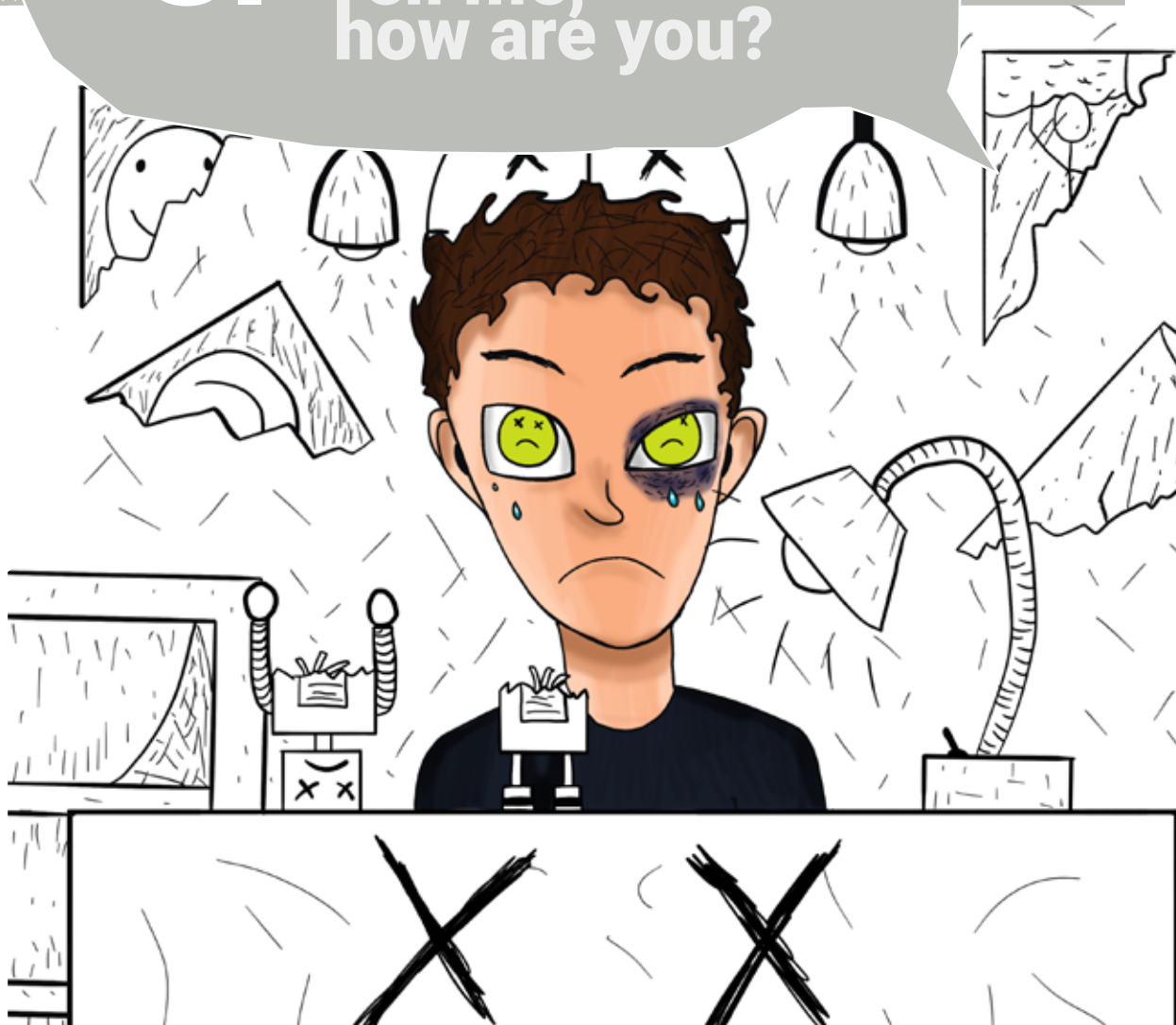


**POVEJ MI,
KAKO
SI** Tell me,
how are you?



Urednica **ANDREJA PRIMEC**



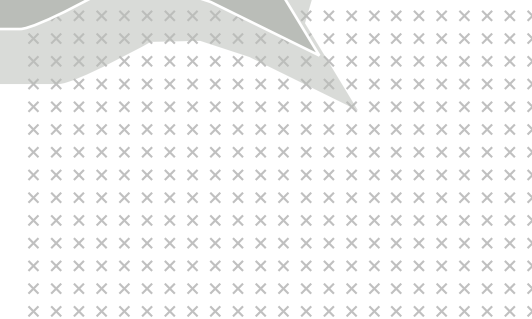
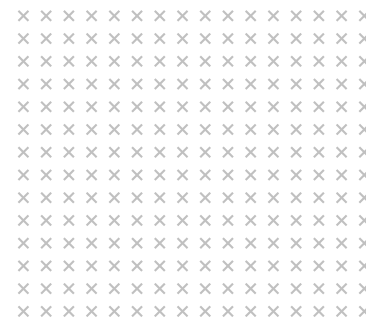
Univerza v Mariboru

Ekonomsko-poslovna fakulteta

X



**POVEJ MI,
KAKO
SI** Tell me,
how are you?



Urednica
Andreja Primec

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616.89(0.034.2)

POVEJ mi, kako si [Elektronski vir] / urednica Andreja Primec ; [ilustracije Jure Oberlajt ; fotografije Tinkara Primec]. - 1. izd. - El. publikacija. - Maribor : Univerzitetna založba Univeze, 2019

Način dostopa (URL): : <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/452>
ISBN 978-961-286-323-4
doi: 10.18690/978-961-286-323-4
1. Drugi var. nasl. 2. Primec, Andreja
COBISS.SI-ID 97680641

© Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba

Besedilo/ Text © Avtorji 2019



To delo je objavljeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva 4.0 Mednarodna.
/ This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ISBN 978-961-286-323-4 (pdf)
978-961-286-324-1 (Mehka vezava)

DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-323-4>
Cena Brezplačni izvod
Odgovorna oseba založnika prof. dr. Zdravko Kačič, rektor Univerze v Mariboru

NASLOV	Povej mi, kako si Tell me, how are you?
UREDNIKA	Andreja Primec <i>Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta</i>
AVTORJI	Helena Cenc, Alja Drovenik, Urška Pliberšek, Tina Vollmeier, Kaja Vrščaj, Katja Zemljič in Nejc Zidar
RECENZIJ	Damijan Mumel, <i>Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta</i>
JEZIKOVNI PREGLED	Majda Strašek Januš
TEHNIČNI UREDNIK	Jan Perša <i>Univerzitetna založba Univerze v Mariboru</i>
OBLIKOVANJE IN PRELOM	Monika Lovše Rošker in Iva Pečnik <i>Biro Biro d.o.o.</i>
OBLIKOVANJE OVITKA	Monika Lovše Rošker in Iva Pečnik <i>Biro Biro d.o.o.</i>
GRAFIKA NA OVITKU	Jure Oberlajt
ILUSTRACIJE	Jure Oberlajt
FOTOGRAFIJE	Tinkara Primec
STROKOVNI SODELAVKI PROJEKTA	Tatjana Bolšec <i>Rdeči križ Slovenije, Območno združenje Maribor, Krajevna organizacija Rdečega križa Rogoza</i> Vanja Jus <i>Občina Hoče-Slivnica</i>

ZALOŽNIK/*Published by*
Univerzitetna založba
Univerze v Mariboru
Slomškov trg 15, 2000 Maribor, Slovenija
<http://press.um.si>, zalozba@um.si

IZDAJATELJ/*Co-published by*
Univerza v Mariboru
Ekonomsko-poslovna fakulteta
Razlagova ulica 14, 2000 Maribor, Slovenija
<http://epf.um.si>, epf@um.si

IZDAJA	Prva izdaja
VRSTA PUBLIKACIJE	E-knjiga
DOSTOPNO NA	http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/452
IZDANO	Maribor, december 2019

Projekt so sofinancirali: Javni štipendijski, razvojni, invalidski in preživninski sklad Republike Slovenije, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport Republike Slovenije in Evropski socialni sklad Naložba v vašo prihodnost Evropske unije.



ZAHVALA



Zahvaljujemo se vsem, ki so nam pri projektu kakorkoli pomagali, še zlasti pa:

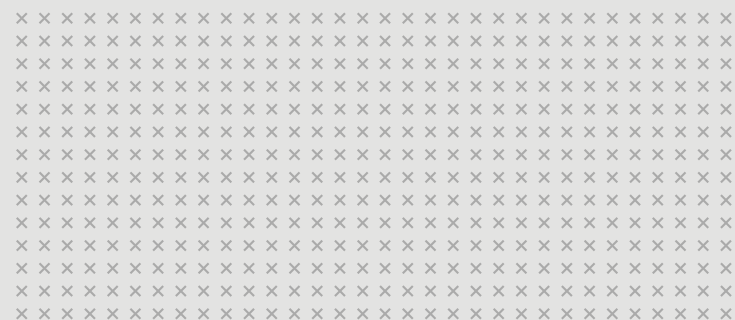
Občini Hoče-Slivnica, ki je omogočila natis našega dela,

Urošu Blažiču, predsedniku KS Rogoza,
ki nam je bil v vsestransko pomoč pri izvedbi projekta,

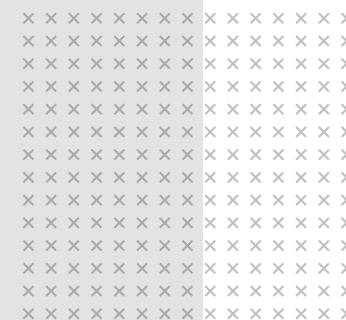
Patriciji Rebernak - Klinc, vodji centra VeGeC,
Reniki Šiško, predsednici DU Rogoza,
Nadji Rebernak, program Starejši za starejše,
Aleksandri Mernik Merc, dipl. med. sestri in
Rebeki Rajšek, ki so nam strokovno in organizacijsko pomagale pri izvedbi projektnih aktivnosti,

prof. dr. Damijanu Mumlu za strokovno recenzijo,

Juretu Oberlajtu, učencu 9. razreda osnovne šole, za risbe in
Tinkari Primec za fotografije, ki so obogatile vsebino našega dela.



UVOD NIK župana Občine Hoče-Slivnica



V času, ko se življenje vse bolj seli v virtualni svet oz. na strežnike in je mnogokrat monotono, saj je pisava digitalizacije le 0 in 1, imajo ljudje manj pristnih stikov. Nasmeh, rdečice, pomežike zamenjujejo emoji. Tako je depresijo še težje odkriti kot v dobi, ko je človek komuniciral in opravljal vsa svoja opravila neposredno. Preko pristnega stika so se depresija in podobna stanja ugotovila mnogo prej.

Ljudje z depresijo potrebujejo pomoč, mi vsi pa potrebujemo pomoč, da opazimo znake depresije, zato je projekt, kot je ta, še kako pomemben. Depresija je kot vsaka druga bolezen, prej jo odkrijemo, lažje jo je ozdraviti.

Verjamem, da je ta monografija korak, da bo bolezen hitreje odkrita in hitreje zdravljena, zato hvala prav vsem, ki ste v projektu sodelovali.

dr. Marko Soršak

× POV ZE TEK

Depresija je ena izmed najpogostejših bolezni duševnega zdravja ter postaja vedno pomembnejša v vsakdanjem življenju, saj se njena prevalenca povečuje. Monografija *Povej mi, kako si* predstavlja delo projektne skupine študentov Univerze v Mariboru, ki je depresijo proučevala s partnerjema projekta iz lokalne skupnosti Hoče-Slivnica. Cilj projekta je bil ozavestiti javnost o problematiki depresije in zmanjšati stigmatizacijo duševnih bolezni. V delu so zajeti medicinski, psihološki, sociološki, ekonomski in pravni vidiki depresije, ki so pomembni za zgodnje odkrivanje te bolezni in za spremembe v prihodnosti, ki lahko pripomorejo k manjši stigmatizaciji. Zajeti so primeri dobrih praks in predlogi za izboljšanje posameznikovega počutja. Najpomembnejši dejavnik v boju proti depresiji so medosebni odnosi in socialna podpora, zato je najmanj, kar lahko naredimo, da nekoga nagovorimo: Povej mi, kako si.

Ključne besede:

depresija, ekonomija, zdravstvo, pravo, medosebni odnosi

Naslov urednice: Andreja Primec, Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Maribor, Slovenija, e-pošta: andreja.primec@um.si

DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-323-4>

ISBN 978-961-286-323-4

Dostopno na: <http://press.um.si>

ABS TRA CT ×

Depression is one of the most common illnesses of mental health and it is becoming more important in everyday life, because the prevalence for the depression is rising. The monograph: *Tell me, how are you?* is a work, done by a project group of students from University of Maribor, which researched depression with partners from local community Hoče-Slivnica. The goal of the project was to make depression more aware and lessen the stigmatization of mental illnesses. We wrote about medical, psychological, sociological, economy and legal views of depression, that are important for early discovering of the illness and for future changes, which would lessen the stigmatization. We have included examples of good practices and suggestions for improving individuals' wellbeing. The most important factor in the battle against depression is social support and interpersonal relationships, so at least we can do, is to ask someone: *Tell me, how are you?*

Key words:

depression, economy, healthcare, law, interpersonal relationships

Correspondence address: Andreja Primec, University of Maribor, Faculty of Economics and Business, Maribor, Slovenia, e-mail: andreja.primec@um.si

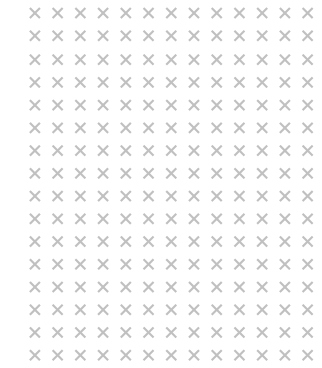
DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-323-4>

ISBN 978-961-286-323-4

Available at: <http://press.um.si>

KAZALO vsebine

1	UVOD	1			
2	MEDICINSKI VIDIK DEPRESIJE	3			
2.1	OZADJE DEPRESIJE	5			
2.2	SIMPTOMI IN ZNAKI DEPRESIJE	7			
2.2.1	Depresija v starosti	9			
2.2.2	Stopnje depresije	10			
2.3	DIAGNOZA	11			
2.3.1	Diferencialno diagnostične možnosti	11			
2.4	PREVENTIVA IN VAROVALNI DEJAVNIKI	12			
2.4.1	Varovalni dejavniki	12			
2.4.2	Preventiva	12			
2.5	ZDRAVLJENJE DEPRESIJE	13			
2.6	PRIMERI DOBRE PRAKSE	14			
2.6.1	Skupnostni model krepitve duševnega zdravja na Celjskem	14			
2.6.2	Projekt e-depresija	14			
3	SOCIOLOŠKI VIDIK DEPRESIJE	15			
3.1	SPOL IN DEPRESIJA	16			
3.2	VPLIV SOCIOEKONOMSKEGA STATUSA IN BREZPOSELNOSTI NA RAZVOJ DEPRESIJE	17			
3.3	SAMOMOR	21			
3.4	DEPRESIJA IN STAREJŠI ODRASLI	23			
4	PSIHOLOŠKI VIDIK DEPRESIJE	25			
4.1	RAZLIKA MED KRONIČNO IN NE-KRONIČNO DEPRESIJO	26			
4.2	POZNA STAROST IN DEPRESIJA	26			
4.3	OBDOBJE ADOLESCENCE IN DEPRESIJA	28			
4.4	TELESNA DEJAVNOST	29			
4.5	SAMOMOR IN SAMOMORILNO VEDENJE	30			
4.6	VPLIV SPLETA IN SOCIALNIH OMREŽIJ	31			
4.7	VPLIV PROSTOVOLJSKIH DEJAVNOSTI	31			
4.8	SOCIALNA STIGMA IN DISKREPANCA	32			
4.9	STRES IN FIZIČNA AKTIVNOST	32			
4.10	TEHNIKE SPROŠČANJA IN DEPRESIJA	33			
4.11	ZDRAVLJENJE IN PREVENTIVA	35			
4.11.1	Psihoterapija in farmakologija	36			
4.11.2	Kako zmanjšati možnost za depresijo?	37			
5	EKONOMSKI VIDIK DEPRESIJE	39			
5.1	KAKO DEFINIRAMO DEPRESIJO NA DELU?	40			
5.2	ZAKAJ LAHKO POSAMEZNIK ZBOLI ZA DEPRESIJO NA DELU?	40			
5.3	KAKO PREPOZNATI DEPRESIJO NA DELU	41			
5.4	ALGORITEMSKI PRISTOP ZA PREPOZNAVANJE DEPRESIJE NA DELU	42			
5.4.1	Kako pogosto se srečujemo s problemom depresije na delovnem mestu?	43			
5.4.2	Kako pomembno je osveščanje ljudi s problemom depresije na delovnem mestu?	43			
5.5	POSLEDICE DEPRESIJE	45			
5.5.1	Posledice za posameznika	45			
5.5.2	Posledice in simptomi depresije v odnosih med zaposlenimi	45			
5.6	OD STRESA IN IZGORELOSTI DO DEPRESIJE	46			
5.6.1	Stres	46			
5.6.2	Izgorelost	47			
5.6.3	Posledice za podjetje	48			
6	PRAVNI VIDIK DEPRESIJE	55			
6.1	PRAVNO VARSTVO OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	57			
6.2	MEDNARODNO PRAVNO VARSTVO OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	57			
6.3	USTAVNO VARSTVO OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	58			
6.4	ZAKONSKA UREDITEV POLOŽAJA OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI	59			
6.4.1	Zakon o pacientovih pravicah	59			
6.4.2	Zakon o duševnem zdravju	60			
7	ZAKLJUČEK VIRI IN LITERATURA	61			
	Graf 1: Stopnja brezposelnosti v Sloveniji med leti 1999 in 2010 (v % prebivalstva)	19			
	Graf 2: Stališča Slovencev do samomora (1999, 2005, 2008 in 2011) v %	22			
	Graf 3: Število samomorov na 100.000 prebivalcev v Evropi v letu 2015	23			
	Graf 4: Število smrti zaradi samomora v letu 2017	24			
	Slika 1: Colemanov čoln: mikronivojska razlaga povezave med brezposelnostjo in depresijo	17			



Spoštovani bralec, spoštovana bralka!

Monografija *Povej mi, kako si* je rezultat projekta, izbranega na javnem razpisu »Projektno delo z negospodarskim in neprofitnim sektorjem – Študentski inovativni projekt za družbeno korist 2016–2020«, ki sta ga financirala Republika Slovenija ter Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.

V projektu so sodelovali študenti štirih fakultet Univerze v Mariboru: Ekonomsko-poslovne fakultete, Filozofske fakultete, Pravne fakultete in Medicinske fakultete. Kot partnerja v projektu sta sodelovala Območno združenje Rdečega križa Maribor, Krajevna organizacija Rdečega križa Rogoza s strokovno sodelavko Tatjano Bolšec in Občina Hoče-Slivnica s strokovno sodelavko mag. Vanjo Jus. Projekt je vodila prof. dr. Andreja Primec z Ekonomsko-poslovne fakultete Univerze v Mariboru.

Odločili smo se raziskovati depresijo, saj je »ena izmed najpogostejših duševnih motenj, za katero naj bi vsaj enkrat v življenju zbolel vsak šesti posameznik« (Nacionalni inštitut za javno zdravje: Depresija). Projekcije kažejo, da bo do leta 2030 depresija vodilni vzrok zdravstvenega bremena srednje in najbolj bogatih držav na svetu (Rodda et al. 2011). Podatki Svetovne zdravstvene organizacije (Svetovna zdravstvena organizacija, 2017) za leto 2015 kažejo, da je na svetu 4,4 % oseb, ki imajo depresijo. Za to smo odločili, da to bolezen raziščemo iz različnih vidikov, in sicer psihološkega, medicinskega, pravnega, ekonomskega in sociološkega. Depresija je problem tudi v lokalni skupnosti v Občini Hoče-Slivnica; občanom smo v projektu ponudili preventivne aktivnosti in jim depresijo predstavili kot bolezen, ki se je ni potrebno sramovati, ampak se je mogoče z njo učinkovito spopadati.

Sporočilo članov projekte skupine: depresija je bolezen, ki je zelo pogosta, pa vendar obvladljiva. Tudi sami lahko veliko naredimo za svoje bližnje, sodelavce, prijatelje in ne nazadnje tudi zase. V mislih se ob pisanju uvoda utrne sporočilo gospe Viktorije, ki je sodelovala v fokusni skupini v okviru projekta: »Ljubezen in pogovor bosta rešila svet.« Prav vsakemu izmed nas, še posebej pa oboelim za depresijo, lahko prijazna beseda, pozornost, pogovor pomagajo premagati težave in stiske, ki jih občuti.

Člani projektne skupine



Ljubezen in pogovor
BOSTA
REŠILA SVET.

X 1 UVOD

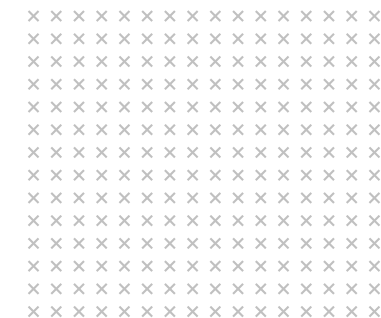
x 2 MEDICINSKI VIDIK DEPRESIJE



x x x x x x x x x x x x x x x x x

DOBRO DUŠEVNO ZDRAVJE JE DEL CELOVITEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA POSAMEZNIKA IN BI MORALO BITI V INTERESU VSAKEGA POSAMEZNIKA, DA ČIM BOLJE POSKRBI ZANJ, SAJ JE OSNOVA ZA KVALITETNO ŽIVLJENJE.

x x x x x x x x x x x x x x x x x



Predstavlja notranje občutke posameznika, njegove zmožnosti za funkcioniranje v širši skupnosti in soočanje z vsakdanjimi obremenitvami. Naše duševno stanje se spreminja iz dneva v dan in je v veliki meri odvisno od ljudi, s katerimi preživljamo svoj dan, s službo, ki jo opravljamo, socialnim statusom, finančno preskrbljenostjo ter mnogimi drugimi faktorji, ki celovito vplivajo na človeško mišljenje in čustvanje.

Glede na vedno hitrejši tempo življenja lahko pričakujemo, da bo ostajal tudi v prihodnosti trend višanja pojavnosti depresije in drugih duševnih motenj. Duševne motnje so obremenitev za posameznika, njegovo okolico, navsezadnje pa tudi za ekonomijo, saj so prizadeti večkrat v bolniškem staležu, nemalokrat so tudi dolgotrajno hospitalizirani, kasneje pa potrebujejo dolgotrajno rehabilitacijo, da se lahko vrnejo v svoje socialno in delovno okolje. Pri nas se največkrat pojavljata depresija in anksioznost, pri čemer ne gre zanemariti, da Slovenijo glede na povprečno zaužito količino alkohola uvrščamo v t. i. "mokre" države. Odvisnosti od alkohola in drog pa duševne motnje samo še poglobljajo.

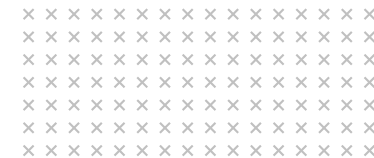
Za ljudi, ki obolevajo za depresijo, je še posebej težko, kako jih njihova okolica sprejema in vidi, ko se bolezen prične in pogloblja. V našem prostoru premnogokrat slišimo očitke, kot so: "Lahko bi se večkrat smejal." ali "Zakaj si tako žalosten, malo pojdi med ljudi in bo bolje." Depresija ni trenutna modna muha, ampak je resna bolezen, ki vpliva na človekovo dojemanje sebe in njegove okolice ter je velik javnozdravstveni problem, saj se pojavlja tudi do pri 15 % vseh bolnikov na primarnem nivoju zdravstva.

2.1. OZADJE DEPRESIJE

Depresija oziroma depresivna motnja spada med motnje razpoloženja in čustvovanja s sočasnimi spremembami videza, vedenja, mišljenja in drugih duševnih funkcij (Iztok Jan, 2009). Je najpogostejša duševna motnja povsod po svetu, pojavlja se pri 5–10 % vseh moških in pri 12–20 % vseh žensk, pri ženskah se torej pojavlja pogosteje, ženske imajo tudi več dejavnikov tveganja za razvoj depresije (Kores-Plesničar, 2006). Po podatkih WHO bo do leta 2020 depresija na drugem mestu invalidnosti in delovne nezmožnosti, takoj za srčno-žilnimi obolenji.

Depresija je pogosta duševna motnja, ki se lahko kaže s klasičnimi simptomi, pa tudi prikrito, ob telesnih boleznih, kar oteži njeno diagnozo. Pomembno je prepletena z drugimi kroničnimi boleznimi. Depresivni bolniki imajo v primerjavi z nedepresivnimi štirikrat pogosteje srčni infarkt, v prvih šestih mesecih po srčnem infarktu je smrtnost depresivnih bolnikov tri- do štirikrat večja (Huffman JC, 2006). Nikoli ne vemo, kako se bo kdo soočil z boleznijo, človeški odziv je kompleksen in soodvisen od več faktorjev, ki vključujejo njegovo osebnost, prejšnje izkušnje z boleznijo, soodnose z ljudmi, ki ga obkrožajo. Pomisliti in razumeti moramo, v kakšnem okolju je bolnik odraščal, ali je predhodno že doživljal resnejše stresne situacije, zanemariti ne smemo niti bolnikovega kulturnega ozadja, saj vemo, da se različne kulture različno odzovejo na duševne motnje in bi posledično bolnik lahko svoje simptome skrival pred družinskim krogom in tudi pred svojim zdravnikom. Nikakor ne smemo pozabiti na stopnjo pridružene bolezni, na potek zdravljenja ter na odnos s strokovnim osebjem, ki je v stiku s kronično bolnim bolnikom. Ne glede na njen vzrok bolezen od bolnika vedno zahteva določeno stopnjo prilagoditve. Tako se nekateri dobro odzovejo in se trudijo po svojih najboljših močeh, da bi bolezen premagali oz. zajezili njeno napredovanje, lahko pa bolnik svoje težave zanika in je posledično neprilagodljiv ter slabo sodeluje pri zdravljenju. Za take posameznike je nujno, da jim najdemo prostor ali osebo, kjer se počutijo varne, sprejete in kjer lahko izrazijo svoje občutke. Kot omenjeno v začetku tega odstavka, se depresija zelo pogosto pojavlja ob drugih telesnih boleznih, zato je pomembno, da bolnik dobi ustrezne prijeme spopadanja z osnovno boleznijo, saj lahko v nasprotnem primeru pride do slabšega napredovanja pri zdravljenju in spoprijemanju z osnovno boleznijo.

Depresija je pogosta duševna motnja, ki se lahko kaže s klasičnimi simptomi, pa tudi prikrito, ob telesnih boleznih, kar oteži njeno diagnozo.



Depresija ni bolezen enega samega vzroka, marveč je zanjo značilna večvzročnost. Depresijo in ostale duševne motnje velikokrat opisujemo znotraj bio-psiho-socialnega modela, ki nam že iz samega poimenovanja nakazuje na številne dejavnike, ki do vodijo v duševno motnjo. Pri razvoju duševne motnje predvideva soudeležnost biološke, psihološke in sociološke komponente (Pregelj, 2013).



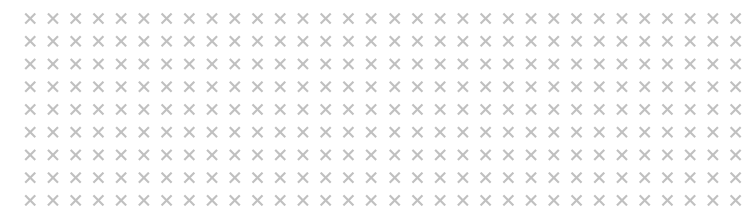
OBIČAJNO SE DUŠEVNA MOTNJA NE POJAVI SAMO OB ENI IZMED TREH KOMPONENT, MARVEČ JE NJIHOVO MEDSEBOJNO PREPLETANJE TISTO, KI NA KONCU PRIVEDE DO BOLEZNI.



Pri duševnih motnjah igrajo veliko vlogo notranji, duševni procesi, z izjemo nekaterih organskih duševnih motenj (npr. sprememba duševnega statusa po poškodbi glave). Za razumevanje duševnih procesov imamo dandanes na voljo veliko različnih teorij (psihoanaliza, vedenjsko-kognitivni pristop ipd.); (Pregelj, 2013). Iz njih so izpeljani tudi moderni pristopi k zdravljenju duševnih motenj, predvsem ko govorimo o terapiji, ki jo lahko nudimo duševno bolnemu. Dandanes vemo, da moramo za vsako posamezno duševno motnjo izbrati primerno terapijo, ki bo posamezniku najbolj ustrezala in mu na dolgi rok nudila najbolj optimalno podporo pri njegovi rehabilitaciji in zdravljenju.

Znano je, da se nekatere duševne motnje pogosteje pojavljajo v določenih družinah, znotraj katerih osebe nimajo samo podobnih genov, ampak tudi okolje, v katerem bivajo, izkušnje in spoznanja, ki se prenašajo med generacijami (Pregelj, 2013).

Pri bolnikih, ki trpijo zaradi depresije, so raziskovalci našli določene spremembe v možganski strukturi, vendar je pomembno vedeti, da te spremembe niso prisotne pri vseh bolnikih in niso značilne za depresijo (Kores-Plesničar, 2006).



2.2. SIMPTOMI IN ZNAKI DEPRESIJE

Simptomi depresije vključujejo klasične psihološke in telesne simptome. Klasični psihološki simptomi so denimo slabo razpoloženje, izguba zanimanja za različne stvari, slaba koncentracija, anksioznost, žalost, jokavost itd. Med telesne simptome depresije pa štejemo spremembo apetita, pomanjkanje energije, motnje spanja, palpitacije, upad libida in bolečine različnih delov telesa (glavobol, bolečina v križu, bolečina v prsnem košu itd.); (Tylee A, 2005). Pri bolečini moramo biti pozorni, da je ta pri depresivnih bolnikih hujša in bolniki se z njo težje spopadajo, saj depresija spremeni doživljanje bolečine. V ambulantni družinske medicine je depresija pogosto skrita za telesnimi (somatskimi) simptomi, temu pojavu rečemo somatizacija. Bolniki z depresijo se pogosteje pritožujejo zaradi nepojasnjenih telesnih simptomov kot bolniki brez nje. Pri kar dveh tretjinah bolnikov z depresijo so dominantni telesni (pomanjkanje energije in bolečine) in ne psihološki simptomi (Kapfhammer, 2006).

x x

NAJPOGOSTEJŠI SIMPTOM, KI GA OPAZIMO PRI DEPRESIVNIH BOLNIKI, JE ŽALOST OZ. SLABO RAZPOLOŽENJE.

x x

Študije so pokazale, da sta dva od treh najpogostejših simptomov, ki se pojavljajo pri depresivnih bolnikih, telesna simptoma: utrujenost oz. pomanjkanje energije in motnje spanja. Pogosto se pojavljajo tudi kostno-mišični simptomi (bolečine v križu, sklepah ipd.). Pomemben je tudi podatek, da se več kot polovica bolnikov z depresijo odloči za obisk zdravnika zaradi telesnih simptomov (zlasti bolečin), v manjši meri pa zaradi psiholoških simptomov. Odsotnost telesnih simptomov olajša diagnozo depresije, somatizacija pa delo zdravnikov družinske medicine oteži (Tylee, Gandhi, 2005). Ob sočasni prisotnosti klasičnih psiholoških simptomov, ki so značilni za depresijo, in telesnih simptomov, pa le-ti pozitivno vplivajo na hitrejšo prepoznavo depresije. Potrjeno je bilo, da je depresija, ki se kaže s telesnimi simptomi, najpogostejša oblika depresije. Za vsak prisoten telesni simptom brez jasnega vzroka se možnost, da je v ozadju diagnoza depresije, poveča za 2- do 3-krat. Izražnost telesnih simptomov vpliva tudi na povečano samomorilnost pri teh bolnikih. Pri takšnem bolniku mora zdravnik razbrati, da gre za depresijo in ne telesno bolezen, ter jo pravočasno in primerno zdraviti (Kapfhammer, 2006).

Tudi psihosocialni stresorji pomembno vplivajo na razvoj depresije in anksioznosti. Psihosocialni stresorji, ki pomembno vplivajo na življenje preiskovanca, povečajo možnost za razvoj duševne motnje za več kot dvakrat. Preiskovanci, ki jim niso bili izpostavljeni, so zboleli za depresijo ali anksioznostjo v 15 % primerov, medtem

x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x

ko so preiskovanci, ki so bili izpostavljeni 5 ali več psihosocialnim stresorjem, oboleveli v 90 % primerov. Ti podatki kažejo na očitno povezavo med njimi ter pojavom depresije in anksioznosti. Psihosocialni stresorji, ki so bili vključeni v raziskavo, so bili: skrb glede lastnega zdravja, nizka samopodoba, nizek libido in neuzivanje ob spolnem odnosu, težave v razmerju, stres zaradi skrbi za ostale družinske člane, stres na delovnem mestu, finančne težave, ozek socialni krog, stresni dogodki v bližnji preteklosti in razmišljanje o nečem slabem, kar se je posamezniku zgodilo v preteklosti (Haftgoli, 2010).

Pogosteje kot so bili preiskovanci izpostavljeni psihosocialnim stresorjem, pogosteje so se tudi pojavljale duševne motnje v obliki depresije, anksioznosti in somatoformnih motenj (kumulativen učinek). Pri tem je potrebno poudariti, da je dojemanje pogostosti in stopnje izpostavljenosti stresorjem plod subjektivne percepcije (Haftgoli, 2010).

Psihosocialni stresorji v precej večji meri vplivajo na razvoj duševnih motenj kot pa sociodemografski dejavniki, npr. izobrazba, državljanstvo, stan, poklic ... (Haftgoli, 2010).

Da lahko zdravnik prepozna telesne simptome, ki kažejo na depresijo, so potrebne izkušnje in ustrezno znanje. V ambulantni družinske medicine se prepoznavanje teh simptomov in kasnejše diagnoze depresije izboljšuje (Kapfhammer, 2006). V začetku 90. let prejšnjega stoletja je bila na primarnem nivoju prepoznana slaba tretjina takih pacientov, po novejših raziskavah pa naj bi bili danes prepoznani že skoraj dve tretjini bolnikov, pri katerih se depresija izraža s telesnimi simptomi. Somatizacija pri depresiji se pojavlja pogosteje pri določenih populacijah: ženske, nosečnice, starostniki, ljudje s slabšim ekonomskim statusom in otroci. Na somatizacijo vplivajo tudi kulturni dejavniki, dejavniki okolja in sam odnos med zdravnikom ter pacientom. Pomembno je, da osebni zdravnik pri teh simptomih izključi življenje ogrožajoče telesne bolezni. Če se pri pacientih s telesnimi simptomi po natančni anamnezi, kliničnem pregledu in preiskavah ne ugotovi organskega vzroka za težave, to poveča tveganje, da se za temi simptomi skriva depresija. Na možnost depresije mora zdravnik nujno pomisliti, jo prepoznati, diagnosticirati in čimprej začeti z zdravljenjem (Peter Pregelj, 2013).

x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x
x x x x x x x x x x x x x x x x

Potrjeno je bilo, da je depresija, ki se kaže s telesnimi simptomi, najpogostejša oblika depresije.



2.2.1 Depresija v starosti

Depresija je pogosta duševna motnja v vseh starostnih obdobjih, vendar se v vsakem kaže bolj ali manj specifično oziroma z več ali manj klasičnimi simptomi. V tretjem življenjskem obdobju se depresija pogosteje kot običajno kaže nespecifično, zato obstaja velika nevarnost, da bomo diagnozo spregledali in stanje pripisali kakšni drugi, po vsej verjetnosti organski bolezni.

Glavne razlike v klinični sliki so, da starejši redkeje navajajo žalost in se pogosteje pritožujejo zaradi nespecifičnih telesnih simptomov (glavobol, gastrointestinalne težave, motnje spanja itd.), pogosteje tožijo zaradi težav s spominom, ob depresiji se pojavlja izrazitejša tesnoba, prav tako pa sta pogosti tudi apatija in pomanjkanje motivacije. Ob tem so pogosto psihomotorično agitirani oz. močno vznemirjeni. Raznolike telesne težave navajata kar dve tretjini starostnikov, ki obolevajo za depresijo, pri tretjini pa se telesni simptomi pojavijo kot prvi znak depresivne motnje (Pregelj, 2013).

Za nastanek depresije v starosti je pomembnih več dejavnikov. Pri starostniku se zmanjša koncentracija biogenih aminov, prav tako pa so izpostavljeni večim dejavnikom tveganja za nastanek depresije kot mlajši bolniki.

x x x x x x x x x x x x x x x x x x x
STAROSTNIKI SE POGOSTEJE SREČUJEJO S SMRTJO BLIŽNJEGA, POGOSTO SO NESPEČNI, SAJ SE V STAROSTI SPREMENI RITEM IN POTREBA PO SPANJU.
x x x x x x x x x x x x x x x x x x x

Prav tako je marsikateri starostnik odvisen od pomoči družine, ali je celo v institucionalnem varstvu. Starostniki se običajno zdravijo zaradi ene ali več kroničnih obolenj, ali pa so celo huje telesno ovirani. Ker se otroci običajno odselijo in si ustvarijo svoje družine, so starostniki pogosto osamljeni in socialno izolirani, s čimer so še bolj podvrženi možnosti za nastanek depresivne motnje. Depresija se pri teh bolnikih pojavi prej, traja dalj časa in ima bistveno večjo možnost za ponovni nastanek oz. za razvoj v kronično obliko depresije, ki jo je težje zdraviti, in povzroča večjo invalidnost in občutno manjša kvaliteto življenja teh bolnikov. Prav zaradi tega je zelo pomembno, da skušamo diagnozo pri starostniku postaviti čimprej, saj imamo večje možnosti za dobro in učinkovito zdravljenje (Pregelj, 2013).



2.2.2 Stopnje depresije

Depresijo razdelimo v blago, zmerno ali hudo stopnjo glede na izraženost simptomov in stopnjo funkcioniranja posameznika.

- Splošni znaki:
- x poslabšano razpoloženje
 - x zmanjšana energija
 - x manj aktivnosti
 - x zmanjšana sposobnost uživanja, zanimanja, koncentracije
 - x izrazita utrujenost po najmanjšem naporu
 - x moteno spanje
 - x slab apetit
 - x upad samospoštovanja in samozaupanja
 - x krivdne ideje
 - x razmišljanje o lastni ničvrednosti
 - x slabo razpoloženje, ki se le malo spreminja iz dneva v dan
 - x izguba interesa in prijetnih občutij
 - x zgodnje jutranje prebujanje
 - x depresija, ki je najhujša zjutraj
 - x psihomotorna upočasnjenost
 - x nemirnost
 - x izguba apetita ali telesne teže
 - x zmanjšan libido

Blaga depresivna epizoda:
navadno sta prisotna dva ali trije izmed naštetih simptomov. Pacient je prizadet, vendar sposoben nadaljevati z večino vsakodnevnih aktivnosti (NIJZ, 2008).

Zmerna depresivna epizoda:
navadno se pojavljajo štirje ali več zgoraj naštetih simptomov, ob opravljanju vsakodnevnih dejavnosti ima bolnik velike težave (NIJZ, 2008).

Huda depresivna epizoda brez psihotičnih simptomov:
vključuje vrsto zgoraj naštetih simptomov, ob teh se pojavlja tudi izguba samospoštovanja, ideje o lastni ničvrednosti ter občutki krivde. Pogoste so samomorilne ideje in suicidalna dejanja (NIJZ, 2008).

Huda depresivna epizoda s psihotičnimi simptomi:
pojavijo se halucinacije, blodnje, psihomotorna upočasnjenost, stupor, ki je lahko tako izrazit, da pacient ni sposoben običajnih socialnih aktivnosti. Lahko je življenjsko ogrožen zaradi samomora, dehidracije ali stradanja. Halucinacije in blodnje lahko ustrezajo obstoječemu razpoloženju ali pa ne (NIJZ, 2008).



2.3 DIAGNOZA

Trenutno diagnozo depresije postavljamo klinično in s pomočjo ocenjevalnih lestvic. Zaenkrat še nimamo na voljo specifičnega diagnostičnega testa, ki bi nam lahko z gotovostjo povedal, da nekdo oboleva za depresivno motnjo. Trenutno velja, da lahko depresivno motnjo diagnosticiramo, kadar depresivno razpoloženje traja vsaj dva tedna in vključujejo vsaj enega izmed dveh simptomov: depresivno razpoloženje in/ali pomembno zmanjšani interesi oz. zmanjšan občutek ugodja pri skoraj vseh dejavnostih (NIJZ, 2008). Ob tem ocenjujemo tudi kvaliteto vsakodnevnega življenja in kognitivne funkcije (Kores Plesničar, 2006). Glede na kriterije, našteje v predhodnem podpoglavju, jo nato razdelimo v blago, zmerno in hudo depresivno epizodo.

Depresija je lahko pridružena drugim duševnim motnjam ali pa je posledica zunanjih vzrokov, zaradi česar moramo opraviti tudi dodatne diagnostične preiskave (Kores Plesničar, 2006).

2.3.1. Diferencialno diagnostične možnosti

Diferencialna diagnoza depresije vključuje veliko možnosti, ki posegajo v mnoge veje medicine. Simptomi depresije lahko prikrivajo marsikatero resno organsko bolezen, kot npr. bolezni centralnega živčnega sistema (Parkinsonova bolezen, demenca, multipla skleroza ...), endokrine motnje (hiper-, hipotiroidizem), zlorabo substanc. Ne smemo pozabiti na bolezni prebavnega sistema, prav tako pa tudi ne na bolezni pljuč in na hematološka obolenja, saj lahko tudi anemija posnema nekatere znake depresije. Ob znakih depresije moramo pomisliti na tako rekoč vse sisteme in se ne smemo zadovoljiti z diagnozo depresije, še posebej, če se nam ob tem porajajo dvomi ali pa so simptomi in znaki nespecifični (Kapfhammer, 2006).

Depresija lahko daje videz tudi drugih psihiatričnih bolezni, od teh moramo biti zelo pozorni na distimijo, ki jo moramo ločiti od velike depresivne motnje. Napačna diagnoza depresije, ki je v resnici bipolarna motnja, vodi v neprimerno zdravljenje, ki lahko privede do nevarnih situacij za pacienta. Prav tako moramo biti pozorni na znake generalizirane anksiozne motnje. Upoštevati moramo tudi možnost osebnotnih motenj. V poštev moramo vzeti shizoafektivno motnjo, shizofrenijo in disociativne motnje (Kapfhammer, 2006). Prav tako ne smemo pozabiti na možnost poslabšanja osnovne ali pridružitve nove psihiatrične bolezni. Sploh pri starejših, kjer je lahko klinična slika nespecifična, lahko demenco ali druge bolezni kognitivnega upada hitro zamenjamo z depresivno motnjo.

Diferencialno diagnostične možnosti so obširne. Dandanes nam je seveda v veliko pomoč vrsta diagnostičnih pripomočkov, kot so laboratorijski izvidi, RTGpc, MRI, CT idr., ki jih uporabljamo vsak dan v zdravstvu in se jih ne smemo bati poslužiti, kadar smo v dilemi.

2.4 PREVENTIVA IN VAROVALNI DEJAVNIKI

2.4.1. Varovalni dejavniki

Med varovalne dejavnike štejemo predvsem odsotnost dejavnikov tveganja. V tem poglavju bomo sicer razglabljali o varovalnih dejavnikih pred samomorom, ki pa seveda veljajo tudi za depresivno motnjo.

Varovalne dejavnike razdelimo v tri skupine: individualne, družinske in dejavnike okolja (Tančič, 2009).

Individualni so predvsem visoka samopodoba, dobre socialne spretnosti, zaupanje vase, zaupanje v svoje sposobnosti, ustrezno in hitro iskanje pomoči v visoko stresnih situacijah, iskanje zunanjega nasveta ob pomembnih življenjskih odločitvah, odprtost in posluš pri upoštevanju tujih predlogov za razrešitev lastnih problemov (Tančič, 2009).

Družinski dejavniki so podpora družine, dober odnos med družinskimi člani in dober družinski zgled za reševanje kriznih situacij (Tančič, 2009).

Od dejavnikov okolja so pomembnejši dober odnos z vrstniki, socialna vključenost v svoje okolje, dober odnos z ljudmi, ki nam v življenju predstavljajo avtoriteto (Tančič, 2009).

2.4.2. Preventiva

Vsekakor lahko med preventivo uvrščamo tudi ukrepe na državni ravni, ki so povezani z destigmatizacijo duševnih bolezni. Veliko še moramo narediti za osveščenost in krepitev znanja glede začetnih znakov in simptomov depresije in drugih duševnih bolezni. V času izvajanja projekta smo velikokrat ugotovili, da ljudje niti ne vedo, kam se lahko obrnejo na pomoč v primeru duševne stiske. V Sloveniji ima posameznik, ki pri sebi začuti, da se sooča s težavo, ki ji sam več ni kos, več možnosti pomoči. Vsekakor je prva takšna pomoč njegov osebni zdravnik, ki lahko, kot že omenjeno, tudi po potrebi predpiše antidepresiv, ali ob že huje izraženi obliki depresije napiše nujno napotnico za psihiatrično obravnavo takšnega bolnika. Študentje se lahko brezplačno obrnejo na psihološko pomoč »Tu smo zate«, ki jo nudi ŠOUM (www.soum.si, 2019). Predstavili ga bomo v nadaljevanju, je eden izmed vodilnih preventivnih programov na našem območju.

V preventivne strategije na področju duševnega zdravja je potrebno vključiti nacionalno zdravstveno politiko, ki mora v sklopu nacionalnih programov za krepitev duševnega zdravja povezovati učinkovite programe različnih strokovnih področij. Nujno je, da je duševno bolnim omogočena kontinuirana oskrba. Na primarnem nivoju je tako nujno, da skušamo čim prej najti tiste posameznike, ki imajo povečane dejavnike tveganja za razvoj depresije in drugih duševnih bolezni, prav tako pa skušamo z nacionalnimi programi, ki vzpodbujajo gibanje, zdravo prehrano in primerno skrb za mentalno zdravje, preprečevati nastanek bolezni pri popolnoma zdravih posameznikih. Na sekundarnem nivoju skušamo s presejalnimi vprašalniki iskati posameznike, ki že obolevajo za depresijo, vendar je bolezen še v začetnih fazah, ko jo najlažje zdravimo, velikokrat že samo z nefarmakološkimi prijemi. Cilj terciarne preventive je preprečevanje relapsa bolezni oz. njenega poslabšanja in izboljšanje kvalitete življenja teh bolnikov.

2.5 ZDRAVLJENJE DEPRESIJE

Zdravljenje depresije delimo v farmakološko in nefarmakološko zdravljenje. Ob zelo blagi depresiji običajno najprej poskusimo samo z nefarmakološkim zdravljenjem, razen kadar so prisotni določeni dejavniki tveganja. Pod nefarmakološko zdravljenje v prvi vrsti štejemo spremembo življenjskega sloga. Sem običajno vključujemo spremembo prehranjevalnih navad, dnevno telesno aktivnost in ustaljen urnik spanja. Bolnike spodbujamo k dejavnostim, ki so jim pred boleznijo predstavljale vir zadovoljstva in sreče. Skušamo se pogovoriti o tem, kaj vse so radi počeli pred nastopom bolezenskih znakov, in iz seznama izbrati zadevo, ki je bolniku najmanj naporna in za katero se mu zdi, da bi jo lahko izvedel. Skušamo ga vzpodbuditi k socializaciji in k temu, da si v svojem ožjem krogu najde nekoga, ki mu lahko zaupa in se ob njem počuti varno. Prav tako se je za zdravljenje depresije za zelo učinkovito izkazala tudi psihoterapija.

V zdravljenje depresije so pomembno vključena tudi zdravila, ki jih imenujemo antidepresivi in jih lahko predpisujejo tudi zdravniki družinske medicine. Naloga farmakološkega zdravljenja je ponovna vzpostavitev kemičnega ravnovesja v možganih. Za farmakološko zdravljenje se odločimo pri zmerni ali težki stopnji depresije, pri blagi pa ni indicirana, saj je razmerje med tveganjem in učinkovitostjo slab (NIJZ, 2017).

Vsi antidepresivi imajo zelo podoben glavni učinek, se pa med seboj razlikujejo v pojavnosti stranskih učinkov, zato zdravila skrbno predpišemo glede na posameznika in njegove morebitne druge akutne in kronične bolezni. Bolniku moramo razložiti, da zdravila potrebujejo približno dva tedna, preden pričnejo delovati, v tem času pa naj bo pozoren na svoje počutje in naj se ob poslabšanju klinične slike nemudoma zgleda v ambulanti družinske medicine (NIJZ, 2017). Bolnik mora z jemanjem antidepresivov nadaljevati tudi, ko pride do izboljšanja klinične slike, saj je v nasprotnem primeru velika verjetnost, da se bo bolezen ponovno pojavila.

Samo terapijo razdelimo v tri faze (akutna, nadaljevalna in vzdrževalna). Odgovor na zdravljenje pričakujemo najkasneje v 6 tednih, celotna akutna faza zdravljenja pa naj ne bi trajala dlje kot 6–10 tednov. Z nadaljevalno fazo moramo potem vztrajati še 6–9 mesecev, njen cilj pa je predvsem nadaljnje zmanjšanje simptomatike in preprečevanje relapsa. Vzdrževalna faza traja 12–36 mesecev in je pri prvi epizodi depresije običajno ne potrebujemo, je pa nujno potrebna pri kronični ali hudi obliki. Antidepresiv je enak kot v akutni fazi, lahko pa ga zamenjamo z drugim, če je za to potreba. Terapijo lahko dopolnujemo z drugimi zdravili (Anderluh, 2010).

2.6 PRIMERI DOBRE PRAKSE

2.6.1. Skupnostni model krepitve duševnega zdravja na Celjskem

Na Celjskem in Koroškem, ki sta v Sloveniji v samem vrhu po stopnji samomorilnosti, so izvedli pilotno študijo. Največ duševnih motenj, tudi samomorilnosti, je v Sloveniji v tistih regijah, ki beležijo največ ekonomskih ter z njimi povezanih socialnih pretresov (Kamin et al., 2009).

Leta 2001 je bila tako ustanovljena skupina za preprečevanje samomora na Celjskem, ki od leta 2015 deluje pod sloganom »Tu smo zate«. V tej skupini delujejo strokovnjaki s področja šolstva, sociologije, zdravstva in nekaterih neprofitnih organizacij. Dodatno se je vključila tudi lokalna skupnost. Skupina je bila ustanovljena z namenom krepitve duševnega zdravja v regiji in si je ob začetku svojega delovanja zastavila več ciljev, kot so: spremljanje in analiza podatkov o duševnem zdravju, raziskovanje, izobraževanje strokovne in laične javnosti, osveščanje javnosti, razvoj preventivnih programov in pobude za sistemske spremembe. Skupina je v več svojih ciljih zelo uspešna, predvsem ko gre za izobraževanje in osveščanje javnosti, vendar vidijo možnosti za razvoj predvsem na področju zakonodaje in korenitih sprememb na državni ravni.

2.6.2. Projekt e-depresija

Cilj projekta je bil ugotoviti, ali lahko uporaba informacijske in komunikacijske tehnologije ob souporabi standardne terapije pripomore k izboljšanju zdravljenja depresije. 78 novoodkritih bolnikov z depresijo so razdelili v dve skupini. Kontrolna skupina je prejela standardno antidepresivno terapijo, druga skupina pa je ob tem bila deležna tudi dodatne oskrbe, in sicer so redno preko spletnega portala spremljali njihovo počutje, odziv na zdravila in napredovanje. Izsledki raziskave so pokazali, da se je skupina, ki je bila deležna dodatne oskrbe, v 83 % držala navodil glede antidepresivne terapije (kontrolna skupina 33 %). Delež bolnikov, ki so ozdraveli po kliničnih kriterijih, je bil 10 % v kontrolni skupini in 75 % v skupini, ki je bila deležna dodatne oskrbe.

Zdravila
potrebujejo približno
DVA TEDNA,
PREDEN PRIČNEJO
DELOVATI.

3

SOCIOLOŠKI VIDIK DEPRESIJE

3.1 SPOL IN DEPRESIJA

Študije iz različnih držav, kulturnih in etničnih skupin kažejo, da je v primerjavi z moškimi pri ženskah dvakrat večja verjetnost za pojav depresije (Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman et al., 1996; v Nolen-Hoeksema, 2001, str. 173). Depresivne motnje, ki jih je mogoče diagnosticirati in so prisotne vse življenje v obliki hude depresije, v večji meri prizadenejo ženske (21,3 %) kot moške (12,7 %) (Kessler et al. 1993, po Nolen-Hoeksema, 2001). Po podatkih WHO za depresijo trpi približno 3,6 % moških in 5,1 % žensk (Svetovna zdravstvena organizacija, 2017). Podobno kažejo tudi podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje. V Sloveniji po podatkih iz leta 2014 je med obolelimi za depresijo 61 % žensk in 39 % moških (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019).

V preteklosti so razloge za depresijo iskali v individualnih značilnostih posameznika, v zadnjih letih pa se je raziskovanje tega pojava premaknilo v oblikovanje modelov, ki vključujejo različne dejavnike. Razvojni modeli nam kažejo, da se razlike med spoloma prično pojavljati pri starosti okoli 13 let. V adolescenci pa se dokončno izoblikuje trend enkrat večje depresije med ženskami (Nolen-Hoeksema, 2001).

Avtoriteta na delovnem mestu sovpada s kulturnimi ideali moči, tekmovalnostjo, dominanco in ambicioznostjo, ki jih pripisujemo moškemu spolu (Connell 1995; Courtenay 2000, po Pudrovska in Karraker, 2014, str. 425). Ženskam v nasprotju z moškimi pripisujemo empatijo, sposobnosti, povezane z vzgojo – v smislu skrbi za čustveno in psihično blagostanje članov družine, navezanost (Eagly 2007; Ridgeway 2001 po Pudrovska in Karraker, 2014). Vodilna pozicija na delovnem mestu je v nasprotju s stereotipnimi spolnimi vlogami za ženske in jim zato prinaša večje psihične obremenitve. Ženske v službi pogosteje občutijo stres kot moški in imajo nižje položaje na delu. Ženske v primerjavi z moškimi v tednu opravijo manj dela, vendar pa so pod večjim nadzorom nadrejenih. Ženske, ki imajo na delu položaj avtoritete, pogosteje navajajo simptome depresije kot ženske, ki niso na vodilnem položaju (Pudrovska in Karraker, 2014, str. 433).

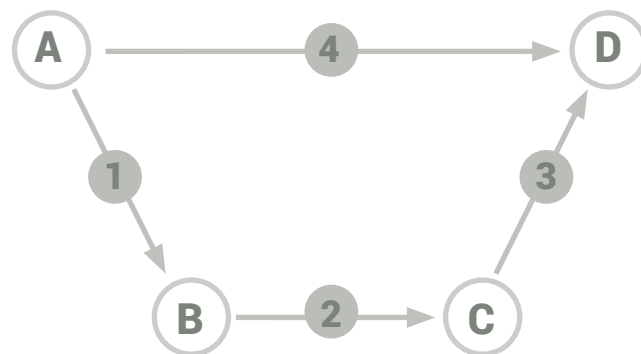
Slovaška raziskava predstavlja ključne značilnosti depresije pri moških. Moški o lastni depresiji govorijo bolj zadržano kot ženske, so pod velikim pritiskom, kar se tiče vzdrževanja družine, od njih se pričakuje, da bodo bolj neodvisni od žensk. Od moških se tudi pričakuje, da bodo v manjši meri kazali čustva kot ženske (Žilinská in Smitková, 2017). Raziskovanje specifik depresije pri moških pomaga pri oblikovanju širše razlage razlik med spoloma.

3.2 VPLIV SOCIOEKONOMSKEGA STATUSA IN BREZPOSELNOSTI NA RAZVOJ DEPRESIJE

Socioekonomski status so Wang in raziskovalna skupina opredelili (Wang et al., 2010) s subjektivnimi in objektivnimi dejavniki. Med objektivne štejemo: višino dohodkov gospodinjstva, višino osebnih dohodkov, stopnjo izobrazbe. Subjektivne dejavnike so merili s finančnimi omejitvami, ki jih posameznik občuti. Nižji socioekonomski status prinaša slabše splošno zdravje posameznika in večjo verjetnost za razvoj duševnih obolenj (Wang et al., 2010). Zaposleni moški iz družin z nizkimi dohodki imajo pogosteje hujšo obliko depresije kot ostali moški; za ženske pa to ne drži. Ta trend lahko pripišemo tradicionalni vlogi moškega kot preskrbovalca družine (Wang et al., 2010). »Moški oskrbovalec družine svoj delovni dan preživi v tekmovanju k dosežkom usmerjeni družbi. Ta instrumentalna vloga vodi k stresu in zaskrbljenosti« (Haralambos in Holborn, 1999).

Pri pripravi preventivnih programov na področju depresije moramo posebno pozornost nameniti osebam z nižjim socioekonomskim statusom, saj je ravno v tej skupini večja verjetnost za razvoj depresije ali drugih bolezni. Druga posebna skupina pa so brezposelni moški, posebno tisti, ki so odgovorni za preskrbovanje družine. Na splošno je brezposelnost tista stiska, v kateri se posamezniki pogosto znajdejo. V depresijo brezposelni zapadejo zaradi socialnih dejavnikov in nemoči preskrbovanja družine, ker težko najdejo novo zaposlitev. Do razvoja depresije pri brezposelnih vodita dve skupini dejavnikov: posredni mehanizmi so socialne vezi, družbeni status in dnevni ritem, direktni mehanizmi pa so tisti, ki povzročijo spremembo življenjskega sloga zaradi izgube (Bilban, 2015). Posamezniki iz okolij z nižjim socioekonomskim statusom izgubo dohodkov še težje premagajo.

Brezposlene osebe poročajo o številnih zdravstvenih težavah, kot so nespečnost, živčnost, pritisk v prsih in napetost. Respondenti pa so raziskovalcem poročali tudi o občutku manjvrednosti, ki ga prinaša brezposelnost (Kavšak in Prosen, 2017).



Slika 1: Colemanov čoln: mikronivojska razlaga povezave med brezposelnostjo in depresijo (Ylikoski, 2016)

Podatki, ki smo jih pridobili iz raziskav drugih avtorjev, kažejo na povezavo med brezposelnostjo (A) in depresijo (D). Razlago te povezave bomo ponudili s pomočjo široke teorije racionalne izbire. Po tej različici so akterji »zadovoljitelji«, katerih cilj ni maksimizacija koristi, ampak zadovoljitev njihovih ciljev (Rutar, 2018, str. 81).

Posvetimo se torej omenjeni povezavi med brezposelnostjo in depresijo. V prikazani sliki 1 se od strukturnega pojava A (brezposelnost) premaknimo na mikronivo k točki B (posamezni brezposelni človek). Posamezniki želijo zaposlitev, saj si z njo ustvarjajo dohodek, s katerim lahko zadovoljujejo svoje potrebe (plačevanje najemnine stanovanja, nakup hrane itd.). Svoje želje po zaposlitvi in naknadnem zadovoljevanju svojih potreb ne morejo izpolniti, če nimajo ustreznih priložnosti – t.j., če na voljo ni novih delovnih mest. To posamezniku preprečuje želeno delovanje – opravljanje svoje službe – in ga frustrira, kar lahko povzroči (točka C) duševno stisko (sprememba življenjskega sloga, znižanje socialnih stikov, občutek manjvrednosti, potrnost itd.). Takšno stanje, v katerem so posamezniki nezmožni zadovoljiti svoje osnovne življenjske potrebe po materialni dobrobiti in družbeni vključenosti, začne – če traja dlje časa – proizvajati orise simptomov depresije (potrnost, upad energije itd.). Ko se to zgodi mnogo posameznikom, imamo splošni družbeni problem strukturne depresije (točka D).

Pri potrjevanju tega modela smo se oprli na statistične podatke (NIJZ in Eurostat) ter na podatke iz primarnega vira (fokusna skupina, izvedena v Občini Hoče-Slivnica s strokovnjaki, ki delajo z obolelimi za depresijo). Podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Nacionalni inštitut za javno zdravje: Depresija) kažejo, da je bilo leta 2007 3,4 % Slovenk in Slovencev obolelih za depresijo, leta 2014 pa 8,8 %. Leta 2008 je se začela gospodarska kriza; raziskava iz Romunije kaže, da največji psihološki učinek krize ustvari finančni stres.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FINANČNI STRES JE POVEZAN S STRAHOM, DA POSAMEZNIK NE MORE ZAGOTOVITI FINANČNIH POTREB IN JE NEZMOŽEN IMETI VISOK ŽIVLJENJSKI STANDARD (Mionel in Moraru, 2012).

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

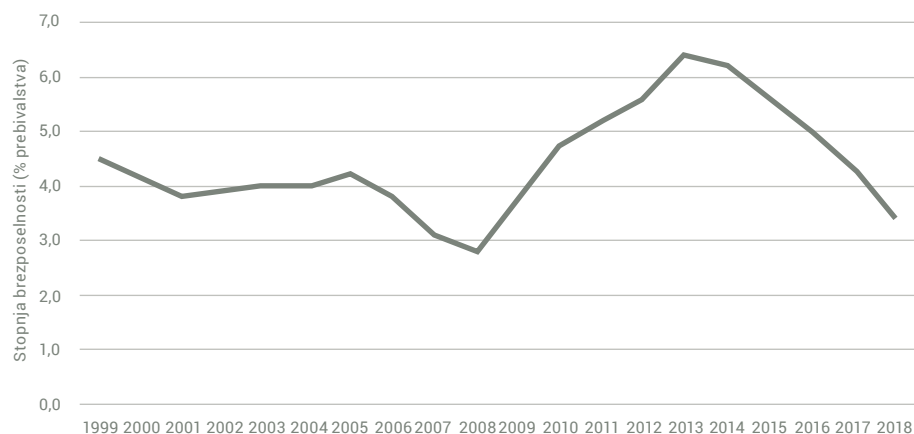
Podatke o brezposelnosti za Slovenijo prikazujemo v Grafikonu števila 1. Od leta 1999 do 2005 je stopnja brezposelnosti okoli štiriodstotna. Po izrazitem padcu leta 2008 (na 2,8 %), smo od leta 2009 priča višanju stopnje brezposelnosti; ki vrh doseže leta 2013 (na 6,4 %). Stopnja brezposelnosti do leta 2018 sicer pada. Za potrditev našega modela je pomemben podatek, da od leta 2008 narašča, podobno kot narašča odstotek obolelih za depresijo.

Podatki, ki smo jih dobili z izvedbo fokusne skupine¹ s strokovnjaki, ki delajo v lokalnem okolju v Občini Hoče-Slivnica, jasno potrjujejo zastavljeni model. Strokovnjaki so nam povedali, da pri svojem delu opažajo, da izguba zaposlitve prinaša s seboj izgubo socialnega statusa. Navajamo nekaj primerov, o katerih govorijo respondenti:

Primož: »In to povzroča dejansko tudi strah pred izgubo službe, zato ker je povezana finančna situacija s tem, če si hočeš dandanes kaj ustvariti potem ... Prej ste si lahko vzeli kredit, mi si ga ne moremo.«

Primož: »Velik posel smo izgubili, dejansko, lahko tako rečem. In mi ni bilo jasno, kako zdaj nimam dela, če sem ga prej imel ogromno in sem si ga nalagal. Ne vem, včasih po dva–tri dni nisem spal, da sem tisto naredil. Potem sem pa imel preveč časa, ker nisem imel dela in sem zapadel tudi v negativne misli: kako, zakaj? Zdaj ne morem potovati, ne morem tisto ... In padeš v neko mehko depresijo. Jaz sem se iz tega izvlekel, ampak je tako obdobje.«

Primož: »Saj depresija v takem kontekstu nastane, ne vem, če je nekdo živel na veliki nogi in je ta status izgubil, je potem to največji problem /.../. Lahko bi prihranil, kolikor bi želel, če bi imel to pamet kot sedaj. Potem padeš v neko stanje in se sprašuješ, zakaj nisem tako naredil, ampak ni bilo odvisno od mene, odvisno je bilo od ekonomske krize ...«



Graf 1: Stopnja brezposelnosti v Sloveniji med leti 1999 in 2010 (v % prebivalstva). (Eurostat, 2018)

¹ Fokusno skupino smo izvedli 13. 5. 2019 v Rogozi. Govorili smo s šestimi strokovnjaki. Podrobnejšo analizo vsebine podajamo v Končnem poročilu projekta: Depresija-razbijamo tabuje! (Cenc et al. 2019).

V depresijo brezposelni zapadejo zaradi socialnih dejavnikov in nemoci preskrbovanja družine, ker težko najdejo novo zaposlitev.

3.3 SAMOMOR

V začetku 19. stoletja sta pri opredeljevanju samomora prevladovala mehanicistično naravnana medicina in pozitivistično razumevanje, ki pa sta ponujala okorno razlago samomora. S pomočjo teh pristopov lahko razloge za samomor pripišemo »nenormalnim anatomskim izvidom«. Vendar pa pri samomorilcih ni posebne telesne konstrukcije in ne posebne samomorilske patologije (Milčinski, 1985). Tudi danes določeni raziskovalci še izvajajo takšne študije, vendar so le-te zelo redke (prav tam: 15).

Sociološko razumevanje pomemben mejnik doživi z Durkheimovo monografijo Samomor. V svojem delu pri opredeljevanju samomora preseže individualne značilnosti in posebnosti posameznikov. Razloge zanj pa išče v moči oz. šibkosti družbene integracije. Podobne ugotovitve zasledimo v študiji Gibbsonain in Porterfiedsa (Milčinski, 1985), ki sta na vzorcu Novozelancev ugotovila, da je sprememba socialnega statusa pomemben razlog za storjeni samomor. Na verjetnost storitve samomora vpliva tako izguba, pridobitev slabše ali boljše zaposlitve. Seveda pa je najizrazitejši vpliv navzdol – torej izguba oz. sprejetje nižje zaposlitve (Milčinski, 1985).

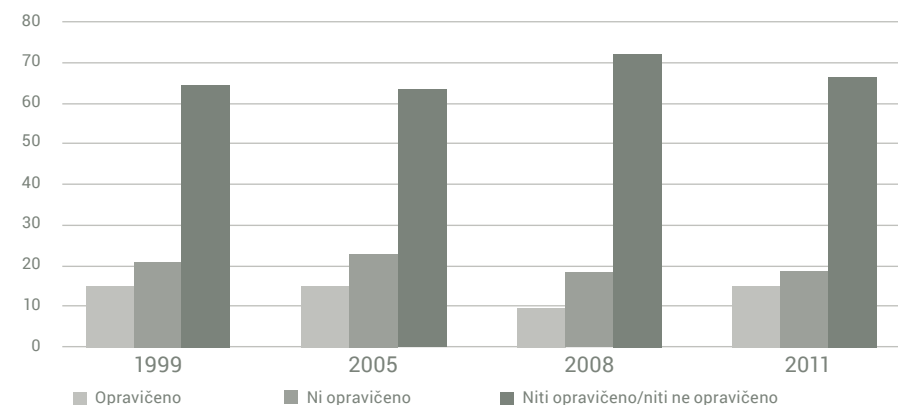
USPEŠNOST SAMOMOROV NARAŠČA S STAROSTJO SAMOMORILCEV, MED KATERIMI JE VEČ MOŠKIH KOT ŽENSK. ŽENSKE PA SO TISTE, KI POGOSTEJE KOT MOŠKI OSTANEJO PRI POSKUSU SAMOMORA.

Skupine, kot so samski, priseljenci, poročeni brez otrok in razvezani, so bolj podvržene samorilnosti kot ostale skupine (prav tam, str. 36).

Problematiko samomorilnosti bomo na kratko obravnavali še glede na spol – opredelili bomo razliko v doživljanju družbene in osebne stigme pri moških in ženskah. Po Mackenzieju (at al., 2018) javna oz. družbena stigma pomeni negativen odnos družbe do duševnih bolezni, kot je depresija, in do samomora; osebna stigma pa pomeni predsodek in negativni odnos do osebnih mentalnih zdravstvenih težav (Corrigan, 2004 po Mackenzie et al., 2018). Stigmi sta medsebojno povezani, in sicer tako, da posameznik internalizira socialno stigmo, ki postane osebna stigma (Latalova et al. 2014; et al. 2007 po Mackenzie et al. 2018). Pri ženskah je običajno prisotna družbena stigma povezana z občutkom manjvrednosti, medtem ko je pri moških prisotna osebna stigma povezana z iskanjem pomoči. Navadno je povezano z družbenimi vlogami moških in žensk, pri čemer se z moškimi povezuje sposobnost omejevanja emocionalnosti, moči in zanašanja nase (Mackenzie et al. 2018). Pri moških lahko povzroča osebno stigmo, zaradi katere veliko težje poiščejo pomoč kot ženske.

Milčinski v svojem delu Samomor in Slovenci (Milčinski, 1985) navaja podatke o stališču Slovencev do samomora iz leta 1967. Podatki kažejo, da 56,4 % vprašanih meni, da samomor ni opravičljiv razlog za izhod iz življenjskih težav. Navedeni podatki so zelo stari in tako ne zadostujejo za razlago stališč Slovencev, ki jih imajo danes do samomora. V longitudinalnem pregledu podatkov iz raziskav slovenskega javnega mnenja predstavljamo stališča Slovencev do samomora med leti 1995 in 2008. Pridobljene podatke smo prikazali v Grafu številka 2. Primerjali smo tudi podatke za Slovenijo z drugimi evropskimi državami, tako da smo analizirali podatke iz baze Evropske raziskave vrednot (European Values Study 2008, 2008).

OPRAVIČENOST SAMOMORA PRI SLOVENCIH, V %



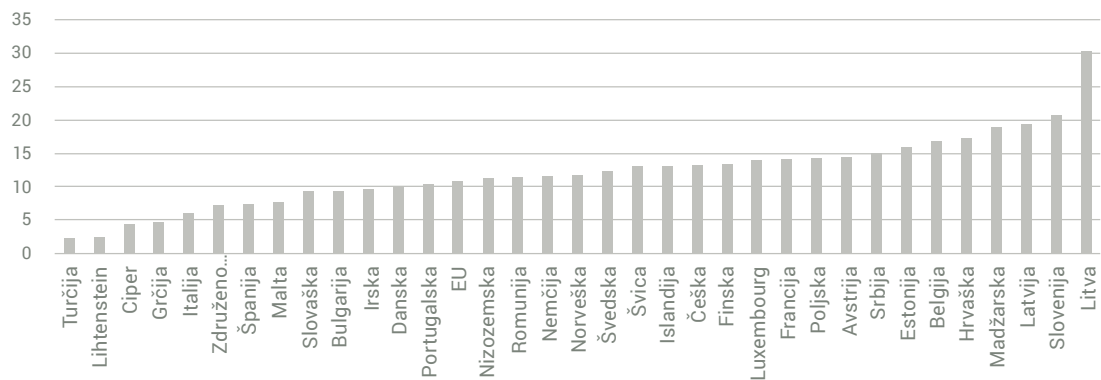
Graf 2: Stališča Slovencev do samomora (1999, 2005, 2008 in 2011), v %
Vir: (Toš, 1999; Toš in Malnar, 2005; Malnar et al. 2008; Malnar et al. 2011).

Stališča Slovencev do samomora so v letih, za katera smo pridobili podatke (SJM 1999, SJM 2005, SJM 2008 in SJM 2011), ostala praktično nespremenjena. Med 9,4 % leta 2008 in 15,4 % Slovencev leta 2005 meni, da je samomor vedno opravičljiv. V obravnavanem časovnem obdobju pa je delež vprašanih, ki meni, da samomora ne moremo nikoli opravičiti, okoli 60 odstoten. Stališča Evropejcev, ki so zajeta v Evropski raziskavi vrednot (European Values Study 2008), kažejo, da za med 55,1 % vprašanih na Švedskem in 98,3 % na Kosovu meni, da samomor ni nikoli opravičljiv. Na drugi strani pa med 26,2 % vprašanih (Švedska) in 0,1 % (Gruzija) meni, da je samomor vedno opravičljiv.

Na podlagi zbranih podatkov za leto 2008 (Malnar et al. 2008) ugotavljamo, da med moškimi in ženskami obstajajo statistično značilne razlike glede njihovih stališč do opravičljivosti samomora ($t = 3,119$; $g = 1261,491$, $p = 0,003$). Moški ($M = 4,06$; $SD = 10,742$) menijo, da je samomor manj opravičljiv kot ženske ($M = 6,46$; $SD = 17,069$).

Po zadnjih dostopnih podatkih OECD (2014–2016) smo Slovenci po samomorilnosti izmed vseh držav na tretjem mestu, takoj za Južno Korejo (28,5 samomomorov na 100.000 prebivalcev) in Litvo (26,7 samomomorov na 100.000 prebivalcev); (OECD, stopnja samomorilnosti, 2019). V Evropi je Slovenija, po podatkih za leto 2016, po številu samomorov prav tako na visokem drugem mestu (20,72 samomora na 1000.000 prebivalcev), takoj za Litvo s 30,28 samomori na 100.000 prebivalcev (Eurostat, 2015).

ŠTEVILO SAMOMOROV NA 100.000 PREBIVALCEV V EVROPI, V LETU 2015

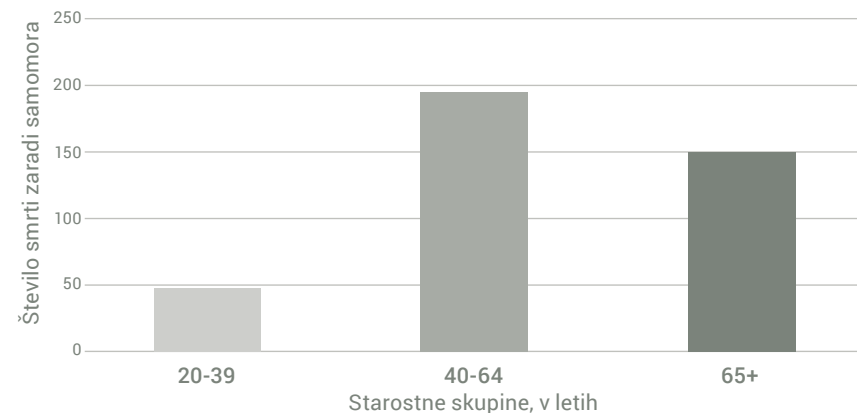


Graf 3: Število samomorov na 100.000 prebivalcev v Evropi v letu 2015
Vir: (Eurostat, 2015)

3.4 DEPRESIJA IN STAREJŠI ODRASLI

Po podatkih iz ZDA depresija prevladuje pri populaciji, starejši od 65 let. Ocenjuje se, da zanjo v ZDA trpi med 15 in 19 %. Vpliva na kvaliteto življenja in je tudi pogost motiv za samomor. V letu 2007 je bilo med starejšimi od 65 let 14 smrti (na 1000 umrlih) posledica samomora, sicer pa je v splošni populaciji zaradi samomora samo 11 na 1000 umrlih (Cahoon, Depression in Older Adults, 2012). Podatki Svetovne zdravstvene organizacije razkrivajo podoben trend (Rodda et al., 2011), medtem ko podatki Statističnega urada Republike Slovenije kažejo, da je v letu 2017 (zadnji dostopni podatki) za posledicami samomora umrlo 412 oseb; največ je pripadnikov starostne skupine med 40. in 64. letom (Statistični urad Republike Slovenije, 2018). Podatke smo prikazali v Grafikonu številka 4.

ŠTEVILO SMRTI ZARADI SAMOMORA V SLOVENIJI, v letu 2017 (SURS)



Graf 4: Število smrti zaradi samomora v letu 2017
Vir: (Statistični urad Republike Slovenije, 2018)

Stroški zdravljenja depresije predstavljajo velik delež vseh stroškov zdravljenja. Projekcije kažejo, da bo do leta 2030 depresija vodilni vzrok zdravstvenega bremena srednje in najbolj bogatih držav na svetu. Depresija pri starejših od 65. leta je pogosto povezana z višjo umrljivostjo, slabšimi izidi zdravljenja in invalidnostjo. Zdravljenje je tako pri mladih kot starejših bolnikih lahko uspešno, vendar je pri starejših prepoznano premalo pogosto in se tudi zdravi v manjši meri kot pri mlajših bolnikih. Starejši, ki zaradi depresije poskusijo narediti samomor, so pri tem uspešnejši kot mladi. Depresivnost se pogosto pojavlja skupaj z boleznijo oz. kot njena posledica, ki prizadene možgane – vključno z demenco, kapjo in Parkinsonovo boleznijo, pa tudi kroničnimi boleznimi, kot so kardiovaskularne bolezni in diabetes. Starejši odrasli pri sebi ne prepoznajo simptomov depresije, zato tudi manj pogosto poiščejo zdravstveno oskrbo (Rodda et al. 2011).

Zanimivi so podatki iz ameriške raziskave, ki je pokazala na pozitiven vpliv »zelenega okolja«, torej prisotnosti zelenih površin v stanovanjskih delih mest. Prisotnost zelenih površin pozitivno vpliva, še posebej na starejše ženske, saj je povezana s preprečevanjem razvoja depresije. Raziskava žal ni pokazala na povezavo med zelenimi površinami in fizično aktivnostjo ter socialnimi stiki. Zelene površine vplivajo na izboljšanje zdravja in socialno pravičnost, pa tudi na boj proti podnebnim spremembam (Banay et al. 2019). Lokalne skupnosti, podjetja in druge organizacije lahko s širjenjem zelenih površin torej pomembno prispevajo k izboljšanju zdravja starejših.

4

PSIHOLOŠKI VIDIK DEPRESIJE

Depresivna epizoda pomeni, da posameznik občuti določeno število depresivnih simptomov v določenem časovnem obdobju. Remisija je točka, kjer se epizoda konča oz. ko posameznik več ne zadostuje kriterijem za epizodo. Remisija je lahko delna (kjer posameznik še vedno občuti določen delež simptomov) ali popolna (kjer posameznik ne zadostuje kriterijem za depresijo ter ne občuti niti najmanjših simptomov). Depresijo lahko ocenjujemo z več načini in pripomočki, običajno pa se uporabljajo diagnostični intervjuji – eden izmed njih je diagnostični intervju, kjer se diagnoza določi na podlagi priročnika (priročnik DSM – Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj). Uporabljajo pa se tudi različne lestvice (Hamiltonova lestvica depresije) in vprašalniki (Beckov vprašalnik depresivnosti – BDI) (Gotlib & Hammen, 2010).

4.1 RAZLIKA MED KRONIČNO IN NE-KRONIČNO DEPRESIJO

Pri osebah s kronično depresijo se ta pogosteje pojavi prej, ima višje stopnje komorbidnosti z anksioznostimi in osebnostnimi motnjami, bolj ekstremne osebne značilnosti (nevroticizem) in višjo stopnjo nekaterih kognitivnih pristranskosti ter višjo stopnjo samomorilnosti kot pri osebah z ne-kronično depresijo. Prav tako osebe s kronično depresijo poročajo o neprimerni vzgoji in večji problematiki v obdobju otroštva kot osebe z ne-kronično obliko. Razlika med kronično in ne-kronično obliko je tudi v načinu zdravljenja: kronična oblika zahteva dolgotrajnejše zdravljenje s farmakoterapijo in doseže boljše učinke s kombiniranjem farmakoterapije in psihoterapije v primerjavi z ne-kronično obliko depresije.

DSM-IV loči distimijo na zgodnji začetek (pred 21 letom) in na kasnejši začetek (po 21 letu). Zgodnji začetek je povezan z anksioznostnimi motnjami, osebnostnimi motnjami, večjimi problemi v otroštvu, močnejšo zgodovino razpoloženskih motenj v družini in višjo nevroendokrino disregulacijo; kasnejši začetek distimije pa je pogosteje povezan s stresnim življenjem, predvsem s stresorji, ki so povezani z zdravstvenimi motnjami ali boleznimi bližjih (Klein D. N., 2010).

4.2 POZNA STAROST IN DEPRESIJA

Depresija v obdobju poznega starosti je depresija, ki se pojavi po 60 letu starosti in je dokaj heterogen sindrom. Povezana je z resnimi zdravstvenimi tveganji, kot so višje tveganje za samomor, fizična ne-zmožnost in slabša kvaliteta življenja.

Depresivni simptomi se delijo na somatske (spremembe apetita in spanja) in kognitivne simptome (žalost, pesimizem). V primerjavi s populacijo mlajših odraslih imajo starejši odrasli več simptomov iz somatske skupine. Raziskave so odkrile, da so somatski in kognitivni simptomi povezani z induktivnim sklepanjem, somatski so povezani z nizko hitrostjo procesiranja in pozitivno povezani z izvršilnimi funkcijami (Wei, in drugi, 2019).

Depresija v poznem starejšem obdobju je povezana z višjo stopnjo smrtnosti, povišano možnostjo za samomor, zmanjšanim fizičnim, kognitivnim in socialnim funkcioniranjem, ter zanemarjanjem skrbi zase (Blazer, 2003; v (Fiske, Loebach Wetherell & Gatz, 363–389), vendar pa se hkrati pojavlja med starejšimi manj depresije kot pa med mlajšimi. Posamezniki, ki se v obdobju pozne odraslosti prvič soočajo z depresijo, imajo večjo možnost za srčno-žilne bolezni, čeprav tega niso potrdile vse študije. Prav tako bi naj bolniki imeli več kognitivnih deficitov, še posebej deficite izvršilnih funkcij, in imajo večjo možnost za razvoj demence. Prav tako se pojavijo tudi fizične spremembe možganov. Del oseb, ki imajo depresijo v poznem starejšem obdobju, bi naj zbolel za demenco ali drugo boleznijo, ki vpliva na kognitivne funkcije.

Ženske doživljajo
več motenj apetita,
moški več razdražljivosti.

Pri starejših bolnikih se redkeje kot pri mlajših bolnikih pojavljajo kognitivno-afektivni simptomi depresije: disforija in občutki ničvrednosti ter sramu. Pogostejši v starejšem obdobju pa so naslednji simptomi: motnje spanja, utrujenost, psihomotorična utrujenost, pomanjkanje volje do življenja in občutki brezupa ob misli na prihodnost. Razlike se pojavijo tudi glede na spol: ženske doživljajo več motenj apetita, moški več razdražljivosti. V starejšem obdobju se pojavlja tudi sindrom izčrpanosti in depresivno-izvršilni disfunkcionalni sindrom – kaže se kot motnja kognitivne aktivnosti, običajno pri besedni fluentnosti, poimenovanju in perservaciji. Prav tako ta sindrom zajema psihomotorično upočasnjeno in anhedonijo (Fiske, Loebach Wetherell, & Gatz, 363–389). Anesty in sodelavci (2007, v (Wu, Schimmele, & Chappell, 2012)) so preučevali spremembe v depresiji med avstralskimi starostniki, kjer so ugotovili, da je več kot polovica variabilnosti depresije pojasnjena z medosebnimi spremembami, medtem ko je manjši del variabilnosti pojasnjen z notranjimi vzroki sprememb posameznika. Večji vpliv te povezave med starostjo in depresijo se kaže pri ženskem spolu in osebah z nizko stopnjo izobrazbe. Tudi Rotehrmund in Brandtstädter (2003, v Wu, Schimmele, & Chappell, 2012) sta odkrila povezavo med starostjo in depresijo, vendar pa sta opisala dve različni fazi depresivne simptomatike v obdobju pozne starosti. V prvi fazi se starostnik prilagodi na običajne izgube, ki pridejo s staranjem (poslabšano zdravstveno stanje); v drugi fazi (po 70 letu starosti) pa so izguba in ostali faktorji tako močni, da načnejo njihove sposobnosti spopadanja, kar vodi do povečanja depresivne simptomatike.

Depresija v poznem starejšem obdobju je povezana z višjo stopnjo smrtnosti, povišano možnostjo za samomor, zmanjšanim fizičnim, kognitivnim in socialnim funkcioniranjem, ter zanemarjanjem skrbi zase.

4.3 OBDOBJE ADOLESCENCE IN DEPRESIJA

Eden izmed vzrokov za pojav depresije v obdobju adolescence je pomanjkanje samoučinkovitosti (sem spadajo mehanizmi, ki vključujejo nezmožnost doseganja pričakovanih standardov drugih, omejena kontrola nad negativnimi mislimi, oškodovan razvoj podpornega socialnega omrežja).

KO SO SOOČENI S STRESORJEM, SE POSAMEZNIKI Z NIZKO UČINKOVITOSTJO HITRO PREDAJO, PRIPISJEJO NEUSPEH NOTRANJIM DEJAVNIKOV IN OBČUTIJO POVIŠANE SIMPTOME ANKSIOZNOSTI TER DEPRESIJE.

Psihološki koncept nizke samoučinkovitosti je povezan s Seligmanovo teorijo naučene nemoči, Beckovo kognitivno teorijo depresije in Lewinsohnovim modelom, kjer sta samopercepcija in samoocena mediatorja adolescenčne depresije. Veliko raziskav je pokazalo povezavo med nizko učinkovitostjo in depresivno simptomatiko (študije, kot so: Gondoli in Silverberg, 1997; Howel, idr., 2006, Jones in Prinz, 2005), zato so razvili dve lestvici samoučinkovitosti za spopadanje in uravnavanje depresivnih simptomov v populaciji klinično depresivnih odraslih. V eni izmed longitudinalnih študij (Perraud idr., 2006, v Gordon, Tonge, & Melvin, 2012) so ugotovili, da so odrasli z nizko depresivno samoučinkovitostjo ob odhodu iz psihiatrične bolnišnice imeli večjo verjetnost, da se bodo ponovno vrnili na oddelek po 6 do 8 tednih. Prav tako so odkrili, da je nizka samoučinkovitost eden izmed pomembnih faktorjev, ki vplivajo na relaps depresije.

Adolescenti so običajno tisti, ki sami ugotovijo, da je z njimi nekaj narobe oziroma da so depresivni, saj ne vedo, ali je njihovo počutje normalno ali pa bi lahko šlo za večji problem. Starši in ostali odrasli lahko namreč določena vedenja in občutke pripišejo normalnemu odraščanju. Depresija se med mladostniki običajno pojavi v obliki klinične depresije, distimije, bipolarnih motenj, anksioznih motenj in obsesivno-kompulzivnih motenj. V obdobju adolescence se pojavljajo tudi tvegana vedenja – zloraba alkohola in drog, ki negativno vplivajo na depresijo. Osebam se morda zdi, da se počutijo boljše, ko uživajo alkohol ali droge, vendar je ta občutek začasen. Zloraba drog ter alkohola lahko celo poglobi depresijo, jo sproži, povzroči znake in simptome, ki so podobni depresiji, ali pa prikrije znake depresije (Cobain, 2008).

4.10 TEHNIKE SPROŠČANJA IN DEPRESIJA

KOT NAČIN ZDRAVLJENJA DEPRESIJE SO PRIPOROČANI ANTIDEPRESIVI, KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA IN MEDOSEBNA PSIHOTERAPIJA, Vendar obstaja velika razlika med tem, kaj se priporoča kot način zdravljenja, in tem, kaj bolniki z depresijo dejansko dobi.

Kohn (2004, v Jorm, Morgan, & Hetrick, 2008) je glede na podatke v raziskavi ugotovil, da večina ljudi z depresijo ne dobi profesionalne pomoči oziroma da odlagajo iskanje pomoči. Za takšno ravnanje je lahko vzrok v negativnih prepričanjih javnosti do uporabe antidepressivov, bolj so sprejete oblike psihoterapije, za katere pa je potrebno veliko časa in pravilni izvajalci (strokovnjaki, licencirani terapevti). Posledično se zato oboleli za depresijo pogosto poslužujejo drugih oblik za izboljšanje depresije; ena izmed teh oblik so tehnike sproščanja. Jorm (2002, v Jorm, Morgan, & Hetrick, 2008) je naredil kvalitativno raziskavo, kjer je ugotovil, da so lahko tehnike sproščanja podobno učinkovite kot ostale tehnike – pojasnitev za to je lahko placebo učinek. Prav tako je Parker (2007, v Jorm, Morgan, & Hetrick, 2008) ugotovil, da so osebe z diagnosticirano klinično depresijo ocenile tehnike sporočanja kot koristne in učinkovite. Kot tehnike sproščanja se lahko uporabi progresivno mišično sproščanje, avtogeni trening, uporaba vizualizacije in imaginacije ter različne prakse meditacije in joge. Podatki metaštudije so pokazali, da je relaksacijski trening koristnejši pri zmanjšanju samoocenjenevanja depresivne simptomatike kot minimalno ali nobeno zdravljenje. Žal pa niso ugotovili jasnih razlik pri osebah, ki so se zdravile z antidepressivi, ter tistimi, ki so uporabljali antidepressive in antistresne tehnike. Khumar in sodelavci (1993, v Jorm, Morgan in Hetrick, 2008) so preučevali vpliv shavasane (oblika joge, kjer se menjujeta ritmično dihanje in relaksacija) na populaciji 50 žensk z depresijo. V eksperimentalni skupini so se pokazali učinki intervencije, in sicer z zmanjšanjem depresije. Depresijo so preverjali na začetku, sredini in ob koncu intervencije. Pokazala se je signifikantna razlika med skupinama že na sredini in tudi na koncu merjenja. Tudi ostale raziskave, ki so preučevale vpliv joge na depresijo, so pokazale podobne učinke – joga je lahko koristna za zmanjšanje depresije. Joga prav tako tudi nima veliko negativnih učinkov in je dokaj splošno priznana (Ramaratnam and Sridharan, 2000, v Pilkington, Kirkwood, Rames, & Richardson, 2005), vendar je potrebno še veliko raziskav na tem področju.



Oboleli za depresijo se pogosto poslužujejo drugih oblik za izboljšanje depresije; ena izmed teh oblik so **TEHNIKE SPROŠČANJA.**

4.11.2 Kako zmanjšati možnost za depresijo?

Spočijte se. Zaradi stresa, ki je vsakodnevno prisoten v našem življenju, smo pogosto preveč utrujeni in nenaspani, zato je potrebno, da si vzamemo čas za spanje. Ni pa pomembna samo količina spanca, ampak tudi njegova kvaliteta. Koristno je, da gremo vsak dan spat ob isti (primerni) uri, da vsaj nekaj ur pred spanjem ne jemo ter da se zjutraj izpostavimo svežemu zraku. Priporočena količina spanja za odraslo osebo je med 7 in 9 ur spanca na noč.

Bodite fizično aktivni, vsaj 150 minut na teden. Telovadba pripomore k boljšemu fizičnemu in psihičnemu počutju. Priporočamo, da izberete skupinsko vadbo ali skupinski šport, saj boste tako tudi v stiku z ljudmi.

Družite se z ljudmi, ki so vam blizu. Priporočamo, da se vključite v kakšno prostovoljno dejavnost ter kvalitetno preživljate čas s prijatelji in družino. Lahko se udeležite tudi kakšnih delavnic.

Vodite dnevnik. Beleženje dobrih in pozitivnih stvari, ki so se vam zgodile čez dan, pripomore k boljšemu psihičnemu počutju. Lahko zapišete samo eno lepo stvar, ki se vam je zgodila, priporočeno pa je tudi več.

Prehranjajte se pravilno in zdravo. Prehrana, ki je polnovredna in bogata z vitamini, pripomore k boljšemu fizičnemu počutju in posledično zmanjšuje možnost za nastanek depresije. Prehrana, ki je mastna in polna nasičenih maščob ter enostavnih ogljikovih hidratov, nas upočasni in poslabša naše zdravje.

Zmanjšajte količino stresa. Ko smo pod stresom, se počutimo slabše in stres lahko vodi k nastanku depresije. Za odpravo stresa priporočamo tehnike sproščanja, kot so trebušno dihanje, avtogeni trening ali progresivno mišično sproščanje. Prav tako pomagata tudi joga in meditacija.

Če mislite na samomor, imate narejen načrt ali ste ga že poskušali narediti, je potrebna nujna ambulantna pomoč - pokličite 112, ali odidite v bolnišnico z nujno napotnico osebnega zdravnika.

Če pri sebi opazujete simptome depresije, ki se vam pojavljajo v zadnjih 14 dneh ter pomembno vplivajo in ovirajo vaše vsakdanje življenje, potem se lahko obrnete na naslednje ponudnike pomoči.

Za odrasle:

- x **Zaupni telefon Samarijan in Sopotnik**
116 123
- x **ŽIV? ŽIV!**
<http://zivziv.si/>
- x **Posvet - Center za psihološko svetovanje**
<http://www.posvet.org/>
- x **Spletna stran Nacionalnega Inštituta za javno zdravje**
www.nijz.si
- x **Univerzitetni klinični center Maribor,**
Oddelek za psihiatrijo **02/ 321 11 33**
- x **Svetovalnica:**
»Pogovori se s študentom psihologije«
svetovalnica.dspm@gmail.com

Za otroke in mladostnike:

- x **Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše**
(Ljubljana, Maribor, Koper, Novo mesto)
- x **TO SEM JAZ**
<http://www.tosemjaz.net>
- x **Telefon TOM**
116 111
- x **Center Šteker**
<http://steker.indijanez.si/>
- x **Zdravstveni dom Maribor,**
Dispanzer za pedopsihiatrijo **02/ 22 86 354**
- x **Univerzitetni klinični center Maribor,**
Klinika za pediatrijo,
Ambulanta za pedopsihiatrijo **02 / 321-21-10**



5 EKONOMSKI VIDIK DEPRESIJE



5.1 KAKO DEFINIRAMO DEPRESIJO NA DELU?

Pod besedo depresija definiramo psihično bolezen, za katero so v prvi vrsti značilne motnje na področju razpoloženja in čustvovanja oziroma spremembe na vedenjskem in miselnem področju. Natančneje je depresija bolezen, pri kateri je moteno delovanje kemičnih prenašalcev, zato je pomembno osvestiti, kako zelo zmotno je prepričanje, da za depresijo zbolijo le posamezniki, ki so leni ali šibki, saj za depresijo lahko zbolijo prav vsakdo – moški, ženske, tudi otroci. Običajno so to celo nadpovprečno prizadevni ljudje, ki delajo v izjemno stresnih razmerah ter kažejo veliko empatije do svojih sodelavcev (Nolimal, 2019 a).

5.2 ZAKAJ LAHKO POSAMEZNIK ZBOLI ZA DEPRESIJO NA DELU?

Depresija lahko prizadene moške in ženske katerekoli starosti in izobrazbe, v katerikoli službi. Vsakdo lahko trpi zaradi depresije pri delu, ne glede na to, ali je vodstveni delavec, strokovnjak, tehnik ali delavec v proizvodnji. Z njo se spopadajo ljudje po celem svetu, še posebej v industrializiranih državah. Najpogosteje ljudje obolevajo med 24 in 44 letom, torej v obdobju, ko so zaposleni.

Na delovnem mestu namreč preživimo precejšnji del življenja, zato ni vseeno, kako se tam počutimo. Na naše psihično in telesno počutje vpliva veliko različnih dejavnikov, nekateri so zelo oprijemljivi (kakovost zraka, temperatura, hrup), pri nekaterih drugih pa včasih niti ne vemo, da vplivajo na nas (težave v komunikaciji in odnosih, narava dela, zahtevnost delovnega mesta s stopnjo avtonomije ipd.) (Moj psihoterapevt.si, 2019).

Zdravniki opozarjajo, da je več kot polovica primerov obiskov v ambulanti splošnega zdravnika povezana z dolgotrajnim stresom na delovnem mestu, h kateremu največ prispevajo pretirane delovne zahteve, preutrujenost, nepotrebno oviranje dela, pomanjkanje potrebnih informacij za izvedbo nalog, pomanjkljivo definirane vloge v procesu dela ter slaba organizacija dela, kjer zaposleni ne vidijo svojega prispevka in smisla pri delu. Primanjkuje jim motivacije za delo ter podpore in priznanja sodelavcev, posebej vodij – ali pa se nad najbolj ranljivimi posamezniki izvaja nasilje v obliki zastrahovanja, groženj z odpuščanjem ipd. Vse to so organizacijski dejavniki tveganja za depresijo, ki prispevajo k slabšanju počutja in duševnega zdravja pri vseh zaposlenih (Nolimal, 2019 b).

Dovzetnost posameznika na omenjene dejavnike je različna, nismo vsi na enak način dojemljivi za depresijo oziroma se na stres na delovnem mestu ne odzivamo enako. V nekem delovnem okolju so lahko vsi zaposleni izpostavljeni hudim

časovnim pritiskom, so preobremenjeni z delom, izpostavljeni ustrahovanju ali slabim medsebojnim odnosom. Depresija pa se bo pojavila samo pri nekaterih posameznikih, ki so nagnjeni k razvoju te bolezni, pri drugih pa se bodo morda razvile psihosomatske motnje, kot so rane na prebavilih, kronični glavoboli, povišan krvni tlak ipd. Razumevanje in spoprijemanje organizacije z depresijo zaposlenega ni preprosto, saj so vzroki običajno prepleteni in težko je določiti, kateri dejavnik pri posamezniku bolj izstopa – biološki (te lahko zdravimo z antidepressivi), psihološki ali socialni. Do neke stopnje pa lahko gre tudi za genetski potencial (Moj psihoterapevt.si, 2019).

5.3 KAKO PREPOZNATI DEPRESIJO NA DELU

Depresija je razpoloženska motnja, ki vpliva na telo (apetit, spanec), razpoloženje in misli (posameznikov pogled nase), kar se kaže na več načinov, npr. oseba z depresivno motnjo ima večkrat občutek, da ne zmore niti osnovnih zadolžitvev, pojavi se izčrpanost, apatija, težave s koncentracijo, težave pri odločanju, zmanjšana delovna učinkovitost, posledično pa se pojavijo težave v odnosih z nadrejenimi in s sodelavci. Simptomi depresije se razlikujejo od osebe do osebe, odvisni pa so tudi od težavnosti depresije. Trajati morajo vsaj dva tedna, da lahko govorimo o depresivni epizodi. Polna slika hude depresije se navadno razvije v več mesecih. V podjetju takrat običajno pride tudi do večjega koriščenja bolniških odsotnosti, na daljši rok pa do zmanjšanja produktivnosti oziroma dobička podjetja (Nolimal, 2019 b).

Opozorilni simptomi in znaki depresije na delovnem mestu se pri posamezniku kažejo kot (Moj psihoterapevt.si, 2019):

- x čustveni odzivi: spremembe v razpoloženju ali obnašanju, težave s spanjem, težave v odnosih (s sodelavci in nadrejenimi), razdražljivost;
- x težave pri razmišljanju: težave s koncentracijo, s spominjanjem, s sprejemanjem odločitev (neodločnost), z uspešnim opravljanjem dela; občutek neobvladovanja dela;
- x dvom o sebi in svojih sposobnostih, izogibanje delovnim nalogam, nezadovoljstvo na delovnem mestu;
- x pretirana raba psihoaktivnih snovi in poživil (tobaka, alkohola, tudi poseganje po drogah);
- x različne telesne težave (glavobol, bolečine), težave z zdravjem (pogosta obolevanja) in posledično tudi pogosto izostajanje z dela.

Depresija je lahko tako huda, da prizadeti ne prepozna vseh simptomov, pogosto pa simptome skriva, ker ga je sram in morda še upa, da se bo stanje popravilo samo od sebe. Prav zato je mnogo simptomov depresije prepoznanih šele, ko oseba prične z zdravljenjem.

Ni težko prepoznati simptomov hudih depresij. Bistveno težje je prepoznati omenjene duševne motnje v lažji obliki. V vsakem primeru pa je pomembno, da prizadeta oseba in svojci – v delovnem okolju pa nadrejeni in sodelavci – opazijo simptome depresije in ustrezno ukrepajo. Ker se depresija rada ponavlja na podoben način, je pomembno, da vsi deležniki pojavljanje simptomov in vrstni red simptomov pravočasno prepoznajo (Nolimal, 2019 b).

5.4 ALGORITEMSKI PRISTOP ZA PREPOZNAVANJE DEPRESIJE NA DELU

Za merjenje duševnih motenj strokovnjaki uporabljajo algoritemski pristop, ki je še posebej uporaben pri prepoznavanju blagih oblik bolezni. Omogoča razmejiti posamezne simptome, jih razvrstiti in prešteti. Ocena posameznih simptomov ostaja sicer še vedno subjektivna, odvisna od osebnih izkušenj in stališč, možnost napak pa je ob takem načinu prepoznavanja motnje vendarle manjša.

Za postavitev diagnoze je glede na klasifikacijo algoritemskega pristopa potrebna skoraj vsakodnevna prisotnost vsaj petih simptomov izmed naslednjih devetih (Nolimal, 2019 b):

- x depresivno razpoloženje (depresivnost);
- x zmanjšanje zanimanja in/ali veselja do dela oz. življenja nasploh;
- x spremembe v apetitu – zmanjšanje telesne teže (5 odstotkov) ali povečanje telesne teže;
- x nespečnost ali prekomerna zaspanost;
- x spremembe večine aktivnosti (psihomotorna upočasnitev ali nemir);
- x utrudljivost ali oslabitev življenjske energije;
- x občutki ničvrednosti, nesposobnosti, krivde;
- x zmanjšana sposobnost mišljenja in/ali koncentracije in/ali odločanja;
- x ponavljajoče se misli o smrti, samomorilne misli ali načrtovanje in poskusi samomora.

Sodobna klasifikacija bolezni opredeljuje depresije kot blage, zmerne in hude ter kot posamezne ali rekurentne epizode, pri hudih oblikah pa je možna še dodatna oznaka glede prisotnosti ali odsotnosti psihotičnih simptomov (Nolimal, 2019 b).

5.4.1 Kako pogosto se srečujemo s problemom depresije na delovnem mestu?

Depresija je dandanes ena najpogostejših psihičnih motenj, ki se pojavljajo na delovnem mestu. Zaradi nje po vsem svetu trpi vsaj 350 milijonov ljudi. Prevalenca depresije je zelo visoka in je glede na ostale psihične bolezni (poleg anksioznosti) najpogostejši razlog za izostanek iz službe. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) napoveduje, da bo depresija kmalu drugi najpogostejši vzrok za nezmožnost dela, takoj za srčnimi boleznimi.

Različne evropske raziskave kažejo, da ima to motnjo med 20 do 25 % zaposlenih prebivalcev, pri čemer polovica vseh depresivnih epizod ostane nezdravljenih. Zaradi depresije v EU vsako leto izgubimo na desetisoče delovnih dni in imamo skoraj sto milijard evrov stroškov.

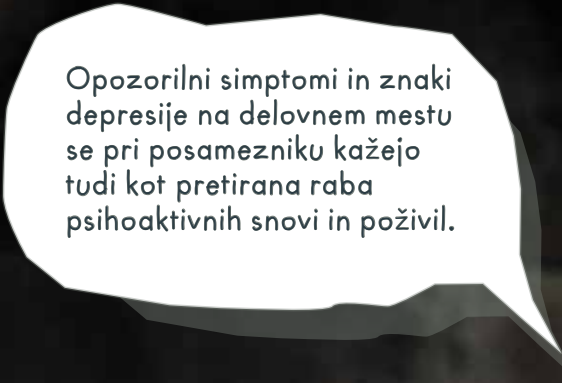
Na podlagi podatkov, ki jih navaja tuja literatura, sklepamo, da v posameznih državah v Evropi vsaj enkrat v življenju za depresijo zbolijo od 10 do 25 % žensk in od 5 do 12 % moških.

Bolezen pa ni problem le v tujini, temveč je tudi v Sloveniji najpogostejša med duševnimi in vedenjskimi motnjami, ki v času krize narašča. Grobe ocene kažejo, da ima vsaj enkrat v življenju več kot polovica prebivalcev blažje oblike te motnje ter da približno 10 % ljudi, ki pridejo k zdravniku zaradi telesnih težav, v ozadju verjetno trpi za depresijo. Ob tem je potrebno dodati, da ima Slovenija tudi enega višjih količnikov zasvojenosti z alkoholom in samomorilnostjo, ki ju v ozadju lahko povezujemo z depresijo.

Po nekaterih raziskavah zaposleni v nobeni drugi novi članici EU niso tako nezadovoljni z razmerami na delovnem mestu kakor v Sloveniji. Več kakor tretjina zaposlenih je namreč izjavila, da delajo v slabih razmerah, imajo težave z motivacijo za delo in posledično s produktivnostjo (Nolimal, 2019 a).

5.4.2 Kako pomembno je osveščanje ljudi s problemom depresije na delovnem mestu?

Kot že omenjeno, je depresija ena izmed najpogostejših duševnih motenj, ki pogosto ostane nevidna oziroma skrita. Pomembno se je zavedati, da depresija bistveno poslabša posameznikovo kvaliteto življenja in je pomemben dejavnik tveganja za samomor. Če želimo zmanjšati razsežnost problema, si moramo prizadevati za boljše prepoznavanje in diagnosticiranje oseb z depresivno motnjo, saj je lahko zdravljenje, če depresijo odkrijemo dovolj zgodaj, zelo učinkovito. K temu pa seveda lahko veliko prispevajo ozaveščeni delodajalci in zaposleni, če pri prizadetem sodelavcu pravočasno opazijo simptome depresije in znajo tudi ustrezno ukrepati (Russinova, Z., Griffin, S., Blocha, P., Wewiorskic, N. J. in Rosoklijad, I., 2011).



Opozorilni simptomi in znaki depresije na delovnem mestu se pri posamezniku kažejo tudi kot pretirana raba psihoaktivnih snovi in poživil.

5.5 POSLEDICE DEPRESIJE

5.5.1 Posledice za posameznika

V sodobnem času postaja duševno zdravje zaposlenih vse večji izziv za organizacije, kjer so ti zaposleni. Posamezniki na delovnem mestu preživijo precejšen del svojega življenja, zato bi lahko rekli, da delovno mesto pomembno vpliva na zdravje in počutje posameznika. Delovno mesto je lahko dejavnik dobrega duševnega zdravja, lahko pa ima tudi močan negativni vpliv na počutje in zdravje zaposlenega (Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine, 2015).

Dobro počutje in zdravje sta tako rekoč osnova za dobro in uspešno delo – torej imata velik pomen tako za zaposlenega kot tudi za organizacijo. Skrb za izboljševanje in vzdrževanje zdravja zaposlenih je izrednega pomena, saj podjetje na tak način doseže, da so ti v delovnem okolju bolj produktivni, ustvarjalni, redkeje odsotni in navsezadnje zvesti organizaciji oziroma delodajalcu. Zdravi in zadovoljni delavci v varnem in dobrem delovnem okolju so ključ do uspeha organizacije. Pomembno je tudi preventivno delovanje in ozaveščanje o pomenu zdravja (Ministrstvo za zdravje, 2019).

Duševne bolezni, znotraj katerih se pogosto obravnava tudi depresija, prinašajo vrsto slabih posledic tako za organizacije, odnose na delovnem mestu kot tudi za posameznike (Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine, 2015).

5.5.2 Posledice in simptomi depresije v odnosih med zaposlenimi

V kolikor pride do pojava depresije znotraj nekega delovnega mesta, je poleg posledic za organizacijo in zaposlenega, pri katerem se je pojavila ta motnja, prizadeto tudi splošno vzdušje celotnega kolektiva. Nenadoma imajo težave z vključevanjem v socialno skupnost, dajejo občutek oddaljenosti, zmanjšajo stike s sodelavci ter se zapletajo v konflikte s člani delovne skupine/nadrejenim. Velikokrat pride do situacije, ko preprosto izgubijo zaupanje v sodelavce (NIJZ, 2017).

Depresija je dandanes ena najpogostejših psihičnih motenj, ki se pojavljajo na delovnem mestu.

5.6 OD STRESA IN IZGORELOSTI DO DEPRESIJE

5.6.1 Stres

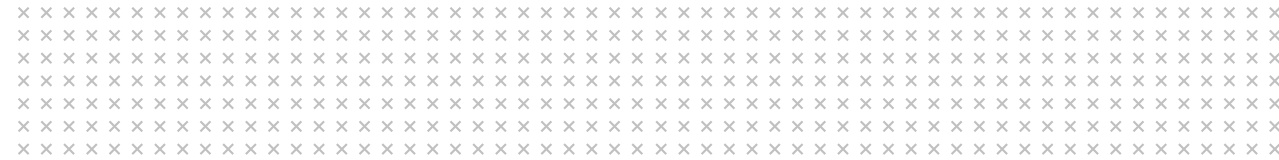
V sodobnem času je stres ena najpogostejših težav, ki se pojavijo v povezavi s službo, in predstavlja eno največji zdravju škodljivih nevarnosti. Vsako delovno mesto s seboj prinese precej različnih virov/dejavnikov, ki sčasoma razvijejo stres. O stresu na delovnem mestu govorimo takrat, kadar zahteve delovnega mesta niso primerne zmoglostim zaposlenega, torej kadar preprosto ne moremo zadovoljiti zahtev delovnega mesta. Poenostavljeno bi lahko rekli, da je stres na delovnem mestu odvisen od tega, ali smo zadovoljni z delom, ki ga opravljamo, z delovnim okoljem, v katerem delamo, in od odnosov, ki se razvijejo s sodelavci (Moj psihoterapevt.si, 2019).

Med najpogostejšimi dejavniki, ki pripomorejo k razvoju stresa na delovnem mestu, so zagotovo:

- x vrsta zaposlitve (poznamo bolj in manj stresne zaposlitve),
- x prevelika ali premajhna obremenjenost,
- x odgovornost za druge zaposlene,
- x delovne razmere (v kolikor so te neprimerne ali nevarne, lahko vplivajo na zdravje in posledično delujejo kot stresor – hrup, neugodno toplotno okolje, nevarne snovi in podobno),
- x organizacijska struktura (razna preverjanja in nadzori),
- x slabi odnosi med zaposlenimi,
- x politika delodajalca,
- x nezadovoljstvo s kariero (slabe možnosti za napredovanje, prenizko plačilo, strah pred izgubo zaposlitve, ugled),
- x prekomeren in dolgotrajen časovni pritisk,
- x preveč podaljšan delovni čas,
- x premeščanje na druga delovna mesta itd. (Treven, Potočan, & Kovač, 2005).

Navadno se stres opredeljuje kot nekaj slabega, a vedno temu ni tako. Lahko je namreč tudi koristen, in sicer v primerih, pri katerih ljudje obveznosti zaznavajo kot izziv in jim stres predstavlja neko spodbudno občutje (Krajc, Burdian, doc. dr. Voglar, & izd. prof. dr. Šarabon, 2018).

Koristi se kažejo tudi v obliki pritiska, saj bi bila učinkovitost dela brez pritiskov, ki so povezani z roki, brez zahtev, pričakovanj in lastne motivacije mnogo manjša. Organizacija je tista, ki mora skrbeti za vzdrževanje optimalnega nivoja stresa, kar pomeni, da ga mora spodbuditi, če ga je premalo, in omejiti, če se pojavlja v prevelikem obsegu. Dolgotrajno doživljanje prekomernega stresa lahko vodi do izgorelosti, kronične utrujenosti, duševnih motenj (h katerim spada tudi depresija) in do drugih zdravstvenih težav (Moj psihoterapevt.si, 2019).



Kaj lahko naredi podjetje in kaj zaposleni, da se izboljša počutje zaposlenih na delovnem mestu?

Dejstvo je, da se zaposleni na delovnem mestu vsakodnevno srečujejo s situacijami, ki jih spravljajo v napet in stresen položaj. Take situacije seveda vplivajo na voljo do dela ter na počutje zaposlenih. Če se zaposleni na delovnem mestu ne počutijo dobro, nimajo motivacije za delo, je velikokrat tudi delo opravljeno slabše, kot bi lahko bilo. Mnogo podjetnikov pa zatrjuje, da so zadovoljni zaposleni ključ do uspeha podjetja. Najprej pogledjmo dejstva.

V raziskavi, ki jo je opravil Edmans (2012), je ugotovil, da so ameriška podjetja, ki se uvrščajo med 100 najboljših podjetij za delo v Ameriki, ustvarila med 2,3 % in 3,5 % višje donose na delnico kot ostala primerljiva podjetja.

Zelenski, Murphy in Jenkins (2008) so v svoji raziskavi prav tako preverjali, ali med počutjem zaposlenih in produktivnostjo obstajajo povezave. Ugotovili so, da obstajajo močne korelacije, in sicer so srečnejši zaposleni na delovnem mestu veliko uspešnejši in produktivnejši od tistih, ki se na delovnem mestu ne počutijo dobro ali celo trpijo za duševnimi motnjami.

Zagotovo lahko že sam zaposleni naredi ogromno, da se na delovnem mestu kar najbolje počuti:

x Personaliziranje delovnega mesta: Zaposleni si naj opremi svoje delovno mesto z nekaterimi predmeti, ob katerih se dobro počuti. To so lahko fotografije družine, prijateljev, stojalo za papir, roža, koledarji in podobni predmeti.

x Urejena delovna površina: Zsak zaposleni lahko poskrbi, da je njegova delovna površina kar najbolj urejena in čista. Predmete, katerih ne potrebujemo več, odstranimo, prav tako si organiziramo delovni prostor in ga tudi sproti urejamo. Na delovni površini naj bodo samo stvari, ki jih trenutno potrebujemo. Če je okolje, v katerem delamo, neurejeno, se težko fokusiramo na svoje delo.

x Rastline, prezračen prostor: Zaposleni lahko poskrbijo, da je prostor vedno prezračen, saj s tem omogočijo možganom dotok svežega kisika za lažje razmišljanje, prav tako pa je tudi okolje samo po sebi prijetnejše. Še dodatno prijetno atmosfero pa ustvarijo rastline, ki v monotone prostore vnesejo nekaj svežine.

x Osvetljenost: Pomembno je, da je delovno mesto primerno osvetljeno, saj s tem olajšamo delo svojim očem. V kolikor je le možno, naj bo prostor osvetljen z naravno svetlobo, v nasprotnem primeru pa je priporočljivo, da se fluorescentne žarnice nadomestijo s tistimi, ki ustvarjajo prijetnejšo, toplo svetlobo, ki je zelo podobna sončni svetlobi.

x Zmanjšanje mežikanja zaradi prekomerne izpostavljenosti zaslonu: Vse več delovnih mest je vezanih na računalniške ekrane, človeško oko pa tega ni navajeno. Zato se priporoča, da se najprej prilagodi osvetljenost zaslona, v kolikor je možno, naj se uporablja AR-zaščita (anti-reflective). Zaposleni, ki delajo z računalnikom, naj upoštevajo pravilo 20–6–20, ki pomeni, da naj zaposleni vsakih 20 minut pogleda v vsaj 6 metrov oddaljen predmet za vsaj 20 sekund.

x Voda in prigrizki: Vemo, da je pomembno, da na dan spijemo med 6 in 8 kozarcev vode. Najlažje je temu slediti tako, da imamo na delovnem mestu plastenko ali steklenico z vodo in se hidriramo čez dan. Tudi prigrizki naj bodo nekje na dostopnem mestu, saj se zaposleni dosti težje osredotočajo na delo, če so lačni.

x Seznam: Zaposleni si lahko naredi seznam opravil, ki jih mora opraviti, ter si s tem organizira delo in čas. Na koncu dneva tako lahko vidimo, kaj vse smo dosegli, prav tako pa se med delom lažje osredotočimo na tisto, kar moramo narediti.

x Temperatura: Za učinkovito delo je pomembno tudi, da je na delovnem mestu prijetna temperatura, ki omogoča boljše počutje zaposlenih. Če je le mogoče, jo uravnavajmo z odpiranjem oken ali pa s klimo.

x Uporaba koledarja: Z uporabo koledarja si časovno opredelimo delo, ki mora biti opravljeno do določenega datuma. Pomembno je, da je koledar na vidnem mestu in nas stalno opominja, da ne pozabimo pomembnih zadolžitev in nalog.



KOT LAHKO VIDIMO JE POTREBNO LE MALO, DA ŽE SAM ZAPOSLENI IZBOLJŠA SVOJE POČUTJE NA DELOVNEM MESTU (TIME DOCTOR, 2018).



Delodajalec lahko prispeva k krepitvi dobrega počutja delavcev na naslednje načine:

x Priprava načrta promocije zdravja na delovnem mestu, ki vključuje tudi promocijo duševnega zdravja.

x Vključitev promocije pozitivnega duševnega zdravja v izjavo o poslanstvu podjetja.

x Usposobljenje vodstvenega kadra za prepoznavanje znakov stresa pri zaposlenih in iskanje optimalnih rešitev za zmanjševanje stresa med zaposlenimi.

x Spodbujanje zaposlenih, da spregovorijo o svojih skrbih in težavah, povezanih z duševnim zdravjem. »Zdravstveni krožki« so namenjeni odkrivanju težav, odprtim pogovorom o njih in iskanju rešitev.

x Anketiranje zaposlenih z anonimnimi vprašalniki z namenom ugotavljanja njihovih skrbi, težav in potreb na delovnem mestu.

x Usposabljanje zaposlenih z učinkovitimi načini spoprijemanja s stresom.

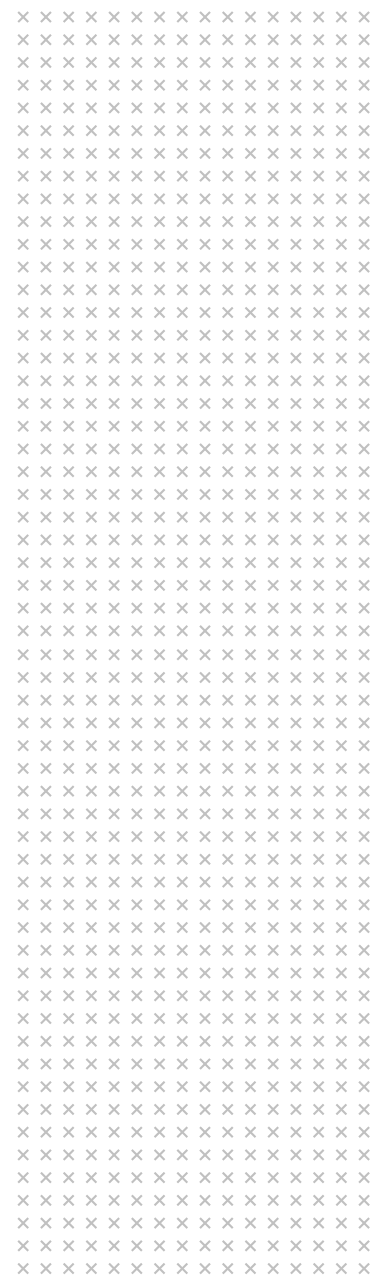
x Zgodnje prepoznavanje depresije in spodbujanje zaposlenih, da poiščejo pomoč in podporo, ko jo potrebujejo. Ozaveščanje zaposlenih in vodstvenih delavcev o dejavnih tveganja za razvoj depresije in znakov depresije.

x Spletna mesta, kjer se zaposleni seznanijo z vsemi ukrepi in programi, ki se izvajajo v organizaciji ali širše za krepitev duševnega zdravja zaposlenih.

x Brezplačno svetovanje zaposlenim, ki se soočajo s težavami v duševnem zdravju; po možnosti naj bo na voljo med delovnim časom.

x Omogočanje čim lažjega prihoda na delovno mesto za zaposlene, ki so bili z dela odsotni zaradi težav v duševnem zdravju. Zaposlenega, ki se je vrnil na delo, se postopoma vključi v delovni proces tako, da se mu zagotovi prilagodljiv in krajši delavnik ali delo od doma. Predvsem je pomembno, da se zaposleni ob prihodu počuti sprejet (NIJZ, 2019).

V nadaljevanju navajamo še nekaj dobrih praks, ki so jih uvedli v slovenskih podjetjih, da bi izboljšali počutje in produktivnost zaposlenih.



Tudi
PRIGRIZKI NAJ BODO NEKJE NA
DOSTOPNEM MESTU,
saj se zaposleni dosti težje
osredotočajo na delo, če so
LAČNI.



V službo s kužkom

Ne rečemo zastonj, da je pes človekov najboljši prijatelj. V mariborskem podjetju to prakso s kužkom v službi prakticirajo že dlje časa. Ugotovili so, da so zaposleni ob prisotnosti psa bolj sproščeni, nasmejani, stresa pa pri njih skoraj ne poznajo. Prisotnost hišnih ljubljencev pa naj bi tudi vplivala na boljše odnose med sodelavci in krepila timski duh, izboljša pa tudi splošno počutje zaposlenih. Tudi že pri naših sosedih na Hrvaškem že več kot 15 % podjetij dovoljuje prisotnost kužkov na delovnem mestu (Pes moj prijatelj, 2017).

Vključevanje zaposlenih v načrtovanje dela

S tem ko so zaposleni vključeni v načrtovanje svojega dela, so tudi bolj pripadni podjetju, hkrati pa svoje delo opravljajo zvesteje in z večjim veseljem. Za svoje delo s tem postanejo bolj motivirani, saj si tudi sami želijo doseči zastavljene cilje. To pa vpliva tudi na splošno boljše počutje zaposlenih (Trunk, 2018).

Brezplačen zajtrk, prigrizki, steklenička za vodo

Kot pribito drži, da se po jutru dan pozna, in zagotovo ga je potrebno začeti z zajtrkom, saj je le-ta najpomembnejši obrok dneva. Telo za svoje delovanje potrebuje energijo, zato je pomembno, da so zaposleni v podjetju priskrbljeni z zajtrkom. Opravili so celo raziskave, ki so pokazale, da je za zaposlene, ki se ne prehranjujejo zdravo in izpustijo zajtrk, kar 66 % večja verjetnost, da bodo čez delovni dan povsem izgubili voljo do dela. Ljudje, ki zajtrkujejo, lažje vzdržujejo koncentracijo za delo in delovne zadolžitve, zato so lahko pri svojem delu tudi učinkovitejši. Z zdravim prehranjevanjem bodo zaposleni tudi fizično bolj zdravi, fizično zdravje pa vpliva tudi na mentalno zdravje. Tako lahko svojim zaposlenim na primer enkrat na teden pripravite brezplačen zajtrk, na delovnem mestu zagotovite sveže sadje in oreščke, v avtomat, ki je sicer napolnjen z nezdravimi prigrizki, dodajte zdrave prigrizke. Dodatno pa lahko svoje zaposlene razveselite še z darilom, kot je steklenička za vodo, da bodo skrbeli za hidracijo čez cel dan (Vojska, 2018).

Krajši delovnik

Tudi v Sloveniji se že prakticirajo krajši, na primer 6-urni delovniki. Da bi razbremenili svoje zaposlene, se je slovensko podjetje odločilo, da bo svoje zaposlene razbremenilo in uvedli so 6-urni delovnik. Edino navodilo, katerega se morajo držati zaposleni, je, da je vse delo opravljeno. V podjetju so optimizirali procese in načrtovali delovne naloge za zaposlene. 6-urni delovnik je tudi fleksibilen, tako da si lahko zaposleni v tem podjetju samo izberejo, katerih šest ur v dnevu bodo delali. Potrebno je poudariti, da so plače in prispevki obračunani enako kot pri osemurnem delovniku. V podjetju pravijo, da so zaposleni veliko bolj zadovoljni in manj utrujeni. Hkrati beležijo tudi manj bolniških dopustov. Ker so zaposleni prej pri svojih družinah in imajo več prostega časa, so tudi boljše volje, pa tudi odnosi med zaposlenimi so boljши. Hkrati tudi zatrjujejo, da se stroški v podjetju niso povečali, kvečjemu so zmanjšali stroške za ogrevanjem med zimo (Husejnović, 2019).

Prostor za druženje

S prostorom za druženje zaposlenim damo možnost, da se neformalno družijo, s tem pa se izboljšajo odnosi med njimi, hkrati pa se zaposleni odmaknejo od dela in drugih pritiskov (Bulyago, 2018).

Teambuilding

S teambuildingom pripravimo zaposlene, da med sabo sodelujejo tudi na drugih področjih, s tem pa se tudi bolj povežejo. S teambuildingom tako zaposleni med sabo gradijo zaupanje, zmanjšujejo konflikte, spodbujajo komunikacijo in povečujejo sodelovanje. S tem tudi povečamo lojalnost zaposlenih do podjetja in izboljšamo kulturo podjetja (ETC Adriatic, 2017).

Neomejen plačan dopust

Vsak zaposleni ima svoj par, nekoga, ki ima podobno ali enako delovno mesto in ga lahko nadomešča. Tista dva, ki sta v paru, se morata vedno uskladiti. Oba hkrati ne moreta biti na dopustu, razen v nekih izjemnih primerih za kakšen dan ali dva. Tisti, ki je v službi, postori tudi nujne stvari sodelavca, ki je na dopustu. Edina omejitev je, da mora biti delo opravljeno. Zaposleni morajo sami poskrbeti za to, da delo ne trpi, kljub temu da so na dopustu (Husejnović, 2019).

6 PRAVNI VIDIK DEPRESIJE

Temeljni cilj tega prispevka je analizirati in sistematično prikazati pravno ureditev področja depresije v RS. Depresija je s stališča psihiatrov bolezen oziroma motnja, ki prizadene človeka kot celoto – njegovo razpoloženje, njegove misli in telo (Lešer, 2019), kar se odraža pri njegovem vsakodnevnem delovanju, ki je na vsakem koraku regulirano z določenimi pravnimi pravili. Ta pravila so v določenem hierarhičnem razmerju in se raztezajo od temeljnih človekovih pravic in svoboščin, urejenih v Ustavi RS, preko zakonskih določb, ki le-te podrobneje razčlenijo in vsebinsko konkretizirajo, pa vse do različnih podzakonskih aktov in pravilnikov.

Duševno zdravje v strokovni literaturi ni enotno opredeljeno, saj različni avtorji pojme različno definirajo, vendar pa kljub vsemu med posameznimi definicijami ni posebnih razlik. Eno najpomembnejših opredelitev duševnega zdravja je podala Svetovna zdravstvena organizacija, ki je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom in vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost«, kar pomeni, da duševno zdravje omogoča posamezniku udeleževanje njegovih umskih in čustvenih zmognosti ter mu omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju (MZZ, 2019). Pri vsem skupaj ne gre samo za odsotnost bolezni, ampak predstavlja kompleksno in dostikrat neopazno ali neprepoznavno počutje, delovanje in življenje v odnosih in kot globalno blaginjo posameznika, ki ga zlahka spregledamo, dokler problemi ne pridejo na površje oziroma dokler določeno vedenje posameznika ne postane moteče za okolico oziroma ohromi njegovo življenjsko funkcionalnost (Fratina, 2010). Ožjo definicijo duševnega zdravja pa poda sam zakon o duševnem zdravju, ki v 4. točki 2. člena definira, da je duševno zdravje stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja.

V primerih, ko pa se pri posamezniku začnejo pojavljati motnje v čustvovanju, zaznavanju oziroma nastopijo težave v sklepanju vsakodnevnih medčloveških odnosov, pa lahko začnemo govoriti o duševni motnji oziroma o duševni bolezni, ki podobno kot duševno zdravje obsega veliko različnih, ampak v svojem bistvu podobnih definicij. Definicija, ki je **najpogosteje** zastopana v strokovni literaturi, je:

VSAKA DUŠEVNA MOTNJA JE KONCEPTUALIZIRANA KOT KLINIČNO POMEMBNO VEDENJE ALI PSIHOLOŠKI SINDROM ALI VZOREC, KI NASTOPI PRI POSAMEZNIKU IN JE POVEZAN S SEDANJIM DISTRESOM ALI NEZMOŽNOSTJO, ALI S POMEMBNO POVEČANIM TVEGANJEM ZA SMRT, BOLEČINO, NEZMOŽNOST ALI IZGUBO SVOBODE. NE GLEDE NA VZROK SE KAŽE KOT VEDENJSKA, PSIHOLOŠKA ALI BIOLOŠKA DISFUNKCIJA PRI POSAMEZNIKU (FRATINA, 2010).

Zakon o duševnem zdravju pa duševno motnjo definira v 3. točki 2. člena kot začasno ali trajno motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolice.

6.4 ZAKONSKA UREDITEV POLOŽAJA OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

6.4.1 Zakon o pacientovih pravicah

Predstavlja temeljni predpis, ki ureja splošne pacientove pravice, pri čemer gre za konkretizacijo človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Temeljno načelo zakona je voluntas aegroti suprema lex, kar pomeni, da je pacientova volja najvišji zakon, ki daje pacientu avtonomijo in možnost samoodločbe glede njegove zdravstvene oskrbe, s čimer se pacient iz pasivnega udeleženca spremeni v aktivnega in postane soodgovoren za svoje zdravje (Fratina, 2010).

ZPacP ureja deset materialnopравnih in dve procesnopравni pravici pacientov, ki so sistemsko urejene in ki pripadajo tudi vsem osebam z duševnimi motnjami v času, ko te osebe nastopajo v vlogi pacienta. Te pravice so:

- x pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
- x pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,
- x pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
- x pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
- x pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- x pravica do obveščenosti in sodelovanja,
- x pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- x pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- x pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- x pravica do drugega mnenja,
- x pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- x pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- x pravica do obravnave kršitve pacientovih pravic,
- x pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

x x

V ZVEZI Z DOLOČENIMI OD TEH PRAVIC SE V PRAKSI POJAVLJAJO TEŽAVE PRI BOLNIKIHZ DUŠEVNIMI MOTNJAMI, SAJ ZARADI VPLIVA SAME DUŠEVNE MOTNJE NISO SPOSOBNI RAZUMETI VSEBINE SAME PRAVICE OZIROMA NISO SPOSOBNI PRAVILNO UDEJANJATI SAME PRAVICE.

x x

6.4.2 Zakon o duševnem zdravju

Zakon o duševnem zdravju sistematično ureja sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, določa nosilce oziroma nosilke te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi (1. člen ZDZdr).

Zakon določa, da mora biti zdravljenje oseb z duševnimi motnjami v skladu s strokovno preverjenimi metodami in mednarodno priznanimi standardi ter da mora biti zdravstveni poseg sorazmeren z njegovim namenom. Med več možnimi zdravstvenimi posegi, ki imajo primerljive učinke, se izbere oziroma predlaga tistega, ki najmanj posega v osebno integriteto osebe, najmanj omejuje njeno osebno svobodo in ima najmanj neželenih učinkov (8. člen ZDZdr).

Zakon opredeljuje varstvo pravic oseb z duševnimi motnjami v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi ter način uveljavljanja teh pravic. Določa tudi omejitev teh pravic, o katerih odloča sodišče (Fratina, 2010); (12–28. člen ZDZdr). Poleg tega pa določa tudi postopke in načine, pod katerimi se lahko osebo z duševno motnjo sprejme v enega izmed teh oddelkov, in sicer:

- x s sprejemom s privolitvijo,
- x s sprejemom brez privolitve na podlagi sklepa sodišča,
- x s sprejemom brez privolitve v nujnih primerih, ko je oseba z duševno motnjo že pridržana v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice pred sklepom sodišča in se postopek pred sodiščem vodi po opravljenem pridržanju (Fratina, 2010).

Zakon pa določa tudi načine zastopanja oseb z duševnimi motnjami pred sodiščem, in sicer samo po odvetniku (31. člen ZDZdr).

Posebej pomembna ustavna pravica pa je tudi pravica do osebnega dostojanstva.

7 ZAKLJUČEK



V priročniku "Povej mi, kako si" smo opisali problematiko depresije iz več vidikov: zajeli smo medicinski, psihološki, sociološki, ekonomski in pravni vidik bolezni, ki bi naj v prihodnosti postala ena izmed najpogostejših bolezni. Kot smo opisali v priročniku, je vzrokov za depresijo več, najbolj pa jih opiše bio-psiho-socialni model, ki zajame zdravstvene, kulturne in družbene ter psihološke dejavnike posameznika. Znaki depresije so morda v današnjem času lahko spregledani, saj nas tempo življenja, službe in ostale obveznosti delajo utrujene in izmučene, prav tako izgubljammo na kvaliteti medosebnih odnosov. Depresija je torej globalni problem, zato je potrebno tudi delovanje vseh, da bi depresijo zmanjšali. Nekaj predlogov s posameznih področjih smo navedli že v vsebini, je pa potrebno, da se spremembe uvedejo na vseh področjih (tako na ekonomskem, sociološkem, psihološkem in zdravstvenem), saj bomo le tako lahko pripomogli k zmanjšanju depresije in tudi k manjši stigmatizaciji. Kot smo ugotovili s projektnimi aktivnostmi, z intervjuji fokusne skupine, analizo podjetij in anketo, narejeno na lokalnem prebivalstvu, je možnosti za izboljšanje depresije v lokalni skupnosti veliko. Vsak posameznik lahko začne delati na sebi (se spočije, se pravilno prehranjuje, zmanjša količino stresa), potrebne pa so tudi spremembe na delovnih mestih (ustvariti boljše medosebne odnose, delovne razmere in zmanjšati količino stresa) in na globalni ravni (več psihološke pomoči, več zelenih površin, manjša stigmatizacija duševnih bolezni, urejen zakon o psihoterapevtski dejavnosti). Tudi zakone bi lahko spremenili tako, da bi ti omogočali boljše življenje za posameznike (trenutno ima vsak pravico do zdravljenja, hkrati pa v zdravljenje nihče ne more biti prisiljen). Posamezniki, ki imajo depresijo, imajo namreč pogosto občutke krivde, manjvrednosti in negativne poglede na prihodnost, zato je tudi manjša možnost, da bodo poiskali pomoč oziroma nadaljevali zdravljenje. Zaradi tega je pomembno ozaveščanje o mitih in resnicah o depresiji ter vedenje, da je depresija bolezen, ki jo je mogoče pozdraviti.

Naš priročnik se morda zdi le kot kapljica v morju, posebno če ga primerjamo z obsežnejšimi strokovnimi monografijami ter ostalimi knjigami in priročniki o depresiji. Vendar je tudi ta kaplja pomembna, saj če bi opredelili največje spoznanje projektnih skupin, da je včasih potrebna samo ena oseba, ki ti nameni čas, pozornost, pogovor. In kako začeti? Preprosto, le vprašajte "Kako si?" in dajte osebi možnost za iskren pogovor.

Povej mi, KAKO SI ?



Huffman, J.C. in Smith, F. (2006). Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology*, 319–324.

Husejnović, K. (2019, maj 1). *6-urni delovnik, neomejen plačan dopust, soudeležba pri prometu*. Retrieved maj 5, 2019, from 24ur.com: <https://www.24ur.com/novice/slovenija/drugacne-delovne-prakse.html>

Hussain, I. (2010). *Women and Depression*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

Inštitut karakter. (2019). Izgorelost. Retrieved april 25, 2019, from Inštitut karakter: <https://www.karakter.si/stres-in-izgorelost/izgorelost/>

Jan, I.(2009). Predavanje o depresiji. Sevnica, Slovenija.

Jorm, A. F., Morgan, A. J. in Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Kapfhammer, H. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 227–239.

Kavšak, A. in Prosen, M. (2017). Vpliv brezposelnosti na spremembe zdravstvenega stanja in socialnega statusa. *Revija za univerzalno odličnost*, 68–85.

Klein, D. (2010). Chronic Depression: Diagnosis and Classification. *Current Directions in Psychological Science*, 96–100.

Konvencija o pravicah invalidov (MKPI), Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/08 (Uradni list RS, št. 37/08). (2008). Ljubljana.

Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (EKČP), Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 7/91, (Uradni list RS, št. 33/94). (1994). Ljubljana.

Kores-Plesničar, B. (2006). Epidemiologija, atologija, klinična slika in diagnostika depresije. *Farmaceutski vestnik*, 241–244.

Krajc, K., Burdian, M., Voglar, M. in Šarabon, N. (2018). *Stres na delovnem mestu*. Retrieved april 25, 2019, from Star vital: <https://www.star-vital.si/clanki/stres-na-delovnem-mestu-5a4f8a34bebe2273544d6e63>

Lešer, I. (2019, Maj 26.). *Več o depresiji*. Retrieved from http://psihiater-leser.com/dusevne_motnje/depresija_obsirno/

Lindsay H. in Shaw, L. M. (2002). In defense of the internet: The relationship between internet communication and depression, loneliness, self-esteem, and perceived social support. *CyberPsychology & Behavior*, 157–171.

Lunder, D. (2016). Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v. *Samomorilnost*, 1, 61-63. (N. Konec Juričić, S. Roškar, & P. Jelenko Roth, Eds.) Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Mackenzie, C. S., Visperas, A., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L. in Nurmi, M. (2018). Age and Sex Differences in Self-Stigma and Public Stigma Concerning. *Stigma and Health*.

Malnar, B., Hafner-Fink, M., Kurdija, S., Toš, T., Uhan, S., Bernik, I., . . . Štebe, J. (2011). Slovensko javno mnenje 2011/2: Svetovna raziskava vrednot in Ogledalo javnega mnenja [datoteka podatkov]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

Malnar, B., Kurdija, S., Hafner-Fink, M., Uhan, S. in Štebe, J. (2008). Slovensko javno mnenje 2008/1: Evropska raziskava vrednot [datoteka podatkov]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij.

Mammen, G. in Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 649–657.

McKenzie, K. (2005). *Depresija*. Ljubljana: Pisanica.

Milčinski, L. (1985). *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Ministrstvo za zdravje. (2019). *Zdravje na delovnem mestu*. Retrieved april 25, 2019, from Ministrstvo za zdravje: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/zdravje_na_delovnem_mestu/

Mionel, O. in Moraru, A. (2012). Psychological Effects of Economic and Financial Crises on the Behaviour and Mental Health of Individuals. *Ovidius University Annals, Series Economic Sciences*, 57–61.

Moj psihoterapevt.si. (2019). *Stres na delovnem mestu*. Retrieved april 25, 2019, from Moj psihoterapevt.si. : <https://www.mojpsihoterapevt.si/clanek/Stres-na-delovnem-mestu/id/82>

Mulle, JG. in Vaccarino, V. (2013). Cardiovascular disease, psychosocial factors and genetics: The case of depression. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 557–562.

Musick, M. A. in Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, 259–269.

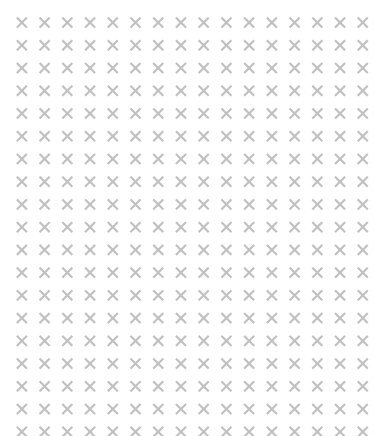
MZZ. (2019, Maj 26.). *Duševno zdravje: Ministrstvo za zdravje RS*. Retrieved from http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/varovanje_in_krepitev_zdravja_prehrana_gibanje_dusevno_zdravje_itd/dusevno_zdravje/

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2019). Nacionalni inštitut za javno zdravje: podatkovni portal.

Nacionalni inštitut za javno zdravje: Depresija. (n.d.). Retrieved from Nacionalni inštitut za javno zdravje: <http://www.nijz.si/sl/depresija-0>

NIJZ. (2008). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Verzija 6*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja.

NIJZ. (2017, april 25). *Kako pomagati sodelavcu s težavami v duševnem zdravju?* Retrieved 2019, from Nacionalni inštitut za javno zdravje.: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/kako_pomagati_sodelavcu_s_tezavami_v_dusevnem_zdravju.pdf





Vrbančič, J. in Glorija, L. (2018, september 17). *Depresija na delovnem mestu*. Retrieved maj 5, 2019, from Psihologija dela: <https://psihologijadela.com/2018/09/17/depresija-na-delovnem-mestu/>

Wang, J., Schmitz, N. in Dewa, C. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: the Canadian National Population Health Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 447–452.

Wei, J., Ying, M., Xie, L., Chandrasekar, E. K., Lu, H., Wang, T. in Li, C. (2019). Late-life depression and cognitive function among older adults in the U.S.: The national health and nutrition examination survey. *Journal of psychiatric research*, 30–35.

Wu, S. C. (2012). Aging and late-life depression. *Journal of Aging and Health*, 3–28.

Wu, Z., Schimmele, C. M. in Chappell, N. L. (2012). Aging and late-life depression. *Journal of Aging and Health*, 3–28.

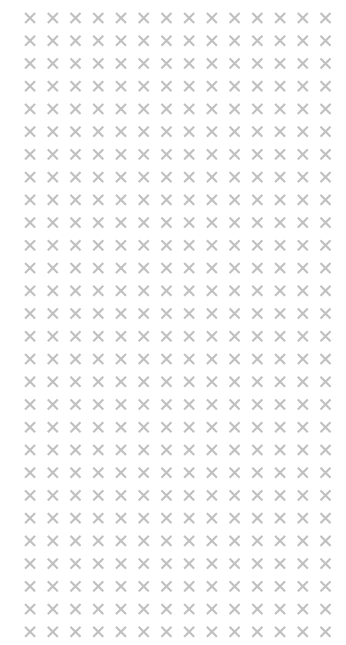
www.soum.si. (2019, junij 12). Retrieved from <http://www.soum.si/sl-SI/Content/Details/103>

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), Uradni list RS, št. 77/08. (2008). Ljubljana.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uradni list RS, št. 15/08. (2008). Ljubljana.

ZZZS. (2012). Nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela. Retrieved marec 24, 2019, from Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portal/azos/nadomestila/nadom_place!ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz-0vMAfIjo8zizQx8HT08DQw93A0NnQ08vZwtIyDw4wNnMz1C7ldFQFymDFO/

Žilinská, M. in Smitková, H. (2017). Boys don't cry: Male depression through gender lens. *Psychology & Its Contexts*, 87–97.



Ljubezen in pogovor
BOSTA
REŠILA SVET.

