

Univerza v Ljubljani  
Fakulteta za socialno delo

Tina Mijatović

PSIHOLOGIZACIJA IN SOMATIZACIJA DUŠEVNIH  
STISK V SLOVENIJI

Diplomsko delo

Ljubljana, 2018



Univerza v Ljubljani  
Fakulteta za socialno delo

Tina Mijatović

PSIHOLOGIZACIJA IN SOMATIZACIJA DUŠEVNIH  
STISK V SLOVENIJI

Diplomsko delo

Mentorica: Liljana Rihter

Ljubljana, 2018



*Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Liljani Rihter za vso podporo, strokovno pomoč in odzivnost pri nastajanju mojega diplomskega dela.  
Posebna zahvala gre tudi staršem in vsem, ki so me tekom študija tako ali drugače podpirali.*



## PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

**Ime in priimek:** Tina Mijatović

**Naslov naloge:** Psihologizacija in somatizacija duševnih stisk v Sloveniji

**Kraj:** Ljubljana

**Leto:** 2018

**Št. strani:** 71

**Št. prilog:** 2

**Mentorica:** Doc. dr. Liljana Rihter

**Ključne besede:** duševno zdravje, duševne motnje, duševne stiske, psihologizacija, somatizacija, oblike pomoči

**Povzetek:** V prvem delu svojega diplomskega dela skozi teoretična spoznanja, zakonodajo in obstoječo dokumentacijo na področju Republike Slovenije in Evropske unije predstavljam značilnosti in klasifikacijo duševnih motenj ter značilnosti duševnega zdravja in javnega duševnega zdravja, pri čemer izpostavim določene javnozdravstvene probleme na našem področju – predvsem gre za visoko stopnjo alkoholizma, samomorilnosti in težave na delovnem mestu. Navezujem jih na koncept somatizacije, v primerjavi s konceptom psihologizacije. Predstavim tudi stroke in institucije, ki so vpete v sistem pomoči, in pa predvidene smernice, h katerim se nagibamo v prihodnosti.

V drugem delu diplomskega dela predstavim ugotovitve kvantitativne raziskave, ki sem jo izvedla na neslučajnostnem, in sicer priročnem vzorcu 300 oseb. Rezultati kažejo, da se Slovenci s stiskami na različnih življenjskih področjih pogosteje soočajo sami kot s strokovno pomočjo. Kljub temu, da naj bi bila za nas značilna somatizacija in medicinski vidik dojemanja duševnega zdravja, je oblika strokovne pomoči, na katero se ljudje najpogosteje obračajo (pred obiskom osebnega zdravnika ali psihiatra), psihoterapija, kar je najbrž še dodaten dokaz, da nujno potrebujemo normativno ureditev psihoterapevtske dejavnosti in financiranja psihoterapevtskih storitev, da bodo le te bolj dostopne širši javnosti. Kar 60 odstotkov ljudi je že bilo v situaciji, da bi strokovno pomoč potrebovali, pa se zanj niso odločili – prevladujoči razlogi za to so občutek, da zmorejo sami, sram, zadostna podpora bližnjih ter finančna sredstva. Sicer so s svojim življenjem zadovoljni nekoliko bolj kot z duševnim zdravjem. Iz pridobljenih rezultatov izhajajo tudi nekaj predlogov, ki se v veliki meri skladajo tudi s prednostnimi področji nedavno sprejete Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028.





**Title:** Psychologization and Somatization of Emotional Distress in Slovenia

**Keywords:** Mental Health, Emotional Distress, Mental Disorder, Psychologization, Somatization, Treatment options

**Summary:** In the first part of my bachelor's thesis, I present the characteristics and classification of mental disorders, characteristics of mental health and public mental health through theoretical findings, legislation, and the existing documentation in the area of the Republic of Slovenia and the European Union. In the process, I point out certain public medical issues in our area – these are above all high rate of alcoholism and suicidality, and problems at the workplace. I connect all these with the concept of somatization in comparison with the concept of psychologization. I also present the professions and institutions which are a part of the system of the assistance, and, mostly, the estimated directions toward which we will lean in future.

In the second part of the bachelor's thesis, I present the findings of the quantitative research which I performed. The results show that Slovenians prefer to cope with distress in various fields of life more often alone rather than by the assistance of professional help. Although somatization and medical perspective of understanding mental health should be characteristic for the Slovenians, the most frequent form of professional assistance (in front of visiting personal physician or a psychiatrist) is psychotherapy, which is probably an additional proof that we urgently need normative regulation of psychotherapeutic activity and financing psychotherapeutic services in order for them to be more available to broader public. As much as 60 percent of the people were already in the situation to urgently need professional help. However, they did not choose it. The prevailing reasons for that was a feeling that they can cope with them alone, a feeling of shame, sufficient support of their close ones, and financial resources. Slovenians are a bit more satisfied with their lives than with their mental health. Some proposals are derived on the basis of the acquired results which are consistent to great extent also with the focus area of the recently adopted Resolution on the National Mental Health Programme 2018-2028.



# KAZALO

1	UVOD (PREGLED PROBLEMATIKE).....	1
1.1	Duševno zdravje .....	1
1.1.1	Duševne motnje .....	2
1.2	Javno duševno zdravje .....	7
1.2.1	Javno duševno zdravje v Sloveniji .....	10
1.3	Psihologizacija in somatizacija duševnih stisk .....	12
1.4	Vloga različnih strok pri zagotavljanju duševnega zdravja .....	18
1.4.1	Socialno delo .....	19
1.4.2	Psihologija .....	22
1.4.3	Psihoterapija .....	23
1.4.4	Psihiatrija .....	24
1.5	Vloga nevladnih organizacij in skupnostne obravnave pri zagotavljanju duševnega zdravja.....	25
1.5.1	Nevladne organizacije .....	25
1.5.2	Skupnostna obravnava – prihodnost duševnega zdravja .....	26
2	PROBLEM.....	28
2.1	Raziskovalna vprašanja in hipoteze .....	28
2.2	Oprelitev pojmov .....	29
3	METODOLOGIJA.....	30
3.1	Vrsta raziskave, model raziskave in spremenljivke.....	30
3.2	Raziskovalni instrument in viri podatkov .....	33
3.3	Populacija in vzorčenje .....	34
3.4	Zbiranje podatkov .....	34
3.5	Obdelava in analiza podatkov .....	34
4	REZULTATI.....	35
5	RAZPRAVA IN SKLEPI .....	52
5.1	Razprava .....	52
5.2	Sklepi .....	55
6	PREDLOGI.....	57
7	VIRI IN LITERATURA .....	59
8	PRILOGE.....	65
8.1	Vprašalnik.....	65
8.2	Izračuni hi-kvadrat.....	69



## KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Kontinuum duševnega zdravja .....	3
Tabela 1.2: Število pomagajočih poklicev s področja duševnega zdravja na 100.000 prebivalcev v posameznih državah.....	16
Tabela 1.3: Stopnja samomora na 100.000 prebivalcev v letu 2015 po posameznih državah .....	16
Tabela 4.1: Najvišja dosežena stopnja izobrazbe .....	36
Tabela 4.2: Trenutni zaposlitveni status .....	37
Tabela 4.3: Težave ob doživljanju stisk glede na spol .....	40
Tabela 4.4: Vrste strokovne pomoči, za katere se ljudje odločajo - odgovori glede na spol .....	44
Tabela 4.5: Odločanje za strokovno pomoč, glede na najvišjo doseženo formalno izobrazbo .....	45
Tabela 4.6: Zadovoljstvo z duševnim zdravjem – povprečja odgovorov glede na najvišjo doseženo formalno izobrazbo .....	49
Tabela 4.7: Zadovoljstvo z duševnim zdravjem – povprečja odgovorov glede na trenutni zaposlitveni status.....	50
Tabela 4.8: Zadovoljstvo z duševnim zdravjem – povprečja odgovorov glede na spol.....	51

## KAZALO GRAFOV

Graf 4.1: Spol anketirancev.....	35
Graf 4.2: Pogostost doživljanja stisk na različnih področjih.....	38
Graf 4.3: Težave ob doživljanju stisk.....	39
Graf 4.4: Pogostost dejavnosti, ki jih ljudje počnejo ob doživljanju stisk.....	42
Graf 4.5: Konstruktivnost soočanja s stiskami.....	42
Graf 4.6: Obračanje na strokovno pomoč .....	43
Graf 4.7: Vrste strokovne pomoči, za katere se ljudje odločajo .....	44
Graf 4.8: Zadovoljstvo s strokovno pomočjo.....	46
Graf 4.9: Potreba za strokovno pomočjo.....	46
Graf 4.10: Razlogi neodločanja za strokovno pomoč .....	47
Graf 4.11: Omejevanje dejavnosti zaradi duševnih težav .....	48
Graf 4.12: Zadovoljstvo z duševnim in telesnim zdravjem ter življenjem nasplošno .....	48

# 1 UVOD (PREGLED PROBLEMATIKE)

## 1.1 Duševno zdravje

*»Ni zdravja brez duševnega zdravja.«*

(Ministrstvo za zdravje, 2018)

Tako na Ministrstvu za zdravje (2018) opredeljujejo pomen duševnega zdravja in pri tem povzemajo Svetovno zdravstveno organizacijo, ki je duševno zdravje opredelila kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost«. Duševno zdravje naj bi po tej definiciji posamezniku omogočalo udeleževanje njegovih umskih in čustvenih zmožnosti, omogočalo pa naj bi mu tudi, da izpolni svojo vlogo tako v poklicnem kot tudi v družbenem in zasebnem življenju.

Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje (EU konferenca na visoki ravni, 2008) navaja, da je duševno zdravje ena izmed človekovih pravic, ki jo je potrebno zagotavljati in spodbujati znotraj vseh starostnih skupin, spolov, etničnih in socialnoekonomskih skupin, prav tako pa je potrebno na področju duševnega zdravja zbirati podatke, raziskovati in izboljšati znanje ter ozaveščenost ljudi.

Temeljni dokument Republike Slovenije na področju duševnega zdravja je Zakon o duševnem zdravju (ZDZDr, 2008) in njegovi podzakonski predpisi.

Po Zakonu o duševnem zdravju (2008) je duševno zdravje opredeljeno kot stanje posameznika oziroma posameznice, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja.

Poleg ZDZDr (2008) je temeljni dokument na področju duševnega zdravja tudi resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, imenovana tudi NPDZ, ki praviloma vsebuje načrt za promocijo in varovanje duševnega zdravja za obdobje petih let. V času nastajanja diplomskega dela, dne 27. marca 2018, je Državni zbor RS sprejel novo Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018), in sicer za obdobje desetih let, od 2018 do 2028.

Republika Slovenija v letošnjem letu predseduje vodilni mednarodni organizaciji za varovanje človekovih pravic, in sicer gre za Svet združenih narodov za človekove pravice. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (2018) v tem kontekstu obljublja, da bomo z njenim sprejetjem v letošnjem letu izboljšali varovanje človekovih

pravic, predvsem bolj ranljivih skupin, kamor sodijo tudi osebe s težavami v duševnem zdravju.

Resolucija je usklajena z drugimi pomembnimi dokumenti na področju Republike Slovenije, kot so Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 Skupaj za družbo zdravja, Strategijo razvoja Slovenije 2030, Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva 2013-2020, Družinskim zakonikom in drugimi, upošteva pa tudi vse mednarodne dokumente s področja duševnega zdravja, ki so jih pripravili Svetovna zdravstvena organizacija, Svet Evrope in EU, zlasti Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, ki je bil sprejet v času slovenskega predsedovanja Svetu EU junija 2008 v Bruslju. Dokumente, katerim sledimo in z njihovo pomočjo določamo strategije na področju duševnega zdravja, omenja že predhodno sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014-2018 (2014), in sicer gre za:

- Deklaracija in Akcijski načrt za področje duševnega zdravja v Evropi sprejet na Evropski ministrski konferenci SZO v Helsinkih, l. 2005
- Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva – Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, Evropska komisija, l. 2005
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, l. 2008
- Resolucija za duševno zdravje, Evropski parlament, l. 2009
- Evropski akcijski načrt za duševno zdravje 2013-2020, SZO

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (2018) pa k temu seznamu dodaja še naslednje dokumente:

- Celovit akcijski načrt za duševno zdravje 2013-2020, SZO
- Evropski okvirni načrt za področje duševnega zdravja in dobrega počutja 2013
- Konvencija ZN o pravicah invalidov
- Konvencija ZN o pravicah otrok
- Agenda Združenih narodov za trajnostni razvoj do leta 2030

### **1.1.1 Duševne motnje**

Duševno zdravje predstavlja širok koncept, ki vključuje tako pozitivno kot negativno dimenzijo duševnega zdravja. Ti dve dimenziji sta med drugim predstavljeni tudi na kontinuumu duševnega zdravja. (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Rošker, 2009; Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011; Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2014)



**Tabela 1.1: Kontinuum duševnega zdravja**

KONTINUUM DUŠEVNEGA ZDRAVJA			
DUŠEVNO ZDRAVJE	TEŽAVE Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM	DUŠEVNE MOTNJE	HUDE DUŠEVNE MOTNJE
dober odnos do sebe	težave pri spoprijemanju s problemi	anksioznost	moten stik z resničnostjo
dobri odnosi z drugimi	težave s samopodobo	stresne motnje	vedenje pod vplivom psihopatoloških doživetij
uspešno spoprijemanje z izzivi v vsakdanjem življenju itd.	škodljivo pitje alkohola	depresija	nezmožnost skrbeti za osnovne življenjske potrebe
	težave s spanjem	bipolarne motnje	
	itd.	itd.	itd.

vir: Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2011, str. 5

*Duševno zdravje* na kontinuumu pomeni, da vzpostavljamo in vzdržujemo dobre odnose tako do drugih kot tudi do sebe, se uspešno spoprijemamo z izzivi v vsakodnevem življenju, smo zmožni uspešnega šolanja ali pridobitnega dela in tako naprej.

*Težave z duševnim zdravjem* še ne predstavljajo duševnih motenj, so pa lahko dejavnik tveganja za njihov razvoj. So tudi pokazatelj določenih težav - predvsem gre za škodljivo pitje alkohola, težave pri spoprijemanju z vsakodnevnimi problemi, težave s samopodobo, šolsko neuspešnost, težave s spanjem itd.

*Duševne motnje* na kontinuumu delimo na dve kategoriji, in sicer gre za:

- Duševne motnje, ki pestijo aktivno populacijo in so v izjemnem porastu, zanje poznamo preventivne ukrepe in jih uspešno zdravimo. Sem spadajo stresne motnje, anksiozne motnje, unipolarna depresija, bipolarna motnja razpoloženja, odvisnost od psihoaktivnih snovi, itd. Z njimi se bom podrobneje ukvarjala v nadaljevanju diplomskega dela.
- Hude duševne motnje, ki so dolgotrajnejše oziroma kronične. Pomenijo resne težave z odnosi, samopodobo, uravnavanjem čustev, spoprijemanjem z vsakodnevnimi izzivi in stresnimi situacijami ter nenazadnje celo nezmožnost skrbi zase. Sem sodijo psihotične motnje, kot je denimo shizofrenija in druge duševne, osebnostne in vedenjske motnje, ki nastanejo zaradi možganske bolezni, poškodbe in disfunkcije, denimo demenca. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2014; Marušič in Temnik, 2009)

Po Zakonu o duševnem zdravju (2008) je duševna motnja začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojetje sebe in okolja. Zakon ob tem opozarja, da se ne prilagojenost

moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe sama po sebi ne šteje za duševno motnjo.

Zaradi omenjenih simptomov duševnih motenj človek deluje slabše in posledično manj učinkovito rešuje vsakdanje težave. (Hvalič Touzery, Pivač in Smodiš, 2015)

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 2013), ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje, duševne motnje klasificira na naslednji način:

- motnje v nevrološkem razvoju (intelektualna razvojna motnja, komunikacijske motnje, motnje avtističnega spektra, motnje pozornosti, hiperaktivnosti,..)
- motnje shizofrenega spektra in druge psihotične motnje
- bipolarne motnje
- depresivne motnje
- anksiozne motnje (fobije, panični napadi)
- obsesivno kompulzivne in podobne motnje
- motnje, povezane s stresom in travmo (posttravmatska in akutna stresna motnja)
- disociativne motnje
- somatizacijske motnje
- motnje prehranjevanja (anoreksija, bulimija, kompulzivno prenejanje),
- motnje izločanja
- motnje spanja in budnosti
- spolne motnje
- motnje doživljanja spola
- motnje nadzora nad impulzi, vedenjske motnje (kleptomanija, piromanija,..)
- motnje, povezane z uživanjem psihoaktivnih snovi in odvisnostjo (motnje, povezane z uživanjem alkohola, kofeina, kanabisa, tobaka, halucinogenih snovi idr. ter motnje, povezane z drugimi odvisnostmi, kot so igre na srečo)
- nevrokognitivne motnje (demenca, amnezija, delirij,..),
- osebnostne motnje (paranoična, antisocialna osebnostna motnja, borderline, narcistična, izogibajoča, odvisnostna motnja osebnosti, obsesivno-kompulzivna osebnostna motnja),
- parafilne motnje (mazohizem, sadizem, voajerizem),
- druge duševne motnje in stanja

Večina avtorjev literature in raziskav duševnega zdravja na področju Republike Slovenije pa se pri opredelitvi motenj sklicuje na Mednarodno klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija, MKB-10 (2008), ki se pri nas uporablja za kodiranje bolezni in je objavljena tudi na spletni strani mednarodnega inštituta za javno zdravje. Za analizo duševnih motenj je po tej klasifikaciji značilna črka »F«, in sicer gre za:

- F00–F09 - Organske, vključno simptomatske, duševne motnje
- F10 - Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola
- F11-F19 (brez F13 in F17) Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja drugih psihoaktivnih snovi
- F13 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja sedativov in hipnotikov
- F17 Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja tobaka
- F20–F29 Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje
- F30 Manična epizoda
- F31 Bipolarna afektivna motnja
- F32-F33 Depresija
- F34 Trajne razpoloženske (afektivne) motnje
- F38 Druge razpoloženske (afektivne) motnje
- F39 Neopredeljena razpoloženska (afektivna) motnja
- F40+41 Anksiozne motnje
- F42 Obsesivno-kompulzivna motnja
- F43 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje
- F44 Disociativne (konverzivne) motnje
- F45 Somatoformne motnje
- F48 Druge nevrotske motnje
- F50 Motnje prehranjevanja
- F51 Neorganske motnje spanja
- F52 Spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen
- F53 Duševne in vedenjske motnje, povezane s poporodnim obdobjem, ki niso uvrščene drugje
- F54 Psihološki in vedenjski dejavniki, povezani z motnjami ali boleznimi, uvrščenimi drugje
- F60–F69 Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi

- F70–F79 Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)
- F80–F89 Motnje duševnega (psihološkega) razvoja
- F90 Hiperkinetične motnje
- F91 Motnje vedenja
- F92 Mešane motnje vedenja in čustvovanja
- F93 Čustvene motnje za katere je značilno, da se začnejo v otroštvu
- F94 Motnje socialnega funkcioniranja, ki se začnejo v otroštvu in adolescenci
- F95 Tiki
- F98 Druge vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci
- F99 Duševna motnja, ki ni opredeljena drugje

(Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009, str. 132)

Slovenski psiholog Janek Musek (2009, v Marušič in Temnik, 2009) zapisuje, da ima v tem trenutku vsak sedmi izmed nas blago duševno motnjo ter da jo bo imel vsak tretji vsaj enkrat tekom svojega življenja.

Najpogostejše na ravni Evropske unije so po zadnjih podatkih (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018) anksiozne motnje (ki zavzemajo 14 % vseh motenj) in nespečnost (7 %). S 6,9 % sledi depresija, katere pogostost pa naj bi bila še v porastu. Prisotnost depresije zaradi zmanjšanja kakovosti življenja zelo vpliva na posameznika, zaradi izgube produktivnosti pa nenazadnje tudi na celotno družbo.

Biološki simptomi depresije so pomanjkanje ali odsotnost energije, volje, življenjskega navdušenja, nezmožnost uživanja ter dnevno spreminjanje razpoloženja. Depresivna motnja je unipolarna, medtem ko gre pri bipolarni motnji za izmenjevanje depresivne in manične faze. Omenjene biološke simptome spremljajo tudi psihološki, kot so potrnost, obup, tesnoba, občutki manjvrednosti ter socialni, kot so izguba zanimanja za bližnje ter svet okoli sebe ter prej omenjena zmanjšanja učinkovitost pri delu in drugih življenjskih področjih. Študija DEPRES je pokazala, da 43 % oseb z depresijo ne poišče pomoči za svoje težave – večina tistih, ki jo poišče, pa jo poišče pri osebnem zdravniku. (Marušič in Temnik, 2009)

Tudi somatoformne bolezni, ki po podatkih Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) zavzemajo 6,3 % vseh motenj, predstavljajo velik problem, predvsem zato, ker se jih veliko ljudi sploh ne zaveda. Zanje je značilno pogosto pojavljanje telesnih simptomov, ob katerih ljudje vztrajno zahtevajo zdravniške preiskave,

a so le-te negativne, saj bolezni nimajo telesnega izvora, ampak gre za somatiziranje duševnih motenj, kot je denimo depresija ali nekonstruktivno soočanje s stresom. (Marušič in Temnik, 2009)

Podatki za Evropsko unijo kažejo, da bodo duševne bolezni do leta 2020 na drugem mestu lestvice najpogostejših bolezni, takoj za boleznimi srca in ožilja (Kamin idr., 2009) in tudi to je eden izmed razlogov, zakaj se znotraj držav vedno več pozornosti posveča tudi tej tematiki.

## **1.2 Javno duševno zdravje**

Odsotnost ali prisotnost težav v duševnem zdravju oziroma duševnih motenj je zrcalo duševnega in osebnostnega stanja posameznika, javno duševno zdravje pa je zrcalo družbe in njene razvitosti. (Musek, 2009 v Marušič in Temnik, 2009, str. 8; Kamin idr., 2009)

Zdravje ni zgolj ena izmed najpomembnejših vrednot vsakega posameznika, temveč tudi njegove ožje in širše skupnosti, vse bolj pa tudi političnih programov. Tema duševnega zdravja zato v sodobnem času predstavlja eno izmed pomembnejših javnozdravstvenih vsebin tako pri nas kot tudi drugod. Gre za stvar vseh sektorjev in politik (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009; Kamin idr., 2009; Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018), posebno pozornost pa mu posvečata zdravstvena in socialna politika (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2014).

Motnje v duševnem zdravju obremenjujejo družbene vire ter gospodarske, izobraževalne, socialne, zdravstvene, kazenske in sodne sisteme držav. Slabo duševno zdravje tako pomeni izgubo najmanj 3 do 4 odstotkov bruto domačega proizvoda (BDP), po nekaterih ocenah pa je ta stopnja še nekoliko višja. Po drugi strani slabo gospodarsko stanje v družbi vpliva na neugoden razvoj politik za duševno zdravje ter s tem na nastanek težav v duševnem zdravju in se tako torej tvori začaran krog. Korelacija med duševnim zdravjem in revščino je bila tudi dokazana (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018), a revščina ni edini dejavnik, ki vpliva na nastanek duševnih motenj.

Podatki o duševnem zdravju na nacionalni ravni se običajno zbirajo na podlagi dveh indikatorjev, to sta umrljivost in obolevnost (Kamin idr., 2009).

Tudi v raziskavi MINDFUL (Kamin in Marušič, 2006), ki je bila ena prvih tovrstnih raziskav v Sloveniji na tem področju, so ugotovili, da so podatki o umrljivosti in obolevnosti ter psihiatrični hospitalizaciji dokaj dostopni, a obstajajo glede drugih

determinant duševnega zdravja ter izvenbolnišničnih storitev velike podatkovne praznine - predvsem na področju mednarodne primerljivosti. Do danes se je to sicer nekoliko izboljšalo, saj Svetovna zdravstvena organizacija ponuja vpogled v podatke glede duševnega zdravja znotraj različnih držav, z nacionalnim programom o duševnem zdravju pa se tudi nekoliko bolj redno spremlja stanje v Sloveniji in se prizadeva za večjo promocijo in ozaveščenost ljudi.

Prej omenjena pokazatelja duševnega zdravja (umrljivost in obolevnost) ne dajeta popolne slike o stanju znotraj države, saj ne zajemata ljudi, ki sicer trpijo za duševnimi motnjami, a se iz takšnih in drugačnih razlogov ne obrnejo na strokovno pomoč. (Pez idr., 2006, v Kamin idr., 2009)

Indikatorje oziroma kazalce javnega duševnega zdravja nekoliko bolj obširno opredeljujeta Marušič in Temnik (2009), in sicer jih povezujeta s psihološkimi značilnostmi, kot so osebnostne poteze in vedenjski vzorci. Mednje sodijo:

- Samomori
- Alkoholizem in z njim povezane bolezni ter socialne in ekonomske posledice
- Uporaba prepovedanih psihotropnih substanc
- Depresija
- Zgodaj začeta psihoza
- Stres na delovnem mestu
- Ekološki dejavniki tveganja, ki vplivajo na duševno zdravje

V kontekstu samomorov navajata tudi individualne, medosebne in družbene dejavnike tveganja, a jih lahko navežemo pravzaprav na vse zgoraj navedene indikatorje.

Med *individualne* dejavnike tveganja sodijo demografske značilnosti ljudi, kot so spol, starost, zakonski stan, izobrazba in socialnoekonomski družbeni status, prisotne duševne motnje in telesne bolezni, pomembna je pa tudi osebnostna struktura. Glede na navedene dejavnike, naj bi bili bolj ogroženi ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe, nezaposleni in manj premožni ter samski, še posebej ločeni in ovdoveli. Glede na spol in starost, naj bi bile bolj ogrožene ženske in pa starejše osebe, saj jih avtorji (Kamin idr., 2009) prav tako uvrščajo med socialno bolj ogrožene oziroma marginalizirane skupine ljudi, s čimer so bolj dovzetne za nastanek duševnih težav. Glede na osebnostne lastnosti naj bi bili bolj ogroženi ljudje, ki so čustveno labilni, vzkipljivi in agresivni. (Marušič in Temnik, 2009)

Demografski podatki v interakciji z osebnostnimi lastnostmi ne vplivajo le na pojavnost težav v duševnem zdravju, temveč tudi na njihov potek in njihovo reševanje. (Pez idr., 2006, v Kamin idr., 2009)

Med *medosebne* dejavnike tveganja oziroma med varovalne dejavnike sodi socialna mreža. Predvsem pomembne so bližnje in zaupne osebe, ki ob nastopu duševnih in drugih osebnih stisk nudijo podporo, pomoč ter po potrebi usmerijo tudi k relevantnemu strokovnjaku. (Marušič in Temnik, 2009)

Med *družbene* dejavnike tveganja Marušič in Temnik (2009) uvrščata predvsem nacionalne in regionalne značilnosti. Te so povezane s kulturo danega okolja (prevladujoča religija, odnos do življenja, družine, ali gre za mokro ali suho družbo glede uživanja alkohola,..) ter z nenadnimi spremembami tega okolja (ekonomska kriza, upad zaposlenosti, negotovo zaposlovanje, migracije ljudi, izrazite spremembe zakonodaje,..). Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) k temu dodaja še današnji hiter način življenja, visoka pričakovanja do posameznika, naraščajoče socialno ekonomske neenakosti ter prikrajšanosti in osamljenost.

Vsi ti dejavniki (v kombinaciji z osebnostnimi značilnostmi) lahko potencialno vodijo v težave z duševnim zdravjem in v duševne motnje, saj na nas delujejo obremenjujoče. Pri ljudeh, ki imajo nizek občutek samoobvladovanja lastnega življenja, je ta verjetnost večja. (Kamin idr., 2009)

Pomembni dejavniki tveganja za nastanek in razvoj duševnih motenj niso zgolj spremembe okolja, temveč tudi spremembe in prelomni dogodki v poteku posameznikovega življenja, ki zahtevajo določeno stopnjo psihološkega prilagajanja: smrt bližnje osebe, izguba partnerja, izguba zaposlitve, upokojitev, rojstvo otroka, ipd. (Pez idr., 2006, v Kamin idr., 2009).

Tudi Marušič in Temnik (2009) navajata še nekatere druge dejavnike tveganja, ki so bolj individualne narave - predvsem gre za psihološke, sociološke, biološke in genetske dejavnike. Le-ti imajo potencialno negativen vpliv na duševno zdravje, a so pomembni zgolj za individualne strokovne obravnave, ne pa tudi za krojenje preventivnih ukrepov s strani države.

### 1.2.1 Javno duševno zdravje v Sloveniji

Kot najpomembnejša dokumenta na področju duševnega zdravja v Republiki Sloveniji sem v samem uvodu navedla Zakon o duševnem zdravju (2008) in Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018).

Sicer smo Slovenci Zakon o duševnem zdravju dobili relativno pozno – leta 2008, nacionalni program duševnega zdravja pa še pozneje – leta 2011. Miran Možina (2009) je v času nastajanja le-tega navedel, da ga dobivamo pet čez dvanajsto in ob tem opozoril, da je duševno zdravje Slovencev podhranjeno.

Ravno resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (2018) ponuja najbolj »posodobljen« prikaz stanja na področju duševnega zdravja v Republiki, ob tem pa velja omeniti še nekatere druge podatke in raziskave, ki so bile opravljene v zadnjem obdobju. Nekaj ugotovitev sem strnila glede na naslednja področja:

Delovno okolje:

- Duševne in vedenjske motnje so bile v obdobju 2008-2016 na tretjem mestu vzrokov bolniških odsotnosti, po trajanju pa so med daljšimi. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018)
- Podatki raziskav CINDI (v letu 2012 in 2016) o vedenjskem slogu odraslih so pokazali povečan delež odraslih, ki doživljajo vsakodnevni stres ali napetost zaradi obremenitev in slabih odnosov na delovnem mestu. Delež oseb, ki doživljajo stres/napetost zaradi obremenitev, je leta 2012 znašal 48 %, leta 2016 pa 55 %, delež oseb, ki doživljajo stres/napetost zaradi slabih odnosov, pa je leta 2012 znašal 10 %, leta 2016 pa kar 19 %. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018)

Samomorilnost:

- Po Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018), ki povzema statistične podatke iz baze umrlih Nacionalnega inštituta za javno zdravje, naj bi bili tudi po številu samomorov visoko, saj vsako leto v Republiki Sloveniji zaradi samomora umre med 400 in 450 ljudi, poskusov samomora pa je še veliko več. Po teh podatkih naj bi zaradi samomora umrlo približno štirikrat več moških kot žensk, izrazite so pa tudi regionalne razlike, saj imajo vse vzhodne regije višji samomorilni količnik od slovenskega povprečja.
- Samomor prizadene v povprečju šest ljudi, ki so bili blizu osebi, ki je samomor storila (Shneidman, 1985).



- Od leta 1999 do leta 2016 jih je zaradi samomora umrlo kar 12.038. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018)

#### Alkoholizem:

- Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Zorko idr., 2014) naj bi se Slovenija po uporabi alkohola uvrščala na peto mesto med državami članicami EU in s tem presegala tako evropsko kot tudi svetovno povprečje. NIJZ opozarja tudi na škodljive posledice alkohola, kot sta visoka umrljivost in kronične bolezni, po katerih smo, po statistiki, prav tako na samem vrhu.
- Psihiatrinja Mojca Zvezdana Dernovšek v prispevku interaktivnega medijskega portala nacionalne RTV Slovenija z naslovom *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije - velik izziv tudi za politiko* (Hacler, 2017) navaja, da je zatekanje k zlorabi alkohola eden izmed najbolj sprejetih in razumljivih načinov soočanja z vsakodnevnim stresom, kot način somatizacije stisk, vendar pa prinaša zgolj kratkoročno ugodje na račun dolgoročne škode. Poudarja tudi, da je slovenska posebnost izjemno huda stigma glede vsega, kar je povezano z delovanjem možganov.

#### Strokovna pomoč:

- Iz ugotovitev poročila Svetovne zdravstvene organizacije za Slovenijo izhaja, da je na primarni zdravstveni ravni (pre)malo strokovnjakov s področja psihiatrije in klinične psihologije, naj bi pa imeli splošni zdravniki razmeroma dovolj znanja za odkrivanje duševnih motenj in napotovanje na specialistične ravni obravnave. Ugotovljena je vrzel med obravnavo in dejanskimi potrebami, še posebej to velja za marginalizirane skupine. Omenjena je tudi slaba dostopnost do služb za duševno zdravje na vseh ravneh, majhno število ambulantnih psihiatričnih obravnav, pomanjkanje kliničnih psihologov in pedopsihiatrov. Poudarjena je tudi potreba po krajših čakalnih dobah in dostopnejših multidisciplinarnih obravnavah otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami. Področje psihoterapije v Republiki Sloveniji ni urejeno, o čemer bom govorila tudi v nadaljevanju, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) pa prizna strošek te obravnave oziroma storitve zgolj psihiatrom in kliničnim psihologom. Primanjkuje tudi slednjih – specializacija klinične psihologije pa je odvisna od interesa izvajalcev in ne sloni na dejanskih potrebah populacije. (Šprah, Novak in Dernovšek, 2011)

- Nezadostno mrežo zdravstvenih in socialnih služb na področju duševnega zdravja v Republiki Sloveniji omenja tudi »nova« Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018), omenja pa tudi neenakomerno dostopnost prebivalcev nekaterih regij do različnih virov pomoči ter različno velika tveganja za nastanek težav v duševnem zdravju glede na regije.
- Povezavo med duševnim zdravjem in (ne)dostopnostjo do pomagajočih služb omenjajo tudi drugi avtorji (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009), saj naj bi bil v krajih, kjer teh služb ni, količnik samomora večji kot drugod.

V kontekstu raziskav o duševnem zdravju v Sloveniji je pomembno omeniti tudi naslednjo, ki je bila izvedena leta 2006 v okviru raziskovalnega projekta MINDFUL (Mental health and determinants for the European level) s pomočjo Inštituta za varovanje zdravja, osredotočili pa so se na celotno populacijo polnoletnih prebivalcev RS. V njej je bilo ugotovljeno, da so hospitalizacije zaradi duševnih motenj najdaljše od vseh hospitalizacij. Leta 2006 je bila skoraj petina bolniških dni zaradi duševnih bolezni. Izmed vseh vprašanih je bilo 13,1 % takih, ki so morali v zadnjem letu omejiti dejavnosti oziroma izostati z dela zaradi problemov, povezanih z duševnim zdravjem. Med njimi je bilo več žensk (14,9 %) kot moških (11,2 %). Pomoč je v obdobju 2005-2006 zaradi težav v duševnem zdravju poiskala polovica manj ljudi, kot jih je sicer poročalo o težavah, in sicer le 6 %. Avtorji ob tem zapisujejo, da bi bilo zanimivo vedeti, kaj je storila druga polovica ljudi, ki sicer ima težave z duševnim zdravjem, a ne poišče pomoči. Zdravila je jemalo 10 % ljudi. Glede na indeks duševnega zdravja je bilo ugotovljeno, da je duševno zdravje žensk slabše od moških, saj je bil njihov indeks nižji. Indeks duševnega zdravja je nižji tudi pri ljudeh z nižjo izobrazbo, glede na zaposlitveni status pa so imeli najnižji indeks brezposelni, sledili so jim upokojeanci, nato pa kmetje in gospodinje. (Kamin idr., 2009)

### **1.3 Psihologizacija in somatizacija duševnih stisk**

Glede na prej naštete značilnosti javnega duševnega zdravja Marko Kerševan (1990) opisuje slovensko družbo kot kombinacijo tradicionalne zaprtosti in modernega individualizma. Po njegovih besedah gre na eni strani za vrednostni sistem tradicionalno ruralne kulture, po drugi strani pa gre za razpad tradicionalnih vezi solidarnosti, podpore in samopomoči. Glavna vrednota v naši tradicionalni kulturi naj bi bilo delo, saj je človek vreden toliko, kolikor naredi, kar naredi, pa mora imeti vidne rezultate. Delo je hkrati tudi mehanizem za obvladovanje čustvenega pomanjkanja in nezadovoljstva.

Zaviršek (1994) navaja, da ljudje svoje nezadovoljstvo izražajo tj. manifestirajo v sprejemljivih kulturnih vzorcih obnašanja. Takšna kulturno sprejemljiva vzorca manifestiranja duševnih stisk v Sloveniji sta po njenih navedbah poleg prej omenjenega dela tudi uživanje alkohola in samomor ali samomorilni poskus, saj je le-to manj stigmatizirajoče kot druge psihiatrične diagnoze. Takšni vzorci se pojavljajo zaradi neizražanja stisk in duševnega trpljenja, ki ga po besedah avtorice ljudje ne znajo izraziti s pomočjo psiholoških pojmov in ga niti ne občutijo kot emocionalno stanje, temveč šele kot telesne bolečine. Telesne bolečine opredeljuje kot sprejemljiv način, kako izraziti, da je »nekaj narobe«, o čemer govorijo tudi psihosomatske bolezni in sindrom kronične utrujenosti.

Do tega prihaja, saj naša naša kultura ne pozna procesov samoanalize in psihološkega poimenovanja neugodja (Zaviršek, 1994), prav tako pa pogovor kot dejavnik psihosocialne podpore nima nobene vrednosti. (Kerševan, 1990)

Prav samomori, različne odvisnosti, depresivna razpoloženja in druge težave v duševnem zdravju so nemi odgovori na stiske, ki jih ne zmoremo izraziti drugače. (Kerševan, 1990)

Vse to dokazuje tudi dejstvo, da v Sloveniji nimamo tradicije skupin za samopomoč, kjer bi lahko posamezniki delili svojo zgodbo, osebno biografijo in si nudili medsebojno emocionalno podporo. Edine skupine z dolgoletno tradicijo in veljavo so skupine anonimnih alkoholikov, ki pa temeljijo na priznavanju krivde in popravljanju predhodnih napak, k čemur se v sodobnem socialnem delu nekako *ne* nagibamo. Tudi nasploh nimamo tradicije psihoterapevtskih praks, kjer bi se razvijala kultura neugodja in kultura govora o lastnih duševnih stiskah. (Zaviršek, 1994)

Možina in Bohak (2008) navajata, da na področju psihoterapije kar precej zaostajamo za razvitimi državami, kot sta sosednji Avstrija in Italija, pa tudi Nemčija, Anglija, Nizozemska itn. Ob tem navajata nekaj vidikov psihoterapije na področju Republike Slovenije:

- psihoterapevtov primanjkuje;
- poklic psihoterapevta ni registriran in ni reguliran;
- obseg psihoterapevtskih storitev je glede na potrebe premajhen;
- obstajajo velike razlike v kvaliteti in ceni ponujenih storitev;
- dostopnost do le-teh je slaba;

- psihoterapija je preslabo integrirana v sistem javnega zdravstva, saj trenutno lahko opravljajo psihoterapijo v tem okviru samo psihiatri in klinični psihologi v (kot je že prej omenjeno) veliko premajhnem obsegu glede na potrebe;
- zavarovalnice ne plačujejo psihoterapevtskih storitev na tržišču;
- ne obstaja nikakršen register psihoterapevtov, supervizorjev, učiteljev, ki bi bil pregleden, ažuren in javno dostopen;
- uporabniki in njihove pravice niso zaščiteni pred tako imenovanim »šarlatanstvom« in zlorabami samooklicanih strokovnjakov - ni etičnega nadzora. Prosti trg ponuja veliko različnih ponudnikov psihoterapevtskih storitev. Mnogi so končali izobraževanje in usposabljanje v obstoječih programih po društvih, šolah in inštitutih, raven poklicnega psihoterapevta pa jih doseže zelo malo;
- v Sloveniji ni akreditiranega fakultetnega študija psihoterapije, ki bi omogočal študij psihoterapije za prvi poklic tj. takoj po maturi;
- javnost je premalo seznanjena s psihoterapijo in laiki npr. pogosto še vedno ne razlikujejo med psihiatrijo, psihologijo in psihoterapijo;
- v javnosti je obisk pri psihoterapevtu podobno kot pri psihiatru še vedno pogosto stigmatiziran;

Stigmo na tem področju priznava tudi Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) in nekateri drugi avtorji knjig in raziskav s področja duševnega zdravja v RS. (Kamin idr., 2009; Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009; Marušič in Temnik, 2009; Možina in Bohak, 2008)

To je le del seznama področij, v katerih zaostajamo za drugimi državami, zato Možina (2010) navaja, da trenutni položaj slovenske psihoterapije kar kliče po zakonski ureditvi, a do tega še do danes ni prišlo.

Razvite psihoterapevtske prakse torej nimamo, imamo pa institucije, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem, a so le-te, kot navaja Zaviršek (1994), v takšni kulturi tradicionalne. Temeljijo na medicinskem pojmovanju duševnega zdravja, zdravijo z zdravili, vanje pa se pogosto zatekajo ljudje z najrazličnejšimi težavami, ki sploh nimajo medicinskega izvora (Zaviršek, 1994). Tako Švab in Groleger (2007, v Možina, 2010) navajata, da ostaja v tovrstnih institucijah na področju psihosocialne rehabilitacije še veliko neizkoriščenih možnosti. Tominschek in Schiepek (2007, v Možina, 2010) dodajata, da se to kaže tudi v tem, da v Sloveniji nimamo nobenih tako imenovanih »psihosomatskih klinik«, ki so se drugod, denimo v Avstriji in Nemčiji v zadnjih dvajsetih letih precej razširile in kjer ima

psihoterapija ključno vlogo pri obravnavi bolezni in motenj, kot so psihosomatske, anksiozne, depresivne in obsesivno kompulzivne motnje, border line osebnosti, stresne in posttravmatske motnje, sindrom izgorelosti, motnje hranjenja itn.

Zbornica kliničnih psihologov Slovenije (2017) je ob lanskem svetovnem dnevu zdravja, ki je bil posvečen depresiji, opozorila, da se duševne stiske med prebivalstvom zaradi nezadostne mreže psihološke pomoči še poglobljajo. Ob tem so navedli, da je v zdravstvenih domovih po Sloveniji le 55 specialističnih ambulant za klinično psihologijo, kjer lahko ljudje v stiski dobijo psihološko pomoč, čakalne dobe pa so nedopustne, saj je za prvi pregled potrebno čakali tudi do 12 mesecev, za terapevtsko obravnavo pa še dlje. To mrežo bi bilo po njihovem mnenju potrebno okrepiti in pa olajšati dostop do psihosocialne pomoči.

Slovenska socialna psihologinja Mirjana Ule (2009, v Kamin idr., 2009) navaja, da so diskurzi o duševnem zdravju močni kulturni konstrukti in so tesno povezani z družbenimi, političnimi in ideološkimi sistemi. Vidimo pa tudi, da so med različnimi državami in kulturami precejšnje razlike tudi na področju »zdravljenja« ter takšnega in drugačnega soočanja z duševnimi motnjami.

Kleinman (1977) in White (1982) to poimenujeta kot koncept somatizacije in psihologizacije. Po tej opredelitvi naj bi bili v vzhodnih kulturah bolj nagnjeni k somatizaciji duševnih stisk, medtem ko v zahodnih kulturah stiske praviloma psihologizirajo.

Tudi v javnosti je splošno znano, da je v zahodnih kulturah, npr. v ZDA sistem pomoči bolj razvit ter da ima skorajda vsak svojega psihoterapevta ali psihologa – kako pa kažejo podatki? Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2014 na področju duševnega zdravja v Sloveniji deluje okoli 10 psihiatrov, 1-2 socialna delavca, 3,61 psihologov in kar 89,57 medicinskih sester na 100.000 prebivalcev. V ZDA na isto št. prebivalcev deluje 12,40 psihologov, 59,83 socialnih delavcev, 29,62 psihologov ter zgolj 4,25 medicinske sestre. (World Health Organisation, 2018c)

Za lažjo predstavbo in preglednost so omenjeni podatki ter podatki za nekatere druge države prikazani v spodnji tabeli.

**Tabela 1.2: Število pomagajočih poklicev s področja duševnega zdravja na 100.000 prebivalcev v posameznih državah**

	Psihiatri	Socialni delavci	Psihologi	Med. Sestre
Kanada	13,42	117,79	47,42	53,31
Japonska	Ni podatka	Ni podatka	4 (leto 2011)	102,55
Združeno kraljestvo VB in S Irske	14,63	1,99	12,83	67,35
ZDA	12,40	59,83	29,62	4,25
Slovenija	10,21	1,49	3,61	89,57

vir: World Health Organisation, 2018c

Iz podatkov je razvidna razlika med fokusom, ki ga zavzemajo vzhodne države, za katere je značilna somatizacija ter tradicionalen, medicinski model duševnega zdravja ter zahodne države, za katere je značilna psihologizacija. Razviden je tudi zaostanek Slovenije, ki ga imamo za drugimi državami

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organisation, 2018b) prikazuje tudi razlike v stopnji samomorov, in sicer so zadnji ažurirani podatki iz leta 2015. Stopnje samomorov sem se dotaknila že v okviru javnega duševnega zdravja, a si v kontekstu psihologizacije in somatizacije duševnih stisk znotraj različnih kultur pogledjmo tudi primerjavo med posameznimi državami.

**Tabela 1.3: Stopnja samomora na 100.000 prebivalcev v letu 2015 po posameznih državah**

Država	Stopnja samomora na 100.000 preb. v 2015
Združeno kraljestvo VB in Severne Irske	8,5
Avstralija	11,8
Kanada	12,3
Švica	15,1
Avstrija	16,4
Japonska	19,7
Slovenija	21,4 (v letu 2000 31,8)
ZDA	14,3 (v letu 2000 10,8)

vir: World Health Organisation, 2018b

Teorijo o psihologizaciji in somatizaciji duševnih stisk torej potrjujejo tudi statistični podatki.

Kleinman (1988, str. 57) definira somatizacijo kot "komunikacijo osebnih in medosebnih problemov s fizičnimi idiomi stiske", njeni vzroki pa so lahko različni. Lahko je način, kako se oseba zavaruje pred stigmo, način izražanja emocij, oblika komunikacije ali pa način potlačitve čustev. Donatella Cozzi poudarja, da je somatizacija povezana s

socialnimi razmerami, v katerih oseba živi, in da je najpogosteje povezana z nizkim socialnim statusom in z nizko izobrazbo (Cozzi, 1993).

Spet drug problem, ki se pojavlja v zadnjih letih in je popolno nasprotje somatizacije (pa tudi psihologizacije), pa prihaja ravno iz zahoda – po navedbah avtorjev (Petrovec, 2015) gre natančneje za Združene države Amerike – in sicer gre za psihiatrizacijo.

Leta 1952 je bil s strani Ameriškega psihiatričnega združenja izdan prvi Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM), po katerem sem prej povzemala duševne motnje. V prvem priročniku je bilo navedenih 106 psihiatričnih diagnoz, v zadnji – peti izdaji tega priročnika, ki je izšla leta 2013, pa že 312. Jasno je, da nove motnje niso bile odkrite na novo, temveč so bile dogovorjene. Skladno z večanjem števila motenj in diagnoz se večja tudi število prodanih antidepresivov in antipsihotikov – leta 1986 naj bi v Združenih državah Amerike prodali za 500 milijonov dolarjev omenjenih zdravil skupaj, leta 2004 pa že za 20 milijard. (Rebernik, 2014)

Po teh podatkih lahko govorimo o novem problemu, pod velikim vplivom farmacevtskega lobija.

Tudi Združenje slovenskih psihoterapevtov, ki je oktobra 2014 organiziralo redno strokovno srečanje - tako imenovane 14. Bregantove dneve, je ob tem dogodku opozorilo, da smo priča pojavu, ko se vse več vidikov človeškega vedenja kategorizira kot motnje, ki seveda potem zahtevajo zdravljenje. Tovrstne »motnje« (kot je denimo nedavno »odkriti« ADHD) postajajo privlačne za farmacevtsko industrijo, ki se jim odpirajo nove tržne niše. (Petrovec, 2015)

Petrovec (2015, str. 23) citira tudi reklamo, ki se je do nedavnega predvajala na televizijskih zaslonih, in sicer za zdravilo Dominor, ki naj bi se jemalo v primeru večjih stresnih obremenitev.

»Dominor je namenjen vsem, ki se soočamo z občasnimi ali s stalnimi stresnimi situacijami. Namenjen je tistim, ki **želimo biti vladarji lastnega življenja.**«

Reklamo dopolni na sarkastičen način »Ste brezposelni? Imate pokojnino nekaj sto evrov, ki vam ne dovoli ne živeti ne umreti? Vas vznemirjajo novice, da je propadlo podjetje? Pravzaprav ni propadlo v celoti. Lastnik se je rešil z dobro popotnico, propadli so le delavci, ki so na cesti. Vas vznemirjajo vojne? Da si ne morete kupovati zdrave hrane, počivati osem ur na dan, ni sredstev za rekreacijo? Ne skrbite, za vse te stiske imamo univerzalno zdravilo.«

S tem nazorno prikaže in da misliti, da moramo težave v duševnem zdravju razumeti skozi širši kontekst, prav tako pa se moramo z njimi soočiti na drugačne načine, kot jih predpostavljata psihiatrizacija in farmacija.

#### **1.4 Vloga različnih strok pri zagotavljanju duševnega zdravja**

Cilj javnega duševnega zdravja je izboljšati duševno zdravje populacije, pri čemer se je potrebno osredotočiti ne samo na ljudi, ki imajo že težave ali motnje v duševnem zdravju, temveč tudi na duševno zdrave ljudi. Pri tem je potrebno upoštevati prej omenjene indikatorje duševnega zdravja in pa dejavnike tveganja, iz katerih izhaja, da smo zaradi takšnih in drugačnih razlogov prav vsi podvrženi vsakodnevnemu stresu in obremenitvam ter da je pojav duševnih motenj v izjemnem porastu. Izboljšanje duševnega zdravja se tiče družbe kot take, v največji meri pa strokovnjakov in služb, ki se s tem ukvarjajo. (Marušič in Temnik, 2009)

Tovrstne službe imenujemo mreža izvajalcev in storitev na področju duševnega zdravja. (Dernovšek, Oreški in Tavčar, 2009).

Gre za službe na vseh ravneh zdravstvenega in socialnega varstva, vzgoje, izobraževanja in zaposlovanja ter občine in druge organizacije, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Z novo resolucijo se uvajajo tudi regionalni centri za duševno zdravje, ki bodo omenjene službe tako kadrovske, kot tudi vsebinsko nadgradili in povezali. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018).

Na področju iskanja pomoči znotraj mreže izvajalcev in storitev na področju duševnega zdravja je, kot omenjeno, še zmeraj pogosto prisotna stigma, prav tako pa ljudje nemalokrat sploh ne razlikujejo med obstoječimi vrstami pomoči in poklicnimi profili, kot so psiholog, psihiater, psihoterapevt, socialni delavec, ter njihovimi vlogami v procesu nudenja pomoči. Zaradi nepreglednosti in nepovezanosti mreže se uporabnike pošilja od vrat do vrat in se jim ne omogoča celostne obravnave. V nadaljevanju bom predstavila stroke, ki delujejo na področju duševnega zdravja ter njihove vloge, nato pa še vlogo nevladnih organizacij in skupnostnega dela, čemur se pripisuje vedno večji pomen.



### 1.4.1 Socialno delo

Vloga socialnega dela na področju duševnega zdravja je zelo pomembna. Najpomembnejši okvir za delovanje socialnega dela je socialna politika, ki jo določi država. Gre predvsem za sistem ukrepov, s katerimi želi država zagotoviti socialno varnost in blaginjo. S tem oblikuje zakonodajo in pooblastila, po katerih ravnajo socialni delavci, tako na področju duševnega zdravja, kot tudi na drugih področjih, ki so predmet obravnave te stroke. Socialno delo tako poskuša omogočiti ljudem, da lahko izboljšajo kakovost svojega življenja, kamor vsekakor sodi preprečevanje in zmanjševanje psihosocialnih stisk ter zagotovitev ustreznih oblik pomoči. Vloga socialnega dela ni pomembna zgolj v kontekstu države in njene socialne politike, temveč tudi v kontekstu civilne družbe oziroma skupnosti, ki povezuje ljudi, krepi njihovo moč, mobilizira vire moči in je s tem ključnega pomena za reševanje psihosocialnih in duševnih stisk. (Dragoš, 2017)

Temeljno izhodišče politike socialnega varstva je, da mora država za vsakega posameznika zagotoviti takšne razmere, ki mu bodo omogočile uresničevanje njegovih razvojnih možnosti in da bo s svojo dejavnostjo lahko dosegel tolikšno raven kakovosti življenja, ki ustreza merilom človeškega dostojanstva in je primerljiva z drugimi državljani. To se navezuje na delovno, družinsko in bivalno okolje. Ko si posameznik iz takšnih in drugačnih razlogov socialne varnosti ne more zagotoviti sam, je upravičen do določenih pravic iz socialnega varstva oziroma do tako imenovanih socialnovarstvenih storitev. (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2018a).

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, pod okriljem katerega kot nižjestopenjski organi delujejo centri za socialno delo, tako skrbi, da so vsem prebivalcem Republike Slovenije na razpolago različne oblike strokovne pomoči pri odpravljanju osebnih stisk in težav. Strokovna pomoč v prvi vrsti obsega socialno preventivo, prvo socialno pomoč, osebno pomoč, pomoč družini za dom in na domu, družinskega pomočnika, institucionalno varstvo itn. (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2018a).

Te storitve so kot pravice navedene v Zakonu o socialnem varstvu (2007) – enem najpomembnejših zakonov za naše področje dela, naloge pa izvajajo javni socialnovarstveni zavodi, ki na ravni države poleg centrov za socialno delo vključujejo še domove starejših občanov, zavode za odrasle, socialnovarstvene zavode za otroke in

mladostnike z motnjami v duševnem razvoju, varstveno delovne centre in krizne centre za mlade ter krizne centre za odrasle žrtve nasilja.

Socialnovarstvene storitve se nudijo zaradi preprečevanja socialnih stisk in težav ter za odpravljanje že obstoječih socialnih stisk in težav. Za preprečevanje socialnih stisk in težav določa Zakon o socialnem varstvu (2007) storitev socialne preventive, ki obsega aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam prebivalstva, medtem ko za odpravljanje že obstoječih stisk in težav določa zakon (11. do 18. člen) več vrst storitev, ki obsegajo svetovanje posamezniku, pomoč družini, institucionalno varstvo itn.

Kot temeljno načelo delovanja socialnih delavcev velja zavzemanje za socialno pravičnost, ki je posebej pomembno tudi na področju duševnega zdravja – glede na to, da so k težavam v duševnem zdravju bolj nagnjeni socialno izključeni ljudje. Socialni delavci si prizadevajo za njihovo vključenost na vseh področjih njihovega življenja, z uporabo določenih konceptov, kot so zagovorništvo, krepitev moči, deinstitucionalizacija. (Videmšek, 2011)

Deinstitucionalizacija pomeni odpravo velikih represivnih ustanov (v kontekstu duševnega zdravja so to psihiatrične ustanove), ter zmanjšanje števila hospitalizacij in skrajšanje trajanja le-teh. (Flaker 1998, v Misja, 2008).

Deinstitucionalizacija je sestavni del krepitev moči uporabnikov, s katerim si prizadevamo predvsem za ustvarjanje pogojev, v katerih lahko vsak razvija in uporablja svoje sposobnosti in se enakovredno vključi v družbo, kot to predpostavlja tudi sama definicija duševnega zdravja. S krepitevjo moči si prizadevamo tudi za čim manjšo odvisnost uporabnikov od zdravil, strokovnjakov in drugih ljudi (Lamovec, 1998 v Misja, 2008) ter namesto tega izhajamo iz etike udeležnosti in perspektive moči, pri čemer delujemo po elementih in načelih socialnodelovnega odnosa. (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl in Možina, 2009)

Ravno s procesom deinstitucionalizacije se je tudi začel govor o dolgotrajnih stiskah. Prej so bile le-te nekaj, kar ni bilo v ospredju in nekaj, kar mora človek prenesti, potrpeti, se znajti sam ali s pomočjo bližnjih oseb. Z začetkom ukinjanja institucij oziroma t.i. »totalnih ustanov« se je pojavilo vprašanje, kaj ljudje z dolgotrajnimi stiskami potrebujejo in kakšne so njihove možnosti v skupnosti. Kot odgovor na izreden družbeni problem velike razsežnosti naj bi se dolgotrajna oskrba vzpostavila predvsem v zadnjih dveh desetletjih, ko smo se začeli zavedati demografskih sprememb in starajoče se družbe. Gre torej za prizadevanje, kako kljub čedalje večji odvisnosti od pomoči zagotoviti ljudem podporo za življenje, kot si ga želijo, izhodišče pa je odprava institucionalnih odgovorov

na človeško stisko ter vprašanje, kako to storiti, da bo čim bolj ustrezno in dolgotrajno. (Flaker idr., 2008) Gre za pomembno področje socialnega dela, k temu pa nedvomno stremi tudi na novo sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018).

Leskošek (2010, v Videmšek, 2011) opozarja tudi na pomen razumevanja osebnega, socialnega in družbenega položaja, ki ga imajo ljudje z osebnimi izkušnjami duševnih stisk. Ravno to razumevanje in raziskovanje bi moralo biti izhodišče vsake socialne politike in ravnanja socialnih delavcev, saj si moramo kot strokovnjaki prizadevati za to, da ljudje od pasivnih uporabnikov preidejo k aktivnim udeležencem soustvarjanja rešitev.

Sicer pa socialno delo ne deluje zgolj v okviru socialne politike, temveč ga uvrščamo v različne sektorje in sisteme (Flaker, 2003).

Socialni delavci poleg socialnih služb, kot so že omenjeni centri za socialno delo, socialni zavodi in zavodi za zaposlovanje, med drugim delujejo tudi na področju šolstva, zdravstva, pravosodja ter notranjih zadev - v policiji in upravi, kjer imajo različne vloge, pogosto pa tudi t.i. dvojno vlogo ali protislovni mandat, saj so na strani uporabnika, obenem pa upoštevajo zakonodajo in pooblastila, ki jim jih dodeljuje ustanova ali organizacija. Tako pogosto vodijo postopek odvzema otroka ali namestitve v institucijo, hkrati pa si z vsemi razpoložljivimi sredstvi prizadevajo, da do odvzema ali namestitve v institucijo ne bi prišlo. (Flaker, 2003)

Kar socialno delo loči od drugih, sorodnih strok, je to, da deluje *izven* trdnih institucionalnih prostorov. Flaker (2003) zapisuje, da ima pravo sodišče, medicina bolnišnico, pedagogika šolo itn., medtem ko socialno delo deluje med ljudmi, uporablja njihov jezik in njihovo logiko. Zato naj bi bila glavna značilnost in spretnost socialnega dela prav to, da znamo ravnati v nepredvidljivi situaciji. Avtor omenja tudi druge pomembne spretnosti socialnega dela, in sicer gre za :

- Pogovarjanje (vodenje pogovora, poslušanje, reflektiranje, ustvarjanje novih interpretacij, sklepanje dogovorov)
- Pogajanje (reševanje konfliktov, posredovanje med ljudmi, predstavniki organizacij in države oziroma zastopanje posameznikov in države)
- Omogočanje dostopa do sredstev (delovanje v mrežah, informacije o resursih – materialnih, socialnih, čustvenih,..)
- Zapisovanje in poročanje (izdelava odločb, zapisnikov, zaznamkov, načrtov, poročil in druge dokumentacije)

- Organizacijske spretnosti (vodenje in sodelovanje v timih, načrtovanje, povezovanje, koordiniranje, ustvarjanje skupinske dinamike)
- Spretnosti profesionalne discipline (spoštljivost, dostopnost, zanesljivost, varovanje osebnih podatkov, poznavanje lastnih vrednot, predsodkov, lastnih stisk itn.)

Zaželena spretnost socialnih delavcev je tudi humor, ki omogoča preokvirjanje zgodb, miselne obrate, netragično problematizacijo in učenje na napakah (Flaker, 2003), uporabniki pa cenijo predvsem to, da imajo delavci osebni odnos, ki presega birokratske vloge (Flaker idr., 2008).

V primeru težav v duševnem zdravju lahko socialni delavci na centrih za socialno delo in drugih prej omenjenih javnih socialnovarstvenih zavodih uporabnike usmerijo tudi na nevladne organizacije, ki se bolj poglobljeno in celostno ukvarjajo z reševanjem le-teh, svetujejo pa lahko tudi obisk drugih strokovnjakov, denimo psihoterapevtov, psihiatrov in psihologov (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2010), katerih delo bom opisala v naslednjih poglavjih.

#### **1.4.2 Psihologija**

V dobesednem prevodu ali izvornem jeziku psihologija pomeni znanost o duši, znanost o duševnosti (gr. psyche: duša, logos: veda, znanost), a predmet raziskovanja psihologije niso zgolj duševni, temveč tudi telesni procesi, zato se je uveljavila opredelitev, da je psihologija znanost, ki proučuje duševne procese, vedenje in osebnost. (Kompore, Stražišar, Dogša, Vec in Curk, 2009)

Psihologi so duševnost sprva enačili z zavestjo in so bili tako usmerjeni zgolj k preučevanju zavestnih duševnih procesov, Sigmund Freud pa je kot prvi opozoril na pomen nezavednega. To so vsi duševni procesi in vsebine, ki niso dostopni zavesti, kljub temu pa lahko bistveno vplivajo na naše vedenje in doživljanje. (Kompore, Stražišar, Dogša, Vec in Curk, 2009)

Psihologija se je kot znanost razvila ob koncu 19. stoletja, ko je postopoma prišlo do spoznanj, da bi lahko znanstvene metode uporabili tudi za proučevanje duševnih procesov in človeškega vedenja. Prvi, ki je znanstvene metode uporabil v ta namen, je bil Wilhelm Wundt. Leta 1879 je v Leipzigu ustanovil prvi psihološki laboratorij, kar velja za začetek psihologije kot znanosti. (Kompore, Stražišar, Dogša, Vec in Curk, 2009)

Znotraj psihologije je za kontekst razumevanja čustvenih stisk in duševnih motenj in soočanja z njimi pomembna predvsem klinična psihologija, ki je ena izmed uporabnih panog te vede. (Filozofska fakulteta - Oddelek za psihologijo, 2018)

Klinični psihologi so usposobljeni za psihoterapevtske pristope, ki jih bom omenjala znotraj psihoterapije v nadaljevanju, njihovo delovanje pa temelji predvsem na diagnostiki, ki je usmerjena na bolj specifično funkcioniranje, kot npr. čustvovanje, osebnost, inteligenca, spoznavne funkcije itn. Ob tem uporabljajo razne metode in tehnike dela, kot so klinični psihološki intervju, razni testi, vprašalniki, ocenjevalne lestvice,.. (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2010)

Klinični psihologi delujejo torej tako diagnostično kot tudi terapevtsko. Pri svojem delu upoštevajo telesne, duševne, socialne in druge lastnosti posameznika, velik pomen pa pripisujejo tudi njegovemu ožjemu in širšemu družbenemu okolju. Skozi vse te lastnosti iščejo vzroke, ki bi utegnili vplivati na nastanek duševne stiske ali bolezni, njihova naloga pa je tudi odkrivanje pozitivnih lastnosti, pomoč pri spoprijemanju s težavami, povečanje življenjske učinkovitosti in krepitev moči. (Tacol, 2018)

Ostali uporabni panogi psihologije sta poleg klinične tudi pedagoška psihologija ter psihologija dela in organizacije, med teoretične panoge pa uvrščamo eksperimentalno in kognitivno psihologijo, razvojno psihologijo, socialno psihologijo, psihologijo osebnosti, psihometrijo, psihopatologijo in psihofiziologijo. Pospešeno se razvijajo tudi bolj specializirane psihološke panoge, denimo nevropsihologija, zdravstvena psihologija, psihologija športa, družine, vojaška psihologija itn. (Filozofska fakulteta - Oddelek za psihologijo, 2018)

### **1.4.3 Psihoterapija**

Psihoterapija je ena izmed metod, ki si prizadeva za izboljšanje duševnega zdravja uporabnika ali za izboljšanje njegovih odnosov znotraj določene skupine ali družine. Vključuje več tehnik, ki slonijo na gradnji odnosa preko izkustva, na spreminjanju dialoga, komunikacije in vedenja. (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2011)

Sodobna definicija jo opredeljuje kot samostojno znanstveno-strokovno disciplino, katere namen je zdravljenje duševnih težav in motenj, pri čemer uporablja psihološka spoznanja. Kot ključni dejavnik poleg prej omenjenih tehnik izpostavlja terapevtsko delovno alianso, tj. odnos med uporabnikom in psihoterapevtom. (Inštitut za razvoj človekovih virov, 2018)

Po oblikah poznamo individualno, skupinsko, kombinirano, partnersko in družinsko psihoterapijo (Inštitut za razvoj človekovih virov, 2018), po vrstah pa psihoterapijo delimo na analitično ali psihodinamsko, vedenjsko-kognitivno, sistemsko in pa humanistično-eksistencialno psihoterapijo. (Inštitut za razvoj človekovih virov, 2018; Ambulanta Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, 2018)

Nekateri avtorji navajajo še druge vrste, kot so gestalt, transakcijska, integrativna in realitetna psihoterapija. (Dernovšek, Oreški in Tavčar, 2009)

Kljub temu, da imajo nekoliko drugačen fokus in način izvajanja, je vsem skupen enak namen. To je v prvi vrsti pomoč ljudem, da se lažje soočijo in premagajo posamezne življenjske težave, v katerih so se znašli bodisi zdaj bodisi v otroštvu, sicer pa, kot navaja Korošak (2017) nobena od vrst terapij ni boljša ali učinkovitejša od druge.

Vsem je skupno tudi to, da zdravijo na osnovi odnosa in pogovora – brez uporabe medikamentov, lahko pa delujejo v kombinaciji z medikamentozno terapijo oziroma kot delna pomoč. (Korošak, 2017)

#### **1.4.4 Psihiatrija**

Psihiatrija je veja medicine, ki se ukvarja z diagnostiko, zdravljenjem akutnih bolezni in rehabilitacijo oseb z različnimi vrstami duševnih motenj. (UKC Maribor, 2018)

Prisotnost duševne motnje lahko potrdi že osebni oziroma splošni zdravnik, ki lahko – odvisno od okoliščin – predlaga tudi zdravljenje v svoji ambulanti ali pa obisk psihiatra, za katerega ni potrebna napotnica. (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2011)

Če duševna motnja ni obvladljiva v ambulantnem vodenju ali če pride do ponovitve oziroma poslabšanja le-te, pogosto sledi hospitalizacija v psihiatrični bolnišnici, ki lahko poteka na odprtem ali zaprtem oddelku, za katerega so uveljavljeni tudi izrazi »intenzivni«, »varovan« in »nadzorovan« oddelek. Sprejem lahko poteka na tri načine, in sicer lahko gre za:

- sprejem s privolitvijo
- sprejem brez privolitve, ki je izveden na podlagi sklepa sodišča
- sprejem brez privolitve v nujnih primerih, ko je pacient oziroma uporabnik pridržan še pred izdajo sklepa sodišča (Dernovšek, Oreški in Tavčar, 2009).

Hospitalizacijo spremlja tudi zdravljenje z zdravili oziroma tako imenovana farmakoterapija. Najpogostejše vrste zdravil za zdravljenje duševnih motenj so antipsihotiki, ki so namenjeni predvsem zdravljenju shizofrenije in drugih psihoz,

uporabljajo pa se tudi pri bipolarni motnji in depresiji. Za slednjo se najpogosteje uporabljajo tudi antidepresivi, ki naj bi zmanjšali tesnoba, prav tako naj bi jo zmanjšali tudi anksiolitiki in uspavala. Pogosta je tudi uporaba t.i. stabilizatorjev razpoloženja. (Dernovšek, Oreški in Tavčar, 2009; Dernovšek, Oreški in Hrast, 2012)

V duhu deinstitutionalizacije in vse večjega nagibanja k delovanju v skupnosti, ki jo v socialnem delu vedno bolj poudarjamo, kot pomembno pa jo izpostavlja tudi Resolucija nacionalnega programa o duševnem zdravju (2018), se razvija tudi t.i. skupnostna psihiatrija. Švab (b.d.) navaja, da ne gre le za prenos obravnave zunaj institucij, temveč v največji meri za spremenjene vrednote in način dela. Kot glavna načela skupnostne psihiatrije (in skupnostne obravnave nasplošno) izpostavlja *povezovanje* različnih služb in storitev na lokalni ravni, *odgovornost*, ki se izključno od zdravnika v skupnosti v enaki meri prenese tudi na ostale člane delovne skupine, *dostopnost*, kar se navezuje predvsem na bližino, krajše čakalne dobe in krajše birokratske postopke ter *enakost* in *nepretrganost obravnave*. Avtorica navaja tudi vrednote skupnostne psihiatrije, od katerih bi izpostavila predvsem *zavzetost* in *nagibanje k destigmatizaciji* težav v duševnem zdravju.

## **1.5 Vloga nevladnih organizacij in skupnostne obravnave pri zagotavljanju duševnega zdravja**

### **1.5.1 Nevladne organizacije**

Nevladne organizacije so eden od stebrov civilne družbe. Zanje so značilne neprofitnost, prostovoljnost, formaliziranost, zasebnost in javna korist. Cilj njihovega poslovanja torej ni profit – če do le-tega pride, pa se sredstva ponovno vložijo v organizacijo, bodisi za povečanje obsega storitev, bodisi za dvig njihove kvalitete. (Misja, 2008)

Ministrstvo za javno upravo (2018) je s sprejemom Zakona o nevladnih organizacijah, v letošnjem letu vzpostavilo temelje za razvoj in profesionalizacijo nevladnih organizacij in prostovoljstva, v naslednjem letu pa se pričakuje tudi Strategija razvoja nevladnih organizacij, s katero se predvideva spodbudno okolje za njihov razvoj, delovanje in financiranje ter okrepljena vloga in sodelovanje z drugimi sektorji.

Na področju duševnega zdravja na območju Republike Slovenije deluje kar nekaj nevladnih organizacij, ki so se razvile predvsem v obdobju zadnjih dveh do treh desetletij. (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2011).

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije (2018) omenja vrsto nevladnih organizacij, v kontekstu duševnega zdravja pa posebej izpostavlja štiri: ŠENT (Slovensko združenje za duševno zdravje), Društvo Vita (Društvo za pomoč po nezgodni poškodbi glave), ALTRA (Odbor za novosti v duševnem zdravju) in pa Ozara (Nacionalno združenje za kakovost življenja).

Navedene nevladne organizacije v okviru obravnave v skupnosti izvajajo javne in verificirane socialnovarstvene programe in so običajno usmerjene oziroma specializirane za nudenje pomoči na točno določenih življenjskih področjih. Predvsem gre za svetovalnice, telefone za pomoč v stiski, skupine za samopomoč, programe socialnih mrež, programe dnevnih centrov itn., kjer uporabnikom in njihovim svojcem omogočajo, da se čim bolje informirajo o pravicah in vrstah pomoči, ki so jim na voljo glede na njihove stiske. Nudijo tudi kontinuirano svetovanje in spremljanje, da uporabniki sami razvijejo načine konstruktivnega spoprijemanja s težavami. V določenih programih, kot so denimo programi dnevnih centrov, je poudarek tudi na druženju in razvijanju socialnih spretnosti in veščin. (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2011).

### **1.5.2 Skupnostna obravnava – prihodnost duševnega zdravja**

Glede na to, da je področje duševnega zdravja dokaj kompleksno, je med vsemi omenjenimi strokami in organizacijami – predvsem vladnimi in nevladnimi – bistvenega pomena medsebojna komunikacija, povezovanje in sodelovanje, ki zaenkrat še ni na želenem nivoju (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009), vedno bolj pa se nagibamo tudi k skupnostni obravnavi oziroma k vzpostavljanju mreže interdisciplinarnih služb, kamor sodijo javne službe socialnega in zdravstvenega varstva, zaposlovanja, izobraževanja ter programi nevladnih organizacij. (Dernovšek, Oreški in Hrast, 2010)

Švab (b.d.) skupnostno obravnavo definira kot organizacijo (zgoraj naštetih) služb, katere namen je zagotavljanje učinkovite obravnave oseb s težavami v duševnem zdravju v skladu z njihovimi potrebami. Kot sredstva za skupnostno obravnavo opredeljuje javna, torej državna sredstva.

S tako ureditvijo – tj. vzpostavljanjem skupnostne obravnave in mreže interdisciplinarnih služb naj bi odgovorili na javnozdravstvene probleme, s katerimi se na področju RS že nekaj časa srečujemo. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018)



Za nadaljnje delo je potrebno oblikovanje interdisciplinarnih in multidisciplinarnih timov, s čimer se bo omogočala celostna obravnava uporabnikov, a to ni zgolj v domeni zdravstvenega in socialnega sektorja, temveč v kontekstu javnega duševnega zdravja govorimo o sodelovanju *vseh* sektorjev zdravstveni, socialni, šolski, pravosodni, kulturni, finančni, prometni, okoljski,.. (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009)

Podobno izhaja tudi iz navedb Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) in priporočil Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organisation, 2008), saj naj bi bilo delo na področju duševnega zdravja uspešno in učinkovito šele, ko hkrati zagotovimo tudi uresničevanje pravic do ekonomske varnosti, varnega bivanja, socialne vključenosti in rehabilitacije, izboljšamo pogoje za vsakodnevno življenje ter zmanjšamo neenakomerne razporeditve moči, denarja in virov.

»Nova« Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018) velik pomen pripisuje tudi vključitvi uporabnikov in njihovih svojcev v mrežo, z njo pa prihaja tudi nekaj novosti. Ena izmed takšnih je uvedba regionalnih centrov za duševno zdravje, ki naj bi obstoječe službe kadrovsko in vsebinsko nadgradili in povečali sodelovanje, glavni namen pa je, da se skrb in obravnava oseb s težavami v duševnem zdravju čim bolj oblikuje v skupnosti, tj. tam, kjer ljudje živijo.

Na podlagi omenjenih informacij in predhodno opisanih javnozdravstvenih problemov na področju duševnega zdravja, pri čemer imam predvsem v mislih (pre)visoko stopnjo samomorilnosti in alkoholizma, novo sprejeta resolucija (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018) predpostavlja prednostna področja, in sicer:

- Zagotavljanje skupnostnega pristopa pri krepitvi duševnega zdravja ter obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti
- Promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj
- Mreža služb za duševno zdravje
- Alkohol in duševno zdravje
- Preprečevanje samomora
- Izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija.

## 2 PROBLEM

K temi raziskave oziroma diplomskega dela me je nagovoril članek Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo (Zaviršek, 1994). Ob njem sem začela razmišljati, kako se znotraj različnih držav in kultur različno soočamo z duševnimi stiskami oziroma motnjami ter o splošno veljavnem mnenju, da ima denimo v Ameriki skoraj vsak svojega psihologa, psihoterapevta ipd., medtem ko je pri nas to še zmeraj tabu.

Tako sem želela raziskati, na kakšne načine ljudje v Sloveniji izražajo svoje duševne stiske (pri čemer mislim na stiske, ki jih tekom življenja vsi kdaj doživljamo – stres, travmatski dogodki, ločitve, izgube, težave v odnosih, anksioznost, depresija,..) in se z njimi soočajo ter za katere oblike pomoči se odločajo.

Prej omenjeni statistični in drugi podatki o stanju v Sloveniji po mojem mnenju predstavljajo stvaren problem, ki bi ga bilo potrebno raziskati. Veliko dostopne literature (Jeriček Klanšček, Zorko, Bajt in Roškar, 2009; Kamin idr., 2009; Marušič in Temnik, 2009) je bilo izdane kar nekaj let nazaj, v okviru Zakona o duševnem zdravju (2008), so sprejeli tudi predhodnico sedanje Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2014), ki pa se sklicuje na podatke in raziskave iz prejšnjega desetletja.

V vmesnem času je med drugim prišlo tudi do gospodarske krize, ki je znatno vplivala na socialno, duševno, ekonomsko raven življenja ljudi, zato bi se mi zdelo smiselno ponovno izvesti tovrstno raziskavo in preveriti določene predpostavke in navedbe iz literature.

### 2.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

V raziskavi se bom osredotočila na vprašanja, kot so:

- Kakšne težave se pojavljajo pri ljudeh ob doživljanju duševnih stisk?
- Katere skupine ljudi so najmanj zadovoljne s svojim duševnim zdravjem?
- V kolikšni meri se ljudje ob doživljanju duševnih stisk odločajo za strokovno pomoč (pri socialnih delavcih, psihoterapevtih, psihologih)?
- Katere skupine ljudi se pogosteje odločijo za strokovno pomoč?
- Za kakšno obliko strokovne pomoči se ljudje največkrat odločajo?
- Kaj vpliva na odločanje oziroma ne-odločanje za strokovno pomoč ?
- Kakšne so razlike doživljanja duševnih stisk glede na spol?

Moje hipoteze so:

- Največkrat se pri ljudeh ob doživljanju stisk pojavljajo težave v zvezi z nižjo delovno storilnostjo.
- S svojim duševnim zdravjem so najmanj zadovoljni ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe, ženske in nezaposleni.
- Z duševnimi stiskami se večkrat soočijo sami kot s strokovno pomočjo.
- Za strokovno pomoč se pogosteje odločijo ljudje z višjimi stopnjami izobrazbe.
- Če se ljudje odločijo za strokovno pomoč, je to največkrat osebni zdravnik.
- Na ne-odločanje za strokovno pomoč najpogosteje vplivajo finančna sredstva in sram.
- Moški ob doživljanju duševnih stisk pogosteje posežejo po alkoholu, ženske pa se pogosteje soočijo z motnjami prehranjevanja.

## 2.2 Opredelitev pojmov

Glavni pojmi, s katerimi se bom ukvarjala v raziskavi, so:

- Težave ob doživljanju stisk: znaki, ki se odražajo ob doživljanju čustvenih in duševnih stisk, kot so motnje razpoloženja, motnje spanja, slabša delovna storilnost in stres na delovnem mestu ali v šoli, težave v medosebnih odnosih, socialna izključenost, motnje prehranjevanja, povečana uporaba alkohola in drugih substanc, kronična depresija, psihosomatske bolezni in drugo
- Pogostost dejavnosti, ki jih ljudje počnejo ob doživljanju stisk: kako pogosto od 1 (nikoli) do 5 (zelo pogosto) se ljudje ob stiskah odpravijo na sprehod, se pogovorijo, zatopijo v delo, ukvarjajo s športom, uživajo alkohol, droge, zdravila, poiščejo strokovno pomoč ali se počnejo druge aktivnosti
- Vrsta strokovne pomoči: kot vrsto strokovne pomoči razumemo različne poklicne profile in organizacije, kot so osebni zdravnik, psihiater, psiholog, psihoterapevt, skupine za samopomoč, nevladne organizacije, centri za socialno delo in drugo
- Razlogi neodločanja za strokovno pomoč: različni dejavniki, zaradi katerih se ljudje ne odločijo poiskati strokovne pomoči, npr. sram, neinformiranost, prostorska nedostopnost, finančna sredstva, občutek, da zmorejo sami, podpora bližnjih oseb in drugi
- Zadovoljstvo z duševnim zdravjem: ocena ljudi, kako zadovoljni so s svojim duševnim zdravjem na lestvici od 1 (zelo nezadovoljni) do 5 (zelo zadovoljni).

### 3 METODOLOGIJA

#### 3.1 Vrsta raziskave, model raziskave in spremenljivke

Moja raziskava je kvantitativna in deskriptivna.

Raziskava je kvantitativna, saj sem zbirala podatke, ki sem jih nato preštela in kvantitativno analizirala ter deskriptivna, ker skušam količinsko opredeliti značilnosti soočanja z duševnimi stiskami, ki jih doživljajo Slovenci ter to primerjati tudi glede na določene demografske podatke, kot so spol, stopnja izobrazbe in trenutni zaposlitveni status.

"Namen opisne raziskave je količinsko (kvantitativno) opredeliti ali oceniti osnovne značilnosti proučevanega pojava, ali ugotoviti obstoj in jakost zveze med dvema ali več pojavi" (Mesec, 1997, str. 3)

Spremenljivke:

1. prva spremenljivka: spol

- indikator: obkrožen odgovor na anketnem vprašalniku
- modalitete: moški / ženski

2. druga spremenljivka: dosežena formalna izobrazba

- indikator: Kakšna je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?
- modalitete:
  - a) nedokončana osnovna šola
  - b) osnovna šola
  - c) srednja poklicna šola
  - d) gimnazija
  - e) višja, visoka šola
  - f) univerzitetna izobrazba
  - g) magisterij
  - h) doktorat

3. tretja spremenljivka: trenutni zaposlitveni status

- indikator: Kakšen je vaš trenutni status?
- modalitete:
  - se šolam
  - zaposlen
  - samozaposlen

- brezposeln
- upokojen

4. spremenljivka: različna področja, na katerih ljudje doživljajo stiske (partnersko razmerje in družina, medosebni odnosi, delovno ali šolsko okolje, finančno področje, stanovanjske razmere, lastna samopodoba, zdravje, ostalo)

- indikator: označen odgovor na 5-stopenjski lestvici
- modalitete:  
nikoli – redko – včasih – pogosto – zelo pogosto

5. peta spremenljivka: težave ob doživljanju stisk

- indikator: Kako se tovrstne stiske pri vas odražajo?
- modalitete:
  - a) motnje spanja
  - b) motnje razpoloženje
  - c) kronična depresija
  - d) motnje prehranjevanja
  - e) težava v medosebnih odnosih
  - f) psihosomatske bolezni
  - g) socialna izključenost
  - h) stres na delovnem mestu ali v šoli
  - i) slabša delovna storilnost in/ali odsotnost z dela/šole
  - j) povečana uporaba alkohola/cigaret/drugih substanc

6. šesta spremenljivka: pogostost dejavnosti, ki jih počnejo ob stiskah

- indikator: Kako pogosto ob stiskah počnete spodaj naštetu (ukvarjam se s športom, grem na sprehod, zatopim se v delo, uživam alkohol, uživam droge, konzumiram zdravila, poiščem strokovno pomoč, se pogovorim, drugo)?
- Modalitete  
nikoli – redko – včasih – pogosto – zelo pogosto

7. sedma spremenljivka: konstruktivnost soočanja s stiskami

- indikator: Ali menite, da je vaš način soočanja s stiskami konstruktiven?
- modalitete:
  - a) DA
  - b) DELNO
  - c) NE

8. osma spremenljivka: obračanje na strokovno pomoč

- indikator: Ali ste se kdaj tekom življenja ob doživljanju stiske obrnili na strokovno pomoč?
- modalitete:
  - a) da
  - b) ne

9. deveta spremenljivka: vrsta strokovne pomoči

- indikator: obkrožen odgovor
- modalitete:
  - a) osebni zdravnik
  - b) center za socialno delo
  - c) psiholog
  - d) psihoterapevt
  - e) psihiater
  - f) skupina za samopomoč
  - g) nevladna organizacija
  - h) drugo: \_\_\_\_\_

10. deseta spremenljivka: zadovoljstvo s strokovno pomočjo

- indikator: označen odgovor na 5-stopenjski lestvici
- modalitete:
  - zelo nezadovoljen – nezadovoljen – niti zadovoljen, niti nezadovoljen – zadovoljen
  - zelo zadovoljen

11. enajsta spremenljivka: potreba za strokovno pomoč

- indikator: Ali ste bili kdaj v situaciji, da bi strokovno pomoč potrebovali pa se zanjo niste odločili
- modalitete:
  - a) da
  - b) ne

12. dvanajsta spremenljivka: razlogi neodločanja za strokovno pomoč

- indikator: obkrožen razlog
- modalitete:
  - a) sram
  - b) finančna sredstva

- c) prostorska nedostopnost
- d) neinformiranost
- e) občutek, da zmorem sam/-a
- f) zadostna podpora bližnjih
- g) drugo: \_\_\_\_\_

13. trinajsta spremenljivka: omejevanje dejavnosti zaradi duševnih težav

- indikator: Ali ste v preteklem letu morali omejiti svoje dejavnosti ali izostati iz dela/šole zaradi duševnih težav?
- modalitete:
  - a) da
  - b) ne

14. štirinajsta spremenljivka: zadovoljstvo z duševnim in telesnim zdravjem ter življenjem nasploh

- indikator: označen odgovor na 5-stopenjski lestvici
- modalitete:
  - zelo nezadovoljen – nezadovoljen – niti zadovoljen, niti nezadovoljen – zadovoljen
  - zelo zadovoljen

### **3.2 Raziskovalni instrument in viri podatkov**

Moj merski instrument je anketni vprašalnik – šlo je torej za zbiranje primarnih podatkov. Izdelala sem ga sama, saj se lahko tako bolj prilagodim temi, ki jo raziskujem. Anketni vprašalnik je anonimen, zajema pa 14 vprašanj, med katerimi so tudi 3 demografska – vezana na spol, trenutni status in doseženo formalno izobrazbo.

Uporabila sem vprašanja kombiniranega tipa, saj obstaja možnost, da nisem predvidela vseh odgovorov, pa tudi vprašanja zaprtega tipa, kjer so možni odgovori DA, NE ali DELNO. Uporabila sem tudi tri 5-stopenjske lestvice, s katerimi sem merila zadovoljstvo ali pogostost določenih pojavov.

Vprašalnik je dodan kot priloga.

### **3.3 Populacija in vzorčenje**

Populacijo predstavlja odraslo prebivalstvo Republike Slovenije v starosti od 18 do 65 let, v mesecu marcu in aprilu 2018. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije, ki so mi jih posredovali po elektronski pošti, naj bi bilo teh prebivalcev 1 326 913.

Vzorec predstavlja 300 ljudi, ki sodijo v to kategorijo prebivalstva in so med 27. 3. in 11. 4. izpolnili anketni vprašalnik. Gre za neslučajnostni vzorec, in sicer priročni. Vanj sem skušala vključiti vse vrste ljudi, glede na izobrazbo in trenutni zaposlitveni status, da bi dobila čimbolj reprezentativne podatke, vmes sem pa skušala regulirati oziroma izenačiti tudi razmerje med moškimi in ženskami, saj so bile sprva slednje bolj odzivne.

### **3.4 Zbiranje podatkov**

Kot metodo zbiranja podatkov sem izbrala spraševanje, in sicer sem izdelala anketne vprašalnike. Vprašalnike sem razdelila tako v fizični obliki, kot tudi preko spleta – s pomočjo aplikacija za spletno anketiranje Ika. Preko spleta sem vprašalnike podelila s svojimi prijatelji na Facebooku, delila v razne skupine, forume, ipd., fizično pa sem jih podelila svojim vrstnikom, njihovim staršem, sodelavcem, sosedom itn. Povedala sem jim, da so vprašalniki anonimni, za namen diplomskega dela. S sodelujočimi sem skušala ostati v stiku, če bi imeli morebitna vprašanja, sicer pa smo bili dogovorjeni, da mi izpolnjene vprašalnike vrnejo čez 2-3 dni, da sem lahko gradivo obdelala in analizirala.

### **3.5 Obdelava in analiza podatkov**

Zbrano gradivo sem sproti kontrolirala, in sicer sem preverjala, ali so vsi vprašalniki v celoti izpolnjeni. Združila sem rezultate, pridobljene fizično in preko spleta. Gradivo sem obdelala kvantitativno, s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel. Zbirnik podatkov je na voljo pri meni kot avtorici raziskave.

Izračunala sem povprečne vrednosti oz. aritmetične sredine posameznih odgovorov, frekvence ter odstotke pridobljenih podatkov, ponekod pa tudi standardne odklone. Glede na ugotovitve, ki izhajajo iz rezultatov anketnih vprašalnikov, sem preverila svoje hipoteze, za nekatere izmed njih pa sem naredila tudi hi-kvadrat (neparametrični) preizkus in izračunala Cramerjev  $\alpha$ . Rezultate sem grafično prikazala s tabelami in diagrami.

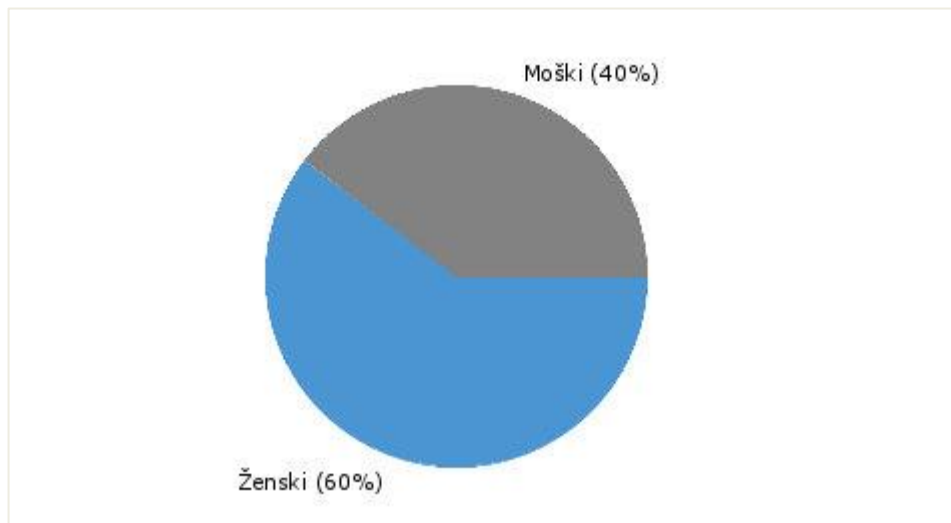


## 4 REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 300 Slovencev. Od tega je bilo 181 (60 %) pripadnic ženskega in 119 (40 %) pripadnikov moškega spola.

Ženske so se sprva bolj odzvale, zato sem skušala razmerje med moškimi in ženskami kasneje nekoliko regulirati – znotraj populacije je le-to namreč bolj ali manj izenačeno. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2018) je bilo na dan 1. 1. 2018 natanko 1326913 prebivalcev, ki ustrezajo starostnemu kriteriju od 18 do 65 let, od tega 682908 (51,5 %) prebivalcev moškega in 644005 (48,5 %) prebivalk ženskega spola.

**Graf 4.1: Spol anketirancev**



10 (3 %) izmed vprašanih ima zaključeno osnovno šolo, 88 (29 %) srednjo poklicno šolo, ravno toliko jih ima tudi univerzitetno izobrazbo. Zaključeno gimnazijo ima 45 (15 %) anketiranih, enak odstotek je pri ljudeh z zaključeno višjo oziroma visoko šolo. Od vseh anketiranih ima zaključen magisterij 22 (7 %) ljudi, doktorat pa 2 (1 %) anketirana.

Podatki Statističnega urada Republike Slovenije (2018) se po starosti (18-65 let) sicer skladajo z mojim vzorcem, a predstavljajo izobrazbo zgolj *delovno aktivnega* prebivalstva, zato z mojimi niso povsem primerljivi. Po njihovih podatkih je imelo imelo na dan 31. 7. 2018 osnovnošolsko izobrazbo ali manj 9,4 % ljudi (moj podatek: 3,3 %), srednješolsko (poklicno ali gimnazijsko) 56 % ljudi (moj podatek: 44,3 %), višješolsko ali visokošolsko (kamor uvrščajo tudi univerzitetno izobrazbo, magisterij in doktorat) pa 34,3 % ljudi (moj podatek: 52,3 %)

**Tabela 4.1: Najvišja dosežena stopnja izobrazbe**

Odgovori	Frekvenca	Odstotek
Nedokončana osnovna šola	0	0%
Osnovna šola	10	3%
Srednja poklicna šola	88	29%
Gimnazija	45	15%
Višja, visoka šola	45	15%
Univerzitetna izobrazba	88	29%
Magisterij	22	7%
Doktorat	2	1%
<b>Skupaj</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

Večina izmed vprašanih (60 %) je zaposlenih, 3 % so samozaposleni, 9 % jih je brezposelnih. 28 % ljudi se še šola, 1 izmed vprašanih pa je upokojen.

Podatek o brezposelnosti je primerljiv z realnim stanjem v Republiki Sloveniji, saj je brezposelnost v prvem tromesečju letošnjega leta (januar, februar in marec) znašala natanko 9 %, kot je pokazala tudi moja raziskava. Sedaj je stopnja brezposelnosti nekoliko nižja, in sicer 7,9 %, kar pomeni, da je brezposelnih dobrih 80.000 ljudi. (Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, 2018)

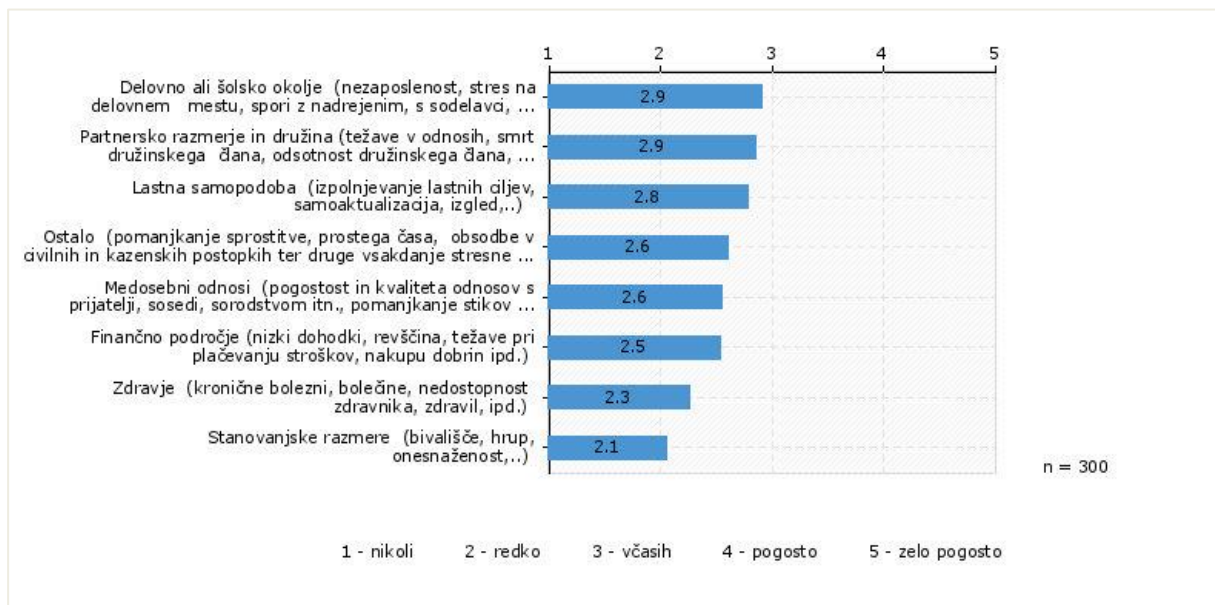
Delovno aktivnih ljudi je bilo v moji raziskavi 63 % (60 % zaposlenih in 3 % samozaposlenih oseb), po podatkih iz Statističnega urada Republike Slovenije (2018) z dne 31. 12. 2017 pa je bilo le- teh zgolj za odstotek več (64 %), zato tudi tukaj ni večjih odstopanj. Preostanek predstavljajo neaktivni prebivalci (tj. šolarji, študenti in upokojenci).

**Tabela 4.2: Trenutni zaposlitveni status**

Odgovori	Frekvenca	Odstotek
Se šolam	85	28%
Zaposlen	179	60%
Samozaposlen	9	3%
Brezposeln	26	9%
Upokojen	1	0%
<b>Skupaj</b>	<b>300</b>	<b>100%</b>

Ljudje največkrat doživljajo stiske v delovnem ali šolskem okolju ter v partnerskem razmerju in družini (na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni, da stisk ne doživljajo nikoli, 5 pa, da jih doživljajo zelo pogosto, ima oboje povprečje 2,9), s povprečjem 2,8 pa sledi lastna samopodoba, kamor sodijo izpolnjevanje lastnih ciljev, samoaktualizacija, izgled ipd. Na četrto mesto se uvrščajo ostale življenjske okoliščine, kot so pomanjkanje prostega časa, obsodbe v civilnih in kazenskih postopkih in druge vsakodnevne stresne situacije (povprečje 2,6), ravno tolikšno povprečje pa imajo tudi medosebni odnosi. S povprečjem 2,5 sledi finančno področje, s povprečjem 2,3 področje zdravja, najmanj stisk pa ljudje doživljajo na področju stanovanjskih razmer, kot so bivališče, hrup, onesnaženost ipd. (2,1).

**Graf 4.2: Pogostost doživljanja stisk na različnih področjih**



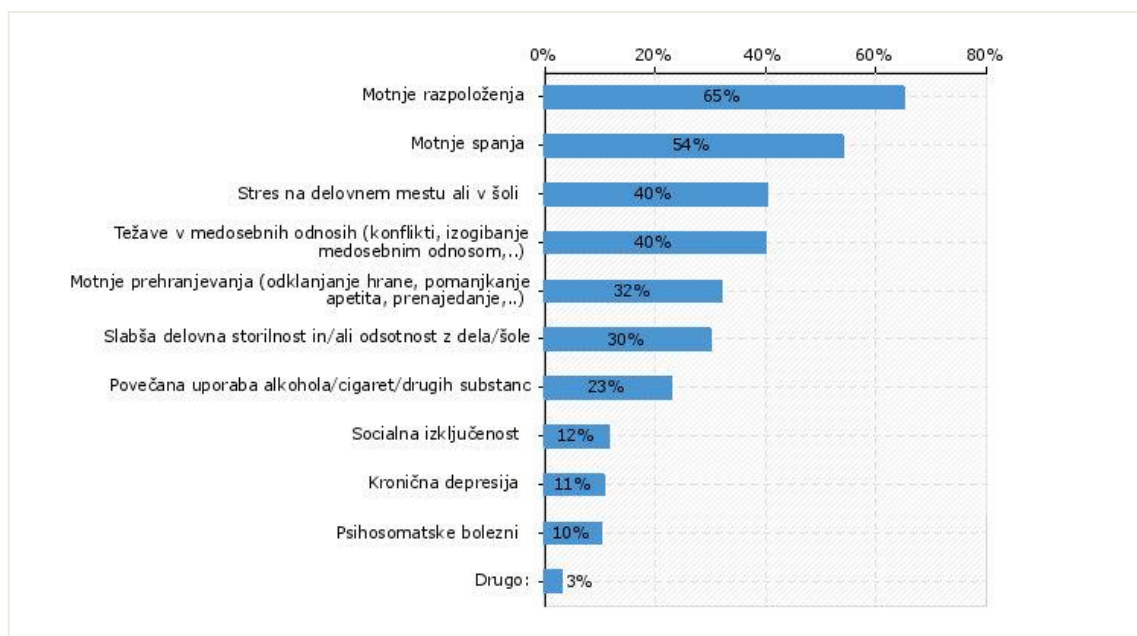
Z naslednjim vprašanjem sem preverjala svojo prvo hipotezo, ki se glasi *Največkrat se pri ljudeh ob doživljanju stisk pojavljajo težave v zvezi z nižjo delovno storilnostjo*. Hipotezo zavržem, saj je slabša delovna storilnost »šele« na šestem mestu izmed vseh odgovorov.

Pri večini ljudi (65 %) se stiske odražajo z motnjami razpoloženja. 54 % ljudi ima ob doživljanju duševnih stisk motnje spanja, 40 % pa jih doživlja stres na delovnem mestu ali v šoli. Ravno toliko ljudi ima težave v medosebnih odnosih. Sledijo motnje prehranjevanja (32 %), slabša delovna storilnost in/ali odsotnost z dela/šole (30 %) ter povečana zloraba alkohola, cigaret ali drugih substanc (23 %). 12 % ljudi meni, da so ob doživljanju stisk socialno izključeni, 11 % izmed njih se spopada s kronično depresijo, 10 % pa jih navaja

psihosomatske bolezni. 3 % zavzema odgovor 'drugo', in sicer so ljudje navedli, da se pri njih duševne stiske odražajo z občasno melanholijo, s paničnimi napadi, raztresenostjo, površnostjo in razdražljivostjo ter nizko samopodobo. Eden izmed odgovorov je bil, da oseba ves prosti čas porabi za izgradnjo boljšega življenja, da bi se stiski v prihodnje izognila, medtem ko se pri dveh stiske odražajo z uporabo zdravil oziroma povečano uporabo računalnika in računalniških iger. Dva sta odgovorila, da ne občutita nič od navedenega.

Glede na to, da sem med možne odgovore uvrstila tudi socialno izključenost, se mi je zdelo smiselno podatek primerjati s tistim, iz Statističnega urada Republike Slovenije. Leta navaja 17% stopnjo tveganja socialne izključenosti. (Statistični urad Republike Slovenije, 2017)

**Graf 4.3: Težave ob doživljanju stisk**



Preverila sem tudi svojo drugo hipotezo, ki ob doživljanju duševnih stisk predpostavlja različne težave glede na spol, in se glasi »Moški ob doživljanju duševnih stisk pogosteje posežejo po alkoholu in drugih substancah, ženske pa se pogosteje soočijo z motnjami prehranjevanja«.

Najpogostejše tako pri moških, kot tudi pri ženskah, so motnje razpoloženja, prav tako pri obeh spolih sledijo motnje spanja. Pri ženskah sledijo težave v medosebnih odnosih, o katerih poroča skoraj polovica vprašanih žensk, nato pa stres na delovnem mestu, ki je (sicer v nekoliko manjši meri) značilen tudi za moške, skupaj z njim povezano slabšo delovno storilnostjo. Moški so torej težave v delovnem okolju (stres na delovnem mestu in

slabša delovna storilnost – oboje 31 %) postavili pred težave v medosebnih odnosih, ki se pojavljajo pri 26 % anketiranih moških.

Pri ženskah se pred slabšo delovno storilnostjo pojavijo motnje prehranjevanja, ki jih doživlja kar 41 % vprašanih žensk in pol manj moških (18 %), kot sem tudi domnevala v hipotezi.

Povečana uporaba alkohola, cigaret in drugih substanc naj bi bila glede na odstotke bolj značilna za moške (24 %) kot za ženske (23 %), kar sem prav tako sklepala v hipotezi, a tukaj razlika ni znatna – gre zgolj za odstotek.

Za moške naj bi bila bolj značilna depresija (13 %), sledijo pa psihosomatske motnje in socialna izključenost (oboje 8 %). Socialno izključenost občuti 14 % žensk, 12 % jih občuti psihosomatske bolezni, 9 % pa depresijo. Za odgovor *drugo* se je odločilo 5 % moških in 2 % žensk.

Omenjeno hipotezo, ki predpostavlja pogostejšo uporabo alkohola in drugih substanc pri moških ter pogostejše motnje prehranjevanja pri ženskah, sem preizkusila s testom Hi-kvadrat in dobila rezultat 6,37. Po izračunu Cramarjevega  $\alpha$  dobim rezultat 0,2, kar pomeni, da je povezanost zgolj šibka. Celoten izračun je na voljo v prilogi.

**Tabela 4.3: Težave ob doživljanju stisk glede na spol**

Kako se tovrstne stiske pri vas odražajo?

Spol	Motnje spanja	Motnje razpoloženja	Depresija	Motnje prehranjevanja	Težave v medosebnih odnosih	Psihosomatske bolezni	Soc. izključenost	Stres na delovnem m.	Slabša delovna storilnost	Povečana uporaba alkohola/cigare t/substanc	Drugo	Skupaj
	Moški	62 52 %	<b>72</b> <b>61 %</b>	15 13 %	21 18 %	31 26 %	9 8 %	10 8 %	37 31 %	37 31 %	28 24 %	6 5 %
Ženski	100 55 %	<b>123</b> <b>68 %</b>	17 9 %	75 41 %	89 49 %	22 12 %	25 14 %	84 46 %	53 29 %	41 23 %	3 2 %	<b>181</b> 100%
Skupaj	<b>162</b> 54	<b>195</b> <b>65 %</b>	32 11	96 32 %	120 40 %	31 10 %	35 12 %	121 40 %	90 30	69 23 %	9 3 %	<b>300</b> 100%

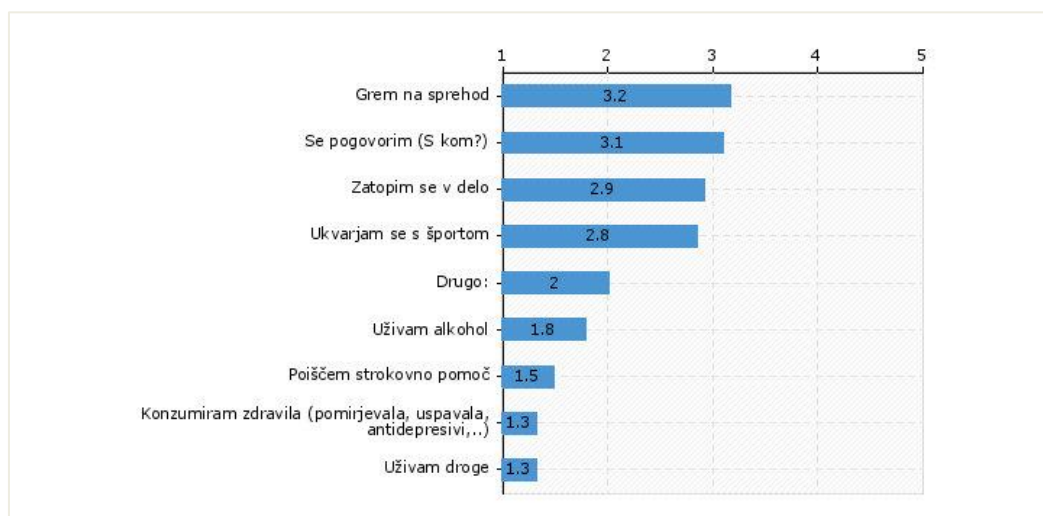
Moja tretja hipoteza se je glasila »z duševnimi stiskami se ljudje večkrat soočijo sami kot s strokovno pomočjo« in jo lahko glede na rezultate potrdim.

Rezultati so pokazali, da se ob stiskah ljudje največkrat odpravijo na sprehod (na lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni nikoli, 5 pa zelo pogosto, sprehod dosega povprečje 3,2) ali se pogovorijo (povprečje 3,1). Največkrat se pogovorijo s prijatelji, sledijo partnerji in družina, nekaj izmed vprašanih se pogovori tudi s sodelavci. Ljudje se ob stiskah pogosto zatopijo v delo (2,9) ali se ukvarjajo s športom (2,8). S povprečjem 2 sledi odgovor 'drugo', kamor so ljudje uvrstili naslednje:

- Hobiji (risanje, slikanje, pisanje, branje, ukvarjanje z glasbo, pobeg v gozd, obisk predstave, hribi, potovanje, usvarjanje, šivanje, računalniške igre,..)
- Potlačitev stiske, preusmerjanje misli
- Izoliranje, ignoriranje, »odklop« od sveta
- Sproščanje čustev, kontrolirano dihanje, kričanje, jok
- Branje člankov za samopomoč
- Delo na sebi
- Bruhanje
- Spanje
- Molitev

Ljudje ob stiskah uživajo alkohol (povprečje 1,8), od tega ga zelo pogosto uživata 2 (1 %), pogosto 15 (5 %), včasih pa 40 (13 %) vprašanih. Redkeje kot za alkohol se ljudje odločijo za strokovno pomoč (1,5). Nekaj izmed vprašanih jih ob stiskah uživa zdravila (pomirjevala, uspavala, antidepresivi,..) – povprečje 1,3, enako povprečje pa ima tudi uživanje drog. Od 300 vprašanih ob doživljanju stisk droge zelo pogosto uživata 2 (1 %), pogosto 11 (4 %), včasih 16 (5 %) ter redko 22 (7 %).

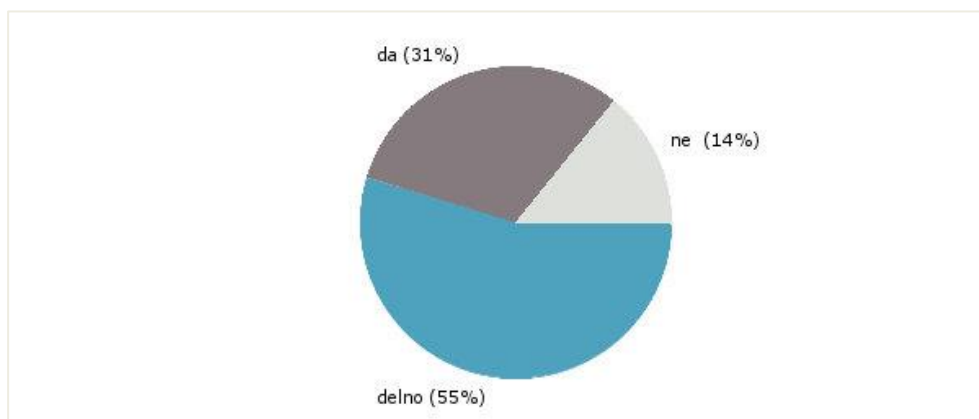
**Graf 4.4: Pogostost dejavnosti, ki jih ljudje počnejo ob doživljanju stisk**



31 % ljudi meni, da je njihov način soočanja s stiskami konstruktiven, 55 % ljudi meni, da je delno konstruktiven, 14 % pa da ni konstruktiven.

**Graf 4.5: Konstruktivnost soočanja s stiskami**

Ali menite, da je vaš način soočanja s stiskami konstruktiven?

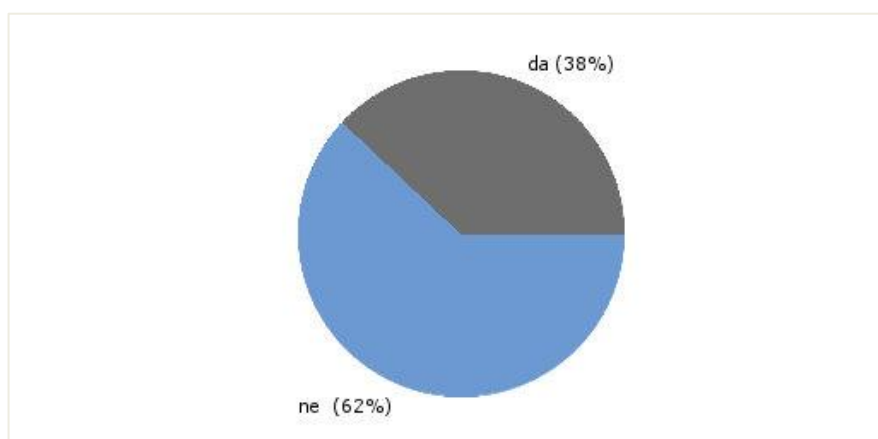




Na strokovno pomoč se je tekom življenja ob doživljanju stiske obrnilo 114 ljudi oziroma 38 % od vseh vprašanih in tudi to potrjuje moja tretjo hipotezo »z duševnimi stiskami se ljudje večkrat soočijo sami kot s strokovno pomočjo.«

#### **Graf 4.6: Obračanje na strokovno pomoč**

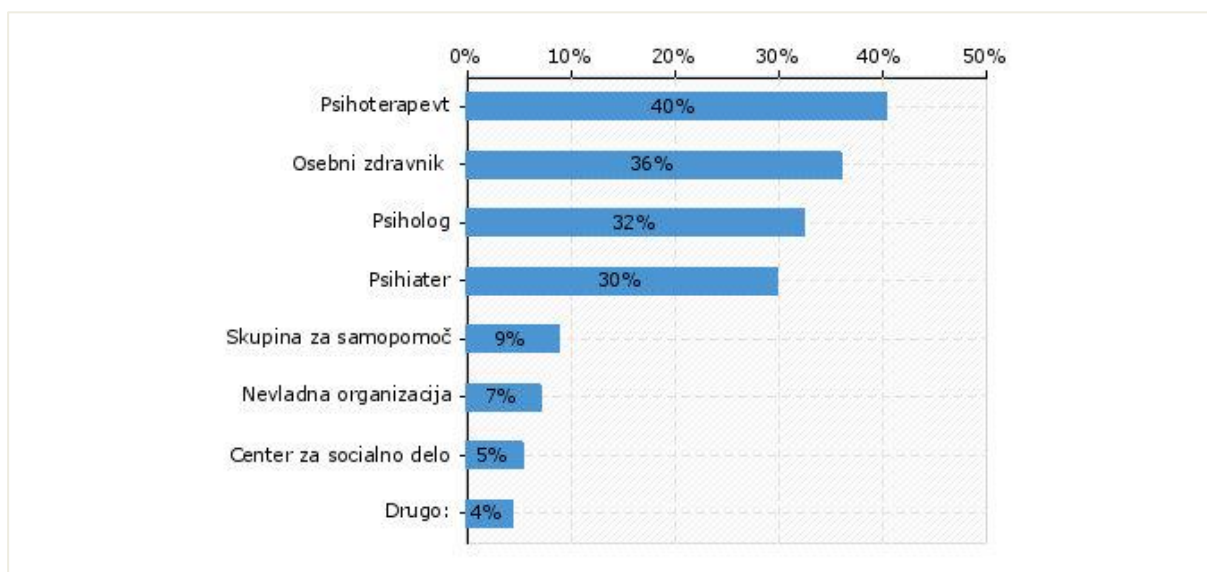
Ali ste se kdaj tekom življenja ob doživljanju stiske obrnili na strokovno pomoč?



Z naslednjim vprašanjem sem preverjala svojo četrto hipotezo »Če se ljudje odločijo za strokovno pomoč, je to največkrat osebni zdravnik«.

Od tistih, ki so poiskali pomoč, se jih je 46 (40 %) obrnilo na psihoterapevta. 41 (36 %) jih je pomoč poiskalo pri osebnem zdravniku, nekaj manj pri psihologu (32 %) in psihiatru (30 %). Skupino za samopomoč je obisk(ov)alo 9 % ljudi, na nevladno organizacijo se je obrnilo 7 % ljudi, s 5 % sledi center za socialno delo, s 4 % pa 'drugo'. Pod 'drugo' so ljudje uvrstili šolsko psihosocialno pomoč, profesorico na fakulteti, duhovnega spremljevalca ter t.i. alternativne možnosti, kot so reiki, energetske tehnike ter bioenergetiki. To je odgovor na moje peto vprašanje, ki se glasi »Za kakšno obliko strokovne pomoči se ljudje največkrat odločajo?«.

**Graf 4.7: Vrste strokovne pomoči, za katere se ljudje odločajo**



Frekvence so pokazale, da se moški pogosteje obrnejo na psihologa (ki je pri ženskah šele na četrtem mestu – za psihoterapevtom, osebnim zdravnikom in psihiatrom). Ženske se torej najpogosteje obrnejo na psihoterapevta, le-ta je pa pri moških, skupaj s psihiatrom, na tretjem mestu (za psihologom in osebnim zdravnikom). Ženske (7 %) se glede na odgovore pogosteje kot moški (0 %) odločajo za druge, tj. alternativne možnosti.

**Tabela 4.4: Vrste strokovne pomoči, za katere se ljudje odločajo - odgovori glede na spol**

	Osebni zdravnik	CSD	Psiholog	Psiho-Terapevt	Psihiater	Skupina za samopomoč	Nevladna org.	Drugo	Sk.
<i>moški</i>	15 38 %	1 3 %	18 46 %	11 28 %	11 28 %	3 8 %	2 5 %	0 0 %	<b>39</b> 100%
<i>ženski</i>	26 35 %	5 7 %	19 25 %	35 47 %	23 31 %	7 9 %	6 8 %	5 7 %	<b>75</b> 100%
<i>skupaj</i>	<b>41</b> 36 %	<b>6</b> 5 %	<b>37</b> 32 %	<b>46</b> 40 %	<b>34</b> 30 %	<b>10</b> 9 %	<b>8</b> 7 %	<b>5</b> 4 %	<b>114</b> 100%

Pri petem raziskovalnem vprašanju sem predvidela oziroma postavila hipotezo, da se za strokovno pomoč pogosteje odločajo ljudje z višjimi stopnjami izobrazbe, a ta povezava ne drži. Hi-kvadrat test je pokazal neznatno povezanost med stopnjo izobrazbe in odločanjem za strokovno pomoč.

Hi-kvadrat po izračunu znaša 0,01897, Cramerjev  $\alpha$  pa znaša 0,00816. Za vsaj šibko povezanost bi moral znašati najmanj 0,05, zato je tukaj povezava neznatna. Celotni izračuni so na voljo v prilogi.

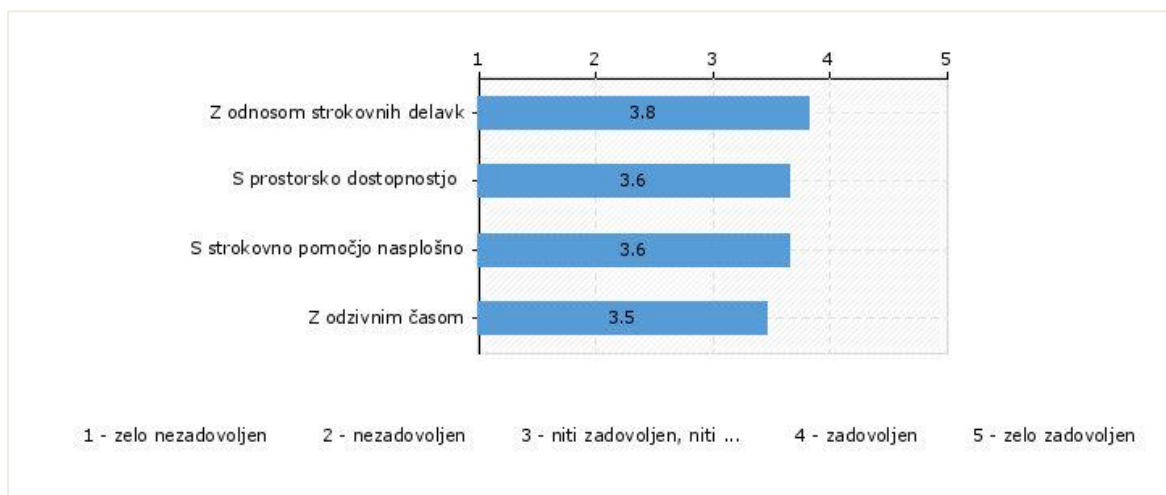
Za izračune sem ljudi z različnimi stopnjami izobrazbe združila v dve kategoriji, in sicer nižje izobražene in višje izobražene, medtem ko so v spodnji tabeli prikazani odgovori glede na posamezne stopnje izobrazbe.

**Tabela 4.5: Odločanje za strokovno pomoč, glede na najvišjo doseženo formalno izobrazbo**

Najvišja dosežena formalna izobrazba	Ali ste se kdaj tekom življenja ob doživljanju stiske obrnili na strokovno pomoč?		
	da	ne	Skupaj
Nedokončana OŠ ( 1 )	0 0%	0 0%	<b>0</b> 100%
Osnovna šola ( 2 )	7 70%	3 30%	<b>10</b> 100%
Srednja pokl. šola ( 3 )	29 33%	59 67%	<b>88</b> 100%
Gimnazija ( 4 )	14 31%	31 69%	<b>45</b> 100%
Višja, visoka ( 5 )	22 49%	23 51%	<b>45</b> 100%
Univerzitet izobrazba ( 6 )	35 40%	53 60%	<b>88</b> 100%
Magisterij ( 7 )	7 32%	15 68%	<b>22</b> 100%
Doktorat ( 8 )	0 0%	2 100%	<b>2</b> 100%
<b>Skupaj</b>	<b>114</b> 38%	<b>186</b> 62%	<b>300</b> 100%
<b>Povprečje</b>	<b>4.6</b>	<b>4.6</b>	

114 (38 %) anketirancev, ki so imeli izkušnjo s strokovno pomočjo, je najbolj zadovoljnih z odnosom strokovnih delavk (povprečje 3,8), najmanj pa z odzivnim časom (povprečje 3,5). Povprečje 3,6 si delita prostorska dostopnost in strokovna pomoč na splošno.

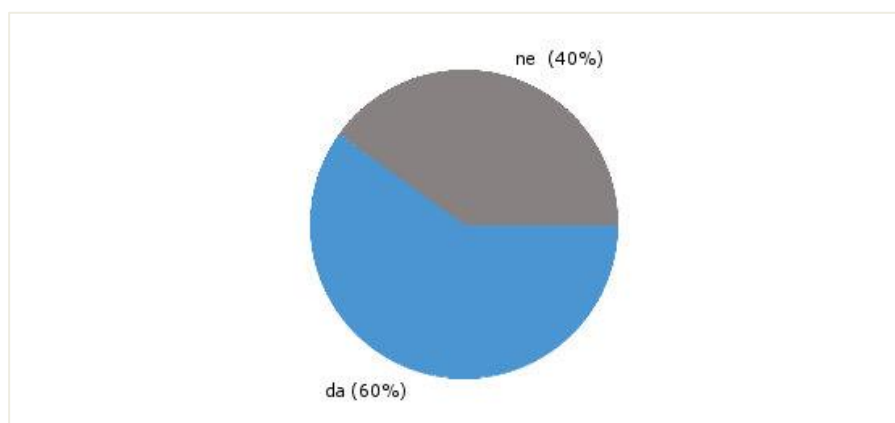
**Graf 4.8: Zadovoljstvo s strokovno pomočjo**



Na vprašanje »Ali ste kdaj bili v situaciji, da bi strokovno pomoč potrebovali, pa se zanjo niste odločili?« je kar 179 oziroma 60 % ljudi odgovorilo DA.

**Graf 4.9: Potreba za strokovno pomočjo**

Ali ste bili kdaj v situaciji, da bi strokovno pomoč potrebovali, pa se zanjo niste odločili?

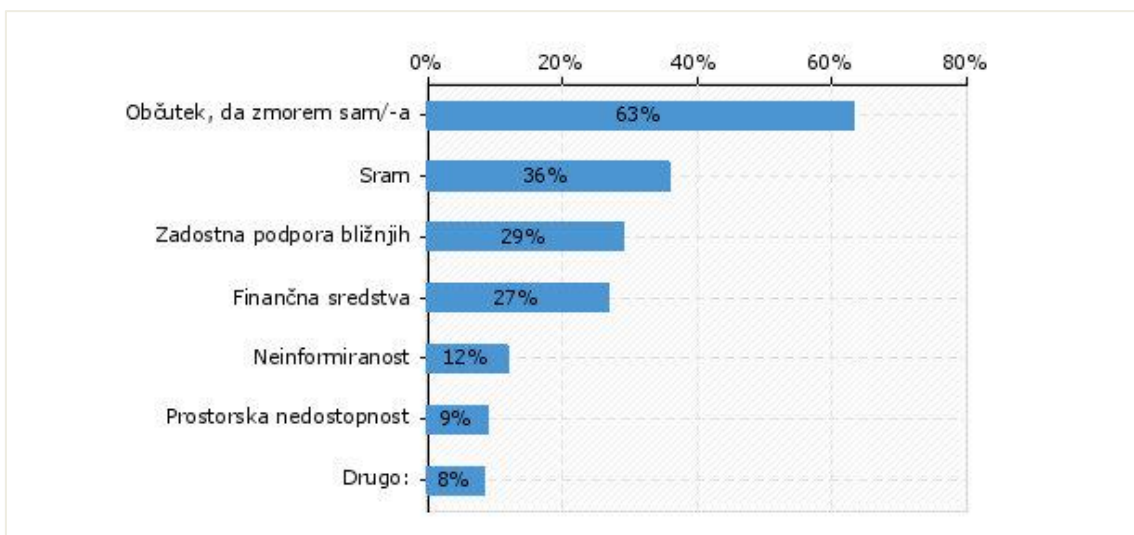


Od teh 179 jih je 63 % odgovorilo, da pomoči niso poiskali zaradi občutka, da zmorejo sami. S 36 % sledi sram, zadostna podpora bližnjih (29 %) in finančna sredstva (27 %). Zadnja tri mesta zavzemajo neinformiranost (12 %), prostorska nedostopnost (9%) in 'drugo' (8 %), kamor so uvrstili naslednje odgovore:

- strah (2)
- apatija
- predolga čakalna doba
- preveč zakompliciran postopek
- pomanjkanje časa oziroma dajanje prednost drugim in ne sebi (4)
- v izogib farmakologizaciji in dokumentiranosti eventualne psihične nestabilnosti
- ker je za stisko kriv alkohol oziroma oseba, ki ga uživa in bi ona morala poiskati pomoč
- potem si moraš priznati, da je situacija res slaba
- nezaupanje v dostopne strokovnjake

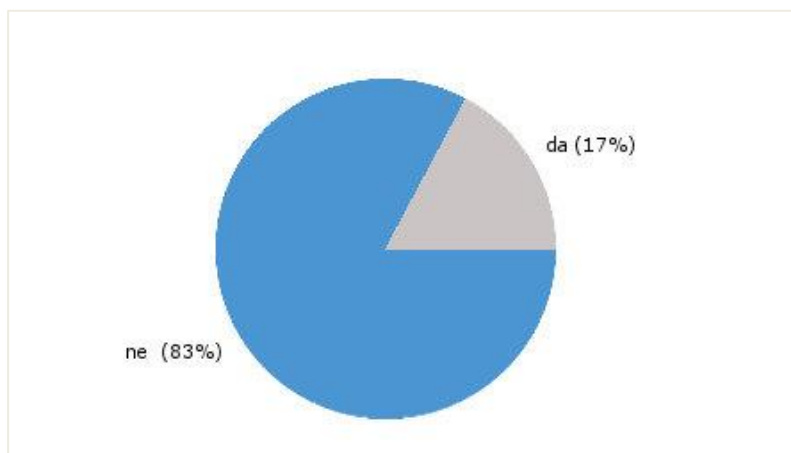
To je odgovor na moje šesto raziskovalno vprašanje. Moja šesta hipoteza se je glasila »Na ne-odločanje za strokovno pomoč najpogosteje vplivajo finančna sredstva in sram«, a je ne morem potrditi, saj med vodilne dejavnike sodita torej tudi občutek ljudi, da zmorejo sami in pa zadostna podpora bližnjih.

**Graf 4.10: Razlogi neodločanja za strokovno pomoč**



V preteklem letu je moralo kar 17 % ljudi omejiti svoje dejavnosti ali izostati iz dela/šole zaradi duševnih težav.

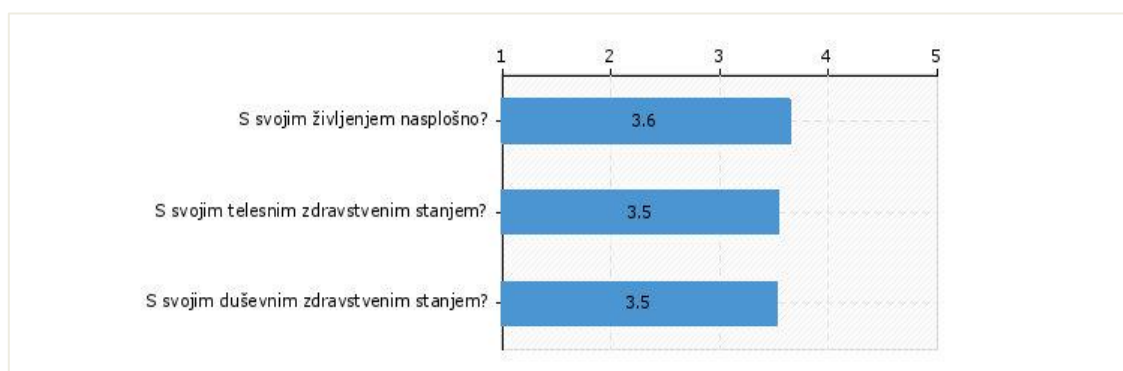
**Graf 4.11: Omejevanje dejavnosti zaradi duševnih težav**



Najbolj zadovoljni so s svojim življenjem (povprečje 3,6 na lestvici od 1 do 5), nekoliko manj pa s svojim telesnim in duševnim stanjem (oboje povprečje 3,5). Kar se tiče duševnega zdravja, je z njim zelo nezadovoljnih 13 (4 %) anketirancev, nezadovoljnih 38 (13 %), niti zadovoljnih, niti nezadovoljnih 66 (22 %). 144 (48 %) jih je s svojim duševnim zdravjem zadovoljnih, 39 (13 %) pa zelo zadovoljnih.

Zadovoljstvo z življenjem znaša 3,6 na lestvici od 1 do 5, medtem ko podatki iz Statističnega urada Republike Slovenije (2017) navajajo povprečje 7,2 na lestvici od 1 do 10, kar pomeni, da gre za enak oziroma primerljiv podatek.

**Graf 4.12: Zadovoljstvo z duševnim in telesnim zdravjem ter življenjem nasplošno**



Sedma hipoteza se glasi »*S svojim duševnim zdravjem so najmanj zadovoljni ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe, ženske in brezposelni*«. Tako nakazujejo tudi izračunana povprečja in standardni odkloni.

Glede na doseženo formalno izobrazbo so s svojim duševnim stanjem najbolj zadovoljni ljudje z najvišjo stopnjo izobrazbe – tj. doktorat (4,5), najmanj pa ljudje, ki imajo zaključeno osnovno šolo (3,1). Podobno je tudi pri zadovoljstvu z življenjem na splošno, kjer je pri ljudeh z univerzitetno izobrazbo in magisterijem zadovoljstvo 3,8, pri ljudeh z doktoratom 4,0, pri ljudeh z zaključeno osnovno šolo pa ponovno 3,1.

**Tabela 4.6: Zadovoljstvo z duševnim zdravjem – povprečja odgovorov glede na najvišjo doseženo formalno izobrazbo**

Najvišja dosežena izobrazba	Povprečje	Standardni odklon	Število enot
Nedokončana osnovna šola	0,0		0
Osnovna šola	3,1	0,126	10
Srednja poklicna šola	3,5	0	88
Gimnazija	3,5	0	45
Višja, visoka šola	3,4	0,015	45
Univerzitetna izobrazba	3,6	0,011	88
Magisterij	3,6	0,213	22
Doktorat	4,5	0,707	2
<b>Skupaj</b>	<b>3,5</b>	<b>0</b>	<b>300</b>

Glede na trenutni zaposlitveni status je povprečje zadovoljstva z duševnim zdravjem najnižje pri brezposelnih (povprečje 3,0)

**Tabela 4.7: Zadovoljstvo z duševnim zdravjem – povprečja odgovorov glede na trenutni zaposlitveni status**

Trenutni zaposlitveni status	Povprečje	Standardni odklon	Število enot
Se šolam	3,5	0	85
Zaposlen	3,6	0,007	179
Samozaposlen	3,6	0,033	9
Brezposeln	3,0	0,1	26
Upokojen	4,0	0,5	1
<b>Skupaj</b>	<b>3,5</b>	<b>0</b>	<b>300</b>



Ženske so v povprečju nekoliko manj zadovoljne s svojim življenjem, pa tudi s svojim telesnim in duševnim zdravstvenim stanjem. Povprečje zadovoljstva z duševnim zdravjem pri ženskah znaša 3,5, pri moških pa 3,6 na lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni zelo nezadovoljen, 5 pa zelo zadovoljen

**Tabela 4.8: Zadovoljstvo z duševnim zdravjem – povprečja odgovorov glede na spol**

Spol	Povprečje	Standardni odklon	Število enot
Moški	3,6	0,01	119
Ženski	3,5	0	181
<b>Skupaj</b>	<b>3,5</b>	<b>0,01</b>	<b>300</b>

## 5 RAZPRAVA IN SKLEPI

### 5.1 Razprava

Če povzamem bistvene ugotovitve, so ljudje najbolj nezadovoljni oziroma najpogosteje doživljajo stiske ravno na področjih, kjer preživijo največ časa. To sta predvsem delovno ali šolsko okolje, kar so pokazale tudi predhodno izvedene raziskave CINDI iz 2012 in 2016 (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018) ter partnersko razmerje in družina. Na visokem mestu je tudi področje lastne samopodobe, kar zagotovo negativno vpliva na počutje in kakovost življenja.

Najmanj stisk ljudje doživljajo na finančnem področju, področju zdravja in stanovanjskih razmer, kar je po mojem mnenju povezano s tem, da za gre odraslo, pretežno aktivno prebivalstvo, ki se v povprečju še ne sooča z večjimi zdravstvenimi težavami ter s tem da je večina anketiranih zaposlena in so tako bolj ali manj preskrbljeni. Povprečja doživljanja stisk so na vseh področjih najmanj 2,1 (na lestvici od 1 do 5), kar pomeni, da ljudje na vseh področjih stiske doživljajo vsaj redko ali tudi pogosteje.

Stiske se pri ljudeh odražajo na različne načine. Najpogostejše so motnje razpoloženja, sledijo jim pa motnje spanja. Značilne so za oba spola, medtem ko se pri ostalih kažejo blage razlike. Ker sem se osredotočila na odraslo prebivalstvo, sem domnevala, da bo največjo težavo predstavljala slabša delovna storilnost, a je le-ta »šele« na šestem mestu.

Pri psihosomatskih boleznih, ki zavzemajo predzadnje mesto (pred odgovorom *drugo*), velja omeniti tudi to, da se jih večina ljudi ne zaveda, saj gre za telesne simptome s psihološkim ozadjem, zato ljudje, ki na to niso pozorni ali dovolj ozaveščeni, ne vedo, ali so težave telesnega ali psihološkega izvora. (Marušič in Temnik, 2009)

Ob doživljanju stisk se ljudje odpravijo na sprehod, se pogovorijo, zatopijo v delo ali se ukvarjajo s športom. Pogosto se sproščajo oziroma zamotijo z različnimi hobiji, kot so slikanje, ukvarjanje z glasbo, branje, spanje itn. Nekateri se izolirajo od družbe, se prenajedajo, skušajo stisko potlačiti, nekaj jih poišče strokovno pomoč. Kot sem domnevala, se s stiskami pogosteje soočijo sami.

Pogosteje kot iskanje strokovne pomoči je poseganje po alkoholu in drugih sredstvih. V moji raziskavi ob doživljanju stisk po alkoholu včasih ali pa pogosteje poseže skoraj petina (19 %) ljudi, 34 % ljudi po njem poseže redko, nekaj manj kot polovica (47 %) pa nikoli.

Uporaba alkohola je tudi sicer velik javnozdravstveni problem v Sloveniji, kot izhaja iz podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Zorko idr., 2014) in drugih statističnih podatkov.

Zaradi predhodno preučene literature, sem poseganje po alkoholu na nek način pričakovala, ob tem je pomembno poudariti tudi to, da sem jaz preučevala »zgolj« uporabo alkohola ob doživljanju stisk, le-ta pa je pogost spremljevalec tudi mnogih zabav in drugih dogodkov ter kar je najbolj zaskrbljujoče – zaradi spremenjenega načina življenja, tržnega komuniciranja in lahke dostopnosti, vedno pogosteje vstopa tudi v življenja mladih. (Zorko idr., 2014)

Za razliko od alkohola, me je presenetila uporaba drog. Le-ta (skupaj z uživanjem zdravil) v moji raziskavi med vsemi navedenimi aktivnostmi sicer zavzema zadnje mesto, a posamezni odgovori pokažejo, da ob doživljanju stisk *vsaj* redko ali pa pogosteje po drogah poseže kar 51 od 300 anketiranih ljudi, kar je zame osebno dokaj zaskrbljujoč podatek.

Kljub omenjenim podatkom večina ljudi (86%) meni, da je njihov način soočanja s stiskami konstruktiven ali delno konstruktiven. Dobra tretjina ljudi se je sicer tekom življenja ob doživljanju stiske že obrnila na strokovno pomoč.

Kot navajata Možina in Bohak (2008) psihoterapija kot eden izmed načinov strokovnega soočanja z duševnimi stiskami pri nas ni urejena in integrirana v sistem javnega zdravstva, prav tako je javnosti pogosto nedostopna ali pa le-ta z njo ni dovolj seznanjena, zato sem na podlagi tega sklepala o povezavi med izobrazbo in odločanjem za strokovno pomoč, a so rezultati pokazali, da takšne povezave ni. Obisk psihoterapevta je celo najbolj zastopana oblika strokovne pomoči, za katero se ljudje odločajo. Zanj se večkrat odločajo ženske, medtem ko se moški pogosteje obrnejo na psihologa.

Psihoterapiji kot najbolj zastopani obliki sledi obisk osebnega zdravnika, ker je bil (glede na naš medicinski vidik dojetanja duševnega zdravja, ki ga navajam v pregledu problematike) tudi pričakovan izid in sem ga v hipotezi pričakovala celo kot »vodilnega«.

Kar 60 % ljudi je že bilo v situaciji, da so strokovno pomoč potrebovali, pa se zanj niso odločili kar prav tako potrjuje mojo hipotezo, da se s stiskami pogosteje soočijo sami kot s pomočjo strokovnjakov.

Kar se tiče razlogov za (ne)odločanje za strokovno pomoč, je najpogostejši ravno ta občutek ljudi, da zmorejo sami, še vedno pa je razvidno, da so v veliki meri prisotni tudi sram, strah in nezaupanje v dostopne strokovnjake, kar potrjuje navedbe iz literature (Zaviršek, 1994; Hacler, 2017), da sta duševno zdravje in strokovna pomoč pri nas še

zmeraj tabu temi. Slovenci imajo v povprečju zadostno podporo bližnjih, največkrat so to družinski člani, partnerji in prijatelji ter se zaradi njihove podpore ne odločajo za strokovno pomoč. To je prav tako spodbuden podatek, saj lahko pomanjkanje socialne in čustvene opore prav tako negativno vpliva na duševno zdravje in stiske še dodatno poveča (Marušič in Temnik, 2009)

Prej sem omenila, da povezave med formalno izobrazbo ljudi in odločanjem oziroma neodločanjem za strokovno pomoč ni – v nasprotju s tem, pa obstaja povezava med formalno izobrazbo in zadovoljstvom z duševnim zdravjem. Iz rezultatov izhaja, da so s svojim duševnim zdravjem najbolj zadovoljni ljudje z najvišjo stopnjo izobrazbe, najmanj pa ljudje z najnižjo stopnjo izobrazbe, podobno pa je tudi pri zadovoljstvu z življenjem nasploh. Čeprav sama nisem predvidela, da bo šlo pri izobrazbi za *tolikšne* razlike, avtorji (Marušič in Temnik, 2009) izobrazbo uvrščajo med pomembne dejavnike, ki lahko v kombinaciji z drugimi individualnimi, medosebnimi in družbenimi dejavniki znatno vplivajo za nastanek in razvoj težav v duševnem zdravju. Najmanj zadovoljni s svojim duševnim zdravjem so poleg nižje izobraženih tudi ženske in brezposelni, tudi spol in zaposlitveni status sta namreč pomembna dejavnika tveganja duševnih motenj. S tem sem odgovorila na sedmo raziskovalno vprašanje ter potrdila navedbe iz literature. (Marušič in Temnik, 2009; Kamin idr., 2009)

V raziskavi, ki je bila opravljena leta 2006 v okviru raziskovalnega projekta MINDFUL (Kamin idr., 2009), je bilo ugotovljeno, da je v preteklem letu zaradi duševnih motenj moralo omejiti svoje dejavnosti ali izostati z dela 13,1 % ljudi, medtem ko v moji raziskavi ta odstotek znaša 17 %. Čeprav ne gre za isti vzorec in sem sama spraševala tudi po izostanku iz šole, ocenjujem, da gre za zaskrbljujoč podatek, saj je v vmesnem času prišlo tudi do gospodarske krize ter drugih okoliščin, tako osebnih, kot tudi na ravni države, ki so utegnile negativno vplivati na počutje, razmere in duševno zdravje ljudi. Sicer naj bi, kot rečeno, področje duševnega zdravja, kar se tiče sprejemanja zakonodaje in druge dokumentacije, napredovalo – vmes smo dobili Zakon o duševnem zdravju (2008) ter Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja (2011) zato se tej temi posveča vedno več pozornosti, še vedno pa je veliko prostora za napredek. V času izvajanja raziskave je bila dne 27. 3. 2018 sprejeta tudi četrta izdaja Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (2018), ki predvideva da se bo Slovenija v prihodnjih 10 letih postavila ob bok razvitim državam ter izpostavlja šest prioritetenih področij, ki sem jih omenila v teoretskem uvodu. Ta vzpostavljajo novosti na področju

duševnega zdravja in se posvečajo zmanjševanju javnozdravstvenih problemov, s katerimi se že več let neuspešno soočamo.

Z izdelavo anketnega vprašalnika sem zadovoljna, saj sem z njegovo pomočjo izvedla ravno takšno raziskavo, kot sem jo želela in pridobila odgovore na raziskovalna vprašanja, ki so me zanimala. Če bi raziskavo ponovno izvajala, bi si želela še nekoliko povečati vzorec, denimo na 500. Menim, da bi bilo dobro razmerja še nekoliko bolj uskladiti s podatki o celotni populaciji iz Statističnega urada Republike Slovenije (2018), pojavlja se namreč nekaj odstopanj pri demografskih značilnostih, kot sta spol in izobrazba. Pri spolu sem si sicer prizadevala regulirati razmerje med moškimi in ženskami, a so bile slednje bolj odzivne, in sem jih tako v raziskavo zajela nekoliko več, medtem ko jih je po podatkih SURS nekoliko manj.

V primerjavi s podatki iz SURS (Statistični urad Republike Slovenije, 2018), so ljudje znotraj moje raziskave v povprečju nekoliko bolj izobraženi, vključenih je bilo namreč manj ljudi z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo ter več ljudi z višješolsko ali visokošolsko izobrazbo (kamor po zgledu SURS uvrščam tudi univerzitetno izobrazbo, magisterij in doktorat). Podatki Statističnega urada sicer niso povsem primerljivi z mojimi, saj se nanašajo zgolj na delovno aktivno prebivalstvo.

Zelo zadovoljna sem s pridobljenimi podatki o zaposlitvenem statusu, ki se pravzaprav povsem ujemajo z realno situacijo znotraj RS.

## **5.2 Sklepi**

Ljudje najpogosteje doživljajo stiske v delovnem ali šolskem okolju ter v partnerskem razmerju in družini, najmanj pogosto pa na področju stanovanjskih razmer.

Največkrat se pri ljudeh ob doživljanju stisk pojavljajo motnje razpoloženja in ne težave v zvezi z nižjo delovno storilnostjo, kot sem sprva predvidevala. Motnje razpoloženja so značilne za oba spola, prav tako motnje spanja, ki jim sledijo. Preostalim težavam, kot so depresija, motnje prehranjevanja, težave v medosebnih odnosih, psihosomatske bolezni, socialna izključenost, stres na delovnem mestu, slabša delovna storilnost, povečana uporaba alkohola, cigaret in drugih substanc so moški in ženske pripisali različno pogostost. Sama sem domnevala, da se pri ženskah pogosteje kažejo motnje prehranjevanja, medtem ko moški pogosteje posežejo po alkoholu, a je Hi-kvadrat test pokazal zgolj šibko povezanost.

Ob stiskah se ljudje največkrat odpravijo na sprehod ali se pogovorijo. Alkohola se poslužijo pogosteje kot iskanja strokovne pomoči.

Kar 86 % ljudi meni, da je njihov način soočanja s stiskami konstruktiven ali delno konstruktiven.

Na strokovno pomoč se je tekom življenja ob doživljanju stiske obrnilo 38 % ljudi. Najpogosteje so se obrnili na psihoterapevta, ki ima minimalno prednost pred osebnim zdravnikom. Na psihoterapevta se najpogosteje obrnejo ženske, medtem ko se moški raje posvetujejo s psihologom. Zaradi neurejenega področja psihoterapije in medicinsko usmerjenega duševnega zdravja pri nas, ki ga opisuje literatura, sem sama pričakovala, da se bo več ljudi obrnilo na osebnega zdravnika.

Domnevala sem tudi, da se za strokovno pomoč pogosteje odločajo ljudje z višjimi stopnjami izobrazbe, a je Hi-kvadrat preizkus pokazal neznatno povezanost med izobrazbo in odločanjem za pomoč.

Tisti, ki so se za strokovno pomoč odločili, so najbolj zadovoljni z odnosom strokovnih delavcev, najmanj pa z odzivnim časom.

Kar 60 % je že bilo v situaciji, ko bi strokovno pomoč potrebovali, pa se zanj niso odločili. Sama sem domnevala, da na to najpogosteje vplivajo finančna sredstva in sram, a sta pomembna dejavnika, poleg že omenjenih, tudi občutek ljudi, da zmorejo sami in pa zadostna podpora bližnjih.

Ljudje se z duševnimi stiskami torej večkrat soočijo sami kot s strokovno pomočjo, kar je bila tudi ena izmed hipotez.

17 % ljudi je v preteklem letu zaradi duševnih težav moralo omejiti svoje dejavnosti ali izostati iz dela.

Sama sem domnevala, da so s svojim duševnim zdravjem najmanj zadovoljni ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe, ženske in nezaposleni, k čemur se nagibajo tudi izračuni povprečij in standardnih odklonov.

## 6 PREDLOGI

Kot izhaja iz literature in iz ugotovitev moje raziskave, je še zmeraj razvidno, da je na področju duševnega zdravja prisoten tabu, ki ga spremljajo sram, strah in nezaupanje v strokovnjake, zaradi česar se ljudje ne odločajo za strokovno pomoč, zato menim, da bi bilo potrebno strokovne službe narediti bolj dostopne ljudem, kar je tudi načrtovano z novo resolucijo. Le-ta omenja namreč zagotavljanje preventive in interdisciplinarno obravnavo odraslih oseb s težavami v duševnem zdravju na primarni ravni zdravstvenega varstva s poudarkom na skupnostni oskrbi. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018).

Glede na razvite nekonstruktivne načine soočanja z duševnimi stiskami in težavami, ki se kažejo v raziskavi, bi bilo potrebno javnost ozavestiti o psihologizaciji duševnih stisk in o škodljivih posledicah somatizacije, ki zmanjšajo kakovost življenja ter vodijo v bolezni, odvisnosti in žal pogosto tudi v smrt. V tem kontekstu bi morali javnost poučiti tudi o možnostih in oblikah strokovne pomoči. Potrebno bi bilo zmanjšati tudi čakalne dobe in odzivni čas, kar kot problem izpostavljajo tako strokovnjaki kot tudi osebe, ki pomoč potrebujejo – kot izhaja iz nekaterih odgovorov mojega anketnega vprašalnika.

Čeprav me je dejstvo, da se Slovenci v okviru dostopne strokovne pomoči največkrat obrnejo na psihoterapevta, presenetilo, je to najbrž le dodaten dokaz, da nujno potrebujemo normativno ureditev psihoterapevtske dejavnosti in financiranja psihoterapevtskih storitev, da bodo le te bolj dostopne širši javnosti, za kar si Slovenska krovna zveza za psihoterapijo in drugi že več let prizadevajo.

Menim, da bi se morale na področju duševnega zdravja pogosteje izvajati raziskave o duševnem zdravju Slovencev, kar je pravzaprav prav tako eno izmed prioritetenih področij letošnje Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja (2018), saj se na tak način spremljajo razmere ljudi in njihove potrebe. Avtorji sami priznavajo, da podatkov o pozitivnem duševnem zdravju in varovalnih dejavnikih ne zbirajo rutinsko (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2014), zato je tukaj zagotovo veliko prostora za napredek.

V socialnem delu pogosto poudarjamo, da po O'Hanlonu prihaja četrti val oziroma t.i. *postmodernizem*, kjer se fokus premika od patologije, problema in rešitve k vprašanju odnosa med udeleženi v procesu pomoči (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2009); še eden pomembnejših premikov, na katerega se mi zdi, da bi morali prav tako biti

pozorni, pa se mi zdi prehod iz somatizacije k psihologizaciji (ne pa tudi k psihiatrizaciji) duševnih stisk.

Čeprav sem se sama osredotočila na odraslo prebivalstvo, sem ob prebiranju literature zasledila, da se kar polovica vseh motenj, ki se pojavijo tekom življenja, začne do 14. leta starosti, do 24. leta starosti pa naj bi se začelo že tri četrtine duševnih motenj. (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018). Iz tega razloga menim, da bi bilo potrebno več pozornosti posvetiti tudi ozaveščanju in skrbi za dobro počutje in duševno zdravje otrok in mladostnikov ter zmanjšati dejavnike, ki vplivajo na nastanek in razvoj duševnih motenj. K temu sodijo tudi razne odvisnosti, medvrstniško nasilje, zlorabe ipd., za kar je potrebno medinstitucionalno sodelovanje vseh strok – učiteljev, profesorjev, socialnih delavcev,.. in ozaveščanje staršev.

Tudi kar se tiče odraslih, ki doživljajo stiske na področju dela zaradi stresa in slabih odnosov s sodelavci in nadrejenimi, bi bilo potrebno v podjetjih zagotoviti psihologe, zaupnike ali supervizorje, še posebej pri poklicih, kjer prihaja do večje izpostavljenosti stresnim ali celo travmatskim dogodkom ali do povečanega obsega dela. Tudi sicer bi lahko na področju politike po zgledu drugih držav sprejeli več ukrepov, eden izmed takšnih je denimo skrajšanje delovnega časa, kar sta nedavno uvedli Švedska in Francija, dolžina delovnega časa namreč dokazano vpliva na stopnjo zadovoljstva z življenjem in na nastanek določenih kroničnih bolezni in duševnih motenj, kot sta anksioznost in depresija. (Bilban in Stare, 2015)

Predvsem upam, da se bomo lahko v prihodnosti tudi na področju duševnega zdravja postavili ob bok razvitejšim državam in vsem državljanom zagotovili zadovoljivo kakovost življenja oziroma - *zdrav duh v zdravem telesu*.



## 7 VIRI IN LITERATURA

1. Bilban, M. & Stare, B. (2015). Podaljšan delovni čas in njegov vpliv na zdravje, okolje in brezposelnost. Pridobljeno 20. 8. 2018 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-6JW8EV1T/1090fad1-2fcb-466d-ba94-c8adede764d0/PDF>
2. Cozzi, D. (1993). Znanje za drugačno zdravljenje. *Socialno delo*, 32 (1-2), 107-112.
3. Čaćinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N. & Možina, M. (2009). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebne stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
4. Dernovšek, M., Oreški, S. & Tavčar, R. (2009). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana.
5. Dernovšek, M., Oreški, S. & Hrast, I. (2010). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ljubljana.
6. Dernovšek, M., Oreški, S. & Hrast, I. (2011). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ljubljana.
7. Dernovšek, M., Oreški, S. & Hrast, I. (2012). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ljubljana.
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. (2013). Arlington: American Psychiatric Association.
9. Dragoš, S. (2017). *Socialna politika*. Zapiski predavanj pri predmetu Skupnostno socialno delo, UL, Fakulteta za socialno delo.
10. EU konferenca na visoki ravni. (2008). *Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje*. Bruselj. Pridobljeno 25. 11. 2017 s [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/mhpact\\_sl.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf).
11. Filozofska fakulteta - Oddelek za psihologijo (2018). *Kaj je psihologija*. Pridobljeno 1. 6. 2018 s [http://psy.ff.uni-lj.si/slo/Predstavitev/Kaj\\_je\\_psihologija](http://psy.ff.uni-lj.si/slo/Predstavitev/Kaj_je_psihologija)
12. Flaker, V. (2003). *Oris metod socialnega dela*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
13. Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J. & Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
14. Hacler, T. (2017). *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije - velik izziv tudi za politiko*. Pridobljeno dne 10. 3. 2018 na <https://www.rtvsl.si/zdravje/novice/dusevno-zdravje-prebivalcev-slovenije-velik-izziv-tudi-za-politiko/439622>

15. Hvalič Touzery, S., Pivač, S. & Smodiš, M. (2015). *Analiza stanja na področju duševnega zdravja – ranljive skupine*. (projekt v okviru Anima Sana - Vzpostavitev preventivnih programom na področju krepitev duševnega zdravja). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Pridobljeno 25. 2. 2018 s <http://www.animasana.si/data/files/1448281525.pdf>.
16. Inštitut za razvoj človekovih virov. (2018). *Oblike in vrste psihoterapije*. Pridobljeno 1. 6. 2018 s <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/psihoterapija/oblike-in-vrste-psihoterapije>
17. Jeriček Klanšek, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S. (2009). *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
18. Kamin, T. & Marušič, A. (2006). Exploring and developing the relevant mental health information systems in the new member states. V J. Lavikainen, T. Fryers, V. Lehtinen (ur.), *Improving mental health information in Europe: proposal of the Mindful project* (str. 93-106). Helsinki: Stakes.
19. Kamin, T., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S., Dernovšek, M. Z. & Jeriček Klanšek, H. (ur.) (2009). *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
20. Kerševan, M. (1990). Razmišljanje o sociološkem ozadju samomorilnosti na Slovenskem. *Medicinski razgledi*, 29, 183-187.
21. Kirmayer, L. J. (1998). Somatization and Psychologization : Understanding Cultural Idioms of Distress. V S. O. Okpaku (ur.), *Clinical methods in transcultural psychiatry*. (str. 233-262). Washington: American Psychiatric Press, Inc.
22. Kleinman, M. (1977). Depression, Somatization and the New Cross-Cultural Psychiatry. *Social Science and Medicine*, 11 (1), 3-10.
23. Kompare, A., Stražišar, M., Dogša, I., Vec, T. & Curk, J. (2009). *Uvod v psihologijo – učbenik za psihologijo v 2. letniku gimnazijskega in srednje tehniškega oz. strokovnega izobraževanja*. Ljubljana: DZS.
24. Korošak, M. (2017). Psihoterapija ni več tabu: Lahko pomaga tudi vam? Pridobljeno dne 19. 8. 2018 na <https://www.zdravje.si/psihoterapija>
25. Marušič, A. & Temnik, S. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska mohorska družba.
26. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija MKB-10-AM. (2008). *Pregledni seznam bolezni*.

- Pridobljeno 5. 6. 2018 s [http://www.nijz.si/files/uploaded/ks\\_mkb10-am-v6\\_v02\\_splet.pdf](http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf)
27. Mesec, B. (1997). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1 (študijsko gradivo za interno uporabo)*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
  28. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2018a). *Socialnovarstvene storitve*. Pridobljeno dne 25. 2. 2018 s [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/socialnovarstvene\\_storitve/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/)
  29. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. (2018b). *Socialnovarstveni programi*. Pridobljeno dne 25. 2. 2018 s [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/socialnovarstveni\\_programi/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstveni_programi/)
  30. Ministrstvo za javno upravo. (2018). *Nevladne organizacije*. Pridobljeno dne 29. 8. 2018 s [http://www.mju.gov.si/si/delovna\\_podrocja/nevladne\\_organizacije/](http://www.mju.gov.si/si/delovna_podrocja/nevladne_organizacije/)
  31. Ministrstvo za zdravje. (2018). *Duševno zdravje*. Pridobljeno dne 25. 2. 2018 s [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/javno\\_zdravje/varovanje\\_in\\_krepitev\\_zdravja\\_prehrana\\_gibanje\\_dusevno\\_zdravje\\_itd/dusevno\\_zdravje/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/varovanje_in_krepitev_zdravja_prehrana_gibanje_dusevno_zdravje_itd/dusevno_zdravje/)
  32. Misja, M. (2008). *Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja* (Diplomsko delo). Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
  33. Možina, M. (2009). Duševno zdravje Slovencev je podhranjeno. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(3-4), 179-184.
  34. Možina, M. (2010). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1-2), 133-168.
  35. Možina, M. & Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 2 (3-4), 119-142.
  36. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2018). *Duševno zdravje*. Pridobljeno dne 26. 2. 2018 s <http://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/moj-zivljenjski-slog/dusevno-zdravje>.
  37. Petrovec, D. (2015). *Nasilje pod masko*. Ljubljana: Založba Sanje.
  38. Rebernik, A. (2014). *Psihiatrizacija družbe ne vodi k mentalnemu zdravju, temveč povečanju duševnih motenj*. Pridobljeno dne 1. 6. 2018 s <https://siol.net/novice/siol/psihiatrizacija-druzbe-ne-vodi-k-mentalnemu-zdravju-temvec-povecanju-dusevnihmotenj-309643>
  39. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011 – 2016*. (2011). Pridobljeno dne 25. 11. 2017 s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/page/uploads/javna\\_razprava\\_2011/resoluc\\_dusevno\\_zdravje/Resolucija\\_dusevno\\_zdravje\\_060411.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/page/uploads/javna_razprava_2011/resoluc_dusevno_zdravje/Resolucija_dusevno_zdravje_060411.pdf)

40. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2014 – 2018*. (2014). Pridobljeno 25. 2. 2018 s [http://www.sent.si/fck\\_files/file/NOVICE/NPDZ\\_3\\_J.pdf](http://www.sent.si/fck_files/file/NOVICE/NPDZ_3_J.pdf)
41. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028*. (2018) Pridobljeno 1. 4. 2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120#>
42. Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
43. SFU - Ambulanta Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. (2018). *Vrste psihoterapije*. Pridobljeno 1. 6. 2018 s <http://sfu-ljubljana.si/sl/sfu-ambulanta/vrste-psihoterapije>
44. Statistični urad Republike Slovenije (2017). *Kakovost življenja*. Pridobljeno 10. 9. 2018 s <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/10>
45. Statistični urad Republike Slovenije (2018). Pridobljeno 23. 8. 2018 s [http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem\\_soc/Dem\\_soc.asp](http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/Dem_soc.asp)
46. Šprah, L., Novak, T. & Dernovšek, M. (2011). *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Pridobljeno 10. 3. 2018 s [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_2013/Raziskava.Ocena\\_tveganj\\_za\\_razvoj\\_tezav\\_v\\_dusevnem\\_zdravju\\_prebivalcev\\_RS.2011.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/Raziskava.Ocena_tveganj_za_razvoj_tezav_v_dusevnem_zdravju_prebivalcev_RS.2011.pdf)
47. Švab, V. (b.d.). Skupnostna psihiatrija. Pridobljeno dne 28. 8. 2018 s [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/word/STROKOVNI\\_CLANKI\\_-\\_razni/Skupnostna\\_psihiatrija\\_-\\_Vesna\\_Svab.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf)
48. Švab, V. & Groleger, U. (2007). Psychiatric rehabilitation in the hospital setting – one year follow-up of patients with schizophrenia. *Zdravstveno varstvo*, 46(1), 9–17.
49. Tacol, D. (2018). Klinična psihologija v službi pomoči osebam z duševnimi motnjami. Pridobljeno 19. 8. 2018 s [http://www.sent.si/index.php?m\\_id=tacol\\_klinicna](http://www.sent.si/index.php?m_id=tacol_klinicna)
50. Tominschek, I.& Schiepek, G. (2007). *Zwangstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
51. UKC Maribor. (2018). *Dejavnost oddelka*. Pridobljeno 1. 6. 2018 s <https://www.ukc-mb.si/oddelki-sluzbe-enote/drugi-samostojni-medicinski-oddelki/oddelek-za-psihiatrijo/dejavnost-oddelka/>
52. Varuh človekovih pravic Republike Slovenije (2018). *Nevladne organizacije*. Pridobljeno dne 24. 8. 2018 s <http://www.varuh-rs.si/iscete-pomoc/koristni-naslovi/nevladne-organizacije/>

53. Videmšek, P. (2011). Spreminjanje socialne vključenosti ljudi z osebnimi izkušnjami duševne striske. *Socialno delo*, 50 (3), 217-227.
54. White, G. M. (1982). The Role of Cultural Explanations in 'somatization' and 'psychologization'. *Social Science and Medicine*, 16 (16), 1519-1530.
55. World Health Organisation. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health). Pridobljeno dne 6. 6. 2018 s [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf;jsessionid=03CF37BED4AB3F2478EFF683EC65E8D2?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=03CF37BED4AB3F2478EFF683EC65E8D2?sequence=1)
56. World Health Organisation. (2018a). *Mental health*. Pridobljeno dne 26. 2. 2018 s [http://www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)
57. World Health Organisation. (2018b). *Suicide rates, crude Data by country*. Pridobljeno dne 1. 5. 2018 s <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>
58. World Health Organisation. (2018c). *Human resources Data by region*. Pridobljeno dne 1. 5. 2018 s <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>
59. *Zakon o duševnem zdravju (ZDZDr)* (2008). Ur. l. RS 77/08 in 46/15 – odl. US.
60. Zaviršek, D. (1994). Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. *Socialno delo*, 33(1), 39-49.
61. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. (2018). *Stopnja registrirane brezposelnosti*. Pridobljeno dne 23. 8. 2018 s [https://www.ess.gov.si/trg\\_dela/trg\\_dela\\_v\\_stevilkah/stopnja\\_registrirane\\_brezposelnosti](https://www.ess.gov.si/trg_dela/trg_dela_v_stevilkah/stopnja_registrirane_brezposelnosti)
62. Zbornica kliničnih psihologov Slovenije. (2017). *Ob svetovnem dnevu zdravja. Dostopnost do kliničnih psihologov v Sloveniji se iz leta v leto slabša, duševne stiske se poglobljajo*. Sporočilo za medije. Dostopno na: <http://klinikna-psihologija.si/wp-content/uploads/2017/04/svetovnidanzdravja2017ZKP.pdf> pridobljeno 1. 4. 2018
63. Zorko, M., Hočevar, T., Tančič Grum, A., Kerstin Petrič, V., Radoš Krnel, S., Lovrečič, M. & Lovrečič, B. (2014). *Alkohol v sloveniji – trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.



## 8 PRILOGE

### 8.1 Vprašalnik

Pozdravljeni. Sem študentka 4. letnika Fakultete za socialno delo. V okviru svojega diplomskega dela z naslovom Psihologizacija in somatizacija duševnih stisk v Sloveniji raziskujem, kako se Slovenci soočamo z duševnimi stiskami, na kakšne načine jih izražamo in kako pogosto se ob njih obrnemo na strokovno pomoč.

Gre za pomemben javnozdravstveni problem, ki bi ga želela z vašo pomočjo podrobneje raziskati. Čeprav gre za nekoliko občutljivo temo, vas lepo prosim za iskrene odgovore. Vprašalniki so povsem anonimni.

Za vaše odgovore se vam iskreno zahvaljujem in vas lepo pozdravljam! Prosim, da obkrožite odgovor oz. odgovore, ki veljajo za vas oz. da označite ustrezen kvadrateg.

#### 1. Spol

moški            ženski

#### 2. Kakšna je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?

- a) Nedokončana osnovna šola
- b) Osnovna šola
- c) Gimnazija
- d) Srednja poklicna šola
- e) Višja, visoka šola
- f) Univerzitetna izobrazba
- g) Magisterij
- h) Doktorat

#### 3. Kakšen je vaš trenutni zaposlitveni status?

- a) Se šolam
- b) Zaposlen
- c) Samozaposlen
- d) Brezposeln
- e) Upokojen

#### 4. Kako pogosto doživljate stiske na naslednjih področjih?

	nikoli	redko	včasih	pogosto	zelo pogosto
Partnersko razmerje in družina (težave v odnosih, smrt družinskega člana, odsotnost družinskega člana, nezadostna podpora, ostali stresni dogodki znotraj partnerskega razmerja in družine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medosebni odnosi (pogostost in kvaliteta odnosov s prijatelji, sosedi, sorodstvom itn., pomanjkanje stikov ipd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delovno ali šolsko okolje (nezaposlenost, stres na delovnem mestu, spori z nadrejenim, s sodelavci, neprimerno delo,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finančno področje (nizki dohodki, revščina, težave pri plačevanju stroškov, nakupu dobrin ipd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stanovanjske razmere (bivališče, hrup, onesnaženost,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lastna samopodoba (izpolnjevanje lastnih ciljev, samoaktualizacija, izgled,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravje (kronične bolezni, bolečine, nedostopnost zdravnika, zdravil, ipd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostalo (pomanjkanje sprostitve, prostega časa, obsodbe v civilnih in kazenskih postopkih ter druge vsakdanje stresne okoliščine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**5. Kako se tovrstne stiske pri vas odražajo? Možnih je več odgovorov.**

- a) Motnje spanja
- b) Motnje razpoloženja
- c) Kronična depresija
- d) Motnje prehranjevanja (odklanjanje hrane, pomanjkanje apetita, prenajedanje,...)
- e) Težave v medosebnih odnosih (konflikti, izogibanje medosebnim odnosom,...)
- f) Psihosomatske bolezni
- g) Socialna izključenost
- h) Stres na delovnem mestu ali v šoli
- i) Slabša delovna storilnost in/ali odsotnost z dela/šole
- j) Povečana uporaba alkohola/cigaret/drugih substanc
- k) Drugo: \_\_\_\_\_

**6. Kako pogosto ob stiskah počnete spodaj naštet:**

	nikoli	redko	včasih	pogosto	zelo pogosto
Ukvarjam se s športom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grem na sprehod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zatopim se v delo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uživam alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uživam droge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konзумiram zdravila (pomirjevala, uspavala, antidepresivi,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poiščem strokovno pomoč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pogovorim (S kom?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugo (Kaj?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Ali menite, da je vaš način soočanja s stiskami konstruktiven?**

- a) da
- b) delno
- c) ne

8. Ali ste se kdaj tekom življenja ob doživljanju stiske obrnili na strokovno pomoč?

- a) da
- b) ne

9. Če ste na 8. vprašanje odgovorili z DA, kakšna oblika strokovne pomoči je to bila?

**Možnih je več odgovorov.**

- a) Osebni zdravnik
- b) Center za socialno delo
- c) Psiholog
- d) Psihoterapevt
- e) Psihiater
- f) Skupina za samopomoč
- g) Nevladna organizacija
- h) Drugo : \_\_\_\_\_

10. Če ste imeli izkušnjo s strokovno pomočjo - kako bi ocenili vaše zadovoljstvo z naslednjimi vidiki:

	zelo nezadovoljen	nezadovoljen	niti nezadovoljen niti zadovoljen	zadovoljen	zelo zadovoljen
Z odzivnim časom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S prostorsko dostopnostjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z odnosom strokovnih delavk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S strokovno pomočjo nasplošno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ali ste bili kdaj v situaciji, da bi strokovno pomoč potrebovali, pa se zanjo niste odločili?

- a) da
- b) ne

12. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA, zakaj se zanjo niste odločili?

**Možnih je več odgovorov.**

- a) Sram
- b) Finančna sredstva
- c) Prostorska nedostopnost
- d) Neinformiranost
- e) Občutek, da zmorem sam/-a
- f) Zadostna podpora bližnjih
- g) Drugo: \_\_\_\_\_

**13. Ali ste v preteklem letu morali omejiti svoje dejavnosti ali izostati iz dela/šole zaradi duševnih težav?**

- a) da
- b) ne

**14. Kako zadovoljni ste:**

	zelo nezadovoljen	nezadovoljen	niti nezadovoljen niti zadovoljen	zadovoljen	zelo zadovoljen
S svojim telesnim zdravstvenim stanjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S svojim duševnim zdravstvenim stanjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S svojim življenjem nasplošno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Najlepša hvala za vaše odgovore!

## 8.2 Izračuni hi-kvadrat

Hipoteza : Za strokovno pomoč se pogosteje odločijo ljudje z višjimi stopnjami izobrazbe.

IZOBRAZBA	DA	NE	SKUPAJ
Nižje izobraženi	72 (A)	116 (B)	188 (V <sub>v1</sub> )
Višje izobraženi	42 (C)	70 (D)	112 (V <sub>s2</sub> )
Skupaj	114 (V <sub>s1</sub> )	186 (V <sub>s2</sub> )	300 (n)

$$f_{(t)} = \frac{f(v) \cdot f(s)}{N}$$

$$A = f_{(t)} = \frac{188 \cdot 114}{300} = 71,44$$

$$B = f_{(t)} = \frac{188 \cdot 186}{300} = 116,56$$

$$C = f_{(t)} = \frac{112 \cdot 114}{300} = 42,56$$

$$D = f_{(t)} = \frac{112 \cdot 186}{300} = 69,44$$

Celica	$f_{(o)}$	$f_{(t)}$	$f_{(o)} - f_{(t)}$	$f_{(o)} - f_{(t)}^2$	$\frac{f_{(o)} - f_{(t)}}{f_{(t)}}$
A	72	71,44	0,56	0,3136	0,00439
B	116	116,56	- 0,56	0,3136	0,00269
C	42	42,56	- 0,56	0,3136	0,00737
D	70	69,44	0,56	0,3136	0,00452

$$\chi^2 = \Sigma \left( \frac{(f_{(e)} - f_{(t)})^2}{f_{(t)}} \right) = 0,01897$$

$$\alpha = \sqrt{\left( \frac{\chi^2}{n(h-1)} \right)} = 0,00817$$

$\alpha < 0,05$ , kar pomeni, da gre za neznatno povezanost

Hipoteza : Moški ob doživljanju stisk pogosteje posežejo po alkoholu, ženske pa se pogosteje soočijo z motnjami prehranjevanja.

	ženske	moški	skupaj
Motnje prehranjevanja	75 (A)	21 (B)	96 ( $V_{v1}$ )
Uporaba alkohola	41 (C)	28 (D)	69 ( $V_{s2}$ )
Skupaj	116 ( $V_{s1}$ )	49 ( $V_{s2}$ )	165 (n)

$$f_{(t)} = \frac{f_{(v)} * f_{(s)}}{N}$$

$$A = f_{(t)} = \frac{96 * 116}{165} = 67,49$$

$$B = f_{(t)} = \frac{96 * 49}{165} = 28,51$$

$$C = f_{(t)} = \frac{69 * 116}{165} = 48,51$$

$$D = f_{(t)} = \frac{69 * 49}{165} = 20,49$$

Celica	$f_{(o)}$	$f_{(t)}$	$f_{(o)} - f_{(t)}$	$f_{(o)} - f_{(t)}^2$	$\frac{f_{(o)} - f_{(t)}}{f_{(t)}}$
A	75	67,49	7,51	56,4001	0,836
B	21	28,51	- 7,51	56,4001	1,978
C	41	48,51	- 7,51	56,4001	1,163
D	28	20,49	7,51	56,4001	2,753

$$\chi^2 = \Sigma \left( \frac{(f(e)-f(t))^2}{f(t)} \right) = 6,73$$

$$\alpha = \sqrt{\left( \frac{\chi^2}{n(h-1)} \right)} = \sqrt{\left( \frac{6,73}{165*1} \right)} = 0,2$$

0,05 <  $\alpha$  < 0,3, kar pomeni, da gre za šibko povezanost