

Nekatere značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije

Some Characteristics of Mental Health in the Slovene Population

Helena Jeriček Klanšček,¹ Maja Zorko,¹ Saška Roškar,¹ Maja Bajt,¹ Tanja Kamin²

¹ Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

² Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

Helena Jeriček Klanšček,
Inštitut za varovanje
zdravja, Trubarjeva 2,
1000 Ljubljana, e- mail:
helena.jericsek@ivz-rs.si

Ključne besede:

pozitivno duševno
zdravje, duševne bolezni,
iskanje pomoči, pregled

Key words:

positive mental health,
mental diseases and
disorders, seeking help,
review.

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2010;
79: 523–530

Prispelo: 1. okt. 2009,
Sprejeto: 28. maj. 2010

Izvleček

Izhodišča: Dolga leta se je o duševnem zdravju razpravljalo pretežno z negativnega vidika v smislu duševnih bolezni, simptomov in motenj. Pozitivnemu vidiku duševnega zdravja se je namenjal manj pozornosti. S prispevkom, ki temelji na rutinski statistiki in glavnih raziskavah o duševnem zdravju, predstavljamo le nekaj najbolj izpostavljenih podatkov tako negativnega kot pozitivnega vidika duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. Podatki kažejo, da je največ obiskov, povezanih z duševnimi težavami na primarni in sekundarni zdravstveni ravni, zaradi depresije, anksioznosti in shizofrenije. Najpogostejši vzrok hospitalizacij, povezanih z duševnimi težavami, pa je shizofrenija. Hospitalizacije zaradi duševnih težav so najdaljše od vseh hospitalizacij. Kar 9 % vseh ambulantno izdanih receptov za zdravila je bilo predpisanih za zdravljenje duševnih motenj. Zaskrbljujoč pa je podatek, da ljudje jemljejo zdravila za lajšanje duševnih težav tudi brez posveta z zdravnikom. Podatki o pozitivnem duševnem zdravju, ki so sicer bolj skopi, kažejo, da imamo prebivalci Slovenije visoko samopodobo in visok občutek, da obvladujemo svoje življenje, a po drugi strani nizko stopnjo vitalnosti in energije. Številni podatki tudi kažejo, da se tudi na področju duševnega zdravja kažejo razlike glede na socialno-ekonomski status in glede na spol.

Zaključki: S sistematičnim in kontinuiranim merjenjem duševnega zdravja z mednarodno primerljivimi in uveljavljenimi kazalci bi lahko

dobili boljšo sliko o stanju duševnega zdravja v državi. Ta bi bila osnova za načrtovanje preventivnih in promocijskih dejavnosti na področju duševnega zdravja in izboljšanje duševnega zdravja populacije.

Abstract

Background: For many years, discussions about mental health evolved only around its negative aspects, i.e. mental diseases, symptoms and disorders. Positive mental health was given much less attention. This overview, which is based on numerous studies regarding mental health, is intended to present at least a few of the most outstanding data on negative as well as positive mental health of the Slovene population. The data show that a majority of visits on the primary and secondary levels of health care are associated with depression, anxiety and schizophrenia. Hospitalizations due to mental health problems are the longest among all hospitalizations. 9 % of all prescriptions issued in an outpatient clinic were intended for the treatment of mental disorders. Another alarming fact is that people take medicines even without consulting a physician. Data regarding positive mental health are much more scarce, but nevertheless, they show that the Slovene people have a high self-esteem and sense of mastery and at the same time a low level of vitality and energy. Numerous data reveal that in mental health too there are obvious health inequalities regarding the socio-economic status and gender.

Conclusions: With systematic and continuous monitoring of internationally comparable and well-established indicators we could get a better picture about the state of mental health in the

country. This would be the basis for planning preventive and promotional activities, as well as for improving mental health of the population.

Uvod

Čeprav je definicija zdravja Svetovne zdravstvene organizacije celovita in zdravje obravnava na fizični, duševni in socialni ravni, pa se je v preteklosti več pozornosti namenjalo fizičnemu zdravju kot pa duševnemu in socialnemu. V zadnjih letih pa se v državah razvitega sveta razmerja pomembnosti posameznih ravni zdravja spreminjajo, saj se vse večja pozornost namenja tudi duševnemu zdravju.¹⁻⁵ Poleg tega zdravja ne obravnavajo več primarno kot odsotnost simptomov in bolezni, ampak vse bolj tudi s pozitivnimi kazalci, več pozornosti pa namenjajo njegovemu varovanju in kreptitvi.⁵ Na področju duševnega zdravja smo ta premik v razumevanju zdravja skozi pozitivne kazalce zaznali kasneje kot na drugih področjih zdravja, intenzivnejše razpravljanje o pozitivnem duševnem zdravju pa v strokovnih in znanstvenih krogih opažamo šele nekaj let.⁶ Dolga leta se je o duševnem zdravju razpravljalo pretežno z negativnega vidika, tj. v smislu duševnih bolezni, simptomov in motenj, medtem ko se je pozitivnemu duševnemu zdravju, ki vključuje pozitiven odnos do sebe in drugih, uspešno soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo, visoko samospoštovanje, občutek moči, optimizem in sposobnost soočanja s težavami, posvečalo manj pozornosti, in sicer kljub temu, da je definicija Svetovne zdravstvene organizacije celovito usmerjena na pozitivni vidik, saj duševno zdravje opredeljuje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost. Pozitivno duševno zdravje je ključno za splošno dobro počutje in tudi za zaznavanje, razumevanje ter tolmačenje naše okolice, za prilagajanje nanjo ali za njeno spreminjanje ter za sporazumevanje z drugimi. Odsotnost duševnih motenj ali pa zmanjšanje bolezenske simptomatike sta povezani z izboljšanjem kakovosti življenja, vendar pa odsotnost bolezni

ali simptomov še ne pomeni nujno tudi visoke ravni pozitivnega duševnega zdravja. Velja tudi obratno: ljudje z duševnimi motnjami lahko živijo kakovostno in zadovoljno. Nekateri avtorji celo obravnavajo duševno zdravje neodvisno od duševne bolezni, kar pomeni, da so tudi njune določljivke različne.⁶

Duševno zdravje vpliva na različna področja, od življenjskega sloga, fizičnega zdravja, do storilnosti, zaposlovanja, medosebni odnosov, socialne kohezije in kakovosti življenja. Ocenjujejo,⁷ da EU duševne bolezni stanejo od 3 do 4 % BDP, v največji meri zaradi izgubljene storilnosti. Od tega kar 65 % stroškov zaradi duševnih težav nastane zunaj zdravstvenega sektorja, in sicer med drugim zaradi dolgotrajne odsotnosti z dela, nezmožnosti za delo in prezgodnjih upokojitev. V letu 2004 so ekonomske stroške, ki so nastali zgolj zaradi depresije, ocenili na 250 evrov na prebivalca oziroma 118 milijard evrov v državah EU25 in EFTA (Islandija, Liechtenstein, Norveška, Švica), pri čemer neposredni stroški oziroma stroški, nastali zaradi zdravljenja, predstavljajo zgolj manjši del celotnega ekonomskega bremena slabega duševnega zdravja.⁷

Podatke o duševnem zdravju tradicionalno zbiramo iz statistik o umrljivosti in hospitaliziranosti. To sta sicer pomembna kazalca zdravja t. i. rutinske statistike, vendar pa ne podajata popolne slike o stanju duševnega zdravja v državi. Ti podatki ne zajamejo tistega, kar ostane zunaj ustanov in kar ne pride do njih. Podatki, ki jih pridobimo z rutinskim poročanjem o umrljivosti, povezani z duševnimi težavami, ter s podatki o hospitalizaciji zaradi duševnih težav, ne zajamejo velikega števila ljudi, ki trpijo za duševnimi težavami, vendar pa zaradi različnih razlogov, tudi stigme, ne iščejo zdravniške pomoči.⁸ Poleg tega ti podatki merijo le negativno razsežnost duševnega zdravja. Zato so pomembni, a ne zadostujejo za pojasnjevanje problemov duševnega zdravja in za načrtovanje promocijskih ter preven-

tivnih dejavnosti na področju duševnega zdravja.

Na ravni EU,⁹ tudi v Sloveniji, zato že nekaj let potekajo prizadevanja za oblikovanje kazalcev in enotnega merskega inštrumenta, ki bi v obliki anket o zdravju zbiral tudi temeljne podatke o stanju duševnega zdravja pri različnih populacijah, in sicer na način, da bi bili podatki mednarodno primerljivi in da bi vsebovali tako pozitivno kot negativno razsežnost duševnega zdravja.

Duševno zdravje prebivalcev je zelo široko področje, na katerega vplivajo tako individualni dejavniki, kot tudi splošni dejavniki, na primer politika, zdravstveni sistem, družbene in ekonomske razmere itd. V tem prispevku se ne bomo ukvarjali s kazalci duševnega zdravja in z značilnostmi sistema za merjenje duševnega zdravja pri nas, ampak bomo izpostavili le nekatere ključne podatke o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije, ki smo jih zbrali z dosedanjimi raziskavami. Predstavili bomo najbolj pogoste duševne bolezni, podatek o iskanju pomoči na različnih ravneh zdravstvenega sistema, vključno z bolniškim staležem, in porabo zdravil, pa tudi nekaj podatkov o pozitivnem duševnem zdravju prebivalcev Slovenije.

Duševne bolezni

Negativni vidik duševnega zdravja se odlikava v prevalenci duševnih bolezni. Po podatkih za EU naj bi vsako leto za katero koli od oblik duševne bolezni zbolelo približno 11 % Evropejcev.¹⁰ Najpogostejše oblike duševnih bolezni v EU so anksiozne motnje in depresija. Življenjska prevalenca depresivne motnje v Evropi je 13 % v odrasli populaciji oziroma 9 % pri odraslih moških in 17 % pri odraslih ženskah.¹¹ Pri nas nimamo vpeljanega rednega sistema spremljanja prevalence duševnih bolezni, ampak le podatke iz posameznih nacionalnih raziskav oz. rutinskih statistik o obiskih zdravstvenega sistema zaradi duševne bolezni, ki pa ne pomenijo števila oseb z duševno boleznijo.

Raziskave, ki so bile v zadnjih petih letih narejene na področju duševnega zdravja, so posamezne vidike duševnega zdravja (npr. občutja depresivnosti in anksioznosti) največkrat obravnavale kot dodatek ostalim

osrednjim raziskovalnim vsebinam (npr. raziskavam o vrednotah, politični usmeritvi, zdravstvenih sistemih ipd.). Po naših podatkih, je bila do danes v Sloveniji opravljena le ena raziskava izključno na temo duševnega zdravja. Gre za raziskavo o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije iz leta 2006, ki se je v celoti osredinila na duševno zdravje.

Raziskava, posvečena izključno duševnemu zdravju prebivalcev Slovenije iz leta 2006, ki je zajela 846 polnoletnih oseb,¹² kaže, da se je v preteklem letu vsaj dva tedna zaporedoma počutilo žalostno, slabe volje ali depresivno skoraj 17 % vprašanih. Več kot polovica posameznikov je navajala prisotnost več kot treh simptomov depresije hkrati. Dobrih 6 % pa je navajalo prisotnost vseh sedmih simptomov depresije, kar pomeni veliko verjetnost depresivne motnje. V preteklem letu je vsaj en mesec zaskrbljenost, nervoznost ali napetost občutilo 20 % vprašanih. Gre za posameznike, pri katerih so prisotna občutja, ki vplivajo na večje tveganje za razvoj anksiozne motnje, ne pa za posameznike z diagnosticirano anksiozno motnjo. Med posamezniki, ki so navajali simptome anksioznosti, jih je 36 % navedlo manj kot sedem simptomov hkrati; 16 % sedem simptomov; dobrih 47 % več kot sedem različnih simptomov anksioznosti; slaba 2 % anketirancev pa sta potrdila prisotnost vseh dvanajstih simptomov, kar pomeni, da jih lahko opredelimo kot posameznike z že obstoječo anksiozno motnjo.¹¹

Raziskava Slovensko javno mnenje iz leta 2006¹³ (n=1476 polnoletnih prebivalcev Slovenije, metoda osebni intervju) je poleg odnosa do politike, preteklosti, vrednot in številnih drugih družbenih tem spraševala tudi po depresivnem počutju. V času anketiranja (ocenjevali so teden pred anketiranjem) se je večino časa počutilo depresivno dobrih 5 % anketiranih, nekaj manj kot odstotek pa celo ves čas oziroma skoraj ves čas. Da so bili v zadnjem tednu večino časa žalostni, je poročalo skoraj 7 % anketiranih, nekaj manj kot 2 % je bilo žalostnih ves čas oziroma skoraj ves čas. Podobno velja za občutenje tesnobe.¹³ Raziskava Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu¹⁴ iz leta 2007, ki je zajemala osebe, stare več kot 15 let, pa je poleg vprašanj o fizičnem zdravju,

uporabi zdravstvenih storitev in o življenjskem slogu spraševala tudi po prisotnosti kronične depresije oz. tesnobe. 4,8 % vprašanih je že imelo kronično tesnobo, med temi je bilo več žensk. Podobno število oseb (4,6 %) je že imelo kronično depresijo, tudi med njimi je bilo več žensk. Dva odstotka oseb je poročalo o drugih duševnih težavah. Večina je poročala, da je diagnozo te bolezni potrdil tudi njihov zdravnik.

Navedeni podatki se med seboj razlikujejo, pri čemer moramo upoštevati, da gre za različne raziskave. Le ena je namreč posvečena izključno duševnemu zdravju, pri ostalih pa je duševno zdravje le en vidik. Poleg tega so izpostavljeni podatki, pridobljeni z različnimi metodami (npr. uporabljeni različni načini anketiranja: telefonski, osebni intervju), na različnih vzorcih (polnoletni prebivalci, prebivalci, stari več kot 15 let) in z različnim merskim inštrumentarijem ter tudi za različna obdobja, na katera se vprašanja nanašajo (zadnji teden, 14 dni v zadnjem letu, kadar koli). Kljub temu moramo podatke o prisotnosti simptomov depresije in anksioznosti jemati resno. Med drugim sta depresija in anksioznost pomembni dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja, ki je v Sloveniji eden glavnih problemov na področju duševnega zdravja. Glede na mednarodne podatke o umrljivosti zaradi samomora Slovenija že več desetletij spada med bolj ogrožene države,¹⁵ vendar pa je vzpodbuden podatek, da stopnja samomorov v Sloveniji po letu 2004 postopoma upada. V letu 2008 je samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na sto tisoč prebivalcev letno) znašal 20,08, kar je najnižje v zadnjih nekaj letih. Tako kot drugod po svetu spadajo tudi v Sloveniji med bolj ogrožene skupine moški (na vsak ženski samomor se zgodijo 3–4 moški samomori), brezposelni, starejši, osebe z nižjim socialno-ekonomskim statusom, osamljeni, ločeni in ovdoveli.

Iskanje pomoči zaradi duševnih težav

Podatki iz rutinskih statistik glede iskanja pomoči zaradi duševnih težav na različnih ravneh zdravstvenega sistema so redno

objavljeni v Zdravstvenem statističnem letopisu, za leto 2006 pa so bili podrobno obdelani v laboratu Duševno zdravje v Sloveniji,¹⁶ od koder jih tudi povzemamo.

Obiski na primarni ravni zdravstvenega varstva

V letu 2006 je bilo v Sloveniji zaradi duševnih in vedenjskih motenj 91.450 prvih obiskov na primarni ravni. To je v povprečju 1,8 % vseh prvih obiskov na primarni ravni (1,6 % pri moških in 2 % pri ženskah). Najpogostejši vzroki za prve obiske na primarni ravni zdravstvenega varstva so bolezni, ki so tudi v Evropi najpogostejše, in sicer depresija in anksiozne motnje ter odzivi na hud stres in prilagoditvene motnje. Pri moških so med najpogostejšimi vzroki tudi duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola in shizofrenija ter shizotipske in blodnjave motnje. Pri ženskah so pogoste še organske, vključno simptomatske, duševne motnje, ki vključujejo demenco, kar je predvsem posledica večjega števila žensk v populaciji nad 65 let, in druge nevrotske motnje.¹⁶ Podatki kažejo, da ženske pomoč iščejo pogosteje kot moški, kar ne pomeni nujno, da so duševne motnje pogostejše pri ženskah, saj ženske na splošno pogosteje iščejo pomoč pri zdravniku zaradi različnih zdravstvenih težav.

Obiski v specialističnih ambulantah

Podatki o obiskih v specialističnih ambulantah kažejo, da je bilo v letu 2006 opravljenih 65.556 prvih pregledov z diagnozo duševnih in vedenjskih motenj ali namernih samopoškodb. Število prvih pregledov ne pomeni tudi števila oseb, saj je lahko ista oseba imela več prvih pregledov v posameznem letu. Pregledi zaradi duševnih motenj predstavljajo v letu 2006 2,7 % vseh pregledov.¹⁶ Diagnoze, ki se pojavljajo med petimi najpogostejšimi vzroki za prvi obisk v specialističnih ambulantah, so podobne kot na primarni ravni, in sicer depresija, shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, anksiozne motnje in organske motnje, vključno s simptomatskimi duševnimi motnjami.¹⁵

Zdravljenje v bolnišnicah

Podatki o duševnih boleznih, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, kažejo, da je bilo leta 2006 v Sloveniji 11.608 primerov hospitalizacij (primeri hospitalizacij ne pomenijo oseb, saj je lahko ena oseba v enem letu večkrat hospitalizirana zaradi iste ali druge diagnoze), kar je 3,9 % primerov hospitalizacij in 461.574 bolnišničnih dni zaradi duševnih motenj, to pa predstavlja 19,4 % bolnišničnih dni zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev.¹⁵ Med petimi najpogostejšimi vzroki za hospitalizacijo se pojavljajo shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje, duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, depresija in organske motnje, vključno s simptomatskimi duševnimi motnjami. Avtorji¹⁵ poudarjajo, da je zaskrbljujoče, da so hospitalizacije zaradi duševnih motenj najdaljše od vseh hospitalizacij. To kaže na resnost in velikost bremena, ki ga duševne motnje, ki potrebujejo bolnišnično obravnavo, predstavljajo za posameznika in družbo. Povprečno trajanje hospitalizacije zaradi duševnih motenj je bilo v letu 2006 39,76 dni (40,40 dni pri moških in 39,08 dni pri ženskah), kar je najdaljše povprečno trajanje izmed vseh bolezni, razporejenih po poglavjih klasifikacije MKB-10, in občutno več kot povprečno trajanje zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev skupaj, ki je znašalo 8,03 dni (8,42 pri moških in 7,69 pri ženskah).¹⁶ Vzroki za to so lahko raznoliki in številni (stigmatizacija duševnih bolezni, premajhne možnosti za skupnostno oskrbo, obremenjenost svojcev itd.) in bi jih bilo koristno bolj podrobno raziskati.

Po podatkih že omenjene raziskave o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije,¹² ki se je ukvarjala tudi z iskanjem pomoči in omejevanjem dejavnosti zaradi duševnih težav, je v preteklih 12 mesecih zaradi duševnih težav morale omejiti svojo dejavnost oziroma izostati od dela dobrih 13 % anketirancev. Pomoč je pa je poiskalo slabih 6 % vseh anketirancev, od tega zgolj slaba tretjina tistih, ki so zaradi duševnih težav morali omejiti svoje dejavnosti oz. izostati iz dela, kar verjetno kaže tudi na stigmatizacijo duševnih težav in bolezni. Pogosteje so to storile ženske kot moški in več starejših

od 45 let, čeprav razlike med spoloma in po starostnih skupinah niso bile statistično pomembne. Prav tako na iskanje pomoči niso vplivali stopnja izobrazbe, družinski status in zaposlitveni status iskalca pomoči. Kljub majhnemu številu proučevanih oseb pa avtorice ugotavljajo, da je zadovoljstvo tako z zaposlitvijo kot z mesečnimi dohodki pomemben dejavnik pri iskanju pomoči zaradi duševnih težav. Podatki kažejo, da je med iskalci pomoči zaradi duševnih težav statistično večji odstotek posameznikov, ki niso zadovoljni bodisi s svojo zaposlitvijo bodisi s svojimi mesečnimi dohodki. Med iskalci pomoči je statistično večji delež posameznikov s težavami v duševnem zdravju, z nizko stopnjo vitalne energije oz. močno prisotnimi občutki utrujenosti, zdelanosti in izžetosti ter močno prizadetostjo pri opravljanju dejavnosti zaradi čustvenih težav.¹²

Bolniški stalež in poraba zdravil

Pomemben vidik iskanja pomoči sta tudi bolniški stalež in poraba zdravil. Po podatkih iz elaborata Duševno zdravje v Sloveniji¹⁵ je bilo leta 2006 v Sloveniji 20.102 primerov bolniškega staleža in 891.960 bolniških dni zaradi duševnih motenj. To je 2,9 % vseh primerov in 6,8 % bolniških dni zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev. Povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi duševnih motenj je bilo 44,37 dni, medtem ko je povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi vseh bolezni, poškodb in zastrupitev skupaj precej nižje, in sicer 18,74 dni (pri moških 20,66 in pri ženskah 17,22).¹⁶ Iz elaborata Duševno zdravje v Sloveniji je tudi razvidno, da je v letu 2006 v povprečju vsak prebivalec Slovenije v ambulanti prejel 7,34 recepta, kar 9 % vseh ambulantno izdanih receptov pa je bilo predpisanih za zdravljenje duševnih motenj. (V analizo so bila vključena zdravila iz skupine zdravil z delovanjem na živčevje (psiholeptiki, psihoanaleptiki) in zdravila za zdravljenje zasvojenosti). Na splošno lahko rečemo, da je vsak drugi človek v Sloveniji prejel en recept za zdravila za zdravljenje duševnih motenj. Največji delež zdravil za zdravljenje duševnih motenj je bil izdan bolnikom v starostni skupini od 40 do 54 let (13 % vseh receptov) in v skupini starej-

ših od 85 let (več kot 12 % vseh receptov).¹⁶ Po podatkih raziskave o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije¹² pa je skoraj 10 % vprašanih oziroma vsak deseti anketiranec v preteklih 12 mesecih jemal zdravila zaradi težav v duševnem zdravju. Avtorji menijo, da je podatek zaskrbljujoč, saj presega odstotek posameznikov, ki so v preteklem letu zaradi duševnih težav iskali pomoč (5,9 %). Poleg tega pa so avtorji ugotovili, da je zdravila jemalo 75 % tistih, ki so iskali pomoč. To pomeni, da določen odstotek posameznikov, ki so zdravila jemali, pomoči ni iskal; hkrati pa niso vsi posamezniki, ki so iskali pomoč, jemali tudi zdravila.

Posamezniki s težavami v duševnem zdravju se poleg predpisanih zdravil poslužujejo tudi samozdravljenja. Gre za zdravljenje brez zdravniške pomoči, s t. i. zdravili brez recepta, ki jih je mogoče kupiti v lekarnah in specializiranih prodajalnah ali na različne druge načine. V Sloveniji obsega poraba zdravil za samozdravljenje približno desetino celotne porabe zdravil in je v primerjavi z ostalimi evropskimi državami razmeroma majhna.¹⁷

Pozitivno duševno zdravje

Podatki o pozitivnem duševnem zdravju so bolj skopi kot podatki o negativnem duševnem zdravju, pa tudi manj sistematični. Teh podatkov ne najdemo v rutinskih statistikah, ampak predvsem v nacionalnih in mednarodnih raziskavah. Ker je pozitivno duševno zdravje opredeljeno zelo široko, je včasih težko opredeliti, katere raziskave lahko uvrstimo v to kategorijo. Navajamo nekatere raziskave, ki so vključevale doživljanje čustev, počutja, zadovoljstva, samopodobe in stopnje vitalnosti ter energije. Raziskava Eurobarometer o duševnem zdravju in dobrem počutju (zajela je starejše od 15 let iz 27 držav EU) iz leta 2005/2006¹⁸ kaže, da je večji delež evropskega prebivalstva poročal o občutenju pozitivnih kot pa negativnih čustev. Podatki posameznih držav se seveda med seboj pomembno razlikujejo, v splošnem pa prebivalci starih članic EU (predvsem skandinavske države in države regije Beneluks) poročajo o boljšem duševnem

zdravju kot pa prebivalci novih članic, tudi Slovenije.

Podatki Evropske raziskave o kakovosti življenja (zEQLS) iz leta 2008, ki je vključevala tudi področje duševnega zdravja (vključila je starejše od 18 let), kažejo na pomembno razliko v samooceni duševnega zdravja prebivalcev Evrope: najvišjo raven duševnega zdravja (merjeno z Indeksom duševnega zdravja v razponu 0–100) dosegajo prebivalci EU15 (evropske države pred širitvijo) in Norveške (vrednost indeksa 70), medtem ko se najnižje uvrščajo Turčija (vrednost indeksa 47), Malta, Romunija, Makedonija in Latvija (vrednosti indeksa med 53 in 55). Slovenija je imela vrednost indeksa 60.¹⁹ Po podatkih raziskave Slovensko javno mnenje iz leta 2006, ki je zajela polnoletne prebivalce,¹² dobrih 12 % anketirancev ni zadovoljnih s svojim življenjem, nekaj več kot 37 % pa jih ocenjuje, da le redko najdejo čas za stvari, ki se jih v življenju zares veselijo. Nekaj več kot 17 % anketiranih je poročalo tudi o tem, da so se v preteklem tednu zelo malo časa počutili srečni, skoraj 3 % pa, da nikoli.

Raziskava duševno zdravje prebivalcev Slovenije¹² vsebuje veliko kazalcev pozitivnega duševnega zdravja, od katerih tu omenjamo le nekatere, in sicer samospoštovanje, občutek obvladovanja svojega življenja ter indeks energije in vitalnosti. Podatki kažejo, da se prebivalci Slovenije vrednotimo pozitivno oz. imamo visoko samospoštovanje, da imamo v povprečju visok občutek obvladovanja svojega življenja, da pa se v povprečju ne čutimo polni energije in življenja. To pomeni, da se večina vrednoti pozitivno in da zgolj manjši odstotek prebivalcev (2,7 %) dosega vrednosti, ki kažejo na nizko samospoštovanje. To so posamezniki, ki se v splošnem vrednotijo negativno, se ne cenijo, ne odobravajo svojih lastnosti in imajo negativno mnenje o sebi.²⁰ Večina (to je 88,5 %) vprašanih sodi v skupino z visokim občutkom obvladovanja lastnega življenja. Samoocena stopnje vitalnosti in energije je pokazala, da ima večina vprašanih (59 %) nizko stopnjo vitalnosti in energije, le 20 % jih sodi v skupino z visoko stopnjo vitalne energije, na meji pa je malo manj kot 21 %. Tudi povprečna vrednost indeksa energije

in vitalnosti, ki znaša 54,1, govori o slabši duševni kondiciji prebivalcev Slovenije v primerjavi z ljudmi drugih držav EU, kjer je bilo povprečje indeksa energije in vitalnosti od 58,9 do 65,2²¹. Med prebivalci z nizko stopnjo vitalnosti in energije prevladujejo ženske, stari več kot 60 let in tisti z osnovnošolsko izobrazbo.

Zaključki

V prispevku smo predstavili nekatere ključne podatke o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije. Izhajali smo iz konceptov, ki duševno zdravje obravnavajo celostno, zato smo v prispevek vključili tako podatke o duševnih boleznih pa tudi podatke o pozitivnem duševnem zdravju.

Ugotovili smo, da sta depresija in aksioznost tako kot v drugih EU državah tudi pri nas najpogostejši obliki duševnih bolezni, zaradi katerih ljudje poiščejo pomoč, medtem ko je največ hospitalizacij zaradi shizofrenije. Zanimivo je, da številni ljudje kljub težavam v duševnem zdravju in dejstvu, da so morali zaradi teh težav omejiti svoje dejavnosti, pomoči niso poiskali v zdravstvenem sistemu. Zaskrbljujoč je predvsem podatek, da se ljudje sami, brez posveta z zdravnikom, vseeno odločijo za obliko farmakološkega zdravljenja z zdravili za lajšanje duševnih težav. Eden od razlogov za odlašanje z iskanjem pomoči v zdravstvenem sistemu zaradi duševnih težav je verjetno visoka stigma duševnih bolezni. Zato igrajo pomembno vlogo programi za destigmatizacijo duševnih težav in iskanje pomoči zaradi duševnih težav. S pravočasnejšim iskanjem pomoči, ko se duševne težave še ne izrazijo v hujši obliki, bi lahko skrajšali tudi bolniški stalež in izredno dolge hospitalizacije, ki so pri duševnih težavah najdaljše, in zmanjšali s tem povezano finančno breme. K dolgoročnemu zmanjšanju finančnega bremena zaradi duševnih težav bi lahko prispevali tudi z bolj sistematičnim in lažje dostopnim uveljavljanjem učinkovitih načinov pomoči (kot so npr. svetovanje, psihoterapija, skupine za samopomoč itd.) v primeru blažjih duševnih težav ter s sočasnim zdravljenjem z zdravili in psihoterapijo v primeru hujših težav v duševnem zdravju ter izobraževanje

in pomoč svojcem ljudi z duševnimi težavami.

Podatki o pozitivnem duševnem zdravju, ki so sicer bolj skopi, kažejo, da imamo prebivalci Slovenije v splošnem visoko samopodobo in močan občutek, da obvladujemo svoje življenje, a po drugi strani nizko stopnjo vitalnosti in energije, kar lahko povežemo s pogostimi občutki depresivnosti.

Glede na to, da rutinska statistika v Sloveniji ne daje poglobljenih podatkov o prevalenci duševnih težav in motenj, vanjo pa niti niso vključeni pozitivni vidiki duševnega zdravja, bi bilo smiselno razmišljati o celovitejšem, kontinuiranem in sistematičnem merjenju duševnega zdravja populacije. Z rednim spremljanjem mednarodno primerljivih in uveljavljenih kazalcev bi lahko dosegli boljše razumevanje stanja duševnega zdravja v državi, hkrati pa bi bila to pomembna dopolnitev t.i. institucionalizirane statistike, ki ne vključuje pozitivnih vidikov duševnega zdravja.

Duševno zdravje v širšem smislu zadeva vse sektorje in vse vrste politik, saj pomeni kakovostno in zadovoljno življenje. Zato bi se morali poleg zdravstvenega sektorja usmeriti tudi v druge sektorje in politike ter sistematično in kontinuirano skrbeti za duševno zdravje populacije, kar obsega tako preventivne kot promocijske programe, ki so usmerjeni v krepitev varovalnih dejavnikov duševnega zdravja in oblikovanje politik. Da bi dosegli dobro duševno zdravje v državi, ni dovolj delovati na ravni posameznika. Izboljšati moramo splošne razmere in vsem ljudem zagotoviti enake pogoje ter možnosti za (duševno) zdravo življenje, pa tudi enak dostop do zdravstvenih, socialnih, izobraževalnih in drugih storitev.

Literatura

1. Mental Health Declaration for Europe : facing challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; 12 – 15 January 2005; Helsinki. Brussels: EC; 2005.
2. Mental Health Action Plan for Europe : facing challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; 12 – 15 January 2005; Helsinki. Brussels: EC; 2005.
3. Komisija Evropskih skupnosti. Zelena knjiga: Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za EU. Bruselj: EC; 2005.

4. EU High-level Conference »Together for Mental Health and Wellbeing«. Brussels: EC; 2008.
5. European Commission. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention Across EU Members: A Collection of Country Stories. Brussels: EC; 2006.
6. Friedly, L. Mental Health, Resilience and Inequalities. Copenhagen: WHO Europe; 2009.
7. European Commission. Prevention of Depression and Suicide : consensus paper. Brussels: EC; 2008.
8. Pez O, Bitfoi A, Carta M, Jordanova V, Mateos R, Prince M, et al. Survey instruments and Methods. V: Lavikainen J, Fryrs T, Lehtinen V, ur. Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project. Helsinki: Stakes; 2006. p. 49–66.
9. Korkelia JA, Tuomi-Nikula A, Wahlbeck K, Lehtinen V, Lavikainen J. Proposal for a harmonised set of mental health indicators. V: Lavikainen J, Fryrs T, Lehtinen V, ur. Improving Mental Health Information in Europe: proposal of the MINDFUL project. Helsinki: Stakes; 2006. p. 107–6.
10. Mental Health in the EU. Key facts, figures and activities: a background paper. Brussels: EC; 2008.
11. Wahlbeck K, Makinen M. Prevention of depression and suicide: consensus paper. Luxembourg: EC; 2008.
12. Kamin T, Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M, Roškar S, Dernovšek M Z. Duševno zdravje prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009.
13. Toš N, Malnar B. in skupina. Slovensko javno mnenje 2006/1: evropska družboslovna raziskava. Ljubljana: FDV, ADP; 2008.
14. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007. Inštitut za varovanje zdravja RS: Neobjavljeno.
15. WHO European Health for All Database. Dosegljivo na: <http://www.euro.who.int/hfad>.
16. Tomšič S, Kovše K, Roškar S, Kofol Bric T, Bajt M, Zorko M. et al. Duševno zdravje v Sloveniji. V: Jeriček Klanšček H, Zorko M, Bajt M in Roškar S, ur. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2009. p. 20–84.
17. Zajc T. Slovenci malo kupujemo zdravila brez recepta. Dnevnik, 12. 4. 2004. Dosegljivo na: <http://www.dnevnik.si/novice/slovenija/101157>.
18. Special Eurobarometer 248. Mental Well-Being. Brussels: European Commission; 2006.
19. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Second European quality of life survey – first findings 2008. Dosegljivo na: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/2008/52/en/1/EF0852EN.pdf>.
20. Marčič R. Povezanost mladostnikove samopodobe in samospoštovanja z nekaterimi zdravju škodljivimi vedenji. Psihološka obzorja 2006; 15: 53–65.
21. Lehtinen V, Sohlman B, Kovess-Masfety V. Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. Clin Pract Epidemiol Ment health 2005; 21: 1- 9.