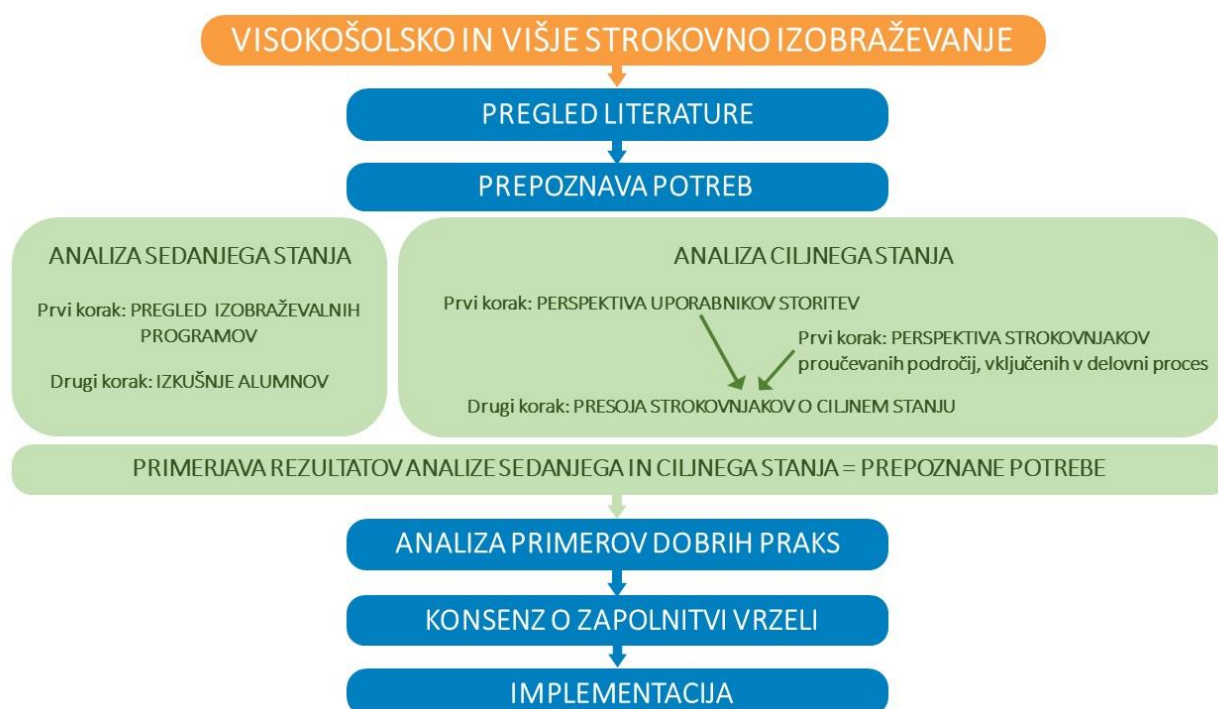
5.4 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU VISOKOŠOLSKEGA IN VIŠJEGA STOKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

Terciarno izobraževanje zajema višje strokovno in visokošolsko izobraževanje (36).

Višji strokovni programi so praktično naravnani in omogočajo pridobitev poklicnih kompetenc v skladu s poklicnimi standardi (36). Trajajo dve leti, izvajajo pa ga javne in koncesionirane višje strokovne ter zasebne višje strokovne šole (36).

Visokošolsko izobraževanje je organizirano na treh stopnjah. V okviru prve stopnje se izvajata tako visokošolski strokovni kot tudi univerzitetni študij, na drugi stopnji magistrski, tako stopenjski kot enoviti, in na tretji doktorski študij (36). Visokošolsko izobraževanje je organizirano na javnih in zasebnih univerzah ter samostojnih visokošolskih zavodih (36), študijski programi pa se izvajajo kot redni študij, kot izredni študij, lahko tudi kot študij na daljavo (36). Tako visokošolski strokovni dodiplomski študijski programi kot visokošolski univerzitetni trajajo 3–4 leta, magistrski 1–2 leti, enoviti magistrski 5 let in doktorski 3–4 leta (36).

Slika 15 prikazuje predlagano osnovno ogrodje za raziskavo na področju visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja.



Slika 15: Ogradje raziskave na področju visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja

Vsebuje naslednje faze in korake:

1. **PREGLED LITERATURE** oziroma do sedaj opravljenih raziskav s področja, ki je predmet raziskave.
2. **PREPOZNAVA POTREB** oz. analiza vrzeli med sedanjim in ciljnim stanjem, ki bo potekala v več korakih, opredeljenih od točke a) do točke c).

a) *Analiza sedanjega stanja*

Prvi korak: Sedanje stanje se bo preverilo s pomočjo pregleda izobraževalnih programov, in sicer z metodo analize dokumentacije. Raziskovalce bo zanimala zastopanost vsebin s področja duševnega zdravja.

Drugi korak: V drugem koraku analize sedanjega stanja bodo raziskovalce zanimale izkušnje alumnov, to je tistih, ki so izobraževalni program že zaključili, podelili pa bodo svoje izkušnje z udeležbe na programih, ki bodo proučeni. Izvedena bo anketa in po potrebi tudi intervjuji ali fokusne skupine.

b) *Analiza ciljnega stanja*

Prvi korak analize ciljnega stanja bo izveden v dveh delih, in sicer s pomočjo udeležbe več skupin, to je uporabnikov storitev in strokovnjakov.

Prvi korak – prvi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva uporabnikov, to je tistih, ki so prejemniki storitev s strani strokovnjakov področja, ki je predmet proučevanja. S pomočjo intervjujev bodo raziskovalcem podelili svoje videnje o kompetencah, ki jih potrebujejo strokovnjaki za delo z njimi (predvideno je, da bodo podali predvsem perspektivo odnosnega vidika medsebojnega sodelovanja).

Prvi korak – drugi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva strokovnjakov, in sicer tistih, ki so bili v preteklosti vključeni v izobraževalne programe, ki so predmet proučevanja, sedaj pa so že vključeni v delovni proces in imajo tudi praktične izkušnje, torej lahko presojujejo potrebne kompetence za opravljanje dela. V tem koraku bodo izvedene fokusne skupine.

Drugi korak: Ta korak združuje prvi korak, izveden s pomočjo uporabnikov, in prvi korak, izveden s pomočjo strokovnjakov. V drugem koraku (ki je skupen obema prvima korakoma) bodo strokovnjaki presojali ciljno stanje s pomočjo tehnike nominalne skupine. Strokovnjaki ustreznih področij bodo primerjali rezultate, pridobljene z vzporednima prvima korakoma, in presodili stanje, ki bi ga želeli doseči.

c) Sledi *prepoznavna potreb* na podlagi primerjave sedanjega in ciljnega stanja. Rezultat te faze bodo prepoznane manjkajoče vsebine s področja varovanja duševnega zdravja v vzgojno-izobraževalnih procesih na področju visokošolskega in višjega strokovnega izobraževanja.

3. Prepoznani bodo **PRIMERI DOBRIH PRAKS** programov iz Slovenije in tujine in raziskani s pomočjo metode analize dokumentacije.
4. Sodelujoči deležniki bodo s pomočjo delfske metode dosegli **KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI**, in sicer na podlagi prepoznanih potreb in primerjave z dobrimi praksami. Potrebe bodo razvrščene po pomembnosti.
5. Končni izid raziskave bodo pripravljene smernice o vsebinah, ki so bile prepoznane kot pomembne in bi jih bilo treba nasloviti oziroma **IMPLEMENTIRATI**.

5.5 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU STROKOVNEGA IZPOPOLNJEVANJA – SPECIALIZACIJE

Slika 16 prikazuje predlagano osnovno ogrodje za raziskavo na področju strokovnega izpopolnjevanja – specializacije.



Slika 16: Ogradje raziskave na področju strokovnega izpopolnjevanja – specializacije

Vsebuje naslednje faze in korake:

1. **PREGLED LITERATURE** oziroma do sedaj opravljenih raziskav s področja, ki je predmet raziskave.
2. **PREPOZNAVA POTREB** oz. analiza vrzeli med sedanjim in ciljnim stanjem, ki bo potekala v več korakih, opredeljenih od točke a) do točke c).

a) *Analiza sedanjega stanja*

Prvi korak: Sedanje stanje se bo ocenilo s pomočjo pregleda izobraževalnih programov, in sicer z metodo analize dokumentacije. Raziskovalce bo zanimala zastopanost vsebin s področja duševnega zdravja.

Drugi korak: V drugem koraku analize sedanjega stanja bodo raziskovalce zanimale izkušnje alumnov specialističnih programov. Ti bodo podelili svoje izkušnje z udeležbe na specializacijah. Izvedena bo anketa in po potrebi tudi intervjuji ali fokusne skupine.

b) *Analiza ciljnega stanja*

Prvi korak analize ciljnega stanja bo izveden v dveh delih, in sicer s pomočjo udeležbe več skupin, to je uporabnikov storitev in strokovnjakov.

Prvi korak – prvi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva uporabnikov, to je tistih, ki so prejemniki storitev s strani strokovnjakov določenega področja, ki je predmet proučevanja. S pomočjo intervjujev bodo raziskovalcem podelili svoje videnje kompetenc, ki jih potrebujejo strokovnjaki za delo z njimi (predvideno je, da bodo podali predvsem perspektivo o odnosnem vidiku medsebojnega sodelovanja).

Prvi korak – drugi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva strokovnjakov (specialistov), in sicer tistih, ki so bili v preteklosti vključeni v izobraževalne programe, ki so predmet proučevanja. Sedaj so že vključeni v delovni proces, torej imajo potrebne izkušnje, da lahko presojujejo potrebne kompetence za opravljanje svojega dela. Podatki bodo pridobljeni s pomočjo fokusnih skupin.

Drugi korak: Ta korak združuje prvi korak, izveden s pomočjo uporabnikov, in prvi korak, izveden s pomočjo strokovnjakov. V drugem koraku (ki je skupen obema prvima korakoma) bodo strokovnjaki presojali ciljno stanje s pomočjo tehnike nominalne skupine. Strokovnjaki ustreznih področij bodo primerjali rezultate, pridobljene z vzporednima prvima korakoma, in presodili o stanju, ki bi ga želeli doseči.

- c) Sledi *prepoznavna potreba* na podlagi primerjave sedanjega in ciljnega stanja. Rezultat te faze bodo prepoznane manjkajoče vsebine s področja varovanja duševnega zdravja v programih strokovnega izpopolnjevanja – specializacije.
3. Prepoznani bodo **PRIMERI DOBRIH PRAKS** programov iz Slovenije in tujine in raziskani s pomočjo metode analize dokumentacije.
 4. Sodelujoči deležniki bodo s pomočjo delfske metode dosegli **KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI**, in sicer na podlagi prepoznanih potreb in primerjave z dobrimi praksami. Potrebe bodo razvrščene po pomembnosti.
 5. Končni izid raziskave bodo pripravljene smernice o vsebinah, ki so bile prepoznane kot pomembne in bi jih bilo treba nasloviti oziroma **IMPLEMENTIRATI**.

5.6 IZHODIŠČA ZA RAZISKAVO NA PODROČJU STROKOVNEGA IZPOPOLNJEVANJA – DRUGO

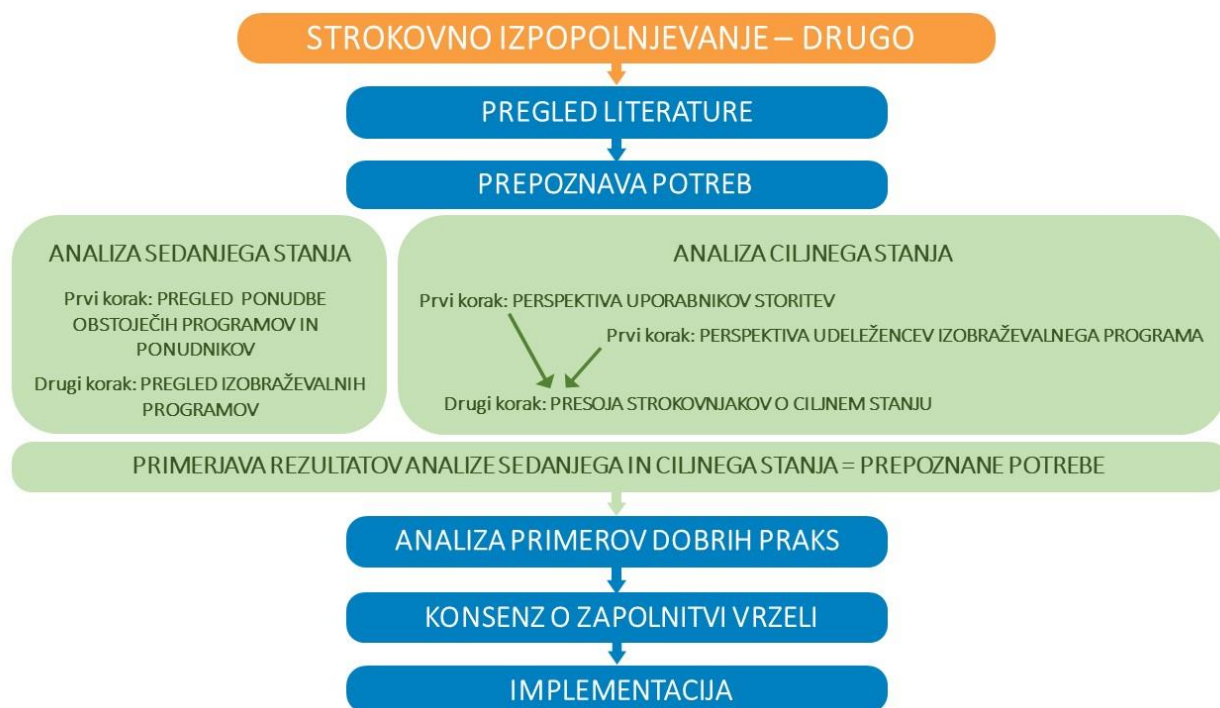
Predlagamo naslednje osnovno ogrodje za raziskavo na področju drugega strokovnega izpopolnjevanja, ki je predstavljeno na Sliki 17.

1. **PREGLED LITERATURE** oziroma do sedaj opravljenih raziskav s področja, ki je predmet raziskave.
2. **PREPOZNAVA POTREB** oz. analiza vrzeli med sedanjim in ciljnim stanjem, ki bo potekala v več korakih, opredeljenih od točke a) do točke c).

a) *Analiza sedanjega stanja*

Prvi korak: Prvi korak analize sedanjega stanja predstavlja pregled ponudbe formalnih in neformalnih izobraževalnih programov, ki jih ne moremo uvrstiti na prejšnja področja (vzgoje in izobraževanja) in so namenjeni strokovnemu izpopolnjevanju z vsebinami s področja duševnega zdravja (lahko za strokovnjake, ki delajo na področju duševnega zdravja, ali strokovnjake drugih področij).

Druzi korak: Sledil bo pregled prepoznanih izobraževalnih programov, in sicer z metodo analize dokumentacije. Zanimala nas bo zastopanost vsebin s področja duševnega zdravja.



Slika 17: Ogrodje raziskave na področju strokovnega izpopolnjevanja – drugo

b) *Analiza ciljnega stanja*

Prvi korak analize ciljnega stanja bo izveden v dveh delih, in sicer s pomočjo udeležbe več skupin, to je uporabnikov storitev in pa strokovnjakov.

Prvi korak – prvi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva uporabnikov, to je tistih, ki so prejemniki storitev s strani strokovnjakov določenega področja, ki je predmet proučevanja. S pomočjo intervjujev bodo z raziskovalci podelili svoje videnje kompetenc, ki jih potrebujejo strokovnjaki za delo z njimi (predvideno je, da bodo podali predvsem perspektivo o odnosnem vidiku medsebojnega sodelovanja).

Prvi korak – drugi del: V tem koraku bo raziskovalce zanimala perspektiva udeležencev proučevanih izobraževalnih programov. V raziskavo bodo vključeni po absolviranju izobraževalnega programa. Podatke se bo pridobilo s pomočjo fokusnih skupin. Raziskovalce bo zanimal njihov pogled na to, kaj so pridobili z udeležbo na izobraževalnem programu in katere kompetence s področja varovanja duševnega zdravja bi za opravljanje svojega dela še potrebovali.

Druzi korak: Ta korak združuje prvi korak, izveden s pomočjo uporabnikov, in prvi korak, izveden s pomočjo strokovnjakov. V drugem koraku (ki je skupen obema prvima korakoma) bo potekala presoja strokovnjakov s pomočjo tehnike nominalne skupine o ciljnem stanju. Strokovnjaki ustreznih področij bodo primerjali rezultate, pridobljene z vzporednima prvima korakoma, in presodili o stanju, ki bi ga želeli doseči.

c) Sledi *prepoznavna potreb* na podlagi primerjave sedanjega in ciljnega stanja. Rezultat te faze bodo prepoznane manjkajoče vsebine s področja varovanja duševnega zdravja v programih strokovnega izpopolnjevanja.

1. Prepoznani bodo **PRIMERI DOBRIH PRAKS** programov iz Slovenije in tujine in raziskani s pomočjo metode analize dokumentacije.
2. Sodelujoči deležniki bodo s pomočjo delfske metode dosegli **KONSENZ O ZAPOLNITVI VRZELI**, in sicer na podlagi prepoznanih potreb in primerjave z dobrimi praksami. Potrebe bodo razvrščene po pomembnosti.
3. Končni izid raziskave bodo pripravljene smernice o vsebinah, ki so bile prepoznane kot pomembne in bi jih bilo treba nasloviti oziroma **IMPLEMENTIRATI**.

Andragoški center Slovenije letno objavi pregled ponudbe izobraževanja odraslih za formalne in neformalne programe, kjer lahko najdemo izhodiščne podatke o programih, ki so namenjeni odraslim, ter njihovih izvajalcih (36). Vendar pa je treba pri dostopanju do podatkov v obstoječih bazah predvideti, da morda nekatera izobraževanja niso zajeta v te sistematične preglede, zato jih bo treba za namene raziskovanja dopolniti.

TRETJI DEL

VI. RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

6.1 DUŠEVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI V LUČI KLJUČNIH FUNKCIJ JAVNEGA ZDRAVJA

Nedavno izdana publikacija o ključnih izsledkih in priporočilih za krepitev kapacitet in služb na področju javnega zdravja v Sloveniji, ki so nastala s pomočjo orodja SZO za ocenjevanje ključnih funkcij javnega zdravja (Essential public health operations – EPHOs), je v okviru presoje stanja na področju četrte ključne funkcije – promocije zdravja, vključno z aktivnostmi za naslavljanje družbenih determinant zdravja in neenakosti v zdravju (EPHO 4. Health promotion, including action to address social determinants and health inequity), izpostavila precejšnje pomanjkljivosti na področju duševnega zdravja (37). To ni nepričakovan podatek, saj se v našem družbenem prostoru, v katerem prevladuje biomedicinski model zdravja, multidimenzionalnosti zdravja šele začnemo zavajati. V ospredju skrbi za zdravje v sistemu zdravstvenega varstva je še vedno skoraj izključno telesna dimenzija. Z duševno dimenzijo zdravja se sistem sicer ukvarja, a bistveno premalo, okoljska dimenzija zdravja pa je skoraj povsem zanemarjena. Duševno zdravje je mogoče razumeti le v kontekstu družbenih razmer, v katerih se vzpostavlja, krepi, krha in zdravi. Možnosti in oblike uveljavljanja ciljev preventivnega delovanja, ki se osredotoča na zmanjševanje pojavnosti in razširjenosti duševnih težav in motenj, so odvisne od individualnih okoliščin in lastnosti posameznikov, vendar tudi okolja. Okolje (politično, družbeno, kulturno, fizično, naravno) ima ključni vpliv na zdravje in z zdravjem povezano vedenje ter predstavlja kontekst, v katerem lahko posameznik ali skupine skrbijo za zdravje.

6.2 POMANJKLJIVOSTI IN PREDNOSTI METODOLOŠKEGA DOKUMENTA

Načrt raziskovanja potreb po vsebinah s področja varovanja duševnega zdravja, ki je predstavljen v tem metodološkem dokumentu, ima poleg številnih prednosti seveda tudi svoje pomanjkljivosti.

Prva pomanjkljivost je navidezna neuravnoteženost med kvantitativnim in kvalitativnim pristopom raziskovanja v korist kvalitativnega, vendar pojave, ki jih želimo proučiti, s pretežno kvantitativnim pristopom težko primerno proučimo. Lahko jih opišemo, a jih ne moremo razumeti. Kjer bo mogoče, bomo v raziskavo vključili tako kvalitativni kot kvantitativni pristop. Druga pomanjkljivost je, da se v predlogu osredotočamo na pretežno formalne oblike izobraževanja kot vir kompetenc. Zavedamo se, da ljudje – tako strokovnjaki kot nestrokovnjaki – pridobivamo svoje kompetence (če ta izraz uporabimo kot krovni pojem za znanje, veščine, vrednote in prepričanja) iz različnih virov, ne samo iz formalnih oblik izobraževanja. Vendar pa lahko ravno rezultati predlaganega raziskovanja pomagajo načrtovati pregled neformalnih oblik izobraževanja in pridobivanja znanja o duševnem zdravju.

Največja prednost predlaganega načrta je pripravljena poglobljena raziskovalna zasnova, katere rezultati bodo pokazali večdimenzionalnost problema in opozorili na vrzeli, ki bi jih bilo mogoče nasloviti z ustrezno implementacijo ključnih vsebin za zapolnitev prepoznanih potreb in manjkajočih kompetenc za delovanje na področju duševnega zdravja. Dodatna prednost celostno zastavljenega in zapisanega raziskovalnega

načrta omogoča metodološko usklajeno pridobivanje dokazov o tem, kje smo trenutno na področju vzgoje in izobraževanja o duševnem zdravju v Sloveniji in kaj nam manjka, da bi dosegli zastavljeni cilj.

6.3 UPORABNI POMEN METODOLOŠKEGA DOKUMENTA

Zavedamo se, da bo za uresničitev predlaganega načrta raziskovanja v najkrajšem možnem času treba narediti pomembne korake v smislu izdelave raziskovalnih projektov. Ker dobrega načrta projekta ni mogoče izdelati brez dobrega načrta raziskovanja, lahko izpostavimo, da je metodološki dokument zelo uporaben, saj je na njegovi podlagi moč narediti načrt za enega ali več raziskovalnih projektov z aplikativnimi rezultati. Kot enega od začetkov tega procesa vidimo oblikovanje projekta v okviru Ciljnega raziskovalnega programa (CRP) Republike Slovenije. CRP je oblika in način uresničevanja Strategije razvoja Slovenije in Raziskovalne in inovacijske strategije Slovenije (RISS). Oblikovan je kot instrument povezovanja države, raziskovalne sfere in širše javnosti na posebej določenih prednostnih temah za zadovoljevanje potreb prebivalstva (38). Duševno zdravje je pri tem nedvomno ena od prednostnih tem v Sloveniji. Tako je bilo že pred epidemijo COVID-19, še bolj pa v času epidemije in po njej.

6.4 ZAKLJUČEK

Četudi ima metodološki dokument velik uporabni pomen in je na njegovi podlagi mogoče izdelati načrt za različne raziskovalne projekte, je to le prvi korak v celotnem zelo obsežnem procesu. Cilj je skozi na dokazih temelječe rezultate implementirati manjkajoče vsebine o duševnem zdravju, jih realizirati ter s tem posodobiti in nadgraditi celotni vzgojno-izobraževalni sistem. Rezultati bodo tako dolgoročno vidni skozi najkakovostnejšo interdisciplinarno strokovno obravnavo tistih, pri katerih se je duševno zdravje že porušilo. Na drugi strani pa to pomeni tudi širše razumevanje pomena duševnega zdravja ter razvoj kompetenc za vzpostavljanje, ohranjanje in celo krepitev dobrega duševnega zdravja v najširšem smislu, torej vse od posameznika, preko družbe do strokovnjakov. Vzgojno-izobraževalni sistem in vključitev primernih vsebin s področja varovanja duševnega zdravja na vse ravni tega sistema in na področje strokovnega izpopolnjevanja vidimo kot pomemben dejavnik, ki vpliva na duševno zdravje celotne populacije in s tem družbe kot celote.

Pričakujemo, da bodo na osnovi tega dokumenta v prihodnje nastali še drugi podobni, ki bodo predstavljali nadgradnjo pričujočega dela. Fokus bo treba usmeriti tudi širše, in sicer na vlogo množičnih medijev, knjig in priročnikov in ne nazadnje tudi na ustne vire ter osebne življenjske izkušnje v kulturnem in političnem okolju v Sloveniji.

VII. SLOVAR POJMOV

Duševno zdravje: Svetovna zdravstvena organizacija (39) opredeljuje duševno zdravje kot stanje blagostanja, v katerem posameznik spozna svoje sposobnosti, obvladuje stres v vsakdanjem življenju, lahko dela učinkovito in plodno in je zmožen prispevati k svoji skupnosti. Tri poglobitve komponente v navedeni definiciji, ki opredeljuje duševno zdravje, so »blagostanje«, »učinkovito funkcioniranje posameznika« in »učinkovito delovanje skupnosti« (16).

V luči salutogeneze se duševno zdravje na katerikoli točki v življenjskem ciklu osebe giblje na kontinuumu, ki na eni skrajni točki predstavlja mučno emocionalno bolečino in velike težave v psihološkem funkcioniranju ter na drugi skrajni točki zaznavanje psihološkega blagostanja (Antonovsky 1985 v 40).

Kompetence: Pojem »kompetenca« lahko opredelimo kot zmožnost, da ustrezno uporabimo rezultate učenja v različnih okoliščinah, kot je pri delu (4). Poudariti je treba, da kompetenca nima izključno kognitivne dimenzije, ampak vključuje tudi uporabni vidik, medosebno delovanje, kamor spadajo socialne spretnosti, in pa etične vrednote (4).

Strokovno izpopolnjevanje: Strokovno izpopolnjevanje lahko opredelimo kot usposabljanje z natančno določenim ciljem. Namenjeno je dopolnjevanju, izboljšanju ali posodabljanju znanja, spretnosti in/ali kompetenc, ki so bile pridobljene v prejšnjem izobraževanju (4). S tem izrazom lahko poimenujemo tudi izobraževanje, ki je namenjeno strokovnjakom v praksi, da bi lahko sledili razvoju na svojem področju dela, si pridobili nove spretnosti, ki jih delovno mesto zahteva (41).

Zdravje: Svetovna zdravstvena organizacija (39) opredeli zdravje kot popolno fizično, duševno in socialno blagostanje in torej ne zgolj kot odsotnost bolezni ali slabotnosti. S pomočjo modela salutogeneze, ki ga razvije Antonovsky, pa zdravje postane bolj relativno (14). Antonovsky namreč opredeli kontinuum zdravja (angl. *the ease/dis-ease continuum*), in sicer kot horizontalno linijo, ki na eni skrajni točki označuje popolno odsotnost zdravja in na drugi popolno zdravje (14). Zdravje vsakogar od nas se tako nahaja nekje na omenjenem kontinuumu, posameznik pa ima lahko na kontinuumu hkrati tako zdrave kot nezdrave dele (14).

VIII. LITERATURA

1. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1046?sop=2018-01-1046>.
2. Svetina M. Izobraževalni program za odrasle. Od načrta do izpeljave. Ljubljana: Andragoški center Republike Slovenije, 1998.
3. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. Sistem vzgoje in izobraževanja v Republiki Sloveniji. [spletna stran na Internetu] Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MIZS/Dokumenti/ENIC-NARIC-center/solske-scheme/Sistem-vzgoje-in-izobrazevanja-v-Republiki-Sloveniji-v2.pdf>.
4. Muršak J. Temeljni pojmi poklicnega in strokovnega izobraževanja. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje, 2012.
5. World Health Organization. Human resources and training in mental health. Geneva: World Health Organization, 2005. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: https://www.who.int/mental_health/policy/Training_in_Mental_Health.pdf.
6. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Basic epidemiology. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2006.
7. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Premik, M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2007.
8. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. Prevention and promotion in mental health: Evidence and Research. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf.
9. Maučec Zakotnik J, Švab V, Breclj Anderluh M, Dernovšek MZ, Konec Juričič N, Dominkuš D et al. MIRA za duševno zdravje. Nacionalni program za duševno zdravje. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/mira_resolucija_slo_splet.pdf.
10. Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;31(1):9–22. doi: 10.2975/31.1.2007.9.22.
11. Saraceno B, Levav I, Kohn R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*. 2005;4(3):181-5.
12. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2016. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre>

13. Zaletel-Kragelj L, Pahor M, Farkaš-Lainščak J, Mihelič-Zajec A, Cvirn C, Vrhunec B. Prevod vprašalnika »Sense of coherence - orientation to life questionnaire« v slovenski jezik. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2015. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: https://www.mf.uni-lj.si/application/files/3816/1156/8678/PREVOD_VPRASALNIKA_SOC-OLQ_KONCNA_VERZIJA.pdf.
14. Lindström B, Eriksson M. The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhälsan Research Center, Health Promotion Research in IUHPE Global Working Group on Salutogenesis (GWG-SAL), 2010.
15. Mittelmark MB, Bauer GF. The meanings of salutogenesis. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, uredniki. The handbook of salutogenesis. Cham: Springer, 2017: 7 – 13. doi: 10.1007/978-3-319-04600-6.
16. Westerhof GJ, Keyes CLM. Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *J Adult Dev.* 2010;17(2):110–9. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y.
17. Kiswarday V. Analiza koncepta rezilientnosti v kontekstu vzgoje in izobraževanja. *AS.* 2013;19(3):46-64.
18. McGee SL, Höltge J, Maercker A, Thoma M V. Sense of coherence and stress-related resilience: Investigating the mediating and moderating mechanisms in the development of resilience following stress or adversity. *Front Psychiatry.* 2018;9:378. doi: 10.3389/fpsy.2018.00378.
19. Makai G, Rátvai E, Veszely J, Pethes B, Kiss EC. Resilience in Patients with Diabetes-Related Lower Limb Amputation. *Open Psychol J.* 2019;12(1):34–9. doi: 10.2174/1874350101912010034.
20. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe, 2003. Pridobljeno 20.12.2021 s spletne strani: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.
21. Pahor M, Krek M, Škraban J, Oprešnik D. Skupnost kot življenjsko okolje ljudi. In: Pahor M, urednica. Zdrava skupnost. Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018: 13 – 39.
22. Pahor M. Moč za pomoč - viri etičnega odločanja pri delu medicinskih sester. *Teorija in praksa.* 2003;40(6),1127–42.
23. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011;20(4):392–411. doi: 10.3109/09638237.2011.583947.
24. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health. New York, NY: United Nations, 2020. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf.
25. Musek J. Nova psihološka teorija vrednot. Ljubljana: Educy d.o.o. Ljubljana in Inštitut za psihologijo osebnosti, Ljubljana, 2000.
26. Hoge MA. The training gap: an acute crisis in behavioral health education. *Adm Policy Ment Health.* 2020;29(4-5), 305-17. doi: 10.1023/a:1019644821468.

27. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Splošni dogovor k pogodbenemu letu 2021 [spletna stran na Internetu]. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=F6C0DA6F659694F6C12586EF00234EDE>.
28. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):141–6. doi: 10.1097/XEB.000000000000050.
29. Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 2018;18(1), 143. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x.
30. Ennis L, Wykes T. Impact of patient involvement in mental health research: Longitudinal study. *Br J Psychiatry.* 2013.;203(5):381–6. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119818.
31. Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners: Qualitative review of user involvement in research. *Br J Psychiatry.* 2002.;181:468–72. doi: 10.1192/bjp.181.6.468.
32. Tait L, Lester H. Encouraging user involvement in mental health services. *Adv Psychiatr Treat.* 2005;11(3):168–75. doi: 10.1192/apt.11.3.168.
33. Minogue V, Boness J, Brown A, Girdlestone J. The impact of service user involvement in research. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2005;18(2-3):103-12. doi: 10.1108/09526860510588133.
34. Telford R, Faulkner A. Learning about service user involvement in mental health research. *J Ment Health.* 2004;13(6):549–59. doi: 10.1080/09638230400017137.
35. Shapiro Futures H, Andersen T, Nedergaard Larsen K. A European Approach to Micro-Credentials. Output of the micro-credentials higher education consultation group. Final Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://ec.europa.eu/education/sites/education/files/document-library-docs/european-approach-micro-credentials-higher-education-consultation-group-output-final-report.pdf>.
36. Taštanoska T, urednica. Vzgoja in izobraževanje v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2020. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.eurydice.si/wp-content/uploads/2017/01/BROSURA-vzgoja-in-izobrazevanje-v-RS-2016-17.pdf>.
37. Vračko P, Murko E, Petrič VK, urednice. Essential public health operations in Slovenia: key findings and recommendations on strengthening public health capacities and services. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2021: 15-18. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345236/9789289055895-eng.pdf>.
38. Agencija Republike Slovenije za raziskovanje. Ciljni raziskovalni programi. Normativni akti. Pravilnik o Ciljnih raziskovalnih programih (CRP) (neuradno prečiščeno besedilo št. 1) [spletna stran na Internetu]. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani: <https://www.arrs.si/sl/progproj/crp/akti/prav-CRP-febr-12.asp>.

39. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Pridobljeno 20. 12. 2021 s spletne strani:
https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
40. Langeland E, Vinje HF. The application of salutogenesis in mental healthcare settings. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, uredniki. The handbook of salutogenesis. Cham: Springer, 2017: 299 – 305. doi: 10.1007/978-3-319-04600-6.
41. Jelenc Z, urednik. Terminologija izobraževanja odraslih z gesli in pojasnili v slovenščini ter z gesli v angleškem, francoskem, španskem, nemškem in italijanskem jeziku. Ljubljana: Pedagoški inštitut pri Univerzi v Ljubljani, 1991.