



DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH V SLOVENIJI: RAZUMEVANJE POTREB, ODZIVOV IN SPREMEMB

**Od epidemioloških trendov in izkušenj
do terapevtskih pristopov in sistemskih izzivov**



DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH V SLOVENIJI: RAZUMEVANJE POTREB, ODZIVOV IN SPREMEMB

**Od epidemioloških trendov in izkušenj do
terapevtskih pristopov in sistemskih izzivov**

MENTAL HEALTH OF ADULTS IN SLOVENIA: UNDERSTANDING NEEDS, REACTIONS AND CHANGES

From epidemiological trends and experiences
to therapeutic approaches and systemic challenges

Uredili: Nataša Dernovšek Hafner in Lilijana Šprah



Založba ZRC

**DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH V SLOVENIJI:
RAZUMEVANJE POTREB, ODZIVOV IN SPREMENB**
Od epidemioloških trendov in izkušenj do terapevtskih
pristopov in sistemskih izzivov

Uredili: Nataša Dernovšček Hafner in Lilijana Šprah

Jezikovni pregled: Ana Jurkovič

Izdajatelj: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut

Zanju: Lilijana Šprah

Založila: Založba ZRC, ZRC SAZU

Zanjo: Oto Luthar

Glavni urednik založbe: Aleš Pogačnik

Avtorica slik in naslovnice: Brigita Krek

Oblikovanje in prelom: Mandrak

Tisk: Birografika Bori

Naklada: 200

Ljubljana, september 2025

Prva izdaja, prvi natis / Prva e-izdaja

Vsi prispevki so recenzirani.

Publikacija je v PDF-različici dostopna na spletni strani:

www.omra.si



Delo je zaščiteno z mednarodno licenco Creative Commons Attribution-Share
Alike 4.0 International License (priznanje avtorstva, deljenje pod istimi pogoji):
<https://doi.org/10.3986/9789610506768>

Kataložna zapisa o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

Tiskana knjiga

COBISS.SI-ID 248782339

ISBN 978-961-05-1038-3

E-knjiga

COBISS.SI-ID 248536067

ISBN 978-961-05-1039-0 (PDF)

KNJIGI NA POT

CELOSTNI POGLEDI NA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH: IZZIVI, POTREBE IN ODZIVI V SPREMINJJOČEM SE SVETU

Nataša Dernovšček Hafner in Lilijana Šprah

V sklopu promocijsko preventivnega programa OMRA (Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja) je nastala že tretja znanstvena monografija 17 preglednih in izvirnih znanstvenih prispevkov, ki najbolj odlikavajo delo in aktivnosti našega zadnjega triletnega obdobja kot odziva na sodobne izzive v duševnem zdravju. Prispevki so delo članov in članic programa OMRA kot tudi zunanjih sodelavcev in sodelavk.

Duševno zdravje odraslih je v zadnjih letih postalo eno osrednjih področij javnozdravstvenih, družboslovnih in kliničnih raziskav, ki odražajo naraščajoče breme duševnih motenj in kompleksnost individualnih, družbenih in sistemskih odzivov na duševne stiske. Znanstvena monografija Duševno zdravje odraslih: razumevanje potreb, odzivov in sprememb prinaša poglobljen vpogled v aktualne izzive, dosežke in perspektive obravnave duševnega zdravja v Sloveniji, zlasti v kontekstu pandemije covida-19, demografskih sprememb, preoblikovanja zdravstvenih in socialnih sistemov.

Analize podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje kažejo, da so anksiozne motnje, reakcije na hud stres in demenca med najpogostejšimi diagnozami pri odraslih, pri čemer je pandemija vplivala na dostopnost storitev in začasno zmanjšala število obravnav. Kljub temu ostaja poraba zdravil za duševne motnje visoka, s pomembnimi razlikami med spoloma in starostnimi skupinami. Ženske pogosteje iščejo pomoč v ambulantnem okolju, medtem ko so moški pogosteje obravnavani bolnišnično ali umirajo zaradi samomora.

Soočanje z razpoloženskimi motnjami, kot so depresija, anksioznost in bipolarna motnja, zahteva več kot le klinično diagnostiko – nujno je tudi ozaveščanje in dvig pismenosti o duševnem zdravju. Program OMRA je s svojimi delavnicami

in evalvacijami pokazal, da je mogoče z izobraževanji pomembno povečati znanje, zmanjšati stigmo in okrepiti vedenjsko namero po iskanju strokovne pomoči. Ključni dejavniki, kot so socialna podpora, subjektivne norme in zaznana dostopnost storitev, dokazano prispevajo k večji pripravljenosti posameznikov za vključitev v obravnavo.

Prispevki v monografiji osvetljujejo tudi pomen kakovostne in dostopne psihoedukacije na področju osebnostnih motenj in poudarjajo medsektorsko sodelovanje in vsebinske prilagoditve intervencij različnim ciljnim skupinam. Terenske raziskave razkrivajo raznoliko doživljanje duševnih stisk med mladimi odraslimi, pri čemer so poleg klasičnih oblik pomoči pogosto v ospredju tudi samopomoč in podporna mreža bližnjih. Poseben poudarek je namenjen fenomenu krizolacije – prepletu krize in izolacije – in potrebi po lokalno prilagojenih in kontekstualno občutljivih pristopih.

Duševno zdravje v starosti postaja vse bolj pereča tema, saj demografske spremembe in podaljševanje življenjske dobe vplivajo na povečanje števila oseb z demenco. Prispevki razkrivajo kompleksnost ekonomskih, zdravstvenih in družinskih izzivov, povezanih z demenco, pri čemer največji delež bremena nosijo svojci. Ob tem se poudarja pomen avtonomije, dostojanstva in samoodločanja kot temeljev dobrega počutja v starosti in poziva k sistemskim spremembam, ki bi omogočile kakovostno in dostojanstveno staranje.

Monografija obravnava tudi sodobne pristope v psihoterapevtski diagnostiki, ki presegajo tradicionalne okvire in vključujejo procesne, relacijske in psihodinamske vidike. S primeri uporabe digitalnih tehnologij, kot je sinergetsko-navigacijski sistem, in poudarkom na povratno informirani praksi in superviziji se odpira razprava o možnostih spremljanja terapevtskega procesa v realnem času.

V raziskavah o izkušnjah pacientov z obravnavo v centrih za duševno zdravje in uporabi mobilnih aplikacij za samopomoč so izpostavljene pozitivne prakse in izzivi, kot so dolgotrajni zamiki pri iskanju pomoči in omejena prilagodljivost digitalnih rešitev. Pristop, ki vključuje uporabnika oz. uporabnico v odločanje in obravnava širši življenjski kontekst, se izkaže kot temelj kakovostne skrbi za duševno zdravje.

Članek, ki se osredotoča na mlade evropske kmete, razkriva povezave med duševnim zdravjem, poklicnim stresom in prihodnostjo kmetijstva. Generacijska obnova na podeželju ni mogoča brez naslavljanja psihosocialnih bremen, s katerimi se soočajo mladi kmetje, kar še enkrat več potrjuje, da je duševno zdravje ključna komponenta družbenega in gospodarskega razvoja.

Monografija je namenjena širokemu krogu bralcev – od strokovnjakov, ki jih področje duševnega zdravja poklicno zanima, do posameznikov z lastno izkušnjo, njihovih svojcev, raziskovalcev in oblikovalcev politik. Združuje kvantitativne in kvalitativne raziskave, sistematične preglede in klinične študije primerov, ki skupaj ustvarjajo celovit vpogled v stanje in razvoj na področju duševnega zdravja odraslih. S tem prispeva k boljšemu razumevanju potreb in odzivov, obenem pa ponuja smernice za prihodnje ukrepe na področju preventive, obravnave in krepitve duševnega zdravja – tako v slovenskem kot širšem mednarodnem kontekstu. Prepričani smo, da bo vsak bralec v vsebini našel teme, ki ga bodo pritegnile in nagovorile.



Delavnica OMRA, Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!, v Celju, 13. 5. 2023



Konferenca o psihosocialnih tveganjih za varnost in zdravje pri delu, Brdo, 13. 9. 2023



11. evropska konferenca duševnega zdravja (ECMH), Ljubljana, 13.-15. 9. 2023

PREDGOVOR

OMRA V ZAODRJU

Barbara Vogrinec Švigelj

Konec leta 2022 smo se v ekipi OMRA razveselili novice o nadaljevanju našega programa. To sicer že drugo nadaljevanje ali tretje obdobje programa OMRA je, tako kot prvi dve, kot sofinancer podprlo slovensko ministrstvo za zdravje. Uradno se je začelo februarja 2023, mi pa smo njegov začetek obeležili marca istega leta s sestankom na Zoomu, na katerem smo pregledali naloge, ki nas čakajo v tem obdobju, ki se bo uradno zaključilo novembra 2025.

Tako kot v drugem (OMRA II) je tudi v tretjem programskem obdobju (OMRA III) glede na njegovega predhodnika kaj odšlo, kaj prišlo in kaj ostalo. V OMRA II smo izvajanje programskih dejavnosti prilagodili razmeram v času izbruha novega koronavirusa. To je pomenilo predvsem, da smo eno glavnih orodij programa – delavnice o prepoznavanju in rešitvah težav v duševnem zdravju za širši krog ljudi, ki so v prvem programskem obdobju (OMRA I) potekale izključno v živo – preselili izključno na splet. Dalje se je v OMRA II opismenjevanje širšega kroga ljudi o duševnem zdravju, ki se je v OMRA I osredotočalo na motnje razpoloženja, razširilo tudi na osebnostne motnje (ki tako kot motnje razpoloženja sodijo med najpogostejše duševne motnje). V OMRA III smo izvajanje dejavnosti spet prilagodili – tokrat razmeram po umiritvi koronavirusa, tako da delavnice izvajamo tako na spletu kot v živo. Opismenjevanje o duševnem zdravju pa se je razširilo še na pridružene motnje (za katere velja, da je njihovo sočasno pojavljanje z motnjami razpoloženja in osebnostnimi motnjami bolj pravilo kot izjema).

Vse tri spletne delavnice o prepoznavanju in rešitvah težav v duševnem zdravju, ki jih izvajamo, so interaktivne. Delavnica o stresu (kot sprožilcu in vzdrževalcu duševnih težav) in najbolj razširjenih motnjah razpoloženja in delavnica o

Avtorica: Barbara Vogrinec Švigelj

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica znanosti s področja filozofije, univerzitetna diplomirana filozofinja, asistentka z doktoratom, raziskovalka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Karakter – inštitut za osebnostne motnje in oblikovanje osebnosti, Ježa 90, 1000 Ljubljana

E-naslov: barbara.vogrinec@guest.arnes.si

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7826-4255>



Delavnica OMRA, Čustveni vrtiljak odnosov, v Postojni, 9. 12. 2023



Pogovor po kino predstavi Adamant, Kinodvor Ljubljana, 16. 1. 2024



Stojnica OMRA, Brdo, 31. 1. 2024

osebnostnih motnjah sta sicer to nekoliko manj in potekata bolj kot sklop predavanj, delavnica o stigmati (ali zaznamovanosti z duševnimi težavami kot nečim družbeno nesprejemljivim, ki je ob zapostavljanju glavna ovira, ki vodi v pozno iskanje pomoči in prevladujoč občutek manjvrednosti) pa vključuje kar precej dejavnega sodelovanja udeleženk in udeležencev. Pa vendar je interaktivnost pokoronskih delavnic v živo nekaj čisto drugega. Pravzaprav je dejavno odzivanje udeleženk in udeležencev na naša vprašanja, ki smo mu priča na teh delavnicah, prava osvežitev. Še dodatno osvežujoče pa je na tistih delavnicah, na katerih gostitelji poskrbijo za prigrizek in tako udeleženke in udeleženci preživijo odmor skupaj z nami, se pogovarjajo med seboj, pridejo pa tudi do nas in nas kaj vprašajo ali nam kaj povedo.

V OMRA II se je razširilo tudi partnerstvo programa: Družbenomedicinskemu inštitutu in Inštitutu Karakter, ki sta leta 2017 program zasnovala in ga pod vodstvom prvega začela izvajati, sta se leta 2020 pridružila še Društvo Projekt Človek in Društvo Altra. V OMRA III se to združenje partnerjev ni spremenilo. Prav tako je ostala večina sodelavk in sodelavcev programa – predstavnic in predstavnikov partnerjev, ki prihajamo z različnih področij, kot so psihologija, psihiatrija, psihoterapija, socialno delo, sociologija, antropologija, komunikologija, filozofija in informacijsko-komunikacijske tehnologije. Nekaj jih je odšlo, so pa prišli novi. Enako velja tudi za zadolžitve, ki jih tisti, ki smo ostali, imamo v programu kot posamezniki – nekaterih nimamo več, imamo pa nove. Te zadolžitve seveda niso povezane samo z delavnicami, saj so glavna orodja programa pravzaprav tri in poleg delavnic vključujejo še spletno stran programa in tiskana gradiva. Ta obsegajo priročnike in zloženki za širši krog ljudi, se pravi tri priročnike in zloženko o stresu in najpogostejših motnjah razpoloženja iz OMRA I, ki so se jim v OMRA II pridružili še priročnik in zloženka o osebnostnih motnjah in priročnik o stigmati, prav tako pa niz treh zbornikov znanstvenih prispevkov o prepoznavanju in rešitvah težav v duševnem zdravju, ki so nastali v treh programskih obdobjih. Poleg glavnih so tu seveda tudi druga orodja, med katerimi sta najpomembnejši dve: prvo je Facebookov profil programa, ki se mu je v OMRA III pridružil še profil OMRA na Instagramu, ki je zamenjal Twitterjev profil OMRA iz OMRA I – seveda ne brez razloga, saj je Instagram družbeno omrežje, ki ga uporabljajo predvsem mladi, ki vedno bolj spremljajo

Kratka predstavitev avtorice

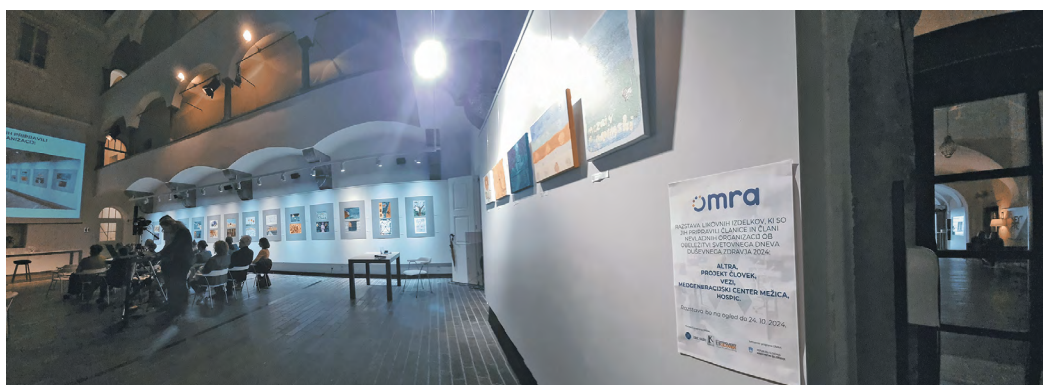
Barbara Vogrinec Švigelj je doktorica znanosti s področja filozofije. Od leta 2020 je zaposlena kot raziskovalka na Inštitutu Karakter. Pred tem je na svoji poklicni poti raziskovalke, urednice in prevajalke na področjih filozofije, kulturnih študijev, izobraževanja (zlasti v povezavi z zaposlovanjem in trgom dela) in duševnega zdravja sodelovala z različnimi raziskovalnimi in drugimi organizacijami.



Delavnica OMRA, Moč pogovora, šibkost stigme, v Kočevju, 19. 5. 2024



Svetovni dan narcisistične zlorabe, Atrij ZRC, 30. 5. 2024



Llikovna razstava NGO ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja, Atrij ZRC, 10. 10. 2024

naš program. Pripravljamo pa tudi razne javne izobraževalne dogodke ob različnih svetovnih dnevih – zdravja, duševnega zdravja, varnosti in zdravja pri delu in zavedanja narcistične zlorabe.

V programu OMRA sem začela sodelovati leta 2020, ko se je začelo drugo programsko obdobje. Že v tistem obdobju so bile moje zadolžitve najbolj povezane s spletno stranjo. V OMRA III pa se je pisanju oz. pregledovanju in sourejanju vsebin za spletno stran – zapisov za rubrike O motnjah, Pomoč, Osebne zgodbe in drugih vsebin, npr. gradiv za e-učilnico in vsebin za e-novičnike – iz OMRA II pridružila še priprava vsebin za Facebookov profil programa. Nekatere od teh vsebin, ki jih pripravljam od decembra 2023, se pojavljajo na dveh družbenih omrežjih, saj jih po objavi na Facebooku delimo še na Instagramu.

Najbolj mi je v veselje skrb za spletno stran in Facebookov profil. Poleg drugih zadolžitev, npr. izvajanja predavanja na delavnici ali poročanja o poteku delavnice v t. i. etnografskem dnevniku, pa z veseljem prebiram tudi vtise, ki nam jih po koncu vsake delavnice pošljejo udeleženske in udeleženci. Naj navedem nekaj teh odzivov, ki smo jih prejeli v OMRA III, natančneje v obdobju od februarja 2023 do maja 2025, ki je prineslo 37 delavnic, ki se jih je udeležilo skupno 1523 ljudi:

- Predavanje je bilo super, prijetno za poslušanje, pridobila sem veliko novih informacij, ki mi bodo koristile pri delu, saj se srečujem prav z uporabniki s težavami v duševnem zdravju.
- Hvala za poučno in razumljivo delavnico. Vsi trije predavatelji so bili fantastični in so presegli moja pričakovanja.
- Ekipi in predavateljem se zahvaljujem za izvedbo zame zelo poučne delavnice z bogato vsebino, ki jo bom s pridom uporabila pri svojem psihoterapevtskem delu.
- Hvala za izvedbo delavnic! Absolutno ste zadovoljili pričakovanja in vas bom še naprej priporočala uporabnikom, ki jih že leta usmerjam na vašo spletno stran.
- Hvala vam za odlična predavanja. Vaš priročnik nam bo koristil iz treh razlogov: sem farmacevtka v lekarni, doma imam mlajšo hčerko s psihičnimi težavami, starejša pa se spogleduje s študijem psihologije – to znanje mi bo koristilo; sem hvaležna, da sem vas čisto po naključju našla.
- Zahvaljujem se vam za odlično delavnico, ki mi je bila nadvse zanimiva in uporabna, strokovna, a hkrati razumljiva, podprta s praktičnimi primeri in napotki. Z veseljem jo bom priporočila vsem svojim sodelavcem in prijateljem.
- Delavnica je bila zelo zanimiva, kar se tiče njene vsebine, zelo pa mi je bila všeč tudi sama izvedba, kjer smo udeleženci lahko aktivno sodelovali preko

vprašalnikov in potem preko razlage predavateljev ugotovili svoje zmote oz. pomanjkljivo znanje. V prihodnosti bi se z veseljem udeležila še kakšne vaše delavnice, zato vas prosim za seznaneitev z njimi oz. bom tudi sama spremljala in se prijavljala nanje.

- Hvala vam za vaš čas in trud za izčrpno in dragoceno delavnico. Bila je zelo informativna in me zelo veseli, da se takšne delavnice izvajajo in da so vsakomur dostopne.

Sodeč po vtisih in številu udeleženk in udeležencev so naše delavnice zelo priljubljene. Izredno priljubljena pa sta tudi naša spletna stran in Facebookov profil. O tem pričata tudi podatka, da je v OMRA III – od februarja 2023 do maja 2025 – spletno stran obiskalo 137.000 ljudi in imamo na Facebooku 2300 sledilcev.

Preostane, da sklenem. Priljubljenost programa OMRA vsekakor govori v prid njegovemu nadaljevanju. Upam, da se bo to uresničilo in se bomo z ekipo OMRA kmalu srečali, da obeležimo začetek OMRA IV in pregledamo, kaj je v novem programskem obdobju odšlo, kaj prišlo in kaj ostalo ...

KAZALO

KNJIGI NA POT

**CELOSTNI POGLEDI NA DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH:
IZZIVI, POTREBE IN ODZIVI V SPREMINJAJOČEM SE SVETU**

Nataša Dernovšček Hafner in Lilijana Šprah 3

PREDGOVOR

OMRA V ZAODRJU

Barbara Vogrinec Švigelj 7

**DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH PREBIVALCEV SLOVENIJE:
KLJUČNI KAZALNIKI IN TRENDI 2018–2023 / Mental health of adult
population in Slovenia: key indicators and trends 2018–2023**

Petra Mikolič Brence, Maša Černilec, Nina Ropret, Saška Roškar 15

**ZAKAJ BI PRIJATELJEM PRIPOROČILA UDELEŽBO NA DELAVNICI OMRA?
Evalvacija učinkov delavnic omra na pismenost o motnjah razpoloženja /
Why would you recommend OMRA workshops to your friends?
Evaluation of the effects of OMRA workshops on literacy about mood disorders**

Nataša Dernovšček Hafner 29

**ISKANJE STROKOVNE POMOČI ZARADI TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU:
vloga izbranih sociodemografskih dejavnikov pri vedenjski nameri skupine
udeleženk in udeležencev delavnic OMRA / Seeking professional help for
mental health problems: The role of selected sociodemographic factors
in OMRA workshop participants' intention to seek help**

Lilijana Šprah 43

**ČUSTVENI VRTILJAK ODNOSOV: PREPOZNAJMO OSEBNOSTNE MOTNJE MED NAMI
Evalvacija učinka psihoedukativnih delavnic na razumevanje osebnostnih motenj /
The Emotional Rollercoaster of Relationships: Recognizing Personality Disorders
Among Us An Evaluation of the Impact of Psychoeducational Workshops
on Understanding Personality Disorders**

Dino Manzoni 73

**OD ZNANJA DO ODNOSA: UČINKI DELAVNIC OMRA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA,
OSEBNOSTNIH MOTNJAH IN STIGMI / From knowledge
to attitudes: the effects of OMRA workshops on mood disorders,
personality disorders, and stigma**

Sanja Cukut Krilić 85

**VPLIV PANDEMIJE COVIDA-19 NA DUŠEVNO ZDRAVJE MLADIH ODRASLIH
V POMURJU IN LJUBLJANI / Impact of the COVID-19 pandemic on mental
health of young Adults in Pomurje and Ljubljana**

Tisa Kučan Lah 97

IZOLACIJA, KRIZA IN DUŠEVNO ZDRAVJE / Isolation, crisis and mental health Dan Podjed	111
AVTONOMIJA KOT DEJAVNIK DOBREGA POČUTJA PRI STAREJŠIH ODRASLIH / Autonomy as a factor for the well-being of older adults Suzana Oreški	121
ZA USPEŠNO PSIHOTERAPIJO JE POMEMBNO DOPOLNJEVANJE PSIHIATRIČNE IN KLINIČNO PSIHOLOŠKE DIAGNOSTIKE S PSIHOTERAPEVTSKO DIAGNOSTIKO / Successful psychotherapy requires complementing psychiatric and clinical psychological diagnostics with psychotherapeutic diagnostics Nuša Kovečević Tonjko, Miran Možina	133
SPREMLJANJE KLIENTOVIH POVRATNIH INFORMACIJ V SUPERVIZIJI – PRIKAZ PRIMERA / Monitoring client feedback in supervision: a case illustration Nuša Kovačević Tojnko, Günter Schiepek, Tatjana Rožič	153
STRUKTURNI IN KONTEKSTUALNI DEJAVNIKI V SKUPINSKI PSIHOTERAPIJI: VPLIV NA TERAPEVTSKI PROCES IN IZIDE / Structural and contextual factors in group Psychotherapy: Influence on the Therapeutic Process and its Outcomes Luka Agrež	167
ANALIZA PSIHOTERAPEVTSKEGA PROCESA S POMOČJO TEORIJE VEDENJSKIH SPREMEMB / Analysis of the psychotherapy process with the theory of behavioral change Urška Batellino, Mojca Zvezdana Dernovšek	181
IZKUŠNJE UPORABNIKOV S PROTOTIPOM APLIKACIJE Z VAMI, VEDNO / User experiences with the With You, Always app prototype Mojca Zvezdana Dernovček, Jernej Horvat, Barbara Vogrinec Švigelj	193
IZKUŠNJE PACIENTOV Z OBRAVNAVO V CENTRU ZA DUŠEVNO ZDRAVJE KOPER: ŠTUDIJA PRIMERA / Patient experience of treatment at the Koper Municipal Mental Health Centre: a case study Irena Makivić, Nina Ropret, Marjeta Ferlan Istinič, Anja Kragelj	205
O DUŠEVNEM ZDRAVJU V RAZPRAVAH O GENERACIJSKI OBNOVI IN IZZIVIH PRIHODNOSTI EVROPSKEGA KMETOVANJA / Mental health in discussions on generational renewal and the future challenges of European farming Duška Knežević Hočevar	219
RAZSEŽNOSTI EKONOMSKEGA BREMENA DEMENCE V SLOVENIJI V OBDOBJU 2021–2023 / Dimensions of the economic burden of dementia in Slovenia in the period 2021-2023 Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič	235
PREGLED STROŠKOV DEMENCE V SVETU, EVROPI IN SLOVENIJI V OBDOBJU 2000–2024 / Overview of the costs of dementia in the world, Europe and Slovenia in the period 2000-2024 Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič	249

DUŠEVNO ZDRAVJE ODRASLIH PREBIVALCEV SLOVENIJE: KLJUČNI KAZALNIKI IN TRENDI 2018–2023

Mental health of adult population in Slovenia:
key indicators and trends 2018–2023

Petra Mikolič Brence, Maša Černilec,
Nina Ropret, Saška Roškar

POVZETEK

Prispevek temelji na podatkih redne zdravstvene statistike Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in podaja pregled stanja duševnega zdravja odraslih prebivalcev Slovenije v obdobju 2018–2023. Rezultati so pokazali, da so bile najpogostejše zabeležene diagnoze drugih anksioznih motenj ter reakcij na hud stres in prilagoditvenih motenj, pri starejših pa tudi neopredeljene demence. Pandemija covida-19 je vplivala na dostopnost storitev, kar je privedlo do začasnega upada obravnave, ki pa so se v naslednjih letih ponovno povečale. Poraba antidepresivov in zdravil za demenco se je v primerjavi z

Avtorica: Petra Mikolič Brence

Znanstveni in strokovni naziv: magistrica psihologije

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: petra.mikolic-brence@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1526-8547>

Avtorica: Maša Černilec

Znanstveni in strokovni naziv: magistrica psihologije

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: masa.cernilec@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0004-4301-5314>

Avtorica: Nina Ropret

Znanstveni in strokovni naziv: magistrica psihologije

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: nina.ropret@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7005-9038>

Avtorica: Saška Roškar

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica znanosti, univerzitetna diplomirana psihologinja, docentka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: saska.roskar@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8483-5878>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_01, CC BY-SA

obdobjem 2008–2017 še povečala, prav tako ostaja visoko število izgubljenih delovnih dni zaradi duševnih motenj. Opažamo pomembne razlike med spoloma in starostnimi skupinami, pri čemer ženske pogosteje poiščejo pomoč v ambulantnem okolju, moški pa so pogosteje obravnavani bolnišnično ali umrejo zaradi samomora. Ugotovitve poudarjajo pomen uresničevanja ciljev Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028.

Ključne besede: duševne motnje, zdravstvena statistika, zdravstvena obravnava, bolniške odsotnosti, samomor

ABSTRACT

The article is based on data from the routine health statistics of the National Institute of Public Health (NIJZ) and provides an overview of the mental health status of the adult population in Slovenia for the period 2018–2023. The findings show that the most frequently recorded diagnoses were other anxiety disorders and reactions to severe stress and adjustment disorders, with unspecified dementia being more common among older adults. The COVID-19 pandemic affected service accessibility, leading to a temporary decline in treatment rates; however, these rates increased again in the following years. The use of antidepressants and medications for dementia further increased compared to the 2008–2017 period, as did the number of lost working days due to mental disorders. Differences were observed between genders and age groups: women were more frequently treated in outpatient settings, while men were more often hospitalized or died by suicide. The findings highlight the importance of implementing the objectives of the National Mental Health Programme 2018–2028.

Keywords: mental disorders, health statistics, healthcare treatment, sick leave, suicide

Kratka predstavitev avtoric

Petra Mikolič Brence je magistrica psihologije in doktorska študentka humanistike in družboslovja na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje se posveča raziskovanju in spremljanju duševnega zdravja v Sloveniji s posebnim poudarkom na pozitivnem duševnem zdravju.

Maša Černilec je magistrica psihologije in doktorska študentka humanistike in družboslovja na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. Zaposlena je na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, kjer se ukvarja s področjem nekemičnih zasvojenosti.

Nina Ropret je magistrica psihologije, zaposlena na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Vodi program psihološke prve pomoči in skrbi za njegovo implementacijo in evalvacijo. Sodeluje tudi pri spremljanju duševnega zdravja s poudarkom na merjenju izkušenj pacientov z obravnavo in izidov zdravljenja.

Dr. Saška Roškar je aktivna na področju preprečevanja duševnih motenj, pri čemer se v prvi vrsti posveča javnozdravstvenim pristopom k preprečevanju samomora. Je vodja interdisciplinarne delovne skupine za preprečevanje samomora v okviru Nacionalnega programa duševnega zdravja MIRA na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje.

1 UVOD

Težave v duševnem zdravju in duševne motnje imajo številne negativne posledice za posameznika in družbo. Na delovnem mestu se odražajo v zmanjšani produktivnosti, večji fluktuaciji zaposlenih in višji stopnji absentizma (Santini in sod., 2022). Duševne motnje pogosto nastopijo že v mladosti, kar jih razlikuje od večine drugih nenalezljivih bolezni. Pogosto se jim pridružijo druge zdravstvene težave in socialne okoliščine, kot so brezposelnost, revščina in brezdomstvo, kar še dodatno povečuje breme za družbo (Insel in sod., 2015). Prevalenca duševnih motenj je v zadnjih letih vse višja, pri čemer se posamezne diagnoze pojavljajo različno pogosto. Tuje raziskave so pokazale, da na primarni ravni zdravstvenega varstva prevladujejo razpoloženjske, anksiozne in somatoformne motnje (WHO, 2017). Prevalenca duševnih motenj se razlikuje tudi po posameznih demografskih skupinah. Pri ženskah se beleži več psihiatričnih diagnoz kot pri moških, poleg tega so pri njih pogostejše razpoloženjske in anksiozne motnje, pri moških pa motnje uporabe substanc (Steel in sod., 2014). Pri starejših so pogoste diagnoze demence (McCombe in sod., 2016). Z naraščanjem duševnih motenj se je v številnih državah povečala poraba zdravil za njihovo zdravljenje (Madeira in sod., 2023). Pogostost psihiatričnih obravnav je tesno povezana z družbenimi razmerami in dogodki. Pandemija covida-19 je vplivala na številne vidike življenja, med drugim tudi na dostopnost zdravstvenih storitev. Leta 2020 je bilo v primerjavi z letom 2019 v Sloveniji zabeleženih manj obiskov zdravnika družinske medicine, specialističnih obravnav in hospitalizacij zaradi vedenjskih in duševnih motenj, čeprav je bila zaznana večja potreba po pomoči (Gabrovec, 2022; Kuhar in sod., 2021). Stanje na področju duševnega zdravja se hitro spreminja in zahteva kontinuirano spremljanje. Namen prispevka je analizirati stanje na področju duševnih in vedenjskih motenj pri odraslih prebivalcih Slovenije v obdobju 2018–2023.

2 METODA

V analizo smo vključili podatke redne zdravstvene statistike, ki jih na NIJZ zbiramo skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Stopnje ugotovljenih bolezni iz poglavja F (duševne in vedenjske motnje) kot razlogi za prvi kurativni pregled na primarni ravni in kot končne diagnoze na sekundarni/terciarni ravni so pridobljene iz zbirke Zunajbolnišnična zdravstvena statistika (ZUBSTAT). Zaradi uvedbe nove zbirke Spremljanje zunajbolnišničnih obravnav (SZBO), ki od leta 2023 prinaša bistvene spremembe v metodologiji in zajemu podatkov, primerjava podatkov po letu 2022 z leti pred tem ni več

metodološko smiselna. Podatke o obravnavah na primarni in sekundarni ravni zato prikazujemo za obdobje do vključno leta 2022. Podatki o bolnišničnih obravnavah izhajajo iz zbirke Spremljanje bolnišničnih obravnav (SBO). V analizo so vključene obravnave, pri katerih je bila diagnoza iz poglavja F opredeljena kot glavna diagnoza, torej glavni razlog za hospitalizacijo ob zaključku obravnave. Vključeni so tako prvi kot ponovni primeri hospitalizacij. Podatke o predpisanih zdravilih za zdravljenje bolezni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije posreduje NIJZ na podlagi poročil lekarn o izdaji zdravil. Poraba zdravil je izražena kot definirani dnevni odmerek (DDD) na 1000 prebivalcev na dan. DDD predstavlja povprečni dnevni vzdrževalni odmerek zdravila, ki ga prejme odrasla oseba za zdravljenje stanja, za katerega je zdravilo indicirano kot osnovna terapija. Vir podatkov o bolniškem staležu je Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, BOL/03. Indeks onesposabljanja (OI) je izražen kot število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca in vključuje vse dneve odsotnosti z dela za eno zaključeno diagnozo v opazovanem obdobju. Resnost (R) označuje povprečno trajanje ene odsotnosti z dela. Izračuna se kot razmerje med številom izgubljenih koledarskih dni zaradi enega vzroka in številom primerov zaključenih bolniških staležev v opazovanem letu za eno diagnozo (ne glede na datum začetka odsotnosti). Podatki o umrlih zaradi samomora so povzeti iz Zbirke podatkov o umrlih osebah, ki temelji na zdravniških poročilih o umrlih, in zajema vse osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki so umrle v referenčnem letu na ozemlju Slovenije ali v tujini. Podatki so prikazani po naslednjih starostnih skupinah: 25–44 let, 45–64 let in 65 let in več (pri zunajbolnišničnih obravnavah: 20–49 let, 50–64 let in 65 let in več). Stopnje obravnav so izražene na 1000 prebivalcev v posamezni starostni skupini, stopnje umrlih zaradi samomora pa na 100.000 prebivalcev.

3 REZULTATI

3.1 Obravnave na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva

V obdobju 2018–2022 je bila stopnja prvih obiskov zaradi duševnih in vedenjskih motenj na primarni ravni najnižja leta 2020, ko je znašala 40,1 na 1000 prebivalcev; to leto sovпада z začetkom pandemije covid-19 v Sloveniji. V naslednjih dveh letih se je ta stopnja ponovno zvišala in leta 2022 dosegla 46,8 na 1000 prebivalcev, kar je primerljivo z ravnijo pred pandemijo. Pri vseh letih opazovanja so bile stopnje prvih obiskov višje pri ženskah kot pri moških. Najvišje vrednosti so bile zabeležene v starostni skupini 65 let in več pri obeh spolih. Podoben vzorec se kaže tudi na sekundarni ravni: najnižja stopnja diagnoz

iz poglavja F je bila leta 2020, ko je znašala 27,3 na 1000 prebivalcev, leta 2022 pa 32,5 na 1000 prebivalcev. V vseh starostnih skupinah so bile stopnje višje pri ženskah. Pri moških je bila najvišja stopnja v starostni skupini 65 let in več, skoraj enako visoka pa tudi v starostni skupini od 50 do 64 let. Pri ženskah je bila najvišja stopnja v starostni skupini od 50 do 64 let, sledila pa ji je starostna skupina 65 let in več.

Tabela 1: Povprečna stopnja zabeleženih diagnoz na 1000 oseb za pet najpogostejših vzrokov obravnav po spolu, starostni skupini in ravni zdravstvene obravnave za obdobje 2018–2022

Starostna skupina	Raven zdravstvene obravnave	Moški	Povprečna stopnja na 1000 oseb	Ženske	Povprečna stopnja na 1000 oseb
20–49 let	Primarna	F43	7,77	F43	17,48
		F41	6,78	F41	13,52
		F32	2,60	F32	6,16
		F10	2,41	F33	1,57
		F20	1,41	F51	1,01
	Sekundarna	F41	4,17	F41	8,40
		F43	3,36	F43	6,91
		F10	2,79	F32	2,97
		F20	2,07	F33	2,11
		F19	1,47	F20	1,16
50–64 let	Primarna	F43	6,83	F43	18,35
		F41	6,35	F41	15,11
		F10	4,31	F32	9,96
		F32	4,01	F33	3,99
		F33	1,43	F51	2,22
	Sekundarna	F10	4,27	F41	8,41
		F41	3,71	F43	6,90
		F43	3,44	F33	6,59
		F20	3,25	F32	3,89
		F33	2,35	F20	3,16

Starostna skupina	Raven zdravstvene obravnave	Moški	Povprečna stopnja na 1000 oseb	Ženske	Povprečna stopnja na 1000 oseb
65 let in več	Primarna	F03	9,38	F03	14,99
		F41	5,29	F41	11,73
		F32	3,91	F32	8,33
		F51	3,57	F43	7,97
		F43	3,52	F51	4,60
	Sekundarna	F03	5,49	F03	7,30
		F06	5,30	F06	5,97
		F41	2,64	F41	4,72
		F10	2,33	F33	3,88
		F20	1,92	F43	2,54

Opombe: F03 = neopredeljena demenca; F06 = druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije in zaradi telesne bolezni; F10 = duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola; F19 = duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe več drog in drugih psihoaktivnih snovi; F20 = shizofrenija; F32 = depresivna epizoda; F33 = ponavljajoča se depresivna motnja; F41 = druge anksiozne motnje; F43 = reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje; F51 = neorganske motnje spanja

Na primarni ravni je bila v starostni skupini 20–49 let najpogostejša diagnoza reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43), sledili sta ji diagnozi druge anksiozne motnje (F41) in depresivna epizoda (F32). Vse tri so bile pogostejše pri ženskah (tabela 1). Enake tri diagnoze – reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje, druge anksiozne motnje in depresivna epizoda – so bile najpogostejše tudi v starostni skupini 50–64 let, pri moških pa so izstopale še duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola (F10). Pri osebah, starih 65 let in več, je bila najpogostejša diagnoza neopredeljena demenca (F03), sledile so ji druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije in zaradi telesne bolezni (F06), prav tako pa depresivna epizoda (F32). Pri ženskah v vseh starostnih skupinah so bile med petimi najpogostejšimi diagnozami tudi neorganske motnje spanja (F51).

Na sekundarni ravni je bila v starostni skupini 20–49 let pri obeh spolih najpogostejše zabeležena diagnoza druge anksiozne motnje (F41), sledi reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43). V starostni skupini 50–64 let sta bili pri moških najpogostejši končni diagnozi duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola (F10) in druge anksiozne motnje (F41), pri ženskah pa je bila najpogostejša diagnoza druge anksiozne motnje (F41), sledili sta ji reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje (F43) in ponavljajoča se depresivna motnja

(F33). Pri obeh spolih je bila med najpogostejšimi tudi diagnoza shizofrenije (F20), ki se je pojavljala v vseh starostnih skupinah, vendar z najvišjimi stopnjami v srednjem starostnem obdobju. Pri starejših od 65 let je bila najpogostejša diagnoza na sekundarni ravni neopredeljena demenca (F03), sledile so ji druge duševne motnje zaradi možganske okvare in disfunkcije in zaradi telesne bolezni (F06).

3.2 Bolnišnične obravnave

Stopnja bolnišničnih obravnav je bila najnižja leta 2020, ko je znašala 5,07 na 1000 prebivalcev. Leta 2023 je ponovno preseгла kvoto 6 na 1000 prebivalcev, kar je bilo značilno že za obdobje pred pandemijo. Trend je bil podoben pri obeh spolih. Bolnišnične obravnave so bile pogostejše pri moških, razen v starostni skupini 65 let in več, kjer so bile višje pri ženskah. Pri moških je bila stopnja ves čas najvišja v starostni skupini 25–44 let, najnižja pa v starostni skupini 65 let in več. Obratno je bila pri ženskah stopnja najnižja v starostni skupini 25–44 let, medtem ko sta bila stopnji v višjih dveh starostnih skupinah zelo podobni.

V starostni skupini 25–44 let sta bila pri moških najpogostejša vzroka bolnišničnih obravnav duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola (F10) in shizofrenija (F20; tabela 2). Pri ženskah sta bili ti dve diagnozi prav tako najpogostejši, vendar z izrazito nižjo povprečno stopnjo kot pri moških. V starostni skupini 45–64 let je bila pri moških ponovno najpogostejša diagnoza duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola (F10), sledila ji je shizofrenija (F20). Pri ženskah v tej starostni skupini je bila najpogostejša diagnoza shizofrenija (F20), takoj za njo pa diagnoza duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola (F10). V starostni skupini 65 let in več je bila pri obeh spolih najpogostejša diagnoza neopredeljena demenca (F03). Pri moških so ji po pogostosti sledili motnje zaradi uporabe alkohola (F10) in druge duševne motnje zaradi možganske poškodbe, okvare in disfunkcije in zaradi telesne bolezni (F06). Pri ženskah so bile na drugem mestu druge duševne motnje zaradi možganske poškodbe, okvare in disfunkcije in zaradi telesne bolezni (F06), tretja najpogostejša pa je bila ponavljajoča se depresivna motnja (F33).

Tabela 2: Povprečna stopnja bolnišničnih obravnav na 1000 oseb za pet najpogostejših vzrokov obravnav po spolu in starostni skupini za obdobje 2018–2023

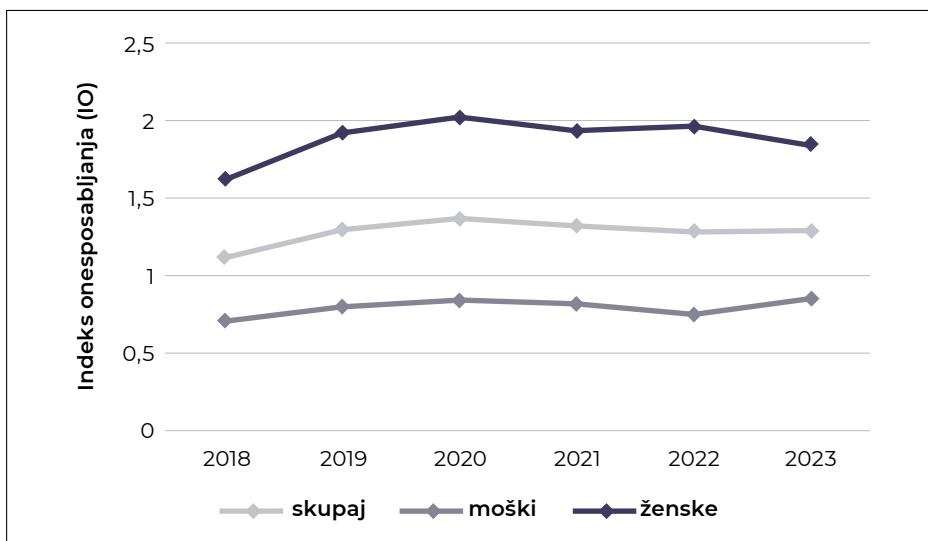
Starostna skupina	Moški	Povprečna stopnja na 1000 oseb	Ženske	Povprečna stopnja na 1000 oseb
25–44 let	F10	1,78	F10	0,76
	F20	1,45	F20	0,73
	F19	0,90	F43	0,61
	F43	0,49	F23	0,42
	F23	0,43	F25	0,34
45–64 let	F10	2,51	F20	0,85
	F20	0,85	F10	0,82
	F43	0,48	F33	0,65
	F33	0,31	F43	0,57
	F06	0,29	F25	0,52
65 let in več	F03	1,00	F03	1,01
	F10	0,82	F06	0,77
	F06	0,67	F33	0,54
	F05	0,41	F20	0,40
	F01	0,32	F43	0,31

Opombe: F01 = vaskularna demenca; F03 = neopredeljena demenca; F05 = delirij ki ga ne povzročajo alkohol ali druge psihoaktivne snovi; F06 = druge duševne motnje zaradi možganske poškodbe, okvare in disfunkcije in zaradi telesne bolezni; F10 = duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe alkohola; F19 = duševne in vedenjske motnje zaradi uporabe več drog in drugih psihoaktivnih snovi; F20 = shizofrenija; F23 = akutne in prehodne psihotične motnje; F25 = shizoafektivne motnje; F33 = ponavljajoča se depresivna motnja; F43 = reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje

3.3 Bolniška odsotnost z dela

V letih 2018 in 2019 so bile duševne in vedenjske motnje tretji najpogostejši razlog za izgubljene koledarske dni na zaposlenega, takoj za boleznimi mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva in za poškodbami in zastrupitvami, ki niso povezane z delom. Od leta 2020 pa so duševne in vedenjske motnje na četrtem mestu med razlogi za bolniške odsotnosti, za nekaterimi infekcijskimi in parazitarnimi boleznimi.

Med letoma 2018 in 2020 se je število izgubljenih koledarskih dni zaradi duševnih in vedenjskih motenj povečalo z 1,11 na 1,36 dneva na zaposlenega, nato pa se ta vrednost ni več zviševala in je leta 2023 znašala 1,28 dneva. Podoben trend je bil opazen tudi pri povprečnem trajanju ene odsotnosti, ki je doseglo najvišjo vrednost leta 2020, in sicer 61,16 dneva. Pri tem kazalniku ni bilo večjih razlik med spoloma. Nasprotno pa je bilo število izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega v vseh opazovanih letih višje pri ženskah kot pri moških. Ne glede na spol in starostno skupine so večino izgubljenih dni povzročile nevrotične, stresne in somatoformne motnje, prav tako pa razpoloženske (afektivne) motnje.



Slika 1: Število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca (IO) zaradi duševnih in vedenjskih motenj po spolu v obdobju 2018–2023

3.4 Poraba zdravil

Poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj se je med letoma 2018 in 2024 povečala za 7,9 % (tabela 3). Po skupinah zdravil se je povečala poraba antidepresivov, antipsihotikov in zdravil za zdravljenje demence, zmanjšala pa se je poraba anksiolitikov, hipnotikov in sedativov.

Tabela 3: Število DDD na 1000 oseb na dan za zdravila za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj po skupinah zdravil v obdobju 2018–2024

Skupina zdravil	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
N05A	16,3	16,5	17,1	17,2	17,5	17,9	18,2
N05B	16,5	15,6	15,3	15,0	14,6	13,3	12,9
N05C	13,4	12,7	12,5	12,4	12,1	11,8	11,4
N06A	79,3	81,5	81,9	84,5	87,1	89,6	91,3
N06B	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
N06D	10,5	11,0	11,0	11,1	11,6	12,2	12,9
Skupaj	136,3	137,6	138,1	140,5	143,1	145,1	147,1

Opombe: N05A = antipsihotiki; N05B = anksiolitiki; N05C = hipnotiki in sedativi; N06A = antidepresivi; N06B = psihostimulansi, učinkovine za zdravljenje hiperkinezije in učinkovine za obnavljanje celic centralnega živčnega sistema; N06D = zdravila za zdravljenje demence

Najvišja poraba zdravil (izražena v DDD na 1000 prebivalcev na dan) je bila zabeležena v pomurski regiji, sledile so koroška, primorsko-notranjska in zasavska regija. Najnižja poraba je bila v osrednjeslovenski regiji, sledili sta ji gorenjska in jugovzhodna Slovenija. Med letoma 2018 in 2024 je bil največji porast porabe zabeležen v posavski regiji, kjer je znašal 16,4 %, medtem ko je bil najmanjši porast v primorsko-notranjski regiji, in sicer 4,8 %. Najnižja poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj je bila v starostni skupini 25–44 let, najvišja pa v skupini 65 let in več. V vseh starostnih skupinah so imeli antidepresivi najvišjo stopnjo porabe. V starostnih skupinah 25–44 let in 45–64 let so jim po porabi sledili antipsihotiki, medtem ko so bili v skupini 65 let in več pred antipsihotiki še zdravila za zdravljenje demence, hipnotiki, sedativi in anksiolitiki.

3.5 Umrljivost zaradi samomora

Tabela 4: Samomorilni količnik po spolu in starostnih skupinah v obdobju 2018–2023

	Starostna skupina	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Skupaj	25–44 let	13,7	13,7	13,9	15,0	16,0	13,0
	45–64 let	20,5	24,3	17,3	27,0	24,9	20,9
	65 let in več	33,1	37,5	39,5	37,9	30,9	32,1
Moški	25–44 let	20,0	19,8	23,1	24,5	25,1	20,1
	45–64 let	31,1	38,5	27,3	41,6	38,9	34,4
	65 let in več	60,8	66,5	69,2	64,8	55,6	59,9

Ženske	25–44 let	6,7	6,8	3,4	4,3	5,5	4,8
	45–64 let	9,5	9,5	6,8	11,9	10,2	6,8
	65 let in več	12,8	15,9	17,2	17,2	11,8	10,5

Med letoma 2018 in 2023 je samomorilni količnik naraščal s starostjo, kar velja za oba spola. Pri moških v starostni skupini 65 let in več je bil zabeležen od dva do trikrat višji samomorilni količnik kot pri moških v starostni skupini 25–44 let. Tudi pri ženskah je opazno, da samomorilni količnik narašča z višanjem starosti. Med posameznimi leti je prihajalo do nihanj v količniku samomora tako v smeri upada kot prirasta pri vseh starostnih skupinah in obeh spolih (tabela 4).

4 RAZPRAVA

Analiza podatkov iz redne zdravstvene statistike omogoča celovit vpogled v ključne kazalnike duševnega zdravja in njihovo obravnavo v slovenskem zdravstvenem sistemu v obdobju 2018–2023. V tem obdobju smo ugotovile več pomembnih sprememb: zmanjšanje števila zdravstvenih obravnav med pandemijo covid-19, njihovo postopno zviševanje v naslednjih letih, zmerno povečanje porabe zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj in znatno breme duševnih motenj, ki se kaže v obsegu bolniških odsotnosti delovno aktivnega prebivalstva.

Najizrazitejša sprememba je bila vidna leta 2020, ko je število ambulantnih in bolnišničnih obravnav znatno upadlo. Do tega je prišlo zaradi ukrepov za zaježitev pandemije covid-19 in posledično zmanjšane dostopnosti storitev, na kar so že opozorili tako domači (npr. Gabrovec, 2022; Kuhar in sod., 2021) kot tuji raziskovalci (npr. Boldrini in sod., 2021). Po sprostitvi ukrepov so se kazalniki večinoma zvišali in dosegli ali presegli ravni iz obdobja pred letom 2020, kar najverjetneje odraža preložene ali začasno prekinjene obravnave in postopno ponovno vzpostavitev dostopnosti storitev (Boldrini in sod., 2021). Med ambulantnimi diagnozami sta bili najpogostejši druge anksiozne motnje in reakcije na hud stres in prilagoditvene motnje. Anksiozne motnje sodijo med najpogostejše duševne motnje v splošni populaciji (WHO, 2017), medtem ko se stresne in prilagoditvene motnje vidneje pojavljajo v obdobjih izrazitejših psihosocialnih obremenitev in družbenih sprememb, kot je pandemija (Zrnič Novaković in sod., 2023). Pri starejših pa so bile najpogostejše diagnoze demenca, anksiozne motnje in motnje zaradi možganske okvare, kar odraža pomembno breme nevrodegenerativnih, kognitivnih in psihičnih težav v starosti (McCombe in sod., 2016). Tako kot v analizi za obdobje 2008–2017 (Konec

Juričič in sod., 2019) so bile tudi tokrat stopnje ambulantnih obravnav dosledno višje pri ženskah. To je mogoče deloma pojasniti z večjo prevalenco določenih duševnih motenj, večjo verjetnostjo izražanja stiske in zgodnjega iskanja strokovne pomoči pri ženskah, pa tudi s širšim vplivom družbenih pričakovanj in vlog (Staiger in sod., 2020). Po drugi strani so bile bolnišnične obravnave pogostejše pri moških, zlasti v mlajših in srednjih starostnih skupinah, kjer so bile najpogostejše diagnoze duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola in shizofrenija. To lahko kaže tudi na zakasnelo iskanje pomoči pri moških, kar lahko vodi v težji potek motenj in večjo verjetnost hospitalizacije (Addis in Mahalik, 2003). Ugotovitve opozarjajo na pomen zgodnjega prepoznavanja in pravočasne obravnave duševnih težav pri moških. Nasprotno so bile v starostni skupini 65 let in več stopnje hospitalizacij višje pri ženskah, predvsem zaradi demence in razpoloženskih motenj. K tej razliki prispevajo različni dejavniki, vključno z biološkimi vidiki, daljšo pričakovano življenjsko dobo pri ženskah in večjo izpostavljenostjo nekaterim socialnim in zdravstvenim tveganjem v starosti (Beam in sod., 2018; Luppá in sod., 2012).

Kazalniki bolniške odsotnosti kažejo na pomembno breme duševnih motenj v delovno aktivni populaciji. Med najpogostejšimi razlogi za odsotnost z dela ostajajo nevrotične, stresne in somatoformne, prav tako pa razpoloženske motnje, pri čemer so bile odsotnosti pogostejše pri ženskah. Podatki so skladni z mednarodnimi opozorili o izgubah delovne zmožnosti zaradi duševnih težav (OECD, 2021a; Santini in sod., 2022) in poudarjajo pomen preventivnih ukrepov na ravni delovnega okolja. Samomorilnost ostaja pomemben javnozdravstveni izziv v Sloveniji. Po upadu do leta 2017 se je trend v obdobju 2018–2023 z manjšimi odstopanji stabiliziral. Čeprav so količniki upadli, ostajajo višji od povprečja EU (Eurostat, 2024), kar potrjuje nujnost stalnega vlaganja v učinkovite preventivne ukrepe, zgodnje prepoznavanje tveganja in dostopnost podpore v skupnosti, zlasti za starejše, kjer so količniki višji. Poraba zdravil za duševne in vedenjske motnje se je po 17-odstotni rasti med letoma 2008 in 2018 (Konec Juričič in sod., 2019) v obdobju 2018–2024 povečala za 8 %, kar predstavlja neto spremembo, ki vključuje predvsem porast uporabe antidepresivov, antipsihotikov in zdravil za demenco, hkrati pa upad porabe anksiolitikov in hipnotikov. Podobne trende beležijo tudi druge države, zmanjševanje uporabe anksiolitikov pa se povezuje s previdnostjo zaradi tveganj dolgotrajne uporabe (OECD, 2021b). Povečano predpisovanje antidepresivov in zdravil za demenco je mogoče povezati s staranjem prebivalstva, večjo ozaveščenostjo in prepoznavo teh stanj, spremembami v kliničnih smernicah, širitvijo indikacij in daljšim trajanjem farmakološkega zdravljenja (OECD, 2021b; Mars in sod., 2017). Nekateri avtorji opozarjajo, da je porast predpisovanja antidepresivov lahko povezana tudi s širšimi družbenimi dejavniki, zlasti s tendenco obravnavanja socialnih stisk

s farmakološkimi pristopi namesto s strukturnimi ukrepi javne politike in družbenimi spremembami (npr. Fisher, 2024; Hengartner, 2022).

Analiza ima nekaj omejitev. Zaradi uvedbe nove zbirke SZBO, ki otežuje primerjavo s prejšnjimi leti, so v raziskavo vključeni podatki o ambulantnih obravnavah le do leta 2022. Poleg tega so zajete le storitve javnega zdravstvenega sistema, ne pa tudi samoplačniške, kar lahko vpliva na oceno obsega obravnav. Kljub temu raziskava nudi pomemben vpogled v ključne trende na področju duševnega zdravja v Sloveniji in predstavlja izhodišče za nadaljnje spremljanje in načrtovanje javnozdravstvenih ukrepov.

5 ZAKLJUČEK

Na podlagi pričujoče analize ugotavljamo, da področje duševnega zdravja kljub določenim pozitivnim premikom še naprej zahteva okrepljene in sistematične javnozdravstvene ukrepe. Ključni izzivi ostajajo pravočasno prepoznavanje težav, zmanjševanje stigme, krepitev duševnega zdravja na ravni skupnosti, povečanje pismenosti o duševnem zdravju in izboljšanje dostopa do ustrezne strokovne pomoči. Rezultati analize poudarjajo pomen nadaljnjega spremljanja stanja, medsektorskega sodelovanja in vlaganja v preventivo in promocijo duševnega zdravja, zlasti med ranljivimi skupinami. Celovit in dolgoročen pristop, skladen z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28, 2018), je ključen za učinkovito odzivanje na izzive, zmanjševanje bremena duševnih motenj in izboljšanje duševnega zdravja prebivalcev Slovenije.

Literatura

- Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* 2003; 58(1): 5–14.
- Beam CR, Kaneshiro C, Jang JY, Reynolds CA, Pedersen NL, Gatz M. Differences between women and men in incidence rates of dementia and Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2018; 64(4): 1077–1083.
- Boldrini T, Girardi P, Clerici M, Conca A, Creati C, Di Cicilia G, et al. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021; 110: 110304.
- Eurostat. World Suicide Prevention Day – Suicide in the EU. 2024. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20240909-1> (citirano 27. 5. 2025).
- Fisher M. How to create societies for human wellbeing: Through public policy and social change. Cham: Palgrave Macmillan; 2024.

- Gabrovec B. Slovenski sistem javnega zdravstva v času epidemije. V: Gabrovec B, Eržen I, Trop Skaza A, Fafangel M, Vrdelja M, Selak Š, ur. Javno zdravje in covid-19. Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov. Ljubljana: NIJZ; 2022: 79–86.
- Hengartner MP. Evidence-biased antidepressant prescription: Overmedicalisation, flawed research, and conflicts of interest. Cham: Springer; 2022. Dostopno na: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-82587-4> (citirano 27. 5. 2025).
- Insel TR, Collins PY, Hyman SE. Darkness invisible: The hidden global costs of mental illness. *Foreign Aff.* 2015; 94(1): 127–135. Dostopno na: <https://www.foreignaffairs.com/articles/2015-01-20/darkness-invisible> (citirano 27. 5. 2025).
- Konec-Juričič N, Kralj D, Magajna A, Roškar S, Selak Š, Simonović S, et al. Duševno zdravje odraslih prebivalcev Slovenije skozi zdravstveno statistiko. V: Šprah L, ur. Z več znanja o motnjah razporejenosti do izhodov iz labirintov. Ljubljana: Založba ZRC; 2019: 13–26.
- Kuhar M, Gabrovec B, Albreht T. Dostopnost do zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji med epidemijo covid-19. 2021. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/11/polletno_poro_ilo_projekt_covid_19_2021-1-1-1.cleaned.pdf (citirano 27. 5. 2025).
- Luppa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, König HH, Riedel-Heller SG. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life. Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2012; 136(3): 212–121.
- Madeira L, Queiroz G, Henriques R. Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: A nationwide pharmacoepidemiological profile. *Sci Rep.* 2023; 13(1): 6912.
- Mars B, Heron J, Kessler D, Davies NM, Martin RM, Thomas KH, et al. Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995–2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2017; 52(2): 193–200.
- McCombe G, Fogarty F, Swan D, Hannigan A, Fealy GM, Kyne L, et al. Identified mental disorders in older adults in primary care: A cross-sectional database study. *Eur J Gen Pract.* 2018; 24(1): 84–91.
- OECD. Fitter minds, fitter jobs: From awareness to change in integrated mental health, skills and work policies. Paris: OECD Publishing; 2021a.
- OECD. Health at a glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2021b.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPdZ18–28). Uradni list RS št. 24/2018.
- Santini ZI, Thygesen LC, Koyanagi A, Stewart-Brown S, Meilstrup C, Nielsen L, et al. Economics of mental wellbeing: A prospective study estimating associated productivity costs due to sickness absence from the workplace in Denmark. *Ment Health Prev.* 2022; 28: 200247.
- Staiger T, Stiawa M, Mueller-Stierlin AS, Kilian R, Beschoner P, Gündel H, et al. Masculinity and help-seeking among men with depression: A qualitative study. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 599039.
- Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2): 476–493.
- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO; 2017. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610> (citirano 27. 5. 2025).
- Zrnić Novaković I, Streicher A, Ajduković D, Ajduković M, Kiralj Lacković J, Lotzin A, et al. Trajectories of adjustment disorder and well-being in Austria and Croatia during 20 months of the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(19): 6861.

ZAKAJ BI PRIJATELJEM PRIPOROČILA UDELEŽBO NA DELAVNICI OMRA?

Evalvacija učinkov delavnic OMRA na pismenost o motnjah razpoloženja

Why would you recommend OMRA workshops
to your friends? Evaluation of the effects of OMRA
workshops on literacy about mood disorders

Nataša Dernovšček Hafner

POVZETEK

Razširjenost motenj razpoloženja, kot so depresija, anksioznost in bipolarna motnja, predstavlja enega najresnejših izzivov sodobnega časa, tako na globalni ravni kot tudi v Sloveniji. Epidemiološki podatki opozarjajo na naraščajoče breme duševnih motenj, pri čemer igrata pomembno vlogo stigma in pomanjkanje znanja. Prav zato postaja pismenost o duševnem zdravju ključen dejavnik za pravočasno prepoznavanje težav in iskanje ustrezne pomoči. Rezultati evalvacije programa OMRA potrjujejo, da sistematična izobraževanja pomembno prispevajo k večjemu znanju o duševnem zdravju in boljši prepoznavnosti motenj razpoloženja. Udeleženci so po udeležbi na delavnicah dosegali višje rezultate na vseh področjih pismenosti, kar potrjuje učinkovitost pristopa, temelječega na znanstveno podprtih vsebinah in metodah. Zlasti pomembno je izboljšanje pismenosti o bipolarni motnji, ki je pogosto napačno razumljena ali spregledana.*

* Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

Avtorica: Nataša Dernovšček Hafner

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica psiholoških znanosti, docentka za področje psihologije, znanstvena sodelavka, univerzitetno diplomirana psihologinja

Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E naslov: natasa.dernovscek-hafner@zrc-sazu.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0000-3665-694X>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_02, CC BY-SA

Ključne besede: pismenost o duševnem zdravju, motnje razpoloženja, evalvacija, OMRA

ABSTRACT

The prevalence of mood disorders such as depression, anxiety and bipolar disorder is one of the greatest challenges of our time, both globally and in Slovenia. Epidemiological data indicate a growing burden of mental disorders, with stigmatisation and lack of knowledge playing an important role. For this reason, mental health literacy is becoming a key factor in recognising problems early and seeking appropriate help. The results of the evaluation of the OMRA programme confirm that systematic education contributes significantly to better knowledge about mental health and better recognition of mood disorders. Participants achieved better results in all areas of literacy after attending the workshops, confirming the effectiveness of an approach based on scientifically sound content and methods. Of particular importance is the improvement in knowledge of bipolar disorder, which is often misunderstood or overlooked.

Key words: mental health literacy, mood disorders, evaluation, OMRA

1 UVOD

Raziskave kažejo, da so motnje razpoloženja (depresija, anksioznost in bipolarna motnja) med najpogostejšimi težavami duševnega zdravja po vsem svetu. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije 5 % odraslih po svetu trpi za depresijo, kar jo uvršča med najpogostejše duševne motnje (WHO, 2023a). Približno 4 % odraslih po svetu prizadenejo anksiozne motnje (WHO, 2023b), 40 milijonov ljudi po svetu pa živi z bipolarno motnjo, kar predstavlja približno 0,5 % svetovnega prebivalstva (WHO, 2024). Razširjenost motenj razpoloženja narašča, kar lahko pripišemo različnim dejavnikom; od družbenih, gospodarskih in okoljskih dejavnikov, kot so nezaposlenost, finančna negotovost in socialna izolacija, do stigme in omejenega dostopa do virov pomoči. Porast motenj razpoloženja je opazen zlasti po obdobju pandemije covida-19, ki je močno vplivala na duševno zdravje ljudi. Tako se je v prvem letu po pandemiji prevalenca

Kratka predstavitev avtoric

Nataša Dernovšček Hafner je univerzitetno diplomirana psihologinja in doktorica psiholoških znanosti. Zaposlena je kot raziskovalka na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU. Rdeča nit njenega raziskovalnega dela je področje duševnega zdravja odrasle populacije, psihosocialna tveganja za stres, izgorelost delavcev in zaščitni dejavniki za krepitev duševnega zdravja.

anksioznosti povečala za 25 %, razširjenost depresije pa za 27 % (WHO, 2022). Depresivna in anksiozna motnja sta se najbolj povečali prav v krajih, ki jih je pandemija covid-19 močno prizadela. Ženske so se izkazale za ranljivejše kot moški, mlajši ljudje, zlasti stari od 20 do 24 let, pa so bili bolj oškodovani kot starejši odrasli. Prizadete so bile tudi številne države z nizkimi in srednjimi dohodki (Sanamauro in sod., 2021).

Razširjenost motenj razpoloženja v Sloveniji je podobno svetovnemu povprečju. Med težavami v duševnem zdravju sta pa prav depresija in anksiozna motnja med najpogostejšimi razlogi za obisk splošnega zdravnika (Jeriček Klanšček in sod., 2009; Konec Jurečič in sod., 2019).

Novejša študija, objavljena v ugledni psihiatrični reviji, ugotavlja, da bo približno polovica svetovnega prebivalstva do 75. leta starosti doživela vsaj eno duševno motnjo (Santomauro in sod., 2021), kar predstavlja veliko finančno in psihološko breme tako za posameznika kot družbo.

Zgodnje odkrivanje težav v duševnem zdravju, preden se razvijejo v kronično obliko, je ključno za pravočasno in učinkovito ukrepanje, kar ugotavljajo številne raziskave (Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016). Pomemben koncept, ki pripomore k večjemu znanju in ozaveščenosti o duševnih motnjah, je pismenost o duševnem zdravju. Visoka raven pismenosti o duševnem zdravju je ključnega pomena tako za posameznike kot družbo, saj bistveno vpliva na samoiniciativnost posameznikov pri iskanju ustrezne strokovne pomoči, ki temelji na znanstvenih dognanjih, pripomore k zmanjševanju stigme in širitvi preventivnih strategij (Jorm, 2000; Jorm, 2012; Rickwood in sod., 2005).

Druženomedicinski inštitut pri ZRC SAZU je v Sloveniji začel izvajati promocijsko-preventivni program OMRA leta 2017. Ta inovativni program na področju duševnega zdravja je bil ob svoji vzpostavitvi prvi tovrstni pristop v slovenskem prostoru, tako po vsebini kot po obliki izvajanja (Šprah, 2019a in 2019b). Program temelji na konceptu pismenosti o duševnem zdravju s posebnim poudarkom na motnjah razpoloženja, kot so depresija, anksiozne motnje in bipolarna motnja razpoloženja. Cilj programa je izboljšanje pismenosti laične javnosti za prepoznavanje znakov in razumevanje teh duševnih motenj. V ta namen so bili v preteklih letih razviti različni pristopi in izobraževalna orodja, ki vključujejo tudi terensko in spletno izvajanje delavnic OMRA. Delavnice so namenjene prepoznavanju in obravnavi izzivov, povezanih s stresom, depresijo, anksioznostjo, bipolarno motnjo razpoloženja in drugimi oblikami duševnih stisk.

Evalvacija delavnic OMRA je sprotna in stalna spremljevalka izvajanja delavnic, saj je vir dragocenih povratnih informacij, kaj je v programu dobro in kaj bi veljalo še izboljšati oz. spremeniti. Z najnovejšo evalvacijo v letu 2025 smo želeli

preveriti učinkovitost in doseganje ciljev programa OMRA, pri čemer smo se osredotočili na naslednje vidike:

- a) Sposobnost prepoznavanja motenj razpoloženja: Kako dobro udeleženci prepoznajo znake anksioznosti, depresije in bipolarne motnje razpoloženja?
- b) Raven pismenosti o motnjah razpoloženja: Koliko udeleženci vedo o značilnostih, vzrokih in možnih oblikah pomoči pri omenjenih motnjah?
- c) Učinek delavnic na pismenost udeležencev: Kako se je po udeležbi na delavnici pri udeležencih spremenila raven pismenosti o duševnem zdravju?

2 METODA

2.1 Vzorec

V raziskavo smo vključili udeležence šestih terenskih in šestih spletnih delavnic OMRA Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!, ki so jih člani ekipe OMRA v obdobju od marca 2023 do maja 2025 izvajali za udeležence iz celotne Slovenije.

Skupno je bilo na delavnicah prisotnih 658 oseb. Ker pa vsi udeleženci niso izpolnili vseh vprašalnikov, se število odgovorov razlikuje glede na posamezen vprašalnik. Iz analize so bili izločeni tisti, ki so oddali nepopolne ali neveljavne vprašalnike oz. jih sploh niso oddali. Podrobnejši sociodemografski podatki udeležencev, ki so sodelovali pri oceni učinkov delavnic na pismenost o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja, so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Prikaz vzorca udeležencev delavnic (N = 658), vključenih v evalvacijo

Značilnost	
<i>Spol</i>	
Ženska	90,3 %
Moški	9,7 %
Povprečna starost in standardni odklon	40 let (17,8)
<i>Kraj bivanja</i>	
Mesto	52,4 %
Podeželje	47,6 %
<i>Izobrazba</i>	
Osnovna šola ali manj	2,2 %
Krajše izobraževanje	0,3 %
Poklicna šola	2,7 %

Srednja šola	11,3 %
Višja šola	11,7 %
Visoka šola/fakulteta	61,3 %
Magisterij/doktorat	10,3 %
<i>Zaposlitveni status</i>	
Zaposleni	84,3 %
Nezaposleni	6,5 %
Študenti/dijaki	3,8 %
Upokojeni	5,4 %

Analiza sociodemografskih podatkov nam kaže, da je bil najpogostejši profil udeleženca na delavnici: zaposlena, nadpovprečno izobražena ženska srednjih let, ki živi v mestu ali na podeželju. Delavnice OMRA najpogosteje nagovarjajo visoko izobraženo, aktivno delovno populacijo žensk srednjih let.

2.2 Pripomočki

Udeleženci spletnih delavnic so pred začetkom posameznih tematskih sklopov prejeli povabilo k izpolnjevanju ustreznega vprašalnika o pismenosti na spletni platformi 1KA. Udeleženci delavnic v živo pa so v sklopu delavničnega gradiva prejeli nabor vprašalnikov, ki so jih po navodilih vodij anonimno izpolnjevali med potekom delavnic. Uvodni del vprašalnika je zajemal osnovne sociodemografske podatke. V nadaljevanju so se vprašanja osredotočala na preverjanje njihovega znanja o motnjah razpoloženja in stopnji pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja.

2.2.1 Prepoznavanje motenj razpoloženja

Za prepoznavanje različnih motenj razpoloženja so bili uporabljeni tipični opisi v obliki osebnih zgodb (angl. case vignettes). Vsaka zgodba je predstavljala simptome ene od treh motenj (anksioznosti, depresije ali bipolarne motnje razpoloženja) in je bila oblikovana na podlagi študij, ki uporabljajo primerljiv pristop k ocenjevanju prepoznavanja motenj razpoloženja, pri čemer so bili upoštevani tudi diagnostični kriteriji posameznih motenj (Gong in Furnham, 2014; O'Connor in sod., 2014; Reavley in Jorm, 2011).

Udeleženci so po predstavitvi posamezne zgodbe od 17 ponujenih možnosti izbrali tisto, ki je po njihovem mnenju najnatančnejše opisovala težave osebe. Izbrati so smeli zgolj en odgovor.

2.2.2 Orodja za oceno pismenosti o motnjah razpoloženja

Raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja smo merili s pomočjo treh vprašalnikov. Za področji anksioznosti in depresije sta bila uporabljena že uveljavljena vprašalnika A-lit (Anxiety Literacy) in D-lit (Depression Literacy), ki sta bila prevedena v slovenščino za potrebe programa OMRA (Australian National University, 2014a in 2014b; Gulliver in sod., 2012; Griffiths in sod., 2004).

Vprašalnik za oceno pismenosti o bipolarni motnji (B-lit) smo zasnovali sami. Pri tem smo sledili enaki metodologiji kot pri A-lit in D-lit, tako glede vsebine (področja poznavanja motnje) kot tudi glede načina odgovarjanja in razmerja med pravnimi in napačnimi trditvami.

Vsak vprašalnik je vseboval 22 trditev. Udeleženci so pri vsaki trditvi označili, ali je po njihovem mnenju pravilna ali napačna, lahko pa so izbrali tudi možnost ne vem, če o navedeni vsebini niso imeli mnenja oz. je niso poznali. Tak pristop je zmanjšal tveganje prisilnega odgovarjanja in naključnega ugibanja. Pravilni odgovor je prinesel eno točko, medtem ko napačni odgovori in odgovori »Ne vem.« niso prinašali točk. Skupni rezultat posameznika na vsakem vprašalniku je tako lahko znašal od 0 do največ 22 točk.

2.3 Postopek zbiranja podatkov

Pred začetkom delavnic so udeleženci izpolnili uvodni vprašalnik z osnovnimi sociodemografskimi podatki (spol, starost, kraj bivanja, stopnja izobrazbe in zaposlitveni status), nato so na osnovi treh krajših osebnih zgodb, ki so opisovale posamezne motnje razpoloženja, poskušali prepoznati vrsto predstavljene duševne težave, tako da so med 17 ponujenimi možnostmi izbrali tisto, ki se jim je zdela najprimernejša. Distribucija in zbiranje izpolnjenih vprašalnikov je bilo v domeni predavateljev.

Vprašalnike A-lit, D-lit in B-lit so udeleženci izpolnili dvakrat – pred začetkom izobraževanja o posamezni motnji in po njegovi izvedbi. Pri udeležencih spletne delavnice pa so se podatki zbirali preko spletne platforme 1KA in bili po vsaki delavnici preneseni v skupno podatkovno bazo.

2.4 Statistična obdelava podatkov

Statistična obdelava podatkov je bila izvedena s programskim paketom SPSS Statistic 25. Za preverjanje statistično značilne razlike v ravni pismenosti pred delavnico in po njej smo uporabili Wilcoxonov test predznačenih rangov.

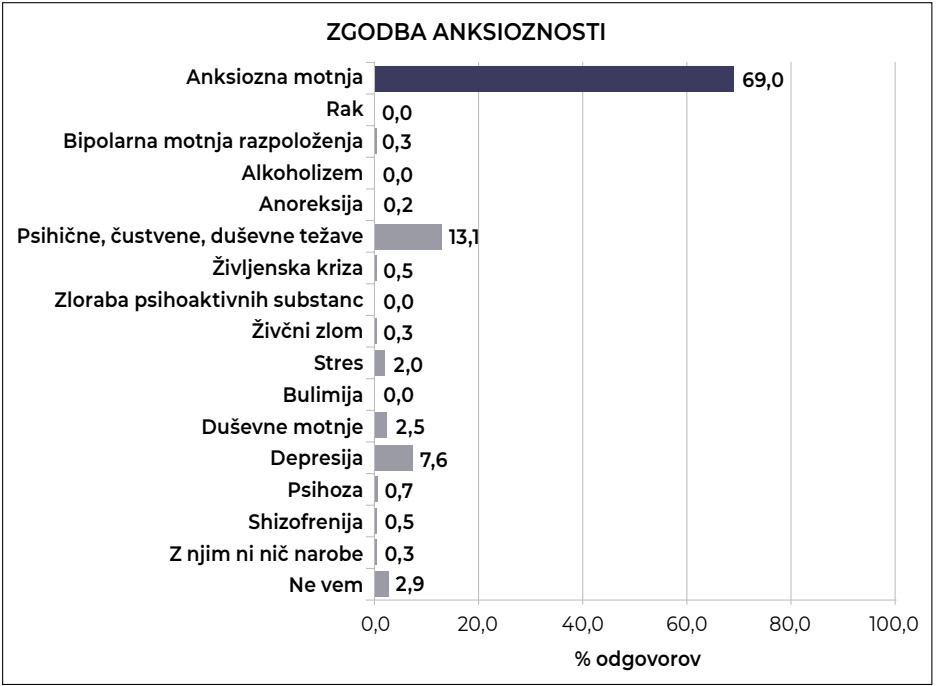
2.5 Etična odobritev

Raziskavo je odobrila komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, št. 0120-95/2024-2711-3.

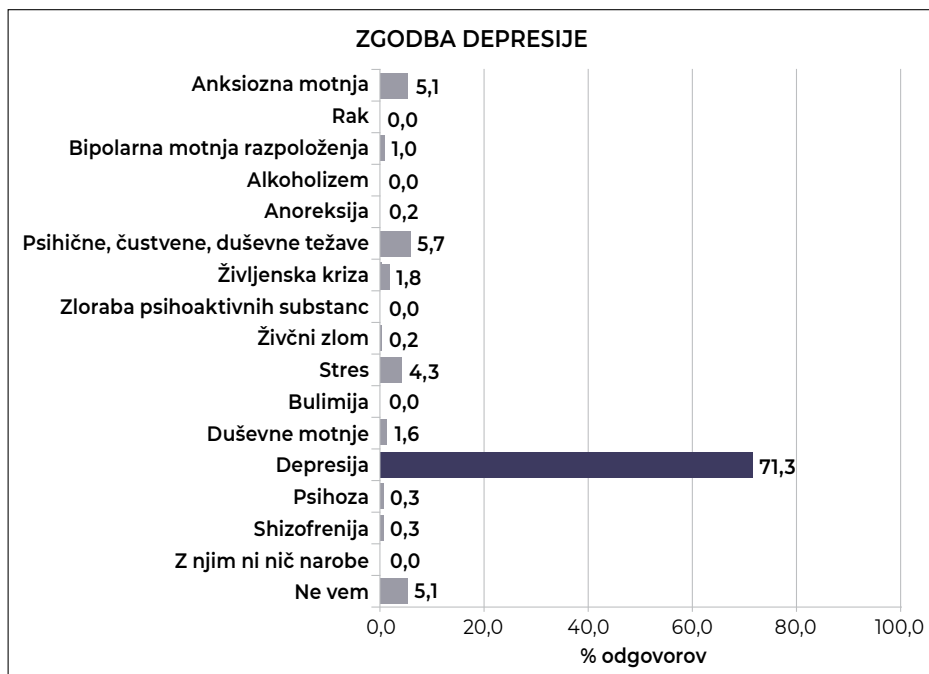
3 REZULTATI

3.1 Prepoznava motenj razpoloženja

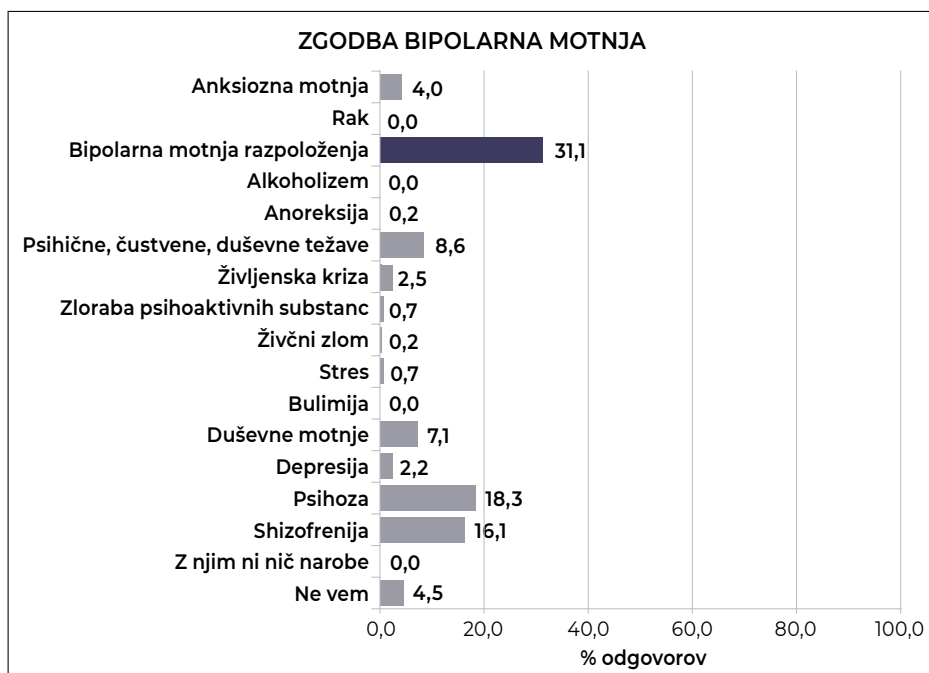
Analiza rezultatov vprašalnikov je pokazala, da so udeleženci delavnic v zgodbi v največjem deležu pravilno prepoznali opis depresije (slika 2), sledi prepoznavanje anksioznosti (slika 1) in nato bipolarnе motnje razpoloženja (slika 3). Rezultati se ujemajo s predhodno evalvacijo (Šprah, 2022).



Slika 1: Delež prepoznave posameznih motenj v zgodbi o anksioznosti



Slika 2: Delež prepoznave posameznih motenj v zgodbi o depresiji



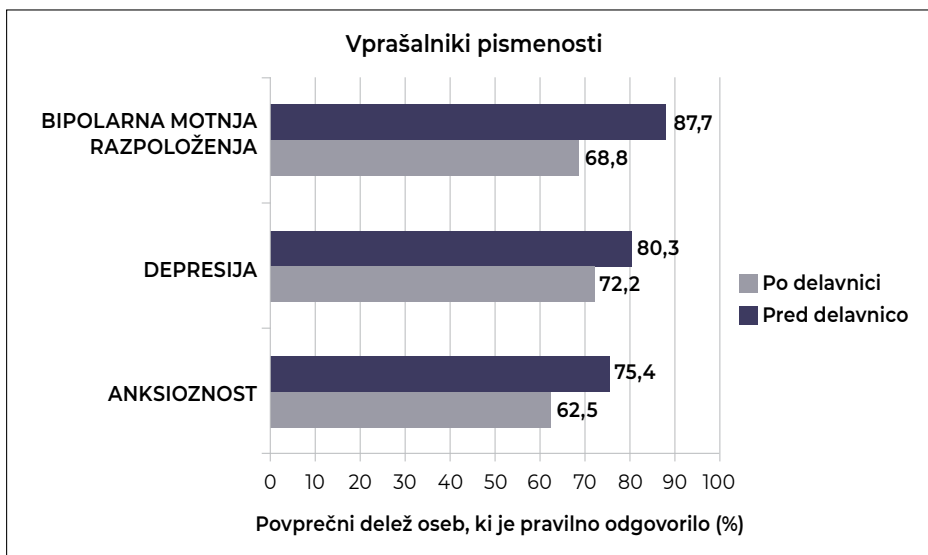
Slika 3: Delež prepoznave posameznih motenj v zgodbi o bipolarni motnji

3.2 Vpliv delavnic na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja

V sklopu evalvacije programa OMRA smo analizirali učinek delavnic na pismenost o motnjah razpoloženja s pomočjo vprašalnikov: A-lit, D-lit in vprašalnika za oceno pismenosti o bipolarni motnji, ki so jih udeleženci izpolnili pred izvedbo posamezne tematske delavnice in po njej. S skupnim številom pravih odgovorov za vsakega posameznika smo ocenili spremembe v znanju in razumevanju tematike.

Pred udeležbo na delavnicah je raven pismenosti dosegla najvišjo vrednost pri depresiji (72,2 %), sledita bipolarna motnja (68,8 %) in anksioznost (62,5 %) (slika 4). Po delavnicah se je delež pravih odgovorov povečal pri vseh motnjah, največ pri bipolarni motnji razpoloženja (za 18,9 %), sledi anksioznost (za 12,9 %) in nato depresija (8,1 %) (slika 4).

Neparametrični Wilcoxonov test predznačenih rangov, s katerim smo preverjali razlike v ravni pismenosti pred izvedbo delavnice in po njej, je pri vseh treh motnjah razpoloženja dosegel vrednost: $p < 0,05$, kar pomeni, da so udeleženci po delavnici dosegali bistveno višje število pravih odgovorov, kar nakazuje na višanje ravni pismenosti pri vseh treh motnjah razpoloženja.



Slika 4: Primerjava ravni pismenosti o motnjah razpoloženja pred in po udeležbi na delavnicah

4 RAZPRAVA

Raziskave zadnjih let jasno kažejo, da so motnje razpoloženja (depresija, anksioznost in bipolarna motnja) izjemno razširjene po vsem svetu in predstavljajo enega najpomembnejših javnozdravstvenih izzivov sodobnega časa. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije depresija prizadene kar 5 % svetovnega prebivalstva, anksiozne motnje 4 %, bipolarna motnja pa okoli 0,5 % (WHO, 2023a in 2023b; WHO, 2024). Še bolj zaskrbljujoče pa je dejstvo, da te številke naraščajo, kar je zlasti opazno po pandemiji covida-19. Le-ta je med drugim povzročila porast anksioznosti in depresije za več kot četrtno (WHO, 2022), kar odraža velik psihosocialni vpliv kriznih situacij na duševno zdravje posameznikov.

Motnje razpoloženja niso le stvar posameznika, temveč nastajajo v širšem družbenem kontekstu – pod vplivom ekonomskih negotovosti, socialne izolacije, brezposelnosti in stigme, ki še vedno spremlja duševne težave. V Sloveniji je slika podobna kot drugod po svetu, saj sta prav depresija in anksioznost med najpogostejšimi razlogi za obisk pri splošnem zdravniku (Jeriček Klanšček in sod., 2009; Konec Jurečič in sod., 2019).

V želji po pravočasnem odkrivanju težav v duševnem zdravju je ključno izboljšanje pismenosti o duševnem zdravju, tj. posameznikove veščine, znanja, prepričanja in zmožnosti prepoznati znake duševnih motenj, razumeti njihove vzroke in vedeti, kje in kako poiskati ustrezno strokovno pomoč (Jorm, 2000). Višja raven pismenosti bistveno prispeva k zmanjševanju stigme, zgodnejšemu iskanju pomoči, učinkovitejšemu spoprijemanju s težavami in odgovorno skrb zase in druge. Program OMRA, ki ga v Sloveniji izvaja Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, je pionirski primer sistematične promocije pismenosti o duševnem zdravju.

Evalvacija učinkov delavnic OMRA na pismenost o motnjah razpoloženja je jasno pokazala, da izobraževalne delavnice pomembno prispevajo tako k večji prepoznavnosti kot razumevanju motenj razpoloženja. Udeleženci so že pred absolviranjem delavničnih vsebin najbolje prepoznali simptome depresije, kar je razumljivo glede na širšo družbeno ozaveščenost o tej motnji. Manj uspešno so prepoznavali simptome bipolarne motnje, kar nakazuje, da je to področje v javnosti še vedno slabo poznano in nudi prostor za izboljšave. Ob spolno bolj izenačenem vzorcu bi bilo zanimivo raziskati vpliv spola udeležencev na prepoznavo posameznih motenj razpoloženja, saj raziskava Hadjimine in Furnhama (2016) poroča, da so ženske in mlajši odrasli (18–29 let) dosegli višjo stopnjo prepoznavnosti motenj. Zanimivo bi bilo tudi raziskati vpliv spola lika v osebni zgodbi (angl. case vignette) na prepoznavnost motenj, saj rezultati raziskav niso enoznačni; nekatere ugotavljajo, da spol lika nima pomembnega vpliva na prepoznavnost motnje, druge pa so pokazale, da se prepoznavanje

motenj razlikuje glede na spol predstavljenega lika, npr. poporodna depresija je v večjem deležu prepoznana pri materah kot očetih (Swami in sod., 2019).

Najpomembnejši rezultat evalvacije pa je značilno povečanje pismenosti pri vseh treh obravnavanih motnjah po zaključku delavnic – največje pri bipolarni motnji (skoraj za petino: 18,9 %), nato anksioznosti (12,9 %) in depresiji (8,1 %). Udeleženci so po izobraževanjih bistveno bolj natančno razumeli značilnosti motenj in možnosti ukrepanja, kar potrjujejo tudi statistično značilni rezultati. Kljub temu pa dodaten pregled rezultatov pismenosti, tj. postavk z največ nepravilnimi odgovori, še vedno kaže sabo poučenost udeležencev glede učinkovitih načinov zdravljenja vseh treh motenj razpoložjenja in tudi predstave, kako oseba z zmerno obliko depresije funkcionira v vsakodnevnem življenju. Te ugotovitve potrjujejo širše izsledke prve slovenske nacionalne raziskave o zdravstveni pismenosti, ki je še posebej poudarila pomen krepite kompetenc za orientacijo v zdravstvenem sistemu in usposobljenosti za ustrezno iskanje in izbiro rešitev – t. i. navigacijske zdravstvene pismenosti (Vrdelja in sod., 2022).

Rezultati programa OMRA ponujajo pomembno izhodišče za širše razumevanje pomena preventivnih in izobraževalnih pristopov k duševnemu zdravju. Pokazalo se je, da je cilj dosegljiv: z ustreznimi vsebinami, sodobnimi metodami in rednim vrednotenjem lahko izboljšamo znanje, zmanjšamo stigmo in povečamo verjetnost pravočasnega iskanja pomoči. Ključno je, da tovrstni programi postanejo dostopni čim širšemu krogu ljudi, vključno z mladimi, ranljivimi skupinami in prebivalci manj razvitih regij. Posebej bi k udeležbi na delavnicah radi nagovorili moški del populacije, saj je bil naš vzorec udeležencev izrazito spolno neizenačen.

V času, ko svetovni trendi poročajo o vse večjem psihološkem bremenu, ki ga nosijo posamezniki in družba, je vlaganje v pismenost o duševnem zdravju ena najpomembnejših in najdaljšoročnejših strategij za preprečevanje duševnih motenj. Programi, kot je OMRA, niso le obetajoči – temveč nujni.

5 ZAKLJUČEK

Na podlagi evalvacije učinkov delavnic OMRA na pismenost o motnjah razpoložjenja bi prijateljem udeležbo na delavnici nedvomno priporočila, saj program učinkovito povečuje pismenost o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji. Udeleženci po delavnicah bolje prepoznavajo simptome, razumejo vzroke duševnih motenj in ozavešajo, kje in kako poiskati pomoč. To prispeva k zmanjšanju stigme in spodbuja pravočasno ukrepanje, kar je ključno za ohranjanje duševnega zdravja. Glede na porast duševnih težav v sodobni družbi,

zlasti po pandemiji covida-19, so takšne delavnice nujen in učinkovit preventivni ukrep. Program OMRA s svojo celovito, dostopno in znanstveno podprto vsebino omogoča posamezniku, da bolje razume sebe in druge – kar je temelj empatične in duševno zdrave družbe. Zaključimo lahko, da so programi, kot je OMRA, izjemno dragoceni za gradnjo bolj ozaveščene in psihološko odporne družbe. Vlaganje v tovrstno preventivo je dolgoročno naložba v boljše duševno zdravje prebivalstva, zmanjšanje neenakostih v zdravju in povečanje kakovosti življenja posameznikov. Nadaljnji razvoj in širitev tovrstnih programov bi torej morala postati stalnica javnozdravstvenih politik.

Zahvala

Pripravek je nastal v okviru nacionalnega raziskovalnega programa Raziskave o duševnih stiskah in dobrem počutju (P5-0115-23), ki ga sofinancira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS (ARIS), in programa OMRA, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje RS.

Literatura

- Gong AT, Furnham A. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders in mainland China. *Psych J*. 2014; 3(2): 144–158.
- Hadjimina, E, Furnham A. Influence of Age and Gender on Mental Health Literacy of Anxiety Disorders. *Psychiatry Research*. 2017; 251: 8–13.
- Jeriček Klanšek H, Zorko M, Bajt M, Roškar S, ur. Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009.
- Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000; 177(5): 396–401.
- Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take the action for better mental health. *Am Psychol*. 2012; 67(3): 231–243.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders. *Med J Aust*. 1997; 166: 182–186.
- Konec Juričič N, Magajna A, Roškar S, Selak Š, Simonović S, Vinko M. Duševno zdravje odraslih prebivalcev Slovenije skozi zdravstveno statistiko. V: Šprah L, ur. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov. Izkušnje in razmisleki. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU, 2019a: 13–17.
- Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(3): 154–158.
- O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*. 2014; 23(4): 197–204.
- Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(11): 947–956.

- Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*. 2005; 4(3): 218–215.
- Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021; 398(10312): 1700–1712.
- Swami V, Barron D, Smith L, Furnham A. Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. *Journal of Mental Health*. 2019. 29(2): 217–224.
- Šprah L. Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa. V: Šprah L, ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki*. 1. izd. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019a: 51–73.
- Šprah L. Evalvacija učinkov programa opismenjevanja o motnjah razpoloženja na raven razumevanja značilnosti in posledic anksioznosti, depresije in bipolarnih motenj razpoloženja. V: Šprah L, ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki*. 1. izd. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019b: 91–112.
- Šprah L. Evalvacija učinka spletnih delavnic Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! na ravneh pismenosti o motnjah razpoloženja. V: Šprah L, ur. *Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme*. Zdaj je čas, da znanje prenesemo v prakso! Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2022: 113–138.
- Vrdelja M, Vrbovšek S, Berzelak N. Zdravstvena pismenost odraslih v Sloveniji. Rezultati Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji (HLS-SI19). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2022.
- World Health Organization (WHO). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief. Geneva: WHO; 2022. Dostopno na: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 (citirano 21. 6. 2025).
- World Health Organization (WHO). Depressive disorder (depression). Geneva: WHO; 2023a. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (citirano 16. 7. 2025).
- World Health Organization (WHO). Anxiety disorder. Geneva: WHO; 2023b. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders> (citirano 16. 7. 2025).
- World Health Organization (WHO). Bipolar disorder. Geneva: WHO; 2024. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder> (citirano 16. 7. 2025).



Štorklja, 2024 (akril)

ISKANJE STROKOVNE POMOČI ZARADI TEŽAV V DUŠEVNEM ZDRAVJU: vloga izbranih sociodemografskih dejavnikov pri vedenjski nameri skupine udeleženk in udeležencev delavnic OMRA

Seeking professional help for mental health problems:
The role of selected sociodemographic factors in
OMRA workshop participants' intention to seek help

Lilijana Šprah

POVZETEK

Kljub večji ozaveščenosti na področju duševnega zdravja, kar okrog 70 % posameznikov s težavami v duševnem zdravju ne poišče ustrezne strokovne pomoči. Namen raziskave je bil preučiti vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju v skupini udeleženk in udeležencev delavnic OMRA. Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! Poseben poudarek raziskave je bil namenjen ugotavljanju, kako vplivajo spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status in kraj bivanja na oblikovanje stališč, povezanih z vedenjsko namero iskanja pomoči. V raziskavi je sodelovalo 1326 oseb, ki so po zaključku delavnice izpolnile vprašalnik o vedenjski nameri. S pomočjo Likertove lestvice so ocenjevale različna stališča, povezana z iskanjem pomoči, vključno z zaznano podporo bližnjih, zaupanjem v zdravstveni sistem, samostigmo in zaznavo dostopnosti storitev. Rezultati so razkrili visoko izraženo vedenjsko namero

Avtorica: Lilijana Šprah

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica na področju medicinskih ved, znanstvena svetnica, univerzitetno diplomirana psihologinja

Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5363-3309>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_03, CC BY-SA

iskanja strokovne pomoči. Za najmočnejše napovednike vedenjske namere so se izkazali trije ključni dejavniki: zaznana socialna podpora, pismenost o duševnem zdravju in subjektivne norme. Izsledki predstavljene raziskave potrjujejo zaključke primerljivih študij, kjer avtorji poudarjajo, da psihosocialni dejavniki, ki se nanašajo na posameznikovo notranjo pripravljenost, percepcijo podpore in obveščenost, bolje napovedujejo vedenjsko namero kot demografski dejavniki. Raziskava potrjuje tudi učinkovitost izobraževalnih programov pri dvigu pismenosti o duševnem zdravju in zmanjševanju stigme, posledično pa krepitvi vedenjske namere iskanja strokovne pomoči.

Ključne besede: duševno zdravje, vedenjska namera, iskanje strokovne pomoči, stigma, dostopnost storitev

ABSTRACT

Despite increasing awareness of mental health, around 70% of people with mental health problems do not seek appropriate professional help. The aim of this study was to examine the intention of participants in the OMRA workshop "Stress is a worry, strengthen your strengths!" to seek help for mental health problems. Particular attention was paid to how gender, age, education level, employment status and place of residence influence the formation of attitudes towards the intention to seek help. The study involved 1,326 participants who completed a questionnaire on behavioural intention after attending the workshop. Using a Likert scale, they rated various attitudes related to help-seeking, including perceived support from close others, trust in the healthcare system, self-stigmatisation and perceived accessibility of services. The results showed a high level of expressed intention to seek help. Three key factors emerged as the strongest predictors of this intention: perceived social support, mental health literacy and subjective norms. The results of this study support the conclusions of comparable research, emphasising that psychosocial factors — such as internal readiness, perceived support and awareness — predict intention to seek help better than demographic variables. The study also confirms the effectiveness of educational programmes to improve mental health literacy and reduce stigma, thereby increasing the intention to seek professional help.

Key words: mental health, behavioural intention, help-seeking, stigma, service accessibility

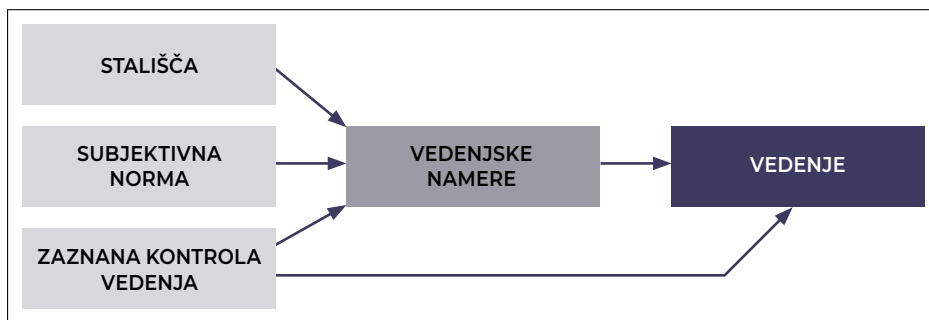
Kratka predstavitev avtoric

Lilijana Šprah je univerzitetno diplomirana psihologinja in doktorica znanosti s področja medicinskih ved. Zaposlena je kot raziskovalka in predstojnica na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU. Pri svojem raziskovalnem delu se osredotoča predvsem na področje duševnega zdravja, vzpostavljanje in evalviranje programov pismenosti o duševnem zdravju, poklicnem stresu in njegovem negativnem izidu.

1 UVOD

Duševno zdravje postaja globalno ena izmed prednostnih javnozdravstvenih tematik, saj nediagnosticirane ali nezdravljene težave v duševnem zdravju pomembno prispevajo k bremenu bolezni, povečujejo stroške zdravljenja in okrevanja (WHO, 2022). Kljub vse večji dostopnosti storitev na področju duševnega zdravja številni posamezniki še vedno ne poiščejo ustrezne pomoči, kar še posebej velja za ranljive družbene skupine, kot so mladostniki, migranti in starejši (Alegría in sod., 2002; Gulliver in sod., 2010; Mackenzie in sod., 2006). Raziskovalci poročajo, da kljub večji družbeni ozaveščenosti na področju duševnega zdravja, med 70 in 80 % posameznikov s težavami v duševnem zdravju ne poišče ustrezne strokovne pomoči (Andrade in sod., 2014). Prav tako raziskave razkrivajo manjšo naklonjenost iskanja strokovne pomoči v družbenih skupinah z močnim kulturnim odporom do odprtega razkrivanja težav v duševnem zdravju, kar potrjujejo študije o kulturni stigmatizaciji in družbenih normah (Cauce in sod., 2002; Corrigan in sod., 2014). Eden ključnih raziskovalnih izzivov sodobnega javnega zdravja je tako razumevanje in spodbujanje vedenj, povezanih z iskanjem strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju (Clement in sod., 2015). Ta pojav ni le medicinski, temveč tudi vedenjski in psihosocialni, kar zahteva uporabo kompleksnih modelov, ki pojasnjujejo posameznikove odločitve o iskanju pomoči.

Razumevanje človeškega vedenja je osrednja naloga socialne psihologije, še posebej v kontekstu predvidevanja vedenja v okoliščinah, kjer imajo posamezniki možnost izbire. Teorija načrtovanega vedenja (angl. Theory of Planned Behavior – TPB), ki sta jo razvila Icek Ajzen in Martin Fishbein (1980), ponuja enega najvplivnejših teoretskih okvirov za napovedovanje izvedbe vedenjske namere. Teorija temelji na predpostavki, da je vedenje posameznika načrtovano, zavestno in posledica racionalnega premisleka o posledicah. Na sliki 1 je prikazan osnovni model teorije načrtovanega vedenja s tremi ključnimi konstrukti in njihovim vplivom na vedenjsko namero in vedenje (Ajzen in Madden, 1986), kjer stališča do vedenja zajemajo ocene posameznika o koristnosti ali škodljivosti določenega vedenja. Subjektivne norme predstavljajo posameznikovo zaznavo družbenih pričakovanj – kaj drugi pomembni posamezniki pričakujejo, da naj bi storil. Zaznana vedenjska kontrola pa se nanaša na posameznikovo presojo, kako enostavno ali težko bo določeno vedenje izvedel glede na notranje vire (npr. znanje, motivacija) in zunanje okoliščine (npr. dostopnost virov, ovire).



Slika 1: Model načrtovanega vedenja (Ajzen in Madden, 1986)

Ajzen je z vključitvijo zaznane kontrole vedenja model načrtovanega vedenja nadgradil in tako omogočil razlago vedenj, ki niso v celoti pod voljnim nadzorom posameznika (slika 1). Zaznana kontrola tako vpliva na vedenjsko namero in v določenih primerih tudi neposredno na vedenje. Vedenjske namere se torej oblikujejo na podlagi stališč, zaznanih norm in zaznane kontrole, te pa se nato lahko, če so pogoji ugodni, prevedejo v dejansko vedenje. Uporabnost modela načrtovanega vedenja potrjujejo tudi novejšje študije, ki so ga uspešno uporabile pri napovedovanju vedenj, povezanih z duševnim zdravjem (Kim in Lee, 2020), digitalnim iskanjem pomoči (Adams in sod., 2022) in pri razlagi odločitev za cepljenje, prehranske izbire, trajnostno potrošnjo in prostovoljno delo (Ajzen, 2020; Yuriev in sod., 2020).

Vključitev dodatnih spremenljivk v model načrtovanega vedenja, kot so spol, starost, izobrazba ali samoučinkovitost, omogoča bolj celostno razumevanje vedenjskih determinant. Te spremenljivke delujejo kot zunanji dejavniki, ki preko vpliva na stališča, norme in zaznano kontrolo prispevajo k oblikovanju vedenjskih namenov. Aktualne študije potrjujejo, da demografske značilnosti, kot sta spol in starost, vplivajo na razlike v dojetanju norm in zaznane kontrole (La Barbera in Ajzen, 2020; Liu in sod., 2021), medtem ko je samoučinkovitost eden najmočnejših napovednikov zaznane vedenjske kontrole in s tem vedenjske namere (Hagger in sod., 2022). Vključevanje teh spremenljivk prispeva k večji razlagalni moči modela in k boljšemu razumevanju individualnih razlik v odločitvenih procesih. Raziskovalci poročajo, da spol pogosto vpliva na subjektivne norme in stališča, zlasti na področjih, kjer je pomembna socialna percepcija vedenja. Ženske izražajo višjo pripravljenost za iskanje pomoči in bolj pozitivna stališča do vedenj, ki vključujejo socialno podporo, kar je bilo potrjeno z metaanalizo, ki je pokazala, da ženske statistično značilno bolj pozitivno vrednotijo strokovno pomoč v primerjavi z moškimi (Nam in sod., 2010). Višja izobrazba je povezana z boljšo pismenostjo o duševnem zdravju, večjim zaupanjem v strokovne vire in večjo zaznano vedenjsko kontrolo, zlasti v kontekstu kompleksnih odločitev,

kot je iskanje psihološke pomoči (Iswanto in sod., 2023; La Barbera in Ajzen, 2020). Po drugi strani ima starost lahko dvosmeren učinek: mlajši posamezniki običajno poročajo o večji zaznani kontroli in samozavesti glede izvedbe vedenja, medtem ko starejši kažejo bolj ustaljene subjektivne norme, ki izhajajo iz daljše socializacije in ustaljenih prepričanj (Ajzen, 2020).

1.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bil podrobneje opredeliti vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju v skupini udeleženk in udeležencev delavnic OMRA Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! Pri tem smo preverjali naslednje:

- Kakšna je raven vedenjske namere iskanja strokovne pomoči pri udeleženkah in udeležencih delavnic OMRA?
- Kako različni sociodemografski dejavniki, kot so spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status in kraj bivanja, vplivajo na vedenjsko namero?
- Ali obstajajo razlike v izraženih stališčih do iskanja strokovne pomoči glede na spol, starost, izobrazbo, zaposlitveni status, kraj bivanja?
- Ali udeleženke in udeleženci, ki poročajo o večji podpori bližnjih, izražajo tudi večjo pripravljenost za iskanje strokovne pomoči?
- Kako zaznavanje dostopnosti storitev na področju duševnega zdravja v lokalnem okolju vpliva na vedenjsko namero iskanja pomoči?
- Kateri izmed analiziranih psihosocialnih dejavnikov so najboljši napovedovalci vedenjske namere?

2 METODA

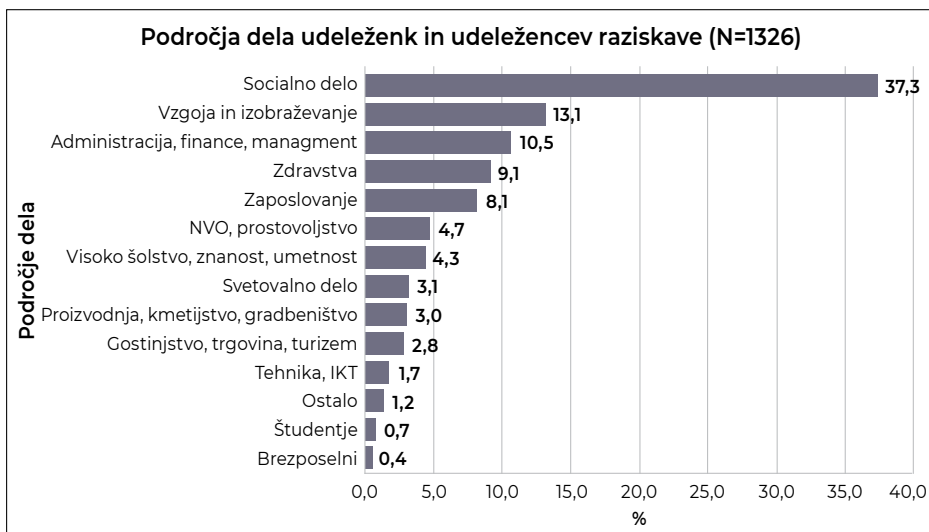
2.1 Predstavitev vzorca raziskave

Raziskavo o povezanosti med izbranimi sociodemografskimi spremenljivkami in vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči smo izvedli na 2705 udeleženkah in udeležencih delavnic OMRA Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!, ki smo jih izvajali med oktobrom 2018 in majem 2025. Vsi niso sodelovali pri izpolnjevanju vprašalnikov oz. so oddali nepopolne oz. neveljavne vprašalnike, zato je bilo v analizo podatkov vključenih 49 % vzorca (1326 oseb). Podrobnejše sociodemografske značilnosti udeleženk in udeležencev raziskave so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1: Predstavitev vzorca (N = 1326), ki je bil vključen v raziskavo o vedenjski nameri iskanja strokovne pomoči.

SPOL	Moški	11,5 %
	Ženski	88,5 %
STAROST	Povprečna	42,2 leta
	Minimalna	18 let
	Maksimalna	80 let
KRAJ BIVANJA	Mesto	47 %
	Podeželje	53 %
ZAPOSLOTVENI STATUS	Študenti oz. dijaki	3,5 %
	Zaposleni	80,7 %
	Nezaposleni	10 %
	Upokojeni	5,9 %
IZOBRAZBA	Osnovna šola ali manj	2,8 %
	Krajše izobraževanje	0,6 %
	Poklicna šola	4,1 %
	Srednja šola	15,2 %
	Višja šola (l. bolonjska)	10,5 %
	Fakulteta, visoka šola	57,8 %
	Magisterij ali doktorat znanosti	9 %

V sociodemografskem delu vprašalnika smo od udeleženk in udeležencev raziskave pridobili tudi podatek o njihovem poklicnem profilu in področju dela, kar je prikazano na sliki 2. Prevladovali so udeleženke in udeleženci, ki so bili aktivni na področju socialnega dela (37,3 %), sledili so zaposleni na področju vzgoje in izobraževanja (13,1 %) in administracije, financ, menedžmenta (10,5 %). Najmanjši delež vzorca je bil zaposlen na področju tehnike in IKT (1,7 %), prav tako pa na področju gostinstva, trgovine in turizma (2,8 %).



Slika 2: Delež oseb glede na različno poklicno usmerjenost in področja dela, ki so jih opredelili udeleženke in udeleženci raziskave (N = 1326).

2.2 Postopek pridobivanja podatkov

Delavnice OMRA so se izvajale tako na terenu kakor tudi preko spletne platforme Zoom. Pred začetkom izvajanja delavnic so udeleženke in udeleženci izpolnili sklop vprašanj, kjer so podali svoje osnovne sociodemografske podatke: spol, starost, stalno prebivališče, izobrazbo, zaposlitveni status, področje dela oz. poklicno usmerjenost. Sledilo je izvajanje delavnice o motnjah razpoloženja (s stresom povezane motnje, anksioznost, depresija in bipolarna motnja razpoloženja), o prepoznavanju njihovih značilnosti in o razpoložljivih oblikah (samo)pomoči. Ob zaključku delavnice so udeleženke in udeleženci delavnic izpolnili evalvacijski vprašalnik, ki je vključeval tudi šest vprašanj, ki so se nanašala na stališča do iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju.

2.2.1 Vsebina in potek delavnice Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!

Vsebino in potek delavnice o motnjah razpoloženja smo predhodno zasnovali tudi s pomočjo intervjujev in fokusnih skupin, kjer smo s sogovornicami in sogovorniki preverjali, o katerih vsebinah bi se želeli izobraževati, in v kakšni obliki naj bi bile podane (več o vsebini in poteku delavnice: <https://www.omra.si/aktualno/delavnice-omra/delavnica-omra-1/>). Udeležba na delavnicah je bila prostovoljna, prijava pa je potekala na spletni platformi programa ali preko lokalnih deležnikov in pridruženih partnerjev programa OMRA. Vsebinsko je bila delavnica OMRA oblikovana tako, da smo v peturnem izobraževanju

naslovili ključne tematike, ki se povezujejo z motnjami razpoloženja. Za uvodnim delom, kjer smo predstavili program OMRA, njegovo izobraževalno platformo in pomen duševnega zdravja za posameznika in družbo, smo podrobneje osvetlili problematiko stresa, njegove značilnosti in povezanost z motnjami razpoloženja kot njihovem sprožilcu in vzdrževalcu. Sledila je predstavitev anksioznosti, depresije in bipolarni motnje razpoloženja. Pri vsaki motnji smo orisali njene značilnosti, vzroke nastanka in pristope zdravljenja. V zadnjem delu delavnice smo predstavili še problematiko samostigme in dileme samorazkrivanja v zasebnem in delovnem okolju.

2.2.2 Pripomočki

Udeleženke in udeleženci raziskave so najprej z vprašalnikom posredovali svoje osnovne sociodemografske podatke (spol, starost, izobrazba, kraj prebivanja, zaposlitveni status in področje dela). Po zaključeni delavnici pa so izpolnili še lestvico o vedenjski nameri. Lestvico smo s pomočjo šestih vprašanj oblikovali sami na osnovi orodij, ki se uporabljajo na področju vedenjske namere iskanja strokovne pomoči (Bohon in sod., 2016; Fischer in Farina, 1995; Mackenzie in sod., 2004; Mo in Mak, 2009).

Lestvica je bila sestavljena iz šestih trditev, kjer so udeleženke in udeleženci s pomočjo petstopenjske lestvice označili stopnjo svojega strinjanja (1 = Sploh se ne strinjam., 2 = Ne strinjam se., 3 = Niti se strinjam niti se ne strinjam., 4 = Strinjam se., 5 = Popolnoma se strinjam.) z navedenimi trditvami in tako opisali svoja stališča oz. vedenjsko namero do iskanja strokovne pomoči. Odgovori so bili ustrezno ovrednoteni in izraženi kot povprečna raven strinjanja z navedeno trditvijo. Višja povprečna ocena pomeni večjo stopnjo strinjanja z določeno trditvijo. Lestvica je vključevala šest postavk z naslednjimi trditvami:

- 1) Verjamem, da bi se lahko o svojih težavah v duševnem zdravju odkrito pogovoril/-a s splošnim zdravnikom.
- 2) Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.
- 3) Večina ljudi, katerih mnenje cenim, ne bi odobraval, da poiščem strokovno pomoč, če bi imel/-a težave v duševnem zdravju.
- 4) Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč v primeru težav v duševnem zdravju.
- 5) V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.
- 6) Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav v svojem duševnem zdravju, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč.

2.2.3 Statistična obdelava podatkov

Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen računalniški programski paket IBM SPSS Statistics 22. Preverjanje normalnosti distribucije podatkov je potekalo s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa, ki je pokazal, da podatki niso skladni z normalno porazdelitvijo. V nadaljevanju statistične analize smo zato uporabili neparametrične statistične teste, in sicer za preverjanje povezanosti med posameznimi sociodemografskimi spremenljivkami in vedenjsko namero je bil uporabljen Spearmanov koeficient korelacije (ρ), razlike med vključenimi skupinami pa smo testirali z neparametričnim Mann-Whitneyjevim U-testom in Kruskal-Wallisovim testom. Statistično pomembna razlika je bila postavljena pri $p \leq 0,05$.

2.3 Etična odobritev

Raziskavo je odobrila komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, št. 0120-95/2024-2711-3.

3 REZULTATI

3.1 Značilnosti vzorca

49 % oseb, ki so se udeležile delavnic, je tudi oddalo popolno in pravilno izpolnjena vprašalnika o sociodemografskih značilnostih in vedenjski nameri. V analizo smo vključili le tiste vprašalnike, ki so imeli podane odgovore na vsa vprašanja in postavke. Iz tabele 1 lahko razberemo, da so v vzorcu močno prevladovale ženske, medtem ko je bilo moških le okrog 12 %. Povprečna starost je znašala 42,2 leta v širokem starostnem razponu od 18 do 80 let. Največ je bilo oseb v starostnih skupinah 41–50 let (30,4 %) in 51–60 let (30,9 %) (tabela 2).

Tabela 2: Porazdelitev starostnih skupin v vzorcu raziskave (N = 1326)

Starostna skupina (leta)	Delež
11–20 let	0,5 %
21–30 let	13,5 %
41–50 let	30,4 %
51–60 let	30,9 %
61–70 let	19,2 %
71–80 let	4,9 %

80,7 % udeleženk in udeležencev je bilo v času obiska delavnic zaposlenih. V nekoliko večjem obsegu so prebivali v mestih (53 %). Prevladovala so fakultetna (57,8 %), srednješolska (15,2 %) in višješolska (10,5 %) izobrazba (tabela 1).

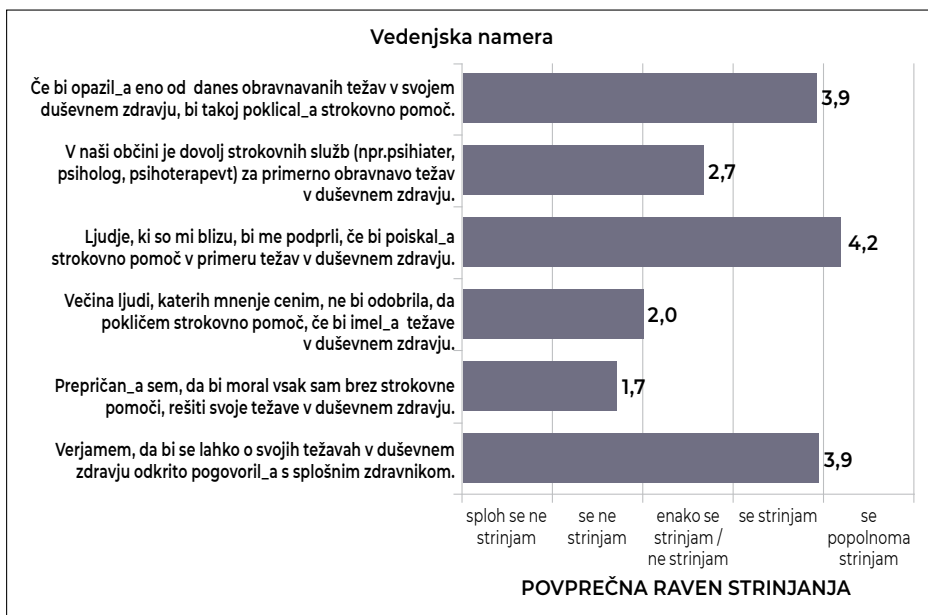
3.2 Vedenjska namera iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju

Slika 3 prikazuje povprečno raven strinjanja s stališči, ki so povezana z vedenjsko namero posameznikov za iskanje strokovne pomoči v primeru duševnih težav. Ocenjevanje šestih postavk s stališči je potekalo na Likertovi lestvici od 1 (Sploh se ne strinjam.) do 5 (Popolnoma se strinjam.). Največje strinjanje so udeleženke in udeleženci raziskave izrazili pri postavki »Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč v primeru težav v duševnem zdravju.«, kjer je največ oseb označilo oceno 4 (Strinjam se.), in sicer 70 %, in oceno 5 (Popolnoma se strinjam.), in sicer 26 %. To je tudi najvišje ocenjeno stališče, kar kaže na visoko zaupanje v podporo bližnjih, če bi posameznik iskal strokovno pomoč.

Naslednji najvišje ocenjeni postavki sta bili »Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav v svojem duševnem zdravju, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč.« (povprečna ocena: 3,9; 70 % oseb je označilo odgovor »Strinjam se.« in 26 % »Popolnoma se strinjam.«) in »Verjamem, da bi se lahko o svojih težavah v duševnem zdravju odkrito pogovoril/-a s splošnim zdravnikom.« (povprečna ocena: 3,9; 51 % oseb je izbralo možnost »Strinjam se.« in 25 % »Popolnoma se strinjam.«). Rezultati kažejo na visoko raven pripravljenosti za ukrepanje ob težavah v duševnem zdravju in na zaupanje v osnovno zdravstveno varstvo kot točko vstopa v sistem pomoči, kljub temu da so udeleženke in udeleženci izrazili nekaj skepse glede dostopnosti različnih služb in storitev na področju duševnega zdravja v lokalnem okolju. S trditvijo »V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.« se je strinjalo le 30 % oseb (povprečna ocena: 2,7), kar nakazuje na zaznane pomanjkljivosti v lokalni dostopnosti do storitev, ki predstavljajo predvsem objektivno oviro glede možnosti iskanja pomoči v primeru težav v duševnem zdravju.

Rezultati so pokazali tudi, da so udeleženke in udeleženci raziskave izrazili nizko stopnjo družbenega pritiska proti iskanju strokovne pomoči. Tako se s postavko »Večina ljudi, katerih mnenje cenim, ne bi odobravala, da poiščem strokovno pomoč, če bi imel/-a težave v duševnem zdravju.« ni strinjalo skoraj 80 % oseb (31 % je označilo možnost »Sploh se ne strinjam.« in 47 % možnost »Ne strinjam se.«). Poleg tega najnižja povprečna ocena (1,7) kaže na nestrinjanje s stališčem samopomoči brez strokovne podpore. S postavko »Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem

zdravju.« se ni strinjalo skoraj 90 % udeleženk in udeležencev raziskave (48 % jih je označilo odgovor »Sploh se ne strinjam.« in 41 % »Ne strinjam se.«). V tem pogledu rezultati kažejo na pozitiven odnos do pomena strokovne pomoči in nizko stopnjo stigmatizacije od pomembnih drugih.



Slika 3: Povprečna raven strinjanja s trditvami vprašalnika o vedenjski nameri glede iskanja pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (N = 1326)

3.3 Povezanost SPOLA z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju

Rezultati analize razkrivajo, da spol v našem vzorcu ni predstavljal pomembnega dejavnika pri oblikovanju večine stališč glede vedenjske namere iskanja strokovne pomoči. Pri večini trditev, povezanih z vedenjsko namero, ni bilo statistično značilnih razlik (Mann-Whitneyjev test) med spoloma (tabela 3). Edina statistično pomembna razlika se je pojavila pri trditvi »V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.«, ki nakazuje, da obstaja povezava med spolom in stopnjo strinjanja glede razpoložljivosti strokovne pomoči v lokalnem okolju. Ženske so se v primerjavi z moškimi v povprečju v manjši meri strinjale z navedbo, da je v njihovem okolju primerna dostopnost do psihiatra, psihologa ali psihoterapevta (tabela 3). Nadaljnja analiza povezanosti posameznih postavk s spoloma je pokazala, da je povezava s spolom zelo šibka (p blizu 0), še največja je pri prej omenjeni trditvi ($p = -0,060$), ki je tudi statistično pomembna.

Tabela 3: Povezanost SPOLA z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (N = 1326)

Postavka	Povpr. stopnja strinjanja (moški)	Povpr. stopnja strinjanja (ženske)	Mann-Whitney p	Spearman ρ	p
Verjamem, da bi se lahko o svojih težavah v duševnem zdravju odkrito pogovoril/-a s splošnim zdravnikom.	3,95	3,91	0,588	-0,015	0,588
Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.	1,78	1,69	0,572	-0,016	0,572
Večina ljudi, katerih mnenje cenim, ne bi odobravala, da poiščem strokovno pomoč, če bi imel/-a težave v duševnem zdravju.	2,14	2,01	0,073	-0,049	0,073
Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč v primeru težav v duševnem zdravju.	4,19	4,26	0,308	0,028	0,309
V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.	2,88	2,66	0,029*	-0,060	0,029*
Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav v svojem duševnem zdravju, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč.	3,85	3,87	0,818	0,006	0,818

*statistično pomembna razlika

3.4 Povezanost STAROSTI z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju

Analiza povezav med starostjo in vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju kaže, da starost do določene mere vpliva na stališča, vendar so te korelacije zelo šibke (med 0,010 in 0,132; tabela 4). Nakazuje se statistično pomemben trend, da udeleženke in udeleženci raziskave niso naklonjeni stališču, naj vsak sam, brez strokovne pomoči, rešuje svoje duševne težave ($p = 0,092$), ampak da so tako bližnji ($p = 0,069$) kot tudi sami ($p = 0,132$) naklonjeni strokovni pomoči, če bi imeli težave v duševnem zdravju.

Tabela 4: Povezanost STAROSTI z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (N = 1326)

Postavka	Spearman ρ	p
Verjamem, da bi se lahko o svojih težavah v duševnem zdravju odkrito pogovoril/-a s splošnim zdravnikom.	0,018	0,387
Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.	0,092	0,001*
Večina ljudi, katerih mnenje cenim, ne bi odobraval, da poiščem strokovno pomoč, če bi imel/-a težave v duševnem zdravju.	0,069	0,009*
Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč v primeru težav v duševnem zdravju.	0,020	0,613
V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.	0,010	0,732
Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav v svojem duševnem zdravju, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč	0,132	0,000*

*statistično pomembna razlika

3.5 Povezanost IZOBRAZBE z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju

Povezanost med izobrazbeno ravni in stališči do iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju duševnega zdravlja razkriva pomemben trend: višja izobrazba je povezana z bolj izraženo vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči in manj stigme (tabela 5). Tako so osebe z višjo izobrazbo v primerjavi z osebami z nižjo izobrazbo izrazile višjo stopnjo nestrinjanja s tem, da bi morali sami reševati težave v duševnem zdravju, brez strokovne pomoči. Nakazuje se šibka negativna korelacija, ki pa je statistično značilna ($p = -0,127$). Podoben trend se kaže tudi v primeru podpore bližnjih pri iskanju strokovne pomoči. Osebe z višjo izobrazbo ocenjujejo, da bi njihovi bližnji odobraval iskanje strokovne pomoči. Spearmanov koeficient korelacije tudi pri tem stališču nakazuje šibko negativno korelacijo ($p = -0,163$), ki pa je prav tako statistično pomembna.

So pa osebe z višjo stopnjo izobrazbe bolj skeptične do navedbe, da je v njihovi občini dovolj strokovnih služb za obravnavo težav v duševnem zdravju. Razlika je statistično značilna, vendar je povezanost tega stališča z ravni izobrazbe zelo nizka ($p = -0,085$) (tabela 5).

Tako osebe z nižjo kakor višjo izobrazbo se do neke mere strinjajo, da bi se lahko odkrito pogovorile o svojih težavah s splošnim zdravnikom. Razlika med skupinama je zanemarljiva in statistično ni pomembna (tabela 5). Koeficient

korelacije ($p = 0,012$) kaže na zelo šibko pozitivno povezavo med višjo izobrazbo in stališčem, da bi se o svojih težavah pogovorili s splošnim zdravnikom, vendar je ta korelacija statistično zanemarljiva.

Tabela 5: Povezanost IZOBRAZBE z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (N = 1326)

Postavka	Povpr. stopnja strinjanja (nižja izobr.)	Povpr. stopnja strinjanja (višja izobr.)	Mann-Whitney p	Spearman ρ	p
Verjamem, da bi se lahko o svojih težavah v duševnem zdravju odkrito pogovoril/-a s splošnim zdravnikom.	3,93	3,91	0,731	0,012	0,674
Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.	1,98	1,62	0,000*	-0,127	0,000*
Večina ljudi, katerih mnenje cenim, ne bi odobraval, da poiščem strokovno pomoč, če bi imel/-a težave v duševnem zdravju.	2,31	1,94	0,000*	-0,163	0,000*
Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč v primeru težav v duševnem zdravju.	4,15	4,28	0,020*	0,054	0,049*
V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.	2,87	2,63	0,002*	-0,085	0,002*
Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav v svojem duševnem zdravju, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč.	3,97	3,84	0,004*	-0,117	0,000*

*statistično pomembna razlika

3.6 Povezanost MESTA BIVANJA z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju

Povprečna stopnja strinjanja s postavkami vedenjske namere je pri mestnih in podeželskih prebivalcih zelo podobna. Statistična analiza kaže, da ni pomembnih razlik med skupinama v stališčih pri večini postavk (tabela 6), se pa mestni prebivalci statistično pomembno bolj strinjajo s trditvijo, da imajo dovolj

služb strokovnih služb (povprečje 2,85), v primerjavi s podeželskimi prebivalci (2,53). Spearmanova korelacija je negativna in zmerno nizka, vendar statistično pomembna ($p = -0,133$, $p = 0,000$), kar potrjuje razliko med skupinama, ki kaže, da podeželski prebivalci izrazito slabše ocenjujejo dostopnost do strokovnih služb na področju duševnega zdravja.

Tabela 6: Povezanost MESTA BIVANJA z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (N = 1326)

Postavka	Povpr. stopnja strinjanja (mesto)	Povpr. stopnja strinjanja (podeželje)	Mann-Whitney p	Spearman ρ	p
Verjamem, da bi se lahko o svojih težavah v duševnem zdravju odkrito pogovoril/-a s splošnim zdravnikom.	3,93	3,91	0,348	-0,026	0,348
Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.	1,73	1,67	0,858	-0,005	0,859
Večina ljudi, katerih mnenje cenim, ne bi odobravala, da poiščem strokovno pomoč, če bi imel/-a težave v duševnem zdravju.	2,03	2,01	0,983	-0,001	0,983
Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč v primeru težav v duševnem zdravju.	4,27	4,24	0,581	-0,015	0,581
V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.	2,85	2,53	0,000*	-0,133	0,000*
Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav v svojem duševnem zdravju, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč.	3,91	3,83	0,092	-0,047	0,092

* statistično pomembna razlika

3.7 Povezanost ZAPOSLOTIVENEGA STATUSA z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju

Pri analizi vpliva zaposlitvenega statusa (študenti, zaposleni, nezaposleni, upokojeni) na stališča, povezana z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju, smo uporabili Kruskal-Wallisov test in

Spearmanov koeficient korelacije. Analiza je pokazala, da zaposlitveni status posameznika pomembno vpliva na stališča glede iskanja pomoči v primeru duševnih težav, še posebej pri navedbah, ki se nanašajo na prepričanja o tem, ali bi posamezniki iskali pomoč in kako bi jih dojemala okolica (tabela 7). Zaupanje v pogovor s splošnim zdravnikom se statistično značilno razlikuje med skupinami ($p = 0,007$). Zaposleni in študenti izražajo večje zaupanje v primerjavi z nezaposlenimi in upokojenimi osebami, čeprav povezanost ni močna ($p = 0,017$) in tudi ni statistično pomembna. Pomembna razlika ($p < 0,007$) med zaposlitvenimi statusi se je pokazala tudi pri stopnji strinjanja s postavko »Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.«, kjer so se nezaposleni in upokojeni pogosteje navedli, da je treba težave reševati samostojno, brez pomoči strokovnjakov. Podoben vpliv je imel zaposlitveni status na doživljanje bližnjih, ki ne bi odobraval iskanja strokovne pomoči. Šibka, vendar pomembna korelacija in statistično značilna razlika med skupinami kaže, da so nezaposleni in upokojeni pogosteje menili, da njihovi bližnji ne bi odobraval iskanja pomoči (tabela 7). Zaposleni in upokojeni so se izkazali bolj nagnjeni k iskanju pomoči v primerjavi s študenti in nezaposlenimi.

Tabela 7: Povezanost ZAPOSLOTIVENEGA STATUSA z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (N = 1326)

Postavka	Kruskal-Wallis	p	Spearman ρ	p
Verjamem, da bi se lahko o svojih težavah v duševnem zdravju odkrito pogovoril/-a s splošnim zdravnikom.	11,99	0,007*	0,017	0,526
Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.	23,80	0,000*	0,112	0,000*
Večina ljudi, katerih mnenje cenim, ne bi odobrvala, da poiščem strokovno pomoč, če bi imel/-a težave v duševnem zdravju.	27,45	0,000*	0,100	0,000*
Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč v primeru težav v duševnem zdravju.	6,10	0,106	-0,064	0,019
V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.	3,36	0,339	0,043	0,124
Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav v svojem duševnem zdravju, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč.	22,70	0,000*	0,122	0,000*

*statistično pomembna razlika

4 RAZPRAVA

V predstavljeni raziskavi smo proučevali vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju in kako se z njo povezujejo izbrane sociodemografske spremenljivke, kot so spol, starost, zaposlitveni status, raven izobrazbe in mesto bivanja, v skupini udeleženk in udeležencev delavnic OMRA. Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! Podatke smo pridobili s pomočjo lestvice, ki so jo osebe na delavnicah izpolnile v obdobju med letoma 2018 in 2025. Le slaba polovica (49 %) oseb, ki so se udeležile delavnic, je oddala popolno in pravilno izpolnjena vprašalnika o sociodemografskih značilnostih in vedenjski nameri, da smo jih lahko vključili v analizo podatkov. Vprašalnike, kjer niso bili podani odgovori na vsa vprašanja oz. so bili odgovori nepopolni, smo izločili. V raziskavo je bilo vključenih 1326 udeleženk in udeležencev, pri čemer so 88,5 % vzorca predstavljale ženske. Ta izrazita spolna neuravnoteženost vzorca se lahko odraža v rezultatih, zato je potrebna določena previdnost pri njihovi interpretaciji, saj obstaja verjetnost, da rezultati raziskave odražajo predvsem stališča žensk, ki se po nekaterih raziskavah na področju duševnega zdravja vedejo drugače v primerjavi z moškimi. Študije namreč kažejo, da ženske izražajo večjo pripravljenost za iskanje strokovne pomoči, imajo pozitivnejša stališča do svetovalnih in terapevtskih storitev in pogosteje zaznavajo višjo socialno podporo (Nam in sod., 2010). Pristrana je bila tudi struktura vzorca glede na doseženo izobrazbo: več kot 66 % oseb je imelo končano visokošolsko izobrazbo ali več (57,8 % fakulteta, 9 % magisterij ali doktorat). Le 7,5 % udeležencev je imelo največ srednješolsko izobrazbo ali manj. Ker izobrazba dokazano vpliva na pismenost o duševnem zdravju, stopnjo stigme in samozaupanje v iskanje pomoči (Jorm, 2012), bi se to lahko odražalo v bolj izraženi vedenjski nameri v primerjavi s sliko v splošni populaciji, kjer je najverjetneje nižja.

4.1 Raven vedenjske namere iskanja strokovne pomoči pri udeleženkah in udeležencih delavnic OMRA

Vedenjska namera iskanja strokovne pomoči se konceptualno umešča v teorije načrtovanega vedenja (Ajzen, 1991) in teorije socialnih norm. Nanaša se na posameznikovo namero oz. pripravljenost, da bi poiskal strokovno pomoč v primeru doživljanja težav v duševnem zdravju. Gre za pomemben napovedni dejavnik dejanskega vedenja iskanja pomoči, saj številne raziskave kažejo, da visoka raven vedenjske namere pogosto (čeprav ne vedno) vodi v iskanje pomoči (Clement in sod., 2015). Vedenjska namera je odvisna od več dejavnikov: zaznanih koristi in ovir, zaznane norme bližnjih in skupnosti, samopodobe, stopnje stigme in posameznikove pismenosti o duševnem zdravju (Jorm, 2012). Poleg

individualnih determinant pa imajo pomembno vlogo tudi sistemski dejavniki, kot so dostopnost storitev in podpora zdravstvenega sistema.

Rezultati raziskave kažejo na dokaj visoko raven izražene vedenjske namere iskanja strokovne pomoči med udeleženkami in udeleženci delavnic OMRA (slika 2). Udeleženke in udeleženci raziskave so se v veliki meri strinjali s trditvami, da bi ob zaznavi težav v duševnem zdravju poiskali pomoč, bi se lahko o teh težavah pogovorili s splošnim zdravnikom in bi prejeli podporo bližnjih. To kaže tudi na relativno visoko raven pismenosti o duševnem zdravju, ki je definirana kot sposobnost prepoznavanja duševnih stisk, poznavanje razpoložljivih oblik pomoči in pripravljenost na ustrezno ukrepanje (Jorm, 2012). Glede na to, da so bile delavnice OMRA usmerjene v dvig pismenosti o duševnem zdravju (Šprah, 2022), rezultat ne preseneča. Takšen izid potrjuje tudi učinkovitost psihoedukativnega pristopa delavnic OMRA, ki s svojo vsebino o motnjah razpoloženja, stigmati in možnostih pomoči ne le informira, temveč očitno vpliva tudi na spremembo stališč in vedenjske namere iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju. V skladu z raziskavo Kelly in sodelavcev (2007) lahko nekateri izobraževalni pristopi pomembno izboljšajo vedenjske namere, zlasti če vključujejo interaktivne, kontekstualno prilagojene vsebine in odpravljanje stereotipov. Zlasti pomenljivo je, da je bila visoko izražena vedenjska namera prisotna tudi v primerih, ko so udeleženke in udeleženci raziskave izražali kritiko do dostopnosti strokovne pomoči. To pomeni, da lahko notranja pripravljenost pogosto presega objektivne ovire, čeprav se slednje izkažejo za ključno prepreko pri dejanskem iskanju strokovne pomoči (Sheeran in Webb, 2016). Največjo stopnjo strinjanja so v naši raziskavi izkazali udeleženke in udeleženci delavnic pri postavki »Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč.«, kar odraža pomembno vlogo zaznane socialne podpore. V skladu z ugotovitvami Vogla in sodelavcev (2007) je namreč socialna podpora eden ključnih zaščitnih dejavnikov, ki spodbuja posameznike k iskanju pomoči.

Drugi dve najvišje ocenjeni postavki vedenjske namere – pripravljenost za takojšnje ukrepanje in zaupanje v osebnega zdravnika – kažeta pri udeleženkah in udeležencih naše raziskave na dobro pismenost o duševnem zdravju in pozitivno naravnost do osnovnega zdravstvenega sistema. To je skladno z ugotovitvami Jorma (2012), ki pojasnjuje, da boljša pismenost o duševnem zdravju povečuje verjetnost pravočasnega iskanja pomoči. Kljub temu pa nizka povprečna ocena glede razpoložljivosti storitev v lokalnem okolju (2,7; slika 2) nakazuje, da so zaznane infrastrukturne ovire še vedno pomemben dejavnik, ki lahko preprečujejo uresničitev vedenjske namere (Andrade in sod., 2014). Udeleženke in udeleženci naše raziskave so zavračali stališča, ki odražajo stigmatizacijo in individualizacijo odgovornosti za duševno zdravje. Odklanjanje

stališča, da bi morali posamezniki sami reševati svoje težave brez strokovne pomoči, lahko potrjuje nižjo stopnjo samostigme (Corrigan in Watson, 2002) in večjo odprtost do strokovne obravnave. Prav tako se velika večina vzorca naše raziskave ni strinjala s trditvijo, da pomembni drugi ne bi odobravali iskanja pomoči, kar pomeni, da subjektivne norme v našem vzorcu verjetno tudi podpirajo dejansko vedenje iskanja strokovne pomoči (Ajzen, 1991).

Eden pomembnejših izsledkov pričujoče študije je visoka stopnja soglasja s trditvijo, da bi udeleženke in udeleženci naše raziskave zelo verjetno prejeli podporo bližnjih pri iskanju strokovne pomoči. Takšna ugotovitev osvetljuje pomembno dimenzijo iz teorije načrtovanega vedenja (Ajzen, 1991), kjer so subjektivne norme, prepričanja o tem, kako pomembni drugi vrednotijo določeno vedenje, eden ključnih napovednikov vedenjske namere (slika 1). V tem kontekstu visoka podpora pomeni, da se posamezniki počutijo potrjene in sprejete v svoji nameri poiskati pomoč, kar zmanjšuje zaznani socialni pritisk proti takemu vedenju (Vogel in sod., 2007). To prepričanje je pomembno tudi z vidika nadaljnje destigmatizacije: če okolica in bližnji sporočajo, da je iskanje pomoči sprejemljivo in celo zaželeno, posameznik lažje premaga notranje ovire, povezane s samostigmo (Corrigan in Watson, 2002).

4.2 Spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status in kraj bivanja kot dejavniki, ki lahko sooblikujejo vedenjske namere iskanja strokovne pomoči v primeru težav z duševnim zdravjem

Rezultati analize podatkov kažejo, da spol v našem vzorcu ni predstavljal pomembnega dejavnika pri oblikovanju večine stališč, povezanih z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči ob težavah v duševnem zdravju (tabela 3). V petih od šestih analiziranih trditvah ni bilo statistično značilnih razlik med moškimi in ženskami, kar kaže na precej homogeno izražanje vedenjskih namer ne glede na spol. Ta ugotovitev je zanimiva, saj v številnih preteklih raziskavah spol deluje kot pomembna napovedna spremenljivka vedenjske namere: ženske namreč običajno pogosteje izražajo pozitivna stališča do pomoči in višjo pripravljenost za iskanje pomoči (Nam in sod., 2010; Mackenzie in sod., 2006). V našem primeru pa podobnosti med spoloma kažejo, da so morda druge značilnosti vzorca, predvsem visoka izobrazba, srednja starost in profesionalna ozaveščenost, prispevale k uravnoteženju spolno pogojenih razlik v stališčih. Edina statistično pomembna razlika med spoloma se je pokazala pri trditvi »V naši občini je dovolj strokovnih služb za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.«, saj je bila pri tej postavki statistična razlika med spoloma značilna ($p = 0,029$). Ženske so bile v manjši meri prepričane, da je njihovo lokalno okolje ustrezno opremljeno s psihiatri, psihologi in psihoterapevti ($M = 2,66$),

v primerjavi z moškimi ($M = 2,88$). Čeprav je Spearmanov korelacijski koeficient ($\rho = -0,060$) zelo nizek in kaže na šibko povezavo, ta rezultat vendarle nakazuje spolno razliko v percepciji dostopnosti pomoči. Ta ugotovitev sovпада z nekaterimi raziskavami, ki poročajo, da so ženske bolj senzibilizirane za sistemske ovire in pogostejše zaznavajo pomanjkljivosti v dostopu do storitev (Clement in sod., 2015; Galdas in sod., 2005). Možno je, da ženske pogostejše iščejo podporo zase in za druge (npr. otroke, starše), kar pomeni, da imajo več izkušenj z omejitvami sistema ali pa so bolj kritične do prostorske in časovne dostopnosti do storitev na področju duševnega zdravja.

Da se v naši raziskavi razlike med spoloma niso pokazale kot pomemben dejavnik, ki sooblikuje vedenjsko namero iskanja pomoči, lahko pripišemo deloma tudi temu, da so v vzorcu naše raziskave prevladovalе ženske (88,5 %) in da je bil vzorec sestavljen iz relativno dobro ozaveščenih oseb (udeležence in udeleženci delavnice OMRA), pri katerih so lahko osnovne razlike po spolu že izravnane zaradi skupnih izobraževalnih in profesionalnih izkušenj. Okrog polovice vzorca naše raziskave so namreč sestavljale osebe, ki so delale na področju socialnega dela (37,3 %) in v vzgoji in izobraževanju (13,1 %). To pomeni, da je bil vzorec naše raziskave, ne glede na spol, močno profesionalno zaznamovan s »pomagajočimi poklici«, kar se lahko odlikava na ravni ozaveščenosti, empatije in pripravljenosti iskanja pomoči v primeru težav v duševnem zdravju. Raziskave kažejo, da so zaposleni, še posebej tisti v socialnih, izobraževalnih ali zdravstvenih poklicih, bolje seznanjeni z vsebinam o duševnem zdravju in verjetneje razvijejo tudi bolj odprta stališča do težav v duševnem zdravju (Clement in sod., 2015).

Povprečna starost našega vzorca raziskave je znašala 42,2 leta, vključevala pa je širok razpon od 18 do 80 let (tabela 2). Največji delež vzorca je predstavljala populacija med 41. in 60. letom starosti (61,3 %). Takšna starostna sestava vzorca pomeni, da naši rezultati najbolje odražajo vedenjske in psihološke vzorce odraslih posameznikov, ki so praviloma že socialno in poklicno ustaljeni. Rezultati analize povezanosti med starostjo in stališči, povezanimi z vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči, so pokazali sicer na statistično značilne, vendar zelo šibke korelacije (p med 0,010 in 0,132) (tabela 4). Pokazal se je trend, kjer so starejši udeleženci izrazili večjo pripravljenost za iskanje strokovne pomoči in več zaupanja v podporo bližnjih. Ta rezultat je skladen z longitudinalnimi raziskavami (Mackenzie in sod., 2006), ki kažejo, da se s starostjo zmanjšuje samostigma in povečuje pragmatičen pristop k iskanju pomoči. Pri mladih odraslih so namreč pogosto prisotne večje ambivalence, povezane z identiteto in samopodobo. Starejši udeležence in udeleženci naše raziskave so v manjši meri podpirali idejo samostojnega reševanja težav brez strokovne podpore. Starejši kot so, bolj zavračajo individualistično, samopomočno stališče. Ta izid

potrjuje predpostavke preteklih raziskav (Mackenzie in sod., 2006; Vanheusden in sod., 2008), kjer avtorji poročajo, da starejši posamezniki manj internalizirajo stigmo in bolj pragmatično pristopajo k skrbi za duševno zdravje, tudi zaradi večje življenjske izkušnje z zdravstvenimi sistemi in oskrbo. Pripravljenost za hitro ukrepanje ob zaznavi duševnih težav lahko narašča s starostjo, saj imajo starejši pogosto bolj izdelano zavedanje o posledicah neukrepanja, bolj uveljavljen odnos do zdravja in manj strahu pred iskanjem pomoči (Mackenzie in sod., 2006). Pomembno vlogo igra tudi to, da so starejši pogostejše v stiku z zdravstvenimi storitvami, kar pomeni, da je prehod med zaznavo težave in ukrepanjem hitrejši in manj obremenjen z negotovostjo. Lahko pa ta trend pripišemo tudi učinku življenjske faze: starejši pogosto vrednotijo svoje zdravje, imajo izkušnje z obvladovanjem težav in se pogostejše soočajo s kompleksnimi življenjskimi situacijami, kjer je strokovna pomoč že bila potrebna (Elshaikh in sod., 2023; Topkaya, 2014).

Rezultati naše raziskave razkrivajo, da izobrazba pomembno, čeprav šibko, korelira z vedenjsko namero za iskanje strokovne pomoči pri težavah v duševnem zdravju. Čeprav so korelacije med izobrazbo in vedenjsko namero iskanja pomoči šibke (tabela 5), so statistično pomembne in konsistentne: višja izobrazba je povezana z manj stigmatizirajočimi stališči, večjim zaupanjem v socialno podporo, večjo pripravljenostjo za ukrepanje in kritičnim pogledom na dostopnost storitev. Najizrazitejša povezanost se je pojavila pri trditvi: »Prepričan/-a sem, da bi moral vsak sam, brez strokovne pomoči, rešiti svoje težave v duševnem zdravju.«, kjer so bolj izobražene osebe v večji meri zavračale stališče o samopomoči brez strokovne intervencije. Ta rezultat je v skladu z ugotovitvami študij, ki kažejo, da izobrazba povečuje pismenost o duševnem zdravju in zmanjšuje samostigmo, kar posledično povečuje pripravljenost za iskanje pomoči (Griffiths in sod., 2008; Jorm, 2012). Osebe z višjo izobrazbo so se tudi v večji meri strinjale s stališčem, da njihova okolica podpira iskanje strokovne pomoči, kar kaže na bolj pozitivne subjektivne norme. Višja izobrazba pogosto pomeni večjo socialno vključenost v okolja, ki so bolj naklonjena skrbi za duševno zdravje in manj obremenjena s stigmo (Ten Have in sod., 2010). Podoben trend nakazuje tudi stališče o zaznani podpori bližnjih. Čeprav je korelacija šibka ($p = 0,054$), je statistično pomembna. Bolj izobraženi posamezniki so izrazili več zaupanja v podporo oseb v svojem socialnem krogu, kar je v skladu z raziskavami, ki povezujejo višjo izobrazbo tudi s funkcionalnejšimi socialnimi mrežami (Gulliver in sod., 2010). Zanimiv je tudi rezultat naše raziskave glede stališča: »V naši občini je dovolj strokovnih služb (npr. psihiater, psiholog, psihoterapevt) za primerno strokovno obravnavo težav v duševnem zdravju.«, kjer so bili udeleženske in udeleženci raziskave z višjo izobrazbo bolj kritični do

razpoložljivosti strokovne pomoči v lokalnem okolju ($M = 2,63$), kar bi lahko povezali z njihovo večjo senzibilnostjo za sistemske pomanjkljivosti. Čeprav je povezanost nizka ($\rho = -0,085$), rezultat implicira trend, da bolj izobraženi posamezniki bolj realistično presojujejo infrastrukturo in morda tudi pogosteje prepoznajo vrzeli v dostopnosti, kar sovпада s predhodnimi ugotovitvami o zaznavi sistemskih ovir (Clement in sod., 2015). Višje izobraženi so se tudi v večji meri strinjali z izjavo: »Če bi opazil/-a eno od danes obravnavanih težav, bi takoj poiskal/-a strokovno pomoč.«, ki nakazuje, da višja izobrazba napoveduje večjo pripravljenost za takojšnje ukrepanje. Takšno stališče tudi potrjuje pozitivno povezavo med pismenostjo o duševnem zdravju in vedenjsko namero (Kim in Lee, 2020). Avtorja raziskave razkrivata, da imajo posamezniki z višjo izobrazbo več znanja o duševnem zdravju, več zaupanja v sistem in manj negotovosti glede postopka iskanja pomoči.

Zaposlitveni status se je v naši raziskavi izkazal kot pomemben dejavnik, ki vpliva na vedenjsko namero (tabela 7). Statistično značilne razlike med študenti, zaposlenimi, nezaposlenimi in upokojenimi osebami so se pojavile pri več postavkah, kar nakazuje, da delovna aktivnost in življenjska faza pomembno sooblikujeta stališča do iskanja pomoči. Zaupanje v splošnega zdravnika je bilo višje med zaposlenimi in študenti, kar lahko odraža večjo vključenost teh skupin v sistem osnovnega zdravstva in večje zaupanje v institucije (Rickwood in sod., 2005). Nezaposleni in upokojeni so v naši raziskavi poročali o manjšem zaupanju do osebnih zdravnikov, kar je lahko tudi posledica izkušenj z izključenostjo iz sistemov, občutkov sramu ali preteklih negativnih izkušenj (Gulliver in sod., 2010). Najmočnejši vpliv zaposlitvenega statusa je bil zaznan pri stališču, da bi morali posamezniki svoje duševne težave reševati sami, brez strokovne pomoči. Nezaposleni in upokojeni so se v večji meri strinjali s tem stališčem v primerjavi z ostalimi zaposlitvenimi statusi. Možno je, da bi bilo takšno stališče povezano s socialno izolacijo, večjo samostigmo in občutkom bremena za sistem, kot poroča raziskava Clementa in sodelavcev (2015). Nezaposleni in upokojeni so tudi pogosteje menili, da bližnji ne bi odobraval iskanja strokovne pomoči, kar nakazuje na bolj negativne subjektivne norme in višjo zaznano stigmo. Zanimiv je tudi ta rezultat naše raziskave, kjer so bili zaposleni in upokojeni bolj dovzetni za takojšnje iskanje pomoči ob zaznani težavi v duševnem zdravju, medtem ko so bili študenti in nezaposleni bolj zadržani. Takšno stališče je lahko tudi posledica večje stabilnosti, življenjskih izkušenj in zmožnosti samoocenjevanja duševnega stanja pri zaposlenih in upokojenih osebah (Topkaya, 2014). Pomembno pa je poudariti, da so bile korelacije zelo šibke (tabela 7), kar pomeni, da zaposlitveni status verjetno vpliva v manjšem obsegu na vedenjsko namero in da jo sooblikujejo še drugi dejavniki, kot so socialna podpora, izobrazba in stigma.

Poleg tega je treba omeniti tudi to, da je bil vzorec naše raziskave močno profesionalno zaznamovan s »pomagajočimi poklici«, saj je 37,3 % vzorca bilo zaposlenega na področju socialnega dela in 13,1 % v vzgoji in izobraževanju. To pa seveda lahko povečuje njihovo ozaveščenost na področju duševnega zdravja, empatijo in večjo pripravljenost iskanja pomoči zaradi težav v duševnem zdravju.

Kraj bivanja (mesto ali podeželje) je v naši raziskavi le neznatno vplival na vedenjsko namero iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju (tabela 6). Vzorec raziskave je bil glede kraja bivanja dokaj uravnotežen, saj je 53 % vzorca prihajalo s podeželja in 47 % iz mest. Ta relativno uravnotežena zastopanost je pomembna, saj raziskave kažejo, da posamezniki v ruralnih okoljih pogosto zaznavajo slabšo dostopnost storitev (Ferris-Day in sod., 2021). Vrednosti povprečnih ocen za vse analizirane postavke so si med skupinama v naši raziskavi zelo podobne, kar pomeni, da prebivalci mestnih in podeželskih okolij izražajo primerljive namere in stališča glede iskanja pomoči. Izrazita in statistično značilna razlika ($p = 0,000$) je bila zaznana le pri zaznavi dostopnosti strokovnih služb. Mestni prebivalci so namreč v večji meri menili, da imajo v svoji občini na voljo dovolj strokovnih služb ($M = 2,85$), medtem ko so podeželski prebivalci ta vidik ocenili precej slabše ($M = 2,53$). Povezava med krajem bivanja in zaznano dostopnostjo do pomoči je negativna ($p = -0,133$), kar pomeni, da večja oddaljenost od urbanih središč pogosto pomeni tudi slabši dostop do psihiatra, psihologa ali psihoterapevta. Ta rezultat je skladen z ugotovitvami predhodnih študij, ki razkrivajo, da so podeželska okolja pogosto podhranjena z vidika storitev na področju duševnega zdravja, kar se posledično odraža tudi v slabši uporabi storitev (Caldwell in sod., 2004; Ferris-Day in sod., 2021). Poleg objektivnega pomanjkanja storitev lahko k nižji zaznani dostopnosti prispevajo tudi dejavniki, kot so večja stigma, pomisleki glede zasebnosti in slabša informiranost v manjših skupnostih (Boydell in sod., 2006).

Na podlagi rezultatov naše raziskave lahko ugotovimo, da se za najmočnejše psihosocialne napovedovalce vedenjske namere iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju izkazujejo trije ključni dejavniki: zaznana socialna podpora, pismenost o duševnem zdravju in subjektivne norme. Najmočnejši napovedovalec vedenjske namere, kot kažejo odgovori udeleženk in udeležencev naše raziskave, je bila prav socialna podpora bližnjih. Največja stopnja strinjanja je bila izražena ob trditvi »Ljudje, ki so mi blizu, bi me podprli, če bi poiskal/-a strokovno pomoč.«, kar potrjuje ugotovitve Vogla in sodelavcev (2007), da je socialna podpora eden najpomembnejših spodbujevalcev iskanja pomoči. Ta oblika podpore zmanjšuje zaznane notranje in zunanje ovire in daje občutek sprejetosti, ki blaži učinke stigmatizacije. Drugi ključni dejavnik je raven pismenosti o duševnem zdravju. Pripravljenost za takojšnje ukrepanje in

zaupanje v osebnega zdravnika kažeta na dobro informiranost, prepoznavanje simptomov in razumevanje možnosti pomoči, kar so bistveni elementi pismenosti o duševnem zdravju (Jorm, 2012). Poleg tega so osebe z višjo izobrazbo izražale večjo pripravljenost za iskanje pomoči, kar dodatno potrjuje pozitivno povezavo med izobrazbo in pismenostjo o duševnem zdravju (Griffiths in sod., 2008; Kim in Lee, 2020). Kot tretji pomemben dejavnik so se pokazale subjektivne norme – prepričanja o tem, kako bi pomembni drugi vrednotili posameznikovo vedenje. Udeleženke in udeleženci raziskave so večinoma zavračali stališče, da njihovi bližnji ne bi odobraval iskanja pomoči, kar pomeni, da njihove socialne mreže verjetno podpirajo vedenjsko namero iskanja pomoči. V skladu s teorijo načrtovanega vedenja (Ajzen, 1991) subjektivne norme bistveno vplivajo na vedenjsko namero, zlasti kadar gre za vedenje, ki je še vedno povezano z družbeno stigmo. Čeprav so tudi drugi dejavniki, kot so starost, izobrazba, zaposlitveni status in kraj bivanja, pokazali statistično pomembne povezave z nekaterimi postavkami vedenjske namere, so bile korelacije praviloma zelo šibke. To kaže na to, da psihosocialni dejavniki, ki se nanašajo na posameznikovo notranjo pripravljenost, percepcijo podpore in informiranost, močnejše napovedujejo vedenjsko namero kot demografski dejavniki sami, o čemer poročajo tudi nekatere druge študije (Gündoğdu in sod., 2024; Doll in sod., 2021).

4.3 Omejitve raziskave

Kljub nekaterim dragocenim vpogledom, ki jih ponuja predstavljena raziskava o vedenjski nameri iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju, je treba upoštevati nekatere omejitve raziskave, ki lahko vplivajo na posplošljivost in interpretacijo rezultatov:

- 1) Pristranost vzorca: ena ključnih omejitev je spolna neuravnoteženost vzorca, saj so kar 88,5 % vzorca predstavljale ženske. Ker raziskave kažejo, da ženske pogosteje izražajo večjo odprtost do iskanja pomoči in manj stigme (Nam in sod., 2010), obstaja velika verjetnost, da rezultati raziskave ne odražajo tudi vedenjskih vzorcev moških. Poleg tega je bila v vzorcu močno nadpovprečno zastopana bolj izobražena populacija, saj je več kot 66 % vzorca imelo fakultetno izobrazbo ali več. Vzorec raziskave je vključeval pretežno osebe, ki so bile zaposlene na področju socialnega dela in izobraževanja. To pomeni, da so v raziskavi sodelovale osebe, ki so dobro izobražene in že po naravi svojega poklica strokovno bolj podkovane na področju duševnega zdravja, kar verjetno vpliva na večjo pripravljenost iskanja pomoči in manj stigmatizirajoča stališča. Pojavila se je tudi neuravnotežena starostna sestava vzorca, saj so bili mlajši odrasli (do 30 let) in starejši (več kot 65 let) zastopani le v manjšem deležu (do 30 let: 14 %; več kot 65 let: 9 %).

- 2) Samoselekcija udeleženk in udeležencev raziskave (vzorec raziskave ni bil slučajan): v raziskavo so bile vključene osebe, ki so se prostovoljno udeležile delavnic OMRA z namenom izboljšanja svoje obveščenosti o duševnem zdravju. Tovrstna samoselekcija lahko pomeni, da so bili udeleženke in udeleženci že predhodno bolj motivirani in odprti do tematik o duševnem zdravju. To pa lahko ustvari pozitivno pristranskost v smeri bolj izražene vedenjske namere iskanja pomoči, saj populacija, ki ne izraža interesa za tovrstne delavnice, morda razmišlja drugače.
- 3) Uporaba samoocenjevalnih vprašalnikov: uporaba samoocenjevalnih vprašalnikov prinaša tveganje socialno zaželenih odgovorov, zlasti pri temah, kot so duševno zdravje in iskanje pomoči. Posamezniki bi lahko odgovarjali v skladu s tem, kar menijo, da je družbeno sprejemljivo in ne nujno v skladu s svojimi prepričanji.
- 4) Omejen vpliv demografskih spremenljivk: demografske spremenljivke (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, kraj bivanja) so se v povezavi z vedenjsko namero izkazale za zelo šibke ($p < 0,15$). To pomeni, da so bile v analizi zajete le površinske determinante, medtem ko ključni psihološki mehanizmi, kot so samostigma, zaznana kontrola vedenja in pretekle izkušnje s strokovno pomočjo, niso bili neposredno vključeni, kar vsekakor omejuje razlago vzročnih poti.

5 ZAKLJUČEK

Rezultati predstavljene raziskave, izvedene na vzorcu 1326 udeleženk in udeležencev delavnic OMRA Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči!, razkrivajo razmeroma visoko raven vedenjske namere iskanja strokovne pomoči v primeru težav v duševnem zdravju. Udeleženke in udeleženci raziskave so izražali pripravljenost na pogovor s strokovnjaki, zaupanje v podporo bližnjih in zavračali prepričanja o samopomoči kot edini sprejemljivi poti. Takšna naravnost kaže na pozitivne premike v smeri večje pismenosti o duševnem zdravju in zmanjševanja stigme, kar potrjuje tudi učinkovitost ciljno usmerjenih preventivnih in izobraževalnih programov.

Podrobnejša analiza je pokazala, da vedenjska namera kljub splošni pozitivni naravnosti ni povsem enoznačna. Nanjo vplivajo posamezne sociodemografske spremenljivke, med katerimi so se za najpomembnejše pokazale izobrazba, starost, socialni status in kraj bivanja. Bolj izobraženi posamezniki so pogostejše izražali odprtost do strokovne pomoči in hkrati kritično zaznavali omejitve sistema, starejše osebe so pogostejše izražale

zaupanje v podporo okolice in zavračale idejo o nujnosti samopomoči, nezaposleni in upokojeni so pogostejše izražali dvom v podporo bližnjih in so v večji meri menili, da je treba duševne težave reševati samostojno, kar kaže na večjo izpostavljenost samostigmi in socialni izolaciji, podeželski prebivalci pa so ocenili slabo razpoložljivost storitev za duševno zdravje, kar potrjuje strukturne neenakosti na področju dostopa do pomoči.

Pomembno je poudariti, da visoka raven vedenjske namere še ne pomeni nujno tudi realizacije iskanja pomoči. Tako ostaja ključno vprašanje, ali bodo posamezniki, kljub visoki notranji motivaciji, dejansko našli pot do ustrezne pomoči, zlasti v okoljih z omejenimi viri ali med socialno ranljivimi skupinami. V tem kontekstu se kot ključne izpostavljajo ovire sistemske narave (razpoložljivost kadrov, čakalne dobe, prostorska oddaljenost) in tudi kulturne in simbolne prepreke (stigmatizacija, nezaupanje, tradicionalna prepričanja o samozadostnosti).

Na osnovi ugotovitev raziskave priporočamo:

- nadaljnji razvoj preventivno promocijskih programov, kot je OMRA, s poudarkom na ranljivih ciljnih skupinah (nizko izobraženi, brezposelni, starejši, podeželsko prebivalstvo);
- krepitev storitev na področju duševnega zdravja na daljavo in v okviru mobilnih enot, zlasti na podeželju;
- podporo socialnim mrežam in skupnostnim oblikam pomoči, saj podpora bližnjih zelo pomembno vpliva na vedenjsko namero;
- dodatne raziskave, ki bi razjasnile mehanizme, zaradi katerih posamezniki kljub izraženi vedenjski nameri, ne poiščejo pomoči.

Rezultati raziskave kažejo na razmeroma visoko raven psihološke pripravljenosti za iskanje pomoči v primeru težav v duševnem zdravju in nakazujejo pozitivne učinke promocijsko preventivnih programov, kot je OMRA, ki povečujejo dostopnost do kakovostnih informacij o duševnem zdravju, zmanjšujejo stigmo in krepijo vedenjske namere. S tem prispevkom dopolnujemo empirične dokaze, da je opismenjevanje na področju duševnega zdravja učinkovito, vendar bi moralo biti pospremljeno tudi s sistemskimi spremembami in individualno prilagojenimi pristopi, da bi se vedenjska namera lahko razvila v dejansko iskanje in prejemanje pomoči. Le na ta način bo mogoče v populaciji zmanjšati breme duševnih motenj in omogočiti pravočasno, dostopno in dostojanstveno pomoč vsakomur, ki jo potrebuje.

Zahvala

Prispevek je nastal v okviru nacionalnega raziskovalnega programa Raziskave o duševnih stiskah in dobrem počutju (P5-0115-23), ki ga sofinancira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS (ARIS), in programa OMRA, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje RS.

Literatura

- Adams C, Gringart E, Strobel N. Explaining adults' mental health help-seeking through the lens of the theory of planned behavior: a scoping review. *Syst Rev*. 2022; 11: 160.
- Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.
- Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1986; 22(5): 453–474.
- Ajzen I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*. 2020; 2(4): 314–324.
- Alegría M, Canino G, Ríos R, Vera M, Calderón J, Rusch D, Ortega AN. Mental health care for Latinos: Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non-Latino whites. *Psychiatric Services*. 2002; 53(12): 1547–1555.
- Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. 2014; 44(6): 1303–1317.
- Bohon LM, Cotter KA, Kravitz RL, Cello PC Jr, Fernandez Y, Garcia E. The Theory of Planned Behavior as it predicts potential intention to seek mental health services for depression among college students. *J Am Coll Health*. 2016; 64(8): 593–603.
- Boydell KM, Pong R, Volpe T, Tilleczeck K, Wilson E, Lemieux S. Family perspectives on pathways to mental health care for children and youth in rural communities. *J Rural Health*. 2006; 22(2): 182–188.
- Caldwell TM, Jorm AF, Dear KB. Suicide and mental health in rural, remote and metropolitan areas in Australia. *Med J Aust*. 2004; 181(S7): S10–14.
- Cauce AM, Domenech-Rodriguez M, Paradise M, Cochran BN, Shea JM, Srebnik D, Baydar N. Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(1): 44–55.
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015; 45(1): 11–27.
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1(1): 16–20.
- Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*. 2014; 15(2): 37–70.

- Doll CM, Michel C, Rosen M, Osman N, Schimmelmarm BG, Schultze-Lutter F. Predictors of help-seeking behaviour in people with mental health problems: a 3-year prospective community study. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1): 432.
- Elshaikh U, Sheik R, Saeed RKM, Chivese T, Alsayed Hassan D. Barriers and facilitators of older adults for professional mental health help-seeking: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2023; 23(1): 516.
- Ferris-Day P, Hoare K, Wilson RL, Minton C, Donaldson A. An integrated review of the barriers and facilitators for accessing and engaging with mental health in a rural setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2021; 30(6): 1525–1538.
- Fischer EH, Farina A. Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *J. Coll. Stud. Dev*. 1995; 36: 368–373.
- Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs*. 2005; 49(6): 616–623.
- Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(25).
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 113.
- Gündoğdu H, Aslan K, Ayhan HC, Aktaş CM. Variables Predicting Psychological Help Seeking Attitudes: Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Depression/Anxiety. *Eur Psychiatry*. 2024; 67(Suppl 1): S678.
- Hagger MS, Cheung MW, Ajzen I, Hamilton K. Perceived behavioral control moderating effects in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *Health Psychol*. 2022; 41(2): 155–167.
- Iswanto ED, Ayubi D. The Relationship of Mental Health Literacy to Help-Seeking Behavior: Systematic Review. *International Journal of Scientific Research*. 2023; 2(3): 755–764.
- Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012; 67(3): 231–243.
- Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*. 2007; 187(S7): S26–30.
- Kim Y, Lee E. The impact of mental health literacy on help-seeking intention: The mediating effects of attitudes and subjective norms based on the theory of planned behavior. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 128: 122–128.
- La Barbera F, Ajzen I. Control Interactions in the Theory of Planned Behavior: Rethinking the Role of Subjective Norm. *Eur J Psychol*. 2020; 16(3): 401–417.
- Liu YC, Yen LC, Liaw FY, Lin MH, Chiang SH, Lin FG, et al. Gender Differences in the Extended Theory of Planned Behaviour on Smoking Cessation Intention in Young Soldiers. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(15): 7834.
- Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging Ment Health*. 2006; 10(6): 574–582.
- Mackenzie CS, Knox VJ, Gekoski WL, Macaulay HL. An adaptation and extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help scale. *Journal of Applied Social Psychology*. 2004; 34: 2410–2435.
- Mackenzie CS, Gekoski WL, Knox VJ. Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*. 2006; 10(6): 574–582.

- Mo P, Mak W. Help-seeking for mental health problems among Chinese: The application and extension of the theory of planned behavior. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2009; 44(8): 675–684.
- Nam SK, Chu HJ, Lee MK, Lee JH, Kim N, Lee SM. A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *J Am Coll Health*. 2010; 59(2): 110–116.
- Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2005; 3: 1–34.
- Sheeran P, Webb TL. The intention–behavior gap. *Social and Personality Psychology Compass*. 2016; 10(9): 503–518.
- Šprah, L. Evalvacija učinka spletnih delavnic Stres povzroča stiske, okrepite svoje moči! na raven pismenosti o motnjah razpoloženja. V: Šprah L, ur. *Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme: zdaj je čas, da znanje prenesemo v prakso!* 1. izd. Ljubljana: Založba ZRC; 2022: 113–137.
- Ten Have M, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(2): 153–163.
- Topkaya N. Factors Influencing Psychological Help Seeking in Adults: A Qualitative Study. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 2014; 14(2): 747–754.
- Vanheusden K, Mulder CL, van der Ende J, van Lenthe FJ, Mackenbach JP, Verhulst FC. Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Educ Couns*. 2008; 73(1): 97–104.
- Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 2007; 54(1): 40–50.
- World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
- Yuriev A, Dahmen M, Paillé P, Boiral O, Guillaumie L. Pro-environmental behaviors through the lens of the theory of planned behavior: A scoping review. *Resources, Conservation and Recycling*. 2020; 155: 104660.



Pajek, 2022 (akril)

ČUSTVENI VRTILJAK ODNOSOV: PREPOZNAJMO OSEBNOSTNE MOTNJE MED NAMI

Evalvacija učinka psihoedukativnih delavnic na razumevanje osebnostnih motenj

The Emotional Rollercoaster of Relationships:
Recognizing Personality Disorders Among Us
An Evaluation of the Impact of Psychoeducational
Workshops on Understanding Personality Disorders

Dino Manzoni

POVZETEK

Evalvacija psihoedukativnih delavnic programa OMRA, osredotočenih na tematiko osebnostnih motenj, je pokazala statistično značilno in praktično pomembno izboljšanje ravni pismenosti udeležencev na tem pogosto spregledanem in stigmatiziranem področju duševnega zdravja. Rezultati potrjujejo, da delavnice učinkovito prispevajo k večji prepoznavnosti osebnostnih motenj in zmanjševanju razširjenih napačnih prepričanj, kar spodbuja pravočasno iskanje pomoči, prispeva k razgradnji stigme in zakoreninjenih stereotipov. Ugotovitve jasno utemeljujejo nadaljnje izvajanje tovrstnih intervencij v okviru programa OMRA in poudarjajo pomen dostopne, strokovno utemeljene in empirično preverjene psihoedukacije kot enega ključnih stebrov javnozdravstvene preventive na področju duševnega zdravja. Za nadaljnjo krepitev učinka delavnic se kot posebej smiselni izkazujeta večja vključitev manj

Avtor: Dino Manzoni

Znanstveni in strokovni naziv: magister psihologije

Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: dino.manzoni@zrc-sazu.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0597-4675>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_04, CC BY-SA

zastopanih skupin (npr. moških, mlajših odraslih in oseb z nižjo izobrazbo) in širša uporaba interaktivnih in multimedijskih orodij, ki dokazano povečujejo angažiranost udeležencev in dolgoročno učinkovitost izobraževalnih pristopov.

Ključne besede: osebnostne motnje, psihoedukacija, pismenost na področju duševnega zdravja, stigma, javno zdravje

ABSTRACT

An evaluation of OMRA psychoeducation workshops on personality disorders found a statistically significant and practically relevant improvement in participants' knowledge of this often overlooked and highly stigmatized area of mental health. The results show that the workshops are effective in raising awareness of personality disorders and dispelling common misconceptions, thereby encouraging timely help-seeking and combating persistent stigma and stereotypes. The results support the continued implementation of such measures as part of the OMRA program and underscore the importance of accessible, evidence-based psychoeducation as an important pillar of public mental illness prevention. To further enhance the impact of the workshops, two strategic directions are suggested: (1) greater inclusion of underrepresented groups (e.g., men, younger adults, and those with lower levels of education) and (2) increased use of interactive and multimedia tools, which have been shown to increase participant engagement and improve the long-term effectiveness of educational approaches.

Keywords: personality disorders, psychoeducation, mental health literacy, stigma, public health

1 UVOD

Duševno zdravje je temeljna razsežnost celostnega zdravja, ki pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika in delovanje skupnosti. Številne raziskave so v zadnjih desetletjih poudarile ključen pomen zgodnjega prepoznavanja duševnih stisk, zmanjševanja stigme in krepitve pismenosti na področju duševnega zdravja kot osrednjih strategij za učinkovitejše (samo)prepoznavanje,

Kratka predstavitev avtorja

Dino Manzoni je zaposlen kot raziskovalec na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU. Po končanem magistrskem študiju psihologije je pridobil izkušnje na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana in opravil pripravništvo v zdravstvu. V doktorski disertaciji se skozi optiko psihoanalitičnega konceptualnega aparata posveča teoretski in zgodovinski razdelavi ljubezni kot pojma, ki ga pretresa skozi njegovo vsakokratno utelešenje v konkretnih materialnih praksah.

razumevanje, obvladovanje težav in pravočasno iskanje strokovne pomoči (Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016). Intervencije za dvig tovrstne pismenosti so se v različnih kulturnih okoljih izkazale kot učinkovite pri zmanjševanju stigme in spodbujanju iskanja (samo)pomoči (Brijnath in sod., 2016; Morgan in sod., 2011).

Čeprav so anksiozne in depresivne motnje v znanstvenem in javnem diskurzu prejele veliko pozornosti, osebnostne motnje večinoma ostajajo na obrobju. To področje je pogosto zaznamovano z razširjenim nepoznavanjem, trdovratnimi stereotipi in visoko stopnjo stigmatizacije (Furnham in sod., 2015; Sheehan in sod., 2016). V tem kontekstu je pismenost o osebnostnih motnjah še posebej pomembna, saj gre za kompleksne, dolgotrajne in pogosto prikrite vzorce doživljanja, mišljenja in vedênja, ki se lahko prekrivajo z navidezno neproblematičnimi značajskimi potezami. Prav zaradi tega jih tako laična kot tudi strokovna javnost pogosto napačno razume, kar ne prispeva le k utrjevanju stigme, temveč tudi otežuje pravočasno prepoznavanje težav in dostop do ustrezne obravnave (Angermeyer in Dietrich, 2006; Furnham in Wineslaus, 2012; Lopez in sod., 2018).

Osebnostnih motenj ni mogoče razumeti kot bolezni v klasičnem biomedicinskem smislu, ampak kot vztrajne in raznolike vzorce (samo)doživljanja, mišljenja in vedênja, ki pomembno odstopajo od družbenih pričakovanj in povzročajo težave v medosebnih odnosih in vsakdanjem delovanju. Ti vzorci se izražajo na področjih čustvovanja, kognicije, socialne interakcije in medosebnih razmerij in so prisotni v različnih življenjskih kontekstih posameznika. V najnovejši reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni (ICD-11) so osebnostne motnje opredeljene z dimenzionalnim pristopom, ki nadomešča prejšnji kategorialni model (WHO, 2019). Ta pristop omogoča ocenjevanje izraženosti motnje po kontinuumu (od blage do hude stopnje) in vključuje natančnejši opis s pomočjo specifičnih osebnostnih potez in njihovega vpliva na posameznikovo funkcioniranje, kar ustrezneje odraža kompleksnost osebnostne strukture. Čeprav osebnostne motnje pogosto niso prepoznane kot stanja, ki zahtevajo strokovno obravnavo, navadno pomembno vplivajo na posameznikovo sposobnost čustvene regulacije, vzpostavljanje stabilnih odnosov, družbeno udejstvovanje in doživljanje sebe in sveta. Kljub tem izrazitim in dolgotrajnim vplivom pa ostajajo izrazito stigmatizirane – ne le v širši javnosti, temveč tudi znotraj strokovnih služb, kar dodatno otežuje dostop do pomoči in povečuje tveganje za marginalizacijo prizadetih posameznikov (Dickens in sod., 2019).

V Sloveniji je bil leta 2017 vzpostavljen multidisciplinarni promocijsko-preventivni program OMRA (Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja), ki temelji na psihoedukativnem pristopu k različnim vidikom duševnega zdravja, kot so osebnostne in razpoloženske

motnje (Šprah, 2019). V zadnjih letih se program postopoma širi tudi na druga družbeno pomembna področja duševnega zdravja, pri čemer v ospredje vse bolj prihajajo prav osebnostne motnje. S tem se OMRA odziva na potrebo po večji prepoznavnosti te pogosto prezrte in stigmatizirane problematike in vzpostavlja okvir za razvoj psihoedukacije, ki presega zgolj informiranje in aktivno prispeva k razgradnji predsodkov in k boljšemu razumevanju oseb z osebnostnimi motnjami.

Namen naše evalvacije je bil preučiti učinkovitost psihoedukativnih delavnic o osebnostnih motnjah, izvedenih v okviru programa OMRA, pri izboljševanju ravni pismenosti udeležencev o tej tematiki. Osrednje raziskovalno vprašanje je bilo: Kakšen je vpliv promocijsko-preventivne delavnice programa OMRA na raven pismenosti o tematiki osebnostnih motenj? Primerjali smo raven pismenosti udeležencev na omenjenem področju pred udeležbo na delavnici in po njej. V ta namen smo analizirali rezultate vprašalnikov, ki so jih ti izpolnili neposredno pred začetkom in takoj po zaključku posamezne delavnice. Takšen pristop nam je omogočil merjenje neposredne spremembe v znanju, ki jo je mogoče pripisati učinku izobraževalne intervencije.

2 METODOLOGIJA

2.1 Analiza vzorca

Psihoedukativnih delavnic OMRA na tematiko osebnostnih motenj se je skupno udeležilo 528 udeležencev. V končno analizo podatkov je bilo vključenih 438 posameznikov, ki so v celoti izpolnili oba vprašalnika (pred izvedbo delavnice in po njej). Sociodemografski podatki omogočajo širši vpogled v značilnosti populacije, ki se vključuje v program, in služijo kot podlaga za interpretacijo reprezentativnosti in dosega delavnic.

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti celotnega vzorca (N = 528)

Značilnost	
<i>Spol</i>	
Ženske	475 (90 %)
Moški	53 (10 %)
<i>Povprečna starost in standardni odklon</i>	39,6 leta (9,2)
<i>Kraj bivanja</i>	
Mesto	293 (55,5 %)
Podeželje	235 (44,5 %)

<i>Izobrazba</i>	
Poklicna šola	12 (2,3 %)
Srednja šola	43 (8,1 %)
Višja šola	72 (13,6 %)
Visoka šola/fakulteta	341 (64,6 %)
Magisterij/doktorat	60 (11,4 %)
<i>Zaposlitveni status</i>	
Zaposleni	462 (87,5 %)
Nezaposleni	25 (4,7 %)
Študenti/dijaki	29 (5,5 %)
Upokojeni	12 (2,3 %)
<i>Osebna/poklicna povezanost s tematiko OM</i>	
Lastna izkušnja OM	28 (5,3 %)
Bližnji z OM	71 (13,4 %)
Osebno zanimanje za OM	224 (42,4 %)
Poklicno delo z osebami z OM	374 (70,8 %)
Delo na področju duševnega zdravja	183 (34,7 %)

Opombe: N = celotna velikost vzorca; OM = osebnostna motnja

Analiza sociodemografskih značilnosti kaže, da je bil vzorec izrazito feminiziran, saj so 90 % ($n = 475$) udeležencev predstavljale ženske. Porazdelitev je skladna z obstoječimi raziskavami, ki kažejo na večjo vključenost žensk v izobraževalne in preventivne programe s področja duševnega zdravja in njihovo večjo pripravljenost za iskanje pomoči in obravnavo psiholoških tematik. Povprečna starost udeležencev je znašala 39,6 leta ($SD = 9,2$), z razponom, ki zajema predvsem delovno aktivno populacijo. To potrjuje tudi podatek, da je bilo med udeleženci več kot 87 % ($n = 462$) zaposlenih, kar nakazuje, da delavnice OMRA pretežno nagovarjajo aktivno populacijo z višjo izobrazbo in izraženim interesom za razumevanje duševnega zdravja. Podatki o izobrazbi kažejo, da ima skoraj 90 % ($n = 473$) udeležencev zaključeno najmanj visokošolsko izobrazbo (1. ali 2. bolonjska stopnja). Vzorec torej sestavljajo udeleženci, ki so načeloma zmožni razumeti tudi kompleksnejše vsebine s področja duševnega zdravja. To je relevantno predvsem z vidika prilagajanja vsebin delavnic zahtevnosti ciljne skupine.

Prav tako je povedno, da več kot 70 % ($n = 374$) udeležencev poklicno dela z osebami z osebnostnimi motnjami, skoraj 43 % ($n = 224$) jih navaja osebni interes za tematiko, približno 13 % ($n = 71$) ima bližnjega z osebnostno motnjo in 5 % ($n = 28$) lastno izkušnjo z osebnostno motnjo. Ti podatki kažejo na visoko stopnjo

vključenosti posameznikov z neposredno osebno ali poklicno izkušnjo, kar lahko vpliva na večjo motivacijo za sodelovanje in višjo začetno raven pismenosti. Takšna sestava vzorca pa obenem nakazuje, da so rezultati evalvacije le delno posplošljivi na celotno populacijo.

2.2 Postopek

V letih 2023–2025 je bilo v okviru programa OMRA izvedenih skupno 13 psihoedukativnih delavnic o osebnostnih motnjah, od tega šest v spletni obliki in sedem v živo, na različnih geografskih lokacijah po Sloveniji (Murska Sobota, Sopotnica, Ljubljana, Domžale, Novo mesto, Postojna). Delavnice so potekale enodnevno, od 9.00 do 14.30 z vmesnim odmorom za kosilo, in so bile strukturirane v šest tematskih sklopov, ki so jih izvajali strokovnjaki s področja duševnega zdravja. Za namen evalvacije njihove učinkovitosti smo uporabili vprašalnik, oblikovan posebej za merjenje ravni pismenosti na področju osebnostnih motenj. Instrument je bil oblikovan na podlagi strokovne literature in z upoštevanjem zasnove že uveljavljenih vprašalnikov s področja pismenosti o duševnem zdravju (Šprah, 2019). Vsebuje 22 trditev, ki se nanašajo na ključne značilnosti osebnostnih motenj, možnosti zdravljenja, pogosta napačna prepričanja in prepoznavanje težav, povezanih s tovrstnimi motnjami. Udeleženci so posamezne trditve označili kot pravilne, napačne ali z »ne vem«, kar je omogočilo razlikovanje med pravilnim razumevanjem, napačnimi prepričanji in izraženo nepoznavanje tematike. Vprašalnik so udeleženci izpolnili dvakrat, najprej neposredno pred začetkom delavnice in nato ponovno takoj po njenem zaključku. Pri izvedbah v živo so vprašalnike predložili predavatelji ali njihovi asistenti, razdelili so svinčnike in natisnjene izhode vprašalnika. Pri spletnih izvedbah po Zoomu pa je bil uporabljen digitalni obrazec, oblikovan s platformo 1KA. Udeleženci so spletno različico izpolnili v okviru navodil organizatorjev. Pridobljeni podatki so bili nato razvrščeni po posameznih terminih izvedb delavnic in analizirani z namenom ugotavljanja neposredne spremembe v znanju, ki bi jo bilo mogoče pripisati učinku psihoedukativne intervencije.

Raziskavo je odobrila komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, št. 0120-95/2024-2711-3.

2.3 Statistična analiza

Statistična analiza podatkov je bila izvedena v programskem okolju R (verzija 4.5.1). Za oceno psihometričnih značilnosti vprašalnika pismenosti o osebnostnih motnjah, natančneje njegove notranje zanesljivosti, smo se oprli na rezultate predhodne evalvacije tovrstnih psihoedukativnih delavnic (Šprah, 2022), saj je bil uporabljen enak merilni instrument. Koeficient notranje konsistentnosti (Cronbachov α) je znašal 0,73.

Najprej smo izvedli opisno statistiko za preverjanje osnovnih lastnosti podatkov, da bi lahko ocenili, ali so izpolnjeni pogoji za nadaljnjo primerjalno statistično analizo. Pri obeh meritvah (pred izvedbo delavnice in po njej) smo opisno analizirali dosežene rezultate na vprašalniku o pismenosti glede osebnostnih motenj, pri čemer smo preverjali predvsem osnovne kazalnike centralne tendence (povprečje, mediana) in razpršenosti podatkov (standardni odklon, interkvartilni razpon). Na ta način smo lahko ocenili obliko porazdelitve rezultatov in stopnjo homogenosti med udeleženci. Na podlagi opisne analize in vizualnega pregleda podatkov smo presodili, da porazdelitev približno sledi normalni obliki, zato smo se odločili za uporabo parametričnih testov. Za primerjavo rezultatov pred izvedbo delavnice in po njej smo uporabili Welchov t-test, ki upošteva tudi morebitno neenakost varianc.

3 REZULTATI

Statistična analiza rezultatov vprašalnikov, izpolnjenih pred izvedbo psihoedukativnih delavnic OMRA (T0) in po njih (T1), zajema 438 udeležencev z veljavno uparjenimi odgovori. V nadaljevanju najprej predstavljamo deskriptivno statistiko rezultatov za obe merjenji, s poudarkom na osnovnih kazalnikih centralne tendence, razpršenosti in porazdelitvene oblike.

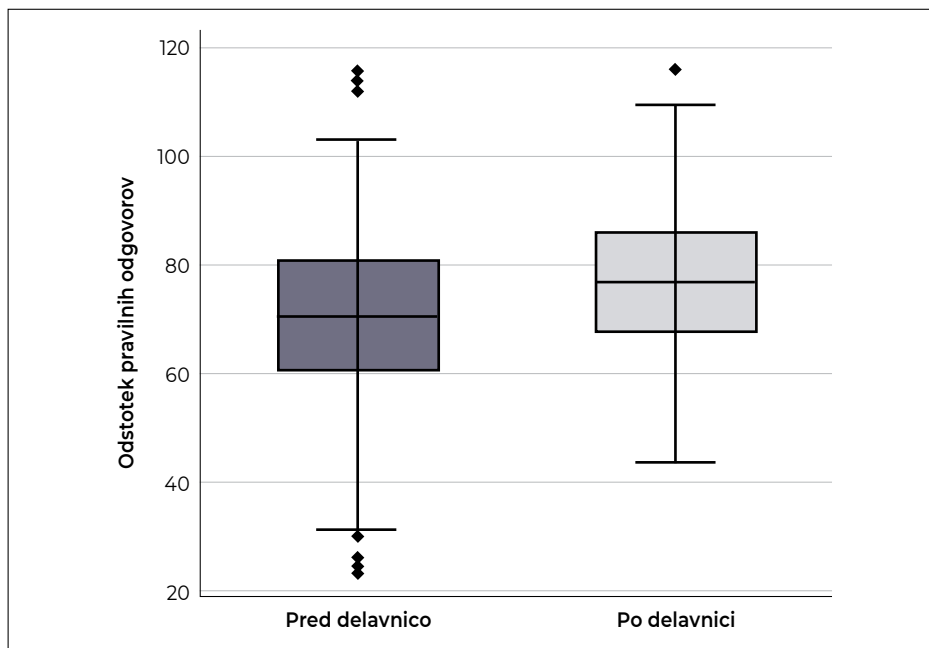
**Tabela 2: Deskriptivna statistika rezultatov
 pred delavnico OMRA (T0) in po njej (T1)**

Statistični kazalec	Pred delavnico (T0) [% (točke)]	Po delavnici (T1) [% (točke)]
Povprečje (M)	69,22 (15,22)	78,70 (17,32)
Standardni odklon (SD)	15,09 (3,32)	12,57 (2,77)
Minimum	13,64 (3)	13,64 (3)
Mediana	68,18 (15)	81,82 (18)
Interkvartilni razpon (IQR)	22,73 (5)	13,64 (3)
Veljavnih primerov (%; n)	99,81; 534	81,87; 438

Opombe: V oklepaju so navedene vrednosti v surovih točkah; največje možno število točk na vprašalniku je 22.

Povprečni delež pravilnih odgovorov se je po delavnici povečal s 69,2 % (SD = 15,09) na 78,7 % (SD = 12,57), kar nakazuje izboljšanje znanja med udeleženci. Poleg tega so po delavnici opazne nižje vrednosti standardnega odklona, interkvartilnega razpona (z 22,73 na 13,64) in koeficienta variacije (z 0,22 na 0,16), kar kaže na večjo homogenost rezultatov. Porazdelitev rezultatov po delavnici

je bila nekoliko bolj asimetrična ($skewness = -1,09$), kar nakazuje premik večine udeležencev proti višjim dosežkom. Vsi kazalniki skupaj potrjujejo pozitiven učinek izobraževalne intervencije tako z vidika višje povprečne uspešnosti kot tudi večje enotnosti v razumevanju obravnavanih vsebin (slika 1).



Slika 1: Primerjava porazdelitve rezultatov vprašalnika o pismenosti pred izvedbo delavnice in po njej (N = 438)

Slika prikazuje porazdelitev rezultatov na vprašalniku o pismenosti glede osebnostnih motenj pred izvedbo delavnic in po njej, vključno z mediano, interkvartilnim razponom in morebitnimi ekstremi. Po delavnici so udeleženci dosegli višji povprečni delež pravilnih odgovorov in manjšo razpršenost rezultatov, kar nakazuje tako izboljšanje znanja kot večjo enotnost v razumevanju obravnavane tematike.

Vizualna ocena porazdelitve (slika 1) kaže na približno simetrično, zvonasto obliko brez izrazitih ekstremov, zato smo se na tej osnovi odločili za uporabo parametričnih testov. Uporabljen je bil Welchov t-test za neodvisne vzorce, ki upošteva tudi morebitno neenakost varianc, in je pokazal visoko statistično značilno razliko med ocenjevanjem pred izvedbo delavnice in po njej: $t(969,76) = -10,72$, $p < 0,001$.

Velikost učinka smo ovrednotili s Cohenovim koeficientom r , ki znaša 0,45, kar kaže na srednjo velikost učinka.

4 RAZPRAVA

Rezultati analize, ki je zajela 13 izvedb psihoedukativnih delavnic programa OMRA in vključevala 438 udeležencev z veljavno izpolnjenima vprašalnikoma pred izvedbo delavnice in po njej, potrjujejo dosleden in statistično značilen učinek teh intervencij na izboljšanje pismenosti o osebnostnih motnjah. Povprečno izboljšanje v višini 9,5 odstotne točke kaže na učinek srednje velikosti, in sicer tako z vidika večje informiranosti in boljšega razumevanja vsebine kot tudi z vidika manjše razpršenosti rezultatov, kar nakazuje večjo enotnost znanja med udeleženci. To je še posebej pomembno v kontekstu javnozdravstvenih intervencij, saj kaže, da program uspešno presega individualne razlike in omogoča, da udeleženci dosežejo primerljivo raven razumevanja vsebine. Ugotovitve so skladne s prejšnjimi evalvacijami programa OMRA (npr. Šprah, 2019 in 2022), pri čemer tematika osebnostnih motenj odpira dodatne izzive, ki terjajo občutljivejši, vsebinsko domišljen in prilagojen pristop (Lui in sod., 2016; Koutoufa in Furnham, 2014). Poudariti velja tudi, da je bil delež manjkajočih podatkov razmeroma majhen: 438 od 528 udeležencev je aktivno sodelovalo do konca delavnice in veljavno in v celoti izpolnilo zaključni vprašalnik. To kaže na visoko stopnjo sodelovanja, dobro organizacijo izvedb in skrbno zasnovo programa, kar dodatno prispeva k zanesljivosti zbranih podatkov in verodostojnosti evalvacije.

Analiza vzorca je pokazala, da večina udeležencev prihaja iz demografsko in izobrazbeno razmeroma homogene skupine: pretežno žensk z višjo ali visoko izobrazbo, zaposlenih, ki so pogosto že imeli poklicne izkušnje ali so si samoiniciativno pridobili določeno znanje s področja duševnega zdravja. Takšna sestava vzorca nakazuje, da je bila začetna raven pismenosti že razmeroma visoka, kar lahko deloma pojasni zmerno velikost ugotovljenega učinka. Hkrati pa potrjuje, da so delavnice učinkovite tudi pri zahtevnejših ciljnih skupinah.

Kljub potrjeni učinkovitosti izvedenih psihoedukativnih delavnic je treba opozoriti na nekatere metodološke omejitve, ki jih je smiselno upoštevati pri nadaljnjem razvoju in evalvaciji programa. Prva pomembna omejitev je časovna, saj je bil učinek delavnic izmerjen zgolj neposredno po njihovi izvedbi, zato rezultati ne omogočajo presoje o trajnosti pridobljenega znanja. Za celovitejšo oceno dolgoročnega vpliva bi bilo v prihodnje smiselno vključiti longitudinalno spremljanje, denimo po nekaj tednih ali mesecih. Druga omejitev se nanaša na selektivnost vzorca. Večina udeležencev je že predhodno izkazovala poklicni ali osebni interes za področje duševnega zdravja, kar lahko pomeni večjo začetno motivacijo in boljše pogoje za usvajanje vsebin. Analiza vzorca dodatno razkriva nizko zastopanost mlajših, še nezaposlenih oseb, moških in posameznikov

brez predhodnega znanja s področja duševnega zdravja. To poudarja potrebo po ciljanem nagovoru tistih skupin prebivalstva, ki se tovrstnih izobraževanj običajno ne udeležujejo. V prihodnjih izvedbah bi bilo zato smiselno več pozornosti nameniti vključevanju manj zastopanih skupin, kot so moški, mlajši odrasli, posamezniki z nižjo izobrazbo in tisti brez preteklih izkušenj ali znanja s področja duševnega zdravja.

V tem kontekstu se kot pomembna razvojna usmeritev kaže širitev programa OMRA v sodelovanju s podjetji, izobraževalnimi ustanovami in drugimi organizacijami, ki bi lahko omogočile vključevanje trenutno manj zastopanih ciljnih skupin. Zlasti pri spletnih izvedbah delavnic bi bilo smiselno nadgraditi obstoječe vsebine z uporabo sodobnih multimedijskih in pedagoških orodij, kot so interaktivni kvizi, kratki video prikazi vsakdanjih situacij, simulacije pogovorov in moderirane spletne razprave v živo. Takšni pristopi lahko pomembno prispevajo k večjemu zanimanju za delavnice, večji vključenosti udeležencev in večji dostopnosti in učinkovitosti izobraževalnih vsebin.

Eden ključnih strateških izzivov v prihodnje bo nedvomno intenzivnejše naslavljanje medijskih reprezentacij osebnostnih motenj, saj te bistveno sooblikujejo javne predstave in čustvene odzive. Osebnostne motnje ostajajo v javnem diskurzu pogosto potisnjene na obrobje, predstavljene kot slabo razumljene in visoko stigmatizirane (Furnham in sod., 2015). K utrjevanju stigme pogosto prispevajo moralizirajoče razlage vedenja, popkulturni klišeji in senzacionalistične medijske upodobitve, ki posameznike z osebnostnimi motnjami prikazujejo kot nevarne, manipulativne, čustveno nestabilne ali celo zlonamerne (Dennis in sod., 2025; Sheehan in sod., 2016).

V luči teh prevladujočih diskurzov je zato ključno, da psihoedukativne vsebine ne ostanejo zgolj na informativni ravni, temveč zavzamejo tudi kritično in reflektirano držo do obstoječih normativnih okvirov in stereotipizacij, ki vplivajo na razumevanje in družbeno obravnavo osebnostnih motenj.

5 ZAKLJUČEK

Evalvacija psihoedukativnih delavnic programa OMRA, osredotočenih na tematiko osebnostnih motenj, je pokazala dosleden, statistično značilen in praktično pomemben učinek na izboljšanje ravni pismenosti udeležencev na tem pogosto spregledanem in stigmatiziranem področju duševnega zdravja. Modul OMRA, namenjen osebnostnim motnjam, se pri tem izkazuje kot dragocena dopolnitev obstoječih preventivnih pristopov, saj gre za tematiko, ki je v javnem prostoru še vedno izrazito slabo strokovno zastopana. Delavnice

pomembno prispevajo k zmanjševanju stigme, spodbujajo pravočasno iskanje strokovne pomoči, obenem pa omogočajo tudi globljo osebno refleksijo in utrjujejo družbeno odgovorno obravnavo osebnostnih razlik. Za nadaljnjo krepitev učinka tovrstnih intervencij se kot posebej pomembni kažeta dve razvojni usmeritvi: (1) večja vključenost manj zastopanih skupin (npr. moških, mlajših odraslih in oseb z nižjo izobrazbo) in (2) širša uporaba interaktivnih in multimedijskih orodij, ki dokazano povečujejo angažiranost udeležencev in dolgoročno učinkovitost izobraževalnih pristopov.

Literatura

- Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes toward people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113: 163–79.
- Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniadis J. Do web-based mental health literacy interventions improve the mental health literacy of adult consumers? *J Med Internet Res*. 2016; 18(6): e165.
- Dennis SJ, Folger LF, Hein KE, Mullins-Sweatt SN. Stigma and discrimination in personality disorders: perspectives of those with lived experience and providers. *Pers Ment Health*. 2025; 19(2): e70024.
- Dickens GL, Lamont E, Mullen J, MacArthur N, Stirling FJ. Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28(13-14): 2613–2623.
- Furnham A, Lee V, Kolzeev V. Mental health literacy and borderline personality disorder (BPD): what do the public »make« of those with BPD? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015; 50(2): 317–24.
- Furnham A, Wincelous J. Psychiatric literacy and the personality disorders. *Psychopathology*. 2012; 45(1): 29–41.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders. *Med J Aust*. 1997; 166: 182–186.
- Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.
- Koutoufa I, Furnham A. Mental health literacy and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatry Research*. 2014; 215(1): 223–28.
- Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental health literacy: past, present, and future. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(3): 154–158.
- Lopez V, Sanchez K, Killian MO, Eghaneyan BH. Depression screening and education: an examination of mental health literacy and stigma. *BMC Public Health*. 2018; 18: 646.
- Lui C, Wong C, Furnham A. Mental health literacy in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*. 2016; 62(6): 505–511.
- Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training. *PLoS One*. 2018; 13(5): e0197102.

- Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(11): 947–596.
- Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan P. The stigma of personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(1): 11.
- Šprah L. Evalvacija učinkov programa opismenjevanja o motnjah razpoloženja. V: Šprah L, ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki*. Ljubljana: Založba ZRC; 2019: 91–112.
- Šprah L. Vpliv psihoedukacijskih delavnic Čustveni vrtiljak odnosov: prepoznavmo osebnostne motnje med nami na raven pismenosti o osebnostnih motnjah. V: Šprah L, ur. *Z več znanja o osebnostnih motnjah do manjših stisk: evalvacije in premisleki v okviru programa OMRA*. Ljubljana: Založba ZRC; 2022: 91–111.
- World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. 11th revision. Geneva: WHO; 2019.

OD ZNANJA DO ODNOSA: UČINKI DELAVNIC OMRA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA, OSEBNOSTNIH MOTNJAH IN STIGMI

From knowledge to attitudes: the effects
of OMRA workshops on mood disorders,
personality disorders, and stigma

Sanja Cukut Krilić

POVZETEK

Prispevek predstavlja rezultate kvalitativne evalvacije dejavnosti programa OMRA Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in pridruženih motnjah in temelji na 14 pogovorih z udeleženci in udeleženkami delavnic o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmati, ki so se delavnic udeležili v letih 2023 in 2024. Delavnice so udeležencem in udeleženkam prinesle več znanja in boljše razumevanje lastnih in tujih težav v duševnem zdravju, kar je okrepilo njihovo potrpežljivost in empatijo pri delu in osebnem življenju. Poleg tega so izpostavili pomen praktičnih primerov, medsektorskega sodelovanja in potrebe po prilagoditvi vsebin različnim skupinam, da bi delavnice lahko še učinkoviteje naslovile tematiko težav v duševnem zdravju.

Ključne besede: duševno zdravje, težave v duševnem zdravju, stigma, delavnice

ABSTRACT

This article presents the results of a qualitative evaluation of OMRA programme activities— Literacy on mood disorders and co-morbid disorders—based on fourteen interviews with participants of workshops on mood disorders,

Avtorica: Sanja Cukut Krilić

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica socioloških znanosti, znanstvena sodelavka
Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: sanja.cukut@zrc-sazu.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4498-3809>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_05, CC BY-SA

personality disorders, and stigma that took place in 2023 and 2024. The workshops provided participants with more knowledge and a better understanding of their own mental health difficulties and those of others, which strengthened their patience and empathy both in the workplace and in their personal lives. In addition, participants emphasized the importance of practical examples, interdisciplinary collaboration and the need to tailor the content to different groups in order to make the workshops more effective and address mental health difficulties.

Key words: *mental health, mental health difficulties, stigma, workshops*

1 UVOD

Večdisciplinarnost izobraževalnih programov na področju duševnega zdravja se je v zadnjih desetletjih uveljavila kot eden ključnih pristopov k razumevanju, preprečevanju in obravnavi težav v duševnem zdravju. V nasprotju z ozko biomedicinsko usmerjenimi pristopi tovrstni modeli temeljijo na izhodišču, da duševnega zdravja posameznika ne moremo razumeti zgolj skozi biološke ali individualne dejavnike, temveč tudi skozi družbene, kulturne in okoljske vplive (Kisely, 2014). Poleg poznavanja diagnostičnih kriterijev in značilnosti motenj je poudarek tudi na razvoju veščin komuniciranja in zmanjševanju stigme, prav tako pa na prepoznavanju družbenih determinant zdravja, kot so ekonomski dejavniki, revščina in različne izkušnje diskriminacije, ki lahko vplivajo na pojavnost in potek težav v duševnem zdravju (WHO, 2013).

Tudi program OMRA Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in pridruženih motnjah je, kot tudi v prejšnji izvedbi programa, zasnovan večdisciplinarno in ga sestavlja ekipa strokovnjakov in strokovnjakinj s področij medicinskih ved, psihiatrije, psihologije, sociologije, antropologije in psihoterapije. Program nagovarja različne razsežnosti težav v duševnem zdravju z vidika biopsihosocialnega modela (Knežević Hočevar, 2020; Šprah, 2019a). V okviru tega programa nadaljujemo ustaljeno prakso presojanja učinkov delavnic kot enega ključnih elementov širšega programa OMRA Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja, ki je potekal med letoma 2017 in 2019 (Knežević Hočevar, 2019a in 2019b; Šprah, 2019a in 2019b), in programa

Kratka predstavitev avtorice

Sanja Cukut Krilić je doktorica socioloških znanosti, znanstvena sodelavka na Druženomedicinskem inštitutu ZRC SAZU. Njena področja proučevanja segajo na področja migracijskih študij, študij spolov in različnih družbenih kontekstov težav v duševnem zdravju.

Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in osebnostnih motnjah, ki se je izvajal med letoma 2020 in 2022 (Cukut Krilić, 2022; Šprah, 2022a, 2022b in 2022c). Učinke teh programov kvantitativno preverjamo z uporabo vprašalnikov med trajanjem med delavnicami, ki naslovijo različne vidike motenj razpoloženja (depresija, anksiozne motnje in bipolarna motnja), osebnostnih motenj in stigme, ki spremlja duševne težave (gl. prispevke Dernovšček Hafner, 2025; Manzoni, 2025; Šprah, 2025 v pričajučem zborniku).

Pričujoče besedilo predstavlja rezultate kvalitativne evalvacije programa OMRA. Med cilji iztekajočega programa v letu 2025 je bila namreč tudi dolgoročnejša evalvacija njegovih učinkov, ki smo jo izvedli s pogovori s 14 udeleženci in udeleženkami delavnic o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmi, izvedenimi med letoma 2023 in 2024. Vprašanja za evalvacijo so bila oblikovana po zgledu kvalitativne evalvacijske raziskave, ki jo je zasnoval avtor koncepta opismenjevanja o duševnem zdravju Anthony Jorm s sodelavci (1997, v Knežević Hočevnar, 2019a). Za potrebe programa OMRA jo je že v prvem izvajanju programa prilagodila sodelavka Duška Knežević Hočevnar. Vprašanja so naslovila razloge za udeležbo na delavnicah, spremembe v odnosu in vedenju do ljudi s težavami v duševnem zdravju, uporabnost in koristnost delavnic, predloge za njihovo nadgradnjo in izboljšavo, poznavanje in presojo drugih izobraževalnih gradiv programa OMRA (npr. novičnika, spletne strani, priročnikov, socialnih omrežij itd.).

2 POMEN KONCEPTA PISMENOSTI O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Programi opismenjevanja o duševnem zdravju so se prvotno razvili v Avstraliji in se od tam razširili po vsem svetu. Najbolj prepoznaven in razširjen program, ki se izvaja na ravni skupnosti, je prva pomoč na področju duševnega zdravja (angl. Mental health first aid – MHFA). Temelji na konceptu pismenosti o duševnem zdravju, ki je nastal po vzoru že uveljavljenega javnozdravstvenega in medicinskega koncepta zdravstvene pismenosti (angl. health literacy) (Nutbeam, 2000). Leta 1997 so Jorm in sodelavci prvič opredelili termin pismenosti na področju duševnega zdravja, ki so ga razumeli kot znanje in prepričanja o duševnih motnjah, ki ljudem pomagajo pri njihovi prepoznavi, obvladovanju ali preprečevanju. Koncept so opredelili večdimenzionalno, in sicer kot zmožnost prepoznave motenj, poznavanje dejavnikov tveganja, razumevanje možnosti za strokovno pomoč in samopomoč, pozitivna stališča do iskanja pomoči in ne nazadnje pripravljenost pomagati drugim v duševni stiski. Izobraževalni pristopi, ki temeljijo na konceptu pismenosti o duševnem

zdravju, se opirajo predvsem na predstave in kategorizacije, značilne za zahodni medicinski model, njihov ključni cilj pa je povečati zmožnost posameznikov, da prepoznajo različne težave v duševnem zdravju, razumejo dejavnike tveganja, vzroke in poznajo možnosti pomoči, ki so jim na voljo. Zagovorniki tovrstnih programov opozarjajo na raziskave, ki dokazujejo povezavo med višjo ravni pismenosti o duševnem zdravju in boljšimi izidi na ravni celotne populacije. V okoljih, kjer so tovrstne vsebine dobro uveljavljene, ljudje namreč pogosteje pravočasno poiščejo strokovno pomoč in se aktivneje vključujejo v preventivne dejavnosti za krepitev duševnega zdravja (Hadlaczky in sod., 2014; Jorm, 2012).

Že kmalu so raziskovalci opozorili, da je prvotna definicija pismenosti o duševnem zdravju preveč osredotočena na znanje o diagnostiki in zdravljenju, premalo pa na širše družbene dejavnike, ki vplivajo na duševno zdravje ljudi. V tem oziru je npr. Nutbeam (1998) predlagal razlikovanje med funkcionalno, interaktivno in kritično pismenostjo, pri čemer je zadnja še zlasti pomembna, saj vključuje sposobnost refleksije, ocenjevanja informacij in prepoznavanja strukturnih ovir, ki lahko soustvarjajo duševno stisko, kot so revščina, diskriminacija ali neenak dostop do storitev. Tako razumevanje zdravstvene pismenosti odpira prostor za celovitejša intervencija, ki ne naslavlja le posameznih oseb, temveč tudi njihovo širše družbeno okolje. Za področje duševnega zdravja ta pristop pomeni, da promocija duševnega zdravja ne sme biti omejena na izobraževanje o simptomih ali zdravlilih, temveč mora spodbujati tudi razumevanje stigme, neenake dostopnosti storitev in drugih strukturnih dejavnikov. V tej perspektivi je pismenost o duševnem zdravju lahko eno od orodij za opolnomočenje posameznikov in skupnosti, ki lahko vplivajo na njihovo psihološko blaginjo. Tudi Jorm je v poznejših delih poudaril, da mora koncept pismenosti o duševnem zdravju vključevati dimenzijo opolnomočenja posameznika in skupnosti. Tozadevno je izpostavil pomen preventivnih intervencij, programov v šolah in skupnostih in nujnost kulturnih prilagoditev vsebin s področja duševnega zdravja (Jorm, 2012).

Kot tudi že uveljavljeni programi s področja opismenjevanja o duševnem zdravju smo tudi pri izvedbi programa OMRA izvajalci in izvajalke pogosto uporabljali vinjete – opisne primere oseb z določeno duševno motnjo, denimo depresijo, anksiozno motnjo ali bipolarno motnjo. Te vinjete temeljijo na diagnostičnih merilih Ameriškega psihiatričnega združenja (APA), zbranih v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM-IV), ali na merilih Mednarodne klasifikacije bolezni (ICD-10-AM) v avstralski modifikaciji (Lam in sod., 2010). Z vinjetami smo preverjali stopnjo prepoznavne posameznih »tipičnih« značilnosti duševnih težav, na čemer je temeljila kvantitativna evalvacija programa.

V nadaljevanju so predstavljeni izsledki pogovorov z udeleženci in udeleženkami delavnic programa OMRA o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah

in stigmati, pri čemer se ne osredotočamo na tovrstno poznavanje njihovih značilnosti, temveč zlasti na možne spremembe v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju in na morebitne izboljšane izkušnje prepoznavne in obravnave.

3 METODOLOŠKO POJASNILO

V letu 2025 smo sodelavci in sodelavke programa OMRA skupaj izvedli 14 evalvacijskih intervjujev o vtisih udeležencev in udeleženk po obisku delavnic OMRA o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmati. Glede na ambicijo po preverjanju učinkov programa tudi v dolgoročni perspektivi je bil osnovni kriterij povabila k pogovoru, da je od izobraževanja minilo vsaj pol leta. Pogovarjali smo se z 12 ženskami in le dvema moškima. K sodelovanju smo jih povabili na podlagi udeležbe na eni od treh delavnic programa OMRA v živo, na kateri so izrazili pripravljenost za sodelovanje v evalvacijskem pogovoru. Ljudje so se nemalokrat udeležili več delavnic programa, kar se je odražalo tudi v pogovorih, zato izsledkov ne zamejujemo glede na posamezno delavnico, temveč jih prikazujemo po posameznih temah. Med sogovorniki in sogovornicami so bili strokovni delavci in delavke na področju duševnega zdravja, zasvojenosti in socialnega varstva, osebe s težavami v duševnem zdravju in njihovi svojci, pa tudi ljudje, ki jih tematika duševnega zdravja zanima, četudi se z njo ne srečujejo redno, pri čemer se omenjeni razlogi za udeležbo na izobraževanju pogosto prekrivajo.

3.1 Etična odobritev

Raziskavo je odobrila komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, št. 0120-95/2024-2711-3.

4 SPOROČILA UDELEŽENCEV IN UDELEŽENK DELAVNIC PROGRAMA OMRA

4.1 Več znanja in razumevanja o lastnih težavah in težavah drugih za spremenjeno odzivanje

Po mnenju sogovornikov in sogovornic, zlasti tistih, ki se s tematiko težav v duševnem zdravju srečujejo na strokovni ravni, so delavnice okrepile razumevanje težav, povezanih z duševnimi motnjami, zlasti zavedanje o njihovi kompleksnosti in dolgotrajnosti procesov okrevanja. Taka je npr. realna ocena, da spremembe pri osebah z duševnimi motnjami niso nujno hitre, kar izboljšuje pripravljenost in potrpežljivost pri delu. Strokovna delavka v nevladni organizaciji

je tako povedala: »Jaz osebno ne morem reči, da je bilo kaj novega, glede na to, da se izobražujem na tem področju in da nekaj že vem. Mogoče mi je bil fajn opomnik, da je z določenimi osebami, ki imajo kakšne motnje, res težko delati oz. da ni realno pričakovati nekih sprememb v krajšem času. Za ostale pa, glede na to, kar smo se pogovarjali, imam kar občutek, da je bilo kaj novega.« V tem oziru je bila delavnica tudi priložnost za refleksijo lastnih odzivov v določenih življenjskih situacijah. Dodala je: »V bistvu nisem srečala kaj novega. Mogoče sem tudi na trenutke podoživljala, kdaj imam jaz kak stres, sem bila jaz tam za sebe, ne za druge.«

Za tiste, ki so imeli o težavah v duševnem zdravju manj informacij, je bila delavnica vir novih znanj, zlasti o nekaterih manj poznanih motnjah, kot je bipolarna motnja, kar kaže na njeno širšo uporabnost in pomembnost v strokovnem okolju na področju duševnega zdravja. Ena od udeleženk delavnice o osebnostnih motnjah je menila, da je delavnica pomembno prispevala k njenemu razumevanju osebnostnih motenj in njihovih značilnosti; še posebej ji je bilo všeč, kako so predavatelji in predavateljice povezali posamezne motnje z znanimi osebnostmi, kar ji je olajšalo dojemanje in pomnjenje vsebine. Poudarila je tudi spoznanje o širšem družinskem kontekstu, ki vključuje tudi žrtve motenj – sorodnike obolelih. Dejala je: »Zelo zanimivo, ker so dali tudi kakšne primere [...] Veliko lažje, pa všeč mi je bilo tudi to, da je bilo govora malo o žrtvah, se pravi sorodnikih teh ljudi, ki imajo te motnje.«

Za tiste, ki so tudi sami poročali o izkušnji težav v duševnem zdravju (teh je bilo v našem vzorcu manj kot strokovnih delavcev in delavk), je delavnica predvsem pomenila priložnost za pogovor o omenjenih temah in deljenje izkušenj. Ena od udeleženk je povedala, da je bila prej do teh tem bolj zaprta, težje je izražala svoje stiske, prav tako pa je do drugih z duševnimi težavami čutila določeno distanco: »Meni je bilo ful zanimivo, ker smo se med seboj družili, vsak je povedal svoje probleme in to mi je bilo ful zanimivo. Pred delavnico sem bila bolj zaprta vase, nisem rada govorila o svojih težavah, zdaj pa se lažje pogovarjam in zaupam drugim.« Po delavnici je postala bolj odprta in pripravljena deliti svoje izkušnje, saj je v diskusiji z drugimi spoznala različne zgodbe in načine soočanja z izzivi. Poleg tega je postala aktivna v podporni skupini, kjer se redno srečuje z ljudmi, ki prav tako delijo svoje težave. Druga sogovornica, ki sicer deluje na telefonu za svetovanje v duševni stiski, je spremenjen odnos oz. zmanjšano stigmo ponazorila z naslednjimi besedami: »Saj jaz sem pa stopila do vas, pa sem tudi z vami govorila, sem povedala, da sem imela z manjjo izkušnjo, ker nam je v družini človek zbolel [...], tako da imam osebne izkušnje tudi s tem, da vem, da smo dolgo časa v okolju sami tajili, pa kaj je s človekom, smo rekli, pa nekaj smo si izmišljevali, to je bilo že pred časom tako, da sem osebno vpletena tudi v to

stigmo in v to, kako to napreduje, tako da se me je to osebno zelo dotaknilo takrat in sedaj napredek, ko vidim, da se izboljšuje, tudi po vaši zaslugi.«

Delavnica je pomembno vplivala na izboljšanje praks strokovne obravnave. Psihologinja v nevladni organizaciji, ki se ukvarja z zasvojenostmi, je poudarila spremembo v osebnem pristopu, ki vključuje manj obsojanja in več razumevanja do oseb z duševnimi motnjami. Takšen premik je po njeni oceni pomemben, saj spodbuja empatijo in zmanjšuje konfliktne situacije v delovnem okolju, kar je omogočilo tudi lažje usmerjanje in podpiranje sodelavcev in sodelavk, obenem pa krepitev timskega dela in skupinske odgovornosti za obravnavo duševnega zdravja. Udeleženec, ki dela na zaupnem telefonu, je povedal, da stigma močno vpliva na odnos do sebe in drugih, prav tako pa na vedenje ljudi, ki pogosto zaradi predsodkov ostajajo socialno izolirani, zato izobraževanja, kot je program OMRA, prispevajo k večji empatiji in boljšemu odzivu na potrebe uporabnikov in uporabnic: »Znanje, ki sem ga pridobil, mi pomaga bolje razumeti klicatelje, njihove težave in stisko, kar mi omogoča boljšo komunikacijo in podporo.« Drugi sogovornik, ki je med drugim delal tudi na zaupnem telefonu, je tozadevno ilustrativno povedal: »Tudi to sem se tam na OMRA jaz naučil, da je treba dejansko biti bolj poslušalec kot dejansko svetovalec in tako, no.«

Delavnica je po mnenju sogovornikov in sogovornic prispevala tudi k praktični uporabi pridobljenega znanja pri delu z ljudmi, ki imajo določene težave. Udeleženka je npr. izpostavila, da so predavatelji in predavateljice aktivno odgovarjali na specifična vprašanja in na primerih iz prakse razložili različne motnje, kar je povečalo uporabnost vsebine za njeno delo. Poudarila je tudi spremembo v svojem pristopu do učencev, ki kaže na povečano empatijo in prilagodljivost, in omenila uporabo praktičnih nasvetov iz delavnice v konkretnih situacijah, ko se je pogovarjala z učencem o občutljivih temah: »Sem uporabila malo te nasvete, ki so nam jih dali, kako previdno postopati z določeno skupino.« Izobraževanje je drugi udeleženki iz šolstva omogočilo izboljšanje razumevanje osebnostnih motenj, kar je opisala z refleksijo o enem od učencev: »Ko imaš tam one kljukce, pa si delaš, kaj je in kaj ni, sem pa rekla, o, to smo pa čisto falili.« Izpostavila je, da se z dodatnim znanjem spreminja tudi odnos do oseb s težavami, saj omogoča postavljanje meja in bolj umirjen pristop: »Navsezadnje dobiš potrditev, da lahko meje postaviš [...] se mi zdi, da se svetovalni delavci ujamemo v to past, da moraš vedno pomagati.« Poudarila je, da izobraževanja niso le priložnost za učenje teorije, ampak tudi za zaščito lastnega psihičnega zdravja in za učinkovitejše delovanje v zahtevnih socialnih situacijah. Poleg tega je opozorila na pomen podpore svojcem in na vlogo, ki jo imajo svetovalni delavci pri opolnomočenju družin. Še ena udeleženka iz šolstva pa je povedala, da je bilo zanjo pomembno pridobiti znanje o tem, kako postopati k dijakom,

ki imajo samomorilne misli ali druge resne težave, kjer je še veliko neznank: »Tukaj se mi zdi, da je največ prostora, kako se sploh pogovarjati o dijakih, ki imajo samomorilne misli pa to zaupajo ...«

Prav tako so sogovorniki in sogovornice poudarili, da jim je delavnica omogočila širšo povezavo z drugimi strokovnjaki, kar je zelo pomembno zaradi kompleksnosti dela in potrebe po skupni podpori osebam s težavami v duševnem zdravju, pa naj gre za šolsko okolje, socialno varstvo ali drugo profesionalno okolje.

4.2 Vsebina in izvedba izobraževanj in predlogi za nadgradnje delavnic

Sodelujoči v pogovorih so praviloma pohvalili dostopno in interaktivno obliko izvedbe, ki omogoča odprt dialog in vključevanje različnih strokovnjakov in strokovnjakinj, prav tako pa tudi dostopnost izvajalcev in izvajalk in njihovo pripravljenost odgovarjati na vprašanja. Izpostavljena je bila pomembnost promocije dodatnih virov, kot so spletna stran in priročniki, ki podpirajo trajnost učenja in razširjanje znanja o tej tematiki tudi izven delavnic.

Hkrati so sogovorniki in sogovornice podali nekaj predlogov za prihodnjo izvedbo delavnic. Poudarili so npr. potrebo po prilagoditvi vsebine za ranljivejše uporabnike, ki imajo težave s koncentracijo in zahtevajo bolj dinamične in krajše izvedbe. Strokovna delavka v nevladni organizaciji je tako pojasnila: »Mislim, da je to razlika, da res mogoče smo mi samo bolj navajeni vzdrževati fokus, koncentracijo in nam ni neka težava sedeti, medtem ko pri uporabnikih naših se pa kar pozna, da jim ta koncentracija pade, to je bilo izključno iz njihovega vidika.« Druga udeleženka iste delavnice je tozadevno pohvalila prilagodljivost izvajalcev in izvajalk glede trajanja in načina izvedbe delavnice, kar je pozitivno vplivalo na koncentracijo udeležencev in udeleženek: »So zelo senzibilni, bom rekla, prilagajali so se nam. Ko nam je padala koncentracija, smo imeli malo premora.« Udeleženec je opozoril tudi na problematiko stigme kot družbene težave, ki zahteva večjo ozaveščenost in sistemske ukrepe: »Stigma ni le osebni problem, temveč družbeni, zato je treba delavnice narediti dostopnejše in bolj prisotne v vseh okoljih.«

Predlagali so tudi izpeljavo delavnic v več dneh, izvedbo krovnega predavanja in razdelitev delavnice na več delov, saj naj bi bila slednja po mnenju nekaterih zaradi tematike in intenzivnosti precej naporna. Ena od udeleženk je tozadevno povedala, da so bile teme, kot so stres in depresija, sicer dobro predstavljene, a bi bilo smiselno ustvariti ločena, bolj poglobljena predavanja za različne motnje, s čimer bi lahko bolje zadovoljili potrebe različnih skupin udeležencev in

udeleženk. Tozadevno je zanimivo mnenje svetovalne delavke v šoli. Pohvalila je strukturo in strokovnost vsebine, posebej pa je izpostavila uporabnost spletne strani in metode sivega kamna, ki jo je sama odkrila po delavnici: »Včasih prideš na spletno stran in želiš vsebine, pa je lahko malo konfuzno, pri vas pa imate res strukturo iz tem od začetka do konca.« Kljub temu pa je bila kritična do nekaterih delov, zlasti predavanja o vlogi terapevta, ki ji je bilo kot izkušeni svetovalni delavki odveč. Izpostavila je potrebo po prilagoditvi vsebine ciljni publiki, saj npr. svetovalni delavci potrebujejo praktične veščine za delo v šolskem okolju, ne pa osnovnih informacij o terapevtskem delu.

Prostore za izboljšave so nekateri videli predvsem na področju pogostejših srečanj in boljše medsektorske povezave, saj je izmenjava izkušenj med strokovnjaki in strokovnjakinjami na različnih področjih premalo organizirana in bi bilo treba več pozornosti nameniti tudi specifičnim temam, kot so komunikacija na konkretnih primerih, samomorilno vedenje ipd.

5 ZAKLJUČEK

Prispevek predstavlja rezultate kvalitativne evalvacije programa OMRA, katerega cilj je opismenjevanje o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmati, povezanih z duševnim zdravjem. Na osnovi 14 pogovorov z udeleženci in udeleženkami delavnic, izvedenih med letoma 2023 in 2024, prispevek poudarja, kako so delavnice pomembno prispevale k razumevanju kompleksnosti duševnih težav tako pri sebi kot pri drugih.

Udeleženci in udeleženke so izrazili, da so pridobili realnejšo predstavo o dolgotrajnosti in zahtevnosti procesa okrevanja in so s tem okrepili svojo potrpežljivost in empatijo, kar se odraža tako v osebnem življenju kot v strokovnem delu. Poleg tega je bila pomembna tudi praktična uporabnost delavnic, saj so izpostavili vrednost konkretnih primerov in možnosti razprave, ki so jim omogočile lažje razumevanje in uporabo pridobljenega znanja v vsakodnevnih situacijah.

Sogovorniki in sogovornice so posebej cenili tudi medsektorsko sodelovanje in izmenjavo izkušenj med različnimi strokovnjaki in strokovnjakinjami in osebam z izkušnjami težav v duševnem zdravju. Zdi se, da so izobraževanja o duševnem zdravju ključna za izboljšanje empatije in kakovosti pomoči, kar potrjujeta tudi raziskavi Corrigan in sodelavcev (2014) in Thornicrofta in sodelavcev (2016), ki navajata, da ozaveščanje in izobraževanje pomembno zmanjšujeta stigmo in izboljšujeta odnose do oseb z duševnimi težavami, prav tako pa so programi za zmanjševanje stigme nujni za boljše vključevanje oseb z duševnimi težavami

v družbo in izboljšanje njihovega dostopa do pomoči. Hkrati so bili podani tudi predlogi za izboljšave, kot so prilagoditev vsebin glede na različne ranljivosti udeležencev in udeleženk, večji poudarek na specifičnih motnjah in razdelitev delavnic na več delov zaradi intenzivnosti.

Pri interpretaciji rezultatov kvalitativne evalvacije delavnic OMRA je vendarle treba izpostaviti nekatere omejitve raziskave. Pristranost vzorca je posledica dejstva, da so bili k pogovoru povabljeni tisti udeleženci in udeleženke, ki so na delavnicah izrazili pripravljenost sodelovati v kasnejši oceni programa. Slabo odzivnost udeležencev in udeleženk na naše povabilo k sodelovanju lahko pripišemo zlasti časovnemu odmiku od izvedbe delavnice in pogovora, saj nam jih je kar nekaj povedalo, da se večine stvari ne spomnijo več, zato bi raje sodelovali v pogovoru prej. V prihodnje bi bilo zato nedvomno smiselno dolgoročneje oblike evalvacije nadgraditi s pogovori, ki bi bili izvedeni v nekaj mesecih po izvedbi delavnice. Kot so nadalje izpostavili nekateri sogovorniki in sogovornice, je težko oceniti, katere učinke spremenjenega delovanja in odnosa do oseb s težavami je mogoče pripisati programu OMRA, katere pa drugim oblikam informiranja in izobraževanja. Ni pretirana ocena, da se tudi izvajalci in izvajalke programa OMRA soočamo z nekaterimi dilemami tovrstnih programov opismenjevanja na področju duševnega zdravja, kot so vprašanje trajnosti učinkov, potreba po vključevanju ranljivih skupin in skrb za uravnoteženost med medicinskimi in družbenimi razlagami težav v duševnem zdravju. Gotovo je, da bo za doseganje tovrstnih ambicij potrebnega še več interdisciplinarnega sodelovanja in nenehno nadgrajevanje vsebin z upoštevanjem kulturnih značilnosti in širšega družbenega konteksta, da bi dosegli tako večje individualno opolnomočenje kot tudi širše družbene spremembe. Pri tem se zdi ključno spoštovati raznolikost perspektiv na področju duševnega zdravja in graditi intervencije, ki ne temeljijo le na prenosu informacij in znanj, ampak tudi na krepitvi socialnih mrež in ustvarjanju okolja, ki spodbuja okrevanje in zmanjšuje stigmatizacijo.

Zahvala

Prispevek je nastal v okviru nacionalnega raziskovalnega programa Raziskave o duševnih stiskah in dobrem počutju (P5-0115-23), ki ga sofinancira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS (ARIS), in programa OMRA, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje RS.

Literatura

- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2014; 65(10): 1212–1221.
- Cukut Krilić S. Sporočila udeležencev in udeleženk delavnic o motnjah razpoloženja, osebnostnih motnjah in stigmati. V: Šprah L, ur. *Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme*. Ljubljana: Založba ZRC; 2022:159–172.
- Dernovšček Hafner N. Zakaj bi prijateljem priporočila udeležbo na delavnici OMRA: Evalvacija učinkov delavnic OMRA na pismenost o motnjah razpoloženja. V: Dernovšček Hafner N, Šprah L, ur. *Duševno zdravje odraslih v Sloveniji: razumevanje potreb, odzivov in sprememb*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2025: 29–41.
- Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviors: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 2014; 26(4): 467–475.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997; 166(4): 182–186.
- Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist.* 2012; 67(3): 231–243.
- Kisely S. No mental health without oral health. *Can J Psychiatry.* 2016; 61(5): 277–282.
- Knežević Hočevar D. Kako se je program OMRA dotaknil udeleženk in udeležencev delavnice? V: Šprah L, ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019a: 139–150.
- Knežević Hočevar D. Kvalitativna evalvacija pismenosti o duševnem zdravju in obvladovanju motenj razpoloženja: poročilo o učinkih delavnic OMRA. Ljubljana: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut; 2019b. (interno poročilo)
- Knežević Hočevar D. Ko je ogroženo najdragocenejše: stigma nekoliko drugače. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva.* 2020; 60(2): 5–15.
- Lam AYK, Jorm AF. Mental health first aid training for the Chinese community in Melbourne, Australia: effects on knowledge about and attitudes toward people with mental illness. *Int J Ment Health Syst.* 2010; 9(4): 18.
- Manzoni D. Čustveni vrtiljak odnosov: Prepoznamo osebnostne motnje med nami: Evalvacija učinka psihoedukativnih delavnic na razumevanje osebnostnih motenj. V: Dernovšček Hafner N, Šprah L, ur. *Duševno zdravje odraslih v Sloveniji: razumevanje potreb, odzivov in sprememb*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2025: 73–84.
- Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int.* 1998; 13(4): 349–364.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3): 259–267.
- Šprah L. Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa. V: Šprah L, ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019a: 51–73.
- Šprah L. Evalvacija učinkov programa opismenjevanja o motnjah razpoloženja na raven razumevanja značilnosti in posledic anksioznosti, depresije in bipolarnih motenj razpoloženja. V: Šprah L, ur. *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU; 2019b: 91–112.

- Šprah L. Evalvacija učinkov spletnih delavnic Stres povzroča stiske, okrepimo svoje moči! na raven pismenosti o motnjah razpoloženja. V: Šprah L, ur. Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme. Ljubljana: Založba ZRC; 2022a: 113–121.
- Šprah L. Povezanost stereotipov, predsodkov in diskriminatornega vedenja z izbranimi sociodemografskimi spremenljivkami v skupini udeležencev in udeleženk delavnic OMRA. V: Šprah L, ur. Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme. Ljubljana: Založba ZRC; 2022b: 139–157.
- Šprah L. Vpliv psihoedukacijskih delavnic Čustveni vrtiljak odnosov: prepoznamo osebnotne motnje med nami na raven pismenosti o osebnostnih motnjah. V: Šprah L, ur. Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme. Ljubljana: Založba ZRC; 2022c: 97–111.
- Šprah L. Iskanje strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju: Vloga izbranih sociodemografskih dejavnikov pri vedenjski nameri skupine udeleženk in udeležencev delavnic OMRA. V: Dernovšček Hafner N, Šprah L, ur. Duševno zdravje odraslih v Sloveniji: razumevanje potreb, odzivov in sprememb. Ljubljana. Založba ZRC, ZRC SAZU; 2025: 43-71.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016; 387(10023): 1123–1132.
- World Health Organization. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: WHO; 2013.

VPLIV PANDEMIJE COVIDA-19 NA DUŠEVNO ZDRAVJE MLADIH ODRASLIH V POMURJU IN LJUBLJANI

Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health
of Young Adults in Pomurje and Ljubljana

Tisa Kučan Lah

POVZETEK

Prispevek obravnava vpliv pandemije covid-19 na duševno zdravje mladih odraslih v Pomurju in Ljubljani. Osredotoča se na duševne stiske, ki jih je v okviru terenske raziskave izrazilo 24 sogovornikov. Te stiske so povezane tako s strahom pred okužbo kot z vplivom zaježitvenih ukrepov na vsakdanje življenje in duševno počutje. Prispevek ne omejuje razumevanja duševnih stisk zgolj na uradno diagnosticirane stiske, temveč vključuje vse oblike stisk, kot so jih doživljali in opisovali sogovorniki. Poleg opisov stisk so predstavljeni tudi različni načini iskanja pomoči, od samopomoči in opore v krogu družine in prijateljev do primerov iskanja strokovne pomoči. Ugotovitve iz terenskega dela so podprte z ustrezno strokovno literaturo.

Ključne besede: duševno zdravje, pandemija, covid-19, ukrepi za zaježitev okužbe, mladi odrasli

ABSTRACT

The article deals with the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of young adults in Pomurje and Ljubljana. It focuses on the psychological distress expressed by 24 interviewees in a field study. The distress is related to both the fear of infection and the impact of containment measures on the mental

Avtorica: Tisa Kučan Lah

Znanstveni in strokovni naziv: asistentka na področju socialne in kulturne antropologije
Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: tisa.kucan-lah@zrc-sazu.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0000-8353-5278>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_06, CC BY-SA

health of young adults. The article does not limit the understanding of mental distress to official diagnoses, but includes all forms of distress experienced and described by the interviewees themselves. In addition to the descriptions of suffering, various ways of seeking help are also presented, from self-help and support from family and friends to examples of seeking professional help. The results of the field research are supported by relevant specialised literature.

Keywords: mental health, pandemic, covid-19, containment measures, young adults

1 UVOD

Pet let po pandemiji je jasno, da je ta posegla v prav vse koticke naših vsakdanjih življenj in jih mestoma trajno spremenila. Ob fizičnem zdravju je vplivala tudi na duševno zdravje, kjer je zaradi skrbi za zdravje in omejevalnih ukrepov prinašala nove stiske in poglobljala stare. Mladi so predvsem zaradi posledic ukrepov za preprečevanje okužbe postali eden izmed ranljivejših delov družbe. Študija, ki jo je v 26 državah opravil McKinsley Health Institut, je denimo pokazala, da je med pandemijo covida-19 eden od štirih predstavnikov generacije Z (rojeni med 1997 in 2001) poročal o poslabšanju lastnega duševnega zdravja, med baby boomerji (rojeni med 1946 in 1964) pa je bil tak eden od sedmih (Coe in sod., 2023). Ker imajo duševne stiske mladih vpliv na njihovo celotno nadaljnje življenje, jih je še posebej pomembno naslavljanje.

Posledice vpliva pandemije covida-19 na duševno zdravje so zaradi svoje pojavnosti na terenu postale eden izmed predmetov zanimanja raziskave COVID-19: Ocena ranljivosti in vključevanje skupnosti, ki je potekala med letoma 2020 in 2022. Mednarodno raziskavo je vodil medicinsko-antropološki konzorcij Sonar-Global in je hkrati potekala v petih evropskih državah, in sicer poleg Slovenije še v Nemčiji, Italiji, Franciji in na Malti. V Sloveniji je bila vodja raziskave dr. Uršula Lipovec Čebren iz Oddelka za etnologijo in kulturno antropologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani. Kot partner raziskave je sodeloval Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Med dvoletno raziskavo je vseh pet sodelujočih držav stremelo k trem ciljem: opredelitev lokalnih dejavnikov, ki vplivajo na ranljivosti v zdravju, razvoj lokalne opredelitve ranljivosti in odpornosti

Kratka predstavitev avtorice

Tisa Kučan Lah je diplomirala iz etnologije in kulturne antropologije in magistrirala iz kulturne in socialne antropologije. Kot raziskovalka je zaposlena na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU. V svojih raziskavah se osredotoča na stiske v duševnem zdravju, ki jih doživljajo mladi odrasli.

in zagotovitev priporočil, ki temeljijo na lokalnih spoznanjih in predlagajo lokalno smiselne ukrepe in intervencije (Volkman in sod., 2022: 4). Za potrebe doseganja ciljev so raziskovalci vseh petih držav izvedli terenske raziskave. V Sloveniji so te potekale med februarjem in julijem 2021 v dveh raziskovalnih okoljih, Ljubljani in Pomurju. Časovna umestitev terenskega dela je pomembno vplivala na rezultate raziskave. Zaradi poznejše izvedbe intervjujev smo bili prikrajšani za prvotne vtise o doživljanju pandemije, hkrati pa so nam sogovorniki lahko ponudili refleksijo obeh tako imenovanih valov pandemije.¹ Med terenskim delom raziskave je bilo v Sloveniji izvedenih 214 intervjujev, v tem prispevku² pa se omejujem na 65 intervjujev z mladimi odraslimi.

V raziskavo o vplivu pandemije na duševno zdravje mladih odraslih sem vključila sogovornike, stare med 18 in 30 let, s povprečno starostjo 23 let. Po strogi definiciji mladih odraslih je takšen starostni razpon morda presenetljiv. Mladi odrasli naj bi bili v najstniških in zgodnjih 20. letih, vendar je, kot piše psihologinja Mirjana Ule (2008: 53), mladost obdobje med otroštvom in odraslostjo dolga, časovno nedoločena doba ekonomske odvisnosti in podrejenega položaja v družbi. Kot nakazujejo trendi zadnjih desetletij, mladi do 30. leta pogosto ne dosegajo standardov odraslosti, kot je recimo redna zaposlitev in finančna neodvisnost. Tako so bili naši sogovorniki pogosto po 25. letu še vpeti v izobraževalne procese, živeli pri starših, bili od njih finančno odvisni in niso bili redno zaposleni. V analizo sem zajela 41 mladih odraslih, ki se identificirajo kot ženske, in 24, ki se identificirajo kot moški. Od tega jih 36 prihaja iz Ljubljane in 29 iz Pomurja.

Ljubljana in Pomurje sta bila izbrana kot raziskovalni okolji, saj nas je zanimala razlika med urbanim in ruralnim okoljem. O tem, kakšne so bile razlike med Ljubljano in Pomurjem med pandemijo, so na konferenci Javno zdravje in COVID-19 povzele raziskovalke Uršula Lipovec Čebren, Ivanka Huber in Anja Brunec. Med razlikami so izpostavile npr. dejstvo, da je priporočilo »ostanimo doma« osvetlilo številne stanovanjske stiske, predvsem v Ljubljani, kjer več ljudi živi v manjših in neprimernih prostorih. V Pomurju ima več ljudi lastne zunanje površine, kot so balkoni, terase in vrti, kar jim je nudilo neomejen dostop do

-
1. Če se spomnimo poteka pandemije, lahko le-to razdelimo na t. i. prvi val (marec–maj 2020), drugi val (oktober 2020–marec 2021) in krajše aprilsko zaprtje (1.–12. april 2021). Naše terensko delo je potekalo po drugem valu pandemije in v času krajšega aprilskega zaprtja. V veljavi so bili še nekateri zaščitni ukrepi, npr. nošenje mask, držanje varnostne razdalje, javni prostori so se še le začeli odpirati, restavracije in kavarne so delovale le na terasah. Mladi v Sloveniji po večini takrat še niso bili upravičeni do cepiva in PCT-pogoji še niso stopili v veljavo.
 2. Prispevek je razširitev prispevka Vpliv pandemije covid-19 na duševno zdravje mladih odraslih, napisanega za zbornik Kovidna krajina. V zborniku so predstavljene tudi druge raziskave v sklopu projekta COVID-19: Ocena ranljivosti in vključevanje skupnosti.

svežega zraka. Obe okolji imata kar nekaj javnih zelenih površin, vendar so v Ljubljani te bolj omejene in zato pogosto tudi bolj natrpane (Lipovec Čebron in sod., 2021: 57). Pomurje pa je bilo zaradi svoje geografske oddaljenosti in nedelujočega javnega prevoza še bolj odrezano od preostalega dela države.

V nadaljevanju so predstavljene duševne stiske, ki so jih izpostavljali sogovorniki, in navedeni načini spopadanja z njimi, ki so jih omenjali. Pod pojmom duševne stiske razumem vse stiske, ki so jih kot take izpostavljali sogovorniki, pri čemer ni nujno, da imajo postavljeno medicinsko diagnozo. Izražene stiske lahko razumemo pod izrazom družbeno trpljenje (angl. social suffering), ki so ga skovali Arthur Kleinman, Veena Das in Margaret Lock, z njim pa so želeli poudariti, da se družbeno življenje povsod po svetu doživlja kot bolečina in trpljenje (Kleinman, 2023: 182). Kot razloge za trpljenje navajajo razne krize, med njimi tudi pandemijo covida-19.

O duševnih stiskah je govorilo le 24 sogovornikov, od skupno 65, kar nas opominja, da se z duševnimi stiskami niso spopadali popolnoma vsi mladi odrasli. Še več, nekateri so celo poročali o izboljšanju duševnega zdravja med pandemijo, ker so recimo imeli več časa, da se poglobijo v dejavnosti, v katere so se želeli (LJ-NV-R23).³ Stiske, ki so predstavljene, so za potrebe analize razdeljene na dve področji: vpliv strahu pred okužbo na duševno zdravje mladih odraslih in vpliv ukrepov za obvladovanje širjenja okužbe na duševno zdravje mladih odraslih. Seveda delitev na kategorije ni bila vedno povsem jasna. Nekateri sogovorniki so svoje stiske povezovali zgolj s tem, da se je med pandemijo duševno zdravje na sploh poslabšalo vsem (LJ-NV-R42).

2 PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE

2.1 Strah pred okužbo

Prva skupina stisk so torej stiske, povezane s strahom pred okužbo.

R: Kaj pa covid, te zelo skrbi? S: Pa dobro, nekako me skrbi. [...] Pač ne skrbi me za sebe, zato ker vem, da sama upoštevam, pač kar drugi od nas pričakujejo. Pač sama za sebe, pa tudi za ljudi okoli mene. Samo tak malo me skrbi za družbo na splošno. Tudi za ekonomsko stanje pa zdravstveno stanje naše države. [...] To me bolj skrbi. (MS-TKL-R07)

Zanimivo je, da naši sogovorniki niso navajali strahu pred tem, da bi se okužili sami. Študije namreč kažejo, da so mladi bolj kot starejši nagnjeni k anksioznosti,

3. Navedbe sogovornikov so predstavljene skozi kode, ki sogovornike anonimizirajo. Ohranjeni sta lokacija (MS/LJ) in začetnica imena raziskovalcev.

povezani z zdravjem, ki naj bi jo pandemija le še poglobila (Haig-Ferguson in sod., 2021). Do poglobljanja anksioznosti, povezane z zdravjem, naj bi prišlo predvsem zaradi načinov poročanja, ki so bili osredotočeni na negativne podatke o številu okužb in smrti, in ne na pozitivne, npr. na število tistih, ki so po bolezni okrevali (Haig-Ferguson in sod., 2021: 131). Pogosteje omenjen je bil strah pred tem, da bi se okužili njihovi svojci, predvsem starejši in že bolni.

Na nek način, babice pa dedki dejansko bolj kot pa kdo drug, da bi njim dal [da bi se od njega nalezli covid-19], da bi se mogoče se njim zakompliciralo, če je tista blaga oblika, je v redu, samo če se pa zakomplicira, pa ni tako fajn, no. (MS-TKL-R20)

T. i. »alturistični strah« med pandemijo potrjujejo tudi druge študije, npr. spletna raziskava, izvedena v Združenih državah Amerike, ki je pokazala, da približno 6 od 10 anketirancev pogosto ali zelo pogosto skrbi za družinske člane, starejše osebe, ki jih poznajo, zdravnike in medicinske sestre. Ta strah je najpogosteje vezan na osebe v ožjem krogu anketiranca in z oddaljenostjo odnosov pada (Sloan in sod., 2021: 377). Strah pred okužbami svojcev je med našimi sogovorniki pogosto povezan tudi s strahom pred tem, da bi bili sami prenašalci okužbe.

Ampak že ta ideja, da ti lahko neseš virus, ki lahko nekoga ubije, pa da se tega sploh ne zavedaš, že ta ideja, da lahko kdorkoli umre in da je lahko kdorkoli okužen, pa da tega ne rabiš vedeti, je nekako močna kot ideja. (LJ-NV-R38)

Ta strah je bil med našimi sogovorniki precej pogost, zato je zanimivo, da o njem nisem našla prav veliko drugih študij. Omenjen in povezan je zgolj s študijami o povezavi med bivanjem z ljudmi, ki jih vidijo kot posebej ranljive, in upoštevanjem omejevalnih ukrepov. V Sloveniji je tako 13. in 14. marca 2020 NIJZ izvedel 24-urno spletno raziskavo, ki je pokazala, da preventivne ukrepe resneje jemljejo ženske in respondenti, ki živijo s starejšimi od 65 let (z otroki ali brez njih), medtem ko stopnja izobrazbe ali zaposlenost v zdravstvenem sektorju nista imela vpliva na resnost upoštevanja ukrepov (Kregar Velikonja in sod., 2021: 20).

2.2 Vplivi zaježitvenih ukrepov

Upoštevanje zaježitvenih ukrepov je pri številnih sogovornikih v raziskavi prineslo svojevrstne stiske, opisane v nadaljevanju. V prvem delu so nanizani ukrepi, s katerimi so sogovorniki največkrat izražali nestrinjanje in težave, v drugem delu pa so predstavljene specifične stiske, ki so jih s tem povezovali. Ukrepi, o katerih smo se pogovarjali, so nošenje mask, držanje fizične razdalje z drugimi ljudmi, zračenje zaprtih prostorov, prepoved druženja, zaprtje občinskih, regionalnih in

državnih mej, zaprtje »nenujnih« dejavnosti in šolanje na daljavo. Zaradi časovne umeščenosti terenskega dela o cepljenju in pogojih PCT še ni bilo veliko govora. Sogovorniki so kot najbolj negativne videli ukrepe, povezane z omejevanjem druženja in gibanja.

Policijska ura je brez zveze, prehajanje med občinami je brez zveze, tisti, ki misli iti, bo šel. Pa brez zveze je, da so za nas ukrepi, za tiste, ki pa imajo malo več denarja, pa malo tako, tisti pa nimajo ukrepov. Lahko grejo preko meje, lahko grejo tja, lahko gre kamor hoče, ne. Mene bodo pa terali, če bom želela iti v [Mursko] Soboto k staršem. Niso se dobro lotili teh ukrepov. Pa prepozno. Ker so, prvi val so vedli, kdaj je v Italiji, bi takrat že mogli vse zapreti. Tako kot so Madžari zaprli. (MS-TKL-R01 2021)

Ukrepi, ki omejujejo gibanje, so kot najbolj negativni videni tudi v drugih študijah, npr. spletni anketi, ki jo je izpeljal Mladinski svet Slovenije. Tam se kot najbolj negativen ukrep kaže prepoved gibanja med občinami (Baumkirher, 2020: 9). Ker so mladi največ težav videli v ukrepih za omejevanje druženja in gibanja, so to postali tudi ukrepi, ki so jih največkrat kršili.

Pa nisem mogla videti prijateljevi, ker so bli v drugih občinah kot jaz. Veš, kako je to bad, ne. [...] Al pa vsaj to, da ne bi bilo teh omejitev med občinami, veš. Vsaj to. Ker enkrat sem se prešvercala, za rojstni den, ne. Če pa sem mogla iti na rojstni dan. Če smo se pa tak že mesec dni nej vidli, te pa sem morala iti. (MS-TKL-R02)

Med najpogostejšimi kršitvami tako sogovorniki omenjajo prečkanje občinskih in regionalnih mej, druženje z ljudmi, ki niso iz njihovega gospodinjstva, pa tudi obiskovanje na črno odprtih lokalov. Tovrstne kršitve so bile verjetno nekoliko lažje v Pomurju, ker je zaradi manjšega števila prebivalcev in večje medsoseseke povezanosti bilo manj nadzora kot v večjih mestih, kot je Ljubljana. Omejevanje druženja je pri mladih še posebej kritično, saj so socialni stiki ključni za njihov psihosocialni razvoj; mladi so tako med pandemijo pogosto poročali o občutkih osamljenosti.

Ljudje smo družabna bitja. In rabimo energijo od drugega. Samo tega ne dobiš preko stika z ekrana. Ja, saj je fajn se poslušat nekaj časa, samo konec koncev smo telesni ljudje in rabimo se dotaknit, rabimo probat, rabimo videti, rabimo objet, rabimo slišat energijo, videti barvo. (LJ-VG-R01)

Tudi druge raziskave, recimo tista, ki jo je med mladinskimi centri izvajala mreža MaMa, kažejo na povezavo med prepovedjo druženja in omenjajo občutke osamljenosti (Mreža MaMa, 2021). Osamljenost se je kot velika težava izkazovala že pred pandemijo. To se lahko vsaj delno pripisuje nekaterim značilnostim

mlajše generacije, kot je več časa, preživetega pred ekranom, zmanjšane udeležbe v skupnostnih dejavnostih in povečane priljubljenosti samskega življenja. Poleg tega se mladi pogosteje borijo s svojo osebno identiteto, kar lahko poveča občutek osamljenosti (Omra.si, 2024). Zanimivo je omeniti tudi, da se je med pandemijo osamljenost povečala v vseh starostnih skupinah, ker pa je bil nivo osamljenosti med pripadniki mlajše generacije visok že pred pandemijo, je statistično gledano pri njih razlika v osamljenosti pred pandemijo in po njej najmanjša (Khan in Kadoya, 2021: 10). Zaradi želje po druženju se je pri mladih med pandemijo še dodatno povečala raba tehnologije in družbenih omrežij. Takšno ohranjanje stikov je sicer imelo nekaj pozitivnih lastnosti, pa vendar ni moglo v celoti nadomestiti stikov v živo.

Ukrep, s katerim so mladi izražali nestrinjanje, je bilo tudi nošenje mask.

R: Pa če bi rekel pač, zakaj se v zadnjem času nisi počutil dobro? S: Pa zaradi te karantene pa vse to. Pa s temi maskami, zdaj obvezno je, da jih nosimo, ampak malo [premor], nisem, nisem se tako navadil po enem letu. [...] Bolj slabe volje sem bil. (MS-TKL-R12)

Jaz sem neki poslušal, da je maska še bolj škodljiva, če ti jo cel dan nosiš. Kao izdihavaš tisti ne vem ker kisik, pa ga nazaj not vdihavaš. Da je to katastrofa živa. Zato jaz dam masko, če mi res tisti v trgovini reče, daj masko gor. Po tem res dam. Če mi ne reče nič, je ne dam gor. (LJ-NV-R41)

Maske so postale vizualni simbol pandemije. Nekateri so z njimi imeli težave zaradi skrbi, da maske negativno vplivajo na njihovo zdravje, drugi pa zato, ker so maske za njih postale simbol represije. Njihova pomembna vloga se kaže tudi v visoki pojavnosti memov na temo nošenja mask, ki jo je v svoji raziskavi izpostavila etnologinja Mirjam Mencej (2022). Represivno dožemanje mask je v veliki meri povezano z nestrinjanjem in nezaupanjem takratni desno usmerjeni vladi.

Ukrepi za zaježitev druženja in gibanja in nošenje mask so bili med našimi sogovorniki najpogosteje izpostavljeni kot negativni.

Kot je že bilo omenjeno, so ukrepi za prepoved druženja povzročili osamljenost in povečano rabo družbenih omrežij. 19-letna sogovornica iz Pomurja je s povečano rabo družbenih omrežij povezovala tudi lastne občutke stiske, ki izhajajo iz primerjanja z ljudmi na socialnih omrežjih (MS-TKL-R17). Druga sogovornica iz Pomurja v primerjanju z drugimi, predvsem na omrežju TikTok, vidi vir sestrine anoreksije.

Vem pa, da bom zdaj grdo povedala, zna TikTok, predvsem TikTok biti zelo nevaren, zelo toksičen. Ker sem videla vsebine in mi je [...] ven metalo takšne stvari, ne vem What I eat in a day [Kaj pojem v dnevu] video in je

ženska pojedla, ne vem, ne hecam se, eno mandarino, pa eno ploščico, beljakovinsko, pa mogoče, ne vem, pol solate, pa še to brez dressinga [preliva], ker pri njih je pač preveč kaloričen [...] Tako da mislin, da ima to izjemen vpliv. (MS-AK-R38)

Med pandemijo covid-19 je bila anoreksija na splošno v porastu, zlasti zaradi sprememb, kot so zmanjšani socialni stiki, samoizolacija, sprememba v dostopu do hrane, sprememba v vsakodnevnih navadah, sprememba v dosegljivosti strokovnjakov uradne medicine in povečana raba družbenih omrežij (Dumitrașcu in sod., 2021, v Kučan Lah 2024: 124). Porast anoreksije so zaznavali tudi strokovnjaki v Sloveniji. Psihiatrinja Hojka Gregorčič Kumpreščak je na primer za RTV SLO komentirala, da je med pandemijo zaznati porast družinskih stisk, preprirov in disfunkcionalnosti, kot tudi porast motenj hranjenja, še posebej anoreksije (L. Š., 2021). Ob porastu motenj hranjenja omenja še poslabšanje medsebojnih odnosov. Tudi nekateri sogovorniki v naši raziskavi so svoje stiske povezovali z bivanjem z drugimi ljudmi in povečano količino časa, ki so ga preživljali skupaj, in z bivanjem v premajhnih prostorih.

S: Ne vem, ni toliko, da razmišljam, ampak mislim, da sem se sam spremenil v smislu, da se hitreje razburim za brezvezne stvari. To se na primer pozna v zvezi, če sem bil prej ful potrpežljiv, sem zdaj malo manj, in se dostikrat zgodi, da se za brezvezno skregava, ker sem pač živčen. R: A punca je velika doma? S: Ne, hvala bogu dela, tako da je njej kul. Nimam tega potrpljenja več, da bi poslušal, in to, ker ona [partnerka] ima svoje v službi, jaz pa nič, ker sem samo doma in sem tako ... Nimam tega potrpljenja več. Mislim, ne, da ga nimam več, ga je pa manj, ziher. (LJ-NV-R18)

Ob poslabšanju družinskih in partnerskih odnosov so težave z bivanjem izražali tudi sogovorniki, ki so živeli v večjih skupnostih, npr. študentskih domovih.

Ker človek nima osebne miru, nima osebne prostora, človek ne more niti spat, ker si drugi jemljejo pravico, da ti kradejo osnovno biološko dobrino [spanje], s tem da se delajo huligane. Tako da človek zna znoret. (LJ-VG-R01)

Študentje, ki so pred in med pandemijo bivali v študentskih domovih, so se znašli v posebni situaciji. Bili so namreč edini, ki niso smeli bivati na naslovu začasnega prebivališča. Študentje, ki so se bili prisiljeni vrniti domov, so svoje stiske pogosto povezovali z vrnitvijo domov, kjer so ponovno prevzeli vlogo otroka (Vec in Gruden, 2022: 107).

Ena pomembnejših tem med pandemijo je postalo tudi šolanje na daljavo. O tem sem se pogovarjala predvsem z 18-letno dijakinjo iz Pomurja. Ta se je

znašla v stiski, ker njeni profesorji zaradi starosti in slabe digitalne pismenosti niso želeli izvajati nekaterih maturitetnih predmetov. Dijakinjo je skrbelo, da tako ob vpisu na univerzo ne bo konkurenčna dijakom iz drugih šol, kjer je pouk morda potekal bolj redno. Zaradi tega je do šolanja razvila določen nivo apatije. Tudi sicer je šolanje negativno vplivalo na čas, ki ga učenci, dijaki in študenti namenijo učenju, povečal se je stres in znižala motivacija za učenje (Di Pietro in sod., 2020, Pedagoški inštitut 2020 in Lobe in sod., 2021, v Gregorčič in Kajzer, 2021: 37). Zanimivo je opomniti še, da so bile šole v Sloveniji zaprte povprečno 23 tednov, kar je pomenilo eno najdaljših zaprtij šol v Evropi (Error in sod., 2021).

3 ISKANJE POMOČI

Mladi sogovorniki so se različno spopadali s stiskami, ki so jih doživljali med pandemijo. V nadaljevanju so opredeljene vse oblike pomoči, ki so jih omenjali, ne le iskanje uradne medicinske pomoči. S svojimi stiskami pa se nekateri sogovorniki niso želeli soočiti ali so tega raje lotili sami. Za to najpogosteje niso navedli nobenega vzroka.

R: Si se s kom pogovoril slučajno o tem stanju? S: Ne. R: Tako da ne bi rekel, da si dobil kakšne posebej koristne nasvete ali pa kaj? S: Ne, pač, mislim, probam sam nekako s tem. (MS-TKL-R20)

Mladi sicer pogosto za svoje stiske ne poiščejo pomoči. Večkrat je to povezano s stigmo, ki jo čutijo do duševnih stisk. Raziskovalci večkrat poudarjajo, da bi mladi pogosteje poiskali pomoč, če bi se stigma zmanjšala in bi različne načine pomoči videli kot načine za vzdrževanje duševnega zdravja in ne le »zdravljenje« stisk (Martínez-Hernáez, 2014: 10). Nekateri sogovorniki na duševno zdravje že gledajo kot na nekaj, kar je treba vzdrževati, in v te namene uporabljajo različne prakse, npr. gibanje, preživljanje časa v naravi, urejanje osebnega življenjskega prostora ipd. Posebej zanimiv način vzdrževanja duševnega zdravja je poslušanje podkastov.

Ko pride do tega, da imam vsega skupaj preveč, da se takrat znam umakniti in znam povedati, kaj me moti in sem hkrati direktna ter rečem, da potrebujem mir. Se znam postaviti zase in gledam na to, da niso drugi center mojega življenja, ampak da sem jaz. Zaradi covida pazim, s kom sem v stiku, pazim, da sem fizično dovolj aktivna, pazim na prehrano in hrano za mojo dušo, moje psihično zdravje, res gledam, da, kolikor se le da, začnem dan z neko pozitivno mislijo, poslušam podkaste in različne govore ter debate, da se naučim kaj novega. To so zadeve, ki meni osebno pomagajo zelo. (LJ-JG-R01)

Raziskava na Irskem je pokazala, da so podkasti dober način reduciranja stigme in dvigovanja občutkov povezanosti z drugimi, ki izkušajo podobne stiske. Še posebej naj bi bili ti učinkoviti, ko govorci svoje izkušnje predstavijo na način, ki vlija občutke hvaležnosti, miru in upanja (Ó Caoilte, 2024). Podkasti so ob tem večinoma tudi brezplačni in enostavno dostopni. Ob podkastih so sogovorniki izpostavljali tudi pomen gibanja in preživljanja časa v naravi za vzdrževanje duševnega zdravja (LJ-JK-R03 in LJ-VBC-R03). Obe praksi vzdrževanja duševnega zdravja priporočajo tudi strokovnjaki in sta podkrepljeni s številnimi raziskavami. Pri vzdrževanju duševnega zdravja s pomočjo preživljanja časa v naravi nastopi ena izmed redkih razlik, ki sem jih opazila med Pomurjem in Ljubljano. Dostop do zelenih površin je bil v Pomurju namreč nekoliko lažji, prav tako pa so bile te manj natrpane z drugimi ljudmi.

Sogovorniki so večkrat poročali tudi, da svoje stiske največkrat zaupajo svoji družini in prijateljem.

Najbolj zaupam moji starejši sestri. Ona mi je velikokrat pomagala, ko sem bil majhen, pa zdaj. Še posebej, ona me [premor]. Jaz ne tako govorim vsakemu, kako sem mentalno dol al pa to, ker me je strah. Ona pa vidi, pa pride do mene, pa se pogovoriva samo midva, pa ja, zelo ji zaupam vse. (MS-TKL-R12)

Družina in prijatelji pogosto nudijo razumevajoče okolje, hkrati pa so pogosto v življenju posameznika prisotni že pred začetkom stiske, ki jo doživlja. To posameznika opominja na njegovo življenje pred tisko in pomaga, da tiska ne prevzame njegovega celotnega življenja (Topor in sod., 2006: 22). Pogovor z družino in prijatelji je že sam po sebi način iskanja pomoči. Hkrati pa je to pogosto tudi prvi korak pri iskanju pomoči strokovnjakov.

Nekateri sogovorniki pa so si za svoje stiske želeli strokovne pomoči. Strokovna pomoč je bila v Sloveniji težko dostopna že pred pandemijo. Leta 2015 je bilo v Sloveniji zaposlenih 15 psihologov na 100.000 prebivalcev, medtem ko se v zahodnoevropskih državah številke gibljejo med 100 in 150 psihologov na 100.000 prebivalcev. Med pandemijo pa je bil dostop do strokovnjakov še posebej otežen, duševno zdravje je trpelo na račun fizičnega tudi zaradi preusmerjanja zdravstvenih delavcev na covidne oddelke. Dostop do strokovne pomoči je bil težak tako v Ljubljani kot v Pomurju, v Pomurju pa je dodatno oviro predstavljala tudi geografska oddaljenost. Sogovornica, ki ima sestro z anoreksijo, je denimo izpostavila, da bi morali sestro za njene težave peljati v Maribor, vendar so se bali prestopati občinske oz. regionalne meje (MS-AK-R38). Njihov razlog za prestopanje mej bi bil sicer več kot zadosten, vseeno pa je zanje to pomenilo oviro, ki jih je ustavila pri iskanju pomoči. Tudi dežurna služba

otroške in mladinske psihiatrije v Murski Soboti zunaj delovnega časa deluje zgolj v Ljubljani. Ob zaprtju občinskih in regionalnih mej je pri tem dodatno oviro lahko predstavljal tudi prevoz, saj javni potniški promet ni obratoval.

4 ZAKLJUČEK

Tako v Ljubljani kot v Pomurju so se torej mladi odrasli soočali s precej podobnimi stiskami. Te so izhajale iz strahu pred okužbo, predvsem okužbo bližnjih, ali iz posledic, ki so jih povzročili zaježitveni ukrepi. Kot še posebej problematični so se izkazali ukrepi, ki so omejevali gibanje in druženje. S svojimi stiskami so se mladi soočali na različne načine. Velikokrat so pri tem izbrali možnost samopomoči. Samopomoč lahko razumemo tudi v okviru neoliberalnega sistema, v katerem zdravstveni sistem odgovornost prenaša na posameznika, njegovo družino in prijatelje (Alftberg in Hansson, 2012: 417). Eden od škodljivih učinkov prelaganja odgovornosti na ramena posameznikov je, da ljudje zunanje vzroke težav vidijo kot svojo krivdo in doživljajo sistemske težave kot osebne napake (Beck 2001, v Zorn, 2010: 42). Sogovorniki, ki so svoje stiske želeli reševati v okviru javnega zdravstvenega sistema, pa so se pri tem soočali s svojevrstnimi težavami, vezanimi predvsem na nedostopnost pomoči.

Spopadanje s krizo je težko za vse generacije, mladi odrasli pa so še posebej ranljivi za posledice, ki jih te pustijo na duševnem zdravju, in za njihove dolgotrajne vplive. Pandemija covid-19 ni bila prva kriza, s katero se je naša družba soočila, in z veliko verjetnostjo tudi ne zadnja, zato je bistvenega pomena, da prepoznamo in premislimo vplive tovrstnih kriz na posameznike in razvijemo učinkovite podporne mehanizme, ki bodo prispevali k boljši pripravljenosti in odpornosti družbe v prihodnosti.

Literatura

- Alftberg Å, Hansson K. Introduction: Self-care Translated into Practice. *Culture Unbound*. 2012; 4(1): 415–424.
- Baumkirher T. Mladi v času epidemije COVID-19: Rezultati raziskave med mladimi za objavo ob Mednarodnem dnevu mladih. 2020. Dostopno na: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#starred/WhctKLbVdZwkFzFQtCNSCJRLDtsbprCwzJ-VxBWtWQIDKZJBNCnDqXSpNCRldFPbfQqGxcB?projector=1&messagePartId=0.3> (citirano 6. 6. 2025).
- Coe E, Doy A, Enomoto K, Healy C. Gen Z mental health: The impact of tech and social media. 2023. Dostopno na: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/gen-z-mental-health-the-impact-of-tech-and-social-media> (citirano 6. 6. 2025).

- Dumitrașcu MC, Șandru F, Carsote M, Cosmin Petca R, Gheorghisan-Galateanu AA, Petca A, et al. Anorexia nervosa: COVID-19 pandemic period (Review). 2021. Dostopno na: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2021.10236> (citirano 6. 6. 2025).
- Eror A, Pristavec Đogić M, Križaj M. Šolanje v času covid19-: Primerjalni pregled (PP). 2021. Dostopno na: https://fotogalerija.dz-rs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2021/Solanje_v_casu_COVID-19.pdf (citirano 6. 6. 2025).
- Gregorčič M, Kajzer A, ur. Evropski steber socialnih pravic, Slovenija 2000–2020. Ljubljana: UMAR; 2021.
- Haig Ferguson A, Cooper K, Catwright E, Loades ME, Daniels J. Practitioner review: health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2021; 49(1): 129–143.
- Khan M, Rahim S, Kadoya Y. Loneliness during the COVID-19 Pandemic: A Comparison between Older and Younger People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(1): 1–15.
- Kleinman A. Medical Anthropology and Mental Health: Five Questions for the Next Fifty Years. 2023. Dostopno na: <https://marciainhorn.com/wp-content/uploads/docs/Kleinman.pdf> (citirano 6. 6. 2025).
- Kučan Lah T. Vpliv pandemije covida-19 na duševno zdravje mladih odraslih. V: Lipovec Čebtron U, Pistotnik S, ur. Kovidna krajina: Ranljivosti v času pandemije. Ljubljana: Filozofska fakulteta; 2024: 113–132.
- Kregar Velikonja N, Erjavec K, Verdenik I, Hussein M, Globevnik Velikonja V. Association Between Preventive Behaviour and Anxiety at the Start of the COVID-19 Pandemic in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*. 2021; 60(1): 17–24.
- Lipovec Čebtron U, Kociper A, Vodopivec N, Huber I. Covid-10 ocena ranljivosti in vključevanje skupnosti. V: Gabrovec B, Eržen I, Trop Skaza A, Fafangel M, Vrdelja M, Selak Š, ur. Javno zdravje in covid-19: Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021: 54–58.
- Lipovec Čebtron U, Pistotnik S, ur. Kovidna krajina: ranljivosti v času pandemije. Ljubljana: Filozofska fakulteta; 2024.
- L. Š. Posledice epidemije covida-19 bodo najbolj prizadele mlade. 2021. Dostopno na: <https://www.rtvsl.si/zdravje/novi-koronavirus/niz-posledice-epidemije-covida-19-bodo-najbolj-prizadele-mlade/570705> (citirano 6. 6. 2025).
- Mencej M. Življenje s COVID19- v spletni folklori. *Studia Mitologica Slavica*. 2022; 25(1): 49–75.
- Mreža MaMa. Raziskava Mreže MaMa. Duševno zdravje mladih v mladinskih centrih. 2021. Dostopno na: <https://www.mreza-mama.si/raziskava-mreze-mama-dusevno-zdravje-mladih-v-mladinskih-centrih/> (citirano 6. 6. 2025).
- Omra.si. Osamljenost je ena glavnih težav današnjega časa. 2024. Dostopno na: <https://www.omra.si/o-motnjah/dusevne-motnje/zanimivosti-o-dusevnih-motnjah/osamljenost/> (citirano 6. 6. 2025).
- Ó Caoilte N, Lambert S, Murphy R. There is no waiting list, just press play. Listeners experience of mentalhealth-related podcasts. 2024. Dostopno na: <https://search.informit.org/doi/pdf/10.3316/informit.T2024080800010100366743647> (citirano 6. 6. 2025).
- Sloan MM, Haner M, Graham AK, Cullen FT, Pickett JT, Jonson CL. Pandemic Emotions: The Extent, Correlates and Mental Health Consequences of Personal and Altruistic Fear of COVID-19. *Sociological Spectrum*. 2021; 41(5): 369–386.

- Topor A, Borg M, Mezzina R, Sells D, Marin I, Davidson L. Others: The Role of Family, Friends and Professionals on the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2006; 9(1): 17–37
- Ule M. *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2008.
- Vec T, Gruden A. Duševne stiske študentk in študentov med pandemijo. *Socialna pedagogika* 2022; 26(1-2): 97–125.
- Volkman AM, Benedikt LC, Giles-Vernick T, Napier D. Better Health and care, economic growth and sustainable health systems. Support to Policy and International Cooperation Coordination and Support Action (CSA). Comparative Report WP7 Vulnerability Assessment. 2022. Dostopno na: https://www.sonarglobal.eu/wpcontent/uploads/2022/02/SoNARGlobal_Deliverable_7.7_Final.pdf (citirano 16. 10. 2024).
- Zorn J. Vpisani kot delavci, izbrisani kot Neslovenci. Pogled izbrisanih na obdobje Tranzicije. V: Kogovšek N, Petković B, ur. *Brazgotine izbrisa*. Prispevek h kritičnemu razumevanju izbrisa iz registra stalnih prebivalcev Republike Slovenije. Ljubljana: Mirovni inštitut; 2010: 19–45.



Meduza, 2022 (akril)

IZOLACIJA, KRIZA IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Isolation, crisis and mental health

Dan Podjed

POVZETEK

Prispevek obravnava pojav krizolacije, to je prepleta izolacije in krize, kot novo stalnico sodobnega sveta. Na podlagi avtoetnografije, etnografije na daljavo in terenskih raziskav v Sloveniji in na Hrvaškem razkriva posledice tega pojava med posamezniki in skupnostmi. V prispevku so najprej predstavljene izkušnje posameznikov, ki so bili zaradi pandemije covida-19 ali drugih kriz dolgotrajno izolirani oz. osamljeni, kar je vodilo v tesnobo, depresijo, izgubo občutka za realnost in težave z identiteto. V skupnostnem kontekstu so nato analizirane posledice ujme leta 2023 v Črni na Koroškem in potresa leta 2020 v Petrinji. Medtem ko je Črna razvila solidarnostni odziv, se je v Petrinji v času krize poglobil občutek brezupa, izoliranosti. Prispevek poudarja, da univerzalne rešitve za reševanje duševnih stisk ljudi ne zadoščajo, temveč so potrebni lokalno prilagojeni pristopi po meri ljudi, ki upoštevajo družbeni in zgodovinski kontekst.

Ključne besede: krizolacija, izolacija, kriza, duševno zdravje, razvoj po meri ljudi

ABSTRACT

The article explores crisolation. i.e. the intertwining of crisis and isolation, as a new constant in contemporary life. Based on autoethnography, remote ethnography and field research in Slovenia and Croatia, it highlights effects of the phenomenon on both individuals and communities. It first presents personal stories of people who, due to the Covid-19 pandemic or other crises, experienced deep isolation that led to anxiety, depression, distorted perception of reality, and identity struggles. On a collective level, the article compares the

Avtor: Dan Podjed

Znanstveni in strokovni naziv: izredni profesor, višji znanstveni sodelavec
Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Inštitut za slovensko narodopisje,
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: dan.podjed@zrc-sazu.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1914-6053>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_07, CC BY-SA

2023 floods in Črna na Koroškem and the 2020 earthquake in Petrinja. While Črna fostered community solidarity, Petrinja reflected despair and isolation. The study argues for locally-tailored and people-centred responses, emphasizing that one-size-fits-all solutions often fail in diverse crisis contexts.

Keywords: *crisolation, isolation, crisis, mental health, people-centred development*

1 UVOD

V prispevku obravnavam dva koncepta, ki sta v zadnjem času dobila večjo veljavo in se medsebojno prepletla: izolacijo in krizo. Z antropološkega vidika skušam predstaviti, kakšen človek nastaja v primežu teh dveh pojavov in kako novo stanje sveta, ki mu pravim krizolacija, vpliva na njegovo duševno zdravje in počutje v skupnosti.

Izolacija je pomembna v zvezi z duševnim zdravjem, saj ima več vidikov, od pozitivnih do negativnih. Med drugim lahko označuje zeleno stanje, ki mu pravimo samota, v katerem se ljudje spočijejo, umirijo, razmislijo o svojih željah in potrebah. Temnejša plat izolacije pa se imenuje osamljenost, ki negativno vpliva na počutje in celo zdravje ljudi, in to očitno vse bolj množično celo v hiperpovezanem času, saj četrtnina starejših in 5–15 % adolescentov – kljub najrazličnejšim možnostim povezovanja na daljavo s pomočjo telefonov in omrežij – poroča, da so pogosto osamljeni (WHO, 2021). Na osamljenost, ki škodi tako posamezniku kot skupnosti, so strokovnjaki sicer opozarjali že v preteklosti (gl. Putnam, 2000), njena škodljivost pa je postala očitnejša v javnosti in medijih po pandemiji covida-19, ki je svet preobrazila leta 2020.

Kriza je naslednji pojav, ki ga uporabljam v tem prispevku. Tudi ta izraz je v zadnjem času prišel v ospredje, hkrati pa se je začel izgubljati njegov izhodiščni pomen. Beseda kriza je sprva označevala izredno stanje, npr. pri okrevanju pacienta, ko mu bo šlo zdravje bodisi na bolje bodisi na slabše, nato je izraz sčasoma pridobil veljavo pri označevanju družbenih in okoljskih pojavov, npr. vojn in naravnih nesreč, v zadnjih letih pa je postala obči označevalec za stanje sveta, za katerega se zdi, da je nenehno v trajni krizi, ki jo občasno presekajo neobičajni trenutki normalnosti (prim. Podjed, 2024).

Kratka predstavitev avtorja

Dan Podjed je višji znanstveni sodelavec Inštituta za slovensko narodopisje ZRC SAZU, izredni profesor na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani in področni strokovnjak na Inovacijsko-razvojnem inštitutu Univerze v Ljubljani. Osrednja področja njegovega raziskovalnega zanimanja so izolacija, krize, razmerja med ljudmi in tehnologijami, trajnostni načini življenja in spoznavanje vsakdanjika.

Kaj pa nastane, če se kriza in izolacija združita? Novemu pojavu pravim krizolacija, z njim pa skušam pojasniti, da občutek nenehne krize vpliva na izoliranost, osamljenost, atomiziranost ljudi, hkrati pa je izolacija tista, ki pogosto privede do krize, pa naj bo ta skupinska oz. skupnostna ali individualna oz. osebna.

Na podlagi različnih primerov, in to tako individualnih kot skupnostnih, skušam v prispevku poudariti, da univerzalne rešitve po načelu »ena velikost za vse« za reševanje duševnih stisk ne zadoščajo, temveč so potrebni individualizirani in lokalno prilagojeni pristopi po meri ljudi, ki upoštevajo družbeni in zgodovinski kontekst.

2 METODOLOGIJA

Prispevek temelji na raziskavi o izoliranih ljudeh in skupnostih, ki sem jo začel izvajati leta 2020, torej v času pandemije covida-19, in sicer predvsem na podlagi avtoetnografije (Podjed, 2020) in intervjujev, ki sem jih v času omejitve stikov izvedel na daljavo (Podjed, 2021), v nadaljevanju pa še v temeljnem raziskovalnem projektu (2022–2026), v katerem smo se posebej posvetili situaciji v Sloveniji in na Hrvaškem in izvedli terensko raziskavo na več izoliranih lokacijah. V tem tekstu izpostavljam dve lokaciji, ki sta bili najbolj povezani s krizo in izolacijo v času naravnih nesreč, in sicer Petrinjo na Hrvaškem in Črno na Koroškem v Sloveniji. Tam sem izvajal polstrukturirane in nestrukturirane intervjuje, v Petrinji pa se angažiral še pri pomoči ljudem v sodelovanju z lokalno izpostavo rdečega križa (več o raziskavi v Petrinji in na širšem območju Banije v: Peternel in Podjed, 2024; Podjed, 2024: 113–125).

3 INDIVIDUALNE KRIZE V ČASU IZOLACIJE

V knjigi *Krizolacija* (Podjed, 2024) sem predstavil več primerov individualnih kriz, ki so bile povezane z izoliranim načinom življenja. Opisal sem denimo izkušnjo Poljakinje, ki je v času pandemije covida-19 za leto dni obtičala v stanovanju in v tem času ni srečala skoraj nikogar, zaradi česar se je njena percepcija resničnosti in druženja bistveno spremenila; računalniški zaslon je postal njeno glavno okno v svet, medčloveški stiki v živo pa so se ji začeli zdeti čudni, nenavadni. V tistem času se je v podobni situaciji znašel Slovenec, ki je v osami doma razmišljal o svoji spolni identiteti, skušal sam razčistiti z lastno preteklostjo in ugotoviti, kaj se mu »dogaja v glavi«, kot je sam to opisal, pri čemer je večkrat zataval in se začel potapljati v temačnih mislih, nakar je iz osamljenosti izplaval na površino. Obravnaval sem še Srba, ki se je v podobnem času znašel tako v izolaciji kot

tudi v krizi zaradi slabega zdravstvenega stanja, ki ga je povzročila okužba z virusom SARS-CoV-2, zaradi česar je obtičal v strogi izolaciji med hospitalizacijo, nazadnje celo v izolacijski komori oz. »kocki«, kot jo je poimenoval, v kateri je preživel več mesecev in nazadnje v njej zaradi pomanjkanja stikov »eksplodiral«, kot je to sam opisal, oz. doživel čustveni izbruh, med katerim ga je pomirila šele medicinska sestra, ki je – kljub prepovedi – vstopila v komoro, pristopila k njemu in ga objela. Ob teh treh individualnih izkušnjah, povezanih predvsem s specifično zdravstveno krizo, sem v omenjeni knjigi med drugim predstavil še primer Izraelca s tunizijskim potnim listom, ki so ga v času Gadafijevega režima zaradi domnevnega vohunjenja pridržali v Libiji, ga kruto mučili med zaslišanjem in ga nato za pol leta strpali v samico zloglasnega zapora, ki jo je zapustil šele po nenavadnem spletu okoliščin, predvsem pa zaradi posredovanja vplivnežev iz tujine, ki so ga rešili iz ječe.

Kaj družji navedene primere? In kako lahko uporabimo precej ekstremne izkušnje teh ljudi pri razumevanju vsakdanjika v izolaciji in krizi? Prvič, v vseh primerih so se omenjeni posamezniki in posameznice znašli v situacijah, ko so bili prikrajšani za družbene stike in so iz povezanih divduumov, kot ljudi opisuje antropologinja Marilyn Strathern (2008), postali individuumi, torej izolirani »delci« v družbi, ki je postala atomizirana zaradi obče in trajne krize, ki ji nekateri pravijo polikriza (Henig in Knight 2023). Drugič, v omenjenih primerih so se – če je bilo mogoče – po pomoč skušali zateči na daljavo, po zaslonih ali vsaj v globinah svojih misli, a tam niso dobili nujno utehe; celo nasprotno, ob iskanju informacij na daljavo so tonili globlje v »hladno brezno samega sebe«, če parafraziram pisatelja Franza Kafko, ki je svoji zaročenki približno tako v pismu opisal svoj ustvarjalni proces in omenil, kako v samoti nastajajo najboljša dela, ki pa seveda niso bila ravno lahkotna. Tretjič, v omenjenih primerih se je posebej izpostavila dvojnost izolacije, ki je v obliki samote lahko zelena kategorija, lahko pa se pretvori v negativno nasprotje, ki mu pravimo osamljenost.

Ob tem velja omeniti, da postaja fizična izoliranost normalnejša, kot je bila v preteklosti, in to navkljub navidezni povezanosti s pomočjo informacijskih in komunikacijskih tehnologij, zato omenjeni primeri osamljenosti niti niso videti več tako ekstremni kot nekoč. Osamljenosti je, kot rečeno, danes več kot nekoč, čas, ki ga mladi namenjajo druženju v živo, pa strmo upada (Twenge, 2023), kar vpliva na vrstniške vezi, prav tako pa tudi na počutje in vzdušje med mlajšimi generacijami. Takšne smernice med mladimi opisuje Jonathan Haidt v knjigi *Tesnobna generacija* (2025), v kateri poroča o strmem porastu tesnobnosti, depresivnosti, samopoškodovanja in samomorilnosti med t. i. generacijo Z. Pri tem opozori, da se prevoj krivulje pri vseh teh trendih zgodi med letoma 2010 in 2015, ko so predstavniki te generacije množično dobili v roke telefone,

posledično pa niso imeli več otroštva, utemeljenega na igri, temveč so postala njihova otroštva – in posledično odraščanja – utemeljena na telefonih, vključno z občim nadzorom s pomočjo tovrstnih naprav.

Povezati vse te zaskrbljujoče pojave zgolj z eno napravo, torej s t. i. pametnim telefonom, in pripisovati osamljenost zgolj času, ki ga ljudje preživijo pred zasloni, bi bilo preveč poenostavljajoče. Novejša študija recimo opozarja, da osredotočenost zgolj na skupni čas pred zasloni in uporabo družbenih omrežij ne zadostuje za celostno razumevanje vplivov na duševno zdravje. Na pojavnost depresije, anksioznosti in drugih duševnih stisk pomembneje vplivajo dejavniki, kot so medsebojno primerjanje med vrstniki, način uporabe tehnologij (pasivna ali aktivna raba) in različni motivi za vključevanje v družbena omrežja. Ti mehanizmi so pogosto kompleksni in raznoliki, zato zahteva njihovo razumevanje bolj poglobljen pristop, ki presega preprosto merjenje časa uporabe zaslonских naprav (Weiss in Bonell, 2025). Kljub temu pa je povezovanje ljudi od blizu in uravnoteženje življenja med analognim in digitalnim, stvarnim in nestvarnim lahko pomembna rešitev za probleme, povezane z osamljenostjo.

4 SKUPNOSTNO DOŽIVLJANJE KRIZOLACIJE

Prepletanja izolacije in krize nisem spremljal le pri posameznikih, temveč tudi v skupnostih. V omenjenem projektu, v katerem smo proučevali izolacijo, smo se posebej posvetili dvema lokacijama, in sicer Črni na Koroškem v Sloveniji in Petrinji na Hrvaškem. Obe lokaciji je zaznamovala naravna katastrofa, ki je povzročila začasno ali trajno izoliranost kraja.

Avgusta 2023 so Slovenijo prizadele hude poplave in zemeljski plazovi, ki jih je povzročilo močno deževje in nevihte. V verjetno najhujši naravni nesreči, kar jih je bilo zabeleženih v Sloveniji, je bila ena najhujše prizadetih dolin Mežiška dolina, kjer živi približno 25 tisoč ljudi. Raziskavo smo spomladi 2024 izvedli v naselju Črna na Koroškem (v nadaljevanju Črna), da bi razumeli, kako sta bila dolina in eden izmed tamkajšnjih krajev izolirana pred in med nesrečo in po njej in kakšno je bilo okrevanje lokalne skupnosti. Črna, ki leži na severu Slovenije blizu avstrijske meje, se nahaja ob Karavankah. Skupnost kraja, v katerem živi približno 2.300 prebivalcev, je bila zgodovinsko zaznamovana z izoliranostjo zaradi goratega terena in infrastrukturne (ne)povezanosti, zlasti slabih cestnih povezav s centralnimi deli države. Med ujmo leta 2023 je serija močnih neviht sprožila hude poplave in plazove, ki so povzročili obsežno škodo na bivališčih, infrastrukturi in v naravnem okolju. Zaradi izoliranosti kraja je bil vpliv nesreče še toliko večji, saj je bil dostop do nujne pomoči in oskrbe onemogočen zaradi

zaprtih cest in uničenih mostov. Poplave so poškodovale velik del mesta, reka Meža je prestopila bregove in povzročila veliko škode na stavbah, medtem ko so plazovi s pobočij ogrožali hiše in ovirali ključne prometne poti. Nesreča je začasno razselila številne posameznike in družine in uničila pomembne skupnostne objekte, zlasti v središču mesta, ki je bilo povsem poplavljen in najbolj prizadeto.

Ob pogovorih z lokalnim prebivalstvom, ki je izkusilo tedanjo krizo, se je izkazalo, da je skupnost med ujmo uspela hitro reagirati in učinkovito zagotoviti medsebojno pomoč, in to brez posebnih pričakovanj od države. V krizi se je izkazala odpornost skupnosti, ki temelji po eni strani na občutku povezanosti, po drugi pa tudi na občutku izoliranosti, ki je že v preteklosti privedel do opiranja na lastne sile. Seveda so bile individualne stiske tudi v Črni velike in posledice dolgotrajne; poznale so se tudi na duševnem zdravju, saj so številni izgubili domove ali jim je voda poškodovala in uničila imetje, a občutek, da je blizu nekdo, ki ti bo pomagal, je vsaj na ravni skupnosti zagotovil ključno rešitev za preseganje negativnih plati izolacije v krizi, ki je vplivala na obče vzdušje in počutje v skupnosti.

Primerjalno raziskavo smo leto prej, torej spomladi 2023, izvedli v Petrinji, to je mestu v Baniji (imenuje se tudi Banovina), hrvaški regiji blizu meje z Bosno in Hercegovino. Čeprav je le uro vožnje oddaljena od Zagreba, je Banija ena najbolj izoliranih regij na Hrvaškem zaradi posledic vojne, slabe infrastrukture, odseljevanja in visoke brezposelnosti. Pred vojno v 90. letih prejšnjega stoletja je bila Banija večetnična; naseljevali so jo predvsem Hrvati in Srbi. Vojna, ki se je začela leta 1991, in vojaška operacija Nevihta leta 1995 sta spodbudili množično izseljevanje pripadnikov manjšin, predvsem Srbov, Romov in Bošnjakov. Že tako izolirano in degradirano regijo je 29. decembra 2020 prizadel še uničujoči potres z magnitudo 6,2, katerega epicenter je bil približno tri kilometre oddaljen od Petrinje, kraja s približno 15 tisoč prebivalci. Posledice potresa so bile grozljive: v Baniji je bilo poškodovanih ali uničenih več kot 40 tisoč bivališč in delov infrastrukture, skupna finančna škoda pa je bila ocenjena na 5,5 milijarde evrov. Naravna katastrofa je številne domačine prisilila, da so si zatočišče poiskali v začasnih bivališčih, bodisi v zabojnikih pred svojimi domovi bodisi v zabojniških naseljih, zgrajenih v Petrinji, Glini in Sisku.

Čeprav so bile posledice te naravne nesreče podobne tistim v Črni, pa so bili dolgoročni učinki v petrinjski skupnosti bistveno drugačni. Kar smo tam opazali med raziskavami v sodelovanju z lokalno enoto rdečega križa, so bili predvsem obup, brezup, jeza in zamere do oblasti in izolacija v negativnem smislu. Naravna nesreča je razkrila tudi številne težave, ki so bile dolgo skrite pod površjem, med njimi pomanjkanje zaposlitvenih možnosti, politično nestabilnost na

državni in lokalni ravni, brbotajoči nacionalizem itd. Zdelo se je, kot da naj bi vsi ti problemi ostali »skriti v zabojnikih«, ki so postali univerzalna in enovita rešitev za vse preglavice, vključno z globalnimi in lokalnimi manifestacijami krizolacije (gl. Peternel in Podjed, 2024).

Ena osrednjih tem, ki izhaja iz primerjalne raziskave med Črno in Petrinjo, je večplastna narava pojma krizolacija. Primerjava območij v krizi in po njej razkriva, da preplet krize in izolacije pogosto vodi do večje ranljivosti in problemov, hkrati pa lahko spodbuja odpornost, solidarnost in inovativnost v prizadetih skupnostih. To je še posebej očitno iz nasprotujočih si izkušenj Črne in Petrinje. V Črni so poplave leta 2023 spodbudile nepričakovan prikaz solidarnosti in kohezije, pri čemer sta geografska izolacija in kriza postali vir moči in celo navdih za izboljšanje situacije, kolektivni odziv prebivalcev na nesrečo, ki ga je zaznamovala hitra mobilizacija in medsebojna pomoč, pa je opozoril, kako se lahko izolacija in oddaljenost od centra v času krize preobrazita v pozitivno silo.

Nasprotno pa situacija v Petrinji po potresu leta 2020 osvetljuje temnejšo plat prepleta krize in izolacije. Predhodna geografska oddaljenost kraja od centra, ki so jo še okrepili gospodarski zaton in posledice vojne v 90. letih, je ojačala vpliv potresa in povzročila vseprisoten občutek obupa in brezupa. Za razliko od Črne, kjer je kriza okrepila odpornost skupnosti, izkušnja Petrinje poudarja, kako lahko krizolacija poglobi obstoječe razpoke v skupnosti in omeji prizadevanja za okrevanje (za podrobnejšo analizo gl. Peternel in Podjed, 2024).

Kontrast med obema primeroma prikaže pomen družbeno-kulturnih in zgodovinskih kontekstov pri oblikovanju posledic krizolacije in poudarja, da učinki izolacije in krize niso enoznačni, temveč nepričakovani in odvisni od različnih družbenih, ekonomskih, geografskih in infrastrukturnih okoliščin in zgodovinskih dejavnikov, zato so univerzalni pristopi po načelu »ena velikost za vse« pri reševanju navidezno podobnih situacij pogosto neuspešni in lahko namesto izboljšanja razmer za domačine povzročijo še večji občutek obupa in brezizhodnosti (prim. Podjed, Arko in Bajuk Senčar, 2019, kjer predstavimo štiri korake razvoja po meri ljudi). Pri snovanju rešitev za ljudi v stanju, ki mu pravim krizolacija, je zato nujno upoštevati njihove specifične želje, potrebe in predvsem načine življenja.

5 DISKUSIJA IN SKLEP

Prispevek je ponudil vpogled v preplet dveh pojavov – izolacije in krize – in njihovih posledic za posameznike in skupnosti. Na ravni posameznika je prikazal individualne primere izoliranosti, ki vodijo v duševne stiske, kot so anksioznost, depresivnost in občutki nesmisla. Zlasti zaradi zdravstvene krize, natančneje pandemija covida-19, se je, kot izpostavi prispevek, okrepila socialna izoliranost, s čimer se je dodatno poglobila ranljivost številnih ljudi, in to tudi zaradi pretirane odvisnosti od digitalnih tehnologij in družbenih omrežij, prav tako pa lažnega občutka povezanosti na daljavo, a brez dejanskega stika.

Prispevek je skušal tudi preseči individualno perspektivo in opozoriti na skupnostne probleme in rešitve. S primerjalno analizo Črne in Petrinje je opozoril, kako lokalni konteksti pomembno oblikujejo in potencirajo ali omilijo posledice krizolacije. Medtem ko je bila Črna kljub svoji geografski in infrastrukturni izoliranosti sposobna vzpostaviti solidarnost, mobilizacijo skupnosti in občutek povezanosti v krizi, se je v Petrinji pokazala drugačna slika, ki je povezana z zgodbo o dolgotrajni marginalizaciji, pomanjkanju zaupanja in občutku brezupa. Ta kontrast odziva skupnosti v podobni situaciji prikazuje, da izolacija sama po sebi ni odločilen dejavnik, temveč so za odpornost bistveni socialni kapital, čvrstost vezi, pretekle skupnostne izkušnje in travme, stopnja zaupanja v lokalne in državne institucije in dostopnost pomoči.

S pojmom krizolacija ta prispevek opozarja še na nevarnost pretiranega poenostavljanja zapletenih družbenih pojavov, kot sta kriza in izolacija, in zagovarja kontekstualiziran in večplasten pristop pri reševanju individualnih in skupnostnih problemov. Za prihodnje raziskave in oblikovanje ukrepov in politik to pomeni, da morajo biti pri reševanju kriz upoštevane tako individualne kot lokalne specifičnosti. Univerzalne rešitve pogosto ne zadoščajo za izboljšanje duševnega zdravja bodisi na ravni posameznika bodisi v skupnosti, posebej kadar se iz začasnih spremenijo v (dolgo)trajne rešitve.

Zahvala

Prispevek je rezultat projekta Izolirani ljudje in skupnosti v Sloveniji in na Hrvaškem (šifra: J6–4610), ki ga je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna, in projekta PoljaMoči, ki ga je sofinanciralo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Literatura

- Haidt J. Tesnobna generacija. Ljubljana: UMco; 2025.
- Henig D, Knight DM. Polycrisis: Prompts for an Emerging World. *Anthropology Today*. 2023; 39(2): 3–6.
- Peternel L, Podjed D. Container Life in Post-earthquake Croatia. *Focaal*. 2024; 1–13 [v tisku]. Dostopno na: <https://www.berghahnjournals.com/view/journals/focaal/aop/fcl.2024.100702/fcl.2024.100702.xml?print> (citirano 26. 6. 2025).
- Podjed D, Arko S, Bajuk Senčar T. Four Steps for the People: People-Centred Development Toolkit; 2019. Dostopno na: http://people-project.net/wp-content/uploads/2019/12/M2.4_Toolkit.pdf (citirano 21. 6. 2025).
- Podjed D. Antropologija med štirimi stenami. Opazovanje družbe in sebe med pandemijo. Ljubljana: Založba ZRC; 2020.
- Podjed D. Krizolacija. Znanstveno branje o izoliranih ljudeh. Ljubljana: Založba ZRC in Cankarjeva založba; 2024.
- Podjed D. Renewal of Ethnography in the Time of the COVID-19 Crisis. *Soc & Space*. 2021; 59(227): 267–84.
- Putnam RD. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster; 2000.
- Santos R, Ventura S, Nogueira Y, Guimarães Mendes C, Jardim de Paula J, Marques Miranda D, et al. The Associations Between Screen Time and Mental Health in Adults: A Systematic Review. *J Technol Behav Sci*. 2024; 9: 825–45.
- Strathern M. *Pisanje antropologije*. Ljubljana: Študentska založba; 2008.
- Twenge JM. *Generations: The Real differences between Gen Z, Millennials, Gen X, Boomers, and Silents – and What They Mean for America's Future*. New York: Atria Books; 2023.
- Weiss M, Bonell C. Smartphone Use and Mental Health: Going Beyond School Restriction Policies. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2025; 51: 101237 [v tisku]. Dostopno na: [https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(25\)00029-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(25)00029-8/fulltext) (citirano 15. 6. 2025).
- WHO. Social Isolation and Loneliness Among Older People; 2021. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749> (citirano 11. 6. 2025).



Slon, 2023 (akril, tuš)

AVTONOMIJA KOT DEJAVNIK DOBREGA POČUTJA PRI STAREJŠIH ODRASLIH

Autonomy as a factor for the well-being of older adults

Suzana Oreški

POVZETEK

Avtonomija, dostojanstvo in samoodločanje so ključni stebri človekovih pravic v starosti in bistveni dejavniki dobrega počutja. Pozitivna psihologija in koncept pozitivnega staranja poudarjata, da tudi v starosti posamezniki ohranjajo vpliv nad svojim življenjem. Model psihološkega blagostanja po Ryff in Keyesu vključuje avtonomijo, smisel, pozitivne odnose, osebno rast in občutek kompetentnosti – vse pomembne dejavnike, ki krepijo notranjo moč, preprečujejo duševne stiske in omogočajo aktivno in kakovostno staranje. Uresničevanje teh stebrov zahteva tudi strukturne spremembe, ki vključujejo dostop do kakovostnih storitev oskrbe, prilagojene bivalne pogoje in učinkovito zakonodajo, ki varuje pravice starejših in njihovo duševno zdravje, prav tako pa podpira njihovo dostojanstvo. Dostojanstveno staranje pomeni, da so starejši slišani, spoštovani, vključeni in imajo možnost samostojnega sooblikovanja svojega življenja.

Ključne besede: starejši odrasli, avtonomija, dostojanstvo, dobro počutje, pozitivno staranje

ABSTRACT

Autonomy, dignity and self-determination are key pillars of human rights in old age and essential components of well-being. Positive psychology and the concept of successful ageing emphasise that older people retain control

Avtorica: Suzana Oreški

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica znanosti, univerzitetna diplomirana socialna delavka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: suzana.oreski@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7386-3347>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_08, CC BY-SA

over their lives. Ryff and Keyes' model of psychological wellbeing includes autonomy, meaningfulness, positive relationships, personal growth and a sense of competence — all important factors that enhance inner strength, prevent mental health problems and support active and quality ageing. Realising these pillars also requires structural changes, including access to quality care services, adapted living conditions and effective legislation that protects the rights and mental health of older people. Ageing with dignity means that older people are heard, respected and included and have real opportunities to shape their own lives in all areas in which they live.

Keywords: older adults, autonomy, dignity, well-being, positive aging

1 UVOD

1.1 Od marginalizacije do avtonomije v starosti

V zahodnih družbah se starost tradicionalno povezuje s telesno šibkostjo, onemoglostjo, ranljivostjo, duševnim in kognitivnim upadom. Takšna dojemanja utrjujejo podobo starejših kot nekompetentnih in nesposobnih za samostojno odločanje v lastno dobro. Tovrstne starizme je že v 70. letih prejšnjega stoletja prepoznal Robert Butler (1969). Ti imajo zgodovinske korenine, ki izvirajo iz 19. stoletja in obdobja industrijske revolucije, ko je z razvojem industrijske proizvodnje prišlo do radikalne spremembe v družbeni vlogi starejših. Njihova vloga spoštovanih nosilcev modrosti in izkušenj v tradicionalnih skupnostih, kjer so imeli pomembno medgeneracijsko funkcijo, v novem družbenem kontekstu pridobi negativen pomen; obravnavani so kot fizično nesposobni, nekoristni za produktivno delo in postali so simbol družbene obremenitve (Ayalon in Tesch-Römer, 2018; North in Fiske, 2012).

S porastom industrializacije in razpadom tradicionalnih oblik sobivanja so starejši postopoma izgubili svoj družbeni pomen, kar je vodilo v njihovo marginalizacijo in diskriminacijo. Ta premik se je zgodil, ker so nove ekonomske vrednote, kot sta učinkovitost in produktivnost, dajale prednost mladim in sposobnim, ki so bili videti kot bolj sposobni prispevati k industrijski proizvodnji. Marginalizacija starejših je vodila v njihovo diskriminacijo. Takšen odnos do starejših se je v poznejših desetletjih utrdil tudi v kulturnih normah, kjer sta telesna mladost

Kratka predstavitev avtorice

Suzana Oreški je univerzitetna diplomirana socialna delavka in doktorica znanosti s področja sociologije in socialnega dela. Na NIJZ deluje kot raziskovalka na področju stigmatizacije in človekovih pravic v povezavi z duševnim zdravjem odraslih in starejših. Je odgovorna za prenos in izvajanje orodja QualityRights Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji.

in zunanji videz postala simbol družbene uspešnosti in individualne vrednosti. Vsaka telesna ali kognitivna krhkost – ki je naravni del staranja – postane simbol neuspeha, bolezni in družbene manjvrednosti (Levy, 2009; North in Fiske, 2012).

Družbeni pogled na starejše je še vedno prežet s predsodki, ki jih krepijo mediji, institucionalne prakse in celo nekatere zakonodaje. Čeprav se prebivalstvo v številnih državah, vključno s Slovenijo, hitro stara in se življenjska doba podaljšuje, so starejši prepogosto predstavljeni kot pasivni, nesamostojni in nekompetentni posamezniki, ki predstavljajo breme za zdravstveni, socialni in pokojninski sistem. Tovrstni stereotipi niso le izraz predsodkov, temveč imajo lahko resnične negativne posledice za duševno zdravje, samopodobo in kakovost življenja starejših (Levy, 2009; WHO, 2021a).

Negativen odnos do starejših, staranja in starosti in s tem povezano socialno ali psihično zapostavljanje in podcenjevanje starejših oseb je Svetovna zdravstvena organizacija prepoznala kot starizem, ki predstavlja globalni izziv. Starizem ostaja razširjen in pogosto spregledan pojav z resnimi posledicami za zdravje posameznikov in celotne družbe (WHO, 2021a).

V nasprotju s prevladujočimi negativnimi predstavami o staranju pa številne empirične raziskave potrjujejo, da veliko starejših oseb ohranja visoko stopnjo telesnega zdravja, psihološke odpornosti, družbene angažiranosti in funkcionalne samostojnosti. Poleg tega imajo na voljo tudi vedno več virov za uspešno staranje in vzdrževanje psihološkega blagostanja (*Bar-Tur, 2021; Hill, 2005; Williamson in Christie, 2009*).

Staranje prebivalstva predstavlja enega ključnih demografskih in javnozdravstvenih izzivov 21. stoletja, pri čemer narašča potreba po celostnem razumevanju dejavnikov, ki vplivajo na kakovost življenja starejših oseb, zlasti z vidika psihološkega blagostanja, družbene vključenosti in človekovih pravic. Sodobni pristopi k razumevanju staranja tako presegajo izključno medicinski ali funkcionalni vidik in poudarjajo potrebo po ustvarjanju družbenih in okolijskih pogojev, ki posameznikom omogočajo aktivno, vključujoče in dostojanstveno življenje celotno starostno obdobje (UNECE, 2024).

Namesto osredotočanja na disfunkcionalnost in psihopatologijo se v ospredje postavlja koncept krepitve osebnostnega razvoja in celostnega delovanja posameznika. Pozitivna psihologija je v tem okviru razvila teoretske modele in pristope, ki omogočajo boljše prilagajanje na življenjske prehode in spodbujajo osebno rast tudi v poznejših življenjskih obdobjih. Koncept pozitivnega staranja presega zgolj odsotnost bolezni in vključuje iskanje življenjskega smisla, ohranjanje avtonomije, vzpostavljjanje in vzdrževanje kakovostnih medosebnih odnosov, dejavno vključenost v skupnost (*Bar-Tur, 2021; Ryff in Keyes, 1995*).

V prispevku je koncept pozitivnega staranja obravnavan z vidika modela psihološkega in socialnega blagostanja in integriran s človekovimi pravicami starejših, kot jih opredeljuje Svetovna zdravstvena organizacija v okviru orodja QualityRights (WHO, 2019). Takšen okvir omogoča razumevanje dobrega staranja, ki vključuje tako psihološke dimenzije kot tudi širše sistemske dejavnike, povezane z varovanjem dostojanstva in avtonomije starejših oseb.

1.2 Avtonomija in pravice starejših

Varovanje pravic starejših oseb predstavlja sodoben, human in demokratično naravnan mehanizem skrbi za sočloveka. Pravno in politično varstvo njihovih pravic pogosto temelji na prepoznavanju starejših kot ene izmed ranljivih družbenih skupin, vendar jim lahko podelitev statusa ranljive skupine prinese tudi nekatere protislovne posledice. Čeprav izhaja iz dobronamernosti, tak status pogosto implicira dvom o njihovi sposobnosti samostojnega odločanja, presojanja in kompetentnega ravnanja, kar v praksi lahko vodi v podcenjevanje, infantilizacijo ali celo izključevanje starejših oseb iz odločanja o lastnem življenju. Koncept zaščite ranljivih skupin zahteva uravnotežen pristop med zaščito in spoštovanjem avtonomije posameznika (Ippolito in Sánchez, 2015; Karjalainen, 2022).

Vnaprejšnje varstvo starejših pred zlorabami lahko namreč deluje preveč zaščitniško in vodi v paternalizem, saj se starejše osebe obravnavajo kot pasivni prejemniki skrbi, ne pa kot posamezniki z lastno voljo, izkušnjami in zmožnostjo odločanja. Tako širša javnost kot izvajalci oskrbe lahko razumejo, da so starejše osebe same po sebi šibke, onemogle, ranljive in potrebujejo varstvo pravic, ki pa se lahko izvaja s prekomernimi posegi v njihovo avtonomijo, samostojno življenje in avtonomno odločanje; npr. dajanja informiranega oz. privolitvenega soglasja v specifičnih situacijah (WHO, 2019) ali v najskerajnejšem primeru z odvzemom poslovne sposobnosti.

Starejši se pri uveljavljanju osebnih odločitev, samoodločanju in ohranjanju poslovne sposobnosti v širši družbi soočajo s številnimi tveganji. V okviru Odbora združenih narodov za človekove pravice je ugotovljeno, da so ta tveganja povezana s pogostim odvzemom poslovne sposobnosti, neupoštevanjem njihove volje in preferenc, kar se dogaja predvsem v okoljih oskrbe, kjer se uporabljajo prisilni ukrepi zdravljenja in prisilne in dolgotrajne namestitve v institucije. Pri postopkih odvzema poslovne sposobnosti in neupoštevanja volje starejših oz. njihovega samoodločanja pa pogosto prihaja tudi do čustvenih zlorab in manipulacije (OHCHR, 2025).

V okviru duševnega zdravja je priznavanje in podpiranje zmožnosti samoodločanja bistvenega pomena. Pristopi, kot je QualityRights Svetovne zdravstvene organizacije, krepijo človekove pravice v sistemih oskrbe in poudarjajo pomen vključevanja osebnih izkušenj, odločitev in preferenc posameznika (WHO, 2019). Znotraj tega okvira je avtonomija razumljena ne kot privilegij, temveč kot osnovna os, okoli katere naj se oblikujejo podporni sistemi in storitve.

Spoštovanje avtonomije in osebne integritete posameznika je tudi del našega pravnega sistema, ki spoštuje individualnost posameznika, njegovo svobodno voljo, samostojnost in dostojanstvo. Te vrednote so del demokratičnih pravnih sistemov in razumevanja demokracije, zato ne smejo izginiti, če se kdo postara ali postane manj fizično ali miselno zmožen. Ključno je zagotoviti, da so te vrednote prisotne pri izvajanju oskrbe starejših in da so enakovredne fizični oskrbi. To izhaja tudi iz 34. in 35. člena Ustave Republike Slovenije (1991), ki zagotavljata pravico do osebnega dostojanstva, varnosti in nedotakljivost telesne in duševne celovitosti posameznika.

Ko spoštujemo osebnost in vrednost posameznika je ključnega pomena, da to vključuje tudi upoštevanje odločitev starejše osebe. To pomeni, da morajo biti izbire, ki so ji ponujene v domačem ali institucionalnem okolju in v dolgotrajni oskrbi, v skladu z njenimi željami in potrebami (Clancy idr., 2020). Včasih se zdi, da gre za izbiro, vendar to v resnici ni, če starejši nima vpliva na svojo odločitev in njeno izvedbo ali je bila njegova želja zavržena. Ko se dvomi o sposobnostih starejših, ti postanejo bolj odvisni od drugih, njihova avtonomija in identiteta pa se zmanjšata. Z razumevanjem, da je občutek lastne vrednosti starejših že zaradi starizma ogrožen v družbi, so v sistemih oskrbe, kjer se dnevno izvajajo storitve in aktivnosti za starejše, priložnosti, da se ta predsodek zmanjša in odstrani (Smith, 2023).

Moilanen in sodelavci (2021) opozarjajo, da so v institucionalnem okolju pogosto prisotne navidezne izbire, kjer starejše osebe nimajo dejanskega vpliva na odločitve ali njihovo uresničevanje, kar zmanjšuje njihovo avtonomijo. Takšne prakse so lahko ovira pri zagotavljanju oskrbe, ki temelji na spoštovanju posameznika in njegovih pravic. Da bi zagotovili, da so odločitve starejše osebe res spoštovane, mora biti njen osebni glas v procesu odločanja vedno prisoten. Na ta način udeležimo avtonomijo starejše osebe, saj ji omogočamo, da se poistoveti s svojimi odločitvami in svobodo odločanja, s čimer ohrani osebno odgovornost in dostojanstvo (Moilanen in sod., 2021; Smith, 2023).

1.3 Avtonomija in psihološko blagostanje v starosti

Odrekanje avtonomije starejši osebi pomeni tudi poseg v njeno pravico do dobrega počutja in duševnega zdravja. Ključni mednarodni dokumenti poudarjajo, da so pravica do samostojnega odločanja, ohranjanje funkcionalne sposobnosti in duševne dobrobiti temelj človekovega dostojanstva in kakovostnega življenja v starosti (Georgantzi, 2018; WHO, 2012b in 2023; OHCHR, 2025). Občutek samostojnosti in vpliva v vsakdanjem življenju, kot so pravica do izbire, kje in s kom bodo živeli, kako bodo porabili svoj denar, kako bodo koristili svoj prosti čas, s kom bodo imeli odnose, vpliva na njihovo blagostanje, ki je sidro njihovega dobrega počutja, ne glede na njihovo zmanjšano zmožnost.

Avtonomija ni le človekova pravica, temveč pomemben zaščitni dejavnik duševnega zdravja. Intervencije za krepitev dobrega počutja starejših oseb temeljijo na teorijah pozitivnega staranja, raziskavah in intervencijah s področja pozitivne psihologije. Pozitivna psihologija se tako v teoriji kot v praksi osredotoča na pojme psihološkega in socialnega blagostanja (Ryff, 1989; Ryff in Keyes, 1995; Ryff in Singer, 2008), ki poudarjajo občutek avtonomije, smiselnosti in osebne rasti, povezanosti z drugimi in občutka koristnosti za skupnost. Ti dejavniki pomembno prispevajo k odpornosti, zadovoljstvu z življenjem in zmanjšujejo tveganje za depresijo in druge duševne motnje, saj spodbujajo notranji nadzor, občutek osebne vrednosti in aktivno vlogo posameznika v skupnosti.

Temeljna predpostavka koncepta pozitivnega staranja je, da imajo ljudje – tudi v starosti in visoki starosti – vsaj delno nadzor nad kakovostjo lastnega življenja in zanj nosijo odgovornost. Tudi v poznejših življenjskih obdobjih lahko doživljajo pozitivno blagostanje in t. i. uspešno staranje (Bar-Tur, 2021). Raziskave o pozitivnem staranju se ukvarjajo s psihološkim in socialnim blagostanjem starejših, uspešnim staranjem in s tem, kako lahko psihološko blagostanje prispeva k boljšemu zdravju (Bar-Tur, 2021; Ryff in Keyes, 1995).

Intervencije s področja pozitivne psihologije predlagajo različne pristope za učinkovitejše soočanje s ključnimi prehodi skozi življenjsko obdobje in so uporabne kot podpora optimalnemu in kakovostnemu staranju. Namesto poudarjanja disfunkcije in psihopatologije je v ospredju iskanje načinov za osebnotni razvoj in izboljšanje posameznikovega funkcioniranja. Med ključne dimenzije psihološkega in socialnega blagostanja po Ryff in Keyesu (1995) uvrščamo: avtonomijo, pozitivne odnose z drugimi, obvladovanje okolja, prispevek k družbi, osebnotno rast, smisel v življenju, sprejemanje sebe, itn. V nadaljevanju je podrobneje predstavljen pomen avtonomije kot eden ključnih dejavnikov dobrega počutja v starosti.

1.4 Avtonomija kot temelj dobrega počutja v starosti

Osrednji element pozitivnega staranja je avtonomija – sposobnost in možnost posameznika, da izraža lastno voljo, sprejema odločitve in ohranja zaznani nadzor nad svojim življenjem. Avtonomija v tem kontekstu presega formalno samostojnost in vključuje tudi podporo pri odločanju in prepoznavanje različnih oblik zmožnosti za odločanje (WHO, 2019). Podprto odločanje je v skladu z mednarodnimi pravnimi standardi (npr. Konvencija ZN o pravicah invalidov) temeljni pristop, ki zagotavlja, da lahko oseba – tudi v primeru kognitivnih ali duševnih izzivov – ohrani pravico do odločanja ob ustrezni podpori (UN, 2006; WHO, 2019). Ta pristop zahteva opustitev modelov nadomestnega odločanja in krepitev sistemov, ki omogočajo izražanje preferenc na način, ki je prilagojen posameznikovim potrebam.

Ohranjanje občutka avtonomije je pomemben dejavnik pri zagotavljanju zadovoljstva pri starejši populaciji in izboljša njihovo dobrobit, ne glede na njihove telesne ali duševne sposobnosti. Osebe s kroničnimi boleznimi, depresijo v starosti in anksioznostjo, pa tudi z nevrokognitivnimi motnjami so odvisni od pomoči in podpore drugega, vendar podpora naj ne bo izvedena zgolj funkcionalno oz. tehnično, temveč odzivno, sočutno in v interakciji s starejšim, ki občuti, da je upoštevan in slišan v procesu izvajanja podpore. Doživljanje avtonomije in dostojanstva je subjektivna, a interaktivna izkušnja, ki se vselej dogaja v odnosu z drugimi. Pri tem je pomembno, da se starejši počutijo vredni, opaženi, upoštevani in deležni korektne, empatične, sočutne in prijazne podpore. Tudi ob prisotnosti kroničnih bolezni ali kognitivnega upada ohranjanje odločanja prispeva k občutku osebne vrednosti in spoštovanja (Bar-Tur, 2021; Clancy in sod., 2021; Gooding, 2015).

Psihosocialne intervencije, ki temeljijo na usposabljanju veščin in vključujejo izobraževalne in vedenjske pristope, pomembno prispevajo k spodbujanju duševnega zdravja starejših odraslih. Njihova učinkovitost je največja, ko so usmerjene v krepitev avtonomije – torej posameznikove sposobnosti in pravice, da sprejema odločitve in vodi svoje življenje v skladu z lastnimi vrednotami, željami in cilji.

Avtonomija je tesno povezana s psihološkim blagostanjem v starosti. Ko posameznik ohranja nadzor nad pomembnimi vidiki svojega vsakdana, se krepi občutek samoučinkovitosti in življenjskega smisla, zmanjšujejo pa se tveganja za depresijo in socialno izključenost. Intervencije, ki spodbujajo razvijanje lastnega glasu, odločanje in prilagajanje okolja osebnim potrebam, tako prispevajo k ohranjanju dostojanstva in aktivnega, zdravega staranja. Avtonomija se skozi čas lahko spreminja – od popolnoma funkcionalnega

starejšega do osebe, ki postane krhka ali nezmožna – vendar je ne bi smeli nikoli povsem zanemariti (Bar-Tur, 2021; Smith, 2023).

Tabela 1: Primeri krepitve avtonomije in dostojanstva starejših

Kako so nagovorjeni	Kako se počutijo	Primer
Barva glasu: topla, mehka, pozitivna, brez obsojanja in zasmehovanja	Varni in sprejeti	Oskrbovalka starejšo gospo, ki je pogosto zmedena, nagovori mirno in z nasmehom. Gospa se počuti manj prestrašeno in bolj sproščeno.
Z jasnim priznanjem njihove vrednosti, kljub npr. onemoglosti	Spoštovani in cenjeni	Oskrbovalec v domu starejših se obrne na stanovalca po imenu, mu pogleda v oči in razloži, kaj bo naredil, predem mu pomaga pri oblačenju. Stanovalec kljub nemoči občuti spoštovanje.
S potrpežljivostjo in brez pokroviteljstva, vzvišenosti	Enakovredni	Starejša oseba, ki ne more več hoditi, izrazi željo, da bi se premaknila k oknu. Namesto da bi jo oskrbovalec prestavil brez besed, ji pove, kako bo to storil, in jo vpraša, ali ji ustreza. Oseba se počuti vključeno v odločanje o svojem telesu.
Brez hitenja in s potrpežljivim poslušanjem	Slišani in upoštevani	Starejši gospod, ki zaradi bolezni težko govori, potrebuje več časa, da pove svoje želje. Osebe mu pusti čas in ga ne prekinja. Gospod občuti, da njegovo mnenje šteje.

Izziv je najti ravnotežje med spoštovanjem avtonomije in skrbjo za dobrobit starejših. Razumevanje potrebe posameznika po avtonomiji mora biti vedno uravnoteženo z vprašanji varnosti in zdravja. Z empatijo in spoštovanjem lahko zmanjšamo vrzel med avtonomijo in oskrbo, prav tako pa krepimo zaupanje starejših v lastne zmožnosti. Tudi starejši odrasli, ki prepoznajo potrebo po pomoči, naj bi imeli možnost samostojnega odločanja. To, da ne morejo sami v trgovino ali voziti avtomobila, še ne pomeni, da so odvisni – ravno nasprotno: prepoznali so svoje meje in izrazili potrebo po podpori. Če pa pomoč izvajamo brez njihove privolitve ali celo prisilno, to zmanjšuje njihov občutek sposobnosti. Včasih je meja med samostojnostjo in avtonomijo nejasna – a pomembno je razumeti, da prošnja za pomoč ne pomeni izgube avtonomije, temveč jo lahko celo potrjuje, kadar poteka pod pogoji, ki jih določi starejši sam (Smith, 2023, v Applewhite, 2016).

Za ohranjanje dobrega počutja starejše osebe je pomembno spodbujanje njihove samostojnosti, spoštovanje njihove osebnosti in dostojanstva. Dostojanstvena oskrba tako omogoča izkušnjo dobrega počutja in predstavlja etični temelj za krepitev dobrega duševnega zdravja in kakovostnega življenja starejših (Banerjee in sod., 2021; Clancy in sod., 2021). Avtonomija namreč ni omejena zgolj na telesno zdravje ali gibljivost, temveč vključuje tudi psihološke in

socialne vidike življenja starejših oseb. Po Bennettu in sodelavcih (2015) pomeni avtonomija sposobnost posameznika, da sprejema in izvaja odločitve o tem, kako, s kom, kdaj in kje preživljati svoj čas, kar je tesno povezano z občutkom nadzora in samoodločanja. Dobro počutje starejših oseb je torej neposredno povezano z možnostjo, da živijo življenje v skladu z lastnimi željami, preferencami in vrednotami.

V nordijskih državah so pri skrbi za dobro počutje starejših odraslih uvedli t. i. politiko dostojanstva. Ta je zakonsko podprta in določa, da je treba za starejše zagotoviti dostojanstveno življenje, občutek varnosti in smiselnosti njihovega vsakdana. Na Norveškem je bila leta 2011 sprejeta zakonodaja The Dignity Guarantee, na Finskem pa leta 2013 Act for Elderly Care and Services. Podobne uredbe obstajajo tudi na Švedskem in Danskem – vse del nacionalnih sistemov dolgotrajne oskrbe (Clancy in sod., 2021).

Politike dostojanstva za kakovost oskrbe starejših se osredotočajo na kakovost življenja, spoštovanje avtonomije, interdisciplinarno in integrirano zdravstveno oskrbo, prehrano in dostojanstvo ob smrti. Temeljne vrednote vključujejo pravico do dostojanstvenega življenja, ki omogoča izkušnjo dobrega počutja – to pomeni življenje v varnih okoliščinah, aktivno in smiselno vključenost v družbo. Dostojanstveno življenje predpostavlja kakovostne socialne storitve in spoštovanje zasebnosti, telesne in duševne integritete starejših. V tem kontekstu so ključnega pomena samoodločanje, sodelovanje in individualizacija, medtem ko mora negovalno osebje pristopiti sočutno in odzivno (Clancy in sod., 2021).

2 ZAKLJUČEK

Za zagotavljanje človekovih pravic, dostojnega staranja in zagotavljanja blagostanja v starosti je treba preseči stereotipe in predsodke o starejših kot manjvrednih in manj sposobnih. Starejšim odraslim je treba omogočati in zagotavljati okoliščine, da čim dlje ohranjajo vpliv nad odločitvami v vsakdanjem življenju, da koristijo vse druge človekove pravice, kot so pravica do izbire, kje in s kom bodo živeli, kako bodo porabili svoj denar, kako bodo koristili svoj prosti čas, s kom bodo imeli odnose. Ko namreč starejši osebi odrekamo avtonomijo, ji odrekamo pravico do osnovnih državljanskih pravic in svoboščin, ki jih sicer uživajo vse odrasle osebe, predvsem pa pravico do dobrega počutja, ki je sidro blagostanja v starosti, ne glede na zmanjšano zmožnost starejše osebe.

Koncept pozitivnega staranja zato presega medicinski model oskrbe in zahteva celostno razumevanje človeka kot nosilca pravic, izkušenj, želja in potreb. Le z integracijo človekovih pravic, podprtega odločanja in spoštovanja avtonomije

kot osrednje vrednote lahko ustvarimo skupnosti, v katerih je pozitivno staranje dejansko uresničljivo. Starejše osebe namreč niso zgolj pasivni prejemniki pomoči, temveč aktivni člani naše družbe. Lahko prevzemajo vloge mentorjev, neformalnih skrbnikov, varuš, spremljevalcev in prostovoljcev, s čimer bogatijo skupnost in medgeneracijske vezi.

Ko razmišljamo in udejanjamo reforme na področju zdravstvenega in socialnega varstva (npr. prehoda iz institucionalnih sistemov v skupnostne oblike oskrbe in dolgotrajne oskrbe), naj se ustvarjajo pogoji, v katerih so pravice, avtonomija in vključenost starejših oseb uresničljive tudi v ranljivih okoliščinah. To vključuje prepoznavanje, spodbujanje in podporo njihovem odločanju, ne glede na morebitne spremembe v kognitivnih zmožnostih ali duševnem zdravju.

Staranje je čas preobrazbe – ne izgube moči, temveč prehoda v novo obliko dostojanstva, modrosti in družbene vrednosti. Ob tem je ključno prepoznati pomen dobrega počutja kot osrednjega vidika kakovosti življenja v starosti. Dobro počutje ne pomeni zgolj odsotnosti bolezni, temveč zajema občutek smisla, varnosti, spoštovanosti in povezanosti z drugimi. Ko družba starejšim osebam priznava njihovo avtonomijo in jih podpira pri izražanju lastnih odločitev in želja, s tem neposredno krepi njihovo psihološko, socialno in čustveno blagostanje.

Literatura

- Ayalon L, Tesch-Römer C, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer; 2018.
- Banerjee D, Rabheru K, Ivbijaro G, de Mendonca Lima CA. Dignity of older persons with mental health conditions: Why should clinicians care? *Frontiers in Psychiatry* 2012; 12: 774533.
- Bar-Tur L. Fostering Well-Being in the Elderly: Translating Theories on Positive Aging to Practical Approaches. *Front Med (Lausanne)*. 2021; 9(8): 517226.
- Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*. 1969; 9(4): 243–246.
- Clancy A, Simonsen N, Lind J, Liveng A, Johannessen A. The meaning of dignity for older adults: A meta-synthesis. *Nurs Ethics*. 2021; 28(6): 878–894.
- Georgantzi N. The European Union's Approach towards Ageism. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism*. International Perspectives on Aging, vol 19. Cham: Springer; 2018: 341–368.
- Gooding P. Navigating the 'Flashing Amber Lights' of the Right to Legal Capacity in the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Responding to Major Concerns. *Human Rights Law Review*. 2015; 15(1): 45–71.
- Hill RD. *Positive Aging: A Guide for Mental Health Professionals Consumers*. New York, W. W. Norton; 2005.
- Ippolito F, Sánchez, SI. Introduction. In: Ippolito F, Sánchez SI, eds. *Protecting Vulnerable Groups: The European Human Rights Framework*. London: Hart Publishing; 2015: 1–20.

- Levy BR. Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009; 18(6): 332–336.
- Moilanen T, Kangasniemi M, Papinaho O, Mynttinen M, Siipi H, Suominen S, et al. Older people's perceived autonomy in residential care: an integrative review. *Nurs Ethics.* 2021; 28(3): 414–434.
- North MS, Fiske ST. An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin.* 2012; 138(5): 982–997.
- OHCHR – Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons. 2025. Dostopno na: <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-older-person> (citirano 9. 5. 2025).
- Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1995; 69(4): 719–727.
- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1989; 57(6): 1069–1081.
- Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being.* 2008; 9(1): 13–39.
- Smith L. Elder Options, Inc. 2023. Dostopno na: <https://www.elderoptionsca.com/the-importance-of-autonomy-in-the-well-being-of-the-older-adult/> (citirano 12. 5. 2025).
- UNECE – United Nations Economic Commission for Europe. Policy Dialogue on the Mental Health of Older Persons. Geneva: UNECE; 2024. Dostopno na: <https://unece.org/mental-health-older-persons> (citirano 28. 4. 2025).
- United Nations (UN). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). 2006. Dostopno na: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (citirano 28. 4. 2025).
- Ustava Republike Slovenije. Uradni list RS št. 33/1991-I, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004, 68/2006, 47/2013, 75/2016, 92/2021.
- Williamson GM, Christie J. Aging Well in the 21st Century: Challenges and Opportunities. In: Lopez SJ, Snyder CR, eds. *The Oxford Handbook of Positive Psychology.* Oxford: Oxford University Press; 2009: 165–170.
- WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: WHO; 2021. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> (citirano 2. 6. 2025).
- WHO. Global report on ageism. Geneva: WHO; 2021a. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866> (citirano 23. 4. 2025).
- WHO. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO; 2021b. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707> (citirano 23. 4. 2025).
- WHO. Mental health of older adults: Addressing a growing concern. Geneva: WHO; 2023. Dostopno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (citirano 23. 4. 2025).
- WHO. World Health Organization QualityRights materials for training, guidance and transformation. 2019. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools> (citirano 23. 4. 2025).



Nosorog, 2024 (akvarel, pastel)

ZA USPEŠNO PSIHOTERAPIJO JE POMEMBNO DOPOLNJEVANJE PSIHIATRIČNE IN KLINIČNO PSIHOLOŠKE DIAGNOSTIKE S PSIHOTERAPEVTSKO DIAGNOSTIKO

Successful psychotherapy requires complementing psychiatric and clinical psychological diagnostics with psychotherapeutic diagnostics

Nuša Kovačević Tojnko, Miran Možina

POVZETEK

Članek opozarja na pomanjkljivo uporabnost kategorialne psihiatrične in klinično psihološke diagnostike v psihoterapiji, zato poudarja pomen razvijanja transdiagnostičnih sistematizacij duševnih motenj in dopolnjevanja le-teh s psihoterapevtsko diagnostiko. Psihiatrična in klinično psihološka diagnostika kategorizirata duševne motnje, sindrome in simptome (npr. DSM, MKB, SCID, MMPI-2), psihoterapevtska pa olajšuje konceptualizacijo primera za psihoterapevtsko obravnavo, tako da vključuje psihodinamske, relacijske in

Avtorica: Nuša Kovačević Tojnko

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica psihoterapevtske znanosti, psihologinja, psihoterapevka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Ambulanta za duševno zdravje Pamina, Jadranska cesta 23, 2000 Maribor; Univerza Alma Mater Europaea, Slovenska ulica 17, 2000 Maribor

E-naslov: nusa.kt@almamater.si

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-9176-3093>

Avtor: Miran Možina

Znanstveni in strokovni naziv: doktor psihoterapevtske znanosti, psihiater, psihoterapevt

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Univerza Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana, Trubarjeva cesta 65, 1000 Ljubljana

E-naslov: miranmozina.slo@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8081-0166>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_09, CC BY-SA

kontekstualne vidike. Procesna psihoterapevtska diagnostika spremlja skupne dejavnike, ki ključno vplivajo na izid psihoterapevtske obravnave. Uporaba sodobnih računalniško podprtih tehnologij za procesno diagnostiko, kot je sinergetični navigacijski sistem (SNS), omogoča spremljanje terapevtskega procesa v dejanskem času obravnave. Hkrati se uporaba teh tehnologij sooča z omejitvami in etičnimi izzivi.

Ključne besede: *kategorialna psihiatrična diagnostika, klinično psihološka diagnostika, transdiagnostika, psihoterapevtska diagnostika, procesna diagnostika, idiografskost, personalizirana psihoterapija*

ABSTRACT

The article highlights the lack of applicability of categorical psychiatric and clinical-psychological diagnoses in psychotherapy. It therefore emphasises the importance of developing transdiagnostic systematisations of mental disorders and supplementing them with psychotherapeutic diagnostics. Psychiatric and clinical-psychological diagnostics categorise mental disorders, syndromes and symptoms (e.g. DSM, ICD, SCID, MMPI-2), while psychotherapeutic diagnostics facilitate case conceptualisation for psychotherapeutic treatment by incorporating psychodynamic, relational and contextual aspects. Psychotherapeutic process diagnostics monitors common factors that have a significant influence on the outcome of psychotherapeutic treatment. The use of modern computerised technologies for process diagnostics, such as the Synergetic Navigation System (SNS), makes it possible to monitor the therapeutic process in real time during treatment. At the same time, however, the use of these technologies also comes up against limitations and ethical challenges.

Keywords: *categorical psychiatric diagnostics, clinical psychological diagnostics, transdiagnostics, psychotherapeutic diagnostics, process diagnostics, idiographic approach, personalized psychotherapy*

Kratka predstavitev avtorjev

Nuša Kovačević Tojnko, je psihologinja, doktorica psihoterapevtske znanosti, psihoanalitična psihoterapevtka (ECPP, EAP, SDP), supervizorka in učna terapevtka (ECPP), direktorica Ambulante za duševno zdravje Pamina Maribor, Ravne na Koroškem in Moravske Toplice, koordinatorica Oddelka za psihologijo in psihoterapijo Univerze Alma Mater Europaea. Njena glavna področja raziskovanja so proces in izid psihoterapije in supervizije, povezanost psihoterapevtskega in supervizijskega procesa.

Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, doktor znanosti s področja psihoterapevtske znanosti, je zaposlen kot direktor in profesor na Univerzi Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana. Glavno področje njegovega dela in raziskovanja je razvijanje psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede.

1 UVOD

Psihoterapija se uveljavlja kot znanstvena disciplina, ki združuje na dokazih utemeljene prakse (angl. evidence based practices) in na praksi utemeljene dokaze (angl. practice based evidence) (Možina, 2021). Prav tako združuje nomotetičnost in idiografskost, kar omogoča razvijanje »personalizirane psihoterapije« (Schiepek in sod., 2015; Wampold, 2015). Kategorialna psihiatrična diagnostika, ki temelji na kategorizaciji simptomov po DSM-5 in MKB-11, je ključna za psihiatrično in klinično psihološko prakso, medtem ko psihoterapevtska diagnostika ponuja individualizirano konceptualizacijo primera, tj. idiografski vpogled v enkratnost vsakega klienta oz. klientskega sistema, v njegovo subjektivno doživljanje, relacijske vzorce, notranje konflikte, življenjski kontekst idr. (McWilliams, 2011). Procesna psihoterapevtska diagnostika spremlja dinamiko terapevtskega procesa in medsebojni vpliv skupnih dejavnikov (Norcross in Wampold, 2019; Možina, 2024a in 2024b), kar izboljšuje izide psihoterapije. Sodobne računalniško podprte tehnologije, kot je sinergetični navigacijski sistem (SNS), ki temelji na teoriji nelinearne dinamike kompleksnih sistemov (Schiepek in sod., 2020), izboljšujejo merljivost in individualizacijo terapevtske obravnave v smeri personalizirane psihoterapije (Kovačević Tojnko in Rožič, 2024; Možina, 2024a in 2024b; Vajda, 2024). Članek primerja različna diagnostična orodja, kot so OPD-2, PDM-2, CORE-OM in SNS, in razpravlja o prednostih, omejitvah, etičnih izzivih in prihodnjih smereh razvoja (Barkham in sod., 2023; Cuijpers in sod., 2021).

2 POMANJKLJIVOSTI KATEGORIALNE PSIHIATRIČNE DIAGNOSTIKE IN ISKANJE TRANSDIAGNOSTIČNIH SISTEMATIZACIJ DUŠEVNIH MOTENJ

Čeprav so slovenski zdravniki (med njimi seveda tudi psihiatri) glede diagnosticiranja duševnih motenj zavezani uporabi kategorialne diagnostike mednarodne klasifikacije bolezni (MKB; trenutno v prehodu k 11. reviziji), saj v sedanji ureditvi zdravstvenega sistema le na tej osnovi lahko upravičujejo in obračunavajo svoje diagnostične in terapevtske storitve, pa tovrstna diagnostika ne omogoča smiselnega in učinkovitega načrtovanja in izvajanja psihoterapije. Prav tako vse več strokovnjakov po svetu, med njimi tudi psihiatričnih in psiholoških združenj, opozarja na njene pomanjkljivosti (npr. Blazer, 2005; Čeh, 2024; Ledford, 2013; Možina, 2024a; The British Psychological Society, 2013; Timimi, 2013; Stein in sod., 2022; Šugman Bohinc in Miškulin, 2024; Vec, 2024).

Glavne slabosti kategorialne diagnostike, ki temelji na biomedicinskem modelu, so (Lebowitz in sod., 2019): a) povzročanje esencializma, ki lahko ustvari ali okrepi vtis, da so duševne motnje relativno nespremenljive oz. jih ni mogoče odpraviti, kar krepi pesimizem glede prognoze; b) zmanjšanje empatije zdravnikov do bolnikov; c) vpliv na preference glede zdravljenja, kar vodi k večjemu zaupanju v farmakoterapijo in manjšemu zaupanju v psihoterapijo; č) zmanjšanje zaupanja ljudi v lastno sposobnost premagovanja težav.

Tako se vse bolj intenzivira iskanje transdiagnostičnih procesov oz. mehanizmov, ki predstavljajo podlago za različne duševne motnje. Za večino njih v sistemu DSM ali MKB do danes še nismo našli biološkega markerja ali posameznega kognitivnega procesa, ki bi bil povezan s posamezno kategorialno psihiatrično diagnozo. Večinoma so taki markerji ali procesi povezani s številnimi diagnostičnimi kategorijami, zato so raziskovalci začeli iskati mehanizme, preko katerih so okoljski dejavniki, kot so revščina, diskriminacija, osamljenost, neustrezno ravnanje z otroki ali travme, povezani s številnimi duševnimi motnjami. Čeprav Fusar-Poli in sodelavci (2019) v sistematičnem pregledu ugotavljajo, da transdiagnostični pristopi še niso privedli do nove paradigme v diagnostiki in kliničnem delu, pa Lynch in sodelavci (2021) v sistematičnem pregledu transdiagnostičnih rizičnih in varovalnih dejavnikov za splošno in specifično psihopatologijo pri mladih (starih od 10 do 24 let) poročajo o obetavnih izsledkih o transdiagnostičnem vplivu raznih biopsihosocialnih dejavnikov.

Nekateri avtorji predlagajo dopolnitev DSM kategorialne diagnostike z dimenzionalno (npr. Narrow in Kuhl, 2011), Hayes in sodelavci (1996) pa se npr. zavzemajo za funkcionalno dimenzionalni pristop, saj osnova klasificiranju ne bi smela biti posameznikovo vedenje in simptomatika, temveč duševni procesi, ki ju povzročajo in ohranjajo. Ameriški nacionalni inštitut za duševno zdravje (National Institute of Mental Health) je leta 2009 začel razvijati nov transdiagnostični okvir za raziskovanje psihiatrične simptomatike, imenovan kriteriji za raziskovalna področja (Research Domain Criteria – RDoC). Namesto DSM-diagnoz uvaja široke raziskovalne kategorije, ki temeljijo na temeljnih kognitivnih, vedenjskih in nevroloških mehanizmih. Tako npr. področje negativna valenca vključuje kategorije, kot so strah, tesnoba in izguba. Vsako kategorijo poskušajo utemeljiti na osnovi genetike, nevronske povezave in vedenja (Ledford, 2013). Cuthbert (2015) v zvezi z RDoC opozarja, da značilnosti duševnih motenj obstajajo na kontinuumu, pri čemer lahko komorbidnost odraža vzorce simptomov, ki so posledica skupnih dejavnikov tveganja in so morda temelj ene same duševne motnje. Takšen pristop naj bi pomagal pojasniti širšo strukturo psihopatoloških pojavov, meje in prekrivanja med duševnimi motnjami.

Medtem ko je bil cilj uvajanja DSM izboljšati zanesljivost diagnosticiranja duševnih motenj, pa je cilj modela biološke klasifikacije duševnih motenj (Biological Classification of Mental Disorders – BeCOME) (Brückl in sod., 2020), ki so ga začeli razvijati leta 2015 na Inštitutu Max Planck za psihiatrijo v Münchnu, duševne motnje opredeliti kot bolezni z biološko podlago. V ta namen uporabljajo podatke, ki jih dobijo s pomočjo genetskih, molekularnih, fizioloških, slikovnih (npr. fMRI), nevropsiholoških, psihofizioloških in psihometričnih meritev. Fokus študij BeCOME so duševne motnje, povezane s stresom.

Kotov in sodelavci (2017) navajajo, da ekspanzivnost psihiatrične diagnostike med drugim vse bolj patologizira vsakdanje duševne težave ljudi. Opozarjajo tudi na diagnostično nestabilnost, na pogoste nejasne razmejitve med motnjami in komorbidnimi stanji in na heterogenosti znotraj posameznih motenj, ki so posledica arbitrarno sprejetih razlik med psihopatologijo in normalnostjo. Avtorji slabosti tradicionalne taksonomije vidijo predvsem v: a) vsiljevanju kategorialne konceptualizacije za zelo razširjene pojave, kar vodi v znatno izgubo informacij in diagnostično nestabilnost; b) omejeni zanesljivosti tradicionalne kategorialne diagnostike, saj je bilo pri kliničnem preizkušanju diagnostičnih meril za duševne motnje, opredeljene v DSM-5, ugotovljeno, da 40% le-teh ni zadostilo niti blažjim kriterijem zanesljivosti, čeprav so iste motnje pogosto pokazale odlično zanesljivost, ko so bile operacionalizirane dimenzionalno; c) poskusu obravnave heterogenosti patoloških procesov z opredelitvijo podtipov motenj, ki so namesto na izsledkih strukturnih raziskav opredeljeni arbitrarno, zaradi česar razmejitve med podskupinami ni mogoča; č) visoki komorbidnosti obstoječih duševnih motenj, kar otežuje načrtovanje raziskav in klinično odločanje, saj komorbidnost izkrivlja rezultate študij in vpliva na zdravljenje, obenem pa visoka komorbidnost nakazuje na to, da so bila nekatera enotna stanja razdeljena na več diagnoz, ki se posledično pogosto pojavljajo skupaj, kar kaže na potrebo po ponovnem določanju meja med motnjami; d) tem, da veliko bolnikov, kljub znakom očitne stiske ali prizadetosti, ki kažejo na potrebo po oskrbi, ne izpolni meril za nobeno duševno motnjo, kar bistveno vpliva na njihov status in obravnavo.

Za izboljšanje vseh teh pomanjkljivosti Kotov in sodelavci (2017) predlagajo t. i. model hierarhične taksonomije psihopatologije (HiTOP), ki sindrome in podtipke konstruira na podlagi opažene kovariance simptomov. Pri tem so sorodni simptomi združeni v skupine, kar zmanjšuje heterogenost, sindromi, ki se pojavljajo istočasno, pa so združeni v spektre, s čimer se jasno prikaže komorbidnost. Pojavi so poleg tega opredeljeni dimenzionalno, kar naslavlja probleme razmejevanja in diagnostično nestabilnost. Model HiTOP naj bi odpravil omejitve tradicionalne taksonomije, izboljšal raziskave in klinično prakso in zagotovil učinkovit način za povzemanje in posredovanje informacij

o dejavnikih tveganja, etiologiji, patofiziologiji, fenomenologiji, poteku bolezni in odzivu na zdravljenje, s čimer bi se uporabnost psihiatrične diagnostike bistveno izboljšala. Vsekakor pa so zaenkrat vsi poskusi razvijanja psihiatrične transdiagnostike še daleč od tega, da bi lahko prišlo do zamenjave sistemov DSM in MKB v klinični praksi.

3 MERLJIVOST IN STANDARDIZACIJA V PSIHOTERAPIJI

Ker kategorialne psihiatrične diagnoze ne korelirajo z izidi psihoterapevtskih obravnav (Duncan in sod., 2017; Miller, 2012; Milller in Bargmann, 2011; Miller in Donahey, 2012; Miller in Duncan, 2012), psihoterapevti že dolgo razvijajo in uporabljajo lastne sisteme za oceno in diagnostiko (npr. Aktar, 2009; Bartuska in sod., 2008; Cooper in Alfile, 1998 in 2011; Mace, 1995; Marquis, 2007; Newirth, 2018; Priest, 2024; Rustin in Quagliata, 2000). V zadnjih dveh desetletjih so se pokazali kot posebej dragoceni procesni načini ocenjevanja in individualizirana, idiografska diagnostika (v okviru t. i. personalizirane psihoterapije), na osnovi katerih je mogoče učinkovitejše vodenje psihoterapevtskega procesa (Fisher, 2015; Lambert, 2010; Meier, 2014; Možina, 2024a in 2024b; Jennissen in sod., 2018; Olthof in sod., 2020; Schiepek, 2003; Schiepek in Cremers, 2003; Schiepek in sod., 2015 in 2016; Schöller in sod., 2018;).

Sprotno zbiranje klientovih povratnih informacij in njihova uporaba za vodenje terapevtskega procesa prispevata k terapevtskemu izidu od 15 do 31 %. Z razvojem računalniške in komunikacijske tehnologije postaja povratno informirana obravnava vse pomembnejša podpora za večanje učinkovitosti psihoterapije (Vajda, 2024). Najboljša napovedovalca izida sta klientovo doživljanje terapevtskega delovnega odnosa in njegovo sprejemanje ciljev, nalog in metod (Norcross, 2010). Ker psihoterapevti napredek in zadovoljstvo svojih klientov pogosto precenjujejo in so le v 5 % sposobni zaznati njihovo stagnacijo ali negativni izid (Hannan in sod., 2005; Maeschalck in sod., 2019) in ker primerjave terapevtovih in klientovih ocen procesa kažejo velike razlike, terapevtova perspektiva ni samozadosten vir podatkov tako za evalvacijo kot tudi načrtovanje obravnave (Schuckard in sod., 2017).

V zadnjih dveh desetletjih so se zato razvili verodostojnejši načini zbiranja klientovih povratnih informacij, kot so povratno informirana obravnava (angl. feedback-informed treatment – FIT) (Miller in sod., 2015), rutinsko merjenje izida (angl. routine outcome measurement – ROM) (de Beurs in sod., 2011; Maeschalck in sod., 2019; Miller, 2012) in spremljanje v dejanskem času poteka

obravnav (angl. Real Time Monitoring – RTM) (Schiepek, 1999 in 2008; Schiepek in sod., 2005; Sommerfeld, 2005). Tovrstni podatki pomagajo k informiranemu odločanju o vrsti obravnave in o tem, ali jo je treba nadaljevati, spremeniti oz. zaključiti. Če način dela ne kaže rezultatov, ga je treba spreminjati toliko časa, dokler se učinki ne pokažejo (Prescott in sod., 2017).

Merljivost je temelj sodobne psihoterapije, saj omogoča celostno ocenjevanje psihoterapevtskih izidov in evalvacijo uspešnosti in učinkovitosti. Psihiatrična in klinično psihološka diagnostika uporabljata standardizirane instrumente, kot sta strukturirani klinični intervju (angl. Structured Clinical Interview for DSM Disorders – SCID) in minnesotski multifazični osebnostni vprašalnik (angl. Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI-2), ki zagotavljajo zanesljivo diagnostiko simptomatike (Kendell in Jablensky, 2003). SCID npr. omogoča sistematično ocenjevanje DSM-diagnoz, podprto z obsežnimi validacijskimi študijami (First in sod., 1996). Kategorialna psihiatrična diagnostika se omejuje na patologijo in simptomatiko, zanemarja pa psihodinamske, relacijske, kontekstualne in procesne vidike, ki so za psihoterapevtsko obravnavo ključni.

Nasprotno pa psihoterapevtska diagnostika združuje kvantitativne in kvalitativne pristope za celostno razumevanje klienta in terapevtskega procesa. McWilliams (2011) npr. poudarja, da konceptualizacija primera vključuje razumevanje notranjih konfliktov, obrambnih mehanizmov in relacijskih vzorcev, kar presega simptomatsko kategorizacijo. Procesna diagnostika, podprta z orodji, kot so vprašalnik za strukturirano psihodinamsko diagnostiko (angl. Operationalized Psychodynamic Diagnosis Structure Questionnaire – OPD-SQ), psihodinamski diagnostični priročnik (angl. Psychodynamic Diagnostic Manual) in klinični izidi pri rutinski evalvaciji (angl. Clinical Outcomes in Routine Evaluation – CORE-OM), omogoča sprotno spremljanje terapevtskega napredka in prilagajanje intervencij (Lambert, 2013). Pomembno je tudi spremljanje skupnih dejavnikov, ki vključujejo klientove in terapevtove dejavnike, psihoterapevtsko alianso, povratno informiranje, splošne in specifične učinke metod in tehnik (Duncan, 2017; Norcross in Wampold, 2019; Wampold in Imel, 2015).

Tudi glede diagnostike in obravnave motenj osebnosti Benedik (2024) poudarja, da alternativna klasifikacija iz DSM-5 in uradna verzija iz MKB-11 kljub pomembnemu premiku k dimenzionalnemu ocenjevanju in čeprav povzemata nove kriterije motenj osebnosti iz različnih ocenjevalnih paradigem – pretežno iz psihoanalitičnih in multivariatnih psiholoških modelov – kot ateoretska sistema še vedno ostajata zgolj na deskriptivni in simptomatski ravni. Psihoterapevtski klasifikacijski sistemi, kot sta PDM-2 in OPD-2, torej omogočajo boljše razumevanje (patološkega) delovanja osebnosti in s tem uspešnejšo psihoterapevtsko obravnavo (Lingiardi in McWilliams, 2017; Westen in sod., 2012).

Sodobne računalniško podprte tehnologije dodatno krepijo merljivost. SNS, ki temelji na teoriji nelinearne dinamike kompleksnih sistemov, teoriji kaosa in sinergetiki (Schiepek in sod., 2015), omogoča spremljanje terapevtskega procesa v dejanskem času, povratno informirano obravnavo in supervizijo (Kovačević Tojnko in Rožič, 2024; Možina, 2022). Digitalni vprašalniki, podprti z umetno inteligenco, analizirajo velike količine podatkov in napovedujejo psihoterapevtske izide (Cuijpers in sod., 2021). Barkham in sodelavci (2023) poudarjajo, da takšni pristopi povečujejo kakovost in učinkovitost psihoterapije.

4 OD BIOMEDICINSKEGA K TRANSDIAGNOSTIČNEMU, TRANSTEORETIČNEMU IN TRANSKULTURALNEMU KONTEKSTUALNEMU MODELU

Leta 2001 je Bruce Wampold objavil knjigo z naslovom Velika psihoterapevtska razprava in jo nato nadgradil z dopolnjeno izdajo leta 2015 (Wampold, 2001; Wampold in Imel, 2015). Na podlagi številnih raziskav je spodbil prepričanje, da lahko psihoterapijo najbolje razumemo in izvajamo na osnovi biomedicinskega modela. Predvsem na podlagi metaanaliz je na novo utemeljil t. i. kontekstualni model, ki v primerjavi z biomedicinskim omogoča popolnoma nove uvide v delovanje psihoterapije. Pokazal je slabosti pretiranega poudarjanja empirično podprtih metod psihoterapije (angl. Empirically Supported Treatments – EST), ki temeljijo na medicinskem modelu, in pozval k nadaljnjemu raziskovanju skupnih dejavnikov, na podlagi katerih je v 60. letih prejšnjega stoletja izrasel kontekstualni model, ki je transdiagnostičen, transteoretičen in transkulturalen.

Tabela 1: Razlike med biomedicinskim in kontekstualnim modelom (po Wampold in Imel, 2015)

BIOMEDICINSKI MODEL	KONTEKSTUALNI MODEL
Razvoj sodobne medicine (od srede 19. stoletja naprej)	Razvoj širših kulturnih tokov, tradicionalnih zdraviteljskih praks in humanizma
Dualizem telesa in uma (duha)	Holizem
Biomedicinski model	Biopsihosocialni model
Zdravje kot odsotnost bolezni	Zdravje kot stanje telesnega, psihičnega in socialnega ravnesja
Somatogenetska, monokavzalna etiologija – moteni biokemični in/ali nevrofiziološki procesi	Biopsihosocialna, večvzročna etiologija
Specifičnost diagnoze	Kontekstualizirana ocena
Specifičnost terapevtske obravnave	Skupne značilnosti terapevtskih obravnav

Subspecializacija in fragmentacija zdravljenja	Integracija zdravljenja
Superiornost določenega terapevtskega pristopa/metode	Različni psihoterapevtski pristopi so na splošno enako učinkoviti (razsodba ptiča dodo).
Ključne so psihoterapevtske tehnike, saj bistveno vplivajo na izid terapije.	Ključni so skupni dejavniki: klientovi dejavniki, terapevtovi dejavniki, terapevtski odnos/alianša, povratno informiranje.
Empirično podprte terapije (angl. Empirically Supported Treatments – EST)	Na dokazih utemeljene prakse (angl. Evidence Based Practices – EBP) in na praksi utemeljene dokaze (angl. Practice-Based Evidence – PBE)
Standardizirani priročniki	Prilagajanje terapije potrebam in značilnostim vsakega klienta

5 PRIMERJALNI PREGLED PSIHIATRIČNE, KLINIČNO PSIHOLOŠKE IN PSIHOTERAPEVTSKE DIAGNOSTIKE

Psihiatrična in klinično psihološka diagnostika izhajata iz bolezenskega modela in se osredotočata na kategorizacijo simptomov/sindromov in postavitev kategorialne diagnoze, medtem ko psihoterapevtska diagnostika preko konceptualizacije primera omogoča idiografski, personalizirani vpogled v psihodinamske, relacijske, kontekstualne in procesne vidike obravnave (McWilliams, 2011; Možina, 2024). Tabeli 2 in 3 omogočata primerjalni pregled med obema pristopoma.

Tabela 2: Primerjava psihiatrične in klinično psihološke diagnostike s psihoterapevtsko diagnostiko

	Psihiatrična in klinično psihološka diagnostika	Psihoterapevtska diagnostika
Osnova	Bolezenski pristop	Kontekstualni pristop
Cilj	Postavitev zanesljive diagnoze	Konceptualizacija primera in spremljanje terapevtskega procesa v dejanskem času obravnave
Standardizacija	Standardizirana orodja (napr. SCID, MMPI-2)	Standardizirana orodja (OPD-2, OPD-SQ, PDM-2), računalniško podprta orodja
Merljivost	Kvantitativno ocenjevanje simptomatike	Celostno kvantitativno in kvalitativno ocenjevanje
Empirična podpora	Metaanalize (Kendell in Jablensky, 2003)	Metaanalize (Norcross in Wampold, 2019)
Uporaba	Medikamentozno blaženje simptomov in raziskave	Idiografska diagnostika, personalizirana psihoterapija

Tabela 3: Razlike med psihiatrično in klinično psihološko in psihoterapevtsko diagnostiko

	Psihiatrična in klinično psihološka diagnostika	Psihoterapevtska diagnostika
<i>Fokus</i>	Simptomi, kategorizacija	Simptomi, konflikti, odnosi
<i>Globina vpogleda</i>	Površinski, simptomatski	Globinski, psihodinamski, relacijski
<i>Procesna diagnostika</i>	Omejena	Ključna (skupni dejavniki, napredek)
<i>Orodja</i>	Napr. SCID, MMPI-2, DSM/ICD	OPD-2, OPD-SQ, PDM-2, CORE-OM, SNS
<i>Časovna zahtevnost</i>	30–60 minut ali več, presečno pred in med terapevtsko obravnavo in po njej	1–2 uri (OPD-2); spremljanje v dejanskem času (SNS)
<i>Tehnološka podpora</i>	Omejena (papirnati vprašalniki)	Napredna (digitalni vprašalniki, UI, SNS)

5.1 Analiza diagnostičnih orodij

Med pomembnejša diagnostična orodja, ki skupaj ali v različnih kombinacijah omogočajo boljšo konceptualizacijo primerov in učinkovitejšo psihoterapevtsko obravnavo, spadajo:

- Strukturirani klinični intervju (SCID) – za postavitev diagnoz po DSM: omogoča zanesljivo ocenjevanje simptomov, podprto z validacijskimi študijami (First in sod., 1996). Primeren je za hitro diagnostiko, a ne obravnava relacijskih, psihodinamskih in kontekstualnih vidikov, kar omejuje njegovo uporabo v psihoterapiji.
- Minnesotski multifazični osebnostni vprašalnik (MMPI-2): je psihometrični vprašalnik, ki meri osebnostne značilnosti in psihopatologijo. Zaradi svoje robustne validacije je široko uporabljen, a je omejen na zavestno poročanje, tako da zanemara nezavedne dinamike (Butcher in sod., 2001).
- Vprašalnik za strukturirano psihodinamsko diagnostiko (OPD-2): je večosni sistem, ki ocenjuje štiri ključne dimenzije, in sicer doživljanje bolezni (os I), relacijske vzorce (os II), notranje konflikte (os III) in osebnostno strukturo (os IV) (OPD, 2007). McWilliams (2011) poudarja, da OPD-2 omogoča celostno konceptualizacijo primera, saj združuje psihodinamski vpogled s standardiziranim ocenjevanjem. Pri klientu z anksioznostjo OPD-2 npr. razkrije povezavo med simptomi in nerešenimi konflikti iz otroštva, kar omogoča prilagajanje terapevtske obravnave posameznemu klientu.
- Vprašalnik za strukturirano psihodinamsko diagnostiko – za lastno ocenjevanje (OPD-SQ): je samoocenjevalni vprašalnik, ki hitro oceni

osebnostno strukturo. Lorenzini in sodelavci (2021) potrjujejo njegovo veljavnost v različnih kulturah, kar širi razpon klinične uporabe.

- d) Psihodinamski diagnostični priročnik (PDM-2) omogoča bolj celostno, individualizirano in biopsihosocialno orientirano oceno osebnosti, s katero se je mogoče bolj približati kompleksnosti človekove izkušnje – tako zdrave kot patološke (Lingiardi in McWilliams, 2017; Lingiardi in sod., 2015). PDM omogoča preseganje omejitev psihiatričnih deskriptivnih opisov osebnosti, saj zajema tudi psihodinamske in subjektivne vidike motenj.
- e) Vprašalnik za klinično ocenjevanje izidov (CORE-OM): je orodje za procesno diagnostiko, ki meri splošno blagostanje, simptome, delovanje in tveganje. Barkham in sodelavci (2023) navajajo, da je CORE-OM posebej uporaben za sprotno spremljanje napredka, saj zagotavlja povratne informacije za prilagajanje terapije vsakemu primeru posebej. Pri klientu z depresijo lahko CORE-OM npr. zazna izboljšanje v socialnem delovanju, kar terapevtu pomaga osredotočiti se na specifične intervencije.
- f) Sinergetični navigacijski sistem (SNS): je zasnovan na transdisciplinarni teoriji sinergetike (Schiepek in sod., 2016) in omogoča procesno spremljanje v dejanskem času terapevtske obravnave, npr. spremljanje klientovih vzorcev mišljenja, čustvovanja in vedenja z uporabo vprašalnikov, kot je dnevni vprašalnik psihoterapevtskega procesa za kliente (nem. Der Therapie-Prozessbogen – TPB) (Schiepek in sod., 2012). Grafični prikazi omogočajo terapevtu in klientu (pa tudi supervizorju) spremljanje sprememb teh vzorcev v času obravnave, kar povečuje učinkovitost terapije in supervizije (Schiepek in sod., 2020). Kovačević Tojnkó in Rožič (2024) v študiji primera 38-letnega moškega z impulzivnostjo in odvisnostjo od alkohola prikazujeta, kako SNS prepozna tvegane faze (npr. nihanja v občutenju jeze), kar omogoča pravočasne prilagoditve terapije.

5.2 Vloga skupnih dejavnikov in procesne diagnostike

Skupni dejavniki imajo ključen vpliv na terapevtske izide. Če jih upoštevamo, kot je to napravil Wampold (Wampold in Imel, 2015) v kontekstualnem modelu, se težišče terapevtske obravnave in raziskovanja iz psihoterapevta prenese na klienta. Duncan (2017) je na podlagi metaanaliz izluščil pet skupnih dejavnikov, ki prispevajo k uspešnemu izidu psihoterapije: klientovi in terapevtovi dejavniki, aliansa (terapevtski delovni odnos), povratno informiranje, splošne in specifične učinke modela/tehnike. Največji delež (87 %) predstavljajo klientovi dejavniki, predvsem življenjske okoliščine v času obravnave, le 13 % vpliva na izid psihoterapije pa zajemajo učinki obravnave, v katero se štejejo naslednji dejavniki: psihoterapevtski delovni odnos med psihoterapevtom in klientom (38–54 %), psihoterapevtovi učinki (46–69 %), specifični učinki posameznega

modela oz. pristopa (8 %), splošni učinki posameznega modela oz. pristopa, klientova pričakovanja in psihoterapevtovo zaupanje v model oz. tehniko, razlago in ritual (okvirno 30 %) in ne nazadnje učinki povratnih informacij (15–31 %). Ti zvišajo uspešnost izida psihoterapije za tretjino (s 34 % na 47 %) in razpolovijo neuspešne izide (z 19 % na 8 %) (Miller in sod., 2006).

Procesna diagnostika, podprta z orodji, kot sta CORE-OM in SNS, omogoča sprotno prilagajanje terapije na podlagi povratnih informacij, zato govorimo o povratno informirani obravnavi (angl. Feedback Informed Treatment – FIT) (Lambert, 2013). Schiepek in sodelavci (2015) poudarjajo, da SNS uporablja analizo nelinearne dinamike za prepoznavanje faz kritične nestabilnosti v psihoterapevtskem procesu, kar je posebej koristno pri obravnavi kompleksnih primerov, kot so klienti z osebnostnimi motnjami. V študiji primera je npr. SNS zaznal nestabilne vzorce, ki so napovedovali tveganje za ponovitev pitja, kar je terapevtu omogočilo ciljane intervencije (Kovačević Tojnko in Rožič, 2024).

Procesna diagnostika je še posebej pomembna pri dolgotrajnih obravnavah, kjer je upravljanje terapevtskega procesa zahtevnejše. Lambert (2013) navaja, da povratne informacije iz orodij, kot je CORE-OM, zmanjšajo tveganje za prekinitev terapije za 20 %. Prav tako študije poročajo o izboljšanih izidih pri obravnavanju različnih duševnih motenj (npr. pri anksioznih in depresivnih motnjah) (Barkham in sod., 2023).

5.3 Računalniško podprte inovacije v psihoterapevtski diagnostiki

Sodobne računalniško podprte inovacije širijo domet psihoterapevtske diagnostike. Digitalni OPD-SQ omogoča hitrejšo in zanesljivejšo ocenjevanje osebnostne strukture (Lorenzini in sod., 2021), medtem ko umetna inteligenca (UI) analizira vzorce in napoveduje izide (Cuijpers in sod., 2021). UI lahko npr. na podlagi dnevnih vnosov prepozna zgodnje znake poslabšanja depresije ali povečano nevarnost za samomor, kar omogoča pravočasne intervencije.

SNS je napreden primer tehnološke integracije. Schiepek in sodelavci (2020) opisujejo, kako SNS uporablja analizo nelinearne dinamike časovnih vrst, zbranih s pomočjo dnevnih vprašalnikov klienta. Grafi za povratno informiranje prikazujejo kontinuum sprememb, kar psihoterapevtu in supervizorju omogoča prepoznavanje kritičnih faz nestabilnosti v psihoterapiji. Kovačević Tojnko in Rožič (2024) poročata, da klienti dojemajo dnevno izpolnjevanje vprašalnikov kot »majhno osebno terapijo«, kar povečuje njihovo angažiranost in motiviranost za sodelovanje v terapiji. SNS je posebej uporaben pri kompleksnih kliničnih primerih, kot so komorbidne motnje ali odvisnosti, kjer so vzorci še posebej nestabilni.

Tehnologija pa s sabo prinaša etične izzive. Barkham in sodelavci (2023) opozarjajo na vprašanja zasebnosti in varnosti podatkov, zlasti pri uporabi UI in digitalnih platform. Terapevti morajo zagotoviti, da so podatki šifrirani in da klienti razumejo, kako se njihovi podatki uporabljajo. Poleg tega implementacija novih računalniško podprtih tehnologij predstavlja dodaten strošek, kar omejuje dostopnost v manj razvitih sistemih za varovanje duševnega zdravja. Vsekakor pa se vložek glede na koristi obrestuje.

Tabela 4: Primerjava tehnoloških orodij v psihoterapevtski diagnostiki

Orodje	Opis	Prednosti	Omejitve
Digitalni OPD-SQ	Samooценjevalni vprašalnik	Hitrost, zanesljivost	Omejen na osebnostno strukturo
SNS	Redno spremljanje v času obravnave, povratni grafi	Napoved psihičnih stanj klienta	Visoki stroški, usposabljanje
UI-platforme	UI-platforme	Natančnost, avtomatizacija	Etični izzivi, zasebnost

5.4 Prednosti in omejitve različnih diagnostik za psihoterapevtsko obravnavo

Prednosti kategorialne psihiatrične diagnostike so v hitrosti in relativni preprostosti uporabe v kliničnih in raziskovalnih okoljih (univerzalna vrednost), žal pa se že desetletja vse bolj kažejo njene slabosti, ki so zasenčile pozitivne vidike. Omejena je namreč na bolezenski model in poudarja patologijo, zanemarja pa relacijske, salutološke in kontekstualne dejavnike. Diagnoza depresije po DSM-5 npr. ne razkrije, s čim so simptomi povezani (npr. z izgubo ali travmo), kar omejuje načrtovanje obravnave.

Psihoterapevtska diagnostika omogoča celovitejšo oceno, saj razkriva psihodinamske, relacijske, procesne in kontekstualne vidike (McWilliams, 2011; Možina, 2023, 2024a in 2024b), in s tem individualizacijo, tj. prilagajanje obravnave potrebam posameznega klienta (Lambert, 2013). S poudarkom na relacijskem vidiku konceptualizacija primera krepi psihoterapevtsko delovno alianso (Norcross in Wampold, 2019). Omejitve vključujejo časovno zahtevnost in potrebo po specializiranem usposabljanju. Tehnologije, kot je SNS, zmanjšujejo časovne omejitve z avtomatizacijo, a zahtevajo naložbe v infrastrukturo in usposabljanje (Schiepek in sod., 2020), predvsem pa razvijanje kulture povratno informirane obravnave (Vajda, 2024). Etični izzivi, kot je varovanje podatkov, pa dodatno otežujejo implementacijo (Barkham in sod., 2023).

6 PRIHODNJI IZZIVI IN PRILOŽNOSTI

Prihodnje raziskave bi se morale osredotočiti na več ključnih področij:

- a) Medkulturna validacija: orodja, kot sta OPD-2 in SNS, so večinoma validirana v zahodnih kontekstih. Lorenzini in sodelavci (2021) pozivajo k študijam v različnih kulturah, kar je pomembno za globalno uporabo.
- b) Cenovna dostopnost: visoki stroški računalniško podprtih tehnologij omejujejo dostop v manj razvitih sistemih. Cuijpers in sodelavci (2021) predlagajo razvoj odprtokodnih platform za širšo dostopnost.
- c) Izobraževanje psihoterapevtov: Masten (2008) poudarja potrebo po stalnem usposabljanju za uporabo procesne diagnostike in tehnologij. Slovenski kontekst zahteva večjo integracijo teh vsebin v izobraževalne programe (Vajda, 2024).
- č) Etični vidiki: Barkham in sodelavci (2023) opozarjajo na potrebo po jasnih smernicah za varovanje podatkov in informirano privolitev klientov pri uporabi UI in digitalnih orodij.
- d) Integracija tehnologij: prihodnje platforme bi morale združevati kvantitativne in kvalitativne (npr. OPD-2) pristope za celostno diagnostiko, kot to omogoča SNS (Schiepek in sod., 2020) (npr. hibridni modeli, ki povezujejo SNS z UI).

Praktične implikacije vključujejo razvoj standardiziranih protokolov za uporabo računalniško podprtih tehnologij in vključevanje procesne diagnostike v klinično prakso. Bolnišnice bi lahko npr. uvedle SNS za spremljanje hospitaliziranih klientov, kar bi zmanjšalo tveganje za relaps.

7 ZAKLJUČEK

Za uspešno psihoterapijo je pomembno dopolnjevanje psihiatrične in klinično psihološke diagnostike s psihoterapevtsko diagnostiko. Medtem ko psihiatrična diagnostika zagotavlja hitro postavljanje kategorialnih diagnoz, ki temeljijo na bolezenskem modelu, psihoterapevtska diagnostika ponuja poglobljen vpogled v psihodinamske, relacijske, procesne in kontekstualne vidike in je občutljiva za medkulturne razlike (McWilliams, 2011). Orodja, kot so OPD-2, PDM-2 in CORE-OM, izboljšujejo konceptualizacijo primera, procesna diagnostika, ki temelji na skupnih dejavnikih in kontekstualnem modelu, pa izboljšuje navigiranje terapevtskega procesa in izide psihoterapevtske obravnave. Tako psihoterapevtska diagnostika tudi zmanjšuje škodljive učinke kategorialne psihiatrične diagnostike in klinično psihološke diagnostike, ki

podpira bolezenski model oz. daje pretiran poudarek iskanju psihopatologije in zanemarja salutološko oceno.

Računalniško podprte tehnologije, kot je SNS, izboljšujejo kakovost meritev v psihoterapevtskem in supervizijskem procesu, a prinašajo nove etične in praktične izzive. Prihodnje raziskave naj se osredotočijo na medkulturne validacije, cenovno dostopnost in integracijo računalniško podprtih tehnologij, da bo psihoterapija postala še kakovostnejša, učinkovitejša in dostopnejša.

Literatura

- Aktar S. *Turning Points in Dynamic Psychotherapy: Initial Assessment, Boundaries, Money, Disruptions and Suicidal Crises*. London: Routledge; 2009.
- Barkham M, De Jong K, Delgadillo J, Lutz W. Routine outcome monitoring and feedback in psychological therapies. *Psychother Res*. 2023; 33(2): 145–156.
- Bartuska H, Buchsbaumer M, Mehta G, Pawlowsky G, Wiesnagrotzki S. *Psychotherapeutic Diagnostics: Guidelines for the New Standard*. Cham: Springer; 2008.
- Benedik E. Psihološki in psihoanalitični koncepti v psihiatričnih klasifikacijah motenj osebnosti DSM-5 in MKB-11. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2024; 18(1-2): 131–159.
- Blazer D. *The Age of Melancholy*. New York: Routledge; 2005.
- Brückl TM, Spoomaker VI, Sämann PG, Brem AK, Henco L, Czamara D, et al. The biological classification of mental disorders (BeCOME) study: a protocol for an observational deep-phenotyping study for the identification of biological subtypes. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1): 213.
- Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS, Tellegen A, Dahlstrom WG, Kaemmer B. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2001.
- Cooper J, Alfille H. *A guide to assessment for psychoanalytic psychotherapists*. London: Karnac; 2011.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, C Miguel. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2021; 84: 101975.
- Cuthbert BN. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(1): 89–97.
- Čeh M. O slabostih in omejitvah kategorialnih psihiatričnih klasifikacij duševnih motenj: komentar k filozofski razpravi Rachel Cooper (2005). *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2024; 18(1-2): 277–321.
- de Beurs E, Blankers M, Delespaul P, van Duijn E, Mulder N, Nugter A, et al. Treatment results for severe psychiatric illness: which method is best suited to denote the outcome of mental health care? *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1): 225.
- Duncan BL. Foreword. In: Isebaert L, ed. *Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model*. New York: Routledge; 2017: IX–XIII.

- Duncan BL, Sparks JA, Timimi S. Beyond Critique: The Partners for Change Outcome Management System as an Alternative Paradigm to Psychiatric Diagnosis. *J Humanist Psychol.* 2018; 58(1): 7–29.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- Fisher AJ. Toward a dynamic model of psychological assessment: implications for personalized care. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(4): 825–836.
- Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, Davies C, Chae C, Politi P, et al. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry.* 2019; 18(2): 192–207.
- Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol.* 2005; 61(2): 155–163.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996; 64(6): 1152–1168.
- Jennissen S, Huber J, Ehrenthal JC, Schauenburg H, Dinger U. Association between insight and outcome of psychotherapy: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2018; 175(10): 961–969.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry.* 2003; 160(1): 4–12.
- Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol.* 2017; 126(4): 454–477.
- Kovačević Tojnko N, Rožič T. Feedback informed supervision of psychotherapeutic process monitored by Synergetic-Navigation System (case study). *Godišnjak za psihologiju.* 2024; 21: 121–136.
- Lambert MJ. Prevention of treatment failure: the use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice. Washington, DC: American Psychological Association; 2010.
- Lambert MJ. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th ed. Hoboken: Wiley; 2013.
- Lebowitz MS, Appelbaum PS. Biomedical explanations of psychopathology and their implications for attitudes and beliefs about mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019; 15(1): 555–577.
- Ledford H. Psychiatry framework seeks to reform diagnostic doctrine. *Nature.* 2013.
- Lingiardi V, McWilliams N, eds. *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2017.
- Lingiardi V, McWilliams N, Bornstein RF, Gazzillo F, Gordon RM. The Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2 (PDM-2): assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanal Psychol.* 2015; 32(1): 94–115.
- Lorenzini N, de la Parra G, Dagnino P, Gomez-Barris E, Crempien C, Ehrenthal JC. Chilean validation of the operationalized psychodynamic diagnosis-structure questionnaire (OPD-SQ). *BMC Psychol.* 2021; 9: 139.
- Lynch SJ, Sunderland M, Newton NC, Chapman C. A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clin Psychol Rev.* 2021; 87: 102036.

- Mace C. *The Art and Science of Assessment in Psychotherapy*. London: Routledge; 1995.
- Maeschalck CL, Prescott DS, Miller SD. Feedback informed treatment. In: Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press; 2019: 105–122.
- Marquis A. *The Integral Intake: A Guide to Comprehensive Idiographic Assessment in Integral Psychotherapy*. New York: Routledge; 2007.
- Masten R. Integracija smeri v psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2008; 2(1-2): 54–62.
- McWilliams N. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
- Meier ST. *Incorporating Progress Monitoring and Outcome Assessment into Counseling and Psychotherapy: A Primer*. New York: Oxford University Press; 2014.
- Miller SD. Feedback-informed clinical work: the basics. *Int J Clin Exp Hypn*. 2012; 60(3): 1–17.
- Miller SD, Bargmann S. Feedback-informed treatment (FIT): improving the treatment of male clients one man at a time. In: Ashfield J, ed. *Doing psychotherapy with men: practicing ethical psychotherapy and counselling with men*. Stepney: Australian Institute of Male Health and Studies; 2011: 194–208.
- Miller SD, Donahey KM. Feedback-informed treatment (FIT): improving the outcome of sex therapy one person at a time. In: Kleinplatz PJ, ed. *New directions in sex therapy: innovations and alternatives*. New York: Routledge; 2012: 195–211.
- Miller SD, Duncan BL. Paradigm lost: from model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *J Syst Ther*. 2000; 19(1): 20–34.
- Miller SD, Duncan BL, Brown J, Sorrell R, Chalk MB. Using formal client feedback to improve retention and outcome: making ongoing, real-time assessment feasible. *J Brief Ther*. 2006; 5(1): 5–22.
- Miller SD, Hubble MA, Chow D, Seidel J. Beyond measures and monitoring: realizing the potential of feedback-informed treatment. *Psychotherapy*. 2015; 52(4): 449–458.
- Možina M. Uvodnik o skupnih dejavnikih in medicinskem modelu: od znanstvenega monizma preko dialoškega pluralizma do integrativne psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2021; 15(1-2): 9–55.
- Možina M. Skupni dejavniki v superviziji ter njihov pomen za razvijanje kompetentnosti in ekspertnosti z namerno vadbo. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2022; 15(3-4): 1–79.
- Možina M. Come live with me: decision making in the therapeutic process from an intersubjective and synergetic perspective. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2023; 17(1-2): 169–196.
- Možina M. Uvodnik o integracijskih in transdiagnostičnih prizadevanjih v psihoterapevtski, psihiatrični in (klinično) psihološki diagnostiki. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2024a; 18(1-2): 9–23.
- Možina M. I have a dream: integrative systemic transdiagnostic and transtheoretical approach in psychotherapy and mental health treatments. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2024b; 18(1-2): 25–71.
- Narrow WE, Kuhl EA. Dimensional approaches to psychiatric diagnosis in DSM-5. *J Ment Health Policy Econ*. 2011; 14(4): 197–200.

- Newirth J. *From Sign to Symbol: Transformational Processes in Psychoanalysis, Psychotherapy, and Psychology*. Lanham: Lexington Books; 2018.
- Norcross JC. The therapeutic relationship. In: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, eds. *The heart and soul of change: delivering what works*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2010: 113–141.
- Norcross JC, Wampold BE. Psychotherapy relationships that work: evidence-based therapist responsiveness. *Psychother Res*. 2019; 29(1): 1–12.
- Olthof M, Hasselman F, Strunk G, van Rooij M, Aas B, Helmich MA, et al. Critical fluctuations as an early-warning signal for sudden gains and losses in patients receiving psychotherapy for mood disorders. *Clin Psychol Sci*. 2020; 8(1): 25–35.
- OPD Task Force. *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: manual of diagnosis and treatment planning*. Göttingen: Hogrefe; 2007.
- Prescott DS, Maeschalck CL, Miller SD. *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. Washington, DC: American Psychological Association; 2017.
- Priest JB. *Systemic Diagnosis: The Application of Family Systems Theory*. New York: Routledge; 2024.
- Rustin M, Quagliata E. *Assessment in Child Psychotherapy*. London: Karnac Books; 2000.
- Schiepek G. *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1999.
- Schiepek G. A dynamic systems approach to clinical case formulation. *Eur J Psychol Assess*. 2003; 19(3): 175–184.
- Schiepek G. Psihoterapija kot z dokazi podprt proces upravljanja. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2008; 2(1-2): 7–32.
- Schiepek G, Aichhorn W, Strunk G. Der Therapie-Prozessbogen (TPB) – Faktorenstruktur und psychometrische daten. *Z Psychosom Med Psychother*. 2012; 58(3): 257–266.
- Schiepek G, Cremers S. Ressourceorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: Schemmel H, Schaller J, eds. *Ressourcen: ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: Dgvt-Verlag; 2003: 147–193.
- Schiepek G, Eckert H, Aas B, Wallot S, Wallot A. *Integrative psychotherapy: a feedback-driven dynamic systems approach*. Göttingen: Hogrefe; 2015.
- Schiepek G, Ludwig-Becker F, Helde A, Jagdfeld F, Petzold ER, Kröger F. Sinergetika za prakso. V: Bohak J, Možina M, ur. *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi*. Ljubljana: SKZP; 2005: 25–33.
- Schiepek G, Picht A, Spreckelsen C, Altmeyer S, Weihrauch S. Računalniško podprta procesna diagnostika dinamičnih sistemov. V: Bohak J, Možina M, ur. *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi*. Ljubljana: SKZP; 2005: 34–51.
- Schiepek G, Viol K, Aichhorn W, et al. Synergetics in psychology: from process monitoring to therapy evaluation. *Front Psychol*. 2020; 11: 1324.
- Schöller H, Viol K, Aichhorn W, Hütt M-T, Schiepek G. Personality development in psychotherapy: a synergetic model of state-trait dynamics. *Cogn Neurodyn*. 2018; 12(5): 441–459.
- Schuckard E, Miller SD, Hubble MA. Feedback-informed treatment: historical and empirical foundations. In: Prescott DS, Maeschalck CL, Miller SD, eds. *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. Washington, DC: American Psychological Association; 2017: 13–35.

- Sommerfeld P. Evidence-Based Social Work – Towards a New Professionalism? Bern: Peter Lang; 2005.
- Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV, Lund C, Cuijpers P, Bantjes J, et al. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry*. 2022; 21(3): 393–414.
- Šugman Bohinc L, Miškulin I. Hermenevitična psihoterapija: kolaborativen, dialoški in epistemsko pravičen pristop k psihosocialnim stiskam in duševnim motnjam. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2024; 18(1-2): 73–103.
- The British Psychological Society. Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: time for a paradigm shift. Leicester: Division of Clinical Psychology; 2013. Dostopno na: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/06/DCP-classification-of-behavior-and-experience.pdf> (citirano 14. 6. 2025).
- Timimi S. No more psychiatric labels: campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self Soc*. 2013; 40(4): 6–14.
- Vajda M. Ovire in spodbude pri uvajanju povratno informirane obravnave v organizacije: pregled raziskav. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2024; 18(3-4): 59–117.
- Vec T. Od medicinskega kategorialnega pristopa k holističnemu kontekstualnemu in sistemskemu pristopu v diagnosticiranju in obravnavi težav in motenj v socialni interakciji otrok in mladostnikov. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*. 2024; 18(1-2): 105–129.
- Wampold BE. The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
- Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? *World Psychiatry*. 2015; 14(3): 270–277.
- Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge; 2015.
- Westen D, Shedler J, Bradley B, DeFife JA. An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *Am J Psychiatry*. 2012; 169(3): 273–284.



Rakovica, 2022 (akvarel, tuš)

SPREMLJANJE KLIENTOVIH POVRATNIH INFORMACIJ V SUPERVIZIJI – PRIKAZ PRIMERA

Monitoring client feedback in supervision:
a case illustration

Nuša Kovačević Tojnko, Günter Schiepek,
Tatjana Rožič

POVZETEK

Redno spremljanje klientovih odzivov je del t. i. v prakso orientirane obravnave (angl. practice-based treatment). Sledenje namreč omogoča boljše razumevanje specifičnosti duševnih procesov, hkrati pa bolj fleksibilen odziv nanje. V prispevku je predstavljen primer psihoanalitičnega psihoterapevtskega procesa klienta, ki je s pomočjo sinergetičnega navigacijskega sistema redno izpolnjeval dnevni vprašalnik in vprašalnik o izkušnji psihoterapevtskega

Avtorica: Nuša Kovačević Tojnko

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica psihoterapevtske znanosti, psihologinja, psihoterapevtka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Ambulanta za duševno zdravje Pamina, Jadranska cesta 23, 2000 Maribor; Univerza Alma Mater Europaea, Slovenska ulica 17, 2000 Maribor

E-naslov: nusa.kt@almamater.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0004-9176-3093>

Avtor: Günter Schiepek

Znanstveni in strokovni naziv: dvojni doktor psihologije s poudarkom na sinergetiki, dinamiki kompleksnih sistemov in psihoterapiji

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Institute of Synergetics and Psychotherapy Research, Strubergasse 21, 5020 Salzburg

E-naslov: guenter.schiepek@pmu.ac.at

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3482-801X>

Avtorica: Tatjana Rožič

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica znanosti s področja zakonske in družinske terapije, zakonska in družinska terapevtka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Univerza Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana, Trubarjeva cesta 65, 1000 Ljubljana

E-naslov: tatjana.rozic@sfu-ljubljana.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2011-8893>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_10, CC BY-SA

srečanja. Podatki so bili s klientovim soglasjem na vpogled psihoterapevtu in supervizorju. Supervizija je postala prostor, kjer se je odprl širši uvid v klientovo psihično stanje in medosebno prepletenost obeh diad. Ob sledenju in sprotni analizi klientovih podatkov so se jasno izrisovali vzporedni procesi, izboljšala pa se je tudi psihoterapevtova spretnost uporabe intervencij. Primer osvetli povratno informirano prakso kot enega izmed skupnih dejavnikov, ki prispevajo k uspešnemu izidu psihoterapevtske obravnave.

Ključne besede: psihoterapevtski in supervizijski proces, povratno informirana praksa, vzporedni proces, izid obravnave

ABSTRACT

Regular monitoring of client responses is a key component of practice-based treatment. Systematic tracking of client-generated data enhances understanding of individualized mental processes and supports a more flexible and responsive therapeutic engagement. This article presents a case study of a psychoanalytic psychotherapy process involving a client who regularly completed a daily self-report questionnaire and a session feedback form, facilitated by the Synergetic Navigation System. With the client's informed consent, the data were shared with both the therapist and the supervisor. Supervision provided a reflective space that enabled deeper insights into the client's psychological state as well as the interpersonal dynamics within both the therapeutic and supervisory dyads. Ongoing data tracking and real-

Kratka predstavitev avtorjev

Nuša Kovačević Tojnko je psihologinja, psihoanalitična psihoterapevtka (ECP, EAP, SDP), supervizorka in učna terapevtka (ECP), direktorica Ambulante za duševno zdravje Pamina Maribor, Ravne na Koroškem in Moravske Toplice, koordinatorica Oddelka za psihologijo in psihoterapijo Univerze Alma Mater Europaea. Njena glavna področja raziskovanja so proces in izid psihoterapije in supervizije, povezanost psihoterapevtskega in supervizijskega procesa.

Günter Schiepek je direktor Inštituta za sinergetiko in raziskovanje psihoterapije, ki je del Paracelsus Medical University (Salzburg – Avstrija). Je redni in gostujoči profesor na številnih univerzah. Njegova glavna področja raziskovanja so: sinergija in dinamika nelinearnih sistemov v psihologiji, menedžmentu in nevroznanosti, raziskave procesa in izida v psihoterapiji, internetno spremljanje procesov sprememb v realnem času na različnih področjih.

Tatjana Rožič je univerzitetna diplomirana socialna delavka, doktorica znanosti s področja zakonske in družinske terapije, supervizorka z licenco v socialnem varstvu in metasupervizorka. Je strokovna vodja Študijsko-raziskovalnega centra za družino, na Univerzi Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana pa koordinatorica za znanstveno-raziskovalno dejavnost in je predavateljica. Njeno glavno področje raziskovanja je supervizija v psihoterapiji in njena povezanost s psihoterapevtskim procesom.

time analysis revealed parallel processes with increasing clarity and contributed to the therapist's growing ability to tailor interventions effectively. The case illustrates feedback-informed practice as one of the common factors that contribute significantly to effective therapeutic outcomes.

Keywords: *psychotherapeutic and supervisory process, feedback-informed practice, parallel process, treatment outcome*

1 UVOD

Psihoterapija se kot znanstvena disciplina vse bolj osredotoča na razumevanje kompleksnih psihodinamskih procesov, ki se odvijajo v psihoterapevtskem odnosu, pri čemer je ključno vprašanje, kako doseči psihoterapevtsko spremembo. Na prakso orientirana obravnava poudarja pomen zbiranja podatkov v naturalističnih okoljih, kar omogoča poglobljeno razumevanje duševnega zdravja in izboljšanje psihoterapevtskih izidov (Duncan, 2014). Redno spremljanje klientovih procesov, ki vključuje povratne informacije o njihovem doživljanju, je bistveno za prilagajanje psihoterapije posameznikovim potrebam (Lambert, 2010). T. i. klinično uspešna obravnava v nasprotju z učinkovitostjo obravnave, ki je rezultat obravnave točno določenih raziskovalnih metod in postopkov (Lambert, 2013), dopolnjuje z dokazi podprto prakso (angl. evidence based treatment) in se osredotoča na izsledke iz vsakdanjega življenja klientov. Vsak klient namreč potrebuje individualizirani pristop, k uspešnosti obravnave pa pomembno prispeva prav sistematično zbiranje povratnih informacij, ki jih posreduje klient (Green in Latchford, 2012). Omenjena perspektiva predstavlja način spoštovanja nerazdružljive kompleksnosti in individualizirane narave psihoterapije, ki se ne izvaja znotraj strogo nadzorovanih raziskovalnih okolij, pač pa v realnem svetu posameznega klienta (Constantino in Eubanks, 2024).

2 PREPLETENOST PSIHOTERAPEVTSKEGA IN SUPERVIZIJSKEGA PROCESA

Psihoterapevtski proces je kompleksen sistem, kjer se nelinearno prepletajo kognitivni, čustveni in vedenjski vzorci (Schiepek in Cremers, 2003). Možina (2021) poudarja, da je klienta mogoče razumeti z nomotetičnega in idiografskega vidika: kot posameznika z univerzalnimi značilnostmi in hkrati kot edinstven sistem z lastno dinamiko. Sinergetika kot transdisciplinarna metateorija ponuja okvir za razumevanje teh procesov skozi koncept samoorganizacije, ki opisuje, kako iz kaosa nastajajo novi vzorci (Haken in Schiepek, 2006).

K razumevanju dogajanja znotraj psihoterapevtskega procesa pripomore psihoterapevtova redna vključenost v supervizijski proces. V superviziji psihoterapevt razkriva svoje doživljanje, nejasnosti, stiske in vprašanja v zvezi s psihoterapevtskim procesom, ki se običajno pokažejo skozi čustveno disreguliranost (Rožič, 2019). Supervizor se zaveda, da imata tako on kot tudi supervizant nezavedno, in da oba člana supervizijske diade v odnos vnašata transferne vsebine, doživlja tesnobe in odpore (Sarnat, 2012). Brown in Miller (2002) supervizijo vidita kot triadično intersubjektivno matriko, znotraj katere se prepletajo osebnosti klienta, psihoterapevta in supervizorja. Berman (1997) je psihoanalitično supervizijo prikazal kot križišče matrik objektnih razmerij najmanj treh oseb, kamor vsaka oseba prinaša svojo psihično realnost; supervizija je križišče dejanskih interpersonalnih srečanj in manj vidnih intersubjektivnih razmerij.

V superviziji je ne glede na psihoterapevtski oz. supervizijski pristop najpogosteje uporabljen fenomen vzporednega procesa (Bernard in Goodyear, 2019). Gre za pojav, pri katerem se dinamike iz psihoterapevtske diade nezavedno odražajo v supervizijski diadi ali obratno. Koncept izhaja iz psihoanalitične tradicije in poudarja, kako nezavedni procesi klienta vplivajo na terapevta, kar se nato odraža v superviziji (Searles, 1955). Če npr. klient v psihoterapevtskem odnosu zadržuje čustva ali informacije, lahko psihoterapevt nezavedno prevzame podoben vzorec v odnosu do supervizorja, kar otežuje obravnavo določenih tem (Frawley-O'Dea in Sarnat, 2001).

Sledenje, verbaliziranje in ovrednotenje vzporednih procesov je v superviziji izjemno pomembno, saj omogoča prepoznavanje in razreševanje nezavednih vzorcev, ki vplivajo na psihoterapevtski odnos. Supervizor lahko pomaga psihoterapevtu ozavestiti te vzorce in ga spodbuja k pristnejšemu in bolj odprtemu odnosu s klientom, kar vodi k učinkovitejšim intervencijam (Watkins, 2014).

2.1 Skupni dejavniki

Kompleksnost klientove dinamike in stiske in želja po dokazano uspešni obravnavi že več desetletij poganja raziskovanje dejavnikov, ki pripomorejo k uspešnosti psihoterapije. Medtem ko posamezni pristopi dokazujejo specifičnosti, ki prispevajo k spremembi znotraj njihovega modela, se je skozi čas razvilo več teorij, ki utemeljujejo dejstvo, da je uspešnost psihoterapije povezana s t. i. skupnimi dejavniki. Prvi je koncept skupnih dejavnikov že leta 1936 predstavil Rosenzweig, nato je sledilo več poskusov, da bi identificirali in sistematizirali vidike, ki so skupni vsem psihoterapijam. Pod te npr. spadajo Frankov model štirih dejavnikov, Goldfriedova principa korektivne izkušnje in

povratne informacije, Orlinskyjev in Howardov generični model psihoterapije, Garfieldov eklektični-integrativni pristop, Lambertovi štirje dejavniki in Wampoldov kontekstualni model (Wampold in Imel, 2015).

Duncan (2017) je perspektivo iz psihoterapevta usmeril h klientu. Osrednje mesto oz. prednostno vlogo torej zavzema klientovo doživljanje psihoterapevskega procesa; psihoterapevtova vloga je, da sledi klientovemu doživljanju in se nanj odziva z ustreznimi intervencijami. Duncan (2017) je na podlagi metaanaliz izluščil pet dejavnikov, ki prispevajo k uspešnemu izidu psihoterapije, in sicer: klient, psihoterapevt, aliansa (odnos), model/tehnika in odziv (povratna informacija). Največji delež (87 %) pri tem predstavljajo izventerapevtski dejavniki, torej življenjske okoliščine klienta, le 13 % vpliva na izid psihoterapije pa zajemajo učinki obravnave. Če ta delež porazdelimo znotraj celote, lahko sklenemo, da k izidu v psihoterapiji prispeva od 38 do 54 % psihoterapevtski delovni odnos med psihoterapevtom in klientom, od 46 do 69 % psihoterapevtovi učinki, 8 % specifični učinki posameznega modela oz. pristopa, okvirno 30 % splošni učinki posameznega modela oz. pristopa, klientova pričakovanja in psihoterapevtovo zaupanje v model oz. tehniko, razlaga in ritual, medtem ko učinki povratnih informacij zavzemajo od 15 do 31 %. Slednje je v kontekstu tega prispevka za nas še posebej pomembno, saj želimo pokazati, da lahko prav uvažanje t. i. povratno informirane obravnave prispeva k uspešnemu izidu psihoterapije. Miller in sodelavci (2006) so namreč ugotovili, da povratno informirana praksa zviša uspešnost izida psihoterapije za tretjino (s 34 % na 47 %) in razpolovi neuspešne izide (z 19 % na 8 %).

2.2 Povratno informirana obravnava in sinergetični navigacijski sistem

Da bi lahko sistematično sledili klientovemu doživljanju psihoterapevskega in izventerapevskega procesa, smo uporabili orodje, ki so ga razvili Schiepek in sodelavci (2015; Schiepek in Aichhorn, 2013; Schiepek in sod., 2016). Gre za t. i. sinergetični navigacijski sistem (v nadaljevanju SNS), ki ponuja inovativni pristop za dnevno spremljanje in povratno informirano prakso (Schiepek in sod., 2015). Redno spremljanje klientovega procesa z uporabo SNS omogoča prepoznavanje stabilnih in nestabilnih obdobj in prilagajanje psihoterapije »tukaj in zdaj« (Schiepek in Aichhorn, 2013).

SNS je orodje, ki omogoča dnevno spremljanje klientovega stanja z uporabo standardiziranih vprašalnikov, kot je vprašalnik psihoterapevskega procesa (TPV-R). Sistem analizira podatke z nelinearnimi statističnimi metodami, kar omogoča vizualizacijo kompleksnih resonančnih diagramov in grafov ponavljanja časovnih serij (Schiepek in sod., 2015). Poleg diagnostične vrednosti

ima SNS tudi psihoterapevtsko vrednost, saj klienti poročajo, da dnevno izpolnjevanje vprašalnikov deluje kot »majhna osebna terapija« (Schiepek in Aichhorn, 2013). V kontekstu skupnih dejavnikov (Duncan, 2017) SNS predstavlja zavestno skrb za sledenje klientovim povratnim informacijam, hkrati pa lahko skupno pregledovanje podatkov, ki ga občasno izvedeta psihoterapevt in klient, krepí psihoterapevtski delovni odnos, za klienta pa predstavlja dodatno razlago za njegove simptome oz. psihodinamsko dogajanje.

Ko orodje SNS uporabljamo v superviziji, lahko supervizor in supervizant s pomočjo analize podatkov pridobita pomembne informacije o klientu (o njegovih čustvenih, miselnih in vedenjskih vzorcih), ki bi sicer lahko ostali spregledani, in prideta do novih uvidov v klientove potrebe. Temu lahko sledijo ustrezne psihoterapevtske intervencije, ki predstavljajo neposreden odziv na to, kar klient izraža ne zgolj skozi svojo pripoved, pač pa tudi preko odzivov, vnesenih v ustrezno orodje.

3 METODA

3.1 Vzorec in postopek

Raziskava temelji na študiji primera psihoterapevtske obravnave 38-letnega klienta z univerzitetno izobrazbo, ki se je v proces vključil zaradi stiske ob razvezi, impulzivnih reakcij, težav s samoregulacijo in zasvojenosti z alkoholom. Klient je že pred vključitvijo v raziskavo opravil 75 individualnih psihoanalitičnih psihoterapevtskih srečanj (enkrat ali dvakrat tedensko). V raziskavo je bil vključen na podlagi prostovoljnega vzorčenja z naslednjimi vključitvenimi kriteriji: dobra prognoza za dolgotrajen psihoterapevtski proces, motivacija za osebno spremembo in redna visokofrekventna psihoterapevtska obravnava. Izključitveni kriteriji so bili huda simptomatska stiska (ocenjena z GSI-faktorjem vprašalnika SCL-90; Derogatis, 1994) in zgodovina psihiatričnih hospitalizacij.

Podatki so bili zbrani med 5. aprilom 2023 in 30. decembrom 2023 (270 dni) z uporabo mešane metodologije: (a) klientovo dnevno izpolnjevanje vprašalnika TPV-R s programskim orodjem SNS in vprašalnika STEP-T-P po posameznem psihoterapevtskem srečanju, (b) kvalitativni nestrukturirani eksplorativni intervjuji, zbrani v supervizijskem procesu, (c) kvalitativni zapiski supervizorja po supervizijskih srečanjih.

3.2 Merilni instrumenti

1. Dnevni vprašalnik psihoterapevtskega procesa za klienta – TPB (Schiepek in sod., 2012) oz. slovenska različica vprašalnika – TPV-R (Kovačević Tojnko in Rožič, 2022); vključuje 33 postavk, razdeljenih v pet faktorjev: (1) dobro počutje in pozitivna čustva (npr. »Danes sem se počutil/-a prijetno v svojem telesu.«), (2) obremenjenost s čustvi in problemi (npr. »Danes sem čutil/-a jezo in razburjenje.«), (3) razumevanje/zaupanje/terapevtski napredek (npr. »Danes sem spoznal/-a, kakšen je medsebojni vpliv mojih misli, občutkov in dejanj.«), (4) motivacija za spremembo (npr. »Danes sem imel/-a svoje cilje jasno pred očmi.«), (5) čuječnost/občutki v telesu/potrebe (npr. »Danes sem bil/-a pozoren/-na na svoje meje.«).
2. Vprašalnik o psihoterapevtskem srečanju za klienta (STEP-T-P) (Krampen in Wald, 2002) oz. slovenska različica vprašalnika (Kovačević Tojnko in Rožič, 2022); vključuje 23 postavk in pet faktorjev: (1) zadovoljstvo s terapijo (npr. »Zadovoljen/-na sem z doprinosom psihoterapevta/-tke k današnji terapiji.«), (2) odnos (npr. »Danes sem čutil/-a, da me je terapevt/-ka razumel/-a.«), (3) obvladovanje težav (npr. »Danes sem se naučil/-a novih načinov vedenja.«), (4) pojasnjevanje (npr. »Med današnjim srečanjem sem določene težave uvidel/-a v novi luči.«) in (5) napredek pri razvoju psihoterapevtskih znanj in veščin (npr. »Danes je terapevtu/-tki uspelo spodbuditi mojo motivacijo in aktivirati moje vire za uresničevanje ciljev.«).
3. Analiza rezultatov klienta z nestrukturiranimi eksplorativnimi intervjuji: izvedeni v domeni supervizorja med rednimi tedenskimi supervizijskimi srečanji. Intervjuji so se osredotočali na prepoznavanje kognitivnih in čustvenih vzorcev klienta, ki bi lahko prispevali k tveganeemu vedenju (npr. recidiv pitja alkohola).
4. Kvalitativni zapiski supervizorja: po supervizijskih srečanjih, ki so povzemali opažanja in identificirali morebitne vsebine in vpoglede v psihoterapevtski oz. supervizijski proces.

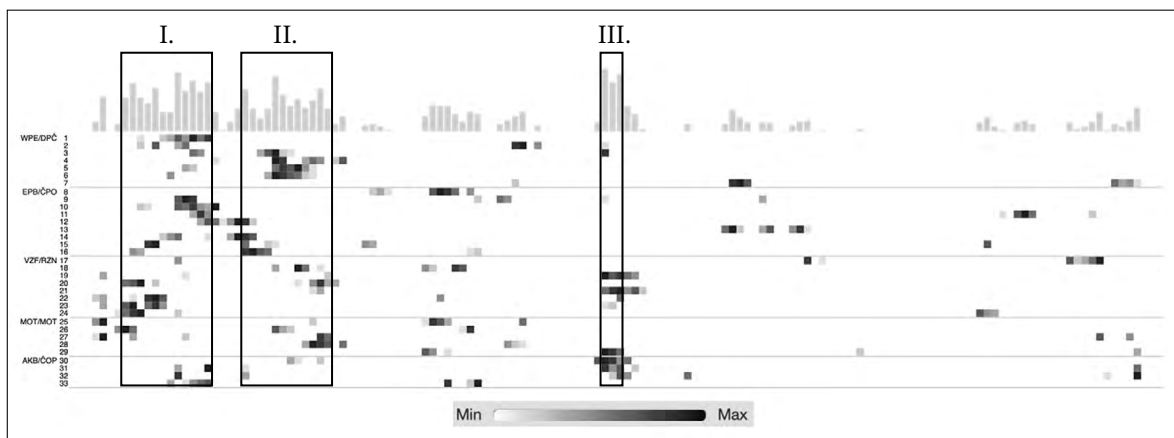
3.3 Analiza podatkov

Podatki, zbrani s pomočjo SNS, so bili analizirani z nelinearnimi statističnimi metodami (npr. analiza časovnih vrst), ki so omogočile generiranje kompleksnih resonančnih diagramov in grafov ponavljanja časovnih serij (Schiepek in sod., 2015). Kvalitativni podatki iz intervjujev in zapiskov so bili uporabljeni za poglobljeno razumevanje klientovih stabilnih in nestabilnih obdobj s posebnim poudarkom na prepoznavanju vzporednih procesov.

4 REZULTATI

4.1 Analiza podatkov SNS

S pomočjo orodja SNS so se v klientovem procesu prepoznala tri nestabilna obdobja. Diagram kompleksnosti in resonance (slika 1) je pokazal izrazite destabilizacije pri postavkah, kot so »Danes sem bil/-a zadovoljen/-na sam/-a s sabo.« (postavka 6), »Danes sem čutil/-a jezo in razburjenje.« (postavka 10) in »Danes sem čutil/-a notranji nemir ali napetost.« (postavka 13). Razkril je tudi dve daljši in eno krajše nestabilno obdobje; ta so kazala na potencialno tvegana obdobja za recidiv alkoholizma.



Slika 1: Diagram kompleksnosti in resonance za dnevni vprašalnik TPV-R klienta, kjer kontinuum od bele do črne barve predstavlja kontinuum od odsotnosti sprememb do pogostejše prisotnosti sprememb v dinamiki.

Dejavniki: WPE/DPČ – dobro počutje in pozitivna čustva; EPB/ČPO – obremenjenost s čustvi in problemi; VZF/RZN – razumevanje/zaupanje/terapevtski napredek; MOT/MOT – motivacija za spremembo; AKB/ČOP – čuječnost/občutki v telesu/potrebe

V prvem obdobju (I) je klient doživel notranji konflikt in intenzivna čustva jeze, povezana z vzpostavljanjem abstinence od alkohola. V drugem obdobju (II) je prišlo do destabilizacije v počutju in pozitivnih čustvih, kar je bilo povezano z nizko samozavestjo, upadom energije in odporom do psihoterapije. Kvalitativni podatki so razkrili, da je v tem obdobju klient spoznal novo partnerko, kar je vplivalo na upad motivacije v psihoterapiji. Tretje, krajše nestabilno obdobje (III) je pokazalo odpor do spremembe v psihoterapiji.

Preko analize SNS-podatkov sta ob pojavu nestabilnih obdobj supervizor in psihoterapevt slednjim posvetila večjo pozornost. Prav to je pomagalo psihoterapevtu prilagajati intervencije v psihoterapevtskem procesu.

4.2 Analiza kvalitativnih podatkov

Vzporedno s sledenjem podatkom iz SNS je psihoterapevt na superviziji poročal o psihoterapevtskem procesu in dogodkih, ki so se klientu dogajali izven psihoterapije, in jih je podelil s supervizorjem.

Kot zelo pomembno se je izkazalo naslednje: psihoterapevt je prepoznal klientova čustvena nihanja in močan odpor do psihoterapije. O manifestaciji slednjega in lastnem doživljanju ob tem je pripovedoval v superviziji. Izkazalo se je, da je bil tedaj klient v obdobju II (omenjeno prej); da ni šlo zgolj za »pristransko doživljanje« psihoterapevta, je potrdil tudi pregled podatkov iz SNS, ki sta ga opravila supervizor in psihoterapevt. Psihoterapevtovo doživljanje procesa, dodatni podatki iz SNS in zavedanje pomembnosti psihoterapevtskega odnosa kot enega izmed ključnih dejavnikov, ki prispevajo k psihoterapevtskemu izidu, so supervizorja vodili k temu, da je ovrednotil psihoterapevtovo izkušnjo in ga spodbudil k zavestnemu ohranjanju psihoterapevtske drže, ki je lahko v nadaljevanju klientu omogočala čustveno varen prostor. Menimo, da je prav slednje prispevalo k temu, da je klient postopoma prešel čez obrambno vedenje in ponovno vzpostavil zaupanje.

Analiza podatkov je potrdila, da je bila za psihoterapevtski proces ključna povezanost z izventerapevtskimi dejavniki. Psihoterapevt je namreč pripovedoval o tem, da je klient začel novo partnersko zvezo, in v tistem obdobju je psihoterapevt zaznaval močno klientovo nihanje v motivaciji za psihoterapevtski proces. To se je pokazalo tudi v podatkih SNS, saj so se zmanjšale vrednosti postavk, povezane z motivacijo za spremembo (npr. »Danes sem imel/-a svoje cilje jasno pred očmi.«). Supervizor in psihoterapevt sta tako v tem obdobju na superviziji pozornost usmerila v to, kako naj psihoterapevt ravna, da bo klient kljub zunanjim čustveno močnim dogodkom ponovno zmožgal vzpostaviti notranjo stabilnost. Zdi se, da je prepoznavanje klientove nestabilnosti oz. nemotiviranosti za proces in ustrezno odzivanje na to situacijo prispevalo k vzniku klientove t. i. intrinzične motivacije (Duncan, 2010); sledilo je namreč tretje obdobje (III), ko je v omenjeni krajši destabilizaciji klient začel ponovno aktivno skrbeti za samo-regulacijo in zase, vzpostavljati mehanizme za obvladovanje čustev in vedenja.

Skozi pogovore s psihoterapevtom in sledenje psihoterapevtskemu procesu, ki je bilo usmerjeno v razreševanje klientovih težav, se je izkazalo, da se psihoterapija odvija v pravo smer. Klient je v času vključenosti v raziskavo prišel do daljšega stabilnega obdobja in dosegel oprijemljive spremembe (selitev, poplačilo dolgov, karierni napredek); slednje je okrepilo tudi njegovo motivacijo za psihoterapevtski proces.

Analiza kvalitativnih podatkov je razkrila tudi več primerov vzporednih procesov; v nadaljevanju je predstavljen eden izmed njih.

Klient je imel težave z odkritostjo do svoje partnerke glede zasvojenosti z alkoholom. Kot je razvidno iz zapisa, je klient zadrževal informacije o svojem alkoholizmu pred partnerko, kar lahko razumemo v kontekstu njegove ambivalentne navezanosti in strahu pred zavrnitvijo: »Se mi zdi to, da zadržujem bistvene stvari. Tudi bivši ženi, ko sva že bila poročena, nisem povedal, da sem alkoholik.« Na superviziji se je izkazalo, da je tudi psihoterapevt v odnosu do klienta razvil podoben vzorec zadržanosti, saj je »pazil« nanj in se izogibal neposrednemu naslavljanju določenih tem. »Ne upam ga vprašati, kaj me zanima, in biti bolj odkrit v odnosu z njim,« je bila izjava psihoterapevta na superviziji.

Supervizor je prepoznal vzporedni proces, ga ubesedil (pri čemer zavestno ni »pazil« na supervizanta, kar bi pomenilo še eno odigravanje vzporednega procesa v smislu, da tudi on ne bi želel prizadeti drugega – razvidno iz zapisa supervizorja) in psihoterapevta spodbudil k pristnejšemu odnosu s klientom: »Pomembno je, da kot terapevt odigraš vlogo, ki je on ne upa, da ne rabiš paziti, da ga ne boš ranil. Poskusi biti pristen, kaj doživljaš v odnosu z njim.« Supervizor je predlagal, kako bi bila lahko ubesedena naslednja psihoterapevtova intervencija: »V vseh teh letih prvi ženi in sedaj tej partnerki niste povedali, s čim imate težave. Kaj pa bi se zgodilo, če bi povedali za svoje težave z alkoholom?« Kasneje se je izkazalo, da je psihoterapevt tvegat in izvedel predlagano intervencijo; klient je vprašanje sicer dobro sprejel, a odgovoril, da še ne more zaupati, saj je enkrat že doživel zavrnitev.

Prepoznavanje paralelnega procesa v superviziji je psihoterapevtu omogočilo ozaveščanje lastne zadržanosti in strahov v odnosu do klienta. Prav slednje ga je vodilo k bolj odprtemu in pogumnejšemu naslavljanju tem, kot je bila denimo klientova odkritost glede alkoholizma. Kvalitativni podatki so pokazali, da je klient v nadaljevanju še vedno doživel breme zaradi skrivanja svojih težav pred partnerko: »Prinesla je vino in ona še vedno ne ve, da imam težave zaradi alkohola. Kako njej povedati? To me bremeni.« Psihoterapevt pa je povedal, da je lahko prav na podlagi supervizije, kjer je dobil širši uvid v lastno prepletenost s klientovo dinamiko, in zaradi supervizorjeve neposredne drže začel aktivneje spodbujati klienta k odkritosti oz. grajenju regulacije strahu in sramu. Prav po tem je sledilo klientovo tretje obdobje, ko se je zgodila postopna stabilizacija njegovega stanja.

5 RAZPRAVA

Prikaz primera poudarja pomen rednega spremljanja klientovega procesa z uporabo programa SNS, ki omogoča pravočasno prepoznavanje nestabilnih obdobij in prilagajanje procesa psihoterapije. Podatki iz SNS so razkrili ključne vzorce, kot so nihanja v samozavesti, jezi in motivaciji, ki so bila povezana z izventerapevtskimi dejavniki, kot je bila klientova nova zveza.

Spremljanje povratnih informacij o psihoterapiji je veliko doprineslo klasičnemu supervizijskemu okvirju; na podlagi spremljanja klientovih vnosov v SNS sta psihoterapevt in supervizor te vzorce hitro prepoznala, naslovila in načrtovala nadaljnje intervencije. Menimo, da je vse to prispevalo k stabilizaciji klientovega stanja, ponovnemu vzpostavljanju abstinence, izboljšanju samoregulacije in doseganju življenjsko pomembnih sprememb na bolje.

Poleg tega je treba omeniti, da je klient sam izrazil zadovoljstvo ob izpolnjevanju vprašalnikov in je po tem, ko se je zbiranje podatkov zaključilo, prosil za nadaljnjo možnost izpolnjevanja, saj mu slednje po njegovem mnenju pomaga ohranjati osredotočenost.

Omejitev študije je, da povratno informirana praksa ni bila sistematično implementirana tudi v psihoterapevtski proces, temveč le v supervizijo. Prihodnje raziskave bi lahko vključevale dnevniške zapise ali avdioposnetke klientovih pojasnil podatkov iz SNS, kar bi omogočilo še globlji vpogled v njegovo doživljanje in vpliv skupnih dejavnikov.

6 ZAKLJUČEK

Redno spremljanje klientovega procesa z uporabo SNS in povratno informirana praksa v superviziji ponujata dragocene vpogleda v klientovo psihodinamiko in omogočata prilagajanje psihoterapije njegovim potrebam. SNS je tako eno izmed orodij za dnevno spremljanje klienta, hkrati pa njegova uporaba predstavlja zavedanje pomembnosti deleža, ki ga povratne informacije predstavljajo. Pristop, predstavljen v tej študiji, je mogoče uporabiti tudi v sorodnih disciplinah, kot so psihologija, psihiatrija in socialno delo, saj omogoča poglobljeno razumevanje posameznikovih vzorcev in načrtovanje učinkovitih intervencij, ki prispevajo k izboljšanju izida obravnave.

Literatura

- Berman E. Psychoanalytic supervision as the crossroads of a relational matrix. In: Rock MH, ed. *Psychodynamic Supervision*. New York: Jason Aronson; 1997: 167–188.
- Bernard JM, Goodyear RK. *Fundamentals of clinical supervision*. 6th Edition. London: Pearson; 2019.
- Brown LJ, Miller M. The triadic intersubjective matrix in supervision: The use of disclosure to work through painful affects. *International Journal of Psychoanalysis*. 2002; 83: 811–823.
- Constantino MJ, Eubanks CF. Introduction to Vol. 2, Parts II and III. In: Leong FTL, Callahan JL, Zimmerman J, Constantino MJ, Eubanks CF, eds. *APA handbook of psychotherapy: Evidence-based practice, practice-based evidence, and contextual participant-driven practice*. Washington: American Psychological Association; 2024: 173–176.
- Derogatis LR. *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer System; 1994.
- Duncan BL. *On becoming a better therapist*. Washington: American Psychological Association; 2010.
- Duncan BL. *On becoming a better therapist*. 2nd Edition. Washington: American Psychological Association; 2014.
- Duncan BL. *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence*. Washington: American Psychological Association; 2017.
- Frawley-O'Dea MG, Sarnat JE. *The supervisory relationship: A triadic system*. New York: Guilford Press; 2001.
- Green D, Latchford G. *Maximising the benefits of psychotherapy: A practice-based evidence approach*. Hoboken: Wiley Blackwell; 2012.
- Haken H, Schiepek G. *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe; 2006.
- Kovačević Tojnko N, Rožič T. Revised daily questionnaire of the therapeutic process (TPV-R). Unpublished manuscript; 2022.
- Krampen G, Wald B. *Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung: Stundenbogen für die Einzel-Psychotherapie und -Beratung (STEP)*. *Diagnostica*. 2002; 47(1): 43–50.
- Lambert ML. Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. In: Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, eds. *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*. 2nd Edition. Washington: American Psychological Association; 2010: 239–266.
- Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 6th Edition. Hoboken: Wiley; 2013: 169–218.
- Miller SD, Duncan BL, Brown J, Sorrell R, Chalk MB. Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*. 2006; 5(1): 5–22.
- Možina M. Mladostniška in odrasla leta ptiča dodo: razvoj teorije skupnih dejavnikov od prvih metaanaliz do Schiepkovega sinergetičnega nelinearnega dinamičnega modela. *Kairos*. 2021; 15(1-2): 57–149.

- Rožič T. Affect regulation in psychotherapy supervision: A multiple case study of moments of change. *Ljetopis socijalnog rada*. 2019; 25(3): 403–425.
- Sarnat JE. Supervising psychoanalytic psychotherapy: Present knowledge, pressing needs, future possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2012; 42(3): 151–160.
- Schiepek G, Cremers S. Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: Schemmel H, Schaller J, eds. *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVt; 2003: 147–193.
- Schiepek G, Aichhorn W, Strunk G. Der Therapie-Prozessbogen (TPB) – Faktorenstruktur und psychometrische daten ,Therapy Process Questionnaire (TPQ) – A combined explorative and confirmatory factor analysis and psychometric properties'. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2012; 58(3): 257–266.
- Schiepek G, Aichhorn W. Real-Time Monitoring in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*. 2013; 63(1): 39–47.
- Schiepek G, Eckert H, Aas B, Wallot S, Wallot A. *Integrative psychotherapy: A feedback-driven dynamic system approach*. Göttingen: Hogrefe; 2015.
- Searles HF. The informational value of the supervisor's emotional experiences. *Psychiatry*. 1955; 18(2): 135–146.
- Wampold BE, Imel ZE. *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. 2nd Edition. London: Routledge; 2015.
- Watkins CE. The supervisory alliance: A multifaceted relationship. In: Watkins CE, Milne DL, eds. *The Wiley international handbook of clinical supervision*. Hoboken: Wiley; 2014: 120–134.



Želva, 2022 (akvarel, tuš)

STRUKTURNI IN KONTEKSTUALNI DEJAVNIKI V SKUPINSKI PSIHOTERAPIJI: VPLIV NA TERAPEVTSKI PROCES IN IZIDE

Structural and Contextual Factors in Group
Psychotherapy: Influence on the Therapeutic
Process and its Outcomes

Luka Agrež

POVZETEK

V članku so predstavljeni vplivi nekaterih strukturnih in kontekstualnih dejavnikov skupin na proces skupinske psihoterapije. Obravnavane so vsebine odprtosti članstva, frekvence in trajanja srečanj, kompozicije, trajanja, velikosti in okolja skupin. Ta pregled združuje teoretične poglede in rezultate raziskav iz 25 temeljnih in sodobnih virov o skupinski psihoterapiji, da bi preučil, kako ti dejavniki vplivajo na učinkovitost, način in cilje terapevtskega dela. Poudarjen je pomen uskladitve strukturnih in kontekstualnih dejavnikov skupine s terapevtskimi cilji, potrebami klientov in kliničnimi okolji, da bi optimizirali učinkovitost in proces doseganja terapevtskih ciljev.

Ključne besede: skupinska psihoterapija, struktura skupine, skupinski kontekst, učinkovitost, proces

ABSTRACT

The article describes the influence of selected structural and contextual group factors on the process of group psychotherapy. It discusses aspects such as openness of members, frequency and duration of sessions, group

Avtor: Luka Agrež

Znanstveni in strokovni naziv: magister socialnega dela, psihodinamski psihoterapevt

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Psihoterapija Luka Agrež, s. p., Kidričeva ulica 3, 3000 Celje

E-naslov: luka@psihoterapija-agrez.si

https://doi.org/10.3986/9789610510390_11, CC BY-SA

composition, length and size as well as the therapeutic setting. This review integrates theoretical perspectives and research findings from twenty-five basic and contemporary sources on group psychotherapy to examine how these factors influence the effectiveness, modality, and goals of therapeutic work. It emphasises the importance of balancing structural and contextual group variables with therapeutic goals, client needs and the clinical setting in order to optimise treatment effectiveness and the process of achieving therapeutic goals.

Keywords: group psychotherapy, group structure, group context, efficacy, process

1 UVOD

Skupinska psihoterapija se v metaanalitičnih raziskavah kaže kot učinkovita metoda za široko populacijo oseb s težavami v duševnem zdravju. Njeni učinki so primerljivi z individualno psihoterapijo, zavzema lahko primarno ali dopolnilno vlogo terapevtskega procesa posameznika, njena prednost pa je tudi v cenovni učinkovitosti (Burlingame in Krogel, 2005; Burlingame in sod., 2004; Burlingame in sod., 2020; McRoberts in sod., 1998). Učinkovitost skupinske psihoterapije ni odvisna zgolj od izkušenosti terapevta ali uporabljenih tehnik, temveč v veliki meri na terapevtski proces in izid vplivajo tudi strukturni in kontekstualni dejavniki skupin. V članku so predstavljeni nekateri dejavniki, ki pomembno vplivajo na naravo, globino in potek skupinskih terapevtskih procesov.

Namen tega preglednega članka je preko dostopnih virov predstaviti vplive strukturnih in kontekstualnih dejavnikov na potek in terapevtski potencial skupinske psihoterapije. Cilj je ponuditi pregled nekaterih dejavnikov, ki ob formiranju terapevtskih skupin omogočajo prilagajanje skupinskih procesov različnim populacijam, namenom in okoljem. V nadaljevanju so posamezni dejavniki sicer predstavljeni z ločenimi naslovi, vendar se v praksi in raziskovanju med seboj prepletajo.

Kratka predstavitev avtorja

Luka Agrež je po izobrazbi magister socialnega dela in psihodinamski psihoterapevt. V preteklosti je deloval kot psihoterapevt v terapevtski skupnosti za psihosocialno rehabilitacijo oseb z izkušnjo dvojne diagnoze, trenutno pa se posveča terapevtskemu delu v svoji zasebni psihoterapevtski praksi za odrasle, kjer izvaja individualno in skupinsko psihoterapijo. Na področju duševnega zdravja deluje tudi v okviru projekta OMRA.

1.1 Kompozicija skupine

Značilnosti članov skupine, kot so diagnoza, spol, osebnost, starost in motivacija za terapijo, lahko napovedujejo angažiranost članov in izid skupinskega dela. Kompozicija skupine ima pomembno vlogo pri oblikovanju terapevtskega procesa, saj vpliva na kulturo skupine, njeno kohezijo in razvoj. Uravnotežena kombinacija značilnosti članov pomaga vzpostaviti skupinsko vzdušje, ki spodbuja čustveno povezanost in nudi konstruktivne odnosne izzive. Sestava vpliva na to, kako hitro se skupina poveže v enoto, uravnava konflikte, odvisnosti in umikanje med člani. Razumevanje kompozicije skupine terapevtom omogoča, da prilagajajo intervencije, predvidijo vedenjske vzorce in učinkovito vodijo proces za doseganje optimalnih terapevtskih izidov. Skrbna izbira in uravnoteženost članov tako povečujeta sposobnost skupine za čustveno podporo in omogočata globoke terapevtske spremembe (Burlingame in sod., 2004; Corey, 2016; Lorentzen in sod., 2013; MacNair-Semands in Whittingham, 2023; Yalom in Leszcz, 2015).

Glede na kompozicijo ločimo heterogene in homogene skupine. Terapevtske skupine, zasnovane s heterogenostjo osebnostnih tipov ali predstavljenih simptomov, spodbujajo modelno učenje in širjenje pogledov, a tvegajo fragmentacijo. Homogene skupine pa omogočajo identifikacijo in skupno razumevanje, vendar lahko omejijo izpostavljenost različnim pogledom, ki so bistveni za rast (Billow, 2015; Rutan in sod., 2007).

1.2 Odprtost članstva

Odprtost članstva je dejavnik terapevtskih skupin, ki se nanaša na možnost priključevanja novih članov v skupino. Zaprte skupine, kjer isti člani sodelujejo skozi celoten proces in se novi ne morejo pridruževati, omogočajo stabilnost in globlje terapevtsko delo. Odprte skupine, kjer se med skupinskim procesom še lahko priključujejo novi člani, pa omogočajo prilagodljivost in dostopnost. Nekateri avtorji opredeljujejo tudi polodprte oblike članstva, kjer je postavljena meja v številu članov in s tem ko posamezni člani skupino zapustijo, lahko vstopijo novi (Praper, 2008).

Skupine z zaprtim članstvom so predvidljive in dosledne v interakcijskih vzorcih članov. To jim omogoča globlje odnosno delo. Takšna stabilnost podpira tveganje, medsebojno podporo, zaupanje in omogoča razkrivanje kompleksnih prenosno-protiprenosnih dinamik, ki so ključne za intrapsihične in odnosne spremembe (Billow, 2003; Foulkes, 1965).

Odprte skupine pa so z večjo dostopnostjo primernejše za kliente v akutnih stiskah ali za delo v okoljih z velikim pretokom, kot so bolnišnice. Te skupine

omogočajo psihoedukacijo, podporo med vrstniki in takojšnje olajšanje simptomov, vendar se lahko soočajo z izzivi pri ohranjanju kohezije, globine angažiranosti in kontinuitete skupinskega procesa (Agazarian, 2001; Marmarosh in sod., 2013).

Bolnišnične skupine so pogosto odprte zaradi kratkih hospitalizacij in nihajočega števila pacientov. To zahteva prilagodljivost članstva, ki okrni možnosti za poglobljanje obravnavanih vsebin (Agazarian, 2001). Ambulantne skupine pogosteje dajejo prednost zaprtemu članstvu, da bi spodbudile trajno terapevtsko delo in zaveznitva med člani (Rutan in sod., 2007).

Polodprte skupine so osnovane z namenom, da posameznim skupinskim članom nudijo čas in prostor, ki ga potrebujejo za doseg svojih ciljev. Takšne skupine »se regenerirajo«. To pomeni, da vključujejo nove izbrane člane na mesta tistih, ki so skupino zaključili. Polodprte skupine so po navadi majhne in štejejo od sedem do osem članov. Ko skupina zaživi, se ustvarita pozitivno jedro in skupinska kultura. Novi člani prevzemajo skupinsko kulturo in jo kasneje prenašajo na naslednike. Nove člane mora terapevt previdno izbrati in tudi skupino pripraviti na njihov vstop. Vključevanje novih članov v skupino nudi starim članom dobre pogoje za diferenciacijo, novim članom pa tako diferencirani stari člani služijo kot vzor za modelno učenje (Praper, 2008).

V sodobnih terapevtskih skupinah je odprtost skupin fleksibilnejša, kot je bila včasih. Med svojim delovanjem se lahko skupina odpira ali zapira. O tem, poleg terapevta, soddoločajo tudi člani skupine, ki si na ta način soustvarjajo pogoje za lasten proces pomoči (Praper, 2008).

1.3 Frekvenca in trajanje srečanj

Pogostost srečanj vpliva na kohezivnost skupine, intenzivnost dela in kontinuiteto procesa. Srečanja dvakrat tedensko običajno pospešijo kohezijo in terapevtsko globino v primerjavi z enkrat tedenskimi formati, vendar omejitve virov in razpoložljivost pacientov pogosto zahtevajo ravnotežje med optimalnim »odmerkom« in izvedljivostjo. Pogostejša srečanja članom omogočajo lažje nadaljevanje obdelave vsebin iz preteklih srečanj. To ustvarja občutek neprekinjenega terapevtskega procesa in ohranja angažiranost članov v skupini. Nasprotno pa imajo skupine, ki se srečujejo manj kot enkrat tedensko, pogosto težave z ohranjanjem interakcijske osredotočenosti in se pogosteje osredotočajo na reševanje kriz ali aktualnih življenjskih dogodkov namesto na globlje terapevtsko delo (Burlingame in sod., 2003; Yalom in Leszcz, 2015).

Tudi daljše trajanje srečanj omogoča poglobljanje procesa. Več časa predstavlja več možnosti za čustveno izražanje, raziskovanje medosebne dinamike in

temeljito predelavo izkušenj. Podaljšana srečanja, kot so uvodne ali posebne maratonske seje, lahko – če so ustrezno umeščena v terapevtski proces – pospešijo ali poglobijo skupinsko kohezijo (Schermer in Pines, 1994).

Čeprav daljša in pogostejša srečanja povečujejo terapevtsko intenzivnost, logistične omejitve, kot so urniki udeležencev, najpogostejše narekujejo tedenska srečanja v trajanju približno 90 minut do dveh ur. Takšen kompromis podpira redno prisotnost in zagotavlja dovolj časa za obravnavo ključnih terapevtskih vsebin. Uporablja se tako v kratkotrajnih kot dolgotrajnih oblikah skupinskih terapij (Lorentzen in sod., 2013; MacNair-Semands in Whittingham, 2023;).

1.4 Trajanje skupine

Časovno obdobje srečevanja skupine pomembno vpliva na naravo terapevtskega dela in cilje, ki jih je mogoče doseči. Dolgoročne skupine, ki lahko trajajo več mesecev ali let, omogočajo doseganje globljih, osebnostnih sprememb, trajno lajšanje simptomov in razvijanje kakovosti odnosov. Člani lahko v njih raziskujejo zapletene medosebne dinamike, razvijajo korektivne odnosne izkušnje in ponotranjajo učenje, pridobljeno v skupini (MacKenzie in Tschuschke, 1993; Rutan in sod., 2007; Tschuschke in MacKenzie, 1989).

Kratkoročne skupine običajno obsegajo od šest do 20 srečanj. Primerne so za stabilizacijo simptomov, psihoedukacijo, razvoj veščin in krizno obvladovanje, vendar po naravi omejujejo globino odnosnega dela. Sistematični pregledi časovno omejene psihodinamične skupinske psihoterapije kažejo zmerne izboljšave simptomov, a hkrati izpostavljajo omejitve pri doseganju globljih osebnostnih sprememb v kratkem obdobju (Burlingame in sod., 2003; Rutan in sod., 2007).

Daljša trajanja skupine omogočajo razvoj skupinske kohezije, zaupanja in oblikovanje norm. To spodbuja razvoj občutka varnosti in pripravljenost deljenja intimnejših vsebin. Omogočajo predelavo odporov in ponavljanja odnosnih travm znotraj skupinskega konteksta, kar vodi do transformativnih izkušenj in integracije novih odnosnih vzorcev (Stone, 2009; Yalom in Leszcz, 2005).

Nasprotno pa časovno omejene skupine dajejo prednost stabilizaciji in takojšnjemu olajšanju simptomov, pogosto z uporabo strategij spoprijemanja in psihoedukacije. Pritisk omejenega časa zdravljenja lahko povzroči pospešene faze razvoja skupine, zato morajo terapevti upravljati napredek, hkrati pa zadrževati tesnobo, povezano z bližajočim se zaključkom (MacNair-Semands in Whittingham, 2023; Rutan in sod., 2007).

1.5 Velikost skupine

Velikost skupine velja za enega najpomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na potek skupinske psihoterapije. Odraža se v ravnovesju med intimnostjo in raznolikostjo (Stock Whitaker, 2001; Yalom in Leszcz, 2015;). Empirični dokazi najpogosteje navajajo velikost skupine od pet do 12 članov kot optimalno za učinkovito terapevtsko delo, namenjeno doseganju osebnostnih sprememb (Billow, 2003; Foulkes, 1965; Rutan in sod., 2007). Pomembno pa je izpostaviti, da je učinkovitost hkrati odvisna tudi od drugih strukturnih in kontekstualnih dejavnikov.

Skupine s pet do osem člani se najpogosteje uvrščajo med majhne skupine. Takšno okolje spodbuja odnosno dinamiko, ki spominja na odnose v primarni družini. Posamezne člane spodbuja k aktivni udeležbi, razvoju intimnosti, globlji izmenjavi medosebnih povratnih informacij, krepi držanje (angl. containment) in razvoj kompleksne dinamike prenosa in protiprenosa. Takšne skupine omogočajo članom soočanje z bolečimi čustvi in odnosnimi vzorci, kar je pomembno za doseganje osebnostnih sprememb. Varen prostor, ki ga ponujajo manjše skupine, zmanjšuje moč obrambnim mehanizmom in spodbuja tveganje (Agazarian, 2001; Foulkes, 1965; Kaklauskas in Greene, 2019; Praper, 2008; Schermer in Pines, 1994).

Večja kot je skupina, manjša je pojavnost direktnih medosebnih interakcij med člani. Velike skupine lahko štejejo do 100 članov oz. toliko ljudi, kolikor se lahko med seboj vidijo in slišijo. Običajno se sedeži razporedijo v obliki kroga, koncentričnih krogov ali amfiteatra. Raznolikost in količina prispevkov članov spodbujata procese normalizacije, destigmatizacije in razvoj občutka univerzalnosti, ki se gradi ob deljenju podobnih izkušenj več članov. Po drugi strani pa večje skupine tvegajo manjšo čustveno intenzivnost, omejevanje individualnih prispevkov in izzive pri ohranjanju skupinske kohezije. Zaradi tega nekateri člani zapuščajo velike skupine oz. v njih ostajajo pasivni (Foulkes, 1965; Praper, 2008; Rutan in sod., 2007).

Velike skupine so najpogosteje strukturirane, aktivno vodene in se oblikujejo za psihoedukativne namene, treninge veščin in soočanje z boleznijo, kjer je glavni cilj posredovati informacije in veščine. Kljub temu lahko izzovejo regresivno dinamiko preteklih skupnostnih odnosov ali odnosa do družbenih sistemov, hkrati pa ustvarjajo tudi pritisk in skupnostno podporo za premagovanje regresije pri testiranju realnosti in prevzemanju odgovornosti do svoje skupnosti oz. družbe (Foulkes, 1965; Rutan in sod., 2007; Yalom in Leszcz, 2015).

Kategorija srednjih skupin je nastala ob ugotovitvi, da se ob sestajanju 15 do 30 članov vzpostavi drugačna skupinska dinamika kot v majhnih ali velikih

skupinah. S takšnimi skupinami se v življenju prvič srečujemo v vrtcu in osnovni šoli, zato v nas stimulirajo odnosne izkušnje, vezane na ta obdobja in okolja. V srednji skupini je od intrapsihičnih vsebin in pomembnih odnosov pomembnejši kontekst – namesto terapije posameznika je v ospredju funkcioniranje skupine same zase. Kljub temu pa za razliko od velike skupine še vedno omogoča povezavo med intrapsihičnim in socialnim okoljem (Praper, 2008).

Člani se sicer v srednji skupini ne zblížajo tako kot v majhni, da bi si zaupali osebne vsebine, govorili o svojih težnjah, konfliktih in intimnih odnosih, temveč so interakcije med njimi bližje spoznavanju in učenju. Tako srednje skupine same organizirajo načine komunikacije, ki so drugačni kot v majhnih skupinah. Skupina se organizira okoli iskanja pomena in smisla (Praper, 2008).

Velikost skupine neposredno oblikuje relacijske vzorce, kot so zaveznitstva, podskupine in komunikacijske strukture. Manjše skupine podpirajo diadične ali triadne konstelacije, ki omogočajo intimne terapevtske trikotnike, medtem ko večje skupine ustvarjajo kompleksna relacijska omrežja, ki zahtevajo sofisticirano vodenje in sposobnosti reševanja konfliktov (Billow, 2015; Foulkes, 1965).

1.6 Okolje skupine

Pomemben vpliv na potek in vsebino obravnave ima tudi okolje, v katerem se izvaja skupinska psihoterapija. Najpogosteje se izpostavlja ločnica med institucionalnim okoljem, kjer člani skupine tudi prebivajo (angl. inpatient), in neinstitucionalnim okoljem, kamor se člani skupine vključujejo iz svoje skupnosti (angl. outpatient). V zadnjem času pa se z razvojem tehnologije skupinska terapija pojavlja vse bolj tudi v spletnem, digitalnem okolju.

V institucionalnih okoljih z namestitvijo (najpogosteje so to psihiatrični oddelki) so člani skupine izpostavljeni kompleksnemu socialnemu okolju s številnimi možnostmi interakcij. Vključenost članov skupine v življenja drug drugega tudi v neformalnem delu obravnave nosi pomemben terapevtski potencial, ki presega formalna srečanja skupine. Omogoča razvijanje vrstniških odnosov med člani, posnemanje in socialno učenje v vsakdanjih situacijah. To lahko konstruktivno ali destruktivno vpliva na skupinski terapevtski proces. Tudi skupinski terapevt v takšnem okolju razpolaga s širšim naborom informacij o članih, ki jih prejema v multidisciplinarnem timu (od psihiatrov, psihologov, medicinskih sester, socialnih delavcev, zdravstvenih tehnikov idr.) in lahko pomembno prispevajo k oblikovanju učinkovitih terapevtskih intervencij. Skupine znotraj institucionalnih okolij nikoli niso neodvisne entitete. Obstajajo namreč znotraj širšega socialnega in institucionalnega konteksta, ki pomembno vpliva na medosebno dinamiko, saj se interakcije v majhni terapevtski skupini odražajo in odzvanjajo znotraj

širšega institucionalnega okolja in obratno (Agazarian, 2001; Yalom in Leszcz, 2015; Yalom, 1983).

V takšnih okoljih se običajno oblikujejo majhne, kratkotrajne, strukturirane skupine, ki ponujajo intenzivne skupinske izkušnje v kratkem času. Skupine so polodprte, zato ob kratkotrajnosti obravnave število članov pogosto niha. Skupinski terapevt se aktivno vključuje v skupinski proces z namenom naslavljanja akutnih težav, usmerjanjem fokusa na stabilizacijo članov, razvijanjem strategij za soočanje s težavami in motiviranjem za nadaljevanje terapevtske obravnave drugje po odhodu domov. Terapevt lahko v institucionalnem okolju prevzema še druge vloge pri obravnavi članov skupine, zato se srečujejo tudi izven procesa skupinske terapije (Agazarian, 2001; Yalom in Leszcz, 2015; Yalom, 1983).

Neinstitucionalna okolja omogočajo večjo fleksibilnost za različne oblike skupinske psihoterapije. Članstvo v skupini je lahko zaprto, kar omogoča, da se isti člani srečujejo daljše obdobje. V terapiji pridobljene uvide lahko med posameznimi srečanji prenašajo v svoje vsakdanje okolje in nato v skupini ponovno raziskujejo nove izkušnje. Tako se člani postopno učijo skozi proces korigiranja svojih izkušenj (Agazarian, 2001; Yalom in Leszcz, 2015). Medosebno učenje, kohezija in katarza se lahko popolnoma razvijejo. Schermer in Pines (1994) trdita, da je to ključno za doseganje trajnih sprememb.

Neinstitucionalno okolje omogoča avtonomno delovanje skupine brez vpliva širšega institucionalnega konteksta na njeno delo. Tako se člani lahko posvečajo izključno skupinskim procesom in terapevtskim interakcijam, ki omogočajo raziskovanje globljih psiholoških vzorcev v varnem in nadzorovanem okolju (Stone, 2009). To omogoča obravnavo širokega spektra nevrotičnih in osebnostnih težav pri osebah, ki so relativno stabilne in motivirane za sodelovanje v terapiji (MacNair-Semands in Whittingham, 2023).

Skupinska psihoterapija v neinstitucionalnih kontekstih je podprta s številnimi raziskavami, ki podpirajo njeno učinkovitost pri obravnavi raznovrstnih duševnih motenj, še posebej osebnostnih motenj, in lahko zavzema funkcijo primarne ali spremljevalne psihoterapevtske obravnave (Bakali, 2013).

V zadnjem obdobju se je skupinska psihoterapija začela izvajati tudi v digitalnem okolju videokonferenčnih platform (kot sta Zoom in Teams) in se je izkazala kot uporabno, kadar srečanja niso mogoča v živo (npr. zaradi oddaljenosti, pandemije ipd.). Spletna skupinska terapija zahteva posebne prilagoditve za vzpostavitev terapevtskega zaveznitva, upravljanje skupinske dinamike, reševanje etičnih in tehnoloških izzivov. Terapevti lahko na spletu krepijo svojo prisotnost s povečanim samorazkrivanjem, natančnejšim opazovanjem obraznih izrazov in spodbujanjem članov k poročanju o telesnih občutkih. Posebno pozornost

je treba nameniti vprašanjem, vezanim na zaupnost in upravljanje z mejami v bolj sproščenem spletnem okolju (Andrews in sod., 2024).

Spletna skupinska terapija je posebej primerna za kliente s težavami na področju intimnosti, socialne anksioznosti ali izogibajočim stilom navezanosti, manj primerna pa za osebe v krizi ali s kompleksnimi travmami. Dodatni omejitvi udeležencev sta obvezno osnovno računalniško znanje in zagotavljanje zasebnega prostora za sodelovanje. Andrews in sodelavci (2024) ugotavljajo, da v splošnem spletna skupinska terapija zahteva skrbno načrtovanje, spretno vodenje in stalne raziskave za izpopolnjevanje učinkovitih tehnik in ohranjanje skupinske kohezije in varnosti v digitalnem prostoru.

2 RAZPRAVA

Skupinska psihoterapija je kompleksna in dinamična oblika psihoterapevtskega dela, ki svojo učinkovitost črpa iz medosebnih interakcij in procesov skupinske dinamike. Pregled literature potrjuje, da skupinska psihoterapija predstavlja enakovredno, ponekod celo prednostno obliko terapevtskega zdravljenja v primerjavi z individualno terapijo. Njen potencial omogoča tako odpravljanje simptomatike kot tudi transformativne osebnostne spremembe. Ugotovitve o strukturnih in kontekstualnih dejavnikih osvetljujejo, kako kompleksna prepletenost teh dejavnikov neposredno vpliva na dinamiko in terapevtski izid skupinske obravnave.

Kakovost terapevtskega procesa je tesno povezana s kompozicijo skupine, pri čemer se kot ključna izpostavljata heterogenost in homogenost članstva. Prva omogoča širjenje perspektiv in socialno učenje, druga pa krepi občutek varnosti in identifikacije. Nobena ni univerzalno boljša – izbira mora biti prilagojena ciljni populaciji in terapevtskim ciljem. Enako velja za odprtost članstva: zaprte skupine spodbujajo globljo kohezijo in kontinuiteto, medtem ko odprte in polodprte skupine ponujajo večjo fleksibilnost, kar je dragoceno predvsem v institucionalnih okoljih ali pri obravnavi akutnih težav.

Pomembna ugotovitev je, da pogostost in trajanje srečanj določata tempo in globino terapevtskega procesa. Dvakrat tedenska srečanja ali daljše seje lahko poglobijo zaupanje in omogočijo več prostora za predelavo kompleksnih vsebin, vendar realne omejitve (čas, dostopnost članov, razpoložljivost virov) pogosto narekujejo kompromis v obliki tedenskih 90-minutnih srečanj, ki po večini omogočajo zadovoljivo ravnotežje med globino in izvedljivostjo.

Trajanje skupine pomembno vpliva na vrsto sprememb, ki jih je mogoče doseči. Dolgotrajne skupine omogočajo delo na globljih, osebnostnih strukturah, razvoj

kakovosti odnosov in integracijo korektivnih izkušenj. Nasprotno so kratkotrajne skupine bolj usmerjene v obvladovanje simptomov, psihoedukacijo in razvijanje spoprijemalnih strategij. To nakazuje, da mora izbira trajanja ustrezati stopnji klientove stabilnosti, ciljem terapije in organizacijskim možnostim izvajalca.

Potek in vsebina skupinske psihoterapije sta pogojena tudi z velikostjo skupine. Majhne skupine omogočajo večjo intimnost, individualno izražanje in razvoj kompleksnih prenosnih in protiprenosnih dinamik. Velike skupine nudijo širše polje normalizacije in socialnega učenja, zahtevajo bolj strukturirano vodenje, a pogosto izgubijo globino medosebnih interakcij. Srednje skupine kot posebna kategorija odpirajo prostor za izkušnje, ki se navezujejo na socialne skupine iz zgodnjih razvojnih obdobj, kar lahko dodatno obogati terapevtski proces.

Pomemben vpliv ima tudi okolje izvajanja skupinske terapije. V institucionalnem okolju se dinamika skupine neločljivo prepleta s širšim kontekstom bivanja uporabnikov, kar terapevtom omogoča celostno obravnavo in opazovanje, hkrati pa odpira tudi kompleksna vprašanja meja, vlog in vpliva sistema. Nasprotno pa neinstitucionalna okolja omogočajo večjo avtonomijo skupine, manj vplivov zunanjih struktur in s tem večjo možnost poglobljenega notranjega raziskovanja. V zadnjih letih postaja vse bolj aktualna tudi skupinska terapija v digitalnem okolju, kar odpira nove možnosti v zagotavljanju dostopnosti in kontinuitete obravnave, zahteva pa dodatna znanja in prilagoditve tako od članov skupine kot terapevtov.

Skupinska psihoterapija ponuja številne prednosti v primerjavi z individualnim pristopom. Člani skupine lahko razvijajo občutek pripadnosti in manjšajo izoliranost od drugih, ko spoznajo, da se drugi soočajo s podobnimi težavami. Učijo se lahko iz medosebnih interakcij, prejemajo povratne informacije, razvijajo socialne in odnosne veščine. Skupinska psihoterapija je pogosto cenovno dostopnejša kot individualna obravnavna, poleg tega pa raznolikost članov skupine ponuja širši vpogled v delovanje posameznika in osebno rast. Člani skupine tvorijo podporno socialno mrežo, ki deluje tudi zunaj terapevtskih srečanj.

Kljub številnim prednostim pa skupinska terapija ni primerna za vse. Nekaterim klientom bolj ustreza individualni pristop, saj ta omogoča več diskretnosti in osebne pozornosti terapevta. V skupinskem okolju se lahko pojavijo skrbi glede zaupanja in težave v skupinski dinamiki – konflikti med člani, »negativna zaveznitva«, odpor do sodelovanja idr. V skupini praviloma nekateri člani na posameznih področjih napredujejo hitreje, drugi počasneje. Če je ta razkorak prevelik, pa lahko pride do frustracij, ki ogrozijo delovanje skupine. Skupinska terapija ni vedno primerna za osebe z intenzivnejšimi težavami, ki zahtevajo

specifično klinično obravnavo. Prav tako ni primerna za osebe z izkušnjo socialne anksioznosti in osebnostnimi motnjami (Lorenzo-Luaces in sod., 2020). V institucionalnih kontekstih pa lahko pritiski vodstva in normativni okvirji financiranja storitev povzročijo etične dileme glede izvajanja, kakovosti in dostopnosti do skupinske terapije. Kivlighan in Tarrant (2001) ugotavljata, da učinek skupinske kohezije ni vedno povezan z boljšimi terapevtskimi učinki.

Pregled dostopnih virov o nekaterih strukturnih in kontekstualnih dejavnikih skupin kaže, da lahko ti elementi pomembno vplivajo na učinkovitost in uspešnost terapevtskega procesa. Vpliva posameznih dejavnikov sicer ni mogoče obravnavati izolirano od drugih, saj se v vsakem formatu skupinske terapije vsak dejavnik pojavlja v soodvisnosti z drugimi. Kljub temu pa lahko s fleksibilnejšim prilagajanjem teh dejavnikov učinkovito naslavljamo tudi različne pomanjkljivosti. Skupina je npr. lahko odprta in ohranja dostopnost, dokler se med člani ne pokaže potreba po večji varnosti, intimnosti – takrat se skupina zapre. Še en primer je razviden iz upravljanja z velikostjo skupine – tudi v večjih skupinah lahko spodbudimo razvijanje odnosov, večji občutek varnosti in prostor za intimnejše prispevke vseh članov, in sicer tako da skupinsko nalogo člani obravnavajo v manjših skupinah ali celo v parih in nato svoje delo integrirajo v veliki skupini. Razumevanje in prilagajanje kombinacij strukturnih in kontekstualnih dejavnikov skupinske psihoterapije ciljni populaciji in ciljem terapevtskega dela lahko prispevata k ustvarjanju varnega terapevtskega okolja, večanju skupinske kohezije, dostopnosti terapevtskih storitev in doseganju želenih izidov.

3 ZAKLJUČEK

Skupinska psihoterapija je kompleksna in dinamična oblika psihoterapevtskega dela, ki svojo učinkovitost črpa iz medosebnih interakcij in procesov skupinske dinamike. Pregled dostopnih virov o nekaterih strukturnih in kontekstualnih dejavnikih skupin kaže, da lahko ti elementi bistveno vplivajo na učinkovitost in uspešnost terapevtskega procesa. Vpliva posameznih dejavnikov sicer ni mogoče obravnavati izolirano od drugih, saj se v vsakem formatu skupinske terapije vsak dejavnik pojavlja v soodvisnosti z drugimi. Kljub temu pa ustrezne prilagoditve kombinacij teh dejavnikov ciljni populaciji in ciljem terapevtskega dela omogočajo doseganje večje učinkovitost in dostopnosti procesov skupinske psihoterapije. Poudarjena je potreba po premišljenem oblikovanju skupin in ponujena so izhodišča, ki so terapevtom lahko v pomoč pri formiranju novih terapevtskih skupin. Razumevanje in zavestno upravljanje omenjenih dejavnikov lahko pomembno prispevata k ustvarjanju varnega terapevtskega okolja in doseganju želenih izidov.

Literatura

- Agazarian YM. A systems-centered approach to inpatient group psychotherapy. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001.
- Andrews K, Ross D, Maroney TL. Online group psychotherapy: A systematic review. *Community Ment Health J*. 2024; 60(8): 1511–1531.
- Bakali JV, Wilberg T, Klungsøyr O, Lorentzen S. Development of group climate in short- and long-term psychodynamic group psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 2013; 63(3): 367–393.
- Billow RM. Developing nuclear ideas: Relational group psychotherapy. London: Taylor & Francis; 2015.
- Billow RM. Relational group psychotherapy: From basic assumptions to passion. London: Karnac; 2003.
- Burlingame GM, Krogel J. Relative efficacy of individual versus group psychotherapy [review]. *Int J Group Psychother*. 2005; 55(4): 607–611.
- Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauss B. Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert MJ, ed. *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York: Wiley & Sons; 2004: 647–696.
- Burlingame GM, Rosendahl J, Barkowski S. Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2020; 70: 102179.
- Burlingame GM, Strauss B, Joyce AS. Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: Lambert MJ, ed. *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th ed. New York: Wiley; 2003: 647–696.
- Corey G. *Theory and practice of group counseling*. 9th ed. Boston: Cengage Learning; 2016.
- Foulkes SH. *Group psychotherapy: The psychoanalytic approach*. London: Routledge; 1965.
- Kaklauskas FJ, Greene LR, eds. *Core principles of group psychotherapy: An integrated theory, research, and practice training manual*. 1st ed. London: Routledge; 2019.
- Kivlighan DM, Tarrant JM. Does group climate mediate the group leadership–group member outcome relationship? A test of Yalom's hypotheses about leadership priorities. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2001; 5(3): 220–234.
- Lorentzen S, Ruud T, Fjeldstad A. Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2013; 203(4): 280–287.
- Lorenzo-Luaces L, Peipert A, De Jesús Romero R, Rutter LA, Rodríguez-Quintana N. Personalized medicine and cognitive behavioral therapies for depression: Small effects, big problems, and bigger data. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021; 14(1): 59–85.
- MacKenzie KR, Tschuschke V. Relatedness, group work, and outcome in long-term inpatient psychotherapy groups. *J Psychother Pract Res*. 1993; 2(2): 147–156.
- MacNair-Semands R, Whittingham M. *Group psychotherapy assessment and practice: A measurement-based care approach*. London: Routledge; 2023.
- Marmarosh CL, Markin RD, Spiegel EB. *Attachment in group psychotherapy*. Washington (DC): American Psychological Association; 2013.

- McRoberts C, Burlingame GM, Hoag MJ. Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dyn.* 1998; 2(2): 101–117.
- Praper P. Skupinska psihoterapija: od mitologije do teorije. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete; 2008.
- Rutan JS, Stone WN, Shay J, eds. *Psychodynamic group psychotherapy*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2007.
- Schermer VL, Pines M. *Ring of fire: Primitive affects and object relations in group psychotherapy*. London: Routledge; 1994.
- Stone WN. *Contributions of self psychology to group psychotherapy: Selected papers*. New York: Routledge; 2009.
- Tschuschke V, MacKenzie KR. Empirical analysis of group development: A methodological report. *Small Group Behav.* 1989; 20(4): 419–427.
- Whitaker DS. *Using groups to help people*. 1st ed. London: Routledge; 2001.
- Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. 5th ed. New York: Basic Books; 2015.
- Yalom ID. *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1983.



Volk, 2024 (akvarel, pastel)

ANALIZA PSIHOTERAPEVTSKEGA PROCESA S POMOČJO TEORIJE VEDENJSKIH SPREMEMB

Analysis of the psychotherapy process with the theory of behavioral change

Urška Batellino, Mojca Zvezdana Dernovšek

POVZETEK

Članek predstavlja analizo primera pacientke v psihodinamski psihoterapiji z uporabo modela HAPA (Health Action Process Approach). Namen je bil pokazati, da so za izboljšanje pacientovega zdravstvenega stanja ključni vedenjski posegi v zunajterapevtske okoliščine. Analiza temelji na teoretičnem kodnem okviru, ki vključuje motivacijsko fazo, fazo akcije in pripadajoče determinante. Rezultati potrjujejo, da so bili za trajno spremembo potrebni tako notranja psihična reorganizacija kot tudi konkretna dejanja zunaj terapevtskega prostora. Ugotovitve podpirajo pomembnost prakticiranja kot razvojnega koraka v terapevtskem procesu in potrjujejo uporabnost teorije vedenjskih sprememb v kliničnem kontekstu.

Ključne besede: psihoterapija, študija primera, vedenjska sprememba, model HAPA, prakticiranje

Avtorica: Urška Batellino

Znanstveni in strokovni naziv: docentka, doktorica psihoterapije, psihoanalitična psihoterapevtka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Psihoanalitična ordinacija, Urška Battellino, s. p., Cesta na Brdo 109, 1000 Ljubljana

E-naslov: ubattellino@gmail.com

Avtorica: Mojca Zvezdana Dernovšek

Znanstveni in strokovni naziv: redna profesorica psihiatrije, specialistka psihiatrije, doktorica medicine

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica

E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

https://doi.org/10.3986/9789610510390_12, CC BY-SA

ABSTRACT

The article presents a case study analysis of a patient who underwent psychodynamic psychotherapy according to the Health Action Process Approach (HAPA) model. The aim was to demonstrate that improving the patient's health requires active behavioural interventions under extra-therapeutic conditions. The analysis is based on a theoretical coding framework including both motivation and behavioural phases and their respective determinants. Findings confirm that lasting change requires not only internal psychological reorganisation, but also concrete actions outside the therapeutic setting. The results underscore the importance of practise as a developmental step in the therapeutic process and demonstrate the applicability of behaviour change theory in a clinical context

Keywords: *psychotherapy, case study, behavior change, HAPA model, practicing*

1 UVOD

Psihoterapevtske raziskave v prvi vrsti pomagajo prepoznavati, kaj psihoterapijo naredi učinkovito in kako izboljšati psihoterapevtske izide (Krause, 2023; Wampold, 2015). Nove raziskave pri tem podpirajo prehod od starejših modelov k pristopom, ki so podprti z dokazi iz prakse in katerih metode so kritično ocenjene in prilagojene empiričnim ugotovitvam (Christo, 2012; Hill, 2011). Raziskave so ključne tudi pri prilagajanju psihoterapevtskih modelov različnim kulturnim kontekstom in za zagotavljanje, da so intervencije ustrezne za raznolike populacije (Koç in Gülnihal, 2018; Wampold, 2015). Rezultati raziskav tako usmerjajo izobraževanje terapevtov, njihov strokovni razvoj in pripravo smernic dobrih praks, kar pomaga pri stalnem izboljševanju učinkovitosti psihoterapevtskega dela (Christo, 2012; Tasca in sod., 2015). Raziskovanje psihoterapije na tak način prispeva k odgovornosti, izboljševanju kakovosti in vzdržnosti psihoterapije kot poklica (Hill, 2011).

Kratka predstavitev avtoric

Urška Batellino je psihoanalitična psihoterapevtka, docentka na Novi univerzi in sodelavka v programu OMRA. Dela v zasebni praksi s posamezniki in skupinami, zavzema se za opolnomočenje žrtev narcisistične zlorabe v vseh okoljih, ozaveščanje o vzrokih in posledicah izgorelosti in obsesivno-kompulzivne motnje.

Mojca Zvezdana Dernovšek je doktorica medicine in specialistka psihiatrije. Je redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Vključena je v implementacijo Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja 2018–2028. Zavzema se za preventivo duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja. Stremi k opolnomočenju oseb z izkušnjo težav v duševnem zdravju.

Na izid psihoterapije vpliva vrsta dejavnikov, ki so skupni različnim oblikam terapij ali specifični za posamezne pristope. Raziskave kažejo, da se med ključne napovedne dejavnike uvrščajo terapevtska zveza, lastnosti terapevta, dejavniki na strani klienta in prilagodljivost terapevtskega procesa. Ne glede na vrsto terapije ali diagnozo je z boljšimi izidi terapije dosledno povezana terapevtska zveza oz. kakovost odnosa med terapevtom in klientom (Barnicot in sod., 2012; Wampold, 2015). Med lastnostmi terapevta, ki pomembno vplivajo na izide, so zlasti njegova kompetentnost oz. znanje in spoštovanje protokolov ne glede na vrsto terapije (Chatoor in Kurpnick, 2009; Tasca in sod., 2015). Z boljšimi izidi je povezano tudi čustveno izražanje obeh, torej tako terapevta kot klienta, pri čemer pa ima izražanje klienta še posebej močan učinek (Peluso in Freund, 2018). Med preostalimi pomembnimi lastnostmi terapevta so tudi medosebne veščine in subjektivne lastnosti, kot so stil navezanosti, samopodoba in zgodovina odnosov, še posebej v interakciji s klientovimi dejavniki in tehnikami (Lingiardi in sod., 2018). Boljše izide nadalje dosegajo tudi terapevti, ki prilagajajo intervencije posameznikovim potrebam in načrtom (Silberschatz, 2017). Uspešne terapije tako v terapevtskem procesu pogosto združujejo tako stabilnost kot prilagodljivost (de Felice in sod., 2022).

Pomembni dejavniki, ki prav tako kritično vplivajo na psihoterapevtski izid, pa so odvisni od klienta in zajemajo medosebne težave, resnost simptomov, sposobnost spoprijemanja in fleksibilnost. Klienti z izrazitejšimi medosebnimi težavami imajo na začetku terapije praviloma slabše izide (Gómez Penedo in Flückiger, 2023), vendar lahko v določenih primerih večja resnost simptomov napoveduje tudi večje izboljšanje, verjetno zaradi večjega prostora za spremembo (Barnicot in sod., 2012). Z boljšimi izidi so povezani tudi sposobnost spoprijemanja in fleksibilnost klienta in njegova zmožnost integracije v terapevtskem procesu (Meier in sod., 2023; Wampold, 2015).

1.1 Namen

Namen prispevka je na primeru prikazati, da je izboljšanje pacientovega zdravja mogoče pričakovati le ob posegu v pacientove zahtevne zunajterapevtske okoliščine.

2 METODA DELA

Za namen prikaza, ko je izboljšanje pacientovega zdravja mogoče pričakovati le ob aktivnem posegu v pacientove zunajterapevtske okoliščine, izvajamo analizo primera pacientke, ki se je v času psihodinamske psihoterapije soočala z dolgotrajno psihološko obremenjujočim partnerskim odnosom. Primer je bil izbran na podlagi izrazite prepletenosti psihičnih simptomov z dejavniki v zunanjem okolju, ki jih je bilo treba za dosego izboljšanja neposredno nasloviti. Identiteta pacientke je zaščitena z anonimizacijo in spremembo vseh osebnih podatkov, ki bi lahko omogočali njeno prepoznavo. Vsebinska struktura primera je ohranjena v meri, ki omogoča relevantno analizo procesa spremembe.

Kvalitativno analizo opravljamo po postavkah pristopa procesa zdravstvenega ukrepanja (angl. Health Action Process Approach – HAPA; Schwartz, 2008), pri čemer uporabljamo deduktivni pristop, utemeljen na vedenjskem modelu.

HAPA je vedenjska teorija, ki predpostavlja model vzročne povezanosti začetka in vzdrževanja vedenja, pomembnega za zdravje, s tem da upošteva časovni vidik in jasno časovno loči med fazo motivacije ali odločitve in fazo akcije oz. vzdrževanja nekega izbranega vedenja (Schwartz, 2008). Pri tem opredeljuje determinante za začetek in vzdrževanje nekega vedenja. Če posameznik uspešno preide skozi obe fazi, velja, da je vzpostavil dolgoročno vedenjsko spremembo.

Motivacijska faza ali stanje sprejemanja odločitve opisuje proces, v katerem posameznik formira namero, da bo opustil vedenje, škodljivo za zdravje, ali v svoje življenje vključil vedenja, ki so varovalna oz. zdravje krepijo. V tej fazi so pomembne tri determinante:

- 1) samoučinkovitost pomeni, da posameznik verjame, da je sposoben določenega vedenja oz. njegove spremembe;
- 2) pričakovanje izida pomeni, da si posameznik zna predstavljati, kaj bo spremenjeno vedenje prineslo;
- 3) ocena nevarnosti/grožnje pomeni razmerje med pričakovano težo bolezni in lastno ranljivostjo oz. dovzetnostjo za to bolezen/zdravstveno stanje.

Pogosto se zgodi, da posameznik še pred vedenjsko namero in oceno, ali je neko vedenjsko spremembo sposoben izpeljati, premišljuje o posledicah. Ocena samoučinkovitosti in pričakovanje izida sta med seboj povezana in občutek lastne nezmožnosti lahko povsem izniči ostale determinante. Pričakovanje izida ima dva dela: družbeni in splošni. Pričakovanje izida, ki je družbeno pomemben, vključuje socialni pritisk (kaj bodo mislili drugi), podporo drugih in norme, ki pomenijo, v kakšni meri se vedenje pojavlja v referenčni skupini. Splošni del pa obsega splošna pričakovanja od življenja; sem sodijo optimizem ali pesimizem.

Ocena nevarnosti oz. grožnje sama po sebi ne podpre nastanka vedenjske namere. Lahko pa je že majhna zaznana nevarnost dovolj, da sproži premišljanje o pričakovanih izidih, nato pa še oceno samoučinkovitosti, kar privede do nastanka vedenjske namere.

Prenovljena teorija (Schwartz, 2008) je nekoliko podrobneje razdelala oceno samoučinkovitosti in jo je razdelila na akcijsko samoučinkovitost, vzdrževalno samoučinkovitost in zmožnost okrevanja. Akcijska samoučinkovitost pomeni, da posameznik verjame, da je sposoben določenega vedenja oz. njegove spremembe; definicija je identična prvotni teoriji in spada v motivacijsko fazo. Drugi dve spadata v fazo akcije.

Druga faza je faza akcije oz. vzdrževanja vedenjske spremembe. Namera je sedaj postala dejansko vedenje. Vedenjska namera se najprej pretvori v načrt delovanja. Ocena samoučinkovitosti je ključna za ta del procesa in vpliva na kakovost in kvantiteto načrta. Ko posameznik sledi načrtu, je pomembno, da obstaja nadzor nad izvajanjem načrta. Slednji spada v samoregulacijo, ki prepreči, da bi posameznik opustil delovanje zaradi drugih vedenjskih namer, prekinitev/motenj ali tendenc k drugim delovanjem. Samoučinkovitost je pomembna, saj omogoča vlaganje truda in vztrajnost. Na račun teh povezav ljudje z nizko oceno samoučinkovitosti raje predvidevajo slab izid in dvomijo o svoji zmožnosti izvesti neko dejanje, zato pa tudi pogostejše delovanje opustijo. Obratno pa ljudje z boljšo oceno samoučinkovitosti pričakujejo dober izid in učinkoviteje premagajo ovire.

Situacijske ovire so pomembne pri prenosu vedenjske namere v delovanje. Sem spadajo dejanski dejavniki okolja in dejavniki okolja, ki jih posameznik pričakuje. Situacijski dejavniki lahko nadvladajo samoregulacijo in vedenje se ne vzdržuje. Družbena podpora ima veliko vlogo pri vzdrževanju vedenja in lahko nadvlada situacijske prepreke.

Prenovljena teorija je nekoliko podrobneje razdelala dva dela volje, in sicer loči vzdrževalno samoučinkovitost in zmožnost okrevanja. Vzdrževalna samoučinkovitost pomeni oceno zmožnosti izpeljati načrtovano vedenje in odpravljanje sprotih ovir. Zmožnost okrevanja pa pomeni oceno posameznika, do katere mere je sposoben prenesti poraz in ponovno vzpostaviti načrtovano vedenje.

Pričakovanje izida je lahko negativno, družbeno pomembno in pomembno za telesno ali duševno zdravje. Prenovljena teorija uvaja tudi načrtovanje soočanja kot mediatorja med načrtovanjem in delovanjem. To pomeni, da načrtujemo pričakovane ovire in vzpostavljamo vedenjske možnosti, da se ovire premagajo.

Na osnovi teoretičnih določil modela HAPA smo oblikovali kodni okvir, ki vključuje obe fazi procesa spremembe (motivacijsko fazo in fazo akcije) in pripadajoče determinante vedenjske spremembe, kot so zaznana nevarnost, pričakovanje izida, samoučinkovitost, načrtovanje, samoregulacija, soočanje z ovirami in družbena podpora.

Kodiranje je potekalo s sistematičnim razvrščanjem vsebinskih enot besedila primera v pripadajoče kategorije kodnega okvira. S tem smo identificirali, kako so se skozi terapevtski proces razvijale ključne sestavine spremembe, kot jih opredeljuje model HAPA. Rezultati analize so predstavljeni v obliki preglednic, ki prikazujeta povezavo med posameznimi komponentami teoretičnega modela in empiričnimi vsebinami študije primera, sledi razprava, ki pojasnjuje potek in pogoje spremembe.

3 REZULTATI IN DISKUSIJA

3.1 Predstavitev primera

V študiji primera je prikazana analiza procesa pacientke v zgodnjih 30. letih, ki je po več letih bivanja v dolgotrajno toksičnem partnerskem odnosu poiskala psihoterapevtsko pomoč. V partnerskem odnosu je bila dolgotrajno izpostavljena psihičnemu nasilju, sistematičnemu razvrednotenju in manipulativnim vzorcem, ki so postopoma načeli njeno samozaupanje, občutek lastne vrednosti in sposobnost samostojne presoje. Pacientka je bila v odnosu s partnerjem preobremenjena s številnimi obveznostmi, ki so vključevale tako vodenje lastnega podjetja kot tudi glavno skrb za gospodinjstvo in otroka, medtem ko je partner prispeval malo oz. ni prispeval konstruktivno. Pacientka se je ob tem soočala z njegovo čustveno nestabilnostjo, zlorabo psihoaktivnih snovi in vedenjskimi vzorci, ki so temeljili na kontroli, zahtevah po občudovanju in prikitem sovražnem odnosu.

Vstop v terapevtski proces je pri pacientki potekal v stanju izrazite izčrpanosti, anksioznosti in občutka nemoči. Čeprav je izrazila jasno željo po prekinitvi odnosa, jo je pri tem zaviral močan strah pred posledicami partnerjevega odziva, ki ga je zaznavala kot potencialno maščevalnega. V začetnih fazah terapije so bile posebej izrazite težave z diferenciranjem lastnih občutij in misli od notranje ponotranjenih partnerjevih kritik in projekcij. Postopoma je skozi psihodinamski proces ozaveščanja preteklih izkušenj in terapevtskega dela na notranjih konfliktih pridobivala jasnejšo sliko o dinamiki odnosa, razmejila partnerjevo ravnanje od lastne identitete in začela vzpostavljati notranje meje. S tem je postopoma krepila samozaupanje, sposobnost avtonomne presoje in zmožnost

aktivnega odziva na zunanje okoliščine. Ključno točko spremembe, po kateri je pacientka izvedla več konkretnih dejanj za zaščito sebe in svojega otroka, je predstavljala odločitev za prekinitev odnosa. Vključila se je v sodne postopke, uredila bivanje in sčasoma ponovno vzpostavila občutek nadzora nad lastnim življenjem. V procesu zdravljenja se je bistveno zmanjšala njena anksioznost, izzveneli so simptomi telesne izčrpanosti in ponovno se je vzpostavil njen občutek osebne vrednosti.

3.2 Analiza primera

Predstavitev analize primera sledi strukturi dvofaznega modela HAPA. Proces spremembe je prikazan skozi komponenti motivacijske in akcijske/vzdrževalne faze, pri čemer posamezne vsebine primera uvrščamo v teoretične kategorije modela. Analiza temelji na kodnem okviru, oblikovanem na podlagi teorije, in vključuje preglednici s pripadajočim besedilnim komentarjem.

Motivacijska faza v modelu HAPA opisuje obdobje, v katerem pacient še ne deluje, temveč razvija namero vedenjske spremembe. Gre za notranji proces oblikovanja motivacije, ki vključuje zaznavanje ogroženosti, pričakovanja glede izidov in presojo lastne zmožnosti za spremembo. V izbranem primeru se motivacijska faza kaže kot obdobje, v katerem pacientka še vztraja v toksičnem odnosu, vendar že prepoznava škodljivost obstoječe situacije in začenja razvijati psihološke predpogoje za spremembo. Zaznana grožnja (M1) je močno prisotna, kar potrjujejo njeni izrazi telesne in duševne izčrpanosti in strahu pred partnerjevim odzivom. Pomemben del tega notranjega procesa je bilo tudi doživljanje lastne skrajne meje, ko je pacientka začela razmišljati, da bo »čisto znorela, zbolela ali umrla«. Ta notranji pritisk je sprožil intenzivno razglabljanje o lastni moči, možnostih rešitve in potrebi po prekinitvi odnosa, kar je predstavljalo ključen korak v smeri oblikovanja vedenjske namere. Vzporedno je oblikovala predstavo o alternativni, življenju brez nasilja, kar ustreza komponenti pričakovanja izida (M2). Pomembna elementa pri tem so družbeno pogojeni izidi (2Ma), ki pri pacientki vključujejo skrb za družbeni vtis, odziv bližnjih in občutek sramu ob razhodu, in splošne predstave o prihodnosti in zaznani možnosti pozitivnega izida (2Mb). Postopno se kaže tudi premik v samozaznavi lastne zmožnosti za spremembo oz. akcijska samoučinkovitost (3M), ki je sprva nizka, a se z diferenciacijo lastnih in partnerjevih psihičnih vsebin skozi terapevtski proces krepi. Ko se ta samoučinkovitost vzpostavi, se pojavi jasna vedenjska namera: odločitev pacientke za prekinitev odnosa (4M). Komponente primera ponazarjajo, da so v primeru prisotne vse ključne komponente motivacijske faze in tvorijo osnovo za prehod v fazo ukrepanja.

Tabela 1: Procesne sestavine motivacijske faze

Motivacijska faza	Primer pacientke
1M: Ocena grožnje (zaznana nevarnost, ranljivost)	Strah pred partnerjevo maščevalnostjo, zaznana brezizhodnost, telesna izčrpanost, občutek norosti
2M: Pričakovanje izida	Želja po boljšem življenju brez nasilja, slutnja olajšanja, če se osvobodi odnosa.
2Ma: Družbeno pomembni izidi (pritisk, norme, podpora)	Skrb, kako bo na odhod odreagirala družina, kako bodo videli partnerjevo vedenje; pomisleki o družbenem sprejemanju razhoda.
2Mb: Splošni izidi (optimizem, pesimizem, predstave o življenju)	Pomanjkanje optimizma v začetku (nizka pričakovanja), pozneje postopna krepitev zaupanja vase in v boljšo prihodnost
3M: Akcijska samoučinkovitost (Verjetje, da je sprememba mogoča.)	Sprva nizka, kasneje višja; ko začne ločevati svoje misli od projekcij, verjame, da lahko odnos zapusti.
4M: Oblikovanje vedenjske namere	Jasno izražena želja po odhodu iz odnosa že v zgodnji fazi terapije

V drugi fazi ukrepanja se vedenjska namera, oblikovana v motivacijski fazi, prevede v konkretna dejanja. Ključne sestavine faze so povezane z uresničevanjem spremembe, njenim vzdrževanjem in sposobnostjo spoprijemanja z ovirami in relapsi. V izbranem primeru se faza ukrepanja realizira s pacientkino izvedbo načrtovane spremembe (U1), ko se fizično umakne iz odnosa in vključi v pravno podporo. Pacientka razvija samoregulacijo (U2) s postopnim vzpostavljanjem notranjih psihičnih mej in nadzora nad odzivi na partnerjevo vedenje (U2a). Kljub številnim obremenitvam vztraja pri svoji odločitvi (U2b), kar kaže na visoko vzdrževalno samoučinkovitost (U3), tj. zmožnost kljubovanja sprotim oviram. Tudi ob vnovičnem pojavu strahu (U4) pacientka ohranja smer delovanja, kar kaže na sposobnost okrevanja po relapsu. V primeru je zaznati tako dejanske (U5a) kot pričakovane situacijske ovire (U5b), ki pa jih pacientka zmore nasloviti s pomočjo družbene podpore (U6) in vnaprejšnjim načrtovanjem strategij za soočanje (U7). Slednje vključuje tako konkretne zaščitne ukrepe kot tudi psihološko pripravo na partnerjevo maščevalnost. Primer ponazarja, da so aktivirane vse ključne determinante faze ukrepanja, ki podpirajo dolgotrajno vedenjsko spremembo.

Analiza primera kaže, da za izboljšanje zdravstvenega stanja pacientke nista bila dovolj zgolj uvid ali refleksija v terapevtskem prostoru, temveč predvsem posledica aktivnega vedenjskega posega v zunajterapevtske okoliščine. V tem smislu primer poudarja pomen vloge prakticiranja oz. udejanjanja notranjih sprememb v realnih medosebnih kontekstih. Prakticiranje pri tem ne pomeni regresivnega udejanjanja, temveč razvojni korak, v katerem pacient v

terapevtskem procesu oblikovano novo psihično organizacijo preveri in utrdi z vedenjem v zunanjem svetu.

Tabela 2: Procesne sestavine faze ukrepanja

Akcijska/vzdrževalna faza	Primer pacientke
U1: Načrtovanje delovanja	Odselitev k staršem, iskanje pravne pomoči, vključitev v sodne postopke
U2: Samoregulacija	Postopno razvijanje notranjega nadzora, zavestno postavljanje mej partnerju
U2a: Nadzor nad izvajanjem	Vzpostavitev strukture za izvedbo spremembe (pravni postopki, zaščita otroka)
U2b: Vlaganje truda, vztrajnost	Vztrajnost kljub psihičnemu pritisku in finančni obremenitvi zaradi postopkov
U3: Vzdrževalna samoučinkovitost (sposobnost kljubovati sprotnim oviram)	Uspešno spopadanje z bivšimi partnerjevimi prijavi, zmožnost nadaljevanja načrta kljub pritiskom
U4: Zmožnost okrevanja (sposobnost povrnitve po relapsu ali porazu)	Povratek občutkov strahu ob novih prijavih, vendar se kljub temu nadaljuje uresničevanje ciljev.
U5: Situacijske ovire	Pravne in finančne ovire, grožnje, policijske prijave, postopki na CSD
U5a: Dejanske situacijske ovire	Stalna partnerjeva manipulacija, pričakovanje maščevalnosti
U5b: Pričakovane situacijske ovire	Podpora staršev, kasneje tudi širše družine
U6: Družbena podpora	Iskanje različnih pravnih poti, priprava na manipulativna dejanja partnerja, postavljanje psiholoških in fizičnih mej
U7: Načrtovanje soočanja (strategije za predvidene ovire)	Zavedanje, da bo partner maščevalen, in vnaprejšnja priprava: odhod k staršem, pravna zaščita, zamenjava bivališča, iskanje odvetnikov.

Čeprav na uspešnost psihoterapevtskega izida pomembno vplivajo terapevtska zveza, kompetentnost terapevta in njegova prilagodljivost klientovim potrebam (Barnicot in sod., 2012; de Felice in sod., 2022; Silberschatz, 2017; Wampold, 2015) se kot vse pomembnejša kaže tudi vloga dejavnikov na strani klienta, zlasti njegove sposobnosti za spoprijemanje, fleksibilnost in stopnje integracije terapevtskih uvidov (Meier in sod., 2023). Izbrani primer ilustrira, da je notranji terapevtski proces omogočil diferenciacijo med lastnimi občutki in partnerjevimi projekcijami, kar je vodilo do krepitve samoučinkovitosti in oblikovanja jasne vedenjske namere, vendar se brez dejanske prekinitve odnosa, pravne zaščite in spremembe bivanjskih pogojev izboljšanje ne bi moglo realizirati. Rezultati analize v kontekstu modela HAPA kažejo, da mora biti terapevtska sprememba potrjena skozi vedenje v realnih življenjskih razmerah. V tem pogledu

prakticiranje ni spremljajoč, temveč konstitutiven element terapevtskega izida. Zlasti pri pacientih, ki živijo v destruktivnih okoljih, poseg v zunajterapevtsko realnost ni zgolj rezultat okrevanja, temveč ključni pogoj zanj.

4 ZAKLJUČEK

Na izid psihoterapije vpliva kompleksno prepletanje terapevtskega odnosa, značilnosti terapevta in pacienta in prilagodljivosti terapevtskega procesa. Usmerjanje pozornosti v vzpostavitev močne terapevtske zveze, ocenjevanje klientovih specifičnih dejavnikov in zagotavljanje kompetentnosti in odzivnosti terapevta lahko pomembno prispevajo k večji učinkovitosti psihoterapije.

Zanimivo je vprašanje, kako se skozi terapijo pripravi pacient na spremembe oz. se okrepi njegova sposobnost odločanja, predvidevanja ipd., da lahko zunajterapevtske spremembe učinkoviteje samostojno sproži, izpelje, sprejme in so zanj koristne.

Teorije vedenjskih sprememb so se najbolj uveljavile pri pripravi in vrednotenju javnozdravstvenih programov in intervencij za izboljšanje zdravja. Doseganje vedenjske spremembe pri posamezniku, skupini ljudi ali populaciji ni enostavna. Intervencije morajo biti dostopne, praktično izvedljive, učinkovite, sprejemljive, varne in sorazmerne (Michie in sod., 2014). Terapevtski proces lahko gledamo v luči intervencije na ravni posameznika in ga lahko načrtujemo, vodimo in spremljamo po teoriji vedenjskih sprememb. Za naprej načrtujemo spremljanje podobnih primerov, da bi definirali dodatne vsebine po posameznih kodnih okvirih procesa vedenjske spremembe.

Literatura

- Barnicot K, Wampold BE, Priebe S. Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2012; 32(5): 400–412.
- Chatoor I, Kurpnick J. The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 10(1): 19–25.
- Christo KM. Essential research findings in counseling and psychotherapy. *Soc Work Educ.* 2012; 31(1): 133.
- de Felice G, Guliani A, Pincus D, Scozzari A. Stability and flexibility in psychotherapy process predict outcome. *Acta Psychol (Amst).* 2022; 227: 103604.
- Gómez Penedo JM, Flückiger C. Interpersonal problems as a predictor of outcome in psychotherapy for depressive and anxiety disorders: a multilevel meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 2023; 91(10): 562.

- Hill C. Qualitative research in counseling and psychotherapy. *Psychother Res.* 2011; 21(6): 736–738
- Koç V, Gülnihal K. Cross-cultural research on psychotherapy: the need for a change. *J Cross Cult Psychol.* 2018; 50(1): 110–115.
- Krause M. Lessons from ten years of psychotherapy process research. *Psychother Res.* 2023; 34(3): 261–275.
- Lingiardi V, Muzi L, Tanzilli L, Carone N. Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clin Psychol Psychother.* 2018; 25(1): 85–101.
- Michie S, Atkins L, West R. *The behaviour Change Wheel: A guide to Designing Interventions.* London: Silverback Publishing; 2014.
- Meier D, Tschacher W, Frommer A, Moggi F. Growth curves of common factors in psychotherapy: multilevel growth modelling and outcome analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2023; 30(5): 1095–1110.
- Peluso PR, Freund R. Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: a meta-analysis. *Psychotherapy (Chic).* 2018; 55(4): 461–469.
- Schwartz R. Modeling health behaviour change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviour. *Applied Psychology: An International Review* 2008; 57(1): 1–29.
- Silberschatz G. Improving the yield of psychotherapy research. *Psychother Res.* 2017; 27(1): 1–13.
- Tasca G, Sylvestre J, Balfour L, Chyurlia L. What clinicians want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy (Chic).* 2015; 52(1): 1–11.
- Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry.* 2015; 14(3): 270–277.



Zmaj, 2021 (akril)

IZKUŠNJE UPORABNIKOV S PROTOTIPOM APLIKACIJE Z VAMI, VEDNO

User experiences with the With You,
Always app prototype

Mojca Zvezdana Dernovšek, Jernej Horvat,
Barbara Vogrinec Švigelj

POVZETEK

Zagotavljanje obravnave duševnih težav prek digitalnih tehnologij ustvarja veliko priložnost za razširitev dostopa do obravnave in zmanjševanje vrzeli med potrebami prebivalstva po podpori ob duševnih stiskah in razpoložljivimi viri pomoči. Namen kvalitativne študije je bil raziskati izkušnjo uporabnikov prototipa aplikacije With You, Always, ki je namenjena olajšanju trenutne duševne stiske. V študiji je sodelovalo pet uporabnikov aplikacije in uporabljali so jo štiri tedne. Izsledki intervjujev z uporabniki so bili obdelani s pomočjo interpretativne fenomenološke analize. Pokazalo se je, da je aplikacija ponudila nekaj dobrih pravočasnih prilagojenih ukrepov, s katerimi so bili uporabniki zadovoljni. Aplikacija se je izkazala za najuporabnejšo pri pisanju dnevnika, dobro se je obnesel tudi ukrep postavitve prednosti in koristnih je bilo tudi nekaj

Avtorica: Mojca Zvezdana Dernovšek

Znanstveni in strokovni naziv: redna profesorica psihiatrije,
specialistka psihiatrije, doktorica medicine

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica

E-naslov: mojca-zvezdana.dernovsek@guest.arnes.si

Avtor: Jernej Horvat

Znanstveni in strokovni naziv: univerzitetni diplomirani ekonomist

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nisha Explore, Reinickendorfer Straße 3, 13347 Berlin

E-naslov: jernej.horvat@nishaexplore.com

Avtorica: Barbara Vogrinec Švigelj

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica znanosti s področja filozofije,
univerzitetna diplomirana filozofinja, asistentka z doktoratom, raziskovalka

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Karakter – inštitut za osebnostne motnje
in oblikovanje osebnosti, Ježa 90, 1231 Ljubljana

E-naslov: barbara.vogrinec@guest.arnes.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7826-4255>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_13, CC BY-SA

predlogov, vezanih na vedenje. Uporabniki so kot pomanjkljivost izpostavili predvsem preveč splošno odzivanje aplikacije in izrazili nezadovoljstvo z nekaterimi predlaganimi ukrepi. Omejitev raziskave predstavlja kratek čas opazovanja.

Ključne besede: duševno zdravje, umetna inteligenca, aplikacije za pametne naprave, pravočasni prilagojeni ukrepi

ABSTRACT

The provision of mental health care through digital technologies offers a great opportunity to improve access to treatment and reduce the gap between the population's need for mental health support and the help available. The aim of the qualitative study was to investigate the experiences of users of the prototype application With You, Always, which was developed to alleviate current mental health problems. Five users of the application took part in the study and used it for 4 weeks. The results of the user interviews were analysed using interpretative phenomenological analysis. It was shown that the application offered some good just-in-time adaptive interventions with which users were satisfied. The application proved to be most useful for journaling, the priority setting measure also worked well, and some behavior-related suggestions were also useful. Users highlighted the application's overly general response as a drawback and expressed dissatisfaction with some of the proposed measures. One limitation of the study is the short observation period.

Keywords: mental health, artificial intelligence, smart device applications, just-in-time adaptive interventions (JITAI)

Kratka predstavitev avtorjev

Mojca Zvezdana Dernovšek je doktorica medicine in specialistka psihiatrije. Je redna profesorica na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Vključena je v implementacijo Resolucije nacionalnega programa duševnega zdravja 2018–2028. Zavzema se za preventivo duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja. Stremi k opolnomočenju oseb z izkušnjo težav v duševnem zdravju.

Jernej Horvat, univerzitetni diplomirani ekonomist, se ukvarja s produktnim oblikovanjem pri Nishi Explore v Berlinu. Osredotočen je na razvoj digitalnih produktov na področju duševnega zdravja s ciljem ustvarjanja znanstveno utemeljenih in uporabnih rešitev za ljudi z duševnimi težavami. Njegov poudarek je na združevanju oblikovanja, vedenjske znanosti in tehnologije za ustvarjanje učinkovitih pristopov pri upravljanju duševnega zdravja za vsakdanje življenje.

Barbara Vogrinec Švigelj je doktorica znanosti s področja filozofije. Od leta 2020 je zaposlena kot raziskovalka na Inštitutu Karakter. Pred tem je na svoji poklicni poti raziskovalke, urednice in prevajalke na področjih filozofije, kulturnih študijev, izobraževanja (zlasti v povezavi z zaposlovanjem in trgom dela) in duševnega zdravja sodelovala z različnimi raziskovalnimi in drugimi organizacijami.

1 UVOD

1.1 Ozadje študije

Po najnovejšem poročilu Svetovne zdravstvene organizacije o duševnem zdravju za večino sveta še vedno velja, da so težave z duševnim zdravjem, ki močno obremenjujejo življenja ljudi, zelo razširjene, medtem ko večina teh ljudi ne prejema učinkovitega zdravljenja, predvsem zato ker poleg stigme, ki jih odvrča od iskanja pomoči, ni dovolj služb in strokovnjakov za duševno zdravje (WHO, 2022).

Poročilo dalje poudarja pomembnost zagotavljanja obravnave težav z duševnim zdravjem z uporabo digitalnih tehnologij – od spletnih strani in platform do pametnih telefonov in mobilnih aplikacij. Zakaj je to pomembno?

Zagotavljanje obravnave duševnih težav s pomočjo digitalnih tehnologij ustvarja veliko priložnost za razširitev dostopa do obravnave, saj je po vsem svetu število njenih uporabnikov veliko, pri čemer ne smemo pozabiti, da niso le v državah z višjimi dohodki, ampak tudi drugod (Molloy in Anderson, 2021; WHO, 2022).

Drugi močan razlog, ki utemeljuje pomembnost zagotavljanja obravnave duševnih težav s pomočjo digitalnih tehnologij, je priložnost za takojšni dostop. Različne aplikacije omogočajo t. i. pravočasne prilagojene ukrepe (angl. Just-In-Time Adaptive Interventions – JITAI). To pomeni, da so »zasnovane tako, da zagotavljajo pravo vrsto podpore ob pravem času s prilagajanjem spremembam notranjih stanj in zunanjih okvirov (kontekstov)« (Coppersmith in sod., 2022).

Mobilna JITAI-aplikacija With You, Always (slov. Z vami, vedno) je nastala na podlagi sodelovanja avtorjev pričujočega zapisa, pri čemer smo stremeli k čim kakovostnejši storitvi, ki jo ves čas znanstveno spremljamo.

Cilj mobilne aplikacije With You, Always je ponuditi oporo v trenutku duševne stiske. Udeleženci študije so s prototipom aplikacije komunicirali preko uporabniškega vmesnika za klepet (angl. chat). V trenutku stiske je lahko vsak udeleženec uporabil klepet, da bi opisal svoje trenutno čustveno stanje, in dobil pomoč za zmanjšanje trenutne stiske s pomočjo umetne inteligence (UI). Vpeljali smo klepetalnega robota z UI ChatGPT in UI zasnovali tako, da se uporabljajo posamezne tehnike kognitivno-vedenjske psihoterapije. Prototip vključuje kontekstualne informacije. Podatki o spanju, spremenljivosti srčnega utripa (oboje če ima uporabnik pametno uro), trenutnem kraju nahajanja, trenutnem vremenu, uri in datumu se zbirajo samodejno. Dodatno pa lahko uporabnik poda informacije, ki jih bo aplikacija upoštevala v prihodnjih pogovorih. Uporabnik lahko v aplikaciji shrani svoje cilje in vse podatke o sebi, za katere meni, da bi jih aplikacija morala vedeti. V ta namen je v aplikaciji na voljo poseben razdelek,

pri čemer je zagotovljeno varovanje osebnih podatkov. Na podlagi pogovorov aplikacija samodejno predlaga cilje, ki jih uporabnik potrdi ali zavrne.

Poleg glavne funkcije klepeta so lahko udeleženci izbrali še naslednje: preoblikovanje misli, postavljanje dnevnega cilja, razmislek o svojem dnevu na koncu dneva in možnost, da aplikacija stopi v stik z uporabnikom zjutraj. Svojo izkušnjo so lahko prilagodili tako, da so za UI nastavili avatar, ga poimenovali in mu določili značaj (izbirali so lahko med bolj usmerjevalno in bolj podporno obliko). Z uporabo lestvice Subjektivne mere stiske (angl. Subjective Units of Distress Scale – SUDS) aplikacija ponuja možnost podajanja povratnih informacij o stiski pred in med klepetom in po vsaki seji klepeta. Udeleženci so lahko določili tudi dolžino sporočil, ki so jih v odgovor prejeli od UI.

Potek pogovorov je zasnovan tako, da se približa interakciji med dvema človekoma. Ko uporabnik odpre aplikacijo, ga UI pozdravi po imenu in občasno že vključi kontekstualne informacije, kot so trenutno vreme, datum ali npr. trajanje spanja prejšnjo noč. Pri podajanju predlogov za ukrepe aplikacija upošteva kontekstualne podatke, pa tudi pretekle pogovore z uporabnikom – v ta namen po koncu vsake seje klepeta ustvari povzetek pogovora.

1.2 Namen študije

Namen študije je raziskati izkušnjo uporabnikov z aplikacijo With You, Always, natančneje je cilj ugotoviti, ali jim ta aplikacija dejansko omogoča olajšanje trenutne stiske, ki jo doživljajo kot oviro oz. jim povzroča nelagodje.

2 Metoda

Prototip aplikacije smo preizkusili v kvalitativni študiji s petimi udeleženci. Da bi nabrali udeležence, smo se obrnili na spletno platformo User Interviews (slov. intervjuji z uporabniki) in na naš poziv se je javilo 55 kandidatov.

Vsak kandidat je moral izpolniti presejalni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz treh vprašanj – dveh zaprtega in enega odprtega tipa. Zaprti vprašanja sta služila za izločitev tistih, ki ne uporabljajo pametnega telefona z operacijskim sistemom iOS, in tistih, ki nimajo izkušenj z navedenimi možnimi oblikami pomoči v primeru težav z duševnim zdravjem (terapija, aplikacije, pisanje dnevnika, knjige o duševnem zdravju). Odprto vprašanje je kandidata spraševalo o trenutku v preteklosti, ko mu je katerakoli od zgoraj omenjenih možnosti pomoči koristila. Namen tega je bil prepoznati tiste, ki so se sposobni podrobno izraziti in podati izčrpen vpogled v svojo izkušnjo uporabe pripomočkov za zmanjšanje duševne stiske, saj je bila ta sposobnost pogoj za vključitev kandidata v študijo.

Udeleženci so pisno privolili v sodelovanje. Pred aktiviranjem aplikacije so opravili intervju z raziskovalcem, ki jim je predstavil aplikacijo in jih poučil glede uporabe. Nato so aplikacijo štiri tedne uporabljali po lastnih željah in z neomejenim dostopom. Po štirih tednih uporabe aplikacije smo z njimi opravili individualne intervjuje: Zanimalo nas je naslednje:

- 1) Je uporabnik od sogovornika (UI) prejel v odgovor nekaj, kar mu je koristilo v danem trenutku?
- 2) Mu je aplikacija pomagala usmeriti pozornost na lastne cilje in stran od nelagodja?
- 3) Je lahko s pomočjo aplikacije bolje uravnaval svoje vedenje?
- 4) Mu je aplikacija pomagala vzpostaviti pozitiven notranji pogovor s samim seboj?

Pri analizi intervjujev smo uporabili interpretativno fenomenološko analizo (angl. interpretative phenomenological analysis – IPA), ki je kvalitativna oblika psihološkega raziskovanja. IPA se osredotoča na idiografijo, kar pomeni, da namesto da bi posplošila ugotovitve, želi ponuditi vpogled v to, kako določeni človek v določenem kontekstu razume določeni položaj (Alase, 2017). Pri tem smo bili pozorni na to, ali je bila aplikacija sposobna pripraviti JITAI, ki so bili za uporabnika sprejemljivi in učinkoviti.

3 REZULTATI

Iz intervjujev z udeleženci smo izluščili odgovore, ki so neposredno povezani z našimi raziskovalnimi vprašanji. Izsledki analize intervjujev so prikazani v tabeli 1.

Tabela1: Izsledki analize intervjujev z Dario, Raymondom, Jemimo, Dano in Emirjem (imena so izmišljena, da se prikrije identiteta udeležencev).

	Da	Ne
1. Ali si od UI prejel/-a v odgovor nekaj, kar ti je koristilo v danem trenutku?	Daria: »Uporabila sem jo tako, da sem namesto pisanja dnevnika ali zapisovanja, kako se počutim, za naslednji obisk pri svoji terapevtki samo odprla aplikacijo, vtipkala, kako se počutim, in videla, kaj je UI rekla.« Aplikacija ji je torej služila kot nadomestilo za pisanje dnevnika. »Ampak namesto da si samo zapisal, si tudi dobil povratno informacijo. In nekatere od njih so bile izjemno koristne.« Jemima: UI ji je predlagala, naj pokliče sestro, in to je storila ter se zato dobro počutila. Rešila je njeno začasno težavo (tesnobo) – spodbudila jo je, da je nekaj naredila in se v trenutku počutila bolje. Emir: /	Daria: Bila je jezna na moža in je vzela telefon, da bi se pogovorila z UI, ta pa se je z njo prepirala. Vztrajala je, naj se samo osredotoči nase namesto na druge – z njenega vidika se UI ni ustrezno odzvala na njeno razpoloženje. Raymond: »Občutek imam, kot da od terapevta z UI nikoli nisem dobil dejanskega nasveta.« »Iskal sem le bolj konkreten akcijski načrt.« Upal je, da bo dobil konkreten načrt, kako se lotiti dneva od trenutka stiske naprej – kako se pripraviti do dela, ki ga mora opraviti. »Resnično osnovna raven ... če ste v stresu, kaj pa, če si vzamete nekaj časa za branje knjige ali gledanje televizije. In sem si mislil, da mi to ni ravno v pomoč.« Dana: Omenila je, da je razmišljala, ali je postavila napačna vprašanja. »Zdelo se mi je zelo enostransko.« »Zdelo se mi je zelo plehko.« »Nisem imela občutka, da dobivam kakršnokoli podporo od te aplikacije.« »Preprosto me ni pritegnila.« »Morda sem iskala več, kot naj bi ti ta aplikacija ponudila.« »Morda sem mislila, da bi aplikacija morala prevzeti več pobude.« »Bolj človeško.« – Želela bi imeti bolj človeški pogovor. Potrdila je, da je od aplikacije pričakovala, da bo ustrezala ravni pogovora s človeškim terapevtom. Emir: /

2. Ali ti je aplikacija pomagala usmeriti pozornost na lastne cilje in stran od nelagodja?	Daria: Tistega dne je bila zelo preobremenjena – zato ji je aplikacija rekla, naj prednostno razvrsti naloge na seznamu opravil – to je storila. »Verjeli ali ne, več narediš, če jih prednostno razvrstiš.« Aplikacija ji je predlagala, naj si vzame čas zase, in to je storila ter šla ven. »Tistega dne sem se na neki točki zjokala. Bil je naporen dan. Ampak da ti nekdo končno reče, da si samo vzemi čas zase, je v redu. To je bilo res pomirjujoče in sproščujoče in kot da je nekemu mar. Tega ne dobim pogosto.« »Veš, prav imaš. To moram storiti.« Jemima: Ul ji je predlagala, naj pokliče sestro, in to je storila, zato se je počutila dobro. Rešila je njeno začasno težavo (tesnobo) – spodbudila jo je, da je nekaj naredila in se v trenutku počutila bolje. Emir: /	Daria: Bila je razburjena, ker odziv ni bil takšen, kot ga je pričakovala (UI se je z njo prepirala ...). »Ni bilo to, kar sem si želela. Pravzaprav me je spravilo v slabšo voljo.« Raymond: »Včasih zapustim aplikacijo bolj razočaran, kot sem bil, preden sem vstopil vanjo.« Dana: »Zaradi aplikacije se nisem počutila nič bolje.« »Nisem imela občutka, da me aplikacija podpira. Počutila sem se bolj žalostno.« Emir: /
3. Ali si lahko s pomočjo aplikacije bolje uravnaval/-a svoje vedenje?	Daria: Tistega dne je bila zelo preobremenjena – zato ji je aplikacija rekla, naj prednostno razvrsti naloge na seznamu opravil – to je storila. Aplikacija ji je predlagala, naj si vzame čas zase, in to je storila ter šla ven. Jemima: Ul ji je predlagala, naj pokliče sestro, in to je storila. Emir: /	Raymond: Upal je, da bo od UI dobil konkreten načrt, kako se pripraviti do dela, ki ga mora opraviti, od trenutka stiske naprej, a ga ni. Dana: Ni imela občutka, da dobiva kakršnokoli podporo od te aplikacije. Emir: /
4. Ali ti je aplikacija pomagala vzpostaviti pozitiven notranji pogovor s samim/-o seboj?	Daria: »Všeč mi je, da se lahko vrneš in še enkrat prebereš, kar so ti povedali. Tako lahko razmisliš ...« Raymond: / Jemima: / Dana: / Emir: /	Raymond: / Jemima: / Dana: / Emir: /

4 RAZPRAVA

Z analizo intervjujev z udeleženci smo poskušali ugotoviti, kakšne so njihove izkušnje z uporabo aplikacije With You, Always.

Na prvo vprašanje, ali je uporabnik od aplikacije prejel v odgovor nekaj, kar mu je koristilo v danem trenutku, smo dobili zelo raznolike odgovore: en da (Jemima), en da in ne (Daria) in dva ne (Raymond, Dana). Pri tem je zanimivo, da je Daria aplikacijo uporabila kot dnevnik, v katerega si je zapisovala vsebine za načrtovano uro terapije, in ji je bilo všeč, da je takoj dobila tudi povratne informacije o svojih zapisih, od katerih je nekatere ocenila kot izjemno koristne. Ni pa doživela kot pozitivnega iz strokovnega vidika povsem ustrezno ponujenega predloga ob razburjenju – da se osredotoči nase. Tu je mogoče, da ji je UI to predlagala na tak način, da predloga ni mogla sprejeti. Raymond je bil razočaran, saj so bili zanj napotki premalo natančni in je pričakoval bolj osebno svetovanje. Dana je ugotavljala, da je pogovor z UI preveč površinski in da je morda pričakovala preveč – da bo bolj podobno pogovoru s človeškim terapevtom. Povsem drugačno izkušnjo pa je navedla Jemima, saj ji je aplikacija svetovala točno določeno dejanje, s katerim se ji je tesnoba v trenutku znižala.

Čeprav se pričakovanja klienta pogosto obravnavajo kot pomemben dejavnik, ki je skupen večini terapevtskih pristopov, je njihov pomen slabo raziskan (Greenberg in sod., 2006). Hkrati pa je ena uporabnica sama od sebe uporabila aplikacijo kot dnevnik. Pisanje dnevnika se šteje za eno od najstarejših terapevtskih metod (Alexander in sod., 2016). Rečemo lahko, da je aplikacija v tem primeru njena pričakovanja izpolnila. Razvoj aplikacije, ki podpira neke vrste dnevnik, bi lahko imel dober učinek. Raziskava, ki so jo opravili Smyth in sodelavci (2018), je ugotavljala, da ciljano zapisovanje pozitivnih čustev pomaga zniževati duševno stisko in izboljšati delovanje. Raziskava, ki so jo izvedli Nepal in sodelavci (2024), pa je pokazala, da lahko UI pomaga pri pisanju dnevnika in zmanjšuje stiske pri mladih odraslih.

Pri drugem vprašanju, ali je uporabniku aplikacija pomagala usmeriti pozornost na lastne cilje in stran od nelagodja, smo prav tako dobili zelo raznolike odgovore. Najbolj je bila zadovoljna Jemima, ki ji je izvedba dejanja, ki ji ga je UI svetovala, prineslo olajšanje. Raymond je ocenil, da je včasih po uporabi aplikacije bolj razočaran, kot je bil pred njo. Tudi Dana je bila po uporabi aplikacije bolj žalostna oz. se ni počutila nič bolje. Daria pa je bila oboje: zadovoljna in nezadovoljna. Zadovoljna je bila, ko ji je aplikacija svetovala, da prednostno razvrsti naloge v zelo zaposlenem dnevu, kar ji je pomagalo, da je opravila vse in se počutila bolje. Ni pa bila zadovoljna, ko je zaznala, kot da se aplikacija z njo prepira, in

to jo je spravilo v slabo voljo. Postavitev prednosti je zelo učinkovita metoda obvladovanja vsakdana in pristopov je veliko, raziskave pa se bolj nanašajo na posebna okolja (delovna okolja z večjim časovnim pritiskom) kot na vsakodnevno življenje. Middleton in sodelavci (2018) ugotavljajo, da je postavitev prednosti in s tem obvladovanje časa ena najdragocenejših veščin zdravstvenih delavcev.

Pri tretjem vprašanju, ali je uporabnik lahko s pomočjo aplikacije bolje uravnaval svoje vedenje, smo dobili dva pritrdilna in dva nikalna odgovora. Jemini in Darii je vedenje po nasvetu UI prineslo olajšanje. Raymond pa od UI ni dobil natančnih napotkov za svoje vedenje in Dana od nje ni dobila nobene podpore.

Na četrto vprašanje, ali je uporabniku aplikacija pomagala vzpostaviti pozitiven notranji pogovor s samim seboj, smo dobili samo en odgovor in ta je bil pritrdilen. Darii je bilo všeč, da je lahko še enkrat prebrala, kar je od UI prejela v odgovor, in to ji je omogočilo, da je o tem razmislila. Razlog, da nismo dobili več odgovorov, lahko vidimo v kratkem času trajanja raziskave, saj večje spremembe notranjega pogovora in zaznavanje pozitivnih sprememb lahko pričakujemo v daljšem časovnem obdobju. Res pa je, da je bilo vprašanje zastavljeno zelo celovito in zapleteno – želeli smo namreč ugotoviti, ali se je razvil tak notranji pogovor, ki omogoči človeku čutiti večjo samostojnost, ne pa samo spremenjen notranji dialog, ki je lahko tudi negativen. Mellado in Del Río (2024) ugotavljata, da se spremembe v psihoterapevtskem procesu dogajajo zaradi vpliva več dejavnikov, pri katerih so eni podporni, drugi pa proces ovirajo, vsi pa potrebujejo bistveno več časa, kot je trajala raziskava.

4.1 Omejitve raziskave

Čas opazovanja je bil kratek, zato smo nekatera vprašanja – sploh zadnjega o spremembi samogovora – zastavili preveč pogumno. Zavedati se moramo, da je UI na trgu zelo kratek čas in je nova tehnologija, ki se nenehno izboljšuje. Omejitev raziskave je tudi ta, da so bili udeleženci plačani.

Skupina opazovanih ljudi je bila premajhna, da bi lahko znanstveno ovrednotili vpliv izbora značaja avatarja.

5 ZAKLJUČEK

UI je v aplikaciji With You, Always pri vključenih uporabnikih zelo zadovoljivo svetovala določena vedenja oz. ukrepanja (postavitev prednosti, pogovor z drugim človekom), pripomogla k dodatnim uvidom pri pisanju dnevnika in je v nekaterih primerih prinesla olajšanje. So pa udeleženci poročali tudi o nezadovoljstvu.

Kritično moramo oceniti tudi vprašanja, ki smo jih udeležencem zastavljali.

Prvo vprašanje, ki se je glasilo, ali je uporabnik od sogovornika (UI) prejel v odgovor nekaj, kar mu je koristilo v danem trenutku, ocenjujemo kot ustrezno za ocenjevanje, ali smo res dobili JITAI. Drugo vprašanje, ali je aplikacija pomagala uporabniku usmeriti pozornost na lastne cilje in stran od nelagodja, bi lahko izpustili, saj ga vključuje že prvo – ustrezni JITAI dejansko preusmerijo pozornost in zmanjšajo nelagodje. Tretje vprašanje, ali je lahko s pomočjo aplikacije uporabnik bolje uravnaval svoje vedenje, se je izkazalo za dobro, saj smo dejansko ugotavljali, ali se je neko vedenje pojavilo zaradi predloga aplikacije. Četrto vprašanje, ali je aplikacija uporabniku pomagala vzpostaviti pozitiven notranji pogovor s samim seboj, pa je po naši oceni z vidika trajanja raziskave neustrezno.

JITAI bi lahko bil dober pristop, ki ga je treba posebiti (personificirati), da je čim manj neugodnih izidov.

Nobena aplikacija ne more nadomestiti živega terapevta in pristen odnos, je pa lahko v veliko pomoč, če imajo uporabniki ustrezna pričakovanja. Dobra stran takšnih aplikacij pa je zagotovo nenehna dostopnost podpore.

Literatura

- Alase A. The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. *International Journal of Education & Literacy Studies*. 2017; 9–19.
- Alexander J, McAllister M, Brien DL. Exploring the diary as a recovery-oriented therapeutic tool. *Int J Ment Health Nurs*. 2016; 25(1): 19–26.
- Coppersmith DDL, Dempsey W, Kleiman EM, Bentley KH, Murphy SA, Nock MK. Just-in-Time Adaptive Interventions for Suicide Prevention: Promise, Challenges, and Future Directions. *Psychiatry*. 2022; 85(4): 317–333.
- Greenberg RP, Constantino MJ, Bruce N. Are expectations still relevant for psychotherapy process and outcome?. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(6): 657–678.
- Mellado A, Del Río MT, Andreucci-Annunziata P, Molina ME. Psychotherapy focusing on dialogical and narrative perspectives: a systematic review from qualitative and mixed-methods studies. *Front Psychol*. 2024; 15: 1308131.
- Middleton S, Charnock A, Forster S, Blakey J. Factors affecting – individual task prioritisation in a workplace setting. *Future healthcare journal*. 2018; 5(2): 138–142.
- Molloy A, Anderson PL. Engagement with mobile health interventions for depression: A systematic review. *Internet Interventions*. 2021; 26: 100454.
- Nepal S, Pillai A, Campbell W, Massachi T, Heinz MV, Kunwar A, et al. MindScape Study: Integrating LLM and Behavioral Sensing for Personalized AI-Driven Journaling Experiences. *Proceedings of the ACM on interactive, mobile, wearable and ubiquitous technologies*. 2024; 8(4): 186.

Smyth JM, Johnson JA, Auer BJ, Lehman E, Talamo G, Sciamanna CN. Online Positive Affect Journaling in the Improvement of Mental Distress and Well-Being in General Medical Patients With Elevated Anxiety Symptoms: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *JMIR mental health*. 2018; 5(4): 11290.

World Health Organization (WHO). World mental health report: transforming mental health for all. 2022. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (pridobljeno: 9. 2. 2025).



Opica, 2025 (akril)

IZKUŠNJE PACIENTOV Z OBRAVNAVO V CENTRU ZA DUŠEVNO ZDRAVJE KOPER: ŠTUDIJA PRIMERA

Patient experience of treatment at the Koper
Community mental health centre: a case study

Irena Makivić, Nina Ropret,
Marjeta Ferlan Istinič, Anja Kragelj

POVZETEK

Raziskava, izvedena v Centru za duševno zdravje Koper, je osvetlila izkušnje pacientov z obravnavo na področju duševnega zdravja. Večina izmed 242 sodelujočih pacientov je center obiskala zaradi ponovne obravnave. Raziskava je pokazala, da so pacienti na splošno zadovoljni z obravnavo, še posebej z vljudnostjo, spoštljivostjo in komunikacijo strokovnjakov. Večina pacientov poroča, da so jih strokovnjaki vključili v odločitve glede zdravljenja in so dobili

Avtorica: Irena Makivić

Znanstveni in strokovni naziv: doktorica biomedicine – socialne medicine, univerzitetna diplomirana sociologinja

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: irena.makivic@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2748-5522>

Avtorica: Nina Ropret

Znanstveni in strokovni naziv: magistrica psihologije

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: nina.ropret@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7005-9038>

Avtorica: Marjeta Ferlan Istinič

Znanstveni in strokovni naziv: univerzitetna diplomirana sociologinja

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: marjeta.ferlan-istinic@nijz.si

Avtorica: Anja Kragelj

Znanstveni in strokovni naziv: univerzitetna diplomirana pedagoginja

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: anja.kragelj@nijz.si

https://doi.org/10.3986/9789610510390_14, CC BY-SA

informacije o zdravilih, vendar pa so nekatere pomanjkljivosti zaznali pri obveščanju o neželenih učinkih zdravil. Pomemben izziv ostaja zamuda pri iskanju pomoči, saj je več kot polovica pacientov pomoč poiskala po več kot enem letu od začetka težav. Raziskava poudarja pomen celostnega pristopa k obravnavi, ki vključuje tudi širše življenjske okoliščine pacientov. Na splošno je delovanje Centra za duševno zdravje Koper ocenjeno kot kakovostno, obstajajo pa področja, ki jih je, z željo po še višji kakovosti storitev, smiselno naslavljati tako znotraj centra kot tudi na ravni različnih družbenih sistemov.

Ključne besede: duševno zdravje, centri za duševno zdravje, izkušnje pacientov z obravnavo, kakovost zdravstvene oskrbe

ABSTRACT

The study conducted at the Center for Mental Health Koper shed light on patients' experiences with mental health care. Most of the 242 participating patients visited the center for follow-up treatment. The research revealed that patients are generally satisfied with the care, especially with the politeness, respect, and communication of the professionals. The majority of patients reported being involved in treatment decisions and receiving information about medications. However, some shortcomings were identified in the communication regarding the potential side effects of the medications. A significant challenge remains the delay in seeking help, as more than half of the

Kratka predstavitev avtoric

Irena Makivić je doktorirala na Medicinski fakulteti. Raziskovalno se osredotoča na razvoj orodij in procesov v raziskovanju in evalvaciji. Ukvarja se z raziskovanjem izkušenj pacientov s strokovno obravnavo na področju duševnega zdravja. Zanimajo jo področja duševnega zdravja, stresa, spanja in opolnomočenja pacientov, ki štejejo za ključne za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Nina Ropret je magistrica psihologije, zaposlena na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Vodi program psihološke prve pomoči in skrbi za njegovo implementacijo in evalvacijo. Sodeluje tudi pri spremljanju duševnega zdravja s poudarkom na merjenju izkušenj pacientov z obravnavo in izidov zdravljenja.

Marjeta Ferlan Istinič je univerzitetna diplomirana sociologinja, ki deluje v okviru programa Mira na področju javnega zdravja. Že pred sprejemom ReNPDZ2018-28, je v okviru zaposlitve na Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, v okviru svojega delovnega področja veliko pozornosti posvečala vzpostavitvi mreže pomoči na področju duševnega zdravja. Sodelovala je pri pripravi zakonodaje s tega področja ter pri vzpostavljanju služb na področju duševnega zdravja v okviru socialnega varstva.

Anja Kragelj je univerzitetna diplomirana pedagoginja, ki se kot doktorska študentka izobražuje na področju javnega zdravja. Raziskovalno jo zanima predvsem področje duševnega javnega zdravja, kjer se tudi ukvarja z evalvacijo in raziskovanjem v okviru izvajanja Nacionalnega programa duševnega zdravja – MIRA.

patients sought help after more than a year after the problems had appeared. The study emphasizes the importance of a holistic approach to care, which also includes patients' broader life circumstances. Overall, the functioning of the Center for Mental Health is rated as high quality, but there are areas that, in the pursuit of even higher service quality, should be addressed both within the Center and at the level of various societal systems.

Key words: *mental health, community mental health centers, patient reported experiences measures, quality of health care,*

1 UVOD

Osredotočenost na pacienta, kar pomeni zagotavljanje oskrbe, ki se odziva na želje, potrebe in vrednote posameznika (WHO, 2018), je ena od temeljnih razsežnosti kakovostne zdravstvene oskrbe (Busse in sod., 2019). Pomemben vir informacij o tej razsežnosti predstavljajo orodja, ki omogočajo, da pacienti poročajo o svojih izkušnjah z zdravstveno obravnavo in lastnem pogledu na svoje zdravstveno stanje, vključno s spremembami, ki so se morebiti pojavile v času obravnave (de Bienassis in sod., 2022). Pri ocenjevanju kakovosti zdravstvene oskrbe se uporabljajo različni kazalniki. Tradicionalni kazalniki o izidih obravnav, kot sta umrljivost ali ponovni sprejemi v bolnišnico, so ključen vir informacij, vendar jih orodja za spremljanje pacientovih izkušenj in njihovega lastnega videnja izidov obravnav pomembno dopolnjujejo (Slawomirski in sod., 2018). Glede na koncept Donabedianove triade je mogoče kakovost zdravstvene oskrbe oceniti s treh vidikov, ki so struktura, proces in izid (Ayanian in Markel, 2016). Ob upoštevanju tega koncepta s spremljanjem izkušenj pacientov poskušamo oceniti proces (Busse in sod., 2019), kar pomeni izvajanje oskrbe (Axanian in Markel, 2016), s poročanjem pacientov o pogledu na svoje zdravstveno stanje pa na izide obravnav (Busse in sod., 2019).

Slabo duševno zdravje predstavlja veliko breme, saj ima težave v duševnem zdravju v državah OECD v vsakem trenutku ena od petih oseb, medtem ko jih bo približno polovica težave v duševnem zdravju doživela vsaj enkrat v življenju (OECD, 2021). V Sloveniji je bila prevalenca duševnih motenj leta 2019 nižja od povprečja držav Evropske unije (EU) (Mikolič in sod., 2023), po drugi strani pa sta bili ocena prevalence simptomov velike depresivne motnje (v letu 2019) (Mikolič in sod., 2023) in stopnja samomorov (v letu 2020) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023) višji od povprečja EU. Najpogostejše duševne motnje pri nas so anksiozne motnje, depresivne motnje in motnje, povezane z uporabo alkohola in drog (OECD/European Observatory on Health

Systems and Policies, 2023). Skupni stroški v vseh državah članicah EU, povezani z duševnim zdravjem, so leta 2015 presegli 4 % bruto domačega proizvoda (BDP), neposredni in posredni ekonomski stroški duševnih težav v Sloveniji pa so predstavljali 4,13 % domačega BDP (OECD/EU, 2018).

Doslej v Sloveniji še ni bilo vzpostavljeno redno spremljanje pacientovih izkušenj na področju duševnega zdravja. Še posebej pomembno je spremljanje izkušenj pacientov, ki so obravnavani znotraj novih organizacijskih struktur, kot so centri za duševno zdravje, ki v okviru zdravstvenih domov, torej na primarni ravni sistema zdravstvenega varstva, delujejo šele nekaj let oz. se ponekod še ustanavljajo. Ti centri so začeli nastajati z implementacijo Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2028–2018 in izboljšujejo dostopnost do služb in storitev s področja duševnega zdravja v lokalnem okolju (ReNPDZ18–28, 2018). Prav tako zagotavljajo celostno obravnavo z multidisciplinarnim in interdisciplinarnim sodelovanjem različnih strokovnjakov (ReNPDZ18–28, 2018). Namen spremljanja izkušenj pacientov z obravnavo v centrih za duševno zdravje je oceniti delovanje novih organizacijskih struktur z vidika kakovosti. Takšno spremljanje izkušenj pacientov ni le priložnost za nadgradnjo trenutne prakse, temveč z informiranjem odločevalcev tudi celotnega sistema skozi čas (Slawomirski in sod., 2018).

2 METODA

S pomočjo presečne pregledne raziskave smo dobili podatke o mnenjih in izkušnjah odraslih pacientov z zdravstveno obravnavo na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Podatke smo pridobili s pomočjo dveh vprašalnikov, ločenih za ambulantno in za skupnostno obravnavo v centrih za duševno zdravje odraslih. Vprašalnika sta razdeljena na pet sklopov, sestavljenih iz 33 vprašanj za paciente, ki so vključeni v ambulantno, in 27 za paciente, ki so vključeni v skupnostno psihiatrično obravnavo. Zbiranje podatkov je na terenu, v vseh 17 centrih, ki so bili ob začetku izvajanja raziskave vzpostavljeni, potekalo štiri mesece. V raziskavo so bili vključeni pacienti, starejši od 18 let, ki so opravili specialistično obravnavo v centru za duševno zdravje odraslih. Vprašalnike so vsi strokovnjaki razdelili vsakemu pacientu po končani obravnavi. V ambulantni obravnavi so paciente k izpolnjevanju vprašalnika povabili vsi različni strokovnjaki, a zgolj enkrat pri enem strokovnjaku. V skupnostni obravnavi CDZO je bil posamezen pacient v raziskavo povabljen zgolj enkrat. Pacienti so imeli možnost izpolnjevati vprašalnik v papirnati ali spletni obliki preko spletne ankete IKA. Identitete pacientov na nobeni točki ni mogoče razkriti, tako da je anketa popolnoma anonimna.

Pričujoča analiza prikazuje podatke o Centru za duševno zdravje odraslih (CDZO) Koper. Iz celotnega vzorca vseh vrnjenih vprašalnikov iz vseh centrov je v CDZO Koper sodelovalo največje število pacientov, in sicer 242, kar predstavlja 19,1 % celotnega vzorca. V ta center smo sicer poslali 670 vprašalnikov, pri čemer so jih razdelili 545. Stopnja odgovora, torej število prejetih vrnjenih vprašalnikov, je bila 44,4 %.

3 REZULTATI

3.1 Opis vzorca

V CDZO Koper je pri raziskavi o izkušnjah pacientov sodelovalo 242 pacientov, od tega jih je bila velika večina obravnavanih v ambulantni obravnavi ($n = 193$; 79,8 %) in manj v skupnostni obravnavi ($n = 49$; 20,2 %). Večina pacientov ($n = 177$; 76 %) je center obiskala zaradi ponovne obravnave, manj jih je center obiskalo zaradi prve obravnave ($n = 31$; 13,3 %).

V vzorcu sodelujočih pacientov je bila velika večina žensk ($n = 169$; 71,9 %) in manjši odstotek moških ($n = 66$; 28,1 %). Povprečna starost pa je bila 52 let ($\bar{x} = 51,8$; $\pm 16,33$). Med vsemi anketiranimi je bilo največ zaposlenih oz. samozaposlenih ($n = 113$; 48,3 %) ali upokojenih ($n = 78$; 33,3 %), manjši delež je bilo brezposelnih (bodisi zmožnih bodisi nezmožnih za delo), oseb, ki skrbijo za gospodinjstvo, kmetov ali študentov. Tisti, ki so bili zaposleni in so odgovorili na vprašanje o odsotnosti, so bili odstotni tudi več kot leto dni. V povprečju pa so bili v zadnjem letu odsotni 76 dni, vendar je na tem mestu potrebna previdnost pri interpretaciji, saj je bilo to odprto vprašanje, ki si ga je vsak razlagal po svoje. To pomeni, da je lahko nekdo navedel en dan odsotnosti, odsoten pa je bil bodisi v celoti bodisi delno zaradi delne bolniške odsotnosti ali delne upokojitve.

Več kot tretjina pacientov je imela zaključeno strokovno srednjo šolo, poklicno srednjo šolo ali gimnazijo ($n = 91$; 39,1 %). Nekaj manj pacientov je imelo zaključeno višjo, visoko, univerzitetno izobrazbo ali več ($n = 79$; 33,9 %). Takšnih s poklicno dve- ali triletno srednjo šolo je bilo manj ($n = 37$; 15,9 %) in še manj je bilo takšnih z osnovnošolsko izobrazbo ali manj ($n = 26$; 11,2 %). Podatki kažejo, da je bila izobrazba tega vzorca dokaj visoka. Posledično bi bilo pričakovano, da bi bila dokaj visoko ocenjena tudi socialno-ekonomska raven v družbi, a približno tretjina anketirancev ($n = 60$; 26 %) je svojo socialno-ekonomsko raven v družbi na lestvici od 0 do 10 ocenila z oceno 5. Po drugi strani pa so svojo socialno-ekonomsko raven v povprečju ocenili z oceno 6 ($\bar{x} = 6,38$; $\pm 2,22$), pri čemer ni bilo statističnih razlik ($p = 0,717$; $t = -1,964$) med tistimi, ki so zaključili srednjo šolo ali manj, in tistimi, ki so zaključili višjo šolo ali več.

Na splošno je veliko pacientov svoje zdravstveno stanje ocenilo kot srednje dobro (n = 100; 42 %) ali kot dobro (n = 72; 30,3 %). Manj pacientov je svoje trenutno zdravstveno stanje ocenilo kot zelo dobro (n = 33; 13,9 %), slabo (n = 25; 10,5 %) ali zelo slabo (n = 8; 3,4 %). Glede komorbidnosti je bila situacija precej deljena. Več kot polovica pacientov (n = 129; 54,7 %) je poročala, da nimajo drugih fizičnih težav z zdravjem, kot so bolezni srca in ožilja, rak, sladkorna bolezen, kronična bolezen dihal, mišično-skeletna bolezen ali avtoimunske bolezni, ampak zgolj težavo v duševnem zdravju, zaradi katere so obiskali center za duševno zdravje. Kljub temu je pomemben delež pacientov (n = 107; 45,3 %) poročal o sočasni prisotnosti ene ali več kroničnih nenalezljivih bolezni.

Več kot polovica udeležencev (n = 154; 65 %) je bila v obravnavo v tem centru vključenih več kot eno leto. Sledijo jim tisti, ki so bili vključeni manj kot pol leta (n = 53; 22,4 %). Še manj je bilo tistih, ki so bili vključeni med pol leta in enim letom (n = 30; 12,7 %).

3.2 Ambulantna obravnava

Pacienti, obravnavani v ambulantni obravnavi CDZO Koper, so se v veliki večini strinjali, da jih je osebje prijazno sprejelo (n = 183; 95,3 %). Več kot polovica pacientov je na začetek obravnave čakala manj kot 15 minut (n = 110; 57,3 %), dobra tretjina pa med 15 minut in pol ure (n = 63; 32,8 %). Takšnih, ki so čakali med pol ure in uro ali več, je bilo manj (n = 14; 7,3 %). Sicer pa čakanje na začetek obravnave veliki večini pacientov (n = 158; 82,3 %) ni predstavljalo težave.

Dobra polovica pacientov (n = 98; 51,6 %) je izrazila mnenje, da jim obravnava v CDZO odlično pomaga vzdrževati dobro počutje in preprečevati poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja. Tretjina pacientov je ocenila, da je pri tej nalogi delo CDZO večinoma zadovoljivo (n = 59; 31,1 %). Manjši je bil delež tistih, ki so menili, da jim obravnava v CDZO včasih nezadovoljivo, včasih zadovoljivo pomaga (n = 14; 7,4 %). Še manj je bilo takšnih, ki so bili povsem negativnega mnenja in so odgovorili, da je po njihovem mnenju učinkovitost obravnav večinoma nezadovoljiva (n = 6; 3,2 %) ali slaba (n = 1; 0,5 %).

Paciente smo vprašali tudi o tem, kako dobro po njihovem mnenju sodelujejo med seboj strokovnjaki, ki so jih obravnavali, da bi bila obravnava čim boljša. Pacienti so v večini izrazili mnenje, da je sodelovanje med strokovnjaki odlično (46,8 %) oz. zadovoljivo (39,2 %), kar kaže na povprečno precej dobro sodelovanje različnih strokovnjakov (tabela 1).

Tabela 1: Mnenje pacientov o tem, kako dobro strokovnjaki, ki so jih obravnavali, sodelujejo med seboj z namenom čim boljše obravnave.

	n	Delež
Zelo slabo	8	4,3 %
Slabo	3	1,6 %
Niti dobro niti slabo	15	8,1 %
Zadovoljivo	73	39,2 %
Odlično	87	46,8 %
Skupaj	186	100,0 %

3.3 Ambulantna in skupnostna obravnava

V nadaljevanju so predstavljena vsa preostala vprašanja, ki so bila skupna za ambulantno in skupnostno obravnavo.

Večina pacientov se je strinjala (popolnoma strinjala [n = 142; 59,4 %] ali strinjala [n = 77; 32,2 %]), da so do obravnave prišli, ko so jo potrebovali. Manj kot deset odstotkov pacientov (n = 17; 7,1 %) je navedlo, da do obravnave niso prišli, ko so jo potrebovali. Od 242 pacientov, ki so bili deležni obravnave v centru, je največ pacientov obravnaval psihiater (79,1 %). V precej manjši meri, in sicer v približno eni četrtini, sta bila to psiholog/klinični psiholog (27,7 %) ali medicinska sestra (27,3 %). Ostali profili so razvidni v tabeli 2.

Tabela 2: Odgovori pacientov o tem, kateri strokovnjaki so jih obravnavali na zadnjem obisku.

Kdo me je obravnaval?	n	Delež
Psihiater	174	79,1 %
Klinični psiholog/psiholog	61	27,7 %
Medicinska sestra	60	27,3 %
Delovni terapevt	4	1,8 %
Socialni delavec	19	8,6 %
Drugi strokovnjaki, ki niso zaposleni v CDZO.	4	1,8 %

Naslednji sklop vprašanj se je nanašal na samo obravnavo, ki so je bili pacienti deležni. Najvišjo stopnjo strinjanja (»Zagotovo se strinjam.«) so pacienti izrazili glede tega, da so jih strokovnjaki obravnavali vljudno in spoštljivo (n = 233; 96,7 %). Prav tako so v veliki večini poročali, da se zagotovo strinjajo s tem, da so jim strokovnjaki zadeve pojasnili tako, da so jih enostavno razumeli (n = 205; 85,8 %).

V malo manjši meri so se strinjali s tem, da so jim strokovnjaki namenili dovolj časa ($n = 204$; 84,6 %). Nekoliko nižje je bila ocenjena tudi vključenost v odločitve glede zdravljenja, saj se je 80,8 % ($n = 194$) pacientov zagotovo strinjalo, 15,4 % ($n = 37$) pa se jih je do neke mere strinjalo s tem, da so jih strokovnjaki vključili v odločitve glede zdravljenja v tolikšni meri, kot so si to želeli. Veliko večino pacientov ($n = 223$; 94,5 %) so strokovnjaki vprašali tudi o drugih stvareh, ki se nanašajo na njihovo življenje na splošno in so zanje pomembne, kot so družinske okoliščine in njihov vsakdan. Velika večina pacientov ($n = 183$; 77,9 %) je menila, da svojo težavo s področja duševnega zdravja obvladujejo bolje sedaj, ko so vključeni v CDZO, kot pred tem. Manjši delež pacientov je navedel, da se s težavo soočajo enako kot prej ($n = 37$; 15,7 %). Na splošno se je več kot polovica anketirancev strinjala ($n = 146$; 61,6 %), da je bila njihova zadnja obravnava v CDZO odlična, torej ocenjena z oceno 10. V povprečju so kakovost zadnje obravnave, na lestvici od 0 (zelo slaba obravnava) do 10 (odlična obravnava) ocenili z oceno 9,16 ($\pm 1,49$).

Velika večina pacientov ($n = 195$; 83 %) je poročala, da so seznanjeni s tem, da so jim pri strokovnjakih na voljo informacije o pacientovih pravicah, kot so možnost pritožbe, pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo in podobno. Večini pacientov je tudi jasno, kako se bo nadaljevalo njihovo zdravljenje oz. obravnava. Več kot polovici pacientov je to zagotovo jasno ($n = 160$; 67,2 %), približno tretjini ($n = 69$; 29 %) pa je jasno do neke mere. Le devet pacientov (3,8 %) je poročalo o tem, da jim ni jasno, kako se bo nadaljevalo njihovo zdravljenje.

Veliki večini pacientov ($n = 188$; 79,3 %) so zdravniki v CDZO kadarkoli v času obravnave predpisali psihiatrična zdravila. Skoraj vsem pacientom ($n = 181$; 97,3 %) so bile ob predpisu zdravil podane informacije o tem, kako zdravila jemati, torej informacije o velikosti in pogostosti odmerka, o kombinaciji z morebitnimi drugimi zdravili, ki jih jemljejo, ipd. Medtem pa je malo manj pacientov ($n = 155$; 84,7 %) prejelo informacije o samem delovanju in možnih neželenih učinkih teh zdravil.

Pacienti so bili pri vprašanju o tem, ali se v njihovo zdravljenje lahko vključujejo tudi njihova družina in zanje pomembne druge osebe, kolikor si oni želijo, deljenega mnenja (tabela 3). Največ se jih je s tem strinjalo (26,2 %). Medtem ko so bili približno enaki deleži tistih, ki so izrazili, da se družina in pomembni drugi lahko vključijo do neke mere (23,2 %), in tistih, ki si ne želijo, da bi bili svojci vključeni (20,2 %).

Tabela 3: Mnenje pacientov o tem, ali se lahko v njihovo zdravljenje vključujejo tudi njihova družina ali zanje pomembne druge osebe v tolikšni meri, kot bi si želeli.

	n	Delež
Ne	24	10,3 %
Do neke mere	54	23,2 %
Pogostejše da kot ne	11	4,7 %
Vedno	61	26,2 %
Ne želim, da so vključeni.	47	20,2 %
Ne želijo biti vključeni.	7	3 %
Ne morem odgovoriti.	29	12,4 %
Skupaj	233	100 %

Zanimivi so tudi rezultati o tem, kako hitro so pacienti za svojo težavo poiskali pomoč (tabela 4). Največ pacientov je pomoč poiskalo po več kot petih letih (30,3 %), čeprav jim zelo tesno sledijo tisti, ki so pomoč poiskali takoj oz. v manj kot pol leta (29,4 %). Še vedno pa je skoraj četrtnina pacientov (22,1 %) pomoč poiskala v enem do treh let.

Tabela 4: Odgovori pacientov o tem, kako dolgo so imeli težave v duševnem zdravju, preden so poiskali strokovno pomoč pri strokovnjakih v CDZO ali izven njega.

	n	Delež
Manj kot 6 mesecev	68	29,4 %
Od 6 do 12 mesecev	24	10,4 %
Od 1 do 3 let	51	22,1 %
Od 3 do 5 let	18	7,8 %
Več kot 5 let	70	30,3 %
Skupaj	231	100 %

4 RAZPRAVA

Rezultati študije primera kažejo, da pacienti v veliki večini poročajo o pozitivnih izkušnjah z obravnavo v CDZO Koper. Posebej izstopajo visoke ocene glede prijaznega sprejema, vljudne in spoštljive obravnave in kakovostne komunikacije. Skoraj vsi pacienti so tudi poročali, da so jih strokovnjaki povprašali o širših vidikih njihovega življenja, kot so družinske okoliščine in vsakdanje delovanje, kar dodatno potrjuje celostni in na posameznika osredotočeni pristop. Večina pacientov je poročala tudi o občutku vključenosti v odločanje glede zdravljenja. Obravnava je bila po oceni pacientov tudi časovno dobro organizirana – več kot polovica jih je poročala, da so bili na dan obiska obravnavani v manj kot 15 minutah po naročenem terminu. Za večino čakalni čas pred začetkom obravnave ni predstavljal težave, kar nakazuje na učinkovito organizacijo in obveščanje znotraj centra. Ti podatki osvetljujejo ključne elemente na pacienta osredotočene obravnave, kot jo poudarjajo tudi mednarodne smernice (Busse in sod., 2019; WHO, 2018).

Pomemben vpogled v dostopnost storitev ponuja tudi podatek, da je več kot 90 % pacientov menilo, da so bili na obravnavo sprejeti pravočasno – torej čakalna doba ni bila predolga. To ugotovitev pa je treba interpretirati previdno, saj je bila pri večini sodelujočih obravnava nadaljevalna, ne pa prva, pri kateri so lahko čakalne dobe bistveno daljše. Raziskava je vključevala tudi vprašanje o vplivu obravnave na vsakodnevno delovanje pacientov. Več kot 77,9 % sodelujočih je poročalo, da po vključitvi v center boljše obvladujejo svojo težavo s področja duševnega zdravja – kar predstavlja pomemben subjektivni izid zdravljenja. Visoka je bila tudi splošna ocena zadnje obravnave, ki je v povprečju znašala 9,16 (od 10). Takšna ocena potrjuje visoko zaznano kakovost storitev in je v skladu z mednarodnimi priporočili o pomenu vključevanja pacientovega glasu pri spremljanju kakovosti oskrbe (de Bienassis in sod., 2022).

Kljub večinsko pozitivnim ocenam rezultati izpostavljajo tudi nekatera področja, kjer bi bilo obravnavo mogoče še izboljšati. Med pacienti, ki so jim bila predpisana psihiatrična zdravila (79,3 %), jih je 15,3 % navedlo, da ob tem niso prejeli informacij o morebitnih neželenih učinkih. Čeprav je večina prejela ustrezna navodila o načinu jemanja zdravil, ti podatki kažejo na možnost nadaljnje krepitve informiranja, kar bi lahko dodatno okrepilo občutek varnosti in vključenosti pacientov v zdravljenje – kar je pomemben vidik na pacienta osredotočene obravnave (WHO, 2018).

Prav tako rezultati osvetljujejo znani izziv zapoznelega iskanja strokovne pomoči. Več kot polovica pacientov je strokovno pomoč poiskala šele po več kot enem

letu od pojava prvih težav, skoraj tretjina celo po več kot petih letih. Ti podatki sovpadajo z ugotovitvami mednarodnih raziskav (npr. Thornicroft in sod., 2022) in poudarjajo potrebo po odpravljanju strukturnih in družbenih ovir za zgodnje iskanje pomoči – vključno z zmanjševanjem stigme in ustreznim, ciljno usmerjenim ozaveščanjem. Poleg tega pa so ključni predvsem sistematični ukrepi za promocijo duševnega zdravja, preventivo in krepitev varovalnih dejavnikov že pred pojavom težav (ReNPDZ18–28, 2018).

V raziskavi so v večji meri sodelovale ženske, kar je skladno z ugotovitvami, da ženske pogosteje poiščejo pomoč zaradi težav v duševnem zdravju in se tudi pogosteje vključujejo v raziskave s tega področja (Gough in Novikova, 2020; NIJZ, 2025). Poleg spolne porazdelitve je pomembno upoštevati tudi druge demografske značilnosti udeležencev – največ sodelujočih je spadalo v srednjo starostno skupino (40–64 let) z razmeroma visoko izobrazbo, vendar zmerno nizko samooceno socialno-ekonomskega položaja. Razkorak med izobrazbo in samooceno socialnega položaja lahko odraža na eni strani občutke socialne negotovosti, zmanjšane vključenosti ali stigme, s katerimi se lahko soočajo osebe z duševnimi težavami ne glede na stopnjo izobrazbe (Hatzenbuehler in sod., 2013; Link in Phelan, 2001). Možno pa je tudi, da na to vplivajo širši družbeni ekonomski dejavniki, kot so visoki življenjski stroški, omejen dostop do stabilnih bivalnih pogojev in višina prihodkov, ki niso nujno povezani s stopnjo izobrazbe. Vse to pa lahko zmanjšuje občutke socialne varnosti tudi pri posameznikih z razmeroma ugodnim izobrazbenim statusom (Eurofound, 2021; WHO, 2022).

5 ZAKLJUČEK

V pričujočem prispevku prikazujemo podatke iz enega centra, kar v tem trenutku omejuje možnost posploševanja na delovanje celotne mreže centrov za duševno zdravje. Možna je tudi pristranskost vzorca, saj ni bilo sistematičnega spremljanja, ali so vprašalnik res prejeli vsi pacienti, ki so bili v tem obdobju obravnavani. Kljub tem metodološkim omejitvam študija predstavlja dragocen vpogled v delovanje enega izmed vzpostavljenih CDZO. Raziskava pomembno osvetljuje socialno-demografske okoliščine pacientov, ki so z vidika celostnega naslavljanja pacientovih potreb izjemno pomembne. Na drugi strani pa omogoča tudi evalvacijo kakovosti obravnave z vidika pacientov. Podatek, da je več kot polovica udeležencev v obravnavo v tem centru vključenih več kot eno leto, lahko nakazuje na to, da odgovori odražajo precej poglobljen uvid v stanje na terenu, saj so o svojih izkušnjah v večji meri poročali tisti, ki so v center vključeni dlje časa, kar je ena izmed prednosti te raziskave.

Splošno gledano raziskava kaže, da so pacienti zadovoljni z obravnavo, čeprav obstajajo področja, kjer je mogoče še izboljšati njihovo izkušnjo. Pomemben vidik predstavlja tudi zavedanje, da ima precejšen delež pacientov poleg duševnih težav tudi kronične nenalezljive bolezni, kar zahteva ustrezno koordinacijo celostne oskrbe. Manj kot 5 % pacientov je izrazilo nezadovoljstvo z učinkovitostjo obravnave. Četudi je delež nizek, je kljub temu ključno, da celostno in učinkovito naslovimo potrebe pacientov, še posebej v smislu njihovega opolnomočenja in vključevanja v proces zdravljenja. Zelo pomembno je, da pacienti vedo, kako se bo nadaljevalo njihovo zdravljenje.

V prihodnje načrtujemo razširitev analize na vse obstoječe CDZO, kar bo omogočilo celovitejšo primerjalno oceno delovanja mreže. Takšen celosten pristop predstavlja temelj za nadaljnji razvoj mreže CDZO v skladu z dejanskimi potrebami pacientov. Glas pacientov pri tem ni le kazalnik zaznane kakovosti obravnav, temveč tudi ključen vir informacij za sprotno vrednotenje, načrtovanje in izboljševanje delovanja CDZO. Ob tej priložnosti se zato iskreno zahvaljujemo vsem sodelujočim v CDZO Koper, njihovim strokovnim ekipam in še posebej pacientom, ki so sodelovali pri izpolnjevanju vprašalnika. Aktivno sodelovanje pacientov pomeni več kot zgolj izpolnjevanje obrazca – je pomemben prispevek k skupnemu prizadevanju za boljše storitve na področju duševnega zdravja. Z aktivnim vključevanjem pacientov v spremljanje izkušenj utrjujemo kulturo soodločanja in krepimo sistem, ki se razvija z ljudmi in za ljudi. Spremljanje izkušenj je tudi pomembna usmeritev pri oblikovanju kakovostne in dostopne oskrbe, ki resnično odraža potrebe posameznikov.

Literatura

- Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *N Engl J Med*. 2016; 375(3): 205–207.
- Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, eds. *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies*. Health Policy Series, No. 53. Copenhagen: WHO; 2019. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/336073737_Improving_healthcare_quality_in_Europe_Characteristics_effectiveness_and_implementation_of_different_strategies (citirano 9. 5. 2025).
- de Bienassis K, Hewlett E, Kendir C, Kristensen S, Mainz J, Klazinga N. Establishing standards for assessing patient-reported outcomes and experiences of mental health care in OECD countries: Technical report of the PaRIS mental health working group pilot data collection, OECD Health Working Papers, No. 135. Paris: OECD Publishing; 2022. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/e45438b5-en> (citirano 16. 5. 2025).
- de Bienassis K, Kristensen S, Hewlett E, Roe D, Mainz J, Klazinga N. Patient-reported indicators in mental health care: towards international standards among members of the OECD. *Int J Qual Health Care*. 2021; 34(Suppl 1): ii7–ii12.

- Eurofound. Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021. Dostopno na: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2021/living-working-and-covid-19-update-april-2021> (citirano 13. 6. 2025).
- Gough B, Novikova I. Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? WHO Health Evidence Network synthesis report 70. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Dostopno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559706/pdf/Bookshelf_NBK559706.pdf (citirano 13. 6. 2025).
- Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013; 103(5): 813–821.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001; 27: 363–85.
- Mikolič P, Vinko M, Magajna T, Makivić I, Furman L. Duševno zdravje: od vzrokov do posledic. Okvir spremljanja javnega duševnega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2023. Dostopno na: https://nizj.si/wp-content/uploads/2023/12/publikacija_kazalniki_dusevnega_zdravja_splet.pdf (citirano 16. 5. 2025).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. PREMS – odrasli (18+ let). Dostopno na: <https://nizj.si/podatki/podatkovne-zbirke-in-raziskave/prems-odrasli-18/> (citirano 13. 6. 2025).
- OECD. A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2021. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en> (citirano 22. 5. 2025).
- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018. Dostopno na: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en (citirano 16. 5. 2025).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Slovenia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing, Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2023. Dostopno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/slovenia-country-health-profile-2023> (citirano 16. 5. 2025).
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28). Uradni list RS št. 24/2018.
- Slawomirski L, van den Berg M, Karmaker-Hore S. Patient-reported Indicator Survey (PaRIS): Aligning Practice and Policy for Better Health Outcomes. *World Medical Journal*. 2018; 64(3): 8–14.
- Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, El Chammay R, et. al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*. 2022; 400(10361): 1438–1480.
- World Health Organization (WHO). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO; 2018. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561> (citirano 9. 5. 2025).
- World Health Organization (WHO). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022. Dostopno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (citirano 13. 6. 2025).



Krokar, 2025 (akril)

O DUŠEVNEM ZDRAVJU V RAZPRAVAH O GENERACIJSKI OBNOVI IN IZZIVIH PRIHODNOSTI EVROPSKEGA KMETOVANJA

Mental health in discussions on generational renewal
and the future challenges of European farming

Duška Knežević Hočevar

POVZETEK

Pričujoči prispevek obravnava skrb za generacijsko obnovo kmetijstva s presojo skrbi in pritiskov, ki jih doživljajo mlade evropske kmetovalke in kmetovalci. V okviru projekta SafeHabitus so bile izpeljane fokusne skupine, da bi se preverili razmisleki mladih kmetovalk in kmetovalcev o stalno spreminjajočih se okoliščinah kmetovanja, generacijski obnovi, bodočih izzivih in priložnostih kmetovanja in o potrebah, s katerimi nagovarjajo oblikovalce politik. Prispevek se osredotoča na njihova razmišljanja o duševnem zdravju, da bi se ugotovilo, ali pritiski in negotovosti, ki jih doživljajo, vplivajo na njihove predstave o generacijski obnovi. Rezultati tematske analize so pokazali, da generacijska obnova ni mogoča brez izboljšanja psihosocialnih pogojev dela in življenja. Mlade kmetovalke in kmetovalci doživljajo kmetovanje kot čustveno obremenjujoče in vse manj združljivo z dobrim življenjem. Za privlačno prihodnost kmetijstva so zanje poleg modernizacije ključni tudi dobro duševno zdravje in družbena podpora.

Ključne besede: duševno zdravje, fokusna skupina, generacijska obnova, prihodnost evropskega kmetovanja, projekt SafeHabitus

Avtorica: Duška Knežević Hočevar

Znanstveni in strokovni naziv: višja znanstvena sodelavka, doktorica antropologije

Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: duska.knezevic@zrc-sazu.si

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3472-6005>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_15, CC BY-SA

ABSTRACT

This article discusses generational renewal in agriculture reflecting the concerns and pressures of young European farmers. As part of the SafeHabitus project, focus groups were conducted to explore their thoughts on the constantly changing circumstances in agriculture, generational renewal, future challenges and opportunities in farming and their needs from policy makers. The paper focuses on their thoughts on mental health to determine whether the pressures and uncertainties they experience influence their views on generational renewal. The results of the thematic analysis show that generational renewal is not possible without an improvement in psychosocial working and life conditions. Young farmers experience farming as emotionally stressful and increasingly incompatible with a good life. In addition to modernisation, good mental health and social support are the key to an attractive future for agriculture.

Keywords: *mental health, focus group, generational renewal, future of European farming, the SafeHabitus project*

1 UVOD

Problematika generacijske obnove je med oblikovalci kmetijske politike znana kot »problem mladih kmetov« in že od 80. let prejšnjega stoletja je bil eden od ciljev skupne kmetijske politike (v nadaljevanju SKP) EU prav privabljanje mladih v kmetijstvo v obliki uvajanja prvih ukrepov pomoči mladim kmetom (Evropska komisija, 2012; Evropski parlament, 2025). Mladi naj bi zagotavljali kontinuiteto kmetijske produkcije in vitalnosti podeželja in v primerjavi s starejšimi kmetovalci si bolj prizadevali za posodobitev kmetij, uresničevanje okoljsko prijaznih praks, uveljavljanje novih poslovnih modelov in idej.

Na podlagi podatkov Eurostata, ki so pred dobrim desetletjem (2012) potrdili že predhoden trend stalnega zmanjševanja števila kmetijskih gospodarstev in kmetov v EU in neugodno starostno strukturo kmetovalcev, je Evropska komisija problematiko generacijske obnove evropskega kmetovanja označila tudi kot »zaskrbljujoč primanjkljaj novih kmetov« (DGIP, 2012: 39). Po njenem se je EU

Kratka predstavitev avtorice

Duška Knežević Hočevar je diplomirana sociologinja in doktorica zgodovinske antropologije. Zaposlena je kot raziskovalka na Družbenomedicinskem inštitutu ZRC SAZU. Pri svojem delu se med drugim osredotoča na razumevanje osebnega in družbenega trpljenja kmetovalk in kmetovalcev v Sloveniji po letu 1991.

soočala z dvojno težavo, tj. pomanjkanjem mladih kmetov in hitrim staranjem kmečkega prebivalstva, saj je pregled deleža mladih kmetov v EU-27 pokazal, da je bilo v EU le 6 % kmetov mlajših od 35 let, medtem ko jih je bilo več kot 55 % starejših od 55 let (DGIP, 2012).

Kljub takrat odločno načrtani podpori mladim kmetom pa Eurostat še vedno potrjuje podobno sliko. Leta 2020 je bila povprečna starost kmetov v EU 57 let in le 6,5 % jih je bilo mlajših od 35 let, od tega le 4,2 % kmetovalk (Eurostat, 2022). Starostno vrzel generacijske prenove, ki je po evidencah Eurostata podvojena še s spolno vrzeljo, oblikovalci evropske kmetijske politike neumorno nagovarjajo v dokumentih, v katerih ne manjka obljub o oblikovanju agroživilskega sektorja, da bo dovolj privlačen in raznolik za mlade, da bi slednji le nadaljevali kmetovanje (npr. Evropska komisija, 2024; Evropski parlament 2023).

Problematiko generacijske spremembe oz. obnove pa presojujejo tudi raziskovalci. Opozarjajo, da imajo ukrepi SKP kljub večdesetletnim prizadevanjem omejene rezultate pri podpori mladim kmetom (Beck in sod., 2024; EU CAP Network's Thematic Group on Gen Z, 2024). Nekateri celo opozarjajo, da je generacijska obnova boljša, kot jo oblikovalci politike prikazujejo na podlagi zavajajočih Eurostatovih podatkov, saj se slednji osredotočajo zgolj na uradne kmetijske gospodarice in gospodarje, izključujejo pa druge zaposlene v kmetijstvu oz. številne, ki so vpleteni v odločanje na kmetijah, še posebno naslednike in ženske (npr. Bertolozzi-Caredio, 2024; Fisher in Burton 2014; Sutherland, 2023; Zagata in Sutherland, 2015). Opozarjajo tudi, da preplet številnih okoliščin in ne zgolj ena vpliva na odločitev posameznika za kmetovanje: od osebnega zanimanja, zgodnjega vključevanja v kmetovanje, medosebnih odnosov med živečimi na kmetiji, razpoložljivosti boljših delovnih mest v drugih gospodarskih panogah, pričakovanega življenjskega sloga do razpoložljivosti infrastrukture in storitev na lokaciji kmetije (Coopmans in sod., 2021). Poleg tega delo v kmetijstvu velja za fizično in psihično težko z dolгим delovnim časom in slabim usklajevanjem poklicnega in zasebnega življenja, kar je lahko še posebej problematično za mlajše generacije, ki si pogosteje želijo prilagodljivega delovnega urnika in več prostega časa, kot jim ga omogoča kmetovanje. Nekateri mladi kmetje priznavajo, da je bila njihova odločitev za kmetovanje »iracionalna« in da je bolj temeljila na čustvenih kot pa ekonomskih presojah (Coopmans in sod., 2021).

Še vedno so v evropskem kmetijstvu prisotne številne okoliščine, ki poklic kmetovalca delajo nepriljubljene za mlade ljudi. Seznam, ki so ga oblikovali evropski mladi kmetje (CEJA, 2023), je obsežen in vključuje težaven dostop mladih kmetov in t. i. novih pristopnikov do kmetijskih zemljišč, do financiranja (bančnih kreditov) in znanja kljub njihovi boljši izobrazbeni strukturi v primerjavi s starejšimi generacijami. Prav tako so mladi kmetje po Evropi soočeni s

prestrukturiranjem podeželja, ki se ponekod kaže kot proces depopulacije in posledično ukinjanje oz. pomanjkanje storitvenih in infrastrukturnih dejavnosti (npr. omejene možnosti razpoložljivih bivalnih enot, zaposlitvenih priložnosti, socialnih in zdravstvenih storitev, infrastrukture, digitalne poveztljivosti itd.), kar dela podeželje manj privlačno za dom in delo na kmetiji (Evropski parlament, 2025).

Skrb za generacijsko obnovo v kmetovanju ni omejena na Evropo, čeprav redke bibliometrične analize (npr. Bădan in Nicoleta, 2020) kažejo, da je v Evropi bolj prisotna. Trend svetovnih objav o tej problematiki je v opazovanem obdobju med 2000 in 2020 sicer naraščal, a je bila več kot polovica prispevkov objavljena v Evropi (sledile so ZDA), s prvim večjim odskokom objav v letu 2007, kar Bădan in Nicoleta (2020) pripisujeta poudarjeno izraženi skrbi za prihodnost evropskega kmetijstva. Sistematični pregled literature o generacijski obnovi v kmetijstvu na področju mednarodne ekonomije za obdobje 1990–2022 (Borda in sod., 2023) navaja upadanje števila mladih kmetovalcev in pomanjkanje t. i. novih pristopnikov v kmetijskem sektorju in našteva resnično raznolike vzroke za takšno stanje. Te ugotovitve potrjuje tudi večina objav v Evropi oz. EU, tj. 29 od 55 končno izbranih del tega pregleda. Poleg ekonomskih in strukturnih ovir (npr. težek dostop do zemlje, nizki dohodki in negotova prihodnost, visoki administrativni stroški, šibek pogajalski položaj mladih) so Borda in sodelavci (2023) kot pglavitne omejitve za nadaljevanje kmetovanja opredelili tudi družbeno-kulturne (npr. migracije mladih v mesta zaradi boljše izobrazbe in zaposlitvenih priložnosti; današnji očetje otrokom ne posredujejo več znanja preko skupnega dela, kar slabi medgeneracijski prenos; kmetovanje se pogosto dojema kot umazano in težko delo, kar zmanjšuje njegov ugled v očeh mladih) in okoljske ovire (npr. negotovost zaradi vremenskih vplivov zmanjšuje pripravljenost mladih za vstop v kmetijstvo). Med motivacijske dejavnike pa so uvrstili digitalizacijo in modernizacijo kmetovanja, razvoj vzdržnega kmetovanja, čustveno navezanost na kmetijo, podporo družine, finančno podporo in subvencije pri začetnih vlaganjih in dostopu do zemlje, prav tako pa kolektivno delovanje (povezovanje v zadrge in združenja), ki mladim omogoča boljši tržni položaj, dostop do informacij in podpore. Borda in sodelavci (2023) so zaključili, da generacijska prenova kmetijstva ni le vprašanje ekonomskih ukrepov, temveč zahteva integrirano obravnavo strukturnih, družbenih, kulturnih in okoljskih dejavnikov, saj mladi niso le pasivni prejemniki kmetijskih politik, temveč akterji, ki iščejo učinkovito povezanost med inovacijami, identiteto in trajnostjo.

Pričujoči prispevek obravnava skrb za generacijsko obnovo kmetijstva nekoliko drugače. Loteva se presoje skrbi in pritiskov, ki jih doživljajo mlade evropske

kmetovalke in kmetovalci v okviru projekta SafeHabitus.¹ Ta se poleg temeljne problematike, kako izboljšati zdravje in varnost v kmetovanju, ukvarja tudi z vprašanjem, kako narediti kmečki poklic privlačen za mlade, da bi nadaljevali kmetovanje. V okviru slednjega je raziskovalna skupina iz Slovenije, katere članica sem avtorica prispevka, izpeljala pet fokusnih skupin z evropskimi mladimi kmetovalkami in kmetovalci, da bi pridobili vpogled v njihovo razumevanje in razmisleke o stalno spreminjajočih se okoliščinah kmetovanja (tema I), generacijski obnovi (tema II), bodočih izzivih in priložnostih tega sektorja (tema III) in potrebah, s katerimi nagovarjajo oblikovalce politik (tema IV). Prispevek se omejuje na njihova razmišljanja o duševnem zdravju, da bi ugotovili, ali pritiski in negotovosti, ki jih doživljajo, vplivajo na generacijsko obnovo.

2 METODA

Januarja in februarja tega leta (2025) je bilo preko spleta izpeljanih pet fokusnih skupin (FS1-FS5) s 17 udeleženkami in udeleženci (osem žensk in devet moških) iz desetih evropskih držav (Avstrije, Italije, Slovenije, Irske, Portugalske, Velike Britanije, Belgije, Estonije, Francije in Poljske). V vseh petih fokusnih skupinah so udeleženke in udeleženci sporočali bogato paleto evropskega kmetijskega življenja: od visoko intenzivnih mlečnih in žitnih kmetij do inovativnih sistemov pridelave zelenjave in ekološkega kmetijstva. Njihova raznolika izobrazba, vključenost v politiko in izkušnje, povezane s spolom, potrjujejo heterogeno naravo mladih kmetovalk in kmetovalcev v današnji Evropi.

Tabela 1: Udeleženke in udeleženci po fokusni skupini oz. državi, iz katere prihajajo

Fokusna skupina	Udeleženka_ec	spol	država
FS1	#1	Ž	AT
FS1	#2	Ž	IT
FS1	#3	Ž	SI
FS2	#4	Ž	IE
FS2	#5	M	PT
FS2	#6	M	IE

1. SafeHabitus je akronim potekajočega projekta (2023–2026), ki ga financira Evropska komisija v okviru razpisov Horizont z naslovom Strengthening farm health and safety knowledge and innovation systems. Več o projektu na spletni strani slovenskega partnerja ZRC SAZU: <https://dmi.zrc-sazu.si/sl/programi-in-projekti/safehabit>.

Fokusna skupina	Udeleženka_ec	spol	država
FS2	#7	M	GB
FS3	#8	M	BE
FS3	#9	F	AT
FS4	#10	M	EE
FS4	#11	M	FR
FS4	#12	M	FR
FS5	#13	M	PL
FS5	#14	Ž	SI
FS5	#15	Ž	SI
FS5	#16	M	PL
FS5	#17	Ž	PL

Vsak skupinski pogovor je trajal okrog 90 minut. Pogovore je ekipa iz Slovenije² na podlagi obveščenega soglasja o ciljih in poteku raziskave posnela, dobesečno prepisala in razčlenila z metodo tematske analize (Krippendorff, 2004).

V prispevku se osredotočam na razsežnosti duševnega zdravja, kot se kažejo skozi njihova razmišljanja o sedanjosti in prihodnosti kmetijskega življenja. Natančneje se osredotočam na njihove vizije nasledstva oz. predaje kmetije (vprašanje 9) in dejavnike, ki po njihovi oceni zdaj najbolj oblikujejo delovne pogoje v kmetijstvu (vprašanje 10), in tiste, ki jih bodo oblikovali v prihodnosti (vprašanje 11),³ kar je povzeto v nadaljevanju.

-
2. Vse skupinske pogovore je organizirala in moderirala vodja slovenske ekipe projekta SafeHabitus dr. Majda Črnič Istenič, ki je tudi pripravila scenarij vprašanj za izvedbo fokusnih skupin. Pri snemanju in prepisih sta pomagali sodelavki dr. Mateja Slovenc Grasselli in mag. Tisa Kučan Lah, sama pa sem sodelovala pri tematski analizi prepisov.
 3. V okviru omenjenih štirih vsebinskih sklopov (tema I–tema IV) je bilo udeleženkam in udeležencem zastavljenih med 12 in 16 vprašanj. Tu analizirana vprašanja sodijo v tematski sklop generacijske obnove (tema II, vprašanje 9: Kako naj bi bila po vašem mnenju videti kmetija, ki jo želite predati naslednji generaciji?) in o bodočih izzivih in priložnostih v kmetijstvu (tema III, vprašanje 10: Kateri dejavniki poleg dolgih delavnikov, kjer sta delo in dom prepletena, izpostavljenosti ekstremnim vremenskim okoliščinam, prilagajanju potrebam živine in sezonam sajenja in žetve ipd., po vašem mnenju najbolj oblikujejo delovne pogoje v kmetijstvu?; vprašanje 11: Kateri dejavniki bodo v prihodnosti vplivali na delovne pogoje v kmetijstvu in kako [pozitivno/negativno?]).

3 Rezultati

3.1 Naslednji generaciji je nujno zapustiti tudi duševno blagostanje

Ko so bili udeleženske in udeležence vprašani, kakšno kmetijo si predstavljajo, da bodo predali naslednji generaciji (vprašanje 9), so njihovi odgovori razkrivali globljo željo, da bi svojim otrokom prihranili ne le finančne stiske, temveč tudi čustvene obremenitve, ki jih nosijo sami. Udeleženec #6 (FS2) je izrecno dejal: »Ne želim, da bi naslednja generacija morala prestatiti vse strese in negotovosti, ki jih prestajamo mi zdaj.« To sporočilo se ponavlja v vseh skupinah. Udeleženka #14 (FS5) je pozvala k predaji kmetije, ki zagotavlja »enako socialno varnost kot katerokoli drugo delo«, s čimer je implicitno priznala, kako negotov in podcenjen se danes zdi poklic kmeta, čeprav je močno predan način življenja.

V vseh fokusnih skupinah je bila glavna sporočena skrb finančno in fizično stanje kmetije, ki naj bi se prenesla. Številni so govorili o uničujočih psihičnih posledicah, ko mladi kmetje podedujejo zadolžene ali zastarele kmetije, kar omejuje njihovo prilagodljivost in prinaša stres v njihovo življenje. Udeleženka #1 (FS1) je poudarila pomen kmetije »brez dolgov in dobro delujočih strojev«, medtem ko je #9 (FS3) opozorila na breme dedovanja kmetij v slabem stanju: »Če pred seboj vidiš samo veliko količino dela in naložb, to res ni izvedljivo z dohodkom tvoje kmetije. [...] To je odgovornost starejših generacij.«

Skoraj vsi udeleženske in udeleženci so izrazili mnenje, da mora biti kmetija prihodnosti prilagodljiva spreminjajočim se razmeram – podnebnim, političnim ali osebnim, da se zmanjša stres in ohrani duševna in ekonomska vzdržnost. To mnenje je jasno izrazil #12 (FS4): »Naslednja generacija mora storiti, kar želi. To je izbira. [...] Ne gradim nekaj, česar ni mogoče spremeniti.« Prilagodljivost tako postane ključni mehanizem psihološke ugodnosti, saj prihodnjim generacijam omogoča prožnost pri obvladovanju novih tveganj, ne da bi bile ujete v togih sistemih, dolgovih ali zastarelih podedovanih strukturah. Podobno si je #2 (FS1) zamislila kmetijo, ki goji »ravnovesje [...], empatijo ali sobivanje s temi novimi trendi«, kjer se sprememb ne bojijo.

Številni udeleženske in udeleženci so avtomatizacijo in modernizacijo omenili ne le kot ukrepe za povečanje učinkovitosti kmetij, ampak tudi kot sredstvo za boljše počutje. Udeleženec #13 (FS5) je iz lastnih izkušenj povedal: »[Rad bi] vlagal v avtomatizacijo, da [otrokom] ne bo treba garati kot meni«, pri tem pa opozoril na svoje slabo telesno stanje: »Čeprav sem star 22 let, imam že težave s hrbtenico, kar je zelo tipično za delo na kmetiji.«

To prekrivanje fizičnega poslabšanja in čustvene izčrpanosti odraža globoko zakoreninjeno izkušnjo kmetovanja kot obrabe ne le telesa, ampak tudi duha. Sanje o »delujoči in stabilni kmetiji« (#15, FS5) so tudi sanje o dostojnem dolgem življenju v poklicu brez poškodb in čezmernega dela. Udeleženka #4 (FS2) je nadalje upala, da bodo njeni otroci »prevzeli kmetijo z veliko svojega znanja, izkušenj in samozvesti [...] in jim ne bi bilo treba skrbeti zaradi vsega, kar skrbi nas, da ne bi skrbeli o prihodnosti.« Tukaj sta zdravje in duševna brezskrbnost predstavljena kot protistrup za tesnobo, ki jo danes doživljajo mladi v kmetijstvu.

Udeleženke in udeleženci so razpravljali tudi o dinamiki družine in pritiskih v medsebojnih odnosih kot okoliščini, ki vpliva na doživljanje stresa ali odpornosti nanj. Udeleženec #8 (FS3) je poudaril, da je pomembno naslednji generaciji omogočiti, da sama oblikuje svojo pot: »Morda bi morali, ko želite nekaj storiti, [naslednji generaciji] dati možnost, da izrazi svoje mnenje [...], da je to tudi del njihovih odločitev.« Podobno je #11 (FS4) ganljivo spregovoril o napetostih med generacijami in potrebi po medsebojnem spoštovanju in avtonomiji: »Ko sem se vrnil z Nove Zelandije, sem rekel: 'Če se vrnem, bomo delali po moje.' In moj oče je rekel: 'V redu.'« Prav občutek, da si upoštevan pri odločanju, je tisti, ki bi ga danes mladi kmetje radi prenesli na naslednjo generacijo, da bi ta odkrila »več privlačnosti na kmetiji« (#8, FS3), razumela, »kaj je težavno življenje in katere so njegove dobre plati« (#10, FS4), in preizkusila »svoj lastni sistem« (#11, FS4). Ta razmišljanja poudarjajo, da medgeneracijsko sodelovanje, če je slabo vodeno, lahko postane vir doživljanja pritiskov, če pa je vodeno s spoštovanjem in komunikacijo, lahko zagotovi psihološko varnost, kar je najbolj slikovito povedala #9 (FS3): »Če je v družini še vedno pozitivno razpoloženje, da smo kmetje in da to radi počnemo, [...] potem lahko še vedno veliko narediš, ker si vsak prizadeva skupaj delati in generacije pomagajo druga drugi.« Kot pomembno razsežnost dobrega počutja na kmetiji pa je poudarila tudi nujno »spoštovanje predhodnega dela starejših«, kar so v razpravah potrdili tudi drugi.

Navsezadnje je več udeleženk in udeležencev kmetijo naslednje generacije videlo ne le kot podjetje, ampak kot vrednostni ekosistem. Ta pa mora biti okoljsko odgovoren, gospodarsko uspešen, ne da bi izkoriščal, socialno integriran in čustveno podporen, vizijo katerega je celovito povzela #14 (FS5): »Kmetija, ki ustvarja dobiček ne glede na velikost [...], kmetija, ki je vredna prevzema [...], ne toliko fizičnega dela, vendar brez ogrožanja dobrega počutja živali [...], trajnostna in naravi prijazna.«

3.2 Duševna obremenitev brez konca

Vprašanje, kateri dejavniki in okoliščine danes oblikujejo delovne razmere v kmetijstvu (vprašanje 10), je sprožilo plaz pričevanj o slabem počutju zaradi nenehnega dela oz. tega, da si nenehno na razpolago. V vseh petih fokusnih skupinah je bilo duševno zdravje dosledno omenjeno – včasih neposredno, včasih pa prek metafor za stres, utrujenost in osamljenost.

Udeleženka #4 (FS2) je to jasno izrazila s svojim opisom »duševne obremenitve«, ki jo doživlja kot pomembno okoliščino, ki po njenem še kako vpliva na delovne pogoje v kmetovanju: »Mislim, da je zelo težko, če si ves čas na kmetiji brez kakršne koli druge strukture. Zelo težko je ostati duševno srečen in v dobrem položaju, še posebno v tem obdobju, ko je pri nas tema in močno dežuje.« To čustveno obremenjenost potrjujeta tudi #12 (FS4) in #11 (FS4), ki sta poudarila, da kmetijstvo danes, kljub tehnološkemu napredku, zahteva nenehno duševno budnost in večopravnost: »Mislim, da moramo delati v dobrih, zdravih pogojih. Radi delamo v zunanjem okolju. [...] To je dobro. Druga stvar pa je, da moramo biti tudi v glavi v redu. Na primer jaz imam robota, imam bioplin [...] in ti si vedno priganjan z vsemi temi stvarmi. Vsako uro dneva« (#12).

Ta nenehna duševna budnost je ciklična in se sezonsko stopnjuje. Pritiski se kopičijo mesece, kar pogosto vodi do čustvene izčrpanosti, ki jo le začasno olajšajo kratka obdobja miru: »Gre za duševno zdravje. [...] Ampak veste, februar, marec, april je čas telitve. Po treh mesecih razmnoževanja si zelo zaposlen. Moraš kositi travo in opravljati podobna dela. Tako si v glavi zelo, zelo zaposlen« (#11, FS4). Podobno je #9 (FS3) poudarila, da je kopičenje pritiskov – stalna naglica pri delu, negotov dohodek, delovna obremenitev, javna kritika, vdiranje nevladnih aktivistov za pravice živali na kmetije – pripeljalo do stanja, v katerem »je veliko kmetov na robu točke zloma«.

Brezpogojni ritmi kmetovanja, zlasti skrb za živino, odpravljajo običajne predstave o ločevanju dela in zasebnega življenja. To je glavni dejavnik doživljanja stresa, ki je bil znova in znova omenjen, zlasti v FS5. Udeleženec #13 (FS5) je kmetovanje opisal kot eksistencialno stanje in ne kot poklic: »Bolan sem, utrujen sem, a moram iti h kravam, jih nahraniti, pomolsti, poskrbeti za teličke. [...] Da bo delo najbolj učinkovito, mora biti opravljeno v 12-urnem ciklu.« Stalna težava niso le dolgi urniki dela, ampak tudi neprožnost in biološko pogojene zahteve kmetovanja, ki onemogočajo bolniški dopust, počitnice ali reden čas za vzgojo otrok, kar je »stresno za starše« (#13, FS5). Podobno kot #3 je razmišljala tudi #1 (FS1), ki je izpostavila kritično vprašanje starševskega in bolniškega dopusta v kmetijstvu. Opredelila je strukturno praznino: storitve nadomestnega dela v njeni državi (Avstrija) sicer obstajajo v obliki kmetijskih zadrug, vendar

niso ekonomsko izvedljive (»Nadomestni delavci prejemajo drugačno plačo, kot si jo sebi izplačaš.«), niti operativno brezhibne. Utelešenega znanja na kmetiji ni mogoče enostavno prenesti (»Ne moreš nekoga naučiti delati na kmetiji za tako kratko obdobje.«), kar razume kot ključno oviro za učinkovito mentorstvo. Podobno je na prepletenost domačega in kmečkega življenja opozorila tudi #14 (FG5), pri čemer je priznala, da delovnega bremena, ki se zajeda v zasebno sfero, ni rešila niti posodobljena mehanizacija: »Novi roboti za molžo so naredili veliko razliko, a ni manj dela. [...] Delo in zasebno življenje sta prepletena. Ne moremo ju ločiti.« Njena stvarnost je le še poudarila izkušnje večine, da v kmetijstvu ni izklopnega stikala.

Ponavljajoča se tema je bil tudi medgeneracijski prelom v kmetijski identiteti in prenosu znanja. Udeleženka #2 (FG1) je prepričana, da danes »mladi nočejo trdo delati«, ampak »dobro delati«. Tega ni povezovala le s spreminjajočimi se preferencami mladih, ki odhajajo z zemlje, temveč tudi z opažanjem, da sodobna mehanizacija in inovacije ne morejo nadomestiti prav vsega dela v kmetijstvu. Vztrajala je, da bi poleg dobrih plati življenja na podeželju mlade morali poučiti prav o vseh razsežnostih kmečkega dela, ki še vedno ne izključuje fizičnega dela, kar je povezala z razpadom kmetijskih vrednot pri mladih, ki ovira zaposlovanje in kontinuiteto kmetovanja.

Z vidika generacijske spremembe sta udeleženki #9 (FS3) in #15 (FS5) izpostavili psihosocialne pritiske zaradi javnega mnenja. »Strankam je nujno zagotavljati, da so vse okoliščine [na kmetiji] perfektna. [...] Vedno moraš nekoga prepričevati o tem, kaj in kako počneš« (#15). Otroci današnjih kmetov, zlasti tistih, ki delajo v očeh javnosti v spornih sektorjih, kot je prašičereja, se v primerjavi s svojimi starši zdaj »bojijo v šoli povedati, da prihajajo s prašičje farme« (#9). Ta strah pred stigmatizacijo ne le zmanjšuje njihov ponos, temveč povzroča čustveni pritisk v kmečkih družinah, saj spodkopava njihovo medgeneracijsko identiteto.

Medtem ko so številni udeleženci hvalili tehnologijo – zlasti robotiko in digitalizacijo – zaradi lajšanja fizičnih obremenitev (#11, #12, #14), so jo hkrati opisovali kot tehnologijo, ki prispeva h kognitivni preobremenitvi. Udeleženec #10 (FS4) je sodobno kmetovanje opisal celo kot »mentalno gimnastiko«, kar pomeni, da je kognitivni stres nadomestil fizičnega, ne da bi se pri tem nujno zmanjšala splošna obremenitev.

»Včasih je to ta duševna zadeva, ker se vam mudi. Ves dan se je začel narobe. In potem gre vse narobe in narobe in narobe. In potem ste tako razočarani, da pozabite, kaj počnete, zakaj to počnete in kako je treba to narediti. Z mojega vidika so ta stres in duševne zadeve najpomembnejše stvari, ki oblikujejo moje delovne pogoje« (10#).

Poleg tega sta udeleženca #11 in #10 (FS4) poudarila poklicne nevarnosti, povezane z izpostavljenostjo kemikalijam in slabimi varnostnimi standardi iz preteklosti, ki ostajajo kot travme in opomniki na toksično dediščino: »Moj dedek je umrl za rakom. Veliko kmetov je zbolelo. Uporabljali so kemikalije brez zaščite« (#11, FS4).

Navsezadnje so udeleženke (FS1, FS5) v ospredje skupinskih razprav o dejavnikih, ki danes najbolj pogojujejo delovne razmere na kmetijah, postavile reproduktivno delo in breme oskrbe. Opažanja udeleženke #1 (FS1) je ponazorilo sistemsko pomanjkanje infrastrukturne podpore, saj »v kmetovanju ne moreš kar zapreti pisarne za eno leto in iti na porodniški dopust [...]. Ni tako enostavno dobiti nekoga za delo v enem dnevu ... problem je tudi bolniška odsotnost.« Udeleženca #13 in #14 (FS5) pa sta ponovila problematiko vzgoje otrok na kmetijah brez ustreznega varstva in prostorske varnosti, kar poudarja prikrito delovno breme, ki ga večinoma nosijo ženske, in povečuje čustveni in fizični stres zlasti v državah s slabo razvitimi sistemi otroškega varstva na podeželju.

3.3 Prihodnost kmetovanja in čustvena vzdržnost

Ko so bili udeleženke in udeleženci fokusnih razprav zaproseni, da predvidijo, katere okoliščine bodo oblikovale delo v kmetijstvu v prihodnosti (vprašanje 11), so napovedali svet vse večje modernizacije, ekonomske tekmovalnosti, tehnološke odvisnosti, pomanjkanja delovne sile in nenehne psihične obremenitve.

Prevladujoča tema je bila vse večja vloga avtomatizacije, robotizacije in umetne inteligence pri oblikovanju prihodnjih delovnih pogojev. Udeleženke in udeleženci so na splošno prepoznali pozitiven potencial teh inovacij za zmanjšanje fizičnega dela in povečanje varnosti. Udeleženka #4 (FS2) je na primer omenila robotske strgalnike za gnoj in molzne stroje kot tehnologije za zmanjševanje dela, udeleženca #9 (FS3) in #11 (FS4) pa sta priznala, da se »delovni pogoji zaradi tehnološkega napredka vsako leto izboljšujejo«, vendar je bil ta optimizem izrečen v senci previdnosti in psihološke obremenitve. Udeleženka #17 (FS5) je izrazila zaskrbljenost glede zanesljivosti sistemov umetne inteligence in na podlagi izkušenj s chatGPT-jem opozorila, da »umetna inteligenca ni tako inteligentna, kot mislimo.« Podobno sta udeleženki 15# (FS5) in 2# (FS1) opozorili, da tehnologija zahteva stalno posodabljanje in izobraževanje, kar povečuje kognitivne obremenitve. Miselno obremenitev, ki jo povzroča ohranjanje tekočega stanja na področju razvijajočih se orodij, povečuje tudi visoka finančna naložba, kar je poudarila #14 (FS5): »To bo prineslo velike naložbe skupaj s pritiskom družinskih pričakovanj.«

Tako je tehnologija v kmetijstvu dvorezen meč: čeprav zmanjšuje količino ročnega dela, obstaja nevarnost, da bo povečala duševno utrujenost, ekonomski stres in neenakost v izobrazbi med kmeti, ki nimajo dostopa do teh orodij ali jih ne znajo učinkovito uporabljati.

Pomanjkanje delovne sile na kmetiji je bil še en pogosto sporočen dejavnik stresa. Udeleženka #3 (FS1) je poudarila, da sezonsko delovno silo na njihovi kmetiji vse bolj sestavljajo upokoјenci, zaradi kulturnih in jezikovnih ovir pa bi bilo vključevanje tuje delovne sile zapleteno, kar se že kaže v gradbenem sektorju: »[Tuji delavci] čakajo na tolmača, da jim pove, kaj naj naredijo.« Ta nepredvidljivost povečuje pritisk na kmečke družine, ki pogosto služijo kot samoumevna delovna sila, ki je poceni, če že ne brezplačna. Zdi se, da prihodnost zahteva dve nasprotujoči si poti: povečanje obsega z zunanjo delovno silo ali avtomatizacijo oz. še večja odvisnost od družinskega dela in zlasti kmetov, ki so dvojno obremenjeni – živijo in delajo na kmetiji, obenem pa so zaposleni zunaj nje: »Ti ljudje prihajajo z denarjem, vendar s staro energijo, kar je zelo nevarno« (3#).

Številni udeleženci so opisali, kako zunanji družbeni pritiski potrošnikov, medijev in regulatorjev povečujejo raven stresa kmetov. Udeleženec 11# (FS4) je obžaloval »pritisk zaradi nadzora« in stalnega spremljanja, ki sta potrebna za zagotavljanje skladnosti s predpisi EU. Ta nadzor, čeprav je priznal, da je v nekaterih primerih povezan s pravičnejšimi cenami (npr. ekološko kmetovanje), kmetje pogosto doživljajo kot birokratsko breme, ki pogloblja njihovo izolacijo in občutek nadzora.

To je močno prepleteno z družbenim nerazumevanjem kmetijstva. Udeleženka #14 (FS5) je izrazila razočaranje, ker se od nje pričakuje, da bo čez noč prešla na ekološko kmetovanje, medtem ko ista družba kupuje »stvari, pakirane v trikratno plastiko«. Udeleženec #13 pa je poudaril, da lahko takšna nepovezanost privede do demonizacije kmetov: »Ti si [zaradi vestnega dela] poškoduješ hrbtenico, nekdo pa reče, da je treba prenehati rediti živali.« Takšna družbena nerazumevanja kmetovanja spodkopavajo duševno zdravje kmetom, saj jim odrekajo potrditev in jih potiskajo v čustveno izolacijo, še posebej v kombinaciji z odtujitvenimi učinki administrativne zapletenosti.

SKP je razumljena kot steber podpore in hkrati vir zaskrbljenosti. Udeleženca FS3 (#8 in #9) sta izrazila bojazen, da bo oslabitev struktur SKP ogrozila finančno stabilnost kmetov. Nepredvidljivost politike EU skupaj z dolgimi proizvodnimi cikli v kmetijstvu (kot sta ugotovila #12 in #11 v FS4) ustvarja kronično negotovost. To po mnenju udeležencev vpliva na naložbene odločitve, dolgoročno načrtovanje in čustveno stabilnost, zlasti kadar se cilji SKP iz leta v leto spreminjajo.

Navsezadnje so udeleženke in udeleženci skupinskih razprav poudarili nujnost skrbi za (duševno) zdravje v prihodnosti, ki bo krojilo njihove delovne pogoje in življenje. Udeleženec #6 (FS2) je poleg stresa v kmetovanju in samotnega dela poročal o raziskavi, ki je pokazala na slabo zdravje in prehranjenost kmetov zaradi delovnih obremenitev, udeleženka #14 (FS5) pa je navedla, da je stopnja samomorilnosti med kmeti do 20 % višja kot med drugim prebivalstvom, in sklenila, da bi »kmetovalci morali biti tako visoko cenjeni kot zdravniki.« Tudi udeleženec #13 (FS5) je apeliral na medsebojno podporo zaradi pričakovanih slabih duševnih zgledov v prihodnosti: »Kmetje včasih bolj poskrbijo za svoje živali kot zase. [...] Pomagati si moramo med seboj, da ustvarimo skupine, skupnosti, ki so zelo koristne, dobre, prijazne.«

4 ZAKLJUČEK

Razmisleki mladih kmetic in kmetov razkrivajo, da vprašanje generacijske obnove kmetijstva ni mogoče obravnavati ločeno od vsakdanjih izkušenj pritiska, negotovosti in skrbi, ki zaznamujejo njihovo sedanost. Čeprav si številni želijo, da bi prihodnjim generacijam predali kmetije brez dolgov, s sodobno opremo in več možnostmi za avtonomno odločanje, obenem priznavajo, da je trenutna realnost pogosto preveč čustveno obremenjujoča, da bi jo lahko odgovorno prenesli naprej.

Pogoji dela, prežeti z dolgimi urniki, kognitivno preobremenjenostjo, čustvenim naporom in socialno izolacijo, pomembno vplivajo na to, kako mladi doživljajo kmetovanje – ne kot poklic, temveč kot vseobsegajočo življenjsko obveznost, ki je vse težje združljiva z njihovimi pričakovanji o dobrem življenju. Čeprav tehnologija obeta razbremenitve, jih pogosto spremljajo novi pritiski – od finančnih naložb do zahtev po nenehnem učenju.

Udeleženke in udeleženci jasno sporočajo željo, da bi prihodnje generacije radi razbremenili ne le materialnih, temveč predvsem čustvenih in telesnih stisk, ki danes zaznamujejo njihovo kmečko življenje, s čimer je potrjena izhodiščna trditev, da pritiski in negotovosti, ki jih doživljajo mladi, vplivajo na generacijsko obnovo. Ti uvidi potrjujejo, da mora biti generacijska prenova razumljena širše – kot proces, ki zahteva celostno izboljšanje življenjskih in delovnih pogojev na kmetiji, večjo ekonomsko podporo, boljšo družbeno prepoznavnost, ustrezno infrastrukturo, podporne storitve in predvsem skrb za duševno zdravje. Le tako bo kmetijstvo prihodnosti lahko prepoznano kot prostor možnosti, ne kot vir odpovedi.

V tem kontekstu postaja skrb za duševno zdravje ena ključnih tem prihodnosti kmetijstva. Kmetje opozarjajo na utrujenost, družbeno izolacijo in sistemsko

pomanjkanje psihosocialne podpore, kar jih postavlja na rob duševne vzdržnosti. Občutek, da se bolj skrbi za živali kot za ljudi, ni redka izjava, temveč simptom širše krize skrbi tako zase kot za skupnost.

Prilagodnost kmetijskega dela je zato neločljivo povezana z vprašanjem družbene pravičnosti in podpore. Brez prepoznavanja človeške dimenzije kmetovanja tudi tehnološki napredek ne bo mogel zagotoviti resnične vzdržnosti.

Zahvala

Prispevek je nastal v okviru potekajočega mednarodnega projekta Krepitev znanja in inovacijskih sistemov na področju zdravja in varnosti na kmetijah (SafeHabitus), ki ga financira Evropska komisija v okviru programa Horizont Evrope, nacionalnega raziskovalnega programa Raziskave o duševnih stiskah in dobrem počutju (P5-0115-23), ki ga sofinancira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS, in programa OMRA, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje RS.

Literatura

- Bădan V, Nicoleta D. Generational renewal in agriculture: Bibliometric analysis. In: *Agrarian Economy and Rural Development – Realities and Perspectives for Romania*. International Symposium, 11th Edition. Bucharest: The Research Institute for Agricultural Economy and Rural Development (ICEADR); 2020. Dostopno na: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/234415/1/ICEADR-2020-p363.pdf> (citirano 2. 4. 2025).
- Beck M, Van Bunnem P, Bodart S, Münch A, Gorny H, Badouix M. Rural Areas – Levels of support and impact on competitiveness of farms. European Parliament, research done for the AGRI committee; 2024. Dostopno na: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/747270/IPOL_STU\(2024\)747270_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/747270/IPOL_STU(2024)747270_EN.pdf) (citirano 20. 5. 2025).
- Bertolozzi-Caredio D. The farm succession effect on farmers' management choices. *Land Use Policy*. 2024; 137: 107014.
- Borda ÁJ, Sárvári B, Balogh JM. Generation Change in Agriculture: A Systematic Review of the Literature. *Economies*. 2023; 11(5): 129.
- CEJA (European Council of Young Farmers). Informing generational renewal in agriculture. 2023. Dostopno na: <https://www.ceja.eu/press-releases/1831> (citirano 16. 2. 2025).
- Coopmans I, Dessein J, Accatino F, Antonioli F, Bertolozzi-Caredio D, Gavrilescu C, et al. Understanding farm generational renewal and its influencing factors in Europe. *Journal of Rural Studies*. 2021; 86: 398–409.
- DGIP (Directorate-General for Internal Policies). EU Measures to Encourage and Support New Entrants. Brussels: European Union; 2012. Dostopno na: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/495830/IPOL-AGRI_NT\(2012\)495830_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2012/495830/IPOL-AGRI_NT(2012)495830_EN.pdf) (citirano 20. 5. 2025).

- Eurostat. Farmers and the agricultural labour force – statistics. 2022. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=431368> (citirano: 24. 5. 2025).
- EU CAP Network's Thematic Group on Gen Z. Leading generational renewal in farming. 2024. Dostopno na: <https://eu-cap-network.ec.europa.eu/sites/default/files/2024-11/eu-cap-network-tg-generational-renewal-background-paper-1.pdf> (citirano 10. 3. 2025).
- Evropska komisija. Generational Renewal in EU Agriculture: Statistical Background. EU Agricultural Economic Briefs, Brussels. 2012. Dostopno na: <https://doczz.net/doc/9116656/eu-agricultural-economic-briefs> (citirano 19. 5. 2025).
- Evropska komisija. Strategic Dialogue on the Future of Agriculture. Report 'A shared prospect for farming and food in Europe'. 2024. Dostopno na: https://agriculture.ec.europa.eu/overview-vision-agriculture-food/main-initiatives-strategic-dialogue-future-eu-agriculture_en (citirano 19. 5. 2025).
- Evropski parlament. Generational Renewal in EU Agriculture. 2025. Dostopno na: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772876/EPRS_BRI\(2025\)772876_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772876/EPRS_BRI(2025)772876_EN.pdf) (citirano 23. 5. 2025).
- Evropski parlament. INI Report (2022/2182(INI)) Generational renewal in the EU farms of the future. 2023. Dostopno na: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0376_EN.html (citirano 18. 5. 2025).
- Fischer H, Burton RJF. Understanding farm succession as socially constructed endogenous cycles. *Sociologia Ruralis*. 2014; 54(4): 417–438.
- Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology. London: Sage Publications; 2004.
- Sutherland LA. Who do we want our 'new generation' of farmers to be? The need for demographic reform in European agriculture. *Agricultural and Food Economics*. 2023; 11(3): 1–9.
- Zagata L, Sutherland LA. Deconstructing the 'young farmer problem in Europe': Towards a research agenda. *Journal of Rural Studies*. 2015; 38: 39–51.



Ptič v pižami, 2024 (akril)

RAZSEŽNOSTI EKONOMSKEGA BREMENA DEMENCE V SLOVENIJI V OBDOBJU 2021–2023

Dimensions of the economic burden of dementia
in Slovenia in the period 2021–2023

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

POVZETEK

Uvod: Demenca pomembno prizadene duševno zdravje, hkrati pa predstavlja ogromno ekonomsko in gospodarsko breme. Slovenija se po številu primerov demence na 1000 prebivalcev uvršča v sam vrh držav. Leta 2011 se je uvrstila takoj za Japonsko, Italijo in Nemčijo, do leta 2040 pa bo po napovedih na drugem mestu, takoj za Japonsko. Metode: Opravili smo pregled literature glede ocen ekonomskih stroškov demence, izraženih kot delež BDP. Po izbiri metodologije smo izračunali skupne stroške demence, glede na strukturo stroškov in stroške na osebo za obdobje 2021–2023 v Sloveniji. Rezultati: Povprečni letni stroški demence v Sloveniji za obdobje 2021–2023 so znašali 483 milijonov ameriških dolarjev, od tega neformalna oskrba 239,5, direktni stroški socialne oskrbe 165 in direktni stroški zdravstva 78 milijonov ameriških dolarjev.

Avtorica: Barbara Lovrečič

Znanstveni in strokovni naziv: primarijka, znanstvena sodelavka, docentka predmeta javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8252-7652>

Avtorica: Mercedes Lovrečič

Znanstveni in strokovni naziv: primarijka, znanstvena sodelavka, docentka predmeta psihiatrija, docentka predmeta javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana; Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola

E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5935-0599>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_16, CC BY-SA

Zaključek: Stroški demence so visoki in bodo naraščali tudi v prihodnje, a jih je mogoče zniževati tudi s preprečevanjem demence, zgodnjim prepoznavanjem in zdravljenjem.

Ključne besede: *ekonomsko breme demence v Sloveniji, skupni stroški demence, stroški neformalne oskrbe, direktni zdravstveni stroški, direktni stroški socialne oskrbe*

ABSTRACT

Introduction: Dementia significantly affects mental health, while also representing a huge economic and social burden. Slovenia ranks among the leading countries in terms of the number of dementia cases per 1000 inhabitants. In 2011, it ranked just behind Japan, Italy and Germany, and by 2040 it will be in second place, just behind Japan. Methods: We conducted a literature review regarding estimates of the economic costs of dementia expressed as a share of GDP. After selecting the methodology, we calculated the total costs of dementia, according to the cost structure and costs per person for the period 2021–2023 in Slovenia. Results: The average annual costs of dementia in Slovenia for the period 2021–2023 amounted to 483 million US dollars, of which informal care 239.5, direct social care costs 165 and direct healthcare costs 78 million US dollars. Conclusion: The costs of dementia are high and will continue to rise in the future, but they can also be reduced through dementia prevention, early recognition and treatment.

Keywords: *economic burden of dementia in Slovenia, total costs of dementia, costs of informal care, direct health costs, direct costs of social care*

Kratka predstavitev avtoric

Barbara Lovrečič je doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, magistrica medicinskih znanosti, doktorica medicinskih znanosti. Strokovno, znanstvenoraziskovalno in pedagoško deluje na področju duševnega in javnega zdravja. Zaposlena je na NIJZ. Prejela je naziv primarijka in svetnica. Sodeluje na visokošolskem študiju in je recenzentka pri mednarodnih revijah

Mercedes Lovrečič je doktorica medicine, specialistka psihiatrije, magistrica medicinskih znanosti in doktorica medicinskih znanosti. Strokovno, znanstvenoraziskovalno in pedagoško deluje na področju duševnega zdravja. Prejela je naziv primarijka in svetnica. Zaposlena je na NIJZ in v ZD Izola. Je predavateljica in mentorica na visokošolskem študiju. Deluje kot recenzentka pri mednarodnih revijah.

1 UVOD

Demenca prizadene posameznika, njegove bližje in širšo družbo. Najbolj je poznana po motnjah spomina, a je opredeljena kot sindrom in ne kot ena sama bolezen. Gre za klinični sindrom, ki vključuje upad dveh ali več kognitivnih področij, kot so spomin, govorno izražanje, vizualno-prostorske sposobnosti in izvršilne funkcije, kar vodi v vse manjšo sposobnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti. Poleg upada na kognitivnem področju se pojavijo spremembe tudi v čustvovanju in vedenju, kar vse bolj ovira samostojno vsakdanje življenje posameznika. Čeprav se demenca tradicionalno obravnava kot nevrološka motnja, je tesno povezana z duševnim zdravjem (Chapman in sod., 2006; Cipriani in sod., 2015; Gale in sod. 2018; Gustafson, 1996; Oh, 2024; Richmond-Rakerd in sod., 2022; Zhao in sod., 2022). Povezava med demenco in duševnimi motnjami je dvosmerna; duševne motnje v zgodnji življenjski dobi so povezane z večjim tveganjem in zgodnejšim pojavom demence, kar kaže na to, da lahko ustrezno obravnavanje duševnih motenj zmanjša tveganje za poznejši kognitivni upad (Richmond-Rakerd in sod., 2022). Duševne motnje, kot so depresija, anksioznost, bipolarna motnja, shizofrenija in motnje spanja, so povezane s povečanim tveganjem za razvoj demence (Cipriani in sod., 2015; Oh, 2024; Richmond-Rakerd in sod., 2022; Zhao in sod., 2022), po drugi strani pa se demenca pogosto kaže s pomembnimi nevropsihiatričnimi simptomi, vključno z depresijo, anksioznostjo in vedenjskimi spremembami, ki lahko otežijo diagnozo in zdravljenje (Chapman in sod., 2006; Cipriani in sod., 2015). Dojemanje kompleksne povezave demence z duševnim zdravjem poudarja pomen celovite oskrbe (Gale in sod. 2018; Gustafson, 1996; Oh, 2024; Richmond-Rakerd in sod., 2022; Zhao in sod., 2022). Demenca je pogosto neprepoznana in ni diagnosticirana, hkrati pa jo spremlja stigma, kar vodi v neustrezno zdravljenje. Prizadevanja za destigmatizacijo demence in izboljšanje prepoznavanja in oskrbe so pomembne prednostne naloge javnega zdravja (Chapman in sod., 2006).

Vzporedno z demografskimi spremembami prebivalstva, z naraščajočim deležem starejših od 65 let in podaljševanjem življenjske dobe, narašča delež prebivalcev z demenco. Starost je nespremenljiv dejavnik tveganja za demenco, na katerega ne moremo vplivati (WHO, 2021). Demografske spremembe kažejo, da smo leta 2021 v Sloveniji imeli petino prebivalcev, starih 65 let ali več, starejših od 80 let pa je bilo 5 %. Do leta 2030 bo po projekcijah starih 65 let in več že četrтина prebivalcev Slovenije, starih 80 let in več pa bo 7 % prebivalcev (SURs). Projekcije za leto 2030 kažejo, da bo med prebivalstvom naraščal tudi delež ljudi z demenco in bo po napovedih dosegel 2,15 % celotne populacije pri nas (Lovrečič in Lovrečič, 2024). Podobno ugotavljajo tudi drugod po svetu (Alzheimer's disease facts and figures, 2023).

Stroški zdravstvenega varstva in dolgotrajne oskrbe oseb z Alzheimerjevo boleznijo in drugimi vrstami demence so visoki, saj se demenca uvršča med najdražje kronične bolezni (Alzheimer's disease facts and figures, 2023; Hurd in sod., 2013). Slovenija se po številu primerov demence na 1000 prebivalcev uvršča v sam vrh držav OECD. Leta 2011 se je uvrstila takoj za Japonsko, Italijo in Nemčijo (več kot 15 primerov demence na 1000 prebivalcev), do leta 2040 pa bo po napovedih z 32 primeri demence na 1000 prebivalcev Slovenija na drugem mestu, takoj za Japonsko (OECD, 2023).

Demenca predstavlja ogromno ekonomsko in gospodarsko breme (Cantarero-Prieto in sod., 2019); po vsem svetu se stroški običajno merijo kot odstotek bruto domačega proizvoda (BDP) države. Izračuni stroškov demence najpogosteje vključujejo direktne stroške zdravstva, direktne stroške socialnega varstva in stroške neformalne oskrbe. Direktne stroški zdravstva se nanašajo na sistem zdravstvenega varstva in zajemajo stroške bolnišničnega zdravljenja, zdravil, diagnostike in ambulantnega zdravljenja. Direktne stroški socialne oskrbe (ali direktni nezdravstveni stroški) se navezujejo na sistem socialnega varstva in vključujejo formalne storitve, ki se izvajajo zunaj sistema zdravstvene oskrbe, vključno s skupnostnimi storitvami, kot so nega na domu, oskrba s hrano, prevoz in oskrba v socialnovarstvenem zavodu. Za neformalno oskrbo pa ocenjujejo, koliko časa družinski oskrbovalci porabijo za oskrbo, pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih in za nadzor nad osebo (Alzheimer's Disease International, 2010; Alzheimer's Disease International, 2015; WHO, 2021; Wimo in sod., 2011).

Namen tega prispevka je izračun vseh stroškov demence v Sloveniji za obdobje 2021–2023, ki bi bil primerljivi s povprečjem stroškov demence v svetu.

2 METODE

Pregled literature je bil opravljen v podatkovni bazi PubMed za obdobje zadnjih 10 let, od 1. januarja 2015 do 31. decembra 2024. Uporabljene so bile naslednje ključne besede v angleškem jeziku: dementia, costs, v kombinacijah z GDP, world region, Europe. Dodatno smo identificirali še zadetke iz drugih virov (na osnovi citirane literature identificiranih in izbranih objav mednarodne strokovne organizacije). Izbrani vključitveni kriteriji so bili: objave od leta 2015, angleški jezik, med ocenami stroškov smo upoštevali ocene ekonomskih stroškov, ki so bili izračunani kot delež BDP in kot povprečje za svet, za EU oz. Evropo. Osredotočili smo se na strukturo stroškov, predvsem deleže glede na BDP. Na osnovi pregleda literature in izbrane metodologije smo izračunali skupne stroške demence, izhajajoč iz BDP (v ameriških dolarjih) za Slovenijo (SURS a) za vsako

posamezno izbrano leto v obdobju od 2021 do 2023 in povprečje izbranega obdobja. Zaradi primerljivosti podatkov smo izračune izvedli v ameriških dolarjih.

Izračunali smo število prebivalcev Slovenije, moških in žensk v vsaki od izbranih starostnih skupin (60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90 in več let) za vsako leto (2021, 2022, 2023), pri čemer smo uporabili podatke prebivalstva Slovenije (SURs b) za izbrana leta. Število oseb z demenco za Slovenijo na nacionalni ravni je bilo izračunano za vsako posamezno leto za obdobje 2021–2023 na osnovi stopenj prevalence za demenco, standardiziranih na starost in spol, ki so bile izdelane v okviru evropskega projekta European Collaboration on Dementia – EuroCoDe (Alzheimer Europe, 2019), ki je najpogostejše uporabljena in priporočena metoda za izračun prevalence demence, in na osnovi predhodno izračunanih podatkov prebivalstva v starosti 60 let in več po starostnih skupinah, spolu in skupno. Starostno/po spolu specifične stopnje prevalence za demenco smo uporabili za izračune za vsako skupino po spolu in starosti od starostne skupine 60–64 let naprej.

Izračunali smo letne stroške demence glede na delež BDP v Sloveniji po posameznih letih v obdobju 2021–2023 glede na strukturo stroškov in stroške na osebo z demenco, vključno s povprečji.

3 REZULTATI

Pri pregledu literature smo ugotovili, da so različni avtorji ocenjevali skupne stroške demence kot delež BDP, in sicer za leto 2010 v deležu 1,01 % svetovnega BDP (Wimo in Prince, 2010; Wimo in sod., 2013), za leto 2015 v deležu 1,09 % (ADI, 2015) in za leto 2019 v deležu 0,76 % (Wimo in sod., 2023), vse v ameriških dolarjih. Izbrali smo metodologijo (Wimo in sod., 2023; WHO, 2021), kjer gre za zadnje ocene za leto 2019 in omogoča izračune skupnih stroškov demence in izračune glede na strukturo stroškov na osnovi deleža BDP (0,76 % BDP v ameriških dolarjih).

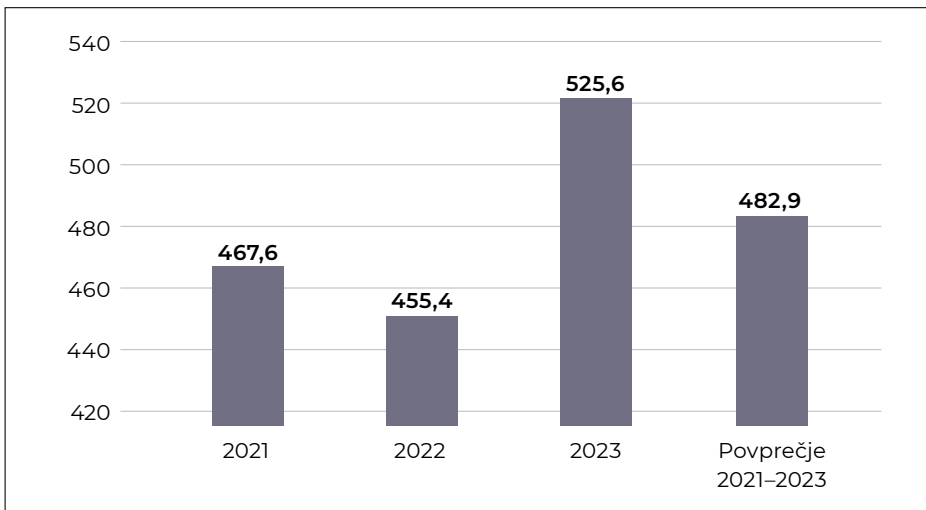
Vsi stroški v tabeli in slikah so navedeni v ameriških dolarjih. Tabela 1 prikazuje število prebivalcev v starosti 60 let in več z demenco v Sloveniji, izračune skupnih letnih stroškov demence, po strukturi stroškov in stroške na osebo z demenco za vsako leto za obdobje 2021–2023 s povprečji. Slika 1 ponazarja skupne stroške demence po letih in povprečje izbranega obdobja. Slika 2 zajema stroške po strukturi (neformalni, direktni zdravstveni stroški in direktni stroški socialne oskrbe) po letih. Sliki 3 in 4 pa prikazujeta deleže po strukturi stroškov glede na skupne stroške.

Tabela 1: Ocenjeno število oseb z demenco (v tisočih); skupni stroški demence (v milijonih ameriških dolarjev letno) in glede na strukturo stroškov (vse v milijonih ameriških dolarjev): stroški neformalne oskrbe, direktni zdravstveni stroški in direktni stroški socialne oskrbe; ocenjeni skupni stroški demence na osebo (v tisočih ameriških dolarjev) letno in povprečja, podatki za Slovenijo za obdobje 2021–2023

	Število oseb z demenco (tisoči)	Skupni stroški demence (milijoni US\$)	Stroški neformalne oskrbe (milijoni US\$)/49,6 % skupnih stroškov	Direktni stroški zdravstva (milijoni US\$)/16,2 % skupnih stroškov	Direktni stroški socialne oskrbe (milijoni US\$)/34,2 % skupnih stroškov	Stroški na osebo z demenco (tisoči US\$ letno)
2023	38.528	525,55	260,67	85,14	179,74	13.641
2022	37.628	455,43	225,89	73,78	155,76	12.103
2021	36.869	467,60	231,93	75,75	159,92	12.682
Povprečje za obdobje 2021–2023	37.675	482,86	239,5	78,22	165,14	12.816

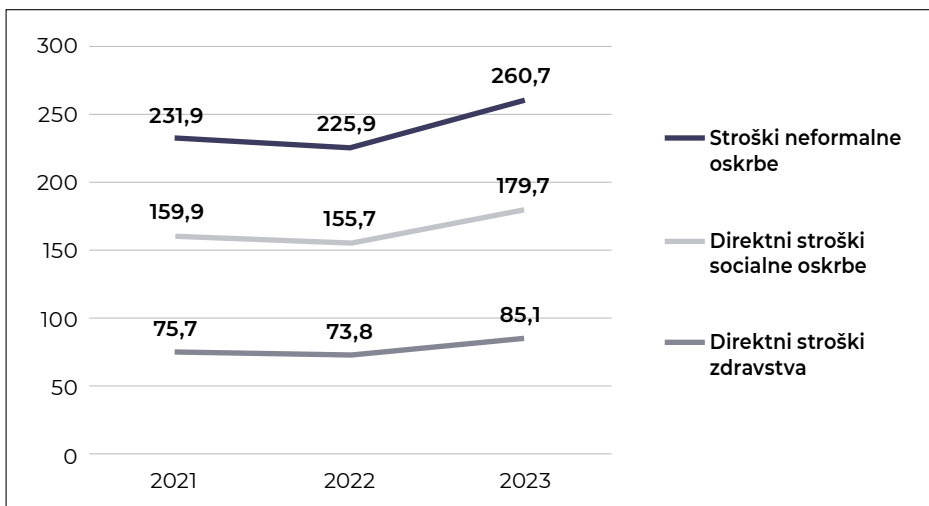
Vir: lastni izračuni, viri strukture stroškov v deležih: WHO, 2021; Wimo in sod., 2023

Opombe: US\$ – ameriški dolarji



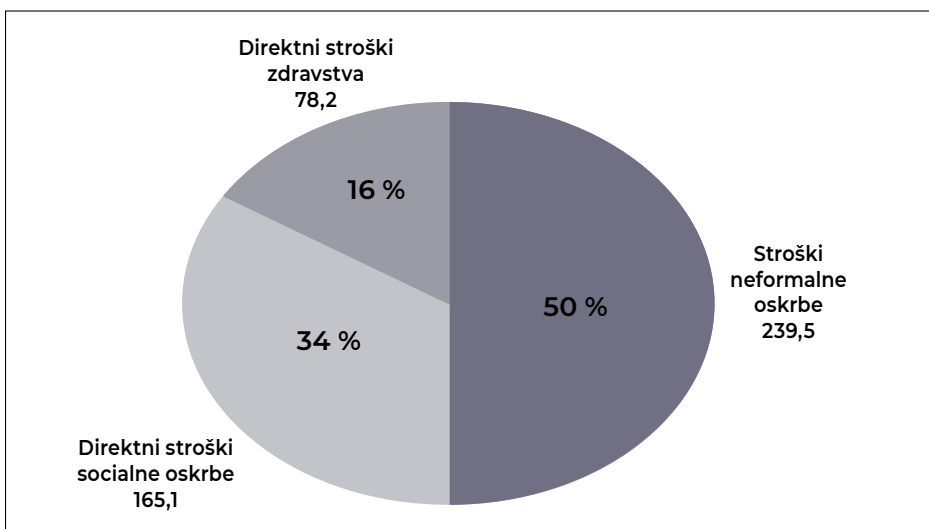
Slika 1: Ocene skupnih stroškov demence (v milijonih ameriških dolarjev) letno in povprečje, podatki za Slovenijo za obdobje 2021–2023

Vir: lastni izračuni



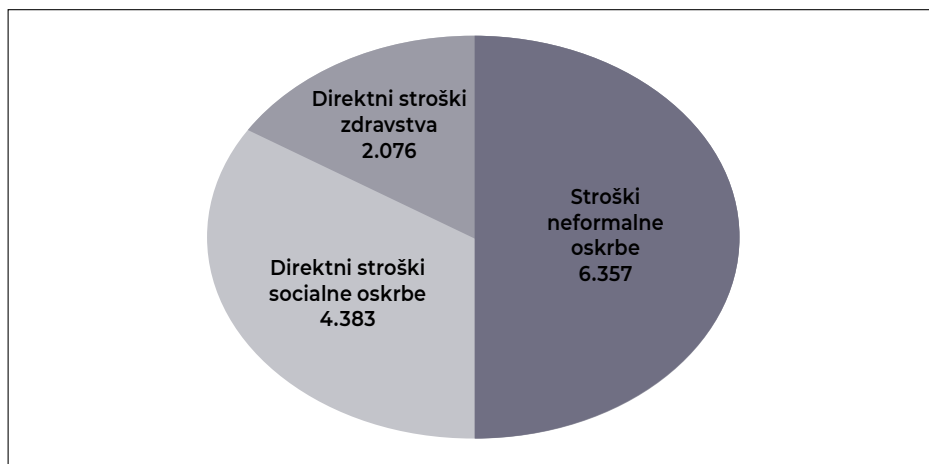
Slika 2: Stroški demence po strukturi stroškov: stroški neformalne oskrbe, direktni stroški socialne oskrbe in direktni zdravstveni stroški (vse v milijonih ameriških dolarjev) po letih, podatki za Slovenijo za obdobje 2021–2023

Vir: lastni izračuni



Slika 3: Letno povprečje stroškov demence po strukturi stroškov: stroški neformalne oskrbe, direktni stroški socialne oskrbe in direktni zdravstveni stroški (vse v milijonih ameriških dolarjev), podatki za Slovenijo za obdobje 2021–2023

Vir: lastni izračuni



Slika 4: Letno povprečje stroškov demence po strukturi stroškov: stroški neformalne oskrbe, direktni stroški socialne oskrbe in direktni zdravstveni stroški (vse v tisočih ameriških dolarjev) na osebo, podatki za Slovenijo za obdobje 2021–2023

Vir: lastni izračuni

4 RAZPRAVA

Svetovno ekonomsko breme demence se z leti povečuje. Leta 2015 so skupni stroški demence znašali 818 milijard dolarjev (35 % več kot leta 2010), od tega je 86 % stroškov nastalo v državah z visokim dohodkom (Wimo in sod., 2017). Leta 2016 so skupni stroški demence v svetu dosegali 948 milijard ameriških dolarjev letno (Xu in sod., 2017), 2019 so presegli 1.300 milijard (Wimo in sod., 2023), do leta 2050 pa bodo znašali 1.600 milijard (Velandia in sod., 2022). Najvišje stroške beležijo v Evropi in Severni Ameriki (Velandia in sod., 2022; Xu in sod., 2017).

Stroški oskrbe bolnikov z demenco v povprečju predstavljajo približno 0,4–0,5 % BDP v državah z nizkim in srednjim dohodkom, v nekaterih državah z visokim dohodkom pa do 1,5 % ali več. Delež se med državami in regijami razlikuje (Cantarero-Prieto in sod., 2019; Chen in sod., 2024; Lastuka in sod., 2024; Mattap in sod., 2022).

Po ocenah bodo med letoma 2020 in 2050 stroški demence za celoten svet v povprečju znašali okrog 0,42 % letnega svetovnega BDP, z razponom od 0,35 % do 0,52 %, odvisno od države in leta (Chen in sod., 2024). Za nekatere države z visokim dohodkom, kot je Japonska, so letni stroški ocenjeni na 1,46 % BDP (Chen in sod., 2024). Povprečni nacionalni izdatki za demenco v državah z nizkim

in srednjim dohodkom znašajo približno 0,45 % BDP, pri čemer večino stroškov predstavlja neformalna oskrba (Mattap in sod., 2022). Stroški v obliki izgubljene produktivnosti in neformalne oskrbe predstavljajo večino stroškov, povezanih z demenco, in po ocenah obsegajo med 57 % in 85 % vseh stroškov (Chen in sod., 2024; Lastuka in sod., 2024; Mattap in sod., 2022).

Ocenjeni skupni letni stroški na osebo z demenco v Evropi znašajo v povprečju 32.507 evrov, v ZDA pa 42.899 evrov. Pri razlikah je smiselno upoštevati vrsto stroškov in napredovanje bolezni, saj se z napredovanjem bolezni stroški višajo (Cantarero-Prieto in sod., 2019; Jönsson in sod., 2022; Sontheimer in sod., 2021; Xu in sod., 2017). Demenca predstavlja znatno in naraščajoče gospodarsko breme tudi za evropske države kot države z visokim dohodkom. Ocene kažejo, da so stroški demence v Evropi na splošno višji od 1 % BDP, napovedi pa kažejo na nadaljnje povečanje, vzporedno s staranjem prebivalstva (Cacabelos in sod., 2022; Tay in sod., 2024). Projekcije nakazujejo, da bi se lahko do leta 2050 stroškovno breme v Evropi v primerjavi z letom 2010 skoraj podvojilo in doseglo 357 milijard evrov, kar bo zahtevalo enotno evropsko strategijo in razvoj strateškega načrta za obvladovanje demence (Maresová in sod., 2016).

Alzheimerjeva bolezen in druge vrste demence predstavljajo ogromno ekonomsko breme za bolnike in njihove neformalne oskrbovalce, pri čemer lahko posebne prilagoditve za oskrbovalce zmanjšajo izgubo produktivnosti, a hkrati povečajo direktne nezdravstvene stroške (Tay in sod., 2024). V Veliki Britaniji neformalna oskrba predstavlja 75 % vseh stroškov za ljudi z blago do zmerno demenco, stroški pa se razlikujejo glede na podtip demence, status oskrbovalca in bivalno ureditev (Henderson in sod., 2019). Boljše sodelovanje bolnikov pri zdravljenju z zdravili ali vzdrževalno zdravljenje z zdravili proti demenci vodi do zmanjšanja skupnih stroškov zdravstvene oskrbe (Oh in sod., 2019). Primerjalne analize stroškov oskrbe bolnikov z demenco v evropskih državah kažejo, da se stroški med evropskimi državami zelo razlikujejo, pri čemer neformalna oskrba in institucionalizacija predstavljata največje deleže skupnih stroškov, ki se povečujejo z napredovanjem bolezni, prehodi med oskrbami in komorbidnostmi (Herron in sod., 2024; Neubert in sod., 2021; Rapp in sod., 2017).

Podatki za svet, Evropo in Slovenijo nedvomno kažejo, da so ženske povsod po svetu pogostejše prizadete zaradi demence v primerjavi z moškimi, kar pomeni, da predstavljajo posebej ranljivo skupino, zlasti tiste, ki živijo v enočlanskem gospodinjstvu (GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators, 2022; Lovrečič in Lovrečič, 2024a; Lovrečič in Lovrečič, 2024b; Lovrečič in Lovrečič, 2025).

Ekonomske stroške demence lahko zmanjšujemo tudi s preprečevanjem dejavnikov tveganja za demenco. Med dejavniki tveganja za demenco poznamo

nespremenljive ali tiste, na katere ne moremo vplivati, in spremenljive ali tiste, na katere lahko vplivamo. Največji nespremenljivi dejavnik tveganja za demenco je starost. Sem se uvrščajo še spol (ženske so bolj prizadete), genetika in zgodovina bolezni v družini. Na spremenljive dejavnike tveganja pa lahko vplivamo in tako zmanjšujemo tveganje za demenco. To uresničujemo z naslednjimi ukrepi: skrbimo za primerno telesno aktivnost, uživamo zdravo prehrano, preprečujemo povišano telesno težo in/ali debelost, poskrbimo za zadostni in kakovosten spanec, preprečujemo in zdravimo depresijo in druge duševne motnje, izogibamo se onesnaženemu zraku, skrbimo za zdravje srca in ožilja, preprečujemo poškodbe glave, preprečujemo/zdravimo povišan krvni pritisk in sladkorno bolezen, negujemo socialne stike, izogibamo se kajenju, tveganemu pitju alkohola in zlorabi drugih psihoaktivnih snovi, v primeru težav s sluhom uporabljajmo slušne pripomočke (Stephan in sod., 2024).

5 ZAKLJUČEK

Stroški oskrbe bolnikov z demenco predstavljajo znaten delež nacionalnih gospodarstev, ki z leti narašča, zlasti s staranjem prebivalstva. Delež BDP, porabljen za demenco, je višji v bogatejših državah, vendar je po vsem svetu vse bolj zaskrbljujoč, kar izpostavlja potrebo po političnih ukrepih in načrtovanju virov. Na pojavnost demence lahko vplivamo tudi tako, da zmanjšujemo preprečljive dejavnike tveganja za njen pojav.

V Sloveniji imamo na voljo strateške dokumente, ki so specifični za demenco. Vlada RS je v juliju 2023 sprejela Strategijo obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030 in januarja 2024 akcijski načrt (Ministrstvo za zdravje, 2023), kar predstavlja sistemski okvir za ukrepe, usmerjene v obvladovanje demence. Za načrtovanje, izvedbo in implementacijo javnozdravstvenih in drugih ukrepov za obvladovanje demence in za oceno učinkovitosti ukrepov je smiselno poznavanje stroškov demence in njihove dinamike.

V pričujočem prispevku smo posebej izpostavili stroške neformalne oskrbe oseb z demenco, ki jo najpogosteje izvajajo njihovi svojci oz. neformalni oskrbovalci, predstavljajo največji del stroškov, niso del javnega financiranja in najbolj obremenijo prav bolnike in njihove svojce.

Literatura

- Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2021; 17(3): 327–406.
- Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2023; 19(4): 1598–1695.
- Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
- Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2010: The global economic impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2010.
- Alzheimer Europe. Prevalence of dementia in Europe. 2019. Dostopno na: <https://www.alzheimer-europe.org/dementia/prevalence-dementia-europe> (citirano: 19. 6. 2025).
- Cacabelos R. What have we learnt from past failures in Alzheimer's disease drug discovery? *Expert Opin Drug Discov*. 2022; 17(4): 309–323.
- Cantarero-Prieto D, Leon PL, Blazquez-Fernandez C, Juan PS, Cobo CS. The economic cost of dementia: A systematic review. *Dementia (London)*. 2020; 19(8): 2637–2657.
- Chapman DP, Williams SM, Strine TW, Anda RF, Moore MJ. Dementia and its implications for public health. *Prev Chronic Dis*. 2006; 3(2): A34.
- Chen S, Cao Z, Nandi A, Counts N, Jiao L, Prettnner K, et al. The global macroeconomic burden of Alzheimer's disease and other dementias: estimates and projections for 152 countries or territories. *The Lancet. Global health*. 2024; 12(9): 1534–1543.
- Cipriani G, Lucetti C, Carlesi C, Danti S, Nuti A. Depression and dementia. A review. *European Geriatric Medicine* 2015; 6(5): 479–486.
- Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. *Am J Med*. 2018; 131(10): 1161–1169.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public health*. 2022; 7(2): 105–125.
- Gustafson L. What is dementia?. *Acta Neurol Scand Suppl*. 1996;168:22-24. doi:10.1111/j.1600-0404.1996.tb00367.x
- Herron D, Kyte L, Clewes L. The experiences of unpaid carers of people living with dementia during the cost-of-living crisis: A reflexive thematic analysis. *Dementia (London)*. Published online October 27, 2024. doi:10.1177/14713012241296188
- Henderson C, Knapp M, Nelis SM, Quinn C, Martyr A, Wu Y et al. Use and costs of services and unpaid care for people with mild-to-moderate dementia: Baseline results from the IDEAL cohort study. *Alzheimers Dement (N Y)*. 2019;5:685-696. doi:10.1016/j.trci.2019.09.012
- Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary costs of dementia in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1326-1334. doi:10.1056/NEJMsal204629
- Jönsson L, Tate A, Frisell O, Wimo A. The Costs of Dementia in Europe: An Updated Review and Meta-analysis. *Pharmacoeconomics*. 2022; 41(1): 59–75.
- Lastuka A, Bliss E, Breshock MR, Ivannucci VC. Societal Costs of Dementia: 204 Countries, 2000-2019. *J Alzheimers Dis*. 2024; 101(1): 277–292.
- Lovrečič B., Lovrečič M. Izziv zdravstvenega in socialnega varstva: primer epidemiološke ocene prevalence demence v Sloveniji – primerjava obdobja pred in po COVID 19. V: Šprajc P, Maletič D, Petrović N, Podbregar I, Škraba A, Tomić D, et al., ur. 43th International Conference on Organizational Science Development: Green and

- Digital Transition: Challenge or Opportunity. 43. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: Zeleni in digitalni prehod – izziv ali priložnost. Maribor: University of Maribor, University Press; 2024a: 523–536.
- Lovrečič M, Lovrečič B. Ocena ekonomskih stroškov demence v Sloveniji. V: Šprajc P, Maletič D, Petrovič N, Podbregar I, Škraba A, Tomić D, et al., ur. 43th International Conference on Organizational Science Development: Green and Digital Transition: Challenge or Opportunity. 43. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: Zeleni in digitalni prehod – izziv ali priložnost. Maribor: University of Maribor, University Press; 2024b: 537–551.
- Lovrečič M, Lovrečič B. Povprečno ekonomsko breme demence v Sloveniji in na osebo v obdobju 2019–2023. V: Šprajc P, Maletič D, Petrovič N, Podbregar I, Škraba A, Tomić D, et al., ur. 44th International Conference on Organizational Science Development: human being, artificial intelligence and organization: conference proceedings. 44. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: človek, umetna inteligenca in organizacija. Maribor: University of Maribor, University Press, 2025: 529–539.
- Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray AM. Cost of dementia in the pre-enlargement countries of the European Union. *J Alzheimers Dis.* 2011; 27(1): 187–196.
- Maresova P, Klimova B, Novotny M, Kuca K. Alzheimer's and Parkinson's Diseases: Expected Economic Impact on Europe-A Call for a Uniform European Strategy. *J Alzheimers Dis.* 2016; 54(3): 1123–1133.
- Mattap SM, Mohan D, Fairley A, Allotey PA, Blossom Stephan CM, Reidpath D, et al. The economic burden of dementia in low- and middle-income countries (LMICs): a systematic review. *BMJ Glob Health.* 2022; 7(4): e007409.
- Ministrstvo za zdravje. 2023. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2030. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Strategija-obvladovanja-demence-v-Sloveniji-do-leta-2030.pdf> (citirano 19. 6. 2025).
- Neubert L, König H-H, Löbner M, Lupp M, Pentzek M, Fuchs A, et al. Excess Costs of Dementia in Old Age (85+) in Germany: Results from the AgeCoDe-AgeQualiDe Study. *J Econ Ageing.* 2021; 20: 100346.
- OECD. 2023. Health at a Glance 2023. OECD Indicators. Dostopno na: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (citirano 17. 6. 2025).
- Oh ES. Dementia. *Ann Intern Med.* 2024; 177(11): 161–176.
- Oh ST, Han KT, Choi WJ, Park J. Effect of drug compliance on health care costs in newly-diagnosed dementia: Analysis of nationwide population-based data. *J Psychiatr Res.* 2019; 118: 31–37.
- Sontheimer N, Konnopka A, König HH. The Excess Costs of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis.* 2021; 83(1): 333–354.
- SURS. a. SiStat. BDP in nacionalni računi. Bruto domači proizvod, Slovenija, letno. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/0301910S.px> (citirano 19. 6. 2025).
- SURS. b. SiStat. Prebivalstvo po velikih in petletnih starostnih skupinah in spolu, Slovenija, letno. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/05C2002S.px/table/tableViewLayout2/> (citirano 19. 6. 2025).
- Tay LX, Ong SC, Tay LJ, Ng T, Parumasivam T. Economic Burden of Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Value Health Reg Issues.* 2024; 40: 1–12.

- Richmond-Rakerd LS, D'Souza S, Milne BJ, Caspi A, Moffitt TE. Longitudinal Associations of Mental Disorders With Dementia: 30-Year Analysis of 1.7 Million New Zealand Citizens. *JAMA Psychiatry*. 2022; 79(4): 333–340.
- Stephan BCM, Cochrane L, Kafadar AH, Brain J, Burton E, Myers B, et al. Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Healthy Longev*. 2024; 5(6): 406–421.
- Velandia PP, Miller-Petrie MK, Chen C, Chakrabarti S, Chapin A, Hay SI, et al. Global and regional spending on dementia care from 2000-2019 and expected future health spending scenarios from 2020-2050: An economic modelling exercise. *EClinicalMedicine*. 2022; 45: 101337.
- WHO. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YZ, Prina M, Winblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement*. 2017; 13(1): 1–7.
- Wimo A, Seeher K, Cataldi R, Cyhlarova E, Dielemann J L, Frisell O, et al. The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimers Dement*. 2023; 19(7): 2865–2873.
- Zhao Q, Xiang H, Cai Y, Meng SS, Zhang Y, Qiu P. Systematic evaluation of the associations between mental disorders and dementia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *J Affect Disord*. 2022; 307: 301–309.
- Xu J, Zhang Y, Qiu C, Cheng F. Global and regional economic costs of dementia: a systematic review. *The Lancet* 2017; 390: S47.



Gnu, 2024 (akril)

PREGLED STROŠKOV DEMENCE V SVETU, EVROPI IN SLOVENIJI V OBDOBJU 2000–2024

Overview of the costs of dementia in the world,
Europe and Slovenia in the period 2000-2024

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

POVZETEK

Uvod: Demenca in duševno zdravje sta tesno povezana. Duševno zdravje je pri bolnikih z demenco prizadeto, stres pa pogosto prizadene tudi njihove neformalne skrbnike, ki so običajno svojci bolnikov. Zaradi demografskih sprememb in podaljševanja življenjske dobe narašča število oseb z demenco. Demenca se uvršča med najdražje kronične bolezni, ki prizadene bolnika, svojce in širšo družbo, bolniki pa so vse bolj odvisni od pomoči drugih. Metode: Opravili smo pregled literature glede ocen ekonomskih stroškov demence, metodologijo ocen in strukturo stroškov za obdobje 2000–2024 za svet, Evropo in Slovenijo. Rezultati: Stroški demence z leti naraščajo. Neformalna oskrba predstavlja največji delež stroškov, sledijo direktni stroški socialnega varstva in direktni stroški zdravstvenega varstva z najnižjim deležem. Med stroške

Avtorica: Mercedes Lovrečič

Znanstveni in strokovni naziv: primarijka, znanstvena sodelavka, docentka predmeta psihiatrija, docentka predmeta javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka psihiatrije, svetnica

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje,

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana; Zdravstveni dom Izola, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola

E-naslov: mercedes.lovrecic@nijz.si

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-0599>

Avtorica: Barbara Lovrečič

Znanstveni in strokovni naziv: primarijka, znanstvena sodelavka, docentka predmeta javno zdravje, doktorica medicinskih znanosti, doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, svetnica

Inštitucija/zaposlitev, naslov: Nacionalni inštitut za javno zdravje,

Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: barbara.lovrecic@nijz.si

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8252-7652>

https://doi.org/10.3986/9789610510390_17, CC BY-SA

niso vključene posledice prizadetega duševnega zdravja pri neformalnih oskrbovalcih. Zaključek: Stroški demence so pogosto podcenjeni, največji delež stroškov bremeni osebe z demenco in njihove svojce.

Ključne besede: demenca, ekonomsko breme, stroški neformalne oskrbe, direktni stroški zdravstva, direktni stroški socialnega varstva

ABSTRACT

Introduction: Dementia and mental health are closely linked. Mental health is affected in patients with dementia, and stress often also affects their informal caregivers, who are usually relatives of the patients. Due to demographic changes and increasing life expectancy, the number of people with dementia is increasing. Dementia is one of the most expensive chronic diseases that affects the patient, relatives and the wider society, and patients are increasingly dependent on the help of others. Methods: We conducted a literature review regarding estimates of the economic costs of dementia, the methodology of estimates and the structure of costs for the period 2000-2024, for the world, Europe and Slovenia. Results: The costs of dementia have been increasing over the years. Informal care represents the largest share of costs, followed by direct social care costs and direct healthcare costs with the lowest share. The costs do not include the consequences of impaired mental health in informal caregivers. Conclusion: The costs of dementia are often underestimated, with the largest share of costs borne by people with dementia and their relatives.

Keywords: dementia, economic burden, costs of informal care, direct health costs, direct social costs

Kratka predstavitev avtoric

Mercedes Lovrečič je doktorica medicine, specialistka psihiatrije, magistrica medicinskih znanosti in doktorica medicinskih znanosti. Strokovno, znanstvenoraziskovalno in pedagoško deluje na področju duševnega zdravja. Prejela je naziv primarijka in svetnica. Zaposlena je na NIJZ in v ZD Izola. Je predavateljica in mentorica na visokošolskem študiju. Deluje kot recenzentka pri mednarodnih revijah.

Barbara Lovrečič je doktorica medicine, specialistka socialne medicine, specialistka javnega zdravja, magistrica medicinskih znanosti, doktorica medicinskih znanosti. Strokovno, znanstvenoraziskovalno in pedagoško deluje na področju duševnega in javnega zdravja. Zaposlena je na NIJZ. Prejela je naziv primarijka in svetnica. Sodeluje na visokošolskem študiju in je recenzentka pri mednarodnih revijah.

1 UVOD

Demenca in duševno zdravje sta tesno povezana, raziskave pa kažejo na pomembne povezave med različnimi duševnimi motnjami in tveganjem, nastopom in napredovanjem demence (Rafferty in sod., 2018; Richmond-Rakerd in sod., 2021; Zhang in sod., 2022). Razmerje je kompleksno in vključuje tako vpliv duševnega zdravja na tveganje za demenco kot tudi učinke demence na duševno zdravje in dobro počutje tako bolnikov kot njihovih oskrbovalcev, še posebej neformalnih, ki so najpogostejše njihovi svojci (Delineau in sod., 2025; Martyr in sod., 2021; Rafferty in sod., 2018; Richmond-Rakerd in sod., 2021; Sörensen in sod., 2006; Sun in sod., 2024; Wang in sod., 2023; Zhang in sod., 2022). Povečano breme na račun duševnega zdravja se kaže tudi pri neformalnih oskrbovalcih, ki so najpogostejše svojci oseb z demenco, še posebej pri tistih, ki za osebe z demenco skrbijo vsakodnevno. Pri njih je prisotna višja stopnja psihološke stiske, depresije in tesnobe v primerjavi z oskrbovalci drugih bolnikov (brez demence), duševno zdravje neformalnih oskrbovalcev pa se poslabšuje z napredovanjem demence (Sörensen in sod., 2006).

Demenca ni normalen proces staranja, temveč gre za bolezen možganov, njena pojavnost pa je povsod po svetu v porastu. Najpomembnejši neodvisen dejavnik tveganja za demenco je starost; z naraščanjem starosti in podaljševanjem življenjske dobe se pojavnost demence strmo povečuje, še posebej po 65. letu (WHO, 2021). Demenca je eden glavnih vzrokov za invalidnost in odvisnost od pomoči drugih med starejšimi po vsem svetu (WHO, 2021). Demenca se uvršča med deset vodilnih vzrokov smrti v svetu. V ZDA demenca predstavlja šesti vodilni vzrok smrti, umrljivost zaradi Alzheimerjeve bolezni se je med letoma 2000 in 2019 povečala za 145 % (Alzheimer's disease facts and figures, 2021). Stroški zdravstvenega in socialnega varstva in dolgotrajne oskrbe oseb z Alzheimerjevo boleznijo in drugimi vrstami demence so visoki in se uvrščajo med najdražje kronične bolezni (Alzheimer's disease facts and figures, 2023; Hurd in sod., 2013). Izsledki raziskav kažejo, da svetovni stroški demence hitro naraščajo zaradi naraščajoče razširjenosti in resnosti bolezni, pri čemer stroški neformalne in socialne oskrbe predstavljajo najvišji delež. Stroški demence so najvišji v državah z visokim dohodkom, skupni stroški demence po vsem svetu pa so po ocenah presegli 1000 milijard ameriških dolarjev (Kenne Malaha in sod., 2022; Mattap in sod., 2022). Globalni stroški demence so se med letoma 2000 in 2016 več kot potrojili in dosegali najvišji delež stroškov v Evropi in Severni Ameriki (do 70 %) (Wimo in sod., 2013; Xu in sod., 2017), stroški pa se višajo z napredovanjem bolezni (Cantarero-Prieto in sod., 2019).

Izsledki raziskav različnih avtorjev kažejo, da izračuni stroškov demence vsebujejo izračune in vsoto direktnih stroškov zdravstvene oskrbe, direktnih nezdravstvenih stroškov (stroški formalne oskrbe in stroški socialnega varstva) in indirektnih stroškov (v glavnem neformalne oskrbe) (Cantarero-Prieto in sod., 2019; Chandler in sod., 2024; Joling in sod., 2015; Jönsson in sod., 2022; Neubert in sod., 2021; Rapp in sod., 2017; Sontheimer in sod., 2021; Xu in sod., 2017). Med najpomembnejšimi elementi sestave socialnih stroškov demence različni avtorji izpostavljajo neformalno in formalno oskrbo (vključno z hospitalizacijo v bolnišnici ali namestitvijo v socialnovarstveni zavod) in direktne stroške zdravstvenega varstva (Chandler in sod., 2024; Joling in sod., 2015; Neubert in sod., 2021; Rapp in sod., 2017). Ključni napovedni dejavniki višjih stroškov demence so večja odvisnost od pomoči drugih pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti, večji kognitivni upad, večje breme oskrbovalcev, sočasne druge bolezni, enočlansko gospodinjstvo in prehod v bolnišnično ali institucionalno okolje (Chandler in sod., 2024; Joling in sod., 2015; Neubert in sod., 2021; Rapp in sod., 2017).

Izračuni stroškov demence mednarodnih organizacij najpogosteje vključujejo direktne stroške zdravstva in socialnega varstva in stroške neformalne oskrbe. Direktni stroški zdravstva se nanašajo na sistem zdravstvene oskrbe, kot so stroški bolnišnične oskrbe, zdravila in ambulantni pregledi. Direktni stroški socialnega varstva zajemajo formalne storitve, ki se izvajajo zunaj sistema zdravstvene oskrbe, vključno s skupnostnimi storitvami, kot so nega na domu, oskrba s hrano, prevoz in oskrba v socialnovarstvenem zavodu. Za neformalno oskrbo ocenjujejo, koliko časa družinski oskrbovalci porabijo za oskrbo, pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih in nadzor nad osebo (Alzheimer's Disease International, 2010; Alzheimer's Disease International, 2015; WHO, 2021; Wimo in sod., 2011).

Namen pričujočega pregleda literature s področja stroškov demence je seznanitev z ocenami in obsegom stroškov demence v svetu, Evropi in Sloveniji, razširjenostjo problematike, pregled trendov za 25-letno obdobje in strukture stroškov.

2 METODE

Pregled literature je bil opravljen v podatkovni bazi PubMed za obdobje zadnjih 25 let, od 1. januarja 2000 do 31. decembra 2024. Uporabljene so bile naslednje ključne besede v angleškem jeziku: dementia, costs, v kombinacijah z world region, Europe, EU in Slovenia. Dodatno smo identificirali še zadetke iz drugih virov (na osnovi citirane literature identificiranih in izbranih objav mednarodnih strokovnih organizacij). Izbrani vključitveni kriteriji so bili: objave

od leta 2000, angleški jezik, med ocenami stroškov smo upoštevali ocene ekonomskih stroškov, ki so bili izračunani kot povprečje za svet, za EU oz. Evropo in za Slovenijo. Izključili smo ocene stroškov drugih bolezni in ocene, ki so bile narejene za posamezno regijo sveta ali posamezne države ali za skupino držav zunaj Evrope. Osredotočili smo se na strukturo stroškov.

3 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati pregleda literature. V tabelah 1–3 so prikazane ocene števila oseb z demenco, ocene skupnih stroškov demence na letni ravni, letni stroški po njihovi strukturi in letni stroški demence na osebo za svet, Evropo in Slovenijo.

Tabela 1: Ocenjeno število oseb z demenco (v milijonih); skupni stroški demence (v milijardah ameriških dolarjev letno) in glede na strukturo stroškov (vse v milijardah ameriških dolarjev letno): direktni stroški neformalne oskrbe, direktni zdravstveni stroški in direktni stroški socialne oskrbe; ocenjeni skupni stroški demence na osebo (v tisočih ameriških dolarjev letno); podatki za svet v obdobju 2000–2024 glede na različne avtorje

Leto ocene	Število oseb z demenco (milijoni)	Skupni stroški (milijarde US\$ letno)	Direktni stroški neformalne oskrbe (milijarde US\$ letno)/ (delež skupnih stroškov v %)	Direktni zdravstveni stroški (milijarde US\$ letno)/ (delež skupnih stroškov v %)	Direktni stroški socialne oskrbe (milijarde US\$ letno)/ (delež skupnih stroškov v %)	Stroški na osebo z demenco (tisoči US\$ letno)	Vir
2000		279,6	95,1	114			Velandia in sod., 2022
2005	29,3	315,4	105		210,3	13.079	Wimo in sod., 2007
2009	34,4	421,6	142,3		279,3	12.577	Wimo in sod., 2010
2010	35,6	604	251,9 (41,7 %)	96,4 (16 %)	255,7 (42,3 %)	14.322	ADI, 2010
2015	46,8	817,9	330,8 (40,4 %)	159,2 (19,5 %)	327,9 (40,1 %)	19.210	ADI, 2015

Leto ocene	Število oseb z demenco (milijoni)	Skupni stroški (milijarde US\$ letno)	Direktni stroški neformalne oskrbe (milijarde US\$ letno)/ (delež skupnih stroškov v %)	Direktni zdravstveni stroški (milijarde US\$ letno)/ (delež skupnih stroškov v %)	Direktni stroški socialne oskrbe (milijarde US\$ letno)/ (delež skupnih stroškov v %)	Stroški na osebo z demenco (tisoči US\$ letno)	Vir
2016		948	401,9				Xu in sod., 2017
2018		1000*					ADI, 2015
2019	35,4*	739,3*				20.858	Wimo in Prince, 2010
2019	46,6*	895,3*				19.210	Prince in sod., 2015
2019	55,2	1313,4	651,4 (49,6 %)	213,2 (16,2 %)	448,7 (34,2 %)	23.796	Wimo in sod., 2023; WHO, 2021
2019				594,5			Velandia in sod., 2022
2019			354,1 (57 %)	260,6			Lastuka in sod., 2024
2020			256,7				ADI, 2021
2020						479– 66.144	Kenne Malaha in sod., 2022

Opombe: US\$ – ameriški dolarji,*

Tabela 2: Ocenjeno število oseb z demenco (v milijonih); skupni stroški demence (v milijardah evrov letno) in glede na strukturo stroškov (vse v milijardah evrov letno): stroški neformalne oskrbe, direktni zdravstveni stroški in direktni stroški socialne oskrbe; ocenjeni skupni stroški demence na osebo (v tisočih evrov letno), podatki za Evropo v obdobju 2000–2024 glede na različne avtorje

Leto ocene	Število oseb z demenco (milijoni)	Skupni stroški (milijarde € letno)	Neformalna oskrba (milijarde € letno)/ (delež vseh stroškov v %)	Direktni zdravstveni stroški (milijarde € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Direktni stroški socialne oskrbe (milijarde € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Stroški na osebo z demenco (tisoč € letno)	Vir
2004, EU-25 ¹	4,9	55,2					Andlin-Sobocki in sod., 2005
2005, Evropa: evropska regija SZO ²	8,1	120,4	39,9		80,5		Wimo in sod., 2007; Wimo in sod., 2010
2006, EU-12 ³						7.820	Gustavsson in sod., 2010
2007, EU-15 ⁴		189 (US\$)	(68 %)		(26 %)		Luengo-Fernandez in sod., 2011
2008a, Evropa	10,1	177,2	96,6	80,6		17.526 (neformalna oskrba: 9.556, direktni stroški: 7.971)	Wimo in sod., 2011
2008b, EU-27 ⁵	7,2	160,3	88,6 (56 %)	71,7		22.194 (neformalna oskrba: 12.270, direktni stroški: 9.925)	Wimo in sod., 2011
2008c, EU-27 ⁵ + države kandidatke za članstvo v EU	7,8	167,5	91,2	76,3		21.426 (neformalna oskrba: 11.672, direktni stroški: 9.754)	Wimo in sod., 2011

Leto ocene	Število oseb z demenco (milijoni)	Skupni stroški (milijarde € letno)	Neformalna oskrba (milijarde € letno)/ (delež vseh stroškov v %)	Direktni zdravstveni stroški (milijarde € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Direktni stroški socialne oskrbe (milijarde € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Stroški na osebo z demenco (tisoč € letno)	Vir
2008, Evropa	9*	147*	80,7*	66,3*			Hofman in sod., 1991
2008, Evropa	8,5*	139,5*	76,7*	62,8*			Ferri in sod., 2005
2008, Evropa	8,9	147	80,6	66,4			SBU, 2008
2008, Evropa	7,39*	121,4*	66,8*	54,6*			Lobo in sod., 2000
2009, Evropa	9,03	154,6	51,3		103,3	17.117–24.565	Wimo in Prince, 2010; Wimo in sod., 2010
2010, Evropa	9,95	238,64	103,6	36,28	98,76	50.680	ADI, 2010
2010, Evropa	6,3	105,16	(23 %)	16,949	88,214	16.584	Gustavsson in sod., 2011;
2010, EU-27 ⁵	6,3	105					Bon in sod., 2013
2015, Evropa	10,46	301,1	121	59,3	121	61.919	ADI, 2015
Evropa						32.507	Cantarero-Prieto in sod., 2019
2018, EU 11 ⁶			(50–90 %)			2.687–15.468 (všteta samo neformalna oskrba)	Meijer in sod., 2022
2019, Evropa	8,89	438,8	202,8 (46,2 %)	51 (11,6 %)	184,9 (4,2 %)	31.144	WHO, 2021; Wimo in sod., 2023
2022, Evropa 17 ⁷						7.938–73.712 (14.393 US\$, všteta samo neformalna oskrba)	Jönsson in sod., 2022

Opombe:

¹ EU-25: Sestava Evropske unije 1. 5. 2004: Avstrija, Belgija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska

² Evropa, evropska regija SZO: Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Finska, Francija, Grčija, Irska, Islandija, Italija, Izrael, Luksemburg, Malta, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Ruska federacija, Slovenija, Španija, Švedska, Švica, Turčija, Združeno kraljestvo

³ EU 12: Belgija, Danska, Francija, Grčija, Italija, Nemčija, Nizozemska, Romunija, Španija, Švedska, Švica, Združeno kraljestvo

⁴ EU-15: Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska, Portugalska, Španija, Švedska, Združeno kraljestvo

⁵ EU-27: Avstrija, Belgija, Bolgarija, Hrvaška, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska

⁶ EU 11: Avstrija, Belgija, Češka, Danska, Estonija, Francija, Italija, Nemčija, Slovenija, Španija, Švedska

⁷ Evropa 17: Avstrija, Belgija, britansko otočje (Združeno kraljestvo, Škotska), Danska, Češka, Estonija, Finska, Francija, Italija, Madžarska, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Portugalska, Španija, Švedska

US\$ – ameriški dolarji*

Tabela 3: Ocenjeno število oseb z demenco (v tisočih); skupni stroški demence (v milijonih evrov letno) in glede na strukturo (vse v milijonih evrov letno): stroški neformalne oskrbe, direktni zdravstveni stroški in direktni stroški socialne oskrbe; ocenjeni skupni stroški demence na osebo (v tisočih evrov letno), podatki za Slovenijo v obdobju 2000–2024 glede na različne avtorje

Leto ocene	Ocenjeno število oseb z demenco (tisoči)	Skupni stroški (milijoni € letno)	Neformalna oskrba (milijoni € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Direktni zdravstveni stroški (milijoni € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Direktni stroški socialne oskrbe (milijoni € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Stroški na osebo z demenco (tisoči € letno)	Vir
2004	18.662	148				74	Vodušek in sod., 2008
2009	23.932	420.4–635.3	163.7–378.6*		256.6		Wimo in sod., 2010
2010	22.797	214,9	178,75	35,14		9.427	Bon in sod., 2013; Gustavsson in sod., 2011

Leto ocene	Ocenjeno število oseb z demenco (tisoči)	Skupni stroški (milijoni € letno)	Neformalna oskrba (milijoni € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Direktni zdravstveni stroški (milijoni € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Direktni stroški socialne oskrbe (milijoni € letno)/(delež vseh stroškov v %)	Stroški na osebo z demenco (tisoči € letno)	Vir
2015	34.137		265 (37,9 %)	7 (19 %)	105 (43,1 %)		Županič in sod., 2022
2018	32.198	655,8	403,6		432,4		Meijer in sod.; 2022
2019	35.369	493,6	228,3	57,3	208,3	13.956	Lovrečič in Lovrečič, 2024
Povprečje 2019–2023	37.059	546,3				14.709 (neformalna oskrba: 6.795, socialna oskrba: 6.207, stroški zdravstva: 1.707)	Lovrečič in Lovrečič, 2025

Opombe: *Diskusija

Osebe z demenco imajo bistveno višje stroške obravnave v primerjavi z osebami brez demence, pri čemer k ekonomskemu bremenu največ prispevajo profesionalna oskrba na domu in negovalni centri (Sontheimer in sod., 2021). Izsledki raziskav kažejo, da izračun stroškov demence vključuje seštevek direktnih zdravstvenih stroškov, direktnih nemedicinskih stroškov (kot sta socialna in formalna oskrba) in indirektnih stroškov (predvsem neformalna oskrba), pri čemer se stroški povečujejo s slabšanjem bolezni in se zelo razlikujejo glede na regijo, metodologijo in okolje oskrbe (Cantarero-Prieto in sod., 2019; Jönsson in sod., 2022; Sontheimer in sod., 2021; Xu in sod., 2017). Različni avtorji ocenjujejo, da največji delež (v povprečju 60 %) ekonomskega bremena predstavlja strošek neformalne oskrbe (neformalni oskrbovalci ne prejema plačila) in se povečuje z resnostjo bolezni in odvisnostjo bolnika od pomoči drugih. Stroški posledic prizadetega duševnega zdravja neformalnih oskrbovalcev niso všteti (Joling in sod., 2015; Leniz in sod. 2022; Neubert in sod., 2021; Robinson in sod., 2020).

Svetovno ekonomsko breme demence se z leti povečuje, vzporedno s povečevanjem števila oseb z demenco. Leta 2000 so bili stroški demence

ocenjeni na 280 milijard ameriških dolarjev letno (Velandia in sod., 2022). Svetovni stroški demence so leta 2015 znašali 818 milijard dolarjev, kar je 35-odstotno povečanje od leta 2010, pri čemer je 86 % stroškov nastalo v državah z visokim dohodkom (Wimo in sod., 2017). Leta 2016 so skupni stroški demence v svetu dosegali 948 milijard ameriških dolarjev letno (Xu in sod., 2017), leta 2019 pa so presegali 1300 milijard ameriških dolarjev letno (Wimo in sod., 2023). Po ocenah so leta 2019 direktni zdravstveni stroški v svetu dosegali 263 milijard ameriških dolarjev, do leta 2050 pa bodo skupni stroški demence dosegli 1600 milijard ameriških dolarjev, kar predstavlja 11 % vseh pričakovanih izdatkov za zdravje z letnim povečanjem za 4,5 % od leta 2000 do 2019 (Velandia in sod., 2022). Najvišje stroške beležijo v Evropi in Severni Ameriki (Velandia in sod., 2022; Xu in sod., 2017).

Prevalenca demence v Evropi, standardizirana na spol in starost, je 7,1 % (Bacigalupo in sod., 2018). Demenca je pogostejša pri ženskah v primerjavi z moškimi, Evropa in Severna Amerika imata višje stopnje prevalence v primerjavi z drugimi regijami sveta (Azija, Afrika in Južna Amerika) (Cao in sod., 2019). Stroški Alzheimerjeve bolezni in drugih vrst demence v Evropi so znatni in se povečujejo z napredovanjem bolezni. Metodološke razlike raziskav otežujejo primerjavo med državami in zdravstvenimi sistemi, zato bi bilo smiselno standardizirati metode za ocenjevanje in vrednotenje neformalne oskrbe. Za analizo stroškov oskrbe in napovedovanje vpliva terapevtskih posegov so potrebne informacije o porabi virov na ravni bolnika. Za podporo prihodnjim ekonomskim ocenam stroškov demenc je potrebnih več podatkov (Jönsson in Wimo, 2012). Neformalna oskrba predstavlja tri četrtine vseh stroškov za ljudi z blago do zmerno demenco v Veliki Britaniji, stroški pa se razlikujejo glede na podtip demence, status oskrbovalca in bivalno ureditev (Henderson in sod., 2019). Boljše sodelovanje bolnikov pri zdravljenju z zdravili ali vzdrževalno zdravljenje z zdravili proti demenci (zaviralci holinesteraze in memantin) pri bolnikih z novo diagnosticirano demenco vodi do zmanjšanja skupnih stroškov zdravstvene oskrbe (Oh in sod., 2019). Primerjalne analize stroškov oskrbe bolnikov z demenco v evropskih državah kažejo, da se stroški med evropskimi državami zelo razlikujejo, pri čemer neformalna oskrba in institucionalizacija predstavljata največje deleže skupnih stroškov, ki se povečujejo z napredovanjem bolezni, prehodi med oskrbami in komorbidnostmi (Herron in sod., 2024; Neubert in sod., 2021; Rapp in sod., 2017). Izsledki raziskav kažejo, da se stroški oskrbe bolnikov z demenco razlikujejo glede na regijo in nanje vplivajo dejavniki, kot so podtip demence, resnost bolezni, okolje oskrbe (dom, socialnovarstveni zavod oz. dom za ostarele, bolnišnica) in ravnesje med formalno in neformalno oskrbo, pri čemer neformalna oskrba pogosto predstavlja najvišji delež skupnih stroškov; višji stroški so običajni pri

napredovanju bolezni in hospitalizacijah (Henderson in sod., 2019; Oh in sod., 2019). Mesečni stroški demence v Španiji so visoki (1.413 evrov), pri čemer 88 % stroškov bolezni krije bolnikova družina, kar za te družine predstavlja veliko finančno breme (Coduras in sod., 2010). Bolniki z demenco v starosti 85 let in več se v Nemčiji soočajo z 2,5-krat višjimi stroški zdravstvenega varstva v primerjavi s tistimi brez demence, pri čemer neformalna oskrba predstavlja najvišji strošek (Neubert in sod., 2021). V Franciji napredovanje Alzheimerjeve bolezni vodi do večje porabe virov in stroškov, pri čemer neformalna oskrba predstavlja največji delež skupnih stroškov, kognitivni upad pa znatno povečuje stroške (Rapp in sod., 2017). V Združenem kraljestvu se neformalni oskrbovalci oseb z demenco soočajo s krizo življenjskih stroškov, kar vodi v težke odločitve in tesnobo (Herron in sod., 2024).

Kljub heterogenosti pregledanih raziskav (v primerih evropske regije so bile v različnih raziskavah vključene različne skupine držav: EU-25, EU-27, evropska regija SZO; struktura stroškov demence je bila omejena na posamezne primere) je bila razlika minimalna in rezultati raziskav primerljivi. Stroški demence v Evropi z leti naraščajo vzporedno z naraščanjem števila oseb z demenco. Leta 2004 je bilo v Evropi manj kot 5 milijonov oseb z demenco, stroški pa so znašali več kot 55 milijard evrov letno (Andlin-Sobocki in sod., 2005), do leta 2019 so dosegli 439 milijard evrov letno (WHO, 2021; Wimo in sod., 2023). Ekonomsko breme demence za družine se zelo razlikuje od države do države, pri čemer stroški neformalne oskrbe predstavljajo največji delež stroškov, kar je velik izziv za politične odločevalce (Meijer in sod., 2022). Stroški oskrbe bolnikov z demenco so v evropskih državah visoki, pri čemer je neformalna oskrba višja v južni Evropi v primerjavi z zahodno in severno. Povprečni letni stroški oskrbe na bolnika so bili ocenjeni na 7.820 evrov, od tega je bilo 54 % stroškov neformalne oskrbe, 16 % direktnih zdravstvenih stroškov in 30 % stroškov oskrbe v skupnosti (Gustavsson in sod., 2010).

Demenca je leta 2007 predstavljala znatno gospodarsko breme za evropske zdravstvene in socialne sisteme, saj je bila za območje EU-15 ocenjena na 189 milijard ameriških dolarjev, pri čemer je 68 % vseh stroškov predstavljala neformalna oskrba, 26 % pa socialna (Luengo-Fernandez, 2011). Jönsson in Wimo (2012) sta v pregledu literature proučila stroške demence za nordijsko regijo (4 raziskave), Združeno kraljestvo (3 raziskave), Španijo (3 raziskave), Francijo (2 raziskavi), Italijo (2 raziskavi), Belgijo (1 raziskava) in Nemčijo (1 raziskava) in ocenila povprečne letne stroške za Evropo za leto 2005, ki so znašali v povprečju 28.000 evrov (razpon 6.614–64.426 evrov) na osebo letno. Stroški demence v Evropi so najvišji na britanskem otočju (73.712 evrov), sledijo jim nordijske države (43.767 evrov), južna Evropa (35.866 evrov), zahodna Evropa (38.249

evrov) ter vzhodna Evropa in baltske države (7.938 evrov) (Jönsson in sod., 2022). Letni stroški demence na osebo v Evropi so se leta 2022 gibali od približno 7.000 do več kot 73.000 evrov, odvisno od države in okolja oskrbe, pri čemer je neformalna oskrba predstavljala največji delež stroškov, skupni nacionalni stroški so dosegali več sto milijard evrov in se povečujejo z napredovanjem bolezni (Jönsson in sod., 2022). Demenca predstavlja visoko ekonomsko breme. Ocenjeni skupni letni stroški na osebo z demenco v Evropi znašajo v povprečju 32.507 evrov, medtem ko v ZDA 42.899 evrov. Pri razlikah je smiselno upoštevati vrsto stroškov in napredovanje bolezni, saj se z napredovanjem bolezni stroški višajo (Cantarero-Prieto in sod., 2019; Jönsson in sod., 2022; Sontheimer in sod., 2021; Xu in sod., 2017). Do leta 2050 naj bi skupno povprečno breme stroškov v Evropi doseglo 357 milijard evrov letno ali skoraj dvakrat več kot leta 2010, kar bo zahtevalo enotno evropsko strategijo in razvoj enotnega strateškega načrta za obvladovanje demence (Maresová in sod., 2016).

V Sloveniji, tako kot v svetu in v Evropi, stroški demence z leti naraščajo, vzporedno z naraščanjem števila oseb z demenco. Leta 2004 je bilo po ocenah 19.000 oseb z demenco, stroški pa so znašali 148 milijonov evrov (Vodušek in sod., 2008), leta 2019 pa je bilo oseb z demenco 37.000, stroški pa so dosegli 546 milijonov evrov (Lovrečič in Lovrečič, 2025). Pregledana literatura dosledno poroča o znatnem in naraščajočem ekonomskem bremenu demence v Sloveniji, pri čemer so kot glavni dejavniki opredeljeni neformalni stroški in stroški socialne oskrbe. Wimo in sodelavci (2010) so ocenili skupne stroške demence v Sloveniji za leto 2009 na 635,3 milijona ameriških dolarjev. Bon in sodelavci (2010) so za leto 2010 v sklopu ocene ekonomskih stroškov za vse možganske bolezni ocenili skupne stroške demence na 215 milijonov evrov; direktni zdravstveni stroški so znašali 35 milijonov evrov, direktni nezdravstveni stroški pa 179 milijonov evrov. Županič in sodelavci (2022) so za leto 2015 ocenili največji delež stroškov, in sicer 43,1 % ali 105 milijonov evrov na račun socialnega sektorja, stroški neformalne oskrbe in pomoči na domu so znašali 265 milijonov evrov oz. 37,9 % stroškov demence, 7 milijonov evrov ali 19 % stroškov demence pa so predstavljali stroški diagnostike. Meijer in sodelavci (2022) so za leto 2018 ocenili skupne stroške demence za Slovenijo na 655,8 milijona evrov.

Stroški demence v vseh primerih z leti naraščajo vzporedno z demografskimi spremembami, ki vodijo v podaljševanje življenjske dobe prebivalstva, s starostjo namreč narašča tveganje za demenco, kar se odraža v povečanem številu oseb z demenco (Jönsson in sod., 2023; Wimo in sod., 2023).

5 ZAKLJUČEK

V prihodnje lahko utemeljeno pričakujemo, da bodo stroški demence naraščali. Zaradi demografskih sprememb v svetu se ob podaljševanju življenjske dobe povečuje tudi delež starejših od 65 let, z naraščanjem starosti pa se povečuje tveganje za demenco. Ocene skupnih stroškov demence so zahtevne in pogosto podcenjene, saj je le polovica oseb z demenco diagnosticiranih, stroški zdravstva predstavljajo najmanjši delež v strukturi stroškov. Stroški ne vključujejo ekonomskih posledic poslabšanega duševnega zdravja neformalnih oskrbovalcev. Stroški neformalne oskrbe predstavljajo največji delež vseh stroškov demence, neformalno oskrbo najpogosteje opravljajo svojci osebe z demenco, za tako oskrbo ni predvidenih finančnih povračil, tako osebe z demenco in njihovi svojci nosijo največje breme stroškov demence. Stroški neformalne oskrbe naraščajo z napredovanjem bolezni in večjo odvisnostjo od pomoči drugih, kar vpliva na kvaliteto življenja in dobrega počutja tudi neformalnih oskrbovalcev oseb z demenco (Joling in sod., 2015; Leniz in sod., 2022; Neubert in sod.; 2021; Robinson in sod., 2020).

Literatura

- Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2021; 17(3): 327–406.
- Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement.* 2023; 19(4): 1598–1695.
- Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.* London: Alzheimer's Disease International; 2015.
- Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2010: The global economic impact of dementia.* London: Alzheimer's Disease International; 2010.
- Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol.* 2005; 12 Suppl 1: 1–27.
- Bacigalupo I, Mayer F, Lacorte E, Di Pucchio A, Marzolini F, Canevelli M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Dementia in Europe: Estimates from the Highest-Quality Studies Adopting the DSM IV Diagnostic Criteria. *J Alzheimers Dis.* 2018; 66(4): 1471–1481.
- Bon J, Koritnik B, Bresjanac M, Repovš G, Pregelj P, Dobnik B, et al. Cost of disorders of the brain in Slovenia in 2010. *ZdravVestn.* 2013; 82(3): 164–75.
- Cao Q, Tan CC, Xu W, Hu H. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis.* 2020; 73(3): 1157–1166.
- Cantarero-Prieto D, Leon PL, Blazquez-Fernandez C, Juan PS, Cobo CS. The economic cost of dementia: A systematic review. *Dementia (London).* 2020; 19(8): 2637–2657.
- Coduras A, Rabasa I, Frank-Garcia A, Bermejo-Pareja F. Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study. *J Alzheimers Dis.* 2010; 19(2): 601–615.

- Chandler JM, Ye W, Mi X, Doty EG, Johnston JA. Potential Impact of Slowing Disease Progression in Early Symptomatic Alzheimer's Disease on Patient Quality of Life, Caregiver Time, and Total Societal Costs: Estimates Based on Findings from GERAS-US Study. *J Alzheimers Dis.* 2024; 100(2): 563–578.
- Delineau VMEB, Ferreira AR, Passos L, Fernandes L. The Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia on Individual's Autonomy: a Scoping Review. *Arch Clin Neuropsychol.* 2025; 40(3): 351–362.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet.* 2005; 366(9503): 2112–2117.
- Gustavsson A, Jonsson L, Rapp T, E Reynish, P J Ousset, S Andrieu, et al. Differences in resource use and costs of dementia care between European countries: baseline data from the ICTUS study. *J Nutr Health Aging.* 2010; 14(8): 648–654.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 [published correction appears in *Eur Neuropsychopharmacol.* 2012; 22(3): 237–238]. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21(10): 718–779.
- Herron D, Kyte L, Clewes L. The experiences of unpaid carers of people living with dementia during the cost-of-living crisis: A reflexive thematic analysis. *Dementia (London).* 2024; Oct 27: 14713012241296188.
- Henderson C, Knapp M, Nelis SM, Quinn C, Martyr A, Wu Y, et al. Use and costs of services and unpaid care for people with mild-to-moderate dementia: Baseline results from the IDEAL cohort study. *Alzheimers Dement (N Y).* 2019; 5: 685–696.
- Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR, et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol.* 1991; 20(3): 736–748.
- Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary costs of dementia in the United States. *N Engl J Med.* 2013; 368(14): 1326–1334.
- Joling KJ, Schöpe J, van Hout HP, van Marwijk HW, van der Horst HE, Bosmans JE. Predictors of Societal Costs in Dementia Patients and Their Informal Caregivers: A Two-Year Prospective Cohort Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2015; 23(11): 1193–1203.
- Jönsson L, Wimo A. The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological considerations. *Pharmacoeconomics.* 2009; 27(5): 391–403.
- Jönsson L, Tate A, Frisell O, Wimo A. The Costs of Dementia in Europe: An Updated Review and Meta-analysis. *Pharmacoeconomics.* 2022; 41(1): 59–75.
- Kenne Malaha A, Thébaut C, Achille D, Preux PM, Guerchet M. Costs of Dementia in Low- And Middle-Income Countries: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis.* 2023; 91(1): 115–128.
- Lastuka A, Bliss E, Breshock MR, Iannucci VC. Societal Costs of Dementia: 204 Countries, 2000-2019. *J Alzheimers Dis.* 2024; 101(1): 277–292.
- Leniz J, Evans CJ, Yi D, Bone AE, Higginson IJ, Sleeman KE. Formal and Informal Costs of Care for People With Dementia Who Experience a Transition to Hospital at the End of Life: A Secondary Data Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2022; 23(12): 2015–2022.e5.
- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology.* 2000; 54(11 Suppl 5): S4–S9.

- Lovrečič M, Lovrečič B. Ocena ekonomskih stroškov demence v Sloveniji. V: Šprajc P, Maletič D, Petrovič N, Podbregar I, Škraba A, Tomić D, et al., ur. 43th International Conference on Organizational Science Development: Green and Digital Transition: Challenge or Opportunity. 43. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: Zeleni in digitalni prehod – izziv ali priložnost. Maribor: University of Maribor, University Press; 2024: 537–551.
- Lovrečič M, Lovrečič B. Povprečno ekonomsko breme demence v Sloveniji in na osebo v obdobju 2019–2023. V: Šprajc P, Maletič D, Petrovič N, Podbregar I, Škraba A, Tomić D, et al., ur. 44th International Conference on Organizational Science Development: human being, artificial intelligence and organization: conference proceedings. 44. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: človek, umetna inteligenca in organizacija. Maribor: University of Maribor, University Press, 2025: 529–539.
- Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray AM. Cost of dementia in the pre-enlargement countries of the European Union. *J Alzheimers Dis.* 2011; 27(1): 187–196.
- Maresova P, Klimova B, Novotny M, Kuca K. Alzheimer's and Parkinson's Diseases: Expected Economic Impact on Europe-A Call for a Uniform European Strategy. *J Alzheimers Dis.* 2016; 54(3): 1123–1133.
- Martyr A, Nelis SM, Quinn C, Wu YT, Lamont R, Henderson C, et al. Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia [published correction appears in *Psychol Med.* 2021; 51(9): 1590]. *Psychol Med.* 2018; 48(13): 2130–2139.
- Mattap SM, Mohan D, McGrattan AM, Allotey P, Stephan BC, Reidpath DD, et al. The economic burden of dementia in low- and middle-income countries (LMICs): a systematic review. *BMJ Glob Health.* 2022; 7(4): e007409.
- Meijer E, Casanova M, Kim H, Llana-Nozal A, Lee J. Economic costs of dementia in 11 countries in Europe: Estimates from nationally representative cohorts of a panel study. *Lancet Reg Health Eur.* 2022; 20: 100445.
- Neubert L, König H-H, Löbner M, Lupp M, Pentzek M, Fuchs A, et al. Excess Costs of Dementia in Old Age (85+) in Germany: Results from the AgeCoDe-AgeQualiDe Study. *J Econ Ageing.* 2021; 20: 100346.
- Oh ST, Han KT, Choi WJ, Park J. Effect of drug compliance on health care costs in newly-diagnosed dementia: Analysis of nationwide population-based data. *J Psychiatr Res.* 2019; 118: 31–37.
- Prince MJ, Wimo A, Guerchet MM, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015 – The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
- Rafferty LA, Cawkill PE, Stevelink SAM, Greenberg K, Greenberg N. Dementia, post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: a review of the mental health risk factors for dementia in the military veteran population. *Psychol Med.* 2018; 48(9): 1400–1409.
- Rapp T, Andrieu S, Chartier F, Deberdt W, Reed C, Belger M, et al. Resource Use and Cost of Alzheimer's Disease in France: 18-Month Results from the GERAS Observational Study. *Value Health.* 2018; 21(3): 295–303.
- Richmond-Rakerd LS, D'Souza S, Milne BJ, Caspi A, Moffitt TE. Longitudinal Associations of Mental Disorders With Dementia: 30-Year Analysis of 1.7 Million New Zealand Citizens. *JAMA Psychiatry.* 2022; 79(4): 333–340.

- Robinson RL, Rentz DM, Andrews JS, Zagar A, Kim Y, Bruemmer V, et al. Costs of Early Stage Alzheimer's Disease in the United States: Cross-Sectional Analysis of a Prospective Cohort Study (GERAS-US)1. *J Alzheimers Dis.* 2020; 75(2): 437–450.
- Sörensen S, Duberstein P, Gill D, Pinquart M. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurol.* 2006; 5(11): 961–973.
- Sontheimer N, Konnopka A, König HH. The Excess Costs of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis.* 2021; 83(1): 333–354.
- Sun J, Han JJ, Chen W. Exploring the relationship among Alzheimer's disease, aging and cognitive scores through neuroimaging-based approach. *Sci Rep.* 2024; 14(1): 27472.
- Swedish Council on Health Technology Assessment. Dementia – Caring, Ethics, Ethnical and Economical Aspects: A Systematic Review. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2008.
- Takizawa C, Thompson PL, van Walsem A, Faure C, Maier WC. Epidemiological and economic burden of Alzheimer's disease: a systematic literature review of data across Europe and the United States of America. *J Alzheimers Dis.* 2015; 43(4): 1271–1284.
- Velandia PP, Miller-Petrie MK, Chen C, Chakrabarti S, Chapin A, Hay SI, et al. Global and regional spending on dementia care from 2000-2019 and expected future health spending scenarios from 2020-2050: An economic modelling exercise. *EClinicalMedicine.* 2022; 45: 101337.
- Vodušek BD, Kos M, Dolenc V, Tomori M, Neubauer D, Sobocki P. Cost of disorders of the brain in Slovenia. *ZdravVestn;* 2008; 77(SUPPII).
- Wang S, Molassiotis A, Guo C, Leung ISH, Leung AYM. Association between social integration and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc.* 2023; 71(2): 632–645.
- WHO. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YZ, Prina AM, Winblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimers Dement.* 2017; 13(1): 1–7.
- Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B; Alzheimer Disease International. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement.* 2013; 9(1): 1–11.e3.
- Wimo A, Jönsson L, Gustavsson A, McDaid D, Ersek K, Georges J, et al. The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011; 26(8): 825–832.
- Wimo, A., Prince, M. World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2010.
- Wimo A, Seeher K, Cataldi R, Cyhlarova E, Dielemann J L, Frisell O, et al. The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimers Dement.* 2023; 19(7): 2865–2873.
- Wimo A, Winblad B, Jönsson L. An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimers Dement.* 2007; 3(2): 81–91.
- Wimo A, Winblad B, Jönsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers Dement.* 2010; 6(2): 98–103.
- Xu J, Zhang Y, Qiu C, Cheng F. Global and regional economic costs of dementia: a systematic review. *The Lancet* 2017; 390: S47.
- Zhang W, Wang X, Lü Y, Yu W. Relations of neuropsychiatric symptoms with disease stage, sex, and daily function in mild cognitive impairment and dementia due to Alzheimer's disease: A cross-sectional study. *J Psychosom Res.* 2022; 161: 110994.

Zhao Q, Xiang H, Cai Y, Meng SS, Zhang Y, Qiu P. Systematic evaluation of the associations between mental disorders and dementia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *J Affect Disord.* 2022; 307: 301–309.

Županič E, Wimo A, Winblad B, Kramberger MG. Cost of Diagnosing and Treating Cognitive Complaints: One-year Cost-evaluation Study in a Patient Cohort from a Slovenian Memory Clinic. *Zdravstveno varstvo.* 2022; 61(2), 76–84.



www.omra.si



www.omra.si

 **omra**



ZRC SAZU



 **PROJEKT
CLOVEK**
Skupaj na poti za Človeka