NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje

ZaPiS Jasna pot do zdravja.

ZDRAVSTVENA PISMENOST V SLOVENIJI SKOZI PRIZMO TREH NACIONALNIH RAZISKAV

Znanstvena monografija

Julij 2026

ZDRAVSTVENA PISMENOST V SLOVENIJI SKOZI PRIZMO TREH NACIONALNIH RAZISKAV

Uredniki: doc. dr. Mitja Vrdelja, Sanja Vrbovšek, dr. Nejc Berzelak

Recenzenti: doc. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, prof. dr. Andrej Kirbiš in mag. Silva Nemeš

Oblikovanje: Nina Radovič

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

Leto in kraj izdaje: Ljubljana, 2026

Elektronska izdaja

Spletni naslov: https://nijz.si

Nacionalno raziskavo zdravstvena pismenosti v Sloveniji (HLS-SI19), Raziskavo o digitalni zdravstveni pismenosti med študenti v v povezavi s covidom-19 v Sloveniji in Nacionalna raziskava o pismenosti o duševnem zdravju v Sloveniji so potekale v okviru projekta Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji – ZaPiS, ki sta ga sofinancirala Republika Slovenija v višini 20 % vrednosti in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada v višini 80 % vrednosti.

© 2026 Avtorji

Objavljeno pod licenco CC BY 4.0. - Creative Commons Attribution 4.0 International https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/ [https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/]

Podatki, uporabljeni v tej raziskavi, izhajajo iz registrov/zdravstvenih podatkovnih zbirk, ki jih hrani in upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije in niso odprto dostopni. Dostop do podatkov je mogoč na podlagi zahtevka upravljavcu in ob izpolnjevanju zakonskih, institucionalnih in varnostnih pogojev.

Besedilo v publikaciji ni lektorirano.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 285904387

ISBN 978-961-7284-12-6 (PDF)

Knjigi na pot

Monografija *Zdravstvena pismenost v Sloveniji skozi prizmo treh nacionalnih raziskav* celostno obravnava koncept zdravstvene pismenosti, njegov razvoj, teoretične okvire in sodobne raziskovalne pristope. Posebno vrednost dela predstavljajo empirične ugotovitve nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti HIS-SI19, ki ponujajo poglobljen vpogled v stanje zdravstvene pismenosti v Sloveniji ter predstavljajo pomembno izhodišče za nadaljnje raziskovanje, oblikovanje politik in razvoj intervencij na tem področju, ki je ključno za uspešno javno zdravje. Znanstveni prispevki v monografiji osvetljujejo različne dimenzije zdravstvene pismenosti – od individualnih kompetenc posameznika do širših družbenih in sistemskih dejavnikov – ter s tem prispevajo k razumevanju kompleksnosti tega koncepta ter poudarjajo nujnost interdisciplinarnega pristopa.

Ta spoznanja se neposredno odražajo tudi v Nacionalni strategiji zdravstvene pismenosti 2025–2035 in pripadajočem akcijskem načrtu, ki v ospredje postavljata uporabnika zdravstvenega sistema. Z ambicioznim ciljem, da bo do leta 2035 vsaj 70 odstotkov prebivalcev Slovenije dosegalo zadostno ali odlično raven zdravstvene pismenosti, strategija presega raven posameznika in se usmerja v sistemske spremembe. Vključuje zdravstvene ustanove, vzgojno-izobraževalne in druge javne organizacije ter stremi k izboljšanju zdravja prebivalstva, zmanjševanju neenakosti in večji odpornosti zdravstvenega sistema. Pri tem poudarja opolnomočenje prebivalcev z dostopom do jasnih, razumljivih in zanesljivih informacij, krepitev vloge institucij kot nosilcev zdravstvene pismenosti, razvoj kompetenc strokovnjakov ter posebno skrb za ranljive skupine, ob podpori digitalnega okolja.

Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje se zavedamo, da dolgoročna uspešnost teh prizadevanj zahteva tudi sistematično spremljanje in vrednotenje ukrepov ter aktivno mednarodno sodelovanje. Prav zato krepimo partnerstva in razvijamo projekte, kot je ZaPrePis, ki se je začel leta 2025 z namenom izboljšanja dostopnosti, kakovosti in učinkovitosti preventivnih obravnav na primarni ravni zdravstvenega varstva. Nadalje se je marca 2026 začela nova nacionalna raziskava zdravstvene pismenosti odraslih HLS-SI24, ki bo omogočila spremljanje trendov, prepoznavanje razlik med skupinami prebivalstva in načrtovanje ciljno usmerjenih javnozdravstvenih ukrepov.

V času hitrega znanstvenega in tehnološkega razvoja krepitev zdravstvene pismenosti predstavlja strateško naložbo v prihodnost. Je temelj za oblikovanje odporne, vključujoče in pravične družbe ter učinkovitega javnozdravstvenega sistema.

Naj monografija, namenjena raziskovalcem, zdravstvenim strokovnjakom, študentom in oblikovalcem politik, služi kot strokovno izhodišče in navdih za nadaljnje povezovanje znanosti, prakse in politike – z jasnim ciljem izboljšanja zdravja posameznika in družbe ter trajnostnega razvoja javnega zdravja.

izr. prof. dr. Branko Gabrovec, generalni direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje

KAZALO

1 Zdravstvena pismenost – razvoj koncepta in javnozdravstveni pomen 5

2 Nacionalna raziskava zdravstvene pismenosti v Sloveniji, HLS-SI$_{19-21}$ 17

2.1 Metodološki vidiki merjenja zdravstvene pismenosti v HSL-SI19-21 18

2.2 Digitalna zdravstvena pismenost odrasle populacije v Sloveniji 34

2.3 Navigacijska zdravstvena pismenost 46

2.4 Zdravstvena pismenost odraslih prebivalcev Slovenije v povezavi s cepljenjem 57

3 Digitalna zdravstvena pismenost študentov v povezavi s covidom-19: primerjava prvega in drugega vala raziskave 76

4 Nacionalna raziskava o pismenosti o duševnem zdravju 95

4.1 Zdravstvena pismenost na področju duševnega zdravja 96

4.2 Poznavanje depresivne in anksioznih motenj 107

4.3 Stališča in namere do iskanja pomoči 118

4.4 Razširjenost depresivne motnje, anksioznih motenj ter iskanje strokovne pomoči 134

Kazalo slik 156

Kazalo tabel 158

Kazalo grafov 159

Stvarno kazalo 160

1 ZDRAVSTVENA PISMENOST – RAZVOJ KONCEPTA IN JAVNOZDRAVSTVENI POMEN

izr. prof. dr. Tamara Štemberger Kolnik[1],
doc. dr. (Združeno kraljestvo VB in Severne Irske) Urška Košir[2],
Andreja Ljubič[1]

[1]Fakulteta za zdravstvene vede v Celju
[2]Institute for Health Economics, Lund, Sweden

UVOD

V prispevku predstavljamo razvojno pot in obsežnost koncepta zdravstvene pismenosti. Oblikovane teorije o konceptu zdravstvene pismenosti sledijo hitremu razvoju tehnologije in znanosti, se prilagajajo družbenim spremembam ter sledijo trendom trajnostnega razvoja in usmerjanja v zmanjšanje neenakosti v zdravju. Osnovni model zdravstvene pismenosti, opisan v članku, je bil podlaga za snovanje nacionalne raziskave, katere ključne ugotovitve so predstavljene v pričujoči monografiji. V nadaljevanju so v prispevku predstavljeni različni pogledi na koncept zdravstvene pismenosti, ki sledijo razvoju na različnih strokovnih področjih s poudarkom na povezovanju osnovnega modela (koncepta) s specifikami posameznega področja znanosti.

Pregled razvoja in definicij koncepta zdravstvene pismenosti

Zgodovinski pregled definicij koncepta zdravstvene pismenosti se primarno osredotoča le na sposobnost posameznika z vidika njegove osnovne sposobnosti branja in računanja. Na to se je sprva opirala Svetovna zdravstvena organizacija, ko je leta 1988 zdravstveno pismenost definirala kot *»kognitivne in socialne spretnosti, ki določajo posameznikovo motivacijo in sposobnost za pridobivanje, razumevanje ter uporabo informacij na način, ki spodbuja in ohranja zdravje«* (World Health Organization, 1998). Začetna razmišljanja in usmeritve so se v razvoju koncepta zdravstvene pismenosti osredotočali pretežno v medicinsko (zdravstveno) usmerjen koncept, ki zajema sposobnosti, znanja in veščine posameznika ter motivacijo za iskanje in obdelovanje informacij v povezavi z zdravljenjem in obvladovanjem bolezni (American Medical Association's, 1999; World Health Organization, 1998). V nadaljevanju se je koncept razvijal v smeri merjenja različnih stopenj zdravstvene pismenosti (Orkan idr., 2019; Ratzan in Parker, 2000) ter usmerjanja v uporabo pridobljenih informacij za krepitev zdravja, obvladovanje obolenja in povečanje kakovosti življenja (Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, 2004; Paasche-Orlow in Wolf, 2007; Pavlekovic, 2008; Yost idr., 2009). V letu 2012 so tako Consortium Health Literacy Project European idr. (2012) in Mårtensson & Hensing (2012) koncept zdravstvene pismenosti razvili izključno iz individualne ravni, kar poudarja dinamiko odnosa med posameznikom, zdravstvenim sistemom in okoljem. Zdravstveno pismenega posameznika tako definirajo kot osebo, ki ima spretnosti, s katerimi zna najti, razumeti, oceniti, komunicirati in uporabiti zdravstvene informacije ter se aktivno vključuje v zdravstveno obravnavo. Zarcadoolas idr. (2005) in Mieres (2015) opredelijo zdravstveno pismenost skozi štiri dimenzije, ki zajemajo: (1) temeljno pismenost (bralne, govorne, pisne in računske spretnosti ter strategije); (2) znanstveno pismenost (sposobnost prilagajanja znanstvenemu in tehnološkemu razvoju); (3) državljansko pismenost (zmožnost zavedanja javnih problemov in aktivnega vključevanja v procesu odločanja o spremembah); (4) kulturno pismenost (sposobnost prepoznavanja in uporabe kolektivnih prepričanj, navad, pogleda na svet in socialne identitete za interpretacijo in uporabo zdravstvenih informacij). Zdravstvena pismenost je pomemben element posameznikovega življenja, saj zajema vsakršno povezavo z življenjskim kontinuumom v zdravju (Parnell, 2014). Pogled iz individualne ravni na sistemsko/javnozdravstveno raven pokaže vrzeli v zdravstvenem sistemu, kot so zdravstveno pismeni zdravstveni delavci, ki znajo predstaviti informacije tako, da so lažje razumljive in upoštevajo sposobnost ljudi, da ukrepajo na podlagi pridobljenih informacij (Murugesu idr., 2022). Zdravstveno pismeni zdravstveni sistemi so lahko tisti, ki zagotavljajo enake, enostavne, prosto dostopne storitve zdravstvenega varstva in uporabne zdravstvene informacije (Coleman idr., 2008). Že Kanj & Mitic (2009) sta poudarila, da je za vse socialne skupnosti, ki želijo postati zdravstveno pismene, ključnega pomena, da vsi akterji v procesu krepijo zdravstveno pismenost. Na eni strani posamezniki, ki so aktivno vključeni v proces zdravstvene obravnave ter so odgovorni za svoje odločitve in izide te obravnave (Sørensen, 2016), ter na drugi strani zdravstveni delavci s prilagajanjem komuniciranja potrebam pacienta, da jim s tem omogočijo pridobivanje razumljivih in uporabnih informacij o ohranjanju zdravja in pristopu k zdravljenju (Murugesu idr., 2022).

Javnozdravstveni vidik zdravstvene pismenosti

V začetni fazi so bile definicije zdravstvene pismenosti usmerjene v javnozdravstveno področje, oblikovane predvsem iz medicinskega vidika. Tak pristop je posameznikovo razumevanje zdravstvene obravnave in odgovornost do lastnega zdravja postavil v širši okvir kolektivne odgovornosti za zdravje celotne družbe. Odločitve posameznika glede vedenja, povezanega z zdravjem, se po mnenju Liu idr. (2020) reflektirajo v vsakdanjem življenju doma, v skupnosti, na delovnem mestu, zdravstvenem sistemu, v poslovnem svetu in na političnem prizorišču, kar ima vpliv na razvoj zdravstvene pismenosti celotne skupnosti. Rootman in Gordon-El-Bihbety (2008) pri opredelitvi zdravstvene pismenosti poudarjata pomen zdravstvenih informacij, njihovega pridobivanja in razumevanja, ocenjevanja verodostojnosti in kakovosti ter ustreznega prenosa oziroma uporabe v vsakdanjem življenju posameznika ali posredovanja informacij drugim (npr. družinskim članom ali drugim pomembnim osebam). Adams idr. (2009) v definicijo vključijo elektronske vire pridobivanja zdravstvenih informacij, ki danes predstavljajo neobvladljivo bazo koristnih, pa tudi zavajajočih informacij, povezanih z zdravjem. S tem opozorijo na pomembno dimenzijo zdravstvene pismenosti, ki omogoči poiskati, razumeti in razlikovati uporabne elektronske vire o zdravju od marketinških in zavajajočih informacij za vsakogar, ne le za strokovno usposobljene kadre. Kot zadnjo v nadaljevanju (v podpoglavju 3) predstavljamo definicijo avtorjev iz evropskega konzorcija za zdravstveno pismenost Consortium Health Literacy Project European idr. (2012), ki je nastala na podlagi izvedene evropske raziskave, na podlagi katere je bil kasneje oblikovan model zdravstvene pismenosti.

Opredelitev integriranega modela zdravstvene pismenosti

Danska raziskovalka Kristine Sørensen (2019) je ena od najbolj citiranih raziskovalk s področja zdravstvene pismenosti na svetu in koncept zdravstvene pismenosti razume kot ključno prioriteto 21. stoletja. Koncept kot tak ima po njenem mnenju vitalni pomen in zagovarja sposobnost upravljanja zdravja na individualni ravni ter na ravni organizacije zdravstvenega sistema, usmerjenega v potrebe pacienta. Na drugi strani pa ima zdravstvena pismenost populacije velik vpliv na širše družbene vidike, kot so ekonomski vpliv na zdravstveni sistem (Schillinger, 2020), z zdravjem povezano vedenje, in obolevnost celotne populacije (Walters idr., 2020). Zato je ključnega pomena, da politični odločevalci usmerijo politike v opolnomočenje populacije in zagotavljanje enakih možnosti v dostopu do zdravstvenega sistema in s tem do enakovredne in dostopne obravnave za celotno populacijo (Guzys idr., 2015). Model zdravstvene pismenosti, ki so ga oblikovali Sørensen idr. (2013), je splošno sprejet okvir za razumevanje koncepta zdravstvene pismenosti. Sestavljajo ga tri medsebojno povezana področja, ki vplivajo na posameznikovo zdravstveno pismenost:

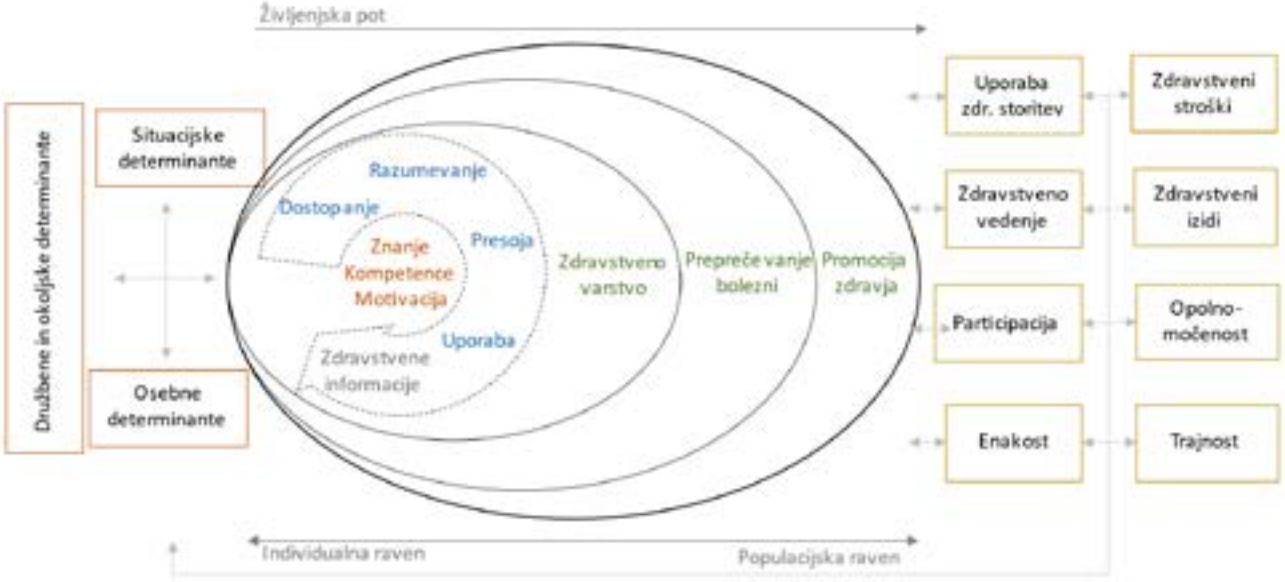
- Individualna determinanta (Coughlin idr., 2020): Ta domena se nanaša na osebne značilnosti posameznika, kot so starost, izobrazba, znanje jezika in zdravstveno stanje, ki lahko vplivajo na njegovo sposobnost pridobivanja, obdelave in razumevanja zdravstvenih informacij.

- Družbena domena (Nutbeam in Lloyd, 2021): To področje se nanaša na družbene in kulturne dejavnike, ki vplivajo na posameznikovo zdravstveno pismenost, kot so družinsko in družbeno okolje, zdravstvena prepričanja in stališča ter dostop do omrežij socialne podpore.

- Področje zdravstvenega sistema (Baumeister idr., 2021; Sørensen, idr., 2021): To področje se nanaša na zdravstveni sistem in širše zdravstveno okolje, vključno z razpoložljivostjo in kakovostjo zdravstvenih informacij in storitev, komunikacijskimi spretnostmi izvajalcev zdravstvenih storitev ter strukturo in organizacijo zagotavljanja zdravstvenega varstva.

V skladu s predstavljenim modelom Kristine Sørensen (Slika 1.1) za zdravstveno pismenost niso odgovorni le posamezniki, temveč gre za zapleteno medsebojno delovanje med posamezniki, njihovim družbenim in kulturnim okoljem ter zdravstvenim sistemom. Model poudarja potrebo po intervencijah, ki obravnavajo vsa tri področja, z namenom izboljšanja zdravstvene pismenosti in zdravstvenih izidov v družbi. Na splošno model Kristine Sørensen zagotavlja uporaben okvir za razumevanje večplastne narave zdravstvene pismenosti in dejavnikov, ki k njej prispevajo. S priznavanjem pomena obravnave dejavnikov posameznika, družbe in zdravstvenega sistema je mogoče razviti ciljne intervencije na različnih ravneh zdravstvenega varstva, za izboljšanje zdravstvene pismenosti in spodbujanje enakosti na področju zdravja (Sorensen, 2019).

Slika 1.1: Integriran model zdravstvene pismenosti



Vir: Sørensen idr., 2012

Integriran model zdravstvene pismenosti po Sørensen idr. (2012) zajema tri različna področja zdravstvene obravnave: promocijo zdravja, preprečevanje bolezni in zdravstveno varstvo.

Koncept promocije zdravja znotraj modela vključuje opolnomočenje posameznikov in skupnosti, da prevzamejo nadzor nad svojim zdravjem in dobrim počutjem. Sestavljen je iz štirih razsežnosti:

- **Dostop** se nanaša na sposobnost osebe, da poišče in doseže ustrezne informacije in storitve za preprečevanje bolezni, na primer programe cepljenja, presejalne preglede, zdravstveno-vzgojne programe in vire o zdravem življenjskem slogu.
- **Razumevanje** se nanaša na razumevanje pomena dejavnikov tveganja (npr. kajenje, nezdrava prehrana, telesna neaktivnost, tvegano pitje alkohola in drugo), poznavanje preventivnih ukrepov, razumevanje informacij o cepljenju, presejalnih programih in drugih preventivnih storitvah.
- **Presoja** se nanaša na sposobnost kritične ocene informacij o preventivnih ukrepih, razlikovanja med zanesljivimi in nezanesljivimi viri ter sprejemanja informiranih odločitev glede cepljenja, presejalnih pregledov in sprememb življenjskega sloga.
- **Uporaba/samoučinkovitost** se nanaša na dejansko vključevanje preventivnih ukrepov v vsakodnevno življenje, npr. redna telesna dejavnost, uravnotežena prehrana, udeležba v presejalnih programih, cepljenje ter pravočasno iskanje pomoči ob zaznavi zgodnjih znakov bolezni.

Navedene razsežnosti skupaj zagotavljajo okvir za razumevanje večplastne narave promocije zdravja in poudarjajo pomen obravnave ne le posameznikovega znanja in veščin, temveč tudi širših družbenih in okoljskih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje.

Preprečevanje bolezni se znotraj modela zdravstvene pismenosti po Sørensen idr. (2012) nanaša na sposobnost posameznika, da razvija in uporablja znanje, veščine ter motivacijo za zmanjševanje tveganja za pojav bolezni, preprečevanje kroničnih nenalezljivih obolenj in zgodnje prepoznavanje zdravstvenih težav. Gre za zmožnost posameznika, da z zdravim vedenjem, ustreznimi odločitvami in aktivnim odnosom do zdravja prepreči ali odloži nastanek bolezni ter prispeva k ohranjanju dobrega počutja. V tem kontekstu model glede na predvidene razsežnosti vključuje:

- **Dostop**, ki se nanaša na razpoložljivost in dostopnost virov in storitev, ki spodbujajo zdravje. Vključuje fizični dostop do zdravstvenih ustanov in informacij ter finančni in socialno kulturni dostop do zdravstvenih storitev.
- **Razumevanje** se nanaša na človekovo razumevanje informacij o zdravju in njegovo sposobnost, da jih uporabi v svojem življenju. Vključuje ne le funkcionalno pismenost, temveč tudi sposobnost kritičnega vrednotenja zdravstvenih informacij in sprejemanja informiranih odločitev.
- **Presoja** se nanaša na sposobnost osebe, da oceni svoje zdravstveno stanje in opredeli področja, na katerih se lahko izboljša. Vključuje samozavedanje, samorefleksijo in sposobnost postavljanja realističnih zdravstvenih ciljev.
- **Uporaba/Samoučinkovitost** se nanaša na sposobnost osebe, da ukrepa za krepitev svojega zdravja in dobrega počutja. Vključuje spretnosti, kot so samoupravljanje, reševanje problemov in odločanje, ter sposobnost dostopa do virov in podpornih sistemov ter njihove uporabe.

V dimenziji preprečevanja bolezni ima pomembno vlogo podpora okolja, ki vključuje razpoložljivost preventivnih programov, dostopnost zdravstvenih strokovnjakov, podporo skupnosti ter medijske in družbene vire, ki posamezniku olajšajo sprejemanje zdravih odločitev. Navedene domene na področju preprečevanja bolezni skupaj zagotavljajo celovit okvir za razumevanje in krepitev zdravstvene pismenosti, ki je nujna za zmanjševanje bremena bolezni in spodbujanje zdravega življenjskega sloga v populaciji.

Zdravstvena obravnava je zadnja dimenzija modela zdravstvene pismenosti po Sørensen idr. (2012) in se nanaša na zdravstveno oskrbo ter zlasti na sposobnost posameznika, da se učinkovito orientira v zdravstvenem sistemu. V ospredju je zmožnost iskanja, razumevanja, vrednotenja in uporabe informacij, povezanih z zdravstvenimi storitvami, ter sprejemanja odločitev, ki temeljijo na teh informacijah.

Glede na v modelu predvidene domene zdravstvena obravnava vključuje naslednje razsežnosti:

- **Dostop** do informacij se nanaša na sposobnost osebe, da poišče informacije o zdravstvenih storitvah in izvajalcih ter da zna dostopati do teh storitev. To vključuje znanje o tem, kje iskati verodostojne informacije in kako jih uporabiti pri iskanju ustrezne oskrbe.
- **Razumevanje** informacij pomeni, da posameznik zna razumeti informacije o zdravstveni oskrbi, vključno z medicinsko terminologijo, možnostmi zdravljenja, potekom postopkov in pravicami pacienta. Sem spada tudi sposobnost ocenjevanja kakovosti in zanesljivosti pridobljenih informacij.
- **Presoja** se nanaša na kritično vrednotenje različnih možnosti oskrbe, primerjavo med izvajalci in oblikami zdravljenja ter presojanje, katera informacija ali storitev je najbolj ustrezna za posameznikove potrebe.
- **Uporaba/Samoučinkovitost** informacij pomeni sposobnost osebe, da na podlagi zbranih informacij sprejema informirane odločitve o svojem zdravju. To vključuje aktivno sodelovanje v procesu zdravljenja, učinkovito komuniciranje z zdravstvenimi strokovnjaki, postavljanje vprašanj, izražanje pomislekov in uveljavljanje svojih pravic.

Področje zdravstvene obravnave kot dimenzije zdravstvene pismenosti poudarja, da ni dovolj zgolj osnovna funkcionalna pismenost, temveč je nujna tudi sposobnost orientacije v kompleksnih zdravstvenih sistemih. Posamezniki morajo biti zmožni sprejemati informirane odločitve o zdravljenju in oskrbi na podlagi verodostojnih, razumljivih in za njih relevantnih informacij. Obenem je za področje zdravstvene obravnave ključnega pomena organizacijska zdravstvena pismenost, na podlagi katere lahko zdravstveni sistem ponudi podporo uporabnikom sistema in zaposlenim.

Specifična strokovna področja in različni pogledi na zdravstveno pismenost

V zadnjem obdobju se koncept zdravstvene pismenosti razširja na različna strokovna področja in je naravnan bolj uporabno (Svendsen idr., 2020). Usmerjen je v razlage specifičnih zdravstvenih pismenosti, ki so smiselne za izvajanje intervencijskih programov, namenjenih specifični populaciji za funkcionalno opismenjevanje na področju individualnih zdravstvenih potreb (Heine idr., 2021; Nobre idr., 2021; Truman idr., 2020), kljub temu pa temelji na enakih osnovnih spretnostih in sposobnostih, ki jih opredeljuje integriran model zdravstvene pismenosti po Sørensen. Okoliščine, v katerih je zdravstvena pismenost ključnega pomena za posamezne uporabnike, zdravstvene delavce in zdravstvene sisteme, vključujejo prizadevanja za reformo zdravstvenega sistema, razumevanje zdravstvenih problemov, preprečevanje bolezni, razumljivo komuniciranje, kulturno ustrezno komuniciranje, prizadevanja za spremembo vedenja, promocijo zdravja in navigacijo po zdravstvenem sistemu (Feinberg idr., 2020; Griese idr., 2023; Khanal idr., 2023).

V nadaljevanju se bomo osredotočili v aktualen pogled razvoja zdravstvene pismenosti, saj koncept postaja vedno bolj kompleksen konstrukt, ki ga lahko opredeljujemo na različnih specifičnih in strokovnih področjih. Definicije, ki izhajajo iz posameznega področja, dajejo poudarek samo eni specifični dimenziji koncepta, kot je recimo določena spretnost ali kot so posebne vrste znanja (Sørensen idr., 2013), ki jih razvija posameznik ali se na določenem strokovnem področju poglobljeno razlikujejo (recimo digitalna zdravstvena pismenost, organizacijska zdravstvena pismenost, zdravstvena pismenost za specifična obolenja – rak, duševno zdravje, sladkorna bolezen in druge).

Zdravstvena pismenost je koncept, ki ga je mogoče uporabiti na številnih strokovnih področjih, kar lahko predstavimo kot razčlenitev koncepta na posamezna področja, s čemer lažje opredelimo oceno zdravstvene pismenosti. Opredelitev zdravstvene pismenosti se nekoliko razlikuje glede na posamezno strokovno področje, vendar se v svojem bistvu nanaša na sposobnost posameznika, da dostopa do zdravstvenih informacij, jih razume, kritično ovrednoti in uporabi za sprejemanje informiranih odločitev o zdravju in dobrem počutju, pri čemer se vsebine in kompetence specifično povezujejo z obravnavanim strokovnim področjem (kot so gibalna pismenost v fizioterapiji, prehranska pismenost v dietetiki ali farmacevtska pismenost v lekarniški dejavnosti in druge, ki jih ne omenjamo v prispevku). V prispevku predstavljamo pogled različnih avtorjev na tematiko zdravstvene pismenosti na izbranih različnih področjih.

Zdravstvena pismenost v **fizioterapiji** tako pogosto vključuje sposobnost osebe, da razume in uporablja z zdravjem povezane informacije in navodila, povezana s fizioterapevtskimi posegi. Vključuje sposobnost sodelovanja pri skupnem odločanju s fizioterapevti ter sposobnost samoupravljanja in spremljanja lastnega telesnega zdravja. V literaturi je možno zaslediti izraz gibalna pismenost, ki kot koncept zajema motivacijo, samozavest, telesno usposobljenost, znanje in razumevanje, da osebe cenijo in prevzemajo odgovornost za vključevanje v telesne dejavnosti za vse življenje (Cornish idr., 2020). Pri vključevanju telesne aktivnosti v vsakdanje življenje imajo vlogo tudi kineziologi, ki podpirajo in spodbujajo posameznikovo razumevanje koristi in tveganj telesne dejavnosti ter sposobnost oblikovanja in upoštevanja načrta vadbe, ki spodbuja splošno zdravje in dobro počutje.

Na področju **psihologije** različni avtorji povezujejo zdravstveno pismenost z vedenjem, povezanim z zdravjem (Šulinskaitė idr., 2022), ter s samoučinkovitostjo na področju duševnega zdravja (Dzerounian idr., 2022). Ta vključuje sposobnost osebe, da pridobljene informacije s področja zdravja razume in uporablja v vsakdanjem življenju ter da učinkovito izbira vedenjske vzorce, ki ohranjajo in krepijo zdravje, vključno z razumevanjem simptomov, možnosti zdravljenja in sprejemanjem ustreznih odločitev pri sodelovanju v zdravljenju ali psihoterapiji. Avtorji (Dzerounian idr., 2022; Šulinskaitė idr., 2022) so ugotovili, da so pacienti z višjo zdravstveno pismenostjo ali z večjim zaznavanjem samoučinkovitosti pogosteje uporabljali zdrave vzorce vedenja, povezanega z zdravjem, kot so redna telesna dejavnost, zdrava prehrana ter izogibanje kajenju in tveganemu pitju alkohola.

Zdravstvena pismenost je tesno povezana s prehranskimi navadami, pri čemer **prehranska (zdravstvena) pismenost** vključuje sposobnost razumevanja in uporabe prehranskih smernic, interpretacije označb na živilih ter kritičnega vrednotenja verodostojnosti virov informacij o prehrani (Taylor idr., 2019). Visoka raven prehranske (zdravstvene) pismenosti posamezniku omogoča oblikovanje uravnoteženih prehranskih vzorcev, ki prispevajo k preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni in izboljšanju splošnega zdravja ter počutja, medtem ko je nizka prehranska pismenost povezana z uživanjem večjih količin procesirane hrane ter slabšim poznavanjem visoko kakovostne hrane in posledično slabšo kakovostjo prehrane, povečanim tveganjem za debelost, presnovni sindrom ter srčno-žilne bolezni (Gibbs idr., 2018).

Na področju **farmacije** raziskovalci poročajo o zdravstveni pismenosti v farmaciji, ki vključuje sposobnost posameznikov, da na varen in pravilen način dostopajo, razumejo ter uporabijo osnovne informacije, povezane z zdravili (Plaza-Zamora idr., 2020). Od zdravstveno pismene osebe na področju farmacije se pričakuje, da razume navodila na zdravilih, predpisane odmerke in morebitne stranske učinke ter ima sposobnost učinkovitega komuniciranja s farmacevti in zdravstvenimi delavci o težavah, povezanih z zdravili (Hrovat idr., 2018).

Na področju **javnega zdravja** lahko zdravstvena pismenost posameznikom pomaga razumeti zdravstvena tveganja in sprejeti ustrezne ukrepe za zaščito sebe in svoje skupnosti. Zdravstvena pismenost v javnem zdravju vpliva na zdravstveno vedenje, dostop do zdravstvenega varstva in njegovo uporabo ter zdravstvene izide. Van den Broucke (2014) različne dejavnike povezujejo z zdravstveno pismenostjo, kot so socialno-ekonomski status, stopnja izobrazbe, kulturni in jezikovni dejavniki ter dejavniki zdravstvenega sistema. Avtor opozori na potrebe po večji pozornosti na zdravstveno pismenost v praksi, raziskavah in politiki javnega zdravja za spodbujanje enakosti na področju zdravja in izboljšanje zdravstvenih rezultatov prebivalstva. Posamezniki z visoko zdravstveno pismenostjo se bodo na primer pogosteje cepili, izvajali varne spolne odnose ali upoštevali druga priporočena zdravstvena ravnanja v skrbi za ohranjanje zdravja.

Zdravstvena pismenost ni le koncept, povezan z zdravstvenimi vedami. V svetu znanosti je izziv tudi v drugih družboslovnih vedah. Zdravstvena pismenost na področju **filozofije** vključuje posameznikovo sposobnost kritičnega vrednotenja informacij in konceptov, povezanih z zdravjem (Nakayama idr., 2022). Filozofski vidik zdravstvene nepismenosti opozori, da je le-ta lahko tiha invalidnost, s katero se sooča na milijone ljudi, in od zdravstvenih delavcev zahteva veliko pozornost, saj so pacienti z nizko stopnjo zdravstvene pismenosti pogosto deležni diskriminacije in stigmatizacije (Marciano idr., 2019). Nizka stopnja zdravstvene pismenosti tako predstavlja izziv in etično držo zdravstvenim delavcem, ovira učinkovito zdravljenje, kar posledično vpliva na slabe zdravstvene izide (Barrett idr., 2016).

Sam koncept zdravstvene pismenosti vključuje tudi sposobnost razumevanja, spoštovanja in obvladovanja kulturnih in družbenih okoliščin ter različnih kulturnih prepričanj in praks, povezanih z zdravjem in dobrim počutjem ter sposobnost zagovarjanja enakosti in socialne pravičnosti na področju zdravja, kar proučuje **antropologija** (Lie idr., 2012). V transkulturnih okoljih zdravljenja, kjer zdravstveno oskrbo iščejo pacienti iz različnih kulturnih in jezikovnih okolij, je zdravstvena pismenost bolj zapletena. Zdravstveni delavci se soočajo z jezikovnimi ovirami, kulturnimi razlikami in omejenimi sposobnostmi na področju zdravstvene pismenosti pri pacientih (Baumeister idr., 2021). Avtorji Baumeister idr. (2021) opozorijo še na izzive, ki v transkulturnih okoljih lahko povzročijo napačno komunikacijo, nesporazume in neoptimalne izide zdravstvene oskrbe, za te pa ni odgovoren le pacient in njegova stopnja zdravstvene pismenosti, temveč tudi sam zdravstveni sistem, njegova organizacija in politika. Poudarja se potreba po usposabljanju zdravstvenih delavcev na področju zdravstvene pismenosti, uporabi preprostega jezika v komunikaciji in zagotavljanju kulturno občutljivih zdravstvenih informacij/storitev (Levin-Zamir idr., 2017).

V **sociologiji** se zdravstvena pismenost nanaša na posameznikovo sposobnost dostopa, razumevanja in uporabe informacij, povezanih z zdravjem, v okviru družbenih struktur in kulturnih norm. Vključuje razumevanje, kako lahko družbeni dejavniki, kot so kultura, izobrazba, dohodek in dostop do zdravstvenega varstva, vplivajo na zdravstveno vedenje, izide, ter sposobnost upravljanja zdravstvenih sistemov in politik za spodbujanje zdravja posameznika in skupnosti (Coughlin idr., 2020). Sociološki pogledi na zdravstveno pismenost poudarjajo vlogo družbenih dejavnikov neenakosti pri oblikovanju zdravstvenih prepričanj, stališč in vedenja. Poudarjajo tudi potrebo po odpravljanju strukturnih in sistemskih ovir za zdravstveno pismenost, vključno z omejenim dostopom do zdravstvenega varstva, zdravstvenimi razlikami ter kulturnimi in jezikovnimi ovirami pri dostopu do zdravstvenih informacij (Orkan idr., 2019).

Z razvojem znanosti in tehnologije se razvijajo tudi različni pogledi in definicije zdravstvene pismenosti na različnih področjih. Ta od posameznika zahtevajo specifična znanja, ki segajo od strokovno ožje usmerjenih zdravstvenih vsebin, kot je na primer cepljenje (zdravstvena pismenost na področju cepljenja) (Lorini idr., 2018), do razumevanja in sodelovanja v zdravstveni politiki ter prizadevanj za zagovorništvo (državljanska zdravstvena pismenost) (Thompson, 2014). Pomemben del pa predstavlja tudi **digitalna zdravstvena pismenost**, ki vključuje razumevanje delovanja digitalne tehnologije na področju zdravja in prepoznavanje verodostojnih informacij na spletu, kjer se zdravstvene vsebine pogosto pojavljajo kot marketinške poteze posameznikov (Smith in Magnani, 2019).

ZAKLJUČEK

Glede na predstavljeno obsežnost koncepta zdravstvene pismenosti lahko trdimo, da je koncept ključen za razumevanje vedenja, povezanega z zdravjem posameznika in populacije. Na koncept vpliva široka paleta dejavnikov, ki so ključnega pomena in na katere lahko vplivamo z ciljano usmerjenimi intervencijami. Visoka stopnja zdravstvene pismenosti ima pozitivne učinke na posameznika in njegovo zdravje, nezanemarljiv pa je učinek na družbo kot celoto. Zato ne moremo mimo pomena politike in oblikovane strategije ter akcijskega načrta, ki lahko pripomoreta k dvigu stopnje zdravstvene pismenosti posameznika in družbe. Vedno bolj se izpostavlja pomen vključitve politike v koncept zdravstvene pismenosti, saj ima politika ključno vlogo pri oblikovanju zdravstvenega okolja, v katerem posamezniki živijo in sprejemajo z zdravjem povezane odločitve. Politika zajema zakone, predpise, smernice in druge ukrepe, ki jih izvajajo vlade in vladne inštitucije, organizacije in institucije, da bi usmerjali vedenje, oblikovali sisteme in vplivali na rezultate. Z načrtovanim delovanjem in združevanjem različnih resornih področij se lahko omogoči boljšo dostopnost do natančnih in zanesljivih zdravstvenih informacij. Potrebno je sporočati razumljive, nepristranske informacije, ki so iz verodostojnih virov in utemeljene na dokazih. Na tak način se lahko zagotovi lažje razumevanje zdravstvenega sistema in omogoči poznavanje poti in potovanje po zdravstvenem sistemu, izboljša komuniciranje na področju zdravja in zagotovi, da so zdravstvene storitve za vse enako dostopne, cenovno ugodne in pravične. Za zagotovitev učinkovitih intervencij za dvig zdravstvene pismenosti je nujno potrebno tudi vključevanje šolskega resorja, kjer je smiselno zagotoviti vsebine za dvig zdravstvene pismenosti na vseh ravneh šolskega sistema vključno z visokošolskimi študijskimi programi predvsem na področju medicine in drugih zdravstvenih ved. Skratka, ključnega pomena je vključevanje politike v koncept zdravstvene pismenosti, saj pomaga zagotoviti, da imajo posamezniki dostop do točnih zdravstvenih informacij in so zaščiteni pred napačnimi informacijami, da lahko učinkovito krmarijo po zdravstvenih sistemih, da so pooblaščeni za sodelovanje pri odločanju v zvezi z zdravjem in svojim zdravstvenim stanjem, s čimer se spodbuja enakost in odpravljanje razlik na področju zdravja. Politika ima ključno vlogo pri ustvarjanju podpornega zdravstvenega okolja, ki spodbuja zdravstveno pismenost, ta pa posameznikom omogoča, da sprejemajo informirane odločitve o svojem zdravju in dobrem počutju. Ne smemo pozabiti, da ima politika vlogo tudi pri upravljanju zasebnih dejavnosti, na področju usmerjanja raziskovalne dejavnosti, upravljanja z informacijami in drugimi ključnimi elementi, s katerimi lahko usmerja aktivnosti za dvig zdravstvene pismenosti.

LITERATURA

Adams, R. J., Stocks, N. P., Wilson, D. H., Hill, C. L., Gravier, S., Kickbusch, I., & Beilby, J. J. (2009). Health literacy—A new concept for general practice? *Australian Family Physician*, *38*(3), 144–147.

American Medical Association. (1999). Health literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA*, *281*(6), 552–557.

Barrett, A., Terry, D. R., Lê, Q., & Hoang, H. (2016). Factors influencing community nursing roles and health service provision in rural areas: A review of literature. *Contemporary Nurse*, *52*(1), 119–135. https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1198234

Baumeister, A., Chakraverty, D., Aldin, A., Seven, Ü. S., Skoetz, N., Kalbe, E., & Woopen, C. (2021). "The system has to be health literate, too": Perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 716. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x

Coleman, C., Kurtz-Ross, S., McKinney, J., Pleasant, A., Rootman, I., & Shohet, L. (2008). *The Calgary Charter on Health Literacy: Rationale and core principles for the development of health literacy curricula.* The Centre for Literacy.

Cornish, K., Fox, G., Fyfe, T., Koopmans, E., Pousette, A., & Pelletier, C. A. (2020). Understanding physical literacy in the context of health: A rapid scoping review. *BMC Public Health*, *20*(1), 1569. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09583-8

Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Sciences*, *6*(1), 3061.

Dzerounian, J., Pirrie, M., AlShenaiber, L., Angeles, R., Marzanek, F., & Agarwal, G. (2022). Health knowledge and self-efficacy to make health behaviour changes: A survey of older adults living in Ontario social housing. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 473. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03116-1

Erlen, J. A. (2004). Functional health illiteracy: Ethical concerns. *Orthopaedic Nursing*, *23*(2), 150–153. https://doi.org/10.1097/00006416-200403000-00015

Feinberg, I. Z., Owen-Smith, A., O'Connor, M. H., Ogrodnick, M. M., Rothenberg, R., & Eriksen, M. P. (2020). Strengthening culturally competent health communication. *Health Security*, *19*(S1), S41–S49. https://doi.org/10.1089/hs.2021.0048

Gibbs, H. D., Ellerbeck, E. F., Gajewski, B., Zhang, C., & Sullivan, D. K. (2018). The Nutrition Literacy Assessment Instrument is a valid and reliable measure of nutrition literacy in adults with chronic disease. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *50*(3), 247–257.e1. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.10.008

Griese, L., Schaeffer, D., & Berens, E. M. (2023). Navigational health literacy among people with chronic illness. *Chronic Illness*, *19*(1), 172–183. https://doi.org/10.1177/17423953211073368

Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*, *15*(1), 215. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6

Heine, M., Lategan, F., Erasmus, M., Lombaard, C. M., McCarthy, N., Olivier, J., van Niekerk, M., & Hanekom, S. (2021). Health education interventions to promote health literacy in adults with selected non-communicable diseases living in low-to-middle income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *27*(6), 1417–1428. https://doi.org/10.1111/jep.13554

Hrovat, N., Vidic Vidmar, L., & Kos, M. (2018). Zdravstvena pismenost in zdravstvena pismenost, povezana z zdravili. *Farmacevtski vestnik*, *69*(3), 195–210.

Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion.* National Academies Press.

Khanal, S. P., Budhathoki, C. B., Okan, O., van Teijlingen, E., Sharma, M. K., Acharya, J., & Wood, C. (2023). Systematic review of health literacy and health promotion in school-aged adolescents. *Journal of Education and Community Health*, *10*(1), 49–57.

Levin-Zamir, D., Leung, A. Y. M., Dodson, S., & Rowlands, G. (2017). Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. *Information Services & Use*, *37*(2), 131–151.

Lie, D., Carter-Pokras, O., Braun, B., & Coleman, C. (2012). What do health literacy and cultural competence have in common? Calling for a collaborative health professional pedagogy. *Journal of Health Communication, 17*(Suppl. 3), 13–22. https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712625

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health, 8*(2), e000351. https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351

Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., Bonanni, P., & Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics, 14*(2), 478–488. https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423

Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. (2019). The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine, 34*(6), 1007–1017. https://doi.org/10.1007/s11606-019-04832-y

Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy: A heterogeneous phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(1), 151–160. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x

Murugesu, L., Heijmans, M., Rademakers, J., & Fransen, M. P. (2022). Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLOS ONE, 17*(5), e0267782. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267782

Nakayama, K., Yonekura, Y., Danya, H., & Hagiwara, K. (2022). Associations between health literacy and information-evaluation and decision-making skills in Japanese adults. *BMC Public Health, 22*(1), 1473. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13892-5

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health, 42*(1), 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior, 31*(Suppl. 1), S19–S26. https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health, 13*(1), 948. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: A critical concept for public health. *Archives of Public Health, 72*(1), 10. https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10

Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., & Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: A systematic review. *BMC Public Health, 20*(1), 1040. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0

World Health Organization. (1998). *Health Promotion glossary.* World Health Organization.

Yost, K. J., Webster, K., Baker, D. W., Choi, S. W., Bode, R. K., & Hahn, E. A. (2009). Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: Development and pilot testing. *Patient Education and Counseling, 75*(3), 295–301. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.020

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International, 20*(2), 195–203. https://doi.org/10.1093/heapro/dah609

2 NACIONALNA RAZISKAVA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI V SLOVENIJI, HLS-SI$_{19-21}$

Uvodne besede

V Sloveniji smo v letu 2020 prvič izvedli nacionalno raziskavo zdravstvene pismenosti, s katerimo smo proučili zdravsteno pismenost in njene vidike na odraslih prebivalcih. Rezultati in ugotovitve, ki jih predstavljamo v nadaljevanju, ponujajo dober vpogled v stanje na tem področju pri nas in hkrati kažejo na vrzeli in izzive, ki jih je treba nasloviti s konkretnimi intervencijami.

V metodološkem podpoglavnju predstavljamo cilje in metodologijo Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti HLS-SI$_{19-21}$, katere namen je bil pridobiti zanesljive in reprezentativne podatke o zdravstveni pismenosti odraslih prebivalcev Slovenije. Opisujemo uporabljene merske instrumente, ki zajemajo splošno, navigacijsko, komunikacijsko, digitalno zdravstveno pismenost ter pismenost na področju cepljenja. Nadalje pojasnjujemo postopek vzorčenja in značilnosti sodelujočih, vključno s stopnjo odziva in strukturo vzorca. Posebno pozornost namenjamo tudi obdelavi podatkov, vključno z uteževanjem za zagotavljanje večje primerljivosti s populacijo. Na koncu predstavljamo pristop k merjenju in izračunu zdravstvene pismenosti.

V naslednjih podpoglavih obravnavamo ključna področja zdravstvene pismenosti in specifične zdravstene pismenosti, ki pomembno vplivajo na zdravje posameznikov in delovanje zdravstvenega sistema. Posebno pozornost namenjamo povezanosti socialnih determinant zdravja z zdravstveno pismenostjo, saj družbeni, ekonomski in okoljski dejavniki pomembno oblikujejo zmožnost posameznikov za razumevanje in uporabo informacij o zdravju. Nadalje poglobljeno predstavljamo digitalno zdravstveno pismenost in navigacijsko zdravstveno pismenost, ki sta vse pomembnejši v sodobnem, kompleksnem in vse bolj digitaliziranem zdravstvenem okolju. Obravnavamo tudi zdravstveno pismenost na področju cepljenja, ki ima ključno vlogo pri sprejemanju informiranih odločitev in varovanju javnega zdravja. S celostnim pristopom želimo osvetliti razsežnosti zdravstvene pismenosti ter njihovo medsebojno povezanost in pomen v vsakdanjem življenju.

Čeprav so obravnavana področja vsebinsko tesno povezana, jih v tem delu monografije predstavljamo v ločenih podpoglavjih, kjer za vsako področje posebej podajamo pregled stanja, metodološki okvir, rezultate in razpravo. Takšen pristop omogoča poglobljeno in osredotočeno analizo posameznih dimenzij zdravstvene pismenosti ter hkrati prispeva k večji preglednosti in znanstveni vrednosti celotnega dela.

2.1 Metodološki vidiki merjenja zdravstvene pismenosti v HSL-SI$_{19\text{-}21}$

dr. Nejc Berzelak[1], doc. dr. Mitja Vrdelja[1], Sanja Vrbovšek[1]

[1]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- Cilj Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti je bil pridobiti kakovostne in dobro reprezentativne podatke o zdravstveni pismenosti odraslih prebivalcev Slovenije.
- Anketni vprašalnik je vključeval inštrumente za merjenje splošne, navigacijske in komunikacijske zdravstvene pismenosti, zdravstvene pismenosti na področju cepljenja ter digitalne zdravstvene pismenosti.
- Sodelujoči so bili v raziskavo izbrani z uporabo verjetnostnega (dvostopenjskega stratificiranega) vzorčenja iz Centralnega registra prebivalstva.
- V raziskavi je sodelovalo 3360 od 6000 izbranih oseb, skupna stopnja odgovora je bila 57-odstotna.
- Kljub razlikam v sodelovanju med različnimi skupinami ciljnih oseb so odstopanja v sociodemografski strukturi realiziranega vzorca glede na populacijo oziroma izbran začetni vzorec majhna in še nadalje zmanjšana z uporabo uteževanja podatkov.

UVOD

To poglavje se osredotoča ključne metodološke vidike Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji (HLS-SI19), ki so pomembni za razumevanje in interpretacijo podatkov raziskave. Predstavlja uporabljene pristope k merjenju zdravstvene pismenosti, postopke načrtovanja in izvedbe raziskave ter kazalnike reprezentativnosti zbranih podatkov za populacijo odraslih prebivalcev Slovenije. Točnost anketnih podatkov in njihova posplošljivost na ciljno populacijo sta namreč bistveno odvisni od nepristranskosti vzorca sodelujočih v raziskavi in ustreznega merjenja proučevanih lastnosti z anketnimi vprašanji.

Priprava metodologije Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti je potekala na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) v sodelovanju z mednarodno mrežo M-POHL kot del Evropske raziskave populacijske zdravstvene pismenosti (HLS19). Mednarodni konzorcij je imel vodilno vlogo predvsem pri razvoju merskih inštrumentov za zdravstveno pismenost in anketnega vprašalnika, nacionalni partnerji pa pri načrtovanju in izvedbi vzorčenja, zbiranja in priprave podatkov raziskave. Cilj nacionalne raziskave je bil pri tem pridobiti čim bolj kakovostne in reprezentativne podatke za splošno populacijo, čemur je sledila celotna metodologija načrtovanja in izvedbe raziskave.

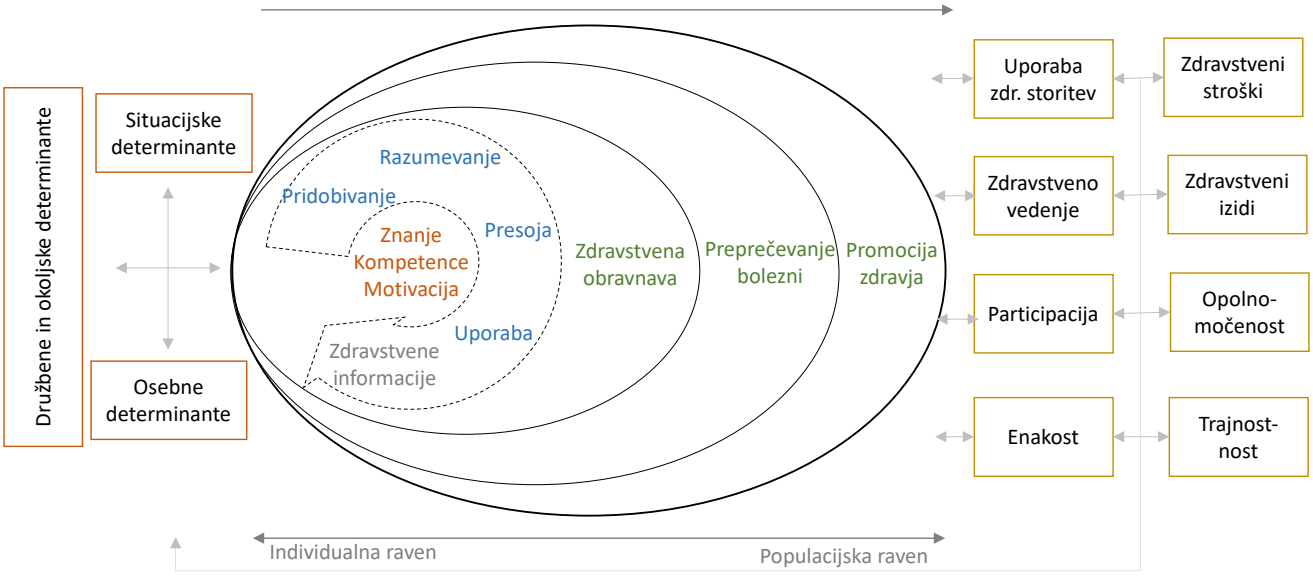
V prvem delu obravnavamo način merjenja zdravstvene pismenosti v raziskavi HLS-SI19, pri čemer predstavljamo različne dimenzije tega kompleksnega koncepta in njihovo operacionalizacijo v anketna vprašanja. V nadaljevanju povzemamo postopke priprave in vsebino anketnega vprašalnika kot celote ter predstavljamo načine vzorčenja in zbiranja podatkov. V zadnjem delu se osredotočamo na evalvacijo sodelovanja v anketi z vidika dosega in strukture sodelujočih v raziskavi, kar podaja vpogled v reprezentativnost zbranih podatkov za ciljno populacijo.

MERJENJE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI V RAZISKAVI HLS-SI$_{19}$

Merjenje zdravstvene pismenosti postaja v zadnjih 15 letih vse pomembnejše tudi v evropskem prostoru. Leta 2009 je bila v osmih državah Evropske Unije izvedena prva Evropska raziskava zdravstvene pismenosti (European Health Literacy Survey, HLS-EU Consortium, 2012). V okviru te raziskave je bil razvit merski inštrument HLS-EU-Q, namenjen merjenju različnih dimenzij zdravstvene pismenosti v splošni populaciji v skladu s konceptualnim modelom Sørensen in drugih (Pelikan in Straßmayr, 2021; Sørensen idr., 2012, 2013, 2015).

Ta model (Slika 2.1) splošno zdravstveno pismenost posameznika opredeljuje kot skupek znanj, kompetenc in motivacij za obdelavo zdravstvenih informacij (pridobivanje, razumevanje, presojo in uporabo) na treh področjih skrbi za zdravje: pri zdravstveni obravnavi, preprečevanju bolezni in promociji zdravja (Sørensen idr., 2012). Hkrati model izpostavlja osebne in situacijske determinante zdravstvene pismenosti ter njene posledice za posameznikovo vedenje in zdravje. Cilj raziskave je bil tako merjenje različnih vidikov zdravstvene pismenosti kot tudi nekaterih njihovih ključnih determinant in posledic.

Slika 2.1: Model zdravstvene pismenosti s štirimi fazami procesa obdelave zdravstvenih informacij, tremi področji skrbi za zdravje ter determinantami in posledicami zdravstvene pismenosti



Vir: Sørensen idr. (2012)

Poleg splošne zdravstvene pismenosti smo z raziskavo HLS-SI19 proučevali tudi zdravstveno pismenost na ožjih področjih komunikacije z zdravniki, navigacije po zdravstvenem sistemu, cepljenja ter iskanja in obdelave zdravstvenih informacij na spletu (digitalna zdravstvena pismenost).

Vprašanja za merjenje splošne, komunikacijske in navigacijske zdravstvene pismenosti

Pri razvoju inštrumenta za merjenje **splošne zdravstvene pismenosti** v raziskavi HLS19 so raziskovalci v mreži M-POHL uporabili merski inštrument razvit v okviru prve evropske raziskave ter vanj uvedli nekatere spremembe besedil postavk in kategorij odgovorov, ki so dokumentirane v mednarodnem poročilu o raziskavi (Straßmayr idr., 2021).

Ocenjevanje zdravstvene pismenosti po tem inštrumentu temelji na anketirančevi samooceni zahtevnosti izvedbe posameznih opravil, povezanih z zdravjem. Celoten inštrument (HLS19-Q47) sestavlja 47 postavk, ki jih anketiranec ocenjuje na štiristopenjski lestvici od »zelo lahko« do »zelo težko«. Vsebina postavk je zasnovana tako, da merijo splošno zdravstveno pismenost kot celoto in zdravstveno pismenost po posameznih dimenzijah. Tabela 2.1 prikazuje vsebino in število postavk za merjenje vseh (pod)dimenzij zdravstvene pismenosti, ki jih opredeljuje kombinacija treh področij skrbi za zdravje in štirih faz procesa obdelave zdravstvenih informacij.

Tabela 2.1: Vsebina in število postavk za merjenje dimenzij splošne zdravstvene pismenosti glede na tri področja skrbi za zdravje in štiri faze procesa obdelave zdravstvenih informacij

	DOSTOPANJE/ PRIDOBIVANJE ZDRAVSTVENIH INFORMACIJ	**RAZUMEVANJE ZDRAVSTVENIH INFORMACIJ**	**PRESOJANJE ZDRAVSTVENIH INFORMACIJ**	**UPORABA ZDRAVSTVENIH INFORMACIJ**
ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA	Zmožnost za dostopanje do medicinskih/ kliničnih informacij (4 postavke)	Zmožnost razumevanja medicinskih informacij in pridobivanje pomena (4 postavke)	Zmožnost interpretacije in vrednotenja medicinskih informacij (4 postavke)	Zmožnost sprejemanja informiranih odločitev v okviru medicinske/ zdravstvene obravnave (4 postavke)
PREPREČEVANJE BOLEZNI	Zmožnost za dostopanje do informacij glede dejavnikov tveganja (4 postavke)	Zmožnost razumevanja informacij glede dejavnikov tveganja in pridobivanje pomena (3 postavke)	Zmožnost interpretacije in vrednotenja informacij o dejavnikih tveganja (5 postavk)	Zmožnost sprejemanja informiranih odločitev o dejavnikih tveganja (3 postavke)
PROMOCIJA ZDRAVJA	Zmožnost posodabljanja/ nadgrajevanja informacij o determinantah zdravja v družbenem in fizičnem okolju (5 postavk)	Zmožnost razumevanja informacij o determinantah zdravja v družbenem in fizičnem okolju in pridobivanje pomena (4 postavk)	Zmožnost interpretacije in vrednotenja informacij o determinantah zdravja v družbenem in fizičnem okolju (3 postavke)	Zmožnost sprejemanja informiranih odločitev o determinantah zdravja v družbenem in fizičnem okolju (4 postavke)

Vir: Sørensen idr. (2012)

Zaradi obsežnosti osnovnega inštrumenta za merjenje zdravstvene pismenosti, je mednarodni konzorcij pripravil tudi dve krajši različici z 12 (HLS19-Q12) oziroma 16 postavkami (HLS19-Q16). Vse sodelujoče države so morale v vprašalnik vključiti vsaj različico z 12 postavkami; zlasti novosodelujoče države, vključno s Slovenijo, pa so uporabile osnovno različico s 47 postavkami (Straßmayr idr., 2021). Ta omogoča tudi podrobnejšo analizo zdravstvene pismenosti po posameznih zgoraj predstavljenih dimenzijah (Pelikan idr., 2022).

Na podoben način smo merili tudi **komunikacijsko in navigacijsko zdravstveno pismenost**, prva z ocenjevanjem težavnosti 11 in druga 12 opravil, povezanih s komunikacijo z zdravnikom in orientacijo posameznika v zdravstvenem sistemu (Straßmayr idr., 2021).

Izračun dosežkov splošne, komunikacijske in navigacijske zdravstvene pismenosti

Doseženo število točk splošne zdravstvene pismenosti in njenih dimenzij ter komunikacijske in navigacijske zdravstvene pismenosti smo izračunali kot povprečje ocen težavnosti ustreznih opravil (4: zelo lahko, 3: lahko, 2: težko, 1: zelo težko), pretvorjeno na interval od 0 do 100. Število točk za posameznega anketiranca je bilo tako izračunano po formuli:

$$t_{ZP} = \frac{\bar{x}_p - 1}{4 - 1} \cdot 100$$

kjer je $\bar{x}_p$ povprečje ocen težavnosti na postavkah, ki merijo posamezno dimenzijo oziroma področje zdravstvene pismenosti. Višje število točk pri tem predstavlja višjo stopnjo zdravstvene pismenosti. Skladno z usmeritvami mreže M-POHL so bile točke izračunane za anketirance, ki so odgovorili na vsaj 80 % ustreznih postavk.

V nacionalni raziskavi HLS-SI19 smo uporabili drugačen način izračunavanja dosežkov kot mreža M-POHL pri pripravi mednarodnega poročila. Izračun dosežkov v slednjem namreč temelji na dihotomiziranih ocenah težavnosti opravil z združevanjem kategorij »(zelo) lahko« in »(zelo) težko«. Preliminarna analiza slovenskih podatkov je pokazala, da pri takšnem načinu izračunavanja nastane izrazit učinek stropa, pri katerem se velik delež ocen porazdeljuje blizu ali na zgornji meji števila točk. V vsebinskem smislu to predstavlja omejitev pri ugotavljanju dejavnikov zdravstvene pismenosti oziroma razlik v dosežkih med različnimi skupinami posameznikov. Tudi zato je v splošnem priporočeno izračunavanje točk na osnovi vseh vrednosti lestvice težavnosti, kot smo ga uporabili v nacionalni raziskavi (Pelikan idr., 2022).

Izvirni inštrument za merjenje splošne zdravstvene pismenosti je bil validiran v več študijah in državah (npr. Finbråten, 2018; Pelikan idr., 2014; Sørensen idr., 2013), validacija posodobljenega inštrumenta za sodelujoče države, vključno s Slovenijo, pa je bila izvedena v okviru mreže M-POHL (Link idr., 2021; Pelikan idr., 2022; Straßmayr idr., 2021).

Za poenostavitev interpretacije stopenj splošne, komunikacijske in navigacijske zdravstvene pismenosti smo doseženo število točk razvrstili v štiri kategorije zdravstvene pismenosti (Tabela 2.2), katerih meje smo določili na osnovi kriterijev, opredeljenih v literaturi (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen idr., 2015). Čeprav so te meje do določene mere arbitrarne, nižja dosežena kategorija izraža večjo verjetnost pojava težav pri soočanju z različnimi opravili in situacijami, povezanimi z zdravjem.

Tabela 2.2: Kategorije stopenj zdravstvene pismenosti glede na doseženo število točk

Doseženo število točk	**Kategorija dosežka**
50 točk ali manj	Nezadostna zdravstvena pismenost
50–66 točk	Problematična zdravstvena pismenost
66–84 točk	Zadostna zdravstvena pismenost
84–100 točk	Odlična zdravstvena pismenost

Zdravstvena pismenost na področju cepljenja

Pri operacionalizaciji zdravstvene pismenosti na področju cepljenja je M-POHL sledil opredelitvi splošne zdravstvene pismenosti in jo razširil z nekaterimi ključnimi dejavniki vpliva na odločitve glede cepljenja (Griebler idr., 2021). Skladno s tem je bila zdravstvena pismenost na tem področju v raziskavi merjena z uporabo ocen anketirancev glede:

- težavnosti izvedbe štirih opravil iz inštrumenta za merjenje splošne zdravstvene pismenosti, ki se nanašajo na pridobivanje, razumevanje, presojo oziroma uporabo zdravstvenih informacij s področja cepljenja;
- pravilnosti treh trditev, ki se nanašajo na neželene učinke cepiv (preobremenitev imunskega sistema, povzročitve bolezni ter pogostih resnih neželenih učinkov);
- strinjanja s petimi trditvami o pomembnosti, varnosti in učinkovitosti cepljenja;
- tveganja za bolezen, proti kateri se je mogoče cepiti.

Ocene težavnosti štirih opravil so bile uporabljene za izračun skupnega dosežka na tem področju po zgoraj opisani metodologiji za izračun dosežkov splošne zdravstvene pismenosti. Pri tem je potrebno upoštevati, da je nabor vrednosti dosežka razmeroma omejen zaradi nizkega števila postavk (ocenjenih opravil), na katerih temelji izračun.

Digitalna zdravstvena pismenost

Za merjenje digitalne zdravstvene pismenosti je bil prenovljen inštrument eHEALS-E (Petrič idr., 2017), ki meri šest dimenzij tega koncepta: zavedanje spletnih virov, validiranje prejetih informacij, prepoznavanje kvalitete in pomena, zaznano učinkovitost, pametno rabo spleta in razumevanje informacij. Inštrument skupno sestavlja 32 postavk s petstopenjsko lestvico strinjanja. Stopnja digitalne zdravstvene pismenosti je izračunana kot povprečje odgovorov na postavke, pretvorjeno na interval od 0 do 100 po zgoraj predstavljeni metodologiji.

ANKETNI VPRAŠALNIK

Anketni vprašalnik Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti so sestavljali zgoraj opisani merski inštrumenti za merjenje različnih področij zdravstvene pismenosti, vprašanja o socialno-ekonomskih lastnostih anketirancev, njihovem zdravju, socialni opori, življenjskem slogu, uporabi e-zdravja ter uporabi spletnih storitev in virov informacij, povezanih z zdravjem. Vsebine vprašalnika, skupaj s številom vprašanj in postavk, prikazuje Tabela 2.3.

Tabela 2.3: Vsebine anketnega vprašalnika ter število vprašanj in postavk v Nacionalni raziskavi zdravstvene pismenosti

Vsebinski sklop	**Vsebine**
1) Splošna zdravstvena pismenost	• Težavnost opravil s področja splošne zdravstvene pismenosti (3 vprašanja, 47 postavk)
2) Zdravstvene informacije	• Iskanje informacij o zdravju v katerem koli viru (1 vprašanje)
3) Osebne informacije	• Demografske lastnosti (5 vprašanj) • Izobrazba (1 vprašanje) • Zaposlitev (1 vprašanje) • Socio-ekonomski položaj (4 vprašanja) • Socialna opora (3 vprašanja)
4) Življenjski stil in zdravje	• Telesna višina in teža (2 vprašanji) • Kajenje, uživanje alkohola, sadja in zelenjave ter telesna dejavnost (1 vprašanje, 6 postavk)
5) Splošno zdravstveno stanje	• Samoocena zdravja (1 vprašanje) • Prisotnost kronične bolezni (1 vprašanje) • Oviranost zaradi zdravstvenih težav (1 vprašanje)
6) Uporaba zdravstvene oskrbe	• Uporaba različnih zdravstvenih storitev (5 vprašanj) • Bolniške odsotnosti (1 vprašanje)
7) Komunikacijska zdravstvena pismenost	• Težavnost opravil s področja komunikacijske zdravstvene pismenosti (1 vprašanje, 11 postavk)
8) Navigacijska zdravstvena pismenost	• Težavnost opravil s področja navigacijske zdravstvene pismenosti (1 vprašanje, 12 postavk)
9) Cepljenje	• Cepljenje v družini (1 vprašanje) • Ocena pravilnosti trditev o neželenih učinkih cepljenja (1 vprašanje, 3 postavke) • Strinjanje s trditvami o pomembnosti in učinkovitosti cepiv (1 vprašanje, 5 postavk) • Ocena tveganja za bolezni (1 vprašanje)
10) E-zdravje	• Uporaba storitev e-zdravja (3 vprašanja) • Razlogi za neuporabo storitev (1 vprašanje)
11) Digitalna pismenost	• Uporaba spletnih virov informacij o zdravju (1 vprašanje, 7 postavk) • Strinjanje s trditvami o uporabi interneta za iskanje z zdravjem povezanih informacij (3 vprašanja, 32 postavk) • Spletno nakupovanje zdravstvenih dobrin (1 vprašanje) • Komunikacija z ambulanto osebnega zdravnika prek e-pošte (1 vprašanje)

Vprašanja za vsebinske sklope 1–9 (Tabela 2.3) so bila v izvirnem angleškem jeziku razvita v okviru mreže M-POHL, preostala pa s strani slovenskih raziskovalcev za namen nacionalne raziskave. Izvirna vprašanja smo v slovenski jezik prevedli z uporabo dveh neodvisnih prevodov ter povratnega prevajanja nazaj v angleški jezik (angl. back translation). Vprašalnik je bil preizkušen z uporabo pilotnega anketiranja in kognitivnih intervjujev, ki so pomagali pri ugotavljanju potencialnih težav anketirancev z odgovarjanjem na vprašanja. Skladno z ugotovitvami so bile uvedene prilagoditve besedil vprašanj ter dodatna pojasnila za anketirance.

Vprašalnik je bil pripravljen za izvedbo osebnega, spletnega in poštnega anketiranja. Pri tem je bila pozornost namenjena tudi zagotavljanju čim večje podobnosti med vprašalniki, kar zmanjšuje tveganje za razlike v odgovorih, ki so lahko posledica različnih načinov anketiranja.

IZVEDBA ANKETE

Ciljna populacija raziskave so bili prebivalci Slovenije, stari 18 let ali več. Pomembno vodilo pri izvedbi raziskave je bilo zagotoviti visoko stopnjo reprezentativnosti podatkov za to populacijo, zaradi česar je metodologija izvedbe združevala uporabo verjetnostnega vzorčenja, ukrepov za zagotavljanje čim višje stopnje sodelovanja in kombiniranega načina anketiranja.

Vzorčenje

Kot vzorčni okvir (seznam vseh enot, torej posameznikov, ciljne populacije) je bil uporabljen Centralni register prebivalstva (CRP). Ena od glavnih prednosti uporabe nacionalnih registrov za ta namen je praviloma zelo nizka stopnja nepokritja, t. j. odsotnosti informacij o določenih enotah v ciljni populaciji (Biemer in Lyberg, 2003). To velja tudi za CRP in pomembno zmanjšuje tveganje za pristranskost izbranega vzorca, ki je posledica morebitnih specifičnih lastnosti posameznikov, ki v vzorčni okvir niso vključeni.

Vzorec posameznikov za sodelovanje je bil izbran z verjetnostnim vzorčenjem, pri katerem ima vsaka enota iz populacije možnost izbora v vzorec z znano neničelno verjetnostjo. Vzorčenje je izvedel Statistični urad Republike Slovenije z uporabo dvostopenjskega stratificiranega vzorčenja iz CRP. Na prvi stopnji je bilo pri tem izbranih 750 popisnih okolišev z verjetnostjo izbora sorazmerno številu prebivalcev v okolišu, na drugi pa osem oseb znotraj vsakega okoliša. Skupno je bilo v raziskavo tako izbranih 6000 oseb, pri čemer je imela vsaka enota ciljne populacije enako končno verjetnost izbora v vzorec (Kalton in Vehovar, 2001).

Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo kot kombinacija spletnega, osebnega in poštnega anketiranja. Pričelo se je marca 2020, vendar je bilo zaradi epidemije covida-19 prekinjeno in se je nadaljevalo med junijem in avgustom 2020. Osebe, izbrane v vzorec, so bile z dopisom po pošti povabljene k izpolnjevanju anketnega vprašalnika na spletu. Za tiste, ki niso sodelovali na spletu, je bilo predvideno računalniško podprto osebno anketiranje, ponujena pa je bila tudi možnost izpolnitve vprašalnika na papirju z vračilom po pošti. Slednjo možnost je izkoristilo le 12 anketirancev. Anketarji so poskušali stik z osebami, ki niso sodelovale na spletu, vzpostaviti z vsaj štirimi obiski.

SODELOVANJE V RAZISKAVI

Poleg načina izbora vzorca sodelujočih v raziskavi je pomemben dejavnik reprezentativnosti podatkov za ciljno populacijo uspešnost vključitve izbranih oseb v raziskavo. Do problema neodgovora v anketnih raziskavah pride, ker določene osebe v raziskavi zaradi različnih razlogov ne sodelujejo, na primer zaradi zavračanja sodelovanja, odsotnosti v času anketiranja, neuspešne vzpostavitve stika, nezmožnosti odgovarjanja na vprašanja ali smrti. Tveganje za zmanjšano reprezentativnost podatkov je pri tem zlasti veliko, kadar se osebe, ki niso sodelovale v raziskavi, sistematično razlikujejo od sodelujočih.

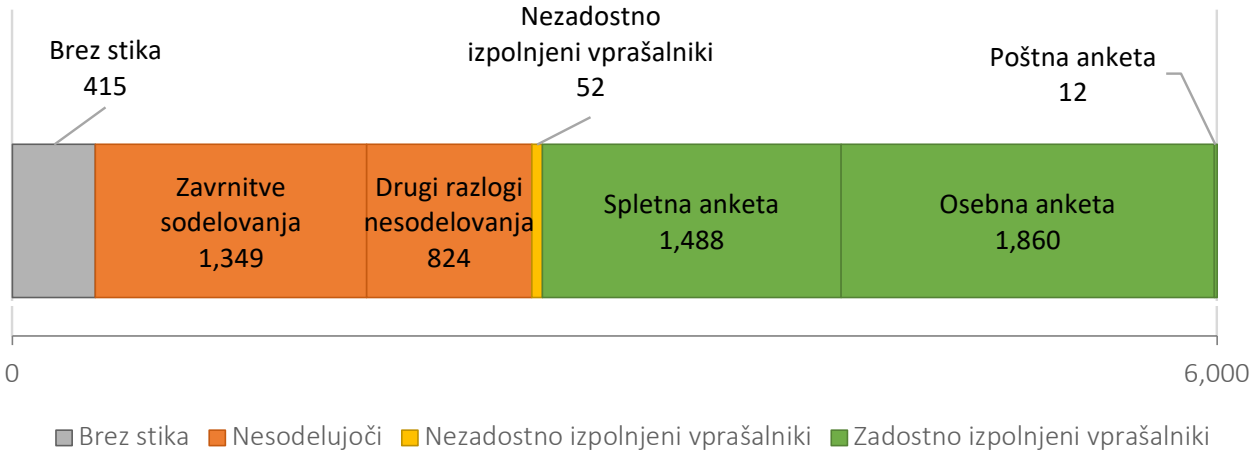
V tem delu predstavljamo rezultate evalvacije sodelovanja v anketi, ki vključujejo izračune stopenj sodelovanja, njihove primerjave med različnimi skupinami izbranih oseb, analizo dejavnikov sodelovanja v raziskavi glede na lastnosti izbranih oseb ter pregled strukture začetnega in končnega (realiziranega) vzorca. Te primerjave smo izvedli glede na ključne sociodemografske lastnosti, ki so na osnovi registrski podatkov znane tako za sodelujoče kot tudi nesodelujoče osebe.

Stopnja sodelovanja in stopnja odgovora

Uspešnost dosega ciljnih oseb je mogoče izraziti z različnimi metodami izračunavanja deleža posameznikov, izbranih v vzorec, ki so v raziskavi sodelovali (AAPOR, 2016). V tem delu uporabljamo stopnjo sodelovanja in stopnjo odgovora kot dva kazalnika realizacije izbranega vzorca, ki smo ju uporabljali za spremljanje in evalvacijo nacionalne raziskave in poročanje mreži M-POHL.

V okviru mednarodne raziskave se je za poročanje dosega ciljne populacije uporabljala mera stopnje sodelovanja (angl. cooperation rate), izražena kot razmerje med številom oseb, ki so vprašalnik izpolnile v zadostni meri, ter vseh uspešno kontaktiranih oseb (AAPOR, 2016). Oseb, s katerimi ni bilo mogoče vzpostaviti stika, je bilo 415 od 6000 (Slika 2.2). V anketi je sodelovalo 3412 oseb, vendar jih 52 vprašalnika ni izpolnilo v zadostni meri za vključitev v končno bazo podatkov. Kriterij zadostne izpolnjenosti je zahteval vsaj 80 % odgovorjenih postavk, povezanih s splošno zdravstveno pismenostjo in ključnimi lastnostmi anketiranca. Ob upoštevanju 3360 zadostno izpolnjenih vprašalnikov in 5585 oseb, s katerimi je bilo mogoče vzpostaviti stik, je bila stopnja sodelovanja 60-odstotna.

Slika 2.2: Število oseb glede na končni status anketiranja



V nadaljevanju analize sodelovanja kot mero dosega ciljnih oseb uporabljamo stopnjo odgovora po standardu AAPOR RR2 (AAPOR, 2016), ki za razliko od zgoraj opisane metode iz izračuna ne izloči oseb, s katerimi ni bilo mogoče vzpostaviti stika, temveč zgolj prepozna neustrezne osebe. Med te je bilo v nacionalni raziskavi uvrščenih 13 oseb, ki so živele v skupinskih gospodinjstvih, in 71 oseb, ki so prebivale v tujini. S skupno 3360 zadostno izpolnjenimi vprašalnika je bila stopnja odgovora po standardu AAPOR RR2 tako 57-odstotna.

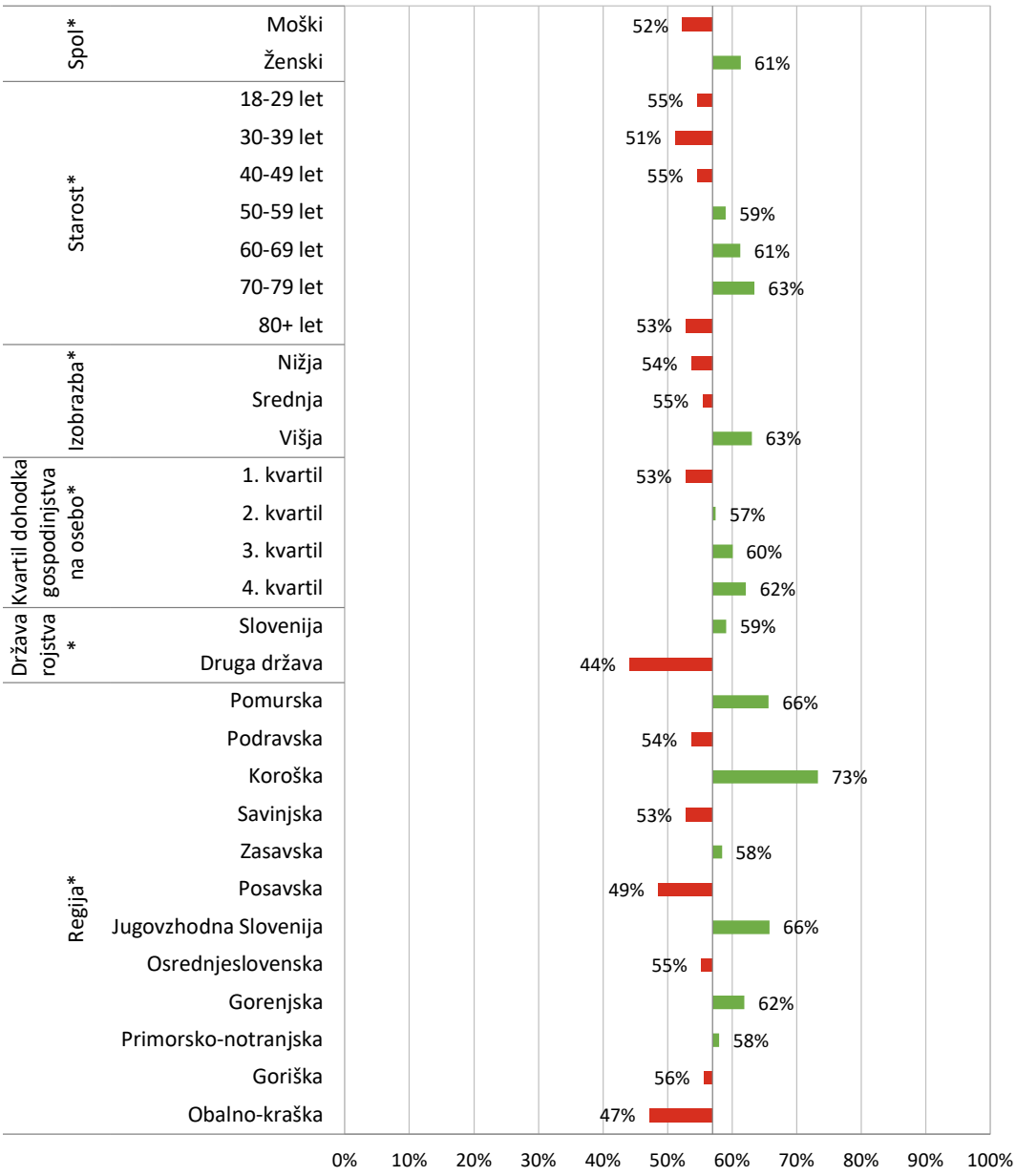
Stopnje odgovora po skupinah ciljne populacije

Problem neodgovora lahko vodi do pristranske strukture vzorca zaradi razlik v sodelovanju različnih populacijskih skupin v anketi. Prvi vpogled v tveganje za nastanek tovrstne pristranskosti tako podaja primerjava stopenj odgovora med različnimi sociodemografskimi skupinami oseb, izbranih v vzorec (Slika 2.3).

Stopnja odgovora je bila skoraj deset odstotnih točk višja med ženskami kot med moškimi ter je naraščala s starostjo (z izjemo najstarejše skupine anketirancev), izobrazbo in dohodkom gospodinjstva. Izrazito nižja stopnja odgovora je bila dosežena med osebami, ki niso bile rojene v Sloveniji. Takšni vzorci razlik v sodelovanju so v veliki meri skladni z izkušnjami drugih podobnih visokokavostnih anketnih raziskav v Sloveniji.

Opazne so tudi regionalne razlike, pri čemer zlasti izstopajo višje stopnje odgovora na Koroškem, v Pomurju in v Jugovzhodni Sloveniji, nižje pa predvsem v Posavski in Obalno-kraški regiji.

Slika 2.3: Stopnje odgovora po lastnostih posameznikov, izbranih v vzorec, glede na skupno stopnjo odgovora (57 %) (n=5.504–5.916)



Analiza sociodemografskih dejavnikov sodelovanja

Medtem ko primerjava stopenj odgovora po posameznih skupinah kaže razlike v dosegu ciljnih Medtem ko primerjava stopenj odgovora po posameznih skupinah kaže razlike v dosegu ciljnih oseb, je za podrobnejše razumevanje dejavnikov vpliva na sodelovanje v anketi smiselno proučevati izoliran vpliv posameznih dejavnikov s kontrolo po preostalih. V ta namen smo uporabili logistično regresijo, v kateri je bila odvisna spremenljivka sodelovanje oziroma nesodelovanje v anketi, neodvisne pa posamezne sociodemografske lastnosti oseb, izbranih v vzorec.

Rezultati te analize so v veliki meri skladni z zgoraj ugotovljenimi razlikami v stopnjah sodelovanja po posameznih lastnostih. Obeti sodelovanja so statistično značilno ($p < 0,05$) višji pri ženskah, srednje in višje izobraženih v primerjavi z nižje izobraženimi, osebah iz gospodinjstev v tretjem ali četrtem kvartilu osebnega dohodka ter osebah, rojenih v Sloveniji. V primerjavi s skupino najmlajših anketirancev (pod 30 let starosti) imajo statistično značilno nižje obete sodelovanja

osebe v tridesetih letih starosti, statistično značilno višje pa osebe med 60 in 69 ter med 70 in 79 letom starosti. V primerjavi z referenčno Pomursko regijo, v kateri je bila dosežena druga najvišja stopnja odgovora za Koroško regijo, imajo statistično značilno nižje obete sodelovanja Podravska, Savinjska, Posavska, Osrednjeslovenska, Goriška in Obalno-kraška regija.

Tabela 2.4: Logistični model sodelovanja v anketi glede na socio-ekonomske lastnosti oseb, izbranih v vzorec (n = 5.502)

		Razmerje obetov	Std. napaka	z-vrednost
Spol	Moški *(ref.)*			
	Ženski	1,41	0,08	6,05*
Starost	18-29 let *(ref.)*			
	30-39 let	0,81	0,09	-1,99*
	40-49 let	0,96	0,10	-0,43
	50-59 let	1,10	0,11	0,89
	60-69 let	1,34	0,14	2,90*
	70-79 let	1,46	0,17	3,23*
	80+ let	0,91	0,12	-0,70
Izobrazba	Nižja *(ref.)*			
	Srednja	1,18	0,09	2,15*
	Višja	1,53	0,15	4,50*
Kvartil dohodka gospodinjstva na osebo	1. kvartil *(ref.)*			
	2. kvartil	1,10	0,09	1,20
	3. kvartil	1,25	0,10	2,74*
	4. kvartil	1,29	0,11	2,95*
Rojen v Sloveniji	Ne *(ref.)*			
	Da	1,47	0,12	4,62*
Regija	Pomurska *(ref.)*			
	Podravska	0,62	0,09	-3,47*
	Koroška	1,39	0,28	1,62
	Savinjska	0,57	0,08	-3,91*
	Zasavska	0,73	0,15	-1,56
	Posavska	0,50	0,09	-3,75*
	Jugovzhodna Slovenija	0,98	0,16	-0,13
	Osrednjeslovenska	0,63	0,08	-3,47*
	Gorenjska	0,81	0,12	-1,36
	Primorsko-notranjska	0,76	0,17	-1,23
	Goriška	0,62	0,10	-2,85*
	Obalno-kraška	0,47	0,08	-4,51*
	Konstanta	0,83	0,14	-1,06

Struktura vzorca in uteževanje

Čeprav stopnje odgovora in analiza sociodemografskih dejavnikov sodelovanja kažejo na različno uspešnost dosega ciljnih oseb glede na opazovanje skupine anketirancev, je treba upoštevati, da zgolj stopnja odgovora ni zanesljiv kazalnik morebitne pristranskosti zaradi neodgovora (Groves, 2006). Pristranskost zaradi neodgovora namreč ni odvisna le od deleža sodelujočih, temveč tudi od velikosti razlik v opazovanih značilnostih med sodelujočimi in nesodelujočimi. Čeprav so te razlike za ključne ciljne spremenljivke (npr. oceno zdravstvene pismenosti) običajno nepoznane, je morebitne pristranskosti vzorca mogoče oceniti za zgornje sociodemografske lastnosti, ki so znane tako za začetni kot realizirani vzorec.

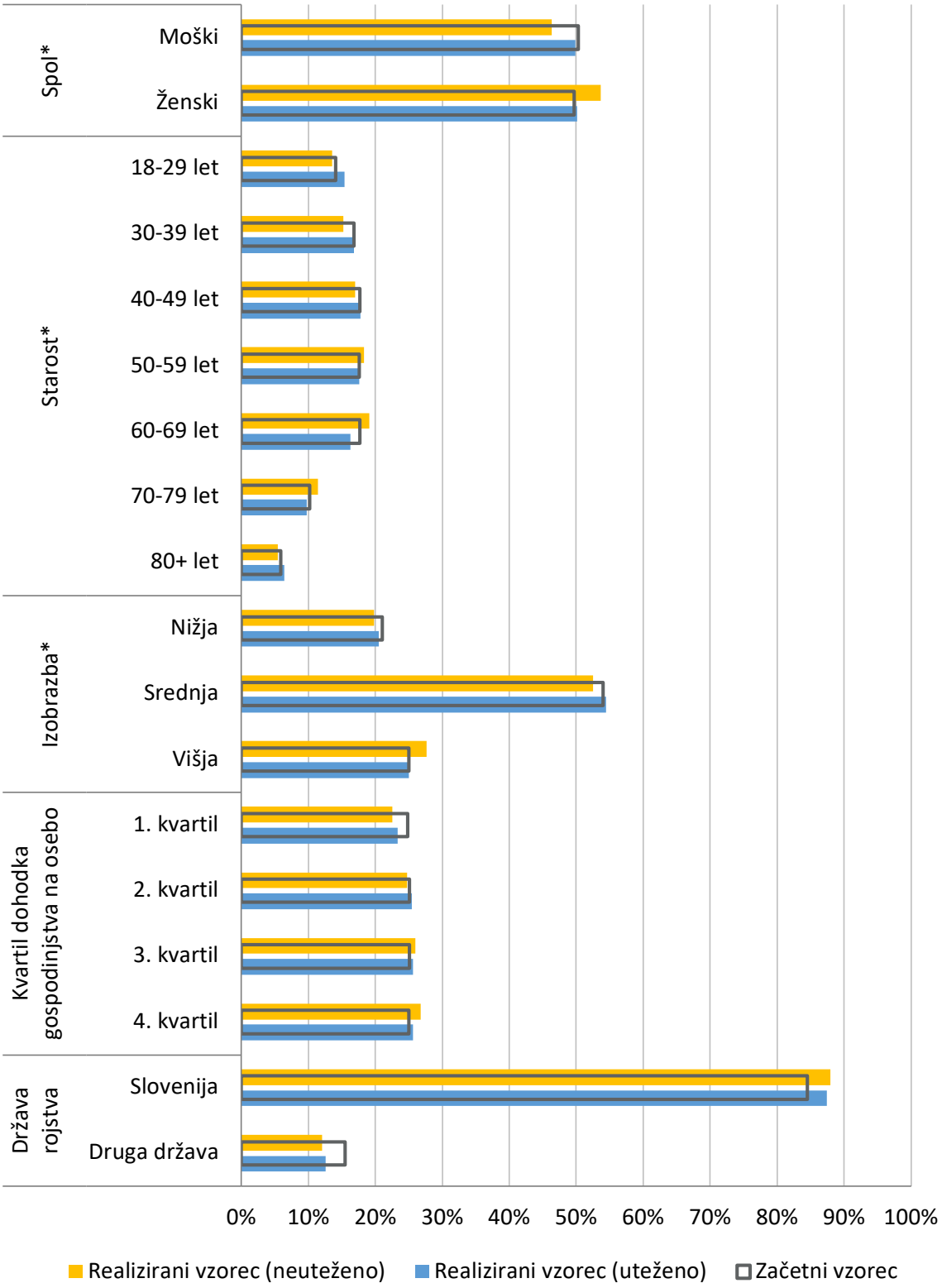
Pomembno vlogo pri zmanjševanju morebitnih pristranskosti zaradi neodgovora ima tudi uteževanje podatkov, ki omogoča upoštevanje in popravke odstopanj v strukturi vzorca pri izvajanju analiz. Podatki pričujoče raziskave so bili uteženi glede na spol, starost, statistično regijo in izobrazbo. Za pridobitev populacijskih podatkov o strukturi prebivalcev glede na te lastnosti, so bili uporabljeni uradni viri Statističnega urada Republike Slovenije.

Tudi učinkovitost uteževanja pri odpravljanju odstopanj od populacijske strukture je mogoče preveriti s primerjavo strukture vzorcev. Slika 2.4 in Slika 2.5 prikazujeta strukturo glede na dostopne sociodemografske spremenljivke za začetni vzorec (izbran iz Centralnega registra prebivalstva) ter realizirani vzorec z neuteženimi in uteženimi podatki.

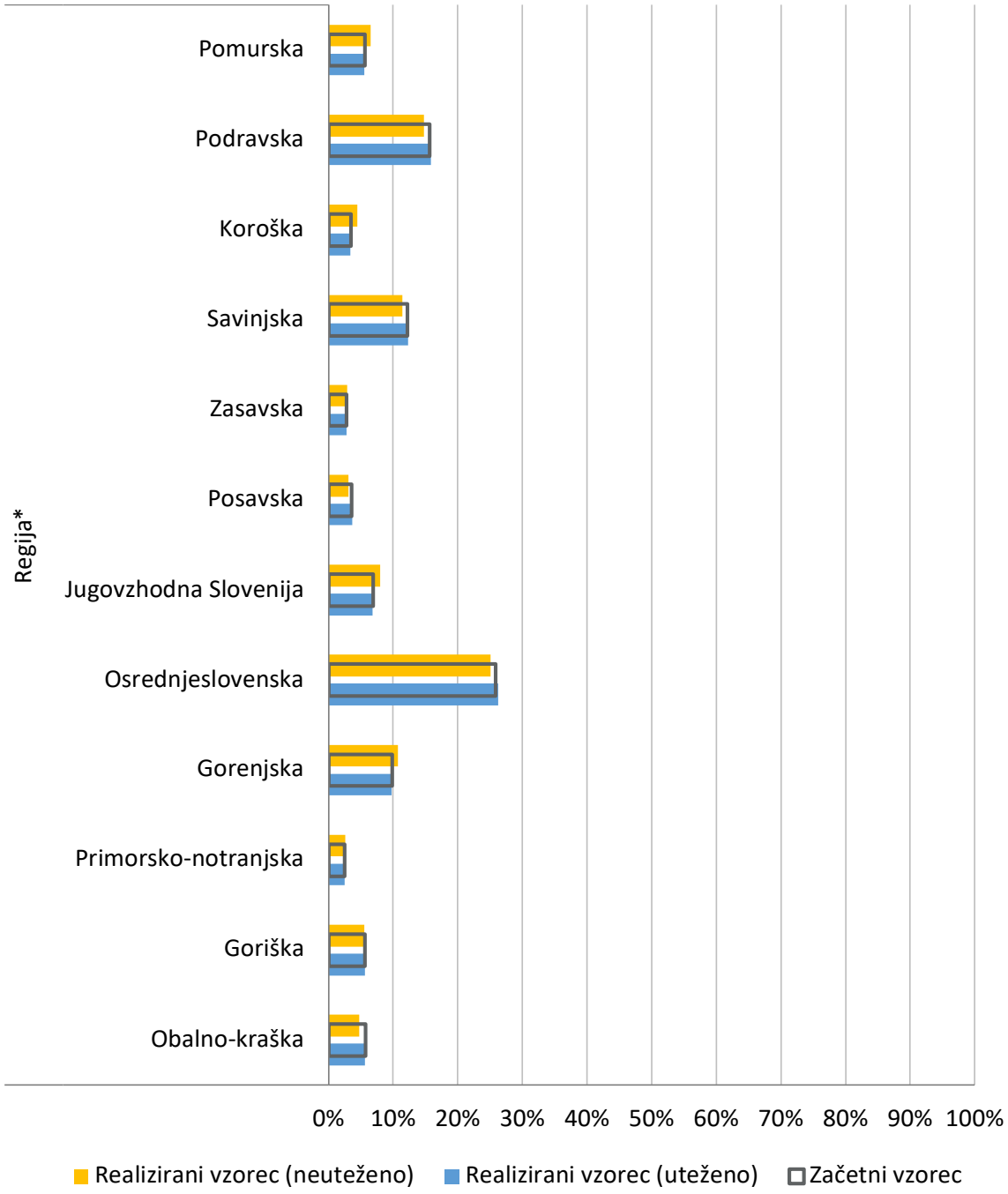
Kot je razvidno s slik, so odstopanja v strukturi realiziranega vzorca glede na začetni vzorec že pred uteževanjem majhna. Nekoliko izrazitejše so nadreprezentiranost žensk, višje izobraženih, rojenih v Sloveniji in oseb iz zgornjega kvartila dohodka gospodinjstev ter podreprezentiranost moških in oseb iz spodnjega kvartila dohodka gospodinjstev. Vse te razlike so nižje od petih odstotnih točk. Majhna so tudi odstopanja v regijski strukturi realiziranega vzorca.

Struktura uteženih podatkov se skladno s pričakovanji skoraj v celoti ujema s strukturo začetnega vzorca glede na spremenljivke, uporabljene za uteževanje (spol, starost, izobrazba in regija). Uteževanje je tudi zmanjšalo razlike v strukturi glede na dohodek gospodinjstva, manj učinkovito pa je bilo pri odpravi razlik glede na državo rojstva anketiranca. Vendar pa glede na majhnost odstopanja (pod 3 odstotne točke) ni mogoče pričakovati, da bi ta razlika občutno zmanjšala reprezentativnost vzorca kot celote za ciljno populacijo.

Slika 2.4: Sociodemografska struktura začetnega in končnega vzorca pred in po uteževanju (n = 5.504–5.916)



Slika 2.5: Sestava začetnega in končnega vzorca pred in po uteževanju glede na regijo prebivališča (n = 5.916)



ZAKLJUČEK

Nacionalna raziskava zdravstvene pismenosti v Sloveniji je bila obsežen projekt s ciljem pridobitve reprezentativnih podatkov o zdravstveni pismenosti pri nas. Izvedena je bila v sodelovanju z mednarodno mrežo M-POHL in v skladu z metodologijo, ki je skozi vse korake načrtovanja in izvedbe raziskave kot prioriteto postavljala visoko kakovost anketnih podatkov.

Razvoj vprašalnika in vanj vključenih merskih inštrumentov, ki je v veliki meri potekal v okviru mreže M-POHL, je omogočil zanesljivo in veljavno ocenjevanje zdravstvene pismenosti. Pri prilagoditvi vprašalnika slovenskemu okolju so bili upoštevani uveljavljeni metodološki standardi za zagotavljanje jezikovne primerljivosti in pomenske enakoznačnosti vprašanj ob upoštevanju socio-kulturnih in drugih posebnosti nacionalnega okolja.

Uporaba Centralnega registra prebivalstva kot vzorčnega okvira je omogočila izbiro kakovostnega verjetnostnega vzorca z nizko stopnjo nepokritja ciljne populacije odraslih prebivalcev Slovenije. Dosežena stopnja odgovora (57 %) je primerljiva z izkušnjami podobnih anketnih raziskav v Sloveniji in kaže na razmeroma visoko uspešnost pridobivanja sodelovanja ciljnih oseb, še zlasti ob upoštevanju omejitev in težav z dostopnostjo v času epidemije covida-19.

Čeprav so bile stopnje odgovora med različnimi skupinami prebivalstva različne, so odstopanja v pridobljeni strukturi vzorca glede na opazovane sociodemografske lastnosti majhna in skoraj v celoti odpravljena z uporabo uteževanja. Evalvacija sodelovanja ter analize pristranskosti zaradi neodgovora, predstavljena v tem delu, tako kaže na visoko kakovost in dobro reprezentativnost zbranih podatkov za Slovenijo.

LITERATURA

AAPOR. (2016). Standard definitions: Final dispositions of case codes and outcome rates for surveys. *American Association for Public Opinion Research*. https://www.aapor.org/aapor_main/media/publications/standard-definitions 20169theditionfinal.pdf

Biemer, P. P., in Lyberg, L. (2003). *Introduction to survey quality.* Wiley.

Finbråten, H. S. (2018). *Measuring health literacy: Evaluating psychometric properties of the HLS-EU-Q47 and the FCCHL, suggesting instrument refinements and exploring health literacy in people with type 2 diabetes and in the general Norwegian population.* Karlstad University Studies.

Griebler, R., Guttersrud, Ø., Cadeddu, C., Straßmayr, C., Link, T., Mikšová, D., Regazzi, L., Le, C., Rosano, A., Palmieri, L., Levin-Zamir, D., Finbråten, H. S., Vrdelja, M., van den Broucke, S., in Pelikan, J. M. (2021). *Vaccination health literacy.* V HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Ur.), International report on the methodology, results, and recommendations of the European health literacy population survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL (str. 1–23). Austrian National Public Health Institute. https://m-pohl.net/Int_Report_methdology_results_recommendations

Groves, R. M. (2006). Nonresponse rates and nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly, 70*(5), 646–675. https://doi.org/10.1093/poq/nfl033

HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU member states*. http://www.health-literacy.eu

Kalton, G., in Vehovar, V. (2001). *Vzorčenje v anketah.* Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Link, T., Pelikan, J. M., Mikšová, D., Straßmayr, C., Alfers, T., Berens, E.-M., Berzelak, N., Bøggild, H., Drapkina, O., Finbråten, H. S., Griebler, R., Guttersrud, Ø., Le, C., Lopatina, M., Nielsen, M. G., Nogueira, P. J., Oliveira, J., Peer, S., Pettersen, K. S., … Waldherr, K. (2021). *The HLS19-Q12 measure*. V HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Ur.), International report on the methodology, results, and recommendations of the European health literacy population survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL (str. 1–23). Austrian National Public Health Institute. https://m-pohl.net/Int_Report_methdology_results_recommendations

Pelikan, J. M., Link, T., Straßmayr, C., Waldherr, K., Alfers, T., Bøggild, H., Griebler, R., Lopatina, M., Mikšová, D., Nielsen, M. G., Peer, S., in Vrdelja, M. (2022). Measuring comprehensive, general health literacy in the general adult population: The development and validation of the HLS19-Q12 instrument in seventeen countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(21), 14129. https://doi.org/10.3390/ijerph192114129

Pelikan, J. M., Röthlin, F., in Ganahl, K. (2014). *Measuring comprehensive health literacy in general populations: Validation of instruments, indices and scales of the HLS-EU study*. 6th Annual Health Literacy Research Conference, Bethesda, MD, US. https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf

Pelikan, J. M., in Straßmayr, C. (2021). *Background of the HLS19*. V HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Ur.), International report on the methodology, results, and recommendations of the European health literacy population survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL (str. 1–23). Austrian National Public Health Institute. https://m-pohl.net/Int_Report_methdology_results_recommendations

Petrič, G., Atanasova, S., in Kamin, T. (2017). Ill Literates or Illiterates? Investigating the eHealth Literacy of Users of Online Health Communities. *Journal of Medical Internet Research, 19*(10), e331. https://doi.org/10.2196/jmir.7372

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, in Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health, 25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., in (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., in Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health, 13*(1), 948. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Straßmayr, C., Pelikan, J. M., Link, T., Berens, E.-M., Schaeffer, D., in Van den Broucke, S. (2021). *The HLS19 instruments*. V HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Ur.), International report on the methodology, results, and recommendations of the European health literacy population survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL (str. 57–69). Austrian National Public Health Institute. https://m-pohl.net/Int_Report_methdology_results_recommendations

2.2 Digitalna zdravstvena pismenost odrasle populacije v Sloveniji

doc. dr. Sara Atanasova[1], prof. dr. Tanja Kamin[1], prof. dr. Gregor Petrič[1]

[1]Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani

Ključni poudarki:

- Velika večina slovenske odrasle populacije ima nezadostno ali problematično digitalno zdravstveno pismenost.
- Najmanj razviti dimenziji digitalne zdravstvene pismenosti sta razumevanje informacij in pametna raba spleta.
- Med sociodemografskimi skupinami obstajajo velike razlike v digitalni zdravstveni pismenosti.
- Najstarejši, najmanj izobraženi in upokojenci imajo najnižjo stopnjo digitalne zdravstvene pismenosti.
- Tisti, ki težko dostopajo do zdravstvenih storitev imajo tudi nizko digitalno zdravstveno pismenost.

UVOD

Hitro širjenje in dostopnost z zdravjem povezanih spletnih informacij ter razširjenost uporabe digitalnih tehnologij, je v zadnjih dveh desetletjih pomembno vplivalo na spreminjanje načinov iskanja, pridobivanja in vire informacij, povezanih z zdravjem. Internet je prepoznan kot ključen vir z zdravjem povezanih informacij: po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS, 2022) je v začetku leta 2022 65 % uporabnic in uporabnikov interneta, starih od 16–74 let, na internetu opravilo kakšno aktivnost, povezano z zdravjem, npr. iskalo informacije, se naročilo k zdravniku s pomočjo spletnega obrazca, dostopalo do lastne zdravstvene dokumentacije, ali uporabilo druge zdravstvene storitve. Poleg pridobivanja informacij o preverjanju simptomov, načinih (samo) zdravljenja in lajšanja zdravstvenih težav, je internet tudi pomemben vir za izmenjavo socialne opore ob doživljanju bolezni, mesto nakupovanja izdelkov in pripomočkov za zdravje ter sredstvo za uporabo in dostopanje do zdravstvenih storitev v kompleksnih in pogosto fragmentiranih zdravstvenih sistemih (Xu idr., 2021).

Pri vseh možnostih dostopanja do raznolikih z zdravjem povezanih spletnih informacij in virov je ključnega pomena *digitalna zdravstvena pismenost* (DZP), ki je opredeljena kot zmožnost iskanja, razumevanja in ocenjevanja z zdravjem povezanih informacij, pridobljenih s pomočjo elektronskih virov ter uporabe takšnih informacij in znanja pri obvladovanju in reševanju zdravstvenih težav (Norman in Skinner, 2006a). Dostopnost in razširjenost spletnih virov omogoča ljudem, da enostavno, hitro in kjerkoli pridobijo želene z zdravjem povezane informacije, ki pogosto lahko predstavljajo tudi podporo pri odločanju ob soočanju z zdravstvenimi težavami (Chen idr., 2018). To pa ni brez tveganj, zaradi česar je nujno, da so ljudje vešči in kompetentni za učinkovito in pomenljivo navigiranje po spletnem prostoru. Ljudje, ki iščejo z zdravjem povezane informacije na spletu, so namreč soočeni z veliko količino informacij, ki niso vedno verodostojne, zanesljive in točne (Swire-Thompson in Lazer, 2019; Wang idr., 2019). Takšne informacije lahko ljudi vodijo

k problematičnim odločitvam, napačnim samodiagnozam, neustreznemu samozdravljenju in imajo lahko izredne posledice tudi na javno zdravje, kar je bilo v določenih primerih tudi vidno v času pandemije covida-19 (Car idr., 2017; WHO, 2020). Velik del z zdravjem povezanih spletnih informacij je objavljen s strani posameznikov, ki nimajo nujno ustreznega strokovnega znanja in svojih navedb ne podprejo z znanstvenimi referencami (Battineni idr., 2020). V spletnih zdravstvenih skupnostih, ki predstavljajo pomemben vir z zdravjem povezanih informacij, so študije pokazale, da uporabniki, ki prispevajo največ vsebine, niso nujno najbolj digitalno zdravstveno pismeni, poleg tega pa so sporočila, ki jih ne pregledajo in odobrijo moderatorji zdravniki, v manjši meri točna in zanesljiva (Petrič idr., 2017a; Petrič idr., 2023). Čeprav velik delež uporabnikov interneta v Sloveniji zase ocenjuje, da na spletu prepozna neresnično ali dvomljivo informacijo, jih med njimi, po podatkih SURS-a (2022), 68 % ne preveri resničnosti informacije, med temi 11 % tudi zato, ker menijo, da nimajo ustreznega znanja. Iz tega sledi, da igra DZP ključno vlogo pri uporabi z zdravjem povezanih spletnih informacij. Kot kažejo študije (Norman in Skinner, 2006b; Petrič idr., 2017b; Seçkin idr., 2016), višja raven DZP ljudem omogoča ločevanje zanesljivih informacij od nezanesljivih, sprejemanje z znanjem podkrepljenih odločitev, oblikovanje učinkovitih pristopov soočanja in obvladovanja zdravstvenih težav, višjo raven samozavesti v odnosu z zdravnikom, učinkovitejše navigiranje zdravstvenega sistema in doseganje pozitivnih zdravstvenih izidov.

V slovenskem prostoru je trenutno malo raziskav na področju DZP. Med drugim je bila DZP obravnavana na študentski populaciji, kjer je bilo ugotovljeno, da je raven DZP med študenti zadostna, največ težav pa se pojavlja pri ocenjevanju zanesljivosti z zdravjem povezanih spletnih informacij (Vrdelja idr., 2021; Vrdelja idr., 2022). Nadalje so raziskave (Atanasova idr., 2019; Petrič idr., 2017a; Petrič idr., 2017b) med uporabniki največje spletne zdravstvene skupnosti v Sloveniji (Med.Over.Net) pokazale, da imajo uporabniki dokaj dobro zavedanje o različnih spletnih virih, znajo učinkovito uporabljati spletne zdravstvene informacije in prepoznavajo kvaliteto in pomen takšnih informacij, v slabši meri pa razumejo spletne informacije in pametno uporabljajo spletne iskalnike in storitve (Petrič idr., 2017a). Poleg tega so omenjene študije pokazale, da je DZP eden ključnih dejavnikov pri razvijanju komunikacijskih veščin v interakciji z zdravnikom in da je ključni dejavnik opolnomočenja pacientov (Atanasova idr., 2019; Petrič idr., 2017b). Omenjene raziskave pomembno osvetljujejo stanje DZP med specifičnimi segmenti populacije v Sloveniji, kar pa ne odraža nujno stanja splošne odrasle populacije.

Pričujoči prispevek naslavlja to vrzel, in sicer je namen proučiti stopnjo DZP odrasle populacije v Sloveniji, s poudarkom na razlikah v DZP med sociodemografskimi skupinami odrasle populacije. Izhajajoč iz tega v prispevku iščemo odgovore na naslednji raziskovalni vprašanji: 1) Kakšna je stopnja DZP odrasle populacije v Sloveniji?, 2) Kakšne so razlike v DZP med sociodemografskimi skupinami (glede na spol, starost, izobrazbo, zaposlitveni status, družbeni razred in enostavnost dostopa do zdravstvenih storitev) odrasle populacije? Izsledki raziskave lahko pomembno opozorijo na razlike in neenakosti v DZP med različnimi skupinami odrasle populacije v Sloveniji, kar je v času naraščajoče digitalizacije zdravstva, staranja prebivalstva in višje prevalence kroničnih bolezni izrednega pomena. Boljše razumevanje neenakosti v DZP odrasle populacije v Sloveniji je nujno za oblikovanje javnozdravstvenih intervencij, ciljno usmerjenih k dvigovanju DZP in zmanjševanju neenakosti v določenih segmentih odrasle populacije.

OPREDELITEV IN DIMENZIJE DIGITALNE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI (DZP)

DZP izhaja iz večdimenzionalnega pojma *zdravstvene pismenosti* (Neter in Brainin, 2012) in predstavlja eno izmed njenih pomembnih oblik (Atanasova in Kamin, 2022). Po opredelitvi

Norman in Skinner (2006a) DZP poleg zdravstvene pismenosti, ki se nanaša na iskanje, preverjanje in razumevanje z zdravjem povezanih informacij ter njihovo uporabo v komunikaciji in odnosu z zdravnikom, v procesu z zdravjem povezanim odločanjem in v uporabi zdravstvenih storitev, vključuje tudi pet drugih pismenosti: 1) digitalno pismenost in s tem veščine uporabe digitalnih tehnologij in interneta, 2) informacijsko pismenost, ki vključuje kompetence iskanja, ocenjevanja in uporabe pridobljenih informacij, 3) medijsko pismenost, ki se nanaša na veščine, potrebne za interpretacijo različnih zvočnih in vizualnih virov in ustvarjanje pomena iz njihove vsebine, 4) tradicionalno pismenost, ki vključuje osnovne veščine pisanja, branja, računanja, razumevanja in tolmačenja informacij v danem kontekstu, in 5) znanstveno pismenost, ki zajema kompetence poznavanja osnovnih znanstvenih konceptov, metod in razmišljanja, ki posameznikom pomaga razumeti, ovrednotiti in osmisliti osnovna znanstvena dejstva.

Kot je razvidno iz šestih pismenosti, ki so vključene v pojem DZP, ni dovolj, da imajo ljudje, ki uporabljajo digitalne tehnologije, le osnovno računalniško znanje, potrebno za iskanje informacij, povezanih z zdravjem, in vedenje, kako dostopati do takšnih informacij. Čeprav je Norman in Skinner-jeva (2006a) opredelitev DZP med najpogosteje uporabljenimi in citiranimi – še posebej, ker gre za prvi merski inštrument DZP, imenovan eHEALS – pa ne vključuje sodobnih digitalnih veščin, potrebnih za iskanje in uporabo spletnih informacij. S hitrim razvojem tehnologije in inovacij so nenehno potrebne dodatne veščine in znanja, ki se nanašajo na zavedanje potencialnih pasti spleta, kot so informacijski mehurčki, lažne novice, komercialna prepričevanja in prevare, personalizirani rezultati iskalnikov itd. Kot opozarja tudi sam Norman (2011), hitri razvoj digitalne tehnologije zahteva nenehno posodabljanje in nagrajevanje pojmovanja DZP (Norman, 2011). V tem kontekstu je npr. Gilstad (2014) opozorila na potrebo po širitvi kompetenc in veščin, ki so vključene v pojem DZP, in poleg šestih pismenosti dodala še: prepoznavanje zdravstvene težave, postopkovno pismenost ravnanja s tehnologijami, kontekstualno in kulturno pismenost ter komunikacijska znanja. Izhajajoč iz tega, DZP opredeli kot sposobnost prepoznavanja in opredelitve zdravstvene težave, komuniciranja, iskanja, razumevanja, ocenjevanja in uporabljanja z zdravjem povezanih spletnih informacij in digitalnih tehnologij v kulturnih in družbenih okoliščinah ter kritično uporabljanje znanja za reševanje zdravstvenih težav (Gilstad, 2014, str. 69).

Podobno kot Gilstad (2014) pozivamo k dopolnitvi in nadgradnji opredelitve DZP in njenega merskega inštrumenta eHEALS, ki je bil pogosto kritiziran zaradi svoje enostavnosti in posledične nizke veljavnosti (Norman, 2011; Petrič idr., 2017a; van der Vaart in Drossaert, 2017). Opredelitev DZP in njenih dimenzij naslanjamo na ključne kompetence in veščine, potrebne za uporabo spleta za namen iskanja z zdravjem povezanih informacij. Tako DZP opredelimo kot zmožnost posameznika ali posameznice, da učinkovito in pomenljivo dostopa do, išče, razume, preverja, uporablja in aplicira z zdravjem povezane informacije, pridobljene v obsežnih in različnih spletnih prostorih in vključuje šest dimenzij:

1) *Zavedanje različnih spletnih virov* se nanaša na zavedanje oseb o obstoju številnih in raznolikih spletnih z zdravjem povezanih virov in na kompetence dostopanja do njih.
2) *Validiranje spletnih informacij* vključuje kompetence osebe za ugotavljanje verodostojnosti, avtentičnosti in resničnosti pridobljenih z zdravjem povezanih spletnih informacij s triangulacijo z drugimi, ne nujno spletnimi viri.
3) *Prepoznavanje kvalitete in pomena spletnih informacij* se nanaša na zmožnost identifikacije kakovosti in bistva z zdravjem povezanih spletnih informacij in prepoznavanje posledic njihove uporabe za z zdravjem povezano odločanje in vedenje.
4) *Zaznana učinkovitost uporabe spletnih informacij* predstavlja zmožnost učinkovite uporabe pridobljenih z zdravjem povezanih spletnih informacij za naslavljanje in reševanje težav, povezanih z zdravjem.

5) *Pametna raba spletnih iskalnikov in storitev,* ki se nanaša na kritično zavedanje pristranskosti spletnih iskalnikov, storitev in družbenih medijev kot virov z zdravjem povezanih informacij in vključuje preverjanje izvora in avtorstva informacij, zadržanost do slepega zaupanja v informacije in zavedanje neobjektivnega razvrščanja relevantnih informacij spletnih iskalnikov.
6) *Razumevanje spletnih informacij* se nanaša na sposobnost razumevanja in interpretacije pomena in razlage pridobljenih spletnih informacij o zdravju.

METODE

Analize v tem prispevku temeljijo na podatkih, ki so bili zbrani v okviru nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji (HLS 19-21), in sicer se nanašajo na tiste spremenljivke, ki so bile merjene v delu vprašalnika, ki obravnavajo DZP.

Vzorec

Analize v tem poglavju so omejene na podvzorec anketirancev, ki vsaj občasno uporabljajo vsaj eno od različnih internetnih storitev (spletni iskalniki, Facebook, spletni forumi doma, ali v tujini, spletna mesta z zdravjem povezanimi tematikami) za pridobivanje z zdravjem povezanih informacij. Takih anketirancev je 2238 oziroma 67,2 % celotnega vzorca. Pri posamičnih analizah je lahko velikost vzorca nekoliko manjša zaradi manjkajočih vrednosti. Osnovne značilnosti podvzorca so predstavljene v Tabeli 2.5.

Tabela 2.5: Sociodemografske značilnosti analiziranega vzorca (n = 2238)

		n	%
Spol	Moški	993	44,7
	Ženski	1229	55,3
Starost	18–25	245	11,0
	26–35	414	18,6
	36–45	490	22,1
	46–55	436	19,6
	56–65	396	17,8
	66–75	183	8,2
	75+	58	2,6
Izobrazba	OŠ ali manj	124	5,6
	Srednja ali strokovna poklicna	280	12,6
	Srednja splošna	902	40,6
	Višja strokovna, višješolska	248	11,2
	Visokošolska strokovna ali več	668	30,1
Zaposlitveni status	Zaposleni	1423	64,6
	Nezaposleni	191	8,7
	Upokojeni	431	19,6
	Študent	158	7,2

V analiziranem vzorcu je 55,3 % žensk (glej Tabelo 2.5) in v povprečju so anketiranci stari 51,6 let (SO = 17,7). Največ anketirancev ima srednjo splošno (40,6 %) in visokošolsko strokovno izobrazbo ali več (30,1 %). Večina anketirancev je zaposlenih (64,6 %, Tabela 2.5). V primerjavi s splošnim vzorcem je v analiziranem vzorcu večji delež žensk, mlajših in bolj izobraženih.

Merski inštrument

V splošnem je merski inštrument, ki je bil uporabljen v tej študiji, prenovljena verzija že validiranega merskega inštrumenta eHEALS-E, ki je bil sprva skonstruiran za merjenje DZP uporabnikov spletnih zdravstvenih skupnosti (Petrič idr., 2017a). Na osnovi ekspertne ocene, kognitivnih intervjujev in empiričnega testa prileganja podatkom, je merski inštrument v tej študiji sestavljen iz 27 postavk, ki merijo šest dimenzij DZP: zavedanje spletnih virov, validiranje prejetih informacij, prepoznavanje kvalitete in pomena, zaznana učinkovitost, pametna raba spleta in razumevanje informacij. Podrobnejša predstavitev merskega inštrumenta DZP je v ločenem poglavju o Metodologiji.

Posamične postavke so bile v vprašalniku merjene na ordinalni lestvici strinjanja z vrednostmi od 1 do 5, medtem ko so sestavljene spremenljivke, ki ustrezajo skupni DZP in njenim šestim dimenzijam, pretvorjene na interval od 0 do 100, kjer višja vrednost pomeni višjo DZP.

Metode analize

Za primerjavo aritmetičnih sredin po sociodemografskih razredih smo uporabili primerjavo neodvisnih skupin s t-testom v primeru neodvisnih spremenljivk z dvema razredoma oziroma enosmerno analizo variance v primeru spremenljivk z več kot dvema razredoma. V primeru ne-homogenosti varianc poročamo statistično značilnost Welschovega testa namesto F-statistike. Za analizo statistične značilnosti razlik med posamičnimi pari razredov smo uporabili Bonferoni posthoc t-teste.

REZULTATI

Splošna ocena digitalne zdravstvene pismenosti (DZP)

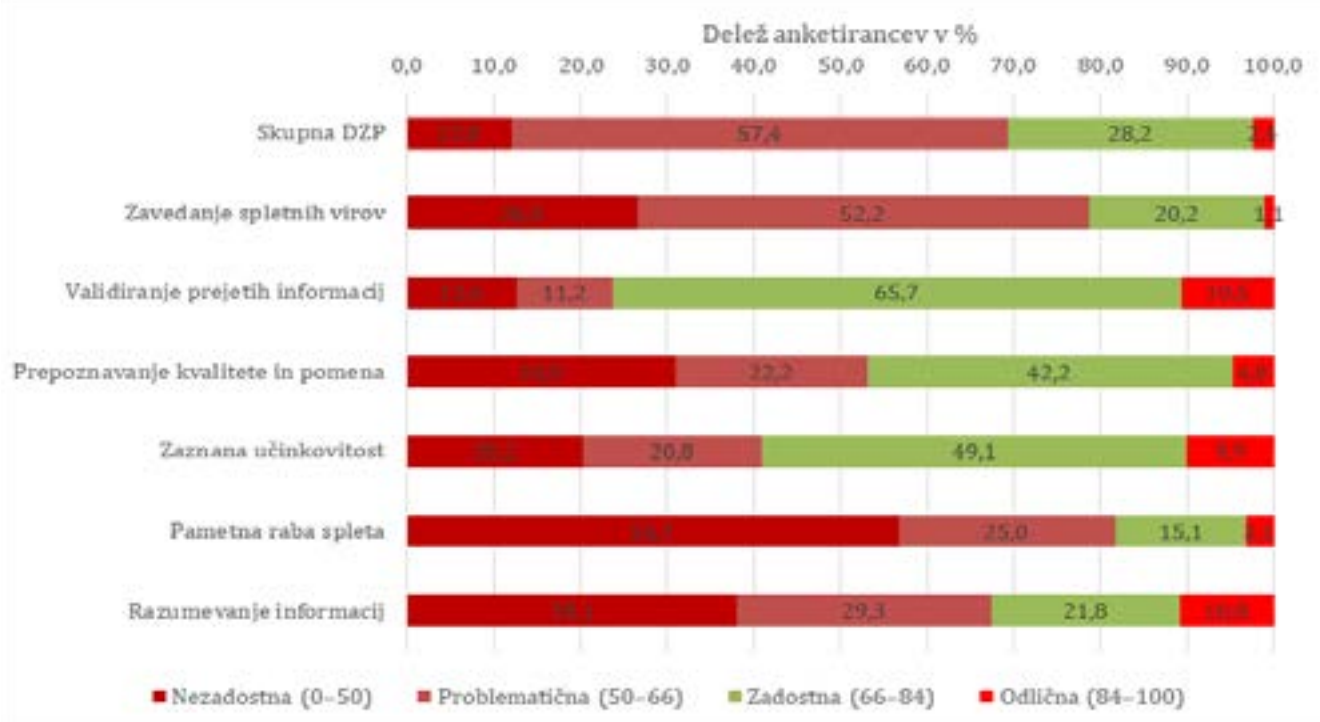
Skupna povprečna ocena populacijske DZP slovenskih uporabnikov interneta, ki ga uporabljajo za iskanje z zdravjem povezanih informacij, je 61,8 (od možnih 100), medtem ko je standardni odklon 10,0. Iz Tabele 2.6 lahko razberemo, da je najbolj razvita dimenzija DZP validiranje prejetih informacij (AS = 70,8; SD = 15,0), medtem ko je najmanj razvita dimenzija razumevanja informacij (AS = 52,8; SD = 16,7). Med slabše razvitimi je tudi dimenzija, ki se nanaša na pametno rabo spleta (AS = 58,8; SD = 18,8).

Tabela 2.6: Opisne statistike DZP in njenih dimenzij

	AS	SD	95% Interval zaupanja
Skupna DZP	61,8	10,0	[61,4; 62,2]
Zavedanje spletnih virov	58,9	12,3	[58,4; 59,5]
Validiranje prejetih informacij	70,8	15,0	[70,2; 71,4]
Prepoznavanje kvalitete in pomena	61,6	17,1	[60,8; 62,3]
Zaznana učinkovitost	65,9	17,4	[65,1; 66,6]
Pametna raba spleta	58,8	18,8	[57,9; 59,6]
Razumevanje informacij	52,8	16,7	[52,1; 53,5]

Natančnejši vpogled v razvitost DZP omogoča porazdelitev anketirancev glede na vnaprej določene razrede, ki razmejujejo kvaliteto DZP. Za prage razvitosti DZP so bili uporabljeni enaki pragi kot v analizi zdravstvene pismenost (glej Poglavje 2.1). Tako je DZP, ki ne dosega več kot 50 točk, označena kot nezadostna, vrednosti med 50 in 66 kažejo na problematično DZP, zadostna DZP je na intervalu med 66 in 84 točk, medtem ko je odlična DZP na intervalu od 84 do 100 točk.

Slika 2.6: Porazdelitev po razredih razvitosti DZP in njenih dimenzij



Iz Slike 2.6 lahko razberemo, da ima le 2,4 % anketirancev razvito odlično DZP, medtem ko ima večina anketirancev (57,5 %) problematično DZP. Nadalje rezultati kažejo, da ima glede validiranja prejetih informacij in razumevanja informacij 10,5 % oziroma 10,8 % anketirancev odlično DZP. Na drugi strani pa sta razreda anketirancev z odlično razvito pametno rabo spleta in zavedanjem spletnih virov precej manjša (3,1 % oziroma 1,1 %). Največji razred z nezadostno razvitostjo DZP najdemo v dimenziji pametne rabe spleta, saj kar 56,7 % dosega nezadostno število točk in 25,0 % problematično število točk. Najmanj problematična se zdi sposobnost validiranja prejetih informacij, saj velika večina respondentov (76,2 %) dosega vsaj zadostno število točk.

Analiza razlik v digitalni zdravstveni pismenosti (DZP) glede na sociodemografske spremenljivke

Analiza po spolu (Tabela 2.7) pokaže, da med moškimi in ženskami večinoma ni statistično značilnih razlik glede DZP. Edino v primeru validiranja prejetih informacij lahko opazimo, da ženske v povprečju dosegajo nekoliko večje število točk (AS = 71,4) kot moški (AS = 70,1). V dimenziji zavedanja spletnih virov se kažejo marginalne statistično značilne razlike (p = 0,077), in sicer dosegajo ženske (AS = 59,4) v povprečju nekaj večje število točk kot moški (AS = 58,4). Glede prepoznavanja kvalitete spletnih informacij, zaznane učinkovitosti pri rabi spletnih informacij, pametne rabe spleta in razumevanja informacij ni statistično značilnih razlik med moškimi in ženskami.

Analiza po starostnih razredih razkriva precejšnje razlike v DZP glede na starost posameznika, ki uporablja internet za iskanje z zdravjem povezanih informacij. Iz Tabele 2.7 lahko razberemo, da obstajajo statistično značilne razlike med starostnimi skupinami v vseh dimenzijah DZP. Največje razlike so pri skupni DZP, kjer je vrednost Ete kot mere velikosti učinka, najvišja. Starostni razredi od 18 do 45 let se med seboj minimalno razlikujejo, medtem ko z nadaljnjimi starostnimi razredi skupna DZP hitro upada. Najnižjo DZP dosegajo najstarejši (AS = 53,8), sledijo jim tisti, stari 66–75 let (AS = 56,4) in 56–65 let (AS = 59,0). Najvišjo DZP dosegajo osebe v starostnem razredu 26–35 let (AS = 64,5), vendar se ta razred statistično značilno ne razlikuje od starostnih razredov 18–25 in 36–45.

Tabela 2.7: Razlike v digitalni zdravstveni pismenosti glede na spol, starostne razrede, najvišjo doseženo izobrazbo, zaposlitveni status, subjektivno oceno družbenega razreda in glede enostavnosti dostopnosti zdravstvenih storitev (povprečje doseženih točk)

		Zavedanje spletnih virov	Validiranje prejetih informacij	Prepozna-vanje prejetih informacij	Zaznana učinko-vitost	Pametna raba spleta	Razume-vanje informacij	DZP	n
Spol	Moški	58,4	70,1	61,4	66,1	58,8	52,5	61,5	872
	Ženski	59,4	71,4	61,7	65,7	58,7	53	62	1071
	p	0,077	0,036	0,605	0,55	0,945	0,435	0,235	
	Cohenov d	0,078	0,091	0,022	0,026	0,003	0,034	0,054	
Starost	18–25	61	72	65,2	67,9	60,6	51,7	63,1	232
	26–35	61,2	73,3	65,6	68,2	61,9	55,7	64,5	380
	36–45	60,6	72,8	63,8	67,7	61,6	55,4	64	444
	46–55	59,2	70,7	61,1	66,1	56,5	52,8	61	377
	56–65	56,5	69,1	57,3	63,7	55,3	50,5	59	323
	66–75	53,9	64,4	54,8	60,5	52,8	47,5	56,4	146
	75+	49,9	62,8	51,5	54,2	60,4	45,5	53,8	41
	Eta	0,224	0,173	0,224	0,173	0,173	0,173	0,283	
	p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	

		Zavedanje spletnih virov	Validiranje prejetih informacij	Prepozna-vanje prejetih informacij	Zaznana učinko-vitost	Pametna raba spleta	Razume-vanje informacij	DZP	n
Izobrazba	OŠ ali manj	56,1	66,2	56,7	62,3	50,1	46,1	56,5	93
	Srednja ali strokovna poklicna	57,5	66,7	55,4	63,7	51,8	45,6	57,4	226
	Srednja splošna	58,9	70,4	60,7	64,9	57	50,9	60,7	785
	Višješolska	58,6	70,4	59,7	63,9	56,2	50,8	60,1	220
	Visokošolska ali več	60,3	74,1	66,7	69,5	66,1	60,1	66,2	619
	Eta	0,089	0,173	0,224	0,141	0,283	0,311	0,321	
	p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
Zaposlitveni status	Zaposleni	60	72	63,2	67,2	60	54,3	63	1270
	Nezaposleni	59,7	71,2	61,1	66,4	55,2	52,9	61,2	161
	Upokojeni	53,9	65,6	53,9	60,2	54	46,9	56,3	342
	Študent	61,7	73	67,2	69,2	62,2	54,6	64,8	152
	Eta	0,202	0,167	0,228	0,164	0,141	0,173	0,265	
	p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
Družbeni razred	Nižji razred	58	69,7	59	63,8	57,6	49,4	59,9	865
	Višji razred	59,8	71,6	63,8	67,6	59,7	55,7	63,3	1059
	p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	
	Cohenov d	0,149	0,127	0,284	0,222	0,108	0,388	0,34	
Dostopnost zdravstve-nih storitev	Zelo enostavno	62,2	72,8	69,4	70,4	60,7	60,3	66,1	204
	Enostavno	59,3	71,5	62,6	66,8	58,9	54,5	62,7	862
	Težko	58	70,1	59,5	64,6	58,3	50,1	60,5	649
	Zelo težko	57	68	55,7	61,6	58,1	46,9	58	211
	Eta	0,11	0,084	0,202	0,13	0,045	0,219	0,21	
	p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	0,467	< 0,05	< 0,05	

Tudi analiza povezanosti izobrazbe s stopnjo DZP (Tabela 2.7) kaže, da obstajajo statistično značilne razlike tako v skupni DZP kot tudi v posamičnih dimenzijah. Največji učinek (Eta = 0,321) se kaže pri skupni DZP, kjer najnižje število točk dosegajo tisti z najnižjo izobrazbo (AS = 56,5), sledijo anketiranci s končano srednjo šolo (AS = 57,4 oziroma 60,7), medtem ko najvišjo stopnjo DZP dosegajo tisti z visokošolsko ali višjo izobrazbo (AS = 66,2). Podobno premosorazmerno rast DZP z izobrazbenimi razredi opazimo tudi pri ostalih dimenzijah. V vseh dimenzijah imajo najvišje povprečje tisti s končano visokošolsko ali višjo izobrazbo. V večini dimenzij imajo najnižje povprečje tisti z najnižjo izobrazbo, razen v dimenziji razumevanja informacij in prepoznavanja kvalitete in pomena imajo najnižje število točk tisti s srednjo ali strokovno poklicno šolo (AS = 45,6 oziroma AS = 55,4).

Podrobnejša analiza po dimenzijah DZP (Tabela 2.7) razkriva, da so največje razlike v pametni rabi spleta, saj je med najnižjim in najvišjim izobrazbenim razredom razlika kar 16,0 točk in je statistično značilna (p < 0,05). Najmanj statistično značilnih razlik je v dimenziji zavedanja spletnih virov, kjer so statistično značilne razlike le med 1. in 5. in 2. in 5. razredom in znašajo 4,2 oziroma 2,5 točke.

Rezultati analize povezanosti DZP z zaposlitvenim statusom anketiranca (Tabela 2.7) kažejo, da obstajajo statistično značilne razlike v vseh dimenzijah DZP. Najvišjo DZP imajo študenti (AS = 64,8), sledijo zaposleni (AS = 63,0), nezaposleni (AS = 61,2) in upokojeni (AS = 56,3). Razlike med zaposlitvenimi statusi so največje ravno v skupni DZP (Eta = 0,07), medtem ko so po posamičnih dimenzijah razlike manjše, a statistično značilne in v podobnem razmerju kot pri skupni DZP. V vseh dimenzijah imajo namreč povprečno največje število točk študenti, najnižje pa upokojeni. Tudi glede subjektivnega družbenega razreda opažamo statistično značilne razlike pri vseh dimenzijah DZP, kakor tudi skupni DZP, vendar pa absolutno gledano razlike niso velike (Tabela 2.7). Tisti, ki se uvrščajo v nižji socialno-ekonomski razred, imajo skupno DZP 59,9, medtem ko tisti, ki se uvrščajo v višji socialno-ekonomski razred, dosegajo 63,3 točke. Največje razlike je opaziti v dimenziji razumevanja informacij (49,4 točke vs. 55,7 točke), medtem ko so najmanjše razlike v dimenziji zavedanja spletnih virov (58,0 točke vs. 59,8 točke). Pri vseh dimenzijah so razlike statistično značilne in lahko trdimo, da na populaciji v vseh dimenzijah DZP obstajajo statistično značilne razlike med socialno-ekonomskima razredoma.

V sklopu analize povezanosti sociodemografskih spremenljivk z DZP smo analizirali tudi razlike glede enostavnosti dostopnosti zdravstvenih storitev. Rezultati kažejo, da tisti, ki težje dostopajo do zdravstvenih storitev, dosegajo nižje število točk na skupni DZP in njenih posamičnih dimenzijah. Največje razlike je opaziti ravno pri skupni DZP, kjer imajo tisti, ki zelo enostavno dostopajo do zdravstvenih storitev najvišje število točk (AS = 66,1), medtem, ko tisti, ki zelo težko dostopajo do tovrstnih storitev dosegajo najmanjše število točk (AS = 61,8). Zanimivo, da glede pametne rabe spleta ni statistično značilnih razlik glede na enostavnost dostopanja do zdravstvenih storitev. Absolutno največje razlike je opaziti v dimenziji prepoznavanja kvalitete in pomena, kjer razred z najlažjo dostopnostjo dosega 69,4 točk, razred z najtežjo dostopnostjo pa 55,7 točk.

RAZPRAVA

Podobno kot v EU, kjer je konec leta 2020 vsak drugi državljan EU na spletu iskal informacijo, povezano z zdravjem (Eurostat 2022), se ljudje tudi v Sloveniji za dostop do z zdravjem povezanimi informacijami vse bolj obračajo na internet (SURS, 2022). Ta je uporaben vir z zdravjem poveznih informacij, a le za ljudi, ki so vešči ustreznega iskanja, izbora in interpretacije informacij za naslavljanje svojih zdravstvenih vprašanj. Za ostale so lahko na internetu pridobljene z zdravjem povezane informacije ne samo neuporabne, ampak celo nevarne, saj lahko vodijo k napačnim samodiagnozam, slabim odločitvam, neustreznemu samozdravljenju in posledično k možnim resnim zdravstvenim zapletom na individualni ravni in slabšanju javnega zdravja na kolektivni ravni. Zato postaja visoka raven DZP ljudi nujna za učinkovito delovanje sodobnega zdravstvenega sistema in doseganje pozitivnih zdravstvenih izidov, saj omogoča ljudem prepoznavati zanesljive informacije, sprejemati kvalitetne odločitve in učinkovito se soočati in obvladovati zdravstvene težave.

Pričujoči prispevek naslavlja pomanjkanje raziskav na področju DZP splošne odrasle populacije v slovenskem prostoru. Prvič predstavlja podatke o stopnji DZP odrasle populacije v Sloveniji in opozarja na očitne razlike v DZP med sociodemografskimi skupinami glede na spol, starost, izobrazbo, zaposlitveni status, družbeni razred in enostavnost dostopa do zdravstvenih storitev odrasle populacije.

DZP smo opredelili kot zmožnost posameznika ali posameznice, da učinkovito in pomenljivo dostopa do, išče, razume, preverja, uporablja in aplicira z zdravjem povezane informacije, pridobljene v obsežnih in različnih spletnih prostorih. Merili smo jo na šestih dimenzijah: zavedanje spletnih virov, prepoznavanje kvalitete in pomena, razumevanje informacij, zaznana učinkovitost, pametna raba spleta in validiranje prejetih informacij.

Ključne ugotovitve so zaskrbljujoče. Prva pomenljiva ugotovitev je relativno nizka DZP odrasle populacije v Sloveniji, saj znaša 61,8 točk (od 100), kar, glede na prage zdravstvene pismenosti, kaže na problematično DZP. Le 2,4 % anketirancev izkazuje odlično DZP. Najmanj razviti dimenziji DZP sta razumevanje informacij (52,8 točk), ki je zelo blizu nezadostne DZP, in pametna raba spleta (58,8 točk). Medtem ko se razumevanje informacij bolj neposredno povezuje s splošno zdravstveno pismenostjo, pa pametna raba spleta kaže na problematično rabo spleta v Sloveniji, ki presega področje zdravstva. To je lahko povezano tudi z razvitostjo digitalnih veščin odraslih prebivalcev Slovenije, ki predstavljajo pomemben del DZP. V Sloveniji je leta 2021 le 20 % 16–74-letnikov imelo zelo dobro razvite in 30 % osnovno razvite digitalne veščine (SURS, 2021). Vlaganje v digitalne veščine odrasle populacije v Sloveniji bi lahko pomembno vplivalo k višanju stopnje DZP.

Druga pomenljiva ugotovitev pričujočega prispevka je, da navidezno enak dostop do z zdravjem povezanih informacij na spletu ne pomaga odpravljati neenakosti v zdravju med različnimi skupinami prebivalstva, pač pa te neenakosti, se zdi, utrjuje in ustvarja nove. Rezultati namreč kažejo na veliko vrzel v DZP med skupinami prebivalcev, med katerimi v DZP najbolj zaostajajo starejši, tisti z nizko izobrazbo, upokojeni in nezaposleni, in skupine ljudi iz nižjega socialno-ekonomskega razreda. DZP pri ljudeh, starejših od 46 let, vidno upada, pri najstarejši starostni skupini (75+) pa je celo nezadostna. Občutne razlike v DZP se kažejo tudi glede na stopnjo izobrazbe. Tako najnižjo DZP zaznavamo v skupini ljudi z najnižjo izobrazbo, in sicer na vseh dimenzijah DZP, na nezadostni ravni pa predvsem na dimenziji razumevanja informacij in pametne rabe interneta. Tudi zaposlitveni status vpliva na DZP, pri čemer je DZP najnižja pri upokojenih, nadalje pa pri nezaposlenih. Najvišjo DZP zaznavamo pri študentih, kar ni presenetljivo, glede na razlike v DZP glede na starost in doseženo izobrazbo. Četudi razlika v DZP glede na samoocenjeno pripadnost družbenemu razredu ni velika, podatki vseeno kažejo, da je DZP nižja med uvrščenimi v nižji socialno-ekonomski razred, nezadostna je predvsem na dimenziji razumevanja informacij. Podobne ugotovitve so poročali tudi v raziskavi HLS-19, v kateri so DZP merili v drugih EU državah. Nižjo DZP imajo že tako ranljivejše populacije, tj. starejši ljudje, ljudje z nižjo stopnjo izobrazbe, z nizkim socialno-ekonomskim statusom, finančno deprivirani ljudje, osebe s slabšim zdravstvenim stanjem in posledično tisti, ki najpogosteje uporabljajo zdravstvene storitve (M-POHL, 2021).

Tretja pomenljiva ugotovitev te študije se navezuje na vprašanje dostopnosti do zdravstvenih storitev. V idealnih pogojih bi dobra DZP lahko pomagala korigirati problem (ne)dostopa do zdravstvenih storitev. A podatki kažejo, da tisti, ki ocenjujejo, da težko, ali zelo težko dostopajo do zdravstvenih storitev, izkazujejo tudi najnižjo DZP, zlasti na dimenzijah razumevanja informacij in pametne rabe interneta. To pomeni, da tisti, ki postavljajo samodiagnoze in se sami zdravijo s pomočjo interneta, sprejemajo zdravstvene odločitve neopremljeni z ustreznimi veščinami.

Vse izpostavljene ugotovitve imajo pomembne posledice za javno zdravje v Sloveniji, ki si že vrsto let prizadeva za odpravljanje neenakosti v zdravju. Pričujoča raziskava kaže na odsevanje neenakosti v zdravju med skupinami prebivalstva glede na sociodemografske dejavnike tudi na področju DZP, ki bo, če ne bo ustrezno naslovljena, poglabljala razlike v zdravju med manj in bolj družbeno priviligiranimi skupinami ljudi. Zlasti problematične so v splošni populaciji, predvsem pa pri specifičnih skupinah ljudi, dimenzije razumevanja informacij, pametne rabe interneta in zavedanja z zdravjem povezanih spletnih virov.

ZAKLJUČEK

Pričujoči prispevek naslavlja pomanjkanje raziskav na področju DZP splošne odrasle populacije v Sloveniji. Uspeli smo proučiti stopnjo DZP odrasle populacije v Sloveniji in identificirati pomembne razlike v DZP med sociodemografskimi skupinami odrasle populacije. Izsledki raziskave pomembno opozorijo na razlike in neenakosti v DZP med različnimi skupinami odrasle populacije v Sloveniji, kar je v času naraščajoče digitalizacije zdravstva, staranja prebivalstva in višje prevalence kroničnih bolezni izrednega pomena. Boljše razumevanje neenakosti v DZP odrasle populacije v Sloveniji je nujno za oblikovanje javnozdravstvenih intervencij, ciljno usmerjenih k dvigovanju DZP in zmanjševanju neenakosti v določenih segmentih odrasle populacije.

LITERATURA

Atanasova, S., & Kamin, T. (2022). From dimensions, levels and domains to context-specific conceptualizations of health literacy. *Slovenian Journal of Public Health, 61*(3), 133–6.

Atanasova, S., Kamin, T. in Petrič, G. (2019). The role of e-health literacy in patient empowerment in online health community. Prispevek na 3rd International Scientific Conference HealthOnline: Digital Technologies and health Ecosystems. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 12. Septembra. Dostopno na: https://www.zf.uni-lj.si/images/stories/ datoteke/Zalozba/HealthOnline_2019.pdf

Battineni, G., Baldoni, S., Chintalapudi, N., Sagaro, G. G., Pallotta, G., Nittari, G. in Amenta, F. (2020). Factors affecting the quality and reliability of online health information. *Digital health, 6*, 2055207620948996.

Car, J., Tan, W. S., Huang, Z., Sloot, P. in Franklin, B. D. (2017). eHealth in the future of medications management: personalisation, monitoring and adherence. *BMC medicine, 15*(1), 1-9.

Chen, Y. Y., Li, C. M., Liang, J. C. in Tsai, C. C. (2018). Health information obtained from the internet and changes in medical decision making: questionnaire development and cross-sectional survey. *Journal of medical Internet research, 20*(2), e47.

Eurostat (2022). *EU citizens: Over half seek health information online.* Dostopno na: https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/edn-20220406-1

Gilstad, H. (2014). Toward a Comprehensive Model of eHealth Literacy. *PAHI, 63*, 72.

M-POHL (2021). International report on the methodology, results, and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Dunaj, Avstrija: Austrian National Public Health Institute. Dostopno na: https://m-pohl.net/node/42

Neter, E. in Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research, 14*(1), e19.

Norman, C. D. (2011). eHealth literacy 2.0: Problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of Medical Internet Research, 13*(4), e125. doi:10.2196/jmir.2035

Norman, C. D. in Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research, 8*(4), e507.

Norman, C. D. in Skinner, H. A. (2006b). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research, 8*(2), e506.

Petrič, G., Atanasova, S. in Kamin, T. (2017a). Ill literates or illiterates? Investigating the eHealth literacy of users of online health communities. *Journal of medical Internet research, 19*(10), e331.

Petrič, G., Atanasova, S. in Kamin, T. (2017b). Impact of social processes in online health communities on patient empowerment in relationship with the physician: emergence of functional and dysfunctional empowerment. *Journal of medical Internet research, 19*(3), e74.

Petrič, G., Cugmas, M., Petrič, R. in Atanasova, S. (2023). The quality of informational social support in online health communities: A content analysis of cancer-related discussions. *Digital health, 9*, https://doi.org/10.1177/20552076231155681.

Seçkin, G., Yeatts, D., Hughes, S., Hudson, C. in Bell, V. (2016). Being an informed consumer of health information and assessment of electronic health literacy in a national sample of internet users: validity and reliability of the e-HLS instrument. *Journal of medical Internet research, 18*(7), e161.

Statistični urad Republike Slovenije (SURS). (2021). *Polovica 16-74-letnikov ima najmanj osnovne digitalne veščine.* Dostopno na: https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/10255.

Statistični urad Republike Slovenije (SURS). (2022). *Delež uporabnikov interneta največji v osrednjeslovenski, najmanjši pa v pomurski statistični regiji.* Dostopno na: https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10572.

Swire-Thompson, B. in Lazer, D. (2019). Public health and online misinformation: challenges and recommendations. *Annual review of public health, 41*, 433–51.

Van Der Vaart, R. in Drossaert, C. (2017). Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *Journal of medical Internet research, 19*(1), e27.

Vrdelja, M., Vrbovšek, S., Klopčič, V., Dadaczynski, K. in Okan, O. (2021). Facing the growing COVID-19 infodemic: digital health literacy and information-seeking behaviour of university students in Slovenia. *International journal of environmental research and public health, 18*(16), 8507.

Vrdelja, M., Vrbovšek, S., Klopčič, V., Berzelak, N., in Štamberger Kolnik, T. (2022). *Digitalna zdravstvena pismenost študentov v Sloveniji v času pandemije covid-19.* Poročilo o raziskavi. Ljubljana: NIJZ. Dostopno na: https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/digitalna_ zdravstvena_pismenost_studenti_januar_2022.pdf

Wang, Y., McKee, M., Torbica, A. in Stuckler, D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social science & medicine, 240*, 112552.

World Health Organization (WHO). (2020). *Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation.* Dostopno na: https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-thecovid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-andmitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation

Xu, R. H., Zhou, L. M., Wong, E. L. Y. in Wang, D. (2021). The association between patients' eHealth literacy and satisfaction with shared decision-making and well-being: multicenter cross-sectional study. *Journal of medical Internet research, 23*(9), e26721.

2.3 Navigacijska zdravstvena pismenost

izr. prof. Tamara Štemberger Kolnik[1]
dr. Nejc Berzelak[2], Andreja Ljubič[1]

[1]Fakulteta za zdravstvene vede v Celju
[2]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- Ključne težave za učinkovito krmarjenje in orientacijo po zdravstvenem sistemu se nanašajo na presojo obsega zavarovalnega kritja, informiranje o pravicah uporabnika zdravstvenega sistema, iskanje informacij o kakovosti določene storitve, pridobivanje informacij za lažjo orientacijo v zdravstvenem sistemu, sprejemanje odločitve za določeno zdravstveno storitev in iskanje ustrezne osebe v zdravstveni ustanovi za morebitna vprašanja.
- Tretjina anketirancev težko ali zelo težko v zdravstveni ustanovi poišče ustrezno osebo za morebitna vprašanja o svojem zdravstvenem stanju.
- Posamezniki z dolgotrajno boleznijo ali zdravstveno težavo, zaradi katere so ovirani pri običajnih aktivnostih, in tisti, ki svoje zdravje ocenjujejo kot zelo slabo ali slabo, imajo podpovprečno stopnjo navigacijske zdravstvene pismenosti.

UVOD

Navigacijska zdravstvena pismenost je posebna oblika celovite zdravstvene pismenosti, ki se navezuje na uporabo in krmarjenje po zdravstvenem sistemu (Griese idr., 2023). Razumemo jo lahko tudi kot odnosni koncept med okoljem zdravstvenega varstva in njegovimi strukturami, ki prispevajo k individualnim sposobnostim za orientacijo in navigacijo (Dadaczynski idr., 2021). Vključuje sposobnost ravnanja z informacijami na tak način, da je mogoče brez težav krmariti po zdravstvenem sistemu in »poiskati pravo oskrbo ob pravem času na pravem mestu« (World Health Organization, 2015). Kontekstualno je odvisno od sposobnosti posameznika, kot to opisujejo Sørensen idr. (2013), da najde, razume, oceni in uporabi zdravstvene informacije za obnovitev, ohranjanje ali spodbujanje zdravja v vsakdanjem življenju ter od zahtev in kompleksnosti zdravstvenega sistema, po katerem pacient potuje (Parker idr., 2018).

V zadnjih nekaj desetletjih so zdravstveni sistemi v mnogih državah vse bolj zapleteni in kompleksni (Schaeffer idr., 2018), kar botruje vse hitrejšemu razvoju znanosti in tehnologije, ki zahtevajo vse bolj subspecialno usmerjene strokovnjake. Zdravstveni sistem postaja kompleksen in težko razumljiv za zaposlene, še bolj pa to občutijo uporabniki/pacienti. Od uporabnikov/pacientov to zahteva sposobnost orientacije in krmarjenja po kompleksnem sistemu različnih zdravstvenih storitev ter sodelovanje z različnimi strokovnjaki znotraj in zunaj zdravstvenega sistema. Velikemu številu uporabnikov/pacientov to predstavlja velik problem (Schaeffer idr., 2018). Od uporabnikov/pacientov se pričakuje, da aktivno sodelujejo v procesu ohranjanja zdravja, zdravljenja ali rehabilitacije ter da ob tem prepoznajo ustrezno vstopno točko v zdravstveni sistem (Carter idr., 2018; McKenney idr., 2018). Uporabniki/pacienti z aktivnim sodelovanjem v vseh interakcijah in komunikaciji, kjer jim lahko strokovnjaki posredujejo odgovore, potrebujejo zelo dobro razvito

funkcionalno navigacijsko zdravstveno pismenost, da lahko sprejmejo odločitve glede njihove zdravstvene oskrbe, (Barry in Edgman-Levitan, 2012). Uporabniki/pacienti z nižjo stopnjo navigacijske zdravstvene pismenosti niso sposobni izpolniti takšnih navigacijskih zahtev, kar pogosto vodi v dezorientacijo v zdravstvenem sistemu, stres, negotovost in diskontinuiteto v zdravstveni oskrbi (Lopez idr., 2019). Študije kažejo, da to še posebej prizadene ljudi z nizko splošno zdravstveno pismenostjo (Levy & Janke, 2016; van der Gaag idr., 2017) in ranljive skupine populacije, kot so starejši odrasli in socialno deprivirane skupine populacije (Levy & Janke, 2016; Loignon idr., 2018). Pogosto je pri navedenih skupinah populacije prisotna še multimorbidnost in slabše možnosti dostopa do zdravstvenega sistema, povezane z različnimi vzroki, kot so oddaljenost od zdravstvenih ustanov, socialna izoliranost, slabe možnosti transporta do zdravstvenih ustanov in drugi ključni dejavniki, ki vplivajo na dostopnost, uporabo in navigacijo po zdravstvenem sistemu (Loignon idr., 2018). Navigacijska zdravstvena pismenost se pretežno osredotoča na posameznikovo orientacijo po zdravstvenem sistemu znotraj zdravstvenih organizacij ter na interakcijo z zdravstvenim osebjem.

METODE

Prikazani podatki so del Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti, ki je potekala v letu 2020 z namenom oceniti zdravstveno pismenost v Sloveniji (HLS-SI19). Raziskava se je osredotočila na merjenje splošne, komunikacijske in navigacijske zdravstvene pismenosti, zdravstvene pismenosti na področju cepljenja ter digitalne zdravstvene pismenosti. Namen prispevka je podrobneje predstaviti rezultate na področju navigacijske zdravstvene pismenosti.

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen Merski instrument, razvit z namenom izvedbe druge Evropske raziskave zdravstvene pismenosti HLS-EU19 (angl. European Health Literacy Population Survey HLS19), ki temelji na vprašalniku HLS-EU-Q ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European idr., 2012). V tem prispevku so uporabljeni rezultati analize vprašanj, ki se nanašajo na navigacijsko zdravstveno pismenost in jih sestavlja dvanajst postavk, na podlagi katerih so anketiranci ocenjevali težavnost izvedbe opravil, povezanih z navigacijo po zdravstvenem sistemu. Oceno so podali na štiristopenjski lestvici od »Zelo težko« do »Zelo lahko«. Skupno število točk navigacijske zdravstvene pismenosti je izračunano kot vsota ocen izbranih trditev, pretvorjena na interval od 0 do 100. Višja vrednost pri tem predstavlja višjo stopnjo navigacijske zdravstvene pismenosti.

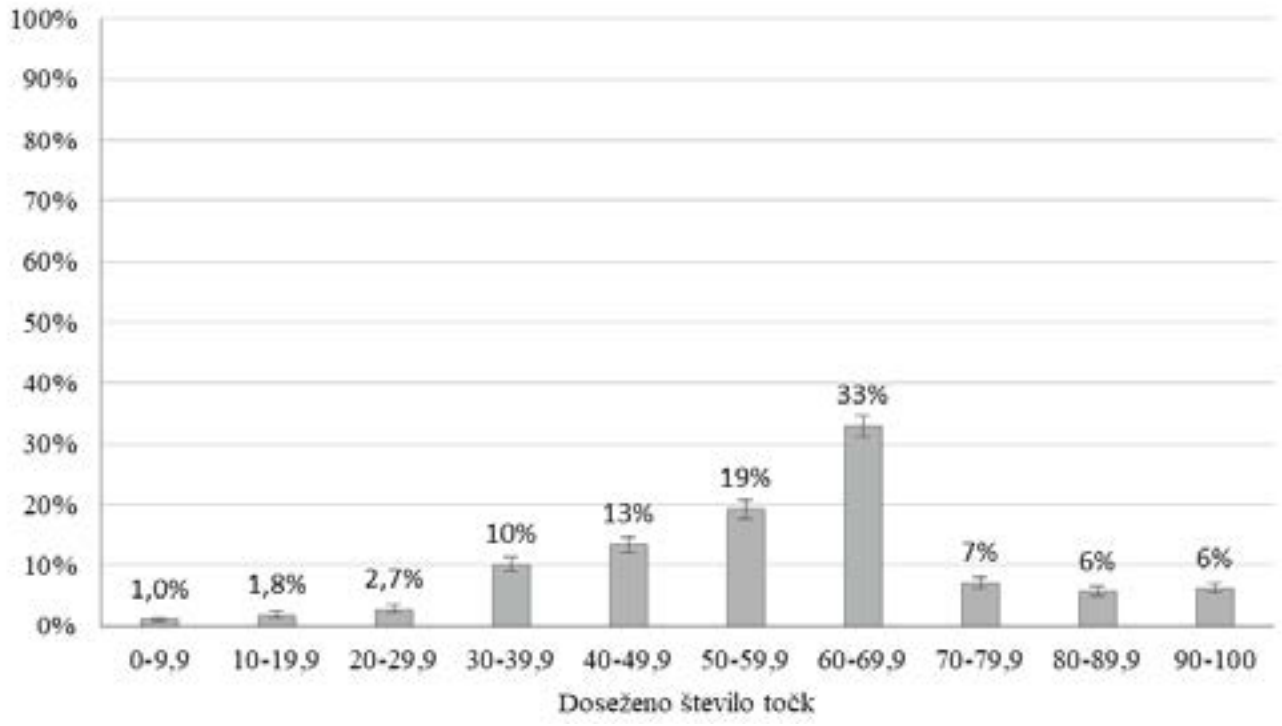
V raziskavi je sodelovalo 3360 odraslih prebivalcev Slovenije od skupno 6000 izbranih z uporabo verjetnostnega vzorčenja (stopnja odgovorov 60-odstotna). Za analizo podatkov smo uporabili univariatne in bivariatne statistike, ki omogočajo primerjavo rezultatov po posameznih skupinah anketirancev glede na njihove socialno-ekonomske in z zdravjem povezane lastnosti. Analize so bile izvedene na podatkih, uteženih glede na spol, starost, statistično regijo bivanja in izobrazbo.

REZULTATI

Dosežena stopnja zdravstvene pismenosti

Anketiranci so pri navigacijski zdravstveni pismenosti v povprečju dosegli 58,6 (CI95[57,9–59,4]) točk od 100 možnih. Slaba tretjina (29 %) anketirancev je pri tem dosegla manj kot polovico točk in le dobra desetina (12 %) več kot 80 točk (Graf 2.1). Pretvorba doseženega števila točk v kategorije dosežkov navigacijske zdravstvene pismenosti glede na kriterije, opredeljene v literaturi ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European idr., 2012; Sørensen idr., 2015), kaže, da ima 61 % (CI95[59–63 %]) odraslih prebivalcev Slovenije omejeno in le 9 % (CI95[8–10 %]) odlično navigacijsko zdravstveno pismenost. To kaže na v splošnem razmeroma visoko ocenjeno zahtevnost opravil, povezanih z navigacijo po zdravstvenem sistemu.

Graf 2.1: Doseženo število točk pri navigacijski zdravstveni pismenosti (n = 3318)

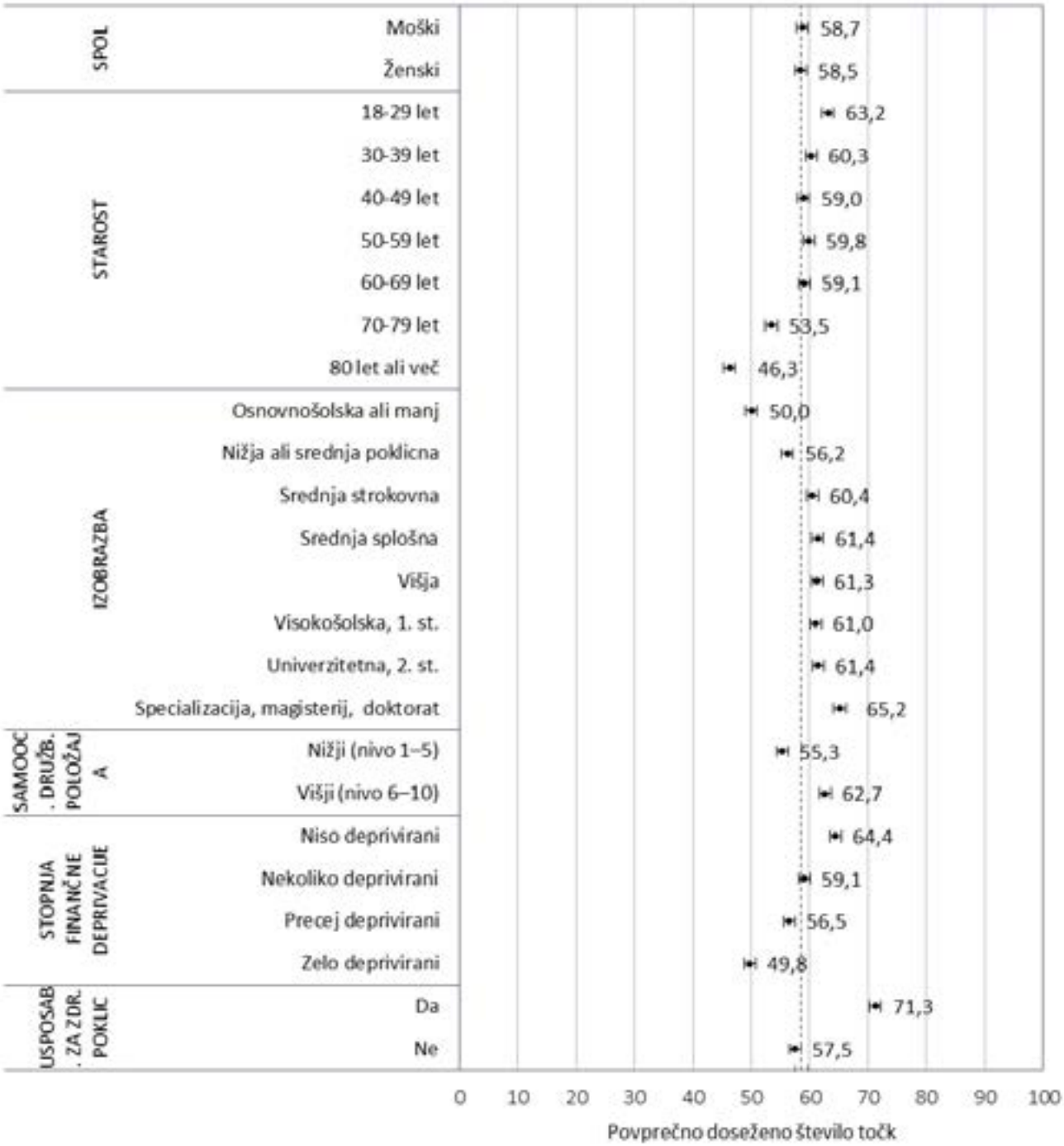


Razlike v navigacijski zdravstveni pismenosti glede na socialno-ekonomske lastnosti posameznikov

Stopnje navigacijske zdravstvene pismenosti se med posameznimi skupinami prebivalstva razlikujejo (Slika 2.7). Doseženo število točk upada s starostjo, pri čemer je dosežena stopnja zdravstvene pismenosti izrazito nižja predvsem med najstarejšimi skupinami prebivalcev, višja pa med najmlajšimi. Nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti imajo tudi posamezniki z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo ter – v manjši meri – poklicno izobraženi. Druge razlike glede na izobrazbo so razmeroma majhne, z izjemo najvišje izobraženih s specializacijo, znanstvenim magisterijem ali doktoratom, pri katerih so dosežki izraziteje višji. Pričakovano imajo višjo stopnjo navigacijske zdravstvene pismenosti tudi osebe, ki so se kadarkoli izobraževale za poklic v zdravstvu.

Na prisotnost družbenih razlik v navigacijski zdravstveni pismenosti opozarja primerjava dosežkov glede na socialno-ekonomski status. Ta je bil v anketi merjen z vprašanjema o samooceni družbenega položaja in stopnji finančne deprivacije glede na zmožnost kritja življenjskih stroškov ter stroškov samoplačniških zdravstvenih storitev in zdravil. Kot je razvidno s Slike 2.7, je zdravstvena pismenost izrazito nižja med osebami z visoko stopnjo finančne deprivacije in višja med tistimi brez deprivacije.

Slika 2.7: Povprečno doseženo število točk pri navigacijski zdravstveni pismenosti glede na socio-ekonomske lastnosti posameznikov (n = 3222–3318)

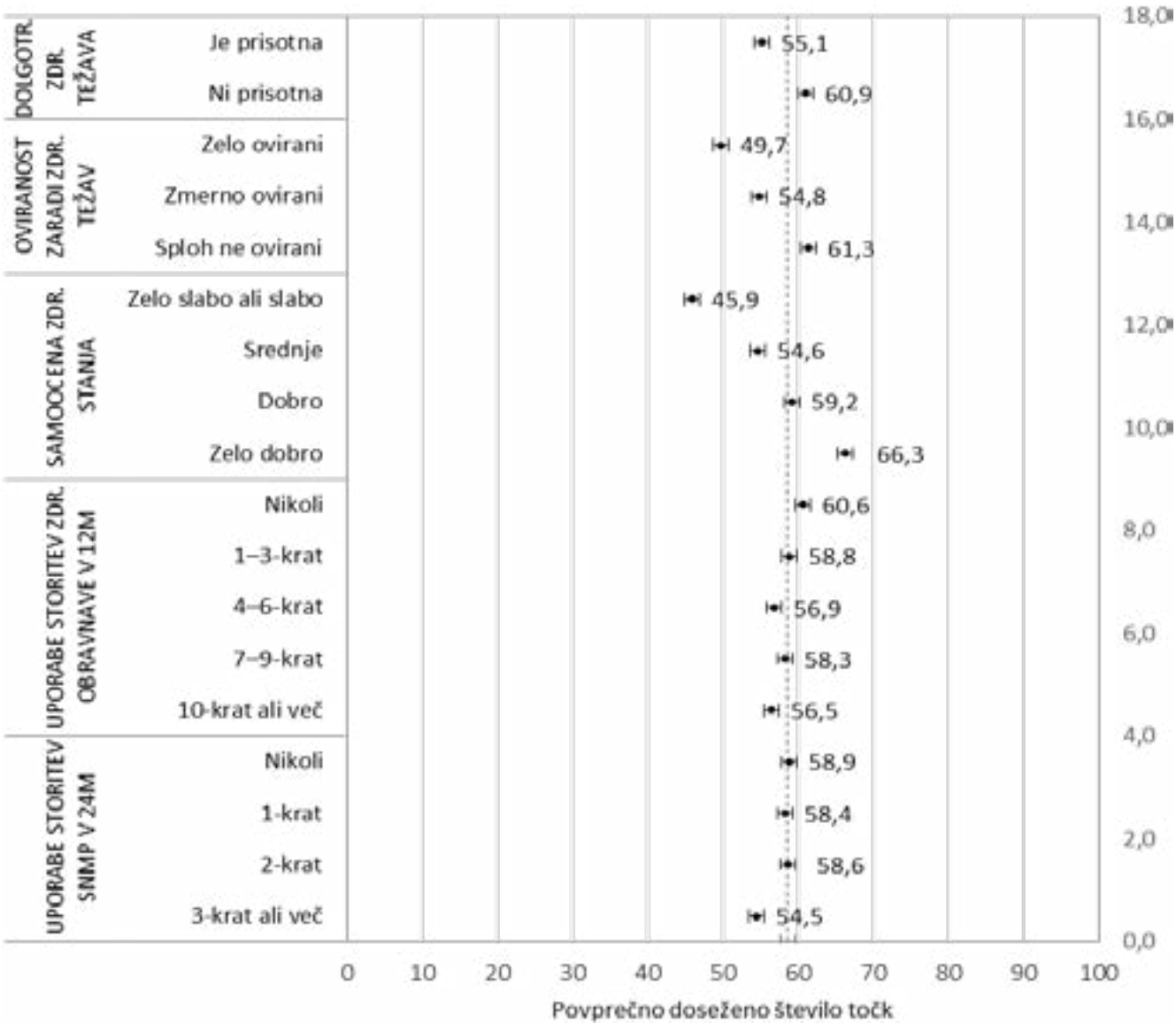


Razlike v navigacijski zdravstveni pismenosti glede na z zdravjem povezane lastnosti posameznikov

Razlike v navigacijski zdravstveni pismenosti so prisotne tudi glede na nekatere lastnosti, povezane z zdravstvenim stanjem (Slika 2.8). Podpovprečno stopnjo zdravstvene pismenosti izražajo posamezniki, ki poročajo o prisotni dolgotrajni bolezni ali zdravstveni težavi, so zaradi zdravstvenih težav ovirani pri običajnih aktivnostih ali svoje zdravje ocenjujejo kot zelo slabo ali slabo. Z nadpovprečno visoko stopnjo navigacijske zdravstvene pismenosti pa izstopajo zlasti osebe, ki svoje zdravje ocenjujejo kot zelo dobro.

Razlike glede na uporabo storitev zdravstvenega sistema so sicer prisotne, vendar so manj izrazite in manj konsistentne. Osebe, ki v zadnjih 12 mesecih niso uporabljale storitev zdravstvene obravnave (posvetovanja z družinskim zdravnikom ali specialistom, hospitalizacije ali dnevne bolnišnične obravnave), izražajo nekoliko višjo stopnjo navigacijske zdravstvene pismenosti v primerjavi z uporabniki tovrstnih storitev. Glede na uporabo storitev splošne nujne medicinske pomoči (SNMP) pa s podpovprečnim doseženim številom točk izstopajo le osebe, ki so takšno pomoč v zadnjih 24 mesecih potrebovale trikrat ali več.

Slika 2.8: Povprečno doseženo število točk pri navigacijski zdravstveni pismenosti glede na z zdravjem povezane lastnosti posameznikov (n = 3271–3315)

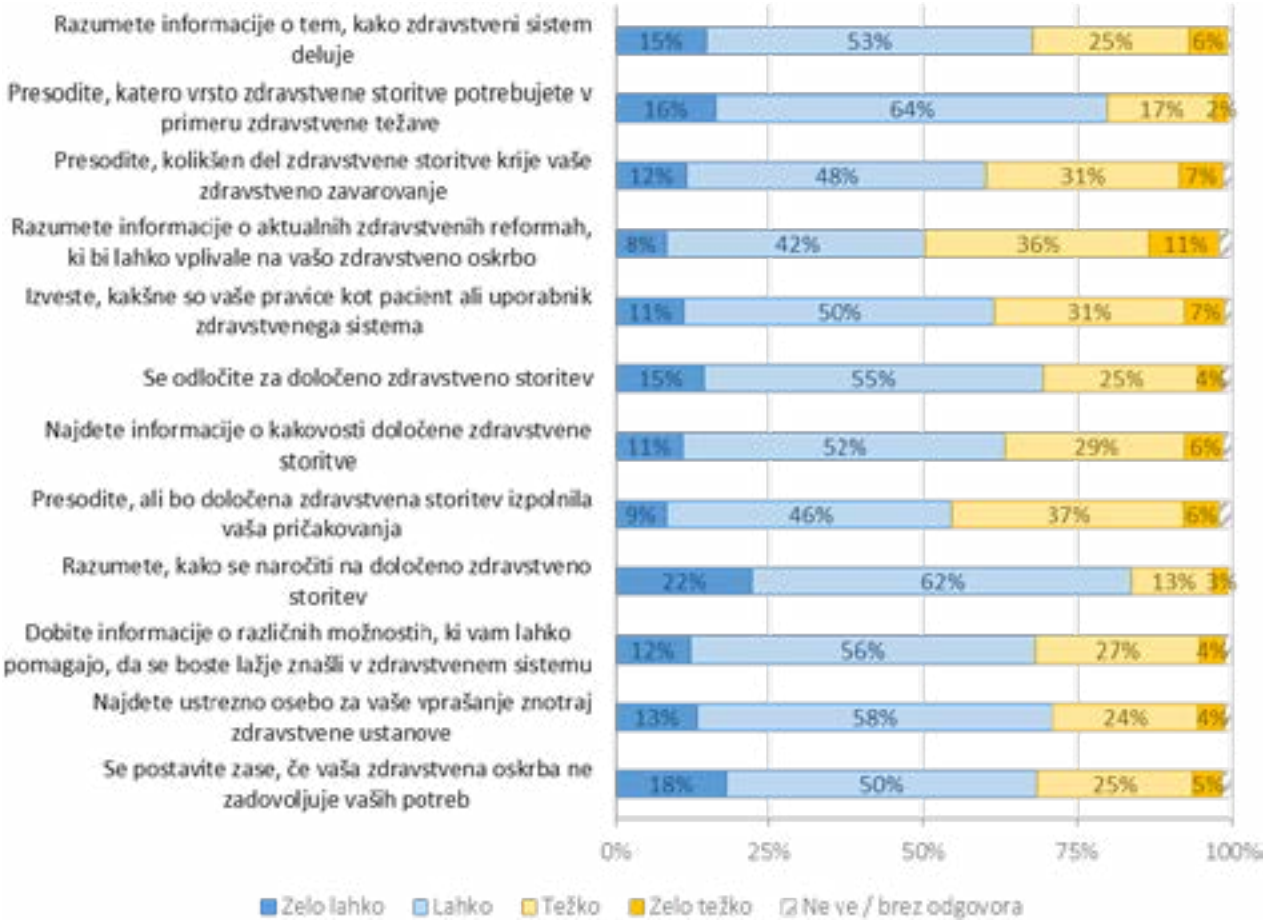


Ocena težavnosti posameznih opravil

Informativen vpogled v specifične težave z navigacijo po zdravstvenem sistemu ponujajo ocene težavnosti posameznih opravil, povezanih z navigacijsko zdravstveno pismenostjo (Slika 2.9).

V splošnem so anketiranci večino opravil razmeroma pogosto ocenjevali kot težavna, saj je osem od 12 opravil kot težka ali zelo težka ocenilo več kot 30 % anketirancev. Pri tem velja zlasti izpostaviti nekatera opravila, ki so ključna za ustrezno orientacijo v zdravstvenem sistemu. Tako 38 % (CI95[37–40 %]) oseb kot težko ali zelo težko navaja presojo obsega zavarovalnega kritja, 37 % (CI95[36–39 %]) informiranje o pravicah uporabnika zdravstvenega sistema, 35 % (CI95[34–37 %]) iskanje informacij o kakovosti določene storitve, 31 % (CI95[29–32 %]) pridobivanje informacij za lažjo orientacijo v zdravstvenem sistemu, 29 % (CI95[27–31 %]) sprejemanje odločitve za določeno zdravstveno storitev (npr. izbiranje med različnimi bolnišnicami) ter 28 % (CI95[26–30 %]) iskanje ustrezne osebe v zdravstveni ustanovi za morebitna vprašanja.

Slika 2.9: Ocena težavnosti opravil v povezavi z navigacijsko zdravstveno pismenostjo (n = 3360)



RAZPRAVA

Specifične težave, ključne za učinkovito krmarjenje in orientacijo po zdravstvenem sistemu, ki jih navajajo anketiranci v raziskavi, se nanašajo na presojo obsega zavarovalnega kritja, informiranje o pravicah uporabnika zdravstvenega sistema, iskanje informacij o kakovosti določene storitve, pridobivanje informacij za lažjo orientacijo v zdravstvenem sistemu, sprejemanje odločitve za določeno zdravstveno storitev ter iskanje ustrezne osebe v zdravstveni ustanovi za morebitna vprašanja. Izraz, ki se v zadnjih letih pojavlja v povezavi z razumevanjem in presojo obsega zdravstvenega zavarovanja, se imenuje »pismenost o zdravstvenem zavarovanju«, kar je opredeljeno kot »... stopnja, do katere imajo posamezniki znanje, sposobnost in zaupanje, da najdejo in uporabijo informacije o kritju zdravstvenega zavarovanja, in na podlagi tega poiščejo ustrezne zdravstvene storitve« (Paez idr., 2014). Avtorji McCormack (2018) in Loewenstein idr. (2013) navajajo, da je izrazito nizka pismenost na področju razumevanja zavarovanja pri posameznikih, ki imajo nizek socialno-ekonomski status, v etničnih manjšinah in pri starejših odraslih, ki imajo pogosto visoke zdravstvene potrebe. Nasprotno pa je pri starejših odraslih, ki redno uporabljajo zdravstvene storitve, zaznati višji delež splošne pismenosti kot pri uporabnikih, ki občasno dostopajo do zdravstvenih storitev (Dean idr., 2020), česar pa nismo ugotavljali v pričujoči raziskavi. Tipirneni idr. (2018) dodajajo, da je lahko nižja pismenost na področju razumevanja zdravstvenega zavarovanja povezana s tem, da se uporabniki izogibajo tako preventivnih kot kurativnih storitev.

Tretjina anketirancev težko ali zelo težko v zdravstveni ustanovi poišče ustrezno osebo za morebitna vprašanja o svojem zdravstvenem stanju, kar je lahko razlog, da uporabniki vedno bolj posegajo po informacijah na svetovnem spletu, zaradi hitrega in enostavnega dostopa (Jacobs idr., 2017). Pri tem raziskave kažejo, da uporabniki z nižjo zdravstveno pismenostjo pogosteje uporabljajo in zaupajo zdravstvenim informacijam iz virov, ki bi lahko bili manj kakovostni (npr. družbeni mediji, blogi ali spletne strani slavnih ter komercialni/korporacijski viri) (Chen idr., 2019). Zdravstvene informacije nizke kakovosti, ki so netočne ali zavajajoče, lahko povzročijo negativne posledice za zdravje, kot sta zamuda pri iskanju zdravstvene oskrbe in nezdravo vedenje. Raziskava avtorjev (Chen idr., 2019) o odnosu med zdravstveno pismenostjo ter uporabo in zaupanjem v vire zdravstvenih informacij ugotavlja, da bodo ljudje z nižjo zdravstveno pismenostjo težje ocenili kakovost virov zdravstvenih informacij, in da si je treba prizadevati za javno zdravje tako, da se te uporabnike doseže z visokokakovostnimi informacijami prek kanalov, ki jim zaupajo in jih uporabljajo. Prav informiranje je na področju navigacijske zdravstvene pismenosti ključnega pomena, saj kompleksnost zdravstvenega sistema, porast multimorbidnosti ter zahtevnost posameznega pacienta dodatno otežujejo navigacijo po zdravstvenem sistemu (Carter idr., 2018; Griese idr., 2023).

Običajno so pacienti tisti, ki najbolj občutijo zapletenost in razdrobljenost zelo zapletenih sistemov zdravstvenega varstva, kar je razlog za oteženo in nepovezano navigacijo po zdravstvenem sistemu. Pogosto je to razlog za nesistematično in nekakovostno obravnavo ter izpuščene zdravstvene storitve, ki so pacientu na voljo v sistemu in bi za pacienta omogočale optimalno obravnavo (Griese idr., 2023). Griese idr. (2023) poročajo o težko dostopnih in pogosto nerazumljivih informacijah, namenjenih orientaciji v zdravstvenem sistemu, predvsem za starejše paciente, socialno deprivirane in tiste z nižjo stopnjo izobrazbe, za katere smo ugotovili, da so nižje zdravstveno pismeni na področju navigacijske zdravstvene pismenosti.

Že (Bennett idr., 2012; Chew idr., 2004) so zdravstveno pismenost povezovali s samozaznavanjem zdravja in samozaznano obolevnostjo pri starejših; Sørensen idr. (2012) pa so opozorili na vpliv osnovnih socialno-ekonomskih dejavnikov, ki se odražajo tudi v povezavi s samozaznavanjem na področju zdravja. Nekatere ranljive skupine prebivalstva, vključno s starejšimi, kjer so nizka izobrazba, revščina in multimorbidnost bolj pogoste, lahko kažejo nižjo raven zdravstvene pismenosti in s tem manjšo samoučinkovitost na področju zdravja (Baker, 2007; Cutilli, 2007). Levy & Janke, (2016) ugotavljata, da imajo najverjetneje osebe z nizko stopnjo zdravstvene pismenosti težave s samoučinkovitostjo. Darvishpour idr. (2022) so potrdili, da je zdravstvena pismenost razmeroma močen napovedovalec samoučinkovitosti. Pacientova samoučinkovitost je v zdravstvenem sistemu vedno bolj pričakovana lastnost v skrbi za zdravje, obvladovanje kroničnih bolezni/stanj, rehabilitaciji ali v paliativni oskrbi. Ob oblikovanju k pacientu usmerjenega zdravstvenega sistema je nujno razmišljanje, da so najpogostejši uporabniki sistema prav starejši, socialno deprivirani in pogosto tudi osebe z multimorbidnostjo.

Rezultati raziskave kažejo, da imajo podpovprečno stopnjo navigacijske zdravstvene pismenosti posamezniki z dolgotrajno boleznijo ali zdravstveno težavo, zaradi katere so ovirani pri običajnih aktivnostih, in tisti, ki svoje zdravje ocenjujejo kot zelo slabo ali slabo. Podobno so ugotovili tudi avtorji Toci idr. (2015), saj je bil v njihovi raziskavi rezultat zdravstvene pismenosti v populaciji starejših odraslih na Kosovu znatno nižji med starejšimi odraslimi, ki so poročali o slabem zdravstvenem stanju ali so imeli vsaj eno kronično bolezen, v primerjavi s tistimi, ki so svoje zdravje dojemali kot dobro ali niso poročali o kroničnih boleznih.

Nizka stopnja zdravstvene pismenosti pomembno negativno vpliva na zdravje in kakovost življenja ljudi, pa tudi na kakovost in stroške zdravstvenega varstva (Tannous idr., 2021), zato je potrebno za reševanje stopnjevanja kroničnih bolezni in posledičnih zahtev, ki jih bo to postavilo sistemu zdravstvenega varstva, vključevanje pacientov v učinkovitejše samoobvladovanje in samoupravljanje lastnega zdravstvenega stanja. Mitic in Rootman (2012) sta že ugotovila, da se intervencijski programi za preprečevanje ali programi za podporo pri samoobvladovanju kroničnih bolezni ne odzivajo dovolj na potrebe pacientov s kronično boleznijo, saj se le-ti soočajo s številnimi individualnimi in sistemskimi ovirami pri navigaciji po zdravstvenem sistemu, ki onemogočijo dostop do vseh preventivnih in presejalnih programov ter preventivne oskrbe (Livaudais-Toman idr., 2014), kar lahko poslabša njihovo zdravstveno stanje in poveča potrebo po nujnih intervencijah ali hospitalizaciji (Wu idr., 2013). Rasu idr. (2015) potrjujejo, da lahko dvig zdravstvene pismenosti z usmerjenimi intervencijami vpliva na večjo uporabo preventivnih storitev in s tem povzroči opazno zmanjšanje obiskov oziroma hospitalizacij na urgenci med nizko zdravstveno pismeno populacijo. S primernimi intervencijami, usmerjenimi v dvig zdravstvene pismenosti uporabnikov, lahko prispevamo k bolj učinkoviti navigaciji po zdravstvenem sistemu in smiselni ciljani uporabi zdravstvenih storitev (Tsai idr., 2014).

Ključna težava je, da se zelo malo raziskav osredotoča na pacienta, ki ima manj veščin na področju zdravstvene pismenosti, da bi se identificirale rešitve za premagovanje individualnih in sistemskih ovir pri navigaciji v zdravstvenem sistemu (Loignon idr., 2018). Ugotavljamo, da je na področju navigacijske pismenosti malo literature, prav tako je malo virov na temo razvoja ustreznih zdravstvenih orodij in programov za podporo pri navigaciji pacienta po zdravstvenem sistemu z upoštevanjem ranljivosti posameznih skupin populacije.

ZAKLJUČEK

Od uporabnikov zdravstvenega sistema se vedno pogosteje pričakuje, da v celoti sodelujejo pri zdravstvenih odločitvah glede svojega zdravljenja in prevzamejo aktivno vlogo pri ohranjanju in krepitvi zdravja. Odgovornost za uspeh v dobrem sodelovanju pacienta z zdravstvenim sistemom je tako na strani pacienta kot na strani zdravstvenega sistema in političnih odločevalcev, ki imajo možnost vpeljati usmeritve za dvig navigacijske zdravstvene pismenosti v prakso. Kot ključna je učinkovita in razumljiva komunikacija, ki zajema jasne poti po zdravstvenem sistemu, enotno poročanje na spletnih straneh vseh relevantnih deležnikov, enotno komunikacijsko shemo za opremo vseh zdravstvenih organizacij, enotno in razumljivo pisno komunikacijo s pacientom in nenazadnje razumljivo in enostavno komunikacijo zdravstvenih delavcev s pacientom. Razumevanje zdravstvene pismenosti od zdravstvenih delavcev zahteva, da so občutljivi za različne sposobnosti pacienta in upoštevajo vse vidike njegovih zmožnosti in le-temu prilagodijo način zagotavljanja informacij, ki upošteva individualne potrebe vsakega posameznika.

LITERATURA

Baker, D. W. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, *167*(14), 1503. https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, *366*(9), 780–781. https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283

Bennett, J. S., Boyle, P. A., James, B. D., & Bennett, D. A. (2012). Correlates of health and financial literacy in older adults without dementia. *BMC Geriatrics*, *12*(1), 30. https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-30

Carter, N., Valaitis, R. K., Lam, A., Feather, J., Nicholl, J., & Cleghorn, L. (2018). Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: A scoping literature review. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 96. https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0

Chen, X., Orom, H., Hay, J. L., Waters, E. A., Schofield, E., Li, Y., & Kiviniemi, M. T. (2019). Differences in rural and urban health information access and use. *The Journal of Rural Health*, *35*(3), 405–417. https://doi.org/10.1111/jrh.12335

Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, *36*(8), 588–594.

Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedic Nursing*, *26*(1), 43–48. https://doi.org/10.1097/00006416-200701000-00014

Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M., Leung, A. Y. M., Rosário, R., Darlington, E., & Rathmann, K. (2021). Digital health literacy and web-based information-seeking behaviors of university students in Germany during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(1), e24097. https://doi.org/10.2196/24097

Darvishpour, A., Mansour-ghanaei, R., & Mansouri, F. (2022). The relationship between health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in older adults with hypertension in the north of Iran. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, *6*(4). https://doi.org/10.3928/24748307-20221013-01

Dean, C. A., Wiltshire, J., Liu, E., Amamoo, M. A., Garcia Colato, E., & Elder, K. (2020). Confidence in understanding health insurance and challenges paying medical bills among men in the United States. *American Journal of Men's Health*, *14*(4). https://doi.org/10.1177/1557988320943359

Griese, L., Schaeffer, D., & Berens, E.-M. (2023). Navigational health literacy among people with chronic illness. *Chronic Illness*, *19*(1), 172–183. https://doi.org/10.1177/17423953211073368

HLS-EU Consortium Health Literacy Project European, Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Jacobs, S., Bradley, F., Elvey, R., Fegan, T., Halsall, D., Hann, M., Hassell, K., Wagner, A., & Schafheutle, E. (2017). Investigating the organisational factors associated with variation in clinical productivity in community pharmacies: A mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research*, *5*(27), 1–186. https://doi.org/10.3310/hsdr05270

Levy, H., & Janke, A. (2016a). Health literacy and access to care. *Journal of Health Communication*, *21*(sup1), 43–50. https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131776

Levy, H., & Janke, A. (2016b). Health literacy and access to care. *Journal of Health Communication*, *21*(sup1), 43–50. https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131776

Livaudais-Toman, J., Burke, N. J., Napoles, A., & Kaplan, C. P. (2014). Health literate organizations: Are clinical trial sites equipped to recruit minority and limited health literacy patients? *Journal of Health Disparities Research and Practice*, *7*(4), 1–13.

Loewenstein, G., Friedman, J. Y., McGill, B., Ahmad, S., Linck, S., Sinkula, S., Beshears, J., Choi, J. J., Kolstad, J., Laibson, D., Madrian, B. C., List, J. A., & Volpp, K. G. (2013). Consumers' misunderstanding of health insurance. *Journal of Health Economics*, *32*(5), 850–862. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.04.004

Loignon, C., Dupéré, S., Fortin, M., Ramsden, V. R., & Truchon, K. (2018). Health literacy – engaging the community in the co-creation of meaningful health navigation services: A study protocol. *BMC Health Services Research*, *18*(1), 505. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3315-3

Lopez, D., Pratt-Chapman, M. L., Rohan, E. A., Sheldon, L. K., Basen-Engquist, K., Kline, R., Shulman, L. N., & Flores, E. J. (2019). Establishing effective patient navigation programs in oncology. *Supportive Care in Cancer*, *27*(6), 1985–1996. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04739-8

McCormack, B. (2018). The need to prioritize the person in nursing and healthcare. *Obzornik zdravstvene nege*, *52*(4). https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.2955

McKenney, K. M., Martinez, N. G., & Yee, L. M. (2018). Patient navigation across the spectrum of women's health care in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *218*(3), 280–286. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.009

Mitic, W., & Rootman, I. (2012). An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians. *Public Health Association of BC*. https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/09/IntersectoralApproachforHealthLiteracy-FINAL.pdf

Paez, K. A., Mallery, C. J., Noel, H., Pugliese, C., McSorley, V. E., Lucado, J. L., & Ganachari, D. (2014). Development of the health insurance literacy measure (HILM): Conceptualizing and measuring consumer ability to choose and use private health insurance. *Journal of Health Communication*, *19*(sup2), 225–239. https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936568

Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., Kennedy, S., Roberts, H., & Conroy, S. (2018). What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and Ageing*, *47*(1), 149–155. https://doi.org/10.1093/ageing/afx166

Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K., & Warady, B. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International Journal of Health Policy and Management*, *4*(11), 747–755. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.151

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K., Altiner, A., Dierks, M.-L., Ewers, M., Horn, A., Jordan, S., Kickbusch, I., Klapper, B., Pelikan, J. M., Rosenbrock, R., Schmidt-Gernig, A., Schmidt-Kaehler, S., Weishaar, H., & Woopen, C. (2018). *Head of Office of the National Action Plan Health Literacy*. Hertie School of Governance.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health, 25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health, 13*(1), 948. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Tannous, W. K., Ahmed, M. U., John, J. R., Reece, G., & Ahlenstiel, G. (2021). Estimating the economic burden of low health literacy in the Blacktown community in Sydney, Australia: A population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(5), 2303. https://doi.org/10.3390/ijerph18052303

Tipirneni, R., Politi, M. C., Kullgren, J. T., Kieffer, E. C., Goold, S. D., & Scherer, A. M. (2018). Association between health insurance literacy and avoidance of health care services owing to cost. *JAMA Network Open, 1*(7), e184796. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4796

Toci, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sørensen, K., Ramadani, N., Hysa, B., & Brand, H. (2015). Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International, 30*(3), 667–674. https://doi.org/10.1093/heapro/dau009

Tsai, H.-M., Cheng, C.-Y., Chang, S.-C., Yang, Y.-M., & Wang, H.-H. (2014). Health literacy and health-promoting behaviors among multiethnic groups of women in Taiwan. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 43*(1), 117–129. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12269

Van der Gaag, M., Van der Heide, I., Spreeuwenberg, P. M. M., Brabers, A. E. M., & Rademakers, J. J. D. J. M. (2017). Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Health Services Research, 17*(1), 350. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2276-2

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. WHO Document Production Services. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf

Wu, J.-R., Holmes, G. M., DeWalt, D. A., Macabasco-O'Connell, A., Bibbins-Domingo, K., Ruo, B., Baker, D. W., Schillinger, D., Weinberger, M., Broucksou, K. A., Erman, B., Jones, C. D., Cene, C. W., & Pignone, M. (2013). Low literacy is associated with increased risk of hospitalization and death among individuals with heart failure. *Journal of General Internal Medicine, 28*(9), 1174–1180. https://doi.org/10.1007/s11606-013-2394-4

2.4 Zdravstvena pismenost odraslih prebivalcev Slovenije v povezavi s cepljenjem

doc. dr. Mitja Vrdelja[1], dr. Veronika Učakar[1], dr. Nejc Berzelak[1], Janina Žagar[1]

[1]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- Zdravstvena pismenost na področju cepljenja je nižja med starejšimi, manj izobraženimi in med posamezniki, ki ocenjujejo, da imajo nižji družben položaj, so finančno deprivirani ali svoje zdravje ocenjujejo slabo ali zelo slabo ali imajo prisotno dolgotrajno zdravstveno težavo.
- Glede na spol se zdravstvena pismenost na področju cepljenja bistveno ne razlikuje.
- Zdravstvena pismenost na področju cepljenja ima pomemben potencialni pozitiven učinek na vedenje pri cepljenju.
- Najtežje naloge zdravstvene pismenosti na področju cepljenja so presoja, katera cepljenja so potrebna in iskanje informacij o priporočenih cepljenjih.
- Kazalniki za nižjo splošno in specifične zdravstvene pismenosti, vključno s področjem cepljenja, so slaba samopodoba o zdravju, finančna prikrajšanost in nižja raven v družbi.

UVOD

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) cepljenja preprečijo več kot 20 potencialno smrtonosnih nalezljivih bolezni in vsako leto preprečijo od 3,5 do 5 milijonov smrti zaradi bolezni, kot so tetanus, oslovski kašelj, davica, gripa in ošpice (World Health Organization, 2022). Cepljenje ima izjemno pomembno vlogo pri preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni in zaščiti javnega zdravja ter predstavlja izredno pomemben ukrep primarne preventive (Levine in drugi, 2011) za preprečevanje bolezni, škodljivih zdravstvenih izidov in smrti (Andre in drugi, 2008; Ratzan, 2011).

A medtem ko je za zagotavljanje visokih stopenj precepljenosti potrebna visoka stopnja zaupanja javnosti v programe cepljenja, raziskave kažejo, da je zaupanje v cepljenje v Evropi in po vsem svetu upadlo (de Figueiredo in drugi, 2020; Larson in drugi, 2016). Navedeno prispeva k zmanjšanju stopnje precepljenosti, ponovnem pojavu nalezljivih bolezni (Rowlands in drugi, 2018) in zavračanju ali odlašanju cepljenja kljub razpoložljivosti cepiv (MacDonald in drugi, 2015a). Oklevanje glede cepljenja zato predstavlja vse večji javnozdravstveni izziv in problem, zlasti v Evropi; Svetovna zdravstvena organizacija pa ga je opredelila celo kot eno izmed desetih največjih globalnih zdravstvenih tveganj (World Health Organization (WHO), 2019).

Informacije o cepljenju so ljudem pogosto težko razumljive in včasih težko dostopne (Lorini in drugi, 2018; Rowlands, 2014), ljudje pa so pogosto soočeni tudi z nasprotujočimi si (zdravstvenimi) informacijami (Heiss in drugi, 2021), ki jih nimajo časa, znanja ali sposobnosti pravilno razumeti

(Tagliabue in drugi, 2020). V današnjem informacijskem ekosistemu, ki omogoča zelo hitro širjenje in deljenje vsebin ter njihovo prehajanje med različnimi platformami (Shu in drugi, 2017; Vosoughi in drugi, 2018), so ljudje, večinoma zaradi digitalnih medijev, pogosto izpostavljeni tudi enostranskim in pristranskim informacijam (Lorini in drugi, 2018; Rowlands, 2014).

Za ocenjevanje verodostojnosti in kakovosti informacij ter za usposobljeno obvladovanje zavajajočih, lažnih in napačnih informacij je zato nujna visoka stopnja zdravstvene pismenosti (Lorini in drugi, 2018; X. Wang in drugi, 2018) oziroma zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem, ki lahko predstavlja eno izmed rešitev za povečanje zaupanja v cepljenje.

Opredelitev zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem se je razvila po vzoru opredelitve zdravstvene pismenosti, ki vključuje znanje, motivacijo in kompetence ljudi za dostopanje do zdravstvenih informacij, povezanih s promocijo zdravja, ohranjanjem ali izboljšanjem zdravja, njihovo razumevanje, ocenjevanje in uporabo v vseh življenjskih obdobjih (Kickbusch in drugi, 2013). Nizka zdravstvena pismenost je neposredno povezana z neželenimi zdravstvenimi izidi, ki bi jih bilo moč preprečiti, s slabšim splošnim zdravjem, neustreznimi odločitvami glede preventivnih ukrepov in tudi smrtnostjo (Berkman in drugi, 2011; Hickey in drugi, 2018); povezana pa je tudi z višjim tveganjem za oklevanje glede cepljenja (Montagni in drugi, 2021a).

Zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem je sposobnost iskanja, razumevanja in presojanja informacij o cepljenju za sprejemanje ustreznih odločitev o cepljenju (Cadeddu in drugi, 2022). Nanaša se na znanje, motivacijo in spretnosti posameznikov za iskanje, razumevanje in vrednotenje informacij, povezanih s cepljenjem, z namenom sprejemanja ustreznih odločitev glede cepljenja (Sørensen in drugi, 2012; F. Zhang in drugi, 2020). Predstavlja stopnjo sposobnosti pridobivanja in razumevanja informacij glede cepljenja in s cepljenjem povezanih storitev. Vključuje znanje, motivacijo in kompetence za dostopanje do informacij o cepljenju, cepivih in cepilnih programih, njihovo razumevanje, kritično ocenjevanje in uporabo na osebni, organizacijski in skupnostni ravni (Collini in drugi, 2023). Poudarja sposobnost posameznikov, da pridobijo, razumejo in uporabijo osnovne informacije in storitve o cepljenju, pri čemer ocenjujejo tudi morebitne posledice in tveganja svojih dejanj za sprejemanje premišljenih zdravstvenih odločitev (Ratzan, 2011). Razumevanje zdravstvene pismenosti kot relacijskega koncepta (Parker & Ratzan, 2010), ki ne temelji le na osebnih sposobnostih in spretnostih, temveč tudi na dostopnosti, razpoložljivosti, razumljivosti in praktičnosti zdravstvenih informacij, pa se lahko prenese tudi na zdravstveno pismenost v povezavi s cepljenjem (Ratzan, 2011).

Čeprav je zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem povezana z zdravstveno pismenostjo, pa se obe področji le delno prekrivata. Spretnosti in znanje o cepivih in cepljenju so namreč edinstveni, posamezniki z višjo stopnjo zdravstvene pismenosti pa nimajo nujno tudi potrebnega znanja in spretnosti za področje cepljenja. Po drugi strani je zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem bolj kot z zdravstveno pismenostjo povezana z oklevanjem glede cepljenja (Biasio in drugi, 2024). Nekateri avtorji zdravstveno pismenost v povezavi s cepljenjem opredeljujejo kot pomemben notranji dejavnik pri odločitvah ljudi glede cepiv, premagovanja oklevanja glede cepljenja in povečanja stopenj precepljenosti (E. Zhang in drugi, 2023). Sposobnost ljudi, da razumejo informacije v zvezi s cepivi, je zato v središču razprav o naraščajočem oklevanju glede cepljenja (Goldenberg, 2021). Zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem v svoji dimenziji, povezani z motivacijo, zajema elemente različnih modelov oklevanja glede cepljenja (zaupanje, samozadostnost, omejitve oziroma priročnost, preračunljivost, kolektivno odgovornost, skladnost in teorije zarot) (Betsch in drugi, 2018; Geiger in drugi, 2021; Larson in drugi, 2015a; MacDonald in drugi, 2015a), vendar vključuje tudi druge dimenzije, kot sta znanje in kompetence, ki niso del psiholoških determinant (Biasio in drugi, 2024). Medtem pa determinante oklevanja glede cepljenja pogosto spregledajo pomen pomanjkljive zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem, kar

dodatno zmanjšuje učinkovitost komunikacijskih prizadevanj za povečanje precepljenosti (Biasio in drugi, 2023; MacDonald in drugi, 2015a). Pri tem je vsekakor treba upoštevati, da na odločitve za ali proti cepljenju vplivajo tudi posamezne in kolektivne izkušnje ter znanje, prepričanja, situacijski pogoji kot tudi samo cepljenje (Dubé in drugi, 2013; Larson in drugi, 2015b; MacDonald in drugi, 2015b; Thomson in drugi, 2016).

Zdravstvena pismenost pomembno vpliva na sposobnost ljudi za dostopanje do zdravstvenih informacij in na njihovo ravnanje s temi informacijami. A četudi lahko sklepamo, da predstavlja pomemben dejavnik pri oblikovanju stališč do cepljenja, je zelo malo študij empirično raziskalo povezanost, ki nikakor ni enoznačna (Siena in drugi, 2022). Obstoječa literatura kaže na neenotnost ugotovitev glede povezanosti med zdravstveno pismenostjo v povezavi s cepljenjem in oklevanjem glede cepljenja, čeprav večina objavljenih izsledkov podpira negativno povezanost (Biasio in drugi, 2024). Povezanost med zdravstveno pismenostjo ali zdravstveno pismenostjo v povezavi s cepljenjem ter cepljenjem in sprejemanjem cepljenja je bila v nekaterih raziskavah pozitivna, medtem ko je bila po drugih neobstoječa ali celo negativna (Achrekar in drugi, 2022; Amit Aharon in drugi, 2017; Veldwijk in drugi, 2015; Yadete in drugi, 2021). Visoko raznolikost pri ocenjevanju zdravstvene pismenosti, šibko povezanost ali nedosledne rezultate je pokazal tudi sistematični pregled 21 raziskav, ki je proučeval povezavo med zdravstveno pismenostjo, namero za cepljenje in cepilnim statusom (Siena in drugi, 2022).

O deloma nasprotujočih si rezultatih poroča tudi sistematični pregled devetih študij, ki proučujejo odnos med zdravstveno pismenostjo ter vedenjem in odnosom do cepljenja. Vseeno pa so rezultati nakazovali pozitivno povezavo med zdravstveno pismenostjo ali zdravstveno pismenostjo v povezavi s cepljenjem ter vedenjem in odnosom do cepljenja. Višja zdravstvena pismenost je bila povezana z pozitivnejšim odnosom do cepljenja in višjo precepljenostjo. Navedeno podpirajo tudi izsledki nekaterih drugih študij (Albright & Allen, 2018; Castro-Sánchez in drugi, 2018; Montagni in drugi, 2021b; Wisk in drugi, 2014; F. Zhang in drugi, 2020). Zmanjševanje oklevanja glede cepljenja z višjo stopnjo zdravstvene pismenosti ugotavlja tudi nedavna raziskava v slovenskem prostoru (Lamot & Kirbiš, 2024), kar je skladno tudi z nekaterimi tujimi študijami (Fenta in drugi, 2023; Montagni in drugi, 2021a; Turhan in drugi, 2022). Pomembne pa so tudi ugotovitve študije, ki je raziskovala še vedno premalo raziskano povezanost med zdravstveno pismenostjo o cepljenju in izidi, povezanimi s cepljenjem, po tem, ko so se leta 2016 na Kitajskem pojavila zavajajoča poročila o škandalu v zvezi z lokalno proizvedenimi cepivi za otroke. Ugotovitve namreč nakazujejo, da bi višja raven pismenosti lahko zmanjšala nekatere negativne učinke izpostavljenosti zavajajočim informacijam o cepljenju, kar bi lahko na koncu vodilo do manj oklevanja pri cepljenju (X. Wang in drugi, 2018).

Čeprav zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem ni edini dejavnik, ki vpliva na sprejemanje cepljenja, ostajata večanje stopnje zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem in zmanjševanje oklevanja glede cepljenja ključna za spodbujanje cepljenja (L. Wang in drugi, 2024). Boljše razumevanje povezanosti med zdravstveno pismenostjo v povezavi s cepljenjem in cepljenjem zato omogoča boljšo podlago za komunikacijske in vzgojno-zdravstvene kampanje (Biasio in drugi, 2024). Za razvoj učinkovitih komunikacijskih orodij pa je smiselno tudi raziskati zdravstveno pismenost v povezavi s cepljenjem v različnih kategorijah prebivalstva. Namen našega prispevka je zato proučiti stopnjo zdravstvene pismenosti odrasle slovenske populacije v povezavi s cepljenjem in identificirati stopnjo problematične zdravstvene pismenosti na posameznih dimenzijah le-te ter identificirati morebitne razlike v stopnji zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem v različnih sociodemografskih skupinah odrasle slovenske populacije. Ker podatkov o tem, kakšna je zdravstvena pismenost slovenskih prebivalcev v povezavi s cepljenjem, tako rekoč ni, bomo s tem delno zapolnili to (raziskovalno) vrzel.

METODOLOGIJA

Za analizo so bili uporabljeni podatki Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti (HLS-SI19), ki je bila izvedena leta 2020 na verjetnostnem vzorcu 3360 prebivalcev Slovenije. Podrobnosti o splošni metodologiji raziskave so predstavljene v poglavju Metodologija nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti HLS-SI19.

Zdravstvena pismenost na področju cepljenja je bila merjena s samooceno težavnosti izvedbe štirih opravil, povezanih s cepljenjem, znotraj merskega inštrumenta splošne zdravstvene pismenosti (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). Besedila uporabljenih vprašanj in postavk so predstavljena v Tabeli 2.8.

Tabela 2.8: Indikatorji in odgovorne možnosti za merjenje zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem

Vprašanja in razpoložljivi odgovori	**Postavke**
Kako lahko ali težko …	… NAJDETE informacije o priporočenih cepljenjih za vas ali vašo družino?
Zelo lahko/Lahko/Težko/Zelo težko	… RAZUMETE, zakaj bi vi ali vaša družina morda potrebovali cepljenja?
	… PRESODITE, katera cepljenja morda potrebujete vi ali vaša družina?
	… SE ODLOČITE, ali bi se morali cepiti proti gripi?

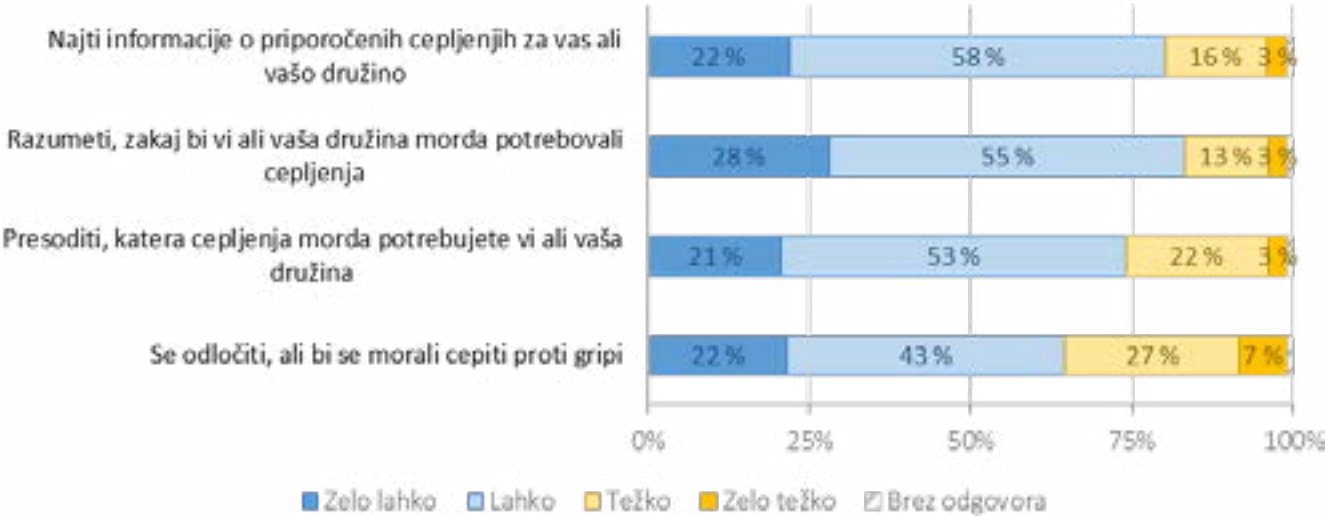
Dosežek pri zdravstveni pismenosti na področju cepljenja je bil za posameznega anketiranca izračunan po enaki metodologiji kot dosežek za splošno zdravstveno pismenost, torej kot povprečje ocen težavnosti štirih opravil, pretvorjen na interval od 0 (najnižja stopnja zdravstvene pismenosti) do 100 (najvišja stopnja). Dosežek je bil izračunan samo za anketirance, ki so odgovorili na vse štiri postavke. Takšnih je bilo 3266 od 3360 anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi.

Za analizo podatkov smo uporabili univariatne in bivariatne statistike, pri čemer smo se osredotočili na prikaz porazdelitev obravnavanih spremenljivk in dosežkov ter njihovo primerjavo med ključnimi socialno-ekonomskimi skupinami anketirancev. Izračuni so izvedeni na podatkih, uteženih glede na spol, starost, regijo bivanja in izobrazbo. Pri izračunih deležev po štirih postavkah so upoštevani vsi sodelujoči v raziskavi (n = 3360), pri bivariatnih analizah ter analizah dosežkov pa se število anketirancev lahko razlikuje zaradi morebitnih neodgovorjenih vprašanj.

REZULTATI

V delu Nacionalne raziskave o zdravstveni pismenosti, ki je proučevala zdravstveno pismenost na področju cepljenja, je sodelovalo 3360 oseb. Na Sliki 2.10 so prikazane njihove ocene zmožnosti dostopanja, razumevanja in presoje informacij o cepljenju ter odločanja glede cepljenja proti gripi (uporabe zdravstvenih informacij). Gre za štiri postavke, s katerimi smo merili zdravstveno pismenost na področju cepljenja. Anketiranci so v splošnem poročali, da imajo najmanj težav z razumevanjem informacij zakaj bi sami ali njihova družina potrebovali cepljenje (28 % jih zelo lahko razume, 55 % pa lahko). Največ težav so anketiranci poročali v zvezi z odločanjem glede cepljenja proti gripi (za 27 % je to težka, za 7 % pa zelo težka odločitev).

Slika 2.10: Ocena zmožnosti dostopanja, razumevanja in presoje informacij o cepljenju ter odločanja glede cepljenja proti gripi, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3360)



Posamezne štiri postavke zdravstvene pismenosti na področju cepljenja smo v nadaljevanju analizirali bolj podrobno po posameznih sociodemografskih značilnostih znotraj podskupin anketirancev, ki so pri posamezni postavki svoje zmožnosti ocenili kot težke oziroma zelo težke. Rezultati so prikazani na Slikah 2.11–2.14.

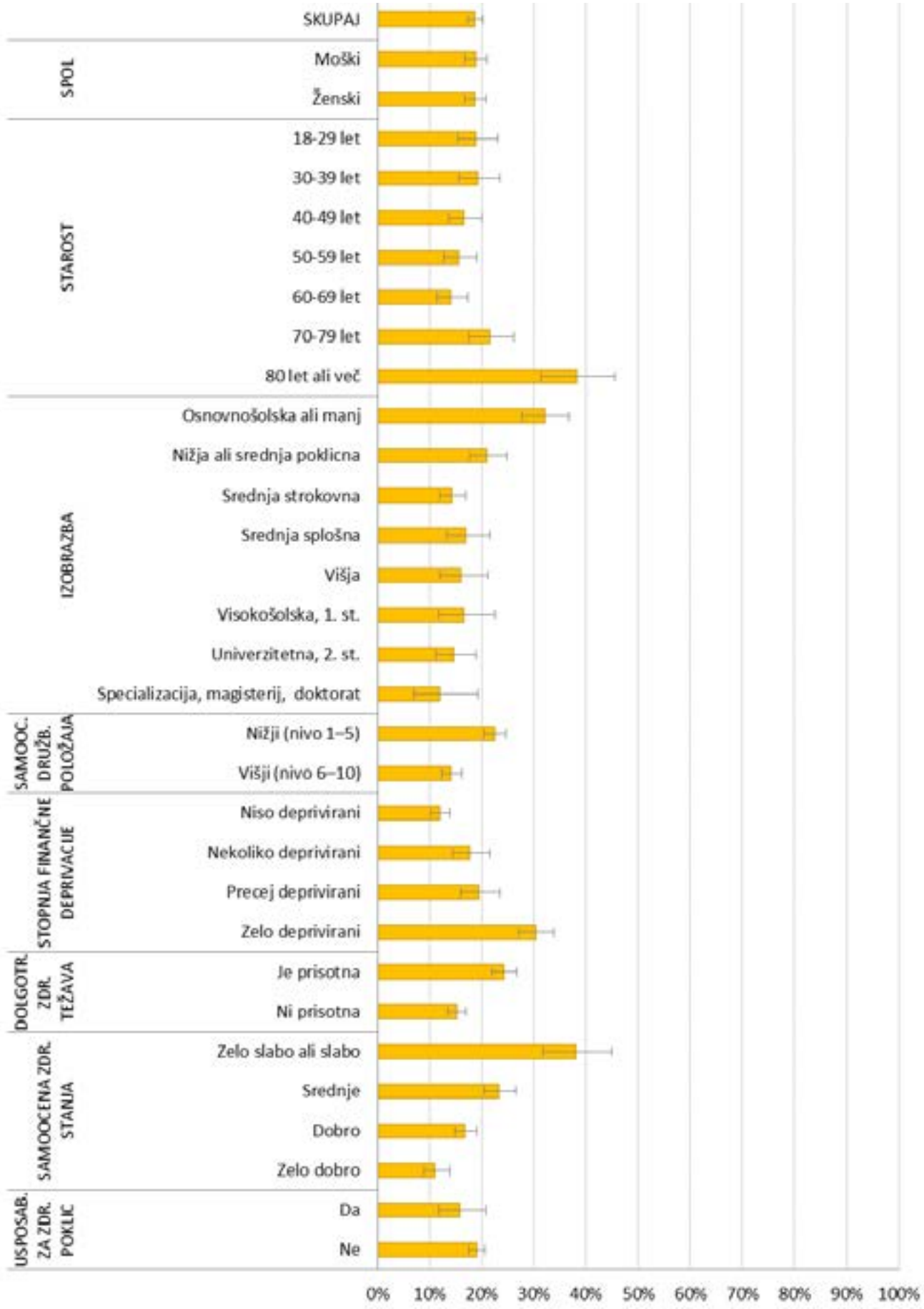
Skupno je skoraj petina anketirancev (19 %; 95 % IZ: 17–20 %) poročalo, da težko oziroma zelo težko najdejo informacije o priporočenih cepljenjih za njih same ali njihovo družino (Slika 2.11). Razlike v deležih po večini sociodemografskih značilnostih so bile relativno majhne, izstopajo pa posamezne skupine, kot so osebe, stare 80 let in več, osebe z osnovnošolsko izobrazbo ali manj in osebe, ki ocenjujejo svoje zdravstveno stanje kot slabo ali zelo slabo, kjer jih je kar tretjina ali več (38 %, 95 % IZ: 31–46 %; 32 %, 95 % IZ: 28–37 %; 38 %, 95 % IZ: 32–45 %) poročala, da težko oziroma zelo težko najdejo informacije o cepljenju. Poleg tega se je nakazoval oziroma je bil prisoten trend zniževanja deleža anketirancev, ki težko oziroma zelo težko najdejo informacije o cepljenju z naraščanjem stopnje izobrazbe, zniževanjem finančne deprivacije in zviševanjem ocene zdravstvenega stanja. Med moškimi in ženskami ter glede na usposabljanje za zdravstveni poklic ali ne, pa se delež anketirancev, ki težko najdejo informacije o cepljenju ni izraziteje razlikoval.

Slaba petina anketirancev je poročala (16 %, 95 % IZ: 15–17 %), da težko oziroma zelo težko razumejo informacije, zakaj bi oni sami ali njihova družina morda potrebovali cepljenje (Slika 2.12). Ponovno so bile razlike v deležih po posameznih sociodemografskih značilnostih majhne, izstopala je skupina oseb, ki ocenjujejo svoje zdravstveno stanje kot slabo ali zelo slabo, kjer jih je okoli tretjina (32 %, 95 % IZ: 26–39 %) poročala, da težko oziroma zelo težko razumejo informacije o cepljenju. Podobno kot pri postavki o iskanju informacij o cepljenju je bil prisoten trend zniževanja deleža anketirancev, ki težko oziroma zelo težko razumejo informacije o cepljenju z naraščanjem stopnje izobrazbe, zniževanjem finančne deprivacije in zviševanjem ocene zdravstvenega stanja. Med moškimi in ženskami, različnimi starostnimi skupinami (razen skupine starih 80 let ali več) ter glede na usposabljanje za zdravstveni poklic ali ne, pa se delež anketirancev, ki težko razumejo informacije o cepljenju ni izraziteje razlikoval.

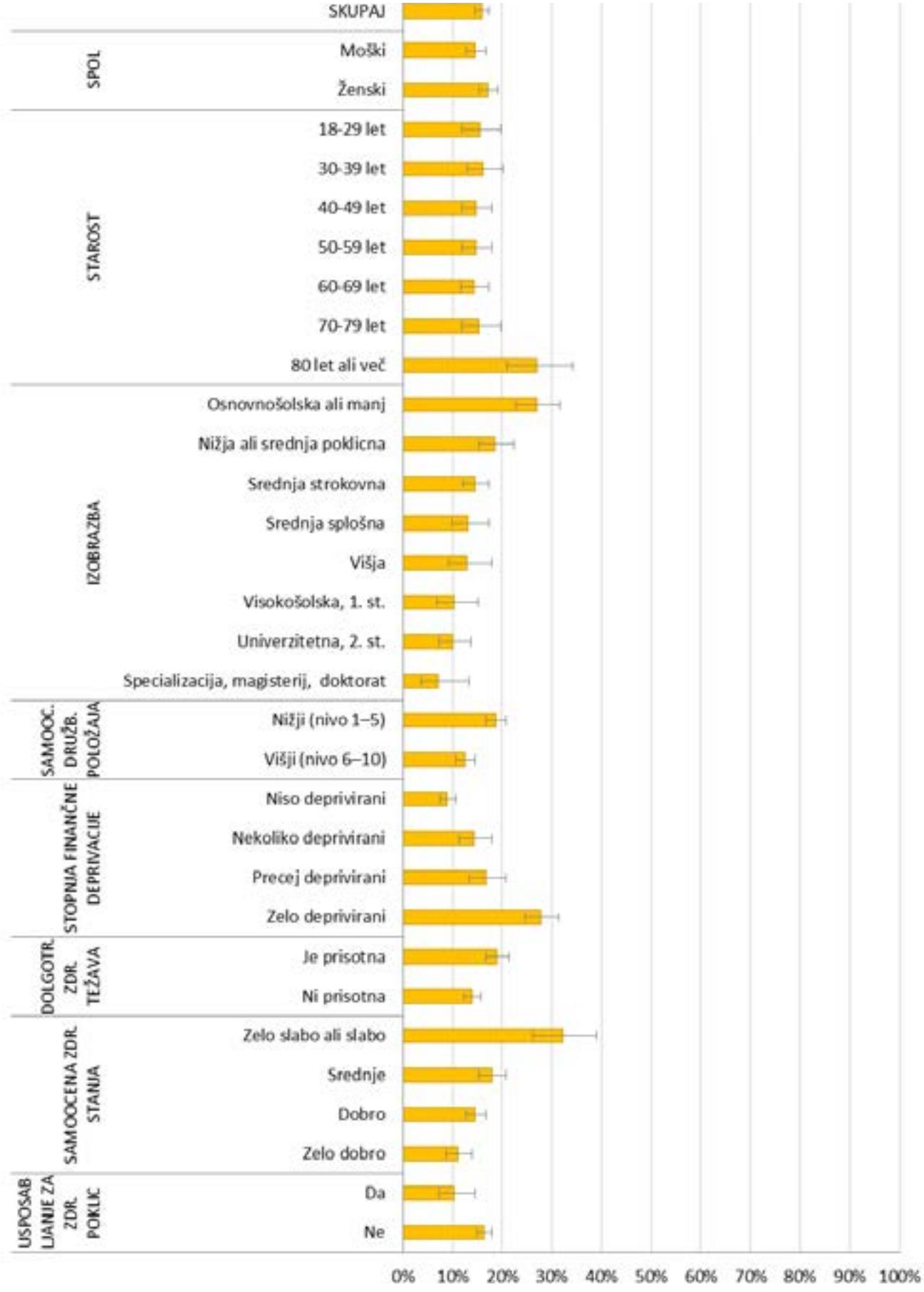
Skupno je četrtina anketirancev (95 % IZ: 23–26 %) poročala, da težko oziroma zelo težko presojajo katera cepljenja potrebujejo sami ali njihova družina (Slika 2.13). Prisoten je bil trend zniževanja deleža anketirancev, ki težko oziroma zelo težko presojajo informacije o cepljenju z zniževanjem finančne deprivacije in zviševanjem ocene zdravstvenega stanja. Ta delež je bil nižji med anketiranci, ki se izobražujejo za zdravstveni poklic (14 %, 95 %: 10–19 %) v primerjavi z osebami, ki se ne (26 %, 95 %: 24–28 %). Med moškimi in ženskami, različnimi starostnimi skupinami, različno izobraženimi ter med osebami s prisotno dolgotrajno zdravstveno težavo ali ne pa se delež anketirancev, ki težko presojajo informacije o cepljenju, ni izraziteje razlikoval.

Glede tega, ali bi se morali cepiti proti gripi, je nekaj več kot tretjina anketirancev (34 %, 95 %: 33–36 %) poročala, da se težko ali zelo težko odločijo. Prisoten je bil trend zniževanja deleža anketirancev, ki se težko oziroma zelo težko odločijo o tem, ali bi se morali cepiti proti gripi, z zniževanjem finančne deprivacije in zviševanjem ocene zdravstvenega stanja. Ta delež je bil nižji med anketiranci, ki se izobražujejo za zdravstveni poklic (23 %, 95 %: 18–28 %) v primerjavi z osebami, ki se ne (35 %, 95 %: 34–37 %) in med osebami, ki so podali višjo oceno svojega družbenega položaja (30 %, 95 %: 27–32 %) v primerjavi z osebami, ki ga ocenjujejo nižje (38 %, 95 %: 36–40 %). Med moškimi in ženskami, različnimi starostnimi skupinami, različno izobraženimi ter med osebami s prisotno dolgotrajno zdravstveno težavo ali ne pa se delež anketirancev, ki težko presojajo informacije o cepljenju, ni izraziteje razlikoval.

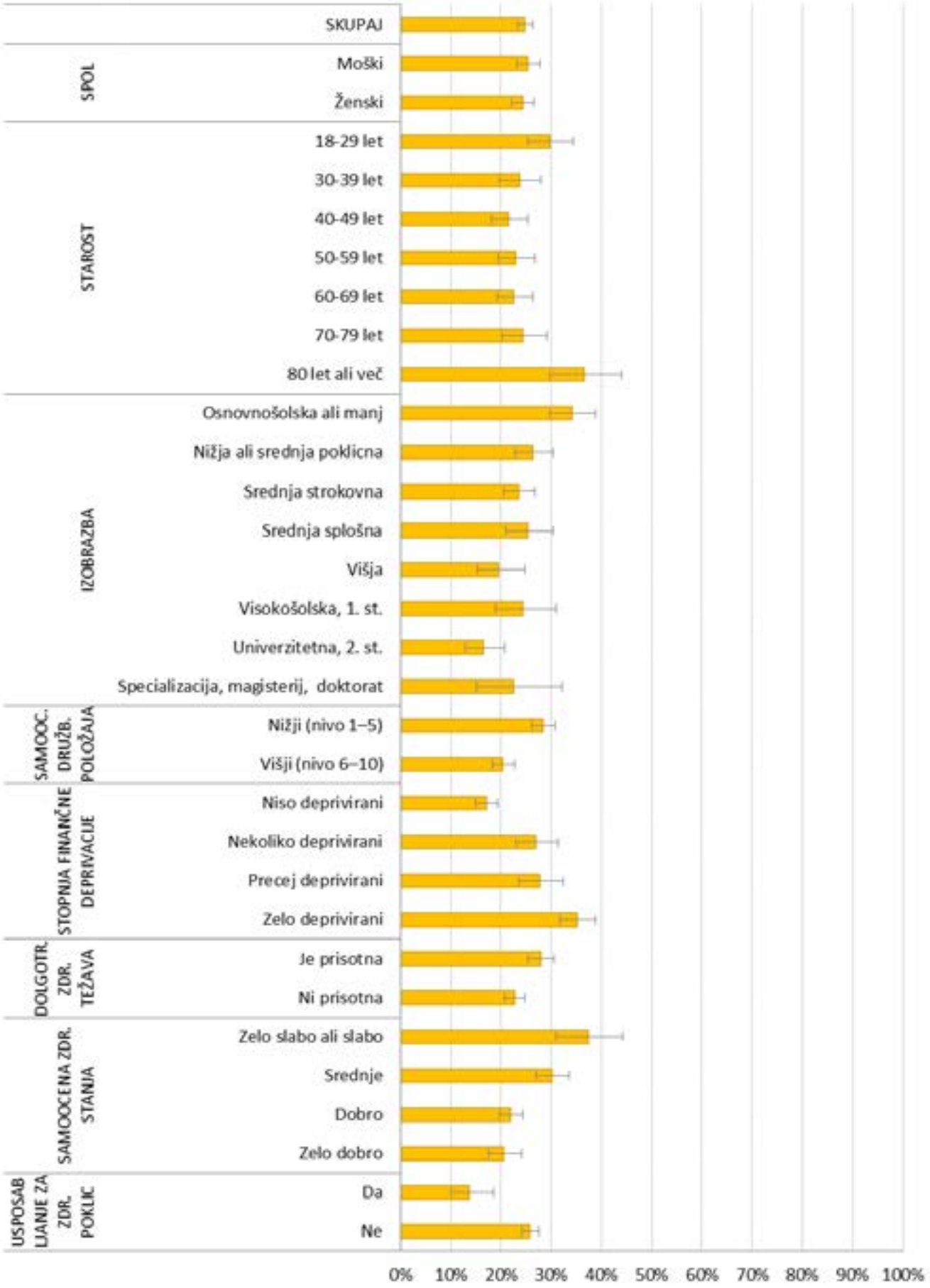
Slika 2.11: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da težko oziroma zelo težko najdejo informacije o priporočenih cepljenjih, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360)



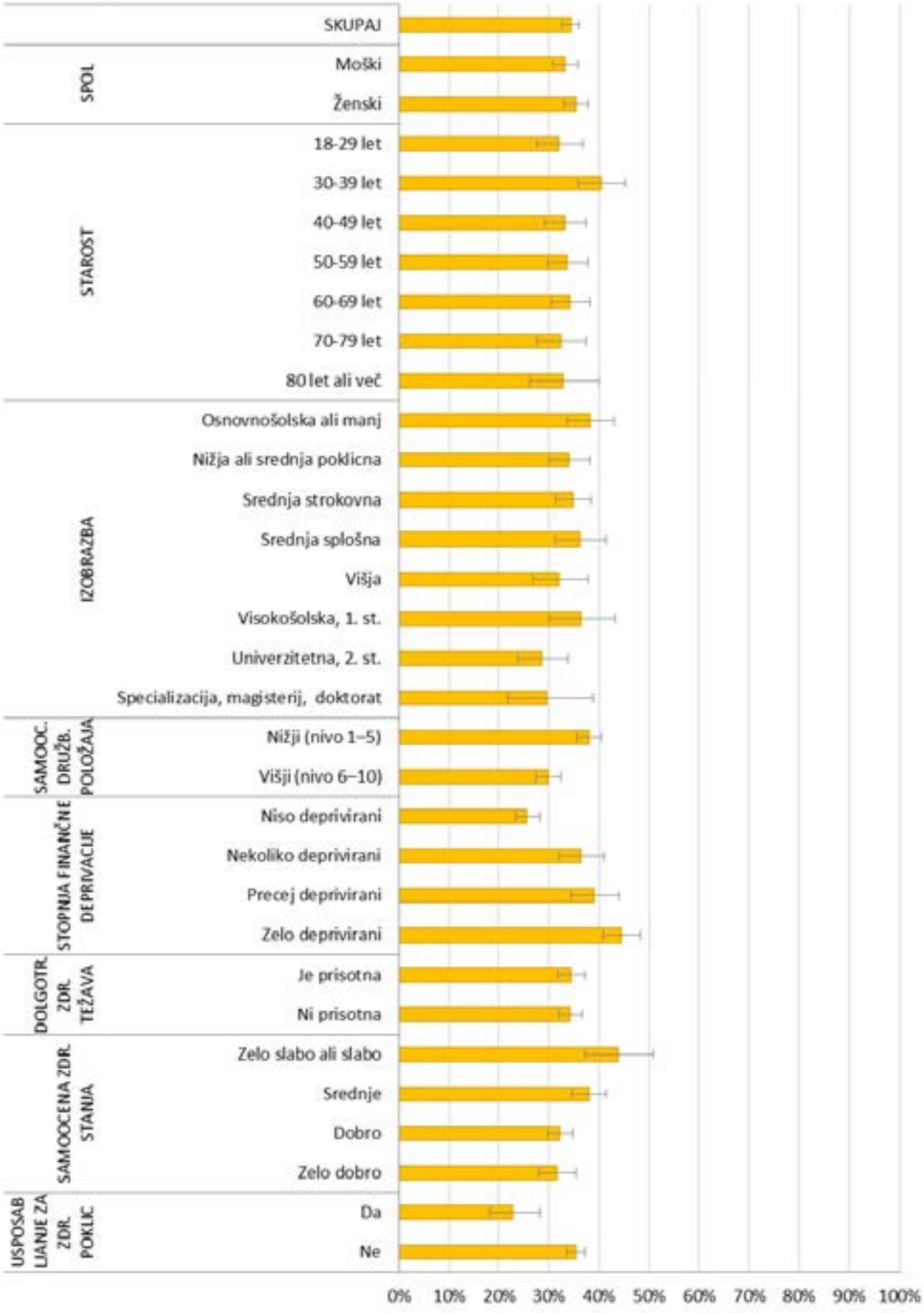
Slika 2.12: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da težko oziroma zelo težko razumejo informacije o priporočenih cepljenjih, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360)



Slika 2.13: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da težko oziroma zelo težko presodijo informacije o priporočenih cepljenjih, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360)



Slika 2.14: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da se težko oziroma zelo težko odločijo, ali bi se morali cepiti proti gripi, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360)

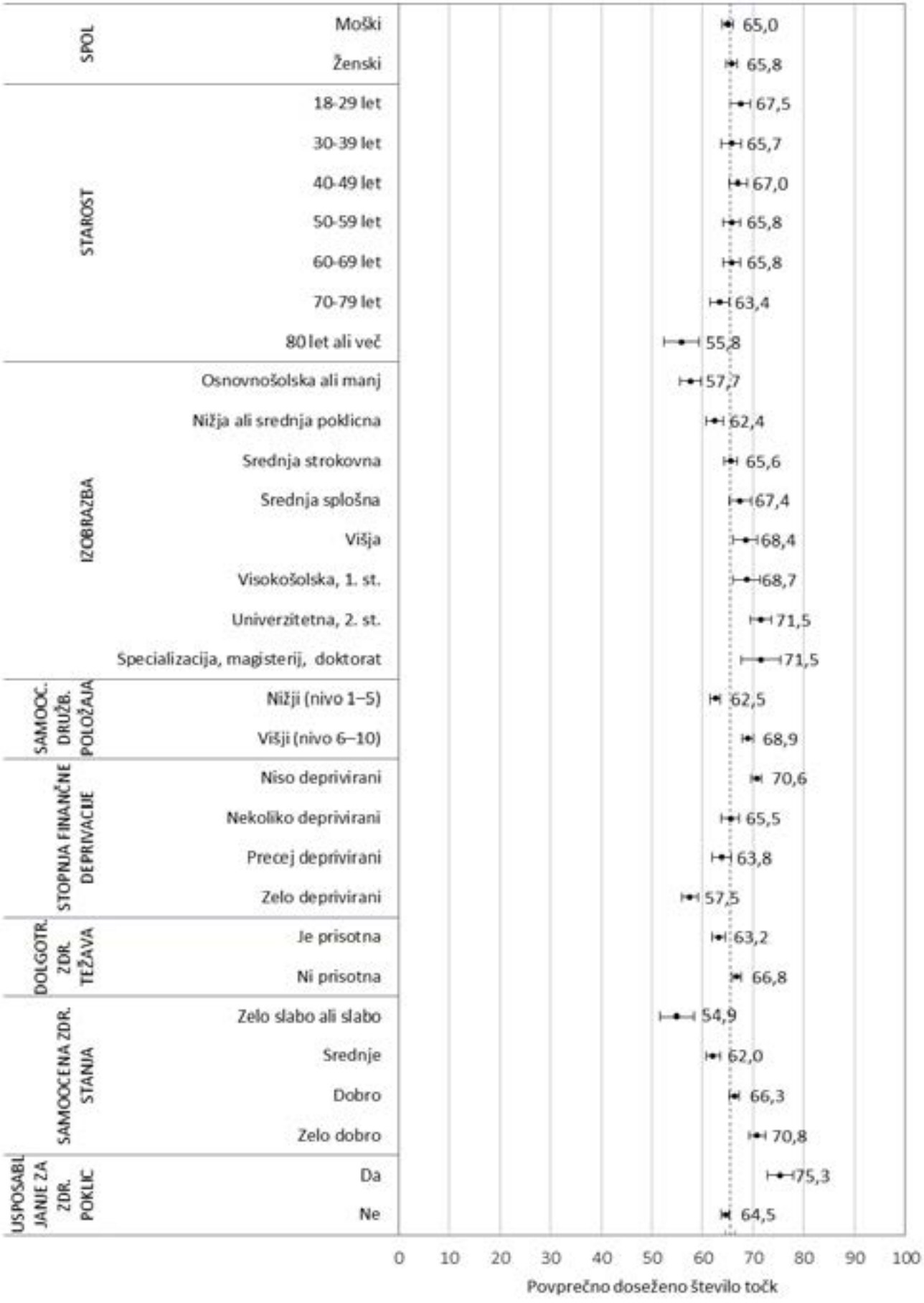


Zdravstveno pismenost na področju cepljenja smo ocenili tudi kot združen kazalnik, ki vsebuje vse štiri prikazane postavke zmožnosti dostopanja, razumevanja in presoje informacij o cepljenju ter odločanja glede cepljenja proti gripi (uporabe zdravstvenih informacij). Slika 2.15 prikazuje Povprečno doseženo število točk zdravstvene pismenosti na področju cepljenja (s 95-odstotnim intervalom zaupanja) glede na sociodemografske značilnosti.

Povprečno doseženo število točk glede zdravstvene pismenosti na področju cepljenja je med vsemi anketiranci znašalo 65,4 točke (95 %: 64,6–66,1) od možnih 100 točk. Moški in ženske se niso razlikovali v številu doseženih točk. Prav tako ni bilo izrazitih razlik med posameznimi starostnimi skupinami, izstopa le starostna skupina oseb, starih 80 let in več, z izrazito podpovprečnim doseženim številom točk (55,8, 95 %: 52,4–59,2). Prisoten je bil trend zviševanja povprečnega doseženega števila točk glede zdravstvene pismenosti z zviševanjem stopnje dosežene izobrazbe, zniževanjem finančne deprivacije in zviševanjem ocene zdravstvenega stanja.

Povprečno doseženo število točk je bilo pričakovano višje med anketiranci, ki so se oziroma se izobražujejo za zdravstveni poklic (75,3, 95 %: 72,7–77,8), v primerjavi z ostalimi (64,5, 95 %: 63,7–65,2). Poleg tega je bilo višje tudi med osebami, ki so podali višjo oceno svojega družbenega položaja (68,9, 95 %: 67,8–69,9), v primerjavi z osebami, ki ga ocenjujejo nižje (62,5, 95 %: 61,5–63,5) in pa med osebami, ki nimajo dolgotrajne zdravstvene težave (66,8, 95 %: 65,9–67,7), v primerjavi s tistimi, ki jo imajo (63,2, 95 %: 61,9–64,4).

Slika 2.15: Povprečno doseženo število točk zdravstvene pismenosti na področju cepljenja (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3163–3266)



RAZPRAVA

V prispevku so predstavljeni izsledki Nacionalne raziskave o zdravstveni pismenosti, in sicer dela raziskave, kjer smo proučevali zdravstveno pismenost na področju cepljenja. Gre za sestavljen kazalnik, s katerim smo merili zmožnost dostopanja, razumevanja in presoje informacij o cepljenju ter uporabe zdravstvenih informacij za vsakodnevne odločitve, povezane z zdravstveno oskrbo, preprečevanjem bolezni in promocijo zdravja (konkretno na primeru zmožnosti odločanja glede cepljenja proti gripi). Potrebno je izpostaviti, da gre sploh za prvo takšno raziskavo o zdravstveni pismenosti na področju cepljenja do sedaj izvedeno v Sloveniji.

Slovenska raziskava o zdravstveni pismenosti na področju cepljenja je bila izvedena v okviru akcijske mreže za merjenje populacijske in organizacijske zdravstvene pismenosti Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo, začenši z raziskavo o zdravstveni pismenosti 2019–2021, izvedeni v 17 državah evropske regije SZO. Ta ni raziskovala samo splošne zdravstvene pismenosti, ampak tudi specifične, kot so navigacijska, komunikacijska z zdravstvenimi delavci, digitalna in zdravstvena pismenost na področju cepljenja, z uporabo na novo razvitih in validiranih instrumentov (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). Rezultati naše raziskave so skladni s skupnimi ugotovitvami, kjer se je pokazalo, da so bile za anketirance najtežje naloge zdravstvene pismenosti na področju cepljenja, presoja, katera cepljenja so potrebna in iskanje informacij o priporočenih cepljenjih. Identificirane so bile ranljive subpopulacije, pri katerih obstaja tveganje za nižjo splošno in specifične zdravstvene pismenosti. Slaba samopodoba o zdravju, finančna prikrajšanost in nižja raven v družbi so se pokazali kot kazalniki za nižjo splošno in specifične zdravstvene pismenosti, vključno s področjem cepljenja. Poleg tega pa se je pokazalo, da je imela zdravstvena pismenost na področju cepljenja pomemben potencialni pozitiven učinek na vedenje pri cepljenju, o katerem so poročali anketiranci, kar je odnos, ki je vsaj delno pogojen z zaupanjem v cepljenje, znanjem o tveganju in zaznavanjem tveganja. Pri vseh rezultatih so bile med državami precejšnje razlike, kar potrjuje, da je zdravstvena pismenost kontekstualni koncept in ga je treba meriti za vsako državo posebej.

Čeprav izračun skupnih dosežkov zdravstvene pismenosti na področju cepljenja temelji na oceni le štirih opravil, povezanih s cepljenjem, in je zato potrebno rezultate obravnavati s pridržkom, so to prvi izsledki v zvezi z zdravstveno pismenostjo na področju cepljenja za našo državo z nekaj ključnimi informacijami. Moški in ženske se niso razlikovali v številu doseženih točk. Prav tako ni bilo izrazitih razlik med posameznimi starostnimi skupinami, izstopa le starostna skupina oseb, starih 80 let in več, z izrazito podpovprečnim doseženim številom točk glede zdravstvene pismenosti na področju cepljenja. V nekaterih tujih študijah pa so preučevali tudi razmerje med zdravstveno pismenostjo in odločanjem za cepljenje pri starejših, ki pa niso dale vedno čisto enoznačnih zaključkov. White in sodelavci (White in drugi, 2008) so poročali, da se je korelacija med zdravstveno pismenostjo in cepljenjem proti gripi spremenila iz negativne v pozitivno, ko se je starost anketirancev povečevala, na splošno pa niso našli povezave med zdravstveno pismenostjo in cepljenjem proti pnevmokoknim okužbam pri odraslih, starih 65 let in več. V nasprotju s temi ugotovitvami, so Bennett in sodelavci (Bennett in drugi, 2009) potrdili pozitivno povezavo med zdravstveno pismenostjo in pripravljenostjo na cepljenje proti gripi. Obe navedeni raziskavi sta bili izvedeni v ZDA. V Evropi pa sta bili izvedeni dve raziskavi (Avstrija, Francija), kjer so pri starejših preučevali povezavo med zdravstveno pismenostjo in odločanjem za cepljenje proti covidu-19 (Griebler in drugi, 2021; Montagni in drugi, 2021c). Obe sta pokazali, da je bila višja oziroma boljša zdravstvena pismenost povezana z večjo pripravljenostjo za cepljenje proti covidu-19.

Podobno kot na področju splošne zdravstvene pismenosti pa je bil v naši raziskavi razviden porast doseženega števila točk na področju cepljenja z višanjem izobrazbe. Ta tako imenovani »izobrazbeni gradient« smo zaznali le v Sloveniji, ne pa tudi v drugih evropskih državah, ki so sodelovale v raziskavi o zdravstveni pismenosti 2019–2021 v državah evropske regije SZO (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). So pa razlike v srednjih ocenah med tremi opredeljenimi doseženimi stopnjami izobrazbe (nizka, srednja in visoka) opazili v šestih od 11 držav, ki so sodelovale v tem delu raziskave. Na Madžarskem in na Poljskem je, podobno kot v Sloveniji, skupina z nizko izobrazbo imela najnižje ocenjeno zdravstveno pismenost na področju cepljenja. V Belgiji, na Danskem in Norveškem se je samo skupina z »visoko« doseženo stopnjo izobrazbe bistveno razlikovala od drugih dveh skupin.

V naši raziskavi se je tudi pokazalo, da posamezniki, ki ocenjujejo, da imajo nižji družben položaj, so finančno deprivirani ali svoje zdravje ocenjujejo slabo ali zelo slabo, izkazujejo nižje število točk pri zdravstveni pismenosti na področju cepljenja, kar se kaže tudi med osebami s prisotno dolgotrajno zdravstveno težavo. Podobno je pokazala tudi populacijska raziskava zdravstvene pismenosti, izvedena na Norveškem, kjer so ugotovili, da je manj verjetno, da bodo ljudje, ki imajo nizek ekonomski status dostopali do informacij o cepivih ali razumeli, katera cepiva potrebujejo in zakaj (Le in drugi, 2021). Glede nižje zdravstvene pismenosti pri osebah s prisotno dolgotrajno zdravstveno težavo so izsledki naše raziskave skladni z izsledki Zhanga in sodelavcev (F. Zhang in drugi, 2020), ki so opazili pomembno povezavo med zdravstveno pismenostjo na splošno in zdravstveno pismenostjo na področju cepljenja. Ugotovili so negativno povezavo za zdravstveno pismenost na področju cepljenja in starostjo, poleg tega pa tudi negativno povezavo med zdravstveno pismenostjo ter številom kroničnih zdravstvenih težav in bolezni (več zdravstvenih težav/bolezni, nižja zdravstvena pismenost).

Pri interpretaciji ugotovitev naše raziskave velja upoštevati, da je bila raziskava izvedena takoj po prvem valu epidemije covida-19 in še pred razpoložljivostjo cepljenja proti tej bolezni. Glede na spreminjajoče se javno mnenje, ki ga je pokazala tudi raziskava SI-PANDA (Hočevar Grom in drugi, 2021), bi lahko bili rezultati ob kasnejši izvedbi nekoliko drugačni. Ob tem pa lahko pričakujemo, da zbrani podatki izražajo bolj splošno mnenje prebivalstva o cepljenju, ki je manj pod vplivom specifičnih stališč o cepljenju proti covidu-19.

Z našo raziskavo smo želeli proučiti zdravstveno pismenost na področju cepljenja v Sloveniji. Poleg tega so bile v nekaj drugih državah na tem področju izvedene raziskave z enako metodologijo, zato so ti rezultati primerljivi tudi mednarodno. V naši raziskavi smo ugotovili, da je zdravstvena pismenost na področju cepljenja nižja med starejšimi, manj izobraženimi in med posamezniki, ki ocenjujejo, da imajo nižji družben položaj, so finančno deprivirani ali svoje zdravje ocenjujejo slabo ali zelo slabo ali imajo prisotno dolgotrajno zdravstveno težavo. Naši izsledki so uporabni za informiranje zdravstvene politike na področju cepljenja, ki bi morala vključevati naložbe v longitudinalne študije, redno merjenje in spremljanje zdravstvene pismenosti na področju cepljenja ter sistematično izvajati intervencije za njeno izboljšanje. Intervencije bi morale biti posebej usmerjene na skupine z nizko zdravstveno pismenostjo in bi morale vključevati vse štiri vidike obdelave informacij (dostopanje, razumevanje, ocenjevanje in uporaba informacij) v okviru področja zdravstvene oskrbe, preprečevanja bolezni in promocije zdravja, s poudarkom na presojanju informacij o cepljenju z izboljšanjem zanesljivosti informacij in komunikacije o cepljenju.

LITERATURA

Achrekar, G. C., Batra, K., Urankar, Y., Batra, R., Iqbal, N., Choudhury, S. A., Hooda, D., Khan, R., Arora, S., Singh, A., Chirico, F., & Sharma, M. (2022). Assessing COVID-19 Booster Hesitancy and Its Correlates: An Early Evidence from India. *Vaccines*, *10*(7). https://doi.org/10.3390/VACCINES10071048

Albright, A. E., & Allen, R. S. (2018). HPV Misconceptions Among College Students: The Role of Health Literacy. *Journal of Community Health*, *43*(6), 1192–200. https://doi.org/10.1007/S10900-018-0539-4

Amit Aharon, A., Nehama, H., Rishpon, S., & Baron-Epel, O. (2017). Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. *Patient Education and Counseling*, *100*(4), 768–75. https://doi.org/10.1016/J.PEC.2016.11.016

Andre, F. E., Booy, R., Bock, H. L., Clemens, J., Datta, S. K., John, T. J., Lee, B. W., Lolekha, S., Peltola, H., Ruff, T. A., Santosham, M., & Schmitt, H. J. (2008). Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*(2), 140–6. https://doi.org/10.2471/BLT.07.040089

Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S., & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine*, *7*(3), 204–11. https://doi.org/10.1370/AFM.940

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, *155*(2), 97–107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLOS ONE*, *13*(12), e0208601. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0208601

Biasio, L. R., Zanobini, P., Lorini, C., & Bonaccorsi, G. (2024). Perspectives in the Development of Tools to Assess Vaccine Literacy. *Vaccines*, *12*(4). https://doi.org/10.3390/VACCINES12040422

Biasio, L. R., Zanobini, P., Lorini, C., Monaci, P., Fanfani, A., Gallinoro, V., Cerini, G., Albora, G., Del Riccio, M., Pecorelli, S., & Bonaccorsi, G. (2023). COVID-19 vaccine literacy: A scoping review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *19*(1). https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2176083

Cadeddu, C., Regazzi, L., Bonaccorsi, G., Rosano, A., Unim, B., Griebler, R., Link, T., De Castro, P., D'elia, R., Mastrilli, V., & Palmieri, L. (2022). The Determinants of Vaccine Literacy in the Italian Population: Results from the Health Literacy Survey 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(8). https://doi.org/10.3390/IJERPH19084429

Castro-Sánchez, E., Vila-Candel, R., Soriano-Vidal, F. J., Navarro-Illana, E., & Díez-Domingo, J. (2018). Influence of health literacy on acceptance of influenza and pertussis vaccinations: a cross-sectional study among Spanish pregnant women. *BMJ Open*, *8*(7), e022132. https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-022132

Collini, F., Bonaccorsi, G., Del Riccio, M., Bruschi, M., Forni, S., Galletti, G., Gemmi, F., Ierardi, F., & Lorini, C. (2023). Does Vaccine Confidence Mediate the Relationship between Vaccine Literacy and Influenza Vaccination? Exploring Determinants of Vaccination among Staff Members of Nursing Homes in Tuscany, Italy, during the COVID-19 Pandemic. *Vaccines*, *11*(8). https://doi.org/10.3390/VACCINES11081375

de Figueiredo, A., Simas, C., Karafillakis, E., Paterson, P., & Larson, H. J. (2020). Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. *Lancet (London, England)*, *396*(10255), 898–908. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. (2013). *Vaccine hesitancy*. Http://Dx.Doi.Org/10.4161/Hv.24657, *9*(8), 1763–73. https://doi.org/10.4161/HV.24657

Fenta, E. T., Tiruneh, M. G., Delie, A. M., Kidie, A. A., Ayal, B. G., Limenh, L. W., Astatkie, B. G., Workie, N. K., yigzaw, Z. A., Bogale, E. ketema, & Anagaw, T. F. (2023). Health literacy and COVID-19 vaccine acceptance worldwide: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, *11*. https://doi.org/10.1177/20503121231197869/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_20503121231197869-FIG1.JPEG

Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A. P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., & Böhm, R. (2021). *Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness*. Https://Doi.Org/10.1027/1015-5759/A000663, *38*(4), 261–9. https://doi.org/10.1027/1015-5759/A000663

Goldenberg, M. J. (2021). Vaccine Hesitancy. *Vaccine Hesitancy*. https://doi.org/10.2307/J.CTV1GHV4S4

Griebler, R., Straßmayr, C., Dietscher, C., Flaschberger, E., & Nowak, P. (2021). Bereitschaft zur Corona-Schutzimpfung und Gesundheitskompetenz. *ÖPGK-Factsheet*. Version 02/2021. https://oepgk.at/corona-schutzimpfung-und-gesundheitskompetenz/

Heiss, R., Gell, S., Röthlingshöfer, E., & Zoller, C. (2021). How threat perceptions relate to learning and conspiracy beliefs about COVID-19: evidence from a panel study. *Personality and Individual Differences*, 175, 110672. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110672

Hickey, K. T., Masterson Creber, R. M., Reading, M., Sciacca, R. R., Riga, T. C., Frulla, A. P., & Casida, J. M. (2018). Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *The Nurse Practitioner*, *43*(8), 49–55. https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000541468.54290.49

Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Korošec, A., Gabrijelčič Blenkuš, M., Kofol Bric, T., Vinko, M., Jeriček Klanšček, H., Carli, T., Klepac, P., Vrdelja, M., Žagar, J., Prijon, T., & Zaletel, M. (2021). *Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2020/2021*, panelna raziskava, 5. izvedba. https://www.nijz.si/sl/raziskava-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda-20202021

Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: the solid facts*. https://who-sandbox.squiz.cloud/en/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts

Lamot, M., & Kirbiš, A. (2024). Understanding Vaccine Hesitancy: A Comparison of Sociodemographic and Socioeconomic Predictors with Health Literacy Dimensions. *Vaccines*, *12*(10), 1141. https://doi.org/10.3390/VACCINES12101141

Larson, H. J., de Figueiredo, A., Xiahong, Z., Schulz, W. S., Verger, P., Johnston, I. G., Cook, A. R., & Jones, N. S. (2016). The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*, *12*, 295–301. https://doi.org/10.1016/J.EBIOM.2016.08.042

Larson, H. J., Jarrett, C., Schulz, W. S., Chaudhuri, M., Zhou, Y., Dube, E., Schuster, M., MacDonald, N. E., Wilson, R., Eskola, J., Liang, X., Gellin, B., Goldstein, S., Larson, H., Manzo, M. L., Reingold, A., Tshering, K., Duclos, P., Guirguis, S., & Hickler, B. (2015a). Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*, *33*(34), 4165–75. https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2015.04.037

Larson, H. J., Jarrett, C., Schulz, W. S., Chaudhuri, M., Zhou, Y., Dube, E., Schuster, M., MacDonald, N. E., Wilson, R., Eskola, J., Liang, X., Gellin, B., Goldstein, S., Larson, H., Manzo, M. L., Reingold, A., Tshering, K., Duclos, P., Guirguis, S., & Hickler, B. (2015b). Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*, *33*(34), 4165–75. https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2015.04.037

Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). Health Literacy in Five Immigrant Populations in Norway: Pakistan, Poland, Somalia, Turkey, and Vietnam. English summary. In Helsekompetansen i fem innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. *Befolkningens helsekompetanse*, del II. 8. https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/2787541

Levine, O. S., Bloom, D. E., Cherian, T., De Quadros, C., Sow, S., Wecker, J., Duclos, P., & Greenwood, B. (2011). The future of immunisation policy, implementation, and financing. *Lancet (London, England)*, *378*(9789), 439–48. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60406-6

Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., Bonanni, P., & Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, *14*(2), 478–88. https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423

MacDonald, N. E., Eskola, J., Liang, X., Chaudhuri, M., Dube, E., Gellin, B., Goldstein, S., Larson, H., Manzo, M. L., Reingold, A., Tshering, K., Zhou, Y., Duclos, P., Guirguis, S., Hickler, B., & Schuster, M. (2015a). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine, 33*(34), 4161–4. https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2015.04.036

MacDonald, N. E., Eskola, J., Liang, X., Chaudhuri, M., Dube, E., Gellin, B., Goldstein, S., Larson, H., Manzo, M. L., Reingold, A., Tshering, K., Zhou, Y., Duclos, P., Guirguis, S., Hickler, B., & Schuster, M. (2015b). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine, 33*(34), 4161–4. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036

Montagni, I., Ouazzani-Touhami, K., Mebarki, A., Texier, N., Schück, S., & Tzourio, C. (2021a). Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *Journal of Public Health (Oxford, England), 43*(4), 695–702. https://doi.org/10.1093/PUBMED/FDAB028

Montagni, I., Ouazzani-Touhami, K., Mebarki, A., Texier, N., Schück, S., & Tzourio, C. (2021b). Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *Journal of Public Health, 43*(4), 695–702. https://doi.org/10.1093/PUBMED/FDAB028

Montagni, I., Ouazzani-Touhami, K., Mebarki, A., Texier, N., Schück, S., & Tzourio, C. (2021c). Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *Journal of Public Health (Oxford, England), 43*(4), 695–702. https://doi.org/10.1093/PUBMED/FDAB028

Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication, 15*(SUPPL. 2), 20–33. https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094

Ratzan, S. C. (2011). Vaccine literacy: a new shot for advancing health. *Journal of Health Communication, 16*(3), 227–9. https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561726

Rowlands, G. (2014). Health literacy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics, 10*(7), 2130–5. https://doi.org/10.4161/HV.29603

Rowlands, G., Russell, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J., & Nutbeam, D. (2018). What is the Evidence on Existing Policies and Linked Activities and their Effectiveness for Improving Health Literacy at National, Regional and Organizational Levels in the WHO European Region? *What Is the Evidence on Existing Policies and Linked Activities and Their Effectiveness for Improving Health Literacy at National, Regional and Organizational Levels in the WHO European Region?* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525689/

Shu, K., Sliva, A., Wang, S., Tang, J., & Liu, H. (2017). Fake news detection on social media: a data mining perspective. *ACM SIGKDD Explorations Newsletter, 19*(1), 22–36. https://doi.org/10.1145/3137597.3137600

Siena, L. M., Isonne, C., Sciurti, A., De Blasiis, M. R., Migliara, G., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Baccolini, V. (2022). The Association of Health Literacy with Intention to Vaccinate and Vaccination Status: A Systematic Review. *Vaccines, 10*(11). https://doi.org/10.3390/VACCINES10111832

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80/TABLES/4

Tagliabue, F., Galassi, L., & Mariani, P. (2020). The "Pandemic" of Disinformation in COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine, 2*(9), 1287–9. https://doi.org/10.1007/s42399-020-00439-1

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). (PDF) *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27894.06721

Thomson, A., Robinson, K., & Vallée-Tourangeau, G. (2016). The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine, 34*(8), 1018–24. https://doi.org/10.1016/J.VACCINE.2015.11.065

Turhan, Z., Dilcen, H. Y., & Dolu, İ. (2022). The mediating role of health literacy on the relationship between health care system distrust and vaccine hesitancy during COVID-19 pandemic. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.), 41*(11), 8147–56. https://doi.org/10.1007/S12144-021-02105-8

Veldwijk, J., Van Der Heide, I., Rademakers, J., Schuit, A. J., De Wit, G. A., Uiters, E., & Lambooij, M. S. (2015). Preferences for Vaccination: Does Health Literacy Make a Difference? *Medical Decision Making : An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, *35*(8), 948–58. https://doi.org/10.1177/0272989X15597225

Vosoughi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, *359*(6380), 1146–51. https://doi.org/10.1126/science.aap9559

Wang, L., Guo, M., Wang, Y., Chen, R., & Wei, X. (2024). The relationship between influenza vaccine hesitancy and vaccine literacy among youth and adults in China. *Frontiers in Immunology*, *15*. https://doi.org/10.3389/FIMMU.2024.1444393

Wang, X., Zhou, X., Leesa, L., & Mantwill, S. (2018). The Effect of Vaccine Literacy on Parental Trust and Intention to Vaccinate after a Major Vaccine Scandal. *Journal of Health Communication*, *23*(5), 413–21. https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1455771

White, S., Chen, J., & Atchison, R. (2008). Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *American Journal of Health Behavior*, *32*(3), 227–42. https://doi.org/10.5555/AJHB.2008.32.3.227

Wisk, L. E., Allchin, A., & Witt, W. P. (2014). Disparities in Human Papillomavirus Vaccine Awareness Among US Parents of Preadolescents and Adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, *41*(2), 117. https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000086

World Health Organization. (2022). Immunization agenda 2030. *Who*, 1–58. https://www.who.int/immunization/ia2030_Draft_One_English.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO). (2019). *Ten threats to global health in 2019*. https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019

Yadete, T., Batra, K., Netski, D. M., Antonio, S., Patros, M. J., & Bester, J. C. (2021). Assessing Acceptability of COVID-19 Vaccine Booster Dose among Adult Americans: A Cross-Sectional Study. *Vaccines*, *9*(12). https://doi.org/10.3390/VACCINES9121424

Zhang, E., Dai, Z., Wang, S., Wang, X., Zhang, X., & Fang, Q. (2023). Vaccine Literacy and Vaccination: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*, 68. https://doi.org/10.3389/IJPH.2023.1605606

Zhang, F., Or, P. P. L., & Chung, J. W. Y. (2020). The effects of health literacy in influenza vaccination competencies among community-dwelling older adults in Hong Kong. *BMC Geriatrics*, *20*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/S12877-020-1504-5/TABLES/4

Sklepne besede

Zaključne ugotovitve predstavljene raziskave potrjujejo, da zdravstvena pismenost v Sloveniji ostaja pomemben, a še vedno premalo sistematično naslovljen dejavnik zdravja posameznikov in populacije kot celote. Nacionalna raziskava zdravstvene pismenosti HLS-SI$_{19\text{-}21}$, izvedena leta 2020, je prvič ponudila celovit in metodološko utemeljen vpogled v stanje na tem področju in razkrila številne neenakosti, ki so tesno povezane s socialnimi, ekonomskimi in zdravstvenimi okoliščinami posameznikov. Na podlagi raziskave smo lahko identificirali najbolj ranljive skupine. Ugotovitve jasno kažejo, da zdravstvena pismenost ni enakomerno porazdeljena, temveč se izrazito razlikuje med posameznimi družbenimi skupinami, kar dodatno poglablja že obstoječe razlike v zdravju.

Rezultati raziskave kažejo, da se približno polovica odraslih prebivalcev Slovenije sooča z omejeno ravnjo splošne zdravstvene pismenosti. Ta vključuje sposobnosti pridobivanja, razumevanja, kritične presoje in uporabe zdravstvenih informacij. Ugotovitve kažejo, da imajo posamezniki najmanj težav pri sprejemanju odločitev v okviru zdravstvene obravnave, medtem ko največ izzivov predstavlja prav presoja zdravstvenih informacij. Nekoliko manj zahtevni, a še vedno problematični, sta tudi dostopanje do informacij ter njihovo razumevanje.

Posebej zaskrbljujoče je stanje na področju digitalne zdravstvene pismenosti, kjer ima velika večina odraslih prebivalcev Slovenije nezadostno ali problematično raven znanja in veščin. Največje vrzeli se kažejo pri razumevanju zdravstvenih informacij in kritični, smiselni rabi spletnih virov, kar je v času digitalizacije zdravstvenih storitev še posebej pomembno. Ob tem se jasno izrisujejo tudi socialne neenakosti: starejši, manj izobraženi in upokojenci ter posamezniki z oteženim dostopom do zdravstvenih storitev dosegajo najnižje ravni digitalne zdravstvene pismenosti, kar jih postavlja v še bolj ranljiv položaj.

Podobno kompleksno sliko razkrivajo rezultati na področju navigacijske zdravstvene pismenosti. Posamezniki se pogosto soočajo s težavami pri razumevanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja, iskanju informacij o kakovosti storitev ter sprejemanju odločitev o izbiri ustrezne zdravstvene obravnave. Dejstvo, da ima pomemben delež anketirancev težave že pri iskanju ustrezne osebe za dodatna pojasnila v zdravstveni ustanovi, kaže na sistemske izzive, ki presegajo zgolj individualne kompetence. Še posebej ranljive so skupine z dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami in slabšo samooceno zdravja, ki bi zaradi večjih potreb po zdravstveni obravnavi potrebovale višjo, ne pa nižjo raven tovrstne pismenosti.

Na področju zdravstvene pismenosti v zvezi s cepljenjem rezultati potrjujejo, da gre za pomemben dejavnik, ki lahko pozitivno vpliva na vedenje posameznikov. Vendar pa tudi tukaj opažamo izrazite razlike glede na starost, izobrazbo, socialno-ekonomski položaj in zdravstveno stanje. Največ izzivov predstavlja presoja potrebnosti posameznih cepljenj ter dostopanje do zanesljivih informacij o priporočenih cepljenjih. Ti izsledki dodatno poudarjajo pomen ciljno usmerjenih komunikacijskih pristopov in prilagojenih intervencij.

Skupaj ugotovitve monografije nedvoumno kažejo, da je izboljševanje zdravstvene pismenosti dolgoročen in večplasten proces, ki zahteva usklajeno delovanje različnih deležnikov – od zdravstvenega sistema, izobraževalnih institucij in oblikovalcev politik do širšega družbenega okolja. Poseben poudarek mora biti namenjen zmanjševanju neenakosti ter razvoju dostopnih, razumljivih in uporabniku prijaznih informacij in storitev. Le s celostnim pristopom bo mogoče okrepiti zmožnosti posameznikov za informirano odločanje ter prispevati k bolj pravičnemu in učinkovitemu zdravstvenemu sistemu.

3 DIGITALNA ZDRAVSTVENA PISMENOST ŠTUDENTOV V POVEZAVI S COVIDOM-19: PRIMERJAVA PRVEGA IN DRUGEGA VALA RAZISKAVE

doc. dr. Mitja Vrdelja[1], Vito Klopčič[1], dr. Nejc Berzelak[1]

[1]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- Anketirani študenti so največ težav na področju digitalne zdravstvene pismenosti v povezavi s covidom-19 izrazili pri ocenjevanju zanesljivosti informacij.
- Med izvedbama raziskave v novembru 2020 in januarju 2022 se je zmanjšal delež anketirancev, ki so kot težavno ocenjevali presojanje informacij, povečal pa delež tistih, ki so izrazili težavnost pridobivanja iskanih informacij.
- Ugotovljena je bila pozitivna povezava med digitalno zdravstveno pismenostjo in psihološkim blagostanjem.
- Anketiranci so najpogosteje uporabljali spletne vire, ki jim tudi najbolj zaupajo: spletne iskalnike, spletne strani javnih teles in medijske portale. Med izvedbama se je zmanjšalo zaupanje v večino spletnih virov in upadla pogostost uporabe medijskih portalov.

UVOD

Pandemija bolezni covida-19, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2, je močno vplivala na celoten svet in ga v precejšnji meri spremenila. Po vsem svetu so se z virusom okužili milijoni ljudi, številni so bili zaradi bolezni hospitalizirani, milijone prebivalcev je umrlo (Fronteira idr., 2021). Zdi se, da bodo posledice pandemije covida-19 obsežne – na vseh področjih.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je že na začetku pandemije opozorila, da pri tem ne bo šlo samo za epidemijo nalezljive bolezni, temveč tudi infodemijo (SZO, 2020), ki se nanaša na hitro širjenje informacij, dezinformacij, napačnih informacij, lažnih novic in teorij zarote skozi družbene in druge medije (Duplaga, 2020; Gerts idr., 2020; Grimes, 2021). Širjenje napačnih informacij lahko vodi do neprimernega vedenja ljudi, ki s tem ogrožajo prizadevanja političnih in zdravstvenih avtoritet pri obvladovanju covida-19 (Chong, Cheng, Chan, Chien in Wong, 2020) in spodkopavajo kredibilnost znanstvene strokovnosti, kar bi lahko imelo potencialne dolgoročne posledice (Hartley in Vu, 2020). V kriznih razmerah, ki jih je povzročila pandemija virusa SARS-CoV-2, se je potreba po informacijah še povečala, zato jih ljudje še pogosteje iščejo in jih hkrati tudi sami (so)ustvarjajo s pomočjo spletnih družbenih omrežij. Vse to privede do velike količine informacij. Med trenutno pandemijo so se ljudje znašli v poplavi številnih (tudi lažnih) novic in informacij, pri čemer vsi niso imeli časa oziroma kompetenc, da bi jih razumeli pravilno (Tagliabue in Galassi, 2020). Zato postaja zdravstvena pismenost ključen koncept javnega zdravja, ki lahko različnim družbenim skupinam (študenti, delovno aktivna populacija, starejši, ranljive skupine) pomaga pri spopadanju s tem fenomenom.

Zdravstvena pismenost je večdimenzionalen, dinamičen konstrukt (Squiers idr., 2012), ki je definiran kot posameznikovo znanje, motivacija in sposobnost za dostopanje do zdravstvenih informacij, njihovo razumevanje, ocenjevanje in presojanje, uporabo ter sprejemanje odločitev v povezavi s promocijo zdravja ter ohranjanjem ali izboljšanjem zdravja v vseh življenjskih obdobjih (Košir in Sørensen, 2020; Sørensen, 2013; Sørensen idr., 2015). Zato je zdravstvena pismenost pomembna tako na individualni kot družbeni ravni (Zakar, Iqbal, Zakar in Fischer, 2021).

Zdravstvena pismenost je pomemben dejavnik zdravja vseh starostnih skupin prebivalstva. Izboljšanje zdravstvene pismenosti je eden najbolj temeljnih in učinkovitih ukrepov za izboljšanje zdravstvenega stanja celotnega prebivalstva (Liu idr., 2018). Njen dvig ima pomemben vpliv na klinične izide (zdravljenja) (Stein, Bergdahl, Pettersen in Bergdahl, 2018), zato je vanj smiselno in pomembno vlagati. Nizka stopnja zdravstvene pismenosti je povezana s slabšim znanjem o zdravju in slabšo zmožnostjo samooskrbe pri bolnikih, slabšo uporabo zdravstvenih storitev, slabšim zdravjem in preživetjem (Rowsell idr., 2015) ter zvišanimi stroški zdravstvenega varstva (Lausen idr., 2018).

Zaradi digitalne preobrazbe v sodobni družbi pa postaja pri sprejemanju odločitev v povezavi z zdravjem čedalje pomembnejša digitalna zdravstvena pismenost (Van Den Broucke idr., 2020). To je še poudarila pandemija covida-19, med katero so se številne aktivnosti in dejavnosti preselile na splet.

Digitalna zdravstvena pismenost pomeni zmožnost iskanja, razumevanja in ocenjevanja zdravstvenih informacij iz elektronskih virov in uporabo pridobljenega znanja pri reševanju zdravstvenih težav (Norman in Skinner, 2006). Tako je razvijanje teh kompetenc ključno pri izobraževanju in opolnomočenju posameznikov za razumevanje in uporabo zdravstvenih informacij na učinkovit način, tako da bo internet lahko sredstvo podpore pri zdravstvenih težavah in ne vir neenakosti pri dostopanju do informacij (Perestelo-Perez idr., 2020).

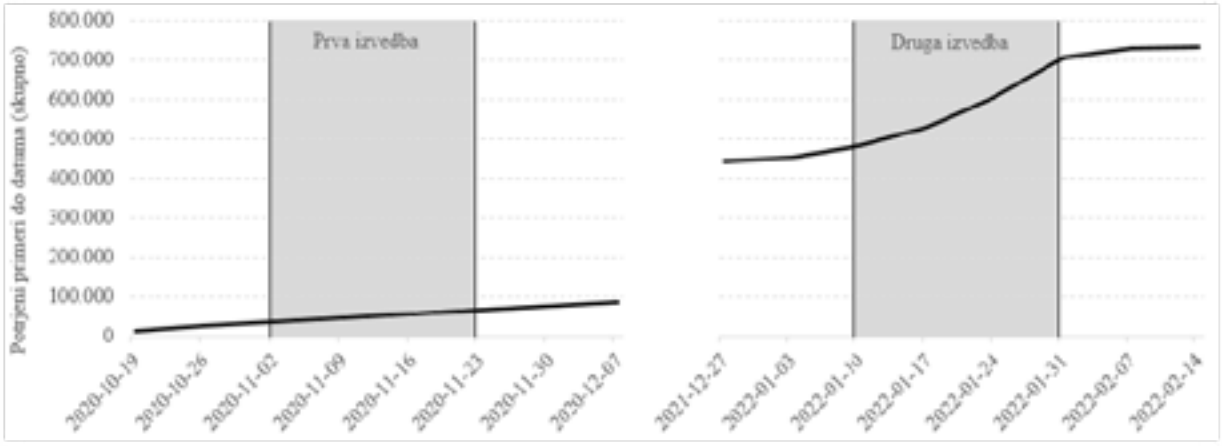
Digitalna zdravstvena pismenost (DZP) je pomembna tudi z vidika psihološkega blagostanja, saj raziskave kažejo pozitivno povezavo med obema tudi pri študentih (npr. Dadaczynski, K. idr., 2020, Amoah idr., 2021).

Mladi pogosteje uporabljajo digitalne platforme kot druge skupine prebivalstva. Raziskava med slovenskimi študenti je pokazala, da med tednom uporabljajo internet v povprečju 286 minut oziroma nekaj manj kot pet ur dnevno, med vikendom pa v povprečju 282 minut dnevno, kar je le nekaj manj kot ob delovnih dneh (Gabrovec, Selak, Crnkovič, Cesar in Šorgo, 2021). To potrjuje, da mladi v primerjavi s starejšimi skupinami prebivalstva pogosteje dostopajo do digitalnih informacij (Leung idr., 2021). Tako ni presenetljivo tudi, da imajo mladi višjo digitalno zdravstveno pismenost kot druge skupine prebivalstva (Neter, Brainin in Hefer, 2012). Tudi raziskava o vplivu pandemije na življenje v Sloveniji (SI-PANDA) je potrdila, da mladi v starostni skupini 18–29 let precej lažje ocenjujejo zanesljivost informacij v povezavi s SARS-CoV-2 kot druge starostne skupine (Hočevar Grom idr., 2021).

Kljub temu rezultati nekaterih tujih raziskav kažejo, da imajo med vsemi dimenzijami digitalne zdravstvene pismenosti v povezavi s covidom-19 študenti največ težav ravno z ocenjevanjem zanesljivosti informacij. Tako se je pokazalo na Danskem (Bak idr., 2022), kjer je imelo težave z ocenjevanjem zanesljivosti informacij 28,1 % anketirancev, v Nemčiji (Dadaczynski idr., 2021) in Italiji (Lorini idr., 2022), kjer je ta odstotek bil 42,3 % oziroma 47,0 % in tudi v Pakistanu s 64,5 % takšnih anketirancev (Zakar idr., 2021). Relevantno pa je tudi vprašanje, ali se je stanje v različnih fazah pandemije spreminjalo. V naši raziskavi smo želeli preveriti tudi to, zato smo jo izvedli v dveh različnih časovnih terminih.

Skozi različne faze pandemije se je namreč spreminjala epidemiološka situacija. V času prve izvedbe raziskave od 2. do 23. novembra 2020 je tako skupno število potrjenih primerov okužb s covidom-19 naraslo s 37.396 na 67.106, v času druge izvedbe od 10. do 31. januarja pa z 481.929 na 705.951 (Graf 3.1).

Graf 3.1: Potrjeni skupni primeri covida-19 v Sloveniji med prvo in drugo izvedbo raziskave



Opomba: sivo območje označuje obdobje zbiranja podatkov

Namen prve izvedbe raziskave je bil oceniti DZP v povezavi s covidom-19 med študentsko populacijo v Sloveniji. Dodatno leto življenja v pandemiji covida-19 in povsem drugačen kontekst glede števila okužb sta bila povod za ponovljeno raziskavo med študenti, katere namen je bil ugotoviti morebitne razlike v DZP med dvema vzorcema študentov prihaja, ki bi jih morda lahko pojasnili tudi s kontekstom pandemije, predvsem zaradi nadaljnje izpostavljenosti zdravstvenim temam, ki so bile v središču pozornosti tekom pandemije.

Namen tega prispevka je predstaviti ugotovljene razlike v digitalni zdravstveni pismenosti in njenih posameznih dimenzijah v povezavi s covidom-19 pri slovenski študentski populaciji tekom trajanja in razvoja epidemije. To omogoča vsaj delni vpogled v področja, ki jim je bilo v tem časovnem obdobju namenjene dovolj pozornosti, ter področja, ki jim je potrebno posvetiti več pozornosti, da pri komuniciranju informacij v povezavi s covidom-19 (ali drugih zdravstvenih tem) ne bo prihajalo do nerazumevanja oziroma neprejemanja informacij.

METODOLOGIJA

Izvedba raziskave in vzorec

Pregledno raziskavo o digitalni zdravstveni pismenosti med študenti v Sloveniji smo izvedli v dveh različnih časovnih obdobjih. Prvo smo izvedli v novembru 2020, drugo pa januarja 2022. Obe anketi sta temeljili na neverjetnostnem vzorcu, pri čemer so bili študenti k sodelovanju povabljeni prek vodstev njihovih fakultet in šol.

V času prve raziskave je bilo v Sloveniji skupno 76.728 študentov (57,3% žensk in 42,7% moških), v času druge pa 70.840 (59,8% žensk in 39,1% moških – nekaj jih študira na daljavo in o njih še niso imeli osebnih podatkov). Povabila k sodelovanju smo dekanom in direktorjem 64 fakultet in devetih samostojnih visokošolskih zavodov po Sloveniji poslali po e-pošti novembra 2020 za prvo raziskavo in januarja 2022 za drugo.

Merilo za vključitev v vzorec je bilo, da je anketiranec vpisan na eno izmed fakultet oziroma visokih šol. Tiste posameznike, ki so anketo izpolnili, a niso bili študenti, smo izločili iz nadaljnjih analiz.

Podatke smo zbirali s pomočjo spletne ankete v orodju za spletno anketiranje 1KA (https://www.1ka.si). Povezava do ankete je bila vključena v dopis oziroma povabilo k sodelovanju v raziskavi. Pred pričetkom izpolnjevanja je bil anketirancem predstavljen namen raziskave in varovanje zaupnosti ter anonimnosti podatkov.

Instrumenti

Podatke o digitalni zdravstveni pismenosti študentov smo pridobili s pomočjo vprašalnika, ki vsebuje 26 vprašanj, od tega 13 vprašanj z nizi podvprašanj (postavk). Uporabljena vprašanja in lestvice smo zaradi mednarodne primerljivosti prevedli iz angleščine za potrebe prve raziskave med študenti. Ta je potekala v okviru mednarodne mreže za zdravstveno pismenost v povezavi s covidom-19 (COVID-HL Network), kjer so tudi pripravili in razvili mersko orodje in metodološka izhodišča (Dadaczynski, Okan in Rathmann, 2020)

Za drugo izvedbo, ki je potekala le v Sloveniji, smo anketni vprašalnik nekoliko skrajšali in izključili podporna vprašanja, vendar obdržali vsa vprašanja o DZP. Dodali smo vprašanje o cepljenosti proti covidu-19 in postavko o cepljenju pri vprašanju o iskanju specifičnih tem, ker v času prve raziskave cepiva še niso bila na voljo. Nekoliko smo spremenili tudi vprašanje o okuženosti s covidom-19 (v preteklosti ali trenutno) in dodali še vprašanje, če je bila okužba potrjena s testom. Dodatno pa je bilo za anketirance, ki so že bili okuženi s covidom-19, še nekoliko spremenjeno vprašanje glede tega, kako verjetno se jim zdi da se bodo okužili. Le-ti so sedaj dobili vprašanje, kako verjetno se jim zdi, da se bodo ponovno okužili.

V tej študiji obravnavamo samo tista vprašanja, ki so bila vključena v obeh izvedbah raziskave.

Ključni element vprašalnika je bil inštrument za merjenje digitalne zdravstvene pismenosti, ki ga sestavlja pet podlestvic:

1. iskanje zdravstvenih informacij na spletu,
2. ustvarjanje in izmenjava zdravstvenih informacij na spletu,
3. ocenjevanje zanesljivosti zdravstvenih informacij na spletu,
4. ugotavljanje primernosti zdravstvenih informacij na spletu,
5. ravnanje z osebnimi podatki in varstvo podatkov na spletu.

Vprašalnik je vseboval naslednje sklope vprašanj:

- sociodemografski podatki (7 vprašanj);
- zdravstvena pismenost in informacije o iskanju po spletu (10 vprašanj);
- osebno zdravstveno stanje (5 vprašanj);
- dodatna vprašanja, ki se navezujejo na oceno verjetnosti in strinjanja s trditvami ter na uporabo in zaupanje v različne vire informacij (4 vprašanja).

Za analizo podatkov smo izračunali opisne statistike, predvsem deleže anketirancev glede na odgovore na posamezno vprašanje (pri vprašanjih zaprtega tipa).

REZULTATI

Po prečiščevanju baze je v končnem vzorcu pri prvi izvedbi ostalo 3621 anketirancev, starih med 18 in 63 let, pri čemer je bila povprečna starost 22,65 leta (SD = 4,65). Od tega je bilo 70,0 % žensk in 30,0 % moških. Pri drugi izvedbi je v končnem vzorcu ostalo 1982 anketirancev, starih med 18 in 61 let, pri čemer je bila povprečna starost 24,63 leta (SD = 7,10). Od tega je bilo 71,3 % žensk in 28,7 % moških. Potrebno je poudariti, da ni na voljo informacije o tem, koliko anketirancev je sodelovalo v obeh raziskavah.

Anketirance smo razdelili v kategorije glede na odgovore na nekatera vprašanja, ki se navezujejo na sociodemografske značilnosti (spol, starost, trenutna stopnja študija in subjektivni socialno-ekonomski status).

Za oceno subjektivnega socialno-ekonomskega statusa (SES) so anketiranci na prevedeni MacArthurjevi lestvici (Adler in Stewart, 2007) od 1 (najnižji status) do 10 (najvišji status) označili, kam bi se uvrstili glede na ostale prebivalce Slovenije. Tiste, ki so svoj status opredelili med 1 in 4, smo uvrstili v kategorijo »nizek SES«, tiste, ki so svoj status opredelili od 5 do 7, smo uvrstili v »srednji SES«, in tiste, ki so svoj status opredelili kot 8 in več, v kategorijo »visok SES«.

Razporejenost anketirancev po kategorijah glede na sociodemografske lastnosti predstavljata Tabela 3.1 (prva izvedba) in Tabela 3.2 (druga izvedba). Poleg števila je v oklepaju prikazan tudi odstotek anketirancev v posamezni kategoriji.

Tabela 3.1: Sociodemografske značilnosti anketirancev pri prvi izvedbi

		n (%)		
Spremenljivka		**Skupaj** 3621	**Ženske** 2535 (70,0 %)	**Moški** 1086 (30,0 %)
Starost (n = 3621)	20 let in manj	1233 (34,1)	870 (34,3)	363 (33,4)
	21–23 let	1414 (39,0)	983 (38,8)	431 (39,7)
	24–26 let	657 (18,1)	469 (18,5)	188 (17,3)
	27 let ali več	317 (8,8)	213 (8,4)	104 (9,6)
Stopnja študija (n = 3620)	1. bolonjska	2032 (56,1)	1388 (54,8)	644 (59,3)
	2. bolonjska	1519 (42,0)	1109 (43,7)	410 (37,8)
	3. bolonjska	69 (1,9)	37 (1,5)	32 (2,9)
SES (n = 3621)	Nizek	518 (14,3)	384 (15,1)	134 (12,3)
	Srednji	2344 (64,7)	1663 (65,6)	681 (62,7)
	Visok	759 (21,0)	488 (19,3)	271 (25,0)

Tabela 3.2: Sociodemografske značilnosti anketirancev pri drugi izvedbi

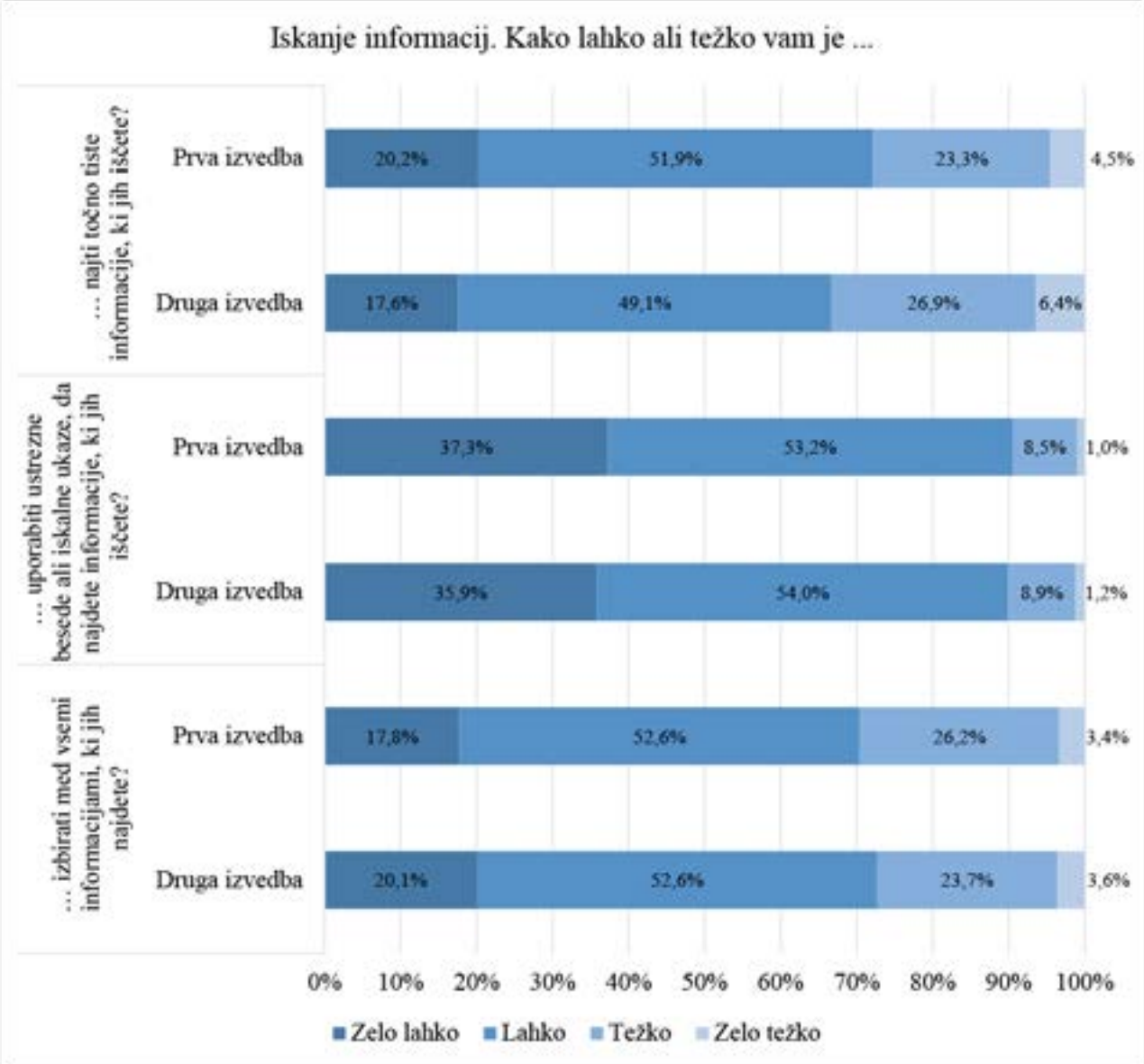
		n (%)		
Spremenljivka		**Skupaj** 1982	**Ženske** 1414 (71,3 %)	**Moški** 568 (28,7 %)
Starost (n = 1982)	20 let in manj	559 (28,2)	411 (29,1)	148 (26,1)
	21–23 let	705 (35,6)	505 (35,7)	200 (35,2)
	24–26 let	318 (16,0)	238 (16,8)	80 (14,1)
	27 let ali več	400 (20,2)	260 (18,4)	140 (24,6)
Stopnja študija (n = 1982)	1. bolonjska	1278 (64,5)	905 (64,0)	373 (65,7)
	2. bolonjska	597 (30,1)	437 (30,9)	160 (28,2)
	3. bolonjska	107 (5,4)	72 (5,1)	35 (6,2)
SES (n = 1982)	Nizek	258 (13,0)	185 (13,1)	73 (12,9)
	Srednji	1283 (64,7)	945 (66,8)	338 (59,5)
	Visok	441 (22,3)	284 (20,1)	157 (27,6)

Vidimo lahko, da sta si vzorca razmeroma podobna, glede na deleže po spolu in po kategorijah SES, medtem ko pri starosti in stopnji študija obstaja kar nekaj razlik. Predvsem izstopa višji delež anketirancev v najstarejši starostni kategoriji pri drugi izvedbi raziskave, kjer je pri moških ta razlika kar 15 odstotnih točk. Podobno je pri najvišji stopnji študija, kjer je pri drugi izvedbi raziskave delež višji za 3,5 odstotne točke. To pomeni, da je bilo v vzorcu pri tej izvedbi razmeroma več starejših anketirancev in tistih na najvišji stopnji študija, manj pa je bilo najmlajših in tistih na najnižji stopnji študija. Razlogov za to ne poznamo, ugibamo pa lahko, da se je med starejšo študentsko populacijo ohranil interes za sodelovanje v raziskavi, medtem ko smo 'izgubili' mlajše anketirance.

Iskanje informacij na spletu

Primerjava rezultatov na podlestvici iskanja informacij kaže, da se največje razlike med izvedbama pojavljajo pri postavki iskanja želenih informacij. Pri prvi izvedbi (Slika 3.1) je 72,1 % anketirancev poročalo, da z lahkoto najdejo točno tiste informacije, ki jih iščejo (na vprašanje so odgovorili z »Zelo lahko« ali »Lahko«). Pri drugi izvedbi pa je delež teh nekoliko manjši, saj jih 66,7 % z iskanjem želenih informacij nima težav.

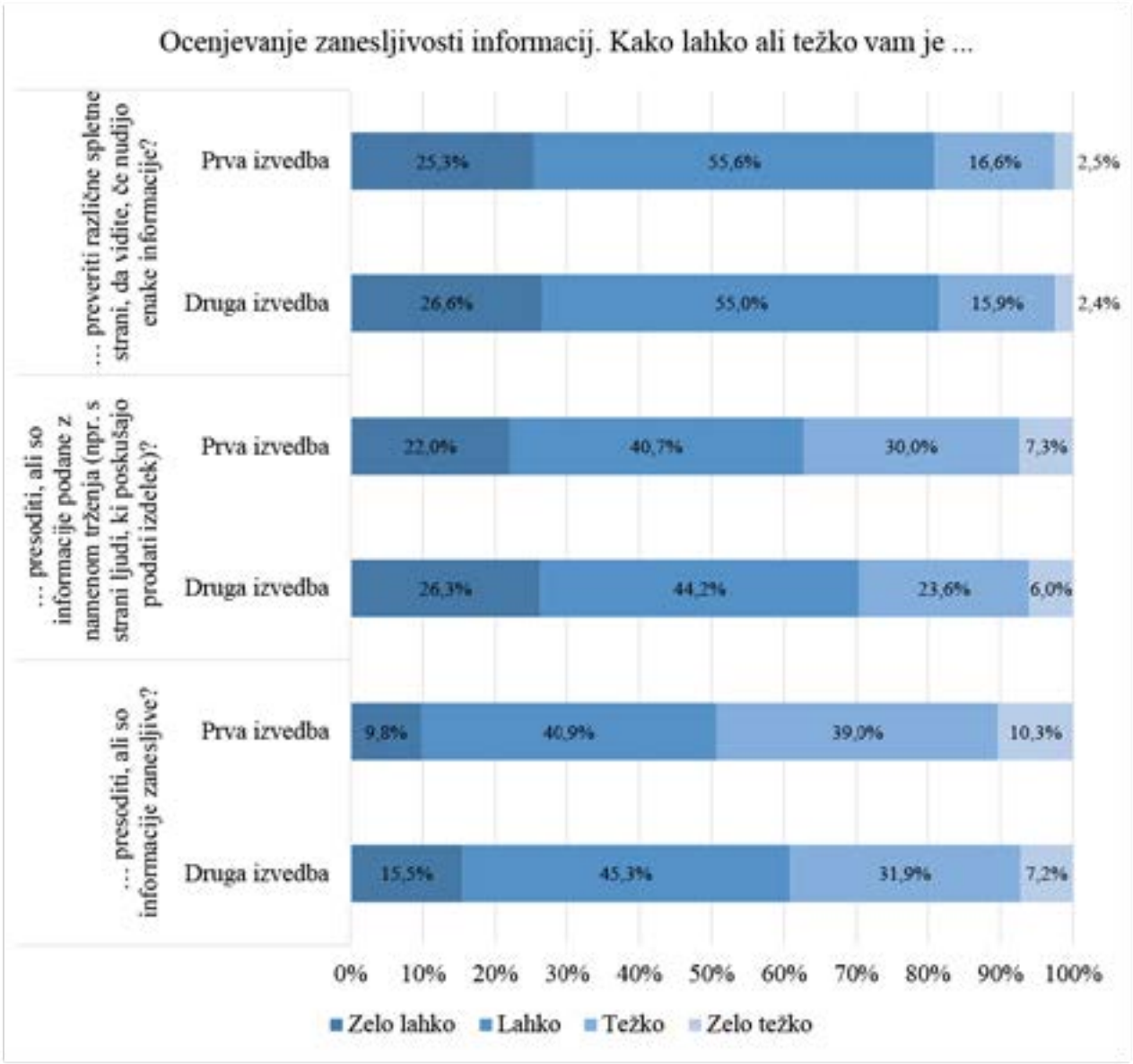
Slika 3.1: Ocene težavnosti iskanja informacij o covidu-19 pri prvi (n = 3040–3043) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 1438–1439)



Ocenjevanje zanesljivosti informacij na spletu

Druga podlestvica digitalne zdravstvene pismenosti se nanaša na zanesljivost najdenih informacij na spletu. Kot kaže primerjava med prvo in drugo izvedbo (Slika 3.2), prihaja do velikih razlik pri dveh postavkah. Pri postavki presojanja, ali je informacija podana z namenom trženja, je pri drugi izvedbi 70,5 % anketirancev odgovorilo, da nimajo težav s presojanjem (odgovorili so z »Zelo lahko« ali »Lahko«), medtem ko je bilo takih pri prvi izvedbi 62,7 %. Podobno je bilo pri postavki presojanja zanesljivosti informacij, kjer pri drugi izvedbi težav s presojanjem ni imelo 60,8 % anketirancev, pri prvi izvedbi pa 50,7 %.

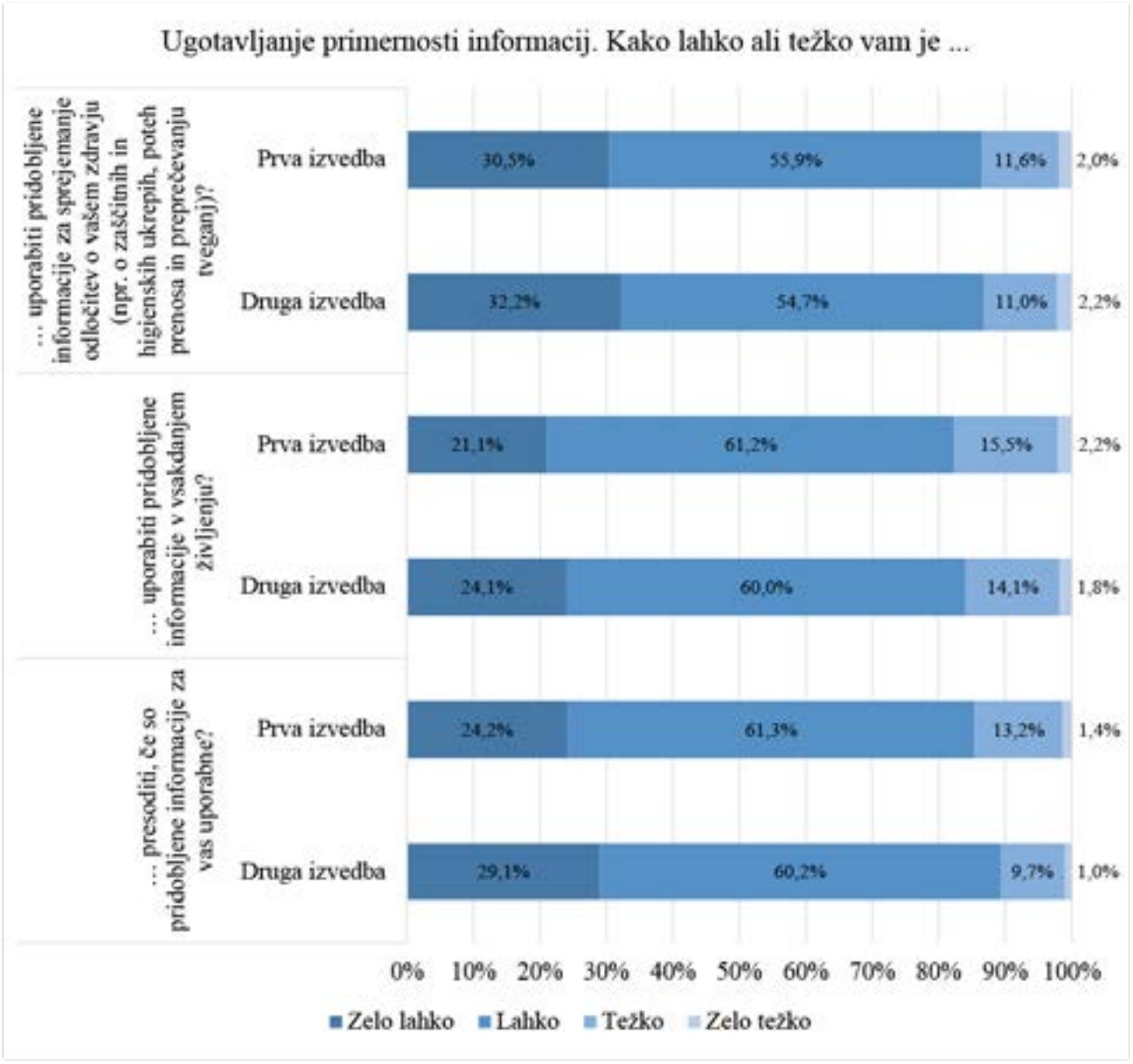
Slika 3.2: Ocene težavnosti ocenjevanja zanesljivosti informacij pri prvi (n = 2996–3009) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 1435–1436)



Ugotavljanje primernosti informacij za posameznika samega

Na podlestvici ugotavljanja primernosti informacij in njihovo uporabo v vsakdanjem življenju ni opaznih izrazitih razlik med obema izvedbama (Slika 3.3). Največja razlika je pri postavki presoje, ali so pridobljene informacije uporabne za posameznika, kjer je pri prvi izvedbi 85,5 % anketirancev poročalo, da nimajo težav s tem, pri drugi pa nekoliko več (89,3 %).

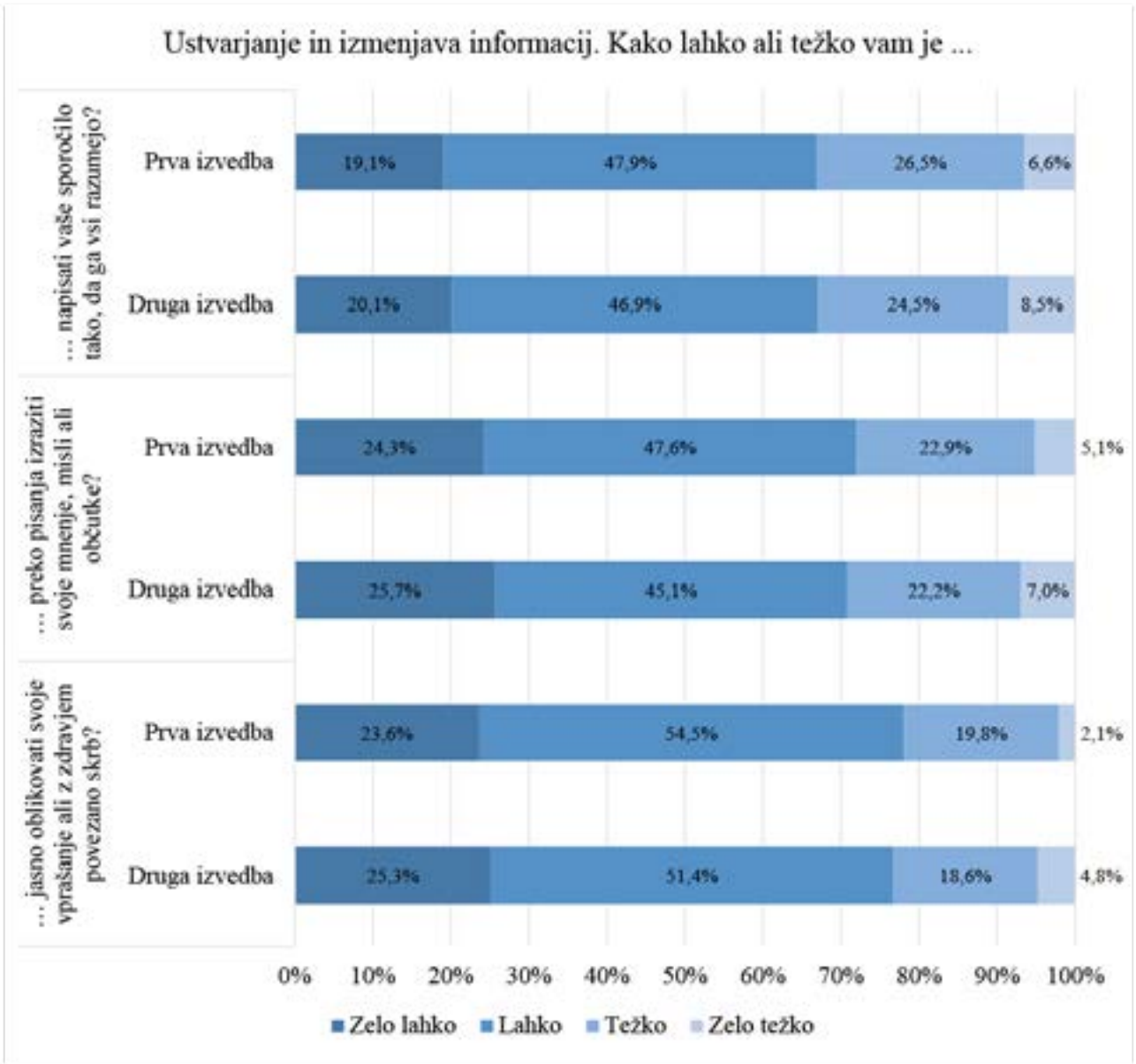
Slika 3.3: Ocene težavnosti ugotavljanja primernosti informacij pri prvi (n = 3016–3026) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 1435–1436)



Ustvarjanje in izmenjava zdravstvenih informacij na spletu

Poleg iskanja uporabljamo splet tudi za ustvarjanje in delitev informacij. Na Sliki 3.4 je prikazana primerjava odgovorov na postavke pri obeh izvedbah, ki kaže, da med njima ne prihaja do večjih odstopanj. To še zlasti velja ob združitvi odgovorov, ki kažejo na prisotnost težav (odgovora »Težko« in »Zelo težko«), in odgovorov, ki kažejo na njihovo odsotnost (odgovora »Lahko« in »Zelo lahko«).

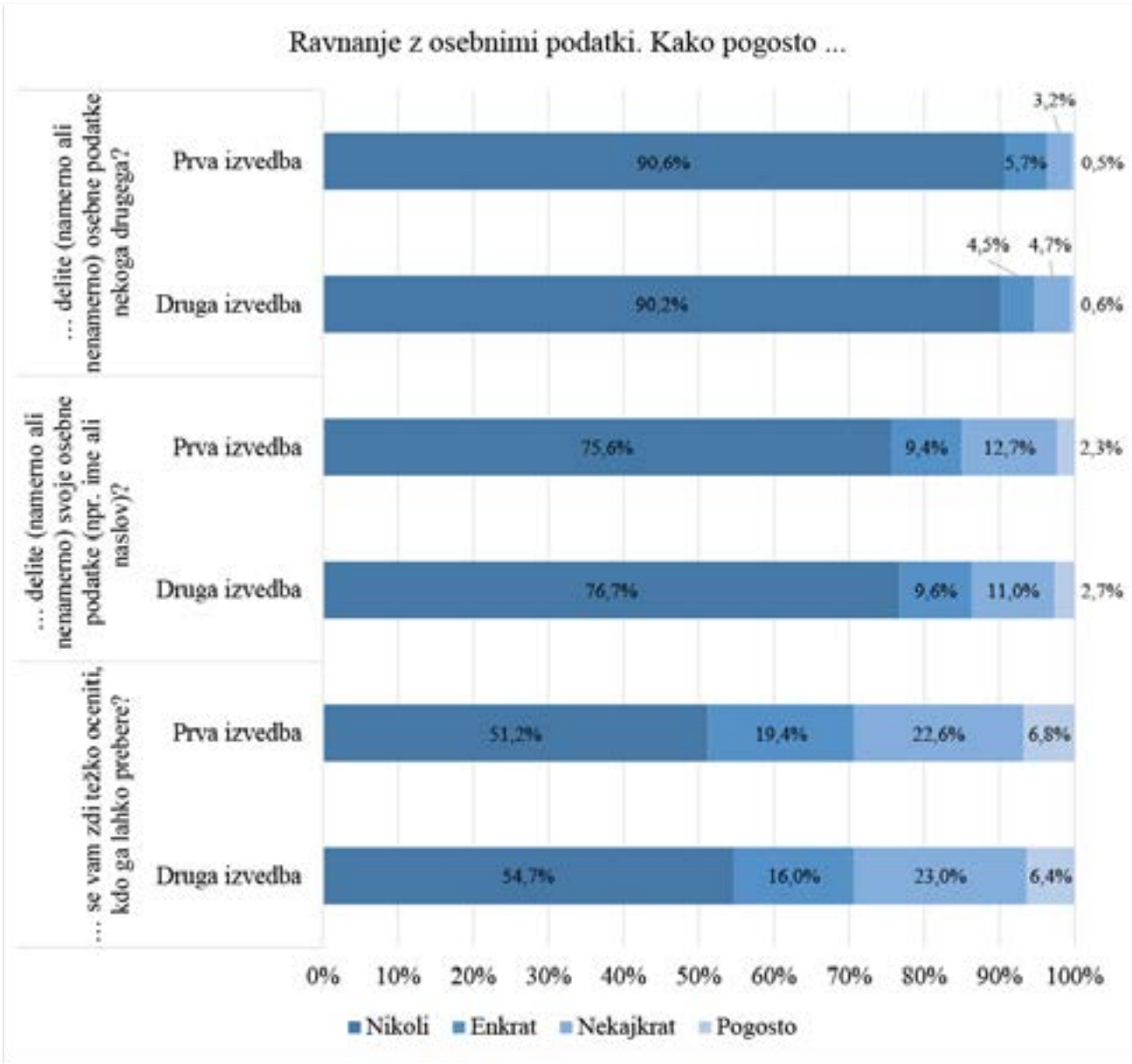
Slika 3.4: Ocene težavnosti ustvarjanja informacij o covidu-19 pri prvi (n = 1085–1189) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 693–712)



Ravnanje z osebnimi podatki in varstvo podatkov na spletu

Tudi na podlestvici ravnanja z osebnimi podatki na spletu se med prvo in drugo (Slika 3.5) izvedbo ne kažejo bistvene razlike, še posebej ne med tistimi, ki so imeli večkrat težave pri ravnanju z osebnimi podatki (odgovorili so z »Nekajkrat« ali »Pogosto«).

Slika 3.5: Pogostost ravnanj, povezanih z varstvom podatkov pri prvi (n = 562–652) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 470–490)



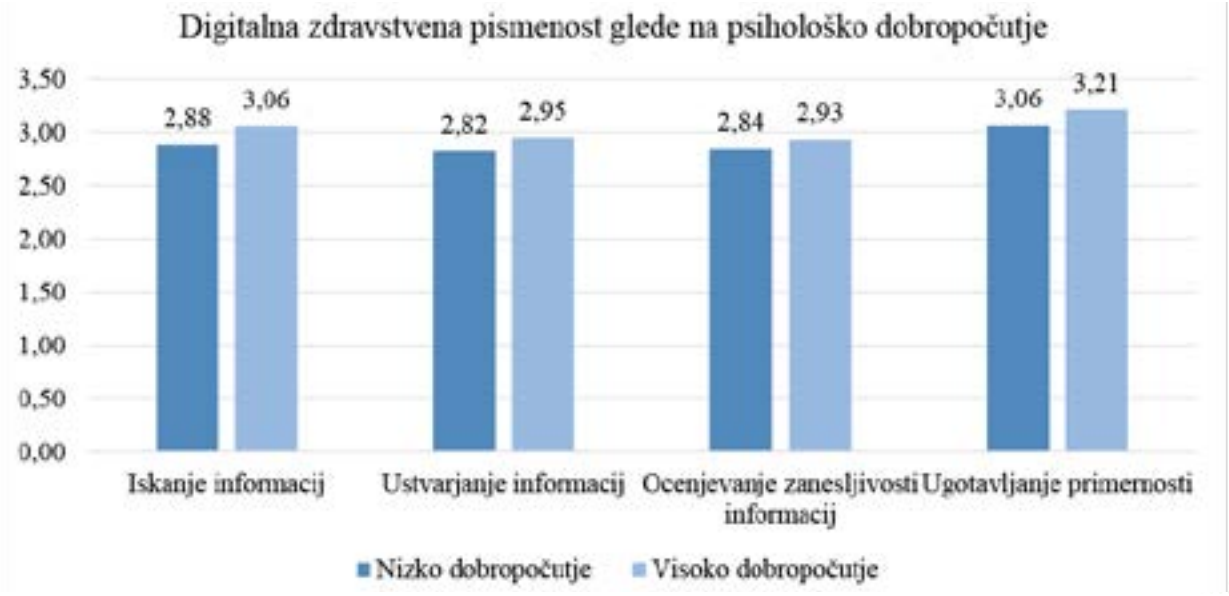
Digitalna zdravstvena pismenost in duševno zdravje

Sliki 3.6 in 3.7 prikazujeta razlike v povprečnih vrednostih odgovorov na posamezni podlestvici digitalne zdravstvene pismenosti glede na lastno oceno psihološkega blagostanja v vsaki od obeh izvedb raziskave. Zaradi večjega osipa anketirancev na podlestvici varovanja zasebnosti smo to izpustili iz prikaza rezultatov. Višje povprečje pomeni višjo digitalno pismenost na posamezni podlestvici. Anketirance smo glede na mediano ocene lastnega psihološkega blagostanje razdelili v skupino z nizko in skupino z visoko stopnjo blagostanja.

Kot je razvidno s slik, so na vseh dimenzijah digitalne zdravstvene pismenosti pri obeh izvedbah raziskave dosegli višje povprečje študenti z boljšim psihološkim blagostanjem. Razlike med izvedbama so sicer majhne, le pri podlestvici ocenjevanja zanesljivosti informacij je pri drugi izvedbi povprečje nekoliko višje.

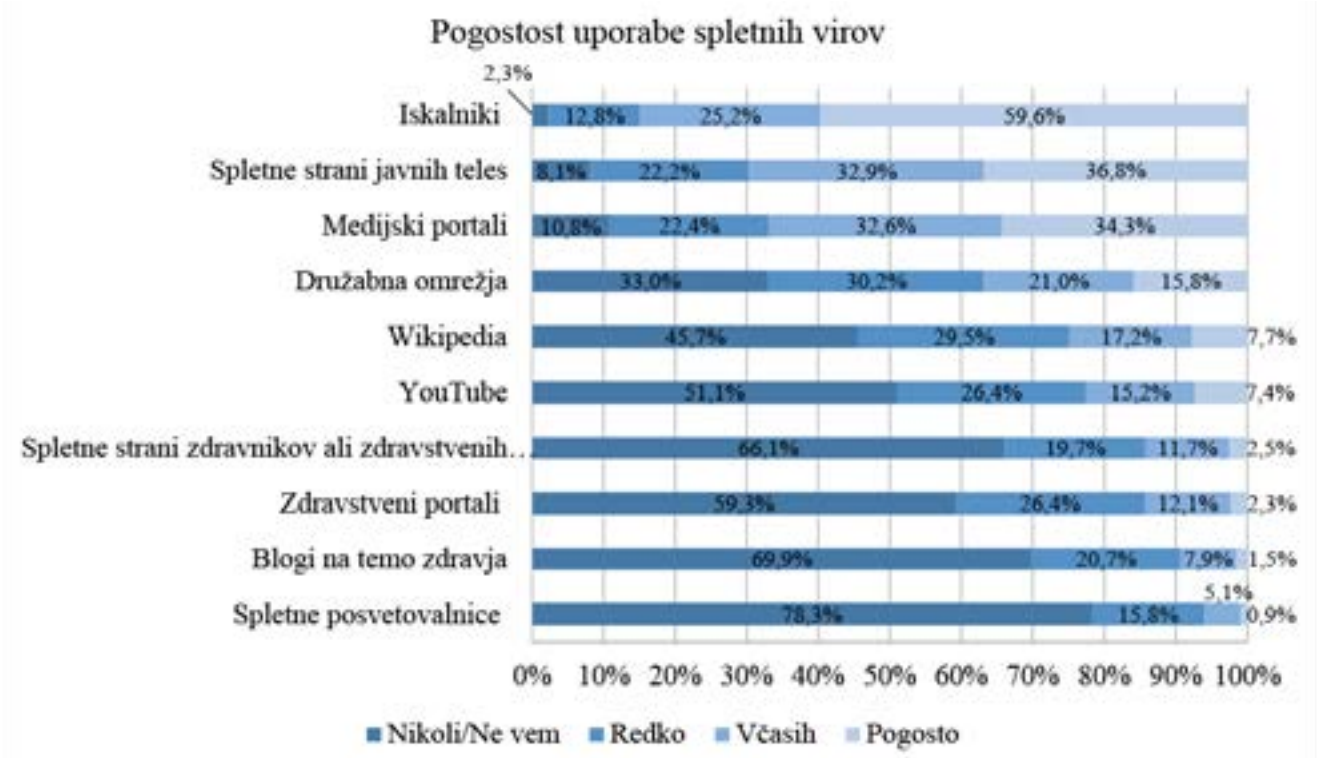
Slika 3.6: Primerjava digitalne zdravstvene pismenosti na podlestvicah glede na psihološko blagostanje pri prvi izvedbi

Slika 3.7: Primerjava digitalne zdravstvene pismenosti na podlestvicah glede na psihološko blagostanje pri drugi izvedbi

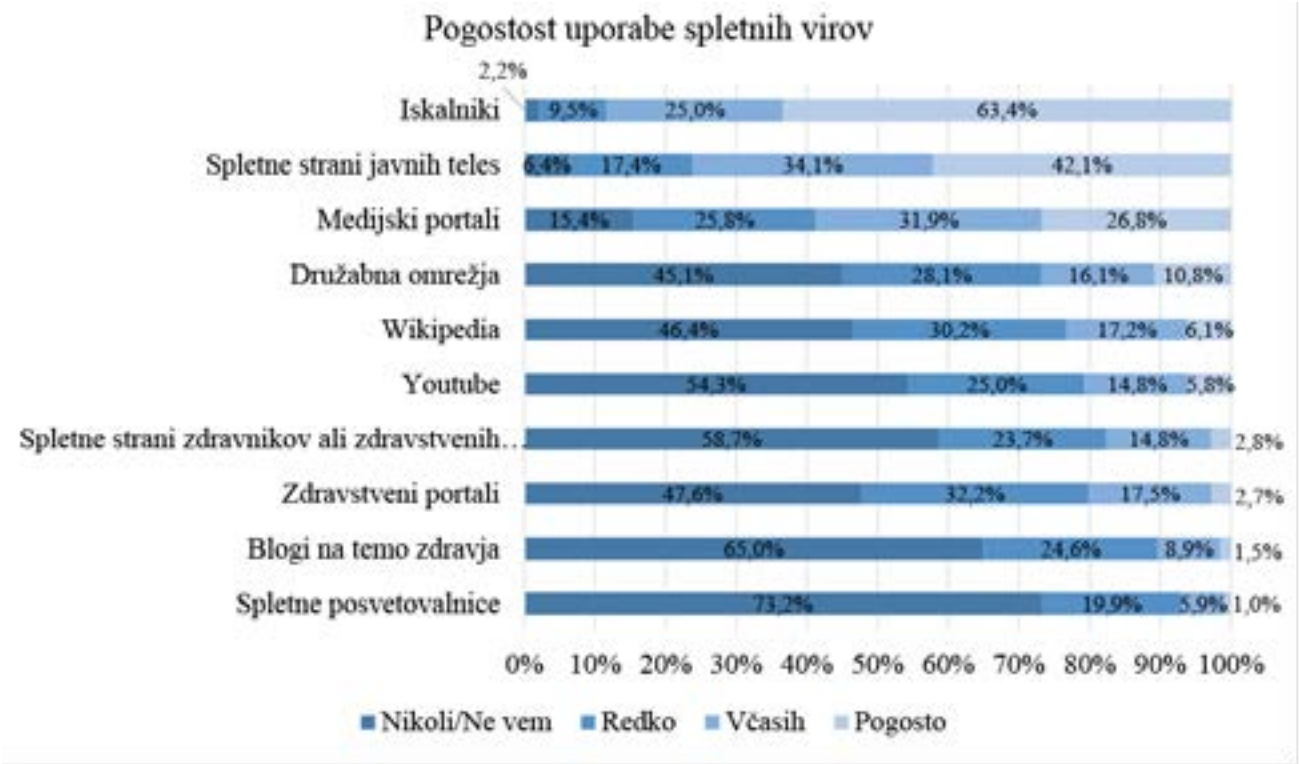


Pogostost uporabe spletnih virov

Slika 3.8: Pogostost uporabe spletnih virov za iskanje vsebin v povezavi s covidom-19 pri prvi izvedbi (n = 3041–3053)



Slika 3.9: Pogostost uporabe spletnih virov za iskanje vsebin v povezavi s covidom-19 pri drugi izvedbi (n = 1436–1438)

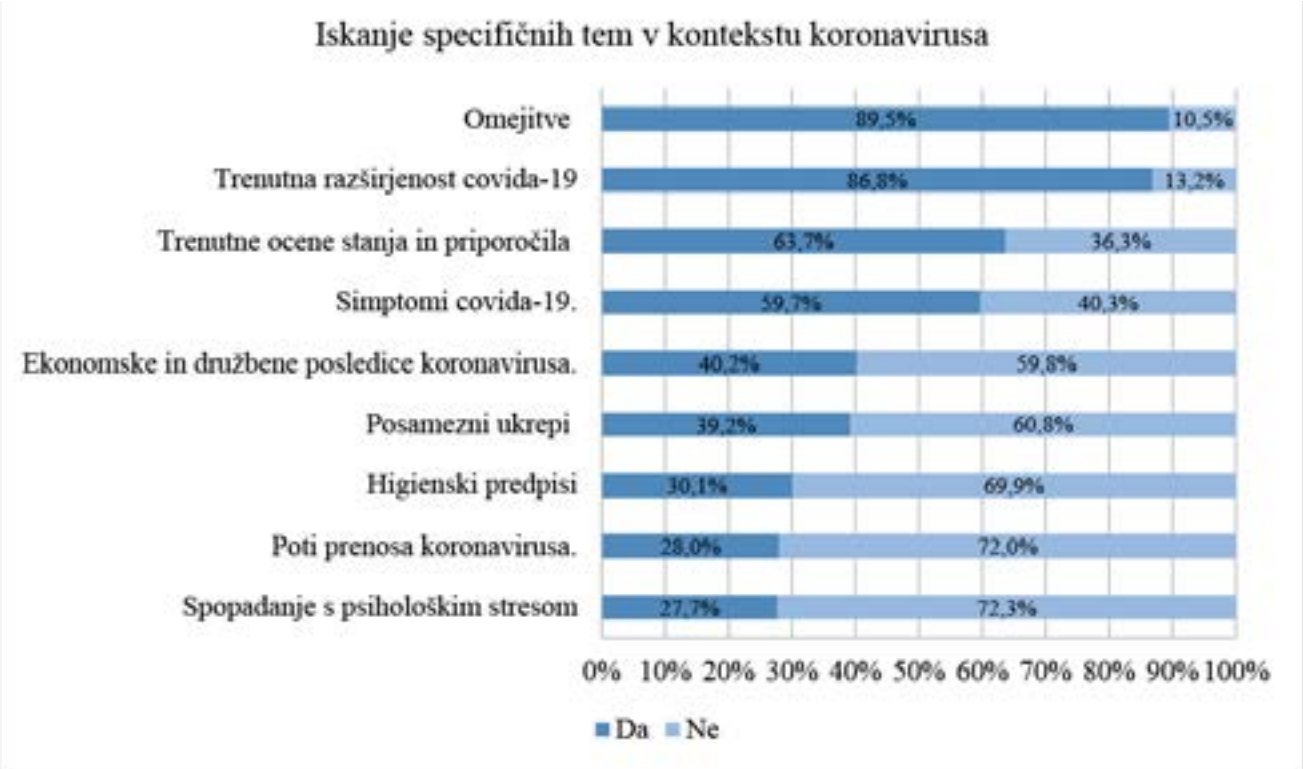


Analiza pogostosti uporabe posameznih spletnih virov za iskanje vsebin v povezavi s covidom-19 (Slika 3.8 in Slika 3.9) kaže, da so v obeh izvedbah raziskave na prvih treh mestih spletni iskalniki, spletne strani javnih teles (kot je NIJZ ali Ministrstvo za zdravje) ter medijski portali. Delež anketirancev, ki pogosto uporabljajo prva dva vira, je nekoliko večji pri drugi izvedbi raziskave, v kateri pa je nekoliko nižji delež anketirancev, ki pogosto uporablja medijske portale.

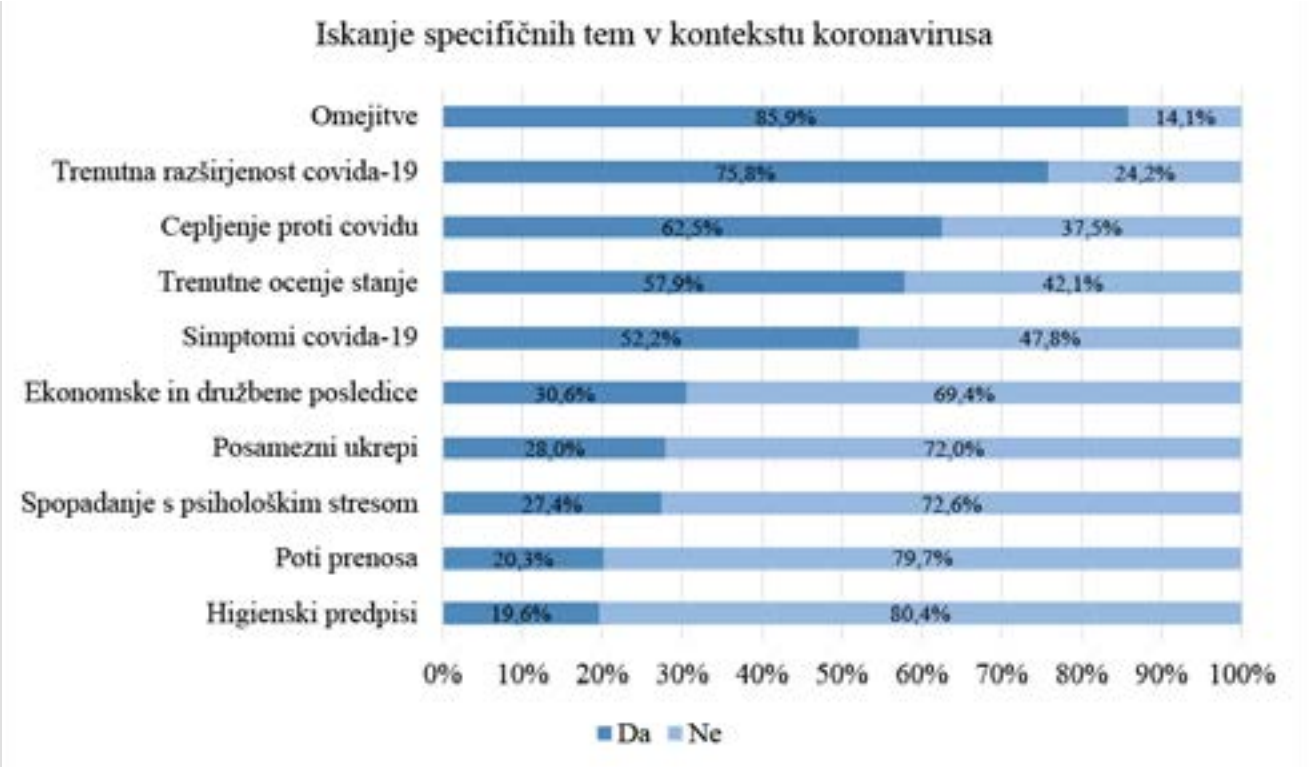
Iskane teme

Pri obeh izvedbah raziskav so anketiranci najpogosteje iskali informacije glede trenutnih omejitev (npr. o prehajanju občinskih mej, ostajanju doma ipd.) in trenutne razširjenosti covida-19. Deleža sta pri drugi izvedbi raziskave (Slika 3.11) sicer nekoliko nižja kot pri prvi (Slika 3.10), sploh za slednjo temo. Tretja najbolj iskana tema pri drugi izvedbi je bila cepljenje proti covidu-19, ki pa pri prvi izvedbi ni bila vključena.

Slika 3.10: Deleži anketirancev pri prvi izvedbi raziskave, ki so iskali posamezne teme v povezavi s covidom-19 (n = 3060)

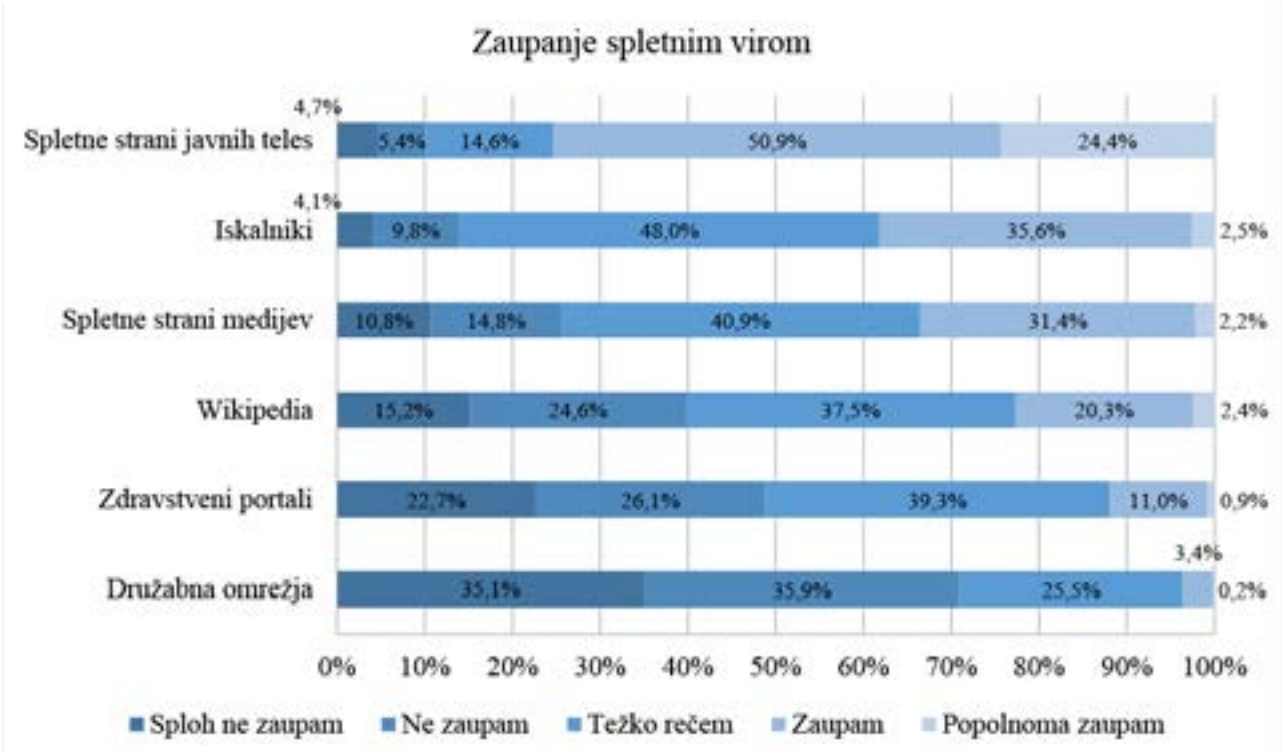


Slika 3.11: Deleži anketirancev pri drugi izvedbi raziskave, ki so iskali posamezne teme v povezavi s covidom-19 (n = 1436)

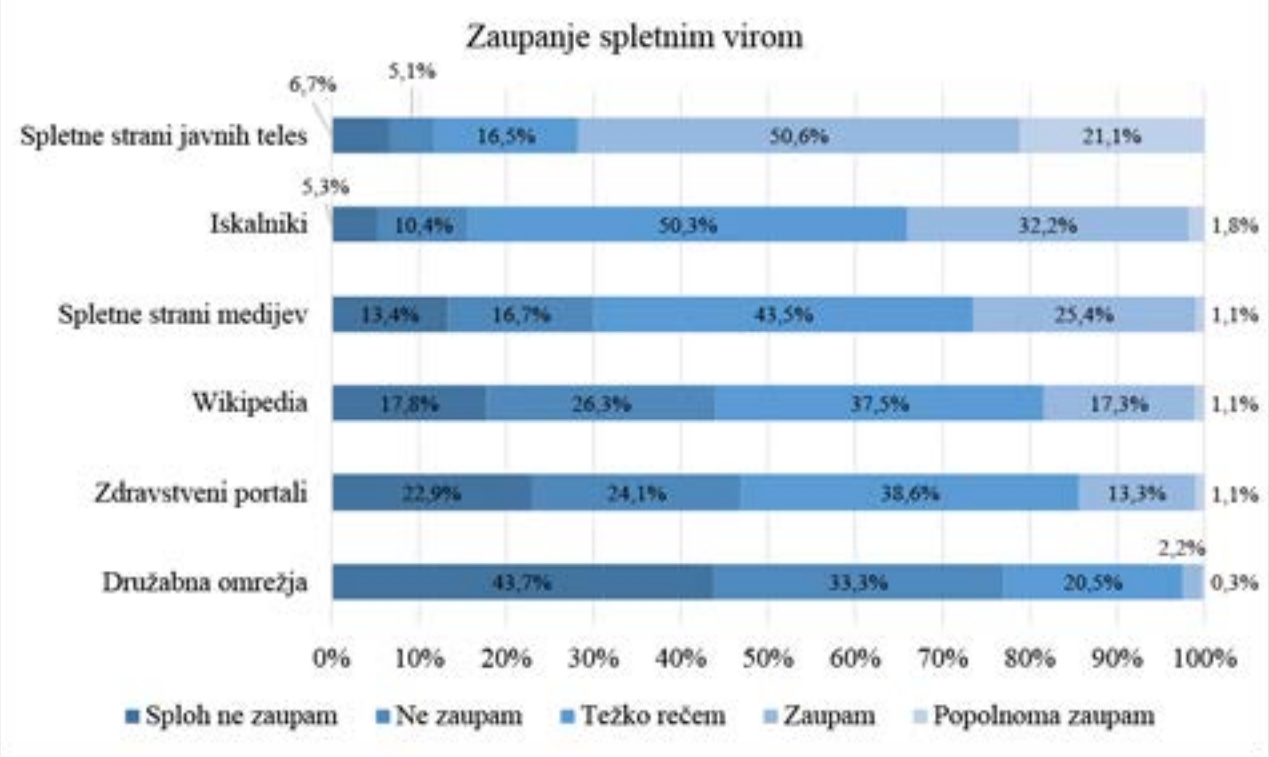


Zaupanje spletnim virom

Slika 3.12: Ocene zaupanja posameznim spletnim virom pri prvi izvedbi (n = 3594–3603)



Slika 3.13: Ocene zaupanja posameznim spletnim virom pri drugi izvedbi (n = 1966–1969)



Primerjava zaupanja posameznim spletnim virom pri prvi (Slika 3.12) in pri drugi (Slika 3.13) izvedbi kaže, da je vrstni red spletnih virov glede na delež tistih, ki so odgovorili z »Zaupam« ali »Popolnoma zaupam«, enak pri obeh izvedbah. Kljub temu so prisotne nekatere razlike, pri čemer je predvsem izrazit 7,1 odstotne točke nižji delež tistih, ki so izrazili zaupanje v spletne strani medijev pri drugi izvedbi raziskave.

RAZPRAVA

Rezultati obeh izvedb raziskave so pokazali, da imajo anketiranci glede digitalne zdravstvene pismenosti v povezavi s covidom-19 največ težav pri ocenjevanju zanesljivosti informacij. Podobne rezultate so dobili tudi v drugih evropskih (npr. Dadaczynski idr., 2021; Bak idr., 2022; Lorini idr., 2022) in državah izven Evrope (npr. Zakar idr., 2021), kjer je na vprašanje o presojanju zanesljivosti informacij največji delež anketirancev povsod odgovoril s »Težko« ali »Zelo težko«. Hkrati pa na tej dimenziji digitalne zdravstvene pismenosti prihaja tudi do največjih razlik med izvedbama raziskave, pri čemer so bili rezultati pri drugi izvedbi nekoliko boljši.

Anketiranci so pri drugi izvedbi izrazili manj težav s presojanjem zanesljivosti informacij in morebitnega podajanja informacij z namenom trženja. Po drugi strani pa se je nekoliko zmanjšal delež anketirancev, ki niso imeli težav najti točno tistih informacij, ki so jih iskali. S trajanjem pandemije se je verjetno večalo oziroma izboljševalo tudi znanje o njej med celotno populacijo. Vsakodnevno soočanje z zdravstvenimi informacijami in informacijami o covidu-19 je lahko hkrati tudi pripomoglo k boljši sposobnosti presojanja zanesljivosti informacij med študenti. Informacij je torej količinsko več in zaradi lažje presoje zanesljivosti informacij lažje presojajo, katere so zanesljive in katere ne, tudi niso zadovoljni s prvo informacijo, ki jo najdejo, in mogoče zaradi tega posledično težje najdejo informacije, ki jih iščejo. Tudi povprečne vrednosti na podlestvici ocenjevanja zanesljivosti informacij kažejo na to, da so imeli anketiranci pri drugi izvedbi manj težav

pri presojanju zanesljivosti, kot tisti pri prvi izvedbi. Pri tem pa zaradi razlik med obema izvedbama ni mogoče sklepati, v kolikšni meri so ta opažanja posledica razlik v lastnostih sodelujočih ali spremembe v času.

Študenti naj bi imeli manj težav pri ocenjevanju zanesljivosti informacij kot preostala populacija (Hočevar Grom idr., 2021), zato ostaja vprašanje, ali je do podobnih sprememb prišlo tudi pri drugih skupinah prebivalstva, zlasti starejših in nižje izobraženih.

Obe izvedbi raziskave sta pokazali povezavo med digitalno zdravstveno pismenostjo in psihološkim blagostanjem, ki so jo ugotovile tudi nekatere tuje raziskave (npr. Amoah, 2021). Ker pojem digitalne zdravstvene pismenosti zajema tudi uporabo pridobljenega znanja pri reševanju zdravstvenih težav, se te ugotovitve skladajo s pričakovanji.

V skladu s pričakovanji anketiranci tudi najpogosteje uporabljajo tiste spletne vire, ki jim najbolj zaupajo. Tako so kot najpogosteje uporabljane navajali spletne iskalnike, spletne strani javnih teles in medijske portale. Medtem ko je pogostost uporabe prvih dveh med izvedbama raziskave nekoliko narasla, se je pogostost uporabe slednjih zmanjšala. Spletni iskalniki so se med prvimi tremi najbolj pogosto uporabljanimi spletnimi viri pojavljali tudi pri raziskavah v nekaterih drugih državah, vendar so na primer na Danskem (Bak idr., 2022) najpogosteje uporabljali medijske portale, nato iskalnike in spletne strani javnih teles; v Pakistanu (Zakar idr., 2021) so iskalnikom sledili medijski portali, YouTube oziroma družbena omrežja; v Vietnamu (Nguyen idr., 2021) pa družbena omrežja in medijski portali.

Hkrati se je pri nas med izvedbama raziskave znižal delež anketirancev, ki zaupajo medijskim portalom (torej tistih, ki so na vprašanje odgovorili z »Zaupam« ali »Popolnoma zaupam«). Predvidevamo lahko, da je zmanjšano zaupanje tudi prispevalo k zgoraj ugotovljeni manj pogosti uporabi medijskih portalov. Sicer se je zaupanje (v manjši meri) zmanjšalo tudi pri spletnih straneh javnih teles in iskalnikih (med vsemi možnimi spletnimi viri je le pri zdravstvenih portalih pri drugi izvedbi raziskave višje zaupanje), kar bi lahko nakazovalo nekakšno splošno znižanje zaupanja v (spletne) vire.

Razlog za takšno zmanjšanje zaupanja je eno od ključnih vprašanj, s katerim se ukvarjajo številni akterji v Sloveniji in širše. Vsekakor bi bilo treba to polje tudi v povezavi z digitalno zdravstveno pismenostjo poglobljeno proučevati, saj je zaupanje ključen indikator za uspešno upravljanje kriznih situacij in komuniciranje nasploh.

Tudi pri iskanju specifičnih tem so rezultati v veliki meri skladni s pričakovanji. Anketiranci so bolj iskali informacije o temah, ki so pomembne za njihovo vsakdanje življenje. Pri prvi in drugi izvedbi raziskave so najpogosteje poročali iskanje informacij o veljavnih omejitvah in o trenutni razširjenosti ter (pri drugi izvedbi) o cepljenju proti covidu-19. Pričakovano so anketiranci pri drugi izvedbi tudi manj iskali informacije o higienskih predpisih za zaščito pred okužbo in poteh prenosa okužb, saj jih je večina bila verjetno z njimi že dodobra seznanjena.

Na Danskem, v Pakistanu in v Vietnamu, kjer so tudi poročali o specifičnih iskanih temah, so največ iskali informacije o trenutni razširjenosti, medtem ko je bila pri nas največkrat iskana tema (omejitve) pri njih znatno manj iskana: od 63,9 % v Vietnamu in 49 % na Danskem, do le 1,5 % v Pakistanu. Pri nas je ta odstotek znašal 89,5 % pri prvi izvedbi in 85,9 % pri drugi. Zanimivo bi bilo raziskati vzroke za takšne razlike in vrste ter izvedbe omejitev v teh državah. Eno izmed ključnih vprašanj pri tem je, ali je ugotovljenim razlikam botrovalo pogosto spreminjanje ukrepov, predpisane kazni za kršitve ali drugi razlogi.

Posplošljivost in primerljivost obeh izvedb raziskave omejujejo razlike v vzorcih anketirancev, ki sta bila izbrana neverjetnostna in se v določenih značilnostih precej razlikujeta. Tako razlik ni mogoče z gotovostjo pripisati daljši izpostavljenosti pandemiji covida-19 in ne razlikam v strukturi sodelujočih v posamezni izvedbi raziskave. Neverjetnostno vzorčenje ter različna pripravljenost vodij visokošolskih organizacij za posredovanje vabil tudi omejujeta posplošljivost ugotovitev na celotno populacijo študentov.

Ker je v anketi lahko sodeloval vsakdo s povezavo do vprašalnika, ni mogoče izključiti sodelovanja oseb izven ciljne populacije (ne študentov) ter večkratnega izpolnjevanja ankete s strani iste osebe. Druga izvedba raziskave je lahko bila tudi pod večjim vplivom zasičenosti z anketami, tako zaradi ponovitve raziskave kot velikega porasta števila drugih anket na to temo. Eden ali oba od teh razlogov bi lahko tudi prispevala k manjši stopnji odgovora pri drugi izvedbi v primerjavi s prvo.

LITERATURA

Amoah, P.A., Leung, A.Y.M., Parial, L.L., Poon, C.Y., Ting, H.H.-Y., Ng W.-I., Li, X., Wong, E.M.L., Kor, P.P.K. in Malassiotis, A. (2021). Digital Health Literacy and Health-Related Well-Being Amid the COVID-19 Pandemic: The Role of Socioeconomic Status Among University Students in Hong Kong and Macao. Asia Pacific Journal of Public Health.

Bak, C.K., Krammer, J.Ø., Dadaczynski, K., Okan, O., von Seelen, J., Prinds, C., Søbjerg, L.M. in Klakk, H. (2022). Digital Health Literacy and Information-Seeking Behaviour among University College Students during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study vom Denmark. *International Journal Environmental Research and Public Health*, *19*(6):3676.

Chong, Y. Y., Cheng, H. Y., Chan, H. Y. L., Chien, W. T. in Wong, S. Y. S. (2020). COVID-19 pandemic, infodemic and the role of eHealth literacy Community. *International Journal of Nursing Studies*, *108*, 103644.

Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M., Leung, A., Rosário, R., Darlington, E., Rathmann, K. (2021). Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(1):e24097. DOI: 10.2196/24097

Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M. in Rathmann, K. (2020). *Digitale Gesundheitskompetenz von Studierenden in Deutschland.* Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung. Verfügbar unter: https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/843

Dadaczynski, K., Okan, O. in Rathmann, K. (2020). *COVID-19 Health Literacy Survey: University Students (COVID-HL-Survey).* Questionnaire and Scale Documentation. Bielefeld/Fulda.

Duplaga, M. (2020). The Determinants of Conspiracy Beliefs Related to the COVID-19 Pandemic in a Nationally Representative Sample of Internet Users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(7818).

Egger, N., Matterne, U., Egger, N., Tempes, J., Tischer, C., Lander, J., … Apfelbacher, C. (2020). Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations : Rapid scoping review Patient Education and Counseling Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations : Rapid scoping review. *Patient Education and Counseling*, (October). https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.012.

Gabrovec, B., Selak, Š., Crnkovič, N., Cesar, K. in Šorgo, A. (2021). *Raziskava o doživljanju epidemije COVID-19 med študenti.* Ljubljana.

Gerts, D., Shelley, C. D., Parikh, N., Pitts, T., Ross, C. W., Fairchild, G., … Daughton, A. R. (2020). "Thought I'd share first": An analysis of COVID-19 conspiracy theories and misinformation spread on twitter. ArXiv, 1–38. https://doi.org/10.2196/26527.

Grimes, D. R. (2021). Medical disinformation and the unviable nature of COVID-19 conspiracy theories. *Plos One*, *16*(3), e0245900. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245900.

Hartley, K. in Vu, M. K. (2020). Fighting fake news in the COVID-19 era : policy insights from an equilibrium model from an equilibrium model. *Policy Sciences*, (September). https://doi.org/10.1007/s11077-020-09405-z.

Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Gabrijelčič Blenkuš, M., Jeriček Klanšček, H., … Žagar, J. (2021). *Pandemija covid-19 v Sloveniji: Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 9. val.* Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/panda_porocilo_po_9._valu_koncno.pdf.

Košir, U. in Sørensen, K. (2020). COVID-19: the key to flattening the curve is health literacy. *Perspectives in Public Health, July 2020.* https://doi.org/10.1177/1757913920936717.

Lausen, L. H., Smith, S. K., Cai, A., Meiser, B., Yanes, T., Raghib Ahmad in Rowlands, G. (2018). How is health literacy addressed in primary care? Strategies that general practitioners use to support patients. *Journal of Communication in Healthcare*, *11*(4), 278–87. https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1531477.

Leung, A. Y. M., Parial, L. L., Tolabing, M. C., Sim, T., Mo, P., Okan, O. in Dadaczynski, K. (2021). Sense of coherence mediates the relationship between digital health literacy and anxiety about the future in aging population during the COVID-19 pandemic: a path analysis. *Aging & Mental Health*, *0*(0), 1–10. https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870206.

Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Zhang, F., Sharma, M., Lai, W., … Zhao, Y. (2018). Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(8), 1711. https://doi.org/10.3390/ijerph15081711.

Lorini, C., Velasco, V., Bonaccorsi, G., Dadaczynski, K., Okan, O., Zanobini, P. in Vecchio, L.P. (2022). Validation of the COVID-19 Digital Health Literacy Instrument in the Italian Language: A cross-sectional study of Italian university students. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 19:6247.

Neter, E., Brainin, E. in Hefer, E. (2012). eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(1), e19. https://doi.org/10.2196/jmir.1619.

Nguyen, L.H., Voh, M.T., Tran, L.T., Dadaczynski, K., Okan, O., Murray, L. in Vo, T.V. (2021). Digital health literacy about COVID-19 as a factor mediating the association between the importance of online information search and psychological well-being among Vietnamese university students. *Frontiers in Digital Health*, 3:739476.

Norman, C. D. in Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, *8*(4), e27. https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27.

Perestelo-Perez, L., Torres-Castaño, A., González-González, C., Alvarez-Perez, Y., Toledo-Chavarri, A., Wagner, A., … Consortium, and on behalf of the I. P. (2020). IC-Health Project: Development of MOOCs to Promote Digital Health Literacy: First Results and Future Challenges. *Sustainability 2020*, *12*(August), 6642. https://doi.org/10.3390/su12166642.

Rowsell, A., Muller, I., Murray, E., Edin, F., Little, P., Byrne, C. D., … Yardley, L. (2015). Views of People With High and Low Levels of Health Literacy About a Digital Intervention to Promote Physical Activity for Diabetes: A Qualitative Study in Five Countries. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(10), e230. https://doi.org/10.2196/jmir.4999.

Sørensen, K. (2013). *Health literacy: the neglected European public health disparity.* Maastricht University.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., … Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–8. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043.

Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., Squiers, L., Peinado, S., Cormack, L. M. (2012). The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication*, *17*(sup3), 30–54. https://doi.org/10.1080/10810730.2012.713442.

Stein, L., Bergdahl, M., Pettersen, K. S. in Bergdahl, J. (2018). Effects of the Conceptual Model of Health Literacy as a Risk: A Randomised Controlled Trial in a Clinical Dental Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(8), 1630. https://doi.org/10.3390/ijerph15081630.

Tagliabue, F. in Galassi, L. (2020). The "Pandemic" of Disinformation in COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, (August), 2–5. https://doi.org/10.1007/s42399-020-00439-1.

Van Den Broucke, S., Levin-Zamir, D., Schaeffer, D., Pettersen, K. S., Guttersrud, Ø., Finbråten, H. S., … Pelikan, J. M. (2020). Digital health literacy in general populations – An international comparison. *European Journal of Public Health*, *30*(European Journal of Public Health, Volume 30, Issue Supplement_5, September 2020).

WHO. (2020). Infodemic. Dostopno 7. septembra 2022 na: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1.

Zakar, R., Iqbal, S., Zakar, M. Z. in Fischer, F. (2021). COVID-19 and Health Information Seeking Behavior: Digital Health Literacy Survey amongst University Students in Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(8): 4009.

4 NACIONALNA RAZISKAVA O PISMENOSTI O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Uvodne besede

Duševno zdravje predstavlja eno najpomembnejših področij sodobnega javnega zdravja, pri katerem ima zdravstvena pismenost pomembno vlogo pri prepoznavanju težav, razumevanju duševnih motenj, iskanju ustrezne pomoči in sprejemanju odločitev, povezanih z obravnavo. V Sloveniji smo od novembra 2021 do januarja 2022 prvič celovito proučili zdravstveno pismenost na področju duševnega zdravja odraslih prebivalcev. Rezultati, predstavljeni v nadaljevanju, z vidika zdravstvene pismenosti ponujajo pomemben vpogled v poznavanje duševnega zdravja, prepoznavanje najpogostejših duševnih motenj, stališča do iskanja pomoči ter razširjenost duševnih težav v slovenski populaciji.

V prvem podpoglavju predstavljamo koncept zdravstvene pismenosti na področju duševnega zdravja, njegov razvoj ter pomen za posameznika in družbo. Opisujemo ključne elemente tega koncepta, ki vključujejo prepoznavanje duševnih motenj, razumevanje dejavnikov tveganja in zaščitnih dejavnikov, poznavanje možnosti zdravljenja ter sposobnost pravočasnega in ustreznega iskanja strokovne pomoči. Posebno pozornost namenjamo tudi povezavi med zdravstveno pismenostjo na področju duševnega zdravja in zmanjševanjem stigme, izboljšanjem duševnega zdravja in učinkovitejšim vključevanjem posameznikov v obravnavo.

V naslednjih podpoglavjih obravnavamo ključna področja zdravstvene pismenosti na področju duševnega zdravja. Predstavljamo poznavanje depresivne in anksioznih motenj ter sposobnost njihovega prepoznavanja v splošni populaciji. Nadalje analiziramo stališča do iskanja strokovne pomoči, dejavnike, ki vplivajo na pripravljenost posameznikov za iskanje podpore, ter razširjenost depresivne motnje, anksioznih motenj in iskanja strokovne pomoči. Posebno pozornost namenjamo razlikam med posameznimi skupinami prebivalcev ter dejavnikom, ki vplivajo na uspešno prepoznavanje duševnih težav in pravočasno vključevanje v obravnavo.

Čeprav posamezna podpoglavja obravnavajo različne vidike zdravstvene pismenosti na področju duševnega zdravja, skupaj tvorijo celovit pregled tega pomembnega področja. Takšen pristop omogoča poglobljeno razumevanje povezav med znanjem, stališči, vedenjem in dejanskim iskanjem pomoči ter prispeva k boljšemu razumevanju izzivov, s katerimi se srečujejo posamezniki in zdravstveni sistem pri krepitvi duševnega zdravja.

4.1 Zdravstvena pismenost na področju duševnega zdravja

Matej Vinko[1], Nina Ropret[1], Vito Klopčič[1], Petra Mikolič[1]

[1]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- Breme duševnih motenj je v naši družbi visoko in v zadnjih tridesetih letih ga nismo uspeli pomembno znižati.
- Številni dejavniki, ki prispevajo k bremenu duševnih motenj, so neustrezno naslovljeni, čeprav imamo na voljo vrsto ukrepov, ki so dokazano učinkoviti.
- V preteklem obdobju se je veliko pozornosti namenilo zdravstveni pismenosti, ki velikokrat vključuje področje duševnega zdravja, vendar so strokovnjaki konstrukt zdravstvene pismenosti na področju duševnega zdravja preoblikovali in začeli pismenost o duševnem zdravju naslavljati kot samostojen koncept.
- Različne raziskave navajajo boljše duševno zdravje prebivalcev v družbah z višjo pismenostjo o duševnem zdravju; bolj razširjena je uporaba preventivnih strategij, iskanje pomoči je hitrejše, prav tako pa imajo nižje breme, ki ga povzročajo duševne motnje.
- Raziskava je bila izvedena na reprezentativnem vzorcu odraslega prebivalstva Slovenije, med novembrom 2021 in januarjem 2022. V končnem vzorcu je bilo vključenih 2677 udeležencev, stopnja odgovora je znašala 30,3 %. Udeleženci raziskave so vprašalnik izpolnjevali preko spleta (78,9 %) ali v papirnati obliki (21,1 %).

UVOD

Duševne motnje že stoletja bremenijo velik delež prebivalstva. Raziskave kažejo, da tekom življenja razvije klinično pomembno duševno motnjo do polovica ljudi (Kessler idr., 2007; Wittchen in Jacobi, 2005). Iz slednjega je razvidno, da ima zelo osebno izkušnjo z duševnimi motnjami pravzaprav sleherni zemljan. V zadnjih desetletjih smo v bogatejših družbah uspeli pomembno znižati breme številnih nenalezljivih kroničnih bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, rakava obolenja ter obolenja dihal in prebavil. Nezmožnosti prilagojena izgubljena leta življenja zaradi ishemične srčne bolezni so v zadnjih tridesetih letih upadla za 28,6 %, zaradi možganske kapi za 35,2 % in zaradi pljučnega raka 16,1 % (Vos idr., 2020). Tovrstnih sprememb bremena bolezni pri duševnih motnjah ne zaznavamo – v zadnjih tridesetih letih je breme depresivnih motenj[1] upadlo za 1,8 %, breme anksioznih motenj[2] pa za 0,1 %. Razloge za družbeni neuspeh v zmanjševanju bremena duševnih motenj pripisujemo različnim dejavnikom – od značilnosti porazdelitve dejavnikov tveganja za razvoj duševnih motenj do neuspešnosti pristopov za zdravljenje duševnih motenj.

Značilnost javnozdravstvenega delovanja je raziskanje vzročne verige ter oblikovanje intervencij, ki spreminjajo izpostavljenost vzročnim dejavnikom. Čeprav imamo za večino duševnih motenj pomanjkljivo znanje o mehanizmih njihovega nastanka in razvoja, smo v preteklem obdobju s pomočjo sodobnih metod prišli do pomembnih znanstvenih prebojev. Poznamo okoliščine ter dejavnike, ki spodbujajo nastanek duševnih motenj in ki ga preprečujejo. Na globalni ravni so sprejeti načrti, ki jasno naslavljajo identificirane dejavnike (Patel idr., 2016). A lahko kljub temu prepoznamo trende, ki izničijo prepoznane napredke – družbene neenakosti in kršenje človekovih pravic, negotovost finančnih in bivanjskih virov, globalne spremembe, ki vplivajo na lokalne pogoje življenja (migrantske krize iz vojnih žarišč, globalno segrevanje, gospodarske krize). Čeprav imamo na razpolago dokaze o učinkovitih javnozdravstvenih ukrepih za preprečevanje duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja, se ti le izjemoma izvajajo v obsegu, ki bi lahko zagotavljal uspešnost na ravni celotnega prebivalstva (Campion idr., 2022). Posledično so veliki izzivi s področja duševnega zdravja, od sistemskih, kot je stigma duševnih motenj, do zelo osebnih, kot je koriščenje zdravstvenih storitev, še vedno nezadostno naslovljeni.

Zdravstvena pismenost se zadnja leta izkazuje kot pomemben dejavnik v javnozdravstvenem delovanju. Raziskovalci jo opisujejo kot mostišče med družbenimi determinantami zdravja ter dejavniki na ravni posameznika (Nutbeam in Lloyd, 2021). Obstaja veliko opredelitev zdravstvene pismenosti in tudi veliko konceptualnih modelov, vendar se pogosto uporablja opredelitev Evropskega konzorcija za zdravstveno pismenost, ki ga povzema Svetovna zdravstvena organizacija. Ta zdravstveno pismenost povezuje z opismenjevanjem, ki vključuje znanje, motivacijo in kompetenco ljudi za dostop, razumevanje, ocenjevanje in uporabo zdravstvenih informacij. Tako opolnomočeni ljudje bi lahko presodili in sprejemali odločitve, povezane z zdravjem, v vsakdanjem življenju (Kickbusch idr., 2013). Pomembno samostojno področje znotraj zdravstvene pismenosti je pismenost o duševnem zdravju. Zdravstvena pismenost velikokrat vključuje področje duševnega zdravja, vendar lahko v literaturi opazimo, da so strokovnjaki konstrukt zdravstvene pismenosti na področju duševnega zdravja razširili/preoblikovali in začeli pismenost o duševnem zdravju naslavljati kot samostojen koncept znotraj zdravstvene pismenosti.

[1] S pojmom depresivna motnja mislimo na oblike razpoloženjskih motenj (po Mednarodni klasifikaciji bolezni; MHB-10), ki spadajo med depresivne epizode (F32) ali ponavljajoče se depresivne motnje (F33).

[2] S pojmom anksiozne motnje mislimo na oblike motenj z anksiozno simptomatiko znotraj sklopov F40–F48 po MKB-10.

Jorm in sodelavci so leta 1997 opredelili pismenost o duševnem zdravju kot znanja in prepričanja o duševnih motnjah, ki prispevajo k prepoznavanju, obvladovanju in preprečevanju le-teh. Izpostavili so, da pismenost o duševnem zdravju vključuje (1) sposobnost prepoznavanja različnih duševnih motenj, (2) znanje/sposobnost iskanja različnih informacij s področja duševnega zdravja, (3) znanje o vzrokih in tveganjih za nastanek duševnih motenj, (4) znanje o različnih vrstah samopomoči ter strokovne pomoči in (5) stališča, ki olajšajo prepoznavanje duševnih motenj in iskanje ustrezne pomoči (Jorm idr., 1997). V zadnjem času lahko zasledimo še nekoliko nadgrajeno opredelitev pismenosti o duševnem zdravju, in sicer je ta definirana kot skupek socialnih in kognitivnih veščin, ki omogočajo: (1) razumevanje, kako pridobiti in ohraniti dobro duševno zdravje, (2) razumevanje duševnih motenj ter možnih načinov zdravljenja, (3) zmanjševanje stigme, povezane z duševnimi motnjami in (4) povečanje učinkovitosti iskanja pomoči (vedenje, kdaj in kje poiskati pomoč) ter razvijanje kompetenc za izboljšanje duševnega zdravja oziroma sposobnost samopomoči (Kutcher idr., 2016). Iz zapisanih definicij je razvidno, da obsega koncept pismenosti o duševnem zdravju različne konstrukte, ki so že posamezno pogosto preučevani v kontekstu duševnega zdravja – od poznavanja duševnih motenj, stališč o duševnih motnjah ali duševnem zdravju ter namer iskanja pomoči.

V raziskavi, ki smo jo izvedli leta 2021 in ki jo opisujemo v nadaljevanju, smo uporabili več merskih instrumentov, s katerimi smo zajeli različne vidike pismenosti, kakor so pogosto opredeljeni v sodobnih definicijah pismenosti o duševnem zdravju (Kutcher idr., 2016). Namen raziskave je bil pridobiti celovit vpogled v stanje pismenosti o duševnem zdravju med odraslimi prebivalci Slovenije ter identificirati skupine oziroma značilnosti, ki se povezujejo z nižjo pismenostjo. Na področju zdravstvene pismenosti lahko v zadnjem času zasledimo, da se veliko raziskav osredotoča na zdravstveno pismenost, povezano s posameznimi bolezenskimi stanji (npr. zdravstvena pismenost v povezavi z rakom) (Lee idr., 2016), podobno lahko zasledimo tudi na področju pismenosti o duševnem zdravju, kjer se vse več raziskav osredotoča na pismenost o specifičnih duševnih motnjah (Šprah, 2019; Griffiths idr., 2004; Gulliver idr., 2012). Na podlagi tega smo se tudi mi v jedrnem delu vprašalnika poglobljeno osredotočili na dve izmed najpogostejših motenj, in sicer na pismenost o anksioznih motnjah ter pismenost o depresivni motnji. Tovrstna raziskava je bila izvedena prvič na vzorcu splošnega prebivalstva in predstavlja odlično izhodišče za nadaljnje aktivnosti na tem področju – bodisi raziskovalne bodisi usmerjene v razvoj ukrepov in politik.

METODOLOGIJA

Nacionalna raziskava o pismenosti o duševnem zdravju v Sloveniji je potekala v več korakih. Izhodišče je predstavljal sistematični pregled literature na področju pismenosti o duševnem zdravju, kjer smo v raziskovalni skupini[3], ki so jo sestavljali sodelavci s področja duševnega zdravja na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, preučili raziskave s tega področja. V sistematični pregled smo vključili raziskave, ki so preučevale bodisi značilnosti pismenosti o duševnem zdravju v določeni populaciji bodisi intervencije, katerih cilj je bil dvig pismenosti. Zanimalo nas je, kako so raziskovalci opredelili koncept pismenosti, katere instrumente so uporabili za merjenje pismenosti ter tudi kakšne so bile značilnosti intervencij, ki so bile opisane v raziskavah.

[3] Avtorji se za pomoč pri izvedbi sistematičnega pregleda zahvaljujemo Maruši Bertoncelj, Urši Leban, Jerneji Lorber, Ireni Makvić, Andreji Rebernik, Špeli Selak, Mateji Vek in Anji Žurga.

Iskalni niz za sistematični pregled je vseboval nabor izrazov s področij zdravstvene pismenosti, duševnega zdravja ter javnozdravstvenega ukrepanja. Dodatno smo dodali tudi izraze, ki se uporabljajo za opis merskih instrumentov v anketnem raziskovanju. Kjer je to bilo smiselno, smo za iskanje uporabili MeSH kode (označeno z dopisom v oglatih oklepajih).

Iskalni nizi z uporabo Boolovih (logičnih) operatorjev:

- #1 »Health literacy« [MeSH] OR »Attitude to health« [MeSH] OR »Help-seeking behaviour« [MeSH] OR »Help seek*« OR »Seek* Help« OR »Health knowledge« OR »Stigma« OR »Literacy« OR »Mental health literacy« OR »Depression literacy«
- #2 »Mental health« [MeSH] OR »Mental disorders« [MeSH] OR »Mental illness*«
- #3 »Early medical intervention« [MeSH] OR »Primary prevention« [MeSH] OR »Health promotion« [MeSH] OR »Preventive psychiatry« [MeSH]
- #4 »Questionnaire« OR »Reliability« OR »Validity«

Za končni nabor člankov, ki smo jih vključili v sistematični pregled, smo uporabili dva iskalna niza – enega za iskanje člankov, ki opisujejo ukrepe (#1 AND #2 AND #3), in drugega za članke o merskih instrumentih (#1 AND #2 AND #4).

Članke smo iskali v zbirki PubMed, dodatno pa smo preverili tudi sivo literaturo z iskalnikom Google. Iz končnega nabora člankov smo izločili tiste, ki so bili starejši od 10 let (objavljeni pred letom 2010), niso bili napisani v angleškem jeziku, se niso nanašali na pismenost o duševnem zdravju ter članke o raziskavah oziroma ukrepih v državah v razvoju.

V končnem izboru smo identificirali 73 člankov, ki so opisovali ukrepe, ter 105 člankov, v katerih so avtorji uporabili merske instrumente, povezane s pismenostjo o duševnem zdravju. Za izvedbo raziskave na slovenskem vzorcu je bilo pomembno pridobiti ustrezne merske instrumente. Za vsak identificiran članek smo določili državo, kjer se je raziskava izvajala, vrsto raziskave, ime merskega instrumenta, avtorja ter leto uvedbe merskega instrumenta, psihometrične lastnosti instrumenta, ciljno populacijo, na kateri je bil instrument uporabljen, velikost vzorca, koncept pismenosti o duševnem zdravju, ki so ga uporabili v raziskavi, ter dolžino (število vprašanj) instrumenta. Za uporabo v vprašalniku smo izbrali vprašalnike, ki so izkazali zadostne psihometrične lastnosti in so bili ocenjeni kot vsebinsko skladni z namenom naše raziskave.

VPRAŠALNIK

Celoten vprašalnik vsebuje 150 vprašanj/trditev in je priložen v Prilogah. Sestavljen je iz sledečih modulov:

1. Osnovni podatki (11 vprašanj)
2. Zdravstveno stanje (6 vprašanj)
3. Počutje (9 trditev iz vprašalnika PHQ-9, 7 trditev iz vprašalnika GAD-7, 2 dodatni vprašanji; skupno 18 trditev oziroma vprašanj)
4. Dejavnosti, povezane z ohranjanjem duševnega zdravja (11 trditev o splošni pismenosti o duševnem zdravju, 2 dodatni vprašanji; skupno 13 trditev oziroma vprašanj)
5. Viri za pridobivanje informacij (11 trditev o pogostosti uporabe)
6. Poznavanje depresije/pismenost o depresiji (22 trditev iz vprašalnika D-lit)
7. Poznavanje anksioznih motenj/pismenost o anksioznih motnjah (22 trditev iz vprašalnika A-lit)
8. Stališča do iskanja strokovne pomoči (24 trditev iz vprašalnika IASMHS)
9. Izkušnje s težavami v duševnem zdravju (9 vprašanj)
10. Iskanje pomoči (11 trditev iz vprašalnika GHSQ, 2 odprti vprašanji; skupno 13 trditev oziroma vprašanj)

Ker je celoten vprašalnik zelo obsežen, smo za pripravo poglavij za pričujočo monografijo uporabili le določene spremenljivke oziroma lestvice, ki jih bomo v nadaljevanju nekoliko natančneje opisali.

Sociodemografske spremenljivke

Iz prvega modula smo vzeli vprašanja, ki se nanašajo na osnovne sociodemografske podatke kot so spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan in subjektivni socialni status (SSS). V analizah smo uporabljali tudi podatke o regiji bivanja anketirancev, ki so bili pridobljeni na podlagi vzorca Statističnega urada Republike Slovenije (SURS). Izmed vseh naštetih spremenljivk smo pri statističnih analizah za spol, zakonski stan in regije uporabili kategorije, ki so bile enake odgovornim možnostim na posamezno vprašanje. Starost anketirancev smo pretvorili v 9 skupin; 18–24 let, 25–29 let, 30–34 let in tako dalje, po petletnih skupinah, do 60–64 let. Izobrazbo smo kategorizirali v 4 kategorije: (1) osnovna šola ali manj, (2) nižja poklicna izobrazba, (3) srednja splošna ali poklicna izobrazba ter (4) višja izobrazba ali več. Pri zaposlitvenem statusu smo odgovorne možnosti prekodirali v 5 kategorij: (1) zaposlen, samozaposlen, kmetovalec, (2) dijak, študent, (3) upokojenec, (4) brezposeln in (5) drugo – pogodba o delu, avtorska pogodba, priložnostno delo, gospodinja, gospodinjec, nezmožen za delo, drugo. SSS je MacArthurjeva lestvica subjektivnega socialnega statusa (Adler idr., 2000), s pomočjo katere anketiranci ocenijo svoj položaj v družbi glede na preostale člane družbe (v našem primeru se anketiranci primerjajo z ostalimi prebivalci Slovenije) na lestvici od 1 (najnižja raven v družbi) do 10 (najvišja raven v družbi). SSS smo za potrebe analiz pretvorili v 3 kategorije; nizek SSS (1–4 na lestvici), srednji SSS (5–7) in visok SSS (8–10).

Vprašalnik o bolnikovem zdravju (angl. Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

PHQ-9 (Kroenke idr., 2001) je vprašalnik za ugotavljanje prisotnosti in stopnje depresije. Zaradi primerljivosti s prejšnjimi raziskavami (npr. Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu,

EHIS) smo zadnjo postavko o samomorilnih ideacijah pri analizah izpustili in jih uporabili le osem. Vprašalnik s prvimi osmimi postavkami se pogosto uporablja v raziskovanju duševnega zdravja in se ga označuje s kratico PHQ-8. Koeficient notranje zanesljivosti (Cronbachova alfa) za lestvico iz osmih postavk je v naši raziskavi znašal 0,89. Na postavke se odgovarja z odgovornimi možnosti od 0 (»Nikoli«) do 3 (»Skoraj vsak dan«). Razpon seštevka točk je tako lahko 0–24 (Kroenke idr., 2009).

Udeležence lahko v kategorije glede stopnje resnosti depresije razdelimo glede na seštevek vrednosti vseh odgovorov (Kroenke idr., 2001). Mejne vrednosti 5, 10, 15 in 20 točk predstavljajo blago, zmerno, zmerno hudo ter hudo stopnjo simptomov depresije. V literaturi najpogosteje uporabljena mejna vrednost za prisotnost simptomov depresije je 10 točk ali več (Kroenke idr., 2009), kar smo uporabili tudi v naši raziskavi (brez simptomov depresije < 10 točk, simptomi depresije ≥ 10 točk).

Vprašalnik ocene generalizirane anksiozne motnje (angl. Generalised Anxiety Disorder Assessment, GAD-7)

GAD-7 (Spitzer idr., 2006) je samoocenjevalni vprašalnik za ugotavljanje prisotnosti in stopnje generalizirane anksiozne motnje in vsebuje sedem postavk, na katere se odgovarja z odgovornimi možnosti od 0 (»Nikoli«) do 3 (»Skoraj vsak dan«). Razpon seštevka točk je tako lahko 0–21. Mejne vrednost 5, 10 in 15 točk predstavljajo blago, zmerno in hudo stopnjo simptomov generalizirane anksiozne motnje. Vrednost 10 točk ali več je določena kot meja, ki lahko opozarja na možno klinično pomembno stanje generalizirane anksiozne motnje, medtem ko meja 15 točk ali več označuje še večjo verjetnost prisotnosti generalizirane anksiozne motnje (oziroma potrebe po zdravljenju) (Kroenke idr., 2001). Koeficient notranje zanesljivosti (Cronbachova alfa) za to lestvico v naši raziskavi je enak 0,92.

GAD-7 je bil prvotno razvit kot presejalni test ter za merjenje stopnje resnosti/izraženosti generalizirane anksiozne motnje. Prav tako ima zmerno dobre operativne lastnosti za tri druge pogoste ankisiozne motnje, in sicer za panično motnjo, socialno anksiozno motnjo in posttravmatsko stresno motnjo (Kroenke idr., 2001). Pri presejanju za anksiozne motnje je tako priporočena mejna vrednost 10 točk ali več (Kroenke idr., 2001), ki je bila uporabljena tudi v pričujoči raziskavi (brez simptomov anksioznih motenj < 10 točk, simptomi anksioznih motenj ≥ 10 točk).

Lestvica o poznavanju depresije in anksioznih motenj (angl. Depression Literacy Questionnaire, D-lit, Anxiety Literacy Questionnaire, A-lit)

D-lit (Griffiths idr., 2004) in A-lit (Gulliver idr., 2012) sta lestvici za ocenjevanje pismenosti o duševnem zdravju, vezani specifično na poznavanje depresije (D-lit) in anksioznih motenj (A-lit). Vsaka lestvica ima 22 trditev, nanje pa anketiranci odgovarjajo z »Da«, »Ne« in »Ne vem«. Kot rezultat na posameznem vprašalniku se šteje seštevek pravilnih odgovorov. Razpon seštevka točk je lahko 0–22. Višji dosežek na posameznem vprašalniku predstavlja boljše poznavanje depresije oziroma anksioznih motenj. Notranja konsistentnost (Cronbachova alfa) vprašalnika D-lit se giblje med 0,70 in 0,78, retestna zanesljivost pa med 0,70 in 0,91 (Ram idr., 2016). Gulliver in sodelavci (2012) so izmerili notranjo konsistentnost vprašalnika A-lit 0,76 in retestno zanesljivost 0,83. Tudi na našem vzorcu smo izmerili notranjo zanesljivost vprašalnikov, ki sta znašali 0,87 (D-lit) in 0,91 (A-lit).

Vprašalnik stališč do iskanja strokovne pomoči (angl. Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services, IASMHS)

IASMHS (Mackenzie idr., 2004) je lestvica, ki meri odnos do iskanja pomoči oziroma storitev za duševno zdravje. Sestavljena je iz treh podfaktorjev: (1) psihološka odprtost, (2) nagnjenost k iskanju pomoči in (3) brezbrižnost do stigme, povezane z duševnimi težavami. Na postavke anketiranci izražajo svoje (ne)strinjanje s pomočjo 5-stopenjske odgovorne lestvice od »Se ne strinjam« do »Se strinjam«. Nekatere postavke se točkujejo obrnjeno, višji dosežek na vsakem podfaktorju pa izraža bolj naklonjena stališča do iskanja strokovne pomoči. Razpon seštevka točk je lahko 0–96. Za celotno lestvico je bil v naši raziskavi koeficient notranje zanesljivosti Cronbachova alfa = 0,83. Za posamezne podlestvice pa 0,71; 0,76 in 0,80 za prvo, drugo in tretjo podlestvico.

Splošni vprašalnik o nameri iskanja pomoči (angl. General Help-Seeking Questionnaire, GHSQ)

GHSQ (Wilson idr., 2005) je vprašalnik za merjenje pripravljenosti oziroma hipotetične namere iskanja pomoči v zvezi z duševnimi težavami in je sestavljen iz dveh delov, v vsakem pa anketiranec odgovarja, kako zelo verjetno je, da bo poiskal pomoč pri posameznem viru. V obeh delih so viri pomoči enaki, razlikuje se le kontekst iskanja pomoči. V prvem delu so vprašanja glede iskanja pomoči zaradi osebnih ali čustvenih težav, v drugem pa zaradi samomorilnih misli. V raziskavi smo uporabili le prvi del vprašalnika, prav tako je bila uporabljena nekoliko drugačna odgovorna lestvica, in sicer le od 1 (»Zelo malo verjetno«) do 4 (»Zelo verjetno«). V izvirniku je bila uporabljena 7-stopenjska lestvica, vendar so bile vse sode točke brez opisnikov, tako da imata na koncu obe odgovorni lestvici enako število opisnikov: (1) »Zelo malo verjetno«, (2) »Malo verjetno«, (3) »Verjetno«, (4) »Zelo verjetno«. Ko so Wilson in sodelavci (2005) preverjali notranjo zanesljivost prvega dela vprašalnika, so dobili vrednost Cronbachove alfe 0,70, medtem ko je bila naša vrednost Cronbachove alfe 0,72.

Kot rezultat na lestvici smo uporabili seštevek odgovorov na vse postavke, s tem da se ena postavka točkuje obrnjeno. Razpon seštevka točk je lahko 10–40. Višji rezultat na lestvici pomeni višjo namero iskanja pomoči v povezavi z duševnimi težavami.

Postopek izvedbe raziskave

Presečna pregledna raziskava o pismenosti o duševnem zdravju je potekala v okviru projekta Dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji, in sicer od novembra 2021 do januarja 2022. V verjetnostni vzorec, ki ga je pripravil SURS skladno z Zakonom o državni statistiki, je bilo izbranih 9000 prebivalcev Slovenije, starih med 18 in 64 let, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih. Vzorčni načrt je bil stratificiran enostavni slučajni vzorec.

Izbrane v vzorec smo z obvestilnim pismom povabili k sodelovanju v raziskavi. Prva obvestilna pisma so udeleženci raziskave prejeli 4. 11. 2021. V vabilu smo udeležencem posredovali povezavo do spletne ankete, narejene s pomočjo orodja za spletno anketiranje 1KA (https://www.1ka.si), in geslo za dostop za vsakega posameznika. Dne 25. 11. 2021 so udeleženci, ki še niso odgovorili na spletno anketo, prejeli prvi opomnik. Ponovno je pismo vsebovalo povezavo in geslo za dostop. Temu pa je sledil še drugi in zadnji opomnik, ki so ga udeleženci prejeli 21.12. 2021. Ta opomnik pa se je od prejšnjega razlikoval v tem, da mu je bil priložen tudi vprašalnik v papirnati obliki. Tako so anketiranci lahko izpolnili vprašalnik bodisi preko spleta bodisi v papirnati obliki, ki so ga nato odposlali na NIJZ v priloženi predplačani pisemski ovojnici.

V končnem vzorcu je bilo vključenih 2677 udeležencev, če odštejemo tiste, ki pisem niso prejeli (npr. selitev, neustrezen naslov ipd.), je stopnja odgovora znašala 30,3 %. 78,9 % udeležencev je anketo izpolnilo prek spleta, 21,1 % pa v papirnati obliki. Ostale razporeditve po ključnih socio-demografskih spremenljivkah pa lahko vidimo v Tabeli 4.1. Končne podatke smo pred izvedbo analiz še utežili, z namenom, da bi še izboljšali njihovo reprezentativnost za celotno populacijo prebivalcev Slovenije, starih do 64 let. Podatki so bili uteženi glede na spol, starostne in izobrazbene kategorije (enake kot vidimo v Tabeli 4.1) ter glede na regije.

Tabela 4.1: Deleži udeležencev po kategorijah posameznih sociodemografskih spremenljivk

Spremenljivka		Delež anketirancev
Spol	Moški	52,2 %
	Ženski	47,8 %
Starost	18–24 let	10,8 %
	25–29 let	8,6 %
	30–34 let	10,2 %
	35–39 let	11,4 %
	40–44 let	12,5 %
	45–49 let	12,0 %
	50–54 let	11,5 %
	55–59 let	11,8 %
	60–64 let	11,2 %
Izobrazba	OŠ ali manj	14,1 %
	Nižja poklicna izobrazba	22,5 %
	Srednja izobrazba	34,4 %
	Višja ali več	29,0 %
Zakonski stan	Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	69,5 %
	Učenec, dijak, študent	8,4 %
	Upokojenec	9,7 %
	Brezposeln	7,0 %
	Drugo	5,4 %
Regija	Pomurska	5,4 %
	Podravska	15,7 %
	Koroška	3,3 %
	Savinjska	12,3 %
	Zasavska	2,7 %
	Posavska	3,6 %
	Jugovzhodna Slovenija	6,9 %
	Osrednjeslovenska	26,8 %
	Gorenjska	9,9 %
	Primorsko-notranjska	2,5 %
	Goriška	5,4 %
	Obalno-kraška	5,6 %
SSS	Nizek	26,3 %
	Srednji	62,9 %
	Visok	10,8 %

Statistične analize

Za obdelavo podatkov smo uporabili program SPSS (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., ZDA). Poleg opisne statistike smo preverjali še povezanost neodvisnih spremenljivk z odvisnimi z uporabo Studentovega t-testa za neodvisne vzorce oziroma ANOVE pri zveznih spremenljivkah (pri prvih dveh sklopih) ter z uporabo hi-kvadrat testa (pri tretjem sklopu). Za statistično značilno smo šteli vrednost $p \leq 0{,}05$. Prav tako nas je zanimal vpliv neodvisnih spremenljivk na odvisne, zato smo uporabili tudi linearno oziroma logistično regresijo.

Statistična analiza podatkov je potekala po posameznih sklopih – (1) znanje o duševnih motnjah, (2) stališča in namere iskanja pomoči ter (3) razširjenost simptomov duševnih motenj in izkušnje iskanja strokovne pomoči zaradi duševnih motenj. Metodologija raziskovanja v posameznih sklopih je podrobneje opisana v poglavjih v nadaljevanju.

Omejitve raziskave

Raziskava je imela nekatere omejitve, ki lahko pomembno vplivajo na razumevanje in posplošitev rezultatov na celotno prebivalstvo Slovenije. Raziskava je bila prostovoljna, zato se delež povabljenih ni odločil sodelovati. Razlogov za nesodelovanje nismo posebej raziskovali. Iz drugih raziskav vemo, da je nesodelovanje povezano z določenimi značilnostmi (npr. moški spol in nižji socialno-ekonomski status), ki so povezane tudi z duševnim zdravjem (Ekholm idr., 2010; Gundaard idr., 2008). Prav tako v raziskavi niso zajete osebe, ki bivajo v institucionalnem varstvu ter posamezniki, ki sami niso zmožni izpolniti vprašalnika. Vzorec je bil omejen tudi starostno, saj smo vključevali osebe, stare med 18 in 64 let. Zaradi tega lahko pričakujemo manjša odstopanja med rezultati raziskave ter med dejanskim stanjem med celotnim prebivalstvom.

Čeprav smo v raziskavi stremeli k uporabi merskih instrumentov oziroma vprašalnikov, ki so bili v preteklosti že psihometrično testirani na slovenski populaciji, smo morali v raziskavo vključiti tudi nekatere (A-lit, D-lit, IASMHS, GHSQ), ki so bili do sedaj psihometrično preverjani zgolj v tujih okoljih. Pri slednjih smo izbrali vprašalnike, ki so imeli odlične merske lastnosti, prav tako pa so mere zanesljivosti v naši izvedbi pokazale, da so bili uporabljani vprašalniki ustrezni. Enako so pokazale tudi predhodne uporabe teh vprašalnikov v slovenskem jeziku.

Navkljub omejitvam ima raziskava številne prednosti v primerjavi s predhodnimi raziskavami s področja duševnega zdravja. Vključili smo veliko število odraslih prebivalcev, ki so reprezentativni po spolu, starostnih skupinah, izobrazbi ter regijah. Prav tako je raziskava bila v celoti namenjena področju duševnega zdravja, kar nam je omogočilo vključitev obsežnega nabora vprašalnikov in vprašanj, s katerimi smo dobili poglobljen vpogled v stališča in stanje na področju duševnega zdravja in odlično izhodišče za nadaljnje delo na področju pismenosti o duševnem zdravju.

LITERATURA

Adler, N. E., & Epel, E. (2000). Relationship of Subjective and Objective Social Status With Psychological. *19*(6), 586–92. https://www.apa.org/pubs/journals/releases/hea-196586.pdf

Campion, J., Javed, A., Lund, C., Sartorius, N., Saxena, S., Marmot, M., Allan, J. in Udomratn, P. (2022). Public mental health: Required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, *9*(2), 169–82. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00199-1

Ekholm, O., Gundgaard, J., Rasmussen, N. K., & Hansen, E. H. (2010). The effect of health, socio-economic position, and mode of data collection on non-response in health interview surveys. *Scandinavian journal of public health*, *38*(7), 699–706.

Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K. in Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 185*, 342–9.

Guliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., MacKinnon, A., Calear, A. L., Parsons, A., Bennet, K., Batterham, P. J. in Stanimirovic, R. (2012) Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research,14*(3), e69.

Gundgaard, J., Ekholm, O., Hansen, E. H., & Rasmussen, N. K. (2008). The effect of non-response on estimates of health care utilisation: linking health surveys and registers. *European journal of public health*, *18*(2), 189–94.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. in Pollitt, P. (1997). „Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia, 166*(4), 182–6.

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., … Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 6*(3), 168–76.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. in Tsouros, A. (2013). *Health literacy*. WHO Regional Office for Europe.

Kroenke, K., Strine, Spitzer, R. in Williams, J. (2001). *Instruction manual Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures*. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instruction-manual-instructions-for-patient-health-questionnaire-phq-and-gad-7-measures-m-and-e

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 606–13. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Berry, J. T. in Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1–3), 163–73. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026

Kutcher, S., Wei, Y. in Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Lee, H. Y., Rhee T. G.in Kim N. K. (2016) Cancer literacy as a mediator for cancer screening behaviour in Korean adults. *Health & Social care in the community, 24*(5): 34–42.

Mackenzie, S.C., Knox, J. V., Gekoski, W. L., Macaulay, H. L. (2006). An Adaptation and Extension of the Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*(11), 2410–33.

Nutbeam, D. in Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, *42*, 159–73. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Patel, V., Saxena, S., Frankish, H. in Boyce, N. (2016). Sustainable development and global mental health—A Lancet Commission. *The Lancet, 387*(10024), 1143–5. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00208-7

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. in Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 210*(4), 261–8. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. in Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis: Evolution of public attitudes. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(6), 440–52. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092–7. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Šprah, L. (2019). *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov : izkušnje in razmisleki.* Založba ZRC SAZU.

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., … Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 396*(10258). https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9

Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. (2005). Measuring Help-Seeking Intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling, 39*(1), 15–28.

Wittchen, H.-U. in Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 15*(4), 357–76. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012

4.2 Poznavanje depresivne in anksioznih motenj

Petra Mikolič[1], doc. dr. Saška Roškar[1], doc. dr. Helena Jeriček Klanšček[1], mag. Alenka Tančič Grum[1], Vito Klopčič[1], dr. Tatjana Novak Šubara[1], Nina Ropret[1], Matej Vinko[1]

[1]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- Boljše poznavanje depresivne in anksioznih motenj smo ugotovili pri ženskah, mlajših osebah, osebah z višjo stopnjo izobrazbe, osebah z višjim subjektivnim socialnim statusom in pri osebah s preteklimi izkušnjami duševnih težav.
- Znanje o depresivni in anksioznih motnjah je višje v regijah, kjer je prisoten visok delež prebivalstva s terciarno izobrazbo, kljub temu pa razlike na nivoju regij niso močno izražene.
- Poznavanje anksioznih motenj je pri vseh skupinah prebivalcev slabše od poznavanja depresivne motnje, zato je še posebej pomembno vzpostaviti več izobraževalnih, promocijskih in preventivnih aktivnosti na področju anksioznih motenj.
- V prihodnje bi bilo smiselno bolj načrtno usmerjanje promocijskih in preventivnih aktivnosti v celotno populacijo, še posebej v ciljne skupine, pri katerih smo ugotovili slabše poznavanje depresivne in anksioznih motenj (npr. moški, starejši, osebe z nižjo izobrazbo, osebe z nižjim subjektivnim socialnim statusom).

UVOD

Poznavanje depresivne in anksioznih motenj je del pismenosti o duševnem zdravju. Nanaša se na znanje o simptomih in znakih obeh stanj, znanje o vrstah samopomoči in strokovne pomoči ter veščine, kako posamezniku, ki trpi zaradi depresivne ali anksiozne motnje, ponuditi pomoč (Deen in Bridges, 2011). V nadaljevanju se bomo ob naslavljanju pismenosti o depresivni in anksioznih motnjah osredotočali predvsem na komponento poznavanja obeh motenj.

V študijah so ugotavljali, da je boljše poznavanje depresivne in anksioznih motenj povezano z manjšo stigmo (Calear idr., 2021) in bolj pozitivnimi stališči do iskanja pomoči (Calear in dr., 2021; Wang in dr., 2019), predvsem strokovnih virov (npr. psihiater, klinični psiholog) (Altweck idr., 2015; Tmozyck idr., 2018). Avtorji tudi ugotavljajo, da znanje o depresivni in anksioznih motnjah ni izraženo v enaki meri, temveč da imajo ljudje boljše znanje o depresivni motnji kot anksioznih motnjah (Gulliver idr., 2012). Pismenost o duševnem zdravju, ki zajema tudi znanje o duševnih motnjah, se je v času pandemije pokazala kot pomemben dejavnik za zmanjšanje stresa zaradi covida-19 (Hu idr., 2021).

Poznavanje depresivne in anksioznih motenj se povezuje z različnimi sociodemografskimi dejavniki. Študije denimo dosledno kažejo, da je stopnja poznavanja depresivne in anksioznih motenj višja pri ženskah kot pri moških (Fadjimina in Furnham, 2017; Townsend idr., 2019) in da mlajši posamezniki v primerjavi s starejšimi boljše poznavajo anksiozne (Fadjimina in Furnham, 2017) in depresivno motnjo (Farrer idr., 2008). Eden izmed sociodemografskih dejavnikov, ki se povezuje s višjim znanjem o depresivni in anksioznih motnjah, je tudi višja stopnja izobrazbe (Kheirabadi idr., 2020).

Prav tako v nekaterih tujih študijah ugotavljajo povezavo med znanjem o duševnih motnjah in socialno-ekonomskim statusom (SES), pri čemer imajo posamezniki z višjim SES več znanja o duševnih motnjah. Avtorji takšne ugotovitve povezujejo z izobrazbo posameznikov z različnim SES, in sicer so tisti z boljšim SES običajno bolj izobraženi in posledično tudi boljše prepoznavajo simptome in imajo več znanja o duševnih motnjah (Bernstein idr., 2020; Holman, 2015; von dem Knesebeck idr., 2013). Učinek stopnje izobrazbe je bolj izrazit pri ženskah (Holman, 2015).

Na poznavanje depresivne in anksioznih motenj lahko vpliva tudi prisotnost duševnih težav v osebni ali družinski anamnezi (Reavley idr., 2014), kljub temu pa nekatere študije nakazujejo, da se predhodna izkušnja z duševnimi težavami ne povezuje neposredno z znanjem o specifičnih motnjah (Dahlberg idr., 2008; Mamun idr., 2020).

Pismenost o depresivni in anksioznih motnjah v Sloveniji je raziskoval Majcen (2016), ki je v raziskavi primerjal Savinjsko in Pomursko regijo. Ugotovil je, da je znanje o depresivni in anksioznih motnjah boljše v Savinjski regiji, kjer je tudi več aktivnosti ozaveščanja o duševnem zdravju. Razlike med Savinjsko in Pomursko regijo so bile bolj izrazite pri znanju o anksioznih motnjah kot pri znanju o depresivni motnji. V nekaterih tujih državah (npr. Hegerl idr., 2003; Hickie, 2004; Jorm idr., 2002) so ugotavljali, da imajo kampanje ozaveščanja pozitiven vpliv na pismenost o depresiji in anksioznosti.

Raziskovanje in razumevanje poznavanja depresivne in anksioznih motenj je pomembno, ker se obe vrsti znanja povezujeta z manjšo stigmo do duševnih težav in z bolj pozitivnimi stališči do iskanja pomoči. Vpogled v poznavanje depresivne in anksioznih motenj pri različnih ciljnih skupinah je osnova za učinkovitejše načrtovanje ustreznih (javnozdravstvenih) intervencij na tem področju. Namen pričujočega prispevka je predstaviti stopnjo znanja o depresivni in anksioznih motnjah, ki ga imajo odrasli prebivalci v Sloveniji, in povezanost nekaterih sociodemografskih spremenljivk (spol, starost, izobrazba itd.) s poznavanjem depresivne in anksioznih motenj.

METODE

V prispevku sta nas zanimala znanje o depresivni in znanje o anksioznih motnjah, kar smo merili z lestvicama D-lit (angl. Depression Literacy Questionnaire/Vprašalnik poznavanja depresije; Griffiths idr., 2004) in A-lit (angl. Anxiety Literacy Questionnaire/Vprašalnik poznavanja anksioznih motenj; Gulliver idr., 2012). Obe lestvici sta sestavljeni iz 22 trditev. Primer postavke na vprašalniku D-lit je Ljudje, ki imajo depresijo, pogosto govorijo nejasno in nepovezano, primer postavke na vprašalniku A-lit pa Z anksiozno motnjo se je najbolje spopasti kar sam. Točkovani so bili le pravilni odgovori na posamezne trditve. Seštevek točk oziroma pravilnih odgovorov je rezultat na teh dveh lestvicah, pri čemer višji rezultat pomeni boljše poznavanje motnje.

Zanimala nas je tudi povezanost neodvisnih spremenljivk z rezultatoma na lestvicah D-lit in A-lit. Poleg sociodemografskih spremenljivk, kot so spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan, subjektivni socialni status (SSS) in regija bivanja, smo med neodvisne spremenljivke vključili še izkušnje s težavami v duševnem zdravju. Spremenljivka je nastala z združitvijo postavk, ki sta preverjali soočanje s težavami v duševnem zdravju trenutno in v preteklosti, in vključuje dve kategoriji: oseba se še ni soočala s težavami v duševnem zdravju in oseba se sooča ali se je v preteklosti soočala s težavami v duševnem zdravju.

Poleg opisne statistike (povprečne vrednosti in standardni odkloni po kategorijah) smo s pomočjo Studentovega t-testa in ANOVE preverjali statistično značilnost razlik med povprečnimi vrednostmi posameznih kategorij na lestvicah D-lit in A-lit. Naredili smo še linearni regresiji za preverjanje vpliva neodvisnih na odvisni spremenljivki.

REZULTATI

Anketiranci so na Vprašalniku poznavanja depresije v povprečju pravilno odgovorili na devet od 22 vprašanj (M = 8,88, SD = 4,99). Iz Tabele 4.2 je razvidno, da se znanje o depresivni motnji statistično značilno povezuje z vsemi merjenimi sociodemografskimi spremenljivkami. Znanje o depresivni motnji je višje pri ženskah, mlajših in višje izobraženih prebivalcih Slovenije. Če primerjamo osebe po zakonskem stanu, najvišje vrednosti na vprašalniku dosegajo samski, najnižje pa poročeni posamezniki. Dijaki in študenti imajo v primerjavi z ostalimi zaposlitvenimi statusi največ znanja o depresivni motnji, najmanj pa upokojenci. Poznavanje depresivne motnje se razlikuje tudi med regijami. Najnižje vrednosti na vprašalniku so dosegali prebivalci Pomurske, Koroške, Savinjske in Goriške, najvišje pa prebivalci Osrednjeslovenske in Gorenjske regije. Poznavanje depresivne motnje je prav tako boljše pri osebah, ki svoj SSS ocenjujejo višje. Prebivalci, ki se trenutno ali so se v preteklosti že soočali s težavami v duševnem zdravju, imajo statistično značilno višje rezultate na vprašalniku od oseb, ki se s težavami v duševnem zdravju niso soočale.

Tabela 4.2: Poznavanje depresivne (D-lit) in anksioznih motenj (A-lit)

		D-lit				A-lit			
				t-test/ANOVA				t-test/ANOVA	
		M	SD	t/F	p	M	SD	t/F	p
Spol	Moški	7,91	4,78	–10,64	< 0,001	5,74	5,27	–10,85	< 0,001
	Ženski	9,96	4,99			8,06	5,58		
Starost	18–24 let	10,27	4,681	13,71	< 0,001	8,44	5,29	8,77	< 0,001
	25–29 let	10,25	4,963			8,07	5,73		
	30–34 let	10,05	4,613			7,76	5,56		
	35–39 let	9,16	5,326			6,99	5,91		
	40–44 let	9,04	5,032			6,61	5,43		
	45–49 let	8,36	5,315			6,37	5,65		
	50–54 let	8,26	4,541			6,24	5,08		
	55–59 let	7,65	4,664			5,69	5,30		
	60–64 let	7,36	4,754			5,95	5,35		
Izobrazba	OŠ ali manj	7,01	4,83	117,46	< 0,001	5,66	5,07	71,96	< 0,001
	Nižja poklicna izobrazba	6,79	4,57			4,78	4,89		
	Srednja izobrazba	9,04	4,64			6,97	5,61		
	Višja ali več	11,16	4,73			8,89	5,43		
Zakonski stan	Samski	9,38	5,06	4,45	0,001	7,50	5,60	4,20	0,002
	Poročeni	8,43	4,85			6,40	5,49		
	Zunajzakonska zveza	9,16	5,04			7,05	5,50		
	Ovdoveli	9,09	4,78			7,31	5,56		
	Ločeni	9,29	5,09			7,06	5,71		
Zaposlitev	Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	8,80	5,00	21,22	< 0,001	6,74	5,56	15,81	< 0,001
	Učenec, dijak, študent	11,33	4,39			9,51	5,13		
	Upokojenec	7,14	4,58			5,74	5,22		
	Brezposeln	9,01	4,99			6,53	5,28		
	Drugo	9,17	4,85			6,82	5,77		
Regija	Pomurska	8,11	5,12	3,97	< 0,001	6,27	5,72	5,20	< 0,001
	Podravska	8,58	4,83			6,45	5,45		
	Koroška	8,03	4,67			6,79	6,01		
	Savinjska	8,17	5,29			6,21	5,29		
	Zasavska	9,00	5,17			5,71	5,62		
	Posavska	8,57	4,80			5,66	5,43		
	Jugovzhodna Slovenija	8,30	4,51			6,03	5,24		
	Osrednjeslovenska	9,70	5,00			7,89	5,68		
	Gorenjska	9,58	5,03			7,73	5,54		
	Primorsko-notranjska	8,78	4,63			7,11	5,16		
	Goriška	8,15	5,18			5,68	5,23		
	Obalno-kraška	8,83	4,56			6,72	5,13		

		D-lit				A-lit			
				t-test/ANOVA				t-test/ANOVA	
		M	SD	t/F	p	M	SD	t/F	p
SSS	Nizek	8,02	5,05	15,85	< 0,001	6,13	5,58	8,65	< 0,001
	Srednji	9,12	4,96			7,08	5,51		
	Visok	9,72	4,71			7,46	5,47		
Soočanje s težavami v duševnem zdravju	Da	10,83	4,45	–18,77	< 0,001	8,916	5,32	–17,63	< 0,001
	Ne	7,36	4,85			5,235	5,16		

Opombe: t = testna statistika t-testa za neodvisne vzorce. F = testna statistika testa ANOVA za neodvisne vzorce.

Poznavanje anksioznih motenj je slabše od poznavanja depresivne motnje v vseh sociodemografskih skupinah. V povprečju so anketiranci na Vprašalniku poznavanja anksioznih motenj pravilno odgovorili na sedem od 22 vprašanj (M = 6,85, SD = 5,54). Razlike v znanju o anksioznih motnjah znotraj posameznih skupin so podobne razlikam v poznavanju depresivne motnje; več znanja o anksioznih motnjah imajo ženske, mlajši, posamezniki z višjo stopnjo izobrazbe, samski, dijaki in študenti ter osebe, ki svoj SSS ocenjujejo višje. Tudi znanje o anksioznih motnjah je najvišje v Osrednjeslovenski regiji in Gorenjski, medtem ko je najmanj znanja o anksioznih motnjah v Zasavski, Posavski in Goriški regiji. Izstopa Zasavska regija, kjer imajo prebivalci relativno visoko znanje o depresivni motnji (9,00), poznavanje anksioznih motenj pa je med najslabšimi v Sloveniji (5,71). Osebe, ki se trenutno ali so se v preteklosti že soočale s težavami v duševnem zdravju, imajo boljše znanje o anksioznih motnjah v primerjavi z osebami brez težav v duševnem zdravju.

Tabela 4.3: Rezultati multiple analize povezanosti med poznavanjem depresivne motnje (D-lit), sociodemografskimi spremenljivkami in preteklim soočanjem s težavami v duševnem zdravju

	B	***SE(B)***	***β***	***p***
Konstanta	7,02	0,43		< 0,001
Spol (Ref = moški)	1,19	0,18	0,12	< 0,001
Starost	–0,05	0,01	–0,12	< 0,001
Izobrazba (Ref = OŠ ali manj)				
Nižja poklicna izobrazba	0,22	0,30	0,02	0,458
Srednja izobrazba	1,72	0,28	0,16	< 0,001
Višja ali več	3,43	0,29	0,31	< 0,001
SSS (Ref = nizek SSS)				
Srednji SSS	0,45	0,21	0,04	0,028
Visok SSS	0,78	0,32	0,05	0,015
Soočanje z duševnimi težavami (Ref = brez izkušenj z duševnimi težavami)	2,96	0,18	0,29	< 0,001

Opombe: prilagojen R2 = 0,25; F (8, 2523) = 104,27; p < 0,001

Tabela 4.4: Rezultati multiple analize povezanosti med poznavanjem anksioznih motenj (A-lit), sociodemografskimi spremenljivkami in preteklim soočanjem s težavami v duševnem zdravju

	B	***SE(B)***	***β***	***p***
Konstanta	5,03	0,49		< 0,001
Spol (Ref = moški)	1,43	0,20	0,13	< 0,001
Starost	–0,04	0,01	–0,10	< 0,001
Izobrazba (Ref = OŠ ali manj)				
Nižja poklicna izobrazba	–0,21	0,34	–0,02	0,526
Srednja izobrazba	1,13	0,32	0,10	< 0,001
Višja ali več	2,65	0,33	0,22	< 0,001
SSS (Ref = nizek SSS)				
Srednji SSS	0,48	0,24	0,04	0,042
Visok SSS	0,70	0,37	0,04	0,055
Soočanje z duševnimi težavami (Ref = brez izkušenj z duševnimi težavami)	3,23	0,20	0,29	< 0,001

Opombe: prilagojen R2 = 0,20; F (8, 2523) = 77,86; p < 0,001

Rezultati multiplih linearnih regresij so pokazali, da vključene spremenljivke pomembno prispevajo k razlikam v znanju o depresivni motnji (Tabela 4.3), prav tako k razlikam v poznavanju anksioznih motenj (Tabela 4.4). Preteklo soočanje z duševnimi težavami se je izkazalo za enega pomembnejših napovednikov znanja tako o depresivni kot o anksioznih motnjah. Prav tako se z boljšim znanjem o depresivni in anksioznih motnjah povezujejo ženski spol, nižja starost in višja izobrazba. Tudi višji SSS se statistično značilno povezuje z boljšim poznavanjem depresivne motnje, medtem ko so povezave med kategorijami SSS in poznavanjem anksioznih motenj v multipli analizi zelo blizu meji statistične značilnosti.

RAZPRAVA

Na področju pismenosti o duševnem zdravju se vse več raziskav osredotoča na pismenost o posameznih duševnih motnjah (Gulliver idr., 2012; Majcen, 2016; Reavley idr., 2014). V raziskavi na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije smo se osredotočili na preučevanje znanja o dveh najpogostejših motnjah, in sicer na znanje o depresivni in anksioznih motnjah.

Povprečna vrednost dosežka na Vprašalniku poznavanja depresije (8,88) nam pove, da so anketiranci pravilno odgovorili na 40,4 % vprašanj o depresivni motnji. Nivoja znanja o depresivni motnji ne moremo z natančnostjo primerjati s preteklimi študijami, saj pripomočka D-lit večina raziskovalcev ni uporabila na reprezentativnih nacionalnih vzorcih. Bernstein in sodelavci (2020) so na vzorcu Američanov korejskega rodu poročali o povprečni vrednosti 9,18, Majcen (2016) pa je na vzorcu prebivalcev Pomurske in Savinjske regije izračunal povprečno vrednost 9,76. Znanje o depresivni motnji v Sloveniji bistveno ne odstopa od nivoja znanja v dosedanjih študijah, kljub temu pa lahko rečemo, da je poznavanje depresivne motnje med Slovenci pomanjkljivo.

Na Vprašalniku poznavanja anksioznih motenj je povprečna vrednost znašala 6,85, kar pomeni, da so anketiranci pravilno odgovorili samo na 31,1 % vprašanj o anksioznih motnjah. Majcen (2016) je na vzorcu prebivalcev Savinjske in Pomurske regije poročal povprečno vrednost 8,56, vendar je višji rezultat morda odraz slabe reprezentativnosti vzorca, saj je bil delež oseb z osnovnošolsko izobrazbo ali manj zelo nizek.

Nizko znanje o depresivni in anksioznih motnjah je lahko posledica napačnih, nepreverjenih in protislovnih informacij o duševnih motnjah, ki se pojavljajo v medijih in na socialnih omrežjih (Sanz in Gracía-Vera, 2017), pismenost o depresivni in anksioznih motnjah pa bi naj bila tudi odraz razširjenosti preventivnih in promocijskih dejavnosti (Majcen, 2016). Kljub relativno nizkim rezultatom na obeh vprašalnikih je razvidno, da imajo Slovenci več znanja o depresivni motnji v primerjavi z znanjem o anksioznih motnjah. Višji nivo znanja o depresivni motnji v primerjavi z znanjem o anksioznih motnjah dosledno potrjujejo ostale študije (Gulliver, 2012; Majcen, 2016; Ošlak, 2020), kar lahko delno razložimo s pogostejšim omenjanjem depresivne motnje v primerjavi z anksioznimi motnjami v medijih in na socialnih omrežjih (Thai Quynh-Chi, 2021). Prav tako je lahko višji nivo znanja o depresivni motnji odraz javnozdravstvenih programov, ki več poudarka namenjajo depresiji in so prisotni že dlje časa. V Sloveniji je bila na primer leta 2014 implementirana psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo, delavnica Podpora pri spoprijemanju s tesnobo pa je bila uvedena šele dve leti kasneje. Javnozdravstveni projekt MOČ za izboljšanje storitev na področju varovanja in krepitve duševnega zdravja, ki je potekal med letoma 2015 in 2016, je naslavljal predvsem depresijo in samomorilno vedenje (Konec Juričič idr., 2021). V okviru Programa integrirane preventive kroničnih nalezljivih bolezni, ki poteka v ambulantah družinske medicine, je od leta 2014 vzpostavljeno nacionalno presejanje ogroženosti za depresijo (Vrbovšek, 2015), medtem ko se presejanje za anksiozne motnje ne izvaja. Prisotnost presejanja ogroženosti za duševne motnje verjetno ne zvišuje nivoja znanja med splošnim prebivalstvom, lahko pa odraža, da v okviru javnozdravstvenih programov anksioznim motnjam namenjamo manjšo pozornost. Majcen (2016) v raziskavi opisuje, da veliko ljudi opisa anksiozne motnje ne dojema kot duševno motnjo ali zdravstveni problem, ampak kot določeno psihološko težavo posameznika, problem s samopodobo ali sramežljivost. Pomembno je torej, da javnost informiramo tudi o tem, kaj je in kaj ni duševna motnja ter kdaj se lahko težave z duševnim zdravjem razvijejo v duševno motnjo.

Rezultati so pokazali pomembne razlike v poznavanju duševnih motenj med posameznimi sociodemografskimi skupinami. Ženske imajo v primerjavi z moškimi več znanja o depresivni in anksioznih motnjah, kar je skladno s predhodnimi raziskavami (npr. Hadjimina in Furnham, 2017; Jafari idr., 2021; Kheirabadi idr., 2021). K višjemu znanju žensk v primerjavi z moškimi morda nekoliko prispeva večja razširjenost depresivne in anksioznih motenj pri ženskem spolu. Rezultati naše raziskave so namreč pokazali, da imajo osebe, ki se trenutno ali so se v preteklosti že soočale s težavami v duševnem zdravju tudi več znanja o depresivni in anksioznih motnjah. Hadjimina in Furnham (2017) višje znanje pri ženskah pojasnjujeta tudi s pogostejšim, stereotipnim prikazovanjem žensk z depresivno ali anksiozno motnjo v medijih, zaradi česar se ženske z osebami lažje poistovetijo in se v primerjavi z moškimi pogosteje zanimajo za nadaljnje informacije.

Nivo znanja o depresivni in anksioznih motnjah je najnižji v starejših starostnih skupinah, kar nakazujejo tudi tuje raziskave (Bernstein idr., 2020; Farrer, 2008; Realvey idr., 2014). V naši raziskavi bi slabše znanje o duševnih motnjah pri starejših osebah (do 64 let) lahko pojasnili z nižjo prevalenco duševnih motenj pri starejših in naraščanjem izobraževalnih vsebin, ki so dandanes namenjene ozaveščanju mladih o depresivni in anksioznih motnjah, česar starejše generacije niso bile deležne v času izobraževanja. Hkrati je mladim veliko informacij o duševnih motnjah dostopnih v spletnih virih, po katerih starejše osebe redkeje posegajo. Rezultati kažejo, da imajo upokojenci še posebej

izrazito nizek nivo znanja o depresivni in anksioznih motnjah, najvišji povprečni vrednosti pa so dosegli dijaki in študenti. Prav tako so rezultati pokazali naraščanje poznavanja depresivne in anksioznih motenj s stopnjo izobrazbe. Ugotovitve so skladne z razlago, da formalno izobraževanje in znanje, ki ga dijaki in študenti tekom izobraževanja delijo s kolegi, pomembno prispevajo k znanju o depresivni in anksioznih motnjah (Kheiradabi idr., 2021). Podobno kot pri nizki stopnji izobrazbe je slabše znanje o depresivni in anksioznih motnjah prisotno tudi pri osebah z nizkim SSS, kar so ugotovili tudi Bernstein in sodelavci (2020).

Nizek nivo znanja o depresivni in anksioznih motnjah pri poročenih osebah, ki se je pokazal v rezultatih naše raziskave, je presenetljiv. V tujih raziskavah (Bernstein idr., 2020; Jafari idr., 2021) se zakonski stan ni pokazal kot pomemben dejavnik znanja o duševnih motnjah. Statistično pomembne razlike med samskimi in poročenimi v univariatnem modelu so morda nastale zaradi povezav med starostjo in zakonskim statusom. Medtem ko med mlajšimi prebivalci skoraj izključno prevladuje samski status, je v starejših starostnih skupinah večji delež poročenih.

Nadalje so rezultati pokazali, da imajo osebe z lastno izkušnjo težav v duševnem zdravju izrazito več znanja tako o depresivni kot o anksioznih motnjah v primerjavi z osebami, ki niso poročale o dosedanjih težavah v duševnem zdravju. Pretekle raziskave ne kažejo konsistentnih rezultatov, bodisi razlike med skupinama ni (Dahlberg idr., 2008; Mamun idr., 2020) ali pa raziskovalci poročajo o pozitivni povezavi med znanjem o duševni motnji in lastni izkušnji ali izkušnji bližnjega s to motnjo (Reavley idr., 2014), kar se sklada z rezultati naše študije. Raziskovalci, ki so uporabili vprašalnik D-lit na vzorcu oseb s simptomi depresivne motnje, so poročali o povprečnih vrednostih 13,2 (Ram idr., 2016) in 12,9–13,2 (Griffiths idr., 2004). Omenjene raziskave niso vključevale oseb brez simptomov depresivne motnje, zato ne poznamo njihovih povprečnih vrednosti na vprašalniku D-lit, pa vendar lahko rečemo, da je bilo znanje o depresivni motnji pri osebah s simptomi depresivne motnje višje kot v raziskavah, ki so merile znanje o depresivni motnji pri posameznikih brez simptomov (Gulliver idr., 2012; Majcen, 2016). Osebe, ki se trenutno ali so se v preteklosti soočale z duševnimi težavami, še posebej z depresivno ali anksiozno motnjo, so morda iskale in prejele več informacij o simptomih in prepoznavanju depresivne oziroma anksiozne motnje, hkrati pa tudi o načinih in poteku zdravljenja. Do slednje razlage moramo pristopati s previdnostjo, saj na podlagi prečne raziskave ne moremo sklepati o vzročni povezavi med spremenljivkama.

Za javnozdravstveno področje naslavljanja pismenosti o depresivni in anksioznih motnjah v Sloveniji so še posebej zanimivi rezultati, ki kažejo na razlike v znanju med posameznimi regijami. Najvišji nivo znanja o depresivni in anksioznih motnjah dosegajo prebivalci Osrednjeslovenske in Gorenjske regije. V obeh regijah je prisoten visok delež prebivalstva s terciarno izobrazbo in pretežno nadpovprečne vrednosti kazalnikov kakovosti življenja (Pečar, 2020). Razlike na nivoju regij so sicer majhne in večinoma ne dosegajo meje statistične značilnosti. Majcen (2016) je v raziskavi poročal o statistično značilnih razlikah v znanju o depresivni in anksioznih motnjah med Savinjsko in Pomursko regijo, medtem ko v naši raziskavi razlike med tema regijama niso prisotne. V Zahodni Sloveniji nekoliko odstopa Goriška regija, kjer je znanje o depresivni in anksioznih motnjah med najnižjimi v Sloveniji. Goriška regija ima sicer podpovprečni delež prebivalstva s terciarno izobrazbo in takoj za Pomursko regijo najstarejšo povprečno starost prebivalstva (SURS, 2021), hkrati pa rezultati pričujoče raziskave kažejo, da sta razširjenosti simptomov depresivne in anksioznih motenj najredkejši med prebivalci iz Goriške regije [1]. Iz rezultatov lahko razberemo tudi, da so razlike v znanju o depresivni motnji med regijami manjše kot razlike v znanju o anksioznih motnjah, kjer so te razlike večje. Občutno povečanje omembe depresije v medijih in na socialnih

[1] Rezultati o razširjenosti depresivne in anksioznih motenj so predstavljeni v prispevku Razširjenost depresivne motnje, anksioznih motenj ter iskanje strokovne pomoči.

omrežjih v zadnjih letih je verjetno vplivalo na povečanje splošne ozaveščenosti javnosti o depresivni motnji (Thai Quynh-Chi, 2021), medtem ko so morda k znanju o anksioznih motnjah v večji meri prispevale preventivne ali druge aktivnosti, ki so različno prisotne v slovenskih regijah.

Ženski spol, nižja starost, višja izobrazba in predhodno soočanje z duševnimi težavami so ostali pomembni napovedniki boljšega poznavanja depresivne in anksioznih motenj tudi po vključitvi v multivariatni model. Raziskava je zaradi presečne zasnove omejena na opisovanje povezav in razlik med spremenljivkami študije, zato ne moremo sklepati o vzročnosti za višje oziroma nižje poznavanje depresivne in anksioznih motenj med slovenskim prebivalstvom. Pomanjkljivost raziskave je tudi nezadostnost informacij o veljavnosti vprašalnikov D-lit in A-lit, saj je bila veljavnost preverjena samo na določenih skupinah prebivalstva (na primer, nimamo podatkov o veljavnosti vprašalnikov v različnih starostnih skupinah), zato nekateri rezultati morda ne odražajo dovolj natančno dejanske stopnje znanja o depresivni in anksioznih motnjah.

Kljub pomanjkljivostim so ugotovitve pričujoče raziskave nakazale razlike v poznavanju depresivne in anksioznih motenj med različnimi sociodemografskimi skupinami, kar pomeni, da je potrebno v javnozdravstvenih programih nekaterim skupinam prebivalstva, še posebej starejšim in moškim, nameniti dodatno pozornost in izvajati aktivnosti, ki bodo zanje zanimive, dosegljive in učinkovite. Po drugi strani je višje znanje današnjih mladih dober znak, ki lahko vodi v generacijski premik v odnosu do teh motenj in znanju o depresivni in anksioznih motnjah (Farrer idr., 2008). Ker so promocijske in preventivne dejavnosti pomembne za boljše prepoznavanje simptomov specifičnih duševnih motenj, poznavanje načinov zdravljenja ter njihovo učinkovitost (Hegerl idr., 2003; Jorm idr., 2002; Majcen, 2016), je glede na rezultate potrebno povečati predvsem aktivnosti na področju anksioznih motenj.

LITERATURA

Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N. in Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychiatry, 6*, 1272.

Bernstein, K., Han, S., Park, C. G., Lee, Y.-M. in Hong, O. (2020). Evaluation of health literacy and depression literacy among Korean Americans. *Health Education & Behavior, 47*(3), 457–67.

Calear, A. L., Batterham, P. J. in Torok, M. idr. (2021). Help-seeking attitudes and intentions for generalised anxiety disorder in adolescents: the role of anxiety literacy and stigma. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 30*, 243–51.

Dahlberg, K. M., Waern, M. in Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample - investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC public health, 8*, 8.

Deen, T. L. in Bridges, A. J. (2011). Depression literacy: rates and relation to perceived need and mental health service utilization in a rural American sample. *Rural and remote health, 11*(4), 1803.

Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H. in Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC public health, 8*, 125.

Furnham, A., Annis, J. in Cleridou, K. (2014). Gender differences in the mental health literacy of young people. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26*(2), 283–92.

Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K. in Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive–behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 185*(4), 342–9.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, A. L., Parsons, A., Bennett, K., Batterham, P. J. in Stanimirovic, R. (2012). Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3), e69.

Hadjimina, E. in Furnham, A. (2017). Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Research*, *251*.

Hegerl, U., Althaus, D. in Stefanek, J. (2003). Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, *36*(6), 288–91.

Hickie, I. (2004). Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, *12*, 38–46.

Holman D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health*, *19*(4), 413–29.

Hu, Y., Ye, B. in Tan, J. (2021). Stress of COVID-19, anxiety, economic insecurity, and mental health literacy: a structural equation modeling approach. *Frontiers in psychology*, *12*, 707079.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (2016). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM)*. Šesta izdaja. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Jafari, A., Nejatian, M., Momeniyan, V., Barsalani, F. R. in Tehrani, H. (2021). Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 499.

Jorm, A. F., Christensen, H. in Griffiths, K. M. (2006). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 36–41.

Kheirabadi, D., Kheirabadi, G. R. in Tarrahi, M. J. (2021). Depression literacy and the related factors among a group of hospitals' staff in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(4), 369–75.

Konec Juričič, N., Lekić, K., Kralj, D., Cugmas, M., Poštuvan, V., Anderluh, M., Vatovec, M., Tančič Grum, A., Dernovšek, M. Z., Roškar, S. in Selak, Š. (2021). Dobre preventivne prakse za varovanje duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnosti v Sloveniji. V: S. Roškar in A. Videtič Paska (ur.), *Samomor v Sloveniji in svetu : opredelitev, raziskovanje, preprečevanje in obravnava* (str. 297–320). Nacionalni inštitut za javno zdravje. http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-C7IPD3BA

Mamun, M. A., Naher, S., Moonajilin, Mst. S., Jobayar, A. M., Rayhan, I., Kircaburun, K. in Griffiths, M. D. (2020). Depression literacy and awareness programs among Bangladeshi students: an online survey. *Heliyon*, *6*(9), e04901.

Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N., Čuš, B. in Vrbovšek, S. (2015). Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: pot uporabnika. V: J. Farkaš Lainščak, I. Huber, J. Maučec Zakotnik, N. Sedlar in S. Vrbovšek (ur.), *Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih : pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-JPP4LQ36

Olsson, D. P. in Kennedy, M. G. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Intervention in Psychiatry*, *4*(4), 291–8.

Ošlak, K. (2020). *Pismenost o duševnem zdravju in samoučinkovitost pri šolskih svetovalnih delavcih* [magistrsko delo, Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta]. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=77262

Pečar, J. (2020). *Cilji regionalne politike Slovenije v obdobju 2021–2027*. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-AYCUYXF4

Ram, D., Benny, N. in Gowdappa, B. (2016). Relationship between depression literacy and medication adherence in patients with depression. *Journal of Mood Disorders*, *6*(4), 183.

Reavley, N. J. in Jorm A. F. (2011). Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(10), 890–8.

Sanz, J. in García-Vera, M. P. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (I) [Misconceptions about depression and its treatment (I)]. *Papeles Del Psicólogo - Psychologist Papers*, *37*(1).

SURS. (2020). Prebivalstvo Slovenije. Pridobljeno 10. maja 2022. https://www.stat.si/obcine/sl/Theme/Index/PrebivalstvoSplosno

Thai Quynh-Chi, N., Hoang-Minh, D. in Thi Kim-Anh, L. (2021). Recognition of anxiety disorder and depression and literacy of first-aid support: A cross-sectional study among undergraduate students in Ha Noi, Viet Nam 2018. *Health Psychology Open*, *8*(1), 205510292110151.

Tomczyk, S., Muehlan, H., Freitag, S., Stolzenburg, S., Schomerus, G. in Schmidt, S. (2018). Is knowledge "half the battle"? The role of depression literacy in help-seeking among a non-clinical sample of adults with currently untreated mental health problems. *Journal of affective disorders*, *238*, 289–96.

Townsend, L., Musci, R., Stuart, E., Heley, K., Beaudry, M. B., Schweizer, B., Ruble, A., Swartz, K. in Wilcox, H. (2019). Gender differences in depression literacy and stigma after a randomized controlled evaluation of a universal depression education program. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *64*(4), 472–7.

von dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M. C., Lambert, M., Karow, A., Härter, M. in Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(5), 775–82.

Wang C. Cramer, K., Cheng, H. L. in Do, K. (2019). Associations between depression literacy and help-seeking behavior for mental health services among high school students. *School Mental Health. 11*, 1–12.

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J. in Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, *15*, 291.

4.3 Stališča in namere do iskanja pomoči

Matej Vinko[1], dr. Tatjana Novak Šubara[1], mag. Alenka Tančič Grum[1], Nuša Crnkovič[1]

[1]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- Mlajši imajo bolj negativna stališča do iskanja strokovne pomoči in nižjo namero iskanja strokovne pomoči v primerjavi s starejšimi, kar je lahko povezano s pomisleki o zaupnosti, nižjo stopnjo samopodobe, različnim načinom spoprijemanja s stiskami ter večjim pomenom podpore vrstnikov v primeru stiske.
- Soočanje z duševnimi težavami v preteklosti je bilo negativno povezano z namero iskanja pomoči, pri čemer je bila nižja namera iskanja pomoči prisotna predvsem pri osebah, ki so se v preteklosti soočile z duševnimi težavami brez strokovne podpore.
- Najmočnejšo povezanost z namero iskanja pomoči je izkazala posameznikova nagnjenost k iskanju pomoči, zato bi bilo temu področju smiselno posvetiti več pozornosti pri oblikovanju javnozdravstvenih intervencij za zmanjševanje vrzeli v iskanju pomoči.
- Med viri pomoči v primeru duševne stiske ali težav je bila pripravljenost oziroma namera za iskanje pomoči pri intimnem partnerju, nato pri strokovnjaku za duševno zdravje in osebnem zdravniku. Potrebno bi bilo še nadalje krepiti pozitivna stališča do strokovnjakov, sprejemljivost in zaupanje v učinkovitost strokovne pomoči na področju duševnega zdravja.
- Pri oblikovanju kampanj proti stigmatizaciji duševnih motenj in intervencij na tem področju se je treba še posebej posvetiti zmanjševanju odklonilnosti stališč do iskanja pomoči pri moških, tistih z nižjo izobrazbo in z nižjim subjektivnim socialnim statusom.

UVOD

Stigmatizirajoča stališča so prepoznana kot pomembne ovire pri iskanju strokovne pomoči za težave v duševnem zdravju (Roškar idr., 2017; Schnyder idr., 2017; Schomerus idr., 2012). Eden od bolj raziskanih in uveljavljenih modelov spreminjanja vedenja tudi na področju duševnega zdravja (Tomczyk idr., 2020) je teorija načrtovanega vedenja, ki opredeljuje povezavo med stališči, ki se nanašajo na vrednotenje oziroma oceno določenega vedenja, in vedenjskimi namerami, ki predstavljajo najboljši približek dejanskega vedenja (Ajzen, 1991). Namera odraža stopnjo pripravljenosti oziroma motiviranosti za vedenje, ki jo lahko opredelimo tudi kot verjetnost iskanja pomoči iz enega ali več virov na področju duševnega zdravja (Wilson idr., 2005).

Številne raziskave potrjujejo predpostavko o povezanosti stališč, namer in dejanskega iskanja strokovne pomoči za duševne težave. Negativna stališča do iskanja pomoči v primeru duševne stiske se kažejo v manjši zaznani potrebi po pomoči in večji dovzetnosti za doživljanje stigme v povezavi z iskanjem strokovne pomoči, manjšo odprtostjo za prepoznavanje težav in manjšim zaupanjem v učinkovitost pomoči ter v večji stopnji samostigme (Schnyder idr., 2017). Bolj izrazita negativna stališča do iskanja pomoči so pri odraslih povezana z manj izraženimi namerami

(Gulliver idr., 2010; Reynders idr., 2014; Schomerus idr., 2009) in manj aktivnim iskanjem pomoči (Mojtabai idr., 2016; Schnyder idr., 2017) ter z manjšo uporabo storitev na področju duševnega zdravja (Gulliver idr., 2010; Mojtabai idr., 2016).

Medsebojno povezanost stališč in namer ter iskanja pomoči so potrdili tudi pri osebah s prisotno razpoloženjsko motnjo (največkrat depresijo). Bolj pozitivna stališča so bila povezana z bolj izraženimi namerami iskanja pomoči in uporabo storitev na področju duševnega zdravja pri osebah z depresivnimi in anksioznimi motnjami ne glede na izkušnjo z iskanjem pomoči v preteklosti (Mojtabai idr., 2016) ter pri osebah z nezdravljenimi depresivnimi simptomi (Tomczyk idr., 2020), oziroma so bila povezana z bolj izraženimi namerami ne glede na prisotnost depresije (Schomerus idr., 2009). Po drugi strani pa povezanost med namerami in dejanskim iskanjem pomoči ni enoznačno potrjena oziroma je odvisna tudi od drugih dejavnikov (npr. zaznane potrebe po pomoči, zaznane dostopnosti pomoči), kot je pokazala švicarska vzdolžna raziskava med osebami s težavami v duševnem zdravju, pri katerih izražene namere niso več pomembno korelirale z iskanjem pomoči po 3 letih spremljanja (Doll idr., 2021). Med najpogostejše ovire za iskanje pomoči pri pojavu duševnih motenj sodijo negativna stališča do duševnih motenj, ki odražajo predvsem samostigmo tako pri odraslih (Coppens idr., 2013) kot tudi v mlajši populaciji (Gulliver idr., 2010). Poleg samostigme se med glavne dejavnike, ki zavirajo iskanje pomoči, uvrščajo tudi: zaznano pomanjkanje zaupnosti, ki jo nudi izbrani vir pomoči; pomanjkljivo prepoznavanje simptomov duševnih motenj pri sebi; težave z dostopnostjo do virov pomoči (z vidika časa, možnosti prevoza, stroškov); zanašanje nase oziroma želja po samostojnem obvladovanju lastnih težav (Schomerus idr., 2009); skrbi glede učinkovitosti strokovne pomoči in verodostojnosti strokovnjaka (Coppens idr., 2013) in predhodne seznanjenosti z virom pomoči (Gulliver, idr., 2010).

V primerjavi z ovirami so dejavniki, ki olajšajo in spodbujajo iskanje pomoči, manj raziskani. Z večjo verjetnostjo iskanja pomoči se pri mladostnikih in mlajših odraslih povezuje podpora socialne mreže in spodbude drugih (Gulliver idr., 2010). Pozitivne pretekle izkušnje z iskanjem pomoči so bile povezane z bolj pozitivnimi stališči pri odraslih (Roškar idr., 2017). Polege tega je bila z namero iskanja pomoči v prihodnosti pri odraslih povezana tudi pripravljenost za razkrivanje osebnih težav (Mojtabai idr., 2016). Pri osebah s prisotnimi nezdravljenimi simptomi depresije so bile bolj izražene namere in iskanje pomoči povezane s pozitivno zaznavo strokovne pomoči s strani drugih in priporočili okolice ter z večjo zaznano samoučinkovitostjo (Tomczyk idr., 2020).

Izboljšanje znanja o duševnem zdravju lahko zmanjša stigmatizirajoča prepričanja do iskanja pomoči. Nekatere ugotovitve kažejo, da se boljše znanje o duševnih motnjah povezuje z bolj pozitivnimi stališči do tovrstnih motenj (Reavley idr., 2014), z bolj izraženimi namerami in z dejanskim iskanjem strokovne pomoči v primeru depresije pri odraslih (Ho idr., 2018). Podobne ugotovitve o povezanosti pismenosti o duševnem zdravju z bolj pozitivnimi stališči do iskanja psihološke pomoči in do depresije navaja tudi slovenska raziskava med študenti (Gašparac, 2019). Po drugi strani nekatere raziskave kažejo, da večja pismenost o duševnem zdravju ni bila povezana z bolj izraženo namero po iskanju pomoči pri odraslih in študentih (Johnson idr., 2021) niti pri osebah z nezdravljenimi simptomi depresije (Stolzenburg idr., 2019).

Raziskave tudi kažejo povezanost med prepričanji do iskanja pomoči in nekaterimi sociodemografskimi dejavniki. Bolj negativna stališča so bila prepoznana pri moških, starejših, nižje izobraženih in osebah, ki živijo same (Coppens idr., 2013), kar odražajo tudi slovenske ugotovitve pri odraslih (Roškar idr., 2017). Prav tako lahko na stališča do iskanja pomoči vplivajo tudi regijske (Coppens idr., 2013; Reynders idr., 2014; Roškar idr., 2017) in kulturne razlike (Altweck idr., 2015).

Stališča do iskanja strokovne pomoči za težave v duševnem zdravju v splošni javnosti postajajo bolj sprejemljiva, skupaj z večjim poznavanjem tega področja (Schomerus idr., 2012). Raziskave nakazujejo na pomen stališč, povezanih z namerami, pri učinkovitem iskanju strokovne pomoči in uporabi storitev na področju duševnega zdravja pri odraslih brez, kot tudi s prisotnimi težavami v duševnem zdravju (Schynder idr., 2017; Tomczyk idr., 2020).

Namen tega prispevka je raziskati izraženost stališč in izraženost namer do iskanja pomoči v duševnih stiskah glede na izbrane sociodemografske dejavnike, soočanje s težavami v duševnem zdravju in pretekle izkušnje z iskanjem pomoči na reprezentativnem vzorcu odraslih prebivalcev Slovenije. Poleg tega želimo opredeliti dejavnike, ki najbolje pojasnjujejo stališča in namere do iskanja pomoči.

METODE

V tem sklopu nas je zanimala povezanost stališč do iskanja strokovne pomoči (vprašalnik IASMHS, 24 trditev) ter namer iskanja pomoči (vprašalnik GHSQ, 11 trditev) z različnimi pojasnjevalnimi spremenljivkami. Poleg sociodemografskih spremenljivk (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan, subjektivni socialni status (SSS) in iz katere regije prihajajo anketiranci) smo tako uporabili še naslednje postavke oziroma lestvice:

- Izkušnje s težavami v duševnem zdravju – vprašanja o soočanju s težavami v duševnem zdravju trenutno in v preteklosti ter izkušnje z iskanjem strokovne pomoči;
- Poznavanje depresije (pismenost o depresiji, 22 trditev iz vprašalnika D-lit);
- Poznavanje anksioznih motenj (pismenost o anksioznih motnjah, 22 trditev iz vprašalnika A-lit).

Preden smo začeli z analizo podatkov, smo postavke ankete pretvorili v rezultate posameznih lestvic. Pri IASMHS je bilo treba najprej pri določenih postavkah obrniti oštevilčenje odgovorov, nato pa smo za skupen rezultat posameznih podlestvic sešteli vse oštevilčene odgovore na postavke, ki podlestvico sestavljajo. Podlestvice so merile psihološko odprtost (primer trditve: »Verjetno je najbolje, da ne vemo čisto vsega o sebi.«), nagnjenost k iskanju pomoči (primer trditve: »Če bi se soočal/a z duševnimi težavami, bi lahko dobil/a strokovno pomoč, če bi želel/a.«) in ravnodušnost do stigme (primer trditve: »Ljudje, ki so mi pomembni, bi imeli o meni slabše mnenje, če bi ugotovili, da se soočam z duševnimi težavami.«). Tudi pri GHSQ smo le sešteli oštevilčene odgovore, le da smo pri postavki »Ne bi iskal pomoči pri nikomur.« obrnili oštevilčenje, postavko »Pri nekomu, ki ni naštet zgoraj (npr. sodelavec). Napišite pri komu.«, pa smo pri seštevanju izpustili zaradi prevelikega osipa pri odgovarjanju na le-to.

Poleg opisne statistike (povprečne vrednosti in standardni odkloni po kategorijah) smo s pomočjo Studentovega t-testa in ANOVE preverjali tudi statistično značilnost razlik med povprečnimi vrednostmi posameznih kategorij na (pod)lestvicah IASMHS in GHSQ. Izračunali smo tudi Pearsonove korelacijske koeficiente med samimi odvisnimi spremenljivkami in med njimi ter rezultati na lestvicah D-lit in A-lit. Poleg tega pa smo naredili še multivariatno linearno regresijo za preverjanje vpliva neodvisnih na odvisni spremenljivki. Pri regresiji smo za odvisno spremenljivko uporabili celotno lestvico IASMHS in ne posameznih podlestvic.

REZULTATI

Stališča ter namere iskanja pomoči zaradi težav v duševnem zdravju prikazujemo z rezultati v Tabelah 4.5, 4.6 in 4.7. V vseh prikazih so nižje vrednosti povezane z bolj negativnimi stališči oziroma namerami iskanja pomoči. Tako stališča kot namere so statistično značilno bolj negativne pri moških, nižje izobraženih, samskih, brezposelnih in osebah, ki so še zmeraj vključene v izobraževalni proces, osebah, ki svoj subjektivni socialni status ocenjujejo kot nizek, ter pri osebah, ki so brez izkušenj s prejemanjem strokovne pomoči. Stališča do iskanja strokovne pomoči so bolj negativna pri mlajših starostnih skupinah in naraščajo do starostne skupine 40–44 let, v starejših starostnih skupinah pa jasnega trenda ne prepoznavamo. Podobno je tudi namera iskanja pomoči ocenjena kot bolj negativna v najmlajši starostni skupini in doseže najvišje vrednosti v isti starostni skupini kot stališča. Od statističnih regij je najvišje vrednosti stališč do iskanja strokovne pomoči dosegla Obalno-kraška regija, medtem ko sta najnižje vrednosti dosegli Zasavska in Koroška regija.

Tabela 4.5: Stališča do iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju

	IASMHS			
	M	***SD***	**t-test/ANOVA**	
			t/F	***p***
SKUPNO	65,91	14,35		
SPOL				
Moški	64,04	14,34	-6,85	<0,001
Ženski	67,935	14,08		
STAROST				
18–24 let	59,30	13,92	12,55	<0,001
25–29 let	63,83	14,03		
30–34 let	65,11	14,11		
35–39 let	68,14	13,56		
40–44 let	69,02	12,79		
45–49 let	65,80	15,31		
50–54 let	67,64	14,51		
55–59 let	65,46	14,37		
60–64 let	68,03	14,14		
IZOBRAZBA				
OŠ ali manj	60,19	13,71	34,14	<0,001
Nižja poklicna izobrazba	64,00	14,67		
Srednja izobrazba	66,72	14,08		
Višja ali več	68,90	13,78		

	IASMHS			
	M	*SD*	t-test/ANOVA	
			t/F	*p*
ZAKONSKI STAN				
Samski	62,51	15,08	14,27	<0,001
Poročeni	67,77	13,69		
Zunajzakonska zveza	65,74	13,87		
Ovdoveli	66,04	14,65		
Ločeni	69,48	16,25		
ZAPOSLITEV				
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	66,67	14,14	10,76	<0,001
Dijak, študent	60,99	13,23		
Upokojenec	66,48	14,50		
Brezposeln	62,12	14,97		
Drugo	67,12	15,63		
REGIJA				
Pomurska	64,75	16,25	2,98	0,001
Podravska	64,91	14,18		
Koroška	63,09	14,85		
Savinjska	66,48	14,58		
Zasavska	62,49	13,67		
Posavska	63,97	12,46		
Jugovzhodna Slovenija	65,48	13,56		
Osrednjeslovenska	66,99	14,50		
Gorenjska	65,00	14,98		
Primorsko-notranjska	67,66	13,59		
Goriška	65,12	13,35		
Obalno-kraška	70,74	12,57		
SSS				
Nizek	62,206	14,36	33,13	<0,001
Srednji	67,008	14,01		
Visok	68,918	14,46		
SOOČANJE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU				
Da	65,99	14,44	–0,13	0,893
Ne	65,92	14,25		
IZKUŠNJE Z ISKANJEM STROKOVNE POMOČI				
Da	69,12	14,02	6,28	<0,001
Ne	64,90	14,32		

Opombe: t = testna statistika t-testa za neodvisne vzorce. F = testna statistika testa ANOVA za neodvisne vzorce

Rezultati podlestvic vprašalnika IASMHS (stališča do iskanja strokovne pomoči) so predstavljeni v Tabeli 4.6. V splošnem odslikavajo ugotovitve, ki so opisane za stališča do iskanja strokovne pomoči (Tabela 4.5). Izpostaviti velja razlike v vrednostih podlestvic po zaposlitvenem statusu, kjer ugotavljamo nizko stopnjo nagnjenosti k iskanju pomoči in hkrati relativno visoko stopnjo psihološke odprtosti pri dijakih in študentih. Ravno nasprotno je pri upokojencih, kjer je nagnjenost k iskanju pomoči najvišja med opazovanimi skupinami, psihološka odprtost pa med nižjimi. Od regij, ki sta dosegli najnižje vrednosti stališč, izstopata vrednosti podlestvice psihološke odprtosti, kjer je Koroška dosegla najnižjo vrednost, Zasavska pa povprečno, ter podlestvica ravnodušnost do stigme, kjer najnižjo vrednost dosega Zasavska, medtem ko se Koroška umešča v povprečje Slovenije. Očitno k nizki skupni vrednosti stališč do iskanja strokovne pomoči v izpostavljenih dveh regijah prispevajo rezultati različnih podlestvic.

Tabela 4.6: Vrednosti podlestvic vprašalnika o stališčih do iskanja strokovne pomoči

	Psihološka odprtost		**Nagnjenost k iskanju pomoči**		**Ravnodušnost do stigme**	
	M	***SD***	**M**	**SD**	**M**	**SD**
SPOL						
Moški	20,06	6,67	23,02	6,21	20,89	6,92
Ženski	21,95	6,18	23,85	5,90	21,88	7,07
STAROST						
18–24 let	19,38	6,53	19,83	5,69	20,03	7,37
25–29 let	21,25	6,40	22,11	5,72	20,14	6,86
30–34 let	20,79	7,11	22,93	6,10	21,34	6,97
35–39 let	21,87	6,23	23,98	5,54	22,17	7,12
40–44 let	22,60	6,03	24,18	5,72	22,12	6,59
45–49 let	20,81	6,22	24,17	5,91	20,73	7,31
50–54 let	21,16	6,40	24,43	5,98	21,83	6,92
55–59 let	20,27	6,75	23,91	6,31	21,01	6,54
60–64 let	20,42	6,43	24,67	6,16	22,55	7,00
IZOBRAZBA						
OŠ ali manj	18,03	6,44	22,34	6,76	19,44	7,12
Nižja poklicna izobrazba	19,10	7,11	23,53	6,43	21,51	6,78
Srednja izobrazba	21,31	5,98	23,34	5,96	21,88	7,01
Višja ali več	23,30	5,70	23,96	5,49	21,56	6,99
ZAKONSKI STAN						
Samski	20,11	6,71	21,70	6,31	20,69	7,54
Poročeni	21,43	6,34	24,30	5,84	21,72	6,83
Zunajzakonska zveza	21,02	6,47	23,24	5,95	21,32	6,68
Ovdoveli	19,98	5,57	25,18	5,03	20,94	7,18
Ločeni	22,03	6,84	25,03	5,95	22,73	7,16

	Psihološka odprtost		Nagnjenost k iskanju pomoči		Ravnodušnost do stigme	
	M	*SD*	M	SD	M	SD
ZAPOSLITEV						
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	21,41	6,39	23,78	5,92	21,42	6,94
Dijak, študent	20,31	6,13	20,03	5,39	20,43	7,08
Upokojenec	19,83	6,63	24,22	6,29	21,97	6,83
Brezposeln	18,69	6,81	22,50	6,78	20,53	7,89
Drugo	21,14	7,15	23,64	5,97	22,02	6,69
REGIJA						
Pomurska	19,48	8,34	24,05	5,86	20,68	7,90
Podravska	19,98	6,43	23,44	5,53	21,36	6,91
Koroška	18,98	6,67	22,78	6,22	21,11	7,23
Savinjska	21,07	6,73	23,84	6,22	21,67	6,98
Zasavska	20,97	6,20	22,22	7,05	19,28	6,90
Posavska	20,06	5,66	21,63	6,72	21,55	6,79
Jugovzhodna Slovenija	20,94	6,56	23,06	6,24	21,29	6,34
Osrednjeslovenska	21,91	6,37	23,29	6,19	21,76	6,93
Gorenjska	21,18	6,03	23,21	6,30	20,42	7,69
Primorsko-notranjska	20,92	6,98	24,23	5,95	22,29	6,60
Goriška	20,98	5,89	23,51	5,46	20,63	6,55
Obalno-kraška	21,90	5,81	25,12	5,38	22,58	6,74
SSS						
Nizek	19,53	6,55	22,17	6,35	20,24	7,08
Srednji	21,47	6,33	23,75	5,93	21,74	6,89
Visok	21,76	6,82	24,52	5,82	22,24	7,17
SOOČANJE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU						
Da	21,56	6,31	23,11	6,12	20,95	7,35
Ne	20,53	6,61	23,67	6,02	21,71	6,69
IZKUŠNJE Z ISKANJEM STROKOVNE POMOČI						
Da	22,50	6,17	24,52	6,02	21,61	7,12
Ne	20,50	6,52	23,04	6,06	21,30	6,98

Opombe: Višja vrednost nakazuje večjo psihološko odprtost, večjo nagnjenost k iskanju pomoči in več ravnodušnosti do stigme.

Tabela 4.7: Namera iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju

	GHSQ			
	M	***SD***	**t-test/ANOVA**	
			t/F	***p***
SKUPNO	24,29	4,31		
SPOL				
Moški	25,96	5,02	–0,82	0,411
Ženski	26,12	4,69		
STAROST				
18–24 let	24,28	4,83	7,29	<0,001
25–29 let	26,19	4,60		
30–34 let	25,84	4,63		
35–39 let	26,54	4,38		
40–44 let	26,87	4,78		
45–49 let	26,08	5,26		
50–54 let	26,76	4,94		
55–59 let	25,78	4,87		
60–64 let	25,82	4,93		
IZOBRAZBA				
OŠ ali manj	24,33	5,30	16,64	<0,001
Nižja poklicna izobrazba	25,98	5,17		
Srednja izobrazba	26,27	4,69		
Višja ali več	26,53	4,48		
ZAKONSKI STAN				
Samski	25,45	5,26	5,36	<0,001
Poročeni	26,51	4,61		
Zunajzakonska zveza	25,85	4,83		
Ovdoveli	26,39	4,59		
Ločeni	25,44	5,34		
ZAPOSLITEV				
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	26,34	4,77	7,34	<0,001
Dijak, študent	25,04	4,76		
Upokojenec	25,65	5,26		
Brezposeln	24,76	5,06		
Drugo	25,81	5,03		

	GHSQ			
	M	*SD*	t-test/ANOVA	
			t/F	*p*
REGIJA				
Pomurska	25,73	5,70	2,00	0,025
Podravska	25,43	4,20		
Koroška	26,65	4,36		
Savinjska	26,36	4,75		
Zasavska	26,30	4,96		
Posavska	24,81	5,21		
Jugovzhodna Slovenija	26,24	4,88		
Osrednjeslovenska	26,26	4,98		
Gorenjska	25,66	5,14		
Primorsko-notranjska	25,73	5,41		
Goriška	26,31	4,66		
Obalno-kraška	26,78	4,66		
SSS				
Nizek	24,89	5,19	25,15	< 0,001
Srednji	26,40	4,65		
Visok	26,69	4,90		
SOOČANJE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU				
Da	25,38	4,83	6,02	< 0,001
Ne	26,55	4,84		
IZKUŠNJE Z ISKANJEM STROKOVNE POMOČI				
Da	26,42	4,54	2,35	0,019
Ne	25,89	4,96		

Opombe: t = testna statistika t-testa za neodvisne vzorce. F = testna statistika testa ANOVA za neodvisne vzorce

V Tabelah 4.8 in 4.9 prikazujemo rezultate multivariatne regresijske analize za oba preučevana koncepta. Vse spremenljivke, ki smo jih vključili v analizo, so statistično značilno povezane s stališči do iskanja strokovne pomoči zaradi duševnih težav. Z modelom, ki je bil statistično značilen, smo uspeli pojasniti 16 % variabilnosti v vrednosti stališč do iskanja strokovne pomoči (prilagojen $R2 = 0,16$; $F (11, 2255) = 39,23$; $p < 0,001$). Kot najmočneje povezane so se izkazale pretekle izkušnje s soočanjem z duševnimi težavami in iskanjem strokovne pomoči, starost ter izobrazba. Izkušnja duševnih težav, nižja starost ter nižja izobrazba se povezujejo z bolj odklonilnimi oziroma negativnimi stališči do iskanja strokovne pomoči. Višje vrednosti na merski lestvici, s katero smo vrednotili stališča do iskanja strokovne pomoči, so dosegale osebe, ki so v preteklosti že iskale strokovno pomoč.

Tabela 4.8: Rezultati multiple analize povezanosti med stališči do iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju ter sociodemografskimi spremenljivkami, preteklim soočanjem s težavami ali iskanjem pomoči zaradi težav v duševnem zdravju in poznavanjem depresivne in anksioznih motenj

	B	***SE(B)***	***β***	***p***
Konstanta	44,57	1,44		< 0,001
Spol (Ref = moški)	2,24	0,58	0,08	< 0,001
Starost	0,19	0,02	0,17	< 0,001
Izobrazba (Ref = OŠ ali manj)				
Nižja poklicna izobrazba	4,13	0,97	0,12	< 0,001
Srednja izobrazba	6,16	0,91	0,21	< 0,001
Višja ali več	5,67	0,95	0,18	< 0,001
SSS (Ref = nizek SSS)				
Srednji SSS	4,01	0,66	0,14	< 0,001
Visok SSS	5,90	1,03	0,13	< 0,001
Soočanje z duševnimi težavami (Ref = brez izkušenj z duševnimi težavami)	-5,30	0,73	-0,18	< 0,001
Iskanje strokovne pomoči zaradi duševnih stisk (Ref = brez izkušnje iskanja strokovne pomoči)	5,71	0,82	0,17	< 0,001
D-lit	0,34	0,09	0,12	< 0,001
A-lit	0,34	0,08	0,13	< 0,001

Pri analizi namer iskanja pomoči smo z regresijskim modelom uspeli pojasniti 32 % variabilnosti v vrednosti opazovane spremenljivke (prilagojen R2 = 0,32; F (14, 2162) = 73,15; p < 0,001). Analiza povezanosti namere iskanja pomoči in različnih dejavnikov oziroma spremenljivk, ki smo jih spremljali v naši raziskavi, je pokazala najmočnejšo povezanost namer s podlestvico vprašalnika o stališčih do iskanja strokovne pomoči, ki preverja nagnjenost k iskanju pomoči. Med pomembne napovedne spremenljivke lahko prištejemo še ravnodušnost do stigme (podlestvica IASMHS), pretekle izkušnje z duševnimi težavami in iskanjem strokovne pomoči zaradi le-teh. Osebe s srednjo ali višjo izobrazbo so v primerjavi z osebami z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo izkazovale statistično značilno večjo namero iskanja strokovne pomoči. Pomembno je izpostaviti odsotnost statistično značilnih razlik v nameri iskanja strokovne pomoči med obema spoloma in med osebami različnih starosti.

Tabela 4.9: Rezultati multiple analize povezanosti med namero iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju ter sociodemografskimi spremenljivkami, preteklim soočanjem s težavami ali iskanjem pomoči zaradi težav v duševnem zdravju, poznavanjem depresivne in anksioznih motenj ter stališči do iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju

	B	***SE(B)***	***β***	***p***
Konstanta	14,68	0,55		< 0,001
Spol (Ref = moški)	–0,16	0,18	–0,02	0,38
Starost	–0,01	0,01	–0,04	0,07
Izobrazba (Ref = OŠ ali manj)				
Nižja poklicna izobrazba	0,68	0,31	0,06	0,03
Srednja izobrazba	1,26	0,29	0,12	< 0,001
Višja ali več	1,15	0,30	0,11	< 0,001
SSS (Ref = nizek SSS)				
Srednji SSS	0,61	0,21	0,06	0,003
Visok SSS	0,39	0,32	0,03	0,22
Soočanje z duševnimi težavami (Ref = brez izkušenj z duševnimi težavami)	–1,76	0,23	–0,18	< 0,001
Iskanje strokovne pomoči zaradi duševnih stisk (Ref = brez izkušnje iskanja strokovne pomoči)	0,92	0,26	0,08	< 0,001
D-lit	–0,04	0,03	–0,04	0,15
A-lit	0,07	0,03	0,07	0,01
IASMHS – psihološka odprtost	0,05	0,02	0,07	0,002
IASMHS – nagnjenost k iskanju pomoči	0,34	0,02	0,42	< 0,001
IASMHS – ravnodušnost do stigme	0,10	0,01	0,14	< 0,001

Od posameznih virov pomoči so udeleženci v raziskavi največjo namero iskanja pomoči izrazili v primeru intimnega partnerja, sledijo strokovnjaki za duševno zdravje ter osebni zdravnik (Tabela 4.10). Relativno visoke vrednosti dosegajo tudi starši in drugi člani družine ter prijatelji.

Tabela 4.10: Povprečne vrednosti verjetnosti iskanja pomoči zaradi duševnih težav po različnih virih pomoči

	M	***SD***
Intimni partner (v ali izven zakonske zveze)	3,34	0,91
Strokovnjak za duševno zdravje (npr. psiholog, psihiater, psihoterapevt)	3,13	0,93
Osebni zdravnik	3,12	0,96
Starši in člani družine	3,08	0,96
Prijatelj (ki ni v sorodu z vami)	2,81	0,99
Drug sorodnik	1,99	0,92
Telefoni za pomoč v stiski (npr. Klic v duševni stiski, Samarijan)	1,91	0,92
Svetovalci v socialnovarstvenih programih (dnevni centri, krizni centri, mladinski centri, CSD itd.)	1,81	0,89
Ne bi iskal pomoči pri nikomur	1,63	0,833
Verski delavci (npr. duhovniki)	1,44	0,78

Opombe: Vrednosti v razponu od 1 do 4, večja vrednost pomeni večjo verjetnost oziroma namero iskanja pomoči.

RAZPRAVA

Stališča do iskanja strokovne pomoči

Rezultati trenutne raziskave kažejo, da imajo bolj pozitivna stališča do iskanja strokovne pomoči ženske, višje izobraženi, poročeni in ločeni, zaposleni in upokojeni, osebe, ki ocenjujejo svoj subjektivni socialni status kot srednji ali visok, ter osebe, ki imajo izkušnje z iskanjem strokovne pomoči zaradi duševnih težav. Slednje ugotovitve so skladne z izsledki večine slovenskih in tujih raziskav, ki so preučevale stališča do iskanja strokovne pomoči (Coppens idr., 2013; James in Buttle, 2008; Mackenzie idr., 2006; Roškar idr., 2017; ten Have idr., 2010).

Vzorec porazdelitve stališč do iskanja strokovne pomoči glede na opisane spremenljivke (spol, starost, izobrazba itd.), ki ga prikazujemo, potrjujejo tudi ugotovitve slovenske raziskave iz leta 2016 (Roškar idr., 2017). Sicer pa je v primerjavi z raziskavo iz leta 2016 vrednost IASMHS v pričujoči raziskavi veliko nižja (65,91). Roškar in sodelavci (2017) navajajo vrednosti IASMHS 86,25 za ženske in 80,79 za moške. Najverjetnejša razlaga takšnega odstopanja je prisotnost pristranosti pri vključevanju v raziskavo leta 2016 in s tem vključitve udeležencev z bolj ugodnimi stališči do iskanja strokovne pomoči (Henderson in Page, 2007).

Od rezultatov določenih raziskav (npr. Coppens idr., 2013) nekoliko odstopa naša ugotovitev, da imajo mlajši bolj odklonilna stališča do iskanja strokovne pomoči v primerjavi s starejšimi. Osnovno težavo pri primerjanju stanja na omenjenem področju predstavlja raznolikost raziskav oziroma podatkov s področja duševnega zdravja in uporabe storitev s tega področja, saj se pri raziskovanju uporablja različne merske instrumente ter različno opredeljene in pridobljene raziskovane populacije (Wahlbeck, 2011). Upoštevajoč slednje, navajamo raziskavi Mackenzie in sodelavcev (2006) ter Jamesa in Buttla (2008), ki sta obe vključili starejše od 65 let, prav tako pa sta bila oba vzorca priložnostna in ne naključna, kar so pomembna odstopanja od pričujoče raziskave. V obeh raziskavah pomembnih razlik v stališčih glede na starost niso ugotovili. James in Buttle (2008) poročata povprečno vrednost vprašalnika IASMHS 69,74, med udeleženci iz Nove

Zelandije, starimi med 25 in 64 let. Pri starejših od 65 let je bila povprečna vrednost 66,59, medtem ko je bila povprečna vrednost IASMHS na slovenskem vzorcu 65,91 pri udeležencih, starih od 18 do 64 let. Tudi Mackenzie in sodelavci (2008) navajajo podobno visoko vrednost IASMHS na vzorcu odraslih Kanadčanov, starih med 18 in 89 let, in sicer 69,0 točk.

V podlestvicah vprašalnika IASMHS se odslikavajo nekatere značilnosti, ki jih opisujemo pri rezultatih celotnega vprašalnika. Najnižje vrednosti psihološke odprtosti, nagnjenosti k iskanju pomoči in ravnodušnosti do stigme ugotavljamo pri najmlajši starostni skupini od 18 do 24 let in pri osebah z nižjo izobrazbo ter nižjim subjektivnim socialnim statusom. Razloge za nizke rezultate psihološke odprtosti, nagnjenosti k iskanju strokovne pomoči in ravnodušnosti do stigme med najmlajšimi udeleženci raziskave lahko iščemo v pomislekih o zaupnosti ter zasebnosti, slabši samopodobi, različnih načinih spoprijemanja s stiskami ter večjemu pomenu podpore vrstnikov v primeru stiske (Gonzalez idr., 2005). Možna razlaga za povezanost negativnih stališč do iskanja strokovne pomoči in nižjega socialno-ekonomskega položaja so procesi stigmatizacije oziroma občutek diskriminacije, ki ga zaradi nižjega družbenega statusa doživljajo kot legitimne in imajo posledično višje stopnje pričakovane stigme oziroma samostigme, ki neposredno vpliva na stališča do iskanja strokovne pomoči (Ajzen, 1991; Rüsch idr., 2009).

Rezultati multivariatne regresijske analize kažejo, da so vse vključene spremenljivke statistično značilno in ločeno povezane s stališči do iskanja strokovne pomoči. Doprinos posameznih spremenljivk k razlagi variabilnosti stališč do iskanja strokovne pomoči je uravnotežen (β za večino spremenljivk se giblje med 0,12 in 0,18), hkrati pa celoten model pojasnjuje relativno nizek delež variabilnosti. V analizi ugotavljamo pozitiven doprinos k stališčem do iskanja strokovne pomoči pri preteklih izkušnjah z iskanjem strokovne pomoči, višji starosti ter znanju o depresivni in anksioznih motnjah. Po drugi strani pa kažejo izkušnja s težavami v duševnem zdravju, moški spol, nižja izobrazba in nižji subjektivni socialni status negativno povezanost s stališči do iskanja pomoči. Rezultati so skladni z ugotovitvami iz preteklih slovenskih in tujih raziskav (Cheng idr., 2018; Roškar idr., 2017), a ima analiza pomanjkljivosti, ki nekoliko zmanjšujejo povednost rezultatov. Jung in sodelavci (2017) poleg znanja o duševnih motnjah kot pomembne napovedne dejavnike stališč do iskanja pomoči opisujejo tudi socialno oporo in procese stigmatizacije (javna stigma, pričakovana in samostigma). V raziskavi pokažejo, da imata socialna opora ter pričakovana stigma neposreden in od znanja o duševnih motnjah ločen vpliv na stališča do iskanja strokovne pomoči. V trenutni raziskavi slednjih spremenljivk nismo vključili v polnem obsegu, zato sklepamo, da se učinek slednjih v določenem obsegu izraža v povezanosti preostalih spremenljivk (spol, starost, izobrazba itn.) z opazovanim izidom.

Namera iskanja pomoči

Stališča do iskanja strokovne pomoči in dejansko iskanje pomoči sta povezana preko namere iskanja pomoči (Ajzen, 1991; Wilson idr., 2005). V pričujoči raziskavi ugotavljamo nekoliko manjše razlike v namerah iskanja pomoči po posameznih kategorijah, kot smo jih zaznali v primeru stališč. Kljub temu pa je mogoče izpostaviti nekatere skupine prebivalstva, ki imajo podpovprečne vrednosti oziroma bolj negativna tako stališča kot tudi namere iskanja strokovne pomoči. Med slednje štejemo mlade med 18 in 24 letom starosti, osebe z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo, dijake, študente ter upokojence, osebe, ki ocenjujejo svoj socialno-ekonomski položaj kot nizek ter osebe brez izkušenj z iskanjem strokovne pomoči v preteklosti. Presenetljivo ne ugotavljamo razlik v nameri iskanja pomoči po spolu, kar je v nasprotju z večino preteklih raziskav (Ratnayake Hyde, 2019; Rickwood idr., 2005; Vogel idr., 2007).

V multivariatni regresijski analizi sta ob upoštevanju vplivanja preostalih spremenljivk spol in starost statistično neznačilno povezana z namero iskanja pomoči. Relativno šibko povezanost z namero iskanja strokovne pomoči ugotavljamo tudi v primeru znanja o duševnih motnjah, pri čemer je povezanost znanja o depresivni motnji statistično neznačilna. Predpostavljamo, da je majhna povezanost znanj z namero iskanja pomoči posledica povezanosti stališč do iskanja strokovne pomoči ter ostalih vključenih spremenljivk (pretekle izkušnje z iskanjem strokovne pomoči ipd.) z znanji o duševnih motnjah. Analiza podatkov, ki smo jo izvedli, ne omogoča podajanja zaključkov na to temo. Najmočnejšo povezanost z namero iskanja pomoči ugotavljamo pri podlestvici vprašalnika IASMHS, ki opredeljuje nagnjenost k iskanju pomoči (β = 0,42), kar so kot najpomembnejši napovedni dejavnik namere iskanja pomoči opredelile tudi nekatere pretekle raziskave (Hyland idr., 2015; Mackenzie idr., 2004). Nagnjenost k iskanju pomoči odraža posameznikovo zaznano zmožnost, da poišče in pridobi ustrezno pomoč, ko jo potrebuje. Ugotovitev je pomembna za oblikovanje in vrednotenje javnozdravstvenih intervencij za zmanjševanje vrzeli pri iskanju pomoči, saj je trenutno področje zaznane zmožnosti iskanja pomoči v primerjavi z znanjem o duševnih motnjah ali različnimi oblikami stigme manj upoštevano in raziskano (Hyland idr., 2015; Xu idr., 2018). Po moči povezanosti z namero iskanja pomoči sledita soočanje z duševnimi težavami (β = –0,18) in podlestvica IASMHS, ki opredeljuje ravnodušnost do stigme (β = 0,14). Soočanje z duševnimi težavami v preteklosti je bilo negativno povezano z namero iskanja pomoči. Hkrati pa so bile v model vključene tudi pretekle izkušnje z iskanjem strokovne pomoči, ki so bile pozitivno povezane z namero iskanja pomoči, tako da lahko sklepamo, da je nižja namera iskanja pomoči prisotna predvsem pri osebah, ki so se soočile z duševnimi težavami brez strokovne podpore. Raziskava ten Have in sodelavcev (2002), s katero so na vzorcu splošne populacije odraslih Nizozemcev preučevali vpliv socialne opore in funkcionalnih nezmožnosti (omejena zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti, kot so težave v službi, v zasebnem življenju ipd.) na uporabo storitev s področja duševnega zdravja, je pokazala, da je koriščenje storitev pogostejše med osebami, ki imajo nižjo socialno oporo in več funkcionalnih nezmožnosti. Po drugi strani pa so rezultati longitudinalne raziskave, izvedene v ZDA med veterani terorističnega napada v New Yorku leta 2001, pokazali, da je pričakovana stigma vplivala zgolj na udeležence, ki so imeli višje izražene simptome depresije (Fox idr., 2018). Tako lahko rezultate pričujoče raziskave interpretiramo na dva načina: 1) prisotnost nižje namere iskanja pomoči najdemo pri osebah, ki so zaradi duševnih težav doživele manj funkcionalnih nezmožnosti ter posledično niso poiskale strokovne pomoči; in 2) nižjo namero iskanja pomoči lahko izražajo tudi osebe, ki imajo bolj izraženo simptomatiko duševnih motenj. Ker pa v pričujoči raziskavi osebnega bremena duševnih težav nismo vključili med opazovane spremenljivke, so tovrstni zaključki le delno podprti in ostajajo zgolj ena izmed možnih razlag rezultatov.

LITERATURA

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179–211.

Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N. in Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in psychology*, *6*, 1272. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01272

Cheng, H.-L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M. in Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, *96*(1), 64–74. https://doi.org/10.1002/jcad.12178

Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisask, M., Székely, A., van der Feltz - Cornelis, C. in Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 320–9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013

Doll, C. M., Michel, C., Rosen, M., Osman, N., Schimmelmann, B. G. in Schultze-Lutter, F. (2021). Predictors of help-seeking behaviour in people with mental health problems: a 3-year prospective community study. *BMC psychiatry*, *21*(1), 432. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03435-4

Fox, A. B., Smith, B. N. in Vogt, D. (2018). How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Research*, *268*, 15–20. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.036

Gašparac, N. (2019). *Stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči v povezavi s pismenostjo o duševnem zdravju in stigmatizacijo duševnih motenj med študenti v Sloveniji.* Magistrsko delo. Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Gonzalez, J. M., Alegria, M. in Prihoda, T. J. (2005). How Do Attitudes toward Mental Health Treatment Vary by Age, Gender, and Ethnicity/Race in Young Adults? *Journal of Community Psychology*, *33*(5), 611–29. https://doi.org/10.1002/jcop.20071

Gulliver, A., Griffiths, K. M. in Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, *10*, 113. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113

Henderson, M. in Page, L. (2007). Appraising the evidence: What is selection bias? *Evidence-Based Mental Health*, *10*(3), 67–8. https://doi.org/10.1136/ebmh.10.3.67

Ho, G., Bressington, D., Leung, S. F., Lam, K., Leung, A., Molassiotis, A., Ligot,Ranoco, C., Sophal, C., & Valimaki, M. (2018). Depression literacy and health-seeking attitudes in the Western Pacific region: a mixed-methods study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *53*(10), 1039–49. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1538-6

Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., Maguire, R. in Morley, K. (2015). A test of the inventory of attitudes towards seeking mental health services. *British Journal of Guidance & Counselling*, *43*(4), 397–412. https://doi.org/10.1080/03069885.2014.963510

James, S. A. in Buttle, H. (2008). Attitudinal differences towards mental health services between younger and older New Zealand adults. *New Zealand Journal of Psychology*, *37*(3), 33–43.

Johnson, J. A., Sanghvi, P. in Mehrotra, S. (2021). Technology-Based Interventions to Improve Help-Seeking for Mental Health Concerns: A Systematic Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *44*(4), 332–40. https://doi.org/10.1177/02537176211034578

Jung, H., von Sternberg, K. in Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, *19*(5), 252–67. https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345687

Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L. in Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, *10*(6), 574–82. https://doi.org/10.1080/13607860600641200

Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L. in Macaulay, H. L. (2004). An adaptation and extension of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*(11), 2410–33. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x

Mojtabai, R., Evans-Lacko, S., Schomerus, G. in Thornicroft, G. (2016). Attitudes Toward Mental Health Help Seeking as Predictors of Future Help-Seeking Behavior and Use of Mental Health Treatments. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *67*(6), 650–7. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500164

Ratnayake, P., & Hyde, C. (2019). Mental health literacy, help-seeking behaviour and wellbeing in young people: Implications for practice. *Educational and Developmental Psychologist*, *36*(1), 16–21. https://doi.org/10.1017/edp.2019.1

Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., et al. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *48*(5), 433–41. https://doi.org/10.1177

Reynders, A., Kerkhof, A. J., Molenberghs, G. in Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 49*(2), 231–9. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. in Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4*(3), 218–51. https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218

Roškar, S., Bračič, M. F., Kolar, U., Lekić, K., Juričič, N. K., Grum, A. T., Dobnik, B., Postuvan, V. in Vatovec, M. (2017). Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *International Journal of Social Psychiatry, 63*(7), 614–21. https://doi.org/10.1177/0020764017724819

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., Wilkniss, S. in Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry, 195*(6), 551–2. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067157

Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. in Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 210*(4), 261–8. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464

Schomerus, G., Matschinger, H. in Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 259*(5), 298–306. https://doi.org/10.1007/s00406-009-0870-y

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. in Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica, 125*(6), 440–52. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Speerforck, S., Schmidt, S. in Schomerus, G. (2019). Individuals with currently untreated mental illness: causal beliefs and readiness to seek help. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28*(4), 446–57. https://doi.org/10.1017/S2045796017000828

Šprah, L. (2019). Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: Rezultati in učinki programa. V L. Šprah (ur.), *Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov. Izkušnje in razmisleki* (str. 51–73). Založba ZRC.

ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. in Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(2), 153–63. https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4

ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R. in Ormel, J. (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine, 32*(2), 311–23. https://doi.org/10.1017/s0033291701005013

Tomczyk, S. Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H. in Schmidt, S. (2020). Ready, Willing and Able? An Investigation of the Theory of Planned Behaviour in Help-Seeking for a Community Sample with Current Untreated Depressive Symptoms. *Prevention Science, 21*(6), 749–60. https://doi.org/10.1007/s11121-020-01099-2

Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L. in Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology, 63*(3), 233–45. https://doi.org/10.1002/jclp.20345

Wahlbeck, K. (2011). European comparisons between mental health services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 20*(1), 15–8. https://doi.org/10.1017/S2045796011000060

Wilson, C., Deane, F., Ciarrochi, J. in Rickwood, D. (2005). Measuring help seeking intentions: Properties of the General Help Seeking Questionnaire. *Faculty of Health and Behavioural Sciences - Papers (Archive)*, 15–28.

Xu, Z., Huang, F., Kösters, M., Staiger, T., Becker, T., Thornicroft, G. in Rüsch, N. (2018). Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 48*(16), 2658–67. https://doi.org/10.1017/S0033291718001265

4.4 Razširjenost depresivne motnje, anksioznih motenj ter iskanje strokovne pomoči

Nina Ropret[1], doc. dr. Helena Jeriček Klanšček[1], doc. dr. Špela Selak[1], dr. Irena Makivić[1], Petra Mikolič[1], dr. Tatjana Novak Šubara[1], mag. Alenka Tančič Grum[1], Alenka Hafner[1], Matej Vinko[1]

[1]Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ključni poudarki

- O simptomih depresivne motnje je poročalo 13,4 % udeležencev raziskave (11,1 % moških in 15,7 % žensk), o simptomih anksioznih motenj pa 9,4 % udeležencev (7,0 % moških in 11,8 % žensk)1.
- Skoraj polovica udeležencev, ki so poročali o težavah v duševnem zdravju (kadarkoli), ni še nikoli poiskala strokovne pomoči, kar pomeni, da te težave niso mogle biti prepoznane oziroma diagnosticirane, niti ustrezno zdravljene.
- V bodoče je potrebno načrtno usmerjanje promocijskih in preventivnih aktivnosti, osredotočeno na destigmatizacijo iskanja strokovne pomoči v celotni populaciji.

[1] Podatki so približna ocena, saj označujejo delež oseb, ki so na vprašalnikih dosegli mejno/kritično vrednost (značilno za prisotnost simptomov) ter bi bila pri njih smiselna nadaljnja obravnava pri strokovnjaku s področja duševnega zdravja (dokončna diagnoza duševne motnje pa bi se tako lahko postavila šele pri strokovnjaku in je ni mogoče določiti zgolj na podlagi te raziskave).

UVOD

Depresivna in anksiozne motnje so med najbolj razširjenimi duševnimi motnjami. Za depresivno motnjo je značilno žalostno razpoloženje, brezupnost in pomanjkanje zanimanja, ki jo spremljajo telesne in kognitivne spremembe, ki pomembno vplivajo na posameznikovo delovanje in zmanjšujejo njegovo učinkovitost. Za anksiozne motnje so značilni občutki pretiranega strahu, tesnobe, zaskrbljenosti, ki jih – podobno kot depresivno motnjo – spremljajo telesne in kognitivne spremembe, ki tudi pomembno vplivajo na posameznikovo delovanje in zmanjšujejo njegovo učinkovitost. Poznamo različne vrste anksioznih motenj, od generalizirane anksiozne motnje, različnih fobij, paničnih motenj do obsesivno kompulzivne motnje (American Psychiatric Association, 1994).

Splošna prevalenca simptomov depresije (vrednost na lestvici PHQ-8 ≥ 10) v evropskih državah je bila v Evropskih raziskavah o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) v letu 2014 ocenjena na 6,1 % (ženske 7,6 %, moški 4,6 %), v letu 2019 pa na 6,3 % (ženske 7,6 %, moški 4,9 %) (Eurostat, 2022). Ocena za Slovenijo je bila v letu 2014 nekoliko nižja od povprečja evropskih držav, saj je 5,5 % populacije poročalo o simptomih depresije (7,1 % žensk in 3,8 % moških), v letu 2019 pa nekoliko višja od evropskega povprečja, saj je 7,7 % Slovencev poročalo o simptomih depresije (9,1 % žensk, 6,3 % moških) (Eurostat, 2022). Presečna študija, ki je vključevala 93.590 oseb, starejših od 55 let, iz evropskih, azijskih in ameriških držav, je ugotovila, da je razširjenost depresije največja med ženskami, posamezniki, starimi 75 let ali več, ločenimi, ovdovelimi ali samskimi (oziroma med tistimi, ki niso poročeni oziroma v partnerski zvezi) ter med tistimi, ki niso dosegli srednješolske izobrazbe (Richardson idr., 2020).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je bila razširjenost anksioznih motenj v letu 2015 ocenjena na 3,6 % (WHO, 2017). Po podatkih (Alonso idr., 2004), zbranih v šestih evropskih državah, je 13,6 % udeleženih poročalo o zgodovini anksioznih motenj vsaj enkrat v življenju in 6,0 % o prisotnosti anksioznih motenj v obdobju zadnjega leta. Löwe in sodelavci (2008) pa so poročali, da so bili simptomi anksioznih motenj (vrednost na lestvici GAD-7 ≥ 10) prisotni pri 5,1 % splošne populacije (s pogostejšo prevalenco pri ženskah).

Večina raziskav v zadnjem obdobju poroča o porastu simptomov depresije in anksioznih motenj v času pandemije covida-19, vendar lahko zasledimo zelo različne podatke glede same prevalence; tako glede simptomov depresije (22–48 %) kot tudi simptomov anksioznih motenj (20–47 %) (npr. Bello idr., 2022; Bueno-Notivol idr., 2021; Chen idr., 2021; Luo idr., 2020; Wang idr., 2020; Zhang idr., 2022a; Zhang idr., 2022b). Večje tveganje za simptome depresije ter anksioznih motenj med pandemijo so imele ženske, mlajši od 35 let, in posamezniki z nižjim SES (Wang idr., 2020). Nekatere raziskave (Luo idr., 2020; Santabárbara idr., 2021) kot pomembne dejavnike tveganja za anksiozne motnje med pandemijo navajajo tudi študentski status, socialno izolacijo, nezaposlenost ter finančne težave. Po drugi strani lahko zasledimo tudi raziskave, ki ne poročajo o pomembnem porastu težav v duševnem zdravju (pred vs. med pandemijo) oziroma da je bil porast simptomov blag in prisoten predvsem v začetni fazi pandemije (npr. Robinson idr., 2020; Sun idr., 2021). Nekateri raziskavalci pa poročajo celo o zmanjšanju duševnih motenj (npr. Knudsen idr. 2021) v času pandemije. Pomembno je poudariti, da so bili v zgoraj navedenih raziskavah simptomi anksioznih motenj in depresivne motnje ocenjeni s pomočjo različnih merskih pripomočkov, kar lahko vsaj deloma prispeva k različnim ugotovitvam.

Podatki za Slovenijo kažejo, da je med 1. valom pandemije 10,0 % odraslih Slovencev poročalo o zmernih ali hudih simptomih generalizirane anksiozne motnje (Podlesek in Kavcic, 2020). V raziskavi Gabrovca in sodelavcev (2021) pa je v času pandemije 53,1 % vključenih slovenskih študentov poročalo o simptomih depresije in 50,5 % o simptomih anksioznih motenj. Najvišje samoocene simptomov anksioznih motenj pri odraslih Slovencih pa so bile pri ženskah, samskih, brezposelnih in mladih odraslih, starih od 18 do 24 let (Podlesek in Kavcic, 2020).

Kljub zaznanim težavam pa je zaradi slabe dostopnosti ustreznih služb, predsodkov, negativnih stališč do iskanja pomoči in stigmatizacije duševnih motenj ter nizkega znanja o duševnem zdravju nesprejemljivo velika vrzel med tistimi, ki pomoč potrebujejo, in tistimi, ki jo poiščejo in prejmejo. Na svetu približno polovica ljudi s težavami v duševnem zdravju ne poišče strokovne pomoči, ali pa jo poišče prepozno (Sapien Labs, 2021). Težava pri tem, da marsikatera depresivna motnja ostane neprepoznana, nezdravljena ali pa je slabo zdravljena, ni le v posledično slabši kakovosti življenja, ampak je posledica depresije lahko tudi samomor (Hasche idr., 2010; World Health Organization, 2017).

V Sloveniji so prisotne geografske neenakosti pri dostopu (dolge čakalne dobe) do storitev s področja duševnega zdravja (Albreht idr., 2021), kar velja tudi za psihoterapevtske storitve, ki so v večji meri dostopne kot samoplačniška storitev. Iskanje strokovne pomoči pa je lahko oteženo zlasti zaradi nizke pismenosti o duševnem zdravju, kar vključuje (1) slabo znanje o duševnih motnjah, prav tako pa lahko tudi (2) stigmo (tako samostigmo kot javno stigmo), ter (3) ostala negativna stališča do duševnih motenj ter do iskanja strokovne pomoči (Altweck idr., 2015; Calear idr., 2021; Clement idr., 2015; Grace idr., 2018; Kutcher idr., 2016; Vogel in Wade, 2009). Vsi ti vidiki so med seboj zelo prepleteni, saj se ovira lahko pojavi tudi, ko oseba že pride do osebnega zdravnika, a mu o svojih težavah poroča le iz telesnega vidika in izpusti psihološke simptome, bodisi zaradi stigme bodisi zaradi slabega znanja o duševnih motnjah in s tem povezanega slabega prepoznavanja simptomov duševnih motenj (Jorm, 2000).

Iskanje strokovne pomoči je povezano tudi z nekaterimi sociodemografskimi značilnostmi. V primeru težav v duševnem zdravju, moški redkeje poiščejo pomoč, kar je povezano s celotnim družbenim in kulturnim sistemom – normami, vrednotami in prepričanji (Gough in Novikova, 2020; Staiger idr., 2020). Smer povezave med izobrazbo, prihodkom in iskanjem pomoči ni povsem jasna, saj nekatere študije ugotavljajo manj negativen odnos do iskanja pomoči pri osebah, ki imajo nižji prihodek in nižjo izobrazbo (Ojeda in Bergstresser, 2008), medtem ko druge raziskave poročajo, da ljudje z višjo izobrazbo kažejo bolj pozitiven odnos do iskanja pomoči (Schomerus idr., 2013; Evans-Lacko, 2018).

Namen prispevka je preučiti razširjenost simptomov depresije in anksioznih motenj ter razširjenost iskanja strokovne pomoči v Sloveniji. Prav tako želimo preveriti, kako se določeni sociodemografski dejavniki povezujejo s razširjenostjo simptomov depresije, anksioznih motenj ter z iskanjem strokovne pomoči.

METODE

Poleg sociodemografskih spremenljivk (spol, starost, izobrazba, zaposlitveni status, zakonski stan, SSS ter regija bivanja) smo v tem sklopu uporabili naslednja vprašanja oziroma lestvice[2]:

- Vprašalnik ocene generalizirane anksiozne motnje (angl. Generalised Anxiety Disorder Assessment GAD-7);
- Vprašalnik o bolnikovem zdravju (angl. Patient Health Questionnaire PHQ-8);
- Vprašalnik poznavanja depresije (angl. Depression Literacy Questionnaire D-lit);
- Vprašalnik poznavanja anksioznih motenj (angl. Anxiety Literacy Questionnaire A-lit);
- Vprašalnik stališč do iskanja strokovne pomoči (angl. Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services IASMHS);
- Splošni vprašalnik o nameri iskanja pomoči (angl. General Help-Seeking Questionnaire GHSQ);
- DSTA – Vprašanje o subjektivni oceni duševnega zdravja;
- Vprašanji o izkušnjah s težavami v duševnem zdravju;
- Vprašanje o diagnosticirani duševni motnji;
- Vprašanje o izkušnji iskanja strokovne pomoči.

Izračunali smo osnovne opisne statistike, prav tako pa smo analizirali tudi razlike med spremenljivkami s pomočjo $\chi 2$ testov. Poleg statistične pomembnosti razlik ($p < 0,05$) smo izračunali tudi velikost učinkov. V opisnih statistikah ter pri $\chi 2$ izračunih smo pri simptomih depresivne motnje (PHQ-8) prikazali razširjenost, razvejano glede na stopnjo izraženosti simptomov (4 skupine: blaga, zmerna, zmerno huda ter huda stopnja simptomov), podobno tudi za izraženost simptomov anksioznih motenj (GAD-7) (3 skupine: blaga, zmerna ter huda stopnja simptomov). Prav tako pa smo pri obeh lestvicah prikazali tudi razširjenost (v %) za priporočeno mejno vrednost (Kroenke idr., 2001; Kroenke idr., 2009) 10 točk ali več (zmerni, (zmerno hudi), hudi simptomi).

Vpliv neodvisnih spremenljivk na odvisno smo v nadaljevanju preverjali s pomočjo logističnih regresij. Izvedene so bile tri logistične regresije, in sicer za (1) prisotnost simptomov depresivne motnje (PHQ-8), (2) prisotnost simptomov anksioznih motenj (GAD-7) ter (3) iskanje strokovne pomoči. Pri simptomih depresije ter pri simptomih anksioznih motenj smo v logistični regresiji uporabili dihotomizirano vrednost odvisne spremenljivke (meja skupni seštevek 10 točk ali več). Pri spremenljivki iskanja strokovne pomoči smo se osredotočili le na udeležence, ki so poročali, da se trenutno oziroma so se v preteklosti že soočali s težavami v duševnem zdravju. Lestvice D-lit, A-lit, IASMHS (vsi trije podfaktorji) in GHSQ smo uporabili le v povezavi z iskanjem strokovne pomoči. Pri preučevanju povezanosti vsake posamezne lestvice z iskanjem strokovne pomoči ($\chi 2$ testi) smo uporabili dihotomizirane rezultate, kjer smo na podlagi mediane udeležence razdelili na tiste z višjim in tiste z nižjim rezultatom (tisti, ki so imeli rezultat enak mediani, so bili uvrščeni v višjo kategorijo), medtem ko smo lestvice pri regresiji uporabili v zvezni obliki, kot seštevek odgovorov na vse postavke.

[2] Vprašanja oziroma psihometrični pripomočki so podrobno opisani na straneh 5–8.

REZULTATI

Depresivna motnja

Stopnja izraženosti simptomov depresije

O simptomih depresije (PHQ-8 ≥ 10) je v naši raziskavi poročalo 13,4 % udeležencev (11,1 % moških ter 15,7 % žensk). Simptomi depresije so bili pogosteje izraženi pri ženskah, pri mlajših osebah v starosti 18–24 let, pri osebah z nižjo stopnjo izobrazbe (OŠ ali manj), pri samskih osebah, brezposelnih, pri osebah, ki prihajajo iz Obalno-kraške regije, prav tako pa tudi pri osebah z nizkim SSS. Simptomi depresije so bili bolj pogosto izraženi pri osebah, ki so poročale, da se trenutno oziroma so se v preteklosti že soočale s težavami v duševnem zdravju in pri osebah, ki so svoje duševno zdravje ocenile kot zelo slabo. Kljub statistično značilnim rezultatom pa je bila velikost učinka povezanosti pri večini nizka, razen pri povezanosti s težavami v duševnem zdravju (Phi = 0,435) in subjektivno samooceno duševnega zdravja (Cramer's V = 0,402). Podrobne opisne statistike so prikazane v Tabeli 4.11.

Tabela 4.11: Opisne statistike za stopnjo izraženosti simptomov depresivne motnje (PHQ-8)

	Simptomi niso prisotni / minimalni		**Blagi simptomi**		**Zmerni simptomi**		**Zmerno hudi simptomi**		**Hudi simptomi**		**PHQ-8≥10***				
	N	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***	***%***	***χ²(df)***	***p***	***Velikost učinka***	
SPOL															
Moški	889	64,9	329	24,0	101	7,4	33	2,4	18	1,3	11,1	44,885(4)	0.000	0,131	Phi
Ženski	658	52,4	401	31,9	115	9,2	52	4,1	30	2,4	15,7				
STAROST															
18–24 let	119	41,0	101	34,8	40	13,8	24	8,3	6	2,1	24,1	136,652(32)	0.000	0,114	Cramer's *V*
25–29 let	108	47,6	86	37,9	21	9,3	8	3,5	4	1,8	14,5				
30–34 let	146	53,7	79	29,0	36	13,2	5	1,8	6	2,2	17,3				
35–39 let	200	65,4	75	24,5	10	3,3	13	4,2	8	2,6	10,1				
40–44 let	201	61,7	90	27,6	27	8,3	6	1,8	2	0,6	10,7				
45–49 let	220	69,4	59	18,6	23	7,3	8	2,5	7	2,2	12,0				
50–54 let	173	57,3	92	30,5	19	6,3	12	4,0	6	2,0	12,3				
55–59 let	181	60,1	78	25,9	29	9,6	7	2,3	6	2,0	14,0				
60–64 let	198	69,2	69	24,1	13	4,5	3	1,0	3	1,0	6,6				
IZOBRAZBA															
OŠ ali manj	183	51,4	96	27,0	41	11,5	18	5,1	18	5,1	21,6	48,266(12)	0.000	0,078	Cramer's *V*
Nižja poklicna izobrazba	375	63,7	162	27,5	37	6,3	10	1,7	5	0,8	8,8				
Srednja izobrazba	529	58,0	253	27,7	82	9,0	34	3,7	14	1,5	14,3				
Višja ali več	460	59,8	219	28,5	56	7,3	23	3,0	11	1,4	11,7				

	Simptomi niso prisotni / minimalni		Blagi simptomi		Zmerni simptomi		Zmerno hudi simptomi		Hudi simptomi		PHQ-8≥10*				
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*%*	*χ^2(df)*	*p*	*Velikost učinka*	
ZAKONSKI STAN															
Samski	321	51,4	187	29,9	70	11,2	30	4,8	17	2,7	18,7	43,515(16)	0.000	0,065	Cramer's *V*
Poročeni	685	62,7	286	26,2	82	7,5	32	2,9	8	0,7	11,2				
Zunajzakonska zveza	439	59,9	209	28,5	51	7,0	17	2,3	17	2,3	11,6				
Ovdoveli	32	62,7	15	29,4	2	3,9	1	2,0	1	2,0	7,8				
Ločeni	54	60,7	21	23,6	7	7,9	3	3,4	4	4,5	15,7				
ZAPOSLITEV															
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	1159	63,4	472	25,8	128	7,0	46	2,5	23	1,3	10,8	137,883(16)	0.000	0,115	Cramer's *V*
Dijak, študent	78	34,8	91	40,6	33	14,7	17	7,6	5	2,2	24,6				
Upokojenec	159	65,2	64	26,2	13	5,3	5	2,0	3	1,2	8,6				
Brezposeln	79	44,6	53	29,9	21	11,9	14	7,9	10	5,6	25,4				
Drugo	65	48,5	41	30,6	17	12,7	3	2,2	8	6,0	20,9				
REGIJA															
Pomurska	78	54,9	43	30,3	18	12,7	2	1,4	1	0,7	14,8	70,772(44)	0.006	0,082	Cramer's *V*
Podravska	237	57,1	124	29,9	29	7,0	10	2,4	15	3,6	13,0				
Koroška	61	69,3	16	18,2	3	3,4	5	5,7	3	3,4	12,5				
Savinjska	175	54,5	101	31,5	26	8,1	16	5,0	3	0,9	14,0				
Zasavska	36	50,7	25	35,2	6	8,5	4	5,6	0	0,0	14,1				
Posavska	48	51,6	30	32,3	8	8,6	3	3,2	4	4,3	16,1				
Jugovzhodna Slovenija	102	57,3	52	29,2	16	9,0	7	3,9	1	0,6	13,5				
Osrednje-slovenska	426	60,2	195	27,5	60	8,5	19	2,7	8	1,1	12,3				
Gorenjska	159	62,8	54	21,3	21	8,3	12	4,7	7	2,8	15,8				
Primorsko-notranjska	42	63,6	16	24,2	5	7,6	0	0,0	3	4,5	12,1				
Goriška	98	68,1	37	25,7	7	4,9	1	0,7	1	0,7	6,3				
Obalno-kraška	85	58,2	37	25,3	15	10,3	7	4,8	2	1,4	16,4				
SSS															
Nizek	310	45,9	200	29,6	97	14,3	41	6,1	28	4,1	24,6	129,479(8)	0.000	0,157	Cramer's *V*
Srednji	1036	62,6	454	27,4	109	6,6	42	2,5	14	0,8	10,0				
Visok	197	70,6	63	22,6	10	3,6	2	0,7	7	2,5	6,8				
SOOČANJE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU (trenutno ali v preteklosti)															
Ne	1121	76,3	302	20,5	43	2,9	2	0,1	2	0,1	3,2	496,081(4)	0.000	0,435	Phi
Da	424	36,9	425	37,0	172	15,0	82	7,1	45	3,9	26,0				

	Simptomi niso prisotni / minimalni		Blagi simptomi		Zmerni simptomi		Zmerno hudi simptomi		Hudi simptomi		PHQ-8≥10*				
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*%*	*χ²(df)*	*p*	*Velikost učinka*	
SUBJEKTIVNA OCENA DUŠEVNEGA ZDRAVJA															
Zelo dobro	493	92,0	40	7,5	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0,6	1690,161(16)	0.000	0,402	Cramer's *V*
Dobro	851	70,2	318	26,2	42	3,5	1	0,1	0	0,0	3,5				
Srednje	197	28,2	334	47,8	116	16,6	39	5,6	13	1,9	24,0				
Slabo	2	1,5	34	25,0	53	39,0	29	21,3	18	13,2	73,5				
Zelo slabo	3	8,8	0	0,0	2	5,9	12	35,3	17	50,0	91,2				

Opombe: *Stolpec PHQ-8 ≥ 10 – % vključuje zmerne, zmerno hude ter hude simptome depresivne motnje. χ2 izračuni v nadaljevanju so bili opravljeni na 5-stopenjski lestvici PHQ-8. Zaposlitev – Drugo = pogodba o delu, avtorska pogodba, priložnostno delo, gospodinja, gospodinjec, nezmožen za delo.

Dobri dve tretjini udeležencev (71,6 %), ki so dosegli rezultat, značilen za prisotnost simptomov depresije (PHQ-8 ≥ 10), je poročalo, da njihove težave do sedaj niso bile še nikoli diagnosticirane kot duševna motnja oziroma bolezen s strani strokovnjaka.

Rezultati logistične regresije za simptome depresije so prikazani v Tabeli 4.12. Model je bil statistično značilen, statistično pomembni napovedniki simptomov depresije so bili vsi vključeni napovedniki, razen spremenljivke zakonski status ter zaposlitev (skupina Upokojenci ter Drugo). Večjo verjetnost oziroma tveganje za simptome depresije so imele v našem vzorcu ženske, mlajši udeleženci, udeleženci z nižjo stopnjo izobrazbe (OŠ ali manj), udeleženci z nizkim SSS. Prav tako sta imeli skupina Učenci, dijaki, študenti in skupina Brezposelni večjo verjetnost za simptome depresije v primerjavi z zaposlenimi udeleženci.

Tabela 4.12: Vpliv sociodemografskih spremenljivk na prisotnost simptomov depresivne motnje (PHQ-8 ≥ 10)

	Simptomi depresivne motnje			
	B	***OR***	**[95% CI]**	***p***
Korak 1				
χ2(df) = 188,162(15) ***				
Nagelkerke R^2= 0.130				
Spol (Ref=moški)	0,359	1,433	1,117–1,837	0,005
Starost	-0,016	0,984	0,971–0,998	0,020
Izobrazba (Ref= OŠ ali manj)				0,000
Izobrazba - Nižja poklicna	-0,947	0,388	0,256–0,588	0,000
Izobrazba - Srednja	-0,418	0,658	0,465–0,932	0,018
Izobrazba - Višja ali več	-0,393	0,675	0,459–0,994	0,046
SSS (Ref= Nizek SSS)				0,000
SSS - Srednji	-1,208	0,299	0,230–0,389	0,000
SSS - Visok	-1,659	0,190	0,113–0,321	0,000

	Simptomi depresivne motnje			
	B	***OR***	**[95% CI]**	***p***
Zakonski stan (ZS) (Ref=poročeni)				0,302
ZS - Samski	-0,008	0,992	0,701–1,405	0,964
ZS - Zunajzakonska zveza	-0,213	0,808	0,583–1,120	0,201
ZS - Ovdoveli	-0,938	0,391	0,131–1,172	0,094
ZS - Ločeni	0,028	1,028	0,536–1,970	0,934
Zaposlitev (Ref= Zaposleni, samo zap., kmet.)				0,002
Učenci, dijaki, študenti	0,645	1,906	1,194–3,041	0,007
Upokojenci	-0,335	0,715	0,410–1,246	0,237
Brezposelni	0,630	1,878	1,249–2,832	0,002
Drugo *	0,368	1,445	0,896–2,332	0,131
Konstanta	-0,174	0,840		0,655

Anksiozne motnje

O simptomih anksioznih motenj (GAD-7 ≥ 10) je poročalo 9,4 % udeležencev (7,0 % moških in 11,8 % žensk). Simptomi anksioznih motenj so bili bolj pogosto izraženi pri ženskah, pri mlajših osebah v starosti 18–24 let, pri osebah z nižjo stopnjo izobrazbe (OŠ ali manj), pri samskih osebah, brezposelnih, prav tako pa tudi pri osebah z nižjim SSS. Simptomi anksioznih motenj so bili bolj pogosto izraženi pri osebah, ki so poročale, da se trenutno oziroma so se (kadarkoli) v preteklosti že soočale s težavami v duševnem zdravju, in pri osebah, ki so svoje duševno zdravje ocenile kot zelo slabo. Kljub statistično značilnim rezultatom pa je bila velikost učinka povezanosti pri večini nizka, razen pri težavah v duševnem zdravju (Phi = 0,435) ter subjektivni samooceni duševnega zdravja (Cramer's V = 0,418). Povezanost med prisotnostjo simptomov anksioznih motenj ter regijo bivanja pa ni bila statistično značilna. Preostali podatki so na voljo v Tabeli 4.13.

Tabela 4.13: Opisne statistike za stopnjo izraženosti simptomov anksioznih motenj (GAD-7)

	Simptomi niso prisotni / minimalni		**Blagi simptomi**		**Zmerni simptomi**		**Hudi simptomi**		**GAD-7 ≥ 10***				
	N	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***	***%***	$\chi^2(df)$	***p***	***Velikost učinka***	
SPOL													
Moški	1011	74,1	259	19,0	59	4,3	36	2,6	7,0	39,232(3)	0.000	0,122	Phi
Ženski	791	63,1	314	25,1	87	6,9	61	4,9	11,8				
STAROST													
18–24 let	151	52,4	89	30,9	33	11,5	15	5,2	16,7	89,461(24)	0.000	0,107	*Cramer's V*
25–29 let	144	62,6	63	27,4	15	6,5	8	3,5	10,0				
30–34 let	177	65,3	64	23,6	23	8,5	7	2,6	11,1				
35–39 let	217	70,9	60	19,6	10	3,3	19	6,2	9,5				
40–44 let	233	71,5	64	19,6	21	6,4	8	2,5	8,9				
45–49 let	218	69,6	76	24,3	8	2,6	11	3,5	6,1				
50–54 let	219	74,7	54	18,4	11	3,8	9	3,1	6,8				
55–59 let	215	71,0	60	19,8	14	4,6	14	4,6	9,2				
60–64 let	227	78,3	45	15,5	12	4,1	6	2,1	6,2				

	Simptomi niso prisotni / minimalni		Blagi simptomi		Zmerni simptomi		Hudi simptomi		GAD-7 ≥ 10*				
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*%*	*χ^2(df)*	*p*	*Velikost učinka*	
IZOBRAZBA													
OŠ ali manj	223	62,5	77	21,6	27	7,6	30	8,4	16,0	38,360(9)	0.000	0,070	*Cramer's V*
Nižja poklicna izobrazba	427	72,7	113	19,3	36	6,1	11	1,9	8,0				
Srednja izobrazba	628	69,2	208	22,9	40	4,4	31	3,4	7,8				
Višja ali več	524	68,2	175	22,8	44	5,7	25	3,3	9,0				
ZAKONSKI STAN													
Samski	392	63,1	157	25,3	41	6,6	31	5,0	11,6	25,981(12)	0.011	0,058	*Cramer's V*
Poročeni	799	73,0	211	19,3	51	4,7	33	3,0	7,7				
Zunajzakonska zveza	485	66,3	172	23,5	48	6,6	27	3,7	10,2				
Ovdoveli	38	74,5	10	19,6	1	2,0	2	3,9	5,9				
Ločeni	64	76,2	14	16,7	4	4,8	2	2,4	7,1				
ZAPOSLITEV													
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	1317	72,4	369	20,3	84	4,6	49	2,7	7,3	105,281(12)	0.000	0,116	*Cramer's V*
Dijak, študent	110	49,3	76	34,1	24	10,8	13	5,8	16,6				
Upokojenec	184	74,8	41	16,7	12	4,9	9	3,7	8,5				
Brezposeln	95	52,8	46	25,6	23	12,8	16	8,9	21,7				
Drugo	85	62,5	37	27,2	4	2,9	10	7,4	10,3				
REGIJA													
Pomurska	94	66,2	35	24,6	11	7,7	2	1,4	9,2	41,747(33)	0,141	0,073	Cramer's *V*
Podravska	292	71,6	71	17,4	28	6,9	17	4,2	11,0				
Koroška	61	68,5	19	21,3	5	5,6	4	4,5	10,1				
Savinjska	223	69,5	64	19,9	18	5,6	16	5,0	10,6				
Zasavska	52	71,2	12	16,4	6	8,2	3	4,1	12,3				
Posavska	60	65,2	22	23,9	3	3,3	7	7,6	10,9				
Jugovzhodna Slovenija	119	65,7	41	22,7	15	8,3	6	3,3	11,6				
Osrednjeslovenska	486	69,3	162	23,1	35	5,0	18	2,6	7,6				
Gorenjska	167	63,7	68	26,0	15	5,7	12	4,6	10,3				
Primorskonotranjska	45	70,3	12	18,8	4	6,3	3	4,7	10,9				
Goriška	109	77,9	28	20,0	2	1,4	1	0,7	2,1				
Obalnokraška	94	65,3	38	26,4	5	3,5	7	4,9	8,3				
SSS													
Nizek	406	59,1	165	24,0	64	9,3	52	7,6	16,9	78,567(6)	0.000	0,123	*Cramer's V*
Srednji	1177	71,6	360	21,9	69	4,2	38	2,3	6,5				
Visok	212	76,0	48	17,2	12	4,3	7	2,5	6,8				
SOOČANJE S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU (trenutno ali v preteklosti)*													
Ne	1263	86,2	177	12,1	22	1,5	4	0,3	1,8	494,376(3)	0.000	0,435	*Phi*
Da	536	46,9	393	34,4	124	10,8	91	8,0	18,8				

	Simptomi niso prisotni / minimalni		Blagi simptomi		Zmerni simptomi		Hudi simptomi		GAD-7 ≥ 10*				
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*%*	*χ²(df)*	*p*	*Velikost učinka*	
SUBJEKTIVNA OCENA DUŠEVNEGA ZDRAVJA*													
Zelo dobro	500	93,6	31	5,8	3	0,6	0	0,0	0,6	1366,176(12)	0.000	0,418	*Cramer's V*
Dobro	976	81,2	207	17,2	16	1,3	3	0,2	1,6				
Srednje	311	44,2	288	40,9	77	10,9	28	4,0	14,9				
Slabo	7	5,1	45	32,8	44	32,1	41	29,9	62,0				
Zelo slabo	4	11,8	2	5,9	7	20,6	21	61,8	82,4				

Opombe: *Stolpec GAD-7 ≥ 10 – % vključuje zmerne ter hude simptome anksioznih motenj. χ2 izračuni v nadaljevanju so bili opravljeni na 4-stopenjski lestvici GAD-7. Zaposlitev – Drugo = pogodba o delu, avtorska pogodba, priložnostno delo, gospodinja, gospodinjec, nezmožen za delo.

Približno dve tretjini udeležencev (69,2 %), ki so dosegli rezultat, značilen za prisotnost simptomov anksioznih motenj (GAD-7 ≥ 10), je poročalo, da njihove težave do sedaj še niso bile diagnosticirane kot duševna motnja oziroma bolezen s strani strokovnjaka (psihiater, zdravnik, klinični psiholog).

Rezultati logistične regresije za prisotnost simptomov anksioznih motenj so prikazani v Tabeli 4.14. Tudi ta model z napovedniki je bil statistično značilen, večjo verjetnost oziroma tveganje za simptome anksioznih motenj so imele ženske, mlajši udeleženci, udeleženci z nizkim SSS, prav tako pa so imeli brezposelni udeleženci ter učenci, dijaki in študenti večjo verjetnost za simptome anksioznih motenj v primerjavi z zaposlenimi. Udeleženci z nižjo izobrazbo (OŠ ali manj) so imeli večjo verjetnost za simptome anksioznih motenj v primerjavi z udeleženci z višjo izobrazbo (Nižja poklicna ali Srednja). Napovedniki zakonski status, izobrazba (skupina Višja ali več) ter zaposlitev (Upokojenci, Drugo) pa v modelu niso bili statistično značilni.

Tabela 4.14: Vpliv sociodemografskih spremenljivk na prisotnost simptomov anksioznih motenj (GAD-7 ≥ 10)

	Simptomi anksioznih motenj			
	B	***OR***	**[95% CI]**	***p***
Korak 1				
χ2(df) = 141,431(15)***				
Nagelkerke R^2 = 0,116				
Spol (Ref = moški)	0,519	1,680	1,255–2,249	0,000
Starost	–0,022	0,978	0,963–0,994	0,007
Izobrazba (Ref = OŠ ali manj)				0,003
Izobrazba – Nižja poklicna	–0,616	0,540	0,345–0,847	0,007
Izobrazba – Srednja	–0,708	0,493	0,328–0,741	0,001
Izobrazba – Višja ali več	–0,322	0,724	0,468–1,121	0,148
SSS (Ref = Nizek SSS)				0,000
SSS – Srednji	–1,216	0,296	0,218–0,404	0,000
SSS – Visok	–1,215	0,297	0,173–0,510	0,000

	Simptomi anksioznih motenj			
	B	***OR***	**[95% CI]**	***p***
Zakonski stan (ZS) (Ref=poročeni)				0,470
ZS – Samski	–0,180	0,835	0,551–1,267	0,397
ZS – Zunajzakonska zveza	0,044	1,045	0,722–1,512	0,817
ZS – Ovdoveli	–0,673	0,510	0,164–1,583	0,244
ZS – Ločeni	–0,472	0,624	0,260–1,496	0,290
Zaposlitev (Ref= Zaposleni, samo zap., kmet.)				0,002
Učenci, dijaki, študenti	0,682	1,979	1,151–3,400	0,013
Upokojenci	0,164	1,179	0,643–2,159	0,594
Brezposelni	0,893	2,444	1,571–3,801	0,000
Drugo*	0,037	1,038	0,565–1,906	0,904
Konstanta	–0,551	0,576		0,220

Opombe: *Zaposlitev – Drugo = pogodba o delu, avtorska pogodba, priložnostno delo, gospodinja, gospodinjec, nezmožen za delo.

Iskanje strokovne pomoči

V Tabeli 4.15 so prikazane opisne statistike iskanja strokovne pomoči med udeleženci, ki so poročali, da se sedaj ali so se kadarkoli v preteklosti že soočali s težavami v duševnem zdravju. Iskanje strokovne pomoči je bilo bolj pogosto med ženskami, starejšimi, udeleženci z OŠ izobrazbo ali manj ter upokojenimi posamezniki. Ostali, bolj podrobni podatki so na voljo v Tabeli 4.15.

Tabela 4.15: Opisne statistike za iskanje strokovne pomoči

	Iskanje pomoči (vs brez iskanja pomoči)						
	N skupni	***N***	**%**	**χ2(df)**	**p**	**Velikost učinka**	
SPOL							
Moški	507	217	42,8	40,35(1)	0.000	-0,186	Phi
Ženski	660	406	61,5				
STAROST							
18–24 let	153	56	36,6	33,71(8)	0.000	0,170	Cramer's *V*
25–29 let	118	55	46,6				
30–34 let	128	66	51,6				
35–39 let	124	67	54,0				
40–44 let	149	75	50,3				
45–49 let	124	74	59,7				
50–54 let	129	78	60,5				
55–59 let	123	76	61,8				
60–64 let	117	75	64,1				

	Iskanje pomoči (vs brez iskanja pomoči)						
	N skupni	***N***	**%**	**χ2(df)**	**p**	**Velikost učinka**	
IZOBRAZBA							
OŠ ali manj	169	107	63,3	19,67(3)	0.000	0,130	Cramer's *V*
Nižja poklicna izobrazba	218	128	58,7				
Srednja izobrazba	401	182	45,4				
Višja ali več	380	207	54,5				
ZAKONSKI STAN							
Samski	296	155	52,4	9,15(4)	0.057	0,089	Cramer's *V*
Poročeni	438	235	53,7				
Zunajzakonska zveza	335	167	49,9				
Ovdoveli	22	16	72,7				
Ločeni	52	35	67,3				
ZAPOSLITEV							
Zaposlen, samozaposlen, kmetovalec	728	377	51,8	33.31(4)	0.000	0,170	Cramer's *V*
Učenec, dijak, študent	132	51	38,6				
Upokojenec	105	75	71,4				
Brezposeln	101	54	53,5				
Drugo	87	59	67,8				
REGIJA							
Pomurska	52	24	46,2	9,89(11)	0.541	0,092	Cramer's *V*
Podravska	170	85	50,0				
Koroška	33	20	60,6				
Savinjska	134	72	53,7				
Zasavska	26	15	57,7				
Posavska	43	19	44,2				
Jugovzhodna Slovenija	90	50	55,6				
Osrednjeslovenska	336	194	57,7				
Gorenjska	130	65	50,0				
Primorsko-notranjska	28	17	60,7				
Goriška	56	25	44,6				
Obalno-kraška	70	37	52,9				
SSS							
Nizek	333	191	57,4	3,65(2)	0.161	0,056	Cramer's *V*
Srednji	717	366	51,0				
Visok	110	59	53,6				

	Iskanje pomoči (vs brez iskanja pomoči)						
	N skupni	***N***	**%**	**χ2(df)**	**p**	**Velikost učinka**	
SUBJEKTIVNA OCENA DUŠEVNEGA ZDRAVJA							
Zelo dobro	84	36	42,9	17,19(4)	0.002	0,122	Cramer's *V*
Dobro	420	220	52,4				
Srednje	489	249	50,9				
Slabo	134	86	64,2				
Zelo slabo	29	22	75,9				
PHQ-8							
Brez oziroma blagi simptomi	843	429	50,9	5,69(1)	0.017	-0,071	Phi
Zmerni oziroma hudi simptomi	297	175	58,9				
GAD-7							
Brez oziroma blagi simptomi	923	467	50,6	6,45(1)	0.011	-0,075	Phi
Zmerni oziroma hudi simptomi	216	130	60,2				
D-lit							
Nizek rezultat	525	260	49,5	3,90(1)	0.048	-0,059	Phi
Visok rezultat	588	326	55,4				
A-lit							
Nizek rezultat	489	230	47,0	14,96(1)	0.000	-0,116	Phi
Visok rezultat	629	369	58,7				
IASMHS - Psihološka odprtost							
Nizek rezultat	514	234	45,5	20.55(1)	0.000	-0,136	Phi
Visok rezultat	604	357	59,1				
IASMHS - Nagnjenost k iskanju pomoči							
Nizek rezultat	529	212	40,1	76,02(1)	0.000	-0,260	Phi
Visok rezultat	595	393	66,1				
IASMHS - Brezbrižnost do stigme							
Nizek rezultat	560	271	48,4	11.24(1)	0.001	-0,100	Phi
Visok rezultat	569	332	58,3				
GHSQ - Hipotetična verjetnost iskanja pomoči							
Nizek rezultat	536	234	43,7	33.70(1)	0.000	-0,175	Phi
Visok rezultat	559	342	61,2				

Opombe: PHQ-8 = Vprašalnik o bolnikovem stanju, GAD-7 Vprašalnik ocene generalizirane anksiozne motnje, D-lit = Vprašalnik poznavanja depresivne motnje, A-lit= Vprašalnik poznavanja anksioznih motenj.

Slaba polovica udeležencev (41,1 %), ki so poročali o simptomih depresije (PHQ-8 ≥ 10) ter 39,8 % udeležencev, ki so poročali o simptomih anksioznih motenj (GAD-7 ≥ 10), do sedaj niso še nikoli poiskali strokovne pomoči. Nadalje slaba polovica udeležencev (46,6 %), ki se trenutno ali so se kadarkoli v preteklosti že soočali s kakršnimikoli težavami v duševnem zdravju, prav tako ni še nikoli poiskalo strokovne pomoči.

Rezultati logistične regresije za iskanje strokovne pomoči so prikazani v Tabeli 4.16. Model z napovedniki je bil statistično značilen. Večjo verjetnost za iskanje strokovne pomoči so imele ženske, starejši udeleženci, prav tako pa tudi udeleženci, ki so dosegli višji rezultat na Vprašalniku poznavanja anksioznih motenj – A-lit, Vprašalniku hipotetične namere iskanja pomoči – GHSQ ter prav tako pri vprašanju o subjektivni oceni duševnega zdravja (slabša samoocena duševnega zdravja). V napovednem modelu pa je svojo napovedno moč izgubila spremenljivka D-lit, prav tako pa tudi PHQ-8, GAD-7 ter SSS. Pri izobrazbi ter spremenljivki IASMHS (Stališča do iskanja strokovne pomoči) so bili statistično pomembni napovedniki le nekateri, in sicer so imeli udeleženci s srednjo ali višjo izobrazbo manjši obet za iskanje strokovne pomoči v primerjavi z udeleženci z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, prav tako pa so imeli višji obet za iskanje strokovne pomoči, udeleženci z višjim rezultatom pri spremenljivki IASMHS – Nagnjenost k iskanju pomoči, ostala dva napovednika Psihološka odprtost in Brezbrižnost do stigme nista bila statistično značilna.

Tabela 4.16: Vpliv sociodemografskih spremenljivk, simptomov depresije in anksioznih motenj ter različnih vidikov pismenosti o duševnem zdravju na iskanje strokovne pomoči

	Iskanje strokovne pomoči			
	B	***OR***	**[95% CI]**	**p**
Step 1				
Chi square (df) = 214,637(16)***				
Nagelkerke R^2 = 0,273				
Spol (Ref = moški)	0,543	1,721	1,271–2,330	0,000
Starost	0,026	1,026	1,013–1,039	0,000
Izobrazba (Ref = OŠ ali manj)				0,000
Izobrazba – Nižja poklicna	–0,444	0,641	0,354–1,160	0,142
Izobrazba – Srednja	–1,210	0,298	0,177–0,503	0,000
Izobrazba – Višja ali več	–0,854	0,426	0,251–0,723	0,002
SSS (Ref = nizek SES)				0,824
SSS – Srednji	–0,112	0,894	0,628–1,272	0,534
SSS – Visok	–0,089	0,915	0,510–1,639	0,764
D-lit	–0,015	0,985	0,934–1,039	0,590
A-lit	0,051	1,052	1,006–1,100	0,028
IASMHS – Psihološka odprtost	0,024	1,024	0,996–1,052	0,091
IASMHS – Nagnjenost k iskanju pomoči	0,075	1,078	1,046–1,111	0,000
IASMHS – Brezbrižnost do stigme	0,013	1,013	0,990–1,036	0,271
GHSQ – Hipotetična namera iskanja pomoči	0,087	1,091	1,051–1,134	0,000
Subjektivna ocena duševnega zdravja	0,415	1,515	1,211–1,896	0,000
PHQ-8 (Ref = Brez oziroma blagi simptomi)	0,315	1,370	0,876–2,142	0,167
GAD-7 (Ref = Brez oziroma blagi simptomi)	0,064	1,066	0,655–1,736	0,797
Constant	–6,601	0,001		0,000

Opombe: D-lit = Vprašalnik poznavanja depresivne motnje, A-lit = Vprašalnik poznavanja anksioznih motenj, PHQ-8 = Vprašalnik o bolnikovem stanju, GAD-7 = Vprašalnik ocene generalizirane anksiozne motnje.

RAZPRAVA

V raziskavi smo se osredotočili na preučevanje razširjenosti simptomov depresivne motnje, anksioznih motenj ter razširjenost iskanja strokovne pomoči, v povezavi s sociodemografskimi dejavniki ter različnimi vidiki pismenosti o duševnem zdravju na vzorcu prebivalcev Slovenije.

Razširjenost simptomov depresivne motnje ter anksioznih motenj

V naši raziskavi je o simptomih depresivne motnje (PHQ-8 ≥ 10) poročalo 13,4 % udeležencev (11,1 % moških ter 15,7 % žensk), kar je približno 2-krat več, kot je bilo povprečje za Slovenijo v Evropskih raziskavah EHIS (Eurostat, 2022), kjer je leta 2014 5,5 % Slovencev poročalo o simptomih depresije, leta 2019 pa 7,7 % prebivalcev Slovenije. Potencialni razlogi za višjo razširjenost depresivne simptomatike so lahko nestabilne razmere, povezane s pandemijo covida-19, o negativnem vplivu slednje na duševno zdravje so poročale tudi nekatere druge raziskave (Bello idr., 2022; Bueno-Notivol idr., 2021; Luo idr., 2020; Zhang idr., 2022a). Kljub temu da obstajajo številne raziskave, ki kažejo porast težav v duševnem zdravju v času pandemije, pa raziskave z bolj robustnimi zasnovami (longitudinalne kohortne raziskave, ter raziskave, ki so bile izvedene s pomočjo poglobljenih diagnostičnih intervjujev) tovrstnih porastov težav ne zaznavajo ali pa jih ne zaznavajo v takšnem obsegu (Knudsen idr., 2021; Robinson idr., 2022; Sun, 2021). Prav tako velja izpostaviti, da se določeni simptomi težav v duševnem zdravju lahko pojavljajo v povečanem obsegu zgodaj po kriznem dogodku (npr. začetek pandemije, začetek strogih ukrepov), a se slednje ne sme razumeti kot nujna prisotnost duševne motnje. Prav tako želimo opozoriti, da je bila v naši raziskavi uporabljena nekoliko drugačna metodologija (npr. manjši vzorec) v primerjavi z mednarodnima raziskavama EHIS (2014, 2019) (Eurostat, 2022), zato je potrebno rezultate omenjenih raziskav primerjati s previdnostjo.

O simptomih anksioznih motenj (GAD-7 ≥ 10) je v naši raziskavi poročalo 9,4 % udeležencev (7,0 % moških in 11, 8 % žensk), kar je zelo podobno podatku iz slovenske spletne raziskave (Podlesek in Kavcic, 2020), ki je bila izvedena med prvim valom epidemije covida-19 v Sloveniji. Takrat je o simptomih anksioznih motenj (GAD-7 ≥ 10) poročalo 10 % odraslih udeležencev. Preteklih raziskav, ki bi merile simptomatiko anksioznih motenj na reprezentativnem vzorcu prebivalcev Slovenije, nismo zasledili, zato podatke težko primerjamo. Imamo pa na voljo rezultate slovenske raziskave Gabrovca in drugih (2021), kjer poročajo o zelo visoki prevalenci simptomov anksioznih motenj (50,5 %) in depresije (53,1 %) med študenti v času pandemije covida-19. V naši raziskavi točnega podatka zgolj za študente nimamo (v isti skupini so bili namreč vključeni še učenci oziroma dijaki, slednjih je bilo sicer zelo malo starih nad 18 let), vseeno pa je iz naših podatkov razvidna nekoliko nižja, a še vedno visoka prevalenca simptomov depresije v tej skupini (24,6 %) ter tudi simptomov anksioznih motenj (16,6 %). V naši raziskavi so se kot ranljiva skupina izkazali mladi v starosti 18–24 let (ne glede na zaposlitveni/izobrazbeni status); 24,1 % udeležencev v tej starostni kategoriji je namreč poročalo o simptomih depresije ter 16,7 % oseb o simptomih anksioznih motenj. Na visoko razširjenost težav v duševnem zdravju (predvsem med mladostniki in mladimi odraslimi) so neketari raziskovalci (Twenge idr., 2019; Stallman 2010) opozarjali že pred samo pandemijo. V naši raziskavi so se sicer kot še bolj ranljiva skupina izkazali brezposelni, o simptomih depresije jih je poročalo kar 25,4 %, o simptomih anksioznih motenj pa 21,7 %. Ključno bi se bilo osredotočiti na to skupino udeležencev ter jih motivirati k ustreznemu iskanju strokovne pomoči, saj bi na ta način zajezili tudi začaran krog potencialne dolgotrajne brezposelnosti (Wigand idr., 2019).

Simptomi depresije in anksioznih motenj so bili v našem vzorcu bolj verjetno izraženi pri mlajših osebah, ženskah, pri osebah z nižjo stopnjo izobrazbe (OŠ ali manj), ter pri osebah z nižjim SSS. Prav tako pa so imeli brezposelni udeleženci ter učenci, dijaki in študenti večjo verjetnost za prisotnost simptomov depresije ter prav tako tudi za prisotnost simptomov anksioznih motenj v primerjavi z zaposlenimi. Ti rezultati so do neke mere v skladu z nekaterimi predhodnimi raziskavami oziroma podatki (npr. Eurostat, 2022; WHO, 2017), v katerih lahko zasledimo, da se depresija pogosteje pojavlja pri ženskah, manj izobraženih ter posameznikih z nižjim SES.

Iskanje strokovne pomoči

Zaskrbljujoč je rezultat glede vrzeli ne-iskanja strokovne pomoči ter tudi glede stopnje ne-diagnosticiranosti motenj oziroma težav. Pri 71,6 % udeležencih, ki so dosegli rezultat, značilen za prisotnost simptomov depresije (PHQ8 ≥ 10), ter pri 69,2 % udeležencev z rezultatom, značilnim za prisotnost simptomov anksioznih motenj (GAD ≥ 10), težave niso bile še nikoli diagnosticirane kot duševna motnja oziroma bolezen s strani strokovnjaka, kar je v določeni meri podobno izsledkom iz tujine, da manj kot polovica oseb s težavami v duševnem zdravju prejme ustrezno diagnozo (Cepoiu idr., 2008; Mitchell idr., 2009). Bolj kot sama diagnosticiranost je sicer ključno, da oseba prejme tudi ustrezno zdravljenje. Ne-diagnosticiranost je sicer lahko posledica tega, da oseba poišče strokovno pomoč, vendar v zdravstvenem sistemu njene težave niso nujno ustrezno prepoznane oziroma ne prejme ustrezne diagnoze in posledično zdravljenja (Cepoiu idr., 2008). V naši raziskavi se je sicer izkazalo, da je ne-diagnosticiranost v zelo veliki meri povezana z ne-iskanjem strokovne pomoči, saj 41,1 % udeležencev s trenutnimi simptomi depresije ter 39,8 % udeležencev s trenutnimi simptomi anksioznih motenj ni še nikoli poiskalo strokovne pomoči. Ob tem je potrebno opozoriti, da so v naši raziskavi ocene razširjenosti anksioznih motenj ter depresije zgolj približna ocena, saj udeleženci v raziskavi niso bili klinično pregledani oziroma dejansko diagnosticirani s strani strokovnjaka. Posledično je lahko precenjena tudi vrzel ne-iskanja strokovne pomoči. V vsakem primeru je bilo v naši raziskavi veliko takšnih udeležencev (46,6 %), ki so sami poročali o kakršnihkoli težavah v duševnem zdravju (bodisi trenutnih ali preteklih), ter zanje niso še nikoli poiskali strokovne pomoči. Ti izsledki so podobni podatku, da v zahodnem svetu približno polovica oseb s težavami v duševnem zdravju ne poišče strokovne pomoči (Sapien Labs, 2021). Poleg posledične slabše kakovosti življenja pri teh osebah (Hasche idr., 2010), pa nezdravljene duševne motnje predstavljajo tudi velike posredne ekonomske stroške (npr. znižana produktivnost, absentizem, prezentizem, brezposelnost ipd.) (Trautmann idr., 2016; Wittchen idr., 2011).

Zastavlja se ključno javnozdravstveno vprašanje, zakaj osebe s težavami v duševnem zdravju ne poiščejo strokovne pomoči oziroma kako jih spodbuditi, da bi pomoč poiskale, ter katere skupine so najbolj izpostavljene tveganju za ne-iskanje strokovne pomoči. Naši rezultati so pokazali, da je bolj verjetno, da bodo strokovno pomoč (po)iskale ženske, kar se sklada s podatkom, da pri težavah v duševnem zdravju moški redkeje poiščejo pomoč (Gough in Novikova, 2020). Večji obet za iskanje strokovne pomoči je bilo v naši raziskavi zaslediti tudi pri udeležencih, ki so imeli boljše poznavanje anksioznih motenj, pri udeležencih, ki so poročali o večji verjetnosti za hipotetično iskanje kakršnekoli pomoči, prav tako tudi pri udeležencih z večjo namero/nagnjenostjo k iskanju strokovne pomoči, ter pri udeležencih s slabšo subjektivno oceno duševnega zdravja. Naši rezultati se skladajo z raziskavo Calear in drugih (2021), ki poročajo o bolj pozitivnih stališčih do iskanja strokovne pomoči pri osebah, ki imajo boljše poznavanje anksioznih motenj. Zanimivo pa se v naši raziskavi kot pomemben napovednik ni izkazala spremenljivka D-lit, saj se ob boljšem poznavanju depresivne motnje, verjetnost za iskanje strokovne pomoči ni povečala, kar je v nasprotju s predhodno raziskavo (Grace idr., 2018), kjer pa so se osredotočili zgolj na odnos oziroma stališča do iskanja strokovne pomoči, niso pa preverjali dejanske uporabe zdravstvenih storitev. Kar se tiče

izobrazbe, so bili statistično pomembni napovedniki le nekateri; npr. udeleženci z osnovnošolsko izobrazbo ali manj so imeli (v primerjavi z udeleženci s srednjo ali višjo izobrazbo) večjo verjetnost za iskanje strokovne pomoči, kar je v skladu s preteklo raziskavo Ojeda in Bergstressera (2008), kjer so prav tako poročali o manj negativnem odnosu do iskanja pomoči pri osebah z nižjo izobrazbo. Vseeno pa v literaturi smer povezave med izobrazbo in iskanjem pomoči ni povsem jasna. Tudi v naši raziskavi v napovednem modelu spremenljivki izobrazba (skupina z nižjo poklicno izobrazbo) ter SSS nista statistično značilna napovednika za iskanje strokovne pomoči.

Večji obet za iskanje strokovne pomoči so v naši raziskavi imeli starejši, pri tem je potrebno upoštevati, da so bili v našo raziskavo vključeni udeleženci do 64 let, ne pa tudi starejši posamezniki (65+ let), za katere lahko v literaturi zasledimo, da so še posebej ranljiva skupina v smislu razširjenosti duševnih motenj, ne-iskanja strokovne pomoči ter neustrezne diagnosticiranosti (Allan idr., 2014; Faisal-Cury idr., 2022; Eurostat, 2022).

Veliko raziskav (npr. Clement idr., 2015; Vogel & Wade, 2009) se ukvarja s povezanostjo ne-iskanja strokovne pomoči ter stigme (tako javne kot tudi samostigme), kar je zagotovo eden izmed pomembnih faktorjev, ki ovirajo osebe pri iskanju strokovne pomoči, vendar ni nujno najpomembnejši. Tudi v naši raziskavi sta podfaktorja na vprašalniku IASMHS (Brezbrižnost do stigme in Psihološka odprtost) sprva imela statistično pomembno povezanost z iskanjem strokovne pomoči, vendar v napovednem modelu (ob prisotnosti vseh drugih napovednikov) izgubita svojo napovedno moč. Smo pa v naši raziskavi potrdili statistično značilen višji obet za iskanje strokovne pomoči med udeleženci z višjim rezultatom pri podfaktorju IASMHS – Nagnjenost k iskanju strokovne pomoči, kar je glede na teoretično ozadje tudi pričakovano.

Radi bi izpostavili še nekaj pomanjkljivosti naše raziskave oziroma podobnih že obstoječih raziskav. Kljub zelo pogosti uporabi vprašalnikov PHQ-8 in GAD-7 v mednarodni literaturi (tudi v populacijskih raziskavah z namenom ocene prevalenc), so bili ti vprašalniki prvotno razviti kot presejalni vprašalniki za uporabo v klinične namene, zato lahko govorimo zgolj o približni oceni oziroma o visoki verjetnosti za prisotnost npr. simptomov depresije ali anksioznih motenj (ob določeni mejni vrednosti), za dokončno postavitev dejanskih diagnoz pa bi bili nujni poglobljeni klinični intervjuji/pregledi pri strokovnjaku. Na to opozarjajo tudi nekatere raziskave (npr. Levis idr., 2020; Thombs idr., 2018), ki izpostavljajo, da se ocene prevalenc duševnih motenj na ta način precenjuje, kar je potrebno upoštevati tudi pri nadaljnjih interpretacijah naše raziskave. V literaturi lahko zasledimo tudi uporabo različnih merskih pripomočkov oziroma vprašalnikov za merjenje istih konstruktov (ter posledična odstopanja v prevalencah), prav tako pa se uporablja tudi različne mejne vrednosti ter različno izrazoslovje pri opisovanju resnosti težav, kar otežuje primerljivost ter spremljanje časovnih trendov.

Glede na zelo veliko vrzel v ne-iskanju strokovne pomoči, bi bilo potrebno v bodoče našo raziskavo razširiti ter preveriti še ostale vzroke, kot so lahko npr. pomanjkanje zaupanja v način zdravljenja duševnih težav, iskanje alternativnih virov pomoči ali zanašanje nase (angl. self reliance), podcenjevanje stopnje resnosti težav, slaba dostopnost storitev, negativen odnos/prepričanja ali slabe pretekle izkušnje z iskanjem strokovne pomoči oziroma z zdravljenjem, ki lahko pomembno vplivajo na odklanjanje/ne-iskanje strokovne pomoči (Shi idr., 2020).

Ob koncu bi radi izpostavili, kar je bilo poudarjeno tudi v nedavnem poročilu Mental Health Million Project (Sapien Labs, 2021): »Duševno zdravje ima večje izzive kot zgolj stigmo« (angl. »Mental Health has bigger challenges than stigma«), saj menimo, da slednje velja tudi za naše okolje. Težave v duševnem zdravju so v porastu, zelo velika vrzel v ne-iskanju strokovne pomoči pa se je pokazala tudi v naši raziskavi. Potrebno bo razširiti pogled in se ne osredotočati zgolj na zmanjševanje stigme, ampak tudi na vse ostale pomembne vidike, ki ovirajo osebe pri iskanju

strokovne pomoči. Menimo, da je nujno povečati pismenost o duševnem zdravju v najširšem smislu koncepta, kot je opisan v uvodu. Glede na izsledke tujih raziskav (Sapien Labs, 2021), ki poročajo o visoki stopnji nezaupanja v način strokovnega zdravljenja duševnih motenj v bolj razvitih državah, pa bi bilo smiselno na nacionalni ravni vzpostaviti dolgoročen, sistematičen način spremljanja izkušenj pacientov (angl. Patient Reported Experience Measures) ter izidov zdravljenja pacientov (angl. Patient Reported Outcome Measures) pri izvajalcih zdravstvenih storitev, ki so vključeni v javno mrežo na področju duševnega zdravja. Skozi aktivno vključenost pacientov v obravnavo se ne le izboljšata adherenca in zaupanje v zdravljenje ampak se na dolgi rok skozi pozitivne izkušnje pacientov in njihovih svojcev lahko tudi vpliva na način in pogostost iskanja pomoči (Roe idr., 2022; Shi idr., 2020; Sapien Labs, 2021).

LITERATURA

Albreht, T., Polin, K., Pribaković Brinovec, R., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Ogrin Rehberger, P., Prevolnik Rupel, V. in Vracko, P. (2021). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, *23*(1), i–188.

Allan, C. E., Valkanova, V., & Ebmeier, K. P. (2014). Depression in older people is underdiagnosed. *The Practitioner*, *258*(1771), 19–3.

Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lépine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., … ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta psychiatrica Scandinavica. *Supplementum*, *420*, 21–7. https://doi.org/doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x

Altweck, L., Marshall, T., Ferenczi, N. in Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: Across-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1272. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01272

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. izd.). American Psychiatric Publishing, Inc.

Bello, U. M., Kannan, P., Chutiyami, M., Salihu, D., Cheong, A., Miller, T., Pun, J. W., Muhammad, A. S., Mahmud, F. A., Jalo, H. A., Ali, M. U., Kolo, M. A., Sulaiman, S. K., Lawan, A., Bello, I. M., Gambo, A. A. in Winser, S. J. (2022). Prevalence of anxiety and depression among the general population in Africa during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-Analysis. *Frontiers in public health*, *10*, 814981. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.814981

Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R. in Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, *21*(1), 100196. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007

Calear, A. L., Batterham, P. J. in Torok, M. idr. (2021). Help-seeking attitudes and intentions for generalised anxiety disorder in adolescents: the role of anxiety literacy and stigma. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *30*, 243–51.

Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, *23*(1), 25–36. https://doi.org/10.1007/s11606-007-0428-5

Chen, J., Farah, N., Dong, R. K., Chen, R. Z., Xu, W., Yin, J., Chen, B. Z., Delios, A. Y., Miller, S., Wan, X., Ye, W. in Zhang, S. X. (2021). Mental health during the COVID-19 crisis in Africa: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, *18*(20), 10604. https://doi.org/10.3390/ijerph182010604

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko1, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L. in Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, *45*, 11–27. https://doi.org/10.1017/S0033291714000129

EUROSTAT (2022). European commission. https://ec.europa.eu/eurostat/data/database

Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., … Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological medicine*, *48*(9), 1560–71. https://doi.org/10.1017/S0033291717003336

Faisal-Cury, A., Ziebold, C., Rodrigues, D., & Matijasevich, A. (2022). Depression underdiagnosis: Prevalence and associated factors. A population-based study. *Journal of psychiatric research*, *151*, 157–65. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.025

Gabrovec, B., Selak, Š., Crnkovič, N., Cesar, K., & Šorgo, A. (2021). *RAZISKAVA O DOŽIVLJANJU EPIDEMIJE COVID-19 MED ŠTUDENTI POROČILO O OPRAVLJENI RAZISKAVI*.

Gough, B. in Novikova, I. (2020). Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? WHO Regional Office for Europe.

Grace, W. K. H., Bressington, D., Leung, S. F., Lam, K. K. C., Leun, A. Y. M., Molassiotis, A., Ligot, J., Ranoco, C., Sophal, C. in Valimaki, M. (2018). Depression literacy and health-seeking attitudes in the Western Pacific region: A mixed-methods study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*, 1039–49.

Hasche, L. K., Morrow-Howell, N. in Proctor, E. K. (2010). Quality of life outcomes for depressed and non-depressed older adults in community long term care. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, *18*(6), 544. https://doi.org/10.1097/JGP.0B013E3181CC037B

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *177*(NOV.), 396–401. https://doi.org/10.1192/BJP.177.5.396

Knudsen, A., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen, J. C., Øverland, S., & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. The Lancet regional health. *Europe*, *4*, 100071. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071

Kroenke, K., Strine, Spitzer, R. in Williams, J. (2001). *Instruction manual Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures*. https://www.mhpss.net/toolkit/mhpss-m-and-e-mov-toolkit/resource/instruction-manual-instructions-for-patient-health-questionnaire-phq-and-gad-7-measures-m-and-e

Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Berry, J. T. in Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1–3), 163–73. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026

Kutcher, S., Wei, Y. in Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1177/0706743715616609

Levis, B., Benedetti, A., Ioannidis, J., Sun, Y., Negeri, Z., He, C., Wu, Y., Krishnan, A., Bhandari, P. M., Neupane, D., Imran, M., Rice, D. B., Riehm, K. E., Saadat, N., Azar, M., Boruff, J., Cuijpers, P., Gilbody, S., Kloda, L. A., McMillan, D., … Thombs, B. D. (2020). Patient Health Questionnaire-9 scores do not accurately estimate depression prevalence: individual participant data meta-analysis. *Journal of clinical epidemiology*, *122*, 115–28.e1. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.02.002

Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W. in Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, *46*(3), 266–74. https://doi.org/0.1097/MLR.0b013e318160d093

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W. in Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, *291*, 113190. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190

Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet (London, England), 374*(9690), 609–19. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5

Ojeda, V. D. in Bergstresser, S. M. (2008). Gender, race-ethnicity, and psychosocial barriers to mental health care: An examination of perceptions and attitudes among adults reporting unmet need. *Journal of Health and Social Behavior, 49*(3), 317–34. https://doi.org/10.1177/002214650804900306

Podlesek, A. in Kavcic, V. (2021). Generalised anxiety in Slovenian university students during the Covid-19 pandemic. *Sodobna pedagogika, 72,* 322–41.

Richardson, R. A., Keyes, K. M., Medina, J. T. in Calvo, E. (2020). Sociodemographic inequalities in depression among older adults: Cross-sectional evidence from 18 countries. *The Lancet Psychiatry, 7*(8), 673–81. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30151-6

Robinson, E., Sutin, A. R., Daly, M., & Jones, A. (2022). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of affective disorders, 296,* 567–76. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098

Roe, D., Slade, M., & Jones, N. (2022). The utility of patient-reported outcome measures in mental health. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 21*(1), 56–7. https://doi.org/10.1002/wps.20924

Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A. in Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: an updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 109,* 110207. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207

Sapien Labs. (2021). Mental Health Has Bigger Challenges Than Stigma: Rapid Report. V *Mental Health Million Project 2021*.

Schomerus, G., Appel, K., Meffert, P. J., Luppa, M., Andersen, R. M., Grabe, H. J., & Baumeister, S. E. (2013). Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the Behavioral Model of Health Services Use. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48*(11), 1809–17. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0643-1

Shi, W., Shen, Z., Wang, S. in Hall, B. J. (2020). Barriers to Professional Mental Health Help-Seeking Among Chinese Adults: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry, 44*(442). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00442

Staiger, T., Stiawa, M., Mueller-Stierlin, A. S., Kilian, R., Beschoner, P., Gündel, H., Becker, T., Frasch, K., Panzirsch, M., Schmauß, M. in Krumm, S. (2020). Masculinity and help-seeking among men with depression: A qualitative study. *Frontiers in psychiatry, 11.* https://doi.org/10.3389/FPSYT.2020.599039

Stallman, H.M. Psychological distress in university students: a comparison with general population data. (2010). *Australian Psychol, 45*(4): 249–57. doi:10.1080/00050067.2010.482109.

Sun, Y. *et al.* Comparison of mental health symptoms prior to and during COVID-19: evidence from a living systematic review and meta-analysis. Preprint at https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256920 (2021). Accessed June 3, 2022.

Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A. W., & Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 190*(2), E44–E49. https://doi.org/10.1503/cmaj.170691

Trautmann, S., Rehm, J. in Wittchen, H. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Reports, 17*(9), 1245–9. https://doi.org/10.15252/embr.201642951

Twenge, J., Cooper, A., TE, J., ME, D., & Binau, S. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *J Abnorm Psychol, 128*(3), 185–99. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30869927/

Vogel, D. L., & Wade, N. G. (2009). Stigma and help-seeking. *The Psychologist, 22,* 20–3. https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-22/edition-1/stigma-and-help-seeking

Wang, Y., Kala, M. J. in Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 15*(12), e0244630. https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0244630

Wigand, M. E., Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Becker, T. in Rüsch, N. (2019). Predictors of help-seeking in unemployed people with mental health problems. *International Journal of Social Psychiatry, 65*(7–8), 543–7. https://doi.org/10.1177/0020764019868262

Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. in Steinhausen, H. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655–79. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* WHO Document Production Services.

Zhang, S. X., Chen, R. Z., Xu, W., Yin, A., Dong, R. K., Chen, B. Z., Delios, A. Y., Miller, S., McIntyre, R. S., Ye, W. in Wan, X. (2022a). A systematic review and meta-analysis of symptoms of anxiety, depression, and insomnia in Spain in the COVID-19 crisis. *International journal of environmental research and public health, 19*(2), 1018. https://doi.org /10.3390/ijerph19021018

Zhang, S. X., Miller, S. O., Xu, W., Yin, A., Chen, B. Z., Delios, A., Dong, R. K., Chen, R. Z., McIntyre, R. S., Wan, X., Wang, S. in Chen, J. (2022b). Meta-analytic evidence of depression and anxiety in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic. *European journal of psychotraumatology, 13*(1), 2000132.

Sklepne besede

Na podlagi raziskave in popravljenih analiz lahko potrdimo, da zdravstvena pismenost na področju duševnega zdravja predstavlja pomemben dejavnik zgodnjega prepoznavanja duševnih motenj, pravočasnega iskanja strokovne pomoči in uspešnega obvladovanja težav v duševnem zdravju. Z raziskovo smo dobili (bolj) celovit vpogled v poznavanje depresivne in anksioznih motenj, stališča do iskanja pomoči in razširjenost duševnih težav med odraslimi prebivalci Slovenije. Rezultati kažejo, da med prebivalci obstajajo pomembne razlike v znanju, prepoznavanju simptomov in pripravljenosti za iskanje pomoči, ki so povezane z različnimi socialnimi in demografskimi dejavniki.

Rezultati kažejo, da posamezniki praviloma bolje prepoznavajo nekatere značilne znake depresivne motnje kot simptome anksioznih motenj, hkrati pa številni še vedno težko razlikujejo med običajnimi življenjskimi stiskami in duševnimi motnjami, ki zahtevajo strokovno obravnavo. Pomemben delež prebivalcev se tudi ob izraženih težavah ne odloči za pravočasno iskanje strokovne pomoči, pri čemer pomembno vlogo še vedno predstavljajo stigma, pomanjkanje informacij in nezadostno poznavanje možnosti zdravljenja.

Raziskava je pokazala tudi, da so razlike v zdravstveni pismenosti na področju duševnega zdravja povezane z izobrazbo, starostjo, socialno-ekonomskim položajem in predhodnimi izkušnjami z duševnimi težavami. Skupine z nižjo ravnjo zdravstvene pismenosti pogosteje težje prepoznavajo simptome, redkeje poiščejo strokovno pomoč in imajo manj zaupanja v možnosti učinkovitega zdravljenja. To poudarja potrebo po ciljno usmerjenih preventivnih programih, izboljšanju dostopnosti informacij ter razvoju intervencij, ki bodo prilagojene potrebam različnih skupin prebivalstva.

Skupne ugotovitve poglavja potrjujejo, da je krepitev zdravstvene pismenosti na področju duševnega zdravja pomemben javnozdravstveni cilj. Poleg izboljševanja znanja je treba sistematično zmanjševati stigmo, spodbujati odprt odnos do duševnega zdravja ter zagotavljati dostopne, razumljive in verodostojne informacije o možnostih pomoči. Le s celostnim pristopom, ki povezuje zdravstveni sistem, izobraževalne ustanove, oblikovalce politik in širšo družbo, bo mogoče izboljšati zgodnje prepoznavanje duševnih motenj, povečati pripravljenost za iskanje pomoči in prispevati k boljšemu duševnemu zdravju prebivalcev Slovenije.

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Integriran model zdravstvene pismenosti 9

Slika 2.1: Model zdravstvene pismenosti s štirimi fazami procesa obdelave zdravstvenih informacij, tremi področji skrbi za zdravje ter determinantami in posledicami zdravstvene pismenosti 19

Slika 2.2: Število oseb glede na končni status anketiranja 26

Slika 2.3: Stopnje odgovora po lastnostih posameznikov, izbranih v vzorec, glede na skupno stopnjo odgovora (57 %) (n=5.504–5.916) 27

Slika 2.4: Sociodemografska struktura začetnega in končnega vzorca pred in po uteževanju (n = 5.504–5.916) 30

Slika 2.5: Sestava začetnega in končnega vzorca pred in po uteževanju glede na regijo prebivališča (n = 5.916) 31

Slika 2.6: Porazdelitev po razredih razvitosti DZP in njenih dimenzij 39

Slika 2.7: Povprečno doseženo število točk pri navigacijski zdravstveni pismenosti glede na socio-ekonomske lastnosti posameznikov (n = 3222–3318) 49

Slika 2.8: Povprečno doseženo število točk pri navigacijski zdravstveni pismenosti glede na z zdravjem povezane lastnosti posameznikov (n = 3271–3315) 50

Slika 2.9: Ocena težavnosti opravil v povezavi z navigacijsko zdravstveno pismenostjo (n = 3360) 51

Slika 2.10: Ocena zmožnosti dostopanja, razumevanja in presoje informacij o cepljenju ter odločanja glede cepljenja proti gripi, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3360) 61

Slika 2.11: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da težko oziroma zelo težko najdejo informacije o priporočenih cepljenjih, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360) 63

Slika 2.12: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da težko oziroma zelo težko razumejo informacije o priporočenih cepljenjih, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360) 64

Slika 2.13: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da težko oziroma zelo težko presodijo informacije o priporočenih cepljenjih, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360) 65

Slika 2.14: Deleži anketirancev (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), ki so poročali, da se težko oziroma zelo težko odločijo, ali bi se morali cepiti proti gripi, glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3249–3360) 66

Slika 2.15: Povprečno doseženo število točk zdravstvene pismenosti na področju cepljenja (s 95-odstotnim intervalom zaupanja), glede na sociodemografske značilnosti, Nacionalna raziskava o zdravstveni pismenosti, Slovenija, 2020 (n = 3163–3266) 68

Slika 3.1: Ocene težavnosti iskanja informacij o covidu-19 pri prvi (n = 3040–3043) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 1438–1439) 82

Slika 3.2: Ocene težavnosti ocenjevanja zanesljivosti informacij pri prvi (n = 2996–3009) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 1435–1436) 83

Slika 3.3: Ocene težavnosti ugotavljanja primernosti informacij pri prvi (n = 3016–3026) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 1435–1436) 84

Slika 3.4: Ocene težavnosti ustvarjanja informacij o covidu-19 pri prvi (n = 1085–1189) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 693–712) 85

Slika 3.5: Pogostost ravnanj, povezanih z varstvom podatkov pri prvi (n = 562–652) in pri drugi izvedbi raziskave (n = 470–490) 86

Slika 3.6: Primerjava digitalne zdravstvene pismenosti na podlestvicah glede na psihološko blagostanje pri prvi izvedbi 87

Slika 3.7: Primerjava digitalne zdravstvene pismenosti na podlestvicah glede na psihološko blagostanje pri drugi izvedbi 87

Slika 3.8: Pogostost uporabe spletnih virov za iskanje vsebin v povezavi s covidom-19 pri prvi izvedbi (n = 3041–3053) 88

Slika 3.9: Pogostost uporabe spletnih virov za iskanje vsebin v povezavi s covidom-19 pri drugi izvedbi (n = 1436–1438) 88

Slika 3.10: Deleži anketirancev pri prvi izvedbi raziskave, ki so iskali posamezne teme v povezavi s covidom-19 (n = 3060) 89

Slika 3.11: Deleži anketirancev pri drugi izvedbi raziskave, ki so iskali posamezne teme v povezavi s covidom-19 (n = 1436) 90

Slika 3.12: Ocene zaupanja posameznim spletnim virom pri prvi izvedbi (n = 3594–3603) 90

Slika 3.13: Ocene zaupanja posameznim spletnim virom pri drugi izvedbi (n = 1966–1969) 91

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Vsebina in število postavk za merjenje dimenzij splošne zdravstvene pismenosti glede na tri področja skrbi za zdravje in štiri faze procesa obdelave zdravstvenih informacij 20

Tabela 2.2: Kategorije stopenj zdravstvene pismenosti glede na doseženo število točk 22

Tabela 2.3: Vsebine anketnega vprašalnika ter število vprašanj in postavk v Nacionalni raziskavi zdravstvene pismenosti 23

Tabela 2.4: Logistični model sodelovanja v anketi glede na socio-ekonomske lastnosti oseb, izbranih v vzorec (n = 5.502) 28

Tabela 2.5: Sociodemografske značilnosti analiziranega vzorca (n = 2238) 37

Tabela 2.6: Opisne statistike DZP in njenih dimenzij 39

Tabela 2.7: Razlike v digitalni zdravstveni pismenosti glede na spol, starostne razrede, najvišjo doseženo izobrazbo, zaposlitveni status, subjektivno oceno družbenega razreda in glede enostavnosti dostopnosti zdravstvenih storitev (povprečje doseženih točk) 40

Tabela 2.8: Indikatorji in odgovorne možnosti za merjenje zdravstvene pismenosti v povezavi s cepljenjem 60

Tabela 3.1: Sociodemografske značilnosti anketirancev pri prvi izvedbi 81

Tabela 3.2: Sociodemografske značilnosti anketirancev pri drugi izvedbi 81

Tabela 4.1: Deleži udeležencev po kategorijah posameznih sociodemografskih spremenljivk 103

Tabela 4.2: Poznavanje depresivne (D-lit) in anksioznih motenj (A-lit) 110

Tabela 4.3: Rezultati multiple analize povezanosti med poznavanjem depresivne motnje (D-lit), sociodemografskimi spremenljivkami in preteklim soočanjem s težavami v duševnem zdravju 111

Tabela 4.4: Rezultati multiple analize povezanosti med poznavanjem anksioznih motenj (A-lit), sociodemografskimi spremenljivkami in preteklim soočanjem s težavami v duševnem zdravju 112

Tabela 4.5: Stališča do iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju 121

Tabela 4.6: Vrednosti podlestvic vprašalnika o stališčih do iskanja strokovne pomoči 123

Tabela 4.7: Namera iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju 125

Tabela 4.8: Rezultati multiple analize povezanosti med stališči do iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju ter sociodemografskimi spremenljivkami, preteklim soočanjem s težavami ali iskanjem pomoči zaradi težav v duševnem zdravju in poznavanjem depresivne in anksioznih motenj 127

Tabela 4.9: Rezultati multiple analize povezanosti med namero iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju ter sociodemografskimi spremenljivkami, preteklim soočanjem s težavami ali iskanjem pomoči zaradi težav v duševnem zdravju, poznavanjem depresivne in anksioznih motenj ter stališči do iskanja strokovne pomoči zaradi težav v duševnem zdravju 128

Tabela 4.10: Povprečne vrednosti verjetnosti iskanja pomoči zaradi duševnih težav po različnih virih pomoči 129

Tabela 4.11: Opisne statistike za stopnjo izraženosti simptomov depresivne motnje (PHQ-8) 138

Tabela 4.12: Vpliv sociodemografskih spremenljivk na prisotnost simptomov depresivne motnje (PHQ-8 ≥ 10) 140

Tabela 4.13: Opisne statistike za stopnjo izraženosti simptomov anksioznih motenj (GAD-7) 141

Tabela 4.14: Vpliv sociodemografskih spremenljivk na prisotnost simptomov anksioznih motenj (GAD-7 ≥ 10) 143

Tabela 4.15: Opisne statistike za iskanje strokovne pomoči 144

Tabela 4.16: Vpliv sociodemografskih spremenljivk, simptomov depresije in anksioznih motenj ter različnih vidikov pismenosti o duševnem zdravju na iskanje strokovne pomoči 147

KAZALO GRAFOV

Graf 2.1: Doseženo število točk pri navigacijski zdravstveni pismenosti (n = 3318) 48

Graf 3.1: Potrjeni skupni primeri covida-19 v Sloveniji med prvo in drugo izvedbo raziskave 78

STVARNO KAZALO

A

akcijski načrt 3, 15

anksiozne motnje 96, 98, 99, 101, 102, 108–116, 120, 121, 128, 129, 131, 135–138, 142, 144, 145, 147–151, 156

anksioznost 109

B

breme bolezni 11, 98

C

cepiva 23, 24, 58, 59, 60, 71, 80

cepljenje 10, 14, 18, 19, 20, 23, 24, 48, 58–66, 68–71, 76, 80, 90, 93, 94

covid-19 25, 33, 36, 70, 71, 77–80, 83, 86, 89–94, 109, 136, 149

D

depresija 101, 102, 109, 110, 113, 114, 115, 120, 121, 132, 136–139, 141, 148, 149, 150, 151, 160

destigmatizacija 135

digitalna pismenost 24, 37, 88

digitalna zdravstvena pismenost 12, 14, 18, 19, 20, 23, 35, 36, 39, 41, 48, 70, 77–81, 84, 88, 92, 93, 108

digitalne zdravstvene informacije 79, 108

diskriminacija pacientov 13, 131

dostop do informacij 10, 11, 12, 14, 15, 21, 37, 59, 60, 71, 76, 78, 108

dostopnost zdravstvenih storitev 7, 11, 35, 36, 41–44, 53, 151

družbena domena 9

družbeno okolje 9, 76

duševne motnje 96–99, 105, 109, 113–116, 119, 120, 131, 132, 133, 135–138, 141, 144, 149, 150, 151, 152, 156

duševno zdravje 12, 88, 96–103, 105, 109, 110, 112–115, 119–123, 125–132, 135–145, 147–152, 156

E

elektronski viri zdravja 8

eZdravje 24

F

farmacevtska pismenost 12

funkcionalna pismenost 11

G

gibalna pismenost 12

H

HLS19-Q12 22

HLS-EU 20, 22, 49

HLS-SI19 19, 20, 22, 48, 61

I

individualna determinanta 9

informirano odločanje 10, 11, 12, 15, 18, 21

integriran model zdravstvene pismenosti 10, 12

internet 24, 35, 36, 37, 39, 41, 43, 44, 78, 79, 108

iskanje pomoči 10, 96, 97, 99, 101, 103, 105, 109, 119, 120–132, 135, 137, 138, 145–152, 156

J

javno zdravje 13, 18, 19, 36, 43, 44, 53, 58, 78, 96, 99

K

kakovost življenja 7, 54, 115, 137, 150

komunikacijska zdravstvena pismenost 24

komuniciranje 7, 11, 12, 13, 15, 37, 80, 93

koncept zdravstvene pismenosti 6, 7, 9, 12, 14, 15, 96. 98, 99, 100

kritično vrednotenje informacij 11, 13

kronične nenalezljive bolezni 10, 13, 24, 36, 45, 54, 98

M

merjenje zdravstvene pismenosti 7, 19, 20, 22, 23, 24, 61, 70, 81, 99

metodologija raziskovanja 61, 105

model Sørensen 9, 10, 11, 12, 20

N

nacionalna raziskava 6, 18, 19, 22, 24-27, 33, 38, 48, 61, 62, 64–67, 69, 70, 99, 101

navigacijska zdravstvena pismenost 18, 21, 22, 24, 47–55

neenakosti v zdravju 6, 44

O

odločanje o zdravju 15

opolnomočenje posameznika 10, 36, 78

organizacijska zdravstvena pismenost 11, 12, 70

orientacija v zdravstvenem sistemu 11, 22, 47, 48, 52, 53

P

pacient 7, 9, 11, 13, 14, 36, 47, 48, 53, 54, 55, 152

pravice pacientov 11, 47, 52, 53

prehranska pismenost 12, 13

preprečevanje bolezni 10–13, 20, 21, 58, 70, 71

presoja informacij 21, 59, 62, 63, 68, 70, 71, 77, 84, 92

preventivni programi 11

promocija zdravja 10, 12, 20, 21, 59, 70, 71, 78, 98

psihološka pomoč 120

R

razumevanje informacij 9, 10, 11, 21, 23, 35, 38–44, 59

razumljivo komuniciranje 12, 55

razvoj zdravstvene pismenosti 8, 12

S

samorefleksija 11

samoučinkovitost 10, 11, 13, 54, 120

samoupravljanje 11, 12

samoupravljanje zdravja 54

skupno odločanje 12

skupnost 7, 8, 10, 11, 13, 14, 36, 39

socialna podpora 9

socialna pravičnost 14

socialne determinante zdravja 18

socialno-ekonomski status 13, 24, 43, 44, 50, 53, 81, 105, 109

stigma 96, 98, 99, 100, 103, 109, 119, 121, 124, 125, 128, 129, 131, 132, 137, 147, 148, 151

stopnje zdravstvene pismenosti 13, 14, 15, 22, 23, 35, 47, 48, 49, 51, 54, 59, 60, 61, 78

Š

šolski sistem 15

študenti 36, 38, 42, 43, 44, 77–80, 88, 92, 93, 94, 101, 104, 108, 110, 111, 112, 115, 120, 123, 124, 125, 126, 131, 137, 140–146, 149, 150

T

telesna dejavnost 10, 12, 13, 24

trajnostni razvoj 6

U

uporaba informacij 7, 11, 13, 14, 18, 21, 35, 37, 53, 59, 62, 68, 70, 71, 76, 78, 98

uporaba zdravstvenih informacij 7, 23, 37, 47, 62, 68, 70, 76, 78, 98

V

verodostojnost informacij 59

vrednotenje informacij 11, 13, 21, 59

Z

zanesljivost informacij 11, 71, 77, 79, 81, 84, 88, 92, 93, 108

zdrava prehrana 13

zdravje prebivalstva 78

zdravstvena nepismenost 13

zdravstvena obravnava 7, 8, 10, 11, 20, 21, 51

zdravstvena pismenost 6–15, 18–24, 26, 30, 33, 35–41, 44, 47–55, 58–62, 64–71, 76–81, 84, 88, 92, 93, 96–100, 103, 108

zdravstvena politika 14, 71

zdravstvena pismenost v povezavi s cepljenjem 14, 18, 23, 48, 58–62, 68

zdravstvene informacije 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 23, 24, 36, 47, 53, 58, 59, 60, 62, 68, 70, 76, 78, 81, 92, 98

zdravstveni delavci 7, 12, 13, 14, 55, 70

zdravstveni izidi 9, 13, 36, 43, 58, 59

zdravstveni sistem 7, 8, 9, 11–15, 18, 22, 35, 36, 43, 47, 48, 49, 51–55, 96, 150

zdravstveno pismeni sistemi 7

zdravstveno vedenje 13, 14

Ž

življenjski slog 10, 11, 24